

## DOĞUM SONU DÖNEMDE KULLANILABİLECEK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ VE HEMŞİRELERİN ROLLERİ

Ayten ŞENTÜRK ERENEL<sup>1</sup>, Neslihan YILMAZ SEZER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara

### ÖZET

Gebelikte kadın bedeninde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin birçoğu doğum sonu 6-8 hafta içinde eski halini almaktadır. Bu değişimlerden birisi de menstruasyon ve doğurganlığın geri dönmesidir. Bu nedenle doğum sonu dönemde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve doğumların arasının açılması için gebelikten koruyucu yöntem kullanımının başlatılması önemlidir. Doğum sonu dönem, kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiye ve danışmanlık almaya en uygun oldukları zamanlardan birisidir. Bu nedenle bu süreçte aile planlaması danışmanlığı yapılması önemlidir. Hemşireler bu süreçte kadınlara en yakın hizmet veren sağlık çalışanlarından birisidir ve danışmanlıkta anahtar pozisyonda olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle hemşirelerin konuya ilişkin güncel bilgi sahibi olmaları etkili danışmanlık yapabilmeleri bakımından önemlidir. Makale Dünya Sağlık Örgütü uygunluk kriterlerine göre doğum sonu dönemde kullanılabilecek gebelikten koruyucu yöntemlere ilişkin güncel bilgilerin paylaşılması ve hemşirelerin danışmanlık rollerine dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonu dönem, aile planlaması yöntemleri, danışmanlık, hemşire

## FAMILY PLANING METHODS IN POSTPARTUM PERIOD AND COUNSELLING ROLE OF NURSES

### ABSTRACT

Many of the anatomical and physiological changes that take place in the female body during pregnancy return to their former status in the 6-8 weeks after birth. One of these changes is the return of menstruation and fertility. In this period initiation of contraception is important to prevent unintended pregnancies and short birth intervals.

Therefore, contraceptive methods counseling to women for preventing unintended pregnancies is very important in this period. Moreover postpartum period is one of the periods in which women are most exposed to information and counseling on family planning methods. Nurses are one of the healthcare professionals closest to women and at the key position for counseling in this period. For this reason their knowledge about postpartum contraception is very important.

This article was written to share updated information on the preventive methods of pregnancy that can be used in postpartum period according to the World Health Organization eligibility criteria and to draw attention to the role of nurses in counseling.

**Keywords:** Postpartum period, family planning methods, counselling, nurse

#### İletişim/Correspondence:

Ayten Şentürk Erenel  
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü, ANKARA

E-posta: aytense@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 06.10.2017

Kabul Tarihi/Accepted: 31.10.2017

## GİRİŞ

Doğum sonu dönem, gebelik sırasında kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerin doğum öncesi durumuna döndüğü, plasentanın doğmasıyla başlayan 6-8 haftalık süreci kapsamaktadır (1, 2). Bu dönem, kadın, yenidoğan ve ailesi için fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu önemli bir geçiş sürecidir (3). Kadın ve ailesinin bu dönemde birçok konuda eğitim ve danışmanlığa ihtiyacı bulunmaktadır. İhtiyaç duyulan konulardan birisi de doğum sonu dönemde kullanılabilecek aile planlaması yöntemleridir. Yılmaz Sezer ve arkadaşlarının (2012) ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum sonu klinik uygulamaları sırasında yaptığı çalışmada, hastaların eğitim talep ettiği konular arasında ilk sırada cinsel ilişkiye başlama zamanı, ikinci sırada ise aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında bilgi almak olduğu belirlenmiştir (4). Benzer şekilde Acar'ın (2008) çalışmasında doğum sonu dönemde kadınların cinsel ilişkiye başlama ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi talep ettikleri saptanmıştır (5). Barrett ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da kadınların %96'sının sağlık personeli ile aile planlaması yöntemleri hakkında görüştüğü ortaya konmuştur (6). Bu sonuçlar kadınların doğum sonu dönemde AP yöntemleri konusunda sıklıkla bilgiye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre tüm annelerin % 84'ü doğumu takip eden ilk iki ay içinde cinsel ilişkiden kaçındığı belirlenmiştir. Doğum sonrası ortanca geçici kısırlık süresi 3.3 ay, cinsel perhiz süresi 1.8 ay ve gebelik riski altında olmama süresi 3.6 ay olarak bulunmuştur (7). Bu nedenle planlanmamış

gebelikleri önlemek bakımından doğum sonu dönemde verilecek aile planlaması yöntem danışmanlığının oldukça önemli olduğu söylenebilir.

AP yöntemi kullanımını arttırmak ve AP hizmetlerinde karşılanmamış gereksinimi azaltmak için danışmanlığın doğru zamanda ve uygun bir biçimde verilmesi önem taşımaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemler kadınların en fazla sağlık hizmeti aldıkları dönemlerdir. Bu dönemler aynı zamanda kadınların AP danışmanlığı almaya da en açık oldukları zamanlardan birisidir (8). Bu nedenle kadınların hastaneden taburcu olmadan önce AP yöntemleri hakkında bilgilendirilmiş olmaları ve kullanacakları yönteme karar vermiş olmaları istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından önemlidir.

AP yöntemleri etkili/modern yöntemler ve etkisi sınırlı/geleneksel yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır (1,7). Bu sınıflamalar altında çok çeşitli yöntemler bulunmakta olup, pek çoğu doğum sonu dönemde rahatlıkla kullanılabilmektedir. Bu dönemde yapılacak danışmanlıkta hangi yöntemin hangi koşullarda kullanılabileceğinin iyi bilinmesi önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün AP yöntemi kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri rehber olarak kullanılacak en iyi kaynaklardan birisidir Bu kaynakta pek çok tıbbi durumda olduğu gibi, doğum sonu dönemde de emziren ve emzirmeyen kadınların hangi yöntemi, ne zaman ve nasıl kullanacağına ilişkin ayrıntılı bilgiler bulunmaktadır. Tablo 1 ve Tablo 2' de DSÖ'nün AP yöntemleri kullanımına ilişkin uygunluk kriterleri ve bunlara ilişkin genel açıklamalar yer almaktadır (9).

**Tablo 1.** DSÖ'nün Aile Planlaması Yöntemleri Uygunluk Kriterleri İçin Genel Açıklamalar-1

|                             |                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A(Kabul,Onay)</b>        | Bu durumdaki herhangi bir kadının, özellikle bu yöntemini kullanmamasını gerektirecek herhangi bir tıbbi neden yoktur.                                                                                              |
| <b>C (Uyarı)</b>            | Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir. Yöntemi seçmiş kadınların doğru kullanımından emin olmak için özel bir danışmanlık yapılması uygundur. |
| <b>D (Erteleme)</b>         | Yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir. Alternatif yöntemler önerilmelidir.                                                                                               |
| <b>UD (Kullanılmamalı )</b> | Uygun Değil                                                                                                                                                                                                         |

**Tablo 2.** DSÖ Aile Planlaması Yöntemleri Uygunluk Kriterleri İçin Genel Açıklamalar-2

| <b>Kategori</b> | <b>Klinik Değerlendirme Yapılabildiğinde Yorum</b>                                                             | <b>Klinik Değerlendirme Olanakları Kısıtlı İse Yorum</b> |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>1</b>        | Yöntem her durumda kullanılır.                                                                                 | <b>Evet (Yöntem kullanılır)</b>                          |
| <b>2</b>        | Yöntem genellikle kullanılır.                                                                                  |                                                          |
| <b>3</b>        | Yöntemin kullanılmaması önerilmekle birlikte, uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir. | <b>Hayır (Yöntem kullanılmamalıdır)</b>                  |
| <b>4</b>        | Yöntem kullanılmamalıdır.                                                                                      |                                                          |

### 1. Doğum Sonu Dönemde Kullanılabilecek Sınırlı/Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri (9)

**Semptoma dayalı yöntemler (Servikal Mukus Yöntemi, Semptotermal Yöntem ve İki gün Yöntemi gibi):** Bu yöntemlerin kullanımı emziren kadınlarda doğum sonrası 6 haftadan önce ertelenmelidir (D), 6 haftadan sonra ve adet başladıktan sonra kullanılabilir (C). Emzirmeyen kadınlarda ise 4 haftadan önce kullanımı ertelenmelidir (D), 4 haftadan sonra ise kullanılabilir (A).

**Takvime dayalı yöntemler (Takvim Ritim Yöntemi ve Standart Günler Yöntemi gibi):**

kullanımı emziren kadınlar için doğum sonu 6 haftadan önce ve sonra uygun olmadığı için ertelenmelidir (D). Ancak kadında menstrual siklus başladıktan sonra yöntemle özel danışmanlık yapılarak kullanılması önerilmektedir (C). Emzirmeyen kadınlar için de doğum sonrası 4 haftadan önce ve sonra yöntemlerin kullanımının ertelenmesi önerilmektedir (D). Takvim yönteminin kullanılabilmesi için kadının doğum sonunda en az 3 kez adet görmüş olması ve siklusların da düzenli olması gerektiği belirtilmektedir.

**Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM):** Tipik kullanımda oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı, gebeliğin

kabul edilemez bir risk oluşturduğu kadınlara önerilmez. LAM'ın etkili olabilmesi için her birisinin karşılanması zorunlu olan üç kriter vardır. Bunlar:

- 1) Kadının adet görmeye başlamamış olması,
- 2) Bebeğe anne sütü dışında her hangi bir şey verilmemesi, tam veya tama yakın emzirme,
- 3) Doğum sonu ilk 6 ay içinde olmaktır. Bu kriterler karşılandığında LAM gebelikten %98 koruyucudur. Ancak bu kriterlerden herhangi biri karşılanmadığı durumlarda yöntemin etkinliği hızla düşmektedir( 10).

**Geri Çekme:** Tipik kullanımdaki oldukça yüksek başarısızlık oranlarından dolayı, gebeliğin kabul edilemez bir risk oluşturduğu kadınlara, önerilmez.

## 2. Doğum Sonu Dönemde Kullanılabilecek Etkili/Modern Aile Planlaması Yöntemleri (9)

**Kombine Hormonal Kontraseptifler** (kombine oral kontraseptifler, kombine kontraseptif bant, kombine kontraseptif vajinal halka, kombine enjekte edilen kontraseptifler): Kombine oral kontraseptifler (KOK) emziren kadınlarda doğum sonu 6 haftadan önce kullanılmamalıdır (Kategori 4). Aynı şekilde tam emziren kadınlara da doğum sonu  $\geq 6$  hafta – 6 ay arasında kombine hormonal kontraseptiflerin kullanımı önerilmemektedir (Kategori 3). Bu yöntemleri emziren kadınlarda ancak altıncı aydan sonra uygun olduğu belirtilmektedir (Kategori 2). Kombine hormonal kontraseptiflerin kullanımı emzirmeyen kadınlar için ise postpartum 21günden önce, venöz tromboembolizm (VTE ) için diğer risk faktörleri yoksa 3. kategoride, VTE için diğer risk varsa 4. kategoride uygun değildir. Ancak 21-42 günler arasında VTE için diğer risk faktörleri yoksa kullanılabilir (Kategori 2), var ise yine kullanımları uygun değildir (Kategori 3). Emzirmeyen kadınlarda kombine hormonal kontraseptiflerin kullanımı

doğum sonu 42. günden sonra uygundur (Kategori 1).

**Sadece Progesteron İçeren Hormonal Kontraseptifler** [sadece progesteron içeren haplar, depo medroxyprogesterone acetate (DMPA), norethisterone enanthate (NET-EN), levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar (LNG/ETG )]: Emziren kadınlarda doğum sonrası 6 haftadan sonra, emzirmeyen kadınlarda ise 21 günden önce ve 21 gün sonra kullanılabilir (Kategori 1). Sadece progesteron içeren haplar ve LNG/ETG implantlar emziren kadınlar için doğum sonrası 6 haftadan önce 2. kategoride kullanılabilir, ancak DMPA ve NET-EN kullanımı uygun değildir (kategori 3). Progesteron salınımlı vajinal halkalar ise emziren kadınlarda doğum sonu 4. haftadan sonra uygundur (Kategori 1).

**Acil Kontraseptif Haplar:** KOK ve LNG emziren kadınlar için uygundur (kategori 1), ulipristal acetate (UPA) ise genellikle uygundur (kategori 2 ).

**Bakırlı Rahim İçi Araç (Cu-RİA):**Emziren ya da emzirmeyen kadınlar için sezaryen sonrası dahil, plasentanın çıkmasından hemen sonra ve ilk 48 saat içinde, ayrıca doğum sonrası dördüncü haftadan sonra uygulanabilir (kategori 1). Doğum sonu 48 saatten sonra ise 4. haftaya kadar ( kategori 3), ve doğum sonu sepsis durumunda uygulanması önerilmemektedir (kategori 4).

**Levonorgestrel Salınımlı Rahim İçi Araç (LNG-RİA):** Emzirmeyen kadınlar için her koşulda (Kategori 1), emziren kadınlar için ise genellikle uygundur (kategori 2). Sezaryen sonrası plasentanın çıkmasından hemen sonra ve ilk 48 saatten önce uygulanabilir (kategori 1). 48 saatten sonra 4. haftaya kadar uygulanması önerilmez (kategori 3), dört haftadan sonra uygulanabilir (kategori 1). Puerperal sepsis durumunda ise kullanımı önerilmemektedir (Kategori 4).

**Erkek Lateks Kondomları, Erkek Poliüretan Kondomları, Kadın Kondomları, Spermisidler:** Doğum sonu kullanılabilirlik zamana göre farklılık göstermemekte, her zaman uygundur (Kategori 1). Diyafram ve servikal başlık kullanımı doğum sonu ilk 6 hafta uygun olmamakla birlikte (kategori 4), 6. haftadan sonra uygundur (kategori 1).

**Kadın Sterilizasyonu:** Doğum sonrası ilk yedi gün ve 42. günden sonra güvenle uygulanabilir (A). Doğum sonrası 7 gün - < 42 gün arasında ise uterus tam olarak involusyonunu tamamlamamış olduğundan, komplikasyon riski yüksektir. Bu nedenle ertelenmelidir (D). Kadında ciddi pre-eklamsi/eklamsi, uzamış membran rüptürü (24 saat veya daha fazla), puerperal sepsis, intrapartum veya puerperal ateş, ciddi antepartum veya doğum sonu kanama, ciddi genital travma (doğumda servikal veya vajinal yırtılma) durumlarında yöntemin kullanımı ertelenmelidir (D).

Bununla birlikte günümüzde tüp ligasyona alternatif olarak transservikal sterilizasyon yöntemleri geliştirilmiştir. Bu yöntemler laparoskopik olarak yapılan, tüp ligasyona göre minimal invazyon ile uygulanan, anestezi gerektirmeyen uygulamalardır. **Adiana** ve **Essure** olarak adlandırılan araçlar transservikal yoldan tüplere yerleştirilmektedirler. Bu işlem sonucunda tüplerde oluşan inflamasyon sonucunda tıkanık olmakta ve spermilerin yumurta hücresi ile buluşması engellemektir (11). Bu yöntemlerden Essure Türkiye’de kullanılmaya başlamış olmakla birlikte Adiana henüz kullanımda değildir.

Essure kalıcı aile planlaması sistemi, Amerika’da Kasım 2002’de Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA ) tarafından ilk transservikal sterilizasyon yöntemi olarak kullanım onayı almıştır. Essure, yumuşak, flexible, 2mm çapında, 4cm uzunluğunda, titanyumdan yapılmış, paslanmaz çelik ve nikel içeren mikro araçlardan (insert)

oluşmaktadır. Mikro insertler histeroskopi altında transservikal yolla fallop tüplerine yerleştirilir. İşlem sonrası bölgeye makraofaj, fibroblast, plazma ve büyüme hücrelerinin göçü ile iyi huylu hücre çoğalması başlar. Sonraki üç ay boyunca bu süreç devam ederek fallop tüplerini bloke eder. Üç ay sonra, histerosalfingografi (HSG) ile tüplerin kapalı olup olmadığı kontrol edilir. Kontrol sonunda tüplerin kapandığı saptandıktan sonra güvenle kullanılır. Ancak bu süreçte istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için başka bir yöntemle korunmak gerektiği hakkında bilgi verilmelidir (12).

Adiana kalıcı kontrasepsiyonda transservikal yöntemlerden ikincisi olarak FDA tarafından 2009 yılında onaylanmıştır. Radyo frekansları aracılığı ile silikon bir kalıbın tüplerde tıkanıklık yapması sonucunda kalıcı sterilizasyon sağlayan bir yöntemdir. Adiana, yerleştirilmesi işleminde, fallop tüplerinin küçük bir bölümü ısıtılır ve daha sonra her tüpe piring tanesi büyüklüğünde ince bir silikon tüp yerleştirir. İşlem lokal anestezi altında minimal insizyon ile yapılmaktadır. Adiana yöntemi, fallop tüplerini tıkayarak cihazın etrafında skar dokusu oluşmasına neden olur, bunun sonucunda da spermin yumurtaya ulaşması engellenerek gebelik riski ortadan kaldırılmış olur. Ancak yöntemin etkinliği için en az 3 ay kadar bir zaman gerekmektedir. Adiana’nın yerleştirilmesinden üç ay sonra HSG ile fallop tüplerinin tamamen kapanıp kapanmadığı değerlendirilir. Tam olarak kapalılık sağlanmışsa Adiana güvenilerek kullanılabilir (13).

Adiana ve Essure yöntemlerinin kullanıma başlanmasında sonra bunların etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Histeroskopik sterilizasyon sonrası gebelik oluşma durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir sistematik derlemede; essure kullanılan 22 çalışma ve adiana kullanılan 2 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Sonuç olarak

histeroskopik sterilizasyonun üzerinden 3 aydan daha uzun süre geçmiş kadınlarda gebeliğin seyrek görüldüğü belirtilmiştir. Histeroskopik sterilizasyon sonrası oluşan gebeliklerin ise genellikle işlem sonrası görüntüleme için takip edilmemiş kadınlarda gerçekleştiği saptanmıştır (14). Syed ve arkadaşları (2007) tarafından Essure ve laporoskopik cerrahi ile kontrasepsiyon uygulanan kadınların karşılaştırıldığı çalışmada Essure uygulanan grupta işlem öncesi anestezi kullanımı, işlem sonrası ağrı skor ortalamasının, ağrı kesici kullanımı ve günlük aktiviteye dönme süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 2 yıllık takipte Essure uygulanan grupta hiç gebelik olmadığı belirlenmiştir (15).

Adiana uygulamasından itibaren 12, 24. ve 36. aylarda gebelik oluşma durumu açısından 481 kadının değerlendirildiği prospektif bir çalışmada ilk yıl altı kadının gebe kaldığı, bunların üçünde HSG sonuçlarının yanlış yorumlanmasının, diğer üçünde ise yöntem başarısızlığının etkisi olduğu saptanmıştır. İkinci yılda da yöntem başarısızlığına bağlı olarak üç yeni gebelik vakasına rastlanmış, üçüncü yılda ise gebelik belirlenmemiştir. Sonuç olarak Adiana'nın gebeliği önlemek bakımından diğer kalıcı sterilizasyon yöntemlerine benzer sonuçlarının olduğu belirtilmektedir (16). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların tansservikal/histeroskopik sterilizasyon yöntemleri olan Adiana ve Essure etkili gebelikten koruyucu yöntemler olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sorumlulukları arasında aile planlaması danışmanlığı bulunan hemşirelerin yeni kullanılmaya başlanan bu yöntemlere ilişkin de bilgi sahibi olması bu yöntemleri güvenle sunmaları bakımından önemlidir.

## SONUÇ

AP hizmetlerinin istendik düzeye ulaşmasını sağlayan faktörlerden birisi sağlık personelinin bilgi ve becerisidir. Hemşireler, gebelik ve doğum sonu

dönemde kadınlar ile en yakın iletişimde olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle hemşirelerin doğum sonrası kullanılabilir AP yöntemlerine ilişkin kanıt temelli güncel bilgiye sahip olmaları etkili danışmanlık yapmalarını, istenmeyen gebelikleri önleyerek kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Bu nedenle makalede, sıklıkla kullanılan AP yöntemlerinin DSÖ uygunluk kriterleri bakımından değerlendirilmesi yapılmış, bunun yanı sıra yeni kullanılmaya başlanan kalıcı yöntemlerden Adiana ve Essure yöntemlerinin kullanım kuralları ve etkinliğine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 13. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2016.
2. Coşkun A. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı, 2. baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2016.
3. Çıtak-Bilgin N, Potur-Coşkun D. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. (2010 ;3(3):80-87.
4. Yılmaz-Sezer N, Öztürk D, Gönenç İM. Dördüncü sınıf ebek ve hemşirelik öğrencilerinin doğum sonu cinsel sağlık yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(3):165-181.
5. Acar, Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008.
6. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG. 2000; 107(2): 186-95.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013. Ankara 2014.
8. Şentürk Erenel A, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. Van Tıp Dergisi, 2011; 2(18): 68-76.
9. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use- Fifth edition 2015 A WHO family planning cornerstone. 5. Edition, Geneva 2015.

10. Bellagio Consensus Statement. Breastfeeding as a Family Planning Method. Lancet, ii:1204-1205, 1988
11. Castaño PM, Adekunle L. Transcervical sterilization. Semin Reprod Med. 2010; 28(2):103-9.
12. Palmer SN, Greenberg JA. Transcervical sterilization: a comparison of essure permanent birth control system and adiana permanent contraception system. Rev Obstet Gynecol. 2009; 2(2):84-92.
13. Hologic the Women's Health Company. Andiana permanent contraception. Date:21.08.2017 Accessed:<http://multivu.prnewswire.com/mnr/adiana/38601/>
14. Cleary TP, Tepper NK, Cwiak C, Whiteman MK, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Curtis KM. Pregnancies after hysteroscopic sterilization: a systematic review. Contraception. 2013; 87(5):539-48.
15. Syed R, Levy J, Childers ME. Pain associated with hysteroscopic sterilization. JSLS.2007; 11:63–65.
16. Anderson TL, Vancaillie TG. The Adiana System for permanent contraception: safety and efficacy at 3 years. J Minim Invasive Gynecol. 2011;18(5):612-6.