



DERLEME

ÖZELLİKLİ GRUPLARDA VE KRONİK SAĞLIK SORUNU OLAN BİREYLERDE KONTRASEPSİYON

Özet

Doğurganlığın düzenlenmesi ve aile planlaması kavramları birbiri yerine kullanılan oldukça kapsamlı kavramlardır. Doğurganlığın düzenlenmesi hizmeti; riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra gebelik planlayan çiftler için ovulasyon zamanının belirlenmesinde önemli rol oynar. Sağlık bakım profesyonelleri tarafından sunulan kaliteli, etkin ve sürekli doğurganlığın düzenlenmesi hizmeti; adolesanlar, postpartum dönemdeki kadınlar, perimenopozal dönemdeki kadınlar, engelli kadınlar, mülteci kadınlar, erkekler gibi özellikli gruplarda ve kronik sağlık sorunu olan bireylerde morbidite ve mortalite oranlarının en aza indirilmesinde önemli rol oynayan koruyucu bir sağlık hizmetidir. Kullanılan kontrasepsiyon yönteminin sürekliliği ve etkinliği bireye özgü sunulan danışmanlık hizmeti ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri özellikli gruplara ve kronik sağlık sorunu olan bireylere özgü doğurganlığın düzenlenmesi hizmeti vermelidir.

Doğurganlığın düzenlenmesi yöntemleri ile ilgili birçok çalışma olmasına rağmen özellikli grupların ve kronik sağlık sorunu olan bireylerin kontraseptif yöntem seçimine dair yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu bağlamda özellikli gruplara ve kronik sağlık sorunu olan bireylere yönelik uygun kontraseptif yöntemin belirlenmesine ve bu bireylere verilecek danışmanlık hizmetine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu derlemede amaç özellikli gruplara ve kronik sağlık sorunu olan bireylere uygun kontraseptif yöntemleri irdelemek ve sağlık bakım profesyonellerine yönelik güncel bir kaynak oluşturmaktır.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması, kontrasepsiyon, adolesan, postpartum dönem, perimenopoz, kronik hastalık.

Nihal AVCI^{1*} 

Meltem Mecdi KAYDIRAK² 

İlkaç Güngör SATILMIŞ² 

*Sorumlu Yazar e mail:
nhalavc@gmail.com

¹Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik AD, Kırklareli, Türkiye
²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik AD, İstanbul, Türkiye

Avcı N, Kaydırak MM, Satılmış İS. Özellikli Gruplarda ve Kronik Sağlık Sorunu Olan Bireylerde Kontrasepsiyon. Haliç Üniv Sağ Bil Der. 2021;4(3) 173-186

Avcı N, Kaydırak MM, Satılmış İS. Contraception in Special Groups and Individuals with Chronic Health Problems. Haliç Uni J Health Sci. 2021;4(3) 173-186

Doi: 10.48124/husagbilder.879335

Geliş Tarihi: 12.02.2021

Kabul Tarihi: 06.04.2021

REVIEW

CONTRACEPTION IN SPECIAL GROUPS AND INDIVIDUALS WITH CHRONIC HEALTH PROBLEMS

Abstract

The concepts of regulation of fertility and family planning are quite comprehensive concepts used interchangeably. Regulation of fertility service plays an important role in determining ovulation time for couples planning pregnancy as well as preventing risky and unwanted pregnancies. Quality, effective and continuous regulation of fertility services provided by health care professionals is a preventive health care service that plays a significant role in minimizing morbidity and mortality rates in diverse groups such as adolescents, postpartum women, women near menopause, women with disabilities, refugee women, men and individuals with chronic health problem.

The continuity and effectiveness of the contraception method used is closely related to the individual counseling service. Therefore, health care professionals should provide regulation of fertility service to diverse groups and individuals with chronic health problem.

The number of studies on the selection of contraceptive methods in diverse groups and individuals with chronic health conditions is limited, despite the fact that there are several studies on regulation of fertility methods. In this context, studies are required to determine the best contraceptive method for diverse groups and individuals with chronic health conditions, as well as to provide consultation services. The aim of this review is to examine appropriate contraceptive methods in diverse groups and individuals with chronic health problem and to compose an up-to-date resource for health care professionals.

Key words: Family planning, contraception, adolescent, postpartum period, perimenopause, chronic disease.

Giriş

Doğurganlığın düzenlenmesi ve aile planlaması kavramları birbiri yerine kullanılan oldukça kapsamlı kavramlardır. Doğurganlığın düzenlenmesi, bireylere çocuk sahibi olup olmayacaklarına veya ne zaman çocuk sahibi olacaklarına karar verme olanağı sağlayan bilgi, araç ve yöntemlerdir. Bu kavram aynı zamanda infertilite tedavisine veya gebeliğin planlanmasında ovulasyon zamanının belirlenmesine ilişkin bilgileri de içerir. Sıklıkla kontrasepsiyon ve doğurganlık kontrolü terimleri yerine kullanılır. Ancak bu kavram çok daha kapsamlı değerlendirilmelidir. Çünkü doğurganlığın düzenlenmesi yalnızca çocuk sayısını ve gebelik zamanını planlamakla sınırlı değildir. İstenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, sık doğum aralıklarını önleyerek anne ve çocuk sağlığının korunması, bireylerin çocuk sahibi olmalarını engelleyen fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi de doğurganlığın düzenlenmesi hizmetleri içinde yer almaktadır (1,2).

Doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin temel amaçları; kadınlarda gebelikle ilişkili sağlık risklerinin önlenmesi, bebek ölümlerinin azaltılması, HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus /Acquired Immune Deficiency Syndrome) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi, istenmeyen ve çok sayıda gebeliklerin önlenmesi, eğitimin geliştirilmesi, adolesan gebeliklerin azaltılması ve nüfus artış hızını yavaşlatma şeklindedir. Etkin olarak sunulan doğurganlığın düzenlenmesi hizmetinin ikincil kazanımları güvensiz ortamlarda yapılan kürtaj sayısını azaltma, nüfus artış hızını yavaşlatarak kişi başına düşen milli geliri artırma böylelikle

toplumun refah seviyesini yükseltme şeklinde sıralanabilir. Bu nedenle hem antinatalist hem de pronatalist politikayı benimseyen ülkeler doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerine gereken önemi vermelidir (3).

Günümüzde kontrasepsiyon için pek çok seçenek mevcuttur. Kontrasepsiyon için kullanılan ajanlar etki, yan etki ve çalışma mekanizmalarının farklılıkları göz önünde bulundurularak sınıflandırılmaktadır. Son yıllarda uluslararası literatürde kontrasepsiyon için kullanılan yöntemler; uzun süre etkili geri dönüşümlü yöntemler, uzun süre etkili kalıcı yöntemler ve bariyer yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır (1,4,5,6,7,8). Ulusal literatürde ise modern (etkili) yöntemler, geleneksel (etkisi sınırlı) yöntemler ve doğal aile planlaması (DAP) yöntemleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (9). Doğurganlık bilinci yöntemleri takvim tabanlı ve semptomaya dayalı yöntemler olmak üzere ikiye ayrılır. Diğer yöntemler ise geri çekme ve laktasyonel amenore metodudur (1).

Uluslararası literatürde yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılması Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılması (1,4,5,6,7,8).

Kategori	Ürün
Uzun süre etkili geri dönüşümlü kontraseptifler	RİA, implantlar
Kısa süre etkili geri dönüşümlü kontraseptifler	Oral hormonal kontraseptifler, enjeksiyonlar
Uzun süre etkili kalıcı kontraseptif yöntemler	Tüp ligasyon, vazektomi
Bariyer-lokal yöntemler	Kondom, diyafram, servikal kap, spermisit

RİA= Rahim içi araç

Dünyanın pek çok yerinde özellikle Asya ve Latin Amerika'da kontraseptif yöntem kullanımı artış göstermektedir. Ancak Sahra-altı Afrika'da kontraseptif yöntem kullanım yaygınlığı hala çok düşük orandadır. Küresel olarak kontraseptif yöntem kullanım oranı 1990 yılında %54 iken az bir artışla 2015 yılında %57,4'e yükselmiştir. Gebelikten korunmak isteyen fakat herhangi bir yöntem kullanmayan, gelişmekte olan ülkelerdeki üreme çağındaki kadın sayısı 214 milyondur. Dolayısıyla karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacı oldukça fazladır (3). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) raporuna göre sadece modern kontraseptif yöntem kullanım oranı artış gösterirken (%48,9) herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma oranı (%69,8) bir miktar azalma göstermektedir. Bu azalmanın nedeni ülkemizde yaygın olarak kullanılan geri çekme yönteminin 2018 verilerinde gösterdiği azalmanın (%20,4) modern yöntem kullanım oranlarındaki çok az artışla telafi edilemediği şeklinde yorumlanabilir (10).

Dünyada ve Türkiye'de doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili veriler çok iyi raporlandırılırken özellikli grupların ve kronik sağlık sorununa sahip bireylerin kontrasepsiyon kullanım oranına dair sınırlı veriye ulaşılmıştır (7,11,12). Bireylerin kullandıkları kontrasepsiyon yöntem oranları ilgili başlıklar altında verildi.

Bu derlemede amaç özellikli gruplarda ve kronik sağlık sorunu olan bireylerde uygun kontraseptif yöntemleri ayrıntılı bir şekilde sunmak ve sağlık bakım profesyonelleri için rehber oluşturmaktır. Kadına yönelik kontraseptif yöntemlerin dışında erkeklere özgü güncel kontraseptif yöntemlere de ayrı bir alt başlık altında değinilmiştir. Derlemede kontraseptif yöntemler Dünya Sağlık Örgütü (WHO; World Health Organisation), Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC; Centers for Disease Control and Prevention) ve Cinsel ve Üreme Sağlığı Fakültesi (FSRH; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare) kılavuzlarında yer alan medikal uygunluk kriterlerine göre ele alınmıştır (7,11,12).

Kontraseptif kullanım için tıbbi uygunluk kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Kontraseptif kullanım için tıbbi uygunluk kriterleri (7, 11, 12).

Kategori 1	Kullanım için herhangi bir kısıtlama yok (uygun, önerilir)
Kategori 2	Yöntem kullanımında avantajlar risklerden daha fazla (genellikle kullanılabilir, önerilir)
Kategori 3	Yöntem kullanımında riskler avantajlardan daha fazla (önerilmez)
Kategori 4	Yöntem kullanımında kabul edilemez risk (uygun değil, önerilmez)

1. Özellikli Gruplarda Kontrasepsiyon

1.1. Adolesanlarda Kontrasepsiyon

Adolesan dönem fizyolojik ve psikolojik olgunlaşmanın ve bir dizi değişikliklerin yaşandığı; çocukluktan yetişkinliğe geçişin olduğu 10-19 yaş aralığındaki dönemdir. Dünyada

10-19 yaş aralığındaki bireylerin sayısı yaklaşık 1,2 milyardır (13). Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaş aralığındaki yaklaşık 16 milyon; 16 yaş altı yaklaşık 2,5 milyon adolesanın doğum yaptığı bildirilmiştir. Dünya genelinde gebelik ve doğum esnasındaki

komplikasyonlar 15-19 yaş aralığındaki adolesanların önde gelen ölüm nedenidir. Ayrıca adolesan gebeler eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon açısından 20-24 yaş aralığındaki kadınlara göre daha yüksek risk altındadır (14).

Adolesanların kontraseptif yöntem kullanım insidansı ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte yetişkinlere oranla daha düşüktür. 2018 yılında yapılan 46 düşük ve orta gelirli ülkeyi kapsayan Demografi ve Sağlık Araştırmaları verilerinin meta analitik sonuçlarına göre 15-19 yaş aralığındaki genç kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları şu şekildedir: Genç kadınların yarısından fazlasının (%54,4) geçmişte veya şimdi herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, %13,3'ünün ise geçmiş dönemlerde herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı ancak anketin yapıldığı dönemde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan genç kadınların %24,6'sının kısa süre etkili geri dönüşümlü, %2,5'inin uzun süre etkili geri dönüşümlü veya kalıcı bir yöntem kullandıkları saptanmıştır. Genç kadınların %5,2'sinin ise modern yöntem olarak değerlendirilmeyen geleneksel yöntemleri kullandığı rapor edilmiştir (15,16).

Adolesanlar yetişkinlere kıyasla daha fazla riskli cinsel davranışlarda bulunabilir, ilaçlarını alma zamanını hatırlamada zorluk yaşayabilir, ruhsal durumları değişkenlik gösterebilir. Adolesanların yaşadıkları psikososyal değişikliklerin yanı sıra anatomik yapıları da yetişkinlere göre daha farklıdır. Sağlık bakım profesyonelleri adolesan döneme özgü bu özellikleri göz önünde bulundurarak kontrasepsiyon danışmanlığı vermelidir (1,15,17). Adolesanlara sunulacak kontraseptif yöntemler şu şekildedir;

Oral hormonal kontraseptifler (KOK, mini hap) ve enjeksiyonlar (kombine hormonal enjeksiyon, DMPA) adolesanlar için uygun yöntemlerdir (Kategori 1-2). Uzun süreli geri dönüşümlü kontraseptifler (implant ve RİA'lar) adolesanlarda uzun ve etkin bir koruma sağlar. Bunun yanı sıra dışarıdan fark edilmediği için rahatlıkla kullanılabilir. Fakat adolesanların uterusunun küçük olması RİA ile korunmada gebelik riskini arttırabilir (Kategori 2) (11,17).

Lateksli kadın ve erkek kondomları cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruma sağlar dolayısıyla bariyer yöntemler gençler için iyi bir seçenek olabilir. Fakat genç erkekler kondom kullanımında zorlanabilir bu nedenle danışmanlık verilmelidir. Diyafram, servikal kap ve spermisitlerin etkinliği diğer kontraseptif yöntemlere göre daha düşüktür. Ancak gerektiğinde tercih edilebilir. Cerrahi sterilizasyon kararı vermeden önce dikkatli olunmalıdır. Genç bireyler sonraki yaşamlarında pişmanlık duyabilir. İşlem için genç bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Postkoidal kontrasepsiyon bir kontraseptif yöntem değildir. Sadece gerektiğinde kullanılabilir. Genç bireyler cinsel ilişki ve kontrasepsiyon kullanımını konusunda daha kontrolsüz olabilir. Bu nedenle adolesan bireylere acil kontraseptifler önceden temin edilmelidir (1).

Adolesan dönemde uygun kontraseptif yöntemler WHO, CDC ve FSRH kılavuzlarında yer alan medikal uygunluk kriterlerine göre Tablo 3'te verilmiştir.

1.2. Postpartum Dönemde Kontrasepsiyon

Postpartum dönem kadın ve bebeği için yeni bir döneme uyumu içeren özel bir dönemdir. Postpartum dönemde etkin emzirmeyen pek çok kadında 6. haftadan önce ovulasyon gerçekleşebilir ve bu dönemde kadının tekrar gebe kalma riski vardır. Bu dönemde cinsel aktiviteye başlama zamanı ile ilgili yapılan bir çalışmada çiftlerin %43'ünün postpartum 6. haftadan önce cinsel aktiviteye başladığı ve sadece yarısından azının bu dönemde kontraseptif yöntem kullandığı bildirilmiştir (18). Bu oran oldukça düşüktür. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için uygun kontraseptif yöntem seçimi önemlidir.

Postpartum döneme özgü değişiklikler bireylerin kontraseptif yöntem seçimini etkiler. Gebelikteki hematolojik değişiklikler ve artmış pıhtılaşma faktörleri postpartum 6 haftaya kadar devam eder. Bu dönemde, emziren kadınlarda venöz tromboemboli (VTE) ile ilişkilendirilen *östrojen preparatlarının* kullanımı kontrendikedir (Kategori 4). Emzirmeyen kadınlar postpartum 3. haftadan sonra kombine hormonal preparatları kullanabilirler (Kategori 2). Progesteron VTE

ile ilişkili değildir. Postpartum dönemde *progesteron içeren haplar ve implantlar* kullanılabilir (Kategori 1). Ancak emziren kadınlarda emzirme ile ilgili endişelerden dolayı progesteron içeren haplar ve implantlar ilk 4 hafta kategori 2 olarak listelenmiştir (18). Postpartum dönemde vücutta oluşan sistematik değişiklikler kontraseptif yöntem seçimini sınırlayabilir. Fakat sunulan kaliteli danışmanlık hizmeti ile etkin kontraseptif yöntem kullanımı sürdürülebilir.

Postpartum dönemde sunulan kontrasepsiyon danışmanlık hizmeti; istenmeyen ve sık aralıklarla oluşabilecek gebelikleri önler. Dolayısıyla bu danışmanlık hem anne hem de bebek için önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Doğum sonu dönemde kontrasepsiyon seçimi ve kullanımı ile ilgili pek çok kolaylaştırıcı faktör vardır. Postpartum dönemde kadının gebe olmadığı bilinir, kontrasepsiyonu başlatmak için çiftler isteklidir ve doğurganlığın planlanması hizmetlerine erişim kolaydır. Bu nedenle kontrasepsiyon hizmetinin sunumunda postpartum dönem sağlık bakım profesyonelleri ve çiftler için ideal bir zamandır (19).

Postpartum dönemde uygun kontraseptif yöntemler WHO, CDC ve FSRH kılavuzlarında yer alan medikal uygunluk kriterlerine göre Tablo 3'te verilmiştir.

1.3. Perimenopozal Dönemde Kontrasepsiyon

Perimenopozal dönemde kontraseptif yöntem belirlerken yaşa bağlı kardiyovasküler hastalık, obezite, meme ve jinekolojik kanser gibi artmış riskler göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Perimenopozal öngü değişiklikler bireylerin kontraseptif yöntem tercihini etkilemektedir. Dolayısıyla menopoz dönemindeki kadınlar özellikli gruplar içinde ele alınmalıdır (20). Perimenopozal dönemdeki kadınlara sunulacak kontrasepsiyon yöntemler şu şekildedir;

Kombine hormonal preparatlar (haplar, enjeksiyonlar) perimenopozal dönemde hem kontrasepsiyon hem de menopozal semptomların kontrolü için kullanılabilir. 40 yaş üstü kadınlar kombine hormonal preparatları güvenle kullanabilir (Kategori 2). 50 yaş üstü kadınlar kombine hormonal preparatları kullanmayı bırakmalı ve daha güvenli bir yöntem kullanılmalıdır (20,21).

Progesteron içeren preparatlar (implant, mini hap) kadınlarda VTE, miyokard infarktüsü (MI) riskini arttırmaz ve kemik mineral yoğunluğunu etkilemez. Özellikle östrojenin kontrendike olduğu kadınlarda tercih edilebilir. DMPA (sadece progesteron içeren enjeksiyon) kemik mineral yoğunluğunu biraz azaltır. Perimenopozal dönemdeki kadınlarda osteoporoz ve kırık riskini arttırabilir (1,21). *Bakırlı ve hormonlu RİA* uzun süreli kullanılabilen ve etkinliği yüksek bir kontraseptiftir. Ancak bakırlı RİA daha ağır ve uzun süreli kanama ile ilişkili olabilir. Bu nedenle perimenopozal dönemdeki kadınlarda kullanımı önerilmemektedir. Hormonlu RİA ise hem hormonal terapinin bir parçası olarak hem de kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir. Kullanım süresi 5 yıldır. Bu nedenle 5 yılda bir değiştirilmelidir (20). *Bariyer yöntemlerin* etkinliği 40 yaş üstü kadınlarda fertilitenin azalmış olmasıyla ilişkili olarak yüksektir. Lateksli bariyer yöntemler cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korur. Erkeklerde erektil disfonksiyon varsa erkek kondomu kullanmak zorlaşabilir. Kadın kondomu kullanılabilir. Östrojen azalmasına bağlı vajinal kuruluk rahatsız edici olabilir. Kondomun kayganlaştırıcılarla birlikte kullanılması önerilir ya da lateks olmayan kondomlar tercih edilebilir. Lateks olmayan kondomların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamadığı unutulmamalıdır (1,21). *Cerrahi sterilizasyon* özellikle hormonal yöntemlerin kontrendike olduğu durumlarda iyi bir seçenektir. *DAP yönteminin* etkinliği-güvenilirliği perimenopozal dönemdeki siklus bozukluklarıyla ilişkili olarak düşüktür. Bu nedenle önerilmemelidir. Fertilitenin azalmasına bağlı olarak *geleneksel yöntemlerin* etkinliği artar fakat geleneksel yöntemler modern kontraseptif yöntem olarak önerilmemelidir (1,20,21).

Perimenopozal dönemde menstrüel kanamanın olmadığı 12 ay boyunca kontraseptif yöntemin kullanılması gerekmektedir. On iki aylık süreden sonra kontraseptif yöntem kullanmaya gerek yoktur. Ancak hormonal kontraseptifler siklusu etkileyebilir bu durumda dikkat edilmelidir. Bakırlı RİA postmenopozal dönemde de kullanım süresi bitene kadar yerinde kalabilir fakat hormonlu RİA son menstrüel kanamadan 12 ay sonra çıkarılmalıdır (1).

Perimenopozal dönemde kontraseptif yöntem kullanımında faydalar ve olası problemler Tablo 3'te özetlenmiştir.

1.4. Engelli Bireylerde Kontrasepsiyon

Engellilik kişinin belirli faaliyetleri yapmasını ve çevresiyle etkileşime girmesini zorlaştıran bedenini veya zihnini herhangi bir bozulma durumu olarak tanımlanmaktadır (22). Engelli bireylerin cinsel yaşamları genelde göz ardı edilen ya da bilinmeyen bir konudur. Engelli bireylerin de cinsel gereksinimleri vardır ve cinsellik bireylerin yaşam kalitesi için önemli bir faktördür (23). Engelli bireyler, sağlık bakım hizmetlerinden daha az faydalanır, daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahiptir ve maalesef toplumda daha fazla istismara maruz kalmaktadır. Bu nedenle HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalma riski daha yüksektir. Engelli bireylere yönelik kontrasepsiyon danışmanlığında; bireyin tercihleri, yaşam dönemi, yaşam tarzı, kronik sağlık sorunları ve bedensel veya zihinsel engel durumu dikkate alınmalıdır (1,23,24). Engelli bireylerde kontraseptif yöntem seçiminde dikkat edilmesi gereken noktalar şu şekildedir;

- El becerisi kısıtlı olan bireylerde bariyer yöntemlerin kullanımı zor olabilir.
- Hareketsiz ekstremitelere ya da bozulmuş dolaşıma sahip bireyler için kombine hormonal yöntemler artmış VTE riskinden dolayı uygun yöntem olmayabilir.
- Günlük ilaç almayı hatırlamakta zorluk çeken zihinsel engeli olan bireyler için diğer yöntemler uygun olabilir.
- Menstrüel hijyeni sağlamada zorluk çeken bireyler için kontraseptif yöntemlerin menstrüel siklus üzerine etkileri düşünülmelidir.
- Cerrahi sterilizasyon için bireyden tek başına ya da destekle, zorlama olmadan bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (25).
- Engelli bireylerde kontraseptif yöntem kullanımında faydalar ve olası problemler Tablo 3'te özetlenmiştir.

1.5. Mülteci Bireylerde Kontrasepsiyon

Göç, son yıllarda uluslararası bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Göçle birlikte yaşanan travmanın yanı sıra kişiler ekonomik problemler, barınma olanaklarının yetersizliği ve eğitim yetersizliği gibi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok durumla karşılaşmaktadır. Göçün ve beraberinde getirdiği sorunlar kadınları ve erkekleri eşit oranda etkilemez. Kadınlar her zaman "mülteci" ve "kadın" olmanın dezavantajını yaşamaktadır. Kadınlar menstrüasyon, gebelik ve menopoza gibi fizyolojik değişimlerin olduğu dönemlerde bile hastalık ve ölüm riski ile karşı karşıya kalmaktadır ve mülteci kadınlarda bu riskler artmıştır. Şiddet, istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi üreme sağlığı sorunları mülteci kadınları daha fazla etkilemektedir. Mülteci kadınlar ve özellikle kamp dışında yaşayan kayıtsız kadınlar sağlık bakım hizmetine ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamakta ve bu hizmetlerden yeterince yararlanamamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerine bu denli sınırlı erişebilen mülteci kadınlar doğurganlığın düzenlenmesi ve kontrasepsiyon hizmetlerine de erişim sağlayamamaktadır. Doğurganlığın düzenlenmesi hizmetine ulaşımındaki yetersizlik, sağlık bakım profesyonellerinin olmadığı güvenli ortamlarda doğum, düşük ve kürtajların yaşanmasına neden olabileceği gibi düşük doğum ağırlıklı bebek ve anne-bebek ölümlerine de yol açabilir (26). Mülteci kadınların bu denli ciddi riskler altında olmasına rağmen kontrasepsiyon yöntem kullanma konusunda isteksiz oldukları da unutulmamalıdır (27). Bu nedenle bireylere aile planlaması hizmeti sunarken bireylerin psikososyal ve kültürel özellikleri, göçün sağlık üzerine olumsuz etkileri, gebeliğe ve doğuma ilişkin komplikasyonlar göz önünde bulundurulurken danışmanlık hizmeti verilmelidir (28). Göç gibi insani kriz durumunda artan cinsel şiddet gerçeği acil kontraseptif yöntemlere, uzun süre etkili geri dönüşümlü kontraseptif yöntemlere ve güvenli kürtaj hizmetlerine erişimi genişletme ihtiyacını doğurmuştur (29). Bunun yanı sıra mülteci erkeklere ve kadınlara sunulacak kontraseptif yöntemler diğer bireylerle benzerlik göstermektedir.

1.6. Erkek Kontrasepsiyonu ve Güncel Gelişmeler

Son 70 yılda kadın kontrasepsiyonunda pek çok seçenek geliştirilmiştir. Kadın kontrasepsiyon seçeneklerinde artışa rağmen dünyada istenmeyen gebelik oranı %40-45 civarındadır. Uzun süre etkili-geri dönüşümlü kontraseptiflerde mükemmel kullanımda %1'den az gebeliğe rastlansa da oral kontraseptifler, transdermal yamalar, enjeksiyonlar gibi seçeneklerin yaygın kullanımında başarısızlık oranı %5-10 seviyelerine çıkmaktadır. Bu seçeneklerin başarısızlık oranları ve yan etkileri kadınların kontrasepsiyonda sorumluluğu üstlenmelerini engellemiştir (30,31). Kadın kontrasepsiyonunda pek çok seçenek varken kondomun icadından beri (>300 yıl) erkek kontrasepsiyonu hala bariyer yöntemler ve vazektomi ile sınırlıdır. Erkeklerin kontrasepsiyona isteklilik durumu, yöntem kullanımında başarısızlıklar ve yan etkiler gibi endişeler bu süreci yavaşlatmıştır. Kontraseptif yöntemlerdeki gelişmeler ve küreselleşen dünyanın getirdiği kontrasepsiyonda sorumluluğu yalnızca kadına değil, her iki cinse yükleyen anlayış erkeklerin tutumlarını değiştirmiştir. Özellikle son yıllarda yapılan araştırmalarda erkeklerin geri dönüşümlü kontrasepsiyona olan ilgisinin arttığı rapor edilmiştir (30). Erkek kontrasepsiyonunda kabul gören modern kontraseptif yöntemler bariyer yöntemler ve vazektomidir. Erkek kontrasepsiyonunda en çok kullanılan yöntemler sırasıyla kondom (%7,7), geri çekme (%3,1) ve vazektomi (%2,4)'dir. Bu yöntemler kendi fertilitelerini kontrol etmek isteyen cinsel aktif erkekler ve kontrasepsiyon yükünü partneriyle paylaşmak isteyen kadınlar için yeterli değildir (30,32). Mevcut erkek kontraseptif yöntemlerin yan etki oluşturma potansiyeli kadın kontraseptif yöntemlerine oranla daha azdır. Bu nedenle erkeklerin de özellikli gruplar içinde ele alınıp kontrasepsiyon danışmanlığı verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (33). Bu kapsamda erkek kontrasepsiyonunda güncel gelişmeler şu şekildedir;

Erkek kontrasepsiyonunda hormonal ve nonhormal yaklaşımlar söz konusudur. *Hormonal yöntemlerde* mekanizma FSH ve LH'ın baskılanarak spermatogenezin engellenmesidir. Eksojen testosteron dozları spermatogenezini

baskılar ancak azospermi testosteron ve progesteron kombinasyonu ile sağlanmaktadır. İlk klinik çalışma 1980 yılında WHO tarafından yürütülmüştür (34,35). Yapılan bir çalışmada kombine (testosteron+progesteron) transdermal jel katılımcılara 20 gün boyunca uygulanmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların kombine transdermal jeli iyi tolere ettiği, herhangi bir yan etkinin oluşmadığı ve gonadotropinlerin etkili bir şekilde baskılandığı bildirilmiştir (34). Yapılan bir diğer çalışmada potansiyel erkek kombine (testosteron+progesteron) kontraseptif oral ajanın (7 α ,11 β -dimethyl-19-nortestosterone undecanoate, DMAU) farmakokinetiği, farmakodinamiği ve güvenliği değerlendirilmiştir. Kombine kontraseptif oral ajanın yemekle birlikte alındığında etkili olduğu ve katılımcılar tarafından iyi tolere edildiği bildirilmiştir. Benzer şekilde bir diğer *potansiyel erkek kombine (testosteron+progesteron) kontraseptif oral ajanın* (11-beta-metil-19-nortestosterone dodesil karbonat, 11-beta-MNTDC) güvenliğinin ve farmakokinetiğinin değerlendirildiği çalışmada da ajanın ciddi bir yan etki oluşturmadığı, iyi tolere edildiği ve 200-400 ve 800 miligramlık dozlarının serum testosteron konsantrasyonunu etkili bir şekilde bastırdığı bildirilmiştir (36,37). Erkek kontrasepsiyonunda spermatogenez, vas deferense ve epididimise etki eden *hormonal olmayan yaklaşımlar* üzerine çalışmalar devam etmektedir (31).

Erkeklerde mevcut kontraseptif yöntemlerin kullanımında faydalar ve olası problemler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Özellikli gruplarda kontraseptif yöntemlerin uygunluk durumu (1,11,17,20,21,25).

	Kontraseptif Yöntem	Uygunluk ^a	Olası Faydalar/Problemler
Adolesanlarda kontrasepsiyon	Oral Hormonal Kontraseptifler (KOK-Mini Hap)	Kategori 1	Bazı genç kadınlar her gün hap almayı zor bulabilir.
	Kombine hormonal enjeksiyon DMPA	Kategori 1 Kategori 2	Enjeksiyonlar başkalarının bilgisi olmadan kullanılabilir.
	Uzun Süreli Geri Dönüşümlü Kontraseptifler (RİA, İmplantlar)	Kategori 2	Uzun süre etkin koruma sağlar. Dışardan fark edilmez. Genç kadınların uterusları daha küçük olması nedeniyle RİA kullanımında gebelik olasılığı yükselir.
	Zaman	Yöntem	Uygunluk ^a
Postpartum dönem (emzirme var)	Postpartum <48 saat	KHK	Kategori 4
		İmplant/ Mini Hap	Kategori 2
		DMPA	Kategori 3
		RİA (Cu, LNG)	Kategori 2
	Postpartum ≥48 saat <4 hafta	KHK	Kategori 4
		İmplant/ Mini Hap	Kategori 2
		DMPA	Kategori 3
		RİA (Cu, LNG)	Kategori 3
	Postpartum ≥4 hafta < 6 hafta	KHK	Kategori 4
		İmplant/ Mini Hap	Kategori 2
		DMPA	Kategori 3
		RİA (Cu, LNG)	Kategori 1
	Postpartum ≥6 hafta < 6 ay	KHK	Kategori 3
		İmplant/ Mini Hap	Kategori 1
		DMPA	Kategori 1
		RİA (Cu, LNG)	Kategori 1
Postpartum ≥6 ay	KHK	Kategori 2	
	İmplant/ Mini Hap	Kategori 1	
	DMPA	Kategori 1	
	RİA (Cu, LNG)	Kategori 1	

Tablo3. Özelliğli gruplarda kontraseptif yöntemlerin uygunluk durumu (devam) (1,11,17,20,21,25).

	Kontraseptif Yöntem	Uygunluk ^a	Faydalar/ olası problemler
Perimenopozda kontrasepsiyon	KHK (haplar, enjeksiyonlar)	Kategori 2	VTE, MI, kardiyovasküler hastalık, inme, meme kanseri riskini artırabilir. Kemik mineral yoğunluğunu artırabilir, over ve endometriyum kanseri riskini azaltır. Vazomotor semptomları azaltır.
	Progesteron içeren preparatlar (haplar, implantlar, enjeksiyonlar)	Belirtilmemiş	VTE, MI riskini artırmaz; kemik mineral yoğunluğunu etkilemez. DMPA kemik mineral yoğunluğunu biraz azaltabilir. Bu dönemde osteoporoz ve kırık riskini artırabilir.
	RİA (Cu, LNG)	Belirtilmemiş	Uzun süreli etkin koruma sağlar. Ancak ağır ve uzun süreli kanama ile ilişkili olabilir.
Engelli bireylerde kontrasepsiyon	KHK (haplar, enjeksiyonlar)	Belirtilmemiş	Hareketsiz ekstremitelere ya da bozulmuş dolaşıma sahip bireyler için kombine hormonal yöntemler artımış VTE riskinden dolayı uygun yöntem olmayabilir
	Progesteron içeren preparatlar (haplar, implantlar, enjeksiyonlar)	Belirtilmemiş	El becerisi gerektirmez. Haplar günlük olarak alınmalıdır. Zihinsel engeli olan bireyler için zor olabilir.
	RİA (Cu, LNG)	Belirtilmemiş	Etkinliği yüksektir. Uzun süreli koruma sağlar.
Erkeklerde Kontrasepsiyon	Erkek kondomu	Belirtilmemiş	Lateksli formları CYBH'a karşı koruma sağlar.
	Vazektomi	Belirtilmemiş	Etkinliği yüksektir. Uzun süreli koruma sağlar. Komplikasyon riski tüp ligasyona göre daha düşük.

^a= Kontraseptif yöntemlerin tıbbi uygunluğu, Cu= Bakırlı rahim içi araç, CYBH= Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, DMPA= Depo Medroksi Progesteron Asetat (sadece progesteron içeren enjeksiyon), KHK= Kombine hormonal kontraseptifler, KOK= Kombine Oral Kontraseptifler, LNG= levonorgestrel (progesteron) içeren rahim içi araç, MI= Miyokard infarktüsü, RİA= Rahim içi araç, VTE= venöz tromboemboli.

2. Kronik Sağlık Sorunlarında Kontrasepsiyon

Gebelik durumunda kronik sağlık sorunları olumsuz maternal ve fetal sonuçlara neden olmakla birlikte maternal morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır. Kronik hastalığın tipi ve gebelikten doğacak riskler göz önünde bulundurularak uygun kontraseptif yöntem seçilmelidir. Kontraseptif yöntemler kronik hastalığa sahip kadınlar dahil genellikle tüm kadınlar için güvenlidir (38).

Kombine hormonal kontraseptifler artımış MI ve inme riski ile ilişkili olabilir. Bununla

birlikte sağlıklı kadınlarda MI ve inme çok nadir görüldüğünden riskin iki katına çıkması bile düşük risktir. Ancak kronik sağlık sorununa sahip kadınlarda kombine hormonal kontraseptif yöntemlerin uygunluğu değerlendirilmelidir. Obezite, artımış kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Obez bireylerde sigara kullanımı olmadığı sürece 35 yaşın üzerindeki bireyler de dahil olmak üzere kontraseptif yöntem sınırlanmaz (7).

Kadınlarda sık görülen kronik hastalıklarda kontraseptif yöntemlerin uygunluk durumu Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Kronik sağlık sorunlarında kontraseptif yöntemlerin uygunluk durumu (11,17,39).

Kronik hastalık Koşul	KHK	İmplant/ Mini Hap	DMPA	RİA (Cu/ LNG)
Hipertansiyon				
Kontrol altına alınmış Sistolik 140-159 ya da diyastolik 90-99	Kategori 3	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 1
Sistolik \geq 160 ya da diyastolik \geq 100	Kategori 4	Kategori 2	Kategori 3	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 2
Vasküler hastalıklar	Kategori 4	Kategori 2	Kategori 3	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 2
Diyabet				
Vasküler olmayan hastalıkta (insüline bağımlı ya da bağımlı değil)	Kategori 2	Kategori 2	Kategori 2	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 2
Vasküler hastalık, nefropati, nöropati, retinopati	B: Kategori 3 D: Kategori 4	Kategori 2	Kategori 3	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 2
Obezite				
BKİ \geq 30 kg/m ²	Kategori 2*	Kategori 1	Kategori 1	Kategori 1
Karaciğer hastalıkları				
Akut/Kronik Hepatit	Kategori 4	Kategori 1	Kategori 1	Kategori 1
Karaciğer tümörleri	Kategori 4	Kategori 3	Kategori 3	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 3
Meme kanseri				
Mevcut	Kategori 4	Kategori 4	Kategori 4	Cu: Kategori: 1 LNG: Kategori 4
Geçmişte var ve 5 yıldır kanser öyküsü yok	Kategori 3	Kategori 3	Kategori 3	Cu: Kategori 1 LNG:Kategori 3
Servikal kanser				
Tedavi için bekliyor	Kategori 2	İmplant: Kategori 2 Mini hap: Kategori 1	Kategori 2	Cu (B): Kategori 4 Cu (D): Kategori 2 LNG (B): Kategori 4 LNG (D): Kategori 2
Endometriyal kanser				
Koşul yok	Kategori 1	Kategori 1	Kategori 1	Cu (B): Kategori 4 Cu (D): Kategori 2 LNG (B): Kategori 4 LNG (D): Kategori 2
Over kanseri				
Koşul yok	Kategori 1	Kategori 1	Kategori 1	Cu: Kategori 1 LNG: Kategori 1

B= Başlangıç, BKİ= Beden kitle indeksi, Cu= Bakırlı rahim içi araç, D= Devam, DMPA= Depo Medroksi Progesteron Asetat (sadece progesteron içeren enjeksiyon), KHK= Kombine hormonal kontraseptifler, LNG= levonorgestrel (progesteron) içeren rahim içi araç *= BKİ \geq 35 olan 40 yaş üzeri kadınlarda Kategori 3.

3. Doğurganlığın Düzenlenmesi Hizmetlerinde Eğitim ve Danışmanlık

Kontraseptif yöntemlerin kullanılmaması, daha az etkili bir yöntem kullanılması, yöntemlerin yanlış kullanılması ya da yöntemin doğru şekilde sürdürülmemesi istenmeyen gebelik oranlarında ve sıklığında artışa neden olur. Bireye özgü verilen eğitim ve danışmanlık, istenmeyen gebelikleri önlemek için en önemli stratejidir (40).

Literatürde sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin, seçilen kontraseptif yönteme başlama ve yöntemi sürdürme üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar mevcuttur (41-43). Yapılan bir çalışmada kaliteli doğurganlığın düzenlenmesi hizmeti verilen bireylerde seçilen kontraseptif yönteme başlama ve yöntemi sürdürme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (41). Yapılan bir sistematik derlemede çiftlere verilen doğurganlığın düzenlenmesi danışmanlık hizmetinin kontraseptif kullanımını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (43).

Sağlık bakım profesyonelleri özellikle bireylerin kolayca ulaşabileceği konumda olan hemşireler, sunacağı kaliteli doğurganlığın düzenlenmesi danışmanlık hizmetiyle bireylerin kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını etkileyebilir. İstenmeyen gebelikleri, istemli düşükleri, sık gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önleyebilir dolayısıyla morbidite ve mortalite oranlarını azaltarak kadın ve toplum sağlığını yükseltebilir.

3.1. Doğurganlığın Düzenlenmesi Hizmetlerinde Danışmanlık İlkeleri, Süreci Ve Türleri

Doğurganlığın düzenlenmesi süreci danışan merkezli bir süreçtir ve bireylerin ilgi ve ihtiyaçlarına odaklanmalıdır. Bu bağlamda yapılması gereken bireye ihtiyaç duyduğu doğru bilgiyi tarafsız bir şekilde aktararak bireyin kendi kararını vermesini sağlamaktır (44). Her ne kadar danışmanlık için temel alınacak spesifik öneriler hakkında araştırmalar kısıtlı sayıda olsa da danışmanlık ilkeleri ve uygulama basamakları verilecek hizmet için yararlı olabilir.

3.1.1. Doğurganlığın Düzenlenmesi Hizmetlerinde Danışmanlık İlkeleri

Ayrımcılık yapmama, kontraseptif yöntemleri bilme ve sağlama, erişilebilir-kabul edilebilir bilgi ve hizmetler, kalite, bilgilendirilmiş onam, gizlilik ve mahremiyet, katılım ve sorumluluk olmak üzere 8 insan hakları ilkesi aile planlaması hizmetlerine yön verir (1).

3.1.2. Doğurganlığın Düzenlenmesi Hizmetlerinde Danışmanlık Süreci

En yaygın kullanılan danışmanlık uygulama basamakları rehberi KAYNAK'tır. Yapılan çalışmalarda verilen danışmanlık hizmetinde bu rehberin kullanılması, kontraseptif yöntem kullanımında artış ile ilişkili bulunmuştur (43). 5 bileşenden oluşur;

K: Karşılıyarak selam verin,

A: Alaka göstererek sorular sorun,

Y: Yöntemler konusunda bilgi verin,

N: Ne tür yöntem seçeceği konusunda yardımcı olun,

A: Seçilen yöntem konusunda açıklayıcı bilgiler verin,

K: Kontrole, izleme çağırın (9, 43).

Bir diğer danışmanlık uygulama basamakları rehberi Kontraseptif Danışmanlık Modeli'dir. 5 bileşeni vardır;

Tanımla-belirle: Bireyin gebelik hakkında düşünceleri, gelecek 3 ay içinde ya da gelecek yıl için gebelik planlama durumunu belirle,

Keşfet araştır: Gebelik niyetleri, kontraseptif kullanma deneyimleri, kontraseptif yöntem tercihlerini keşfet,

Yardımcı ol: Bireyin sahip olduğu bilgileri gözden geçir, kontraseptif yöntem seçimi için yardımcı ol,

Derle: Mevcut kontraseptif yöntem kullanma durumu, verdiği karar hakkında duygu-düşünceleri, sormak istediği şeyler, yan etki yaşadığında yapacağı plan

Sağla-temin et: Aynı gün içerisinde bireyin kontraseptif yöntem ihtiyacını karşılamaya yardımcı ol, bir sonraki ziyareti planla. (45).

3.1.3. Doğurganlığın Düzenlenmesi Hizmetlerinde Danışmanlık Türleri

Aile planlaması hizmetinde 3 tip danışmanlık türü vardır;

Genel danışmanlık: Kadın ve erkek üreme anatomisi, fizyolojisi ve tüm yöntemler hakkında görseller, broşürler vb. kullanılarak genel bilgiler verilir.

Yönteme özel danışmanlık: Bireyin ilgi duyduğu yöntemler hakkında sorular sorulur, bireyin kararı doğrultusunda uygun yöntemi seçilir, seçilen yönteme ilişkin ayrıntılı bilgiler (kontraseptif yöntemin etki mekanizması, yan etkileri vb.) verilir.

İzlem danışmanlığı: Bireyin yöntemden memnun olup olmadığı, yöntemi kullanmaya devam edip etmediği, doğru kullanıp kullanmadığı takip edilir. Gerekirse ihtiyaç duyduğu kontraseptif yöntem temin edilir. Soruları yanıtlanır, küçük yan etkiler tedavi edilir, ciddi yan etkiler varsa yöntem değiştirilir (9).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık bakım profesyonelleri tarafından sunulan kaliteli ve etkin doğurganlığın düzenlenmesi hizmeti kadın, aile, toplum ve çevre sağlığını yükseltir. Bireylerin sağlığını koruma ve etkin yöntem kullanımını artırmak için bireye özgü kontraseptif yöntem seçilmelidir. Sağlık bakım profesyonelleri ve özellikle sağlıklı ve hasta bireylerle uzun zaman geçiren hemşireler bu alandaki güncel gelişmeleri takip etmeli; özellikli gruplara ve kronik sağlık sorunu olan bireylere uygun kontraseptif yöntemler hakkında güncel ve kanıta dayalı bilgileri sunabilmelidir. Hemşireler doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin planlanmasında, sunulmasında ve değerlendirilmesinde etkin rol almalıdır.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı:

Araştırma fikri: Nihal AVCI; Çalışma tasarımı: Nihal AVCI, Meltem MECDİ KAYDIRAK, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ; Literatür taraması: Nihal AVCI; Makale yazımı: Nihal AVCI; Denetleme, eleştirel inceleme ve son kontrolün yapılması: Meltem MECDİ KAYDIRAK, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar olarak, araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecine yönelik herhangi bir destek ya da teşekkür beyanımız bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. World Health Organisation (WHO). Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 Edition. [Internet]. 2018. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
2. United Nations Population Fund (UNFPA). Family planning. [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. <https://www.unfpa.org/family-planning>
3. World Health Organisation (WHO). Family planning/Contraception. [Internet]. 2018. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive methods: A review of nonbarrier and barrier products. *Journal of pharmacy practice* 2017; 30(1), 130-135.
5. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. *American journal of obstetrics and gynecology* 2017; 216(2), 101-109.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Barrier Methods of Birth Control. Spermicide, Condom, Sponge, Diaphragm and Cervical Cup. [Internet]. 2018. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Barrier-Methods-of-Birth-Control-Spermicide-Condom-Sponge-Diaphragm-and-Cervical-Cup?IsMobileSet=false>
7. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). For Contraceptive Use. UKMEC 2016. [Internet]. 2019. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016/>
8. Ontiri S, Ndirangu G, Kabue M, Biesma R, Stekelenburg J, Ouma C. Long-Acting Reversible Contraception Uptake and Associated Factors among Women of Reproductive Age in Rural Kenya. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(9), 1543.
9. Beji NK. (Ed.). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp; 2016.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. [Internet]. 2019. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019].

- http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf
11. World Health Organisation (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Fifth Edition 2015. [Internet]. 2015. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
 12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Contraception Resources from the CDC: 2016 U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. [Internet]. 2016. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf>
 13. World Health Organisation (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health. Achieving universal health coverage for the world's 1.2 billion adolescents. [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2019]. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/
 14. World Health Organisation (WHO). Adolescent Pregnancy. [Internet]. 2019. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 15. Özgü E, Yakut Hİ. Adolesan Kontrasepsiyon. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2015; 12(5), 191-193.
 16. Kalamar AM, Tunçalp Ö, Hindin MJ. Developing strategies to address contraceptive needs of adolescents: exploring patterns of use among sexually active adolescents in 46 low- and middle-income countries. *Contraception* 2018; 98(1), 36-40.
 17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Summary chart of US medical eligibility criteria for contraceptive use. [Internet]. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf
 18. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2017; 18(7), 677-688.
 19. Sözbir ŞY, Herek B, Boğa ME, Koçak G, Akbaş P. Postpartum İlk 48 Saatte Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Seçimi ve Kullanımına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 4(1), 29-39.
 20. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline: Contraception for Women Aged Over 40 Years. [Internet]. 2019. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
 21. Australian Family Physician (AFP). Perimenopausal contraception: A practice-based approach. [Internet]. 2017. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.racgp.org.au/afp/2017/june/perimenopausal-contraception-a-practice-based-approach/>
 22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disability and Health Overview Impairments, Activity Limitations, and Participation Restrictions. [Internet]. 2019. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>
 23. Cangöl E, Karaca P, Aslan E. Engelli bireylerde cinsel sağlık. *Androloji Bülteni* 2013; 53(1), 141-146.
 24. World Health Organisation (WHO). Disability. World report on disability. [Internet]. 2011. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
 25. World Health Organisation (WHO). Selected practice recommendations for contraceptive use. Third Edition 2016. [Internet]. 2016. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/
 26. Yağmur Y, Aytekin S. Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018; 11 (1), 56-60.
 27. Islam MM, Gagnon, AJ. Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC Women's Health* 2016; 16 (1), 15.
 28. World Health Organisation (WHO). Migrant women's health issues: addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status. [Internet]. 2016. [Erişim tarihi: 11 Aralık 2019]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1
 29. World Health Organisation (WHO). Improving family planning service delivery in humanitarian crises. [Internet]. 2017. [Erişim tarihi: 11 Aralık 2019]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255864/WHO-RHR-17.13-eng.pdf?sequence=1>
 30. Gava G, Meriggiola MC. Update on male hormonal contraception. *Therapeutic advances*

- in endocrinology and metabolism 2019; 10, 2042018819834846.
31. Reynolds-Wright JJ, Anderson RA. Male contraception: where are we going and where have we been? *BMJ sexual & reproductive health* 2019; 45(4), 236-242.
 32. Ross J, Hardee K. Use of male methods of contraception worldwide. *Journal of biosocial science* 2017; 49(5), 648-663.
 33. Şat SÖ, Erenel AŞ, Sözbir ŞY. Özellikli Gruplarda Kontrasepsiyon Danışmanlığı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 10(2), 190-197.
 34. Roth MY, Page ST, Bremner WJ. Male hormonal contraception: looking back and moving forward. *Andrology* 2016; 4(1), 4-12.
 35. Plana O. Male contraception: research, new methods, and implications for marginalized populations. *American journal of men's health* 2017; 11(4), 1182-1189.
 36. Ayoub R, Page ST, Swerdloff RS, Liu PY, Amory JK, Leung A, ... Bremner WJ. Comparison of the single dose pharmacokinetics, pharmacodynamics, and safety of two novel oral formulations of dimethandrolone undecanoate (DMAU): a potential oral, male contraceptive. *Andrology* 2017; 5(2), 278-285.
 37. Wu S, Yuen F, Swerdloff RS, Pak Y, Thirumalai A, Liu PY, ... Anawalt BD. Safety and Pharmacokinetics of Single-Dose Novel Oral Androgen 11 β -Methyl-19-Nortestosterone-17 β -Dodecylcarbonate in Men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2018; 104(3), 629-638.
 38. Duman M, Taşhan ST, Serin EK. Kronik Hastalığı Olan Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2019; 6(2), 83-91.
 39. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline: Overweight, Obesity & Contraception. [Internet]. [Erişim tarihi: 21 Kasım 2019]. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guideline-overweight-obesity-and-contraception/>
 40. Dehlendorf C., Krajewski C., Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2014;57(4), 659.
 41. Dehlendorf C., Henderson JT., Vittinghoff E., Grumbach K., Levy K., Schmittiel J. et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016; 215(1), 78-e1.
 42. Rodriguez J., Abutouk M., Roque K., Sridhar A. Personalized contraceptive counseling: helping women make the right choice. *Open access journal of contraception*. 2016; 7, 89.
 43. Cavallaro FL., Benova L., Owolabi OO., Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't?. *BMJ sexual & reproductive health*. 2020; 46(4), 254-269.
 44. Yurdakul M., Çobaner AA. Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi, iletişim ve danışmanlık. *Türkiye klinikleri j obstet womens health dis nurs-special topics*. 2015;1(2).
 45. Contraceptive Action Plan. Promoting Knowledge and Opportunity. Contraceptive Counseling Model. [Internet]. [Erişim tarihi: 13 Mart 2021]. <https://www.contraceptiveactionplan.org/index.php/tools-and-resources-menu-item/cap-5-steps-of-contraceptive-counseling-model>