



Özellikli Gruplarda Kontrasepsiyon Danışmanlığı

Contraception Counseling in Diverse Populations

Sultan Özkan Şat¹, Ayten Şentürk Erenel¹, Şengül Yaman Sözbir¹

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

Özet

Üreme sağlığı/cinsel sağlık hakları, kişisel haklar kapsamında ele alınmakta ve her iki cinsiyeti de ilgilendirmektedir. Tüm insanların kolay ulaşılabilir ve kaliteli üreme sağlığı hizmeti alma hakkı vardır. “Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme” de üreme sağlığı hakları arasında yer almaktadır. Özellikle gruplar olarak nitelenebilecek gruplarda yer alan bireylerin ihtiyaçları ve seçebilecekleri yöntemler farklılık gösterebildiği için bu gruplara kontraseptif yöntem danışmanlığı yapacak sağlık profesyoneline önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu derlemede; özellikli gruplara (adölesanlar, erkekler, premenopozal dönemdeki kadınlar, engelli bireyler, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) dahil cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyler ve postpartum süreçte olan kadınlar) yönelik kontrasepsiyon danışmanlığının ele alınması ve sağlık profesyonellerinin bu gruplara yönelik danışmanlıkta göz önünde bulundurması gereken durumların güncel bilgiler doğrultusunda paylaşılması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kontrasepsiyon, Danışmanlık, Adölesan, Erkek, Premenopoz, Engelli Kişiler, Postpartum Dönem.

Abstract

Reproductive health/sexual health rights are supposed within the scope of personal rights and it is relevant to both genders. All people have the right to obtain easily accessible and quality reproductive health services. “Deciding whether or not to have children” is also a part of reproductive health rights. Healthcare professional who will be providing counseling about contraceptives method to these groups have important responsibility because the needs of the individuals in the groups referred to as diverse groups can differ. In this review it was aimed to discuss counseling of contraception for diverse groups (adolescents, men, women in the perimenopausal period, disabled individuals, individuals with sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus (HIV), and women in the postpartum period). In addition, it will be share up-to-date information about the conditions that health professionals should consider in counseling for these groups.

Keywords: Contraception, Counselling, Adolescent, Men, Perimenopause, Disabled Person, Postpartum Period.

Giriş

Üreme sağlığı / cinsel sağlık hakları, kişisel haklar kapsamında ele alınmakta ve her iki cinsiyeti de ilgilendirmektedir. Tüm insanların kolay ulaşılabilir ve kaliteli üreme sağlığı hizmeti alma hakkı vardır. “Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme” de üreme sağlığı hakları arasında yer almaktadır (1, 2, 3). Kişilerin çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkını kullanabilmelerinde önemli noktalardan biri, gebelikten koruyucu yöntemlere ulaşabilmeleri, doğru bir danışmanlık olarak bu yöntemleri etkin bir şekilde kullanabilmeleridir (3). Dünya Sağlık Örgütü yayınlarında, tıbbi olarak içinde buldukları durum, kullanabilecekleri yöntemlerin sınırlı olması veya yönteme ulaşmada diğer bireylere göre daha dezavantajlı durumda olmaları veya yaşamın özel dönemlerinde bulunmaları nedeniyle bazı gruplar özellikli gruplar olarak ele alınmaktadır. Bu gruplar; adölesanlar, erkekler, premenopozal dönemdeki kadınlar, engelli bireyler, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) dahil cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyler ve postpartum süreçte olan kadınlardır (2).

2013 yılında yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA 2013) göre; 15-49 yaş aralığındaki kadınların %73,5'inin gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullandığı ve yöntem kullananların %47,4'ünün modern yöntemleri tercih ettiği belirtilmektedir. Modern yöntem kullanan kadınlar arasında en çok kullanılan yöntemlerin ise Rahim İçi Araçlar (RİA) (%11,8) ve kondom olduğu (%10,9) belirtilmektedir (4). Türkiye'de gebelikten koruyucu yöntemlerin kullanımına ilişkin yeterli veri bulunmakla birlikte özellikli grupların yöntem kullanımını ayrıca gösteren veriler sınırlıdır. Yöntem kullanım verileri aile planlaması hizmetlerinin sunumunu şekillendirmektedir. Buradan yola çıkıldığında, ülkemizde sunulan aile planlaması hizmetlerinde özellikli gruplara diğerlerinden farklı olarak, özel bir hizmet planlaması olmadığı düşünülmektedir. Buna karşın bu gruplarda yer alan bireylerin ihtiyaçları ve seçebilecekleri yöntemler farklılık göstermektedir (2). Bu derlemede; özellikli gruplara yönelik kontrasepsiyon danışmanlığı ve sağlık profesyonellerinin bu gruplara yönelik danışmanlıkta göz önünde bulundurması gerekenlere yönelik güncel bilgilerin paylaşılması amaçlanmaktadır.

Kontrasepsiyon Danışmanlığı

Danışmanlık, bireylere herhangi bir konuda alanında uzman kişi ya da kişiler tarafından yönlendirici olmadan kendi karar ya da fikirlerini oluşturmalarında yardımcı olmaktır. Danışmanlık profesyonel bir ilişki biçimi olup yalnızca bilgi aktarmayı kapsamaz, aynı zamanda duygu ve düşünce alışverişini de kapsayan bir paylaşım sürecidir. Kontrasepsiyon danışmanlığı ise, bireylere kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilen ve bireylerin bir yöntem seçip kullanmasına rehberlik edilen bir süreçtir. Bu süreç, hizmet alan ve hizmet veren arasında yöntemlerin olumlu-olumsuz özelliklerinin, ulaşılabilirliğinin, kabul edilebilirliğinin, kullanım kurallarının ve koruma oranlarının tartışıldığı dinamik bir süreçtir (5, 6). Kontrasepsiyon danışmanlığı; genel, yönetime özel ve izlem danışmanlığı olarak üç şekilde yapılmaktadır. Genel danışmanlık; aile planlamasının kadın sağlığı, çocuk sağlığı ve toplum sağlığı açısından yararlarının anlatıldığı, gebelikten koruyucu yöntemler konusunda genel bilgilerin paylaşıldığı; yönetime özel danışmanlık; seçilen bir yönetime ilişkin ayrıntılı bilgilerin verildiği; izlem danışmanlığı ise; kullanılan yönetime ilişkin izlemlerin yapıldığı danışmanlıktır (6).

Bununla birlikte verilen danışmanlık hizmetinin etkili ve başarılı olması için uyulması gereken bazı kurallar bulunmaktadır (6, 7). Bunlar:

- Öncelikle danışmanlık yapan sağlık profesyoneli etkili iletişim becerilerine sahip olmalıdır.
- Danışanın mahremiyetini korumaya özen gösterilmeli, kişilik haklarına saygı duyulmalıdır.
- Danışanın endişeleri veya sorularını ifade etmesine olanak veren güven ilişkisi kurulmalıdır.
- Danışan merkezli olmalıdır. Bu nedenle danışmanlık, danışanın ihtiyaçları çerçevesinde yapılmalıdır.
- Danışmanlık yapacak sağlık profesyoneli tüm yöntemler konusunda yeterli ve güncel bilgiye sahip olmalıdır.
- Danışman danışanların kontrasepsiyon kararlarını etkileyebilecek sosyokültürel, psikolojik, ekonomik durum vb. farkında olmalıdır. Bu amaçla; gebelikten koruyucu yöntemlerin kullanılabilirliğinin önündeki engelleri belirleyip, bunların ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunmalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk altında bulunan bireylere ikili yöntem (seçilen yönetime ek olarak bariyer yöntem kullanma) kullanımını konusunda danışmanlık verilmelidir.

Son olarak danışmanlık yapan sağlık profesyonelinin; iyi bir iletişim becerisinin olması, yöntemler hakkında güncel bilgilere sahip olması, danışanların yöntemler hakkında yanlış bilgileri ve uygulamaları varsa onların ortadan kaldırılmasına yönelik girişimleri ve uygun yöntem seçmelerine yardımcı olmak gibi sorumluluklarının farkında olması ve bütün bunların yanı sıra özellikli gruplar ve onlara yönelik danışmanlık bilgi ve becerisine sahip olması gerekmektedir.

Özellikli Gruplarda Kontrasepsiyon Danışmanlığı

1. Adölesanlara Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, 10-19 yaşlar adölesan dönem olarak kabul edilmektedir (8, 9). Ancak bu gruba yönelik öneriler genellikle 25 yaş ve altındaki bireyleri de kapsayabilmektedir (2). Dünya nüfusunun önemli bir kısmını oluşturan adölesanlar, erken yaşta cinsel aktiviteye başlama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelikten koruyucu yöntem kullanmama ve istenmeyen gebelikler bakımından yüksek riskli grupları oluşturmaktadırlar. Bu nedenle bu gruba yönelik danışmanlık hizmetlerinin öncelikli olarak sunulması toplum sağlığı bakımından önem taşımaktadır. (10, 11). Bu nedenle DSÖ, adölesan gruptaki bireylere hizmet sunulurken öncelikli olarak, genç bireylerin geliş amaçlarının öğrenilmesini ve özel durumlarının belirlenmesini önermektedir (2). Bunun için danışmanlık yapılan kişinin bazı özelliklerinin belirlenmesi önemlidir. Bunlardan bazıları evlilik durumu, cinsel eş sayısı, düzenli cinsel aktivitesinin olup olmaması gibi durumlardır. Bütün bunlar adölesanın danışmanlık sırasındaki ihtiyaçlarını değiştirebilmektedir. Adölesanlara yönelik gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı, özellikle sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik olmalı, aktif cinsel yaşantıya yönlendirici nitelikte olmamalıdır. Bu amaca yönelik olarak adölesan, cinsel aktivitenin ancak kendisini hazır hissettiği zaman başlaması konusunda bilgilendirilmelidir (12). Adölesanlara yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda önemli unsurlardan biri; hizmet alımı için herhangi bir otoritenin (ebeveyn, yasa, prosedür vs.) iznine ihtiyaç duyulmadan sunulması, adölesanın yöntem seçiminde otonomisini kullanmasıdır. Adölesan, hem bedensel, hem de zihinsel olarak tam olgunluğa ulaşmadığı için yöntem seçimi için yapılandırılmış bir danışmanlık sunulması uygun bir yaklaşım olacaktır (5). Adölesanlara yönelik kontrasepsiyon danışmanlığı yetişkinlere sunulan danışmanlıktan farklılık göstermektedir.

Adölesanlara yönelik kontrasepsiyon danışmanlığı “Genç Dostu Hizmet Sunumu” şeklinde yapılmalıdır (2, 13). Gençlik dostu hizmet sunumu; gençleri kendine çeken, rahat, uygun bir ortamda onların kendilerini kolaylıkla ifade edebildikleri; ihtiyaçlarını karşılayan politika ve nitelikleri taşınmalıdır (14). Ayrıca gençlik dostu hizmet; erişilebilir, kabul edilebilir, adil, uygun ve etkili hizmet sunumunu içermektedir (14, 15). Sağlık personelinin de bu hizmeti sunarken bazı kurallara dikkat etmesi gerekmektedir. Bu kurallar şu şekildedir (2, 4, 14-16):

- Adölesanlara, kendilerine yönelik hizmet sunmaktan memnun olduğunun hissettirilmesi,
- Adölesanın gizliliğinin ve güvenliğinin sağlanması,
- Hizmetin mümkün olduğunca ücretsiz veya düşük maliyetli olması,
- Adölesana kendisini dikkatle dinlediği mesajının verilmesi ve “nasıl yardımcı olabilirim” gibi açık uçlu sorular sorularak kendini ifade etmesi için fırsat verilmesi,
- Basit bir dil kullanılması ve tıbbi terimlerin kullanılmaması,
- İstemesi durumunda görüşmeye eşinin de dahil edilmesi,

- Yargılayıcı ifadelerden kaçınılması, (şunu yapmamasın gibi ifadelerin yerine, alternatifler sunulması, “Şunu yapabilirsin” gibi ifadeler kullanılması ve onaylanmasa bile adölesanın söyledikleri veya yaptıklarının eleştirilmemesi),
- Etkili, güvenli ve adölesanlar tarafından kabul edilebilecek uzun süre etkili ve geri dönüşlü yöntemlerin de danışmanlık kapsamına dahil edilmesi,
- Adölesanın seks, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili soruları, korkuları ve varsa yanlış bilgilerinin tamamen ele alınması ve yeterli zaman ayrılması,
- Ergenlik dönemi, menstrüel kanama, mastürbasyon, gece boşalması vb. cinsel sağlıkla ilgili bütün sorulara uygun ve doğru yanıtlar verilmesi,
- Özellikle genç bir kadının seçimlerinin kendisine ait olduğundan emin olmasının sağlanması (Eğer genç kadın cinsel ilişki için baskı altında ise bu baskıyı nasıl azaltabileceğini ya da durdurabileceğine ilişkin yardımcı olunmalı).

Adölesan grupta kontrasepsiyon danışmanlığının tek bir yöntem değil, ikili yöntem kullanmaya odaklı olması gerektiği belirtilmektedir. Bu amaca uygun olarak adölesanlara cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunabilmeleri için kondom kullanımının önemi açıklanmalıdır (2, 4, 10, 11).

Adölesanlara yönelik kontrasepsiyon danışmanlığının önemli noktalarından birisi de izlemdir. Seçilen yönteme uyumu, yan etkisi ve varsa zorlukları belirlenmeli, yöntem kullanımının devamlılığı konusunda motivasyon sağlanmalı veya seçilen yöntemle ilgili sorun varsa başka bir yöntem seçilmesi konusunda yardımcı olunmalı, bütün bunlara yönelik kontrol ziyareti planlanmalıdır. Bunun için kontraseptif yöntem kullanımına başladıktan sonraki 3-6 haftalık sürecin ilk izlem için uygun olacağı belirtilmektedir (5).

Adölesan kadınların kullanabileceği en uygun yöntemlerin implantlar, bakırlı rahim içi araçlar (RİA) ve hormonlu RİA'lar gibi uzun etkili ve geri dönüşlü yöntemler olduğu belirtilmektedir. Ayrıca enjeksiyonların da adölesanlar için tercih edilebileceği belirtilmektedir (2, 5, 10, 13, 17).

2. Erkeklerle Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

Erkeklerle yönelik gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı, eşlerinin gebelikten koruyucu yöntem kullanma kararlarını etkileyebilmeleri nedeniyle önem taşımaktadır. Bu durum bazen kadının yöntem kullanmasını desteklemek şeklinde olabileceği gibi, bazen de yöntem kullanmasını engelleyecek şekilde olabilmektedir (2, 18). Literatürde kontrasepsiyon danışmanlığı açısından uygulamadaki en büyük sorunlardan birinin erkeklerin danışmanlık sürecine dahil edilmesi olduğu belirtilmektedir (19). Ebeveyn olmaya karar vermek çiftleri ilgilendiren bir durum olmakla birlikte, gebeliğin kadın bedeninde gerçekleşmesi, kadını doğrudan etkilemesi gibi nedenlerden dolayı erkekler, gebelikten koruyucu yöntem kullanım sorumluluğunu genellikle kadınlara bırakmaktadırlar (20). Bununla birlikte erkeklerin kullanabilecekleri yöntemler bulunmakta olup, bunların yan etkileri kadınların kullanabilecekleri yöntemlere oranla

oldukça azdır (21). Bu nedenlerle erkeklerin de özellikli gruplar içinde ele alınarak gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı açısından hassasiyetle ele alınmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Erkeklerle yapılan gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığının aşağıda belirtilen konuları kapsayacak biçimde yapılması önerilmektedir (2, 22);

- Hem kadınlar, hem de erkeklerin kullanabileceği mevcut gebelikten koruyucu yöntemlerin etki mekanizması ve etkililik düzeyleri açıklanmalı,
- HIV dahil olmak üzere, cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşma yolları, belirtileri, korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmeli,
- Gebelikler arasındaki sürenin en az 2 yıl olmasının önemi açıklanmalı,
- Kadın ve erkek cinsel organlarının anatomi ve fizyolojisi açıklanmalı,
- Güvenli gebelik ve doğum hakkında bilgi verilmelidir.

Kondom ve vazektomi erkeklerin kullanabileceği yöntemlerdir. Vazektomi, cerrahi işlemle gerçekleştirilen kalıcı kontraseptif yöntemlerden biridir. İşlem vas deferenslerin kesilmesi ya da bağlanması yoluyla bloke edilmesi esasına dayanmaktadır (1). Böylece spermilerin seminal mayiye geçişi engellenerek gebeliğin oluşması önlenmektedir. İşlem sonrası yöntemin tam olarak etkin olabilmesi için vas deferenslerin bloke edilen kısmının altında kalan bölümde mevcut olan spermilerin sonlanması gerekmektedir. Bu nedenle ve bu süreçte 3 ay boyunca kondom kullanılması önerilmektedir. Bu süre sonunda yapılan semen analizinde sperme rastlanmazsa yöntemin etkin olduğu söylenebilir (1, 21, 22).

Erkeklerle yönelik geliştirilme aşamasında olan yöntemler de bulunmaktadır. Bunlar arasında androjen ve progesteron analoglarının kombinasyonundan oluşan depo enjeksiyonlar/implantlara yönelik çalışmalarda önemli gelişmeler kaydedildiği, transdermal yama ve oral kontraseptiflere yönelik çalışmaların da devam ettiği belirtilmektedir (23, 24). Yapılan bir çalışmada; testesteron enjeksiyonuyla kombine edilen levonorgestrel implantların (160 µg/gün) testesteron enanthate enjeksiyonuyla kombine edilen levonorgestrel yamalardan (125 µg/gün) daha etkili olduğu, günlük 500 µg alınan levonorgestrelin haftalık 100 mg enjeksiyon olarak alınan testesteron enanthate enjeksiyonunun etkinliğini artırdığı ve 500 mg testesterone undecanoate'ın 1000 mg testesterone undecanoate'a göre daha az azospermi yapma etkisinin olduğu belirlenmiştir (25). Erkeklerle yönelik topikal nesteron ve testesteron kombinasyonundan oluşan transdermal jel bazlı hormonal kontraseptiflerin kabul edilebilirliğini belirlemek için yapılan bir başka çalışmada; çalışmaya katılan erkeklerin %56'sının (44/79 erkek) yöntemden memnun olduğu ve %51'inin şu an ulaşılabilir durumda olsa yöntemi diğer erkeklerle önerebileceği bulunmuştur (26). Bu nedenle erkeklerin kullanabileceği hormonal kontraseptif yöntemlere ilişkin çalışmaların yapılmasının geri dönüşlü ve etkili gebelikten koruyucu yöntem sunumunun çeşitlendirilmesi bakımından önemli olduğu söylenebilir.

Premenopozal Dönem Kadınlara Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

Premenopozal dönem, menstrual siklusta değişimlerin başlaması ile karakterize menopoza önceki 2-6 yıllık dönemi kapsayan bir süreçtir (27). Bu sürecin ortalama 5 yıl sürdüğü belirtilmektedir. Menopozun 45-55 yaş arasında gerçekleştiği bilinmekle birlikte kadınların çoğu genellikle 55 yaşına kadar menopoza girmektedir. Premenopozal dönemdeki kadınların fertilité yeteneğinin devam ettiği ve fertilité yeteneğinin menstrual kanamaların kesilmesinden 12 ay sonra kaybolduğu düşünülmektedir (28). Bu nedenle istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kadının fertilité yeteneğinin kaybolduğundan emin olununcaya kadar gebelikten koruyucu bir yöntem kullanılması önemlidir (29). Premenopozal kadınlarda uzun süreli ve geri dönüşlü yöntemlerin avantajlı olduğu belirtilmektedir (2, 30). Hormonal yöntem kullanan kadınlarda menstrual siklus etkilenebileceği için yöntem bırakılmadan önce hormonsuz bir yöntem geçilmesi ve bakırlı RİA'ların menstrual kanamaların kesilmesinden 12 ay sonra çıkarılması premenopozal kadınlara ilişkin öneriler arasında yer almaktadır (2).

Premenopozal dönemdeki kadınlara yapılacak kontrasepsiyon danışmanlığının diğer bireylere yapılan danışmanlıktan bir farkı olmamakla birlikte yöntem seçiminde dikkat edilmesi gereken bazı özel hususlar (sigara kullanımı, anormal vajinal kanama, cinsel ilişki sıklığı, kronik hastalıklar vs.) göz önünde bulundurulmalıdır. Bu özel durumlar olmadığında standart kontrasepsiyon danışmanlığı yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır (2, 31).

DSÖ 2018 (2) rehberine göre premenopozal dönemdeki kadınlara yapılan uygun yöntemler ve danışmanlıkta göz önünde bulundurulması gereken noktalar aşağıda belirtilmektedir:

- *Kombine Hormonal Yöntemler (Kombine Oral Kontraseptifler-KOK, Aylık Enjeksiyonlar, Kombine Yamalar, Kombine Vajinal Halkalar*

35 yaşın üzerindeki sigara içen kadınlar -günde ne kadar sigara içtiğine bakılmaksızın- kombine yama, kombine halka ve kokları, 35 yaşın üzerinde ve günde 15 ya da daha fazla sigara kullanan kadınlar aylık enjeksiyonları kullanmamalıdır. 35 yaş ve üzerinde olup auralı ya da aurasız migreni olan kadınlar kombine hormonal yöntemlerin hiçbirini kullanmamalıdır (2, 28).

- *Hormonal yöntemler (Sadece Progesteron İçeren Haplar, Enjeksiyonlar, İmplantlar)*

Premenopozal dönemdeki kadınlar için estrojen içermeyen bir yöntem kullanımının iyi bir seçenek olduğuna dikkat çekilmekte olup hormonal yöntemler arasında yalnızca progesteron içeren yöntem kullanımı önerilmektedir. Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) kullanımının kemik mineral dansitesini hafif derecede azalttığı, bundan dolayı menopoz sonrası dönemde osteoporoz ve kemik kırıkları görülme ihtimalinin arttığına dikkat çekilmektedir. Ancak DSÖ, DMPA kullanımında kullanım süresi ve yaş açısından herhangi bir kısıtlama yapılmasına gerek olmadığını belirtmektedir (2, 28).

- *Tüp Ligasyon*

Daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlar ve eşleri için tüp ligasyon ve vazektominin iyi bir seçim olabileceği belirtilmektedir. Tüp ligasyon yapılması düşünülen ileri yaştaki kadınlar için dikkatli bir tıbbi değerlendirme yapılması gerekmektedir. (2).

- *Kadın Kondomu, Diyafram, Spermisid, Servikal Kap*

Bu dönemde fertilizasyonun azalmasına bağlı olarak bu yöntemlerin ileri yaştaki kadınları gebelikten koruyabileceği ve düzenli seks yapmayan kadınlar için bu yöntemlerin kabul edilebilir ve uygun olduğu belirtilmektedir (2).

- *İntrauterin Araçlar (Bakırlı RİA, Hormonlu RİA)*

Yaş arttıkça RİA'ların atılma oranlarının azaldığı ve 40 yaşın üzerindeki kadınlarda RİA'ların atılma oranının en az olduğu bilinmektedir. Ancak servikal kanalın daralmasına bağlı olarak RİA'nın uterusu yerleştirilmesinin zor olabileceği belirtilmektedir. Premenopozal kadınlarda RİA uygulanmadan önce anormal vajinal kanama olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir (2). Ayrıca bu dönemdeki kadınların endometrium kanseri açısından yüksek risk taşıması nedeniyle anormal kanama nedenlerinin belirlenmesi önemlidir (32).

- *Ovulasyon Takibi Yöntemi*

Premenopozal dönemdeki kadınlarda menstrüel siklus düzensizliklerinin sık görüldüğü ve ovulasyon zamanının doğru bir şekilde belirlenmesinde zorluklar olabileceği belirtilmektedir (Batrinos, 2013). Bu nedenle DSÖ, premenopozal dönemde bu yöntemin kullanımının uygun olmayabileceğini belirtmektedir (2).

- *Acil Kontrasepsiyon*

Acil kontrasepsiyon bir gebelikten korunma yöntemi olmamakla birlikte gebe kalma riskinin yüksek olduğu korunmasız bir cinsel ilişki sonrası en geç 72 saat içinde uygulanabilecek bir yöntemdir (33). DSÖ, acil kontrasepsiyonu hormonal yöntemleri uzun süreli olarak kullanamayan kadınlar da dahil olmak üzere her yaştan kadının başvurabileceği bir yöntem olarak belirtmektedir (2).

3. Engelli Bireylere Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

Engelli bireylerin, engel türü ve derecesi ne olursa olsun diğer bireyler gibi cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimlerinin ve bakım alma haklarının olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Bu nedenle engelli bireylerin de cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında yeterince bilgilendirilmeye hakları olduğu unutulmadan, danışmanlık aynı şekilde yapılmalıdır (2). Ayrıca engelli bireylerin diğer bireylere göre istismara maruz kalma açısından daha hassas olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum engelli bireylerin kendi istekleri dışında sterilizasyona maruz kalmalarına, küretaj yaptırılmaya zorlanmasına ya da zorla evlendirilmesine neden olabilmektedir (34). Ayrıca engelli bireyler, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma açısından da riskli gruplar arasında yer almaktadır (35). Bütün bunlardan dolayı engelli bireylere gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı yapılırken aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulmalıdır;

- Hassas gruplar arasında yer aldıkları göz önünde bulundurulmalı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığında öncelikli gruplar arasında yer verilmelidir (36).
- Danışmanlıkta bireyin engel durumunun özelliği ve tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin; zihinsel engelli bir bireyin günlük olarak oral kontraseptifleri alması ya da menstrual siklustaki değişimleri takip ederek gebelikten korunması mümkün olmayabilir, bu nedenle danışmanlıkta bu yöntemlere yer verilmeyip, daha uzun vadeli seçenekler önerilmelidir (2, 37).
- Yöntemlerin olası yan etkilerine ilişkin bilgilendirme bireylerin kontraseptif yöntem kullanımına devam etmesi açısından önemlidir. Bu nedenle gerekli açıklamalar anlaşılabilir biçimde ifade edilmelidir (36).
- Özellikle zihinsel engeli olan bireyler ele alınırken bireylerin bilgilendirmiş onamlarının alınması önemlidir. Kişinin durumu tam olarak anlamış olması önemlidir. Eğer bireyle bu konuda etkili iletişim kurulamıyorsa bireyin güvenebileceği ve onun adına karar verebilecek bir kişinin onamının alınması gerekmektedir (2).
- Engelli bireylere ayrımcılık yapılmadan hizmet sunulmalı ve bunu sağlamak için gerekirse ortam düzenlemesi yapılmalıdır. Özellikle fiziksel engeli ve görme engeli olan bireylerin hizmet verilen ortama ulaşımını kolaylaştırmak için fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.
- Görme engelli bireyler için özel hazırlanmış baskılı materyaller, ses kayıtları gibi araçlar kullanılabilir. Sağlık profesyonelinin danışmanlık esnasında sık sık duraklayarak, tekrar ederek anlatım yapması anlaşılmalı kolaylaştırılabilir (37).

Engelli bireylere gebelikten koruyucu yöntemler önerilirken; engel durumunu göz önünde bulundurmamak önemlidir. Fiziksel engeli ve hareket kısıtlılığı olan bireyler için kombine hormonal yöntemlerin kullanılması tromboz açısından riskli olabilmektedir. Bazı el becerisi ve entelektüel becerilerin kullanılmasını gerektiren ring, diyafram, haplar veya doğal yöntemler zihinsel engeli bulunan bireyler için uygun olmayabilir. Genel anlamıyla; tıbbi herhangi bir kısıtlama olmadığı durumlarda uzun etkili ve geri dönüşlü yöntemlerin engelli kadınlar için uygun olabileceği söylenebilir (34, 38, 39).

4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonu Olan (Özellikle HIV) Bireylere Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

Gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı yapan sağlık profesyonelinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve tedavi edilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Cinsel yolla bulaşan herhangi bir enfeksiyonu olan (özellikle HIV) bireylerin gebelikten koruyucu yöntemleri kullanmasında herhangi bir sakınca yoktur. Bu açıdan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yönünden risk altındaki bireylere kullandıkları yöntemlere ek olarak kondom gibi bariyer yöntemler kullanmaları (ikili korunma yöntemi) mutlaka önerilmelidir (2). Özellikle, HIV pozitif bireyler, aynı zamanda incinebilir gruplar arasında yer aldığı için kapsamlı bir kontraseptif danışmanlığı yapılması önemlidir. Bireylerin kontraseptif yöntem kullanımına karar verebilmesi

için yeterince bilgilendirildiğinden emin olunmalı ve yöntem kullanıp kullanmamaya karar verme noktasında otonomileri korunmalıdır (40). DSÖ 2018 rehberine göre HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan bireyler için önerilen gebelikten koruyucu yöntemler şunlardır (2):

Intrauterin Araçlar (Bakırlı RİA- Hormonlu RİA)

Gonore ve klamidya açısından yüksek risk grubunda yer alan veya mevcut gonore, klamidya ve pürülan servisit olan kadınlara rahim içi araçların uygulanması önerilmemektedir. HIV pozitif olup klinik olarak semptom vermeyen ya da orta düzeyde semptomları olan kadınların (antiretroviral tedavi (ARV) alan kadınlar da dahil olmak üzere) intrauterin araçları kullanabileceği belirtilmektedir. Klinik olarak ilerlemiş ve şiddetli semptomu sahip HIV pozitif bireylerin intrauterin araçları kullanmamaları gerektiği belirtilmektedir. Eğer birey intrauterin araçları kullanırken enfekte olmuş, semptomları şiddetlenmiş veya ARV tedavisine başlamışsa RİA kullanmaya güvenle devam edebileceği belirtilmektedir.

Tüp Ligasyon

Bu uygulamanın gonore, klamidya, pürülan servisit ve pelvik inflamatuvar hastalığı (PID) olan kadınlara tedavi edildikten sonra yapılması önerilmektedir. HIV pozitif kadınlarda ise ARV tedavisi alanlar da dahil olmak üzere tüp ligasyon işleminin yapılabilmesi ancak HIV'e sekonder ortaya çıkan mevcut bir hastalık (enfeksiyon, kanser...) olması durumunda işlemin ertelenmesi önerilmektedir.

Vazektomi

Skrotal deride enfeksiyon, aktif cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, penis, sperm kanalları ya da testislerde şişlik ve hassasiyet olması durumunda tedavi edilinceye kadar vazektomi işleminin ertelenmesi önerilmektedir. HIV pozitif erkeklerde ARV tedavisi alanlar da dahil olmak üzere; vazektomi işleminin yapılabilmesi ancak HIV'le ilişkili mevcut bir hastalığın olması durumunda ise işlemin ertelenmesi önerilmektedir.

Spermisidler

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip bireylerin spermisidleri güvenli bir şekilde kullanabileceği belirtilmektedir. HIV pozitif bireylerin ve HIV açısından yüksek riskli grupta yer alanların spermisid kullanması önerilmemektedir.

Kombine Hormonal Yöntemler (Oral kontraseptifler, Aylık Enjeksiyonlar, Ring ve Yamalar)

Kombine hormonal yöntemlerin ARV ile etkileşime geçebileceği belirtilmektedir (40). Ancak DSÖ 2018 rehberinde (2), hem cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan bireylerin hem de HIV pozitif bireylerin (ARV alan kadınlar da dahil olmak üzere) rahat bir şekilde kombine yöntemleri kullanabileceği belirtilmektedir.

Yalnız Progesteron İçeren Haplar, Enjeksiyon ve İmplantlar

Yalnız progesteron içeren yöntemler de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan kadınların güvenle kullanabileceği yöntemlerdir. Bazı çalışmalarda yalnız progesteron içeren enjeksiyonların vajen pH'sını değiştirerek HIV bulaşıcılığını artırabilme olasılığında bahsedilmektedir (41, 42). Bu

konuda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; bakırlı RİA ve sadece progesteron içeren enjeksiyonların HIV edinimi üzerindeki etkisi karşılaştırılmış ve çalışma sonucunda, iki yöntem arasında HIV edinimi açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (43). Nitekim DSÖ 2018 rehberinde (2) de yalnız progesteron içeren enjeksiyonlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan kadınların kullanabileceği yöntemler arasında yer almaktadır.

5. Postpartum Süreçte Olan Kadınlara Yönelik Danışmanlık ve Uygun Yöntemler

DSÖ ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kraliyet Koleji (Royal College of Obstetricians Gynaecologists-RCOG) rehberleri postpartum aile planlaması konusunda çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığının antenatal dönemde başlaması, bu dönemde danışmanlık verilemeyen ya da herhangi bir yönetime karar vermeyen kadınların doğumhane, postpartum klinik ve bebek aşılama amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduğu dönemlerde tekrar ele alınması önerilmektedir (2, 44, 45).

Antenatal Poliklinikte Postpartum Kontrasepsiyon Danışmanlığı (44)

- Antenatal poliklinikte kadınlara; tekrar çocuk sahibi olabilmek için en az 2 yıl beklemesinin hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı için önemli olduğu anlatılmalıdır.
- Tam emzirme veya tama yakın emzirme yapamayan kadınların doğumdan 4-6 hafta sonra tekrar gebe kalabileceği; tam emzirme ya da tama yakın emziren kadınlarda ise gebeliğin belli koşullar sağlandığında doğum sonu 6 ay engellenebileceği bilgisi verilmelidir.
- Maksimum korunmanın sağlanabilmesi için kadına menstrual kanamanın başlamasını beklemeden postpartum

21. günden sonra gebelikten koruyucu yöntem kullanmaya başlaması önerilmelidir.

- Kadınlara postpartum kontrasepsiyon seçenekleri konusunda sözlü ve yazılı bilgi verilmelidir.
- Kadınlara antenatal kliniğe kontrole geldikleri her zaman kontrasepsiyon konusunda soru sorma fırsatı verilmelidir.
- Kadınlara postpartum dönemde kullanılabilecek (RİA, implant, minihap, 3 aylık enjeksiyon vs.) yöntemler hakkında bilgi verilmelidir.
- Daha fazla çocuk sahibi olmayı düşünmeyen kadınlar için kadın ve eşi ile vazektomi veya tüp ligasyonu tartışmak uygun olabilir.
- Kadının seçtiği yöntem kayıt altına alınmalı ve postpartum süreçte zaman kaybetmeden uygulanmalıdır.
- Hap veya bariyer yöntemler seçilirse gebeliğin son trimesterinde bu yöntemler kadına sağlanmalıdır. Böylece doğum sonrası vakit kaybedilmeden kullanılmaya başlanması sağlanabilir.

Doğumhanede Postpartum Danışmanlık (44)

- Kadınlara kontraseptif yöntemlere ilişkin doğum öncesi dönemde bilgi alıp almadıkları sorulmalı ve varsa seçtikleri yöntem onaylanmalıdır. Gebelik veya doğum sırasında gözden geçirilmesi gereken komplikasyon yoksa seçilen yöntem sağlanmalıdır.
- Seçilmiş yöntem doğumhanede mevcut değilse; kadın hastaneden ayrılmadan önce yöntem sağlanmalı veya kontraseptif yöntemin sağlanabileceği en uygun yere sevk edilmelidir.
- Kontrasepsiyon danışmanlığı kadına doğumun aktif fazında yapılmamalıdır.

Tablo 1. Postpartum dönemde kadınların emzirme durumuna göre gebelikten koruyucu yöntem kullanımına başlayabileceği en erken zamanlar ve yöntemler (DSÖ, 2018)

Gebelikten Koruyucu Yöntem	Tam ya da Tama Yakın Emzirme	Kısmen Emzirme ya da Emzirmeme
Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)	Hemen başlanabilir.	Yöntemin kullanılması uygun değildir.
Sadece Progesteron İçeren Haplar İmplantlar		Hemen başlanabilir.
Erkek ve Kadın Kondomu Spermisidler		Hemen başlanabilir.
Bakırlı RİA Hormonlu RİA	48 saat içinde başlanmadıysa postpartum 4. haftaya kadar beklenmelidir.	48 saat içinde başlanabilir.
Progesteron Salımlı Vajinal Ring	4-9. hafta	Günde en az 4 kez emzirme durumu varsa 4-9. haftalarda başlanabilir. Emzirme yoksa yöntemin kullanımı uygun değildir.
Sadece Progesteron İçeren Enjeksiyonlar	Doğumdan sonraki 6. haftada	Emzirme yoksa hemen başlanabilir. Kısmi emzirme durumunda doğumdan sonraki 6. haftada başlanabilir.
Kombine Hormonal Yöntemler	Doğumdan sonraki 6. ayda	Emzirme yoksa doğumdan sonraki 21. günde; kısmi emzirme varsa doğumdan sonraki 6. haftada başlanabilir.
Tüp Ligasyon	Doğum sonrası ilk 7 gün içinde uygulanmalıdır. Aksi takdirde 6. haftaya kadar beklenmelidir.	
Vazektomi	Gebelik süresince veya doğum sonrası hemen uygulanabilir.	
Diyafram	Doğum sonrası 6. haftadan itibaren kullanılabilir.	

Postpartum ve Bebek Aşılama Kliniklerinde Danışmanlık (44)

- Eğer kadın postnatal kliniğe gelmeden önce kontrasepsiyon hakkında görüşme şansına sahip olmamışsa; hastaneden ayrılmadan önce görüşülmeli ve seçilen yöntem (doğumdan sonraki 48 saat içinde bir implant veya bir RİA dahil) sağlanmalıdır.
- Postpartum klinikler ve bebek aşılama sürecinde; kadınlara gebelikten koruyucu yöntem kullanıp kullanmadıkları ya da kontrasepsiyon yöntemi sağlanıp sağlanmadığı sorulmalıdır.
- Yöntem seçmişlerse; seçtikleri yöntemle mutlu olup olmadıkları, yöntem hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları, yeterli miktarda yöntemle sahip olup olmadıkları ve nereden daha fazla alabileceklerini bilip bilmedikleri teyit edilmelidir.
- Kontraseptif bir yöntem seçmemişse; tüm yöntemlerden, özellikle de en etkili yöntemlerden bahsedilmeli ve seçtiği yöntem sağlanmalıdır.
- DSÖ, bebek aşılama takvimi ve gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığının birlikte koordine edilmesini önermektedir (2).

DSÖ 2018'de yayımladığı rehberinde postpartum dönemde kadının gebelikten koruyucu yöntem kullanımına başlayabileceği en erken zamanı yöntemler ve emzirme durumuna göre belirlemiştir (Tablo 1).

Bakırlı RİA'nın kullanımını ve devamını arttırmak için yapılan müdahalelerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bir Cochrane incelemesinde; 7960 kadının dahil olduğu toplum tabanlı müdahale (ev ziyaretleri), postpartum aile planlaması danışmanlığı ve antenatal kontrasepsiyon danışmanlığı yöntemleri incelenmiş, toplum tabanlı müdahale (ev ziyaretleri) ve antenatal kontraseptif danışmanlık yöntemlerinin Bakırlı RİA kullanımını artırdığı bulunmuştur. Bakırlı RİA'ların geri dönüşlü en etkili yöntemlerden biri olması nedeniyle yöntemin kullanımını arttırmak için bu danışmanlık tekniklerinin kullanılması önerilmiştir (45).

Sonuç

Özellikli gruplara yönelik kontrasepsiyon danışmanlığının tartışıldığı bu derlemede; özellikli grupların farklı kontrasepsiyon gereksinimlerinin olduğu (ör. adölesan için dual yöntem, CYBH'a sahip bireyler için kondom, postpartum kadınlar için emzirmeyi etkilemeyen yöntemler, vs.) ve özellikli gruplara yönelik hizmet planlaması (adölesanlar için gençlik dostu hizmet, engelliler için ulaşılabilir hizmet, HIV pozitif bireyler için mahremiyetin korunduğu hizmet vs.) yapılması gerekliliğine ilişkin bilgiler verilmiştir. Bu doğrultuda; özellikli gruplarda gebelikten koruyucu yöntemlere yönelik kapsamlı ve iyi tasarlanmış kanıt temelli çalışmaların sayısının artırılması, gebelikten koruyucu yöntem danışmanlığı yapan sağlık profesyonellerinin kanıt temelli ve güncel çalışmalar hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu doğrultuda hizmet vermelerinin sağlanması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016; 23, 623-646.

2. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: 2018.

3. Cornet A. Current challenges in contraception in adolescents and young women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013; 25 (1): 1-10.

4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara,2014: 75-85.

5. Potter J, Santelli JS. Contraceptive counseling for adolescents. *Women's Health* 2015; 11(6): 737-741.

6. Aksu H. Kontraseptif Yöntemler. A. Şirin, O. Kavlak, editör(ler). Kadın Sağlığı. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 185-204.

7. 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.

8. Hindina MJ, Kalamar AM. Country-specific data on the contraceptive needs of adolescents. *Bull World Health Organ* 2017; 95:166.

9. Özgü E, Yakut Hİ. Adölesan kontrasepsiyon. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2015; 12(5): 191-93.

10. Rome E. Use of long-acting reversible contraceptives to reduce the rate of teen pregnancy, *Cleveland Clinic journal of medicine* 2015; 82 (11): 8-12.

11. Verhaeghe J. Clinical practice- Contraception in adolescents. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 895-899.

12. American Academy Of Pediatrics. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014; 134(4): 1244-1256.

13. Klein DA, Arnold JJ, Reese ES. Provision of contraception: key recommendations from the CDC. *American family physician* 2015; 91(9): 625-637.

14. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, Marcell A, Mautone-Smith N, Pazol K,Tepper N, Zapata L, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMW R Recomm Rep.* 2014; 25;63(04): 1-54.

15. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, Goicolea I. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services—a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive health* 2016; 13(1): 147.

16. Pitts S, Emans SJ. Contraceptive counseling: Does it make a difference?, *Journal of Adolescent Health* 2014; 54(4): 367-368.

17. Steyn PS, Goldstuck ND. Contraceptive needs of the adolescent. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2014; 28(6): 891-901.

18. Ceylan S, Tekbaş FÖ. Aile Planlamasına Bütüncül Bir

Yaklaşım. Sağlık ve Toplum Dergisi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını 2002; 13: 16-21.

19. Pekince GD, Yılmaz M. Kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların erkek kontrasepsiyonuna bakış açısı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(2): 69-74.

20. Depe Y, Şentürk Erenel A. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 29-36.

21. Tunçkiran MA. Erkek Kontrasepsiyonunda Yenilikler. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics 2017; 10(1): 68-72.

22. Kırca Ü. Erkeklerde Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon: Vazektomi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2012; 5(1): 63-66.

23. Kogan P, Wald M. Male contraception: history and development, Urologic Clinics 2014; 41(1): 145-161.

24. Amory JK. Male contraception. Fertility and sterility 2016; 106(6): 1303-1309.

25. Grimes DA, Lopez LM, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Steroid hormones for contraception in men. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; Issue 3. Art. No.: CD004316.

26. Roth MY, Shih G, Ilani N, Wang C, Page ST, Bremner WJ, Amory JK. Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial. Contraception 2014; 90(4): 407-412.

27. North American Menopause Society, Menopause glossary. [Erişim: 21 Haziran 2018]. Available from: www.menopause.org/for-women/menopauseglossary

28. North American Menopause Society, Contraception for Perimenopausal Women [Erişim: 21 Mart 2019]. Available from: www.menopause.org/for-women/menopause-take-time-to-think-about-it/consumers/2016/12/05/contraception-for-perimenopausal-women

29. Batrinos ML. Premenopause: The endocrinology of reproductive decline. Hormones 2013; 12(3): 334-349.

30. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Contraception and hormonal management in the perimenopause. Journal of Women's Health 2015; 24(1): 3-10.

31. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause, Maturitas 2013; 76(3): 235-242.

32. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice Bulletin no. 128: Diagnosis of abnormal uterine bleeding in

reproductive-aged women. Obstet Gynecol 2012; 120(1): 197–206.

33. Taşkın Mİ. Acil kontrasepsiyon. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(1): 55-59.

34. Eastgate G. Sex and intellectual disability: dealing with sexual health issues. Australian family physician 2011; 40(4): 188.

35. van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Rook F, Maaskant MA. The use of contraception by women with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research 2011; 55(4): 434-440.

36. Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Concepts of contraception for adolescent and young adult women with chronic illness and disability. Disease-a-Month 2012; 58(5): 258-320.

37. Kokanalı D, Karaca M, Özel Ş, Engin Üstün Y. Engelli kadınlarda üreme sağlığı. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018; 15(1): 28 -30.

38. Cangöl E, Karaca P, Aslan E. Engelli bireylerde cinsel sağlık. Androloji Bülteni 2013; 53(1): 141-146.

39. Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (1): 51-58.

40. Phillips S, Steyn P, Temmerman M. Contraceptive options for women living with HIV. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2014; 28(6): 881-890.

41. Hofmeyr GJ, Singata M, Sneden J. Hormonal contraception for women exposed to HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; Issue 5. Art. No.: CD009741.

42. Polis CB, Curtis KM, Hannaford PC et al. An updated systematic review of epidemiological evidence on hormonal contraceptive methods and HIV acquisition in women. AIDS 2016; 30: 2665–83.

43. Hofmeyr GJ, Singata-Madliki M, Lawrie TA, Bergel E, Temmerman M. Effects of injectable progestogen contraception versus the copper intrauterine device on HIV acquisition: sub-study of a pragmatic randomised controlled trial. J Fam Plann Reprod Health Care 2017; 43: 175–80.

44. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice in Postpartum Family Planning 2015; Best Paper no:1.

45. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017; Issue 4: Art. No.: CD011913.