

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DENİZLİ İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
AİLE PLANLAMASI VE COVID-19'UN ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

DR. DAMLA BOZKURT

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ NİLÜFER EMRE

DENİZLİ – 2022

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DENİZLİ İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
AİLE PLANLAMASI VE COVID-19'UN ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

DR. DAMLA BOZKURT

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ NİLÜFER EMRE

DENİZLİ – 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden faydalanmamı sağlayan ve tez dönemim boyunca emeğini ve desteğini hiç esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Emre'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve hekimlik nosyonu açısından çok değerli katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Tamer Edirne ve Prof. Dr. Aysun Özşahin'e;

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışan tüm ekip arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan, anlayan ve destekleyen çok değerli aileme;

Ayrıca varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili kızım Naz Selma'ya;

Sonsuz teşekkürler ...
Dr. Damla BOZKURT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ÖZET	VIII
İNGİLİZCE ÖZET	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.AİLE PLANLAMASI TANIMI	5
2.2. AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ.....	5
2.3. AİLE PLANLAMASININ TÜRKİYE’DEKİ TARİHÇESİ.....	7
2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ.....	9
2.4.1.Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	9
2.4.2. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri.....	17
2.4.3. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	20
3.2.ARAŞTIRMANIN İZİNİ.....	20
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ.....	20
3.4.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	20
3.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	20
3.6.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	21
3.7.ARAŞTIRMADAN HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ.....	21
3.8.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	21
3.8.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	21
3.8.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.9.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.10.ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	23
3.11.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	23

4.BULGULAR	24
5.TARTIŞMA.....	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AP: Aile Planlaması

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

COVID-19: Coronavirus Disease -2019

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DMPA: Depo Medroksi Progesteron Asetat

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus

KEEK: Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

LNG: Levonorgestrel

NET-EN: Noretisteron Enantat

PAÜ: Pamukkale Üniversitesi

RIA: Rahim İçi Araç

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SPSS: Statistical Package For The Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı ve Evlilik Yılı Ortalamaları.....	24
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	24
Tablo 3. Katılımcıların AP Yöntemini Bilme, Bildikleri Yöntemler ve Bilgi Kaynağı Durumları.....	26
Tablo 4. Katılımcıların Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde AP Yöntemi Kullanım Durumları ve Temin Yerleri.....	27
Tablo 5. Katılımcıların Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde AP Yöntemi Kullanma ve Temin Yeri Durumlarına Göre Dağılımı.....	28
Tablo 6. Katılımcıların COVID-19 Pandemisinde AP Yöntemi Kullanmayı Bırakma Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Tablo 7. Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemlerini COVID-19 Pandemi Döneminde Değişirme Gereksinimi ve Nedenleri.....	30
Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 Pandemisinde Eşleri ile Geçirdikleri Zamanda, Cinsel İlişki Sıklığında ve Gebelik Planlarındaki Değişim.....	31
Tablo 9. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Döneminde Son Bir Yılda Acil Kontrasepsiyon Kullanma, İstenmeyen Gebelik Yaşama ve Kürtaj Yaptırma Durumları.....	32
Tablo 10. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Döneminde AP Danışmanlığı Alma Durumları.....	33
Tablo 11. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde AP Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 12. Katılımcıların Yaş, Eş yaşı ve Evlilik Süresine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde AP Yöntemi Bırakma Durumu.....	35
Tablo 13. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde Yöntem Bırakma Durumu.....	36
Tablo 14. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde AP Yöntemine Ulaşım Zorluğunun Karşılaştırılması.....	37
Tablo 15. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinin Gebelik Planlarına Etkisi.....	38

Tablo 16. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde Acil Kontrasepsiyon Kullanma Durumları.....	39
Tablo 17. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde İstenmeyen Gebelik Yaşama Durumu.....	40
Tablo 18. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde Kürtaj İhtiyacı.....	41

ÖZET

Denizli il merkezinde 15-49 yaş arası kadınlarda aile planlaması ve COVID-19'un etkisi

Dr. Damla BOZKURT

Aile planlaması; bütün bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarıdır, temel amaç yüksek riskli ve istenmeyen gebelikleri, isteyerek düşük ve kürtajları önleyerek anne-çocuk sağlığını korumak ve geliştirmektir. COVID-19 pandemi sürecinde dünya genelinde sağlık sistemlerinin gücü ve finansal kaynakları, COVID-19 tanı ve tedavi hizmetlerine kaymıştır. Aile planlaması hizmetleri değişen sağlık sunumu, sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, kontrollü sosyal hayat tedbirleri vb. gibi nedenlerle sekteye uğramıştır. Bu çalışmada 15-49 yaş arası evli kadınların, aile planlaması hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek ve COVID-19 pandemisinin aile planlaması yöntem kullanma durumuna etkisini araştırmak hedeflenmiştir.

Araştırmamıza Denizli ilinde 55 Nolu ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı 15-49 yaş arası evli 214 kadın dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan veriler oluşturduğumuz 36 sorudan oluşan anket formu ile elde edilmiştir. Katılımcılardan COVID-19 pandemi öncesinde %85'i korunma yöntemi kullanırken, pandemi döneminde bu oran %81,3'tü. Modern yöntem kullanan kadınlardan pandemi öncesinde %18,1'inin, pandemi sırasında ise %6,2'sinin aile planlaması yöntemini aile sağlığı merkezinden temin ettiği görülmüştür. %26,2'si kullandıkları aile planlaması yöntemine COVID-19 pandemi döneminde ulaşımında zorluk yaşadığını belirtmiştir. Pandemi son bir yılda acil kontrasepsiyon kullananların oranı %7,9, istenmeyen gebelik oranı %8,9, kürtaj oranı %5,6 olarak bulunmuştur. %18,2'si COVID-19 pandemi döneminde aile sağlığı merkezinden aile planlama danışmanlığı aldığını belirtmiştir.

COVID-19 pandemi döneminde aile planlaması yöntemi kullanma oranının düştüğü, istenmeyen gebelik ve kürtaj oranlarında artış olduğu, aile planlaması danışmanlığında ve aile planlaması yöntemlerine ulaşımında aksaklıklar olabileceği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, aile planlaması, kontraseptif yöntemler, gebelik

SUMMARY

Family planning and the effect of COVID-19 on women aged 15-49 in Denizli province

Dr. Damla BOZKURT

Family planning is the ability of all individuals to have as many children as they want, when they want, and at healthy intervals. The main purpose is to protect and improve maternal and child health by preventing high-risk and unwanted pregnancies, miscarriages, and abortions. During the COVID-19 pandemic, the power and financial resources of health systems around the world have shifted to COVID-19 diagnosis and treatment services. Family planning services have been interrupted due to changing health provision, the implementation of curfews, isolation and social distancing. In this study, we aimed to evaluate the knowledge level of married women between the ages of 15-49 about family planning and to investigate the effect of the COVID-19 pandemic on the use of family planning methods.

214 married women between the ages of 15-49 registered in Family Medicine Units No. 55 and No. 58 in Denizli were included in our study. The data used in the research were obtained through a questionnaire consisting of 36 questions. While 85% of the participants used protection methods before the COVID-19 pandemic, this rate was 81.3% during the pandemic period. It was observed that 18.1% of women using modern methods before the pandemic and 6.2% during the pandemic obtained the family planning method from the family health center. 26.2% stated that they had difficulty accessing the family planning method they used during the COVID-19 pandemic period. The rate of those using emergency contraception in the last year during the pandemic was 7.9%, the rate of unwanted pregnancy was 8.9%, and the abortion rate was 5.6%. 18.2% stated that they received family planning counseling from the family health center during the COVID-19 pandemic period. It has been determined that during the COVID-19 pandemic period, there was a decline in the use of family planning methods, an increase in the rates of unwanted pregnancies and abortions, and there may be problems in family planning counseling and access to family planning methods.

Key words: COVID-19, family planning, contraceptive methods, pregnancy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile planlaması (AP) bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüne verilen isimdir (1–3).

AP hizmetlerinin amacı; istenmeyen gebeliklerin, düşüklerin insidansını azaltmak, gebelikler arası sürenin uygun aralıkta olmasını sağlamak, cinsel sağlığı korumak, annenin ruh ve beden sağlığını korumaktır. Doğurganlık dönemindeki kadınlara üreme sağlığı hakkında bilgi vermek, eşleri gebeliği engelleyici yöntemler hakkında bilgilendirmek, AP yöntemlerinin uygulanmasına yardımcı olmak ve eşlerin sorumluluk bilinci ile karar vermelerine katkıda bulunmaktadır (4).

Yüksek doğum hızı ve bunun neden olduğu ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, anne-çocuk sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Anne yaşının ileri olması (>35), doğum aralıklarının sık olması (2 yıldan kısa), sık düşükler, istenmeyen gebeliklerden sağlıksız koşullarda ya da kürtaj ile kurtulmaya çalışılması önemli sağlık problemlerine, hatta ölümlere sebep olmaktadır (5). Ayrıca beklenmedik, plansız gebeliklerde annenin uygunsuz ilaç kullanması, alkol ve/veya sigara kullanması gibi durumlardan dolayı hem anne hem bebeğin hastalanma oranları artmaktadır. Gebeliğin zamanını ve aralığını belirleme, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerden koruyarak, anne ölümü ve hastalık oranlarını azaltmaktadır (6). Aile planlaması yöntemlerinin farkındalığının artırılması ve kullanımının artması bu problemlerin önlenmesinde çok önemli bir yere sahiptir (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre aile planlaması gebeliğe bağlı ölümleri 1/3 oranında ve neonatal ölümleri %44 azaltmaktadır (8).

Bir devletin sağlam toplum yapısına sahip olması anne-çocuk sağlığı ile doğrudan ilgilidir. Temel sağlık hizmetlerinin planlanmasında önem verilmesi gereken konuların başında anne ve çocuk sağlığı gelmektedir. Anne-çocuk sağlığının gelişiminde ilk adımlardan biri, aile planlaması hizmetlerinin etkili bir şekilde yapılmasıdır (9).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) düzenli aralıklarla aile planlaması konusunda ülke çapında veriler sunmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre; evli 15-49 yaş arasındaki kadınlarda herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanma oranı %74, bu yöntemlerden modern AP yöntemi kullanma oranı %47 ve geleneksel AP yöntemi kullanma oranı %26'dır. 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı ise 2.16'dır (10). TNSA 2018 verilerinde ise evli kadınlarda herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullananların oranı %70 iken, bu yöntemlerden %49'u modern yöntemler %21'i ise geleneksel yöntemlerdir. TNSA 2018 verilerinde toplam doğurganlık hızı 2.3'tür (11).

Aile planlamasını etkileyen faktörler oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu yelpazede yasalar, politika ve programlar, aile planlamasına ilişkin bilgi, sağlık hizmetinin sunumunda ve alımındaki genel sorunlar, din, aile planlaması yöntemlerine ilişkin duygular, aile tipi, tarım veya endüstri toplumu olma, kadın hareketleri, geleneksel inanışlar vb. birçok etken bulunmaktadır (12).

İnsanlık tarihi daha önce pek çok pandemi tecrübesi yaşamış, bu süreçlerde hastalıklar ciddi yayılım göstermiş ve ciddi sayıda insanın ölümü ile sonuçlanmıştır. Yakın geçmişte ortaya çıkan pandemi nedenleri; İnfluenza, Zika, HIV, Ebola, SARS enfeksiyonlarıdır. Günümüzde tüm dünyayı etkisi altına almış olan COVID-19 enfeksiyonu ise şu ana kadar yol açtığı ve devam etmekte olan sağlık, sosyo-politik, ekonomik sorunlarla düşündüren bir pandemi olmuştur (13).

Günlük ve toplumsal yaşamı olumsuz yönde etkileyen epidemi ve pandemiler üreme sağlığı kapsamındaki rutin hizmetlerin aksamasına, bu nedenle yetersiz hizmet alımına bağlı gelişebilecek ciddi olumsuzluklara neden olabilmektedir. Geçmiş pandemi deneyimleri göstermiştir ki, pandemiye yol açan hastalığı önceleyen sağlık hizmetleri, ikinci planda kalan ancak yeterli önem verilmediği takdirde uzun dönemde toplumsal sonuçları olabilecek üreme sağlığı problemlerine neden olabilmektedir. Bu alanda önce aile planlaması hizmetleri, maternal, antenatal ve yenidoğan hizmetleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik önlem ve kontroller, güvenli gebelik sonlandırılması yöntemleri, infertiliteye yönelik tedavi hizmetleri gibi alanlarda rutin yönetilen sağlık hizmetlerine erişimdeki güçlükler, istenmeyen gebeliklere bağlı komplikasyonların, cinsel yolla bulaşan hastalıkların, gebelik komplikasyonlarının, düşüklerin, maternal ve yenidoğan mortalitelerinin artışına neden olmaktadır (14,15).

COVID-19, en son keşfedilen koronavirüsün neden olduğu bulaşıcı hastalıktır. İlk kez Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının sonlarında görülen ve günümüze kadar tüm dünyada hızla yayılan enfeksiyon DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de küresel bir salgın olarak ilan edilmiştir (16).

Karşılaşılan olağandışı durum aile planlaması yöntemlerinde küresel olarak üretimi, dağıtımı ve malzemeye ulaşımı olumsuz etkilemiştir. Pandemi döneminde birçok ülkede sağlık personelleri COVID-19 hastalarına bakmak için görevlendirilmiş, sağlık servisleri artan sağlık gereksinimini karşılamak üzere yeniden yapılandırılmış ya da kapatılmıştır. Hareket kısıtlamaları, sokağa çıkma yasakları ve sağlık hizmetlerine yönelik artan diğer talepler nedeniyle kullanılan aile planlaması yöntemlerine ve malzemelerine erişimde aksamalar olabilmektedir. Kontrasepsiyon yöntemlerine ulaşamama, sağlık personelinden bilgi alamama veya kliniklere erişim eksikliği, kadınların tercih ettikleri doğum kontrol yöntemini kullanmak yerine, daha az etkili kısa vadeli bir yöntem kullanmalarına veya kontraseptif kullanımını tamamen durdurmalarına yol açabilir (17,18). COVID-19 nedeniyle cinsel sağlık hizmetlerindeki aksamalar altı ay boyunca devam ettiği durumda 114 düşük ve orta gelirli ülkede yaklaşık 47 milyon kadının modern kontraseptif yöntem kullanamayacağı ve bunun 7 milyon istenmeyen gebelikle sonuçlanacağı tahmin edilmektedir (19). Yapılan çalışmalarda, 132 düşük ve orta gelirli ülkede kısa etkili ve uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptiflerin kullanımında sadece %10'luk bir düşüş olsa bile, karşılanmamış doğum kontrol ihtiyacının 48,6 milyon kadın artacağı ve 15 milyon ek istenmeyen gebeliğe yol açacağı gösterilmektedir (20). Olumsuz koşullara rağmen cinsel yaşam salgın sırasında devam etmekte; aile planlaması hizmetlerinin devamı anne-çocuk sağlığı açısından salgın döneminde daha fazla önem kazanmaktadır.

Salgınlar kaçınılmazdır, ancak aile planlaması açısından büyük kayıplara neden olmak zorunda değildir. Önceki salgın hastalıklardan öğrenerek, kritik kaynakları düzenleyerek ve sistemleri organize ederek, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanmasını sağlayarak, bireyler, aileler ve küresel toplum üzerinde yıkıcı, kalıcı etkilere sahip olabilecek sağlık sistemi aksamalarını önleyebiliriz (20). Pandemi döneminde bireylerin aile planlaması yöntemlerine ulaşımının sağlanması, izole edilen merkezlerde aile planlaması danışmanlığı, kürtaj gibi hizmetlere devam

edilmesi, teletıp yöntemi ile AP danışmanlıklarının yapılması gibi uygulamalar uzun vadede oluşabilecek halk sağlığı sorunlarının önüne geçebilmek için önerilebilir.

Bu çalışmanın amacı Denizli il merkezindeki 55 ve 58 no'lu Aile Hekimliği Birimlerindeki 15-49 yaş arası kadınların, aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin saptanması, COVID-19 pandemisinin kadınların aile planlaması yöntem kullanma durumuna etkisini değerlendirmek ve bu bilgileri sosyodemografik verilerle karşılaştırılarak etki eden faktörleri saptamak, ayrıca bu bölgede aile planlaması konusunda salgın nedeni ile olabilecek sorunları tespit edip çözüm önerileri sunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASI TANIMI

Aile planlaması bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüne verilen isimdir (1–3).

DSÖ'nün 2015'teki aile planlaması tanımı ise “eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını belirlemesi ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirlemelerini sağlamaya yönelik çalışmalardır” (21).

Günümüzde aile planlaması yöntemleri ‘modern’ ve ‘geleneksel’ yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır (22).

2.2. AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ

Kontrasepsiyonun tarihi ilk çağlara kadar uzanır. Taş çağı insanların bebeğin nereden geldiğine dair fikirleri yoktu. Bazıları çocukların ruhunun bazı meyvelerde yaşadığına ve bu meyvelerin yenilmesiyle gebe kalındığına inanıyorlardı. Bazıları da güneş, yağmur, rüzgâr ya da yıldızların gebeliğe neden olduğuna inanıyorlardı. Gebelik büyüsel bir olaydı ve bu nedenle gebelikten korunma gibi bir düşünce yoktu (23). İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonrası oluştuğunu anladıktan sonra, istenmeyen gebelikleri çeşitli usullerle önleme çabalarına girmişlerdir (23,24).

Belgelenmiş kontrasepsiyon tarihi milattan önce 3000 yılında Antik Mısır'da kondom kullanılması ile başlar (25). Milattan önce 1850'de Mısır papiruslarında bal, timsah dışkısının ve içinde sodyum bikarbonat bulunan vajinal tıkaçların tampon olarak kullanıldığı yazılıdır (26).

Avrupa'da prezervatifler ilk olarak sifilizi önlemek ve daha sonra hamileliği önlemek için 16. yüzyıldan beri kullanılmıştır. Penis koruyucular ilk olarak İtalyan

Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Fallopius cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) korunma amaçlı keten bir prezervatif geliştirmiştir. Kondomlar 18. yüzyıldan itibaren ise hayvan barsaklarından yapılmıştır (27). İlk kadın kondomu kauçuktan yapılmış olup, 1900'lerin başında İngiltere'de kullanılmaya başlanmıştır. 1992'de poliüretan kondomların yapılmasıyla kadın kondomları popüler olmuştur (28,29).

Spermisit ajanların keşfi ve kullanımı 1800'lü yılların başlarına rastlamaktadır. Binlerce yıldır kadınlar vajina içine meyve asitleri, jöleler vb. çeşitli karışımlar koymuşlardır. Bu ilkel spermisitlerle vajinada keskin asidik veya alkali ortamlar oluşturularak spermlerin öldürülmesi amaçlanmıştır (23). İlk ticari spermisit ovül kakao yağı ve kinin sülfat içermekte olup, 1950'lerde, nonoxinol-9 gibi oldukça etkili kimyasallar geliştirilmiş ve marketlerde pazarlanmıştır (28).

Rahim içi araçlar (RİA) ile ilgili bilgiler yıllar öncesine dayanır. Tarihte rahim içi aracın ilk defa Arapların çöldeki uzun yolculukları sırasında, develerin gebe kalmalarını önlemek için deve rahmine taş koymak suretiyle kullanıldıkları bilinmektedir (30). İntrauterin cihazların kullanımları 20. yüzyılın ikinci yarısında daha yaygın olmasına rağmen, 2000 yılı aşkın bir süredir kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılmışlardır (26). İlk gerçek RİA, ipek misina bir halka şeklinde, Dr. Richard Richter tarafından 1909'da üretilmiştir. 1960'ta bakırlı RİA'lar, 1996'da ise hormon salgılayan RİA'lar geliştirilmeye başlanmıştır. Günümüzde RİA'lar DSÖ ve Amerikan Tıp Birliği tarafından hem güvenilir hem de en ucuz, geri dönüşümlü kontraseptif yöntem olarak kabul edilmektedir (31,32).

Modern hormonal kontraseptiflerin geliştirilmesi ile ilgili çalışmalar 1920'lerde başlamıştır. Haberlandt 1920'de hayvanlara steroid özütler vererek doğurganlığın baskılandığını gözlemlemiştir (28). Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 senesinde Porto Rico'da Edris Rico Winey tarafından yapılmıştır. 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum kontrol haplarının onaylanmasından sonra yan etki ve olası risklerin azaltılması amacıyla içerdikleri progesteron ve östrojen miktarları azaltılmış, böylelikle oral kontraseptif haplar güvenle kullanılabilir hale gelmiştir. Doğum kontrol hapları birçok ülkede yaygın olarak kullanılan etkili bir doğum kontrol yöntemidir (33).

Enjekte edilen kontraseptifler 1950'den itibaren üretilmeye başlanmıştır. Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) gibi içinde sadece progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'lerde esas olarak dismenore, kanama düzensizlikleri, hirsütizm, endometriozis ve endometrial kanser tedavisinde kullanılmıştır (34). 1960'lı yıllarda ise doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır (23).

Cilt altına implante edilebilen, hormon salgılayan çubuklardan oluşan silastik kapsüller 1967'de Amerika'da geliştirilmiştir. Kola yerleştirilen bu çubuklarla kadınların 3 yıl süreyle %100'e kadar gebelikten koruduğu bildirilen "implant" yöntemi, 1998 yılında dünyada hizmete girmiştir (33).

Cinsel ilişkiye girdikten sonra gebelikten korunma eski çağlardan beri önemli bir sorun olup, vajinal yıkama bu amaçla en sık kullanılan yöntem olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda Dr. Albert Yuzpe oral kontraseptif hapları acil kontrasepsiyon amaçlı reçete etmiştir (23).

Sterilizasyonun geçmişi milattan önce 63 yılına dayanmaktadır ancak çok yaygın kullanılan bir yöntem olmamıştır. Kadınlarda sterilizasyon çok eskiden overlerin çıkarılmasıyla yapılmaktaydı. Kadın sterilizasyonu ilk defa Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk tubal bağlama operasyonu, 1880'de ileride yüksek riskli gebelik ihtimali olan kadında sezaryen esnasında yapılmıştır (35). İlk kez Oschier vazektominin kontraseptif bir yöntem olduğunu belirtmiştir (36). 1972'de Ulusal Sağlık Servisi AP Değişiklik Yasası vazektominin de diğer kontraseptif hizmetler gibi sağlık yetkilileri tarafından uygulanmasına izin vermiştir (35).

2.3. AİLE PLANLAMASININ TÜRKİYE'DEKİ TARİHÇESİ

Türkiye 1923'ten sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955-1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve korkutucu olmaya başlamıştır. Nüfus artış hızının %3'e ulaşması yanı sıra isteyerek yapılan düşüklerin artışı ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir.

Özellikle isteyerek kişilerin kendileri tarafından başlatılan düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının

doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur.

1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisindeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

- Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi
- Cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması
- Yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi.

Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklere giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965'te yürürlüğe giren yasanın Türkiye'de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir. 1983'te 2827 no'lu ikinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş, ancak uygulamaya 1984'te geçirilebilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yeni yasa ile birlikte;

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir
- Hastanelerde ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının denetimi altında eğitimli genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir
- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler
- Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası iş birliği sağlanması da vurgulanmaktadır.

“2827” sayılı yasanın ardından kısa bir süre isteyerek düşük hızları artmaya devam etmiş ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. İsteyerek düşük hızları “100 gebelikte” 1983 yılında 12.1 iken, 1988’de 23.6, 1993’de 18, 1998’de 14.5 ve 2003’de 11.3’tür (37).

2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

2.4.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.4.1.1. Kombine Hormonal Kontraseptifler

a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK): Östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. En sık tercih edilen sentetik östrojen, etinil östradioldür. Tromboz, östrojene bağlı bir komplikasyon olduğundan preparatın östrojen dozu çok önemlidir. En sık tercih edilen progestin türevleri ise; norgestrel, levonorgestrel ve noretindrondur. Ayrıca drospirenon, spironolakton derivesi olan daha yeni bir progestindir. Önemli olan, en küçük dozda progestatif etkisi yüksek ve androjenik aktivitesi düşük olan progestini tercih etmektir (38).

Etki mekanizması; FSH ve LH’ın inhibisyonu ile ovulasyonun inhibisyonudur. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırıp spermin üst genital sisteme transportunu önler, endometriyumun embriyoya reseptivitesini azaltır ve tubal transportunu önler (39).

Hap kullanmaya mensin ilk 5 günü içinde (tercihen 1. günü) başlanır. Eğer hapa mensin ilk 5 günü dışındaki bir günde başlanmışsa 7 gün ek yöntem gerekir. Haplar her gün yaklaşık aynı saatte bir tane alınır. Paketler 21, 22 ya da 28 günlük tabletler halindedir. 21 tabletlik paketlerde 7 gün, 22 tabletlik paketlerde 6 gün ara verildikten sonra mens görmeyi beklemeden, 28 tabletlik paketlerde ise hiç ara verilmeden yeni pakete geçilmelidir. 28 tabletlik paketteki ilk 21 hap hormon, son 7 hap ise demir içerir. Bu son 7 hap, hem kadının her gün ilaç alma alışkanlığını korumasına yardımcı olur, hem de menstrüel kanama sırasındaki demir kaybının yerine konmasını sağlar (38,40–42).

Kullanımdaki başarısızlığın en önemli nedeni hap almanın unutulmasıdır. Hap alma alışkanlığı kazandırmaya yönelik danışmanlık hizmeti verilirse yöntem daha başarılı şekilde ve uzun süreli kullanılır (39).

Kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanabilir, ara vermesi gerekmez, her yaşta kullanılabilir. Bununla birlikte, hormonal kontrasepsiyon kullanımının kesilmesinden sonra, hormonun kandaki biyoyararlanımı tamamen temizlenene kadar doğurganlığın geri dönüşünde kısa bir gecikme olabilmektedir (43).

Acil kontrasepsiyon için kullanılabilir. Mensi düzenler, mens kanaması miktarını azaltır, demir eksikliği anemisini, premenstrüel sendromu, dismenoreyi, over kisti oluşumunu, benign meme hastalıklarını azaltır. Over ve endometrium kanserine karşı kısmi koruma sağlar. Kemik mineral dansitesini artırır, osteoporoz riskini azaltır. Ara kanama ya da lekelenme yapabilir. CYBH'lere karşı korumaz. Anne sütünün miktarını azaltabileceğinden emzirenler için uygun değildir. Kan basıncını yükseltebilir, pıhtılaşma riskini artırır, kilo artışı, depresyon, sinirlilik yapabilir. Bazı ilaçlarla (barbitürat, fenitoin, rifampisin gibi) etkileşimi vardır. KOK kullananlarda servikal eversiyonda artma nedeniyle servikal klamidya enfeksiyonu daha sıktır. Herhangi bir malignitenin KOK kullanımına bağlı olarak geliştiği gösterilmemiştir, ancak hepatik adenomun KOK kullananlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (38,41,42).

Gebeler, aktif meme kanseri olanlar, 35 yaş üzerinde olup günde 15 adetten fazla sigara içenler, kan basıncı 160/100 mmHg'nın üzerinde olanlar, venöz tromboemboli, pulmoner emboli, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olay öyküsü olanlar, auralı migreni olanlar ve ağır siroz, karaciğer tümörü, viral hepatit gibi karaciğer hastalığı olanlarda kontrendikedir. Ayrıca postpartum emzirenlerde 6 hafta, emzirmeyenlerde 3 hafta kullanımı önerilmez (44,45).

KOK'lar; kullanımlarının kolay olması, yan etkilerinin az olması ve bazı jinekolojik hastalıkların tedavisinde de kullanılabilmeleri nedeniyle dünya genelinde yaygınlaşmıştır (46,47).

b) Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler (KEEK): Östrojen ve progesteron içerir. Etki mekanizması; KOK'lardaki gibidir. İlk uygulama mensin ilk 7 günü içinde

yapılırsa ek yöntem gerekmez. Mensin 8. gününden itibaren kadın gebe olmadığından eminse enjeksiyona başlanabilir, fakat 7 gün ek yöntem gerekir. Postpartum eğer kadın emziriyorsa 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğumdan 3 hafta sonra uygulanabilir. 4 haftada bir intramuskuler enjeksiyon şeklinde uygulanır. Her ayın aynı günü enjeksiyon yapılması önerilir, \pm 7 gün sapma kabul edilebilir. 7 günden fazla sapmalarda, kişi gebe olmadığından eminse enjeksiyon yapılabilir fakat 7 gün ek yöntem gerekir. Bırakıldığında fertilité geri döner, ancak doğurganlığın kazanılmasında diğer yöntemlere göre bir aylık bir gecikme olabilmektedir. Over kistlerinden, over ve endometrium kanserinden korur. Ara kanama, kilo artışı, memelerde hassasiyet yapabilir (37,38,40).

c) Kombine kontraseptif bant/transdermal yama: Aralıklı olarak östrojen ve progesteron salgılayan flasterlerdir. Etki mekanizması; KOK'lardaki gibidir. Haftada bir değiştirilerek 3 hafta uygulanır, mens döneminde 1 hafta ara verilir. Üst kol dış yüz, üst gövde (memeler hariç), karnın alt bölgesi, kalçaya uygulanabilir. Ciltte irritasyon yapabilir. Etkinliği, 90 kg ve üzerindeki kadınlarda azalır (41,48).

d) Vajinal halka: Yavaş şekilde etinil östradiol ve etonorgesterol salgılar. Etki mekanizması; KOK'lardaki gibidir. Mensin ilk günlerinde yerleştirilir, üç hafta takılı kalır, sonra çıkarılıp 1 hafta ara verilir, mens kanaması gerçekleşir, sonra yeni bir halka yerleştirilip yönetime devam edilir (41). Düşük grade squamöz intraepitelyal lezyonları kötüleştirdiğine yönelik az sayıda yayın vardır (45).

2.4.1.2. Sadece Progesteron İçeren Kontraseptifler

a) Mini haplar: Östrojen içermez ve içerdikleri progesteron miktarı KOK'lardakinden düşüktür. Sürekli kullanım gerektirir. Etkinlikleri KOK'lara benzerdir ancak mini hapların servikal mukus üzerindeki etkisi 27 saatte sona erdiğinden her günün aynı saatinde (en geç 3 saat içinde) alınması gerekir. Üç saatten daha geç alınması etkinliğini azaltmaktadır (49–52).

Servikal mukusu kalınlaştırıp spermilerin geçişini engelleyerek, ovulasyonu engelleyerek ve endometriumu inceltip implantasyonu engelleyerek etki eder. Kullanımına mensin ilk 5 günü içinde (tercihen 1. günü) başlanır. Hamile olmadığından eminse herhangi bir zamanda kullanmaya başlayabilir. Ancak mensin

ilk 5 günü içinde başlanmamışsa korunma için 2 gün ek yöntem gerekir. Mens kanamasını ve premenstrüel semptomları azaltır. Bırakıldığında fertilité hemen geri döner. Postpartum emzirenlerde de emzirmeyenlerde de istenilen zaman başlanabilir. Hipertansiyonu olanlar, 35 yaş üzerinde olup sigara içenler de mini hap kullanabilir. Meme kanseri, venöz tromboemboli, miyokard infarktüsü ve inme riskinde artışa neden olmaz. Kontrendikasyonları gebelik varlığı ya da şüphesi, meme kanseri olanlar, meme kanseri öyküsü olanlar (40,44,53). Mini hapları en sık bırakma nedeni menstrüel düzensizliktir, özellikle kullanımın ilk aylarında görülür, bu konuda danışmanlık verilmelidir (40,54).

b) Sadece Progesteron İçeren Enjekte Edilebilen Kontraseptifler: 150 mg Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) veya 200 mg Noretisteron Enantat (NET-EN) içeren formları vardır. Endometrial atrofi ve servikal mukus değişikliği yaparak ve sperm penetrasyonunu önleyerek etki eder. DMPA Her 3 ayda bir intramusküler enjeksiyon şeklinde NET-EN ise 2 ayda bir enjeksiyon şeklinde uygulanır. Tercihen ilk enjeksiyon mensin ilk 7 günü içinde yapılır. Hamile olmadığından eminse herhangi bir zamanda başlanabilir. Eğer mensin üzerinden 7 günden fazla geçtiyse 7 gün ek yöntem ile korunmalıdır. En sık yan etkisi menstrüel düzensizliktir. Kullanımın ilk aylarında düzensiz ve uzamış kanamalar olabilir, sürekli kullanım ile kanama azalır ve bir yıllık kullanım sonunda ovulasyonun etkin baskılanmasından dolayı kadınların çoğunda amenore olur. Kullanım sırasında yılda 3-5 kilo alımı olabilir. DMPA bırakıldığında fertilitenin geri dönüşü diğer yöntemleri kullanan kadınlara kıyasla ortalama olarak 4 ay daha uzundur. NET-EN için fertilité geri dönüşü diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre ortalama 1 ay daha uzundur. Fertilitenin geri dönüşünü anlamlı olarak uzatan tek geçici yöntemdir. Postpartum anne emziriyorsa doğumdan 6 hafta sonra, emzirmiyorsa doğumdan 21 gün sonra enjeksiyona başlanabilir (39–41).

c) Deri Altı İmplantları: Tek uygulama ile en uzun süre koruma sağlayabilen hormonal yöntemdir, çeşitlerine göre 3 ile 5 yıl arası koruma sağlar. Kolun medialine subkutan yerleştirilir. Kontrollü progesteron salınımı yapar. Etki mekanizması, progesteronun gonadotropin salınımını inhibe etmesi sonucu oluşan ovulasyon inhibisyonudur. Mensin ilk 7 günü içinde uygulanması önerilir. Mensin 6-28. günlerinde ise kadın gebe olmadığından eminse uygulanabilir ancak 7 gün ek yöntem

gerekir. Fertilitenin dönüşü hızlıdır. Emzirenlerde de güvenle kullanabilir (37,40,55–57).

2.4.1.3. Rahim İçi Araç (RİA)

Rahim içine yerleştirilen, bakır ya da hormon içeren küçük bir cisimdir. Oldukça güvenli ve etkilidir. Özellikle sterilizasyonu istemeyen ancak etkili bir yöntem isteyen kadınlar arasında en sık tercih edilen yöntemdir. T şekilli bakırlı RİA, ülkemizde en fazla tercih edilen çeşididir (55,58).

Uterusta meydana gelen yabancı cisim reaksiyonu sonucu üretilen sitotoksik peptidlerin sperm motilitesini azalttığı, sperm kapasitesini engellediği, ovum dejenerasyonuna neden olduğu ve endometriumu implantasyon için uygun olmayan bir ortam haline dönüştürdüğü ön görülmektedir. Bakırlı RİA'lar direkt spermlerin üzerine etki eder, spermlerin üst genital yollara ulaşmasını ve fertilizasyonu engeller. Hormonlu RİA'lar, levonorgestrel (LNG) içerir. LNG-RİA diye de adlandırılır, endometrial proliferasyonu engeller, servikal mukusu kalınlaştırıp spermlerin uterusu geçişine engel olur, endometrial glandüler atrofi yapar (41,55,59).

Bakırlı RİA siklusun ilk 12 gününde takıldıysa herhangi ek bir korunma yöntemine gerek yoktur. Eğer mens başlangıcından itibaren 12 günden fazla zaman geçtiyse hamile olmadığından emin olmalıdır ve ek korunma yöntemine gerek yoktur. RİA'nın koruyucu etkisi hemen başlar ve takıldığı andan itibaren kullanıcı istediği zaman ilişkiye girebilir. Ayrıca korunmasız ilişki sonrası ilk 5 gün içinde yerleştirilirse, bakırlı RİA en etkili acil kontrasepsiyon aracı olarak kabul edilir (32,40,60). Hormonlu RİA siklusun ilk 7 gününde takılırsa ek bir korunma yöntemine gerek yoktur. İlk 7 gün dışında ise, kadın gebe olmadığından eminse herhangi bir zamanda takılabilir, ancak 7 gün ek yöntem gerekir (40).

RİA sezaryen veya vajinal doğumdan sonra ilk 48 saat içinde takılabilir. Ancak postpartum 48 saatten fazla olduysa doğumdan sonra en az 4 hafta beklenmelidir. Emzirmeye herhangi bir engel oluşturmaz (40).

Kullanım süreleri, bakırlı RİA'nın 10 yıl, LNG-RİA'nın 5 yıldır. Etki süresi sonunda çıkarılması veya değiştirilmesi gerekir. Süre sonunda kadın hala bu yöntemi kullanmak isterse yenisi aynı işlemde takılabilir. RİA'nın ekspulsiyonu genellikle ilk

bir ayda gözlenir, bu nedenle işlemten bir ay sonra kontrol edilmelidir. Bir sorun olmadıkça değiştirilmesi veya çıkarılmasına kadar yılda bir kez kontrolü yeterlidir (38,55,61).

Nadiren RİA kullananlarda gebelik gelişebilir, gebelik gelişenlerde eğer servikste RİA ipi izleniyorsa çekilmesi önerilir (62). RİA kullanımı ile ektopik gebelik oluşma olasılığı artmaz, ancak eğer gebelik oluşmuşsa bunun ektopik olma olasılığı artar (63).

Yöntem bırakıldıktan sonra fertilitte hemen geri döner. Bakırlı RİA'lar, ilk 3-6 ay içinde menoraji, metroraji, dismenore yapabilir, kullanımı bırakmanın en önemli nedeni bu yan etkileridir. Vulvovajinal enfeksiyonlara ve pelvik inflamatuvar hastalığa yatkınlığı artırabilir. LNG-RİA'lar ilk 6 ay içinde mens kanaması miktarını azaltır, lekelenme şeklinde ara kanamalar sıktır, 6 ay sonrasında mens kanaması miktarı belirgin azalır, hatta bazı kadınlarda amenore gözlenebilir (55,64,65).

Kontrendikasyonları: gebelik, CYBH, pürülan servisit, tanı konulmamış anormal vajinal kanama, genital sistem kanseri, uterin anomali, uterin kaviteye bası yapan miyom, RİA'ya karşı gelişen alerjik reaksiyon, Wilson Hastalığı, mevcut ya da son 3 ay içinde geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, puerperal ya da postabortus sepsis. Ayrıca LNG-RİA'lar hormon salınımlı olduğu için meme kanserinde kontrendikedir (55,63).

2.4.1.4. Bariyer Yöntemler

En uzun tarihsel geçmişe sahip olan modern AP yöntemidir. Koitus sırasında spermlerin kadının vajinasına ve uterus boşluğuna geçmesini engeller. CYBH'lere karşı koruyucudur. Özellikle HIV enfeksiyonundan korunmada kondom önemli bir yere sahiptir. Hormonal yöntemlere göre yan etkilerinin daha az olması nedeniyle avantajlıdır (37,45,55,66).

a) Erkek Kondomu: Koitus esnasında penise takılan silindirik şekilli kılıftır. Lateksten ya da poliüretandan yapılır. Lateks kondom CYBH'lere karşı en iyi korumayı sağlar. Spermisitlerle birlikte kullanılırsa etkinliği artar. Ucuzdur, kolay bulunur, güvenlidir. Her cinsel ilişkide ve doğru kullanılırsa çok etkilidir, başarı oranı sürekli kullanımla artar. Nadiren yırtılabilir, yırtılmışsa postkoital kontrasepsiyon

yöntemlerinden birine başvurulmalıdır. Aile planlamasına erkeklerin dahil edilmesini sağlar. Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez. Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir, bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir (37–39,67).

b) Kadın Kondomu: Vajinayı kaplayan, poliüretan, lateks veya nitrilden yapılmış, halka şekilli kılıftır. Eşleri kondom kullanmayan, fertilitelerini kendi kontrol etmek isteyen kadınlar tarafından tercih edilir. CYBH'lere karşı koruyucudur. Kullanmadan önce lubrikan kullanılması önerilir. Kadın kondomunun tekrar tekrar kullanılması önerilmez. Serviks kanserinden de koruma sağlar. Takması zordur, kadının anatomisini iyi bilmesi gerekir (37,40,55).

c) Diyafram: Serviksi kapatan, kubbe şeklinde, lateks, kauçuk ya da silikondan yapılmış kılıftır. Koitustan önce kubbe kısmına spermisit konup uygulanırsa koruyuculuğu artar. Fertiliteleri kontrolünü kadına vermesi, serviks kanserini önleyebilmesi, CYBH'lere karşı az da olsa koruyuculuğunun olması olumlu yönleridir. Kadının takmayı öğrenmesinin zaman alması ve koitustan sonra en az 6 saat yerinde kalmasının gerekmesi ise olumsuz yönleridir. 24 saatten fazla yerinde kalması toksik şok sendromu riskini artırabileceği için önerilmez (38,40,68).

d) Servikal başlık: Daha sert, daha küçük, lateks ya da plastik yapıda yüksek kubbeli özel bir tip diyaframdır. Serviks yapısı uzun olduğu için diyafram kullanamayan kadınlar tarafından tercih edilir. Başlığın kubbe kısmına spermisit konup uygulanır. Diyafram kadar etkilidir. Daha estetik ve cinsel eş tarafından hissedilmemesi üstünlük sağlar. Ejakulasyondan sonra en az 6 saat yerinde kalmalıdır. Ancak 48 saatten fazla yerinde bırakılmamalıdır, toksik şok sendromu riskini artırabilir (38,40,69,70).

e) Spermisit: Tek başına kullanıldığında en az etkili doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Sperm motilitelerini azaltan kimyasallardır, spermleri servikse ulaşmadan inaktif hale getirir, diyafram veya kondomla birlikte kullanıldığında etkinliği artar. Nonoxynol-9 içeren spermisitler; gonore, genital herpes, trikomoniasis, HIV ve sifilize karşı koruyucudur. Olumlu yönleri, sistemik etkisinin olmaması, kayganlaştırıcı etkisiyle vajinadaki kuruluşu gidermesi, reçete ya da tıbbi muayene gerektirmemesidir. Olumsuz yönleri ise kimyasal maddeye karşı irritasyona neden olabilmesi ve bazı türlerinde (köpüren tablet, ovül gibi) uygulamadan sonra ilişki için

5-10 dakika beklenmesi gerekmesidir. Spermisitlerin etkililiğini koruması için ilişkiden 6-8 saat sonra kadar vajina içinde kalması gerekir, vajinal duş yapılmamalıdır. Vajinal florada minimal değişiklik yapabilir, bakteriyel vajinozis oranını arttırabilir (37,38,40,55,71,72).

2.4.1.5. Acil Kontrasepsiyon

Postkoital kontrasepsiyon diye de bilinir, korunmasız koitustan sonra, sürdürülmesi istenmeyen bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir. Kolay ulaşılabilen, yüksek etkili, düşük yan etkili yöntem seçilmelidir (71,73,74).

Yalnızca levonorgestrel veya ullaipristal asetat içeren özel acil kontrasepsiyon hapları mevcuttur. Acil kontrasepsiyon hapları korunmasız cinsel ilişkiden sonra mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır. Ne kadar erken alınırsa hamileliği o kadar etkili önler. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra 5 güne kadar alınması hamileliği önlemede yardımcı olabilir (40).

Plansız ve korunmasız cinsel birliktelik, tecavüz, KOK alınmasının unutulması, kondom yırtılması gibi durumlarda uygulanması gerekebilir. Rutin olarak uygulanabilecek bir yaklaşım değildir. KOK ve bakırlı RİA'lar da acil kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılabilir. Bakırlı RİA postkoital 5 gün içinde uygulandığında istenmeyen gebelikleri engeller. Acil kontrasepsiyon yöntemleri CYBH'lere karşı korumaz (38,75-77).

2.4.1.6. Cerrahi Sterilizasyon Yöntemleri (Cerrahi Kontrasepsiyon)

Kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde vazektomi yöntemidir. Kalıcı niteliklerinden dolayı yöntemler hakkındaki danışmanlık daha fazla önem taşımaktadır. Kişiler, bilgilendirildikten sonra bilinçli ve gönüllü olarak yöntemi seçmelidir. Yöntemin geriye dönüşümü pahalı ve güçtür (41,55).

a) Tüp ligasyonu: Gebe kalmama zorunluluğu olan kadınlar ve artık çocuk istemeyen çiftler için uygundur. Her iki tüp mekanik yol ile kapatılır, her iki tuba üçte bir proksimalden kesilir, bağlanır veya kliplenir, ovum ve spermin buluşması engellenir. Başarısızlık oranı %0.1 kadardır (38). Kontraseptif etkisinin hemen başlaması, koitustan bağımsız olması olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise; geri

dönüşü zordur ve pahalıdır, düşük bir oranda da olsa gebelik oluşabilir ve bunun ektopik olma ihtimali vardır. CYBH'lere karşı korumaz (41).

b) Vazektomi: Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesidir. Hemen hemen %100 etkilidir. Geri dönüşü zor ve pahalıdır. Tüp ligasyonuna göre daha basit bir işlemdir, daha az komplikasyonu vardır, lokal anesteziyle gerçekleştirilir, hospitalizasyon gerektirmez. Seksüel fonksiyonu etkilemez, CYBH'lere karşı korumaz. Operasyondan sonra 2-4 ay (ortalama 20 ejakülat) kadar kişi fertildir ve bu süre boyunca ek yöntem kullanılmalıdır (41,55).

2.4.2. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

DSÖ'nün tanımına göre 'doğal AP yöntemleri'; menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtilerin gözlenerek gebeliğin planlanması ya da gebelikten kaçınılması için kullanılacak yöntemlerdir. Kadının fertilité belirtilerini her gün izleyip kaydetmesi gerekir. Spermin kadın genital yolunda 48-72 saat canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu akılda tutulmalıdır. Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovulasyondan beş gün öncesi ile iki gün sonrası arası dönemdir, gebelik olasılığının en yüksek olduğu dönem ise ovulasyon günü ile öncesindeki iki gündür. Ovulasyon günündeki oynamalar nedeniyle cinsel perhiz uzun tutulmalıdır. CYBH'lere karşı korumaz (38). Uygulayanların %25'i ilk yılda gebe kalır, yüksek başarısızlık oranları, fertil dönemin doğru tespit edilememesiyle ilişkilidir, yöntemin doğru uygulanabilmesinde kişinin eğitimi çok önemlidir (39).

2.4.2.1. Emzirme (Laktasyonel Amenore) Yöntemi

Efektif olması için dikkat edilmesi gereken kurallar vardır; bebeğin altı aydan küçük olması, bebeğin gündüz ve gece her istedikçe, sık aralıklarla (yaklaşık iki saatte bir) ve en az dört dakika emzirilmesi, bebeğe anne sütü dışında başka bir besin verilmemesi ve annenin adet görmemiş olması gerekir. Bu şartlar eksiksiz yerine getirildiğinde ilk 6 ay bu yöntem kullanılabilir, güvenli bir yöntem değildir, ovulasyonun ve gebeliğin adet görmeden de gerçekleşebileceği unutulmamalıdır (38,78).

2.4.2.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Vücut ısısının siklusun değişik dönemlerinde değişmesi esasına dayanır, vücut ısısında 0.4-0.8 derece artış preovulatuvar dönemi ve üç gün içinde ovulasyonun olacağını gösterir, bu üç gün boyunca ilişkiden kaçınmak gerekir (39). Bazal vücut ısısı; hastalık, stres gibi durumlardan etkilenebileceği için, bu yöntemin tek başına kullanılmaması, servikal mukus ve/veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılması önerilir (38).

2.4.2.3. Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovulasyon Metodu)

Her gün servikal mukus miktarı ve kıvamı kontrol edilir. Temiz, ıslak ve kaygan mukusun olduğu dönem fertil dönem kabul edilir, bu dönemde ilişkiden kaçınmak gerekir. Vajinal enfeksiyon varsa, ovulatuvar mukusun ayırt edilmesi zorlaşır (38,39).

2.4.2.4. Servikal Palpasyon Yöntemi

Kadının kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır (38).

2.4.2.5. Semptotermal Yöntem

Servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin en az ikisi aynı anda kullanılır ve siklus boyunca görülen kanama, serviksin kıvamı gibi değişikliklerin de takibini gerektirir (38,39).

2.4.3. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Dışarıdan bir işlem veya malzemeye ihtiyaç duymayan, kişilerin davranışları ile uygulanan yöntemlerdir. Etkililikleri düşüktür. Mümkünse daha etkili bir yöntem kullanılması önerilmelidir. Ancak kadının sağlık durumu başka yöntem kullanmaya uygun değilse geleneksel yöntemlerin başarı şansını artırmak için mutlaka eğitim verilmelidir (38).

2.4.3.1. Takvim Yöntemi

Düzenli siklusu olanlarda muhtemel ovulasyon zamanından dört gün önce ve sonrasını içeren dönemde ilişkiden kaçınma esasına dayanır, spermin ve ovumun canlı

kalabilme süreleri göz önünde bulundurularak hesaplanır (39,79). Kadının düzenli siklusunun olması ve ovulasyon gününün doğru hesaplanması önemlidir. Düzensiz siklusu olanlarda, çok genç yaştakilerde, abortus ve doğum sonrası dönemde, menopoza yakın dönemde tercih edilmemelidir (80). Stres ve hastalık gibi, siklus düzenini etkileyebilecek faktörler, yapılan hesapların duyarlılığını azaltır. Fertil dönem normalden uzun kabul edildiğinden, uzun süre cinsel perhiz uygulamasını gerektirir, çift zorlanabilir (38).

2.4.3.2. Geri Çekme

Penisin ejakülasyondan önce vajenden geri çekilmesidir. Gelişmemiş ülkelerde çok yaygın kullanılır. Türkiye’de geleneksel yöntemler arasında en yaygın kullanılanıdır, TNSA 2013’te %25,5, TNSA 2018’de %20,4 saptanmıştır. İstenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır. Bir yöntem kullanırken gebe kalanların %58,7- %60,6’ının bu yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (10,11,49,81,82).

Maliyetinin ve yan etkisinin olmaması, menstrüel sıklusa bağlı olmaması, gelecekteki fertilitiyi etkilememesi olumlu yönleridir. Ejakülasyondan önce salgılanan sıvıda da sperm olabileceği, bununla da fertilizasyon gerçekleşebileceği kişiye açıklanmalıdır. Eşler arasında uyum ve disiplin gerektirir, yöntemin devamlı kullanılması cinsel tatminsizlik yaratabilir. Yöntemin etkinliği, erkeğin iş birliği yapma isteğine ve ejakülasyonu öngörmedeki başarısına bağlıdır. CYBH’lerden korumaz (51,82,83).

2.4.3.3. Vajinal Duş

Koitudan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya temizlik ürünleriyle yıkamasıdır. Spermilerin ilerlemesinin engellenmesi ve gebelik oluşmaması hedeflenir. Koitus sırasında spermeler ejakülasyondan 15 saniye sonra servikal kanala penetre olduğundan etkisiz bir yöntemdir ve önerilmez. Eğer ilişkide spermisit kullanılmışsa, duş sonrası spermisitlerin de yok olması nedeniyle gebelik riskinin artmasına yol açar. Vajinanın asit-baz dengesini bozabilir, değişik türde vajinal enfeksiyonlar oluşabilir. CYBH’lerden korumaz (82,84).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı Denizli il merkezindeki 55 ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı 15-49 yaş arası evli kadınların, aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, COVID-19 pandemisinin aile planlaması yöntem kullanma durumuna etkisini araştırmak ve aile planlamasında salgın nedeni ile olabilecek sorunları tespit edip çözüm önerileri sunmaktır.

3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ

Bilimsel araştırma platformuna 17.05.2021 tarihinde yapmış olduğumuz başvuru ile bu çalışmayı yapmamız Sağlık Bakanlığınca uygun görülmüştür.

Bu araştırma için Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair 25.05.2021 tarih ve 10 sayılı karar ile onay alınmıştır.

Ayrıca bu araştırma için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ve tarafımızca 30.07.2021 tarihli çalışma izni için protokol imzalanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmamız Denizli ili 55 ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimlerinde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışmamız, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmamızın evrenini Denizli ilindeki 55 ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimlerindeki 15-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 01.08.2021-30.09.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışmanın evrenini 55

Nolu ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimlerindeki 15-49 yaş arası evli toplam 450 kadın oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan 10'u infertil olduğundan, 14'ü menapozda olduğu, 141'i çalışmaya katılmayı reddettiği, 71'ine telefon ile ulaşılamadığı için çalışma 214 kadınla tamamlanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Denizli ilindeki 55 veya 58 Nolu Aile hekimliği Birimine kayıtlı olmak

15-49 yaş grubunda kadın ve evli olmak

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi

Anket formunu eksiksiz cevaplaması

3.7. ARAŞTIRILMADAN HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ

Araştırmaya katılmayı kabul etmeme

Türkçe bilmemek

İnfertil olma

Menopozda olma

Mental veya kognitif fonksiyon bozukluğu olanlar

3.8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.8.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırma grubunun;

- AP hakkındaki bilgileri
- COVID-19 pandemisinin AP davranışlarına yönelik etkileri

3.8.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırma grubunun;

- Yaşı
- Mesleği

- Eğitim düzeyi
- Eşinin yaşı
- Eşinin mesleği
- Eşinin eğitim düzeyi
- Sosyal güvence varlığı
- Algılanan gelir düzeyi
- Evlilik süresi
- Toplam çocuk sayısı

3.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama formu Ek 1’de verilmiştir. Anket formunda kapalı uçlu ve açık uçlu toplam 36 soru yer almaktadır.

Anketin ilk kısmında; araştırma grubundaki kişinin yaşı, mesleği, eğitim düzeyi, eşinin yaşı, eşinin mesleği, eşinin eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı, ailenin gelir düzeyi, evlilik süresi, toplam çocuk sayısı gibi sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır.

Anketin diğer kısımlarında AP yöntemleri hakkında bilgisi olup olmadığı, AP yöntemleri hakkında bilgiyi nereden/kimden aldığı, bildiği AP yöntemleri, COVID-19 pandemi öncesinde ve sonrasında hangi AP yöntemini kullandığı, COVID-19 pandemi öncesi ve sonrasında kullandığı AP yöntemlerini nereden temin ettiği, COVID-19 pandemi döneminde AP yöntemi kullanmayı bırakıp bırakmadığı ve yöntem değiştirme gereksinimi duyup duymadığı, yöntem ulaşımında zorluk çekip çekmediği ve nedeni sorgulanmıştır.

Anketin devamında ise COVID-19 pandemi döneminde eşiyile geçirdiği sürede, cinsel ilişki sıklığında, istediği çocuk sayısında, gebelik planlarında değişiklik olup olmadığı ayrıca bu süreçte gebe kalma, acil kontrasepsiyon yöntemi kullanma, istenmeyen gebelik yaşama, kürtaj yaptırma durumları sorgulanmıştır. Ek olarak COVID-19 pandemi sürecinde gebe kalmayı riskli bulup bulmadığı, bu dönemde AP

danışmanlığı alıp almadığı, danışmanlık aldıysa nereden ve ne şekilde aldığı sorgulanmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmayı yapan hekim tarafından anket formu telefon görüşmesi ile uygulanmıştır. Araştırma görevlisi kendini tanıtip araştırmanın konusunu, amacını ve önemi belirterek çalışmaya katılanları bilgilendirmiş ve katılımcıların sözlü onamlarını almıştır. Bu bilgilendirme sonucunda araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yaklaşık on dakika süren bir anket görüşmesi yapılmıştır.

3.11. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Veriler SPSS 17.0 (SPSS Statistics for Windows, Version 17.0) paket programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılıp dağılmadığını anlamak için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapılmıştır. Kategorik değişkenler arası ilişkilerde ki-kare testi (Fisher, Pearson, Continuity Correction) kullanılmıştır. Tüm incelemelerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 214 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması $33,16 \pm 6,25$, eşlerinin yaş ortalaması ise $36,42 \pm 6,73$ yıldır. Çalışmamızdaki kadınların toplam evlilik yılı süresi ortalaması $8,37 \pm 7,09$ yıldır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı ve Evlilik Yılı Ortalamaları

	Ortalama \pm Standart sapma
Yaş	$33,16 \pm 6,25$
Eş Yaşı	$36,42 \pm 6,73$
Evlilik Yılı	$8,37 \pm 7,09$

Çalışmaya katılan kadınların 95'i (%44,4) ev hanımı, 59'u (%27,5) memur, 24'ü (%11,2) diğer meslek gruplarından olduğunu belirtti. Katılımcılardan 34'ü (%15,9) ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olduğunu, 46'sı (%21,5) lise mezunu, 134'ü (%62,6) ise üniversite mezunu olduğunu bildirmiştir. Gelir durumu sorgulandığında 107 (%50) katılımcı gelirinin giderine eşit olduğunu, 60 (%28) katılımcı gelirinin giderinden düşük, 47 (%22) katılımcı gelirinin giderinden yüksek olduğunu ifade etmiştir. Sosyodemografik özellikler Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek	Ev Hanımı	95	44,4
	İşçi	13	6,1
	Memur	59	27,6
	Serbest Çalışan	23	10,7
	Diğer	24	11,2
Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	34	15,9
	Lise	46	21,5
	Üniversite	134	62,6
Eş Meslek	İşçi	49	22,9
	Memur	69	32,2
	Serbest çalışan	56	26,2
	Diğer	40	18,7

Eş Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	36	16,8
	Lise	52	24,3
	Üniversite	126	58,9
Sosyal Güvence	Var	202	94,4
	Yok	5	2,3
	Yeşil Kart	7	3,3
Toplam Gelir	Geliri Giderinden Az	60	28,0
	Geliri Giderine Eşit	107	50,0
	Geliri Giderinden Fazla	47	22,0
Çocuk Sayısı	0	45	21,0
	1	79	36,9
	2	71	33,2
	3 ve Üzeri	19	8,9

Katılımcıların AP yöntemi bilme durumuna bakıldığında 193'ü (%90,2) bilgi sahibi olduğunu, 21'i (%9,8) bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara AP yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı sorulduğunda 119'u (%61,7) sağlık personelinen, 30'u (%15,5) medyadan, 25'i (%13) eğitim ile bilgi aldığı öğrenilmiştir.

Katılımcılar bilinen AP yöntemlerine göre bakıldığında 205'i (%95,8) kondomu, 196'sı (%91,6) hapyı, 195'i (%91,1) geri çekmeyi, 194'ü (%90,7) RİA'yı, 125'i (%58,4) enjeksiyon yöntemini, 121'i (%56,5) tüp ligasyon yöntemini, 105'i (%49,1) emzirmeyi, 94'ü (%43,9) takvim yöntemini, 49'u (%22,9) implant yöntemini, 32'si (%15) vajinal duşu, 26'sı (%12,1) vajinal halkayı, 20'si (%9,3) spermisit yöntemini bildiğini belirtmiştir. Katılımcıların AP yöntemini bilme, bildikleri yöntemler ve bilgi kaynağı durumları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların AP Yöntemini Bilme, Bildikleri Yöntemler ve Bilgi Kaynağı Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
AP Yöntemi Bilme Durumu	Evet	193	90,2
	Hayır	21	9,8
Bilinen AP Yöntemleri*	Takvim Yöntemi	94	43,9
	Geri Çekme	195	91,1
	Vajinal Duş	32	15,0
	Emzirme	105	49,1
	Rahim İçi Araç	194	90,7
	Hap	196	91,6
	Kondom	205	95,8
	Vajinal Halka	26	12,1
	Spermisit	20	9,3
	İmplant	49	22,9
	Tüp Ligasyon	121	56,5
	Enjeksiyon	125	58,4
AP Bilgi Kaynağı**	Doktor/ Ebe/ Hemşire	119	61,7
	Aile	9	4,70
	Arkadaş	10	5,20
	Medya	30	15,50
	Eğitim	25	13,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Yüzdeler AP bilgisi olan n=193 kişiye göre hesaplanmıştır.

Katılımcıların COVID-19 pandemi öncesinde ve pandemi sırasında kullandığı AP yöntemi ve AP yöntemini temin ettiği yer Tablo 4'te gösterilmektedir. COVID-19 pandemi öncesi katılımcıların 38'i (%17,8) geleneksel, 144'ü (%67,3) modern yöntem kullanıyor 32'si (%15) yöntem kullanmıyordu. COVID-19 pandemi sırasında katılımcıların 45'i (%21) geleneksel, 129'u (%60,3) modern yöntem kullanıyor 40'ı (%18,7) yöntem kullanmıyordu. AP yöntem temin yeri olarak ASM (Aile Sağlığı Merkezi), devlet hastaneleri ve üniversiteler kamu sektörü, özel hastaneler ve eczaneler özel sektör, market ve dükkân gibi yerler diğer olarak gruplandırılmıştır. COVID-19 pandemi öncesi katılımcıların 34'ü (%23,6) kamu sektöründen, 65'i (%45,1) özel sektörden, 45'i (%31,3) diğer yerlerden AP yöntemi temin etmekteydi.

Pandemi sırasında katılımcıların 15'i (%11,6) kamu sektöründen, 61'i (%47,3) özel sektörden, 53'ü (%41,1) diğer yerlerden AP yöntemi temin ediyordu.

Tablo 4. Katılımcıların Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde AP Yöntemi Kullanım Durumları ve Temin Yerleri

	Pandemi Öncesi Kullanılan AP Yöntemi		Pandemi Döneminde Kullanılan AP Yöntemi	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geleneksel	38	17,8	45	21,0
Modern	144	67,3	129	60,3
Kullanmıyor	32	15,0	40	18,7
	Pandemi Öncesi AP Temin Yeri*		Pandemi Döneminde AP Temin Yeri**	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kamu Sektörü	34	23,6	15	11,6
Özel Sektör	65	45,1	61	47,3
Diğer	45	31,3	53	41,1

*Yüzdeler pandemi öncesi modern yöntem kullanan n=144 kişiye göre hesaplanmıştır.

**Yüzdeler pandemi döneminde modern yöntem kullanan n=129 kişiye göre hesaplanmıştır.

Katılımcılara COVID-19 pandemisi öncesinde kullandığı AP yöntemi sorulduğunda 82'si (%38,3) kondom, 39'u (%18,2) hap, 38'i (%17,8) geri çekme, 13'ü (%6,1) RİA yöntemini kullandığını belirtmiştir. Katılımcılardan 32'si (%15) herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcılara COVID-19 pandemisi öncesinde kullandığı AP yöntemini nereden temin ettiği sorulduğunda 51'si (%35,4) eczaneden, 45'i (%31,3) marketten, 26'sı (%18,1) Aile Sağlığı Merkezi'nden temin ettiğini bildirmişlerdir. Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde kullandığı AP yöntemi sorulduğunda 86'sı (%40,2) kondom, 43'ü (%20,1) geri çekme, 17'si (%7,9) hap, 15'i (%7) RİA yöntemini kullandığını belirtmiştir. Katılımcılardan 39'u (%18,2) pandemi döneminde herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcılara pandemi döneminde kullandığı AP yöntemini nereden temin ettiği sorulduğunda 53'ü (%41,1) marketten, 42'si (%32,6) eczaneden, 19'u (%14,7) özel hastane/özel doktordan temin ettiğini bildirmişlerdir. Katılımcıların pandemi öncesinde ve pandemi sırasında kullandığı AP yöntemleri ile bilgi Tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde AP Yöntemi Kullanma ve Temin Yeri Durumlarına Göre Dağılımı

	Pandemi Öncesi Kullanılan AP Yöntemi		Pandemi Döneminde Kullanılan AP Yöntemi	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Takvim Yöntemi	0	0,0	0	0,0
Geri Çekme	38	17,8	43	20,1
Vajinal Duş	0	0,0	0	0,0
Emzirme	0	0,0	2	0,9
Rahim İçi Araç	13	6,1	15	7,0
Hap	39	18,2	17	7,9
Kondom	82	38,3	86	40,2
Vajinal Halka	0	0,0	0	0,0
Spermisitler	0	0,0	0	0,0
İmplant	0	0,0	0	0,0
Tüplerin Bağlatılması	7	3,3	10	4,7
Enjeksiyon	3	1,4	1	0,5
Kullanmıyor	32	15,0	40	18,7
	Pandemi Öncesi AP Yöntemi Temin Yeri*		Pandemi Döneminde AP Yöntemi Temin Yeri**	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Sağlığı Merkezi	26	18,1	8	6,2
Devlet/Üniversite Hastanesi	8	5,6	7	5,4
Özel Hastane/Özel Doktor	14	9,7	19	14,7
Eczane	51	35,4	42	32,6
Market /Dükkân	45	31,3	53	41,1

*Yüzdeler pandemi öncesi modern yöntem kullanan n=144 kişiye göre hesaplanmıştır.

**Yüzdeler pandemi döneminde modern yöntem kullanan n=129 kişiye göre hesaplanmıştır.

Tablo 6 katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde AP yöntemi bırakma durumlarını ve AP yöntemi kullanmayı bırakma nedenini göstermektedir. Katılımcıların 93'ü (%43,5) COVID-19 pandemi döneminde AP yöntemi kullanmayı bıraktığını belirtmiştir. Pandemi döneminde AP yöntemi bırakanların 65'i (%69,9) çocuk isteme, 15'i (%16,1) ASM'den AP yöntemi temin edememe nedeni ile, 7'si (%7,5) COVID-19 pandemisi nedeni ile AP yöntemine ulaşmakta güçlük çektiği için

AP yöntemini kullanmayı bıraktığını belirtmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların COVID-19 Pandemisinde AP Yöntemi Kullanmayı Bırakma Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Pandemide AP Yöntemi Kullanmayı Bırakma Durumu	Evet	93	43,5
	Hayır	121	56,5
Pandemide AP Yöntemi Kullanmayı Bırakma Sebebi*	Çocuk İsteme	65	69,9
	Cinsel Birliktelik Olmaması	6	6,5
	COVID-19 Nedeni ile Ulaşmakta Güçlük Çekme	7	7,5
	ASM'den AP Yöntemi Temin Edememe	15	16,1

*Yüzdeler AP yöntemi kullanmayı bırakan n=93 kişiye göre hesaplanmıştır.

Katılımcılara kullandıkları AP yöntemini değiştirme gereksinimi duymadığı sorulmuş, katılımcılardan 159'u (%74,3) kullandığı AP yöntemini değiştirme gereksinimi duymadığını, 55'i (%25,7) ise kullandığı AP yöntemini değiştirme gereksinimi duyduğunu belirtmiştir. Katılımcılara kullandıkları AP yöntemine ulaşımda zorluk yaşayıp yaşamadığı sorulmuş 106'sı (%49,5) ulaşımda zorluk yaşamadığını, 56'sı (%26,2) ulaşımda zorluk yaşadığını, 52'si (%24,3) ise fikri olmadığını belirtmiştir. AP yöntemine ulaşımda zorluk çektiğini belirten katılımcılara sebebi sorulduğunda 34'ü (%60,7) COVID-19 riski nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmak istememesi nedeniyle, 18'i (%32,1) yüz yüze sağlık hizmetlerinin sınırlanması nedeniyle, 3 kişi (%5,4) ise ekonomik olarak AP yöntemlerini karşılamakta güçlük çekmesi sebebi ile AP yöntemine ulaşmakta zorluk yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemini değiştirme gereksinimleri ve COVID-19 pandemisinde AP yöntemine ulaşımda zorluk durumları Tablo 7'de belirtilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemlerini COVID-19 Pandemi Döneminde Değişirme Gereksinimi ve Nedenleri

		Sayı(n)	Yüzde (%)
AP Yöntemi Değişirme Gereksinimi	Evet	55	25,7
	Hayır	159	74,3
AP Yöntemi Ulaşımı Zorluğu	Evet	56	26,2
	Hayır	106	49,5
	Fikrim Yok	52	24,3
AP Yöntemine Ulaşım Güçlük Nedeni*	COVID-19 Riski Nedeni ile Sağlık Kuruluşuna Başvurmama	34	60,7
	Yüz yüze Sağlık Hizmeti Sınırlandığı İçin / AP Yöntemi Temin Edememe	19	33,9
	Ekonomik Olarak Karşılama Zorluk Çekme	3	5,4

*Yüzdeler AP yöntemine ulaşmakta zorluk yaşayan n=56 kişiye göre hesaplanmıştır.

Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde eşleri ile geçirdikleri zamanın artıp azalmadığı sorulmuş, katılımcıların 116'sı (%54,2) değişmediğini, 71'i (%33,2) arttığını, 27'si (%12,6) ise geçirdikleri zamanın azaldığını belirtmiştir. Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde cinsel ilişki sıklığındaki değişiklik olup olmadığı sorulduğunda 146'sı (%68,2) değişmediğini, 50'si (%23,4) azaldığını, 18'i (%8,4) arttığını belirtmiştir. Katılımcıların COVID-19 pandemi dönemindeki istedikleri toplam çocuk sayısında herhangi bir değişiklik olup olmadığı sorulmuş 143'ü (%66,8) istedikleri toplam çocuk sayısında herhangi bir değişiklik olmadığını, 50'si (%23,4) daha az sayıda çocuk yapmaya karar verdiklerini, 21'i (%9,8) ise daha fazla sayıda çocuk yapmaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminin gebelik planlama durumlarına etkisi sorulduğunda ise 106'sı (%49,5) pandeminin gebelik planlarına herhangi bir etkisi olmadığını, 71'i (%33,2) bu

dönemde gebelik planladığını, 37'si (%17,3) ise pandemi nedeni ile gebelik planlarını ertelediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde gebe kalıp kalmadıkları sorulmuş, 152'si (%71) bu dönemde gebe kalmadığını, 62'si (%29) ise bu dönemde gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde eşleri ile geçirdikleri zaman ve cinsel ilişki sıklığındaki değişimler, istedikleri toplam çocuk sayısındaki değişim, gebelik planlarındaki değişim ve gebe kalma durumları Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 Pandemisinde Eşleri ile Geçirdikleri Zamanda, Cinsel İlişki Sıklığında ve Gebelik Planlarındaki Değişim

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Pandemide Eş ile Geçirilen Zaman	Arttı	71	33,2
	Azaldı	27	12,6
	Değişmedi	116	54,2
Pandemide Cinsel İlişki Sıklığı	Arttı	18	8,4
	Azaldı	50	23,4
	Değişmedi	146	68,2
Pandemide Çocuk Sayısı İsteği	Daha Az Çocuk Yapma	50	23,4
	Daha Fazla Çocuk Yapma	21	9,8
	Etkisi Olmadı	143	66,8
Pandeminin Gebelik Planına Etkisi	Gebelik Planladım	71	33,2
	Gebelik Planımı Erteleddim	37	17,3
	Değiştirmedim	106	49,5
Pandemide Gebe Kalma Durumu	Evet	62	29,0
	Hayır	152	71,0

Katılımcılardan COVID-19 pandemi döneminde acil kontrasepsiyon kullananlar 17 kişi (%7,9) katılımcı iken, acil kontrasepsiyon kullanmayanlar 197 (%92,1) olarak belirlenmiştir. Bu dönemde katılımcılardan istenmeyen gebelik yaşayanların sayısı 19 (%8,9) olarak tespit edilmiştir. Katılımcılardan 12'si (%5,6) COVID-19 pandemi döneminde kürtaj yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde gebelik yaşamının riskli olup olmadığı sorulduğunda 170'i (%79,4) bu

dönemde gebeliğin riskli olduğunu düşündüklerini, 44'ü (%20,6) ise bu dönemde gebeliğin herhangi bir ek riski olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde acil kontrasepsiyon kullanma, istenmeyen gebelik yaşama ve kürtaj yaptırma durumları Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Döneminde Son Bir Yılda Acil Kontrasepsiyon Kullanma, İstenmeyen Gebelik Yaşama ve Kürtaj Yaptırma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Pandemide Acil Kontrasepsiyon Kullanma Durumu	Evet	17	7,9
	Hayır	197	92,1
Pandemide İstenmeyen Gebelik Durumu	Evet	19	8,9
	Hayır	195	91,1
Pandemide Kürtaj İhtiyacı	Evet	12	5,6
	Hayır	202	94,4
Pandemide Gebelik Riskli Mi	Evet	170	79,4
	Hayır	44	20,6

Katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde AP danışmanlığı alıp almadığı sorulmuş 175'i (%81,8) bu dönemde herhangi bir AP danışmanlığı almadığını, 39'u (%18,2) ise bu dönemde AP danışmanlığı aldığını belirtmiştir. COVID-19 pandemi döneminde AP danışmanlığı alan hastalardan 39'u (%100) AP danışmanlığını doktor, ebe veya hemşire tarafından aldığını belirtmiştir. Bu katılımcılardan 28'i (%71,8) AP danışmanlığını yüz yüze, 11'i (%28,2) ise telefon ile aldığını belirtmiştir. Tüm katılımcılara AP yöntemleri ile ilgili telefon ile AP danışmanlığı isteyip istemediği sorulmuş 153'ü (%71,5) telefonla danışmanlık alabileceğini, 47'si (%22) yüz yüze görüşmeyi tercih edeceğini, 14'ü (%6,5) telefon ile danışmanlık almak istemediğini belirtmiştir. Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde AP danışmanlığı alma durumları Tablo.10 'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Döneminde AP Danışmanlığı Alma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Pandemide AP Danışmanlığı Alma Durumu	Evet	39	18,2
	Hayır	175	81,8
Pandemide Danışmanlık Kimden Alındı*	Doktor/ Ebe/ Hemşire	39	100
	Aile	0	0,0
	Arkadaş	0	0,0
	Medya	0	0,0
	Diğer	0	0,0
Pandemide Danışmanlık Nasıl Alındı*	Yüz Yüze	28	71,8
	Telefon	11	28,2
	Sosyal Medya	0	0,0
	Televizyon	0	0,0
AP Yöntemleri İçin Telefon ile Danışmanlık Verilsin mi	Evet	153	71,5
	Hayır	14	6,5
	Yüz Yüze	47	22,0
	Görüşmeyi Tercih Etme		

*Yüzdeler pandemi döneminde danışmanlık alan n=39 kişiye göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların pandemi döneminde AP yöntemi kullanma durumlarıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir. Pandemi döneminde kullanılan AP yöntemi ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça modern AP yöntemi kullanımının arttığı saptanmış olup ($p=0,031$); bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların AP kullanma durumlarının sahip oldukları çocuk sayısı ile ilişkili olduğu bulunmuş olup, 2 ve daha fazla çocuğu olanların modern AP yöntemi kullanma oranları, çocuk sahibi olmayan ve tek çocuk sahibi olan kadınlara kıyasla daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,001$). Pandemi döneminde AP yöntemi kullanma durumlarıyla meslek, eş eğitim düzeyi, eş mesleği, sosyal güvence ve toplam gelir arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde AP Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Pandemide Kullanılan AP Yöntemi			p*
	Geleneksel n (%)	Modern n (%)	Kullanmıyor n (%)	
Eğitim Düzeyi				0,031
Orta Okul Altı	14 (41,2)	14 (41,2)	6 (17,6)	
Lise	8 (17,4)	28 (60,9)	10 (21,7)	
Üniversite	23 (17,2)	87 (64,9)	24 (17,9)	
Meslek				0,11
Ev Hanımı	26 (27,4)	55 (57,9)	14 (14,7)	
İşçi	0 (0,0)	8 (61,5)	5 (38,5)	
Memur	8 (13,6)	41 (69,5)	10 (16,9)	
Serbest Çalışan	7 (30,4)	11 (47,8)	5 (21,7)	
Diğer	4 (16,7)	14 (58,3)	6 (25,0)	
Eş Eğitim Düzeyi				0,755
Orta Okul Altı	9 (25,0)	22 (61,1)	5 (13,9)	
Lise	13 (25,0)	29 (55,8)	10 (19,2)	
Üniversite	23 (18,3)	78 (61,9)	25 (19,8)	
Eş Meslek				0,808
İşçi	12 (24,5)	28 (57,1)	9 (18,4)	
Memur	10 (14,5)	44 (63,8)	15 (21,7)	
Serbest Çalışan	13 (23,2)	33 (58,9)	10 (17,9)	
Diğer	10 (25,0)	24 (60,0)	6 (15,0)	
Sosyal Güvence				0,707
Var	41 (20,3)	122 (60,4)	39 (19,3)	
Yok	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	
Yeşilkart	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	
Toplam Gelir				0,095
Geliri Giderinden Az	16 (26,7)	32 (53,3)	12 (20)	
Geliri Giderine Eşit	25 (23,4)	61 (57,0)	21 (19,6)	
Geliri Giderinden Fazla	4 (8,5)	36 (76,6)	7 (14,9)	
Çocuk Sayısı				<0,001
0	3 (6,7)	23 (51,1)	19 (42,2)	
1	19 (24,1)	43 (54,4)	17 (21,5)	
2	18 (25,4)	51 (71,8)	2 (2,8)	
3 Ve Üzeri	5 (26,3)	12 (63,2)	2 (10,5)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

Tablo 12’de katılımcıların yaş, eş yaşı ve evlilik süreleri COVID-19 pandemi döneminde AP yöntemini bırakma durumlarıyla karşılaştırılmış olup; yaş, eş yaşı ve evlilik yılı azaldıkça pandemi döneminde AP yöntemi kullanmayı bırakma oranının arttığı tespit edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025, p<0,001, p<0,001).

Tablo 12. Katılımcıların Yaş, Eş yaşı ve Evlilik Süresine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde AP Yöntemi Bırakma Durumu

	Pandemide AP Yöntemi Bırakma Durumu		p*
	Evet (n=93)	Hayır (n=121)	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	32,1 ± 6,06	33,98 ± 6,3	0,025
Eş Yaşı	34,56 ± 5,95	37,85 ± 6,97	<0,001
Evlilik Yılı	5,8 ± 5,9	10,4 ± 7,26	<0,001

p* Mann-Whitney U testinden elde edildi.

Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde yöntem bırakma durumları ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında çocuğu olmayan ve tek çocuğu olan kadınlarda pandemide kullandığı AP yöntemini bırakma oranı 2 ve daha fazla çocuğu olan kadınlara göre istatistiksel anlamlı olarak fazla saptanmıştır (p<0,001). Katılımcıların AP yöntemlerini bırakma durumları ile eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, sosyal güvence, toplam gelir ve sahip oldukları çocuk sayısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde Yöntem Bırakma Durumu

Değişkenler	Pandemide AP Yöntemi Bırakma Durumu		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	9 (26,5)	25 (73,5)	0,065
Lise	19 (41,3)	27 (58,7)	
Üniversite	65 (48,5)	69 (51,5)	
Eş Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	10 (27,8)	26 (72,2)	0,114
Lise	24 (46,2)	28 (53,8)	
Üniversite	59 (46,8)	67 (53,2)	
Sosyal Güvence			
Var	91 (45,0)	111 (55,0)	0,153
Yok	1 (20,0)	4 (80,0)	
Yeşilkart	1 (14,3)	6 (85,7)	
Toplam Gelir			
Geliri Giderinden Az	24 (40,0)	36 (60,0)	0,761
Geliri Giderine Eşit	49 (45,8)	58 (54,2)	
Geliri Giderinden Fazla	20 (42,6)	27 (57,4)	
Çocuk Sayısı			
0	29 (64,4)	16 (35,6)	<0,001
1	45 (57,0)	34 (43)	
2	15 (21,1)	56 (78,9)	
3 ve Üzeri	4 (21,1)	15 (78,9)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde AP yöntemlerine ulaşımında zorluk yaşama ile gelir düzeyi arasında ilişki saptanmış olup, gelir düzeyi orta ve düşük olanların gelir düzeyi yüksek olanlara göre AP yöntemine ulaşmakta daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur ($p < 0,001$). AP yöntemine ulaşımında zorluk yaşamanın eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, sosyal güvence ve çocuk sayısı gibi sosyodemografik özellikler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinde AP Yöntemine Ulaşım Zorluğunun Karşılaştırılması

Değişkenler	Pandemide AP Yöntemi Ulaşım Zorluğu			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Fikrim Yok n (%)	
Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve Altı	11 (32,4)	10 (29,4)	13 (38,2)	0,091
Lise	12 (26,1)	22 (47,8)	12 (26,1)	
Üniversite	33 (24,6)	74 (55,2)	27 (20,1)	
Eş Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve Altı	13 (36,1)	15 (41,7)	8 (22,2)	0,395
Lise	13 (25,0)	23 (44,2)	16 (30,8)	
Üniversite	30 (23,8)	68 (54,0)	28 (22,2)	
Sosyal Güvence				
Var	54 (26,7)	99 (49,0)	49 (24,3)	0,654
Yok	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Yeşilkart	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	
Toplam Gelir				
Geliri Giderinden Az	18 (30,0)	20 (33,3)	22 (36,7)	<0,001
Geliri Giderine Eşit	27 (25,2)	51 (47,7)	29 (27,1)	
Geliri Giderinden Fazla	11 (23,4)	35 (74,5)	1 (2,1)	
Çocuk Sayısı				
0	8 (17,8)	24 (53,3)	13 (28,9)	0,64
1	20 (25,3)	42 (53,2)	17 (21,5)	
2	23 (32,4)	32 (45,1)	16 (22,5)	
3 ve Üzeri	5 (26,3)	8 (42,1)	6 (31,6)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

Katılımcıların gebelik planlama durumları eğitim düzeyi ve eş eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında, katılımcı ve eşlerinin eğitim düzeyi ortaokul ve altı olanların COVID-19 pandemi döneminde gebelik planlarını daha az değiştirdikleri, eğitim düzeyi daha yüksek olanların ise pandemi ile gebelik planlarını daha fazla değiştirdikleri saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$, $p=0,005$). 2 ve daha fazla çocuk sahibi olanlar pandemi döneminde gebelik planlarını daha az değiştirirken, çocuk sahibi olmayan ve tek çocuk sahibi olanların pandemi döneminde gebelik planlarını daha fazla değiştirdikleri saptanmış olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Pandemi gebelik planlama

durumları ile sosyal güvence ve gelir düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemisinin Gebelik Planlarına Etkisi

Değişkenler	Pandeminin Gebelik Planına Etkisi			p*
	Gebelik Planladım n (%)	Gebelik Planımı Ertelemedim n (%)	Değiştirmedi n (%)	
Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve Altı	5 (14,7)	3 (8,8)	26 (76,5)	0,01
Lise	15 (32,6)	7 (15,2)	24 (52,2)	
Üniversite	51 (38,1)	27 (20,1)	56 (41,8)	
Eş Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve Altı	4 (11,1)	5 (13,9)	27 (75,0)	0,005
Lise	23 (44,2)	6 (11,5)	23 (44,2)	
Üniversite	44 (34,9)	26 (20,6)	56 (44,4)	
Sosyal Güvence				
Var	70 (34,7)	35 (17,3)	97 (48,0)	0,366
Yok	0 (0,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Yeşilkart	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	
Toplam Gelir				
Geliri Giderinden Az	19 (31,7)	10 (16,7)	31 (51,7)	0,936
Geliri Giderine Eşit	37 (34,6)	17 (15,9)	53 (49,5)	
Geliri Giderinden Fazla	15 (31,9)	10 (21,3)	22 (46,8)	
Çocuk Sayısı				
0	21 (46,7)	12 (26,7)	12 (26,7)	<0,001
1	39 (49,4)	17 (21,5)	23 (29,1)	
2	9 (12,7)	7 (9,9)	55 (77,5)	
3 ve Üzeri	2 (10,5)	1 (5,3)	16 (84,2)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

Katılımcılardan gelir düzeyi yüksek olanların, gelir düzeyi orta ve düşük olanlara göre COVID-19 pandemi döneminde acil kontrasepsiyon kullanma oranı daha yüksektir; gelir düzeyi ile acil kontrasepsiyon kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,05). Pandemi döneminde acil kontrasepsiyon kullanma durumu ile diğer sosyodemografik özellikler (eğitim düzeyi,

eş eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir, çocuk sayısı) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde Acil Kontrasepsiyon Kullanma Durumları

Değişkenler	Pandemide Acil Kontrasepsiyon Kullanımı		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	0 (0,0)	34 (100,0)	0,122
Lise	3 (6,5)	43 (93,5)	
Üniversite	14 (10,4)	120 (89,6)	
Eş Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	3 (8,3)	33 (91,7)	0,442
Lise	2 (3,8)	50 (96,2)	
Üniversite	12 (9,5)	114 (90,5)	
Sosyal Güvence			
Var	17 (8,4)	185 (91,6)	0,578
Yok	0 (0,0)	5 (100,0)	
Yeşilkart	0 (0,0)	7 (100,0)	
Toplam Gelir			
Geliri Giderinden Az	4 (6,7)	56 (93,3)	0,005
Geliri Giderine Eşit	4 (3,7)	103 (96,3)	
Geliri Giderinden Fazla	9 (19,1)	38 (80,9)	
Çocuk Sayısı			
0	7 (15,6)	38 (84,4)	0,094
1	7 (8,9)	72 (91,1)	
2	2 (2,8)	69 (97,2)	
3 ve Üzeri	1 (5,3)	18 (94,7)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

COVID-19 pandemi döneminde katılımcıların istenmeyen gebelik yaşama durumları ile eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir durumu ve çocuk sayısı gibi sosyodemografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde İstenmeyen Gebelik Yaşama Durumu

Değişkenler	Pandemide İstenmeyen Gebelik Yaşama		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	2 (5,9)	32 (94,1)	0,487
Lise	6 (13,0)	40 (87,0)	
Üniversite	11 (8,2)	123 (91,8)	
Eş Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	4 (11,1)	32 (88,9)	0,635
Lise	3 (5,8)	49 (94,2)	
Üniversite	12 (9,5)	114 (90,5)	
Sosyal Güvence			
Var	18 (8,9)	184 (91,1)	0,485
Yok	1 (20,0)	4 (80,0)	
Yeşilkart	0 (0,0)	7 (100,0)	
Toplam Gelir			
Geliri Giderinden Az	7 (11,7)	53 (88,3)	0,617
Geliri Giderine Eşit	9 (8,4)	98 (91,6)	
Geliri Giderinden Fazla	3 (6,4)	44 (93,6)	
Çocuk Sayısı			
0	2 (4,4)	43 (95,6)	0,206
1	11 (13,9)	68 (86,1)	
2	4 (5,6)	67 (94,4)	
3 ve Üzeri	2 (10,5)	17 (89,5)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

COVID-19 pandemi döneminde katılımcıların kürtaj yaptırma durumları ile eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir durumu ve çocuk sayısı gibi sosyodemografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Pandemi Döneminde Kürtaj İhtiyacı

Değişkenler	Pandemide Kürtaj İhtiyacı		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	1 (2,9)	33 (97,1)	0,203
Lise	5 (10,9)	41 (89,1)	
Üniversite	6 (4,5)	128 (95,5)	
Eş Eğitim Düzeyi			
Ortaokul ve Altı	3 (8,3)	33 (91,7)	0,712
Lise	3 (5,8)	49 (94,2)	
Üniversite	6 (4,8)	120 (95,2)	
Sosyal Güvence			
Var	11 (5,4)	191 (94,6)	0,304
Yok	1 (20,0)	4 (80,0)	
Yeşilkart	0 (0,0)	7 (100,0)	
Toplam Gelir			
Geliri Giderinden Az	5 (8,3)	55 (91,7)	0,554
Geliri Giderine Eşit	5 (4,7)	102 (95,3)	
Geliri Giderinden Fazla	2 (4,3)	45 (95,7)	
Çocuk Sayısı			
0	4 (8,9)	41 (91,1)	0,112
1	7 (8,9)	72 (91,1)	
2	1 (1,4)	70 (98,6)	
3 ve Üzeri	0 (0,0)	19 (100,0)	

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi.

5. TARTIŞMA

Aile planlaması; bütün bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarıdır, temel amaç ise yüksek riskli ve istenmeyen gebelikleri, isteyerek düşük ve kürtajları önleyerek anne-çocuk sağlığını korumak ve geliştirmektir (85–87). Bu nedenle aile planlaması hizmetleri oldukça önemlidir. COVID-19 pandemi sürecinde dünya genelinde sağlık sistemlerinin gücü ve finansal kaynakları, COVID-19 tanı ve tedavi hizmetlerine kaymıştır. Aile planlaması hizmetleri değişen sağlık sunumu, sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, kontrollü sosyal hayat tedbirleri vb. gibi nedenlerle sekteye uğramıştır. Pandemi sürecinde kişilerin etkili bir korunma yöntemi kullanması için gerekli danışmanlık bilgisini alma ve hizmete ulaşması sağlanmalıdır (88). Sonuç olarak, talep eden tüm bireylere aile planlaması danışmanlığının ve doğum kontrol yöntemlerinin sağlanması pandemi sürecinin en az zararla atlatılması açısından önemlidir. Çalışmamıza katılan kadınların COVID-19 pandemisinde AP yöntemi kullanım oranlarının azaldığı, özellikle doğum kontrol hapı kullanım oranında büyük bir düşüş olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda pandemi döneminde ASM'den AP yöntemi temin oranının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların yarısının pandemi nedeni ile gebelik planlarını değiştirdiği, dörtte birlik bir kısmının ise pandemi sürecinde AP yöntemlerine ulaşmakta zorluk yaşadığı saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınlarda pandemi döneminde istenmeyen gebelik ve kürtaj oranlarının arttığı tespit edilmiştir. Katılımcıların pandemi döneminde ASM'den AP danışmanlığı alma oranının düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğu (%90,2) AP hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da AP hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri benzer şekilde yüksek bulunmuş olup %98,8-%100 arasında tespit edilmiştir (89–91).

Çalışmamıza katılan kadınların tamamının en az bir AP yöntemi bildikleri saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların neredeyse tamamının herhangi bir yöntem bildiği tespit edilmiştir (90,92–94). TNSA 2018

sonuçlarına göre çalışmamıza benzer şekilde Türkiye’de 15-49 yaş evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir (11).

Çalışmamızda en fazla bilinen dört yöntemin sırasıyla kondom (%95,8), hap (%91,6), geri çekme (%91,1) ve RİA (%90,7) olduğu saptanmıştır. En fazla bilinen yöntemler yönünden çalışma bulgumuz Türkiye’de yapılan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (89,92–97).

Çalışmamızda katılımcılara AP yöntemleri hakkında bilgiyi nereden edindiklerini sorduğumuzda yarısından fazlası (%60,7) sağlık personelinden aldığını belirtmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da kadınların çoğunun AP bilgi kaynağının sağlık personeli olması açısından çalışmamızla benzer şekilde oranlar (%56,5-%80,4 arasında) bulunmuştur (21,90,92,96,98). Çalışmamız AP bilgi kaynağı bulgusu açısından katılımcıların çoğunun aile planlaması hakkındaki bilgiyi öncelikle sağlık personelinden aldığını göstermesi açısından önemlidir. Kadınların sağlık çalışanlarından bilgi almaları aile planlamasına yönelik doğru bilgiye ulaşmalarını artırabilir.

Çalışmamızdaki kadınların COVID-19 pandemi öncesinde gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı %85 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda pandemi öncesi yöntem kullanan kadınların (%85), %67,3’ü modern yöntemleri, %17,8’i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Çalışmamızdaki kadınların COVID-19 pandemi döneminde gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı ise %81,3 olup bu kadınların %60,3’ü modern yöntemleri, %21’i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. TNSA 2018 sonuçlarına göre Türkiye’de 15- 49 yaş arası evli kadınların %49’u modern, %21’i ise geleneksel yöntem olmak üzere %70’i bir AP yöntemi kullanmaktadır (11). Ülkemizdeki çalışmalarda COVID-19 pandemi öncesinde AP yöntemi kullanma oranı %46,5 ile %89,8 arasında tespit edilmiştir (89–92,94,97,99–102) . Ülkemizde COVID-19 pandemi döneminde yapılan bir çalışmada AP yöntemi kullanım oranı %79,6 saptanmıştır (98). COVID-19 pandemi döneminde Endonezya’da Arifa ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada pandemi döneminde AP yöntemi kullanım oranları incelenmiş, toplam yöntem kullanan %51,1 bulunurken bunun %44,7’si modern yöntem, %6,4’ü ise geleneksel yöntem olduğu tespit edilmiştir (103). Çalışmamızdaki AP kullanım oranının hem pandemi öncesinde

ve hem pandemi sırasında yüksek olmasının katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde gebeliği önleyici yöntem kullanım oranının %85'ten %81,3'e düştüğü görülmektedir. Özellikle modern yöntem kullanımını %67,3 iken pandemi döneminde bu oran %60,3'e gerilemiştir. Steenland ve arkadaşlarının (2021) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmada COVID-19 salgını sırasında doğum kontrol yöntemleri kullanımında önemli düşüşler tespit edildiği, özellikle Nisan 2020'de ani ve büyük bir düşüş (enjektabl kontraseptif için %16, tüp ligasyonu için %65, RİA ve implantlarda %46, hap,yama ve vajinal halkada %45) saptanmıştır. Bu çalışmada sonraki iki ay içinde pandemi öncesi seviyelere yaklaşırsa da Aralık 2020'ye kadar tüm doğum kontrol yöntemlerinde düşüşler (tüp ligasyonu için %18, enjektabl kontraseptif için %11, RİA ve implantlarda %6, hap,yama ve vajinal halkada %5) saptandığı belirtilmiştir (104). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada da benzer şekilde COVID-19 pandemi döneminde AP yöntem kullanım oranının düştüğü (%62'den %36,03'e) saptanmıştır (105). Bizim çalışmamızda pandemi ile kondom (%38,3'ten %40,2'ye), geri çekme (%17,8'den %20,1'e), RİA (%6,1'den %7'ye) yöntemlerinin kullanımında bir artış görülürken; enjeksiyon yöntemi kullanımında (%1,4'ten %0,5'e) düşüş olduğu, özellikle hap kullanımında büyük bir düşüş (%18,2'den %7,9'a) gerçekleştiği dikkat çekmektedir. Pakistan'da Baig ve arkadaşlarının COVID-19 döneminde yaptığı bir çalışmada benzer şekilde hap kullanımında belirgin bir düşüş tespit edildi. Bu çalışmanın yapıldığı iki tesiste hap kullanımında pandemi öncesine kıyasla Nisan 2020'de %31 ve %26'lık düşüşler saptandı. Aynı şekilde RİA kullanımında pandemi öncesi döneme göre Mayıs ve Haziran 2020'de yaklaşık %21 oranında düşüşler saptandı (106). Türkiye'de Esmeray ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre ise pandemi döneminde AP yöntemi kullanımına bakıldığında kondom ve enjeksiyon kullanan kişi sayısında belirgin bir azalma (kondom için %78, enjeksiyon için %40) olmasına karşın doğum kontrol hapı kullanan kişi sayısında %44,4 artış olduğu saptanmıştır (107). Hindistan'da Vora ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde kontraseptif kullanımını %28 azalmıştır. Yöntemlerin kullanım oranlarına bakıldığında enjekte edilebilir kontraseptif kullanımında %36, RİA'da %21, oral kontraseptif hap kullanımında %15 ve kondom kullanımında %23 azalma görülmüştür (108). Bu

sonuçlar, birçok insanın COVID-19 salgını sırasında temel bir sağlık hizmeti olan AP danışmanlığına ve kontraseptif yöntem erişiminde zorluklarla karşılaştığını göstermektedir (104,108,109).

Çalışmamızda COVID-19 pandemincesinde en çok tercih edilen 3 yöntemin kondom (%38,3), hap (%18,2) ve geri çekme (%17,8) olduğu saptanmıştır. COVID-19 pandemi döneminde yine en çok tercih edilen 3 yöntemin kondom (%40,2), geri çekme (%20,1) ve hap (%7,9) olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerinde en sık kullanılan 3 yöntem geri çekme (%20), kondom (%19) ve RİA (%14) olarak bildirilmiştir. TNSA 2018 verilerinde son 5 yılda kondom kullanımının %16’dan %19’a yükseldiği, RİA kullanımının %17’den %14’e, geri çekme yönteminin ise %26’dan %20’ye gerilediği gösterilmiştir (11). Ülkemizde COVID-19 pandemincesinde yapılan bazı çalışmalarda en çok tercih edilen yöntem olarak kondom tespit edilmiştir (91,100,110). Ancak yine pandemincesinde yapılan çalışmalarda RİA ve geri çekme yöntemlerinin birinci sırada tercih edildiğini gösteren farklı sonuçlar da bulunmaktadır (90,92–94,96,99,101,111). Ülkemizde Avcı ve arkadaşları tarafından pandemi döneminde yapılan çalışmada en çok kullanılan yöntem olarak kondom (%34,9) tercih edildiği tespit edilmiştir (98). Çalışmamızda kondomun en çok kullanılan aile planlaması yöntemi olmasında kullanım kolaylığı, yan etkisinin azlığı vezellikle pandemi döneminde de kendi imkanları ile market/eczane gibi yerlerden kolayca ulaşılabilir olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebeliğinleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynak açısından katılımcıların yaklaşık yarısınınnzel sektörü (zel hastane,özel doktor, eczane gibi) tercih ettiği gözlenmektedir. Çalışmamızda yöntem temin yerleri içinde kamu sektöründen (devlet hastanesi, ASM gibi) temin oranı oldukça düşüktür,özellikle COVID-19 pandemincesinde kamu sektöründen temin oranı %23,6 iken pandemi döneminde %11,6’ya kadar düşmüştür. Çalışmamızda COVID-19 pandemincesinde ASM’den yöntem temin oranı %18,1 iken, pandemi döneminde bu oran %6,2’ye kadar gerilemiştir. TNSA 2018’e göre modern yöntem kullanıcılarının %52’si kullandıkları yöntemi kamu sektöründen temin ederken bu kullanıcıların %23,1’i ASM’lerden yöntem temin etmektedir (11). Pandemincesindelkemizde yapılan çalışmalarda katılımcıların yaklaşık yarısının aile planlaması yöntemlerini kamu sektöründen temin ettiği görülmektedir (93,110). alışmamızdazellikle dikkat

çeken COVID-19 pandemi öncesi döneme göre pandemi döneminde ASM'lerden yöntem temin oranının belirgin bir şekilde azalma gözlemlenmesidir. Türkiye'de Esmeray ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda COVID-19 pandemisinde ASM'den aile planlaması ve üreme sağlığı danışmanlığı alan kişi sayısının %28,3; aile planlaması desteği verilen kişi sayısının ise %31,6 azaldığı görülmüştür (107). Ayrıca çalışmamızda pandemi döneminde AP temin yeri olarak marketlerde %31,3'ten %41'e artış olması dikkat çekmektedir. Bunların nedeni olarak COVID-19 pandemisi döneminde hastaların bulaş riski açısından sağlık merkezine başvurudan kaçınmaları, ASM'lerde pandemi nedeni ile yüz yüze hizmetin kısıtlanması ve pandemi döneminde AP danışmanlık hizmetlerindeki azalmanın neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcılara COVID-19 pandemi döneminde kullandığı AP yöntemini bırakma durumu sorulmuş, yaklaşık yarısı (%43,5) bu dönemde kullandığı yöntemi bıraktığını belirtmiştir. Yöntem kullanmayı bırakanlardan büyük çoğunluğu (%69,9) çocuk isteme nedeni ile, daha az bir kısmı ise (%7,5) COVID-19 pandemisi nedeniyle yöntem bırakmak zorunda kaldığını belirtmiştir. TNSA 2018 verilerine göre yöntem kullanıcılarının yaklaşık üçte biri (%28) yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi bırakmışlardır. TNSA verilerinde de yöntem bırakmadaki en yaygın neden gebe kalma isteği (%38) olarak görülmektedir (11). Çalışmamızda yöntem bırakma oranının daha yüksek olmasında COVID-19 pandemisinde AP yöntemlerine ulaşmada zorluk çekmenin ve gebe kalma isteğinde artış olmasının etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamıza katılan kadınlardan çocuğu olmayan ve tek çocuğu olan kadın sayısının fazla olmasının yöntem bırakma oranının yüksek çıkmasında etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların kullandıkları AP yöntemini COVID-19 pandemi döneminde değiştirme gereksinimleri sorulmuş yaklaşık dörtte biri (%25,7) kullandığı yöntemi değiştirme gereksinimi duyduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan yaklaşık dörtte birinin (%26,2) pandemi döneminde kullandığı AP yöntemine ulaşmakta güçlük çektiği, bu katılımcılardan büyük çoğunluğunun (%60,7) sağlık kuruluşunda COVID-19 bulaşma riski olabileceğinden dolayı başvurmadan çekindiği, katılımcıların diğer kısmının ise (%33,9) pandemi döneminde yüz yüze sağlık hizmeti sınırlandırıldığı için muayene olamama, AP danışmanlığı alamama ve ASM'den yöntem temin edememe

nedenleri ile AP yöntemlerine ulaşımda zorluk çektikleri tespit edilmiştir. Literatürde Lindberg ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise her üç kadından birinin (%33), pandemi nedeniyle cinsel sağlık ve üreme sağlığı bakımı için bir sağlık kuruluşunu ziyaret etmeyi ertelemek veya iptal etmek zorunda kaldıklarını veya doğum kontrolünü sağlamakta zorlandıklarını bildirdikleri tespit edilmiştir (109). Bu dönemde kontrasepsiyon talebi olan bireyler için uygun olduğunda daha çok uzun etkili yöntemlerin tercih edilmesi gibi alternatif yaklaşımlar hayata geçirilebilir. Ayrıca bireylerin uygun kontrasepsiyon yöntemi seçebilmeleri için AP danışmanlığının aksamaması, gerekirse teletıp yöntemi ile uzmanların ulaşılabilir olması, kontraseptif yöntemlerin ASM'lerde, hastanelerde, eczanelerde, marketlerde ulaşılabilir şekilde bulunması önemlidir.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık yarısı (%54,2) COVID-19 pandemi döneminde eşyle evde ortak geçirdiği zamanda süre olarak herhangi bir değişiklik olmadığını, kalan kısmının çoğunluğu ise (%33,2) evde eşyle geçirdiği sürenin arttığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların çoğu pandemi döneminde cinsel ilişki sıklığının değişmediğini (%68,2), katılanların yaklaşık dörtte biri (%23,4) cinsel ilişki sıklığının pandemi döneminde azaldığını, daha az bir kısmı (%8,4) bu dönemde cinsel ilişki sıklığının arttığını belirtmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Indiana Üniversitesi'ne bağlı Kinsey Enstitüsü'nün yaptığı araştırmada, katılımcıların %40,2'sinin salgın döneminde daha az cinsellik yaşadıkları, %29,2'sinde ise değişiklik olmadığı saptanmıştır (112). Bunlardan farklı olarak Moldova'da, Emery ve Koops tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada ise pandemi döneminde cinsel aktivitede küçük bir artış olduğu tespit edilmiştir (113). Pandemi döneminde uygulanan karantina ve izolasyon uygulamalarına ek olarak insanların temasını azaltmak için birçok işyerinde uzaktan çalışma uygulamasına geçilmesiyle çiftlerin evde daha çok zaman geçirmeye başladığı düşünülmektedir. Ancak bu süreç kişilerin partneriyle birlikte daha çok zaman geçirmesine dolayısıyla da cinsel aktiviteyi daha düzenli yaşamalarına imkân verebilir gibi görünse de daha önceki salgınlarda alınan önlemlerin depresif belirtiler, anksiyete, öfke, stres, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal izolasyon, yalnızlık ve damgalanma gibi olumsuz psikososyal sonuçlarla tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (114). Cinsel aktivitenin azalmasında psikolojik faktörler ve belirli ruh hali durumları rol oynamakta, ayrıca yaşanan bu psikolojik sorunların cinsel

işlev bozukluğuna da yol açabileceği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda da depresyon ve anksiyete çoğunlukla düşük düzeyde arzu ile ilişkilendirilmiştir (115,116). Sonuç olarak COVID-19 pandemisinde sürecin getirdiği psikolojik sorunlardan dolayı cinsel aktivitenin azalmış olabileceği düşünülmektedir (117).

Savaş, göç, salgın gibi kriz durumlarında bireylerin doğurganlık davranışlarında değişiklik meydana geldiği daha önce tarihte yaşanan olaylarda görülmüş olup bu durumun nedenleri üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Çeşitli biyolojik ve davranışsal mekanizmalar, salgın durumlarında doğurganlığın yeniden şekillenmesine neden olur(118). İzolasyon ve evde geçirilen sürenin artması, kişinin ailesi ve eşiyle daha fazla zaman geçirme fırsatı sunarak aralarındaki ilişkinin kalitesini iyileştirebilir ve insanları ailelerini genişletmeye ve doğurganlık davranışında artmaya teşvik edebilir (119,120). Geleneksel cinsiyet kültürü ataerkil ilişkilerle ve yüksek doğurganlıkla ilişkilidir (121,122). Sosyal mesafe nedeniyle kadınların çocuklara ve ev işlerine daha fazla zaman ayırması bununla birlikte dünyanın geleneksel aile modeline geri dönmesi nedeniyle pandemide doğurganlık planlarının artacağını varsayan görüşler mevcuttur (123). Öte yandan kaygı ve psikolojik travma nedeniyle çiftlerin ilişkilerinin kalitesi bozulduğundan, çiftlerin dağılma ve doğurganlığın azalması olasılığı da mevcuttur (124,125). Buna ek olarak karantina ve pandemi önlemlerinden sonra ekonomik kriz ve geleceğe ilişkin belirsizliğe bağlı, ekonomik güvensizlik, işsizlik ve nüfusun büyük bir kısmı için gelirlerde düşüş olması gibi nedenlerle bireyler hamile kalmaktan kaçınabilir (118,126–128). Araştırmamızda katılımcıların COVID-19 pandemisinin gebelik planlarına etkisi sorulduğunda katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,5) gebelik planını değiştirmedeğini, diğer yarısının (%50,5) ise pandemi ile gebelik planlarını değiştirdiği saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların gebelik planlarını değiştirenlerden (%50,5) büyük bir kısmı (%33,2) bu dönemde gebelik planladığını, daha az bir kısmı ise (%17,3) gebelik planlarını pandemi nedeniyle ertelediklerini belirtmişlerdir. Flynn ve arkadaşları tarafından İngiltere’de yapılan çalışmada bizim çalışmamızdaki ile benzer olarak katılımcıların yaklaşık yarısının (%53) gebelik planlarını COVID-19 pandemisinin etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmadaki katılımcıların büyük bir kısmı (%71,9) gebelik planlarını ertelediklerini, daha az bir kısmı ise (%27) gebelik planladıklarını belirtmişlerdir (129). Lindberg ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada ise kadınların %36'sının gebelik planlarını erteledikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada doğurganlık tercihlerindeki değişikliklerin, çocuğu olmayan kadınlarda çocuklu kadınlara göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (%45'e karşı %38) (109). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde çocuğu olmayan kadınlarda, özellikle 2 ve daha fazla çocuk sahibi olan kadınlara göre doğurganlık tercihlerindeki değişiklikler daha fazlaydı. Avusturalya'da Coombe ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%72,1) gebe kalmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir (130). 2008 ekonomik krizinde yapılan çalışmada ise kadınların yaklaşık üçte birinin (%31) bu gerileme döneminde gebelik planlarını erteledikleri bulunmuştur (131). Zika virüs salgınında Brezilya'daki kadınları kapsayan yayınlanmış raporlarda da kadınların hamileliklerini ertelediklerine dair veriler mevcuttur (132). Bulgularımız, COVID-19 pandemisinin kadınların hamilelik planlama davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da pandeminin hamilelik zamanlamasını etkilediğini destekleyici sonuçlar gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde kadınların gebelik erteleme davranışlarına kıyasla gebelik planlama davranışlarında daha fazla artış olduğu görülse de literatürde kadınların gebelik planlarını ertelediğini öne süren çalışmalar da mevcuttur. Kadınların, hamileliklerini erteleme sebeplerinin; pandemi nedeni ile gebelik takibinde ve sonrasında bebek takibi konusunda yaşayabileceği sorunlar, virüsün anne ve çocuk üzerindeki sağlık etkilerine ilişkin endişeler ve ekonomik endişeler nedeniyle kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (129). Bununla uyumlu olarak çalışmamıza katılan kadınların çoğunun (%79,4) pandemi döneminde gebe kalmanın riskli olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Ayrıca pandemi döneminde gebelik planlama ya da gebelik planlarını erteleme durumlarının ülkenin gelişmişlik düzeyine, toplumdaki bireylerin eğitim düzeylerine, sosyal ve ekonomik özelliklerine, ülkedeki doğum kontrol yöntemlerine ulaşım durumlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların gebelik planlama durumları eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında, katılımcıların eğitim düzeyi daha yüksek olanların pandemide daha fazla gebelik planladıkları saptanmıştır. İyi eğitilmiş kadınlar kariyerlerini kaybetme potansiyeli veya iş ve çocuk doğurma uyumsuzluğu nedeniyle annelikten kaçınabilir veya erteleyebilirler (133–135). Bu açıdan bakıldığında, COVID-19 pandemi döneminde evde kalma ve uzaktan çalışma gibi politikalar, iş-aile uzlaşması

için fırsatlar sunabileceğinden, eğitim düzeyi yüksek kadınlar arasında doğurganlığı artırabilir (123).

Sunulan çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte biri (%29) COVID-19 pandemi döneminde gebe kaldıklarını belirtmişlerdir. Avustralya'da Moaven ve Brown (2021) tarafından doğum öncesi yaptırılan serolojik test taleplerini inceleyerek yapılan bir çalışmada COVID-19'un ilk dalgası sırasında bu test taleplerinde artış olduğu saptanmış bunun da gebelik sayısında bir artış ile ilgili olabileceği tespit edilmiştir (136). İtalya'da Aassve ve arkadaşlarının (2020) 2004-2013 verilerini analiz ederek yaptığı bir çalışmada, ekonomik gerileme sırasında bireylerin ve çiftlerin belirsizlik algıları nedeniyle daha düşük güven hissinin daha düşük doğurganlığa yol açtığına dair veriler saptanmıştır (128). Hamilton ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal İstatistik sisteminden alınan verilerle oluşturulan raporda, doğurganlık oranınının 2020'de ülke genelinde %4 düştüğü belirlenmiştir (137).

Araştırmamızda COVID-19 pandemi sürecinde, araştırmamızın yapıldığı tarihten önceki son bir yılda acil kontrasepsiyon kullananların oranı %7,9 olarak bulunmuştur. Pandemi sürecini kapsayan bu son bir yıllık dönemde istenmeyen gebelik oranı %8,9, isteyerek düşük oranı ise %5,6 olarak bulunmuştur. 2018 TNSA verilerinde araştırma tarihinden önceki son beş yılda istenmeyen gebelik oranı %15 ve isteyerek düşüklerin oranı %5,9 tespit edilmiş olup, mevcut süreler düşünüldüğünde çalışmamızda istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük oranları daha yüksek saptanmıştır (11). Caruso ve arkadaşları (2020) tarafından COVID-19 pandemi döneminde hormonal kontraseptif (oral kontraseptif hap, vajinal halka, implant, LNG-RİA gibi) kullanan kadınlarda yapılan çalışmada, evli olanlarda istenmeyen gebelik tespit edilmemiş ancak cinsel aktivitesi olan evli olmayan kadınlarda ise istenmeyen gebelik oranı %14,9 olarak tespit edilmiştir (138). Bu oranlar COVID-19 pandemi döneminde istenmeyen gebeliklerde ve isteyerek düşüklerde artış olmuş olabileceğini göstermektedir. COVID-19 pandemi döneminde istenmeyen gebeliklerin oluşmasında ve kadınlarda planlanmayan gebeliğe bağlı olarak isteyerek düşük oranlarında artış olmasında pandemi döneminde AP hizmetlerine ulaşımın azalmasının neden olduğu düşünülmektedir. Pandemi sürecinde etkin AP hizmeti sağlanması hem istenmeyen gebeliklere ve buna bağlı güvenli olmayan düşüklere, hem de maternal ve fetal

komplikasyonlara ait gelişebilecek olası yeni sağlık problemlerinin önlenmesine olanak sağlayacağından bu olağanüstü koşullarda öncelik taşıyan bir sağlık hizmetidir.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık beşte biri (%18,2) COVID-19 pandemi döneminde ASM'den AP danışmanlığı almış olup bunların çoğu (%71,8) yüz yüze, daha az bir kısmı ise (%28,2) telefon yoluyla olmak üzere verilmiştir. Türkiye'de Esmeray ve arkadaşları tarafından, bir Eğitim ASM'de yapılan çalışmanın sonucuna göre pandemi dönemi içinde AP danışmanlığı alan kişi sayısının %28 azaldığı tespit edilmiştir (107). Lindberg ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %39'unun COVID-19 pandemisi döneminde doğum kontrolü veya üreme sağlığı hizmetlerine erişimde sorun yaşadığı tespit edildi (109). Batı Afrika'da, Sochas ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada ise Ebola salgını sırasında, genel sağlık hizmetleri içerisinde aile planlaması ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin %22 oranında düşüş göstermesi ile salgın döneminde en çok etkilenen birim olduğu saptanmıştır (139). COVID-19 pandemisi nedeniyle sağlık kurumlarında AP hizmeti yeterli malzeme ve yeterli çalışan olmaması nedeniyle ertelenebilmekte ya da sunulamamaktadır. Pandemi döneminde hastaların bulaş endişesi nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmak istememesi, COVID-19 pandemisi ile salgının sağlık sistemleri üstünde yarattığı hastalık yüküne bağlı olarak sağlık çalışanlarının iş yükünün artması ve sağlık kurumlarında AP hizmeti için yeterli malzeme sağlanamaması gibi sebeplerle temel bir sağlık hizmeti olan AP danışmanlığında aksaklıklar yaşanmış olabileceği düşünülmektedir.

Teletıp, sağlık sunucularının teknolojiyi kullanarak (video konferans veya telefon yoluyla) sağlık hizmetlerinin uzaktan sağlanması olarak tanımlanabilmektedir (140). COVID-19 salgını sürecinde, Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde sağlık kurumları, acil olmayan birçok hizmeti kontraseptif danışmanlık ziyaretleri de dahil olmak üzere hastalar ve sağlayıcılar için sanal ziyaretlere geçirdi (141). Pandemi sürecinde hizmet sağlayıcılar tarafından teletıp kullanımının, telefon ve web tabanlı danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve izlem danışmanlıklarının mümkün olduğu durumlarda telefonla aranarak devam ettirilmesi önerilmektedir (108,142). Böylelikle, aynı zamanda pandemi ile ilgili diğer alanlarda görevli olan sağlık çalışanlarının iş yükü azalacak, sağlık kurumuna başvuru oranları düşecek, maliyet etkinliği sağlanacaktır (88). Çalışmamızda katılımcılara telefon yöntemi ile AP

danışmanlığı hakkında düşünceleri sorulduğunda katılımcıların büyük çoğunluğu (%71,5) telefon ile danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Stifani ve arkadaşları (2020) tarafından AP danışmanlığı hizmeti veren hekimler ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin çoğunun (%80) teletıp yönteminin kontraseptif danışmanlık sağlamanın etkili bir yolu olduğu ve çoğunun (%84) bu hizmetin pandemi sonrasında genişletilmesi konusunda hemfikir olduğu bulunmuştur (141). Pandemi döneminde COVID-19 riski nedeni ile yüz yüze erişimin kısıtlanması ve bulaş riskinin en aza indirilmesi amacıyla hastaların AP danışmanlığı için kullanacakları teletıp uygulamalarının yaygınlaştırılması, yazılı ya da görsel basın vasıtasıyla kamunun bu konularda bilgilendirilmesi gibi destekleyici politikalar geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızın Güçlü Yönleri ve Sınırlamaları

Güçlü Yönleri:

- Araştırma verileri tek bir araştırmacı (hekim) tarafından toplanmış olup bu da veri toplama açısından belli bir standardı sağlamak adına önemlidir.
- Çalışmamız güncel ve toplum sağlığını ilgilendiren bir konuyu araştırmaktadır.
- Literatürde yer alan çalışmalarda COVID-19 pandemisinin AP yöntemlerinin kullanımını nasıl etkilediği detaylı olarak incelenmemiş olup çalışmamız Türkiye için öncü bir çalışmadır ve genel bilgi havuzuna katkı sağlayacaktır.

Sınırlamaları:

- Telefon ile anket uygulaması olarak yapılan araştırmamızda aile planlaması ile ilgili bazı soruları bazı kadınlar mahremiyet olarak algılamış ve durumlarını tam yansıtmayan yanıtlar vermiş olabilirler.
- Çalışmamız tek bir ilde, merkezde yapıldığı ve sınırlı sayıda kişi katıldığı için tüm topluma genellenemez.

- Örnekleminiz randomize olmayıp, Denizli ili 55 ve 58 Nolu Aile Hekimliği Birimine kayıtlı 15-49 yaş arası ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlardan oluştuğu için genelleme yaparken dikkatli olmak gerekir.
- Araştırma gönüllülük esasına dayandığı için çalışmamıza katılmayı kabul eden kadınlar AP danışmanlığına daha ilgili ve eğitim alma isteği daha yüksek olan bireyler olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

15-49 yaş arası evli kadınların AP hakkındaki bilgilerinin ve COVID-19 pandemisinin AP davranışlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada;

1. Çalışmaya katılan kadınların %85'i COVID-19 pandemi öncesinde herhangi bir korunma yöntemi kullanırken, pandemi döneminde bu oran %81,3'tü. Önceki çalışmalara göre AP yöntemi kullanım oranının yüksek olması yöntem kullanma bilincinin geliştiğini gösterirken pandemi sırasında bu oranın azalması pandeminin AP yöntemlerine ulaşımda ve temininde sorun yarattığını göstermektedir.
2. Katılımcıların COVID-19 pandemi öncesinde %38,3'ü kondom, %18,2'si doğum kontrol hapı, %17,8'i geri çekme; COVID-19 pandemi döneminde ise %40,2'si kondom, %20,1'i geri çekme, %7,9'u doğum kontrol hapı kullanmayı tercih etmektedir. Genel olarak doğurganlığa geri dönüşü hızlı olan yöntemlerin kullanımının fazlalığı görülmekte ayrıca özellikle pandemi sırasında hap kullanımındaki belirgin düşüş dikkat çekmektedir.
3. Çalışmamızda modern yöntem kullanan kadınlardan COVID-19 pandemi öncesinde %18,1'inin, pandemi sırasında ise yalnızca %6,2'sinin AP yöntemini ASM'den temin ettiği görülmüştür. Hap ve kondom, tüm Türkiye'de sağlık politikaları gereği ASM'ler tarafından ücretsiz olarak verilmektedir. Öncelikle halk bu konuda yeterince bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmeli ayrıca pandemi nedeni ile ASM'lerdeki yöntemlerin teminindeki aksamalar ve personele yüklenen ek iş yükü nedeni ile AP danışmanlık hizmetindeki aksamalar nedeniyle olabilecek sorunların önüne geçilmelidir.
4. Katılımcıların %26,2'si kullandıkları AP yöntemine COVID-19 pandemi döneminde ulaşımda zorluk yaşadığını belirtmiştir.
5. Katılımcıların %29'u COVID-19 pandemi döneminde gebe kaldıklarını belirtmişlerdir.
6. Katılımcıların %50,5'inin COVID-19 pandemisi nedeniyle gebelik planlarını değiştirdikleri saptanmıştır.

7. Araştırmamızda COVID-19 pandemisinde araştırma tarihi öncesindeki son bir yılda acil kontrasepsiyon kullananların oranı %7,9, istenmeyen gebelik oranı %8,9, kürtaj oranı %5,6 olarak bulunmuştur.
8. Katılımcılardan yalnızca %18,2'si COVID-19 pandemi döneminde ASM'den AP danışmanlığı aldığını belirtmiştir.

Pandemi nedeniyle bireylerin bulaş endişesi nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmak istememesi, pandeminin sağlık sistemi üzerinde yarattığı hastalık yükü nedeniyle iş yükünün artması, sağlık kurumlarında AP hizmeti için yeterli personel ve malzeme sağlanamaması gibi sebeplerle temel bir sağlık hizmeti olan AP danışmanlığında aksaklıklar yaşanmış olabileceği düşünülmektedir. Bunların önüne geçmek için pandemi sürecinde çeşitli iletişim yöntemlerini kullanarak (teletıp, online görüşmeler) doğum kontrolü talep eden bireylere danışmanlık yapılması, bireylere uzun etkili geri dönüşebilir kontraseptiflerin önerilmesi, kontraseptif yöntemlere nasıl erişebileceği hakkında bilgi verilmesi ve bu yöntemlerin temin edilmesi, acil kontrasepsiyon konusunda bilgi verilmesi ve çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda aile planlaması danışmanlığı verilmesi önem taşımaktadır.

Pandemi sürecinde kontrasepsiyon ihtiyacını karşılamak için üreme sağlığı hizmetlerine erişimin sürekliliğinin sağlanması istenmeyen gebelikleri, anne ve çocuk ölümlerini azaltmada anahtar rol oynamaktadır. İstenmeyen gebeliklerin ve buna bağlı olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi amacıyla bireylerin aile planlaması gereksinimleri özel bir dikkat gösterilerek karşılanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mosher DW, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Wilson SJ. Use Of Contraception and Use Of Family Planning Services In Tehe United States:1982– 2002. Advance Data From Viral and Health Statistics. 2004;350(10):1–35.
2. Boğa NM. Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2004.
3. World Health Organization, Repositioning Family Planning: Guidelines for Advocacy Action. Who [Internet]. 2010;64 p. Available from: <http://www.prb.org/pdf08/familyplanningadvocacytoolkit.pdf> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
4. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye 'de Durum. 2004;(April):455–9.
5. Geller SE, Cox SM, Callaghan WM, Berg CJ. Morbidity and mortality in pregnancy. Laying the Groundwork for Safe Motherhood. Women's Heal Issues. 2006;16(4):176–88.
6. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu. 2004 . <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/427> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
7. Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Derg. 2009;14(1):56–64.
8. Dorothy S. The ABC's of Family Planning. 2010 Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2461/4/TFLACSO-2010ZVNBA.pdf> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
9. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı. Toplum Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. 2003;113–27.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma

- Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2019.
 12. Örsal Ö, Kubilay G. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2007;15(60):155–64.
 13. Gürsoy AY, Kiseli M. Yakın Geçmişte Görülen Pandemiler, Üreme Sağlığına Etkileri. COVID-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.9-16.
 14. Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, et al. Centring Sexual and Reproductive Health and Justice in the Global COVID-19 Response. Lancet. 2020;395(10231):1175–7.
 15. Ghebreyesus TA, Kanem N. Defining Sexual and Reproductive Health and Rights for All. Lancet. 2018;391(10140):2583–5.
 16. World Health Organization. Listings of WHO ' s response to COVID-19. 2021;(June 2020):1–49.
 17. Bulut M, Yıldırım N. COVID-19 Pandemisinin Cinsel Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkileri. COVID-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.58-65.
 18. Keten M, Keten EE. COVID-19 Pandemisinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2021;30(4):0–3.
 19. United Nation Population Found. Sexual and Reproductive Health and Rights: Modern Contraceptives and Other Medical Supply Needs, Including for COVID-19 Prevention, Protection and Response. [Internet]. 2020; Available from: <https://www.unfpa.org/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights-modern-contraceptives-and-other-medical-supply> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
 20. Puri MC, Stone L. Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and

- Reproductive Health in Nepal. *J Nepal Health Res Counc.* 2020;18(2):313–5.
21. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Cauc J Sci.* 2017;4(1):26–44.
 22. Çalışkan BG. The Effect of Age and Educational Status on the Family Planning Method Choice of Women Living in a Rural Area. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2014;18(4):189–94.
 23. Knowles J. A History of Birth Control Methods. *Plan Parent Fed Am.* 2012;16.
 24. Quarini CA. History of contraception. *Women's Heal Med.* 2005 Sep;2(5):28–30.
 25. Potts M, Campbell M. History of Contraception. *Glob Libr Women's Med.* 2009;1–39.
 26. Christin-Maitre S. History of Oral Contraceptive Drugs and Their Use Worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27(1):3–12.
 27. Valdiserri RO. Cum hastis sic clypeatis: The turbulent history of the condom. *Bull New York Acad Med J Urban Heal.* 1988;64(3):237–45.
 28. Li RHW, Lo SST. Evolutionary Voyage of Modern Birth Control Methods. *Hong Kong J Gynaecol Obs Midwifery.* 2005;5(1):40–5.
 29. Evans ML. A Desire to Control: Contraception Throughout the Ages. *Historia Medicine* 2008;1(1): 1-4.
 30. Özçelik E. Natural Family Planning Methods. *J Turkish Fam Physician.* 2016;7(3):45–53.
 31. Margulies L. History of Intrauterine Devices. *Bull N Y Acad Med.* 1975 May;51(5):662-7.
 32. Ertopçu K. Rahim İçi Araç. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics- Special Topics* 2012;5(1):37-42.
 33. Goldzieher JW. Pharmacology of Contraceptive Steroids: A Brief Review. *Am*

- J Obstet Gynecol. 1989 May 1;160(5):1260–4.
34. Gökmen, O. ve Çiçek, N. (2001). Günümüzde Kontrasepsiyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
 35. Family Planning Association. A History of Family Planning Services and the Family Planning Association. [Online]. <http://www.fpa.org.uk/factsheets/contraception-past-present-future>. Erişim tarihi:9 Mart 2022
 36. Kogan P, Wald M. Male Contraception: History and Development. Urol Clin North Am. 2014 Feb 1;41(1):145–61.
 37. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. 2009.
 38. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 2. 2005.
 39. Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. Ed: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, ve Nygaard IE, “Danforth’s Obstetrics and Gynecology”, 10., Philadelphia, USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2010
 40. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers, 2018.
 41. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çocuk gelişimi ve eğitimi, aile planlaması. Ankara; 2017:70-4
 42. Şahin E, Özturna Y. Oral Kontraseptiflerin İlaç, Bitki ve Besinlerle Etkileşimleri. Lectio Scientific 2017;1(1):40–52.
 43. Girum T, Wasie A. Return of Fertility After Discontinuation of Contraception: A Systematic Review and Meta-analysis. Contraception and reproductive medicine, 2018;3(1), 1-9.
 44. Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B, Yeniçel Ö. Oral Kontrasepsiyon

- Klavuzu. İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri; 2012:12-54.
45. World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed, Geneva: World Health Organization 2015. [Online]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
 46. Kurtuluş H. Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri (Tıpta Uzmanlık Tezi) İstanbul: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi; 2009.
 47. Akın A, Sevcen F. Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(13):1-14.
 48. Aile S, Vural EZT, Gönenç I, Aka N, Köse G. Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı ve Sonuçları. 2004;8(4):153–6.
 49. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum Module 4. Combined Oral Contraceptives and Progestin Only Pills. Pathfinder International. July 1999:1-221.
 50. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2):89–96.
 51. Himmerick KA. Enhancing Contraception: A Comprehensive Review. JAAPA. 2005 Jul;18(7):26-33.
 52. Ahrendt HJ, Adolf D, Buhling KJ. Advantages and Challenges of Oestrogen-free Hormonal Contraception. Curr Med Res Opin. 2010;26(8):1947–55.
 53. Black A, Francoeur D, Rowe T, Brown T, David M, Dunn S, et al. Canadian Contraception Consensus. J Obstet Gynaecol Canada. 2004;26(2):143–56.
 54. Brooms M, Fotherby K. Clinical experience with the progestogen-only pill. Contraception. 1990 Nov 1;42(5):489–95.
 55. Boynukalın K, Güven S, Esinler İ, “Temel Kadın ve Doğum Bilgisi”, 3., Ankara: Ed: Günel S, Yüce K, 2014
 56. Davies GC, Feng LX, Newton JR Van Beek A, Coeling-Bennink HJ, “Release

- Characteristics, Ovarian Activity and Menstrual Bleeding Pattern with a Single Contraceptive Implant Releasing 3-ketodesogestrel”, *Contraception*, 1993.
57. Prosad S, Mashamba-Thompson T, Ojewole E. “Evidence of Patients’ Challenges and Barriers Related to Usage of Implanon®: Scoping Review Protocol”, *BMC*, 2018.
 58. Sayan CD, Özkan ZS, Aydın G, Erdoğan F, İslambay Z. Myometrium Lokalizasyonlu Rahim İçi Araç, *Kırklareli Üniversitesi Tıp Fak Derg*, 2017; 19(3): 224-227.
 59. Sağiroğlu N. Phagocytosis of Spermatozoa in the Uterine Cavity of Woman Using Intrauterine Device. *Int J Fertil*. 1971 Jan-Mar;16(1):1-14.
 60. Aydoğdu SGM. Amasya İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2018;27(6):384–92.
 61. Sivin I, Stern J. Health During Prolonged Use of Levonorgestrel 20 µg/d and the Copper TCu 380Ag Intrauterine Contraceptive Devices: A Multicenter Study. *Fertil Steril*. 1994 Jan 1;61(1):70–7.
 62. Vessey MP, Johnson B, Doll R, Peto R. Outcome of Pregnancy in Women Using An Intrauterine Device, *Lancet*, 1974;23(1): 495-8,.
 63. Sivin I, Schmidt F. Effectiveness of IUDs: a review, *Contraception*, 1987; 36(1): 54-5.
 64. Kutlu R, Kılıçaslan AÖ. The Reasons of Intrauterin Device Discontinuation in Women Applied to a Family Planning Policlinic. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2014;18(3):149–55.
 65. Cinar M, Timur H, Aksoy RT, Kokanali D, Tokmak A, Tasci Y. Parameters Affecting to Select of Contraceptive Methods. *Medicine Science International Medical Journal*. 2016;5(3):790.
 66. Cates W, Stone KM. Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update - Part I. *Fam Plann Perspect*.

- 1992;24(2):75–84.
67. Kestelman P, Trussell J. Efficacy of the simultaneous use of condoms and spermicides. *Fam Plann Perspect*, 1991;23(5):226–7.
 68. İnal M. Bariyer Kontraseptif Yöntemler Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences, 2006;2(22):41-50.
 69. Aynioğlu Ö. 35 Yaş Üzeri Doğum Yapan Gebelerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Derg.* 2014;15(2):152–5.
 70. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Cervical Cap versus Diaphragm for Contraception. *Birth*. 2003;30(1):64–5.
 71. Perslev A, Rørbye C, Boesen HC, Nørgaard M, Nilas L. Emergency Contraception: Knowledge and Use Among Danish Women Requesting Termination of Pregnancy. *Contraception*. 2002;66(6):427–31.
 72. American College of Obstetricians. ACOG Practice Bulletin No. 133: Benefits and Risks of Sterilization. *Obstet Gynecol*. 2013;121(2 Pt 1):392–404.
 73. Sarkar NN. Emergency contraception. *Int J Clin Pract*, 1999;53:199-204.
 74. Yuzpe AA. Postcoital Contraception. *Int J Gynecol Obstet*, 1979;16(6): 497-501.
 75. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency Contraception Among University Students in Kingston, Jamaica: A Survey of Knowledge, Attitudes, and Practices. *Contraception*. 2002;66(4):261–8.
 76. Akar M, Tekiner H. Kayseri Merkezindeki Serbest Eczanelerde Çalışan Eczacıların ve Eczane Personelinin Acil Kontrasepsiyon Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Pharm Sci*. 2016;5(1):1–7.
 77. Öner C, Güneri MC, Kars B, Çatak B, Telatar B. Acil Kontraseptif Yöntemlerin Kadınlar Tarafından Bilinme Durumu ve İlişkili Faktörler. *Nobel Med*. 2016;12(1):20-5.
 78. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 5. bs, Baltimore: Williams and Wilkins. 1994: 687-806.

79. Batioğlu A, Mollamahmutoğlu L. Kontrasepsiyon Yöntemleri. içinde *Resimli Jinekoloji*. 5. bs, Güneş Kitabevi, 2003.
80. Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier Method Contraseptives and Pelvic Inflammatory Disease. *JAMA* .1982:248-284.
81. Çiftçioğlu S. Geri Çekmenin Aile Planlaması Olarak Kullanılma Nedenleri (Yüksek Lisans Tezi) Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.
82. İnce N, Özyıldırım BA. Gebelikten Korunmada Geri Çekme Yöntemi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 2003;17:180-182.
83. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1. 2005.
84. Mete S, Gerçek E. Vajinal Duşun Yaygınlığı, Etkileyen Etmenler ve Sonuçlar. *Dokuz Eylül Üniv, Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*, 2005:58
85. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Aile planlaması, Toplum İçin Bilgilendirme Sunumları. 2015 <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/toplumayonelik/ap.pdf> Erişim tarihi: 9 Mart 2022
86. Ertop NG, Altay B. 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2012;14(3):1-8.
87. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Tıp Derg*. 2015;15(2):67-76.
88. Serhatlıoğlu SG , Göncü N. COVID-19 ve Aile Planlaması Hizmetlerine Yansımaları. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2(3): 184-191.
89. Aktopark M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler. 2012;1-109.
90. Gürbüz TK. Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim ASM'de

- Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri ile İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi) . İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
91. Tunç A. Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
 92. Çayan A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2009.
 93. Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep; Gaziantep Üniversitesi; 2009.
 94. Yerli EB. Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi;2015
 95. Yanikkerem E, Öztürk Ö, Cıvak N. Evli Kadınların Doğum Kontrol Yöntemleri Hakkında Düşünceleri ile Kullandıkları Yöntemler. Jinekoloji ve Obstet Derg . 2005;19(1):22–30.
 96. Oltuluoğlu H. Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi).Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2008.
 97. Gılıç E, Ceyhan O. Niğde Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Fırat Tıp Derg. 2009;14(4):237-241–241.
 98. Avcı S , Mutlu S , Yigit F. Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(2):128-138.
 99. Tanriverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Fırat Tıp Derg. 2008;13(4):251-254.

100. Gökdemir O , Pak H , Aygün O , Bulut Ü , Yardım SE , Balık G , Yaprak S , Özçakar N. The Use of Contraceptive Method Patterns: Evaluation at Family Health Centers. *İst Tıp Fak Derg.* 2021; 84(4): 574-581.
101. Gür F, Sohpet R. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışları. *Occup Med (Chic Ill).* 2017;53(4):130.
102. Mayda AS, Arslan T , Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri. 2005;4(5):16–7.
103. Arifa RF, Sulistiawan D, Budisantoso MIM. Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan. Family Planning Counseling During the COVID-19. 2021;6(1):37–43.
104. Steenland MW, Geiger CK, Chen L, Rokicki S, Gourevitch RA, Sinaiko AD, et al. Declines in Contraceptive Visits in the United States During the COVID-19 Pandemic. *Contraception.* 2021;104(6):593–9.
105. Roy N, Amin MB, Maliha MJ, Sarker B, Aktarujjaman M, Hossain E, et al. Prevalence and Factors Associated with Family Planning During COVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Cross-sectional Study. *PLoS ONE.* 2021;16(9):1–14.
106. Baig N, Nizamani AH, Baloch AA, Suhag ZH. Impact on Family Planning Services in Primary Healthcare Facilities in Rural Sindh-Secondary Data Analysis of Pre-and On-going COVID-19 Crisis Period. *Journal of Medicine and Healthcare.* 2021; (3),169.
107. Esmeray O, Öner C, Cetin H , Şimşek EE. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin COVID-19 Pandemi Deneyiminin İncelenmesi. *Acta Med Nicomedia.* 2021;4(2):56-63.
108. Vora KS, Saiyed S, Natesan S. Impact of COVID-19 on Family Planning Services in India. *Sexual and Reproductive Health Matters,* 2020;28(1),1–3.
109. Lindberg LD, VandeVusse D, Mueller A, Kirstein J, Mariell, VandeVusse A,

- et al. Early Impacts of the COVID-19 Pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences. New York, NY Guttmacher Inst [Internet]. 2020;10(2020.31482):1–14. Available from: www.guttmacher.org Erişim tarihi:9 Mart 2022
110. Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2008.
 111. Ercan EP. Yetişkin Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinden Memnuniyeti Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2019.
 112. Lehmiller JJ, Garcia JR, Gesselman AN, Mark KP. Less Sex, but More Sexual Diversity: Changes in Sexual Behavior during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. *Leis Sci.* 2021;43(1–2):295–304.
 113. Emery T, Koops JC. The Impact of COVID-19 on Fertility Behaviour and Intentions in a Middle Income Country. *PLoS ONE.* 2022;17(1): e0261509.
 114. Grabovac I, Smith L, Yang L, Soysal P, Veronese N, Isik AT, et al. The Relationship Between Chronic Diseases and Number of Sexual Partners: an Exploratory Analysis. *MJ Sexual & Reproductive Health.* 2020;46:100–7.
 115. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative Synthesis of Psychological and Coping Responses towards Emerging Infectious Disease Outbreaks in the General Population: Practical Considerations for the COVID-19 Pandemic. *Singapore Med J.* 2020 Jul;61(7):350-356.
 116. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. Rapid Review the Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. www.thelancet.com [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 21];395. Available from: <https://doi.org/10.1016/> Erişim tarihi:9 Mart 2022
 117. Şahin E, Satılmış İG. COVID-19 Pandemisinde Cinsellik ve Cinsel Sağlık.

Androloji Bülteni. 2020; 22(4): 249-253

118. Boberg-Fazlić N, Ivets M, Karlsson M, Nilsson T. Disease and Fertility: Evidence from the 1918 Influenza Pandemic in Sweden. *Economics & Human Biology*. 2021, 43: 101020.
119. Szabo TG, Richling S, Embry DD, Biglan A, Wilson KG. From Helpless to Hero: Promoting Values-Based Behavior and Positive Family Interaction in the Midst of COVID-19. *Behav Anal Pract*. 2020;13(3):568-576.
120. Ahmed D, Buheji M, Fardan SM. Re-Emphasising the Future Family Role in ‘Care Economy’ as a Result of Covid-19 Pandemic Spillovers. *American Journal of Economics*. 2020;10(6):332–8.
121. Cunningham M, Beutel A, Barber J, Thornton A. 2005 Reciprocal Relationships Between Attitudes About Gender and Social Contexts During Young Adulthood. *Social Science Research*. 2005:03:001.
122. Hareven, T. (1987) .Family history at the crossroads . *Journal of Family History* 1987;12(1–3): ix–xxii.
123. Voicu M, Bădoi D. Fertility and the COVID-19 crisis: do gender roles really matter? *European Societies*. 2020; 23(1): 199-S214
124. Campbell AM. An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. *Forensic Science International*. 2020;2:100089.
125. Vieira CM, Franco OH, Restrepo CG, Abel T. COVID-19: The Forgotten Priorities of the Pandemic. *Maturitas*. 2020;136:38–41.
126. ILO (2020b) Monitor 2nd Edition: COVID-19 and the World of Work. Updated Estimates and Analysis. [cited 2022 Feb 22]; Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/>
127. Beine M, Bertoli S, Chen S, D'Ambrosio C, Docquier F, Dupuy A et al. Economic Effects of Covid-19 in Luxembourg: Synthesis of the RECOVid working note. LISER. 2020 Apr 8.

128. Aassve A, Le Moglie M, Mencarini L. Trust and Fertility in Uncertain Times. *Popul Stud (Camb)*. 2021 Mar;75(1):19-36.
129. Flynn AC, Kavanagh K, Smith AD, Poston L, White SL. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnancy Planning Behaviors. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2021;2(1):71-77.
130. Coombe J, Kong F, Bittleston H, Williams H, Tomnay J, Vaisey A, et al. Contraceptive Use and Pregnancy Plans among Women of Reproductive Age during the First Australian COVID-19 Lockdown: Findings from an Online Survey. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2021;26(4):265–71.
131. Guttmacher Institute. A Real-Time Look at the Impact of the Recession on Women’s Family Planning and Pregnancy Decisions. 2009:1–9. Available from:
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/recessionfp_1.pdf
Erişim tarihi: 9 Mart 2022
132. Carvalho BR, Taitson PF, Brandão KS, Ferriani RA, Nakagawa HM, Silva AA, et al. Brazilian Society of Assisted Reproduction Committee. Reproductive Planning in Times of Zika: Getting Pregnant or Delaying Plans? The opinion of the Brazilian Society of Assisted Reproduction Committee - a basis for a bioethical discussion. *JBRA Assist Reprod*. 2016;20(3):159-64.
133. Joshi H. The Cash Opportunity Costs of Childbearing: An Approach to Estimation using British Data. *Population Studies*, 1990;44(1), 41–60.
134. Joshi H. Production, Reproduction, and Education: Women, Children, and Work in a British Perspective. *Popul Dev Rev*. 2002;28(3):445–74.
135. Grant J, Hoorens S, Sivadasan S, van het Loo M, DaVanzo J, Hale L, et al. Low Fertility and Population Ageing: Causes, Consequences, and Policy Options. *Low Fertil Popul Ageing Causes, Consequences, Policy Options*. 2004 Dec 22;
136. Moaven L, Brown J. COVID-19 "Baby Boom". *Med J Aust*. 2021;214(8):386-386.e1.
137. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK. Births: Provisional Data for 2020.

- NVSS Vital Stat Rapid Release. 2021;(012):1–21.
138. Caruso S, Rapisarda AMC, Minona P. Sexual Activity and Contraceptive Use during Social Distancing and Self-isolation in the COVID-19 Pandemic. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2020;25(6):445–8.
 139. Sochas L, Channon AA, Nam S. Counting Indirect Crisis-related Deaths in the Context of a Low-resilience Health System: the Case of Maternal and Neonatal Health During the Ebola Epidemic in Sierra Leone. *Health Policy Plan*. 2017 Nov 1;32(suppl_3):iii32-iii39.
 140. Weigel G , Ramaswamy A , Sobel L , SalganicoffA , Cubanski J , Freed M . Opportunities and Barriers for Telemedicine in the US During the COVID-19 Emergency and Beyond. The Kaiser Family Foundation. 2020.
 141. Stifani BM, Avila K, Levi EE. Telemedicine for Contraceptive Counseling: An Exploratory Survey of US Family Planning Providers Following Rapid Adoption of Services during the COVID-19 Pandemic. *Contraception*. 2021;103(3):157-162.
 142. Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RDS, Soares-Júnior JM, et al. Contraception and Reproductive Planning during the COVID-19 Pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(6):615-622.

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.05.2021-E.56342



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-56342
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE

İlgi : 20/05/2021 tarihli dilekçeniz 10.151.1.139
101799
31.05.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Denizli İl Merkezinde 18-49 Yaş Arası Kadınlarda Aile Planlaması Ve Covid-19'un Etkisi**" konulu çalışmanız 25.05.2021 tarih ve 10 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



Evrak Tarih ve Sayısı: 23.09.2021-E.106878



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-106878
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE

İlgi : 16/09/2021 tarihli dilekçeniz. 10.151.1.139
101799
27.09.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Denizli İl Merkezinde 18-49 Yaş Arası Kadınlarda Aile Planlaması ve Covid-19'un Etkisi**" konulu çalışmanız **21.09.2021 tarih ve 17 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın adının "**Denizli İl Merkezinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Aile Planlaması ve Covid-19'un Etkisi**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hülya ÇETİN
Başkan Yardımcısı



**DENİZLİ İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA AİLE
PLANLAMASI VE COVID-19'UN ETKİSİ**

1- Kaç yaşındasınız?

2- Medeni durumunuz nedir?

Bekar Evli Eşinden ayrılmış/eşi vefat etmiş

3- Mesleğiniz nedir?

4- Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuryazar Değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

5- Eşinizin yaşı nedir?

6- Eşinizin mesleği nedir?.....

7- Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

Okuryazar Değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

8- Ailenin Sosyal Güvencesi:

Var Yok Yeşil kart

9- Ailenin Toplam Geliri:

Geliri giderinden az

Geliri giderine eşit

Geliri giderinden fazla

10- Kaç yıldır evlisiniz?

11- Kaç çocuğunuz var?

12- Aile planlaması yöntemleri hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

13- Evet ise; Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden/kimden öğrendiniz?

Doktor/Ebe/Hemşire

Aile

Arkadaş

Medya

Eğitim

14- Bildiğiniz aile planlaması yöntemleri neler? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Takvim yöntemi

Geri çekme

Vajinal duş

Emzirme

Rahim içi Araç

Hap

Enjeksiyon

Kondom

Vajinal Halka

Spermisitler

İmplant

Tüplerin bağlatılması

Diğer

15- COVID-19 pandemisi öncesinde hangi aile planlama yöntemini kullanıyordunuz?

- Takvim yöntemi
- Geri çekme
- Vajinal duş
- Emzirme
- Rahim içi araç
- Hap
- Enjeksiyon
- Kondom
- Vajinal halka
- Spermisitler
- İmplant
- Tüplerin bağlatılması
- Diğer
- Kullanmıyorum

16- Pandemi öncesinde aile planlama yöntemini nereden temin ediyordunuz?

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi/Üniversite hastanesi
- Özel hastaneler/Özel doktor muayenehanesi
- Eczane
- Market/Dükkân
- Diğer

17- Pandemi döneminde kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

- Takvim yöntemi
- Geri çekme
- Vajinal duş
- Emzirme

- Rahim içi Araç
- Hap
- Enjeksiyon
- Kondom
- Vajinal Halka
- Spermisitler
- Norplant
- Tüplerin bağlatılması
- Diğer
- Kullanmıyorum

18- Pandemi döneminde kullandığınız aile planlaması yöntemini nereden temin ettiniz?

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi/Üniversite hastanesi
- Özel hastaneler/Özel doktor muayenehanesi
- Eczane
- Market/Dükkân
- Diğer

19- COVID-19 pandemi sürecinde kontraseptif yöntem kullanmayı bıraktınız mı?

- Evet
- Hayır

20- Evet ise; pandemi sürecinde kontraseptif yöntem kullanmayı bırakmanızın sebebi nedir?

- Çocuk isteme
- Cinsel birliktelik olmaması
- Kontraseptif yöntemlere COVID-19 nedeni ile ulaşmakta güçlük çekme
- ASM'den yöntem temin edememe
- Diğer

21- COVID-19 pandemisi nedeniyle aile planlaması yöntemini değiştirme gereksiniminiz oldu mu?

- Evet Hayır

22- COVID-19 pandemisinde aile planlama yöntemlerine ulaşmakta zorluk yaşadınız mı?

- Evet Hayır Fikrim yok

23- Evet ise; pandemi döneminde neden aile planlaması yöntemlerine ulaşımda güçlük çektiniz? (Birden fazla işaretlenebilir.)

- COVID-19 riski nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvurmak istemedim
 Yüz yüze sağlık hizmetlerine erişim sınırlandığı için
 Seyahat ile ulaşımda zorluk yaşadım
 Ekonomik olarak yöntemleri karşılamakta sorun yaşadım
 Diğer

24- Pandemi sürecinde eşinizle geçirdiğiniz zaman değişti mi?

- Arttı Azaldı Değişmedi

25- Pandemi döneminde cinsel ilişki sıklığınız değişti mi?

- Arttı Azaldı Değişmedi

26- COVID-19 pandemisi istediğiniz çocuk sayısını nasıl etkiledi?

- Daha az çocuk yapma kararında etkili oldu
 Daha fazla çocuk yapma kararında etkili oldu
 Etkisi olmadı

27- COVID-19 pandemisinin gebelik planlarınızda etkisi oldu mu?

- Gebelik planladım
 Gebelik planımı erteledim
 Değiştirmedim

28- COVID-19 pandemisi sürecinde son 1 yılda gebe kaldınız mı?

- Evet Hayır

29- COVID-19 pandemi sürecinde son 1 yılda acil kontrasepsiyon yöntemi kullanmanız gerekti mi?

- Evet Hayır

30- COVID-19 pandemi sürecinde son 1 yılda istenmeyen/planlanmayan gebelik yaşadınız mı?

- Evet Hayır

31- COVID-19 pandemi sürecinde son 1 yılda istenmeyen/planlanmayan gebelik yaşadıysanız kürtaj yaptırdınız mı?

- Evet Hayır

32- COVID-19 pandemi sürecinde gebe kalmak sizce riskli mi?

- Evet Hayır

33- COVID-19 pandemi sürecinde son 1 yılda aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldınız mı?

- Evet Hayır

34- Evet ise; pandemi döneminde aile planlaması yöntemleri ile ilgili danışmanlığı kimden aldınız?

- Doktor/Ebe/Hemşire (ASM)
Aile
Arkadaş
Medya
Diğer

35- Aile planlaması yöntemleri ile ilgili doktor/ebe/hemşire tavsiyesi aldıysanız ne şekilde aldınız?

- Yüz yüze
Teletıp
Sosyal medya
TV

36- Aile planlaması yöntemleri ile ilgili telefon ile danışmanlık verilmesini ister misiniz?

- Evet Hayır Yüz yüze görüşmeyi tercih ederim