



T.C. Sağlık Bakanlığı

Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri

Dördüncü Baskı, 2009

AİLE PLANLAMASI İÇİN BİR DSÖ TEMEL KAYNAĞI



T.C. Sağlık Bakanlığı

Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri

Dördüncü Baskı, 2009

AİLE PLANLAMASI İÇİN BİR DSÖ TEMEL KAYNAĞI

Türkçe'ye Çeviri ve Çeviri Editörleri

Dr. A. Nilüfer ÖZAYDIN

Dr. Rukiye GÜL

Dr. Emel ÖZDEMİR ŞAHİN

2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından aşağıdaki başlık adıyla yayınlanmıştır.

“WHO medical eligibility criteria for contraceptive use –Fourth Edition 2009 A WHO FAMILY PLANNING CORNERSTONE”

Konraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri – 4. Baskı

1. Kontrasepsiyon - yöntemler, 2. Aile planlaması – yöntemler, 3. Uygunluk tanımlamaları –standartlar, 4. Kalite kontrol, Sağlık Hizmeti, 5. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği I. Dünya Sağlık Örgütü.

Dünya Sağlık Örgütü, Türkçe basımı için çeviri haklarını tek sorumlu olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'ne vermiştir.

© T.C. Sağlık Bakanlığı 2011



T.C. Sağlık Bakanlığı



Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınları “ WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; faks:+41 22 791 4857; e-posta: bookorders@who.int)” adresinden temin edilebilir. Dünya Sağlık Örgütü yayınlarının satış veya ticari yarar sağlamaksızın dağıtımını için, tercüme edilmesi veya çoğaltılması için, izin almak üzere yukarıda adresi verilmiş olan WHO Press'e başvurulmalıdır (faks: +41 22 791 4806; e-posta: permissions@who.int).

Bu yayında kullanılan bütün bilgilerin doğruluğunu ve güvenliğini tasdik etmek için gerekli bütün önlemler DSÖ tarafından alınmıştır. Ancak bu yayının dağıtımını herhangi bir yazılı veya ima edilen garanti olmadan yapılmaktadır. Yayının yorumlanması ve içeriğindeki bilginin kullanılması tamamen okuyucunun sorumluluğundadır. Hiçbir durumda DSÖ, bu yayının kullanılmasından doğabilecek herhangi bir zarardan sorumlu tutulamaz.

Türkçe versiyonu UNFPA Türkiye Ofisi'nin katkılarıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 1.750 adet bastırılmıştır.

İÇİNDEKİLER

Teşekkür

Özet1

Tablolar

Kombine hormonal kontraseptifler15 (kombine oral kontraseptifler, kombine enjekte edilen kontraseptifler, bant ve vajinal halka)	15
Sadece progesteron içeren kontraseptifler43	43
Acil kontraseptif haplar61	61
Rahim içi araçlar63	63
Acil kontrasepsiyon için bakırlı RİA77	77
Bariyer yöntemler79	79
Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler87	87
Laktasyonel amenore yöntemi91	91
Geri çekme93	93
Cerrahi sterilizasyon yöntemleri95	95
<i>Kadın cerrahi sterilizasyonu</i>96	96
<i>Erkek cerrahi sterilizasyonu</i>103	103
Özet tablolar107	107

Ekler

Ek 1: Hormonal kontraseptifler ve antiretroviral tedaviler115	115
Ek 2: Katılımcı listesi119	119

TEŞEKKÜR

Bu doküman Dünya Sağlık Örgütü'nün Üreme Sağlığı ve Araştırma bölümü ile aile planlaması politikaları ve programları alanında aktif olan çok sayıda uluslararası dernek ve organizasyonların işbirliğiyle yaratılmıştır. Bu projenin bütçesi ve diğer destekleri Amerika Birleşik Devletleri Hükümeti (US Uluslararası Gelişme Ajansı, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, ve Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişim Enstitüsü aracılığıyla), Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNPF) tarafından sağlanmıştır. Bu destekler minnettarlıkla kabul edilmiştir.

Dokuz kurum ve organizasyon temsilcisi, diğer 34 bireysel katılımcı ile birlikte, kontraseptif kullanımı için bu öneriler üzerinde uzlaşma sağlanan toplantılarda uzman olarak katkı sağlamışlardır. Konsensus-oluşturma-süreçlerine zamanlarını ve deneyimlerini katan herkese en derin takdirlerimizi sunarız.

Bu dökümanda alınan kararların dayandığı kanıtların büyük çoğunluğu sistemik derlemelere dayanmaktadır ve Dr KL Culwell, Dr KM Curtis, Dr ME Gaffield, Dr N Kapp, Dr K Nanda, Ms M Paulen ve Dr I Tilley tarafından özetlenmiştir. Dr. I Tilley aynı zamanda önemli sekreterlik desteği de sağlamıştır. Dr C d'Arcangues ise, Ms G Lampthey ve Ms S Johson ile birlikte DSÖ Sekreteryası için projenin genel sekreteri olarak görev yapmıştır. Sekreteryadan Ms C Hamil toplantıya önemli katkı sağlamış ve bu yayının dizaynının sorumluluğunu yürütmüştür. Yeni kapak dizaynının sorumluluğunu Ms J. Petitpierre yürütmüştür. Adı geçen bu kişiler ile çalışmayı ellerinden geldiğince destekleyen Drs T McKay ve J Shenton'a derin takdirlerimizi ifade ediyoruz.

Türkçeye çevirisi Dr. A. Nilüfer ÖZAYDIN tarafından yapılmıştır. Editörlüğü Dr. Rukiye GÜL ve Dr. Emel ÖZDEMİR ŞAHİN tarafından yapılmıştır.

“Araştırma Kanıtlarının Sürekli Saptanması sistemi [Continuous Identification of Research Evidence (CIRE) system]” için eş eleştirmen olarak hizmet veren aşağıdaki kişilere minnettarız: Dr H Akhtar, Dr W Cates, Dr T Chipato, Dr P Corfman, Dr M Cravioto, Dr V Cullins, Dr J Diaz, Dr S Diaz, Dr Glasier, Dr M Gulmezoglu, Dr K Hagenfeldt, Dr P Hannaford, Dr R Hatcher, Dr D Huber, Dr C Huevo, Dr V Jennings, Dr R Lu, Dr P Lynam, Dr P Lumbiganon, Dr P Marchbanks, Dr O Meirik, Dr S Mittal, Dr C Morrison, Dr K Nanda, Dr E Otolorin, Dr H Peterson, Dr A Pollack, Dr H Rees, Dr R Rivera, Dr D Skegg, Dr C Smith, Dr N Simelala, Dr B Sood, Dr M Vekemanns ve Dr E Weisberg.

Bu yayın ile ilgili daha fazla bilgi için, lütfen aşağıdaki adrese başvurunuz.

Department of Reproductive Health and Research

World Health Organization

1211 Geneva 27

Switzerland

Faks : + 41 22 791 4171

e-posta: reproductivehealth@who.int

Bu dökümandan temin etmek istendiğinde, dökümantasyon merkezine başvurulmalıdır:

Documentation Centre

Department of Reproductive Health and Research

World Health Organization

1211 Geneva 27

Switzerland

Faks : + 41 22 791 4171

Tel : + 41 22 791 4447

e-posta: rhrpublications@who.int.

Bu dokümana ayrıca www.who.int/reproductivehealth web adresinden de ulaşılabilir. Bu dökümanda yer alan bilgilerde yapılacak herhangi bir güncelleme, öncelikle bu sitede yer alacaktır.

Özet

Bu doküman, kontraseptif yöntemlerin seçimi için tıbbi uygunluk kriterlerini yeniden gözden geçirerek aile planlaması hizmetlerinin kalitesini artırma sürecinde önemli bir basamaktır. 2004 yılında yayınlanan *Kontraseptif kullanımında tıbbi uygunluk kriterleri*'nin üçüncü baskısını güncellemektedir ve 1-4 Nisan 2008 tarihlerinde Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütünde düzenlenen uzmanlar Çalışma Grubu toplantısında alınan temel önerileri özetlemektedir. (Lütfen katılımcı listesi için Ek 2'ye bakınız.) Çalışma grubu 9 dernek temsilcisi dahil, 23 ülkeden 43 katılımcıyı bir araya getirmiştir. Bu doküman, en son klinik ve epidemiyolojik verilere dayanan tıbbi uygunluk kriterleri için öneriler içermektedir ve karar-vericiler, aile planlaması program yöneticileri, ve bilimsel topluluklar tarafından kullanılması amaçlanmaktadır. Amacı, kontraseptif hizmet sunumu için rehberler geliştiren ulusal aile planlaması/üreme sağlığı programlarına, rehberlik etmektir. Ancak fiili rehber olarak görülmemeli ve kullanılmamalı, bir referans kaynağı olarak kabul edilmelidir.

Bu doküman aşağıdaki aile planlaması yöntemlerini kapsamaktadır: düşük-dozlu kombine oral kontraseptifler (KOK'ler), kombine bant (B), kombine vajinal halka (H), kombine enjekte edilen kontraseptifler (KEK'ler), sadece progesteron içeren hapları, depo medroksi progesteron asetat (DMPA), norethisteron enantate (NET-EN), levonorgestrel (LNG) ve etonogestrel (ETG) içeren implantlar, acil korunma hapları, bakır kaplı rahim içi araç (Cu-RİA), levonorgestrel-salınımlı rahim içi araç (LNG-RİA), acil korunma için bakırlı RİA, bariyer yöntemler, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, laktasyonel amenore yöntemi (LAM), geri çekme (GÇ) ve kadın ve erkek sterilizasyonu.

DSÖ, her 3-4 yılda bir yapılan Uzman Çalışma Grubu toplantıları ve aile planlaması Rehber Yönetim Grubunun kararı ile gerekli gördüğü zamanlarda bu dokümandaki önerilere belirli aralıklarla eklemeler yapacak ve güncelleyecektir. Bu öneriler DSÖ internet sayfasında da yer alacaktır (www.who.int/reproductivehealth). Ayrıca internet sayfasında bu önerilerle ilgili DSÖ tarafından saptanmış ilave bilgiler de yer alacaktır ve bunlar bir sonraki resmi konsensus Çalışma Grup toplantısına kadar web sayfasında yer alacaktır. Kanıta dayalı değişimlerin hızlı olabileceği yerlerde bu tip güncellemeler özellikle önemli olabilmektedir. DSÖ; kontraseptif kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerinin saptanmasında çözülmemiş olan önemli konulara yönelik araştırmaları teşvik etmektedir. DSÖ bu rehberin geliştirilmesi için öneri ve yorumları da beklemekte iletmesini rica etmektedir.

Genel Bakış

1999 yılında, DSÖ aile planlaması rehberini gözden geçirmiş ve yeni kanıta-dayalı rehber hazırlanmasının gerekli olduğuna karar vermiştir.

Bu nedenle, *DSÖ Aile Planlamasında Kaliteli Hizmet Sunumunun Geliştirilmesi'nin* ikinci baskısı ile başlayan, yeni bir kanıta-dayalı aile planlaması rehberleri serisini başlatmıştır. 2000 yılında *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterlerini* yayınlamıştır. Bu kanıta dayalı serinin ilk iki temel dokümanı (Şekil 1); bu dokümanda anlatılan ve kontraseptif yöntemlerin kullanımının “kimler” için güvenilir olduğuna dair rehberlik sağlayan *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri* ve kontraseptif yöntemlerin “nasıl” güvenilir ve etkili kullanılacağına dair rehberlik sağlayan *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Seçilmiş Uygulama Önerileri*'dir.

Bu iki doküman kontraseptif yöntemlerin seçimi (*Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri*) ve kullanımı için (*Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Seçilmiş Uygulama Önerileri*'dir) kanıta-dayalı rehberlik etmektedir.

Üçüncü ve dördüncü temel dokümanları, *Aile Planlaması Hizmetine Başvuranlar Ve Hizmet Sunanlar için Karar Verme Aracı* ve *Aile planlaması: Hizmet Sunucular için Evrensel El Kitabı*, aile planlaması danışmanlığının ve hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek için geliştirilmiş pratik araçlardır. Bu iki doküman *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri* ve *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Seçilmiş Uygulama Önerileri* de kapsar. Bu dört temel dokümanın hepsi, üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinde çok geniş bir kapsamda yararlanılabilir ve kullanılabilir.

Amaç

Bu dokümanın amacı, politika ve karar vericilere, bilimsel topluluklara kontraseptif yöntem kullanımında tıbbi uygunluk kriterleri ile ilgili ulusal rehberlerin geliştirilmesinde veya gözden geçirilmesinde kullanılabilecek bir öneriler seti temin etmektir.

Bu doküman katı kurallar içermemektedir. Bunun yerine, özel sağlık durumları olan kişilerde yöntemlerin güvenilirliği ile ilgili, çeşitli kontraseptiflere ilişkin, çoğunluğu ulaşılabilen en güncel bilgilere dayanan kararları açıklayıcı öneriler verilmektedir.

Kontraseptif yöntem kullanımı için kriterler ile ilgili uluslararası bir rehber geliştirmek, ülkelerin durumları ve ilgili programları birbirlerinden çok farklılıklar gösterebileceğinden uygun değildir. Ancak, ulusal programların kendi ulusal sağlık politikaları, ihtiyaçları, öncelikleri ve kaynakları ışığında kendi kontraseptif uygunluk kriterlerinin geliştirilmesi veya güncellenmesinde bu dokümanı kullanmaları beklenmektedir.

Amaç aile planlaması hizmetlerine erişimi ve aile planlamasının kalitesini artırmaya yardımcı olmaktır. Bu düzenlemeler hizmet alan kişinin bilgilendirildikten sonra verdiği karar ve tıbbi güvenliği kapsanarak yapılmalıdır. Ancak adaptasyon her zaman kolay bir iş değildir ve en iyisi

ancak yürürlükte olan sağlıkla ilgili durumlar, davranışlar ve kültür çok iyi tanınarak yapılabilir.

Hazırlanma Süreci

Son 35 yıl süresince, yeni kontraseptif teknolojilerinin gelişiminde yüksek-dozludan düşük-dozlu oral kontraseptiflere geçiş ve inert RİA'lardan, bakır-kaplı ve levonorgestrel-salınımlı RİA'lara geçiş de dahil olmak üzere çok önemli ilerlemeler olmuştur. Ek olarak kombine enjekte edilen kontraseptifler, kombine hormonal bant ve vajinal halka, sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve implantlar kullanıma sunulmuştur. Ancak bazı ülkelerde mevcut politikalar ve sağlık hizmet uygulamaları artık

yaygın kullanılmayan kontraseptif ürünler ile ilgili bilimsel çalışmalara, hiçbir zaman kanıtlanmamış olan ve çok eskiden gelen teorik fikirlere, kişinin tercih veya hizmet sunanların önyargılarına dayanmaktadır. Bu güncelliğini yitirmiş politikalar ve uygulamalar sıklıkla hizmet sunum kalitesinde ve hizmet alanların aile planlaması hizmetlerine ulaşmasında kısıtlılıkla sonuçlanmaktadır. Bu doküman tüm hormonal kontraseptiflerin, RİA'ların, bariyer yöntemlerin, doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin, geri çekmenin, laktasyonel amenore yönteminin, erkek ve kadın sterilizasyonunun ve acil kontrasepsiyonun sağlanmasında kullanılan tıbbi uygunluk kriterlerinin güncellenmesini amaçlamaktadır.

Şekil 1: Aile planlaması rehberliğinin dört temel dökümanı

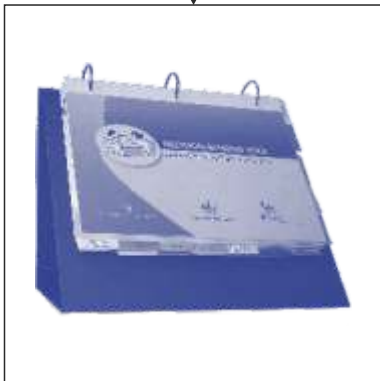


Kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri



Kontraseptif yöntem kullanımı için seçilmiş pratik öneriler

Bunlar kanıta-dayalı, konsensusla geliştirilmiş rehberlerdir. Bu rehberler, uzman çalışma grupları tarafından amaca uygun kanıtların değerlendirilmesi ile hazırlanmış olan önerileri sunmaktadır. Düzenli aralıklarla gözden geçirilmekte ve güncellenmektedirler.



Aile planlamasına başvuranlar ve hizmet sunanlar için resimli rehber



Aile planlaması: hizmet sunanlar için evrensel el kitabı

Bu kitaplar, *Tıbbi uygunluk kriterleri*, *Seçilmiş pratik öneriler* ve *aile planlaması hizmeti alanların ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağına ilişkin diğer uzlaşmış önerileri* birleştiren kaynaklardır. Diğer kanıtlar gerekli kıldıkça ve rehberler güncellendikçe bu kitaplar da güncellenecektir.

Rehberlerin güncel kalmasını garantileyen süreç:

1. Sürekli geniş kapsamlı kaynak araştırması yaparak, yayımlandıktan sonraki en kısa sürede yeni, ilgili kanıtları tespit etmek.
2. Yeni kanıtları titizlikle incelemek
3. Önceki kanıtların ışığı altında yeni kanıtları değerlendirmek
4. Sentezlenen yeni kanıtların mevcut önerilerin güncellenmesini sağlamak için yeterli olup olmadığına karar vermek
5. DSÖ'nün üreme sağlığı internet sayfasının (www.who.int/reproductivehealth) uygun şekilde güncellenmesini sağlamak ve rehberlerin resmi olarak yeniden değerlendirilmesi için uzman çalışma grubunun toplanması gerekliliğini tespit etmek.

Üreme ve Cinsel Sağlık Hizmeti

“Üreme hakları halen ulusal yasalarda, uluslararası insan hakları dokümanlarında ve diğer ilgili konsensus dokümanlarında tanımlanmış olan belirli insan haklarını kapsamaktadır. Bu haklar tüm çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısı, zamanı ve aralıkları için tamamen özgürce ve sorumluluğunu taşıyarak karar vermek, bunu uygulayabilmek için gerekli bilgilere sahip olmak ve cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili en yüksek standartları elde etme hakkı gibi temel haklarının kabul edilmesine dayanır.”(Pekin Deklerasyonu,1995)

Aile planlaması hizmetlerini ve bilgilerini kapsayan üreme ve cinsel sağlık hizmeti sadece erkek, kadın ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi için bir anahtar müdahale olarak değil, aynı zamanda bir insan hakkı olarak da kabul edilmektedir. Tüm bireylerin aile planlaması yöntemlerine ulaşma, seçme ve seçimi ile ilgili bilimsel gelişmelerden yararlanma hakları vardır. Engelli İnsanların Hakları Toplantısı'nda özellikle vurgulandığı gibi bu hizmet engelli insanları da kapsamaktadır (makale 23.1 ve 25.a).¹ Kontraseptif sunumunda haklara dayalı yaklaşım, başvuranların cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını dikkate alan bir aile planlaması yönteminin seçimi ve kullanımında başvuranlara yardımcı olan tüm ilgili uygunluk kriterlerini göz önüne alarak, başvurana bütünsel bakışı içerir.

Bu doküman esas olarak kontraseptif yöntem kullanımında tıbbi uygunluk kriterlerini hedef alırken, sosyal, davranışsal ve özellikle başvuranın tercihi olmak üzere diğer tıbbi-olmayan kriterler de mutlaka dikkate alınmalıdır. Hizmet alanın insan haklarını göz önüne alacak ve karşılayacak şekilde kontraseptif seçimini sağlamak için kendisinin tamamen bilgilendirilmiş olarak seçimini yapması gerekir. Ancak kadınların seçimi sıklıkla dolaylı veya dolaysız sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmekte veya kısıtlanmaktadır. Kadınların bakış açısından, seçimler belirli bir zamanda, sosyal ve kültürel şartlar altında yapılır ve seçimler karmaşık, çok faktörlü ve değişmeye açıktır. Kontraseptif yöntemler için karar-verme işlemi genellikle, hizmet alan kişinin taşıdığı şartlara, algılamalarına ve yorumlamalarına göre avantaj ve dezavantajları ile birlikte farklı kontraseptif yöntemler arasında kıyaslama yapma ihtiyacını gerektirmektedir.

Hizmet alan kişinin insan haklarına ve üreme haklarına uygun hizmet sunulması hizmet kalitesinin temelidir. Kontraseptif yöntem kullanımında tıbbi uygunluk kriterleri ve kontraseptif yöntem kullanımında pratik öneriler için uluslararası normlar geliştirilmesi üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmanın sadece

bir yönüdür. Aile planlaması programlarının çoğu, toplum sağlığında ve klinik uygulamada yüksek standartları gösteren tarama, tedavi ve izlem süreçlerini kapsamaktadır, ancak bunlar spesifik kontraseptif yöntemler için uygunluk gerekliliği olarak görülmemelidir. Bu süreçler, servikal kanser, anemi ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) taranması ve tedavilerini, sigaranın bırakılmasının ve emzirmenin teşvik edilmesini kapsamaktadır. Bu süreçlerin yürütülmesi için gerekli insan ve malzeme kaynakları yeterli ise bu işlemler kesinlikle teşvik edilir, fakat bir belirli yöntemle başlama veya kullanıma devam etme için uygunluk sağlamada gereklilik olmadıklarında, aile planlaması yöntemlerinin kullanımında bir ön durum olarak görülmemelidirler.

Yöntem Kullanımını Etkileyen Hizmet Kalitesi Ve Erişim Sorunları

Bu doküman esas olarak, tıbbi uygunluk kriterlerini hedef alırken, tüm kontraseptif yöntemlerin kullanımına başlanması ve izlenmesi ile evrensel olarak ilişkili olan aşağıda yer alan hizmet sunum kriterlerini içeren kontraseptif yöntemlerin uygun sunumu ile ilgili diğer bir çok konuyu kapsamaktadır.

- Hizmet alan kişiye, bir kontraseptif yöntemi bilgilendirilmiş ve gönüllü olarak seçebilmek için yeterli bilgi verilmelidir. Hizmet alan kişiye bu seçiminde yardımcı olması için verilen bilgi en az; yöntemlerin birbirlerine göre etkinlikleri, yöntemin doğru kullanımı, nasıl etki gösterdiği, sık görülen yan etkileri, yöntemin sağlık riskleri ve faydaları, kliniğe geri gelmesini gerektirecek işaret ve semptomlar, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın geri dönüşü ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ile ilgili bilgileri kapsamalıdır. Bilgiler, hizmet alanın kolaylıkla anlayabileceği dil ve format kullanılarak sunulmalıdır.
- Cerrahi işlem, uygulama, yerleştirme ve/veya geri çıkarma işlemlerinin eğitimli bir sağlık personeli tarafından yapılmasını gerektiren yöntemler (sterilizasyon, implant, RİA, diyafram, servikal başlık), yöntemlere ilişkin hizmetin sunulabilmesi için uygun şekilde eğitilmiş sağlık personeli ile, uygun ekipmanlarla, ulaşılabilir kurumlarda ve uygun enfeksiyonu önleme işlemlerine kesinlikle uyularak sunulmalıdır.
- Yeterli sayıda ve uygun malzeme ve ekipman desteği mevcut olmalı ve stokta tutulmalıdır (örneğin kontraseptif malzemeleri, enfeksiyon önleme işlemleri için ekipman ve malzeme)
- Kabul edilemeyecek sağlık riskleri taşıyabilecek bazı kontraseptif yöntemlerin kullanıldığı durumlarda, hizmet alanları uygun bir şekilde tarayabilme olanağı için, Hizmet sunanlara rehberler (veya başvuranların kartı veya diğer tarama araçları) temin edilmelidir.

1 Convention on the Rights of Person with Disabilities. United Nations Enable, Rights, and Dignity of Persons with Disabilities, 2007. (<http://www.un.org/disabilities/>, Erişim tarihi: 13.01.2009).

e) Hizmet sunanlar, hizmet alanların kendi doğurganlıkları hakkında bilgilendirilmiş, gönüllü ve bağımsız olarak karar verebilmelerine yardımcı olabilmeleri için aile planlaması danışmanlığı hizmet sunumu konusunda mutlaka eğitilmelidir. Danışmanlık, hizmet kalitesinde bir anahtar unsurdur. Hem

yönteme başlama hem de izlem ziyaretlerinin önemli bir bölümüdür ve hizmet alanın sadece kontrasepsiyon ihtiyaçlarına değil, yanı sıra ilişkili olan cinsellik ve human deficiency virus (HIV) da dahil cinsel yolla bulaşan (CYBE) enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili ihtiyaçlarına da cevap vermelidir.

Tablo 1. Tipik ve ideal kontraseptif kullanımında, 1. yıl süresince, istenmeyen gebeliği olan kadın yüzdesi ve 1. yıl sonunda kullanıma devam eden kadın yüzdesi, Amerika Birleşik Devletleri

Yöntem (1)	Kullanımın ilk birinci yılı içinde istenmeyen gebeliği olan kadın %si		Bir yıl süreklili kullanan kadın %si ³ (4)
	Tipik Kullanım ¹ (2)	İdeal Kullanım ² (3)	
Yöntem yok ⁴	85	85	
Spermisidler ⁵	29	18	42
Geri çekme	27	4	43
Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler	25		51
Standart günler yöntemi ⁶		5	
İki gün yöntemi ⁶		4	
Ovulasyon yöntemi ⁶		3	
Sünger			
Paröz kadın	32	20	46
Nullipar kadın	16	9	57
Diyafram ⁷	16	6	57
Kondom ⁸			
Kadın (Reality)	21	5	49
Erkek	15	2	53
Kombine hap ve sadece progesteron içeren hap	8	0.3	68
Evra bant	8	0.3	68
NuvaRing	8	0.3	68
Depo-Provera	3	0.3	56
Kombine enjekte edilen kontraseptif (Lunelle) ⁹	3	0.05	56
RIA			
ParaGard (Bakırlı T)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-RİS)	0.2	0.2	80
İmplanon	0.05	0.05	84
Kadın sterilizasyonu	0.5	0.5	100
Erkek sterilizasyonu	0.15	0.10	100

Acil kontraseptif haplar: Korunmasız cinsel ilişki sonrası sonraki 72 saat içerisinde uygulandığında gebelik riskini ez az %75 azaltır¹⁰

Laktasyonel amenore yöntemi: LAM oldukça etkili olup, geçici kontrasepsiyon sağlar¹¹.

Kaynak: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL; Cates W, Stewart FH, Kowal D. *Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition*. New York NY: Arden Media, 2007

Notlar:

1. Bir yöntem kullanmaya başlayan (ilk sefer olması şart değil) tipik çiftler arasında, herhangi bir başka nedenle yöntem kullanımını durdurmamışlarında, birinci yıl içerisinde kazara gebe kalanların yüzdesi. Spermisit, geri çekme, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, diyafram, erkek kondomu, hap ve Depo-Provera'nın tipik kullanımları için, 1. yıl süresince gebelik olasılıklarının tahminleri, az bildirilen düşük sayıları düzeltilmiş, 1995 Ulusal Aile Büyüme Araştırması'ndan alınmıştır; Diğer yöntemlerin olasılık tahminlerinin kaynakları için metine bakınız.
2. Bir yöntem kullanmaya başlayan (ilk sefer olması şart değil) ve ideal (hem sürekli, hem doğru) kullanan çiftler arasında herhangi bir başka nedenle kullanımı durdurmamışlarında birinci yıl içerisinde kazara gebe kalanların yüzdesi. Herbir yöntemin olasılık tahminlerinin kaynakları için metine bakınız.
3. Gebeliği önlemek için yöntem kullanan çiftler arasında, bir yöntemi 1 yıl kullanmaya devam edenlerin yüzdesi.
4. Kolon (2) ve (3)'de gebe olanların yüzdesi, kontrasepsiyon kullanılmayan toplumlardan ve gebe kalmak için kontrasepsiyonu bırakan kadınlardan elde edilen verilere dayanmaktadır. Bu tip toplumlarda kadınların yaklaşık %89'u 1 yıl içinde gebe kalır. Bu tahmin, geriye dönüşümlü kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda, eğer kontrasepsiyonu tamamen bıraksalardı, 1 yıl içinde gebe kalacakların yüzdesini temsil etmek için hafifçe (%85'e kadar) düşürülmüştür.
5. Köpükler, kremler, jeller, vajinal süpozituarlar ve vajinal filmler.
6. Ovulasyon ve İki Gün yöntemi servikal mukusun değerlendirilmesine dayanır. Standart Günler yönteminde sıklusun 8.gününden 19. gününe kadar cinsel ilişkiden kaçınılır.
7. Spermisid içeren krem veya jel ile birlikte
8. Spermisidsiz
9. Kaynak: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition. New York, NY: Ardent Media, 2004.
10. Tedavi şeması, korunmasız ilişkiden sonraki ilk 120 saat içerisinde bir doz ve birinci dozdan 12 saat sonra ikinci dozdur. Plan B'nin her iki dozu aynı anda alınabilir. Plan B (1 doz 1 beyaz tablettir) özellikle acil kontrasepsiyon için pazara sunulmuş tek üründür. İlave olarak, Amerika İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) aşağıdaki 22 oral kontraseptif markasının acil kontrasepsiyon için güvenilir ve ve etkili olduğunu açıklamıştır: Ogestrel veya Ovral (1 doz 2 beyaz tablettir), Levlen veya Nordette (1 doz 4 açık-turuncu tablettir), Cryselle, Levora, Low-Ogestrel, Lo/Ovral veya Quasence (1 doz 4 beyaz tablettir), Tri-Levlen veya Triphasil (1 doz 4 sarı tablettir) Jolissa, Portia, Seasonale, veya Trivora (1 doz 4 pembe tablettir), Seasonique (1 doz 4 açık-mavi-yeşil tablettir), Empresse (1 doz 4 turuncu tablettir), Alesse, Lessina, veya Levlite (1 doz 5 pembe tablettir), Avine (1 doz 5 turuncu tablettir) ve Luteru (bir doz 5 beyaz tablettir).
11. Ancak, gebeliğe karşı etkili korunmayı devam ettirebilmek için, menstrüasyon başlar başlamaz, emzirmenin süresi veya sıklığı azaldığında, biberonla beslemeye başladığında veya bebek 6 aylık olunca, en kısa sürede diğer bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır.

YÖNTEMLERİN ETKİNLİĞİ

Planlanmamış gebeliklerin önlenmesinde kontraseptif seçimi, kısmen kontraseptif yöntemin etkinliğine bağlıdır. Bazı yöntemlerde yöntemin kendisinin sağladığı korumanın yanı sıra ne ölçüde doğru ve sürekli kullanıldığı da çok önemlidir. Tablo-1 kontraseptif yöntemin önerildiği gibi kusursuz biçimde (doğru ve sürekli) kullanıldığında kontraseptif yöntem kullanımının birinci yılında istenmeyen gebelik yaşayan kadınların yüzdelerini göstermektedir. Ancak sürekli ve doğru kullanımın her ikisi de, yaş, gelir, kullanıcının gebeliğin önlenmesi veya geciktirilmesi ile ilgili isteği ve kültür gibi özelliklerle önemli ölçüde değişebilir. Kullanıcının sürekli ve doğru kullanımına dayanan yöntemler geniş bir etkinlik aralığına sahiptir. Erkek ve kadınların çoğu yöntem ile ilgili deneyim kazandıkça giderek daha etkili kullanıcı olurlar. Ancak uzun dönem planlanmış yönleri de yöntemin ne kadar etkin kullanılacağı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

İSTENMEYEN GEBELİK SONUCUNDA, KADINDA SAĞLIK RİSKİNİ ARTTIRABİLECEK DURUMLAR

İstenmeyen gebeliğin kabul edilemez sağlık riski oluşturabileceği durumları olan kadınlara, tipik kullanımda oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı, kontrasepsiyon için bariyer yöntemlerin tek olarak kullanılmasının ve kontrasepsiyonda davranışa dayanan yöntemlerin bu kişiler için uygun seçimler olmayacağı söylenmelidir. Bu durumlar Tablo 2'de gösterilmektedir.

DOĞURGANLIĞIN GERİ DÖNÜŞÜ

Erkek ve kadın sterilizasyon hariç, kontraseptif yöntemlerin kullanımı doğurganlıkta kalıcı değişiklik yapmaz. DMPA ve NET-EN hariç tüm yöntemlerde doğurganlık hemen geri döner, ancak belirtilen bu iki yöntemde kullanım süresinden bağımsız olarak doğurganlığın geri dönüşündeki gecikme, sıra ile son enjeksiyon tarihinden itibaren 10 ve 6 aydır. Erkek ve kadın sterilizasyonu kalıcı yöntem olarak kabul edilmelidir ve bu yöntemi düşünen tüm bireylere ve çiftlere buna göre danışmanlık verilmelidir. Diğer hiçbir yöntem kalıcı infertilite ile sonuçlanmaz.

Tablo 2. İstenmeyen gebelik sonucunda, kadında sağlık riskini arttıracak durumlar

Meme kanseri
Komplike kalp kapak hastalığı
Diyabet: insüline-bağımlı; nefropati/retinopati/nöropati veya diğer damar hastalıklarıyla birlikte; veya 20 yıldan uzun süre
Endometrium veya over kanseri
Epilepsi
Yüksek kan basıncı (sistolik >160 mm Hg veya diyastolik >100 mm Hg) ¹
HIV/AIDS ²
İskemik kalp hastalığı
Malign gestasyonel trofoblastik hastalık
Malign karaciğer tümörü (hepatoma) ve karaciğerin Hepatosellüler karsinomu (HCA)
Karaciğer fibrozisi ile birlikte şizozomiyazis
Ciddi (dekompanse) siroz
Orak hücreli anemi
CYBE ²
İnme
Sistemik lupus eritematozus (SLE)
Trombojenik mutasyon
Tüberküloz

Notlar:

1. Bu dökümanda kan basıncı ölçüm değerleri mm Hg olarak verilmektedir. kPa'ya çevirmek için, 0.1333 ile çarpılır. Örneğin 120/80 mm Hg = 16.0/10.7 kPa.
2. CYBE/HIV bulaşma riski olduğunda HIV/AIDS ve diğer CYBE'lara karşı korunma için ikili/dual korunma mutlaka önerilir. Kondomun eş zamanlı olarak diğer yöntemler ile beraber kullanımı ile veya tek başına kondomun sürekli ve doğru kullanımı ile sağlanabilir.

CYBE'lar ve Kontrasepsiyon: İkili Korunma

Kontraseptif kararı için uluslararası normların geliştirilmesi, hizmetlerdeki sunumun kalitesi için elzem iken, her bir başvuranın sosyal, kültürel ve davranışsal şartlar da mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu konuda, HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) maruz kalma problemi, gebeliğin önlenmesi ve enfeksiyon geçişinin önlenmesinin her ikisinin de eşit önemde olmasından dolayı özel bir önemi hak etmektedir. CYBE/HIV geçiş riski olduğunda, hem gebelikten hem de hastalıktan korunma için, hizmet sunucusu tarafından ciddi risk altında olan tüm kişilere, diğer yöntemler ile beraber kondomun eşzamanlı kullanımı veya kondomun tek başına sürekli ve doğru kullanımı şeklindeki ikili korunmanın önerilmesi önemlidir. Kontraseptif danışmanlığına başvuran kadın ve erkeğe CYBE/HIV geçişinin önlenmesi için kondom kullanmanın önemi daima hatırlatılmalıdır ve bu amaçla kullanım teşvik edilmeli ve uygun olduğunda kullanımı gösterilmelidir. Sürekli ve doğru kullanıldığında lateks erkek

kondomunun CYBE/ HIV'a karşı hayli etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Çalışma Yöntemi

Bu doküman 1994 yılında başlayan ve 1996 yılında *Aile planlamasında kaliteli hizmetlere erişimin iyileştirilmesi: kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri* dökümanının yayınlanması ile sonuçlanan bir süreç üzerine kurulmuştur. Yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntemler için yer alacak uygunluk kriterleri üzerinde uzlaşmaya varılmasını kapsayan başlangıç aşamasında, iyi belirlenmiş kontraseptif yöntemlerin tıbbi uygunluk kriterleri ile ilgili epidemiyolojik ve klinik kanıtların derinlemesine incelenmesinde birçok dernek ve organizasyonlar işbirliği içinde çalıştılar. Süreç, çeşitli kontraseptifler için farklı kuruluşlar tarafından kullanılan yeterlilik kriterlerinin karşılaştırılmasını, tıbbi uygunluk kriterleri ile ilgili yayınlanmış tıbbi ve epidemiyolojik literatürün özetlerinin hazırlanmasını ve daha büyük uzman ve dernek grupları tarafından gözden geçirilmesi için sınıflandırma taslağının

hazırlanmasını içermektedir. DSÖ tarafından 1994 Mart ve 1995 Mayıs tarihlerinde, sınıflandırma taslağının gözden geçirilmesi, önerilerin formüle edilmesi için iki uzmanlar Çalışma Grubu toplantısı organize edilmiştir; ve bu süreci de 1996 yılında dökümanın yayınlanması izlemiştir.

1996 yılı dökümanın birinci revizyonu, 17 ülkeden 32 katılımcıyı bir araya getiren ve çeşitli dernek ve organizasyonların temsilcilerini de kapsayan, DSÖ'de 8-10 Mart 2000 tarihleri arasında yapılan bir uzmanlar Çalışma Grubu toplantısının önerilerine dayanmaktadır. Çalışma grubu, 1994 ve 1995 yıllarındaki, son Çalışma Grubu toplantısından sonraki yeni kanıtları gözden geçirmiştir. Bu yeni kanıt, pirimer olarak, kontraseptif yöntemlerin tıbbi uygunluk kriterleri için yeni kanıtları belirleyen ve özetleyen, en son literatürlerin sistemik derlemelerinden elde edilmiştir.

Dökümanın ikinci revizyonu, 18 ülkeden 36 katılımcıyı bir araya getiren ve çeşitli dernek ve organizasyonların temsilcilerini de kapsayan, DSÖ 21-24 Ekim 2003 tarihleri arasında yapılan bir uzmanlar Çalışma Grubu toplantısının önerilerine dayanmaktadır. Çalışma grubu, klinisyenler, epidemiyologlar, politika yapımcılar ve program uzmanlarından oluşan uluslararası aile planlaması uzmanlarını içeriyordu. Ayrıca Çalışma Grubu kanıtları belirleyen, sentezleyen ve rehberi kullanan uzmanları da kapsamıştır. Bu baskı için bir Rehber Yönetim Grubu oluşturulmuştur.

Dökümanın bu dördüncü revizyonu ise 23 ülkeden 43 katılımcıyı bir araya getiren, dokuz dernek temsilcisinin de yer aldığı, 1-4 Nisan 2008 tarihleri arasında, DSÖ'de yapılan uzmanlar Çalışma Grubu toplantısının önerilerine dayanmaktadır. Uzmanlar Çalışma Grubu, klinisyenler, epidemiyologlar, politika yapımcılar, program yöneticilerinden oluşan uluslararası aile planlaması uzmanlarından, kanıtları belirleyen ve sentezleyen uzmanlardan, farmakoloji uzmanlarından ve rehberi kullananlardan oluşmaktadır. Uzmanlar Çalışma Grubunun tüm üyelerinden herhangi bir çıkar çatışmasının varlığını açıklaması istenmiş, üç uzman toplantı konusu ile çıkar çatışması olduğunu belirtmiştir.¹ Ancak önerilerin düzenlenmesinden bu kişilerden çekilmeleri istenmemiştir.

Kanıtların Belirlenmesi ve Sentezlenmesi

Yeni kanıtları sürekli belirleyen bir sistem kullanarak (Araştırma Kanıtlarının Sürekli Belirlenmesi, 'CIRE sistemi' www.inforhealth.org/cire_pub.pl),² DSÖ, *Kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri*'nin üçüncü baskısından sonra ortaya yeni kanıtlar çıkmış olan önerileri tanımlamıştır.

Sonra, bu önerilerin ve yanı sıra önerilere yeni eklenen yeni bir sağlık sorunu (sistemik lupus eritematozus) için kanıtların tam olarak değerlendirilmesi amacı ile sistematik gözden geçirmeler yapılmıştır. Bu sistemik gözden geçirmelerin amacı özel durumları olan kadınlar tarafından kontraseptif yöntem kullanımının uygunluğu için direkt kanıtları tanımlamak olmuştur. Bu öneriler için direkt kanıt aranılıp da ulaşılamadığında, indirekt kanıtlara veya teorik düşüncelere dayanan bilgiler toplanmıştır. Sistemik gözden geçirme için araştırmalar, veri tabanı başlangıcından Ocak 1998'e kadar CIRE sistemi, yanı sıra *PubMed* ve *Cochrane Library* kullanılarak bulunmuştur. Ayrıca literatür taramasında bulunan makalelerin kaynak listeleri de gözden geçirilmiş ve alanında uzman olan kişiler ile temasa geçilmiştir. Kanıtların gücü ve kalitesi USPTF sistemi kullanılarak derecelendirilmiştir. (Unated States Preventive Task Force)³

Sistemik gözden geçirmeler, uzmanlar Çalışma Grubuna toplantıdan önce iletilmiş ve toplantı sırasında Grubun üzerinde çalışacağı temel döküman olmuştur. Her bir ilgili önerinin incelenmesi sırasında ilgili kanıtla ilişkin kanıt derecesi Çalışma Grubuna sunulmuştur. Maliyet sorunları potansiyel kaynakların kısıtlılığı yanında öncelikle kontrasepsiyon hizmetlerinin varlığı, ve erişilebilirliği terimleri kapsamında değerlendirilmiştir. Öneriler, öncelikle güvenlikle ilgili konularla ilgilenmektedir ve bu konular çok farklı durumlara uygulanabilirlik bakış açısı ile değerlendirilmiştir. Grup, öneriler ile ilgili kararlarını oybirliği ile almıştır.

Önerilerin çoğunluğu için (yöntem/durum kombinasyonları), özel bir durumu olan kadınlar tarafından spesifik bir yöntemin kullanımı ile ilgili araştırma sayısı kısıtlıdır. Bu nedenle kanıt kullanılan uygunluk kriterlerine ilişkin kararların çoğu, sıklıkla esasında sağlıklı kadınlar ile yapılan çalışmaların verilerinden tahminlere, teorik düşüncelere ve uzman görüşlerine dayanmayı gerektirmiştir. Kanıtlar yeni ürünler ve sınırlı kullanımı olanlar için özellikle kısıtlıdır. Çalışma Grubu tarafından değerlendirilen kanıtların tümü şunları içermektedir:

● Sağlık sorunu olan kadın (veya) erkek tarafından kullanılan kontraseptif yöntem ile ilgili direkt araştırmalara veya gözlemlere dayanan kanıtlar;

1. Dr. Glasier: Çeşitli kontraseptif ürünler üreten dört firmadan araştırma desteği alan klinikte çalışmaktadır. Dr. Shelton : Antiretroviral tedavi üreten ilaç firmasında hisse sahibidir. Dr. Weisberg: Dört kontraseptif üreticiden kontraseptif araştırma için fon almıştır; human papilloma virüsüne karşı aşı üreticisi bir firmanın danışma kuruluna ve bir kontraseptif üretici tarafından finanse edilen kontraseptif eğitim danışma kuruluna hizmet etmektedir.

2. Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: A new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;28:483-490.

3. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Service Task Force: A Review of the process. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;20:21-35

- Sağlık sorunu olmayan kadın (veya erkek) tarafından kullanılan kontraseptif yöntemin sonuçlarından çıkarımla elde edilen kanıtlar;
- Uygun hayvan modelleri, insan laboratuvar çalışmaları veya benzeşen klinik durumlarla ilgili araştırmalara dayanan teorik bulgular veya indirekt kanıtlar.

Bir öneri geliştirilirken, Çalışma Grubu bir kanıt değerlendirmiş ise, bu dokümanda önerinin yanında kanıtla atıfta bulunulmuştur. Atıfta bulunulan bir kanıt olmayan öneriler, uzman görüşlerine dayanmaktadır ve/veya kanıtlar sistematik gözden geçirmeler dışındaki diğer kaynaklardan elde edilmiştir. Aşağıda belirtildiği gibi bu baskıda 1000'den fazla öneri birinci baskıdan beri değişmemiştir. Birinci baskının kanıtları ise 1994 ve 1995 Çalışma Gruplarında proje için hazırlanan bir kaynak doküman serisinden temin edilmiştir.

Üçüncü baskı 1705 öneri içermektedir. Bu öneriler dünyanın her yerinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve bu nedenle DSÖ, yapılacak tüm değişikliklerin, değişikliği yapmamak için zorlayıcı bir neden yok ise yeni kanıtlara dayandırılmasına karar vermiştir. 31 Mart 2008'de toplanan Rehber Yönetim Grubu, Uzman Çalışma Grubunun üçüncü baskıda mevcut olan önerilerden sadece yeni kanıtları olan ve hakkında sıradışı bir vakası bulunanlar ile ilgilenmesini önermiştir. Çalışma Grubu 1 Nisan 2008'de bu öneriye uymuştur.

Çalışma Grubu her bir durum ve kontraseptif yöntem için uygunluk kriteri ve 1den 4e kadar bir kategori belirleme ile görevlendirilmiştir. Çalışma Grubu kategoriye ilave olarak rehberliğin gerekli olduğunu tespit ettiğinde, bu rehberlik Çalışma Grubu tarafından "Açıklama" başlığı altında sunulmuştur. Çalışma Grubu tarafından yeni kanıt göz önüne alındığında, bu kanıt "Açıklama/Kanıt" adlı sütunda "Kanıt" başlığı altında sunulmuş ve özetlenmiştir. Rehberlikle ilgili açıklamalara ve kanıt özetlerine ek olarak, her kontraseptif yöntem bölümünün sonuna, seçilmiş yöntemler/durumlar için DSÖ sekreteryası tarafından, yorumlar, ilave edilmiştir.

Uzman Çalışma Grubu *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri*'nin 4. baskısı için 86 yeni öneri geliştirmiş ve mevcut 165 öneriyi revize etmiştir. Grubun, değerlendirmeleri sonucu *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri*'nin 4. baskısına yeni bir tıbbi durum olarak sistemik lupus eritematozus ve 3. baskıda mevcut olan tıbbi durumlara ise 12 yeni alt grup eklenmiştir. Bu 12 alt durum şunlardır: obezite ve <18 yaş, derin ven trombozu/pulmoner emboli (DVT/PE) ve devam eden antikoagülan tedavi; akut veya alevlenmiş viral hepatit, karaciğerin fokal nodüler hiperplazisi, antiretroviral tedavisinin üç sınıfı (Nükleosid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI), Nükleosid olmayan revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI), Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri (PI), Lamotrigin (antikonvülsan), ve dört antibiyotik

sınıfı (geniş-spektrumlu antibiyotikler, antifungaller, antiparazitikler ve rifampisin ile rifabutin).

1870 öneriden oluşan final liste, 4 Nisan 2008 tarihli toplantıda Çalışma Grubu ve Rehber Yönetim Grubunun tüm üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Bu doküman nasıl kullanılır?

Bu dokümanın karar vericiler, aile planlaması programlarının yöneticileri ve bilimsel topluluklar tarafından kullanılması hedeflenmektedir. Amacı, aile planlaması hizmetleri için rehberler hazırlanmasında, ulusal aile planlaması/üreme sağlığı programlarına rehberlik yapmaktır. Gerçek bir rehber olarak görülmemeli veya kullanılmamalı, bir kaynak olarak kabul edilmelidir.

Bu dokümandaki rehberliğin, kontraseptiflerin sunulduğu şartlar ve ortamların birbirlerinden farklı olan ülke ve programlar düzeyinde yorumlanması hedeflenmektedir. Bu dokümandaki kategorilerin sınıflandırılması bu süreç boyunca değişmesi muhtemel değil iken, bu kategorilerin ülke düzeyinde uygulanması büyük olasılıkla değişkendir. Özellikle, farklı hizmet sunucularının klinik bilgi düzeyleri ve deneyimleri ve hizmetlerin sunulduğu yerlerde mevcut olan olanakların dikkate alınması gerekir.

Tabloların kullanılması

Çalışma Grubu, değerlendirilen tüm yöntemlerin kullanımına başlanması ve devam edilmesi için tıbbi kriterler tanımlamıştır. **Devamlılık kriteri, kadında bir yöntem kullanırken gelişen bir sağlık sorunu ile klinik olarak ilintilidir.** Çalışma grubu herhangi bir durum için, başlama ve devamlılık kategorilerinin farklı olduğuna karar vermiş ise, bu farklılıklar "**B=Başlama**" ve "**D=Devam**" **kolonlarında** belirtilmiştir. B ve D olarak belirtilmemiş ise kategori kullanıma başlama ve devam için aynıdır.

Bu sınıflandırma sistemi temel alınarak, bir spesifik kontraseptif yöntemin kullanımına başlama ve devamı için uygunluk kriterleri, bu dokümanda tablolarda sunulmaktadır. Tabloda yer alan birinci kolon sağlıkla ilgili durumları göstermektedir. Sağlıkla ilgili durumların değişen derecelerinin ayırt edilmesi için alt gruplara ayrılmıştır. İkinci kolon, sağlıkla ilgili durumları, başlama ve/veya devam için aşağıda tanımlanacağı şekilde, dört kategoriden birisine sınıflandırmıştır. Eğer gerekli ise, üçüncü kolon yukarıdaki bölümde anlatıldığı gibi sınıflandırma ile ilgili kanıtları veya açıklamaları vermektedir.

Dokümanın sonundaki özet tablosu, hormonal yöntemler ve RİAlar için sağlıkla ilgili durumlara göre tıbbi uygunluk kriterlerini kapsamaktadır. Bu baskı için gözden geçirilen kategoriler veya sağlıkla ilgili durumların bir özeti bu bölümün sonunda yer almaktadır.

KONTRASEPTİFİN TİPİ		
DURUM	KATEGORİ B= Başlama D= Devam	AÇIKLAMA/KANIT
DURUM	Sağlıkla ilgili durum1'den 4'e kadar sınıflandırılmıştır. Doğurganlık-bilincine dayalı yöntemler ve cerrahi sterilizasyon ile ilgili kategoriler ilgili bölümün başlangıcında tanımlanmıştır.	Sınıflandırma ile ilgili açıklama ve kanıtlar

UD (=Uygun değil) Çalışma Grubu tarafından kategorisi belirtilmemiş ama ilgili açıklamaları yapılmış durumları göstermektedir.

1	Bir aile planlaması yönteminin kullanımı için engel teşkil etmeyen bir durum
2	Bir aile planlaması yönteminin kullanımının sağladığı faydaların, kanıtlanmış veya teorik risklerden genellikle ağır bastığı bir durum
3	Kanıtlanmış veya teorik risklerin o yöntemin kullanılmasının sağladığı faydalardan ağır bastığı bir durum
4	Bir aile planlaması yöntemi kullanıldığında kabul edilemez sağlık risklerinin ortaya çıkacağı bir durum

Kategorilerin Sınıflandırılması

Bu dokümandaki tıbbi uygunluk kriterleri yukarıda açıklanan çalışma yöntemine dayanmaktadır ve yeterli bir emniyet marjı sağlamayı amaçlamaktadır.

Her bir sağlıkla ilgili durum, hem kişisel özellikleri (örneğin, yaş, gebelik öyküsü gibi) hem de bilinen, önceden mevcut olan tıbbi/patolojik durumları (örneğin diyabet, hipertansiyon gibi) temsil edecek şekilde tanımlanmıştır. Ulusal ve

kurumsal sağlık ve hizmeti sunan çevrelerin, halk sağlığı önemlerine göre sağlıkla ilgili durumların taranması için en uygun araçlara karar vermeleri beklenmektedir. Hizmet alanın hikayesi sıklıkla en uygun yaklaşım olacaktır. Bir aile planlaması hizmet sunucusu, altta yatan sağlık sorunları için bir uzmana danışmak isteyebilir.

Her kontraseptif yöntemin kullanımı için uygunluğu etkileyen sağlıkla ilgili durumlar aşağıda belirtilen dört kategoriden birisinde sınıflandırılmıştır:

KATEGORİ	Klinik Değerlendirme Yapılabildiğinde Yorum	Klinik Değerlendirme Olanakları Kısıtlı İse Yorum
1	Her durumda yöntem kullanılır.	Evet (Yöntem kullanılır)
2	Genellikle yöntem kullanılır.	
3	Yöntemin kullanılmaması önerilmekle birlikte, uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir.	Hayır (Yöntem kullanılmamalıdır)
4	Yöntem kullanılmamalıdır.	

Uygulamada kategorilerin kullanılması

Kategori 1 ve 4 kendilerini ifade etmektedir. Bir yöntem/sağlıkla ilgili durumun sınıflandırılmasında 2. Kategoride yer alması, yöntemin genel olarak kullanılabilirliğini, ancak dikkatli bir izlemin gerekebileceğini ifade etmektedir. Ancak kategori 3 olarak sınıflandırılmış sağlıkla ilgili bir durumu olan bir kadına bir yöntemin önerilmesi dikkatli bir klinik değerlendirme ve klinik hizmetlerine erişim gerektirir ve bu durumdaki bir kadın için, durumun ciddiyeti, alternatif yöntemlerin durumu, pratikliği ve kabul edilebilirliği göz önüne alınmalıdır. Kategori 3 olarak sınıflandırılan yöntem/sağlıkla ilgili durumda yöntemin kullanılması genellikle önerilmez, ancak daha uygun başka bir yöntem yok ise veya daha uygun başka bir yöntem ulaşamıyorsa önerilebilir. Bu durumda da dikkatli bir izlem gerekli olacaktır.

Toplum-bazlı hizmetlerde olduğu gibi, klinik değerlendirme için kaynaklar kısıtlı olduğunda, dört kategori olarak yapılmış sınıflandırma basitleştirilerek iki kategoriye indirilebilir. Bu basitleştirme ile, kategori 3; bir kadının yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk taşımadığını göstermektedir.

Programın Unsurları

Ele alınması gereken program şu konuları içerir:

- Bilgilendirilmiş seçim,
- Hizmet kalitesinin unsurları,
- Yöntemlerin yönetimi için gerekli, önemli tarama işlemleri
- Hizmet sunanların eğitimi ve becerileri,
- Kontraseptif kullanımı için gerekli görülen durumlarda sevk ve izlem

Uygunluk kriterlerinin programlara uygulanmasında, kontraseptiflerin güvenli kullanımları için temel olan hizmet sunum uygulamaları, iyi sağlık hizmetleri için uygun olan ama yöntemlerin kullanımı ile ilgili olmayan uygulamalardan ayırılmalıdır. Güvenli kontrasepsiyon ile ilişkili olmayan iyi sağlık hizmet uygulamalarının tanıtımı, ne bir ön koşul ne de bir engel olarak değil, aksine tamamlayıcı olarak değerlendirilmelidir.

Bir sonraki aşamada, uygunluk kriterleri ile ilgili önerilerin, ülke koşullarına göre, hizmet sunum sisteminin tüm basamaklarındaki hizmet sunanlara uygulanabilirliği bakımından değerlendirilmesi gerekir. Ülkelerin hizmetlerini ne kadar uzağa ve hangi yollarla, daha periferik kadar götürmenin mümkün olabileceğini belirlemeleri gerekecektir. Bu, maliyet ve etkinlik açısından mümkün olan yerlerde hem sağlık personelinin hem de olanakların iyileştirilmesini kapsayabilir veya sağlık personelinin bazı kategorilerdeki becerilerinin genişletilmesini, malzeme ekipmana mütevazı ekler yapılmasını ve ünitelerdeki alanların yeniden düzenlenmesini gerektirebilir. Yöntemlerin yan etkileri ve riskleri ile ilgili yanlış

algılamalara dair, kullanıcılar ve hizmet sunanlar tarafından sorulan soruların ele alınması, erkeklerin ve kadınların bakış açılarından, bilgilendirilmiş seçim içeriğinde ihtiyaçlara daha yakından bakılması da gerekecektir.

Rehberlerin ulusal programlara tanıtılması

Bu, kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri rehberi cinsel ve üreme sağlığı hizmet programlarına dahil edileceği zaman, sadece dağıtılması gereken bir doküman olmayıp, aksine, iyi planlanmış bir adaptasyon ve uygulama ile hizmet sunanlara tanıtılması gereken, sağlık hizmetlerini de kapsayan bir belgedir.

Kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerini de kapsayan cinsel ve üreme sağlığı rehberlerinin tanıtımında ülkelere rehberlik yapılması, *'DSÖ'nün cinsel ve üreme sağlığı rehberleri ve araçlarının ulusal programlarda yürürlüğe konulması'* isimli dokümanında da yer almaktadır. Bu doküman ulusal veya lokal cinsel ve üreme sağlığı programlarında kanıta dayalı uygulamaların yer aldığı bir süreçte işe koyulmuş olan politika yapıcılar, program yöneticileri ve diğer sağlık çalışanları için hazırlanmıştır. Dökümanda, bir ulusal programa, DSÖ'nün cinsel ve üreme sağlığı rehberinin etkili adaptasyonu ve uygulanması için altı kapsayıcı prensip önerilmektedir. Bu prensipler; fikir birliği kurmak, mevcut olanlar üzerine inşa etmek, olası engelleri ve kolaylaştırıcı faktörleri tanımlamak, adaptasyonun kanıta dayalı olduğundan emin olmak, başlangıçtan itibaren boyutu artırarak planlamak ve hizmet sunanların uygulamalarını değiştirmek için bir seri müdahale uygulamaktır.

Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri'ni tanıtmak için DSÖ ülke veya lokal otoritelere 6-basamaklı bir süreci takip etmelerini önermektedir. Bu basamaklar şunlardan oluşmaktadır: savunma için planlama yapmak, bir durum analizi yapmak, ülkenin ihtiyaçlarına, ve şartlarına ve yapısına uygun olacak şekilde rehberi adapte etmek, uygulama stratejisi belirlemek, değerlendirme için pilot test yapmak, ve son olarak sonuçları tartışmak ve uygulama boyutunu arttırmak. Bu süreç rehberin ilk kez tanıtılması veya mevcut hizmet sunum rehberlerinin güncellenmesi için kullanılmasına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bu basamaklarla, DSÖ, rehberin tanıtım sürecinin karar vericiler, profesyoneller ve diğer ulusal uzmanlarca kabul edilmesi ve sahiplenilmesini teşvik etmek için katılımcı ve işbirlikçi olmasının önemine vurgu yapmaktadır.

Özel gereksinimleri olan hizmet alıcılar

Engelli kişiler

Tıbbi uygunluk kriterleri, özel sağlık durumları olan kişilerin kontraseptif kullanımını ele almaktadır. Ek olarak, engelli kişilere kontraseptif

sunumu daha fazla önem gerektirebilir. Uygun kontrasepsiyon kararları için bireylerin istekleri kadar, engelliliğin cinsi, yöntemin niteliği de göz önüne alınmalıdır. Örneğin, bazı bariyer yöntemlerin kullanımı, el becerileri kısıtlı olanlar için zor olabilir; KOK'lar, bilinen trombojenik mutasyonları olmasa bile, ekstremiteleri hareketsiz olan veya dolaşım bozukluğu olan kadınlarda, DVT riskini artıracak kaygısı ile tercih edilecek bir yöntem olmayabilir; günlük ilaç almayı hatırlamada zorluk yaşayan entelektüel veya mental sağlık sorunları olan kişilerde diğer yöntemler tercih edilebilir. Menstrüel hijyen konusunda güçlüğü olan kadınlarda kontraseptif yöntemin menstrüel siklus üzerine olan etkileri dikkate alınmalıdır.

Kararlar mutlaka, yeterli cinsel sağlık eğitiminden sonra, bilgilendirilmiş seçime dayanmalıdır. Engelliliğin niteliği bağımsız bilgilendirilmiş seçime izin vermiyor ise, bakıcısı, destek olanlar ve kamu denetçisi gibi ilgili tarafların yanında, hizmet alan kişi ile beraber, desteklenen bir karar alma sürecinden sonra, kontraseptifler temin edilmelidir. Kişinin üreme hakları, bu tip kararlarda kesinlikle savunulmalıdır. Engelli kişilerin sterilizasyonu ile ilgili kararların, etik bir tutumla alındığından emin olmak özellikle önemlidir.

Adolesanlar

Genel olarak, adolesanlar herhangi bir kontrasepsiyon yöntemini kullanabilirler ve farklı kontraseptif seçeneklere ulaşmalıdırlar. Tek başına yaş, adolesanlarda herhangi bir yöntemin göz ardı edilmesi için tıbbi bir neden oluşturmaz. Her ne kadar adolesanlarda bazı kontraseptif yöntemlerin (örneğin 18 yaş altında sadece progesteron içeren enjekte edilen hormonal kontraseptiflerin kullanımı gibi) kullanımı ile ilgili kaygılar ifade edilmiş olsa bile, bu kaygılar istenmeyen gebeliğin önlenmesi avantajı ile dengelenmelidir. Daha yaşlı hizmet alanlara uygulanan uygunluk kriterlerinin çoğunun, genç hizmet alanlara da uygulanabileceği açıktır. Ancak daha yaşlı kadınlarda bazı yöntemlerin kullanımını kısıtlayabilen bazı sağlık durumları (örneğin kardiyovasküler hastalıklar), bu yaş

grubunda nadir olduğundan, genel olarak genç insanları etkilemez. Adolesanların kontraseptif yöntem seçiminde sosyal ve davranışsal konular önemli olabilir. Örneğin bazı durumlarda, adolesanlar HIV dahil CYBE riski yüksek olabilir. Adolesanlar, her ne kadar toplumlarında mevcut kontraseptif yöntemlerin herhangi birisini kullanmayı seçebilseler de, bazı durumlarda, günlük kullanım gerektirmeyen yöntemlerin kullanımı daha uygun olabilir. Adolesanların, evli veya bekar, yöntemlerin yan etkilerini daha az tolere ettikleri ve bu nedenle yöntem bırakma hızlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yöntem seçimi, çok seyrek cinsel ilişki düzeni, cinsel aktivitenin ve kontraseptif kullanımın gizlenme gereksinimi gibi faktörlerden de etkilenebilir.

Örneğin, evli olmayan cinsel aktif adolesanların, evli olanlardan çok farklı gereksinimleri vardır, gebeliği ertelemek, ara vermek veya sınırlamak isterler. Seçilecek yöntemlerin sayısını artırmak, memnuniyetin artmasını, kontraseptiflerin benimsenmesinin ve kullanma sıklığının artmasını sağlayabilir. Yöntem seçiminden önce ve yöntem seçilirken, uygun bir eğitim ve danışmanlık, adolesanların özel problemlerini düşünüp ele almalarına, bilinçli ve gönüllü karar vermelerine yardım edebilir. Yöntem ve hizmet giderlerinin seçeneklerin varlığını kısıtlamaması için her türlü çaba gösterilmelidir.

Üçüncü baskıdan sonraki değişiklikler

Üçüncü baskıdan sonraki sağlıkla ilgili durumlardaki büyük düzenlemelerle, sınıflandırma değişikliklerin özeti Tablo3'te yer almaktadır. Bu özet aynı zamanda DSÖ internet sayfasında da mevcuttur. (www.who.int/reproductivehealth)

Kontraseptif yöntem kullanımında tıbbi uygunluk kriterleri'nin 4. baskısındaki önerilerin 2012 yılına kadar geçerli kalacağı beklenmektedir. DSÖ'nün Cenevre'deki merkezinde yer alan Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı, o tarihte rehberin gözden geçirilme sürecini başlatmaktan sorumludur.

Tablo 3. Kontraseptif kullanımında tıbbi uygunluk kriterleri'nin üçüncü baskısına göre değişikliklerin özeti. Bir veya daha fazla yöntem için sınıflandırma değişikliği olan sağlıklı ilgili durumlar veya sağlıklı ilgili durumların tanımındaki majör değişiklikler. Sınıflandırmadaki değişiklikler koyu renkli olarak gösterilmiştir.

DURUM	KOK/B/H	KEK	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implant	Cu-RİA	LNG-RİA
B: Başlama, D: Devam, E: Emzirme							
DOĞUMDAN SONRA (emziren veya emzirmeyen kadınlar, Sezaryen sonrası dahil)							
a) < 48 saat plasenta çıktıktan hemen sonraki uygulama dahil						1	1=E değil 3=E
b) ≥48 saat-<4 hafta arası						3	3
c) ≥ 4 hafta						1	1
d) Puerperal sepsis						4	4
OBEZİTE	2	2	1	1	1	1	1
a) vücut kitle indeksi (VKİ)≥30 kg/m ²							
b) Menarş - < 18 yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) ≥30 kg/m²	2	2	2	DMPA=2 NET-EN=1*	1	1	1
DERİN VEN TROMBOZU(DVT)/ PULMONER EMBOLİ (PE)							
a) DVT/PE öyküsü	4	4	2	2	2	1	2
b) Akut DVT/PE	4	4	3	3	3	1	3
c) DVT/PE ve antikoagülan tedavide	4	4	2	2	2	1	2
d) Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda)	2	2	1	1	1	1	1
e) Majör cerrahi							
(i) uzun süreli hareketsizlik (+)	4	4	2	2	2	1	2
(ii) uzun süreli hareketsizlik (-)	2	2	1	1	1	1	1
f) Minör cerrahi, hareketsizlik (-)	1	1	1	1	1	1	1

* Bu sınıflandırmanın açıklaması için lütfen ilgili yöntem bölümüne bakınız.

DURUM	KOK/B/H		KEK	POP	DMPA NET-EN		LNG/ETG Implant		Cu-RiA		LNG-RiA
B: Başlama, D: Devam, E: Emzirme											
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE)					B	D		B	D		
Sistemik lupus eritematozisli (SLE) insanlarda iskemik kalp hastalığı, inme ve venöz tromboemboli riski yüksektir. Burada belirlenen durumların kategorileri, bu durumları olan SLEli kadınlarınki ile aynı olmalıdır. SLE'nin bütün kategorileri için klasifikasyonlar, kardiyovasküler başka risk faktörü yokmuş varsayımı ile belirlenmiştir. Bu risk faktörleri varsa klasifikasyonlar mutlaka modifiye edilmelidir.											
a) Antifosfolipid antikorları pozitif (veya bilinmeyen)	4	4	3	3	3	3	1	1	3		
b) Ciddi trombositopeni	2	2	2	3	2	2	3*	2*	2*		
c) İmmun supresif tedavi	2	2	2	2	2	2	2	1	2		
d) Diğer durumlar	2	2	2	2	2	2	1	1	2		
GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK											
a) Azalan ya da tespit edilemeyen β -hCG düzeyleri	1	1	1	1	1	1	3		3		
b) Sürekli yüksek β -hCG düzeyleri ya da malign hastalık	1	1	1	1	1	1	4		4		
VİRAL HEPATİTLER											
	B	D	B	D							
a) Akut veya alevlenmiş	^{3/4} *	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1
b) Taşıyıcı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Kronik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SİROZ											
a) Hafif (Kompanse)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Şiddetli (Dekompanse)	4	3	3	3	3	3	1		3		
KARACİĞER TÜMÖRLERİ											
a) Benign											
i. Fokal nodüler hiperplazi	2	2	2	2	2	2	1		2		
ii. Hepatosellüler adenom	4	3	3	3	3	3	1		3		
b) Malign (hepatoma)	4	3/4	3	3	3	3	1		3		
ANTI-RETROVİRAL TEDAVİ											
							B	D	B	D	
a) Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NRTi)	1*	1	1	DMPA=1 NET-EN=1	1	1	2/3*	2*	2/3*	2*	
b) Non- Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NNRTi)	2*	2*	2*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	
c) Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri	3*	3*	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	

* Bu sınıflandırmanın açıklaması için lütfen ilgili yöntem bölümüne bakınız.

DURUM	KOK/B/H	KEK	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implant	Cu-RiA	LNG-RiA
B: Başlama, D: Devam, E: Emzirme							
ANTİ KONVULSAN TEDAVİ							
a) Belirli antikonvulsanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramet, okskarbazepin)	3*	2	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	1	1
b) Lamotrigine	3*	3	1	1	1	1	1
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ							
a) Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1	1	1	1	1	1
b) Antifungaller	1	1	1	1	1	1	1
c) Antiparazitikler	1	1	1	1	1	1	1
d) Rifampisin veya rifabutin tedavisi	3*	2	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	1	1

* Bu sınıflandırmanın açıklaması için lütfen ilgili yöntem bölümüne bakınız.

KOMBİNE HORMONAL KONTRASEPTİFLER (KHK)

KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK)

≤ 35 µg etinilöstrodiol içeren düşük-dozlu kombine oral kontraseptifler.

KOMBİNE ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER (KEK)

Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler bir progesteron ile bir doğal östrojenin birlikte salınmasını sağlarlar ve ovulasyonu inhibe ederler. (1-5) Burada her ikisi de 4 haftalık aralıkla verilen iki ayrı KEK formülasyonundan söz edilecektir:

- 1) Cyclofem=Medroksiprogesteron asetat 25 mg ve östradiol sipiyonat 5 mg
- 2) Mesigyna=Noretisteron enantat 50 mg ve östradiol valerat 5mg.

KEK bir doğal östrojen olan östrodiol içerir. Kombine oral kontraseptif (KOK), kombine kontraseptif bant (B) ve kombine kontraseptif halka (H) gibi diğer kontraseptif formülasyonlarda kullanılan sentetik östrojenlere göre, östradiol daha az etkinlik gücüne sahiptir, etki süresi daha kısadır ve daha hızlı metabolize edilir. Bu farklılıklar östrojene bağlı yan etkilerin tipi ve şiddetinin de KEK kullananlarda KOK/B/H kullananlarda gözlenenlerden farklı olabileceğini aklı getirir. Gerçekte, KEK kullanımı ile ilgili kısa süreli araştırmalarda KOKlarla karşılaştırıldığında, kan basıncı, hemostaz ve koagülasyon, lipit metabolizması ve karaciğer fonksiyonlarına az etki gösterilmiştir. (6-8) KEKler enjeksiyon yoluyla verildiklerinden, karaciğerden ilk geçiş metabolizması önleneneğinden karaciğere östrojen etkisi en aza iner.

Bu özelliklerine rağmen, KEKler oldukça yeni hormonal yöntemlerdir ve uzun süreli etkilerine dair az sayıda epidemiyolojik araştırma vardır. KOKların ve sadece progesteron içeren hapların kullanımından doğan hormonal maruziyetin etkilerine bakıldığında; sadece progesteron içeren haplar düzenli kullanılmadığında hormonal kan düzeyi hızla azalır iken, bu durum enjekte edilen hormonallerde söz konusu değildir ve son enjeksiyondan sonra etki bir süre daha devam eder.

Daha fazla kanıt elde edilinceye kadar, Çalışma Grubu KOKlar ile ilgili kanıtların KEKler için her durumda olmasa da pek çok durumda geçerli olduğuna karar vermiştir.

Bundan dolayı, Çalışma Grubu KEK kategorilerini KOKlar ile sadece progesteron içeren haplar arasında belirlemiştir. Ancak ciddi patolojik durumlarda, (örneğin iskemik kalp hastalığı) KEK için belirlenen kategori KOK'ları ile aynıdır. Bundan dolayı, KEK için belirlenmiş olan kategoriler ön-hazırlık kategorileri olarak kabul edilmeli ve her yeni veri/kanıt elde edildikçe

kategoriler yeniden gözden geçirilerek en iyi karara varılmalıdır.

KOMBİNE KONTRASEPTİF BANT (B) VE KOMBİNE KONTRASEPTİF HALKA (H)

Kombine Kontraseptif Bant (B) ve Kombine Kontraseptif Halka (H) oldukça yeni kontraseptif yöntemlerdir. Özel tıbbi durumları olan kadınlarda bu yöntemlerin güvenliği ile ilgili sınırlı bilgi vardır. Hatta Çalışma Grubu, kanıtları değerlendirdiği süre içinde Kombine Kontraseptif Bant (B) ve Kombine Kontraseptif Halka (H)'nin uzun süreli kullanımların ailişkin hiçbir epidemiyolojik veri bulamamıştır. Ulaşılabilen araştırmaların çoğu da bu yöntemleri üreten firmalardan destek alan araştırmalardır.

Mevcut kanıtlara göre, kombine kontraseptif bant, KOKlara benzer hormon formülasyonu ile benzer bir güvenlik ve farmokinetik profil sağlamaktadır. (9-26) Kombine kontraseptif bant kullananlarda geçici, kısa süreli meme rahatsızlıkları ve deride reaksiyonların bildirimi daha fazla iken, bunların kullananların %25'inden azında gözlemlendiği belirtilmektedir. (11;15;16;22;24;27) Sınırlı kanıtlarda, kadının ağırlığının 90 kg ve üzerinde olması durumunda bantın etkinliğinin azalabileceği de belirtilmiştir. (24;26)

Mevcut kanıtlara göre, kombine kontraseptif halka, sağlıklı kadınlarda KOKlara benzer hormon formülasyonu ile ovarian fonksiyonlara benzer etkileri vardır ve benzer bir güvenlik ve farmokinetik profil sağlamaktadır. (27;41) Obez kadınlarla ilgili kanıtlar (BKİ ≥30), bu kategorideki kadınlar için ağırlık artışında, KOK kullanan ve vajinal halka kullanan kadınlar arasında bir fark olmadığını göstermektedir (42). Sınırlı kanıtlarda tıbbi ve cerrahi düşük sonrasında kadınlarda, düşükten sonraki 3 siklus boyunca, yöntemin kullanımı ile ilgili enfeksiyon ve ciddi yan etkiler gözlenmediği belirtilmiştir. (43). Sınırlı kanıtlarda, düşük gradeli skuamoz intraepitelyal lezyonları olan kadınlarda, vajinal halka kullanımının durumu kötüleştirmediği belirtilmektedir. (30)

Daha fazla kanıt elde edilinceye kadar, Çalışma Grubu, KOKlar için mevcut olan kanıtların kombine bant ve vajinal halkaya da uyarlanabileceğine karar vermiştir. Bundan dolayı, Çalışma Grubu bant ve halka kategorilerini KOKlar ile aynı kategoriler olarak belirlemiştir. Bunun için, belirlenmiş olan bu kategoriler ön-hazırlık kategorileri olarak kabul edilmeli ve her yeni veri/kanıt elde edildikçe kategoriler yeniden gözden geçirilerek en iyi karara varılmalıdır.

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ					
GEBELİK	UD	UD	UD	UD	UD= uygun değil Açıklama: KOK, B, H veya KEK'lerin kullanımı gerekli değildir. KOK, B, H veya KEK'lerin gebelik süresince kazayla kullanımının kadına, gebeliğe veya fetusa bilinen bir zararı yoktur.
YAŞ* a) Menarş - < 40 yaş b) ≥ 40 yaş	1 2	1 2	1 2	1 2	Kanıt: 20µg etinilöstradiol içeren KOK kullanan ergenlerde kullanmayanlarla karşılaştırıldığında daha düşük kemik mineral yoğunluğu bulunmaktadır. Bununla birlikte daha yüksek dozda etinilöstrodiol içeren KOK'ların hiç etkisi yoktur veya çok az etkisi vardır.Menopoz öncesi yetişkin kadınlarda kombine hormonal kontraseptif kullanımının kemik sağlığı üzerinde hiç ya da çok az etkisi bulunmakla birlikte perimenopozda kemik kitlesini kuruyucu etkisi vardır. Daha önce KOK kullanan postmenopozlu kadınlarda hiç KOK kullanmayan kadınlardakine benzer kemik mineral yoğunluğu vardır. Ergenlerde veya menopoz öncesi kadınlardaki kemik mineral yoğunluğu menopoz sonrasındaki kırık riskini doğru olarak tahmin edemeyebilir (119;121-132).
PARİTE a) Nullipar,hiç doğum yapmamış b) Paröz, doğum yapmış	1 1	1 1	1 1	1 1	
EMZİRME a) Doğum sonu < 6 hafta b) Doğum sonu ≥ 6 hafta – 6 ay (tam emzirme +) c) Doğum sonu ≥ 6 ay	4 3 2	4 3 2	4 3 2	4 3 2	Kanıt: Klinik araştırmalar, emzirme sırasında KOK kullanan kadınlarda, süt miktarına etkisi ile ilgili birbiri ile çelişen sonuçlar ortaya koymaktadır. Bununla birlikte yeni doğanın ağırlığı üzerinde geçerli bir etki bildirilmemiştir. (133-142) Anne sütü üzerinden kombine kontraseptiflere maruz kalan yeni doğanlardaki dışsal östrojenin sağlıkla ilgili olumsuz sonuçları ortaya konamamıştır. Ancak, araştırma yöntemleri ciddi veya gizli uzun vadeli etkilerinin olup olmadığını belirlemede yeterli değildir.
DOĞUMDAN SONRA* (Emzirmeyen kadınlar) a) < 21 gün b) ≥ 21 gün					

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ					
DÜŞÜKTEN SONRA					
a) İlk trimester	1	1	1	1	Açıklama: KOK'lar, B, H veya KEK'ler düşük sonrasında hemen başlatılabilir. Kanıt: İlk üç aylık tıbbi veya cerrahi düşükten hemen sonra KOK'ları almaya başlayan kadınlar, plasebo, RIA, hormonal olmayan kontraseptif yöntemlerini kullanan veya KOK'ları daha sonra almaya başlayan kadınlara göre, daha fazla yan etki veya olumsuz vajinal kanama sonuçları veya pıhtılaşma parametrelerinde klinik olarak anlamlı değişikliklerle karşılaşmamışlardır. (143-150) İlk üç aylık tıbbi veya cerrahi düşükten hemen sonra halka kullanan kadınlarla ilgili sınırlı kanıtlarda; düşük sonrasında takip eden üç siklus boyunca kombine vajinal kontraseptif halka kullanımı ile ilgili ciddi olumsuz olay ve enfeksiyon bulunamamıştır.(43)
b) İkinci trimester	1	1	1	1	
c) Septik düşükten hemen sonra	1	1	1	1	
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ*	1	1	1	1	
GEÇİRİLMİŞ PELVİK CERRAHİ	1	1	1	1	
SİGARA					
a) Yaş < 35 yaş	2	2	2	2	Kanıt: Sigara kullanan KOK kullanıcıları özellikle myokart enfarktüsü olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar açısından, sigara içmeyenlere göre daha yüksek risk altındadırlar. Araştırmalar myokard enfarktüsü riskinin günlük olarak içilen sigara sayısındaki artış ile de arttığını ortaya koymaktadır. (151-162)
b) Yaş ≥ 35 yaş					
(I) < 15 sigara/gün	3	3	3	3	
(II) ≥ 15 sigara/gün	4	4	4	4	
OBESİTE					
a) BKI ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	2	Kanıt: KOK kullanan obez kadınların kullanmayan obez kadınlara göre venöz tromboemboli olma olasılıkları daha yüksektir. Doğurgan çağıdaki sağlıklı kadınlarda mutlak venöz tromboemboli riski daha küçüktür. Sınırlı sayıdaki kanıt, KOK kullanan obez kadınlardaki akut miyokart enfarktüsü veya inme riskinin kullanmayan obez kadınlardan daha fazla olmadığını göstermektedir (156; 162-168). KOK etkisinin vücut ağırlığı veya beden kitle indeksi ile değişip değişmediği ile ilgili sınırlı sayıdaki kanıtlar tutarsızlık göstermektedir. (169-174) Sınırlı sayıdaki kanıt obez kadınların, kilolu veya normal kilodaki kadınlarla karşılaştırıldığında vajinal halka veya KOK kullanılan 3 siklustan sonra, daha fazla kilo alma eğiliminde olmadıklarını göstermektedir. Tüm BKI kategorilerinde KOK grubu ve vajinal halka grubunda 3 ay boyunca benzer ağırlık artışı not edilmiştir. (175) 90 kilonun üzerindeki kadınlarda bantın etkililiği azalmış olmakla birlikte gebelik riski ile BKI arasında bir ilişki bulunamamıştır.(26)
b) Menarş < 18 yaş: BKI ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	2	

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
<p>KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler</p>					
KAN BASINCI ÖLÇÜLEMİYORSA	UD	UD	UD	UD	Açıklama: KOK, B;H;KEK kullanımına başlanmadan önce kan basıncının ölçülmesi uygundur. Ancak, bazı durumlarda kan basıncının ölçülmesi mümkün olmayabilir. Bu durumların çoğunda gebelikle ilişkili morbidite ve ölüm riskleri yüksektir ve KOK'ler, B, H veya KEK'ler yaygın olarak temin edilebilen birkaç yöntem olabilir. Bu gibi durumlarda, tansiyon ölçümleri yapılamadığından kadınların KOK, B, H, veya KEK kullanımından kaçınılmamalıdır.
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR					
ARTERİYEL KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİ (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon gibi)	3/4	3/4	3/4	3/4	Açıklama: Bir kadında çoklu önemli risk faktörleri mevcutsa - bunlardan herhangi biri kardiyovasküler hastalık riskini çok artırabilir - KOK, B, H veya KEK lerin kullanımı bu riskleri kabul edilemeyecek bir düzeye yükseltebilir. Bununla birlikte, çoklu risk faktörleri için kategorilerin basitçe eklenmesi söz konusu değildir; örneğin, kategori 2 ile ilişkilendirilen 2 risk faktörünün bileşimi daha yüksek bir kategoriye oluşturmak zorunda değildir.
HİPERTANSİYON Hipertansiyonun tüm kategorilerinde sınıflamalar diğer kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin bulunmadığı varsayımı altında yapılmıştır. Çoklu risk faktörlerinin varlığında kardiyovasküler hastalık riski fazlaca artabilir. Kan basıncının tek bir ölçümü bir kadını hipertansif olarak nitelendirmek için yeterli değildir.					
a) Kan basıncının değerlendirilemediği hipertansiyon öyküsü (gebelikte hipertansiyon dahil)	3	3	3	3	Açıklama: Hipertansiyonun seviyesinin ve sebebinin olanaklar ölçüsünde değerlendirilmesi önerilmektedir. Kanıt: KOK kullanımından önce kan basıncı ölçümü yaptırmayan kadınlarda akut miyokard enfarktüsü ve inme riski daha yüksektir. (176-180) Açıklama: Uygun tedavi almakta olan hipertansif kadınlar, tedavi edilmeyenlere göre daha düşük miyokard enfarktüsü riski taşımaktadırlar. Herhangi bir veri olmamasına rağmen, yakından izlenen ve yeterince kontrol edilen KOK, B, H, ve KEK kullanıcıları, bu olanağa sahip olmayan kullanıcılara göre daha düşük akut miyokard enfarktüsü ve çarpıntı riski altında olabilirler. Kanıt: Hipertansiyonu olan kadınlar arasında KOK kullananlar, kullanmayanlara göre daha yüksek inme ve akut miyokard enfarktüsü ve periferial arterial hastalık riski altındadırlar. (151;153;160-162;176-191) Hipertansiyonu olan kadınlarda KOK kullanımını kesme, kan basıncı kontrolünü geliştirebilir. (192)
b) Kan basıncının değerlendirilebildiği, kontrol altında hipertansiyon	3	3	3	3	
c) Yüksek kan basıncı değerleri (uygun olarak ölçülmüş)					
(I)Sistolik 140-159 veya diyastolik 90-99	3	3	3	3	
(II)sistolik≥160 veya diyastolik ≥100	4	4	4	4	
d) Vasküler hastalık	4	4	4	4	

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (şimdiki kan basıncı ölçülebilir ve normal ise)	2	2	2	2	Kanıt: Gebelik sırasında yüksek tansiyon öyküsü olan ve KOK kullanan kadınlar, KOK kullanan ancak gebelik sırasında yüksek tansiyon öyküsü olmayan kadınlara göre daha yüksek miyokard enfarktüsü ve venöz tromboemboli riski altındadırlar. Bu popülasyondaki miyokard enfarktüsü ve venöz tromboembolinin absolut riskleri düşük seviyededir. (162;178-180;193-198)
DERİN VEN TROMBOZU (DVT)/ PULMONER EMBOLİ (PE)*					
a. DVT/PE öyküsü	4	4	4	4	
b. Akut DVT/PE	4	4	4	4	
c. DVT/PE ve antikoagulan tedavide	4	4	4	4	
d. Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda)	2	2	2	2	
e. Majör cerrahi					
(I) Uzun süreli hareketsizlik (+)	4	4	4	4	
(II) Uzun süreli hareketsizlik (-)	2	2	2	2	
f. Minör cerrahi, hareketsizlik (-)	1	1	1	1	
BİLİNEREN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (Faktör V Leiden; Protombin mutasyonu; Protein S, Protein C ve Antitrombin eksiklikleri)	4	4	4	4	Açıklama: Rutin tarama maliyetli olduğu için ve ilgili durumların nadir görülmesi nedeniyle uygun değildir. Kanıt: Trombojenik mutasyon geçiren kadınlar arasında, KOK kullananlar kullanmayanlara göre 20 kat daha fazla tromboz riski altındadır. (168;199-221)
YÜZEYEL VENÖZ TROMBOZ*					
a. Variköz venler	1	1	1	1	
b. Yüzeysel tromboflebit	2	2	2	2	
İSKEMİK KALP HASTALIĞI VARLIĞI VE ÖYKÜSÜ	4	4	4	4	
İNME (Serebrovasküler olay öyküsü)	4	4	4	4	
BİLİNEREN HİPERLİPİDEMİLER	2/3	2/3	2/3	2/3	Açıklama: Rutin tarama maliyetli olduğu için ve ilgili durumların nadir görülmesi nedeniyle uygun değildir. Bununla birlikte hiperlipidemilerin bazı tipleri vasküler hastalıklar için risk faktörüdür, Risk kategorileri hiperlipideminin tipine, şiddetine ve diğer kardiovasküler risk faktörlerinin varlığına göre değerlendirilmelidir.

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT				
	KOK	B	H	KEK					
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler									
KALP KAPAK HASTALIKLARI*									
a) Komplike değil	2	2	2	2					
b) Komplike (pulmoner hipertansiyon, atriyel fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	4	4	4	4					
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR									
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE)									
Sitemik lupus eritematozisli insanlarda iskemik kalp hastalığı, inme ve venöz tromboemboli riski yüksektir. Burada belirlenen durumların kategorileri, bu durumları olan SLEli kadınlarınki ile aynı olmalıdır. SLE'nin bütün kategorileri için klasifikasyonlar, kardiyovasküler başka risk faktörü yokmuş varsayımı ile belirlenmiştir. Bu risk faktörleri varsa klasifikasyonlar mutlaka modifiye edilmelidir. Mevcut kanıtlar SLEli birçok kadının hormonal kontraseptifleri de kapsayan kontraseptif yöntemlerin çoğu için iyi adaylar olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir (222-240).									
a) Pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikorları	4	4	4	4	Kanıt: Antifosfolipit antikorları hem arteriyel hem venöz tromboz için yüksek risk ile ilişkilidir.				
b) Ciddi trombositopeni	2	2	2	2					
c) İmmun supresif tedavi	2	2	2	2					
d) Diğer durumlar	2	2	2	2					
NÖROLOJİK DURUMLAR									
BAŞ AĞRILARI*	B	D	B	D	B	D	B	D	Açıklama: Sınıflamalar migrenli veya migrensiz şiddetli baş ağrılarının doğru teşhisine bağlıdır. Herhangibir yeni baş ağrısı veya baş ağrılarındaki belirgin değişiklikler değerlendirilmelidir. Sınıflamalar inme ile ilgili diğer risk faktörlerini taşımayan kadınlar içindir. İnme riski yaş, hipertansiyon ve sigaraya bağlı olarak artmaktadır. Kanıt: Auralı migreni olan kadınlar arasında olmayanlara göre daha yüksek inme riski altındadırlar. (244-246) KOK kullanan ve migren öyküsü olan kadınlar, migren öyküsü olan ama KOK kullanmayan kadınlardan 2-4 kat daha fazla iskemik kalp krizi riskleri vardır. (151;166;187;245-250)
a) Non-migrenöz (hafif veya şiddetli)	1	2	1	2	1	2	1	2	
b) Migren									
i. Aurasız									
Yaş < 35	2	3	2	3	2	3	2	3	
Yaş ≥35	3	4	3	4	3	4	3	4	
ii. Auralı, her yaş	4	4	4	4	4	4	4	4	
EPİLEPSİ	1		1		1		1		Açıklama: Eğer kadın antikonvulsan kullanıyorsa, ilaç etkileşimleri bölümüne bakınız. Bazı antikonvulsanlar KOK etkinliğini azaltırlar. B, H veya KEK kullanımının ne ölçüde KOK kullanımı ile aynı olduğu bu bağlamda çok net değildir.

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
<p>KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler</p>					
DEPRESİF BOZUKLUKLAR					
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	1	1	1	1	<p>Açıklama: Sınıflama belirli depresif bozuklukları olan kadınlardan elde edilen verilere dayanmaktadır. İki uçlu bozukluk ve postpartum depresyonla ilgili veri mevcut değildir. Belirli antidepresan ilaçlar ile hormonal kontraseptifler arasında potansiyel bir ilaç etkileşimi bulunmaktadır.</p> <p>Kanıt: KOK kullanımı, depresyonu olup da KOK kullanmayan veya normal kadınlarla karşılaştırıldığında, depresyonlu kadınlarda depresif semptomları artırmamaktadır.</p>
ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI					
VAJİNAL KANAMA DÜZENİ*					
a) Çok olmayan düzensiz kanama	1	1	1	1	
b) Artmış ve uzamış kanama (düzenli veya düzensiz olabilir)	1	1	1	1	<p>Açıklama: Çoğunlukla ağır kanamalar, altta ciddi bir hastalığın yatmakta olabileceği şüphesini artırır.</p> <p>Kanıt: Bir Cochrane derlemesinde yer alan bir randomize kontrollü çalışmada, naproksen ve danazol ile tedavi edilen menorajik kadınlarda KOKların etkinliği değerlendirilmiştir. Menorajli kadınlar, KOK kullanımı ile ilişkili herhangi bir yan etki veya kötüleşen bir durum bildirmemişlerdir.(261)</p>
AÇIKLANAMAYAN* VAJİNAL KANAMA (ciddi durum şüphesi) (Değerlendirme öncesi)	2	2	2	2	<p>Açıklama: Eğer gebelikten veya pelvik malignensi gibi altta yatan patolojik bir durumdan şüpheleniliyorsa, bu durum mutlaka iyice araştırılmalı, sonra kategori yeniden gözden geçirilmelidir.</p>
ENDOMETRİOSİS	1	1	1	1	<p>Kanıt: Bir Cochrane derlemesinde yer alan bir randomize kontrollü çalışmada, GnRH analogları ile endometriyoz semptomlarının tedavi edildiği endometriozisli kadınlarda KOK kullanımının etkinliği değerlendirilmiştir. Endometriyozlu kadınlar KOK kullanımı ile ilişkili herhangi bir yan etki veya kötüleşen bir durum bildirmemişlerdir.(262)</p>
BENİGN OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	1	1	1	1	
ŞİDDETLİ DİSMENORE	1	1	1	1	<p>Kanıt: Dismenoreli kadınlarda KOK kullanımı, kullanmayan kadınlara göre yan etki riskini artırmaz. Bazı KOK kullanan kadınlarda ağrı ve kanamada azalmalar görülmüştür.(263;264)</p>

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
GESTASYONEL TROFBLASTİK HASTALIK					
a) Azalan ya da tespit edilemeyen β -hCG düzeyleri	1	1	1	1	Kanıt: Molar gebelik boşaltılmasının ardından, KOK kullanımının postmolar trofoblastik hastalık riskini artırmadığı kanıtlarla ortaya konmuş ve KOK kullanmayanlarla karşılaştırıldığında kullananların hCG seviyelerinde daha hızlı bir gerileme yaşadıkları belirlenmiştir. (265-272) Sınırlı sayıdaki kanıt kemoterapötik tedavi esnasında KOK'lerin kullanımının, kemoterapötik tedavi süresince hormonal olmayan kontraseptif yöntemleri veya DMPA kullanan kadınlarla karşılaştırıldığında, postmolar trofoblastik hastalığın tedavisini veya gerilemesini anlamlı olarak etkilemediğini göstermektedir.
b) Persistan yüksek β -hCG düzeyleri ya da malign hastalık	1	1	1	1	
SERVİKAL EKTROPİYON*	1	1	1	1	
SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CİN)	2	2	2	2	Kanıt: Persistan HPV enfeksiyonu olan kadınlarda uzun süreli KOK kullanımı (5 yıl ve daha fazla) carcinoma in situ ve invasive carcinoma riskini artırabilmektedir. (30;274) Düşük gradeli squamoz intra-epitelyal lezyonları olan kadınların vajinal halka kullanmalarının durumlarını daha kötü hale getirmede gösteren sınırlı kanıt vardır. (30)
SERVİKAL KANSER* (tedavi öncesi)	2	2	2	2	
MEME HASTALIKLARI*					
a) Tanı konmamış kitle	2	2	2	2	Açıklama: Mümkün olabildiğince erken değerlendirilmelidir. Kanıt: (BRCA 1 ve BRCA 2 gibi) Meme kanseri yatkınlığı genlerini taşıyan kadınlarda bu geni taşımayan kadınlardan daha yüksek oranda meme kanseri riski bulunmaktadır. Ayrıca ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda da olmayanlara göre meme kanseri riski daha yüksektir. Bununla birlikte mevcut kanıtlar ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda ve meme kanseri yatkınlığı genlerini taşıyan kadınlarda KOK kullanımının meme kanseri riskinin daha da yüksek seviyelere çıktığını göstermemektedir. (275-293)
b) Benign meme hastalığı	1	1	1	1	
c) Ailede kanser öyküsü	1	1	1	1	
d) Meme kanseri					
i. Şu anda mevcut	4	4	4	4	
ii. Geçirilmiş ve 5 yıldır hastalık ile ilgili bulgu yok	3	3	3	3	
ENDOMETRİYUM KANSERİ*	1	1	1	1	
OVER KANSERİ*	1	1	1	1	

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
UTERİN MYOMLAR*					
a) Kavitede distorsiyon yok	1	1	1	1	
b) Kavitede distorsiyon var	1	1	1	1	
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID)*					
a) Geçirilmiş PID (CYBE ile ilgili bilinen risk faktörü yoksa)					
i. Öncesinde gebelik mevcut	1	1	1	1	
ii. Öncesinde gebelik yok	1	1	1	1	
b) Şu anda PID	1	1	1	1	
CYBE'ler					
a) Pürülan servisit , klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığı	1	1	1	1	
b) Diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç)	1	1	1	1	
c) Vajinit (trichomonas vajinalis ve bakteriyel vajinosis dahil)	1	1	1	1	
d) CYBE riski yüksek	1	1	1	1	Kanıt: Kanıtlar, yüksek CYBE riski taşıyan ve KOK kullanan kadınlarda, klamidyal servisit riskinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Diğer CYBE'ler için ise, KOK kullanımı ve CYBE arasında bir ilişki yoktur, anlamlı bir yorum için kanıtlar çok sınırlıdır.(294-374)
HIV/AIDS					
YÜKSEK HIV RİSKİ	1	1	1	1	Kanıt: Daha yüksek risk gruplarında yapılan araştırmaların sonuçları farklı olsa da, kanıtlar KOK kullanımı ile HIV bulaşması arasında bir ilişki bulunmadığını göstermektedir.(375-413)
HIV-ENFEKTE	1	1	1	1	Kanıt: Araştırmaların çoğu, CD4 hücre sayısındaki, viral yükdeki veya yaşama sürelerindeki değişiklikler ile ölçüldüğünde, hormonal kontraseptif kullanımının HIV hastalığının ilerleme riskini artırmadığını ortaya koymaktadır. Hormonal kontraseptif kullanan HIVli kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBE) yakalanma riskinin arttığını gösteren araştırmalar genel olarak enfekte olmamış kadınlardaki sonuçlarla uyumludur. Bir araştırma, hormonal kontraseptif kullanımı ile hasta olmayan partnerlere HIV bulaştırma riskinin artması arasında bir ilişki bulunamamış, ancak bazı araştırmalarda ise hormonal kontraseptif kullanımı ile genital bölgeden alınan HIV-1 DNA'sı veya RNA'sı riskinin artması arasında bir ilişki olup olmadığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir.

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
AIDS	1	1	1	1	Açıklama: Hormonal kontraseptifler ile antiretroviral (ARV) tedavi arasında ilaç etkileşimleri söz konusu olabileceğinden, ilaç etkileşimleri ile ilgili bölümde yer alan açıklamalar dikkate alınmalıdır.
DiĞER ENFEKSİYONLAR					
ŞİSTOZOMİYAZİS					
a) Komplike olmayan	1	1	1	1	Kanıt: Komplike olmayan şistozomiyazisli kadınlarda KOK kullanımının karaciğer fonksiyonu üzerinde herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır. (432-438)
b) Karaciğerde fibrosis (şiddetli ise siroz durumuna bakınız)	1	1	1	1	
TÜBERKÜLOZ					
a) Pelvik olmayan	1	1	1	1	Açıklama: Eğer kadın rifampicin kullanıyorsa ilaç etkileşimleri ile ilgili bölüme bakılmalıdır. Rifampicin KOK etkinliğini azaltma eğilimindedir. B ve H kullanımının ne ölçüde KOK kullanıma benzer sonuçlar doğurduğu net değildir.
b) Pelvik	1	1	1	1	
SITMA	1	1	1	1	
DiĞER ENFEKSİYONLAR					
DIYABET					
a) Gestasyonel diyabet öyküsü	1	1	1	1	Kanıt: Gebeliğe bağlı diyabet öyküsü olan kadınlarda insuline bağımlı olmayan diyabetin gelişmesi KOK'lerin kullanımı ile artmamaktadır. (439-446) Benzer şekilde, lipid seviyelerinin de KOK kullanımından etkilenmediği görülmektedir.(447-449)
b) Non-Vasküler Hastalık					
i. İnsüline bağımlı olmayan	2	2	2	2	Kanıt: İnsuline bağımlı olan veya olmayan diyabeti olan kadınlarda, KOK kullanımının günlük insulin ihtiyacı üzerinde sınırlı etkisi bulunmakta ve uzun süreli diyabet kontrolüne (HbA1c seviyeleri gibi) veya retinopatiye ilerleme üzerine hiç etkisi bulunmamaktadır. Lipid profili ile hemostatik markerlardaki değişimler sınırlıdır ve değişikliklerin büyük çoğunluğu normal sınırlar içinde kalmaktadır. (450-459)
ii. İnsüline bağımlı	2	2	2	2	
c) Nefropati/retinopati/ Nöropati	3/4	3/4	3/4	3/4	Açıklama: Kategori, bu durumun şiddeti dikkate alınarak belirlenmelidir.
d) Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan uzun diyabet	3/4	3/4	3/4	3/4	Açıklama: Kategori, bu durumun şiddeti dikkate alınarak belirlenmelidir.
TİROİD HASTALIKLARI					
a) Basit guatr	1	1	1	1	
b) Hipertiroidi	1	1	1	1	
c) Hipotiroidi	1	1	1	1	

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.									
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT				
	KOK	B	H	KEK					
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler									
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI									
SAFRA KESESİ HASTALIKLARI*									
a) Semptomatik									
i. Kolesistektomili	2	2	2	2					
ii. Medikal tedavide	3	3	3	2					
iii. Mevcut	3	3	3	2					
b) Asemptomatik	2	2	2	2					
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ*									
a) Gebelikle ilişkili	2	2	2	2					
b) Geçmişte kullanılan KOK ile ilişkili	3	3	3	2					
VİRAL HEPATİTLER	B	D	B	D	B	D	B	D	Açıklama: Kategori, bu durumun şiddeti dikkate alınarak belirlenmelidir. Kanıt: Veriler i kronik hepatiti olan kadınların KOK kullanmasıyla ne sirotik fibrozisin şiddetinde veya oranında, ne de hepatosellular karsinoma riskinde artış olmadığını göstermektedir. Taşıyıcı kadınlarda KOK kullanımının, karaciğer yetmezliğini veya şiddetli disfonksiyonunu tetiklemediği görülmektedir. (462-464) Aktif hepatit süresince KOK kullanımı ile ilgili kanıtlar sınırlıdır.(465;466)
a) Akut veya alevlenmiş	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	
b) Taşıyıcı	1	1	1	1	1	1	1	1	
c) Kronik	1	1	1	1	1	1	1	1	
SİROZ									
a) Hafif (Kompanse)	1		1		1		1		
b) Şiddetli (Dekompanse)	4		4		4		3		
KARACİĞER TÜMÖRLERİ*									Kanıt: Sınırlı sayıda direkt kanıt, hormonal kontraseptif kullanımının fokal nodular hiperplazisi olan kadınlarda karaciğer lezyonlarının ilerlemesini ya da gerilemesini etkilemediğini göstermektedir. (467-469)
a) Benign									
i. Fokal Nodüler Hiperplazi	2		2		2		2		
ii. Hepatosellüler Adenom	4		4		4		3		
b) Malign (Hepatoma)	4		4		4		3/4		
ANEMİLER									
TALASEMİ*	1		1		1		1		
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	2		2		2		2		
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ*	1		1		1		1		

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımını önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	

KOK: kombine oral kontraseptifler, **B:** kombine kontraseptif bant,
H: kombine kontraseptif vajinal halka, **KEK:** kombine enjekte edilen kontraseptifler

İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ	KOK	B	H	KEK	AÇIKLAMA / KANIT
ANTI-RETROVİRAL TEDAVİ					
a) Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NRTi)	1	1	1	1	Açıklama: Antiretroviral ilaçların hormonal kontraseptiflerdeki steroid hormonların biyolojik varlığını azaltma ya da artırma potansiyeli vardır. Ek 1'de özetlendiği gibi, sınırlı sayıdaki veri birçok antiretroviral ilaç ile (özellikle bazı nukleozid olmayan ters transkriptaz inhibitörleri ve ritonavir destekli proteaz inhibitörleri) hormonal kontraseptifler arasında potansiyel bir ilaç etkileşimi bulunduğunu göstermektedir. Bu etkileşim hem hormonal kontraseptiflerin hem de antiretroviral ilaçların güvenliğini ve etkililiğini bozabilir. Bu nedenle eğer antiretroviral tedavi altındaki bir kadın hormonal kontraseptif kullanmaya başlamaya veya kullanıma devam etmeye karar verirse, kondomun sürekli olarak kullanımını önerilmelidir. Bu hem HIV bulaşmasının önlenmesi hem de hormonal kontraseptifin etkililiğindeki muhtemel azalmanın telafi edilmesi içindir. Bir KOK seçilecek ise, en az 30 µg EE içeren bir preparat kullanılmalıdır.
b) Non- Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NNRTi)	2	2	2	2	
c) Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri	3	3	3	3	
ANTI KONVULSAN TEDAVİ					
a) Belirli antikonvulsanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramet, oxkarbaxepin)	3	3	3	2	Açıklama: Belirli antikonvulsanların KOK'ler, B veya H ile etkileşimi kadınlar için zararlı olmasa da bu durum KOK'lerin, B veya H'nın etkililiğini azaltabilmektedir. Bu ilaçlardan herhangi birini uzun süre kullanacak kadınlar, diğer kontraseptiflerin kullanımına yönlendirilmelidir. Bir KOK seçilecek ise, en az 30 µg EE içeren bir preparat kullanılmalıdır. Kanıt: Belirli antikonvulsanların kullanımı KOK'lerin etkililiğini azaltabilmektedir. (470-473)
b) Lamotrigine	3	3	3	3	Açıklama: Lamotrigin için öneri; sadece lamotrigin monoterapisinin KOK'lerle aynı anda yürütülmesi durumunda uygundur. Lamotrigin ile enzimleri indüklemeyen anti-epileptik ilaçların (sodyum valproat gibi) kombine kullanıldığı antikonvulsan tedaviler, KOK'ler ile etkileşmemektedir. Farmakokinetik çalışmalar lamotrigin seviyesinin KOK kullanımı sırasında önemli ölçüde azaldığını ortaya koymaktadır. (474-478) Kanıt: Bir araştırmada, hem KOK hem de lamotrigin kullanan bazı kadınlarda artmış epilepsi nöbeti aktivitesiyle karşılaşmıştır. (474)

KOKlar, B, H, KEKler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	KOK	B	H	KEK	
KOK: kombine oral kontraseptifler, B: kombine kontraseptif bant, H: kombine kontraseptif vajinal halka, KEK: kombine enjekte edilen kontraseptifler					
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ					
a) Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1	1	1	Kanıt: Geniş spektrumlu antibiyotiklerin çoğu KOK'lerin (479-515), B (516), H (517) kontraseptif etkililiğini etkilememektedir.
b) Antifungaller	1	1	1	1	Kanıt: Antifungal ajanlarla yapılan çalışmalar KOK'ler (518-527) ve H (528) ile klinik olarak önemli ölçüde farmakokinetik etkileşimlerin olmadığını göstermektedir.
c) Antiparazitikler	1	1	1	1	Kanıt: Antiparazitik ajanlarla yapılan çalışmalar KOK'ler (432; 529-533) ile klinik olarak önemli ölçüde farmakokinetik etkileşimlerin olmadığını göstermektedir.
d) Rifampisin veya rifabutin tedavisi	3	3	3	2	Açıklama: Rifampicin veya rifabutin tedavisinin KOK'ler, B, H veya KEK ile etkileşimi kadınlar için zararlı olmasa da bu durum KOK'lerin, B, H ve KEKlerin etkililiğini azaltabilir. Bu ilaçlardan herhangi birini uzun süre kullanacak kadınlar, diğer kontraseptiflerin kullanımına yönlendirilmelidir. KOK seçilmiş ise, en az 30 µg EE içeren bir preparat kullanılmalıdır. Kanıt: Kanıtlar rifampicinin KOK'lerin etkililiğini azalttığını göstermektedir. (534-549) Rifabutin ile ilgili veri sınırlıdır ancak KOK'lerin metabolizması üzerindeki etkileri rifampicine göre daha azdır ve yapılan az sayıda çalışma ovülasyon olduğunu göstermemiştir.(536; 543)

EK AÇIKLAMALAR:

Yaş: ≥ 40 yaş: Kardiyovasküler hastalık riski yaşla birlikte artmakla birlikte kombine hormonal kontraseptif kullanımı ile de artabilir. Diğer olumsuz klinik durumlar yok ise, kombine hormonal kontraseptifler menopoza kadar kullanılabilir.

Doğum sonrası: < 21 gün: Doğum sonu 3. Haftaya kadar kombine hormonal kontraseptiflerin kullanılması ile annedeki tromboz riski arasında ilişki olabileceğine ilişkin bazı teorik endişeler vardır. Kan koagülasyonu ve fibrinolizis aslen doğum sonrası 3. haftaya kadar normalize olur.

Geçmişte ektopik gebelik: Geçmişte ektopik gebelik öyküsü olan kadınların gelecekte de ektopik gebelik riskleri de yüksektir. Kombine hormonal kontraseptifler genel olarak gebeliklere karşı korunma sağlarlar, ektopik gebelikler de dahil.

Derin ven trombozu /Pulmoner emboli: DVT/PE ile ilgili aile öyküsü (Birinci derece akrabalarda): DVT/PE riskini artıran bazı durumlar kalıtsaldır.

Yüzeyel ven trombozu: Variköz venler: DVT/PE için variköz venler risk faktörü değildir.

Kalp kapak hastalığı: Kalp kapak hastalığı olan kadınlarda, kombine hormonal kontraseptif kullanımı arteriyel trombozis riskini daha da artırabilir; özellikle komplike kalp kapak hastalığı olan kadınlar en büyük risk altındadır.

Başağrısı: Aura, bir fokal nörolojik semptomdur. Bununla ilgili daha fazla bilgi almak için ve diğer tanı kriterleri için "Uluslararası Başağrısı Derneği alt komitesinin Başağrısı Sınıflandırma dökümanına, Uluslararası Başağrısı Sınıflandırması, 2. Baskı, Cephalalgia. 2004; 24: 1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (Erişim tarihi: 21.08.2009) bakılabilir.

Vajinal kanama: Sağlıklı kadınlar arasında da düzensiz adet kanamaları yaygındır.

Açıklanamayan vajinal kanamalar: Vajinal kanama nedeni olan nedenler arasında, kombine hormonal kontraseptiflerin kısa süreli kullanımı ile daha kötüleşebilecek, herhangi bir sağlık durumu yoktur.

Servikal ektropion: Servikal ektropion, servikal kanser için bir risk faktörü değildir ve kombine hormonal kontraseptif kullanımını kısıtlamak gerekmez.

Sevikal kanser (Tedavi bekleyen): Kombine hormonal kontraseptif kullanımının, mevcut hastalığın prognozunu etkileyebileceğine ilişkin bazı teorik endişeler vardır. Tedavi beklenirken, kadınlar kombine hormonal kontraseptif kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Meme kanseri: Meme kanseri hormonlara duyarlı bir tümördür ve kombine hormonal kontraseptif kullanımı mevcut olan veya yakın zamanda ortaya çıkmış bir meme kanserini kötüleştirir.

Endometriyal kanser: KOK kullanımı endometriyal kanser gelişme riskini azaltır. Tedavi bekleyen kadınlar, KOK, KEK, H, B kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Ovaryum kanseri: KOK kullanımı ovaryum kanseri gelişme riskini azaltır. Tedavi bekleyen kadınlar, KOK, KEK, H, B kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Uterin myomlar: KOK'lar,uterustaki myomlarının büyüme nedeni olarak görülmez. Benzer şekilde KEK, B ve H da beklenmez.

Pelvik İnflamatuvar hastalık (PID): KOKlar, CYBE olan kadınlardaki PID riskini azaltabilir fakat HIV ve alt genital sistemdeki CYBE'lara karşı koruyucu değildir. KEK, B ve H'nın, CYBE olan kadınlardaki PID riskini azaltıp azaltmadığı bilinmemektedir fakat bunlar HIV ve alt genital sistemdeki CYBE'lara karşı koruyucu değildirler.

Safra kesesi hastalıkları: KOK, KEK, B ve H safra kesesi hastalık riskinde hafif bir artışa neden olabilir. KOK, KEK, B ve H'nın mevcut safra kesesi hastalıklarını kötüleştirilebileceğine ilişkin kaygılar da vardır. KOK'ların değil ama KEK'lerin sağlıklı kadınlarda da karaciğer fonksiyonları üzerinde minimal etkisi olduğu gösterilmiştir ve karaciğerden ilk geçiş etkisi yoktur.

Kolestaz öyküsü: Gebelikle ilişkili: Gebelikle ilişkili kolestaz öyküsünün, KOK ile ilişkili kolestaz gelişme riskini artırması beklenebilir.

Karaciğer tümörleri: Hepatosellüler adenomalı kadınların hormonal kontraseptif kullanımı ile ilgili bir kanıt yoktur. Sağlıklı kadınlarda KOK kullanımı hepatosellüler adenomanın büyümesi ve gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.

Talasemi: Talaseminin görüldüğü ülkelerde, KOK kullanımının, durumlarını kötüleştirmediği ile ilgili sözel (zayıf) kanıtlar vardır.

Demir eksikliği anemisi: Kombine hormonal kontraseptiflerin kullanımında, adetlerle kaybedilen kan miktarı azalabilir.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Aedo AR, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.
- (2) Fotherby K, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-272.
- (3) Garza-Flores J, et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depo-Provera. *Contraception*, 1987, 36:441-457.
- (4) Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-359.
- (5) Said S, et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:455-466.
- (6) Haiba NA, et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-632.
- (7) Kesseru EV, et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-598.
- (8) Meng Y-X, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 37:1-20.
- (9) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-294.
- (10) Audet M-C, Moreau M, Koltun WD et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2347-2354.
- (11) Boonyarangkul A, Taneepanichskul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2007, 90:1715-1719.
- (12) Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
- (13) Cole JA, Norman H, Doherty M et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 109:339-346.
- (14) Devineni D, Skee D, Vaccaro N et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2007, 47:497-509.
- (15) Dittrich R, Parker L, Rosen JB et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:15-20.
- (16) Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2000, 70:78.
- (17) Jick S, Kaye J, Li L et al. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 ug of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2007, 76:4-7.
- (18) Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*, 2006, 74:290-292.
- (19) Jick SS, Kaye J, Russmaann S et al. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2006, 73:223-228.
- (20) Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischaemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*, 2007, 27:218-220.
- (21) Pierson RA, Archer DF, Moreau M et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
- (22) Radowicki S, Skorzevska K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekologia Polska*, 2005, 76:884-889.
- (23) Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:799-805.
- (24) Urdl W, Apter D, Alperstein A et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005, 121:202-210.
- (25) White T, Ozel B, Jain JK et al. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*, 2006, 74:293-296.
- (26) Ziemann M, Guillebaud JG, Weisberg E et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s13-s18.
- (27) van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM et al. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:168-174.
- (28) Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirene. *Contraception*, 2006, 74:451-457.
- (29) Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:389-395.
- (30) Dieben T, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:585-593.
- (31) Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A et al. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2004, 9:131-140.
- (32) Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH et al. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Human Reproduction*, 2004, 19:2668-2673.
- (33) Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B et al. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception*, 2007, 76:348-356. (34) Magnusdottir EM, Bjarnadottir RI, Onundarson PT et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:461-467.
- (35) Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density in healthy premenopausal women. *Human Reproduction*, 2005, 20:2764-2768.
- (36) Milsom I, Lete I, Bjertnaes A et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction*, 2006, 21:2304-2311.
- (37) Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*, 2005, 71:176-182.
- (38) Sabatini R, Cagianò R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:220-223.

- (39) Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-242.
- (40) Tuppurainen M, Klimeschekskij R, Venhola M et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:389-394.
- (41) Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104:555-563.
- (42) O'Connell KJ, Osborne LM, Westhoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (43) Fine PM, Tryggstad J, Meyers NJ et al. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 2007, 75:367-371.
- (44) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (45) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (46) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (47) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (48) Lloyd T, Taylor DS, Lin HM et al. Oral contraceptive use by teenage women does not affect peak bone mass: a longitudinal study. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:734-738.
- (49) Lloyd T, Petit MA, Lin HM et al. Lifestyle factors and the development of bone mass and bone strength in young women. *The Journal of Pediatrics*, 2004, 144:776-782.
- (50) Polatti F, Perotti F, Filippa N et al. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception*, 1995, 51:221-224.
- (51) Wallace LS, Ballard JE. Lifetime physical activity and calcium intake related to bone density in young women. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 2002, 11:389-398.
- (52) Afghani A, Abbott AV, Wiswell RA et al. Bone mineral density in Hispanic women: Role of aerobic capacity, fat-free mass, and adiposity. *International Journal of Sports Medicine*, 2004, 25:384-390.
- (53) Bahamondes L, Juliato CT, Villarreal M et al. Bone mineral density in users of two kinds of once-a-month combined injectable contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:259-263.
- (54) Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ et al. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:576-582.
- (55) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.
- (56) Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18-31 years of age. *Bone*, 2000, 27:855-863.
- (57) Castelo-Branco C, Martinez de Osaba MJ, Pons F et al. Effects on bone mass of two oral contraceptives containing ethinylestradiol and cyproterone acetate or desogestrel: results of a 2-year follow-up. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1998, 3:79-84.
- (58) Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S et al. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. Coronary Risk Development in Young Adults. *Osteoporosis International*, 2002, 13:893-900.
- (59) Collins C, Thomas K, Harding A et al. The effect of oral contraceptives on lumbar bone density in premenopausal women. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, 1988, 140:35-39.
- (60) de Papp AE, Bone HG, Caulfield MP et al. A cross-sectional study of bone turnover markers in healthy premenopausal women. *Bone*, 2007, 40:1222-1230.
- (61) Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodelling in young women: a 2-year study. *Contraception*, 2003, 67:439-447.
- (62) Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a two year study. *Gynecological Endocrinology*, 2004, 19:169-177.
- (63) Endrikat J, Mih E, Dusterberg B et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of 30 oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception*, 2004, 69:179-187.
- (64) Fortney JA, Feldblum PJ, Talmage RV et al. Bone mineral density and history of oral contraceptive use. *Journal of Reproductive Medicine*, 1994, 39:105-109.
- (65) Garnero P, Sornay-Rendu E, Delmas PD. Decreased bone turnover in oral contraceptive users. *Bone*, 1995, 16:499-503.
- (66) Goldsmith N, Johnston J. Bone mineral: effects of oral contraceptives, pregnancy, and lactation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1975, 57-A:657-668.
- (67) Hall ML, Heavens J, Cullum ID et al. The range of bone density in normal British women. *The British Journal of Radiology*, 1990, 63:266-269.
- (68) Hansen M, Overgaard K, Riis B et al. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis--examined over a 12-year period. *Osteoporosis International*, 1991, 1:95-102.
- (69) Hartard M, Bottermann P, Bartenstein P et al. Effects on bone mineral density of low-dosed oral contraceptives compared to and combined with physical activity. *Contraception*, 1997, 55:87-90.
- (70) Hartard M, Kleinmond C, Wiseman M et al. Detrimental effect of oral contraceptives on parameters of bone mass and geometry in a cohort of 248 young women. *Bone*, 2007, 40:444-450.
- (71) Hawker GA, Forsmo S, Cadarette SM et al. Correlates of forearm bone mineral density in young Norwegian women: The Nord-Trondelag health study. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:418-427.
- (72) Hreshchyshyn MM, Hopkins A, Zylstra S et al. Associations of parity, breast-feeding, and birth control pills with lumbar spine and femoral neck bone densities. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1988, 159:318-322.
- (73) Kandars B, Lindsay R, Dempster D. Determinants of bone mass in young healthy women. In: Christiansen C, Arnaud C, Nordin B, Parfitt A, Peck W, Riggs B, eds. Proceedings of the Copenhagen international symposium on osteoporosis. Copenhagen, 1984: 337-339.
- (74) Kleerekoper M, Brienza RS, Schultz LR et al. Oral contraceptive use may protect against low bone mass. Henry Ford Hospital Osteoporosis Cooperative Research Group. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:1971-1976.
- (75) Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Bone mineral density in postmenopausal women as determined by prior oral contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:100-102.
- (76) Laitinen K, Valimaki M, Keto P. Bone mineral density measured by dual-energy X-ray absorptiometry in healthy Finnish women. *Calcified Tissue International*, 1991, 48:224-231.
- (77) Lau EM, Lynn H, Woo J et al. Areal and volumetric bone density in Hong Kong Chinese: A comparison with Caucasians living in the United States. *Osteoporosis International*, 2003, 14:583-588.
- (78) Lindsay R, Tohme J, Kandars B. The effect of oral contraceptive use on vertebral bone mass in pre- and post-menopausal women. *Contraception*, 1986, 34:333-340.

- (79) Lloyd T, Buchanan JR, Ursino GR et al. Long-term oral contraceptive use does not affect trabecular bone density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:402-404.
- (80) MacDougall J, Davies MC, Overton CE et al. Bone density in a population of long term oral contraceptive pill users does not differ from that in menstruating women. *The British Journal of Family Planning*, 1999, 25:96-100.
- (81) Mais V, Fruzzetti F, Ajossa S et al. Bone metabolism in young women taking a monophasic pill containing 20 mcg ethinylestradiol: a prospective study. *Contraception*, 1993, 48:445-452.
- (82) Masaryk P, Lunt M, Benevolenskaya L et al. Effects of menstrual history and use of medications on bone mineral density: the EVOS Study. *Calcified Tissue International*, 1998, 63:271-276.
- (83) Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 53:132-142.
- (84) Melton III LJ, Bryant SC, Wahner HW et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis International*, 1993, 3:76-83.
- (85) Murphy S, Khaw KT, Compston JE. Lack of relationship between hip and spine bone mineral density and oral contraceptive use. *European Journal of Clinical Investigation*, 1993, 23:108-111.
- (86) Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception*, 2003, 67:355-359.
- (87) Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E et al. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:53-60.
- (88) Nelson M, Mayer AB, Rutherford O et al. Calcium intake, physical activity and bone mass in pre-menopausal women. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 1991, 4.
- (89) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (90) Paoletti AM, Orru M, Lello S et al. Short-term variations in bone remodelling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception*, 2004, 70:293-298.
- (91) Pasco JA, Kotowicz MA, Henry MJ et al. Oral contraceptives and bone mineral density: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 182:265-269.
- (92) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (93) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.
- (94) Picard D, Ste-Marie LG, Coutu D et al. Premenopausal bone mineral content relates to height, weight and calcium intake during early adulthood. *Bone and Mineral*, 1988, 4:299-309.
- (95) Prior JC, Kirkland SA, Joseph L et al. Oral contraceptive use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 165:1023-1029.
- (96) Recker RR, Davies KM, Hinders SM et al. Bone gain in young adult women. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:2403-2408.
- (97) Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ et al. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception*, 2003, 68:177-182.
- (98) Rodin A, Chapman M, Fogelman I. Bone density in users of combined oral contraception. Preliminary reports of a pilot study. *British Journal of Family Planning*, 1991, 16.
- (99) Shoenke HA, Snow CM. Oral contraceptive use in young women is associated with lower bone mineral density than that of controls. *Osteoporosis International*, 2005, 16:1538-1544.
- (100) Stevenson JC, Lees B, Devenport M et al. Determinants of bone density in normal women: Risk factors for future osteoporosis? *British Medical Journal*, 1989, 298:924-928.
- (101) Beksinska M, Smit J, Kleinschmidt I et al. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2005, 71:170-175.
- (102) Berning B, van KC, Schutte HE et al. Determinants of lumbar bone mineral density in normal weight, non-smoking women soon after menopause. A study using clinical data and quantitative computed tomography. *Bone and Mineral*, 1993, 21:129-139.
- (103) Forsmo S, Schei B, Langhammer A et al. How do reproductive and lifestyle factors influence bone density in distal and ultradistal radius of early postmenopausal women? The Nord-Trøndelag Health Survey, Norway. *Osteoporosis International*, 2001, 12:222-229.
- (104) Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:392-396.
- (105) Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: Effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas*, 1994, 19:125-131.
- (106) Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M et al. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause*, 1999, 6:43-48.
- (107) Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis International*, 2000, 11:544-548.
- (108) Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas*, 2006, 54:176-180.
- (109) Grainge MJ, Coupland CA, Cliffe SJ et al. Reproductive, menstrual and menopausal factors: Which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women? *Osteoporosis International*, 2001, 12:777-787.
- (110) Johnell O, Nilsson BE. Life-style and bone mineral mass in perimenopausal women. *Calcified Tissue International*, 1984, 36:354-356.
- (111) Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 2006, 40:11-24.
- (112) Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk of low bone density in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 2002, 42:105-111.
- (113) Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: A three-year prospective study. *International Journal of Fertility*, 1985, 30:18-20.
- (114) Sowers MF, Wallace RB, Lemke JH. Correlates of forearm bone mass among women during maximal bone mineralization. *Preventive Medicine*, 1985, 14.
- (115) Sultana S, Choudhury S, Choudhury SA. Effect of combined oral contraceptives on bone mineral density in pre and postmenopausal women. *Mymensingh Medical Journal*, 2002, 11:12-14.
- (116) Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T et al. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:87-94.

- (117) Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K et al. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84 Suppl 2:S586-S592.
- (118) Tavani A, La VC, Franceschi S. Oral contraceptives and bone mineral density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 184:249-250.
- (119) Tuppurainen M, Kroger H, Saarikoski S et al. The effect of previous oral contraceptive use on bone mineral density in perimenopausal women. *Osteoporosis International*, 1994, 4:93-98.
- (120) Volpe A, Amram A, Cagnacci A et al. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1997, 2:123-126.
- (121) Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J et al. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertil Steril*, 2005, 84:374-383.
- (122) Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M et al. The effect of oral contraceptives on bone mass and stress fractures in female runners. *Medicine in Science and Sports Exercise*, 2007, 39:1464-1473.
- (123) Cooper C, Hannaford P, Croft P et al. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone*, 1993, 14:41-45.
- (124) Johansson C, Mellstrom D. An earlier fracture as a risk factor for new fracture and its association with smoking and menopausal age in women. *Maturitas*, 1996, 24:97-106.
- (125) La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet*, 1999, 354:335-336.
- (126) Mallmin H, Ljunghall S, Persson I et al. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis International*, 1994, 4:298-304.
- (127) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet*, 1999, 353:1481-1484.
- (128) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:1166-1172.
- (129) O'Neill TW, Marsden D, Adams JE et al. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1996, 50:288-292.
- (130) O'Neill TW, Silman AJ, Naves DM et al. Influence of hormonal and reproductive factors on the risk of vertebral deformity in European women. European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Osteoporosis International*, 1997, 7:72-78.
- (131) Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception*, 1998, 57:231-235.
- (132) Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception*, 2006, 73:571-576.
- (133) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility Regulation in Nursing Women .4. Long-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Initiated at Day 30 Postpartum Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:13-25.
- (134) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women. 3. Short-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:1-11.
- (135) Gambrell RD. Immediate Postpartum Oral Contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 36:101-106.
- (136) Guilloff E, Ibarrao A, Zanartu J et al. Effect of Contraception on Lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (137) Kaern T. Effect of An Oral Contraceptive Immediately Post Partum on Initiation of Lactation. *British Medical Journal*, 1967, 3:644-645.
- (138) Miller GH, Hughes LR. Lactation and Genital Involution Effects of A New Low-Dose Oral Contraceptive on Breast-Feeding Mothers and Their Infants. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 35:44-50.
- (139) Nilsson S, Melbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by women using oral contraceptives. *Contraception*, 1986, 34:443-453.
- (140) Peralta O, Diaz S, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women .5. Long-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Initiated at Day 90 Postpartum Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:27-38.
- (141) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (142) World Health Organization Task Force on Oral Contraceptives Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Breast Milk Composition and Infant Growth. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:361-369.
- (143) Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1978, 76:1-38.
- (144) Lahteenmaki P, et al. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, 141:175-179.
- (145) Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998, 58:99-103.
- (146) Niswonger JWH, et al. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstetrics and Gynecology*, 1968, 32:325-327.
- (147) Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1974, 44:853-857.
- (148) Tang OS, et al. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1999, 14:722-725.
- (149) Tang OS, et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99-102.
- (150) Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, 2009; 80:355-362
- (151) Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-78.
- (152) Jick SS, et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-621.
- (153) Khader YS, et al. Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-17.
- (154) Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-730.
- (155) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
- (156) Nightingale AL, et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-274.
- (157) Petitti D, et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-1154.
- (158) Rosenberg L, et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-1070.
- (159) Straneva P, et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.

- (160) Tanis BC, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-1793.
- (161) Van den Bosch MA, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-444.
- (162) WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 1995, 346:1575-1582.
- (163) Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-498.
- (164) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:187-196.
- (165) Pomp ER, le CS, Rosendaal FR et al. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *British Journal of Haematology*, 2007, 139:289-296.
- (166) Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-2284.
- (167) Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*, 1998, 98:1058-1063.
- (168) Sidney S, Petitti DB, Soff GA et al. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception*, 2004, 70:3-10.
- (169) Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD et al. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16:637-643.
- (170) Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166:1306-1311.
- (171) Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of Epidemiology*, 2005, 15:492-499.
- (172) Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-827.
- (173) Holt VL, Scholes D, Wicklund KG et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:46-52.
- (174) Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:90-91.
- (175) O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (176) Heinemann LA, et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
- (177) Lewis MA, et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-140.
- (178) WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-510.
- (179) WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
- (180) WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-1209.
- (181) Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-722.
- (182) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-168.
- (183) D'Avanzo B, et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-328.
- (184) Dunn NR, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-583.
- (185) Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-942.
- (186) Kemmeren JM, et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischaemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-1208.
- (187) Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-963.
- (188) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-159.
- (189) Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
- (190) Narkiewicz K, et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-253.
- (191) Siritho S, et al. Risk of ischaemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-1580.
- (192) Lubianca JN, Moreira LB, Gus M et al. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 2005, 19:451-455.
- (193) Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
- (194) Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-376.
- (195) Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-531.
- (196) Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-739.
- (197) Sibai BM, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-509.
- (198) Sibai BM, et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-129.
- (199) Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
- (200) Aznar J, Mira Y, Vaya A et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischaemic stroke. *Thrombosis & Haemostasis*, 2004, 91:1031-1034.
- (201) Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *Journal of Internal Medicine*, 1998, 244:27-32.

- (202) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen [comment]. *Lancet*, 1995, 346:1593-1596.
- (203) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
- (204) de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. *BMJ*, 1998, 316:589-592.
- (205) Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism -- pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-816.
- (206) Gadelha T, Andre C, Juca AA et al. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovascular Diseases*, 2005, 19:49-52.
- (207) Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G et al. Venous thromboembolism in young women: role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-990.
- (208) Martinelli I, Sacchi E, Landi G et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-1797.
- (209) Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-703.
- (210) Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P et al. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*, 2004, 110:566-570.
- (211) Martinelli I, Battaglia C, Burgo I et al. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischaemic stroke. *Haematologica*, 2006, 91:844-847.
- (212) Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-327.
- (213) Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thrombosis & Haemostasis*, 1994, 71:548-552.
- (214) Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2007, 78:271-276.
- (215) Santamaria A, Mateo J, Oliver A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-971.
- (216) Slooter AJ, Rosendaal FR, Tanis BC et al. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischaemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3:1213-1217.
- (217) Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-112.
- (218) van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briet E et al. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood*, 1999, 94:2590-2594.
- (219) van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ et al. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:282-289.
- (220) Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet*, 1994, 344:1453-1457.
- (221) Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-457.
- (222) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (223) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (224) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (225) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (226) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (227) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (228) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (229) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (230) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (231) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (232) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (233) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (234) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (235) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (236) A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (237) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (238) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.

- (239) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (240) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (241) Choojitaram K, Veraseraniyom O, Totemchokchyakam K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (242) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (243) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systematic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (244) Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-1506.
- (245) Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-18.
- (246) Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-833.
- (247) Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-722.
- (248) Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*, 2005, 330:63.
- (249) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
- (250) Nightingale AL, Farmer RD. Ischaemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*, 2004, 35:1574-1578.
- (251) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (252) Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46 :359-367.
- (253) Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception*, 2007, 75:27-31.
- (254) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (255) Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
- (256) Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 187:551-555.
- (257) O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*, 2007, 75:299-304.
- (258) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (259) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (260) Young EA, Kornstein SG, Harvey AT et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2007, 32:843-853.
- (261) Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. [Review] [1 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000,CD000154.
- (262) Davis L, Kennedy SS, Moore J et al. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007,CD001019.
- (263) Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-399.
- (264) Proctor ML, Roberts H, Farquhar C. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
- (265) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.
- (266) Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR et al. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-477.
- (267) Curry SL, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-809.
- (268) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.
- (269) Goldberg GL, Cloete K, Bloch B et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 94:22-25.
- (270) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.
- (271) Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-914.
- (272) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*, 2009; 80:363-371.
- (273) Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-740.
- (274) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (275) Black MM, Barclay THC, Polednak A et al. Family history, oral contraceptive usage, and breast cancer. *Cancer*, 1983, 51:2147-2151.
- (276) Brinton LA, Hoover R, Szklo M et al. Oral contraceptives and breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 1982, 11:316-322.
- (277) and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: A report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *Journal of Clinical Oncology*, 2007, 25 :3831-3836.
- (278) Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2003, 81:129-136.
- (279) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet*, 2001, 358:1389-1399.
- (280) Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1791-1798.

- (281) Gronwald J, Byrski T, Huzarski T et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2006, 95:105-109.
- (282) Haile RW, Thomas DC, McGuire V et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006, 15:1863-1870.
- (283) Harris NV, Weiss NS, Francis AM et al. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *American Journal of Epidemiology*, 1982, 116:643-651.
- (284) Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1984, 72:39-42.
- (285) Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT et al. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *European Journal of Cancer*, 2005, 41:2312-2320.
- (286) Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-2032.
- (287) Milne RL, Knight JA, John EM et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005, 14 :350-356.
- (288) Narod S, Dube MP, Klijn J et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-1779.
- (289) Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
- (290) Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:1059-1063.
- (291) Ursin G, Henderson BE, Haile RW et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-3681.
- (292) Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J et al. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1998, 50:175-184.
- (293) Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception*, 2009; 80:372-380
- (294) Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. The Italian MEGIC Group. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-125.
- (295) Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-323.
- (296) Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo dIP. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in lowincome rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-288.
- (297) Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-256.
- (298) Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-124.
- (299) Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-2824.
- (300) Avonts D, Sercu M, Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-29.
- (301) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (302) Barbone F, Austin H, Louv WC et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-514.
- (303) Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-780.
- (304) Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-309.
- (305) Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-24.
- (306) Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-239.
- (307) Bontis J, Vavilis D, Panidis D et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-315.
- (308) Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-263.
- (309) Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-143.
- (310) Burns DC, Darougar S, Thin RN et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-318.
- (311) Ceruti M, Canestrelli M, Condemni V et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-123.
- (312) Chacko M, Lovchik J. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-840.
- (313) Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-216.
- (314) Crowley T, Horner P, Hughes A et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
- (315) Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-335.
- (316) Evans BA, Kell PD, Bond RA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-36.
- (317) Evans DL, Demetriou E, Shalaby H et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-228.
- (318) Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
- (319) Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-143.
- (320) Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-336.
- (321) Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
- (322) Green J, de Gonzalez AB, Smith JS et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer*, 2003, 88:1713-1720.
- (323) Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.

- (324) Han Y, Morse DL, Lawrence CE et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
- (325) Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-1734.
- (326) Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanolis M et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-1271.
- (327) Harrison HR, Costin M, Meder JB et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-251.
- (328) Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-220.
- (329) Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-26.
- (330) Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-107.
- (331) Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
- (332) Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-258.
- (333) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (334) Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-404.
- (335) Jick H, Hannan MT, Stergachis A et al. Vaginal spermicides and gonorrhea. *JAMA*, 1982, 248:1619-1621.
- (336) Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-177.
- (337) Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-19.
- (338) Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-190.
- (339) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (340) Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-113.
- (341) Louv WC, Austin H, Perlman J et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
- (342) Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-626.
- (343) Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G et al. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
- (344) Macaulay ME, Riordan T, James JM et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
- (345) Magder LS, Harrison HR, Ehret JM et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
- (346) Magder LS, Klontz KC, Bush LH et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-784.
- (347) Masse R, Laperriere H, Rousseau H et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-961.
- (348) McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-1294.
- (349) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.
- (350) Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-398.
- (351) Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-381.
- (352) Oriol JD, Powis PA, Reeve P et al. Chlamydial infections of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:11-16.
- (353) Oriol JD, Johnson AL, Barlow D et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-451.
- (354) Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
- (355) Park BJ, Stergachis A, Scholes D et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-778.
- (356) Pereira LH, Embil JA, Haase DA et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-692.
- (357) Rahm VA, Odland V, Pettersson R. Chlamydia trachomatis in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourinary Medicine*, 1991, 67:317-321.
- (358) Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-680.
- (359) Ripa KT, Svensson L, Mardh PA et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
- (360) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (361) Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-379.
- (362) Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-425.
- (363) Sessa R, Latino MA, Magliano EM et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-172.

- (364) Shafer MA, Beck A, Blain B et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-146.
- (365) Smith JS, Herrero R, Munoz N et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-194.
- (366) Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-57.
- (367) Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-262.
- (368) Tait IA, Rees E, Hobson D et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
- (369) Vaccarella S, Herrero R, Dai M et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15:2148-2153.
- (370) Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-343.
- (371) Winer RL, Lee SK, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-226.
- (372) Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-36.
- (373) Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-242.
- (374) Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-95.
- (375) Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (376) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (377) Allen S, Serufulira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (378) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (379) Chao A, Bulterys M, Musanganire F et al. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-380.
- (380) Cohen CR, Duerr A, Pruiithhada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.
- (381) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (382) de Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-346.
- (383) Ellerbrock TV, Lieb S, Harrington PE et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-1709.
- (384) Gray JA, Dore GJ, Li Y et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
- (385) Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C et al. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-547.
- (386) Hira SK, Kamanga J, Macuacua R et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-448.
- (387) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (388) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (389) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.
- (390) Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-1083.
- (391) Laga M, Manoka A, Kivuvu M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study.[comment]. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
- (392) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (393) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (394) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (395) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (396) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (397) Moss GB, Clemetson D, D'Costa L et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-591.
- (398) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (399) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (400) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musico M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (401) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (402) Pineda JA, Aguado I, Rivero A et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-1369.
- (403) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.

- (404) Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-239.
- (405) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprasasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (406) Saracco A, Musicco M, Nicolosi A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
- (407) Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-144.
- (408) Sinei SK, Fortney JA, Kigundu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (409) Siraprasasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (410) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (411) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (412) Temmerman M, Chomba EN, Ndinya-Achola J et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
- (413) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology* 1998,18:192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (414) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (415) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIVinfected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (416) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (417) Clark RA, Thrall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (418) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-2864.
- (419) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (420) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (421) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (422) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (423) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (424) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (425) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (426) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (427) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (428) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (429) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (430) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (431) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (432) el Raghy I, et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-377.
- (433) Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-310.
- (434) Gad-el-Mawla N, et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-147.
- (435) Shaaban MM, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
- (436) Shaaban MM, et al. Effective of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-115.
- (437) Sy FS, et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-294.
- (438) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (439) Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during postpartum oral contraceptive steroid treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1969, 29:807-818.
- (440) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA*, 1998, 280:533-538.
- (441) Kung AW, Ma JT, Wong VC et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception*, 1987, 35:257-269.
- (442) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1982, 13:17-29.
- (443) Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstetrics & Gynecology*, 1982, 59:325-328.

- (444) Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:802-807.
- (445) Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N et al. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:519-523.
- (446) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (447) Kjos SL, Shoupe D, Douyan S et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:1822-1827.
- (448) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1982, 101:134-139.
- (449) Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L et al. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:495-500.
- (450) Beck P, Arnett DM, Alsever RN et al. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism*, 1976, 25:23-31.
- (451) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (452) Garg SK, Chase P, Marshall G et al. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *JAMA*, 1994, 271:1099-1102.
- (453) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
- (454) Margolis KL, Adami H-O, Luo J et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertility & Sterility*, 2007, 88:310-316.
- (455) Petersen KR, Skouby SO, Sidelmann J et al. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism*, 1994, 43:1379-1383.
- (456) Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Fertility*, 1995, 40:105-111.
- (457) in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (458) Skouby SO, Jensen BM, Kuhl C et al. Hormonal contraception in diabetic women: acceptability and influence on diabetes control and ovarian function of a nonalkylated estrogen/progestogen compound. *Contraception*, 1985, 32:23-31.
- (459) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (460) Di Martino V, Lebray P, Myers RP et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004, 40:1426-1433.
- (461) Libbrecht L, Craninx M, Nevens F et al. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001, 39:66-73.
- (462) Eisalo A, Kontinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *BMJ*, 1971, 3:561-562.
- (463) Peishan Wang, Zemin Lai, Jinlan Tang et al. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000, 9:245-246.
- (464) Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982, 26:65-74.
- (465) Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM et al. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *JAMA*, 1975, 233:979-980.
- (466) Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 3812-386.
- (467) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2001, 25:1008-1010.
- (468) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- 469) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (470) Back DJ, Bates M, Bowden A et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
- (471) Doose DR, Wang S, Padmanabhan M et al. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*, 2003, 44:540-549.
- (472) Fattore C, Cipolla G, Gatti G et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-787.
- (473) Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-323.
- (474) Christensen J, Petreinaite V, Atterman J et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007, 48:484-489.
- (475) Contin M, Albani F, Ambrosetto G et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47:1573-1575.
- (476) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
- (477) Sabers A, Buchholt JM, Uldall P et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-154.
- (478) Sabers A, Ohman I, Christensen J et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003, 61:570-571.
- (479) Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-48.
- (480) Back DJ, Grimmer SF, Orme ML et al. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-532.
- (481) Back DJ, Tjia J, Martin C et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-323.
- (482) Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
- (483) Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 1986, 61:453-455.

- (484) Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-929.
- (485) Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-557.
- (486) Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-125.
- (487) Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-109.
- (488) de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-1229.
- (489) DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-854.
- (490) Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-396.
- (491) Friedman CI, Huneke AL, Kim MH et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-37.
- (492) Grimmer SF, Allen WL, Back DJ et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-59.
- (493) Helms SE, Bredle DL, Zajic J et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-710.
- (494) Hempel E, Bohm W, Carol W et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1973, 95:1451-1457.
- (495) Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-926.
- (496) Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition)*, 1989, 37:86-89.
- (497) Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-718.
- (498) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-652.
- (499) Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-44.
- (500) Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-35.
- (501) Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-551.
- (502) Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. [French]. *Louvain Medical*, 1980, 99:413-414.
- (503) London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-393.
- (504) Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-454.
- (505) Murphy AA, Zacur HA, Charache P et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, 164:28-33.
- (506) Neely JL, Abate M, Swinker M et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-420.
- (507) Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
- (508) Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-3268.
- (509) Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-289.
- (510) Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-105.
- (511) Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-577.
- (512) Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion - fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-388.
- (513) van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British medical journal (Clinical research ed)*, 1984, 288:1125-1126.
- (514) Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
- (515) Young LK, Farquhar CM, McCowan LM et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-192.
- (516) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s3-s12.
- (517) Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clinical Pharmacokinetics*, 2005, 44:429-438.
- (518) Devenport MH, Crook D, Wynn V et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-859.
- (519) Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-223.
- (520) Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, anteovon). *Therapia Hungarica (English edition)*, 1986, 34:167-170.
- (521) Lunell NO, Pschera H, Zador G et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-97.
- (522) McDaniel PA, Cladroney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
- (523) Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
- (524) Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-374.
- (525) Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-304.
- (526) van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-149.
- (527) van Puijenbroek EP, Egberts AC, Meyboom RH et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-693.
- (528) Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM et al. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic comedication. *Contraception*, 2004, 69:129-132.

- (529) Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-295.
- (530) Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002, 2:6.
- (531) Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ et al. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:763-767.
- (532) McGready R, Stepniewska K, Seaton E et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003, 59:553-557.
- (533) Wanwimolruk S, Kaewwichit S, Tanthayaphinant O et al. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 31:179-181.
- (534) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-197.
- (535) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-143.
- (536) Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-438.
- (537) Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylestradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1977, 85:189-197.
- (538) Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1981, 15:23.
- (539) Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1973, 2:2957.
- (540) Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desiree chez trois malades. *Revue française des maladies respiratoires*, 1975, 2:174-182.
- (541) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with antitubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-629.
- (542) Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-272.
- (543) LeBel M, Masson E, Guilbert E et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-1050.
- (544) Meyer B, Muller F, Wessels P et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-674.
- (545) Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-1523.
- (546) Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1975, 4:115-116.
- (547) Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-262.
- (548) Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
- (549) Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:s31-s38.

SADECE PROGESTERON İÇEREN KONTRASEPTİFLER

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	

POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar
DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)

KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ

GEBELİK	UD	UD	UD	UD = uygun değil Açıklama: Sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımı gerekli değildir. Eğer Sadece progesteron içeren kontraseptifler kazara gebelik durumunda kullanılmışsa da hamileliğe veya fetüse bilinen bir zararı yoktur. Ancak gebelikte DMPA kullanımı ve bunun fetüse etkileri tam olarak açık değildir.
YAŞ* a) Menarş - < 18 yaş b) 18 -45 yaş c) > 45 yaş	1 1 1	2 1 2	1 1 1	Kanıt: Araştırmaların çoğunda, DMPA kullanırken kemik mineral dansitesinde azalma olduğu, ancak DMPA bırakıldıktan sonra kemik mineral dansitesinde geriye döndüğü bulunmuştur. Adolesan dönemde DMPA kullanımının pik kemik kütle düzeyine etkisi olup olmadığı veya erişkin kadınların uzun süre DMPA kullanmalarının, menopoza girmeden önce kemik mineral dansitesinin bazal düzeylerine erişip erişemediği bilinmemektedir. Doğurganlık çağı boyunca, kemik mineral dansitesindeki DMPA ile ilişkili değişikliklerle gelecekteki kırık riski arasındaki ilişkiler bilinmemektedir (1-41). Kemik mineral dansitesine DMPA dışındaki diğer sadece progesteron içeren kontraseptiflerin etkisi ile ilişkili sonuçlar tutarsızdır veya etkisi olmadığını göstermektedir (42-54).
PARİTE a) Nullipar, hiç doğum yapmamış b) Paröz, doğum yapmış	1 1	1 1	1 1	
EMZİRME a) Doğum sonu < 6 hafta b) Doğum sonu ≥ 6 hafta – 6 ay (tam emzirme +) c) Doğum sonu ≥ 6 ay	3 1 1	3 1 1	3 1 1	Açıklama: Yenidoğanın doğumdan sonraki ilk 6 hafta steroidlere maruz kalmasının risk oluşturabileceği konusunda endişeler vardır. Fakat bir çok durumda gebeliğe bağlı mortalite ve morbidite riski yüksek olup kullanılacak kontraseptif yöntem sınırlıdır. Böyle durumlarda özellikle gebelikten sonra, emziren kadınlarda sadece progesteron içeren kontraseptifler kullanılabilir. Kanıt: Klinik araştırmaların gösterdiği direkt kanıtlar, doğumdan sonraki 6 hafta içinde emziren kadınlarda sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımının emzirme performansına etkisi olmadığını (55-90) ve infantların anne sütü yoluyla hormona maruz kalmalarının genel olarak zararlı etkileri olmadığını göstermektedir. Ancak bu araştırmalar şiddetli veya uzun süreli etkilerini araştırarak şekilde dizayn edilmemişlerdir (55-59;67;69;71; 73;80;83; 84). Hayvan deneyleri progesteronun beyin gelişimine etkisi olabileceğini ileri sürmektedir; insanlarda da progesterone maruziyetinbenzer etkilerin görülüp görülmeyeceği bilinmemektedir (91-95).

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
GEBELİK (Emzirmeyen kadınlar)				
a) < 21 gün	1	1	1	
b) ≥ 21 gün	1	1	1	
DÜŞÜKTEN SONRA				
a) İlk trimester	1	1	1	Açıklama: Sadece progesteron içeren kontraseptifler, düşükten hemen sonra başlanabilir. Kanıt: Birinci trimester düşükten sonra, implant veya NET-EN kullanıldığında, yan etki olmadığını gösteren sınırlı kanıt vardır (96-99).
b) İkinci trimester	1	1	1	
c) Septik düşükten hemen sonra	1	1	1	
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ*	2	1	1	
GEÇİRİLMİŞ PELVİK CERRAHİ	1	1	1	
SİGARA				
a) Yaş < 35 yaş	1	1	1	
b) Yaş ≥ 35 yaş				
(I) < 15 sigara/gün	1	1	1	
(II) ≥ 15 sigara/gün	1	1	1	
OBESİTE				
a) BKI ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	Açıklama: NET-EN kullanan obez ve normal ağırlıktaki adolesanlar arasında kilo alımı bakımından bir fark yoktur; bu durum kategori 1 olarak sınıflandırılmıştır. Ancak NET-EN'in kemik mineral yoğunluğuna potansiyel etkisi ile ilgili kanıtlara dayanarak, < 18 yaş kategori 2 olarak sınıflandırılmıştır. Kanıt: DMPA kullanan obez adolesanlarda, obez- hiçbir yöntem kullanmayan veya obez-KOK kullanan ve obez olmayan DMPA kullanan kadınlara göre daha fazla kilo artışı olmaktadır. Bu ilişki erişkin kadınlarda gözlenmemiştir. Bir küçük araştırmada, implant kullanan ve bazal ağırlıkları herhangi bir kategoride olan adolesanlarda ağırlık artışı gözlenmemiştir. (100-108)
b) Menarş < 18 yaş: BKI ≥ 30 kg/m ²	1	DMPA=2 NET-EN=1		
KAN BASINCI ÖLÇÜLEMİYORSA	UD	UD	UD	Açıklama: Sadece progesteron içeren kontraseptifler i kullanmaya başlamadan önce kan basıncının ölçülmesi önerilir. Ancak, bazı yerlerde kan basıncı ölçümü yapılamayabilir. Böyle ortamlarda gebelik ile ilişkili morbidite ve mortalite riskleri daha yüksek olabilir ve sadece progesteron içeren kontraseptifler, ulaşılabilen yöntemlerden birisi olabilir. Böyle durumlarda, kadın sadece kan basıncı ölçülemediği için yöntem kullanmaktan mahrum bırakılmamalıdır.

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	

POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar
DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR

ARTERİYEL KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RISK FAKTÖRLERİ (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon gibi)	2	3	2	Açıklama: Çoklu majör risk faktörleri olduğunda, kardiyovasküler hastalık riski de oldukça artabilir. Sadece progesteron içeren kontraseptiflerin bazıları tromboz riskini artırabilir, ancak bu artış KOK kullananlardan oldukça azdır. DMPA ve NET-EN in etkileri yöntem bırakıldıktan sonra da devam edebilir.
--	---	---	---	---

HİPERTANSİYON*

Hipertansiyonun tüm kategorilerinde sınıflamalar diğer kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin bulunmadığı varsayımı altında yapılmıştır. Çoklu risk faktörlerinin varlığında kardiyovasküler hastalık riski fazlaca artabilir. Kan basıncının tek bir ölçümü bir kadını hipertansif olarak nitelendirmek için yeterli değildir.

	2	2	2	Açıklama: Sadece progesteron içeren kontraseptifler i kullanmaya başlamadan önce kan basıncının ölçülmesi önerilir. Ancak, bazı yerlerde kan basıncı ölçümü yapılamayabilir. Böyle ortamlarda gebelikle ilişkili morbidite ve mortalite riskleri daha yüksek olabilir ve sadece progesteron içeren kontraseptifler, ulaşılabilen yöntemlerden birisi olabilir. Böyle durumlarda, kadın sadece kan basıncı ölçülemediği için yöntem kullanmaktan mahrum bırakılmamalıdır.
a) Kan basıncının değerlendirilemediği hipertansiyon öyküsü (gebelikte hipertansiyon dahil)	2	2	2	
b) Kan basıncının değerlendirilebildiği, kontrol altında hipertansiyon	1	2	1	Açıklama: Hipertansiyonu uygun olarak tedavi edilmekte olan kadınlarda akut miyokart enfarktüsü ve inme riski tedavi almayanlara göre azalmıştır. Hernekadar veri olmasa da, uygun olarak tedavi edilmekte olan hipertansif ve sadece progesteron içeren kontraseptifleri kullanan kadınlarda da akut miyokart enfarktüsü ve inme riski, tedavi almayanlara göre azalmış olabilir.
c) Yüksek kan basıncı değerleri (uygun olarak ölçülmüş)				Kanıt: Hipertansiyonlu vesadece progesteron içeren hapları veya enjekte edilen kontraseptifleri kullanan kadınların bu yöntemleri kullanmayan kadınlara göre kardiyovasküler olaylarla ilgili küçük bir risk artışı olduğu, sınırlı araştırmalarda gösterilmiştir. (109)
(I) Sistolik 140-159 veya diyastolik 90-99	1	2	1	
(II) sistolik \geq 160 veya diyastolik \geq 100	2	3	2	
d) Vasküler hastalık	2	3	2	

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (şimdiki kan basıncı ölçülebilir ve normal ise)	1	1	1	
DERİN VEN TROMBOZU (DVT) / PULMONER EMBOLİ (PE)*				
a) DVT/PE öyküsü	2	2	2	Kanıt: DVT/PE olup, antikoagulan tedavi alan kadınlar arasında sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımına ilişkin direkt kanıt yoktur. Sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımına bağlı venöz tromboz riskine ait kanıtlar sağlıklı kadınlarda tutarsızdır, KOK kullananlardan biraz daha düşük risk artışı vardır (109-111)
b) Akut DVT/PE	3	3	3	
c) DVT/PE ve antikoagulan tedavide	2	2	2	Kanıt: DVT/PE olup, antikoagulan tedavi alan kadınlar arasında sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımına ilişkin direkt kanıt yoktur. Sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımına bağlı venöz tromboz riskine ait kanıtlar sağlıklı kadınlarda tutarsızdır, KOK kullananlardan biraz daha düşük risk artışı vardır (109-111) Kronik antikoagulan tedavi alan kadınlardaki DMPA'nın intramusküler enjeksiyonu ile ilişkili sınırlı kanıtlar, enjeksiyon yerinde anlamlı olarak hematoma ile şiddetli veya düzensiz vajinal kanama riskini artırmadığını göstermektedir (112;113).
d) Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda)	1	1	1	
e) Majör cerrahi				
(I) Uzun süreli hareketsizlik (+)	2	2	2	
(II) Uzun süreli hareketsizlik (-)	1	1	1	
f) Minör cerrahi, hareketsizlik (-)	1	1	1	
BİLİNER TROMBOJENİK MUTASYONLAR (Faktör V Leiden; Protombin mutasyonu; Protein S, Protein C ve Antitrombin eksiklikleri)	2	2	2	Açıklama: Bu durumun nadir görülmesi ve maliyeti yüksek olması nedeni ile rutin tarama önerilmez
YÜZEYEL VENÖZ TROMBOZ				
a) Variköz venler	1	1	1	
b) Yüzeysel tromboflebit	1	1	1	
İSKEMİK KALP HASTALIĞI VARLIĞI VE ÖYKÜSÜ*	B	D		B
	2	3	3	2
				D
				3
İNME* (Serebrovasküler olay öyküsü)	B	D		B
	2	3	3	2
				D
				3

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekliliğini kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT			
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG				
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norehisteron enantat (NET-EN)							
BİLİNER HİPERLİPİDEMİLER	2	2	2	Açıklama: Bu durumun nadir görülmesi ve maliyeti yüksek olması nedeni ile rutin tarama önerilmez. Hiperlipidemilerin bazı tipleri vasküler hastalıklar için risk faktörüdür.			
KALP KAPAK HASTALIKLARI*							
a) Komplike değil	1	1	1				
b) Komplike (pulmoner hipertansiyon, atriyal fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	1	1	1				
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR							
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE)							
Sistemik lupus eritematozisli insanlarda iskemik kalp hastalığı, inme ve venöz tromboemboli riski yüksektir. Burada belirlenen durumların kategorileri, bu durumları olan SLEli kadınlarinkine aynı olmalıdır. SLE'nin bütün kategorileri için sınıflandırmalar, kardiyovasküler başka risk faktörü yokmuş varsayımı ile belirlenmiştir. Bu risk faktörleri varsa sınıflandırmalar mutlaka modifiye edilmelidir. Mevcut kanıtlar SLEli birçok kadının hormonal kontraseptifleri de kapsayan kontraseptif yöntemlerin çoğu için iyi adaylar olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir (222-240).							
a) Pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikorları	3	B 3	D 3	3	Kanıt: Antifosfolipid antikorları hem arteriyel hem de venöz tromboz için yüksek risk ile ilişkilidir (133-135).		
b) Ciddi trombositopeni	2	3	3	3			
c) İmmün supresif tedavi	2	2	2	2			
d) Diğer durumlar	2	2	2	2			
NÖROLOJİK DURUMLAR							
BAŞ AĞRILARI*							
a) Non-migrenöz (hafif veya şiddetli)	B 1	D 1	B 1	D 1	B 1	D 1	Açıklama: Sınıflama, şiddetli baş ağrılarının migren kaynaklı olup olmadığına ilişkin kesin tanıya bağlıdır. Herhangi bir yeni baş ağrısı veya baş ağrılarındaki değişiklik mutlaka değerlendirilmelidir. İnme riski yaş, hipertansiyon ve sigara içimi ile artar.
b) Migren							
i. Aurasız Yaş < 35 Yaş	1	2	2	2	2	2	
≥35	1	2	2	2	2	2	
ii. Auralı, her yaş	2	3	2	3	2	3	
EPILEPSİ	1	1	1	1	1	1	Açıklama: Bir kadın antikonvülsan tedavi alıyorsa, ilaç etkileşimleri bölümüne bakınız. Antikonvülsanların bazıları sadece progesteron içeren kontraseptiflerin etkisini azaltmaktadır.
DEPRESİF BOZUKLUKLAR							
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	1	1	1	1	1	1	Açıklama: Sınıflama, seçilmiş depresif bozuklukları olan kadınlarla ilgili verilere dayanmaktadır. Bipolar bozukluk ve postpartum depresyon ile ilgili veri yoktur. Bazı antidepressan ilaçlar ve hormonal kontraseptifler arasında ilaç etkileşimi potansiyeli vardır. Kanıt: Depresyonlu kadınlardaki depresif semptomları, bazal durum ile karşılaştırıldığında, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımı artırmaz. (136-139)

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI				
VAJİNAL KANAMA DÜZENİ*				
a) Çok olmayan düzensiz kanama	2	2	2	Açıklama: Olağandışı şiddetli bir kanama, altta ciddi bir neden olabileceği şüphesini akla getirmelidir.
b) Artmış ve uzamış kanama (düzenli veya düzensiz olabilir)	2	2	2	
AÇIKLANAMAYAN VAJİNAL KANAMA * (Değerlendirme öncesi)	2	3	3	Açıklama: Pelvik malignensi gibi altta yatan bir patolojik durum veya gebelikten şüpheleniliyor ise, değerlendirmeden sonra, durum mutlaka yeniden gözden geçirilmeli
ENDOMETRİOSİS	1	1	1	
BENİGN OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	1	1	1	
ŞİDDETLİ DİSMENORE	1	1	1	
GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIK				
a) Azalan ya da tespit edilemeyen β -hCG düzeyleri	1	1	1	
b) Persistan yüksek β -hCG düzeyleri ya da malign hastalık	1	1	1	
SERVİKAL EKTROPİYON	1	1	1	
SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CIN)	1	2	2	Kanıt: HPV enfeksiyonu olan kadınların, uzun süre DMPA kullanmaları (≥ 5 yıl), karsinoma in situ ve invaziv karsinoma riskini artırabilir (140).
SERVİKAL KANSER* (tedavi öncesi)	1	2	2	
MEME HASTALIKLARI*				
a) Tanı konmamış kitle	2	2	2	Açıklama: Mümkün olduğunca erken değerlendirme yapılmalıdır.
b) Benign meme hastalığı	1	1	1	
c) Ailede kanser öyküsü	1	1	1	
d) Meme kanseri				
i. Şu anda mevcut	4	4	4	
ii. Geçirilmiş ve 5 yıldır hastalık ile ilgili bulgu yok	3	3	3	
ENDOMETRİYUM KANSERİ*	1	1	1	
OVER KANSERİ*	1	1	1	
UTERİN MYOMLAR*				
a) Kavitede distorsiyon yok	1	1	1	
b) Kavitede distorsiyon var	1	1	1	

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID)*				
a) Geçirilmiş PID (CYBE ile ilgili bilinen risk faktörü yoksa)				
i. Öncesinde gebelik mevcut	1	1	1	
ii. Öncesinde gebelik yok	1	1	1	
b) Şu anda PID	1	1	1	
CYBE'ler				
a) Pürülan servisit , klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığı	1	1	1	
b) Diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç)	1	1	1	
c) Vajinit (trichomonas vaginalis ve bakteriyel vajinosis dahil)	1	1	1	
d) CYBE riski yüksek	1	1	1	Kanıt: Kanıtlar, yüksek CYBE riski altındaki kadınların DMPA kullanmalarının, klamidyal servisit riskini artırdığını göstermektedir. Diğer CYBE için, DMPA kullanımı ve CYBE bulaşması arasında bir ilişki olmadığını gösteren kanıtlar vardır ve çok sınırlı kanıtlarda da herhangi bir yorum yapılamayacağı bildirilmektedir. Sadece progesteron içeren diğer kontraseptiflerle ilgili kanıt yoktur. (141-148)
HIV/AIDS				
YÜKSEK HIV RİSKİ	1	1	1	Kanıt: Yüksek risk altındaki gruplarda DMPA kullanımını araştıran araştırmalarda tutarsız sonuçlar olmasına rağmen, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanılması ve HIV bulaşması arasında bir ilişki olmadığını belirten kanıtlar vardır. (149-173)
HIV-ENFEKTE	1	1	1	Kanıt : Araştırmaların çoğu, CD4 hücre sayısındaki, viral yükteki veya yaşam sürelerindeki değişiklikler ile ölçüldüğünde, hormonal kontraseptif kullanımının HIV hastalığının ilerleme riskini artırmadığını ortaya koymaktadır. Hormonal kontraseptif kullanan HIVli kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBE) yakalanma riskinin arttığını gösteren araştırmalar genel olarak enfekte olmamış kadınlardaki sonuçlarla uyumludur. Bir araştırma, hormonal kontraseptif kullanımı ile hasta olmayan partnerlere HIV bulaştırma riskinin artması arasında bir ilişki bulunamamış, ancak bazı araştırmalarda ise hormonal kontraseptif kullanımı ile genital bölgeden alınan HIV-1 DNA'sı veya RNA'sı riskinin artması arasında bir ilişki olup olmadığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir. (174-191)
AIDS	1	1	1	Açıklama: Hormonal kontraseptifler ile antiretroviral (ARV) tedavi arasında ilaç etkileşimleri söz konusu olabileceğinden, ilaç etkileşimleri ile ilgili bölümde yer alan açıklamalar dikkate alınmalıdır.

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
DIĞER ENFEKSİYONLAR				
ŞİSTOZOMİYAZİS				
a) Komplike olmayan	1	1	1	Kanıt: Sınırlı kanıtlarda, Komplike olmayan şistozomiyazisi olan kadınlarda, DMPA kullanımının karaciğer fonksiyonlarına yan etkisinin olmadığı gösterilmiştir (192).
b) Karaciğerde fibrosis (şiddetli ise siroz durumuna bakınız)	1	1	1	
TÜBERKÜLOZ				
a) Pelvik olmayan	1	1	1	Açıklama: Bir kadın rifampicin kullanıyor ise, ilaç etkileşimleri bölümüne bakınız. Rifampicin sadece progesteron içeren bazı kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir.
b) Pelvik	1	1	1	
SITMA	1	1	1	
ENDOKRİN BOZUKLUKLAR				
DIYABET*				
a) Gestasyonel diyabet öyküsü	1	1	1	Kanıt: İki küçük araştırmada, gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlarda, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin serum lipit seviyelerine yan etkisi olmadığı gösterilmiştir (193;194). Sınırlı kanıtlarda, gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlarda sadece progesteron içeren kontraseptiflerin insüline bağımlı olmayan diyabete neden olması ile ilgili tutarsız bulgular vardır (195-198). Kanıt: İnsüline bağımlı veya bağımlı olmayan diyabet olan kadınlarda, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin (hap, DMPA, LNG implant) kullanımı ile ilişkili sınırlı kanıt vardır. Bu kanıtlarda; bu yöntemlerin kısa süreli veya uzun süreli diyabet kontrolüne (örn: HbA1c seviyelerine), hemostatik markırlara veya lipit profiline hafif etkilerinin olabileceği belirtilmektedir (199-202).
b) Non-Vasküler Hastalık				
i. İnsüline bağımlı olmayan	2	2	2	
ii. İnsüline bağımlı	2	2	2	
c) Nefropati/retinopati/ Nöropati	2	3	2	
d) Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan uzun diyabet	2	2	2	
TİROİD HASTALIKLARI				
a) Basit guatr	1	1	1	
b) Hipertiroidi	1	1	1	
c) Hipotiroidi	1	1	1	
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI				
SAFRA KESESİ HASTALIKLARI				
a) Semptomatik				
i. Kolesistektomi li	2	2	2	
ii. Medikal tedavide	2	2	2	
iii. Mevcut	2	2	2	
b) Asemptomatik	2	2	2	

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrel implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)				
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ*				
a) Gebelikle ilişkili	1	1	1	
b) Geçmişte kullanılan KOK ile ilişkili	2	2	2	
VİRAL HEPATİTLER				
a) Akut veya alevlenmiş	1	1	1	
b) Taşıyıcı	1	1	1	
c) Kronik	1	1	1	
SİROZ				
a) Hafif (Kompanse)	1	1	1	
b) Şiddetli (Dekompanse)	3	3	3	
KARACİĞER TÜMÖRLERİ*				
a) Benign				
i. Fokal Nodüler Hiperplazi	2	2	2	Kanıt: Sınırlı sayıda direkt kanıt, hormonal kontraseptif kullanımının fokal nodular hiperplazisi olan kadınlarda karaciğer lezyonlarının ilerlemesini ya da gerilemesini etkilemediğini göstermektedir. (203-205)
ii. Hepatosellüler Adenom	3	3	3	
b) Malign (Hepatoma)	3	3	3	
ANEMİLER				
TALASEMİ	1	1	1	
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	1	1	1	Kanıt: Orak hücreli anemisi olan kadınlarda, sadece progesteron içeren kontraseptif kullanımının hematolojik parametrelere yan etki yapmadığı ve bazı araştırmalarda klinik semptomlarla ilgili iyileşme olduğu saptanmıştır (206-213).
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ*	1	1	1	
İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ				
ANTI-RETROVİRAL TEDAVİ				
a) Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NRTi)	1	DMPA=1 NET-EN=1	1	Açıklama: Antiretroviral ilaçların hormonal kontraseptiflerdeki steroid hormonların biyolojik varlığını azaltma ya da artırma potansiyeli vardır. Ek 1'de özetlendiği gibi, sınırlı sayıda veri birçok antiretroviral ilaç ile (özellikle bazı nukleozid olmayan ters transkriptaz inhibitörleri ve ritonavir destekli proteaz inhibitörleri) hormonal kontraseptifler arasında potansiyel bir ilaç etkileşimi bulunduğunu göstermektedir. Bu etkileşim hem hormonal kontraseptiflerin hem de antiretroviral ilaçların güvenliğini ve etkililiğini bozabilir. Bu nedenle eğer antiretroviral tedavi altındaki bir kadın hormonal kontraseptif kullanmaya başlamaya veya kullanıma devam etmeye karar verirse, kondomun sürekli olarak kullanımı önerilmelidir. Bu hem HIV bulaşmasının önlenmesi hem de hormonal kontraseptifin etkililiğindeki muhtemel azalmanın telafi edilmesi içindir.
b) Non- Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NNRTi)	2	DMPA=1 NET-EN=2	2	
c) Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri	3	DMPA=1 NET-EN=2	3	

Sadece progesteron içeren kontraseptifler, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	POP	DMPA/NE	LNG/ETG	
<p>POP= sadece progesteron içeren haplar LNG/ETG= levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar DMPA /NE= depot medroksiprogesteron asetat / norethisteron enantat (NET-EN)</p>				
ANTİ KONVULSAN TEDAVİ				
a. Belirli antikonvulsanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramet, oxkarbaxepin)	3	DMPA=1 NET-EN=2	2	<p>Açıklama: Belirli antikonvulsanların sadece progesteron içeren hapların, NET-EN'in ve LNG/ETG implantlar ile etkileşimi kadınlar için zararlı olmasa da bu durum sadece progesteron içeren hapların, NET-EN'in ve LNG/ETG implantların etkililiğini azaltabilmektedir. Sadece progesteron içeren hapların dozlarının artırılması ile bu endişeyi nasıl etkileyeceği de açık değildir. Bu ilaçlardan herhangi birini uzun süre kullanacak kadınlar, diğer kontraseptiflerin kullanımına yönlendirilmelidir. DMPA kullanımı için kategori 1dir, çünkü bazı antikonvülzanların kullanılması ile etkinliği azalmamaktadır.</p> <p>Kanıt: Bazı antikonvülzanlar, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin etkisini azaltabilir (214-216).</p>
b. Lamotrigine	1	1	1	<p>Kanıt: Lamotrijin kullanan epileptik kadınlarda, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanılması durumunda herhangi bir ilaç etkileşimi bildirilmemiştir. (217)</p>
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ				
a. Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1	1	<p>Açıklama: Her ne kadar rifampisin veya rifabutinin, sadece progesteron içeren haplar, NET-EN ve LNG/ETG implantlar ile etkileşimi kadınlar için zararlı olmasa da bu durum sadece kontraseptif içeren hapların, NET-EN'in ve LNG/ETG implantların etkililiğini azaltabilmektedir. Bu ilaçlardan herhangi birini uzun süre kullanacak kadınlar, diğer kontraseptiflerin kullanımına yönlendirilmelidir. DMPA kullanımı için kategori 1dir, çünkü rifampisin veya rifabutinin kullanılması ile etkinliği azalmamaktadır. Sadece kontraseptif içeren hapların dozlarının artırılmasının bu endişeyi nasıl etkileyeceği de açık değildir.</p>
b. Antifungaller	1	1	1	
c. Antiparazitikler	1	1	1	
d) Rifampisin veya rifabutinin tedavisi	3	DMPA=1 NET-EN=2	2	

EK AÇIKLAMALAR:

Geçmişte ektopik gebelik: POPların, diğer progesteron içeren hormonal yöntemlerle karşılaştırıldığında daha yüksek oranda ektopik gebelik riski vardır, fakat bu oran hiçbir yöntem kullanmayanlara göre daha düşüktür. 75 µg desogestrel içeren haplar, siklusların çoğunda ovulasyonu inhibe eder ki bu ektopik gebelik için düşük bir risk anlamına gelir.

Hipertansiyon: Vasküler hastalık: Özellikle DMPA ve NET-EN kullananlar arasında hipoöstrojenik etkiye ve HDL düzeylerindeki düşüklüğe bağlı bir endişe vardır. Buna karşın POP veya LNG/ETG'li implantlarla ilgili benzer endişe daha azdır. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir.

Derin Ven Trombozu /Pulmoner Emboli: Hemorajik ovarian kisti olan ve antikoagülan tedavi alan kadınlar, DMPA kullanımından olumlu etkilenebilirler.

İskemik kalp hastalığı: Mevcut veya öyküsü: Özellikle DMPA ve NET-EN kullananlar arasında hipoöstrojenik etkiye ve HDL düzeylerindeki düşüklüğe bağlı bir endişe vardır. Buna karşın POP veya LNG/ETG'li implantlarla ilgili benzer endişe daha azdır. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir.

İnme: Özellikle DMPA ve NET-EN kullananlar arasında hipoöstrojenik etkiye ve HDL düzeylerindeki düşüklüğe bağlı bir endişe vardır. Buna karşın POP veya LNG/ETG'li implantlarla ilgili benzer endişe daha azdır. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir.

Sistemik lupus eritematozus: Ciddi trombositopeni kanama riskini artırır. Sadece progesteron içeren hormonal yöntemler ciddi trombositopenisi olan kadınlarda menoreji tedavisinde yararlı olabilir. Ancak DMPA kullanımına başlandığında artmış veya düzensiz kanama görülmesi ve bunun uygulamadan sonra 11-13 hafta boyunca geri dönüşünün olmayışı, ciddi trombositopenisi olan kadınlarda bu yöntemde başlamada dikkatli olunmasını gerektirir.

Baş ağrısı: Aura, bir fokal nörolojik semptomdur. Bununla ilgili daha fazla bilgi almak için ve diğer tanı kriterleri için "Uluslararası Baş ağrısı Derneği alt komitesinin Baş ağrısı Sınıflandırma dökümanına, Uluslararası Baş ağrısı Sınıflandırması, 2. Baskı, Cephalalgia.2004;24(: 1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (Erişim tarihi: 21.08.2009) bakılabilir.

NET-EN, DMPA ve implantların kullanımının ciddi baş ağrılarını artırabileceğine ilişkin kaygılar vardır. NET-EN, DMPA'nın bu etkileri yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir.

Vajinal kanama: Sağlıklı kadınlar arasında da düzensiz adet kanamaları yaygındır. Ancak progesteron içeren hormonal yöntemlerin

kullanımı sıklıkla düzensiz adet kanamasına neden olur. İmplant kullanımı da özellikle ilk 3-6 ay süresince düzensiz adet kanamasına neden olabilir, fakat bu uzun sürmez. ETG kullananlarda LNG kullananlardan daha fazla amenore görülür.

Açıklanamayan vajinal kanama: Sadece progesteron içeren hormonal yöntemlerin kullanımı düzensiz adet kanamasına neden olabilir ve bu durum altta yatan patolojiyi maskeleyebilir. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir.

Servikal kanser (Tedavi bekleyen): Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif kullanımının, mevcut hastalığın prognozunu etkileyebileceğine ilişkin bazı teorik endişeler var. Tedavi beklenirken, kadınlar sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Meme kanseri: Meme kanseri hormonlara duyarlı bir tümördür ve sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif kullanımı mevcut olan veya yakın zamanda ortaya çıkmış bir meme kanserini kötüleştirir.

Endometriyal kanser: Tedavi bekleyen kadınlar, sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifleri kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Ovaryum kanseri: Tedavi bekleyen kadınlar, sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifleri kullanabilirler. Genel olarak bu durumun tedavisi, kadını kısır bırakmaktadır.

Uterin myomlar: Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifler uterustaki myomların büyüme nedeni olarak görülmez.

Pelvik İnflamatuvar hastalık (PID): Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptiflerin KOK'larda olduğu gibi, CYBE olan kadınlardaki PID riskini azaltıp azaltmadığı bilinmemektedir fakat HIV ve alt genital sistemdeki CYBE'lara karşı koruyucu değildir.

Dişabet: Nefropati, retinopati, nöropati: Özellikle DMPA ve NET-EN kullananlar arasında hipoöstrojenik etkiye ve HDL düzeylerindeki düşüklüğe bağlı bir endişe vardır. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir. Bazı progesteron içeren hormonal kontraseptifler, KOK'lardan daha az olmakla birlikte, trombozis riskini artırabilirler.

Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan daha uzun süreli dişabet: Özellikle DMPA ve NET-EN kullananlar arasında hipoöstrojenik etkiye ve HDL düzeylerindeki düşüklüğe bağlı bir endişe vardır. DMPA ve NET-EN'in etkileri, yöntem bırakıldıktan sonra bir süre daha devam edebilir. Bazı progesteron içeren hormonal kontraseptifler, KOK'lardan daha az olmakla birlikte, trombozis riskini artırabilirler.

Kolestaz öyküsü: Teorik olarak KOK kullanımına bağlı kolestaz öyküsü olanlarda, sadece progesteron içeren hormonal kontraseptiflerin kullanımı sonrasında da kolestaz beklenebilir. Ancak bununla ilgili kanıt yoktur.

Karaciğer tümörleri: Hepatosellüler adenomalı kadınların hormonal kontraseptif kullanımı ile ilgili bir kanıt yoktur. KOK kullanan sağlıklı kadınlarda

hepatosellüler adenomanın büyüme ve gelişimine ilişkin benzer durumun diğer hormonal kontraseptiflerin kullanımında da olup olmadığı bilinmemektedir.

Demir-eksikliği anemisi: Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptiflerin kullanımı ile ilişkili adet düzenindeki değişikliklerin hemogloblin düzeylerine etkileri azdır.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 2006, 73:577-583.
- (2) Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *BJOG British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-1221.
- (3) Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Farley TMM, Mbatha F. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception* 71, 170-175. 2005.
- (4) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (5) Berenson AB, Breikopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol*, 2004, 103:899-906.
- (6) Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-259.
- (7) Clark MK, Sowers M, Levy B et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2006, 86:1466-1474.
- (8) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (9) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (10) Cromer BA, Lazebnik R, Rome E et al. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, 192:42-47.
- (11) Cromer BA, Bonny AE, Stager M et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertility & Sterility*, 2008, 90:2060-2067.
- (12) Cundy T, Cornish J, Evans MC et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-248.
- (13) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-573.
- (14) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-983.
- (15) Cundy T, Ames R, Horne A et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *J Clin Endocrinol Metab*, 2003, 88:78-81.
- (16) Gbolade B, Ellis S, Murby B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-794.
- (17) Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM et al. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*, 2006, 74:90-99.
- (18) Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*, 2008, 77:67-76.
- (19) Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporosis*
- (20) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatrics & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (21) Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, CD006033.
- (22) McGough P, Bigrigg A. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone density in a Scottish industrial city. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2007, 12:253-259.
- (23) Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception*, 2003, 67:79-86.
- (24) Orr-Walker BJ, Evans MC, Ames RW et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-618.
- (25) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (26) Paiva LC, Pinto-Neto AM, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception*, 1998, 58:351-355.
- (27) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (28) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.
- (29) Rosenberg L, Zhang Y, Constant D et al. Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. *Contraception*, 2007, 76:425-431.
- (30) Scholes D, LaCroix AZ, Ott SM et al. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:233-238.
- (31) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*, 2002, 13:581-587.
- (32) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. The association between depot medroxyprogesterone acetate contraception and bone mineral density in adolescent women. *Contraception*, 2004, 69:99-104.
- (33) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:139-144.
- (34) Shaarawy M, El-Mallah SY, Seoudi S et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception*, 2006, 74:297-302.
- (35) Tang OS, Tang G, Yip P et al. Long-term depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception*, 1999, 59:25-29.
- (36) Tang OS, Tang G, Yip PS et al. Further evaluation on longterm depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-164.
- (37) Tharnprisarn W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-103.
- (38) Virutamasen P, Wangsuphachart S, Reinprayoon D et al. Trabecular bone in long-term depot-medroxyprogesterone acetate users. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1994, 20:269-274.

- (39) Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone density and bone metabolism before and after peak bone mass: A case-control study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93:1317-1323.
- (40) Wanichsetakul P, Kamudhamas A, Watanaruangkovit P et al. Bone mineral density at various anatomic bone sites in women receiving combined oral contraceptives and depotmedroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*, 2002, 65:407-410.
- (41) Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ et al. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporosis International*, 2008, 19:519-527.
- (42) Bahamondes L, Perrotti M, Castro S et al. Forearm bone density in users of Depo-Provera as a contraceptive method. *Fertility & Sterility*, 1999, 71:849-852.
- (43) Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Human Reproduction*, 2006, 21:466-470.
- (44) Bahamondes L, Espejo-Arce X, Hidalgo MM et al. A cross-sectional study of the forearm bone density of long-term users of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Human Reproduction*, 2006, 21:1316-1319.
- (45) Beerthuizen R, van Beek A, Massai R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-122.
- (46) Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ et al. Oral progestogen- only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 1994, 41:739-745.
- (47) Di X, Li Y, Zhang C et al. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception*, 1999, 60:161-166.
- (48) Diaz S, Reyes MV, Zepeda A et al. Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human Reproduction*, 1999, 14:2499-2505.
- (49) Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Theppisai U et al. Bone density in women receiving Norplant implants for contraception. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1997, 80:738-741.
- (50) Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF et al. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reproductive Health*, 2007, 4:11.
- (51) Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*, 1995, 52:35-39.
- (52) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density during long-term treatment with Norplant implants and depot medroxyprogesterone acetate. A cross-sectional study of Thai women. *Contraception*, 1997, 56:153-155.
- (53) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density in long-term depot medroxyprogesterone acetate acceptors. *Contraception*, 1997, 56:1-3.
- (54) Vanderjagt DJ, Sagay AS, Imade GE et al. Effect of Norplant contraceptive on the bones of Nigerian women as assessed by quantitative ultrasound and serum markers of bone turnover. *Contraception*, 2005, 72:212-216.
- (55) Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-266.
- (56) bdel-Aleem H, bol-Oyoun e, Shaaban MM et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-286.
- (57) Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG*, 2001, 108:1174-1180
- (58) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-208.
- (59) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women: VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-325.
- (60) Diaz S, Herreros C, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:53-74.
- (61) Diaz S, Zepeda A, Maturana X et al. Fertility regulation in nursing women : IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant(R) implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*, 1997, 56:223-232.
- (62) Giner VJ, Cortes G, V, Sotelo LA et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and on the composition of milk]. *Ginecología Obstétrica de México*, 1976, 40:31-39.
- (63) Guiloff E, Ibarrapo A, Zanartu J et al. Effect of Contraception on Lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (64) Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-1256.
- (65) Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-496.
- (66) Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception*, 1982, 25:279-292.
- (67) Jimenez J, Ochoa M, Soler MP et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-533.
- (68) Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-658.
- (69) Karim M, Ammar R, El-mahgoub S et al. Injected progestogen and lactation. *BMJ*, 1971, 1:200-203.
- (70) Massai MR, Diaz S, Quinteros E et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception*, 2001, 64:369-376.
- (71) Massai R, Miranda P, Valdes P et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.
- (72) Massai R, Quinteros E, Reyes MV et al. Extended use of a progesterone-releasing vaginal ring in nursing women: a phase II clinical trial. *Contraception*, 2005, 72:352-357.
- (73) McCann MF, Moggia AV, Higgins JE et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-648.
- (74) McEwan JA, Joyce DN, Tothill AU et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-350.
- (75) Melis GB, Strigini F, Fruzzetti F et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
- (76) Narducci U, Piatti N. [Use of Depo Provera as a contraceptive in the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 25:107-111.

- (77) Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon(R)) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-246.
- (78) Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A et al. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*, 2002, 66:57-65.
- (79) Seth U, Yadava HS, Agarwal N et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-398.
- (80) Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-635.
- (81) Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-710.
- (82) Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena(R) versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*, 2005, 72:346-351.
- (83) Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breastfed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-412.
- (84) Sivin I, Diaz S, Croxatto HB et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*, 1997, 55:225-232.
- (85) Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P et al. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breastfed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.
- (86) West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563- 569.
- (87) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (88) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Progestogenonly contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*, 1994, 50:55-68.
- (89) Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR et al. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*, 1986, 33:203-213.
- (90) Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-318.
- (91) Hull EM, Franz JR, Snyder AM et al. Perinatal progesterone and learning, social and reproductive behavior in rats. *Physiology & Behavior*, 1980, 24:251-256.
- (92) Hull EM. Effects of neonatal exposure to progesterone in sexual behavior of male and female rats. *Physiology & Behavior*, 1981, 26:401-405.
- (93) Lon stein JS, Quadroons PS, Wagner CK. Effects of neonatal RU486 on adult sexual, parental, and fearful behaviors in rats. *Behavioral Neuroscience*, 2001, 115:58-70.
- (94) Snyder AM, Hull EM. Perinatal progesterone affects learning in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 1980, 5:113-119.
- (95) van der SP, Baumgarten R. Effects of treatment of male and female rats in infancy with mifepristone on reproductive function in adulthood. *Journal of Reproduction & Fertility*, 1990, 90:255-266.
- (96) Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-482.
- (97) Kurunmaki H, et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-442.
- (98) Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-562.
- (99) Ortayli N, et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-314.
- (100) Bonny AE, Ziegler J, Harvey R et al. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, 160:40-45.
- (101) Clark MK, Dillon JS, Sowers M et al. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depotmedroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:1252-1258.
- (102) Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004, 70:269-275.
- (103) Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A et al. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 16:373-378.
- (104) Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
- (105) Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
- (106) Risser WL, Geffer LR, Barratt MS et al. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 24:433-436.
- (107) Westhoff C, Jain JK, Milsom I et al. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007, 75:261-267.
- (108) Curtis KM, Ravi A, Gaffield ME. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception*, 2009; 80:346-354.
- (109) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (110) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.
- (111) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.
- (112) Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B et al. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005, 10:9-14.
- (113) Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80:337-345.
- (114) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.

- (115) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (116) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (117) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (118) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (119) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (120) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (121) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (122) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (123) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (124) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (125) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (126) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (127) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (128) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (129) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (130) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (131) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (132) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (133) Choojitarom K, Veraseritnyom O, Totemchokchayakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (134) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (135) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (136) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (137) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (138) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (139) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (140) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (141) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (142) Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-1136.
- (143) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (144) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (145) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.
- (146) Moscicki AB, Hills N, Shiboski S et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
- (147) Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-367.
- (148) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (149) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (150) Allen S, Serufulira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (151) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (152) Bulterys M, Chao A, Habimana P et al. Incident HIV-1 infection in a cohort of young women in Butare, Rwanda. *AIDS*, 1994, 8:1585-1591.
- (153) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (154) Cohen CR, Duerr A, Pruthithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.

- (155) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (156) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (157) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (158) Kiddugavu M, Makumbi F, Wawer MJ et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-240.
- (159) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.
- (160) Kleinschmidt I, Rees H, Delany S et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception*, 2007, 75:461-467.
- (161) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (162) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (163) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (164) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (165) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (166) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (167) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (168) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (169) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. [comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (170) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (171) Siraprasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (172) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (173) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study. [erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (174) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (175) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (176) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (177) Clark RA, Theall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (178) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-2864.
- (179) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (180) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (181) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (182) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (183) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (184) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (185) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (186) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (187) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (188) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (189) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (190) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (191) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (192) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Contraception) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (193) Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Annales Chirurgiae Gynaecologiae*, 1979, 68:69-74.

- (194) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica*, 1982, 101:134-139.
- (195) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA*, 1998, 280:533-538.
- (196) Nelson AL, Le MH, Musherraf Z et al. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 198:699.e1-699.e8.
- (197) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (198) Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA et al. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2007, 30:1952-1958.
- (199) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (200) Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabetic Medicine*, 1995, 13:525-530.
- (201) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (202) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (203) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterology Clinical Biology*, 2001, 25:1008-1010.
- (204) Mathieu D, Koberter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- (205) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (206) Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on suckling. *American Journal of Medical Sciences*, 1973, 265:367-370.
- (207) Barbosa IC, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing norgestrel acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-265.
- (208) de Abood M, et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*, 1997, 56:313-316.
- (209) De Ceulaer K, et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-231.
- (210) Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-1737.
- (211) Ladipo OA, et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1993, 41:85-87.
- (212) Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-438.
- (213) Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-870.
- (214) Odland V, Olsson S-E. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-261.
- (215) Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 273:255-256.
- (216) Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-1364.
- (217) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum

ACIL KONTRASEPTİF HAPLAR

(Levonorgestrel içeren kontraseptif hapları ve oral kontraseptif hapları kapsamaktadır)

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ	AÇIKLAMA / KANIT
GEBELİK	UD	UD: Uygun değil Açıklama: Her ne kadar bu yöntem, bilinen bir gebeliği olan veya gebe olma şüphesi olan bir kadın için endike değilse de, eğer kazara kullanıldıysa, kadına, gebeliğin seyrine veya fütüze bilinen bir zararı yoktur.
EMZİRME	1	
GEÇMİŞTE EKTOPIK GEBELİK GEÇİRME	1	
ŞİDDETLİ KARDİYOVASKÜLER KOMPLİKASYON ÖYKÜSÜ* (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler atak veya diğer tromboembolik durumlar)	2	
ANJİNA PEKTORİS*	2	
MİGREN*	2	
ŞİDDETLİ KARACİĞER HASTALIĞI* (sarılık dahil)	2	
ACIL KONTRASEPTİF HAPLARIN BİRDEN FAZLA KULLANIMI	1	Açıklama: Acil kontraseptif hapların tekrar tekrar kullanılması, kadının diğer kontraseptif yöntemlerle ilgili danışmanlığa ihtiyacı olduğunu gösterir. Sıklıkla acil kontraseptif hapların tekrar tekrar kullanımı, kombine hormonal kontraseptifler veya sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifler için 2,3 veya 4 olarak belirtilen durumlarda zararlı olabilir.
TECAVÜZ*	1	

EK AÇIKLAMALAR:

Şiddetli kardiyovasküler komplikasyon öyküsü: Acil kontraseptif hapların kullanım süresi, kombine oral kontraseptiflerin veya sadece progesteron içeren hapların düzenli kullanım sürelerinden daha kısa olduğundan, daha az klinik etki beklenir.

Anjina pektoris: Acil kontraseptif hapların kullanım süresi, kombine oral kontraseptiflerin veya sadece progesteron içeren hapların düzenli kullanım sürelerinden daha kısa olduğundan, daha az klinik etki beklenir.

Migren: Acil kontraseptif hapların kullanım süresi, kombine oral kontraseptiflerin veya sadece progesteron içeren hapların düzenli kullanım sürelerinden daha kısa olduğundan, daha az klinik etki beklenir.

Şiddetli karaciğer hastalığı* (sarılık dahil): Acil kontraseptif hapların kullanım süresi, kombine oral kontraseptiflerin veya sadece progesteron içeren hapların düzenli kullanım sürelerinden daha kısa olduğundan, daha az klinik etki beklenir.

Tecavüz: Tecavüz durumlarında acil kontraseptif hapların kullanılmamasını gerektiren kısıtlamalar yoktur.

RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RİA)

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam		AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA	LNG-RİA	
Cu-RİA = bakırlı rahim içi araç LNG-RİA = levonorgestrel salımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)			
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ			
GEBELİK	4	4	Açıklama: RİA kullanımı gebelikte kontrendikedir, ve ciddi pelvik enfeksiyon ve septik abortus riski nedeniyle kullanılmamalıdır.
YAŞ*			
a) Menarş - <20 yaş	2	2	
b) ≥ 20 yaş	1	1	
PARİTE			
a) Nullipar, hiç doğum yapmamış	2	2	Kanıt: RİA kullanımının nullipar kadınlarda infertilite ile ilişkili olduğuna dair çelişkili veriler vardır fakat, yakın dönemde yapılmış iyi çalışmalar riskin arttığını bildirmemektedir (1-9).
b) Paröz, doğum yapmış	1	1	
DOĞUMDAN SONRA* (emziren ya da emzirmeyen kadınlar, sezeryan sonrası dahil)			
a) < 48 saat Plasentanın çıkmasından hemen sonra uygulama dahil			Kanıt: Erken postpartum Cu-RİA uygulamalarında, özellikle plasenta çıktıktan hemen sonra yapılan uygulamalarda geç postpartum uygulamalara göre daha düşük atılma oranları saptanmıştır. Ek olarak sezaryen sırasında yapılan uygulamalarda atılma oranları, erken postpartum vajinal uygulamalardan düşüktür. Postpartum uygulanan RİA'ya bağlı enfeksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonlar artmamaktadır (10-24).
(i) Emzirme var	1	3	
(ii) Emzirme yok	1	1	
b) ≥ 48 saat - < 4 hafta	3	3	
c) ≥ 4 hafta	1	1	
d) Puerperal sepsis	4	4	
DÜŞÜKTEN SONRA*			
a) İlk trimester	1	1	Açıklama: RİA'lar ilk trimester, spontan ya da indüklenmiş abortus sonrasında hemen takılabilir
b) İkinci trimester	2	2	Kanıt: Abortus sonrası hemen veya geç RİA uygulaması arasında komplikasyon riski açısından fark yoktur. İkinci trimester abortus sonrası RİA uygulamasında, ilk trimester abortus sonrasına göre atılma riski daha yüksektir. Abortus sonrası uygulamalarda, güvenlik ve atılma yönünden Cu-RİA ve LNG-RİA arasında fark yoktur (25-37).
c) Septik düşükten hemen sonra	4	4	
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ*	1	1	
GEÇİRİLMİŞ PELVİK CERRAHİ	1	1	
SİGARA			
a) Yaş < 35 yaş	1	1	
b) Yaş ≥ 35 yaş			
(i) < 15 sigara/gün	1	1	
(ii) ≥ 15 sigara/gün	1	1	

RİAlar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam		AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA	LNG-RİA	
Cu-RİA = bakırlı rahim içi araç LNG-RİA = levonorgestrel salınımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)			
OBESİTE a) BKI ≥ 30 kg/m ² b) Menarş < 18 yaş: BKI ≥ 30 kg/m ²	1 1	1 1	
KAN BASINCI ÖLÇÜLEMİYORSA	UD	UD	Açıklama: Her ne kadar kan basıncı ölçümü iyi bir koruyucu sağlık hizmeti için uygunsa da, güvenli ve etkili RİA uygulaması için gerekli değildir. Kadınlar, kan basınçları ölçülemediği için RİA uygulamasından geri çevrilmemelidir.
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR			
ARTERİYEL KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİ (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon gibi)	1	2	
HİPERTANSİYON Hipertansiyonun tüm kategorilerinde sınıflamalar diğer kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin bulunmadığı varsayımı altında yapılmıştır. Çoklu risk faktörlerinin varlığında kardiyovasküler hastalık riski fazlaca artabilir. Kan basıncının tek bir ölçümü bir kadını hipertansif olarak nitelendirmek için yeterli değildir.			
a) Kan basıncının değerlendirilemediği hipertansiyon öyküsü (gebelikte hipertansiyon dahil)	1	2	
b) Kan basıncının değerlendirildiği, kontrol altında hipertansiyon	1	1	
c) Yüksek kan basıncı değerleri (uygun olarak ölçülmüş)			
(I) Sistolik 140-159 veya diyastolik 90-99	1	1	
(II) sistolik ≥ 160 veya diyastolik ≥ 100	1	2	
d) Vasküler hastalık	1	2	
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (şimdiki kan basıncı ölçülebilir ve normal ise)	1	1	

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.			
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam		AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA	LNG-RİA	
Cu-RİA = bakırlı rahim içi araç LNG-RİA = levonorgestrel salınımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)			
DERİN VEN TROMBOZU (DVT) / PULMONER EMBOLİ (PE)*			
a) DVT/PE öyküsü	1	2	Kanıt: Her ne kadar sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımı ile venöz tromboz riski arasındaki ilişkiyle ilgili kanıtlar tutarsızsa da riskteki herhangi küçük artış KOK kullanımından azdır (38-40).
b) Akut DVT/PE	1	3	
c) DVT/PE ve antikoagulan tedavide	1	2	Kanıt: Her ne kadar sadece progesteron içeren kontraseptiflerin kullanımı ile venöz tromboz riski arasındaki ilişkiyle ilgili kanıtlar tutarsızsa da riskteki herhangi küçük artış KOK kullanımından azdır (38-40). Sınırlı sayıda kanıt, LNG-RİA uygulamasının kronik antikoagulan tedavi altında olan kadınlarda majör kanama riskinde artış yapmadığını göstermektedir (41-ylmky/mk43).
d) Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda)	1	1	
e) Majör cerrahi			
(i) Uzun süreli hareketsizlik (+)	1	2	
(ii) Uzun süreli hareketsizlik (-)	1	1	
f) Minör cerrahi, hareketsizlik (-)	1	1	
BİLİNEREN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (Faktör V Leiden; Protomin mutasyonu; Protein S, Protein C ve Antitrombin eksiklikleri)	1	2	
YÜZEYEL VENÖZ TROMBOZ			
a) Variköz venler	1	1	
b) Yüzeysel tromboflebit	1	1	
İSKEMİK KALP HASTALIĞI VARLIĞI VE ÖYKÜSÜ*	1	B : 2 D : 3	
İNME* (Serebrovasküler olay öyküsü)	1	2	
BİLİNEREN HİPERLİPİDEMİLER	1	2	Açıklama: Bu durumların nadir görülmesi ve taramanın yüksek maliyeti nedeniyle rutin tarama uygun değildir.
KALP KAPAK HASTALIKLARI			
a) Komplike değil	1	1	Açıklama: Uygulama için, endokarditin önlenmesi amacıyla profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmektedir.
b) Komplike (pulmoner hipertansiyon, atriyel fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	2	2	

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lüthasılık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ		AÇIKLAMA / KANIT	
	B: Başlama, D: Devam			
	Cu-RİA	LNG-RİA		
Cu-RİA = bakırlı rahim içi araç LNG-RİA = levonorgestrel salınımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)				
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR				
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE)				
Sitemik lupus eritematozisli insanlarda iskemik kalp hastalığı, inme ve venöz tromboemboli riski yüksektir. Burada belirlenen durumların kategorileri , bu durumları olan SLE'li kadınlarla aynı olmalıdır. SLE'nin bütün kategorileri için klasifikasyonlar, kardiyovasküler başka risk faktörü yokmuş varsayımı ile belirlenmiştir. Bu risk faktörleri varsa klasifikasyonlar mutlaka modifiye edilmelidir. Mevcut kanıtlar SLE'li birçok kadının hormonal kontraseptifleri de kapsayan kontraseptif yöntemlerin çoğu için iyi adaylar olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir (44-62).				
a) Pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikorları	B 1	D 1	3	Kanıt: Antifosfolipid antikorları varsa, hem arteriyel hem de venöz tromboz riski artmıştır (63,64). Açıklama: Ciddi trombositopeni kanama riskini artırır. Kategori, trombositopenin şiddeti ve klinik bulgularına göre tekrar değerlendirilmelidir. Spontan kanama riski olan çok şiddetli trombositopenili kadınlarda, bir uzmanla konsülte edilerek, özel ön tedaviler gerekebilir. Kanıt: Şiddetli trombositopenisi olan kadınlarda menoraji tedavisinde LNG-RİA faydalı olabilir (43).
b) Ciddi trombositopeni	3	2	2	
c) İmmun supresif tedavi	2	1	2	
d) Diğer durumlar	1	1	2	
NÖROLOJİK DURUMLAR				
BAŞ AĞRILARI*				
a) Non-migrenöz (hafif veya şiddetli)	1	B 1	D 1	Açıklama: Her yeni baş ağrısı veya baş ağrılarındaki belirgin değişiklikler değerlendirilmelidir.
b) Migren				
(i) Aurasız				
Yaş < 35	1	2	2	
Yaş ≥35	1	2	2	
(ii) Auralı, her yaş	1	2	3	
EPİLEPSİ	1	1	1	
DEPRESİF BOZUKLUKLAR				
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	1	1	1	Açıklama: Sınıflandırma, belirli depresif bozuklukları olan kadınlara ait verilere göre yapılmıştır. Bipolar bozukluk ya da postpartum depresyon ile ilgili veri yoktur. Belirli antidepressanlar ile hormonal kontraseptifler arasında ilaç etkileşimi potansiyeli bulunmaktadır.
ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI				
VAJİNAL KANAMA DÜZENİ				
a) Çok olmayan düzensiz kanama	1	B 1	D 1	Açıklama: Olağandışı aşırı kanama durumunda altta yatan ciddi bir durumdan şüphelenmek gereklidir. Kanıt: Aşırı ya da uzamış adetleri olan kadınlarda LNG-RİA'nın tedavi etkilerini inceleyen çalışmalardan elde edilen veriler, yan etkilerde artış olmadığını ve menoraji tedavisinde LNG-RİA'nın faydalı olduğunu göstermiştir (65-72).
b) Artmış ve uzamış kanama (düzenli veya düzensiz olabilir)	2	1	2	

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA		LNG-RİA		
Cu-RİA= bakırlı rahim içi araç LNG-RİA= levonorgestrel salınımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)					
AÇIKLANAMAYAN VAJİNAL KANAMA (ciddi durum şüphesi vardır) Değerlendirme öncesi	B	D	B	D	Açıklama: Gebelik ya da altta yatan pelvik malignite gibi patolojik bir durumdan şüpheleniliyorsa, önce mutlaka bu durum değerlendirilmeli, kategori değerlendirmeden sonra belirlenmelidir. Değerlendirme öncesi RİA'nın çıkarılması gerekli değildir.
	4	2	4	2	
ENDOMETRİOZİS	2		1		Kanıt: Endometriozisi olan kadınlarda LNG-RİA kullanımı, dismenore, pelvik ağrı ve disparoniye azaltmaktadır (73-77).
BENİGN OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	1		1		
ŞİDDETLİ DİSMENORE*	2		1		
GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIK a) Azalan ya da tespit edilemeyen β-hCG düzeyleri b) Persistan yüksek β-hCG düzeyleri ya da malign hastalık	3		3		Kanıt: Sınırlı sayıda veri, molar gebelik boşaltılması sonrası RİA takılan kadınlarda, diğer kontraseptif yöntemlere göre post-molar trofoblastik hastalık riskinin artmadığını göstermektedir (78-81)
	4		4		
SERVİKAL EKTROPİYON	1		1		
SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CİN)*	1		2		
SERVİKAL KANSER* (tedavi öncesi)	B	D	B	D	
	4	2	4	2	
MEME HASTALIKLARI* a) Tanı konmamış kitle b) Benign meme hastalığı c) Ailede kanser öyküsü d) Meme kanseri (i) Şu anda mevcut (ii) Geçirilmiş ve 5 yıldır hastalık ile ilgili bulgu yok	1		2		
	1		1		
	1		4		
	1		3		
ENDOMETRİYUM KANSERİ*	B	D	B	D	
	4	2	4	2	
OVER KANSERİ*	3		2		
UTERİN MYOMLAR* a) Kavitede distorsiyon yok b) Kavitede distorsiyon var	1		1		Kanıt: Myomu olan kadınlarda, LNG-RİA kullanımı ile ilgili yan etki gözlenmezken, bazı kadınlarda myomların boyutunun ve semptomlarının azaldığı saptanmıştır (82-88).
	4		4		

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA		LNG-RİA		
Cu-RİA= bakırlı rahim içi araç LNG-RİA= levonorgestrel salımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)					
ANATOMİK ANOMALİLER*					
a) Kavitede distorsiyon var (RİA takılmasını engelleyecek şekilde kaviteyi bozan herhangi bir konjenital ya da edinsel anomali)	4		4		
b) RİA takılmasını engellemeyen ya da kaviteyi bozmayan diğer anomaliler (servikal stenoz ya da servikal laserasyonlar dahil)	2		2		
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID)*	B	D	B	D	<p>Devam için açıklama: PID uygun antibiyotiklerle tedavi edilmeli. Eğer hasta bu yöntemle devam etmek istiyorsa, RİA'nın çıkarılmasına gerek yoktur. RİA'nın kullanımına devam edilmesi kadının bilgilendirildikten sonraki bireysel seçimine ve o andaki CYBE ve PID risk faktörlerine bağlıdır.</p> <p>Kanıt: PID tedavisi görmüş RİA kullanıcıları arasında, RİA'nın çıkarılması ya da yerinde kalmasıyla klinik seyir açısından fark izlenmemiştir (89-91).</p>
a) Geçirilmiş PID (CYBE ile ilgili bilinen risk faktörü yoksa)					
(i) Öncesinde gebelik mevcut	1	1	1	1	
(ii) Öncesinde gebelik yok	2	2	2	2	
b) Şu anda PID	4	2	4	2	
CYBE'ler	B	D	B	D	<p>Devam için açıklama: CYBE uygun antibiyotiklerle tedavi edilmelidir. Eğer kadın bu yöntemle devam etmek istiyorsa, RİA'nın çıkarılmasına gerek yoktur. RİA'nın kullanımına devam edilmesi kadının bilgilendirildikten sonraki bireysel seçimine ve o andaki CYBE ve PID risk faktörlerine bağlıdır.</p> <p>Kanıt: CYBE olan kadınlara RİA takılmasının, takılmasına göre PID riskini artırdığına yönelik kanıt yoktur. CYBE olan kadınlarda RİA takılmasına bağlı PID gelişme riski düşük bulunmuştur, fakat bu risk CYBE olmayan kadınlardan yüksektir (92-98).</p> <p>Açıklama: Eğer, kadın gonore veya klamidya enfeksiyonu için yüksek risk taşıyorsa Kategori 3 tür.</p> <p>Kanıt: RİA kullananlarda CYBE risk durumunu sınıflandırmak için algoritma kullanılan bir araştırmada, RİA ile ilişkili komplikasyonların görülme sıklığı CYBE riski yüksek kadınlarda %11, CYBE riski yüksek olmayan grupta ise %5 olarak bildirilmiştir (99).</p>
a) Pürülan servisit , klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığı	4	2	4	2	
b) Diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç)	2	2	2	2	
c) Vajinit (trichomonas vajinalis ve bakteriyel vajinosis dahil)	2	2	2	2	
d) CYBE riski yüksek	2/3	2	2/3	2	
HIV/AIDS					
YÜKSEK HIV RİSKİ	B	D	B	D	<p>Kanıt: HIV riski olan kadınlarda, Cu-RİA kullanımı, HIV'e yakalanma riskini artırmamaktadır (100-110).</p>
	2	2	2	2	

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lüthaslık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.					
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam				AÇIKLAMA / KANIT
	Cu-RİA		LNG-RİA		
Cu-RİA= bakırlı rahim içi araç LNG-RİA= levonorgestrel salınımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)					
HIV ENFEKTE	B	D	B	D	Kanıt: Sınırlı sayıda veri, HIV ile enfekte olan ve olmayan, RİA kullanan kadınlarda, tüm komplikasyonlar veya enfeksiyöz komplikasyonlar yönünden fark olmadığını göstermektedir. HIV ile enfekte kadınlarda RİA kullanımı, hormonal kontraseptiflere göre, HIV'in progresyonunu olumsuz etkilememektedir. Ayrıca, HIV ile enfekte kadınlarda RİA kullanımı cinsel eşe bulaşmayı da artırmamaktadır (111-119)
	2	2	2	2	
AIDS ARV tedavisinde ve klinik olarak iyi	2	2	3	2	Devam için açıklama: AIDS'li olan RİA kullanıcıları pelvik enfeksiyon açısından yakın takip edilmelidir.
	2	2	2	2	
Diğer enfeksiyonlar					
ŞİSTOZOMİYAZİS					
a) Komplike olmayan	1		1		
b) Karaciğerde fibrosis (şiddetli ise siroz durumuna bakınız)	1		1		
TÜBERKÜLOZ*	B	D	B	D	
a) Pelvik olmayan	1	1	1	1	
b) Pelvik	4	3	4	3	
SITMA	1		1		
ENDOKRİN BOZUKLUKLAR					
DIYABET					Kanıt: İnsüline bağımlı olan ya da olmayan diyabetik kadınlarda LNG-RİA kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda veri, bu metodun kısa ve uzun dönem diyabet kontrolü (HbA1c düzeyleri), hemostatik markırlar ve lipid profili üzerine minimal etkisi olduğunu göstermektedir (120,121).
a) Gestasyonel diyabet öyküsü	1		1		
b) Non-Vasküler Hastalık					
(i) İnsüline bağımlı olmayan	1		2		
(ii) İnsüline bağımlı	1		2		
c) Nefropati/retinopati/ Nöropati	1		2		
d) Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan uzun diyabet	1		2		
TİROİD HASTALIKLARI					
a) Basit guatr	1		1		
b) Hipertiroidi	1		1		
c) Hipotiroidi	1		1		
GASTROİNTESTİNEL SİSTEM HASTALIKLARI					
SAFRA KESESİ HASTALIKLARI					
a) Semptomatik					
(i) Kolesistektomi li	1		2		
(ii) Medikal tedavide	1		2		
(iii) Mevcut	1		2		
b) Asemptomatik	1		2		

RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam		AÇIKLAMA / KANIT	
	Cu-RIA	LNG-RIA		
Cu-RIA = bakırlı rahim içi araç LNG-RIA = levonorgestrel salımlı rahim içi araç (20µg/ 24 saat)				
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ*				
a) Gebelikle ilişkili	1	1		
b) Geçmişte kullanılan KOK ile ilişkili	1	2		
VİRAL HEPATİTLER				
a) Akut veya alevlenmiş	1	1		
b) Taşıyıcı	1	1		
c) Kronik	1	1		
SİROZ				
a) Hafif (Kompanse)	1	1		
b) Şiddetli (Dekompanse)	1	3		
KARACİĞER TÜMÖRLERİ*				
a) Benign				
(i) Fokal Nodüler Hiperplazi	1	2		
(ii) Hepatosellüler Adenom	1	3		
b) Malign (Hepatoma)	1	3		
ANEMİLER				
TALASEMİ*	2	1		
ORAK HÜCRELİ ANEMİ*	2	1		
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ*	2	1		
İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ				
ANTI-RETROVİRAL TEDAVİ	B	D	B	D
a) Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTi)	2/3	2	2/3	2
b) Non- Nucleoside reverse transcriptase inhibitörleri (NNRTi)	2/3	2	2/3	2
c) Ritonavir-boosted protease inhibitörleri	2/3	2	2/3	2
ANTI KONVULSAN TEDAVİ				
a) Belirli antikonvulsanlar (fenitoin, karbamezapin, barbitüratlar, topiramet, oxkarbaxepin)	1	1		Açıklama: RİA kullanımı ile anti-retroviral tedavi arasında bilinen bir etkileşim yoktur. Bununla birlikte AIDS, başlama için kategori 3, devam için kategori 2'dir. Eğer hasta anti-retroviral tedavi sırasında klinik olarak iyi ise, hem başlama hem de devam için kategori 2 dir. (HIV/AIDS durumuna bakınız).
b) Lamotrigine	1	1		Kanıt: Sınırlı sayıda kanıt, belirli antikonvulsanların LNG-RIA'nın kontraseptif etkinliğini düşürmediğini göstermektedir (122).
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ				
a) Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1		
b) Antifungaller	1	1		
c) Antiparazitikler	1	1		
d) Rifampisin veya rifabutin tedavisi	1	1		Kanıt: Rifampisin veya rifabutin tedavisi: Bir kesitsel çalışmada rifabutin tedavisinin LNG-RIA'nın etkinliğine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (122).

EK AÇIKLAMALAR:

Yaş: Menarş- < 20 yaş: Daha genç yaş gruptakilerin cinsel davranışlarına bağlı CYBE riski ve nullipariteye bağlı dışarı atılma riskinden dolayı bazı endişeler vardır.

Doğum sonrası: < 48 saat, 48 saat - < 4 hafta: İlk 4 hafta süresince LNG-RİA kullanımına bağlı steroid hormonlara maruz kalmanın yenidoğanda bir risk oluşturabileceğine ilişkin endişeler vardır.

Puerperal sepsis: RİA uygulanması bu durumu ciddi olarak kötüleştirebilir.

Düşük sonrası: Septik abortustan hemen sonra: RİA uygulanması bu durumu ciddi olarak kötüleştirebilir.

Geçmişte ektopik gebelik: RİA'ın yüksek etkinliğinden dolayı, ektopik gebelikte mutlak risk çok düşüktür. Ancak, bir kadın RİA kullanırken gebe kalırsa, buna bağlı ektopik gebelik oluşma olasılığı ciddi olarak artar.

Hipertansiyon: Teorik olarak LNG'nin lipitler üzerine etkisi ile ilgili endişeler vardır. Bakırlı RİA ile ilgili herhangi bir kısıtlama yoktur.

Derin Ven Trombozu /Pulmoner Emboli: LNG-RİA, antikoagulan tedavi alan kadınlarda, menoraji tedavisinde yararlı olabilir.

İskemik kalp hastalığı: Mevcut veya öyküde: Teorik olarak LNG'nin lipitler üzerine etkisi ile ilgili endişeler vardır. Bakırlı RİA ile ilgili herhangi bir kısıtlama yoktur.

İnme: Mevcut veya öyküde: Teorik olarak LNG'nin lipitler üzerine etkisi ile ilgili endişeler vardır. Bakırlı RİA ile ilgili herhangi bir kısıtlama yoktur.

Baş ağrısı: Aura, bir fokal nörolojik semptomdur. Bununla ilgili daha fazla bilgi almak için ve diğer tanı kriterleri için "Uluslararası Baş ağrısı Derneği alt komitesinin Baş ağrısı Sınıflandırma dökümanına, Uluslar arası Baş ağrısı Sınıflandırması, 2. Baskı, Cephalalgia.2004;24(Supl 1): 1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (Erişim tarihi: 21.08.2009) bakılabilir.

Ciddi dismenore: Bakırlı RİA kullanımı, dismenoreyi şiddetlendirebilir. LNG-RİA'nın kullanımı dismenorenin azalması ile ilişkilendirilmiştir.

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN): Teorik olarak LNG-RİA'nın, CIN'in ilerlemesini artırabileceğine ilişkin endişeler vardır.

Servikal kanser (Tedavi bekleyen): RİA uygularken kanama ve enfeksiyon riskinin artması ile ilgili endişeler vardır. RİA'nın tedavi esnasında çıkarılması gerekebilir, ancak bu süreçte kadının gebelik riski sözkonusu olacaktır.

Meme kanseri: Meme kanseri hormonlara duyarlı bir tümördür. Hastalığın prognozuna ilişkin endişeler, LNG-RİA kullanımında, KOK ve diğer yüksek dozlu sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif kullanımından daha azdır.

Endometriyal kanser: RİA uygularken kanama, enfeksiyon ve perforasyon riskinin artması ile ilgili endişeler vardır. RİA'nın tedavi esnasında çıkarılması gerekebilir, ancak bu süreçte kadının gebelik riski sözkonusu olacaktır.

Ovaryum kanseri: RİA'nın tedavi esnasında çıkarılması gerekebilir, ancak bu süreçte kadının gebelik riski sözkonusu olacaktır.

Uterin myomlar: Uterin kavitede distorsiyon yok: Şiddetli ve uzamış kanaması olan kadınlar bu durumun kategorisine uygun davranılmalıdır.

Uterin kavitede distorsiyon var: Uterin kavitede distorsiyona neden olan, önceden var olan uterin myomlar, RİA'nın takılması ve uterin kaviteye uygun şekilde yerleştirilmesine engel olabilir.

Anatomik anomaliler: Bozuk uterin kavite: Uterin kaviteyi bozan bir anatomik anomali varsa, RİA'nın uygun şekilde yerleştirilmesi mümkün olmayabilir.

Pelvik İnflamatuvar hastalık (PID): RİA'lar CYBE/HIV/PID gibi hastalıklara karşı korumazlar. CYBE'lara karşı düşük riski olan kadınlarda, RİA takılması ile küçük bir PID riski olabilir. Var olan CYBE riski ve gelecek gebelik talepleri, bu durumun değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır.

Pelvik tüberküloz: RİA'nın takılması, durumu kötüleştirebilir.

Kolestaz öyküsü: Kombine hormonal kontraseptiflerle ilişkili bir kolestaz öyküsünün, LNG kullanımı sonrasında bir kolestazın habercisi olabileceğine ilişkin endişeler vardır.

Karaciğer tümörleri: Hepatosellüler adenomalı kadınların hormonal kontraseptif kullanımları ile ilgili bir kanıt yoktur. Sağlıklı kadınlarda KOK kullanımının, hepatosellüler adenomanın büyüme ve gelişmesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir ancak diğer hormonal kontraseptiflerde de benzer etkilerin olup olmayacağı bilinmemektedir.

Talassemi: Bakırlı RİA ile kan kaybının artabileceği endişesi vardır.

Orak hücreli anemi: Bakırlı RİA ile kan kaybının artabileceği endişesi vardır.

Demir-eksikliği anemisi: Bakırlı RİA ile kan kaybının artabileceği endişesi vardır.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Cramer DW, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-947.
- (2) Daling JR, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-941.
- (3) Daling JR, et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-204.
- (4) Delborge W, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
- (5) Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-314.
- (6) Hubacher D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-567.
- (7) Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-145.
- (8) Urbach DR, et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-571.
- (9) Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-396.
- (10) Bonilla Rosales F., Aguilar Zamudio ME., Cazares Montero Mde L. et al. Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 2005, 43:5-10.
- (11) Brenner PF. A Clinical-Trial of the Delta-T Intrauterine-Device - Immediate Postpartum Insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-147.
- (12) Celen S, Moroy P, Sucak A et al. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004, 69:279-282.
- (13) Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-134.
- (14) El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO et al. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: Three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 26:253-262.
- (15) Eroglu K, Akkuzu G, Vural G et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year followup. *Contraception*, 2006, 74:376-381.
- (16) Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1989, 57:23-27.
- (17) Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 143:29-35.
- (18) Morrison C, Waszak C, Katz K et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
- (19) Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005, 72:192-195.
- (20) Thiery M, Vanderpas H, Delbeke L et al. Comparative Performance of 2 Copper-Wired IUDs (MI-Cu-250 and T-Cu-200) - Immediate Postpartum and Interval Insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
- (21) Thiery M, Van Kets H, Van der PH et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-53.
- (22) Welkovic S, Costa LO, Faundes A et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001, 63:155-158.
- (23) Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital--a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1991, 35:157-164.
- (24) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*, 2009, 80:327-336.
- (25) El Tagy A, et al. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-234.
- (26) Gillett PG, et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-124.
- (27) Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortion insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID:10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
- (28) Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-739.
- (29) Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-317.
- (30) Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-34.
- (31) Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-1173.
- (32) Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortion insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-208.
- (33) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-114.
- (34) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
- (35) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloop 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-128.
- (36) Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-160.
- (37) Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-571.
- (38) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.

- (39) Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.
- (40) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (41) Kingman CE, Kadir RA, Lee CA et al. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2004, 111:1425-1428.
- (42) Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA et al. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006, 15:877-880.
- (43) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (44) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (45) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (46) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (47) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (48) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (49) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (50) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (51) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (52) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (53) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (54) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (55) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (56) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (57) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (58) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (59) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (60) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (61) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (62) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (63) Choojitarom K, Veraseritnyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (64) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (65) Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-74.
- (66) Gupta B, Mittal S, Misra R et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2006, 95:261-266.
- (67) Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial.[see comment]. *Lancet*, 2001, 357:273-277.
- (68) Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-309.
- (69) Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the haemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2007, 5:133-138.
- (70) Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, CD002126.
- (71) Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*, 2007, 75:193-198.
- (72) Stewart A, Cummins C, Gold L et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: A systematic review. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
- (73) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-488.
- (74) Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2002, 77 Suppl 1:S24.
- (75) Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human Reproduction*, 2005, 20:1993-1998.

- (76) Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.
- (77) Vercellini P, Frontino G, De GO et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:305-309.
- (78) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.
- (79) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.
- (80) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.
- (81) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception* 2009; 80:363-371.
- (82) Fedele L, et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-429.
- (83) Grigorieva V, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-1198.
- (84) Mercoria F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-280.
- (85) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-198.
- (86) Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-79.
- (87) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.
- (88) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-245.
- (89) Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-149.
- (90) Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1981, 24:137-143.
- (91) Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.
- (92) Faundes A, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-109.
- (93) Ferraz do Lago R, et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-109.
- (94) Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
- (95) Pap-Akeson M, et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-679.
- (96) Sinei SK, et al. Preventing IUDC-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-419.
- (97) Skjeldestad FE, et al. IUD users in Norway are at low risk of for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-212.
- (98) Walsh TL, et al. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-327.
- (99) Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
- (100) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (101) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (102) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (103) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (104) Mann JM, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1998, 2:249-254.
- (105) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (106) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (107) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (108) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (109) Sinei SK, Fortney JA, Kigundu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (110) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (111) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (112) Heikinheimo O, et al. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women--effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006, 21:2857-2861.
- (113) Kovacs A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (114) Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIVinfected women. *Contraception*, 2007, 75:37-39.

- (115) Morrison CS, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *BJOG: an international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-790.
- (116) Mostad SB, et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (117) Richardson BA, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-2097.
- (118) Sinei SK, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-1241.
- (119) Stringer EM, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (120) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
- (121) Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:811-815.
- (122) Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.
- (123) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

ACİL KONTRASEPSİYON İÇİN BAKIRLI RİA

Bu yöntem, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde çok etkilidir. Bakırlı bir RİA, acil korunma için, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde kullanılabilir. Ancak, ovulasyon zamanı tahmin edilebiliyorsa, ovulasyon sonrasındaki 5 günden daha ötesinde uygulanmamak koşuluyla, gerektiğinde, bakırlı RİA, cinsel ilişkiden 5 gün sonraki zaman içinde de uygulanabilir.

İnterval Bakırlı RİA uygulamasına ilişkin tıbbi uygunluk kriterleri, bakırlı RİA'ların acil kontrasepsiyon amacıyla kullanımları için de geçerlidir.

Acil korunma için kullanılan RİA'lar, CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ	AÇIKLAMA / KANIT
GEBELİK	4	Açıklama: RİA'nın gebelik esnasında kullanımı endike değildir ve pelvik enfeksiyon ve septik spontan düşük risklerinden dolayı kullanılmamalıdır.
TECAVÜZ* a) CYBE riski yüksek b) CYBE riski düşük	3 1	

EK AÇIKLAMALAR:

Tecavüz: Rahim içi araçlar CYBE/ HIV/ PID'ye karşı koruyucu değildir. Klamidya enfeksiyonu olan veya gonoreli kadınlarda, RİA uygulaması ile pelvik inflamatuvar hastalık riskinin artma olasılığından dolayı, RİA uygulamasından kaçınılmalıdır. Bu durum, diğer CYBE'lar için daha az geçerlidir.

BARIYER YÖNTEMLER

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.				
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K= Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S= Spermisidler D=Diyafram (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ				
GEBELİK	UD	UD	UD	Açıklama: Bu yöntemlerin hiçbiri bilinen gebelikte kontrasepsiyon için uygun değildir. Bununla beraber, gebelikte CYBE/HIV riski bulunan kadınların, doğru ve düzenli kondom kullanmaları önerilmektedir.
YAŞ a) Menarş - < 40 yaş b) ≥ 40 yaş	1 1	1 1	1 1	
PARİTE a) Nullipar, hiç doğum yapmamış b) Paröz, doğum yapmış	1 1	1 1	1 2	Açıklama: Doğum yapmış kadınlarda servikal başlık başarısızlık oranları nulliplarlara göre daha yüksektir.
DOĞUMDAN SONRA a) Doğum sonu < 6 hafta b) Doğum sonu ≥ 6 hafta	1 1	1 1	UD 1	Açıklama: Uterus involusyonu tamamlanmaya kadar diyafram ve servikal başlık kullanımı uygun değildir.
DÜŞÜKTEN SONRA a) İlk trimester b) İkinci trimester c) Septik düşükten hemen sonra	1 1 1	1 1 1	1 1 1	Açıklama: Diyafram ve servikal başlık kullanımı ikinci trimester abortus sonrası 6. haftaya kadar uygun değildir.
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ	1	1	1	
GEÇİRİLMİŞ PELVİK CERRAHİ	1	1	1	
SİGARA a) Yaş < 35 yaş b) Yaş ≥ 35 yaş (i) < 15 sigara/gün (ii) ≥ 15 sigara/gün	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
OBESİTE* a) BKI ≥ 30 kg/m ² b) Menarş < 18 yaş: BKI ≥ 30 kg/m ²	1 1	1 1	1 1	
KAN BASINCI ÖLÇÜLEMİYORSA	UD	UD	UD	Açıklama: Her ne kadar kan basıncı ölçümü iyi bir koruyucu sağlık hizmeti için uygunsa da, güvenli ve etkili bariyer yöntem kullanımı için gerekli değildir. Kadınlar, kan basınçları için ölçülemediğinden dolayı, bariyer yöntem kullanımı için geri çevrilmemelidir.

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K = Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S = Spermisidler D =Diyafam (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR				
ARTERİYEL KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RISK FAKTÖRLERİ (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon gibi)	1	1	1	
HİPERTANSİYON				
a) Kan basıncının değerlendirilemediği hipertansiyon öyküsü (gebelikte hipertansiyon dahil)	1	1	1	
b) Kan basıncının değerlendirilebildiği, kontrol altında hipertansiyon	1	1	1	
c) Yüksek kan basıncı değerleri (uygun olarak ölçülmüş)				
(i) Sistolik 140-159 veya diyastolik 90-99	1	1	1	
(ii) sistolik ≥ 160 veya diyastolik ≥ 100	1	1	1	
d) Vasküler hastalık	1	1	1	
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (şimdiki kan basıncı ölçülebilir ve normal ise)	1	1	1	
DERİN VEN TROMBOZU (DVT) / PULMONER EMBOLİ (PE)				
a) DVT/PE öyküsü	1	1	1	
b) Akut DVT/PE	1	1	1	
c) DVT/PE ve antikoagulan tedavide	1	1	1	
d) Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda)	1	1	1	
e) Majör cerrahi				
(I) Uzun süreli hareketsizlik (+)	1	1	1	
(II) Uzun süreli hareketsizlik (-)	1	1	1	
f) Minör cerrahi, hareketsizlik (-)	1	1	1	

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.				
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K= Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S= Spermisidler D=Diyafam (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
BİLİNEN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (Faktör V Leiden; Protombin mutasyonu; Protein S, Protein C ve Antitrombin eksiklikleri)	1	1	1	Açıklama: Bu durumların nadir görülmesi ve taramanın yüksek maliyeti nedeniyle rutin tarama uygun değildir.
YÜZEYEL VENÖZ TROMBOZ a. Variköz venler b. Yüzeysel tromboflebit	1 1	1 1	1 1	
İSKEMİK KALP HASTALIĞI VARLIĞI VE ÖYKÜSÜ	1	1	1	
İNME (Serebrovasküler olay öyküsü)	1	1	1	
BİLİNEN HİPERLİPİDEMİLER	1	1	1	Açıklama: Bu durumların nadir görülmesi ve taramanın yüksek maliyeti nedeniyle rutin tarama uygun değildir.
KALP KAPAK HASTALIKLARI* a) Komplike değil b) Komplike (pulmoner hipertansiyon, atriyel fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	1 1	1 1	1 2	
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR				
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS (SLE) a) Pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikorları b) Ciddi trombositopeni c) İmmun supresif tedavi d) Diğer durumlar	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
NÖROLOJİK DURUMLAR				
BAŞ AĞRILARI a) Non-migrenöz (hafif veya şiddetli) b) Migren (i) Aurasız Yaş < 35 Yaş ≥35 (ii) Auralı, her ya	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	
EPİLEPSİ	1	1	1	
DEPRESİF BOZUKLUKLAR				
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	1	1	1	

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K= Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S= Spermisidler D=Diyafram (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI				
AÇIKLANAMAYAN VAJİNAL KANAMA (ciddi bir durum şüphesi) (Değerlendirme öncesi)	1	1	1	Açıklama: Gebelik ya da alta yatan patolojik durumdan (pelvik malignite gibi) şüpheleniliyorsa, değerlendirilmeli ve kategori değerlendirme sonrası belirlenmelidir.
ENDOMETRİOSİS	1	1	1	
BENİGN OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	1	1	1	
ŞİDDETLİ DİSMENORE	1	1	1	
GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIK				
a) Azalan ya da tespit edilemeyen β -hCG düzeyleri	1	1	1	
b) Persistan yüksek β -hCG düzeyleri ya da malign hastalık	1	1	1	
SERVİKAL EKTROPİYON	1	1	1	
SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CIN)	1	1	1	Açıklama: Servikal başlık kullanılmamalı, diyafram kullanımında sakınca yoktur.
SERVİKAL KANSER* (tedavi öncesi)	1	2	1	Açıklama: Servikal başlık kullanılmamalı, diyafram kullanımında sakınca yoktur.
MEME HASTALIKLARI				
a) Tanı konmamış kitle	1	1	1	
b) Benign meme hastalığı	1	1	1	
c) Ailede kanser öyküsü	1	1	1	
d) Meme kanseri				
(i) Şu anda mevcut	1	1	1	
(ii) Geçirilmiş ve 5 yıldır hastalık ile ilgili bulgu yok	1	1	1	
ENDOMETRİYUM KANSERİ	1	1	1	
OVER KANSERİ	1	1	1	
UTERİN MYOMLAR				
a) Kavitede distorsiyon yok	1	1	1	
b) Kavitede distorsiyon var	1	1	1	
ANATOMİK ANOMALİLER	1	1	NA	Açıklama: Diyafram, bazı prolapsus vakalarında kullanılmaz. Servikal başlık, servikal anatomisi çok bozuk kadınlarda uygun değildir.

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K = Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S = Spermisidler D =Diyafam (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID) a) Geçirilmiş PID (CYBE ile ilgili bilinen risk faktörü yoksa) (i) Öncesinde gebelik mevcut (ii) Öncesinde gebelik yok b) Şu anda PID	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
CYBE'lar a) Pürülan servisit , klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığı b) Diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) c) Vajinit (trichomonas vajinalis ve bakteriyel vajinosis dahil) d) CYBE riski yüksek	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
HIV/AIDS				
YÜKSEK HIV RİSKİ*	1	4	4	Kanıt: Yüksek dozda ve tekrarlayan şekilde nonoxynol 9 kullanımının, HIV enfeksiyonuna yakalanma riskini artırabilen genital lezyonlara neden olduğu gösterilmiştir (1).
HIV-ENFEKTE*	1	3	3	
AIDS	1	3	3	
DiĞER ENFEKSİYONLAR				
ŞİSTOZOMİYAZİS a) Komplike olmayan b) Karaciğerde fibrosis (şiddetli ise siroz durumuna bakınız)	1 1	1 1	1 1	
TÜBERKÜLOZ a) Pelvik olmayan b) Pelvik	1 1	1 1	1 1	
SITMA	1	1	1	
TOKSİK ŞOK SENDROMU ÖYKÜSÜ*	1	1	3	
ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI*	1	1	2	

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K= Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S= Spermisidler D= Diyafam (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
ENDOKRİN BOZUKLUKLAR				
DIYABET				
a) Gestasyonel diyabet öyküsü				
b) Non-Vasküler Hastalık				
(i) İnsüline bağımlı olmayan	1	1	1	
(ii) İnsüline bağımlı	1	1	1	
c) Nefropati/retinopati/ Nöropati	1	1	1	
d) Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan uzun diyabet	1	1	1	
TİROİD HASTALIKLARI				
a) Basit guatr	1	1	1	
b) Hipertiroidi	1	1	1	
c) Hipotiroidi	1	1	1	
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI				
SAFRA KESESİ HASTALIKLARI				
a) Semptomatik				
(i) Kolesistektomili	1	1	1	
(ii) Medikal tedavide	1	1	1	
(iii) Mevcut	1	1	1	
b) Asemptomatik	1	1	1	
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ				
a) Gebelikle ilişkili	1	1	1	
b) Geçmişte kullanılan KOK ile ilişkili	1	1	1	
VİRAL HEPATİTLER				
a) Akut veya alevlenmiş	1	1	1	
b) Taşıyıcı	1	1	1	
c) Kronik	1	1	1	
SİROZ				
a) Hafif (Kompanse)	1	1	1	
b) Şiddetli (Dekompanse)	1	1	1	
KARACİĞER TÜMÖRLERİ				
a. Benign				
(i) Fokal Nodüler Hiperplazi	1	1	1	
(ii) Hepatosellüler Adenom	1	1	1	
b) Malign (Hepatoma)	1	1	1	

CYBE/HIV riski varsa (gebelik ve postpartum dönem de dahil) tek başına ya da başka bir kontraseptif yöntemle birlikte, düzenli kondom kullanımı önerilmektedir. Erkek lateks kondomların CYBE/HIV'e karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ B: Başlama, D: Devam			AÇIKLAMA / KANIT
	K	S	D	
K = Erkek lateks kondomları, erkek poliüretan kondomları, kadın kondomları S = Spermisidler D =Diyafam (Spermisid ile birlikte) ve servikal başlık (UD: Uygun değil)				
Kesinlikle gebe kalmaması gereken kadınlar, bariyer yöntemlerin tipik kullanımına bağlı yüksek başarısızlık oranları nedeniyle, doğru ve düzenli kullanamayacaklarsa, gebelikten korunmak için bu yöntemlerin, çok uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.				
ANEMİLER				
TALASEMİ	1	1	1	
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	1	1	1	
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ	1	1	1	
İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ				
ANTİ-RETROVİRAL TEDAVİ				Kanıt: Yüksek dozda ve tekrarlayan şekilde nonoxynol 9 kullanımının, HIV enfeksiyonu alma riskini arttırabilen genital lezyonlara neden olduğu gösterilmiştir (1).
a) Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NRTi)	1	3	3	
b) Non-Nucleozid reverse transkriptaz inhibitörleri (NNRTi)	1	3	3	
c) Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri	1	3	3	
ANTİ KONVULSAN TEDAVİ				
a) Belirli antikonvülzanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramet, oxkarbaxepin)	1	1	1	
b) Lamotrigine	1	1	1	
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ				
a) Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1	1	
b) Antifungaller	1	1	1	
c) Antiparazitikler	1	1	1	
d) Rifampisin veya rifabutin tedavisi	1	1	1	
LATEKS ALLERJİSİ	3	1	3	Açıklama: Plastik kondom ve diyaframlar için geçerli değildir.

EK AÇIKLAMALAR:

Obezite: Obezite diyafram ve servikal başlık uygulamasını güçleştirebilir.

Kalp kapak hastalığı: Subakut bakteriyel endokarditli kişilerde, diyaframın kullanılması ile üriner enfeksiyon riski artabilir.

Serviks kanseri (Tedavi bekleyen): Nonoksinol-9'un tekrarlayan ve yüksek dozlarda kullanılması, vajinal ve servikal irritasyona neden olabilir.

HIV için yüksek risk: Diyafram kullanımı için kategori 4, diyaframın kendisi ile ilişkili olmayıp asıl olarak birlikte kullanılan spermid ile ilişkilidir.

HIV ile enfekte: Spermidlerin ve/veya spermid ile birlikte diyaframın kullanılması servikal mukozanın bütünlüğünü bozabilir, bu da viral geçirgenliğin artmasına ve enfekte olmayan cinsel eşlere HIV bulaşmasına yol açabilir.

AIDS: Spermidlerin ve/veya spermid ile birlikte diyaframın kullanılması servikal mukozanın bütünlüğünü bozabilir, bu da viral geçirgenliğin artmasına ve enfekte olmayan cinsel eşlere HIV bulaşmasına yol açabilir.

Toksik şok sendromu öyküsü: Toksik şok sendromunun, kontraseptif sünger ve diyafram kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Üriner sistem enfeksiyonu: Diyafram ve spermidlerin kullanımı ile birlikte, üriner sistem enfeksiyonlarında bir artış olasılığı vardır.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Wilkinson D, et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; 4(CD003936).

DOĞURGANLIK BİLİNCİNE DAYALI YÖNTEMLER

Doğurganlık bilincine dayalı yöntemleri (DBD), bazal vücut ısı, servikal sekresyon gibi fertilité bulguları gözlenerek veya siklusun günleri izlenerek, menstrüel siklusun fertil günlerinin tanınmasını kapsar. DBD yöntemler, fertil süre boyunca ilişkiden kaçınılarak veya bariyer yöntemlerle birlikte kullanılabilirler. Bariyer yöntemler kullanılacak ise, bariyer yöntemler bölümüne bakınız.

DBD yöntemlerinin kullanımının sağlık üzerine herhangi bir olumsuz etkisi yoktur. Genellikle bu yöntemler, kullanmayı seçen kişilere, sağlık konusunda herhangi bir endişe duyulmadan sunulabilir. Ancak bu yöntemlerin kullanımlarını daha karmaşık hale getirebilen durumlar vardır. Bu durumların varlığında şunlar önerilir:

- (1) Bu yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir.
- (2) Özel danışmanlık gerekir ve yöntemin doğru kullanıldığından emin olmak için daha eğitimli bir hizmet sunucu genellikle gereklidir.

Tanımlar

SYM	Semptoma dayalı yöntem	Servikal Mukus Yöntemi, Semptotermal Yöntem ve İki gün Yöntemi gibi DBD yöntemleri fertilité bulgularının (bazal vücut ısı, servikal sekresyon gibi) gözlenmesine dayanır.
CAL	Takvime dayalı yöntemler	Takvim Ritim Yöntemi ve Standart Günler Yöntemi gibi DBD yöntemleri, takvim hesaplamasına dayanır.
A	Kabul, onay	Bu durumdaki herhangi bir kadının, özellikle DAP yöntemini kullanmamasını gerektirecek herhangi bir tıbbi neden yoktur.
C	Uyarı	Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir. Bu, DBD yöntemleri için, bu durumdaki bir kadın tarafından bu yöntemin doğru kullanıldığından emin olmak için özel danışmanlık gereklidir anlamındadır.
D	Erteleme	Bu yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir. Alternatif geçici kontraseptif yöntemler önerilmelidir.
UD	Uygun Değil	

DOĞURGANLIK BİLİNCİNE DAYALI YÖNTEMLER

Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ		AÇIKLAMA / KANIT
	SYM	CAL	
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ			
Gebeliğin kabul edilemez bir risk oluşturduğu durumları olan kadınlara, tipik kullanımdaki oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı gebelikten korunma için bu durumdakilere uygun olmadığından, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler önerilmez.			
GEBELİK	UD	UD	Açıklama: Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler gebelik süresince uygun değildir.
YAŞAM EVRESİ a) Menarştan sonra b) Peri-menopoz	C C	C C	Açıklama: Menarş sonrasında ve peri menopozal dönemde Adet düzensizlikleri sık görülür ve bu durum, doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin kullanımını zorlaştırabilir.
EMZİRME* a) Doğum sonu < 6 hafta b) ≥ 6 hafta c) Adet başladıktan sonra	D C C	D D C	
DOĞUMDAN SONRA* (emzirmeyen kadınlarda) a) < 4 hafta b) ≥ 4 hafta	D A	D D	
DÜŞÜKTEN SONRA*	C	D	
ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI			
DÜZENSİZ VAJİNAL KANAMA*	D	D	
VAJİNAL AKINTI*	D	A	
DiĞER			
SIKLUS DÜZENİNİ, HORMONLARI VE/VEYA FERTİLİTE İŞARETLERİNİ ETKİLEYEN İLAÇ KULLANIMI*	C/D	C/D	
VÜCUT SICAKLIĞINI YÜKSELTEN HASTALIKLAR* a) Kronik hastalıklar b) Akut hastalıklar	C D	A A	

EK AÇIKLAMALAR:

Emzirme: Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, emzirme döneminde emzirme döneminin dışındakinden daha az başarılı olabilir.

Emzirme: doğum sonu < 6 hafta: Emziren ve amenoreik olan kadınların, doğumdan sonraki ilk 6 hafta boyunca hormonal değişiklikleri ve saptanabilir fertilitte işaretlerini üreten yeterli ovarian aktiviteleri yoktur. Ancak doğumdan sonra zaman geçtikçe ve emzirmenin yerini diğer gıdalarla besleme aldıkça, fertilitenin yeniden başlama olasılığı artar.

Emzirme: adet başladıktan sonra: Bir kadın fertilitte işaretlerini (özellikle servikal sekresyon) farkettiğinde semptoma dayalı yöntemleri kullanabilir. Emziren kadınlarda doğum sonunda ilk adet siklusunun süresi anlamlı olarak farklıdır. Düzene girmesi birkaç siklus sürebilir. Bir kadının doğum sonrası dönemde en az 3 adeti olmuşsa ve her siklusu da düzenli ise, o kadın takvime dayalı yöntemleri kullanabilir. Bir kadının doğum sonrası dönemde en az 4 adeti olmuşsa ve en son siklusu 26-32 gün arasında ise, o kadın standart günler yöntemini kullanabilir. Bu koşullar sağlanıncaya kadar, doğurganlık bilincine dayalı bir yöntem kullanmayı planlayan kadına bir bariyer yöntem önerilmelidir.

Doğumdan sonra: < 4 hafta: Emzirmeyen kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 4 hafta boyunca hormonal değişiklikleri ve saptanabilir fertilitte işaretlerini üreten yeterli ovarian aktiviteleri yoktur. Her ne kadar gebelik riski düşük ise de, doğum sonu dönem için uygun bir yöntem önerilmelidir.

Doğumdan sonra: ≥ 4 hafta: Emzirmeyen kadınlarda bu sürede hormonal değişiklikleri ve saptanabilir fertilitte işaretlerini üreten yeterli ovarian aktivite vardır. Doğum sonu süre geçtikçe olasılık hızla artar. Bir kadın, doğum sonunda en az 3 adet olduktan sonra siklusları da düzenli ise, takvime dayalı yöntemleri kullanabilir. Doğum sonunda en az 4 adet olduktan sonra ve en son siklusu 26-32 gün arasında ise, standart günler yöntemini kullanabilir. Bu koşullar sağlanıncaya kadar, doğum sonrası için uygun yöntemler önerilmelidir.

Düşükten sonra: Kadınlarda düşükten sonra, hormonal değişiklikleri ve saptanabilir fertilitte işaretlerini üreten yeterli ovarian aktivite vardır. Düşük sonu süre geçtikçe olasılık hızla artar. Düşükten sonra en az 1 adet olmuş kadınlar (örneğin düşük ile sonlandırdığı gebeliğinden önceki en son siklus 26-32 arasında ise, standart günler yöntemini kullanabilir), takvime dayalı yöntemleri kullanabilir. Bu koşullar sağlanıncaya kadar, düşük sonrası için uygun yöntemler önerilmelidir.

Düzensiz vajinal kanama: Bu durum var ise, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler geçersizdir. Kanama düzeni doğru yöntem kullanımı için uygun oluncaya kadar bariyer yöntemler önerilebilir. Bu durum değerlendirilmeli ve gerekiyorsa tedavi edilmelidir.

Vajinal akıntı: Vajinal akıntı servikal sekresyonun tanımlanmasında güçlük oluşturduğu için, bu durum değerlendirilmeli ve servikal sekresyona dayalı yöntemlerin kullanımından önce gerekiyorsa tedavi edilmelidir.

Siklus düzenini, hormonları ve/veya fertilitte işaretlerini etkileyen ilaç kullanımı: Lityum, trisiklik antidepresanlar, anti-ankisete tedavileri gibi duygudurumunu değiştiren bazı ilaçların, bazı antibiyotikler ve antiinflamatuvar ilaçların kullanımı siklik düzeni değiştirebilir ve fertilitte işaretlerini etkiler. Bu durum dikkatlice değerlendirilmeli ve etkinin derecesi belirleninceye kadar bir bariyer yöntem önerilmelidir veya ilaç hiç kullanılmamalıdır. Takvime dayalı yöntemler sadece menstrüel sikluslar düzenli ve tahmin edilebilir olunca uygundur.

Vücut sıcaklığını yükselten hastalıklar: Yükselmiş sıcaklık düzeyleri, bazal vücut ısısının yorumlanmasını güçleştirebilir ancak servikal sekresyonlara etki etmez. Akut hastalık durumu hafifleyinceye kadar, vücut sıcaklığını yorumlamaya dayalı yöntemler ertelenmelidir. Vücut sıcaklığını yorumlamaya dayalı yöntemler kronik olarak vücut sıcaklığını yükselten hastalıkları olan kadınlar için de uygun değildir. İlave olarak, siklus düzenini etkileyen bazı kronik hastalıklar da takvime dayalı yöntemlerin uygulanmasını güçleştirir.

LAKTASYONEL AMENORE YÖNTEMİ

Laktasyonel amenore yöntemi CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

Gebeliğin kabul edilemez bir risk oluşturduğu durumları olan kadınlara, tipik kullanımdaki oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı gebelikten korunma için bu durumdakilere uygun olmadığından, laktasyonel amenore yöntemi önerilmez.

Bellagio Konsensüsü, emzirmenin doğumlara ara vermek amacıyla etkili ve güvenli kullanılabilceği durumları tanımlamak için bilimsel bir temel oluşturmuştur ve laktasyonel amenorenin aile planlamasında kullanılması için program ile ilgili rehber geliştirilmiştir. Bu rehber, planlanmamış bir gebelikten yeterli korunabilmek için her birisinin mutlaka karşılanması zorunlu olan şu 3 kriteri kapsamaktadır: 1) amenore 2) tam veya tama yakın emzirme 3) doğum sonu 6 aydan önce.

Emzirme için asıl endikasyon, bebek için en ideal gıdanın sağlanması ve hastalıklara karşı koruma ihtiyacıdır. Laktasyonel amenore yönteminin kullanımını kısıtlayabilecek herhangi bir sağlık durumu yoktur ve emzirmenin anne sağlığına negatif etkilerine ilişkin hiçbir kanıt yoktur. Ancak emzirmeyi etkileyen bazı durumlar veya engeller amenorenin süresini etkiler, bu ise bu yöntemin aile planlaması amacı ile kullanımını daha az yararlı hale getirir. Bu durumlar şunlardır:

HIV Enfeksiyonu:

Emzirme tüm toplumlarda, HIV-negatif olan veya HIV durumu bilinmeyen tüm kadınlarda teşvik edilmeli, desteklenmeli ve savunulmalıdır. Eğer yerine koyma beslenmesi varsa, ulaşılabiliriyorsa, alınabiliriyorsa, sürekli temin edilebiliyorsa ve güvenli ise, HIV-pozitif kadınlara emzirmeden tamamiyle kaçınmaları önerilir. Eğer bu koşullarda bir yerine koyma beslenmesi sağlanamıyorsa, HIV'li bir kadın sadece ilk 6 ay boyunca emzirme-

lidir. Karışık besleme – bebeğe hem anne sütü hem de diğer sıvıların ve gıdaların verilmesi sadece anne sütü vermektten daha risklidir. Bulaşma riskini daha da azaltmak için, HIV'li anne yerine koyma beslenmesine yönlendirildiğinde, karışık besleme periodunun uzamasından kaçınılmalıdır. İki gün ile 3 haftalık bir sürede emzirmenin kesilmesi, HIV bulaşması için en az risk teşkil eden süredir. HIV-pozitif kadınlar yerel değerlendirmelere dayanan çeşitli bebek besleme seçeneklerinin riskleri ve yararlarını içeren, kendi koşullarına en uygun olan seçeneğin seçilmesinde rehberlik eden ve kendi tercihlerini destekleyen bir danışmanlık hizmeti almalıdırlar. Bu kadınlar aile planlaması ve beslenme desteğini de içeren izlem ve destek hizmetlerine de erişebilmelidir.

Emzirme süresince kullanılan ilaçlar:

Bebeklerin sağlığını korumak için, antimetabolitler, bromokriptin, bazı antikoagulanlar, yüksek doz kortikosteroidler, siklosporin, ergotamin, lityum, duygu durumunu değiştiren ilaçlar, radyoaktif ilaçlar ve rezerpin gibi ilaçları kullanan kadınların emzirmesi önerilmez

Yenidoğanı etkileyen durumlar:

Ağız, çene ve damak anomalileri, yenidoğanın zamanından önce veya premature olarak doğması ve yoğun neonatal bakım gerektirmesi ve yenidoğanın bazı metabolik hastalıkları anne sütü ile beslenmeyi güçleştirir.

GERİ ÇEKME

Geri çekme yöntemi CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

Gebeliğin kabul edilemez bir risk oluşturduğu durumları olan kadınlara, tipik kullanımdaki oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı gebelikten korunma için bu durumdakilere uygun olmadığından, geri çekme yöntemi önerilmez.

Geri çekme (GÇ), erkeğin ejakülasyondan önce penisini vajinadan tamamen geri çekmesi ve cinsel eşinin dış genital bölgesinden de uzaklaştırması şeklinde uygulanan geleneksel bir aile planlaması yöntemidir. Kadının vajinasına sperm girişini engeller ve böylece sperm ile ovumun teması önlenir.

Bu yöntem şu çiftler için uygun olabilir:

- Bu yöntemi kullanmaya çok istekli ve yöntemi etkin olarak kullanabilecek olanlar,
- Diğer kontraseptif yöntemlerin kullanılmamasına ilişkin dini veya felsefi nedenleri olanlar,
- Hemen kontrasepsiyon ihtiyacı olan ve alternatif bir kontraseptif yöntem yokken cinsel ilişkiye girenler,

- Bir diğer kontraseptif yöntem başlamak için beklerken geçici bir yöntem ihtiyacı olanlar,
- Seyrek cinsel ilişkileri olanlar.

Yöntem doğru kullanılırsa, geri çekmenin bazı yararları da vardır; emzirmeyi etkilemez ve hemen her zaman birincil kullanımı mümkündür veya yedek yöntem olarak kullanılabilir. İlave olarak, geri çekmenin ekonomik maliyeti yoktur veya kimyasallar kullanılmaz. Doğrudan geri çekme yöntemi ile ilişkili bir sağlık riski yoktur. CYBE/HIV enfeksiyonu riski altında olan erkek ve kadın, her cinsel ilişkide kondom kullanmalıdır.

Geri çekme, yanlış kullanımı affetmez ve etkisi her cinsel ilişkide, geri çekme yöntemini kullanan çiftlerin becerilerine ve istekliliklerine bağlıdır.

CERRAHI STERİLİZASYON YÖNTEMLERİ

Cerrahi sterilizasyon, kalıcı bir yöntemdir ve yöntemi kullanmak isteyen her başvurana gönüllü bilgilendirme yapıldığından emin olunması için özel hizmet sunulması gereklidir. Özel dikkat gerektiren gruplar gençler, nullipar kadınlar, henüz baba olmamış erkekler, depresyon da dahil mental sağlık sorunu olan hastalardır. Bütün başvurulara kalıcı sterilizasyona yönelik, uzun süre etkili ve çok etkili alternatif yöntemler hakkında dikkatli bir danışmanlık verilmelidir. Genç insanlara özellikle önem verilmelidir. Karar verme sürecinde, sterilizasyonun uygulanması ile ilgili ulusal yasalar ve mevcut normlar mutlaka dikkate alınmalıdır.

Buradaki öneriler arasında trans-servikal kadın sterilizasyon yöntemi ile ilgili olanlar yer almayacaktır.

Her ne kadar, öneri C (Uyarı), öneri D (ertele) veya öneri S (özel durum)'ları içeren, bazı önlemler alınmasını gerektiren durumlar ve koşullar olsa bile, sterilizasyon için kişilerin uygunluğunu kesinlikle kısıtlayabilecek tıbbi durumlar yoktur. Bu durum ve koşulların bazıları için, teorik veya kanıtlanmış riskler, özellikle kadın sterilizasyonu için olmak üzere uygulanan sterilizasyonun avantajlarına daha ağır gelebilir. Sterilizasyonun risklerinin yararlarından daha fazla olduğu durumlarda, uzun süreli ve etkisi yüksek kontraseptif yöntemler alternatif olarak tercih edilir. Bu durumda, sterilizasyonun fayda ve risklerine karşı gebeliğin riskleri, çok etkili alternatif yöntemlerin kullanılabilirliği ve kabul edilebilirliği hesaba katılarak, bireysel olarak karar alınmak zorundadır.

Aşağıdaki, durumların dört farklı kategoride sınıflandırılması, tıbbi uygunluk ile ilişkili epidemiyolojik ve klinik kanıtların derinlemesine araştırılmasına dayanmaktadır. Sterilizasyon işlemi sadece iyi eğitilmiş hizmet sunucular tarafından, uygun klinik koşullarda, uygun ekipman ve materyal kullanılarak yapılmalıdır. Başvuranların güvenliği için, enfeksiyonların önlenmesi protokollerini de içeren, uygun hizmet sunum rehberlerine uyulmalıdır.

Tanımlar

A	Kabul, onay	Bu durumdaki herhangi bir kadını, sterilizasyondan mahrum bırakacak herhangi bir tıbbi neden yoktur.
C	Uyarı	Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir.
D	Ertele	Bu yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir. Alternatif geçici kontraseptif yöntemler önerilmelidir.
S	Özel durum	İşlem; ancak bir deneyimli cerrah ve sağlık personelinin, genel anestezi verebilecek ekipmanın olduğu ve diğer tıbbi desteklerin hazır bulunduğu yerlerde ancak uygulanabilir. Bu durumlar için, en uygun işleme ve anestezi rejimine karar verme kapasitesi de gereklidir. Eğer sevk gerekiyor ise veya herhangi bir gecikme olacak ise, alternatif geçici kontraseptif yöntemler önerilmelidir.

KADIN CERRAHİ STERİLİZASYONU

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ		
GEBELİK	D	
GENÇ YAŞ	C	<p>Açıklama: Genç kadınlara, diğer kadınlar gibi, sterilizasyonun kalıcılığı ve uzun süreli ve çok etkili alternatif yöntemler hakkında danışmanlık verilmelidir.</p> <p>Kanıt: Kanıtlar, genç yaşlarda sterilizasyon yapılan kadınların %20'sinin daha sonra bu kararlarından pişmanlık duyduklarını ve sterilizasyondan önce belirlenebilecek pişmanlığın (yönlendirme bilgisi talebini ve geri dönüşün elde edilmesini de kapsayan) en kuvvetli habercilerinden birisinin genç yaş olduğunu ve göstermektedir (1-19).</p>
PARİTE*		
a) Nullipar	A	
b) Doğum yapmış kadın	A	
EMZİRME	A	
DOĞUMDAN SONRA*		
a) < 7 gün	A	
7 gün < 42 gün	D	
≥ 42 gün	A	
b) Pre-eklamsi/eklamsi		
(i) Hafif pre-eklamsi	A	
(ii) Ciddi Pre-eklamsi/eklamsi	D	
c) Uzamış membran rüptürü: 24 saat veya daha fazla	D	
d) Puerperal sepsis, intrapartum veya puerperal ateş	D	
e) Ciddi antepartum veya postpartum hemoraji	D	
f) Genital sisteme ciddi travma: Doğumda servikal veya vajinal yırtılma	D	
g) Uterin rüptür veya perforasyon	S	<p>Açıklama: Eğer laparoskopi veya tanı amaçlı ameliyat yapıldıysa, hastanın durumu stabilse, problemin onarımı ve tubal sterilizasyon hiç ek risk yoksa aynı anda yapılabilir.</p>
DÜŞÜKTEN SONRA*		
a) Komplike olmayan	A	
b) Düşük sonrası sepsis veya ateş	D	
c) Düşükten sonra ciddi kanama	D	
d) Genital sisteme ciddi travma: Düşük sırasında servikal veya vajinal yırtılma	D	
e) Uterin perforasyon	S	<p>Açıklama: Eğer laparoskopi veya tanı amaçlı ameliyat yapıldıysa ve hastanın durumu stabilse, problemin onarımı ve tubal sterilizasyon hiç ek risk yoksa aynı anda yapılabilir.</p>
f) Akut hematometra	D	

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
GEÇMİŞTE EKTOPIK GEBELİK	A	
SİGARA a) Yaş < 35 yaş b) Yaş ≥ 35 yaş (i) < 15 sigara/gün (ii) ≥ 15 sigara/gün	A A A	
OBESİTE a) BKİ ≥ 30 kg/m ² b) Menarş < 18 yaş: BKİ ≥ 30 kg/m ²	C C	Açıklama: İşlem zor olabilir. Yara enfeksiyonu ve açılma riski artar. Obez kadınların solunum fonksiyonları sınırlı olabilir ve genel anestezi gereksinimi daha fazla olabilir. Kanıt: Sterilizasyon yapıldığında, obez kadınlarda daha fazla komplikasyon olmaktadır (20-23).
KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR		
ARTERİYEL KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİ* (ileri yaş, sigara, diyabet ve hipertansiyon)	S	
HİPERTANSİYON Hipertansiyonun bütün kategorileri için, sınıflandırma kardiyovasküler hastalık için diğer risk faktörlerinin olmadığı varsayımına dayanmaktadır. Çoklu risk faktörü olduğunda, kardiyovasküler hastalık riski oldukça artmaktadır. Kan basıncı düzeyinin tek bir kez ölçülmesi bir kadını hipertansif olarak sınıflamak için yeterli değildir.		
a) Hipertansiyon: yeterli kontrol b) Yüksek kan basıncı düzeyleri (doğru ölçümler) (I) sistolik 140-159 veya diastolik 90-99 (II) sistolik ≥160 veya diastolik ≥ 100 c) Vasküler hastalık	C C S S	Açıklama: Yüksek kan basıncı cerrahiden önce kontrol altına alınmalıdır. Anestezi ile ilişkili riskler artmıştır ve kontrol edilmemiş hipertansiyon ile birlikte yüksek kardiyak aritmi riski de vardır. Bu durumda özellikle gerekiyor ise, operasyon süresince dikkatli ve yakından kan basıncı izlenmelidir.
GEBELİKTE YÜKSEK KAN BASINCI ÖYKÜSÜ (şimdiki kan basıncı ölçülebiliyor ve normal)	A	
DERİN VEN TROMBOZU (DVT)/PULMONER EMBOLİ (PE) a) DVT/PE öyküsü b) Akut DVT/PE c) DVT/PE ve antikoagülan tedavi uyguluyor d) Aile öyküsü (birinci derece akraba) e) Büyük cerrahi (i) uzamış hareketsizlik var (ii) uzamış hareketsizlik yok f) Hareketsizliğin olmadığı minör cerrahi	A D S A D A A	Açıklama: DVT/PE riskini azaltmak için, erken ambulasyon önerilir.

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
BİLİNEN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (Örn: Faktör V Leiden; Protrombin mutasyonu; Protein S; Protein C ve antitrombin eksikliği)	A	Açıklama: Bu durumun nadir görülmesi ve tarama maliyetinin yüksekliğinden dolayı rutin tarama yapılması uygun değildir.
YÜZEYEL VENÖZ TROMBOZİS a) Variköz venler b) Yüzeysel tromboflebit	A A	
İSKEMİK KALP HASTALIĞI: MEVCUT VEYA ÖYKÜDE* a) Mevcut iskemik kalp hastalığı b) İskemik kalp hastalığı öyküsü	D C	
İNME (serebrovasküler kaza öyküsü)	C	
BİLİNEN HİPERLİPİDEMİLER	A	Açıklama: Bu durumun nadir görülmesi ve tarama maliyetinin yüksekliğinden dolayı rutin tarama yapılması uygun değildir.
KALP KAPAK HASTALIĞI a) Komplike olmayan b) Komplike (pulmoner hipertansiyon, atriyal fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	C S	Açıklama: Bu kadına profilaktik antibiyotik verilmesi gerekir. Açıklama: Bu kadında anestezi ve cerrahi ile ilgili komplikasyon riski yüksektir. Halen subakut bakteriyel endokarditi veya henüz kontrol altına alınamamış atriyal fibrilasyonu olan kadınlarda, işlem ertelenmelidir.
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR		
SİSTEMİK LUPUS ERİTAMATOZUS (SLE) Sistemik lupus eritamosuslu (SLE) insanlarda, kalp hastalığı, inme ve venöz tromboembolizm riski artmıştır. Tıbbi uygunluk kriterlerindeki durumların kategorileri, SLEsi olan kadınlarınki ile aynı olmalıdır. SLE'nin tüm kategorileri için sınıflandırmalar kardiyovasküler hastalık için diğer risk faktörlerinin olmadığı varsayımına dayanmaktadır. Bu sınıflandırmalar böyle risk faktörlerinin varlığında modifiye edilmek zorundadır. Mevcut kanıtlar, SLE'li birçok kadının hormonal kontraseptifler dahil, kontraseptif yöntemlerin çoğu için iyi adaylar olarak kabul edilebileceğini göstermektedir (112-130).		
a) Antifosfolipid antikorları pozitif (veya bilinmeyen) b) Ciddi trombositopeni c) İmmun supresif tedavi d) Diğer durumlar	S S S C	
NÖROLOJİK DURUMLAR		
BAŞAĞRILARI a) Migranöz olmayan (hafif veya şiddetli) b) Migren (i) Aurasız Yaş < 35 Yaş ≥ 35 (ii) Auralı, her yaş	A A A A	
EPİLEPSİ	C	

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
DEPRESİF BOZUKLUKLAR		
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	C	
ÜREME SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI VE HASTALIKLARI		
VAJİNAL KANAMA		
a) Çok değil ama düzensiz kanama	A	
b) Şiddetli ve uzamış kanama (düzenli ve düzensiz olabilir)	A	
AÇIKLANAMAYAN VAJİNAL KANAMA (ciddi durum şüphesi) Değerlendirme öncesi	D	Açıklama: Bu durum, işleme başlamadan önce mutlaka araştırılmalıdır.
ENDOMETRİOSİS	S	
BENİGN OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	A	
ŞİDDETLİ DİSMENORE	A	
GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIK		
a) Azalan ya da tespit edilemeyen β -hCG düzeyleri	A	
b) Persistan yüksek β -hCG düzeyleri ya da malign hastalık	D	
SERVİKAL EKTROPİYON	A	
SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CIN)	A	
SERVİKAL KANSER* (tedavi öncesi)	D	
MEME HASTALIKLARI		
a) Tanı konulmamış kitle	A	
b) Benign meme hastalığı	A	
c) Ailede kanser öyküsü	A	
d) Meme kanseri		
(I) mevcut	C	
(II) Geçirilmiş ve 5 yıldır hastalık ile ilgili bulgu yok	A	
ENDOMETRİYUM KANSERİ*	D	
OVER KANSERİ*	D	
UTERİN MYOMLAR*		
a) Kavitede distorsiyon yok	C	
b) Kavitede distorsiyon var	C	

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID)* a) Geçirilmiş PID (CYBE ile ilgili bilinen risk faktörü yoksa) (i) Öncesinde gebelik var (ii) Öncesinde gebelik yok b) PID mevcut	A C D	Açıklama: Uterusun hareketliliğini ve rekürren veya kalıcı bir enfeksiyon olup olmadığını değerlendirmek için dikkatli bir pelvik muayene yapılması şarttır.
CYBE'ler* a) Pürülan servisit, klamidya veya gonore var b) Diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) c) Vajinit (trichomonas vaginalis ve bakteriyel vajinosis dahil) d) CYBE riski yüksek	D A A A	Açıklama: Tedavinin ardından hiçbir semptom kalmamış ise, sterilizasyon yapılabilir.
HIV/AIDS		
YÜKSEK HIV RİSKİ	A	Açıklama: Rutin tarama gerekmez. Standart evrensel önlemleri de kapsayan uygun enfeksiyonların önlenmesi işlemlerine bütün cerrahi süreçlerde dikkatle uyulması şarttır. Sterilizasyonun ardından kondom kullanımı önerilir.
HIV-ENFEKTE	A	Açıklama: Rutin tarama gerekmez. Standart evrensel önlemleri de kapsayan uygun enfeksiyonların önlenmesi işlemlerine bütün cerrahi süreçlerde dikkatle uyulması şarttır. Sterilizasyonun ardından kondom kullanımı önerilir.
AİDS	S	Açıklama: AIDS ile ilişkili hastalıklar varsa, işlemin ertelenmesi gerekebilir.
DiĞER ENFEKSİYONLAR		
ŞİŞTOSOMIAZİS a) Komplike olmayan b) Karaciğerde fibrosis (şiddetli ise, siroza bakınız)	A C	Açıklama: Karaciğer fonksiyonları değerlendirilebilir.
TÜBERKÜLOZ a) Pelvik olmayan b) Pelvik	A S	
SITMA	A	

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
ENDOKRİN DURUMLAR		
DIYABET*		Açıklama: Eğer kan glikoz düzeyi iyi kontrol edilmiyorsa, daha üst düzey sağlık kuruluşuna sevk edilmesi önerilir.
a) Gestasyonel diyabet öyküsü	A	
b) Vasküler olmayan hastalık		Açıklama: İyileşmede azalma, yara enfeksiyonunda artma olasılığı vardır.
(i) İnsüline bağımlı olmayan	C	Profiltik antibiyotik kullanılması önerilir.
(ii) İnsüline bağımlı	C	
c) Nefropati/retinopati/ Nöropati	S	Kanıt: Diyabetik kadınlarda sterilizasyon yapıldığında daha fazla komplikasyon olabilir.
d) Diğer vasküler hastalıklar veya 20 yıldan uzun diyabet	S	
TİROİD HASTALIKLARI*		
a) Basit guatr	A	
b) Hipertiroidi	S	
c) Hipotiroidi	C	
GASTROİNTESTİNAL DURUMLAR		
SAFRA KESESİ HASTALIKLARI		
a) Semptomatik		
(i) Kolesistektomili	A	
(ii) Medikal tedavi	A	
(iii) Mevcut	D	
b) Asemptomatik	A	
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ		
a) Gebelikle ilişkili	A	
b) KOK ile ilişkili	A	
VİRAL HEPATİTLER*		
a) Akut veya alevlenmiş	D	Açıklama: Standart evrensel önlemleri de kapsayan uygun enfeksiyonların önlenmesi işlemlerine bütün cerrahi süreçlerde dikkatle uyulması şarttır.
b) Taşıyıcı	A	
c) Kronik	A	
SİROZ		
a) Hafif (Kompanse)	A	Açıklama: Karaciğer fonksiyonları ve pıhtılaşma değışebilir. Karaciğer fonksiyonları değerdendirilmelidir.
b) Şiddetli (Dekompanse)	S	
KARACİĞER TÜMÖRLERİ		
a) Benign		Açıklama: Karaciğer fonksiyonları ve pıhtılaşma değışebilir. Karaciğer fonksiyonları değerdendirilmelidir.
(i) Fokal Nodüler Hiperplazi	A	
(ii) Hepatosellüler Adenom	C	
b) Malign (Hepatoma)	C	

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönemi dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondomun doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.

DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
ANEMİLER		
TALASEMİ	C	
ORAK HÜCRELİ ANEMİ*	C	
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ a) Hb < 7 g/dl b) Hb ≥ 7g/dl	D C	Açıklama: Altta yatan hastalık tanımlanmalıdır. Hem operasyon öncesi Hb düzeyleri, hem de operasyondaki kan kaybı anemili kadınlar için önemlidir. Eğer periferik perfüzyon yetersiz ise yara iyileşmesi olumsuz etkilenebilir.
KADIN CERRAHİ STERİLİZASYONU İLE İLGİLİ DİĞER DURUMLAR		
LOKAL ENFEKSİYON	D	Açıklama: Operasyon sonrası enfeksiyon riski artmıştır.
KOAGULASYON BOZUKLUKLARI*	S	
SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI a) Akut (bronşit, pnömoni) b) Kronik (i) Astım (ii) Bronşit (iii) Amfizem (iv) Akciğer enfeksiyonu	D S S S S	Açıklama: Durum düzelinceye kadar işlem ertelenmelidir. Anestezi ile ilgili ve perioperatif riskler artmıştır.
SİSTEMİK ENFEKSİYON VEYA GASTROENTERİT*	D	
GEÇİRİLMİŞ ENFEKSİYON VEYA OPERASYONLARA BAĞLI HAREKETSİZ UTERUS*	S	
ABDOMİNAL DUVAR VEYA UMBLİKAL HERNİ	S	Açıklama: Eğer mümkünse herninin onarımı ve tubal sterilizasyon eş zamanlı yapılabilir.
DİYAFRAM HERNİSİ*	C	
BÖBREK HASTALIKLARI*	C	
CİDDİ BESLENME YETERSİZLİKLERİ*	C	
GEÇİRİLMİŞ ABDOMİNAL VEYA PELVİK OPERASYON	C	Kanıt: Önceden abdominal veya pelvik operasyon geçirmiş kadınlarda, sterilizasyon komplikasyonlarının görülme olasılığı fazladır (21,22,24-26).
ABDOMİNAL OPERASYON İLE EŞ ZAMANLI STERİLİZASYON a) Seçmeli b) Acil (ön danışmanlık olmaksızın) c) Enfeksiyon durumunda	C D D	
SEZARYEN İLE EŞ ZAMANLI STERİLİZASYON*	A	

ERKEK CERRAHİ STERİLİZASYONU

Sterilizasyon CYBE/HIV'e karşı korumaz. CYBE/HIV riski var ise (gebelik ve lohusalık dönem dahil) diğer yöntemlerle birlikte veya tek başına kondom doğru ve sürekli kullanımı önerilir. Erkek lateks kondomunun CYBE/HIV'e karşı koruduğu kanıtlanmıştır.		
DURUM * Ek açıklamalar tablonun sonundadır	KATEGORİ A: Kabul/Onay C: Uyarı D: Erteleme S: Özel durum	AÇIKLAMA / KANIT
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ		
GENÇ YAŞ	C	Açıklama: Bütün erkekler gibi genç erkeklere danışmanlık verilmeli, danışmanlık sterilizasyonun kalıcı bir yöntem olduğunu, uzun süreli ve çok etkili başka alternatif yöntemlerin de var olduğu bilgilerini de içermelidir.
DEPRESİF BOZUKLUKLAR		
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	C	
HIV / AIDS		
YÜKSEK HIV RİSKİ	A	Açıklama: Rutin tarama gerekmez. Standart evrensel önlemleri de kapsayan uygun enfeksiyonların önlenmesi işlemlerine bütün cerrahi süreçlerde dikkatle uyulması şarttır. Sterilizasyonun ardından kondom kullanılması önerilir.
HIV-ENFEKTE	A	Açıklama: Rutin tarama gerekmez. Standart evrensel önlemleri de kapsayan uygun enfeksiyonların önlenmesi işlemlerine bütün cerrahi süreçlerde dikkatle uyulması şarttır. Sterilizasyonun ardından kondom kullanılması önerilir.
AIDS (ARV tedavisinde)	S	Açıklama: AIDS ile ilişkili bir hastalık varsa, işlemin ertelenmesi gerekebilir.
ENDOKRİN BOZUKLUKLAR		
DİYABET	C	Açıklama: Kan şekeri iyi kontrol edilemiyorsa, bir üst düzey sağlık kuruluşuna sevk edilmesi önerilir.
ANEMİLER		
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	A	
KADIN CERRAHİ STERİLİZASYONU İLE İLGİLİ DİĞER DURUMLAR		
LOKAL ENFEKSİYON		
a) Skrotal deri enfeksiyonu	D	
b) Aktif CYBE	D	
c) Balanit	D	
d) Epididimit veya orşit	D	
KOAGULASYON BOZUKLUKLARI*	S	
GEÇİRİLMİŞ SKROTAL YARALANMA	C	
SİSTEMİK ENFEKSİYON VEYA GASTROENTERİT	D	
BÜYÜK VARİKOSEL*	C	
BÜYÜK HİDROSEL	C	
FİLARYAZİS, ELEFANTİYAZİS	D	
SKROTUMDA KİTLE	D	
KRİPTORŞİZM	C	
İNGUİNAL HERNİ	S	

KADIN CERRAHİ STERİLİZASYONU İÇİN EK AÇIKLAMALAR

Parite: Nullipar: Nullipar kadınlara, diğer kadınlar gibi, danışmanlık verilmeli ve danışmanlık sterilizasyonun kalıcı bir yöntem olduğunu, uzun süreli ve çok etkili başka alternatif yöntemlerin de var olduğunu bilgilerini içermelidir.

Doğum sonrası: Doğum sonrası < 7 gün: Doğumdan hemen sonra sterilizasyon güvenle uygulanabilir.

Doğum sonrası: Doğum sonrası 7 gün-< 42 gün: Uterus tam olarak involusyonunu tamamlamamış olduğundan, bu süre içindeki sterilizasyonda komplikasyon riski yüksektir.

Pre-eklampsi, eklampsi: Anestezi ile ilişkili yüksek risk vardır.

Uzamış membran rüptürü, 24 saat veya daha fazla: Operasyon sonrası enfeksiyon riski yüksektir.

Ciddi antepartum veya postpartum kanama: Kadın anemik olabilir ve daha fazla kan kaybını tolere edemeyebilir.

Ciddi genital sistem travması: Doğumda servikal veya vajinal yırtılma: Anamlı kan kaybı ve anemi olabilir.

Uterin rüptür ve perforasyon: Anamlı kan kaybı veya batın içi zedelenme olabilir.

Düşük sonrası: Düşük sonrası sepsis veya ateş: Operasyon sonrası enfeksiyon riski yüksektir.

Ciddi düşük sonrası kanama: Kadın anemik olabilir ve daha fazla kan kaybını tolere edemeyebilir.

Ciddi genital sistem travması: Düşük esnasında servikal veya vajinal yırtılma: Kadın anemik olabilir ve daha fazla kan kaybını tolere edemeyebilir. İşlem daha ağrılı olabilir.

Uterin perforasyon: Anamlı kan kaybı veya batın içi zedelenme olabilir.

Akut hematometra: Kadın anemik olabilir ve daha fazla kan kaybını tolere edemeyebilir.

Arteriyel kardiyovasküler hastalık için çoklu risk faktörleri: Aynı zamanda çoklu risk faktörleri de varsa, kadın anestezi ve cerrahi ile ilişkili komplikasyonlar bakımından yüksek risk altında olabilir.

İskemik kalp hastalığı olması ve öyküsü: Kadın anestezi ve cerrahi ile ilişkili komplikasyonlar bakımından yüksek risk altında olabilir.

Servikal kanser (Tedavi bekleyen): Genel olarak, tedavi kadını steril yapmaktadır.

Endometriyal kanser: Genel olarak, tedavi kadını steril yapmaktadır.

Over kanseri: Genel olarak, tedavi kadını steril yapmaktadır.

Uterin myomlar: Myomların büyüklüğüne ve yerine bağlı olarak, tüpleri lokalize etmek ve uterusu hareketlendirmek zorlaşabilir.

Pelvik enflamatuvar hastalık (PID): PID sterilizasyondan sonra enfeksiyon ve yapışıklık olasılığının artmasına neden olabilir.

CYBE: İşlem sonrası enfeksiyon olasılığı yüksektir.

Dişabet: İşlemden önce kan şekeri iyi kontrol edilmemiş ise, işlem uygulandığında hipoglisemi ve ketoasidoz riski vardır.

Tiroid hastalıkları: Kadın anestezi ve cerrahi ile ilişkili yüksek komplikasyon riski altındadır.

Viral hepatit: Kadın anestezi ve cerrahi ile ilişkili yüksek komplikasyon riski altındadır.

Orak hücreli anemi: Yüksek pulmoner, kardiyak veya nörolojik komplikasyon ve muhtemelen yüksek yara enfeksiyonu riski vardır.

Koagülasyon bozuklukları: Koagülasyon bozukluğu olan kadınlar, cerrahiye bağlı yüksek hematolojik komplikasyon riski altındadırlar.

Sistemik enfeksiyon ve gastroenterit: Postoperatif enfeksiyon, dehidratasyon komplikasyonları ve anestezi ile ilişkili komplikasyon için yüksek risk vardır.

Geçirilmiş cerrahi veya enfeksiyonlara bağlı sabit uterus: Uterusun, fallop tüplerinin ve barsakların hareketliliğinin azalması, laparoskopi ve minilaparotomiye güçleştirir ve komplikasyon riskini artırır.

Diyafram hernisi: Laparoskopide, kadında Trendelenburg pozisyonu veya pnömoperitonyum ile indüklenen kalp ve solunum komplikasyonları görülebilir.

Böbrek hastalıkları: Kan pıhtılaşması bozulabilir. Enfeksiyon ve hipovolemik şok riski artabilir. Bu durum bazal olarak anemiye, elektrolit bozukluklarına, ilaç metabolizması ve ilaç atılımında bozukluklara neden olabilir.

Ciddi beslenme yetersizlikleri: Yara enfeksiyonu ve yara iyileşmesinde bozulma riski vardır.

Sezaryen ile ilişkili sterilizasyon: Eş zamanlı bir sterilizasyon, cerrahi olarak stabil olanlarda komplikasyon riskini artırmaz.

ERKEK CERRAHİ STERİLİZASYONU İÇİN EK AÇIKLAMALAR

Koagülasyon bozuklukları: Kanama bozuklukları postoperatif hematom riskinin ve buna bağlı olarak enfeksiyon riskinin artmasına neden olur.

Diyabet: Diyabetikler, postoperatif yara enfeksiyonlarına daha duyarlıdır. Enfeksiyon bulguları varsa, antibiyotik tedavisi gereklidir.

Lokal enfeksiyon: Postoperatif enfeksiyon riski yüksektir.

Sistemik enfeksiyon veya gastroenterit: Postoperatif enfeksiyon riski yüksektir.

Büyük varikozel: Vas deferensin lokalize edilmesi zor veya imkansız olabilir. Varikozelin onarımı ve vazektominin tek bir işlemle yapılması kompliksasyon riskini azaltır.

Büyük hidrosel: Vas deferensin lokalize edilmesi zor veya imkansız olabilir. Hidroselin onarımı ve vazektominin tek bir işlemle yapılması kompliksasyon riskini azaltır.

Filaryazis, elefantiyazis: Elefantiyazis skrotumu içine alıyorsa, spermatik kordu ve testisleri palpe etmek imkansız olabilir.

Skrotumda kitle: Alta yatan bir başka hastalık olduğunu gösterebilir.

İnguinal herni: Vazektomi, herni onarımı ile eş zamanlı uygulanabilir.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Abraham S, et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia* 1986; 145:4-7.
- (2) Allyn DP, et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine* 1986; 31:1027-1032.
- (3) Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility* 1988; 44:973-981.
- (4) Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation -- assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal* 1985; 98:748-750.
- (5) Grubb GS, et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility* 1985; 44:248-253.
- (6) Hardy E, et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54:159-162.
- (7) Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives* 1986; 18:238-240.
- (8) Hillis SD, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 93:889-895.
- (9) Jamieson DJ, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99:1073-1079.
- (10) Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42:526-529.
- (11) Leader A, et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 145:198-202.
- (12) Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning* 1995; 26:39-48.
- (13) Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives* 1988; 20:222-227.
- (14) Platz-Christensen JJ, et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1992; 38:223-226.
- (15) Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal* 1991; 36:44-46.
- (16) Schmidt JE, et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility* 2000; 74:892-898.
- (17) Thranov I, et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1988; 16:41-48.
- (18) Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101:677-684.
- (19) Wilcox LS, et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility* 1991; 55:927-933.
- (20) Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; 138:307-312.
- (21) Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1984; 148:322-327.
- (22) Jamieson DJ, et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96:997-1002.
- (23) White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1977; 129:623-625.
- (24) Baggish MS, et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology* 1979; 54:54-59.
- (25) Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983;(841):846.
- (26) Feldblum PJ, et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception* 1986; 34:505-512.

ÖZET TABLOLAR

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil								
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ								
GEBELİK	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*	4*	4*
YAŞ	Menarş- <40=1 ≥40=2	Menarş- <40=1 ≥40=2	Menarş- <18=1 18-45=1 >45=1	Menarş- <18=2 18-45=1 >45=2	Menarş- <18=1 18-45=1 >45=1	Menarş- <20=2 ≥20=1	Menarş- <20=2 ≥20=1	Menarş- <20=2 ≥20=1
PARİTE								
a) Nulipar	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Doğum yapmış	1	1	1	1	1	1	1	1
EMZİRME								
a) Doğum sonrası ilk 6 hafta	4	4	4	3*	3*	3*		
b) DS 6 hafta- < 6 ay (tam emzirme)	3	3	3	1	1	1		
c) DS ≥ 6 ay	2	2	2	1	1	1		
DOĞUM SONRASI (Emzirmeyen kadın)								
a) < 21 gün	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 gün	1	1	1	1	1	1		
DOĞUMDAN SONRA								
a) < 48 saat (plasentanın çıkmasından hemen sonra da dahil)							1	1= emzirmeyen 3=E
b) ≥ 48 saat - < 4 hafta							3	3
c) ≥ 4 hafta							1	1
d) Puerperal sepsis							4	4
DÜŞÜKTEN SONRA								
a) İlk trimester	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1
b) İkinci trimester	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Septik düşükten hemen sonra	1	1	1	1	1	1	4	4
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ	1	1	1	2	1	1	1	1
PELVİK GİRİŞİM ÖYKÜSÜ (sezaryen dahil) (Bkz. doğum sonrası böl.)	1	1	1	1	1	1	1	1
SİGARA İÇME								
a) Yaş < 35	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Yaş ≥ 35								
(i) <15 sigara/gün	3	2	3	1	1	1	1	1
(ii) 15 sigara/gün	4	3	4	1	1	1	1	1

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil								
OBEZİTE								
a) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (VKI)	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Menarş- <18 yaş ve $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (VKI)	2	2	2	1	DMPA=2 NET-EN=1*	1	1	1
KAN BASINCI ÖLÇÜLEMESİ	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*	UD*
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR								
ARTERİYEL KARDİYO - VASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİ (örn: ileri yaş, sigara içme, diyabet, hipertansiyon)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
HİPERTANSİYON								
a) Kan basıncının değerlendirilemediği durumlar (gebelikte HT dahil)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Kan basıncının değerlendirilebildiği, yeterli kontrol altındaki HT	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Yüksek tansiyon düzeyleri (uygun ölçümlerle)								
(i) sistolik 140-159 diastolik 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistolik > 160 diastolik >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Vasküler hastalık varlığı	4	4	4	2	3	2	1	2
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (Şimdiki TA ölçülebilir ve normal ise)	2	2	2	1	1	1	1	1

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil								
DERİN VEN TROMBOZU (DVT) / PULMONER EMBOLİ (PE)								
a) DVT/PE öyküsü	4	4	4	2	2	2	1	2
b) Akut DVT/PE	4	4	4	3	3	3	1	3
c) DVT/PE ve antikoagulan tedavide	4	4	4	2	2	2	1	2
d) Aile öyküsü (birinci derece akrabalar)	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Büyük cerrahi girişim								
(i) uzayan hareketsizlik	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) hareketsizlik dönemi olmadan	2	2	2	1	1	1	1	1
f) Küçük cerrahi girişim	1	1	1	1	1	1	1	1
BİLİNEN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (ör: Leiden V faktörü; protrombin mutasyon; protein S, Protein C ve antitrombin eksikliği)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
YÜZEYSEL VENÖZ TROMBOZ								
a) Variköz venler	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Yüzeysel tromboflebit	2	2	2	1	1	1	1	1
İSKEMİK KALP HASTALIKLARI ÖYKÜSÜ YA DA VARLIĞI				B D		B D		B D
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
İNME (serebrovasküler olay öyküsü)				B D		B D		
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2
BİLİNEN HİPERLİPİDEMİ	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*
VALVÜLER KALP HASTALIĞI								
a) Komplikeşonsuz	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Komplikeşonlu (pülmoner hipertansiyon, atriyal fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü)	4	4	4	1	1	1	2*	2*
ROMATOLOJİK HASTALIKLAR								
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE)					B D		B D	
a) Pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikorları	4	4	4	3	3 3	3	1 1	3
b) Ciddi trombositopeni	2	2	2	2	3 2	2	3* 2*	2*
c) İmmun supresif tedavi	2	2	2	2	2 2	2	2 1	2
d) Diğer durumlar	2	2	2	2	2 2	2	1 1	2

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK		KEK		B/H		POP		DMPA NET-EN		LNG/ETG İmplants		Cu-RIA		LNG-RIA	
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil																
NÖROLOJİK DURUMLAR																
BAŞAĞRILARI	B	D	B	D	B	D	B	D	B	D	B	D		B	D	
a) migren-dışı (hafif veya şiddetli)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	
b) migren																
(i) aurasız																
Yaş <35	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*	
Yaş ≥35	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*	
(ii) auralı (herhangi bir yaşta)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*	
EPİLEPSİ	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1		1	
Eğer tedavi alınıyorsa, ilaç etkileşimleri bölümüne bakınız.																
DEPRESİF BOZUKLUKLAR																
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
ÜREME YOLU ENFEKSİYONLARI VE BOZUKLUKLAR																
VAJİNAL KANAMA														B	D	
a) Düzensiz, aşırı olmayan	1		1		1		2		2		2		1	1	1	
b) Aşırı ve uzayan kanamalı (düzenli ve düzensiz)	1*		1*		1*		2*		2*		2*		2*	1*	2*	
NEDENİ BİLİNMEYEN VAJİNAL KANAMA (Şüpheli ve ciddi durum)													B	D	B	D
Değerlendirme öncesi	2*		2*		2*		2*		3*		3*		4*	2*	4*	2*
ENDOMETRİYOZİS	1		1		1		1		1		1		2		1	
İYİ HUYLU OVER TÜMÖRLERİ (Kistler dahil)	1		1		1		1		1		1		1		1	
ŞİDDETLİ DİSMENORE	1		1		1		1		1		1		2		1	
GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIK																
a) Azalan veya saptanamayan B-hCG düzeyleri	1		1		1		1		1		1		3		3	
b) Sürekli yüksek B-hCG düzeyleri veya malin hastalık	1		1		1		1		1		1		4		4	
SERVİKAL EKTROPİYON	1		1		1		1		1		1		1		1	
SERVİKALİNTRA-EPİTELİYAL NEOPLAZİ (CİN)	2		2		2		1		2		2		1		2	
SERVİKAL KANSER (Tedavi bekleyen)													B	D	B	D
	2		2		2		1		2		2		4	2	4	2

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA		LNG-RIA	
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil										
MEME HASTALIĞI										
a) Tanı konulmamış kitle	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1		2	
b) İyi huylu meme hastalığı	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) Ailede kanser öyküsü	1	1	1	1	1	1	1		1	
d) Meme kanseri										
(i) Meme kanseri mevcut	4	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) 5 yıldır sağlıklı, kanser öyküsü ve belirti yok	3	3	3	3	3	3	1		3	
ENDOMETRİYAL KANSER							B	D	B	D
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
OVER KANSERİ							B	D	B	D
	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
MYOM UTERİ										
a) Uterin kavitede distorsiyon yok	1	1	1	1	1	1	1		1	
b) Uterin kavitede distorsiyon var	1	1	1	1	1	1	4		4	
ANATOMİK BOZUKLUKLAR										
a) Uterus boşluğunun biçimini bozan							4		4	
b) Uterus boşluğunun biçimini bozmayan							2		2	
PELVİK ENFLAMATUAR HASTALIK (PID)							B	D	B	D
a) Geçirilmiş PID (CYBE risk faktörü olmadan)										
(i) Öncesinde gebelik mevcut	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) Öncesinde gebelik olmayan	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) PID ile birlikte olan	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
CYBE'lar							B	D	B	D
a) Pürülan servisit/ klamidya enfeksiyonu veya gonore varlığı	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
b) Diğer CYBE'lar (HIV ve hepatit hariç)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
c) Vajinit (trikomonas vajinalis ve bakteriel vajinozis)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Yüksek CYBE riski	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA	LNG-RIA		
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil										
HIV / AIDS										
YÜKSEK HIV RİSKİ	1	1	1	1	1	1	B 2	D 2	B 2	D 2
HIV-ENFEKTE	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
AIDS	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
ARV terapi altında, klinik olarak iyileşmiş	Antiretroviral tedavide ise, İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ bölümüne bakınız.						2	2	2	2
DiĞER ENFEKSİYONLAR										
ŞİSTOZOMİAZİS										
a) Komplikasyonsuz	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Karaciğer fibrozu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TÜBERKÜLOZ										
a) Pelvik olmayan	1*	1*	1*	1*	1*	1*	B 1	D 1	B 1	D 1
b) Pelvik	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3
Tedavide ise, İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ bölümüne bakınız.										
SITMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ENDOKRİN HASTALIKLAR										
DİYABET										
a) Gestasyonel hastalık öyküsü	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Vasküler olmayan hastalık										
(i) İnsülin bağımlı değil	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
(ii) İnsülin bağımlı	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
c) Nefropati/Retinopati/nöropati	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	1	2	2
d) > 20 yıllık diyabet veya diğer vasküler hastalıklar	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	1	2	2
TİROİD HASTALIKLARI										
a) Basit guatr	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GASTRO-İNTESTİNAL HASTALIKLAR										
SAFRA KESESİ HASTALIĞI										
a) Semptomatik										
(i) Kolesistektomili	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
(ii) İlaç tedavisinde	3	2	3	2	2	2	1	1	2	2
(iii) Hastalık mevcut	3	2	3	2	2	2	1	1	2	2
b) Asemptomatik	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ										
a) Hamilelikle ilgili	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
b) Geçmiş KOK kullanımı ile ilişkili	3	2	3	2	2	2	1	1	2	2
VİRAL HEPATİT										
	B	D	B	D	B	D				
a) Aktif veya alevli	3/4*	2	3	2	3/4*	2	1	1	1	1
b) Taşıyıcı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Kronik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

DURUM	KOK	KEK	B/H	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG İmplants	Cu-RIA	LNG-RIA		
B: Başlama D: Devam E: Emzirme UD: Uygun değil										
SİROZ										
a) Hafif (Kompanse)	1	1	1	1	1	1	1	1		
b) Ağır (Kompanse edilemeyen)	4	3	4	3	3	3	1	3		
KARACİĞER TÜMÖRLERİ										
a) İyi huylu										
(i) Fokal nodüler hiperplazi	2	2	2	2	2	2	1	2		
(ii) Hepatosellüler adenom	4	3	4	3	3	3	1	3		
b) Kötü huylu (hepatom)	4	3/4	4	3	3	3	1	3		
ANEMİLER										
TALASEMİ	1	1	1	1	1	1	2	1		
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	2	2	2	1	1	1	2	1		
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ	1	1	1	1	1	1	2	1		
İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ										
ANTİRETROVİRAL TEDAVİ (Eklere bakınız)							B	D	B	D
a) Nucleozid reverse transcriptaz inhibitörleri	1*	1	1	1	DMPA=1 NET-EN=1	1	2/3*	2*	2/3*	2*
b) Reverse transcriptaz inhibitörleri	2*	2*	2*	2*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
c) Ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri	3*	3*	3*	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
ANTİKONVÜLZAN TEDAVİ										
a) Bazı antikonvülsanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramet, oxkarbaxepin)	3*	2	3*	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	1	1		
b) Lamotrigine	3*	3	3	1	1	1	1	1		
ANTİMİKROBİYAL TEDAVİ										
a) Geniş spektrumlu antibiyotikler	1	1	1	1	1	1	1	1		
b) Antifungaller	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) Antiparazitikler	1	1	1	1	1	1	1	1		
d) Rifampisin ve rifabutin	3*	2*	3*	3*	DMPA=1 NET-EN=2*	2*	1	1		

*Lütfen bu sınıflamanın açıklaması için metin içindeki tabloya bakınız.

EK 1: HORMONAL KONTRASEPTİFLER VE ANTİRETROVİRAL TEDAVİLER

Küçük, çoğunlukla yayınlanmamış araştırmaların sınırlı bulguları KOKların farmokinetiklerinin bazı antiretroviral tedavilerle değişebileceğini önerir. Az sayıda araştırmada klinik çıktılar değerlendirilmiştir. Buna rağmen, ritonavir-destekli proteaz inhibitörleri ile beraber kandaki kontraseptif steroid düzeylerinde büyük düşmeler görülmüştür. Bu boyuttaki düşmeler kontraseptif etkiyi riske edebilir. Kontraseptifler ve ARV'ler arasındaki etkileşimlerin bazıları, ARV toksisitesinin artmasına da neden olmaktadır. Non-nükleozid reverse transkriptaz inhibitörleri ile görülen daha önemsiz etkilerin, özellikle araştırmalarda kontraseptif hormonların kararlı hal düzeyleri

incelenmediğinden, klinik önemi bilinmemektedir. Bugüne kadar, kontraseptif hormonlarla nükleozid reverse transkriptaz inhibitörleri arasında klinik olarak anlamlı bir etkileşim bildirilmemiştir.

Hormonal kontraseptiflerle, ARV tedavileri arasındaki ilaç etkileşimleri ile ilgili, mevcut olan kanıtlar aşağıdaki tabloda özetlenmektedir. HIV ilaç etkileşimleri ile ilgili güncellenen ayrıntılı bilgilere ulaşmak için HIV İlaç etkileşimleri web sitesini: www.hiv-druginteractions.org gibi başka bir kaynağa da başvurulmasını öneriyoruz.

Tablo 1: KOK - ARV ilaç etkileşimleri

ARV	KONTRASEPTİF ETKİ	ARV ETKİSİ
NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NRTİ)		
Tenofovir disaproxil fumarate (TDF)	EE↔NGM↔ ¹	Tenofovir↔ ¹
Zidovudine (ZDV or AZT)		Zidovudiner↔ ² Viral loadda değişiklik yok
NON_NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NNRTİ)		
Efavirenz (EFV or EFZ)	EE ↑ ³ , EE↔ ⁴ , NGM ↓ ⁴ , LNG ↓ ⁴ %80 hormonal kontraseptif kullanılan bir araştırmada, gebelik hızı 2.6/100 kadınyıl (35% KOK kullanımı) ⁵	Efavirenz↔ ^{3,4}
Etravirine	EE↔NET↔ ⁶	Etravirine ↑ ⁶ Eş zamanlı verilmesi genellikle güvenli ve iyi tolere edilmiş ⁶
Nevirapine (NVP)	EEE↔NET↔ ⁷	Nevirapine↔ ⁷
NON_NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NNRTİ)		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	EE ↑ NET ↑ ⁸	
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	EE ↓ NET↔ ⁹	Darunavir↔ ⁹
Fos-amprenavir/ritonavir (FPV/r)	EE ↓ ^{10,11} NET ↓ ¹¹	Amprenavir ↔ ritonavir ↑ Karaciğer transaminazlarında yükselme ¹⁰
Indinavir (IDV)‡	EE↔NET↔ ¹²	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	EE ↓ NET↔ ¹³	
Nelfinavir (NFV)	EE ↓ NET↔ ¹⁴	
Saquinavir (SQV)*		Saquinavir ↔ ^{15,16}
Tipranavir/ritonavir (TPV/r)	EE ↓ ¹⁷	↑ deri ve kas-iskelet sisteminde yan etkiler; olası ilaç hipersensitivite reaksiyonu ¹⁷

Açıklama:↔ **değişiklik yok veya değişiklik ≤ 30%**;↑ **artma > 30%**;↓ **azalma > 30%****Kısaltmalar:**

KOK = kombine oral kontraseptif

EE = ethinylestradiol

LNG = levonorgestrel

NET = norethindrone

NGM = norgestimate

* Saquinavir ve indinavir, yaygın olarak ritonavir tarafından desteklenmektedir, fakat güçlendirilmiş rejimlerle kontraseptifler arasındaki etkileşimleri gösteren veri yoktur.

Tablo 2: DMPA – ARV ilaç etkileşimleri

ARV	KONTRASEPTİF ETKİ	ARV ETKİSİ
NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NRTİ)		
Zidovudine (ZDV or AZT)		Zidovudiner↔ ² Viral loadda değişiklik yok
NON_NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NNRTİ)		
Efavirenz (EFV or EFZ)	MPA↔ ^{18,19} Üç siklus boyunca ovulasyon olmamıştır ^{18,19} %80 hormonal kontraseptif kullanılan bir araştırmada, gebelik hızı 2.6/100 kadını yıl (65% sadece progesteron içeren enjekte edilen kont. kullanımı) ⁵	Efavirenz↔ ¹⁸ Viral loadda veya CD4+,değişiklik yok İlişkili 3. derece- veya 4. derece- yan etki yok ^{20*}
Nevirapine (NVP)	MPA↔ ¹⁸ Üç siklus boyunca ovulasyon olmamıştır ¹⁸	Nevirapine ↑ ¹⁸ Viral loadda veya CD4+,değişiklik yok İlişkili 3. derece- veya 4. Derece - yan etki yok ^{20*}
NON_NUCLEOZİD REVERS TRANSKRİPTAZ İNHİBİTÖRLERİ (NNRTİ)		
Nelfinavir (NFV)	MPA↔ ¹⁸	Nelfinavir ↔ ¹⁸ Viral loadda veya CD4+,değişiklik yok İlişkili 3. derece- veya 4. derece- yan etki yok ^{20*}

Açıklama:

↔ değişiklik yok veya değişiklik ≤ 30%;

↑ artma > 30%;

Kısaltmalar:

MPA = medroksiprogesteron asetat

* Ulusal Sağlık Enstitüsü, AIDS bölümünün yaptığı araştırmada elde edilen, standart erişkin yan etki şiddet sınıflama tablosu, Ağustos 1992, http://rcc.tech-res.com/tox_tables.htm. Üçüncü derece olaylar ciddi olarak sınıflandırılmıştır. Aktiviteyi sınırlayan veya yardım gereken, tıbbi tedavi gerektiren veya hastane tedavisi gerektiren etkiler ciddi yan etkiler olarak sınıflandırılmıştır. Dördüncü derece yan etkiler ise yaşamı tehdit eden etkilerdir. Yaşamı tehdit eden etkiler ise yaşamın çok kısıtlayan, ciddi destek gerektiren, ciddi tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren ve hstataneye yatırılarak tedavi gerektiren durumlardır.

KAYNAK LİSTESİ:

- (1) Kearney BP, Isaacson E, Sayre J, Cheng AK. Tenofovir DF and oral contraceptives: Lack of a pharmacokinetic drug interaction. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1618. September 14-17, 2003, Chicago, IL.
- (2) Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS* 2006; 20(14):1833-41.
- (3) Joshi AS, Fiske WD, Benedek IH, White SJ, Joseph JL, Kornhauser DM. Lack of a pharmacokinetic interaction between efavirenz (DMP 266) and ethinyl estradiol in healthy female volunteers. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 348. February 1-5, 1998, Chicago, IL.
- (4) Sevinsky H, Eley T, He B, et al. Effect of efavirenz on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and norgestimate in healthy female subjects. 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A958. October 25-28, 2008, Washington, DC.
- (5) Danel C, Moh R, Anzian A et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 2006; 42(1):29-35.
- (6) Schöller-Gyüre M, Debroye C, Aharchi F, Woodfall B, Peeters MVK, Hoetelmans R. No clinically relevant effect of TMC125 on the pharmacokinetics of oral contraceptives. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection November 12-16, 2006, Glasgow, UK.
- (7) Mildvan D, Yarrish R, Marshak A et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 2002; 29(5):471-7.
- (8) Zhang J, Chung E, Eley T, et al. Effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and 17-deacetylnorgestimate in healthy female subjects. 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1415. September 17-20, 2007, Chicago, IL.
- (9) Sekar V, Lefebvre E, Spinosa-Guzman S et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and TMC114, a new protease inhibitor. 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-368, September 27-30, 2006, San Francisco, CA.
- (10) GlaxoSmithKline. Prescription medicines. Lexiva (fosamprenavir calcium) (http://www.gsk.com/products/prescription_medicines/us/medicines-ko.htm, accessed on 17 April 2009)
- (11) GlaxoSmithKline. Study APV10020. A phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brevinor for 21 days with and without fosamprenavir 700 mg twice daily (BID) and ritonavir 100 mg BID for 21 days in healthy adult female subjects (<http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files/pdf/23138.pdf>, accessed on 17 April 2009).
- (12) Merck & Company. Indinavir patient prescribing information. (http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/c/crixivan/crixivan_ppi.pdf, accessed on 2 April 2009).
- (13) Abbot Laboratories. Lopinavir and ritonavir prescribing information, 2009. (<http://rxabbott.com/pdf/kaletratabpi.pdf>, accessed on 17 April 2009)
- (14) Agouron Pharmaceuticals. Viracept (Nelfinavir mesylate) prescribing information, 2008. (http://media.pfizer.com/files/products/uspi_viracept.pdf, accessed on 17 April 2009).
- (15) Mayer K, Poblete R, Hathaway B et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens. Presented at the XIII International AIDS Conference, 2000, Durban, South Africa.
- (16) Frohlich M, Burhenne J, Martin-Facklam M et al. Oral contraception does not alter single dose saquinavir pharmacokinetics in women. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2004; 57(3):244-52.
- (17) United States Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information. Aptivus (Tipranavir) Capsules, 250 mg. 2008 (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021814s005,022292lbl.pdf. (accessed on 4 June 2009).
- (18) Cohn SE, Park JG, Watts DH et al. Depot-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2007; 81(2):222-7.
- (19) Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility & Sterility* 2008;90: 965-971
- (20) Watts DH, Park J-G, Cohn SE et al. Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093. *Contraception* 2008;77:84-90.

KATILIMCI LİSTESİ

Dr Hassan Baaqeel
King Khalid National Guard Hospital
Department of Obstetrics and Gynecology
PO Box 9515
Jeddah 21423
Saudi Arabia

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition, Salvador
Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000 Mexico, D.F.
Mexico

Dr Willard Cates
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Juan Diaz
R.Maria Teresa Diaz da Silva 740
Cidade Universitaria
Caixa Postal 6019
13083-970 – Campinas
Sao Paulo
Brazil

Dr Soledad Diaz
Consultorio de Planificacion Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorino Latorria 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr Mohammad Eslami
Room no.417, 4th floor
Family Health and Population Department
Ministry of Health and Medical Education
Yussef abad cross (Jomhuri eslami and Hafez
cross)
Tehran
Iran

Dr El Hadj Oussenouye Faye
Ministry of Health
K 55 Hamo Grand Yoff
Dakar
Sénégal

Dr Karima Gholbzouri
Head of Family Planning Division
Directorate of Population
Ministry of Health
Rabat
Morocco

Dr Anna Glasier
Family Planning and Well Woman Services
18 Dean Terrace
Edinburgh EH4 1NL
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt
Vendevag 23
18260 Djursholm
Sweden

Dr Phil Hannaford
Department Of General Practice and Primary
Care
University of Aberdeen
Foresterhill Health Centre
Westburn Road
Aberdeen AB25 2AY
United Kingdom

Professor Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
P. O. B 147 Orman
Giza
Egypt

Mr Maurice Hiza
Reproductive and Child Health Section
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box 9083
Dar-es-Salaam
Tanzania

Dr Douglas Huber
1175 Chestnuts Street, Unit 6
Newton, Massachusetts 02464
United States of America

Dr Yolande Hyjazi
Université de Conakry
Faculté de Médecine,
Pharmacie, Odonto - Stomatologie
BP 1017 Conakry
République de Guinée

Dr Roy Jacobstein
Engender Health
440 Ninth Ave.,
New York NY 1001
United States America

Dr Victoria Jennings
Institute for Reproductive Health
Georgetown University Medical Center
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Ave., NW
Washington D:C: 20007
United States of America

Dr Pamela Lynam
Regional Technical Director, East and Southern
Africa
JHPIEGO - Johns Hopkins University
P O Box 58247,
Nairobi
Kenya

Dr Trent MacKay
Special Assistant for OB/GYN
Contraception and RH Branch
Center for Population Research
National Institute for Child Health and Human
Development,
National Institutes of Health
6100 Executive Blvd, Suite 8B13
Bethesda, MD 20892
United States of America

Dr Polly Marchbanks
Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
4770 Buford Highway, NE, MS K-34
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Suneeta Mittal
Head Department of OB/GYN
Director-in-Charge, WHO CCR in Human
Reproduction
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, 110 029
India

Dr Nuriye Ortayli
Technical Advisor
Reproductive Health Branch
Technical Division
UNFPA
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
United States of America

Dr Herbert Peterson
Professor and Chair
Department of Maternal and Child Health
Professor, Department of Obstetrics and
Gynecology
The University of North Carolina at Chapel Hill
CB # 7445 Rosenau Hall
Chapel Hill, NC 27599-7445
United States of America

Dr Svetlana Posohova
Deputy Head of Odessa Oblast Clinical Hospital
47A Malinovskogo str. Room N 24
6507 Odessa
Ukraine

Professor Helen Rees
Executive Director
Reproductive Health and HIV Research Unit
Department of Obstetrics and Gynaecology
University of the Witwatersrand
Hillbrow Health Precinct
Hugh Solomon Building
Esselen Street (Cnr Klein St), Hillbrow
P O Box 18512, Hillbrow 2038,
Johannesburg
South Africa

Mr Ward Rinehart
John Hopkins University
Center for Communications Program
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

Dr Roberto Rivera
Family Health International
P. O. Box 13950, Research Triangle Park
NC 27709
United States of America

Dr Annette Sachs Robertson
Advisor on Reproductive Health
Programme Assessment and Operations
Research
Country Technical Services Team for the Pacific
United Nations Population Fund
Private Mail Bag,
Suva
Fiji

Dr Wu Shangchun
National Research Institute for Family Planning
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
People's Republic of China

Dr James Shelton
Science Advisor
Bureau for Global Health
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
United States of America

Dr Connie Smith
Westminster PCT
Westside Contraceptive Services
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
London W10 6DZ
United Kingdom

Dr Bulbul Sood
Country Director
CEDPA/India
C-1, Hauz Khas,
New Delhi 110 016
India

Dr Tran Son Thach
Research, Training and International
Collaboration
Hungvuong Hospital
128 Hungvuong, District 5,
Ho Chi Minh City
Viet Nam

Dr Marcel Vekemans
Senior Medical Adviser
International Planned Parenthood
Federation Central Office
4 Newhams Row
London, SE1 3UZ
United Kingdom

Dr Edith Weisberg
Sydney Centre for Reproductive Health
Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

Dr Ekaterina Yarotskaya
Head
International Department of the Scientific
Center of Obstetrics and Perinatology
117 997 Oparin Street 4
Moscow
Russian Federation

KISA SÜRELİ DANIŞMANLAR:

Dr David Back
Department of Pharmacology & Therapeutics
Ashton Street Medical School, Ashton Street
Liverpool, Merseyside
Liverpool, L69 3GE
United Kingdom

Dr Kate Curtis
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Cynthia Rhoda Lee-Blackwell
Stockley's Drug Interactions
Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
1 Lambeth High Street
London, SE1 7JN
United Kingdom

Dr Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Ms Melissa Paulen
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

DSÖ SEKRETERYASI:

Dr Catherine d'Arcangues, RHR
Dr Kelly Culwell, RHR
Dr Mary Lyn Gaffield, RHR
Ms Catherine Hamill, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Dr Nathalie Kapp, RHR
Mrs Gloria Lamptey, RHR
Dr Ian Tilley, RHR (Fellow)

Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri, kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerini incelemekte, spesifik özelliklere ve bilinen tıbbi durumlara sahip kadın ve erkeklerin farklı yöntemleri kullanımlarının güvenliğine ilişkin öneriler sunmaktadır. Bu öneriler, ulaşılabilen klinik ve epidemiyolojik araştırmaların sistematik olarak yeniden değerlendirmesi ile geliştirilmiştir. Bu rehber, *Kontraseptiflerin Kullanımı için Seçilmiş Pratik Öneriler* rehberine eşlik eden bir rehberdir. Bu dökümanların, birlikte, hizmet sunum rehberlerinin hazırlanmasında, ulusal programları desteklemek için politika belirleyiciler, program yöneticileri ve bilimsel topluluklar tarafından kullanılması amaçlanmaktadır.

Bu yararlı kaynağın dördüncü baskısı, tamamen güncellenmiş ve genişletilmiş olarak daha öncekilerin yerini alacaktır. Bu baskı 86 yeni öneri ve daha önceki baskılarda yer alan 165 adet önerinin güncellenmiş halini içermektedir. Şimdi, özel ihtiyaçları olan topluluklar için de rehber sunulmaktadır ve hormonal kontraseptiflerle antiretroviral tedavilerin birlikte kullanımına ilişkin ilaç etkileşimleri ile ilgili ayrıntılı kanıtların yer aldığı bir yeni bölüm eklenmiştir. Üçüncü baskıyı bilen kullanıcılara yardımcı olmak için, güncellenmiş öneriler vurgulanmıştır. *Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri*'nin dördüncü baskısı, Aile planlaması ve kontrasepsiyon hizmetlerinin sunumunda yer alan herkesin kullanımı ve bilgi paylaşımı için el altında bulundurulmalıdır.

Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri'nin diğer dillerdeki baskıları için DSÖ web sitesine bakınız.

**Bu yayın ile ilgili daha fazla bilgi için,
lütfen aşağıdaki adrese başvurunuz:**

Department of Reproductive Health and
Research World Health Organization

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171

e-posta: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth