T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Elif Tümay BENLİKAYA KARKAÇ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2026

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Elif Tümay BENLİKAYA KARKAÇ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2026

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Üreme Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 22.10.2024 tarihinde, 37 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Elif Tümay BENLİKAYA KARKAÇ
Tarih:
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞINA,

Dr Elif Tümay BENLİKAYA KARKAÇ'ye ait "Üreme Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:……..

Jüri Başkanı Prof. Dr. Uğur BİLGE
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Yasemin SAĞLAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../…… Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmasının her aşamasında bilgi, deneyim ve değerli yönlendirmeleriyle bana rehberlik eden danışmanım Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na en içten teşekkürlerimi sunarım. Çalışmam süresince gösterdiği sabır, verdiği destek, anlayış ve yapıcı eleştiriler akademik gelişimime önemli katkılar sağlamıştır. Eğitim hayatım boyunca bilgi ve birikimlerinden faydalanma imkânı bulduğum Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye, Dr.Öğr.Üyesi Yasemin SAĞLAN'a, Dr.Öğr.Üyesi Elif Fatma ÖZKAN PEHLİVANOĞLU'na ve tüm hocalarıma minnettarım. Araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen Kemal-Nurhan Mani Aile Sağlığı Merkezinde bulunan tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim. Son olarak, eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, her konuda yardımcı olan ve manevi destekleriyle beni motive eden annem Nurhan BENLİKAYA ve babam Güven BENLİKAYA'ya , her konuda beni destekleyen ve yardımcı olan eşim Emir KARKAÇ'a , bu zorlu süreçte gösterdiği sabır ve sevgi nedeniyle oğlum Kemal Can KARKAÇ'a ve tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BENLİKAYA KARKAÇ, E.T. Üreme Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2026. Aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve anne–çocuk sağlığının korunmasında birinci basamakta temel bir halk sağlığı hizmetidir. Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine başvuran üreme çağındaki kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve yöntem kullanım durumları değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 31,27±7,29 yıl olup son bir ayda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %73,0'dır; en sık kullanılan yöntem erkek kondomu (%34,0), geri çekilme (%20,5) ve rahim içi araçtır (%13,9). Yöntem kullananların yaş ortalaması kullanmayanlardan daha yüksek bulunmuş (32,29±6,86 vs. 28,52±7,75; p<0,001), evli olma (p<0,001), çekirdek ailede yaşama (p<0,001), eşin eğitim düzeyi (p=0,006) ve daha uzun evlilik süresi (medyan 9 yıl vs. 4 yıl; p<0,001) yöntem kullanımıyla anlamlı ilişkili saptanmıştır. Üç ve üzeri gebelik öyküsü (p<0,001) ile iki ve üzeri yaşayan çocuğa sahip olma (p<0,001) yöntem kullanımını artıran üreme öyküsü göstergeleri olarak öne çıkmıştır. Yöntem kullananlarda tıbbi korunma yöntemlerini bilme, aile planlamasını gerekli görme ve genel bilgi düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksektir (tümü p<0,001); ayrıca eşle konuşmayı önemli görme (p=0,038) ve bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını kullanma (p<0,001) daha yaygındır. Çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde gelir düzeyinin artması erkek kondomu kullanım olasılığını artırmış (OR=2,07; p=0,002); yaş (OR=1,07; p=0,016) ve eğitim düzeyi (OR=1,98; p=0,016) RİA kullanımını artırmıştır. Evlilik süresi geri çekilme kullanımını artırırken (OR=1,075; p=0,001), eğitim düzeyi (OR=0,52; p=0,018) ve eşle akrabalık (OR=0,19; p=0,001) geri çekilme kullanımını azaltmıştır. Eğitim (OR=2,38; p=0,011) ve gelir (OR=2,47; p=0,045) modern yöntem kullanımını artırırken, geleneksel yöntem kullanımını azaltmıştır (eğitim OR=0,42; p=0,011; gelir OR=0,41; p=0,045). Sonuç olarak, aile planlaması yöntemi kullanımının yalnızca bireysel tercihle değil; yaş, evlilik/üreme öyküsü, hane yapısı, eşin eğitimi ve özellikle bilgi düzeyi ile sağlık çalışanına dayalı danışmanlık kaynaklarıyla yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Birinci basamakta danışmanlık kalitesinin artırılması, doğru bilgiye erişimin güçlendirilmesi ve sosyodemografik kırılganlığı olan gruplara hedefli eğitim stratejileri geliştirilmesi, modern yöntemlerin benimsenmesini destekleyerek üreme sağlığı çıktılarında önemli kazanımlar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, üreme sağlığı, bilgi düzeyi, yöntem kullanımı

ABSTRACT

BENLİKAYA KARKAÇ, E.T. Investigation of the Knowledge Levels of Women of Reproductive Age Regarding Family Planning Methods, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Family Medicine Medical Specialization Thesis, Eskisehir, 2029. Family planning is a fundamental public health service in primary care for the prevention of unintended pregnancies and the protection of maternal and child health. This study evaluated the level of knowledge about family planning methods, sources of information, and patterns of method use among women of reproductive age attending a family health center. The mean age of the participants was 31.27±7.29 years, and 73.0% reported using a family planning method in the last month; the most commonly used methods were the male condom (34.0%), withdrawal (20.5%), and intrauterine device (IUD) (13.9%). The mean age of users was significantly higher than that of non-users (32.29±6.86 vs. 28.52±7.75; $p<0.001$), and being married ($p<0.001$), living in a nuclear family ($p<0.001$), higher spouse's education level ($p=0.006$), and longer duration of marriage (median 9 vs. 4 years; $p<0.001$) were significantly associated with method use. A history of three or more pregnancies ($p<0.001$) and having two or more living children ($p<0.001$) were also prominent reproductive factors associated with higher use. Women who used a method had significantly higher awareness of contraceptive methods, perceived family planning as necessary, and had higher overall knowledge levels (all $p<0.001$); they also more frequently considered spousal communication important ($p=0.038$) and reported health professionals as their main source of information ($p<0.001$). In multivariable logistic regression analyses, higher income increased the likelihood of male condom use (OR=2.07; $p=0.002$), while older age (OR=1.07; $p=0.016$) and higher education (OR=1.98; $p=0.016$) increased the likelihood of IUD use. Longer duration of marriage increased the use of withdrawal (OR=1.075; $p=0.001$), whereas higher education (OR=0.52; $p=0.018$) and consanguinity with the spouse (OR=0.19; $p=0.001$) decreased its use. Higher education (OR=2.38; $p=0.011$) and income (OR=2.47; $p=0.045$) increased the use of modern methods and reduced the use of traditional methods (education OR=0.42; $p=0.011$; income OR=0.41; $p=0.045$). In conclusion, family planning method use was closely associated not only with individual preference but also with age, marital and reproductive history, household structure, spouse's education, and particularly with knowledge level and counseling by health professionals. Strengthening the quality of counseling in primary care, improving access to accurate information, and developing targeted educational strategies for socioeconomically vulnerable groups may promote the adoption of modern methods and lead to substantial improvements in reproductive health outcomes.

Keywords: Family planning, reproductive health, knowledge level, method use

İÇİNDEKİLER

		Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI		iii
TEŞEKKÜR		iv
ÖZET		v
ABSTRACT		vi
İÇİNDEKİLER		vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ		ix
TABLOLAR DİZİNİ		x
1.	GİRİŞ	1
2.	GENEL BİLGİLER	4
2.1.	Aile Planlaması	4
2.1.1.	Tanımı	4
2.1.2.	Tarihi	5
2.1.3.	Amaçları	5
2.2.	Aile Planlamasının Halk Sağlığı Açısından Önemi	7
2.2.1.	Üreme Sağlığı	7
2.2.2.	Erken ve Plansız Gebelik	8
2.2.3.	Genetik ve Bulaşıcı Hastalıklar	8
2.2.4.	Göçmen Entegrasyonu	9
2.2.5.	Nüfus Artışı ve Kaynak Kullanımı	10
2.3.	Aile Planlaması Yöntemleri	12
2.3.1.	Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri	12
2.3.2.	Modern Aile Planlaması Yöntemleri	14
2.4.	Dünyada Aile Planlaması	17
2.5.	Türkiyede Aile Planlaması	20
2.6.	Aile Planlamasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.	Çalışmanın Etik İzni ve Tipi	24
3.2.	Çalışmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3.	Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	24
3.4.	Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	24
3.5.	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	25

Sayfa

3.6. İstatistiksel Yöntem 25

4. BULGULAR 27

5. TARTIŞMA 47

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 53

KAYNAKLAR 55

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
AP	Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Cu-RİA	Bakırlı Rahim İçi Araç
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
G*Power	Güç analizi yazılımı
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
LNG-RİA	Levonorgestrel Salınımlı Rahim İçi Araç
OR	Odds Ratio (Olasılık Oranı)
RİA	Rahim İçi Araç
SD	Standart Sapma
SDG	Sustainable Development Goals (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araş

TABLOLAR

Sayfa

4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve ailevi özellikleri 28

4.2. Katılımcıların obstetrik öyküsü ve evlilik özellikler 30

4.3. Katılımcıların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyleri ile bilinen yöntemlerin dağılımı 32

4.4. Aile planlaması yöntemi kullanım durumu, kullanım süresi ve kullanılan yöntemlerin dağılımı 34

4.5. Katılımcıların aile planlaması yöntemi karar verme süreci, tercih sebepleri ve bilgi kaynakları 36

4.6. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinin dağılımı 38

4.7. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre katılımcıların sosyodemografik ve ailevi özelliklerinin karşılaştırılması 39

4.8. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre katılımcıların obstetrik öykü ve evlilik özelliklerinin karşılaştırılması 40

4.9. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre bilgi, farkındalık ve bilinen yöntemlerin karşılaştırılması 42

4.10. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre eşle iletişim ve bilgi kaynaklarının karşılaştırılması 43

4.11. Üreme çağındaki kadınlarda erkek kondomu kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli 44

4.12. Üreme çağındaki kadınlarda rahim içi araç (RİA) kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli 44

4.13. Üreme çağındaki kadınlarda geri çekilme yöntemi kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli 45

Sayfa

4.14. Üreme çağındaki kadınlarda modern aile planlaması yöntemi kullanımını Yordayan Faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli 45

4.15. Geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 46

1. GİRİŞ

Üreme sağlığı, bireylerin güvenli ve tatmin edici bir üreme yaşamı sürdürebilmelerini ve çocuk sahibi olma konusunda özgürce karar verebilmelerini kapsayan temel bir halk sağlığı alanı olarak tanımlanmaktadır (1). Aile planlaması ise bu çerçevede, kadınların ve erkeklerin istenmeyen gebelikleri önleyebilmesini, gebelikleri erteleyebilmesini ya da istedikleri zamanda çocuk sahibi olabilmesini sağlayan hizmetler, bilgiler, politikalar ve yöntemler bütününü ifade etmektedir (2). Gönüllülük esasına dayalı aile planlaması uygulamalarının insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlenmesi ile doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (3).

Aile planlaması hizmetlerine yapılan yatırımların, anne ve çocuk sağlığı göstergelerini iyileştirdiği, yoksulluğun azaltılmasına katkı sağladığı ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılmasını hızlandırdığı bildirilmektedir (1,3). Üreme sağlığına ve aile planlamasına erişimin artmasının, doğurganlık hızlarını düşürerek hane düzeyinde ekonomik kazanımlar sağladığı ve kadınların iş gücüne katılımını artırdığı, bu etkilerin yalnızca bireysel değil, makroekonomik düzeyde de büyümeyi desteklediği belirtilmektedir gösterilmiştir (4). Aile planlaması uygulamalarının çocuk sağlığı üzerindeki etkileri de literatürde vurgulanmaktadır (5). Bu bulgular, aile planlamasının kuşaklar arası sağlık kazanımları sağladığını göstermektedir. Tüm bu bulgular, aile planlamasının yalnızca bireysel bir sağlık davranışı değil, çok boyutlu bir halk sağlığı ve sosyal politika alanı olduğunu ortaya koymaktadır (6).

Küresel ölçekte aile planlaması politikalarının uzun yıllar boyunca istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve nüfus artış hızının kontrol altına alınması hedefiyle şekillendirildiği, bu politikaların etkisiyle dünya genelinde doğurganlık hızlarında belirgin bir azalma olduğu ve günümüzde ülkelerin yaklaşık yarısında toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyinin altına düştüğü, göç etkisi dışlandığında birçok ülkede 2100 yılına kadar nüfusun %50'den fazla azalabileceğinin öngörüldüğü bildirilmektedir (7). Buna karşın aile planlaması yöntemlerinin benimsenmesi ve kullanımı dünya genelinde homojen değildir ve ülkeler arasında belirgin eşitsizlikler bulunmaktadır. Sistematik derlemeler, aile planlaması davranışlarının bireysel, toplumsal ve yapısal düzeyde çok sayıda belirleyiciden etkilendiğini; eğitim düzeyi,

yaş, bilgi ve tutum gibi bireysel faktörlerin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişim ve coğrafi farklılıklar gibi topluluk düzeyindeki etmenlerin aile planlaması kullanımını şekillendirdiği bildirilmektedir (2).

Aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi, yöntemlerin etkin kullanımının temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (8). Bununla birlikte, bilgi düzeyi ile yöntem kullanımı arasında her zaman doğrudan bir ilişki bulunmadığı, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde üreme fizyolojisi ve kontraseptif yöntemlere ilişkin ciddi bilgi boşluklarının bulunduğu gösterilmiştir (9). Kırsal bölgelerde yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda aile planlaması okuryazarlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, dini inançlar, gelir yetersizliği ve güvenilir bilgi kaynaklarına sınırlı erişim yer almaktadır (8). Bu faktörlerin kadınların modern aile planlaması yöntemlerini kullanma kapasitesini sınırladığı belirtilmektedir.

Aile planlaması yöntemleri genel olarak modern (bariyer yöntemi, hormonal yöntemler, rahim içi cihazar vb.) ve geleneksel (geri çekilme, takvim yönetimi vb.) yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır (10). Davranışsal yöntemler, ilaç ya da tıbbi araç gerektirmeden üreme fizyolojisine dayalı bilgi kullanımını esas almaktadır (10). Doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemler ve geri çekme yöntemi dünya genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır (11). Bu yöntemlerin doğru kullanımda kabul edilebilir etkinlik düzeylerine ulaşabildiği, ancak tipik kullanımda gebelik oranlarının belirgin biçimde arttığı vurgulanmaktadır (12).

Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranları ise ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Türkiye'de yapılan sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarına göre, modern yöntem kullanım oranının %50 civarında olduğu, geleneksel yöntemlerin ise %17 oranında tercih edildiği, istenmeyen gebelik ve küretaj oranlarının hâlen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiği belirtilmektedir (13). Aile planlaması hizmetlerine erişimde ekonomik ve yapısal engeller önemli rol oynamaktadır. Kamu finansmanındaki değişikliklerin ve sigorta durumunun, kontraseptiflere erişimde gecikmelere yol açabildiği gösterilmiştir (14). Bu tür gecikmelerin kontraseptif öz-yeterlik algısını olumsuz etkilediği ve yöntem kullanım sürekliliğini azalttığı bildirilmektedir (15).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile planlaması danışmanlığı ve yöntem temini açısından kritik bir konuma sahiptir. Aile planlaması hizmetlerinin antenatal, postnatal ve çocuk sağlığı hizmetleriyle entegrasyonunun kaçırılmış fırsatları azalttığı gösterilmiştir (16). Bununla birlikte, danışmanlık kalitesinin her zaman yeterli düzeyde olmadığı ve özellikle genç ve düşük eğitimli kadınların daha düşük kaliteli danışmanlık aldığı bildirilmektedir (17). Sosyokültürel kırılganlıkların belirgin olduğu gruplarda aile planlamasına erişim daha da karmaşık hale gelmektedir. Göçmen kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar, erken evlilik, ekonomik bağımlılık ve kültürel baskıların aile planlaması kararlarını ciddi biçimde sınırladığını ortaya koymaktadır (18). Bu kadınların önemli bir bölümünün aile planlamasına ilişkin kararları kendi iradeleriyle veremedikleri bildirilmiştir.

Etik, dini ve kültürel boyutların aile planlaması yöntemi seçimi sürecine entegre edilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (6). Sağlık çalışanlarının bireylerin özerkliğini destekleyecek biçimde bilgilendirme yapmasının önemi bilinmektedir (6). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan aile planlaması danışmanlığı ve hizmetlerinin geliştirilmesinin aile planlaması ve halk sağlığı açısından oldukça önemli olduğu bilinmektedir (16). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar üzerinde yapılacak tanımlayıcı çalışmalar, sahadaki mevcut durumun ortaya konmasına ve hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu tür çalışmalar, aile planlaması danışmanlığının yalnızca kadınlara değil, eşler ve aile bireylerini de kapsayacak şekilde planlanması gerektiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

Bu çalışma; bir aile sağlığı merkezine başvuran üreme çağındaki kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini, bilgi kaynaklarını ve yöntem kullanım durumlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Elde edilecek bulguların, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan aile planlaması danışmanlığı ve eğitim faaliyetlerinin güçlendirilmesine katkı sağlaması ve kadınların üreme sağlığına yönelik karar alma süreçlerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlaması

2.1.1. Tanımı

Aile planlaması, kadınların, erkeklerin, çiftlerin ve ergenlerin istenmeyen gebeliklerden kaçınabilmelerini ve çocuk sahibi olma zamanlaması ile çocuk sayısına bilinçli biçimde karar verebilmelerini sağlayan hizmetler, politikalar, bilgi kaynakları, tutumlar, uygulamalar ve kontraseptif yöntemlerin tümünü kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (1). Bu kapsamıyla aile planlaması yalnızca doğum kontrolüne indirgenmeyen, bireysel haklar, toplumsal yapı ve sağlık sistemleriyle doğrudan ilişkili bir halk sağlığı alanı olarak değerlendirilmektedir (1,19). Aile planlamasının gönüllülük esasına dayanması, bireylerin kendi üreme yaşamları üzerinde söz sahibi olmalarını desteklemekte ve insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve güçlenme süreçleriyle yakından ilişkilendirilmektedir (1).

Aile planlaması kavramının yalnızca biyolojik ya da tıbbi bir süreç olmadığı, aynı zamanda psikososyal, ekonomik ve kültürel boyutlar içerdiği erken dönem çalışmalarda da vurgulanmıştır (20). Bu çerçevede aile planlaması, bireylerin ebeveynlik rollerine ilişkin değerleri, aile büyüklüğüne dair tutumları, toplumsal cinsiyet rolleri ve ekonomik koşullarla birlikte ele alınması gereken bir süreç olarak tanımlanmıştır (20). Başarılı aile planlamasının, yalnızca gebeliklerin sonlandırılması ya da doğum aralıklarının düzenlenmesiyle değil, bireylerin yaşam koşulları ve gelecek beklentileriyle uyumlu kararlar alabilmeleriyle mümkün olduğu ifade edilmektedir.

Güncel literatürde aile planlaması, sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle doğrudan ilişkili bir müdahale alanı olarak ele alınmaktadır (1). Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının, anne, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı göstergelerini iyileştirdiği, toplumsal refahı artırdığı ve ekonomik kalkınmaya katkı sağladığı bildirilmektedir (2,21). Ayrıca, bireysel ve toplumsal düzeyde aile planlaması davranışlarını belirleyen faktörlerin eğitim düzeyi, yaş, bilgi, tutumlar, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyokültürel normlar gibi çok sayıda değişkenden etkilendiği ortaya konmuştur (2).

2.2.2. Tarihi

Tarihsel açıdan incelendiğinde, modern anlamda aile planlaması kavramının görece yeni olduğu, ancak doğurganlığın düzenlenmesine yönelik bilgi ve uygulamaların insanlık tarihi boyunca farklı biçimlerde var olduğu görülmektedir (22). Antik Yakın Doğu medeniyetlerinde, özellikle Mısır, Mezopotamya ve Levant bölgelerinde, gebeliğin önlenmesi ve düşük uygulamalarına ilişkin hem tıbbi metinlerin hem de hukuki düzenlemelerin bulunduğu bildirilmektedir (23). Bu toplumlarda doğurganlık yüksek değer görmekle birlikte, gebeliğin sınırlandırılmasına yönelik bitkisel ve mekanik yöntemlerin bilindiği ve kullanıldığı, ayrıca dini ve kültürel inançların bu uygulamalar üzerinde belirleyici rol oynadığı belirtilmektedir (23).

Aile planlamasının kavramsal temelleri, özellikle 20. yüzyılın ortalarından itibaren modern tıp, demografi ve halk sağlığı alanlarındaki gelişmelerle birlikte daha sistematik bir yapıya kavuşmuştur (24). Modern kontraseptif yöntemlerin geliştirilmesiyle birlikte aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi, güvenli doğum aralıklarının sağlanması ve sağlık harcamalarının azaltılması gibi hedeflerle ilişkilendirilmiştir (19). Bununla birlikte, kontraseptif yöntemlerin yaygınlaşmasına rağmen dünya genelinde hâlen önemli düzeyde karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının bulunduğu ve gebeliklerin yaklaşık yarısının istenmeyen gebelikler olduğu bildirilmektedir (24).

Sonuç olarak aile planlaması, tarihsel süreç içerisinde farklı biçimlerde ele alınmış olmakla birlikte, modern dönemde bireysel haklar, toplumsal eşitlik ve halk sağlığı hedefleriyle bütünleşen kapsamlı bir kavram haline gelmiştir (1). Günümüzde aile planlamasının etkin biçimde uygulanabilmesi, yalnızca kontraseptif yöntemlerin varlığına değil, aynı zamanda bireylerin bilgi düzeyi, sosyokültürel bağlamı ve sağlık sistemlerinin erişilebilirliğine bağlıdır (2).

2.2.3. Amaçları

Aile planlamasının temel amacı, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yoluyla bireylerin ve toplumların sağlık, eğitim, ekonomik kalkınma ve çevresel

sürdürülebilirlik düzeylerini iyileştirmektir (25). Bu kapsamda aile planlaması hizmetlerinin altı temel amacını, Cates (25) aşağıdaki gibi sıralamıştır:

1. Yoksulluğun ve açlığın azaltılması
2. Eğitim sürekliliğinin sağlanması
3. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin güçlendirilmesi
4. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması
5. HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların önlenmesi
6. Çevresel kaynaklar üzerindeki nüfus baskısının azaltılması

Aile planlaması alanında yürütülen politika ve programlarda amaçların çoğu zaman tutmadığı, kuramsal küresel girişimlerde başarı oranlarının daha yüksek olduğu, aile planlamasında temel amacın bireylerin iyilik hâlini ve üreme haklarını desteklemek olduğu, bu nedenle göstergelerin bu amacı zedelemeyecek şekilde yapılandırılması gerektiği vurgulanmıştır (26) Doğurganlık hızının yüksek olduğu ülkelerde aile planlamasının yaygınlaştırılmasının yoksulluk ve açlığı azaltılmayı amaçladığı, bu sayede bu sayede ölümlerin azaltılmasının hedeflendiği belirtilmiştir (27).

Nüfus kontrolünü hedefleyen programlar sayesinde son 40 yıl içinde kontraseptif kullanım oranlarının %10'un altından %60'a çıktığı, doğurganlık hızını kadın başına yaklaşık altı doğumdan üç doğuma düşürdüğü ifade edilmiştir (27). Birçok düşük ve orta gelirli ülkede kontraseptif kullanımın hâlen düşük olduğu, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının yüksek seyrettiği ve bu alanda siyasi irade ve finansal desteğin yetersiz kaldığı belirtilmiştir (27). Gönüllülük esasına dayalı ve yüksek kaliteli aile planlaması programlarının doğurganlığı azalttığı ve amacına uygun olarak sağlık, refah, eğitim ve insan hakları alanlarında önemli iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (28).

Bilge ve ark. (29) Türkiye örnekleminde yaptığı çalışmada, gebelik döneminde aile planlaması danışmanlığı almayan kadın oranının %42,6, doğum sonrası dönemde danışmanlık almayan kadın oranının ise %36,9 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının eğitim düzeyi, ekonomik durum ve kültürel değerlerden etkilendiği ve Türkiye'nin doğu bölgelerinden batı bölgelerine

gidildikçe tutumların olumlu yönde değiştiği saptanmıştır. Güney ve ark. (30) randomize kontrollü çalışmasında, görsel materyallerle desteklenen aile planlaması eğitiminin kadınların aile planlamasına yönelik tutum puanlarını anlamlı düzeyde artırdığı bulunmuştur. Bu araştırmalar Türkiye'de aile planlanmasının gelişmemiş ülkeler kadar kötü olmadığını, dolayısı ile Türkiye'de yapılan çalışmaların sıklıkla bilgi seviyesinin artırılmasını ve kültürel sorunların çözümünü amaçladıkları görülmektedir.

2.2. Aile Planlamasının Halk Sağlığı Açısından Önemi

2.2.1. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı, bireylerin üreme ile ilişkili süreçlerde fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik hâlini kapsayan çok boyutlu bir kavram olup, aile planlaması bu alanın temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Aile planlaması uygulamaları güvenli cinsel yaşamın desteklenmesi, istenmeyen gebeliklerin ve güvensiz düşüklerin azaltılması ile doğurganlığın bireysel tercihler doğrultusunda düzenlenmesini amaçlamaktadır (31). Buna karşın genç yetişkinlerin aile planlamasını sadece gebeliği ertelemeye yönelik bir uygulama olarak tanımladığı, aile planlaması konusunda eksiklerinin olduğu bilinmektedir (32). Bu durumdan sıklıkla düşük sosyoekonomik seviyenin, düşük eğitim seviyesinin ve imkânlara erişimin kısıtlılıklarının olduğu kabul edilmektedir (33).

Aile planlaması hizmetlerinden yararlanan kişilerin sıklıkla uzun süre çocuk sahibi olmayı erteleyen kişilerden oluştuğu bilinmektedir (34). Buna ek olarak düşük ve orta gelirli ülkelerde aile planlaması için karşılanmamış gereksinimlerin yaygın olduğu, bu durumundan kadın yaşı, çocuk sayısı ve eğitim düzeyi gibi etmenlerin sorumlu olduğu; kontraseptif kullanımını sınırlayan başlıca faktörler arasında eş karşıtlığı, yöntemlerin yan etkilerine ilişkin kaygılar ve kültürel inanışların yer aldığı belirlenmiştir (35). Buna karşın ruhsal ve fiziksel açıdan ebeveyn olmaya hazır olmanın üreme sağlığı açısından oldukça önemli olduğu, bilinçli farkındalık ile yönetilen bir sağlıklı üreme davranışının aile planlamasının önemli bir parçası olduğu kabul edilmektedir (31).

2.2.2. Erken Ve Plansız Gebelik

Erken ve plansız gebeliğin düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ve çocuk sağlığı açısından önemli bir sorun olduğu ve kontraseptif kullanan kadınlar arasında bile plansız gebelik prevalansının %44,68'e ulaştığı gösterilmiştir (36). Papua Yeni Gine'de gebelerle yapılan kesitsel çalışmada, gebeliklerin %55'inin istenmeyen olduğu ve kadınların yalnızca %18'inin daha önce modern bir aile planlaması yöntemi kullandığı saptanmıştır (37). Modern kontraseptif kullanımının maternal mortalite ve yüksek riskli gebelikler üzerinde azaltıcı etki gösterebildiği ve bazı gebelik komplikasyonlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (38).

İlk gebeliğini yaşayan 15–24 yaş grubundaki kadınlarda doğum sonrası aile planlaması niyetlerinin düşük olduğu ve bu niyetlerin toplumsal normlar, algılanan sosyal onay, öz-yeterlilik ve bireysel özerklikle ilişkili olduğu gösterilmiştir (39). Plansız gebeliklerin güvensiz kürtajlara yol açabildiği ve kürtaj sonrası kanamanın nadir görülmesine rağmen ciddi morbiditeyle ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır (40).

Türkiye'de yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, adölesan gebeliklerin preterm doğum, erken membran rüptürü, anemi, düşük doğum ağırlığı/intrauterin gelişme geriliği ve fetal distres riskini anlamlı düzeyde artırdığı gösterilmiştir (41). Erken yaşta evlenen kadınlarla Türkiye'nin güneydoğusunda yürütülen nitel çalışmada, evlilik kararlarının çoğunlukla aile ve akraba desteğiyle alındığı, kadınların evliliğin ilk dönemlerinde yoğun korku yaşadığı, erken gebeliklerin fiziksel olarak hazır olmayan bedenlerde sağlık sorunlarına yol açtığı ve çocuk bakımında deneyimsizlik ile ekonomik yetersizliklerin öne çıktığı, erken evliliğin ise kültürel ve geleneksel bir olgu olarak normalleştirildiği bildirilmiştir (42).

2.2.3. Genetik Ve Bulaşıcı Hastalıklar

Multipl skleroz tanısı alan bireylerin önemli bir kısmının üreme çağında olduğu ve gebelik planlaması sürecinde hastalık aktivitesi ile fetal güvenlik arasında denge kurulmasının gerekli olduğu, bazı hastalık modifiye edici tedavilerin gebelikte kesilmesinin ise nüks ve kalıcı engellilik riskini artırabildiği bildirilmiştir (43). Nadir

genetik hastalığı olan çocukların ebeveynleriyle yapılan kapsamlı derlemede, aile planlaması kararlarının büyük ölçüde prenatal tanı ve gebelik sonlandırma seçenekleri etrafında şekillendiği, sağlık hizmetlerinin bu süreçte yeterli yönlendirici ve destekleyici rol üstlenemediği gösterilmiştir (44). Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuğu olan ailelerde yürütülen çalışmada, ebeveynlerin tekrarlama riskini çoğunlukla gerçekte olduğundan yüksek algıladığı ve bu algının doğrudan aile planlaması kararlarını etkilediği ortaya konmuştur (45).

Suudi Arabistan'da yüksek akraba evliliği oranına sahip popülasyonda yapılan toplum temelli araştırmada, prenatal tanının gebelik sonlandırmaya kıyasla daha kabul edilebilir bulunduğu, eğitim düzeyi, dini inançlar ve önceki hasta çocuk öyküsünün üreme kararlarını belirleyen temel faktörler olduğu saptanmıştır (46). Düşük ve orta gelirli ülkelerde HIV hizmetlerine aile planlamasının entegrasyonunu inceleyen sistematik derlemede, insan gücü yetersizliği, politika eksikliği ve hizmet sunum rehberlerinin belirsizliğinin entegrasyonu sınırladığı, buna karşılık hizmet sağlayıcı eğitimi ve destekleyici politika ortamının entegrasyonu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (47). Aile planlaması hizmetlerine HIV için pre-ekspojur profilaksisinin entegre edilmesini ele alan tarama derlemesinde ise, aynı sağlık personeli tarafından eş zamanlı sunulan hizmetlerin hem istenmeyen gebelikleri hem de yeni HIV enfeksiyonlarını azaltma potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir (48).

Gebelik planlayan çiftlerde hepatit B virüsü enfeksiyonunu inceleyen geniş kohort çalışmasında, enfeksiyon varlığının doğurganlığı azalttığı ve bu etkinin fazla gebelik öyküsü ile obezitesi olan bireylerde daha belirgin olduğu saptanmıştır (49). Aile planlaması polikliniğine başvuran ergenlerle yapılan kesitsel çalışmada, katılımcıların üçte birinde en az bir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon saptandığı ve düzenli kondom kullanımının son derece düşük olduğu bildirilmiştir (50). Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların ve genetik bozuklukların azaltılması amacıyla aile planlamasını sağlıklı hale getirebilecek programların oldukça değerli olduğu vurgulanmaktadır (51).

2.2.4. Göçmen Entegrasyonu

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Güney Asyalı göçmen kadınlarla yapılan kesitsel çalışmada, bu grubun rutin kontraseptif kullanımının daha düşük

olduğu ve aile baskısı, eş veya kayınvalide yönlendirmesi, kültürel yasaklar, yan etki korkusu, yanlış bilgi ve hizmetlere erişim güçlüğü gibi çoklu engeller nedeniyle aile planlaması bilgisinde belirgin boşluklar bulunduğu gösterilmiştir (52). Benzer bir araştırmada afrikalı göçmen ve mülteci kadınları incelenmiş, aile planlaması kararlarında sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizlikler, karşılanmamış bireysel ihtiyaçlar ve yeterince dikkate alınmayan tercihler olduğu bildirilmiştir (53).

Kanada'da göçmenlere üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık çalışanlarının deneyimlerini inceleyen çalışmada ise, dil engelleri, tercüman kullanımı ve kültürel yanlış anlamaların aile planlaması hizmet sunumunu karmaşıklaştırdığı ortaya konmuştur (54). Güney Afrika'da yaşayan cinsel olarak aktif göçmen gençlerle yapılan toplum temelli araştırmada, katılımcıların yaklaşık yarısının aile planlaması bilgisine sahip olmadığı ve üçte birinden fazlasının cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişemediği saptanmıştır (55).

Türkiye'deki Suriyeli mülteciler arasında emzirme uygulamalarını inceleyen nitel çalışmada, erken evlilik, kısa gebelik aralıkları ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanılmaması gibi kültürel özelliklerin göç süreciyle birlikte derinleştiği gösterilmiştir (56). Mardin'de yaşayan Suriyeli göçmen kadınlarla yürütülen araştırmada ise, aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacın %35 olduğu ve düşük eğitim düzeyi, istenmeyen gebelik öyküsü, eşin düzensiz işi ve kontraseptif kararlarında kadının özerkliğinin olmamasının temel belirleyiciler olduğu bildirilmiştir (57). Kayseri'deki Suriyeli gebe kadınlarla yapılan tanımlayıcı çalışmada, katılımcıların önemli bir kısmının erken yaşta evlendiği, gebelik sayılarının yüksek olduğu ve aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarda kararsızlık oranlarının dikkat çekici düzeyde bulunduğu gösterilmiştir (58). Bu nedenle yoğun göçmen alan ülkelerde, nüfus ve sağlık politikalarına uygun bir biçimde göçmenlerin aile planlamasına dahil edilmesi oldukça önemlidir.

2.2.5. Nüfus Artışı Ve Kaynak Kullanımı

Aile planlaması politikalarının nüfus artış hızının düşürülmesinde doğrudan etkili olduğu, Hindistan'ın Uttar Pradesh eyaletine ait veriler kullanılarak matematiksel modelleme yoluyla gösterilmiştir. Farklı yaş gruplarında kontraseptif

kullanım oranlarının artırılması ve evlilik yaşının ertelenmesiyle yıllık nüfus artış hızının 0,036'dan 0,020'ye düşürülebileceği, özellikle 20 yaş civarında kontraseptif kullanımın yaygınlaştırılmasının ve evlilik yaşının en az 20 olarak belirlenmesinin nüfus kontrolüne anlamlı katkı sağladığı bildirilmiştir (59). Küresel düzeyde 141 ülkenin incelendiği çalışmada ise toplam doğurganlık hızının kadınların eğitim düzeyi, kontraseptif kullanım yaygınlığı ve kişi başına düşen gelir ile negatif ilişkili olduğu, aile planlaması programlarının güçlü olduğu bölgelerde doğurganlık oranlarının daha düşük seyrettiği gösterilmiştir (60).

Uluslararası kalkınma politikaları bağlamında aile planlamasının, bireysel üreme hakları söylemi korunmakla birlikte, özellikle küresel Güney'de nüfus yapısı ve sınırlı kaynakların yönetimi çerçevesinde yeniden konumlandırıldığı bildirilmektedir. Bu süreçte "nüfus dinamikleri" kavramı altında aile planlaması programlarının güçlendirildiği, uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptif yöntemlerin kamu–özel sektör ortaklıklarıyla yeniden öne çıktığı ve bu dönüşümün kontraseptif pazarları ile kalkınma politikaları arasında belirgin bir etkileşim yarattığı ortaya konmuştur (61). Öte yandan, gebeliği önlemeye yönelik bireysel düzeyde yürütülen çevrim içi doğurganlık izleme ve eğitim programlarının da etkili olabileceği, hem doğru kullanımda hem de günlük yaşam koşullarında istenmeyen gebelik oranlarını belirgin biçimde azalttığı gösterilmiştir (62).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde nüfus artışıyla ilişkili sorunların temelinde eğitim yetersizliği, yoksulluk ve aile planlaması hizmetlerine sınırlı erişimin yer aldığı, modern kontraseptif yöntemlerin kullanılabilirliğinin artırılmasının hem doğurganlık hızının kontrolünde hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde kritik rol oynadığı bildirilmektedir. Aile planlamasına yönelik eğitim ve kaynakların güçlendirilmesinin, kadınların ve erkeklerin üreme davranışlarını dönüştürerek sağlık, ekonomi ve sosyal refah üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler oluşturduğu vurgulanmaktadır (63).

2.3.Aile Planlaması Yöntemleri

2.3.1. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Geri çekme

Geri çekme yöntemi, ejakülasyon öncesinde penisin vajinadan çekilmesine dayanan, uygulaması kolay ancak kullanıcı hatasına açık ve etkinliği modern yöntemlere kıyasla daha düşük olan geleneksel bir aile planlaması yöntemidir (64). Türkiye'de yürütülen prospektif bir çalışmada, geri çekme yönteminin kullanım sıklığının %42,8 olduğu ve etkili kontraseptif danışmanlık sonrasında kadınların %73,8'inin modern yöntemlere geçtiği gösterilmiştir (65).

Slovenya'da yapılan nitel bir araştırma, geri çekme yönteminin kadınların cinsel doyumunu, orgazm sıklığını ve cinsel isteğini olumsuz etkileyebildiğini ve yöntemin çoğunlukla erkek tercihi doğrultusunda sürdürüldüğünü ortaya koymuştur (66). Pakistan'da gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, geri çekme yönteminin geleneksel yöntemler arasında en sık tercih edilen yöntem olduğu ve eşler arası iletişimin yöntem seçimini belirgin biçimde etkilediği bildirilmiştir (67).

Tanzanya'nın kıyı bölgelerinde yürütülen karma yöntemli araştırmada, geri çekme yönteminin erişilebilirliği ve kültürel olarak kabul edilebilir olması nedeniyle çocuk aralığı sağlamak amacıyla kullanılmaya devam ettiği saptanmıştır (68). Türkiye'de deprem sonrası kadınlarla yapılan çalışmada, geleneksel yöntemlere yönelimin artmasıyla birlikte geri çekme kullanımının cinsel yaşam kalitesinde düşüşle ilişkili olduğu bulunmuştur (69).

Takvim yöntemi

Takvim yöntemi, adet döngüsünün uzunluğuna dayanarak fertil günlerin hesaplanmasını esas alan, düşük maliyetli ancak döngü düzensizliklerinde güvenilirliği azalan geleneksel bir aile planlaması yöntemidir (70). Doğurganlık farkındalığı temelli yöntemleri inceleyen sistematik derlemede, takvim yönteminin ortalama başarı oranının diğer fertilite farkındalığı yöntemlerine kıyasla daha düşük olduğu ve kullanıcı uyumuna yüksek derecede bağımlı olduğu bildirilmiştir (70).

Takvim, periyodik cinsel perhiz ve geri çekme yöntemlerini kapsayan çalışmada, modern yöntemlerin yaygınlaşmasına rağmen bu yöntemlerin sosyoekonomik ve kültürel nedenlerle kullanılmaya devam ettiği gösterilmiştir (71).

Türkiye'de yürütülen kesitsel araştırmada, geleneksel yöntem kullanan kadınların aile planlaması tutum puanlarının modern yöntem kullananlara göre daha düşük olduğu ve takvim yönteminin bu grupta yaygın biçimde tercih edildiği saptanmıştır (72). Geleneksel aile planlaması yöntemlerinin değerlendirildiği Tanzanya merkezli çalışmada, takvim yönteminin özellikle çocuk aralığı sağlamak amacıyla tercih edildiği ve tarihsel kullanımının günümüzde de sürdüğü bildirilmiştir (68).

Servikal mukus

Servikal mukus yöntemi, kadının fertil dönemini servikal mukusun miktar ve yapısındaki değişiklikleri günlük gözlemleyerek belirlemeye dayanan, eğitim ve düzenli izlem gerektiren geleneksel bir aile planlaması yöntemidir (73). Servikal mukusun hormonal düzenlenmesini ve fertil pencere ile ilişkisini inceleyen derlemede, mukus kalitesinin gebelik olasılığı ile doğrudan ilişkili olduğu ve yöntem başarısının doğru gözleme bağlı olduğu gösterilmiştir (73).

Üç kohortun birleştirildiği analizde, fertil pencerenin ortalama 12 gün sürdüğü ve yüksek östrojenik mukusun ortalama 6 gün devam ettiği bildirilmiş, servikal mukusun fertilitenin güvenilir bir biyolojik göstergesi olduğu ortaya konmuştur (74). Billings Ovulasyon Yöntemi'ni değerlendiren sistematik incelemede, yöntemin hesaplamaya dayanmaması nedeniyle tüm adet döngülerinde uygulanabildiği ve etkinliğinin %97–99 arasında bildirildiği belirtilmiştir (75).

Billings Ovulasyon Yöntemi'nin müdahale temelli değerlendirildiği çalışmada, günlük mukus gözlemi ve cinsel perhiz kurallarına uyumun artmasıyla yönteme bağlı kullanım başarısının yükseldiği gösterilmiştir (76). Fertilite farkındalığı temelli yöntemlerin sistematik incelemesinde, servikal mukus temelli yöntemlerin ortalama başarı oranının %69,5 olduğu, dijital destek ve kullanıcı eğitimi ile bu oranın %90'ın üzerine çıkabildiği rapor edilmiştir (70).

Bazal vücut ısısı

Bazal vücut ısısı yöntemi, yaygın bilinen ancak tek ölçümle uygulandığında hata payı artabilen bir yaklaşım olup, ovulasyon sonrası ısı artışını günlük ölçerek fertil pencereyi geriye dönük belirlemeye dayanır (77). Prospektif karşılaştırmalı doğruluk çalışmasında, tek nokta bazal ısı ölçümünün ovulasyonu yakalamada duyarlılığının

düşük olabildiği, buna karşın uyku sırasında sürekli ölçülen bilek deri ısısının daha yüksek duyarlılık gösterebildiği bildirilmiştir (77).

Fertilite farkındalığı temelli uygulamaları inceleyen derlemede, fertil pencerenin belirlenmesine ilişkin bilgi düzeyinin birçok grupta düşük-orta düzeyde seyrettiği ve yöntemin güvenilirliğinin eğitimle yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır (78). Hatta tıp öğrencilerine yönelik bir eğitim değerlendirmesinde, bile fertilite farkındalığı temelli yöntemlere ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, gerekli eğitimlerle sorunların bilgi eksikliklerinin giderilmesinin önemli olduğu, özellikle nadir kullanılan aile planlaması yöntemleri konusunda tıp öğrencilerinin dahi bilgi eksiklikleriyle tıp fakültesinden mezun olma riskinin bulunduğu değerlendirilmiştir (79).

2.3.2. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

Bariyer Yöntemler

Bariyer yöntemler, gebelikten korunmanın yanı sıra cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı da koruma sağlayabilen, yaygın kullanılan ve kullanıcıya bağlı etkinliği olan yöntemlerdir.

Erkek Kondomu

Erkek kondomu, doğru ve düzenli kullanıldığında hem gebelikten hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyabilen en yaygın bariyer yöntemlerinden biridir (64). Ergen ve genç nüfusta yapılan geniş ölçekli sistematik derleme ve meta-analizde, kondom kullanımının en güçlü belirleyicilerinin ilk cinsel ilişkide kullanım, kullanım niyeti ve partnerle iletişim olduğu gösterilmiştir (80).

Yetişkin popülasyona yönelik meta-analizde, kondom kullanımının kadınlarda daha düşük, kırsal bölgelerde ve evli olmayan bireylerde ise görece daha yüksek olma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (81). Başka bir çalışmada kondom kullanmamanın temel nedenleri arasında fiziksel rahatsızlık, kondomla ilişkili damgalanma ve ilişkide güç dengesizliği yer almıştır (82).

Kadın Kondomu

Kadın kondomu, hem gebeliğe hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan ancak kullanımı sınırlı kalan bir bariyer yöntemidir (83). Nijerya'da yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, kadın kondomu

farkındalığının yüksek olmasına karşın kullanım oranının oldukça düşük olduğu ve en önemli engellerin erişilebilirlik ile maliyet olduğu saptanmıştır (83).

Hormonal Yöntemler

Hormonal yöntemler, ovulasyonu baskılayarak veya endometriyal yapıyı değiştirerek gebeliği önleyen, yüksek etkinliğe sahip ve yaygın kullanılan modern aile planlaması yöntemleridir.

Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptifler, geri dönüşümlü hormonal yöntemler arasında en sık tercih edilen seçeneklerden biri olup, doğru kullanımda gebelikten korunmada yüksek etkililik göstermektedir (64). Kombine oral kontraseptiflerin gebelikten korunmanın yanı sıra adet düzensizlikleri, dismenore, endometriozis ve bazı jinekolojik kanser türlerine karşı koruyucu etkiler sunduğu bildirilmiştir (84).

Progesteron içeren tek başına oral kontraseptiflerin, kombine preparatlara benzer etkinlik sağladığı ve özellikle tromboemboli riski açısından daha güvenli bir seçenek olduğu gösterilmiştir (85). Üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada, yalnızca %1,6'sında progesteron içeren oral kontraseptifler için kontrendikasyon saptanmış olup, bu yöntemin geniş bir kullanıcı kitlesi için uygun olduğu belirtilmiştir (86). Kullanıcı uyumunun ve doğru bilgilendirmenin, özellikle kanama düzensizlikleri gibi yan etkilerin tolere edilebilirliği açısından belirleyici olduğu vurgulanmıştır (87).

Aylık / 3 Aylık Enjeksiyonlar

Enjekte edilebilir hormonal kontraseptifler, belirli aralıklarla uygulanan ve kullanıcıdan günlük hatırlama gerektirmemesi nedeniyle özellikle düzenli kullanımın zor olduğu gruplarda sık tercih edilen modern yöntemlerdir. Küresel ölçekte yapılan analizlerde, enjeksiyonların özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde modern yöntemler arasında yaygın bir kullanım payına sahip olduğu ve yöntem çeşitliliğinin sınırlı olduğu bölgelerde önemli bir seçenek oluşturduğu gösterilmiştir (88). Doğurganlık kontrolünde enjeksiyonların etkinliğinin yüksek olduğu, ancak düzensiz kanama ve amenore gibi yan etkilerin yöntemin bırakılmasında belirleyici olabildiği bildirilmiştir (64).

Cilt Altı İmplantlar

Cilt altı implantlar, uzun etkili, geri dönüşümlü ve yüksek derecede güvenilir hormonal kontraseptifler olup, tek bir uygulama ile birkaç yıl süreyle gebeliği önleyebilmeleri nedeniyle modern aile planlaması yöntemleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bangladeş'te yapılan saha çalışmaları, implantların özellikle yüksek doğurganlık hızının sorun olarak görüldüğü ülkelerde doğum aralığının düzenlenmesinde etkili bir yöntem olduğunu, kullanıcıların büyük bölümünün yönteme ilişkin farkındalığa sahip olduğunu ancak yan etkiler nedeniyle bırakma oranlarının da dikkate değer olduğunu göstermektedir (89).

Klinik uygulamalara dayanan veriler, implantların yerleştirilmesi ve çıkarılmasının çoğu vakada basit ve güvenli bir işlem olduğunu, ancak fibrozis veya derin yerleşim gibi durumlarda çıkarma sürecinin zorlaşabildiğini ortaya koymaktadır (90).

Rahim İçi Araçlar

Rahim içi araçlar, uzun etkili, geri dönüşümlü ve yüksek etkinliğe sahip modern aile planlaması yöntemleri olup, kullanıcı hatasından bağımsız çalışmaları nedeniyle küresel ölçekte yaygın olarak tercih edilmektedir.

Bakırlı Rahim İçi Araç (Cu-RİA)

Bakırlı RİA, hormon içermeyen, uzun süreli ve çok güvenilir bir kontraseptif yöntemdir.

Bakırlı RİA'nın gebeliği önlemede yüksek etkinliğe sahip olduğu ve aynı zamanda acil kontrasepsiyon amacıyla da kullanılabildiği, ancak adet kanaması ve dismenore gibi yan etkilerin kullanıcılar arasında kaygı oluşturabildiği bildirilmiştir (91). Kadınların kontraseptif tercihlerine ilişkin veriler, bakırlı RİA kullanımına yönelik endişelerin özellikle artmış kanama ve ağrı beklentisiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (92).

Hormonlu Rahim İçi Araç (LNG-RİA)

Hormonlu RİA, levonorgestrel salınımı yoluyla gebeliği önleyen, çok yüksek etkinlik ve kullanıcı memnuniyeti ile öne çıkan bir yöntemdir. Nijerya'da yürütülen prospektif izlem çalışması, hormonlu RİA kullanan kadınlarda devamlılık oranlarının yüksek olduğunu ve kullanıcı memnuniyetinin zaman içinde arttığını göstermiştir (93).

Gerçek yaşam verilerine dayanan karşılaştırmalı çalışmalar, farklı dozlarda levonorgestrel içeren RİA'ların kullanım özellikleri ve kanama paternleri açısından farklılık gösterse de, genel olarak yüksek devamlılık ve memnuniyet oranlarına sahip olduğunu ortaya koymaktadır (94).

Kalıcı Yöntemler

Kalıcı aile planlaması yöntemleri, doğurganlığını kesin olarak sonlandırmak isteyen bireyler için yüksek etkinlikli ve geri dönüşü olmayan yöntemlerdir ve özellikle çocuk sayısını tamamlamış kadınlar arasında yaygın olarak tercih edilmektedir.

Tüp ligasyonu, cerrahi olarak fallop tüplerinin bağlanması ya da kesilmesi yoluyla gebeliğin kalıcı biçimde önlenmesini sağlayan bir yöntemdir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen geniş ölçekli kohort çalışması, tüp ligasyonunun gebeliği önlemede etkili olmakla birlikte, rahim içi araçlara kıyasla daha yüksek komplikasyon ve pelvik ağrı oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (95).

Latin Amerika'da yapılan analizler, kadın sterilizasyonunun uzun etkili yöntemler arasında baskın bir tercih haline geldiğini, ancak aile planlaması danışmanlığına erişimin artmasının kalıcı yöntemler yerine geri dönüşümlü uzun etkili yöntemlerin seçimini artırabildiğini ortaya koymuştur (96).

Küresel ölçekte yapılan sistematik analizler ise, kalıcı yöntemlerin özellikle ileri yaş gruplarında yaygınlaştığını ve bazı ülkelerde tek bir yöntemin aile planlaması uygulamalarına hâkim olmasının, yöntem çeşitliliği ve bireysel tercih açısından önemli politika tartışmaları doğurduğunu bildirmektedir (88).

2.4. Dünyada Aile Planlaması

Dünya Sağlık Örgütü, aile planlamasını cinsel ve üreme sağlığının temel bir bileşeni ve temel bir insan hakkı olarak ele almaktadır (97). Kuruma göre bireylerin çocuk sayısı ve doğum aralıkları konusunda özgür ve bilinçli karar verebilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve anne–bebek sağlığının korunması açısından kritik öneme sahiptir. Aile planlamasına erişim; kadın sağlığının iyileştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle,

özellikle SDG 3.7 (Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları) ile doğrudan ilişkilidir.

DSÖ, aile planlaması hizmetlerinin kanıta dayalı, güvenli, etkili ve hak temelli sunulmasını savunmaktadır. Bu kapsamda kontraseptif yöntemlerin güvenli kullanımına ilişkin rehberler geliştirmekte, ülkelerin bu rehberleri ulusal politikalara uyarlamasını desteklemekte ve yöntem çeşitliliğinin artırılmasını teşvik etmektedir (97). Kurum ayrıca bilgi eksikliği, hizmetlere erişim sorunları, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve hizmet sunucularına bağlı önyargıları önemli engeller olarak tanımlamakta; evrensel ve eşit erişim için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini öncelik olarak vurgulamakta olup aşağıdaki 4 başlığa dikkat çekmiştir (97):

1. **Küresel durum:** 2021 yılında dünya genelinde üreme çağındaki (15–49 yaş) yaklaşık 1,9 milyar kadın bulunmaktadır. Bu kadınların 1,1 milyarı aile planlamasına ihtiyaç duymaktadır. Aile planlamasına ihtiyaç duyan kadınların 874 milyonu modern kontraseptif yöntemleri kullanmakta, 164 milyonu ise karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacına sahiptir.
2. **İnsan hakları ve sağlık boyutu:** Kontraseptif yöntemlere erişim, bireylerin çocuk sayısı ve doğum aralıkları konusunda özgür ve sorumlu biçimde karar verebilmesini sağlayan temel bir insan hakkını desteklemektedir. Aynı zamanda istenmeyen gebelikleri önleyerek ve buna bağlı sağlık risklerini azaltarak önemli sağlık yararları sunmaktadır.
3. **Yöntem çeşitliliği:** İstenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla geçici (geri dönüşümlü) ve kalıcı olmak üzere çok sayıda farklı kontraseptif seçenek bulunmaktadır.
4. **Çifte koruma özelliği:** Mevcut kontraseptif yöntemler arasında yalnızca kondomlar, hem gebeliği önleyebilmekte hem de HIV dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını engelleyebilmektedir.

Avrupa ülkelerinde modern kontraseptiflere erişim, ulusal sağlık sistemlerinin kapsayıcılığı, danışmanlık hizmetlerinin yaygınlığı ve güvenilir çevrim içi bilgilere ulaşılabilirlik açısından belirgin farklılıklar göstermektedir. Contraception Policy Atlas Europe 2024 (98) verilerine göre, bazı ülkeler modern yöntemlere kapsamlı ve ücretsiz erişim sağlarken, birçok ülkede kontraseptiflerin sağlık sistemi tarafından

sınırlı ölçüde karşılandığı ve gençler ile kırılgan gruplar için ek engellerin bulunduğu bildirilmektedir. Atlas bulguları, modern ve etkili kontrasepsiyona erişimin Avrupa genelinde ilerleme kaydetmesine rağmen hâlen eşitsizlikler içerdiğini, bu durumun da bireylerin güvenli, bilinçli ve zamanında aile planlaması kararları almasını zorlaştırabildiğini ortaya koymaktadır (98).

Çin'in aile planlaması politikalarının tek çocuk uygulamasından üç çocuk politikasına dönüştüğü, demografik yapıdaki değişimler, ekonomik kalkınma süreci, toplumsal dinamikler ve küresel etkilerle buna neden olduğu bildirilmiştir (99). Bu süreçte artan yaşlanma, azalan doğurganlık ve iş gücü kaybı gibi demografik sorunlar, politika yön değişimini zorunlu kılmıştır. Sürdürülebilir aile planlaması açısından, daha esnek doğurganlık politikalarının benimsenmesi, çocuk sahibi olmayı destekleyen sosyal hizmetlerin güçlendirilmesi ve toplumsal farkındalığın eğitim ve danışmanlık yoluyla artırılması geleceğe yönelik temel politika alanları olarak öne çıkmaktadır (99).

Dünyada aile planlamasına öncelik veren ülkelerden bir diğeri yoğun ve yüksek nüfusu nedeniyle Hindistan'dır. Hindistan'da evli kadınlar arasında karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin zaman içinde azaldığı, ancak bu düşüşün coğrafi bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arasında eşit olmadığı bildirilmektedir (100). Ulusal Aile Sağlığı Araştırması'nın dördüncü ve beşinci dalga verilerine dayanan analizlerde, toplam karşılanmamış gereksinim oranının yaklaşık altı yıl içinde %12,9'dan %9,3'e gerilediği; buna karşın genç yaş gruplarında (15–24 yaş), düşük eğitim düzeyine sahip, düşük gelirli ve belirli dini ve sosyal gruplara mensup kadınlarda bu gereksinimin daha yüksek seyrettiği gösterilmiştir (100). Eğitim süresi, yerleşim yeri, servet düzeyi, doğum sayısı ve antenatal bakım hizmetlerine erişim gibi değişkenlerin karşılanmamış gereksinimle anlamlı biçimde ilişkili olduğu, özellikle genç kadınlara yönelik saha temelli sağlık hizmetlerinin ve eğitime yapılan yatırımların bu sorunun azaltılmasında kritik rol oynadığı vurgulanmıştır.

Afrika ülkelerinde aile planlaması, nüfus kontrolünün sağlanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların engellenmesi açısından oldukça önemlidir. Sistematik bir derlemede 33 incelenmiş ve postpartum dönemde

kontraseptif kullanımının prevalansının %37,4 olduğu bulunmuştur (101). Bulgular, postpartum dönemde kontraseptif kullanımının artırılması için kadın eğitiminin güçlendirilmesi, etkili danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve anne–çocuk sağlığı hizmetleriyle entegre aile planlaması uygulamalarının desteklenmesi gerektiğini Afrika ülkelerinde ön plana çıkarmıştır.

Latin Amerika ve Karayipler'de aile yapıları ve doğurganlık dinamiklerini bir derleme, bölgedeki aile örüntülerinin son on yıllarda önemli ölçüde değiştiğini ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyindeki artışa ve bazı ülkelerde doğurganlığın yenilenme düzeyinin altına düşmesine rağmen, erken yaşta aile kurma eğiliminin devam ettiği; birlikte yaşamın düşük eğitim gruplarından yüksek eğitim gruplarına doğru yaygınlaştığı; tek ebeveynli annelerin geniş aileyle birlikte yaşama sıklığının yüksek olduğu ve sosyal sınıflar arasında aile biçimleri ile yaşam döngülerinin belirgin biçimde ayrıştığı gösterilmektedir (102). Bu eğilimlerin, Batı toplumları için geliştirilmiş klasik aile değişimi kuramlarıyla tam olarak örtüşmediği, bölgeye özgü sosyoekonomik eşitsizlikler, yaygın kayıt dışı istihdam, zayıf sosyal koruma sistemleri ve toplumsal cinsiyet eşitliğindeki yavaş ilerlemenin aile yapılarının çeşitliliğini ve özgünlüğünü belirleyen temel bağlamsal etkenler olduğu vurgulanmaktadır.

2.5. Türkiye'de Aile Planlaması

Türkiye'de aile planlaması, bireylerin ve ailelerin istedikleri sayıda, zamanda ve sağlıklı aralıklarla çocuk sahibi olmasını destekleyen; anne, çocuk ve toplum sağlığını korumayı amaçlayan temel bir halk sağlığı hizmetidir . Bu yaklaşım, çocuk sayısını sınırlamaktan ziyade bilinçli seçim yapmayı, istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı sağlık risklerini azaltmayı hedefler. Etkili aile planlamasının temelini danışmanlık hizmetleri oluşturur; danışmanlık süreci, gizlilik, gönüllülük ve etkili iletişim ilkeleri doğrultusunda bireyin kendisine en uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmayı esas alır. Bu hizmetler, aile sağlığı merkezleri ve hastaneler başta olmak üzere farklı sağlık basamaklarında eğitimli sağlık personeli tarafından sunulmaktadır.

Türkiye'de aile planlaması hizmetleri yasal çerçeveye dayalı olarak modern ve geleneksel kontraseptif yöntemlerin sunumunu kapsar. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık

Hizmetleri (2017) Aile Planlaması Kılavuzuna göre; rahim içi araçlar, hormonal yöntemler, bariyer yöntemler ve cerrahi sterilizasyon gibi etkili seçenekler yaygın olarak kullanılmakta; danışmanlık ve izlem ile doğru ve sürekli kullanım desteklenmektedir. Ulusal veriler, evli ve doğurgan çağdaki kadınların önemli bir bölümünün gebeliği önleyici yöntem kullandığını göstermekte; bu da anne ve bebek ölümlerinin azalması, gebelik aralıklarının düzenlenmesi ve toplum sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (103).

Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi (104), anne ve çocuk sağlığını geliştirmek, istenmeyen gebelikleri önlemek ve doğurganlıkla ilgili bilinçli, gönüllü kararları desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Rehber; danışmanlık hizmetlerinin temel ilkelerini, başvuranın tıbbi ve psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesini, enfeksiyonun önlenmesini ve aile planlaması hizmetlerinde standart, bilimsel ve güvenli uygulamaları esas alır. Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması kadar hizmet niteliğinin artırılması hedeflenmekte; doğru bilgilendirme, etkili yöntem seçimi ve düzenli izlem vurgulanmaktadır. Rehber ayrıca tüm modern ve geleneksel aile planlaması yöntemlerini (RİA, oral ve enjekte edilebilir kontraseptifler, implantlar, bariyer yöntemler, doğal yöntemler ve gönüllü cerrahi sterilizasyon) endikasyonları, uygulama basamakları, yan etkileri ve izlem ilkeleriyle birlikte ele alır. Hizmet sunucularının yeterliğe dayalı eğitimle bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesi, kayıt-bildirim sistemlerinin doğru işletilmesi ve danışmanlık sürecinin etik ilkelere uygun yürütülmesi temel hedefler arasındadır. Böylece sürdürülebilir, erişilebilir ve kaliteli aile planlaması hizmetlerinin ülke genelinde standartlaşması amaçlanmaktadır.

Türkiye'de aile planlaması tercihlerini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar ise, yönteme erişim, bilgi düzeyi ve sosyodemografik özelliklerin belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Osmaniye'de bir aile sağlığı merkezine kayıtlı evli kadınlarla yürütülen çalışmada, kadınların %79,6'sının herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, en sık tercih edilen yöntemin kondom olduğu ve yöntem kullanımının yaş, çocuk sayısı, gebelik ve doğum sayısı gibi üreme öyküsü değişkenleriyle anlamlı biçimde ilişkili olduğu; ayrıca eğitim düzeyinin yöntemi temin etme ve fiyatın tercihe etkisiyle bağlantılı bulunduğu bildirilmiştir (105).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine dayanan ulusal düzeydeki analizde ise kadınların yalnızca %27,3'ünün gebelik açısından riskli dönemi doğru bildiği, medya aracılığıyla aile planlaması bilgisine erişimin oldukça sınırlı olduğu ve çocuk sayısı arttıkça yeniden çocuk isteme oranının azaldığı, sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda ideal çocuk sayısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (106).

Türkiye'de 2000–2021 yılları arasında aile planlaması alanında yapılmış lisansüstü tezlerin incelendiği çalışmada da, yöntem kullanım oranlarının genel olarak düşük olduğu, genç yetişkinlerde üreme ve cinsel sağlık bilgi düzeyinin yetersiz kaldığı, yöntem kullanımına ilişkin sorunların kadınların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ve yöntem kullanımının gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve çalışma durumu ile pozitif ilişkili olduğu raporlanmıştır (107).

2.6. Aile Planlamasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Aile planlaması hizmetleri, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını bilinçli ve güvenli biçimde verebilmeleri açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamakta görev yapan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, farklı aile planlaması yöntemlerinin etkililik, güvenlik, geri dönüşümlülük, maliyet ve etik boyutları hakkında danışmanlık sunmasının, yöntemin kabulü ve sürekliliği açısından belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (108).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırıldığı ülkelerde, aile planlaması hizmetlerinin daha koordineli ve erişilebilir hâle geldiği; oral kontraseptifler, kondom ve geleneksel yöntemlerin bu düzeyde en sık kullanılan yöntemler arasında yer aldığı bildirilmiştir (109). Kontraseptif yöntemlerle aile planlaması yöntemlerinin yaygınlaştırılmasının, aile planlaması talebinin yaklaşık %75'ini 2030 yılına kadar karşılamasının ön görüldüğü düşünüldüğünde, sürdürülebilir kalkınma hedefleri için sağlık planlamalarının ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin oldukça önemli olduğu söylenebilir (110).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan danışmanlığın aile planlaması yöntem kullanımını artırdığını ve özellikle hormonal ve

uzun etkili geri dönüşümlü yöntemlerin tercih edilmesinde etkili olduğunu göstermektedir (111,112). Bununla birlikte, birinci basamakta hizmet sunan hekimlerin aile planlaması ve gebelik öncesi bakım konularında bilgi ve eğitim düzeylerinin yeterli olmadığı, bu durumun hizmet sunumunda önemli bir sınırlılık oluşturduğu bildirilmiştir (113,114).

Dezavantajlı ve muhafazakâr bölgelerde yaşayan kadınlar açısından bakıldığında, birinci basamak sağlık merkezlerinde sunulan aile planlaması hizmetlerinin toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel engeller ve danışmanlık yetersizlikleri nedeniyle sınırlı kaldığı ve erişimde güçlükler yaşandığı ifade edilmektedir (115). Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile planlamasına yönelik müdahaleleri ve hizmet modellerini değerlendiren çalışmaların sayısının görece az olduğu, mevcut literatürün ağırlıklı olarak belirli ülkeler ve sınırlı örneklemlerle yürütüldüğü, bu alanda daha kapsamlı ve karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç bulunduğu dikkat çekmektedir (109, 114). Birinci basamakta aile planlaması danışmanlığının niteliğini artırmaya yönelik randomize bir çalışmada ise, hekimlere yönelik rehber ve karar destek sistemlerinden ziyade hastaların güçlendirilmesine dayalı yaklaşımların danışmanlık kalitesini anlamlı biçimde artırdığı gösterilmiştir (116).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Etik İzni ve Tipi

Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülen, gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma öncesinde Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmış, ardından ilgili Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.10.2024 tarihinde 37 numarası etik onay temin edilmiştir. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüş olup, tüm katılımcılardan araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü katılım onamı alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eskişehir ili Odunpazarı ilçesinde bulunan Kemal-Nurhan Mani Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Veriler 20 Mart 2024 – 13 Ekim 2025 tarihleri arasında, belirtilen aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden üreme çağındaki kadınlardan yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini, Kemal-Nurhan Mani Aile Sağlığı Merkezi 26-13-133 numaralı aile hekimliği birimine başvuran 15–49 yaş arası tüm kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, benzer çalışmalar temel alınarak %95 güven düzeyi ve %80 güç ile G*Power yazılımı kullanılarak en az 220 kişi olarak hesaplanmış, olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak hedef örneklem sayısı 242 olarak belirlenmiştir. Çalışma süresince toplam 244 kadına ulaşılmış, eksik veri içeren formlar dışlandıktan sonra 244 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 15–49 yaş aralığında olmak,

- Kemal-Nurhan Mani Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmuş olmak,
- Üreme çağında bulunmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve gönüllü onam vermek,
- Türkçe iletişim kurabilmek ve anket sorularını yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak.

3.5. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Gebelik, infertilite veya jinekolojik kanser nedeniyle kalıcı kontraseptif kullanımının zorunlu olduğu durumlar,
- Anketi eksik doldurmak veya çalışmadan çekilmek,
- İletişim kurmayı engelleyen ciddi psikiyatrik ya da nörolojik hastalık varlığı,
- Gönüllü onam vermemek.

3.6. İstatistiksel Yöntem

Bu çalışmada verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 28.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya dağılımın normal olmaması durumunda medyan (çeyrekler arası aralık; Q1–Q3) biçiminde; kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde [n (%)] olarak özetlenmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik değerlendirmesinde çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) istatistikleri kullanılmış; ±1,5 aralığı normal dağılıma uygunluk için ölçüt olarak kabul edilmiştir. Normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik testler tercih edilmiştir. Dağılımın normal olmaması ve/veya herhangi bir gruptaki örneklem sayısının 30'un altına düşmesi durumunda ise non-parametrik testlere başvurulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda, iki bağımsız grubun sürekli değişken açısından karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar t testi (iki grubun

ortalamalarının karşılaştırılması) kullanılmış; normal dağılım varsayımının sağlanmadığı durumlarda Mann–Whitney U testi (iki grubun medyanlarının karşılaştırılması) uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi (iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi) kullanılmış; hücre beklenen değerlerinin düşük olduğu durumlarda Fisher'ın Kesin testi (özellikle küçük örneklemlerde güvenilir sonuç sağlayan yöntem) tercih edilmiştir.

Aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre sosyodemografik, obstetrik ve bilgi/farkındalık değişkenlerinin karşılaştırılmasına ek olarak, belirli yöntemlerin kullanımını yordayan faktörleri belirlemek amacıyla ikili (binary) lojistik regresyon analizi (bağımlı değişkenin iki kategorili olduğu durumlarda olasılık temelli modelleme) yürütülmüştür. Modellerde değişken seçimi için Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi (başlangıçta aday değişkenlerin yer aldığı, ardından katkısı düşük değişkenlerin olasılık oranı yaklaşımına göre modelden çıkarıldığı aşamalı yöntem) kullanılmış; nihai modelde istatistiksel olarak anlamlı ve/veya klinik olarak önemli değişkenler bırakılmıştır. Modelin genel anlamlılığı Omnibus ki-kare testi (modelin sabit terimli modele göre anlamlı iyileşme sağlayıp sağlamadığının testi) ile değerlendirilmiş; açıklayıcılık düzeyi Nagelkerke R^2 (lojistik regresyonda varyans açıklama gücünü yaklaşık olarak gösteren uyarlanmış pseudo-R^2 ölçütü) ile raporlanmıştır. Bağımsız değişkenlerin etkileri B katsayısı, olasılık oranı (OR; odds ratio) ve %95 güven aralığı (GA) ile sunulmuştur. Lojistik regresyon analizlerinde sıralı yapıda olan değişkenler (ör. gelir durumu, eğitim düzeyi) araştırmanın planına uygun biçimde ordinal olarak kodlanarak modele dahil edilmiştir (kategorilerin artan düzeyini dikkate alan kodlama). Bu çerçevede erkek kondomu kullanımı, rahim içi araç (RİA) kullanımı, geri çekilme yöntemi kullanımı ile modern ve geleneksel yöntem kullanımı gibi ikili sonuç değişkenleri için ayrı lojistik regresyon modelleri kurulmuş ve bulgular ilgili tablolarla raporlanmıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 31,27±7,29 yıl olup, yaşların 18 ile 50 arasında değiştiği görülmektedir. Katılımcıların %75,4'ü (n=184) T.C. vatandaşı, %24,6'sı (n=60) ise yabancı uyrukludur. Medeni durum açısından büyük çoğunluğun evli olduğu (%93,4; n=228), bekârların oranının ise %6,6 (n=16) olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların %48,8'inin ilköğretim ve altı (n=119), %23,0'ının ortaöğretim (n=56) ve %28,3'ünün yükseköğretim ve üzeri (n=69) mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma durumuna göre bireylerin %35,7'sinin çalıştığı (n=87), %64,3'ünün ise çalışmadığı (n=157) görülmektedir. Meslek dağılımında ev hanımlarının çoğunlukta olduğu (%61,9; n=151), bunu memurların (%19,3; n=47), işçilerin (%13,1; n=32) ve diğer meslek gruplarının (%5,7; n=14) izlediği belirlenmiştir. Katılımcıların %67,6'sının sağlık güvencesi bulunurken (n=165), %32,4'ünün sağlık güvencesi olmadığı (n=79) saptanmıştır. Gelir durumuna bakıldığında bireylerin yarıdan fazlasının gelirinin giderinden az olduğu (%56,1; n=137), %33,2'sinin gelirinin giderine eşit olduğu (n=81) ve %10,7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu (n=26) görülmektedir. Aile yapısı açısından katılımcıların büyük bölümünün çekirdek ailede yaşadığı (%79,9; n=195), %13,9'unun geniş ailede (n=34) ve %6,1'inin yalnız yaşadığı (n=15) belirlenmiştir. Eş ile akrabalık bağı olanların oranı %21,3 (n=52) iken, olmayanların oranı %78,7'dir (n=192). Eşlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %43,0'ının ilköğretim ve altı (n=99), %31,7'sinin ortaöğretim (n=73) ve %25,2'sinin üniversite ve üzeri (n=58) eğitim aldığı saptanmıştır. Son olarak katılımcıların %18,9'unda kronik hastalık bulunduğu (n=46), %81,1'inde ise kronik hastalık olmadığı (n=198) belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve ailevi özellikleri

Değişken	**Ort. ± SS (Min.-Maks.)**
Yaş	31,27 ± 7,29 (18,00-50,00)
Kategori	**n (%)**
Uyruk	
•T.C. vatandaşı	184 (75,4)
•Yabancı uyruklu	60 (24,6)
Medeni durum	
•Bekâr	16 (6,6)
•Evli	228 (93,4)
Eğitim durumu	
•İlköğretim ve altı	119 (48,8)
•Ortaöğretim	56 (23,0)
•Yükseköğretim ve üstü	69 (28,3)
Çalışma durumu	
•Evet	87 (35,7)
•Hayır	157 (64,3)
Meslek	
•Ev hanımı	151 (61,9)
•İşçi	32 (13,1)
•Memur	47 (19,3)
•Diğer	14 (5,7)
Sağlık güvencesi	
•Var	165 (67,6)
•Yok	79 (32,4)
Gelir durumu	
•Geliri giderinden az	137 (56,1)
•Geliri giderinden fazla	26 (10,7)
•Geliri giderine eşit	81 (33,2)
Aile yapısı	
•Geniş aile	34 (13,9)
•Çekirdek aile	195 (79,9)
•Yalnız	15 (6,1)
Eş ile akrabalık bağı	
•Var	52 (21,3)
•Yok	192 (78,7)
Eş eğitim durumu	
•İlköğretim ve altı	99 (43,0)
•Ortaöğretim	73 (31,7)
•Üniversite ve üzeri	58 (25,2)
Kronik Hastalık	
•Yok	198 (81,1)
•Var	46 (18,9)

Veriler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma (minimum–maksimum), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde [n (%)] olarak sunulmuştur. Not. Bekârlar eşlerinin eğitim durumunu ifade etmemiştir.

Katılımcıların evlilik süresi ortalaması 9,41±7,20 yıl olup 0 ile 35 yıl arasında değişmektedir. Ortalama evlilik yaşı 22,27±4,56 yıl (14–39) ve ilk gebelik yaşı 23,49±4,82 yıl (15–40) olarak saptanmıştır. Yaşanan gebelik sayısı dağılımına göre katılımcıların %9,0'ının hiç gebelik yaşamadığı (n=22), %27,5'inin bir (n=67), %24,2'sinin iki (n=59), %18,9'unun üç (n=46) ve %20,5'inin dört ve üzeri gebelik geçirdiği (n=50) belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı açısından katılımcıların %13,5'inin çocuğu bulunmazken (n=33), %32,8'inin bir (n=80), %22,5'inin iki (n=55), %15,2'sinin üç (n=37) ve %16,0'sının dört ve üzeri çocuğa sahip olduğu (n=39) görülmüştür. Ölü doğum öyküsü olanların oranı %4,5 (n=11) iken, büyük çoğunluğun ölü doğum öyküsü bulunmamaktadır (%95,5; n=233). Düşük öyküsü katılımcıların %22,1'inde (n=54) mevcutken, %77,9'sında (n=190) düşük öyküsü yoktur. Kürtaj öyküsü açısından değerlendirildiğinde ise katılımcıların %8,2'ünde kürtaj öyküsü bulunduğu (n=20), %91,8'sinde ise bulunmadığı (n=224) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik öyküsü ve evlilik özellikleri

Değişken	**Ort. ± SS (Min.-Maks.)**
Evlilik süresi (yıl)	9,41 ± 7,20 (0,00-35,00)
Evlilik yaşı	22,27 ± 4,56 (14,00-39,00)
İlk gebelik yaşı	23,49 ± 4,82 (15,00-40,00)
Kategori	**n (%)**
Yaşanan gebelik sayısı	
•0	22 (9,0)
•1	67 (27,5)
•2	59 (24,2)
•3	46 (18,9)
•4 ve üzeri	50 (20,5)
Yaşayan çocuk sayısı	
•0	33 (13,5)
•1	80 (32,8)
•2	55 (22,5)
•3	37 (15,2)
•4 ve üzeri	39 (16,0)
Ölü doğum öyküsü	
•Yok	233 (95,5)
•Var	11 (4,5)
Düşük öyküsü	
•Yok	190 (77,9)
•Var	54 (22,1)
Kürtaj öyküsü	
•Yok	224 (91,8)
•Var	20 (8,2)

Veriler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma (minimum–maksimum), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde [n (%)] olarak sunulmuştur.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun tıbbi korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu (%96,3; n=235) ve aile planlamasının gerekli olduğunu düşündüğü (%86,5; n=211) belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemlerine ilişkin genel bilgi durumunun da oldukça yüksek olduğu görülmüş olup, katılımcıların %95,5'i (n=233) bu konuda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Genel değerlendirmede katılımcıların %97,5'inin (n=238) aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu, yalnızca %2,5'inin (n=6) bilgi sahibi olmadığı ya da yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Bilinen yöntemler incelendiğinde en yüksek farkındalığın erkek kondomu (%89,8; n=219), geri çekilme yöntemi (%76,6; n=187), doğum kontrol hapları (%72,5; n=177), rahim içi araç (%63,5; n=155) ve aylık/üç aylık iğneler (%60,7; n=148) için olduğu görülmüştür. Tüp ligasyonu %37,7 (n=92) oranında, cilt altı implant ise %23,0 (n=56) oranında bilinmektedir. Kadın kondomu (%13,5; n=33), takvim yöntemi (%18,0;

n=44), vücut ısısı yöntemi (%8,6; n=21) ve servikal mukus yöntemi (%5,7; n=14) ise daha düşük oranda bilinen yöntemler arasında yer almaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyleri ile bilinen yöntemlerin dağılımı

Kategori	n (%)
Bilgi ve Farkındalık	
Tıbbi Korunma Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumu	
•*Evet*	235 (96,3)
•*Hayır*	9 (3,7)
Aile Planlamasının Gerekliliği	
•*Evet*	211 (86,5)
•*Hayır*	33 (13,5)
Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumu	
•*Evet*	233 (95,5)
•*Hayır*	11 (4,5)
Bilgi durumu	
•*Bilmiyor / Kullanmıyor*	6 (2,5)
•*Bilgi sahibi*	238 (97,5)
Bilgi Sahibi Olunan Aile Planlaması Yöntemleri	
Tüp ligasyonu	
•*Yok*	152 (62,3)
•*Var*	92 (37,7)
Cilt altı implant	
•*Yok*	188 (77,0)
•*Var*	56 (23,0)
Doğum kontrol hapları	
•*Yok*	67 (27,5)
•*Var*	177 (72,5)
Aylık / 3 aylık iğne	
•*Yok*	96 (39,3)
•*Var*	148 (60,7)
Rahim içi araç (RİA)	
•*Yok*	89 (36,5)
•*Var*	155 (63,5)
Kadın kondomu	
•*Yok*	211 (86,5)
•*Var*	33 (13,5)
Erkek kondomu	
•*Yok*	25 (10,2)
•*Var*	219 (89,8)
Vücut ısısı yöntemi	
•*Yok*	223 (91,4)
•*Var*	21 (8,6)
Servikal mukus yöntemi	
•*Yok*	230 (94,3)
•*Var*	14 (5,7)
Takvim yöntemi	
•*Yok*	200 (82,0)
•*Var*	44 (18,0)
Geri çekilme yöntemi	
•*Yok*	57 (23,4)
•*Var*	187 (76,6)

Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur.

Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanım süresi ortalaması 2,71±3,75 yıl olup, sürenin 0 ile 20 yıl arasında değiştiği görülmektedir. Aile planlaması ürünlerinin temin edilme şekli incelendiğinde, katılımcıların %37,0'sının (n=61) bu ürünleri sağlık kuruluşlarından ücretsiz olarak temin ettiği, %63,0'ının (n=104) ise ücretli olarak satın aldığı belirlenmiştir. Son bir ay içinde aile planlaması yöntemi kullandığını belirtenlerin oranı %73,0 (n=178) iken, kullanmadığını ifade edenlerin oranı %27,0'dır (n=66). Kullanılan yöntemlerin dağılımına bakıldığında en sık kullanılan yöntemin erkek kondomu olduğu (%34,0; n=83), bunu geri çekilme yönteminin (%20,5; n=50) ve rahim içi aracın (%13,9; n=34) izlediği görülmektedir. Tüp ligasyonu (%6,1; n=15), doğum kontrol hapları (%7,4; n=18) ve aylık/üç aylık iğneler (%7,0; n=17) daha düşük oranlarda kullanılmaktadır. Cilt altı implant (%0,4; n=1), kadın kondomu (%0,4; n=1) ve takvim yöntemi (%0,8; n=2) ise oldukça sınırlı düzeyde tercih edilen yöntemler arasında yer almaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Aile planlaması yöntemi kullanım durumu, kullanım süresi ve kullanılan yöntemlerin dağılımı

Değişken	**Ort. ± SS (Min.-Maks.)**
Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Süresi	2,71±3,75 (0,00-Maks.=20,00)
Kategori	**n (%)**
Aile planlaması ürünlerini temin etme şekli	
•*Sağlık kuruluşundan ücretsiz şekilde temin ediyorum*	61 (37,0)
•*Ücretli alıyorum*	104 (63,0)
Son Bir Ayda Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı	
•*Evet*	178 (73,0)
•*Hayır*	66 (27,0)
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemleri	
Tüp ligasyonu	
•*Yok*	229 (93,9)
•*Var*	15 (6,1)
Cilt altı implant	
•*Yok*	243 (99,6)
•*Var*	1 (0,4)
Doğum kontrol hapları	
•*Yok*	226 (92,6)
•*Var*	18 (7,4)
Aylık / 3 aylık iğne	
•*Yok*	227 (93,0)
•*Var*	17 (7,0)
Rahim içi araç (RİA)	
•*Yok*	210 (86,1)
•*Var*	34 (13,9)
Kadın kondomu	
•*Yok*	243 (99,6)
•*Var*	1 (0,4)
Erkek kondomu	
•*Yok*	161 (66,0)
•*Var*	83 (34,0)
Takvim yöntemi	
•*Yok*	242 (99,2)
•*Var*	2 (0,8)
Geri çekilme yöntemi	
•*Yok*	194 (79,5)
•*Var*	50 (20,5)

Veriler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma (minimum–maksimum), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde [n (%)] olarak sunulmuştur.

Katılımcıların büyük çoğunluğu aile planlaması yöntemi seçiminde eşle konuşmanın önemli olduğunu belirtmiştir (%95,9; n=234). Karar verme sürecinde en

yaygın yaklaşımın eşle birlikte karar verme olduğu görülmüş (%79,1; n=193), bunu bireysel karar verenler (%11,1; n=27) ve aile büyükleriyle birlikte karar verenler (%2,9; n=7) izlemiştir; sağlık çalışanı ile birlikte karar verenlerin oranı da %2,9 (n=7) olarak saptanmıştır. Aile planlaması yöntemi tercihinde etkili olan faktörler incelendiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısının eşin onayını (%47,5; n=95), yöntemin güvenilir olmasını (%44,0; n=88) ve yan etkisinin az ya da olmamasını (%44,0; n=88) önemli bir tercih nedeni olarak gördüğü belirlenmiştir. Buna karşılık yöntemin ucuz olması (%18,0; n=36) ve kolay ulaşılabilir olması (%35,5; n=71) daha düşük oranda bildirilen gerekçeler arasında yer almıştır. Aile planlamasına ilişkin bilgi kaynakları değerlendirildiğinde, en sık başvurulan kaynağın sağlık çalışanları olduğu (%80,7; n=197) görülmüş; bunu internet (%50,4; n=123) ve komşu/akrabalar (%50,0; n=122) izlemiştir. Televizyon ve radyo (%22,1; n=54) ile dergi/gazete (%16,4; n=40) daha az kullanılan bilgi kaynakları arasında yer alırken, diğer kaynakların kullanımı oldukça sınırlı düzeyde kalmıştır (%1,6; n=4) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların aile planlaması yöntemi karar verme süreci, tercih sebepleri ve bilgi kaynakları

Kategori	n (%)
Karar verme süreci	
Yöntem Seçiminde Eşle Konuşmanın Önemi	
•*Evet*	234 (95,9)
•*Hayır*	10 (4,1)
Aile Planlaması Yöntemi Seçiminde Karar Vericiler	
•*Aile büyükleri ile karar verdik*	7 (2,9)
•*Ben karar verdim*	27 (11,1)
•*Eşimle birlikte karar verdik*	193 (79,1)
•*Kullanmıyor*	10 (4,1)
•*Sağlık çalışanı ile karar verdik*	7 (2,9)
Aile Planlaması Yöntemi Tercih Sebepleri	
Eşin onaylaması	
•*Yok*	105 (52,5)
•*Var*	95 (47,5)
Güvenilir olması	
•*Yok*	112 (56,0)
•*Var*	88 (44,0)
Yan etkisinin az olması / olmaması	
•*Yok*	112 (56,0)
•*Var*	88 (44,0)
Ucuz olması	
•*Yok*	164 (82,0)
•*Var*	36 (18,0)
Kolay ulaşılabilir olması	
•*Yok*	129 (64,5)
•*Var*	71 (35,5)
Aile Planlaması Bilgi Kaynakları	
Komşu / akraba	
•*Yok*	122 (50,0)
•*Var*	122 (50,0)
İnternet	
•*Yok*	121 (49,6)
•*Var*	123 (50,4)
Dergi / gazete	
•*Yok*	204 (83,6)
•*Var*	40 (16,4)
Sağlık çalışanları	
•*Yok*	47 (19,3)
•*Var*	197 (80,7)
Televizyon / radyo	
•*Yok*	190 (77,9)
•*Var*	54 (22,1)
Diğer	
•*Yok*	240 (98,4)
•*Var*	4 (1,6)

Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Not. Tercih sebebplerinde her katılımcı her soruya yanıt vermemiştir.

Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun belirtilen gerekçelere sahip olmadığı görülmektedir. Yöntem kullanmama nedenleri arasında en sık bildirilen faktör, eşin istememesi olup katılımcıların %9,8'i (n=24) bu gerekçeyi belirtmiştir. Bunu gebe kalmak istememe (%6,1; n=15) ve emzirme durumu (%5,7; n=14) izlemektedir. Cinsel açıdan aktif olmama %4,9 (n=12) oranında, bir daha gebe kalamayacağını düşünme ise %4,5 (n=11) oranında ifade edilmiştir. Sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünme (%2,9; n=7), kayınvalidenin istememesi (%2,0; n=5) ve gebe kalmak için tedavi görmesi gerektiğini düşünme (%1,2; n=3) daha nadir bildirilen nedenler arasında yer almıştır. Dini inançlar nedeniyle yöntem kullanmama oranının ise oldukça düşük olduğu (%0,8; n=2) saptanmıştır. Diğer nedenler %7,4 (n=18) oranında belirtilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinin dağılımı

Kategori	n (%)
Emzirmek	
•Yok	230 (94,3)
•Var	14 (5,7)
Kayınvalidenin istememesi	
•Yok	239 (98,0)
•Var	5 (2,0)
Sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünmek	
•Yok	237 (97,1)
•Var	7 (2,9)
Bir daha gebe kalamayacağını düşünmek	
•Yok	233 (95,5)
•Var	11 (4,5)
Dini inançları nedeniyle kullanmamak	
•Yok	242 (99,2)
•Var	2 (0,8)
Eşinin istememesi	
•Yok	220 (90,2)
•Var	24 (9,8)
Gebe kalmak için tedavi görmesi gerektiği	
•Yok	241 (98,8)
•Var	3 (1,2)
Gebe kalmak istememesi	
•Yok	229 (93,9)
•Var	15 (6,1)
Cinsel açıdan aktif olmamak	
•Yok	232 (95,1)
•Var	12 (4,9)
Diğer nedenler	
•Yok	226 (92,6)
•Var	18 (7,4)

Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur.

Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların yaş ortalamasının, kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (32,29±6,86 vs. 28,52±7,75; p<0,001). Medeni duruma göre karşılaştırmada, yöntemi kullananlar arasında evli olma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Aile yapısı açısından çekirdek ailede yaşayanların yöntem kullanım oranı, geniş ailede yaşayanlara ve yalnız yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Ayrıca eşin eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada, eşin eğitim durumunun aile planlaması yöntemi

kullanımı ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır (p=0,006) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre katılımcıların sosyodemografik ve ailevi özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	**Hayır**	**Evet**	**Analiz**
Yaş	28,52±7,75	32,29±6,86	<0,001t
Kategori	n (%)	n (%)	
Uyruk			
•T.C. vatandaşı	53 (80,3)	131 (73,6)	0,280a
•Yabancı uyruklu	13 (19,7)	47 (26,4)	
Medeni durum			
•Bekâr	12 (18,2)	4 (2,2)	<0,001b
•Evli	54 (81,8)	174 (97,8)	
Eğitim durumu			
•İlköğretim ve altı	26 (39,4)	93 (52,2)	
•Ortaöğretim	22 (33,3)	34 (19,1)	0,052a
•Yükseköğretim ve üzeri	18 (27,3)	51 (28,7)	
Herhangi bir işte çalışma durumu			
•Evet	23 (34,8)	64 (36,0)	0,873a
•Hayır	43 (65,2)	114 (64,0)	
Meslek			
•Ev hanımı	39 (59,1)	112 (62,9)	
•İşçi	8 (12,1)	24 (13,5)	0,827a
•Memur	14 (21,2)	33 (18,5)	
•Diğer	5 (7,6)	9 (5,1)	
Sağlık güvencesi			
•Evet	44 (66,7)	121 (68,0)	0,846a
•Hayır	22 (33,3)	57 (32,0)	
Gelir durumu			
•Gelirim giderimden az	39 (59,1)	98 (55,1)	
•Gelirim giderime eşit	19 (28,8)	62 (34,8)	0,653a
•Gelirim giderimden fazla	8 (12,1)	18 (10,1)	
Aile yapısı			
•Geniş aile	15 (22,7)	19 (10,7)	
•Çekirdek aile	42 (63,6)	153 (86,0)	<0,001a
•Yalnız	9 (13,6)	6 (3,4)	
Eş ile akrabalık bağı			
•Evet	15 (22,7)	37 (20,8)	0,742b
•Hayır	51 (77,3)	141 (79,2)	
Eşin eğitim durumu			
•İlköğretim ve altı	21 (37,5)	78 (44,8)	
•Ortaöğretim	23 (41,1)	50 (28,7)	0,006a
•Üniversite ve üzeri	12 (21,4)	46 (26,4)	
Kronik hastalık			
•Yok	57 (86,4)	141 (79,2)	0,205a
•Var	9 (13,6)	37 (20,8)	

Değerler uygun şekilde ortalama ± standart sapma (SD), kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. [a]=Pearson Chi-square test, [b]=Fisher's Exact test, [t]=Bağımsız Gruplar t testi (Ort±SS). p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların evlilik süresinin, kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun olduğu saptanmıştır (medyan: 9,00 yıl vs. 4,00 yıl; p<0,001). Yaşanan gebelik sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş olup, yöntem kullanan grupta üç ve üzeri gebelik öyküsüne sahip olma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış; yöntem kullananlarda iki ve üzeri çocuğa sahip olma oranı, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre katılımcıların obstetrik öykü ve evlilik özelliklerinin karşılaştırılması

	Hayır	Evet	Analiz
Evlilik süresi	4,00 (2,00-8,00)	9,00 (5,00-14,00)	<0,001[μ]
Evlilik yaşı	22,53±5,20	22,19±4,33	0,623[t]
İlk gebelik yaşı	24,35±5,62	23,22±4,52	0,133[t]
Değişken	n (%)	n (%)	
Kaç gebelik yaşadınız?			
•0	14 (21,2)	8 (4,5)	
•1	22 (33,3)	45 (25,3)	
•2	14 (21,2)	45 (25,3)	<0,001[a]
•3	5 (7,6)	41 (23,0)	
•4 ve üzeri	11 (16,7)	39 (21,9)	
Yaşayan kaç çocuğunuz var?			
•0	25 (37,9)	8 (4,5)	
•1	24 (36,4)	56 (31,5)	
•2	5 (7,6)	50 (28,1)	<0,001[b]
•3	4 (6,1)	33 (18,5)	
•4 ve üzeri	8 (12,1)	31 (17,4)	
Ölü doğum öyküsü			
•Yok	65 (98,5)	168 (94,4)	0,170[b]
•Var	1 (1,5)	10 (5,6)	
Düşük öyküsü			
•Yok	49 (74,2)	141 (79,2)	0,406[b]
•Var	17 (25,8)	37 (20,8)	
Kürtaj öyküsü			
•Yok	61 (92,4)	163 (91,6)	0,830[a]
•Var	5 (7,9)	15 (8,4)	

Değerler uygun şekilde ortalama ± standart sapma (SD), medyan (çeyrekler arası aralık: Q1–Q3, kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. [a]=Pearson Chi-square test, [b]=Fisher's Exact test, [t]=Bağımsız Gruplar t testi (Ort±SS), [μ]=Mann Whitney U testi (Med./Q1-Q3). p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların, kullanmayanlara göre tıbbi korunma yöntemlerinin varlığını bilme oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Benzer şekilde, aile planlamasının gerekli olduğunu düşünenlerin oranı yöntem kullanan grupta anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Herhangi bir aile planlaması yöntemini bilme durumu ve genel bilgi düzeyi de yöntem kullananlarda anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (her ikisi için $p<0,001$). Yöntemlere özgü bilgi düzeyleri incelendiğinde, tüp ligasyonu ($p=0,008$), doğum kontrol hapları ($p=0,026$), aylık/üç aylık iğneler ($p=0,003$), rahim içi araç ($p<0,001$), erkek kondomu ($p=0,044$) ve geri çekilme yöntemi ($p=0,003$) hakkında bilgi sahibi olma oranlarının, son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre bilgi, farkındalık ve bilinen yöntemlerin karşılaştırılması

Değişken	Hayır	Evet	Analiz
Tıbben çocuk sahibi olmamak için korunma yöntemleri olduğunu bilme durumu			
•Evet	58 (87,9)	177 (99,4)	<0,001b
•Hayır	8 (12,1)	1 (0,6)	
Aile planlamasının gerekli olup olmadığı fikri			
•Evet	41 (62,1)	170 (95,5)	<0,001a
•Hayır	25 (37,9)	8 (4,5)	
Herhangi bir aile planlaması yöntemi bilme durumu			
•Evet	55 (83,3)	177 (99,4)	<0,001b
•Hayır	10 (15,2)	1 (0,6)	
Genel bilgi durumu			
•Bilmiyor / Kullanmıyor	6 (9,1)	0 (0,0)	<0,001b
•Bilgi sahibi	60 (90,9)	178 (100,0)	
Tüp ligasyonu hakkında bilgi durumu			
•Yok	50 (75,8)	102 (57,3)	0,008a
•Var	16 (24,2)	76 (42,7)	
Cilt altı implant hakkında bilgi durumu			
•Yok	52 (78,8)	136 (76,4)	0,694a
•Var	14 (21,2)	42 (23,6)	
Doğum kontrol hapları hakkında bilgi durumu			
•Yok	25 (37,9)	42 (23,6)	0,026a
•Var	41 (62,1)	136 (76,4)	
Aylık / 3 aylık iğne hakkında bilgi durumu			
•Yok	36 (54,5)	60 (33,7)	0,003a
•Var	30 (45,5)	118 (66,3)	
Rahim içi araç hakkında bilgi durumu			
•Yok	38 (57,6)	51 (28,7)	<0,001a
•Var	28 (42,4)	127 (71,3)	
Kadın kondomu hakkında bilgi durumu			
•Yok	59 (89,4)	152 (85,4)	0,417a
•Var	7 (10,6)	26 (14,6)	
Erkek kondomu hakkında bilgi durumu			
•Yok	11 (16,7)	14 (7,9)	0,044a
•Var	55 (83,3)	164 (92,1)	
Vücut ısısı yöntemi hakkında bilgi durumu			
•Yok	58 (87,9)	165 (92,7)	0,233a
•Var	8 (12,1)	13 (7,3)	
Servikal mukus yöntemi hakkında bilgi durumu			
•Yok	61 (92,4)	169 (94,9)	0,452a
•Var	5 (7,6)	9 (5,1)	
Takvim yöntemi hakkında bilgi durumu			
•Yok	52 (78,8)	148 (83,1)	0,432a
•Var	14 (21,2)	30 (16,9)	
Geri çekilme hakkında bilgi durumu			
•Yok	24 (36,4)	33 (18,5)	0,003a
•Var	42 (63,6)	145 (81,5)	

Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. [a]=Pearson Chi-square test, [b]=Fisher's Exact test, p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların, kullanmayanlara göre yöntem kullanma ve seçiminde eşle konuşmanın önemli olduğunu düşünme oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,038). Ayrıca bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarından yararlanma oranının, yöntem kullanan grupta kullanmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanım durumuna göre eşle iletişim ve bilgi kaynaklarının karşılaştırılması

Değişken	Hayır	Evet	Analiz
Yöntem kullanma ve seçiminde eşinizle konuşmanın önemli olduğunu düşünme durumu			
•Evet	60 (90,9)	174 (97,8)	0,038b
•Hayır	6 (9,1)	4 (2,2)	
Bilgi kaynağı: Komşu / akraba			
•Yok	36 (54,5)	86 (48,3)	0,387a
•Var	30 (45,5)	92 (51,7)	
Bilgi kaynağı: İnternet			
•Yok	34 (51,5)	87 (48,9)	0,714a
•Var	32 (48,5)	91 (51,1)	
Bilgi kaynağı: Dergi / gazete			
•Yok	55 (83,3)	149 (83,7)	0,944a
•Var	11 (16,7)	29 (16,3)	
Bilgi kaynağı: Sağlık çalışanları			
•Yok	29 (43,9)	18 (10,1)	<0,001a
•Var	37 (56,1)	160 (89,9)	
Bilgi kaynağı: Televizyon / radyo			
•Yok	55 (83,3)	135 (75,8)	0,211a
•Var	11 (16,7)	43 (24,2)	
Diğer bilgi kaynakları			
•Yok	64 (97,0)	176 (98,9)	0,296b
•Var	2 (3,0)	2 (1,1)	

Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. [a]=Pearson Chi-square test, [b]=Fisher's Exact test, p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Binary lojistik regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2(3)=28,825$, p<0,001) bulunmuştur ve erkek kondomu kullanımındaki varyansın %15,4'ünü (Nagelkerke $R^2=0,154$) açıklamaktadır. Gelir düzeyi arttıkça erkek kondomu kullanma olasılığının yaklaşık 2,072 kat arttığı (B=0,729; %95 GA: 1,314–3,268; p=0,002) saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Üreme çağındaki kadınlarda erkek kondomu kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli

							95% GA	
	B	S.E.	Wald	df	p	OR	AL	UL
Gelir Durumu	0,729	0,232	9,827	1	0,002	2,072	1,314	3,268
Sağlık Güvencesi (Hayır)	-0,737	0,378	3,810	1	0,051	0,478	0,228	1,003
Kronik Hastalık (Var)	-0,689	0,392	3,088	1	0,079	0,502	0,233	1,083

OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı. Binary Lojistik Regresyon Analizi. Analiz Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi ile yürütülmüş ve nihai modelde yalnızca istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak önemli bulunan değişkenler bırakılmıştır. Gelir durumu değişkeni, 0 = Geliri giderinden az, 1 = Geliri giderine eşit, 2 = Geliri giderinden fazla olacak şekilde üç kategorili olarak kodlanmış ve modele ordinal değişken olarak dahil edilmiştir. (Omnibus $\chi^2(3)=28,825$, Nagelkerke $R^2=0,154$, $p<0,001$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Binary lojistik regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2(4)=20,741$, $p<0,001$) bulunmuştur ve RİA kullanımındaki varyansın %14,7'sini (Nagelkerke $R^2=0,147$) açıklamaktadır. Çok değişkenli modelde yaşın artması RİA kullanma olasılığını 1,071 kat arttırdığı (B=0,068; %95 GA: 1,013–1,132; p=0,016) ve eğitim düzeyinin yükselmesi ise RİA kullanma olasılığını 1,981 kat arttırdığı (B=0,683; %95 GA: 1,137–3,449; p=0,016) saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Üreme çağındaki kadınlarda rahim içi araç (RİA) kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli

							95% GA	
	B	S.E.	Wald	df	p	OR	AL	UL
Yaş	0,068	0,028	5,751	1	0,016	1,071	1,013	1,132
Eğitim	0,683	0,283	5,830	1	0,016	1,981	1,137	3,449
Gelir Durumu	-0,710	0,384	3,414	1	0,065	0,492	0,231	1,044
Kronik Hastalık (Var)	0,808	0,443	3,322	1	0,068	2,243	0,941	5,348

OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı. Binary Lojistik Regresyon Analizi. Analiz Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi ile yürütülmüş ve nihai modelde yalnızca istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak önemli bulunan değişkenler bırakılmıştır. Gelir durumu değişkeni, 0 = Geliri giderinden az, 1 = Geliri giderine eşit, 2 = Geliri giderinden fazla olacak şekilde üç kategorili olarak kodlanmış ve modele ordinal değişken olarak dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi değişkeni ise 0 = İlköğretim ve altı, 1 = Ortaöğretim, 2 = Yükseköğretim ve üzeri şeklinde kodlanmıştır. (Omnibus $\chi^2(4)=20,741$, Nagelkerke $R^2=0,147$, $p<0,001$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Binary lojistik regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2(4)=35,646$, $p<0,001$) bulunmuştur ve geri çekilme yöntemi kullanımındaki varyansın %21,3'ünü (Nagelkerke $R^2=0,213$) açıklamaktadır. Çok değişkenli modelde evlilik süresinin artması geri çekilme yöntemi kullanma olasılığını 1,075 kat (B=0,072; %95 GA: 1,028–1,123; p=0,001) arttırmaktadır. Buna karşın eğitim düzeyinin yükselmesi (B=−0,654; %95 GA: 0,302–0,895; p=0,018) ve eş ile akrabalık bulunması

(B=−1,655; %95 GA: 0,072–0,509; p=0,001) geri çekilme yöntemi kullanma olasılığını azalttığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.13. Üreme çağındaki kadınlarda geri çekilme yöntemi kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli

							95% GA	
	B	S.E.	Wald	df	p	OR	AL	UL
Evlilik süresi	0,072	0,023	10,086	1	0,001	1,075	1,028	1,123
Eğitim	-0,654	0,277	5,583	1	0,018	0,520	0,302	0,895
Gelir Durumu	-0,633	0,369	2,950	1	0,086	0,531	0,258	1,093
Eş ile akrabalık (Evet)	-1,655	0,500	10,956	1	0,001	0,191	0,072	0,509

OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı. Binary Lojistik Regresyon Analizi. Analiz Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi ile yürütülmüş ve nihai modelde yalnızca istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak önemli bulunan değişkenler bırakılmıştır. Gelir durumu değişkeni, 0 = Geliri giderinden az, 1 = Geliri giderine eşit, 2 = Geliri giderinden fazla olacak şekilde kodlanmış ve modele ordinal değişken olarak dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi değişkeni ise 0 = İlköğretim ve altı, 1 = Ortaöğretim, 2 = Yükseköğretim ve üzeri şeklinde kodlanmıştır. (Omnibus $\chi^2(4)=35,646$, Nagelkerke $R^2=0,213$, $p<0,001$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Binary lojistik regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2(3)=26,962$, $p<0,001$) bulunmuştur ve modern aile planlaması yöntemi kullanımındaki varyansın %20,7'sini (Nagelkerke $R^2=0,207$) açıklamaktadır. Çok değişkenli modelde eğitim düzeyinin yükselmesi modern yöntem kullanma olasılığını 2,380 kat (B=0,867; %95 GA: 1,225–4,626; p=0,011), gelir düzeyinin artması modern yöntem kullanım olasılığını 2,467 kat (B=0,903; %95 GA: 1,022–5,957; p=0,045) ve eş ile akrabalık bulunması modern aile planlaması yöntemi kullanım olasılığını 2,860 kat (B=1,051; %95 GA: 1,091–7,498; p=0,033) arttırdığı bulundu (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Üreme çağındaki kadınlarda modern aile planlaması yöntemi kullanımını Yordayan Faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Modeli

							95% GA	
	B	S.E.	Wald	df	p	OR	AL	UL
Eğitim	0,867	0,339	6,541	1	0,011	2,380	1,225	4,626
Gelir Durumu	0,903	0,450	4,030	1	0,045	2,467	1,022	5,957
Eş ile akrabalık (Var)	1,051	0,492	4,563	1	0,033	2,860	1,091	7,498

OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı. Binary Lojistik Regresyon Analizi. Analiz Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi ile yürütülmüş ve nihai modelde yalnızca istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak önemli bulunan değişkenler bırakılmıştır. Gelir durumu değişkeni, 0 = Geliri giderinden az, 1 = Geliri giderine eşit, 2 = Geliri giderinden fazla olacak şekilde kodlanmış ve modele ordinal değişken olarak dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi değişkeni ise 0 = İlköğretim ve altı, 1 = Ortaöğretim, 2 = Yükseköğretim ve üzeri şeklinde kodlanmıştır. (Omnibus $\chi^2(3)=26,962$, Nagelkerke $R^2=0,207$, $p<0,001$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Binary lojistik regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımını yordamada eğitim düzeyi, gelir durumu ve eş ile akrabalık anlamlı belirleyiciler olarak saptanmıştır. Çok değişkenli modelde eğitim düzeyinin artmasının (B=−0,867; %95 GA: 0,216–0,817; p=0,011), gelir düzeyinin yükselmesinin (B=−0,903; %95 GA: 0,168–0,979; p=0,045) ve eş ile akrabalık bulunmasının (B=−1,051; %95 GA: 0,133–0,917; p=0,033) geleneksel aile planlaması yöntemi kullanma olasılığını azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımını yordayan faktörler: Backward Stepwise Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

							95% GA	
	B	S.E.	Wald	df	p	OR	AL	UL
Eğitim	-0,867	0,339	6,541	1	0,011	0,420	0,216	0,817
Gelir Durumu	-0,903	0,450	4,030	1	0,045	0,405	0,168	0,979
Eş ile akrabalık (Var)	-1,051	0,492	4,563	1	0,033	0,350	0,133	0,917

OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı. Binary Lojistik Regresyon Analizi. Analiz Backward Stepwise (Likelihood Ratio) yöntemi ile yürütülmüş ve nihai modelde yalnızca istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak önemli bulunan değişkenler bırakılmıştır. Gelir durumu değişkeni, araştırmacı tarafından 0 = Geliri giderinden az, 1 = Geliri giderine eşit, 2 = Geliri giderinden fazla olacak şekilde kodlanmış ve modele ordinal değişken olarak dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi değişkeni ise 0 = İlköğretim ve altı, 1 = Ortaöğretim, 2 = Yükseköğretim ve üzeri şeklinde kodlanmıştır. (Omnibus $\chi^2(3)=26,962$, Nagelkerke $R^2=0,207$, $p<0,001$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırmada üreme çağındaki kadınların son bir ayda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %73,0 olarak saptandı. Bu oran, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda kontraseptif kullanımın görece yüksek olduğunu ve aile planlaması hizmetlerine belirli bir erişim düzeyinin bulunduğunu gösterebilir. Literatürde Türkiye genelinde yöntem kullanım oranlarının yüksek seyrettiği, ancak modern yöntem kullanımının ve düzenli kullanımın sosyodemografik özellikler ile hizmete erişime göre değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (13,103,105,106). Araştırmada en sık kullanılan aile planlaması yöntemlerinin erkek kondomu (%34,0), geri çekilme (%20,5) ve rahim içi araç (%13,9) olduğu belirlendi. Bu dağılım, hem modern bariyer yöntemlerin hem de geleneksel yöntemlerin birlikte ve yaygın biçimde kullanıldığını gösterebilir. Literatürde kondomun kolay erişilebilir olması ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlaması nedeniyle sık tercih edildiği (64,80), geri çekme yönteminin ise kültürel olarak kabul edilebilirliği ve tıbbi müdahale gerektirmemesi nedeniyle yaygınlığını sürdürdüğü bildirilmektedir (64,65). Rahim içi araçların ise uzun etkili ve yüksek etkinliğe sahip olmaları nedeniyle özellikle doğum aralığını düzenlemek isteyen kadınlarda tercih edildiği ve birinci basamakta sunulan danışmanlıkla kullanımının arttığı belirtilmektedir (91–94,103).

Araştırmada son bir ayda aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yaş ortalamasının kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunması (32,29±6,86 vs. 28,52±7,75; $p<0,001$), aile planlaması davranışının yaşam döngüsü içinde yaşla birlikte artan üreme deneyimi, risk algısı ve sağlık hizmetleriyle temasın artmasıyla güçlendiğini düşündürmektedir. Nitekim literatürde yöntem kullanımının yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısı arttıkça yükseldiği; buna karşılık genç yaş gruplarında aile planlamasının çoğunlukla yalnızca gebeliği ertelemeye yönelik algılandığı, bilgi eksikliği, düşük sağlık okuryazarlığı, sosyal norm baskısı ve danışmanlığa sınırlı erişim nedeniyle karşılanmamış gereksinimin daha yüksek seyrettiği bildirilmiştir (2,31,32,35,39,100). Türkiye'de yapılan çalışmalar da benzer biçimde, yöntem kullanımının yaşla birlikte arttığını ve özellikle genç kadınların modern yöntemlere erişim ve süreklilik açısından daha kırılgan bir grup oluşturduğunu göstermektetir (105-107).

Çekirdek ailede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma oranının, geniş ailede yaşayanlara ve yalnız yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Aile planlaması davranışının sosyodemografik ve yapısal koşullardan etkilendiğini göstermektedir. Literatürde aile planlaması kullanımının eğitim düzeyi, yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyokültürel çevre ile ilişkili olduğu; özellikle geleneksel ve kalabalık hane yapılarında yöntem kullanımının daha düşük seyredebileceği bildirilmektedir (2,6,35,57,115). Bu bulgu, birinci basamakta sunulan danışmanlık hizmetlerinin aile yapısına duyarlı biçimde planlanmasının önemine işaret etmektedir (16,108).

Araştırmada eşin eğitim düzeyi arttıkça aile planlaması yöntemi kullanım oranının anlamlı biçimde yükselmesi yükseldiği bulundu. Bu sonuç aile planlaması davranışının yalnızca kadının bireysel özellikleriyle değil, çift düzeyindeki sosyodemografik ve bilişsel faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu gösterebilir. Literatürde eş eğitiminin, üreme sağlığına ilişkin bilgi düzeyini, modern yöntemlere yönelik tutumları, sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimini ve ortak karar alma süreçlerini olumlu yönde etkilediği; düşük eğitim düzeyine sahip eşlerde ise yanlış inanışlar, yan etki korkuları ve geleneksel tutumlar nedeniyle kontraseptif kullanımının daha sınırlı kaldığı bildirilmektedir (2,35,39). Türkiye'de yapılan çalışmalar da benzer biçimde, eşin eğitim düzeyinin yöntem seçimi ve kullanım sürekliliği üzerinde belirleyici olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe modern yöntemlere yönelimin arttığını ortaya koymaktadır (105–107).

Çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınların evlilik süresinin kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha uzun bulunması (medyan 9 yıl vs. 4 yıl;), yöntem kullanımının evlilik yaşamının ilerleyen dönemlerinde artan çocuk sayısı, gebelik deneyimi ve doğurganlığı sınırlama gereksinimi ile ilişkili olduğunu düşündürebilir. Literatürde evlilik süresi uzadıkça çiftlerin doğurganlık hedeflerinin netleştiği, istenmeyen gebelikten korunma gereksiniminin arttığı ve bu durumun kontraseptif yöntem kullanımını güçlendirdiği bildirilmektedir (2,31,35,105,106). Bu bulgu, aile planlaması danışmanlığının yalnızca doğum sonrası döneme değil, evliliğin erken yıllarına da odaklanması gerektiğini ve özellikle kısa evlilik süresine sahip çiftlerde karşılanmamış gereksinimin daha yüksek olabileceğini önemsemeyi gerektirebilir.

Çalışmada üç ve üzeri gebelik öyküsü olan kadınlarda ve iki ve üzeri yaşayan çocuğu bulunanlarda aile planlaması yöntemi kullanımının anlamlı derecede daha olduğu bulundu. Bu sonuç doğurganlık deneyimi arttıkça istenmeyen gebelikten korunma gereksiniminin ve doğum aralığını düzenleme isteğinin güçlendiğini gösterebilir. Literatürde gebelik ve çocuk sayısının artmasının, karşılanmamış aile planlaması gereksinimini azaltan ve modern yöntemlere yönelimi artıran temel belirleyiciler arasında yer aldığı; özellikle doğum sayısı yükseldikçe çiftlerin doğurganlığı sınırlama eğiliminin belirginleştiği ve kontraseptif kullanımın daha yaygın hale geldiği bildirilmektedir (2,31,35).

Çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda tıbbi korunma yöntemlerini bilme, aile planlamasını gerekli görme, herhangi bir yöntemi tanıma ve genel bilgi düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek bulunması (tümü için $p<0,001$), bilgi düzeyinin kontraseptif davranışın en güçlü belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir. Literatürde de aile planlamasına ilişkin bilgi ve sağlık okuryazarlığı arttıkça modern yöntemlerin benimsenmesinin ve doğru kullanımın yükseldiği, bilgi eksikliği bulunan gruplarda ise yanlış inanışlar, yan etki korkuları ve düşük öz-yeterlilik nedeniyle yöntem kullanımının sınırlı kaldığı bildirilmektedir (17,31,106). Birinci basamakta sunulan danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin bilgi düzeyini artırarak aile planlamasına yönelik olumlu tutum geliştirilmesini sağladığı ve bu yolla yöntem kullanımını güçlendirdiği gösterilmiş olup, elde edilen bulgu aile planlaması okuryazarlığının hizmet sunumunda merkezi bir hedef olması gerektiğini desteklemektedir (108,116).

Araştırmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınların rahim içi araç, aylık/üç aylık enjeksiyonlar, tüp ligasyonu, oral kontraseptifler, erkek kondomu ve geri çekme yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Bu durum yöntem bilgisinin yalnızca genel farkındalıkla sınırlı kalmadığını, farklı kontraseptif seçeneklere yönelik spesifik bilginin de kullanım davranışıyla yakından ilişkili olduğunu gösterebilir. Literatürde modern yöntemler (RİA, hormonal enjeksiyonlar, oral kontraseptifler ve kondom) ile geleneksel yöntemlerin etkinliği, yan etkileri ve kullanım koşullarına ilişkin bilginin artmasının, bireylerin kendilerine uygun yöntemi seçme ve sürdürme olasılığını yükselttiği; buna karşılık yöntem çeşitliliğine ilişkin bilgi eksikliğinin, özellikle birinci

basamakta danışmanlık kalitesi düşük olan gruplarda yöntem kabulünü sınırladığı bildirilmektedir (64,103,104).

Araştırmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda eşle bu konuyu konuşmayı önemli görme oranının anlamlı derecede daha yüksek bulunması, kontraseptif davranışın bireysel bir karar olmanın ötesinde çift düzeyinde iletişim ve ortak tutumlarla şekillendiğini gösterebilir Literatürde eşler arası iletişimin ve birlikte karar verme süreçlerinin, özellikle modern yöntemlerin kabulü ve sürekliliği üzerinde belirleyici olduğu; iletişimin zayıf olduğu durumlarda ise yanlış inanışların, kaygıların ve kararsızlığın yöntem kullanımını sınırlayabildiği bildirilmektedir (2,39,52,53,80). Bu bulgu, birinci basamakta sunulan aile planlaması danışmanlığının yalnızca kadına değil, uygun durumlarda eşleri de kapsayacak biçimde yapılandırılmasının yöntem kullanımını artırabileceğine işaret edebilir (16,108).

Araştırmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda sağlık çalışanını bilgi kaynağı olarak kullanma oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Bu durum, birinci basamakta sunulan danışmanlık ve bilgilendirme hizmetleri ile yöntem kullanımı arasında bir ilişki olabileceğini gösterebilir. Nitekim literatürde aile planlaması hizmetlerinin antenatal, postnatal ve çocuk sağlığı hizmetleriyle entegrasyonunun kaçırılmış fırsatları azalttığı (16) ve birinci basamakta sunulan danışmanlığın yöntem kullanımını artırabildiği bildirilmektedir (111,112).

Araştırmada gelir düzeyi arttıkça erkek kondomu kullanma olasılığının anlamlı biçimde yükseldiği ve bu artışın yaklaşık iki kat olduğu saptandı (OR=2,07). Bu durum, ekonomik koşulların kontraseptif yöntemlere erişim ve tercih ile ilişkili olabileceğini gösterebilir. Erkek kondomunun gebelikten korunmanın yanı sıra cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı da koruma sağlaması önemli bir avantaj olarak kabul edilirken, kullanım sırasında hissedilen rahatsızlık, ilişkiyi bölme gerekliliği ve partner uyumuna bağımlı olması bazı bireyler için dezavantaj oluşturabilmektedir (64,80,82). Literatürde bariyer yöntemlerin kullanımının sosyoekonomik düzey, hizmete erişim ve bilgilendirilme ile arttığı; mali ve yapısal olanakları daha iyi olan gruplarda kondom temininin ve düzenli kullanımın daha yaygın olduğu bildirilmektedir (14,81,98).

Araştırmada yaşın artmasıyla birlikte rahim içi araç kullanım olasılığının yükseldiği (OR=1,07) ve eğitim düzeyi arttıkça RİA kullanma olasılığının yaklaşık iki

katına çıktığı (OR=1,98) saptandı. Bu durum, uzun etkili ve yüksek etkinliğe sahip bir yöntem olan RİA'nın özellikle ileri yaş ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlar tarafından daha fazla tercih edildiğini gösterebilir. Literatürde RİA'nın kullanıcı hatasından bağımsız yüksek koruyuculuğa sahip olması, uzun süreli etki göstermesi ve maliyet-etkin bir yöntem olması nedeniyle doğurganlığını sınırlamak veya doğum aralığını uzatmak isteyen kadınlarda tercih edildiği; yöntem seçiminin yaş, eğitim düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimle ilişkili olduğu bildirilmektedir (91–94,103).

Araştırmada evlilik süresi arttıkça geri çekme yöntemi kullanımının arttığı (OR=1,075), buna karşılık eğitim düzeyi yükseldikçe geri çekme kullanımının anlamlı biçimde azaldığı (OR=0,52) ve eşler arasında akrabalık bulunmasının geri çekme yöntemini kullanma olasılığını güçlü biçimde düşürdüğü (OR=0,19) saptandı. Bu bulgular, geri çekme yönteminin daha çok uzun süreli evliliklerde ve eğitim düzeyi düşük gruplarda tercih edilen geleneksel bir yöntem olduğunu, eğitim arttıkça ise modern ve daha etkili yöntemlere yönelimin güçlendiğini gösterebilir. Literatürde geri çekme yönteminin kolay ulaşılabilir ve kültürel olarak kabul edilebilir olması nedeniyle yaygın kullanıldığı, ancak eğitim düzeyi yükseldikçe bu yöntemin etkinliğinin düşük olduğunun daha iyi kavrandığı ve modern yöntemlere geçişin arttığı bildirilmektedir (64,65,72). Akraba evliliği ve geleneksel aile yapısının yaygın olduğu gruplarda ise üreme sağlığına ilişkin kararların kültürel normlar ve sınırlı bilgiyle şekillenebildiği, bu durumun modern kontraseptif yöntemlerin benimsenmesini zorlaştırabildiği literatürde vurgulanmaktadır (46,57).

Araştırmada modern aile planlaması yöntemi kullanma olasılığının eğitim düzeyi arttıkça (OR=2,38), gelir düzeyi yükseldikçe (OR=2,47) ve eşler arasında akrabalık bulunduğunda (OR=2,86) anlamlı biçimde arttığı saptandı. Bu bulgular, sosyoekonomik olanakların ve bilgi düzeyinin artmasının modern ve etkili yöntemlere yönelimi güçlendirdiğini, akraba evliliği olan çiftlerde ise doğurganlıkla ilişkili risk algısının yöntem tercihini etkileyebileceğini gösterebilir. Literatürde eğitim ve gelir düzeyinin artmasının modern kontraseptiflere erişimi ve bu yöntemlere yönelik kabulü artırdığı, özellikle uzun etkili ve güvenilir yöntemlerin daha çok bu gruplarda tercih edildiği bildirilmektedir (2,14,60,103). Akraba evliliği olan bireylerde genetik hastalık riskine ilişkin farkındalığın üreme kararlarını etkileyebildiği gösterilmiş olmakla birlikte (46), engelli çocuk sahibi olma kaygısının modern yöntem kullanımını

artırabileceğine ilişkin doğrudan kanıt bulunmamaktadır; ancak bu tür bir risk algısının, doğurganlığı sınırlandırma ya da daha güvenilir yöntemlere yönelme eğilimini artırabilecek bir etmen olabileceği düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran üreme çağındaki kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanımının yüksek olduğu, ancak yöntem tercihlerinin ve kullanım olasılığının yaş, eğitim, gelir, evlilik süresi, doğurganlık deneyimi, aile yapısı, bilgi düzeyi, eşle iletişim ve sağlık hizmetleriyle temas gibi çok sayıda bireysel ve yapısal faktörle ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle bilgi düzeyi, eş eğitimi ve sağlık çalışanlarından alınan danışmanlık ile modern ve etkili yöntem kullanımının daha yüksek olması, aile planlamasının yalnızca bireysel bir tercih değil, aynı zamanda sağlık okuryazarlığı, hizmete erişim ve çift düzeyinde iletişimle şekillenen bir davranış olduğunu göstermektedir. Ayrıca geleneksel yöntemlerin (geri çekme gibi) hâlen önemli bir kullanım payına sahip olması, modern yöntemlere yönelik bilgilendirme ve danışmanlık ihtiyacının sürdüğüne işaret etmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile planlaması danışmanlığının niteliğinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının, yalnızca yöntem temini değil; yaşa, eğitim düzeyine, aile yapısına ve doğurganlık öyküsüne duyarlı, bireyselleştirilmiş danışmanlık sunmaları önerilir.

Genç kadınlar, kısa evlilik süresine sahip çiftler ve bilgi düzeyi düşük gruplar, karşılanmamış gereksinim açısından öncelikli hedef gruplar olarak ele alınmalıdır. Eş katılımını destekleyen görüşmelerin teşvik edilmesi, ortak karar alma süreçlerini güçlendirebilir. Ayrıca modern yöntemlerin etkinliği, yan etkileri ve doğru kullanımı konusunda düzenli eğitimlerin verilmesi, geri çekme gibi etkinliği düşük yöntemlerden daha güvenilir yöntemlere geçişi destekleyebilir.

Son olarak, aile hekimlerinin üreme sağlığı ve aile planlaması konularındaki hizmet içi eğitimlerinin güncellenmesi, danışmanlık becerilerinin güçlendirilmesi ve özellikle uzun etkili geri dönüşümlü yöntemler konusunda uygulama deneyimlerinin artırılması önerilmektedir. Birinci basamakta sunulan bütüncül, erişilebilir ve hak temelli aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hem istenmeyen gebeliklerin önlenmesine hem de anne-çocuk sağlığının ve toplum sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle araştırma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olduğundan, saptanan ilişkiler nedensel olarak yorumlanamamaktadır. Veriler tek bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınlardan elde edildiği için bulguların tüm topluma genellenebilirliği sınırlıdır. Aile planlaması yöntemi kullanımı ve bilgi düzeyi gibi değişkenler öz-bildirim yoluyla toplandığından, hatırlama yanlılığı ve sosyal olarak kabul edilebilir yanıt verme eğilimi sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca erkeklerin ve eşlerin doğrudan değerlendirilmemiş olması, aile planlaması karar süreçlerinin çift düzeyinde bütüncül olarak incelenmesini sınırlamaktadır. Buna rağmen çalışma, birinci basamakta aile planlaması hizmetlerinin kullanımına ve belirleyicilerine ilişkin önemli ipuçları sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in family planning: key to achieving the sustainable development goals. Glob Health Sci Pract. 2016;4(2):191-210.
2. Feriani P, Yunitasari E, Efendi F, Krisnana I, Ernawati R, Tianingrum NA, Safaah N. A systematic review of determinants influencing family planning and contraceptive use. Iranian J Nurs Midwifery Res. 2024;29(5):596-607.
3. Cates W Jr, Abdool Karim Q, El-Sadr W, Haffner DW, Kalema-Zikusoka G, Rogo K, et al. Family planning and the millennium development goals. Science. 2010;329(5999):1603-1603.
4. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. Lancet. 2012;380(9837):165-171.
5. Mookerjee M, Ojha M, Roy S. Family planning practices: Examining the link between contraception and child health. Econ Modell. 2023;129:106562.
6. Genazzani AR, Fidecicchi T, Arduini D, Benagiano G, Birkhaeuser M, Schenker J, et al. Contraception today and family planning: a comprehensive review and position statement on the ethical, medical, and social dimensions of modern contraception. Gynecol Endocrinol. 2025;41(1):2543423.
7. Fauser BC, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, de Geyter C, Dyer S, et al. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. Hum Reprod Update. 2024;30(2):153-173.
8. Kassim M, Ndumbaro F. Factors affecting family planning literacy among women of childbearing age in the rural Lake zone, Tanzania. BMC Public Health. 2022;22(1):646.
9. Sons A, Eckhardt AL. Health literacy and knowledge of female reproduction in undergraduate students. J Am Coll Health. 2023;71(3):836-843.
10. Altshuler AL, Blumenthal PD. Behavioral methods of contraception. In: The Handbook of Contraception: Evidence Based Practice Recommendations and Rationales. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 239-254.

11. Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010;15(2):113-123.

12. Duane M, Stanford JB, Porucznik CA, Vigil P. Fertility awareness-based methods for women's health and family planning. Front Med (Lausanne). 2022;9:858977.

13. Sökmen Y, Odabaş RK, Karaçam Z. The use of family planning methods and the methods used in Turkey: a systematic review and meta-analysis. J Educ Res Nurs. 2022;19(1):65-79.

14. Fuentes L, Douglas-Hall A, Geddes CE, Kavanaugh ML. Primary and reproductive healthcare access and use among reproductive aged women and female family planning patients in 3 states. PLoS One. 2023;18(5):e0285825.

15. Schulte A, Bennett AH, Arcara J, Bardwell J, Chaudhri A, Davis L, et al. Relationship between experiencing a challenge or delay accessing contraception and contraceptive self-efficacy: Data from a 2022 nationally representative online survey. Reprod Health. 2025;22(1):54.

16. Roro MA, Adinew YM, Yimer SS, Gizaw NF, Estifanos AS, Mohammed JK, et al. Integration of family planning into the primary health care in Ethiopia: results from national assessment. Reprod Health. 2024;21(1):174.

17. Ontiri S, Kabue M, Biesma R, Stekelenburg J, Gichangi P. Assessing quality of family planning counseling and its determinants in Kenya: analysis of health facility exit interviews. PLoS One. 2021;16(9):e0256295.

18. Döner P, Şahin K. “This is not my decision; I have no alternative”. Perceptions and experiences of marriage age and family planning among Syrian women and men: a primary care study. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e25.

19. Jensen JT. Why family planning matters. Rev Endocr Metab Disord. 2011;12(2):55-62.

20. Hubbard CW. Concepts of family planning. Curr Pract Obstet Gynecol Nurs. 1978;2:3-23

21. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. Adding It Up: The costs and Benefits of Investing in family Planning and maternal and new born health. Guttmacher Institute.

22. Schenker JG, Rabenou V. Family planning: cultural and religious perspectives. Hum Reprod. 1993;8(6):969-976.

23. King A. Family Planning in the Ancient Near East. World History Encyclopedia. 2022:203-281.

24. Anderson DJ, Johnston DS. A brief history and future prospects of contraception. Science. 2023;380(6641):154-158.

25. Cates W. Family planning: the essential link to achieving all eight Millennium Development Goals. Contraception. 2010;81(6):460-461.

26. RamaRao S, Jain AK. Aligning goals, intents, and performance indicators in family planning service delivery. Stud Fam Plann. 2015;46(1):97-104.

27. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006;368(9549):1810-1827.

28. Askew I, Brady M. Reviewing the evidence and identifying gaps in family planning research: The unfinished agenda to meet FP2020 goals. 2013.

29. Bilge Ç, Kaydırak M, Altınsoy B, Yakıt Ak E, Öztürk S. Women's Attitudes toward Family Planning in the Postpartum Period and Affecting Factors: Turkiye Sample. J Transcult Nurs. 2025;36(3):271-278.

30. Güney E, Karakaş S, Doğan Y. Effects of family planning education given to married illiterate women of reproductive age via visual material support on family planning related attitudes and contraceptive preferences: the example of Viranşehir, Türkiye. BMC Womens Health. 2025;25(1):219.

31. Speidel JJ, Weiss DC, Ethelston SA, Gilbert SM. Family planning and reproductive health: the link to environmental preservation. Popul Environ. 2007;28(4):247-258.

32. Bhatt N, Bhatt B, Neupane B, Karki A, Bhatta T, Thapa J, et al. Perceptions of family planning services and its key barriers among adolescents and young people in Eastern Nepal: A qualitative study. PLoS One. 2021;16(5):e0252184.

33. Masood MS, Alsonini NA. Knowledge and attitude about reproductive health and family planning among young adults in Yemen. Int J Popul Res. 2017;2017(1):1895472.

34. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. BMC Womens Health. 2015;16(1):2.

35. Foster DG, Biggs MA, Ralph LJ, Arons A, Brindis CD. Family planning and life planning: Reproductive intentions among individuals seeking reproductive health care. Womens Health Issues. 2008;18(5):351-359.

36. Gelaw KA, Atalay YA, Gebeyehu NA. Unintended pregnancy and contraceptive use among women in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Contracept Reprod Med. 2023;8(1):55.

37. Peach E, Morgan C, Scoullar MJ, Fowkes FJ, Kennedy E, Melepia P, et al. Risk factors and knowledge associated with high unintended pregnancy rates and low family planning use among pregnant women in Papua New Guinea. Sci Rep. 2021;11(1):1222.

38. Jahanfar S, Maurer O, Lapidow A, Oberoi AR, Steinfeldt M, Ali M. A meta-analysis into the mediatory effects of family planning utilization on complications of pregnancy in women of reproductive age. PLoS One. 2024;19(3):e0294475.

39. Gage AJ, Wood FE, Akilimali PZ. Perceived norms, personal agency, and postpartum family planning intentions among first-time mothers age 15–24 years in Kinshasa: A cross-sectional analysis. PLoS One. 2021;16(7):e0254085.

40. Kerns JL, Brown K, Nippita S, Steinauer J. Society of family planning clinical recommendation: management of hemorrhage at the time of abortion. Contraception. 2024;129:110292.

41. Karacam Z, Cakaloz DK, Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021;50(4):102093.

42. Yakit Ak E, Şen MA, Tandoğan Ö. A study on early marriages and pregnancy health in the South-Eastern region of Türkiye. BMC Womens Health. 2025;25(1):236.

43. Krysko KM, Dobson R, Alroughani R, Amato MP, Bove R, Ciplea AI, et al. Family planning considerations in people with multiple sclerosis. Lancet Neurol. 2023;22(4):350-366.

44. Gee M, Piercy H, Machaczek K. Family planning decisions for parents of children with a rare genetic condition: a scoping review. Sex Reprod Healthc. 2017;14:1-6.

45. Selkirk CG, McCarthy Veach P, Lian F, Schimmenti L, LeRoy BS. Parents' perceptions of autism spectrum disorder etiology and recurrence risk and effects of their perceptions on family planning: Recommendations for genetic counselors. J Genet Couns. 2009;18(5):507-519.

46. AbdulAzeez S, Al Qahtani NH, Almandil NB, Al-Amodi AM, Aldakeel SA, Ghanem NZ, et al. Genetic disorder prenatal diagnosis and pregnancy termination practices among high consanguinity population, Saudi Arabia. Sci Rep. 2019;9(1):17248.

47. Nkhoma L, Sitali DC, Zulu JM. Integration of family planning into HIV services: a systematic review. Ann Med. 2022;54(1):393-403.

48. Gotsche CI, Steyn PS, Narasimhan M, Rodolph M, Baggaley R, Kiarie JN. Integrating pre-exposure prophylaxis of HIV infection into family planning services: a scoping review. BMJ Sex Reprod Health. 2023;49(3):210-218.

49. Zhao J, Xuan Y, Zhang Y, Hong X, Zhang H, Zhang R, et al. Assessment of prior infection with hepatitis B virus and fecundability in couples planning pregnancy. JAMA Netw Open. 2023;6(8):e2330870.

50. Monteiro IP, Azzi CFG, Bilibio JP, Monteiro PS, Braga GC, Nitz N. Prevalence of sexually transmissible infections in adolescents treated in a family planning outpatient clinic for adolescents in the western Amazon. PLoS One. 2023;18(6):e0287633.

51. Kumar R, Anwar M, Naeem N, Asim M, Kumari R, Pongpanich S. Effect of health education on knowledge, perception, and intended contraceptive use for family planning among university students in Pakistan. Sci Rep. 2024;14(1):28474.

52. Farid H, Siddique SM, Bachmann G, Janevic T, Pichika A. Practice of and attitudes towards family planning among South Asian American immigrants. Contraception. 2013;88(4):518-522.

53. Agbemenu K, Mencia JJ, de Rosa C, Aidoo-Frimpong G, Ely G. Family planning research in African immigrant and refugee women: a scoping review. J Transcult Nurs. 2022;33(3):416-426.

54. Newbold KB, Willinsky J. Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. Cult Health Sex. 2009;11(4):369-382.

55. Obisie-Nmehielle N, Kalule-Sabiti I, Palamuleni M. Factors associated with knowledge about family planning and access to sexual and reproductive health services by sexually active immigrant youths in Hillbrow, South Africa: a cross-sectional study. Reprod Health. 2022;19(1):169.

56. Yalçin SS, Erat Nergiz M, Elci ÖC, Zikusooka M, Yalçin S, Sucakli MB, Keklik K. Breastfeeding practices among Syrian refugees in Turkey. Int Breastfeed J. 2022;17(1):10.

57. Cifci S, Icke S, Hakimi S. Unmet need for family planning among Syrian migrant women living in Turkey and its determinants. Contracept Reprod Med. 2024;9(1):30.

58. Doğan M, Özdemir F, Çam ŞD. Effect of migration on fertility and family planning: The case of Kayseri in Türkiye. Medicine (Baltimore). 2024;103(50):e40716.

59. Verma P, Singh KK, Singh A, Srivastava U. Population control under various family planning schemes in Uttar Pradesh, India. Genus. 2019;75(1):8.

60. Götmark F, Andersson M. Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. BMC Public Health. 2020;20(1):265.

61. Bendix D, Schultz S. The political economy of family planning: Population dynamics and contraceptive markets. Dev Change. 2018;49(2):259-285.

62. Fehring RJ, Schneider M. Effectiveness of a natural family planning service program. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017;42(1):43-49.

63. Sultan S. The effects of education, poverty, and resources on family planning in developing countries. Clin Mother Child Health. 2018;15(1):3-6.

64. Teal S, Edelman A. Contraception selection, effectiveness, and adverse effects: a review. JAMA. 2021;326(24):2507-2518.

65. Demir O, Ozalp M, Sal H, et al. Evaluation of the frequency of coitus interruptus and the effect of contraception counselling on this frequency. J Obstet Gynaecol. 2021;41(3):453-458.

66. Simetinger G. A qualitative study of sexuality and contraceptive choice among women using withdrawal. Int J Impot Res. 2025;1-5.

67. Pasha K, Ali H. Modern vs. Traditional Family Planning Methods: The Role of Spousal Communication in Decision-Making in Khyber Pakhtunkhwa. Reg Lens. 2025;4(1):16-23.

68. Mbwete RI. The Assessment of the Role of Traditional Methods of Family Planning Within the Household in Coastal Communities of Tanzania. East Afr J Humanit Soc Sci. 2025;4(1):220-233.

69. Keskin Töre F, Ağralı C, Nacar G. Changes in family planning methods and sexual behaviors after Türkiye's earthquake and the effect on quality of sexual life. Am J Fam Ther. 2024;52(5):537-551.

70. Bassas RA, Alharbi MS, Al Harbi SS. Fertility Awareness-Based Methods for Family Planning: A Systematic Review. Cureus. 2025;17(6).

71. Msokwe D. Determinants of Family Planning Method Use in Ilala Municipality, Dar es Salaam, Tanzania. New Ideas Concerning Arts Soc Stud. 2025;1:31-48.

72. Nazik F, Mumcu Ş, Sönmez M, et al. 15–49 yaş evli kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Ordu Üniv Hemşirelik Çalışmaları Derg. 2021;4(3):326-336.

73. Han L, Taub R, Jensen JT. Cervical mucus and contraception: what we know and what we don't. Contraception. 2017;96(5):310-321.

74. Najmabadi S, Schliep KC, Simonsen SE, et al. Cervical mucus patterns and the fertile window in women without known subfertility. Hum Reprod. 2021;36(7):1784-1795.

75. Padilha T, Deretti EA. Billings Ovulation Method: between efficacy and lack of knowledge. Rev Bioética. 2021;29:208-219.

76. Corniawati I, Setiadi R, Rahmawati E, Wati R. Billings Ovulation Method Intervention as a Contraceptive Method. Int Conf Midwifery. 2021;1(1):106-111.

77. Zhu TY, Rothenbühler M, Hamvas G, et al. The accuracy of wrist skin temperature in detecting ovulation compared to basal body temperature. J Med Internet Res. 2021;23(6):e20710.

78. Capotosto MP. An integrative review of fertility knowledge and fertility-awareness practices. Nurs Womens Health. 2021;25(3):198-206.

79. Danis PG, Kurz SA, Covert LM. Medical students' knowledge of fertility awareness-based methods of family planning. Front Med (Lausanne). 2017;4:65.

80. Widman L, Evans-Paulson R, Maheux AJ, et al. Identifying the strongest correlates of condom use among US adolescents. JAMA Pediatr. 2025.

81. Hariyadi AM, Putry MF, Sanusi SR, et al. A meta-analysis of gender, marital status, and residence on condom use among adults. J Matern Child Health. 2025;10(2):59-72.

82. Shen Y, Zhang C, Valimaki MA, et al. Why do men who have sex with men practice condomless sex? BMC Infect Dis. 2022;22(1):850.

83. Shallie PD, Haffejee F. Knowledge and use of the female condom among Nigerians. Afr Health Sci. 2021;21(3):1362-1374.

84. Coelingh Bennink HJ, van Gennip FA, Gerrits MG, et al. Health benefits of combined oral contraceptives. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2024;29(2):40-52.

85. Smith H. Safety and efficacy of progestin only and combination oral contraceptives. 2024.

86. White K, Potter JE, Hopkins K, et al. Contraindications to progestin-only oral contraceptive pills. Contraception. 2012;86(3):199-203.

87. De Melo NR. Estrogen-free oral hormonal contraception. Womens Health. 2010;6(5):721-735.

88. Haakenstad A, Angelino O, Irvine CM, et al. Measuring contraceptive method mix. Lancet. 2022;400:295-327.

89. Islam B, Jannat T, Begum A, et al. Evaluation of subdermal birth control implants. Mediscope. 2022;9(2):60-67.

90. Soares JT, Marcelino AC, da Cunha Pereira P, et al. Contraceptive implants removal. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2025;30(5):282-290.

91. Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, et al. Progestin vs copper intrauterine devices for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(2).

92. Svahn S, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Ekstrand Ragnar M. Women's concerns regarding hormonal contraception and copper IUDs. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2021;26(6):473-478.

93. Nwala A, Udoh E, Anyanti J, Fajemisin A. Continuation and user satisfaction of LNG-IUS in Nigeria. Gates Open Res. 2022;6:4.

94. Bastianelli C, Farris M, Rosato E, et al. Different doses of LNG-IUS: real-world data. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2022;27(1):16-22.

95. Schwarz EB, Lewis CA, Dove MS, et al. Comparative effectiveness of IUC and tubal ligation. J Gen Intern Med. 2022;37(16):4168-4175.

96. Folch BM, Betstadt S, Li D, Whaley N. The rise of female sterilization in Colombia. Matern Child Health J. 2017;21(9):1772-1777.

97. World Health Organization. Family planning. 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

98. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. Contraception Policy Atlas Europe 2024. 2024. Available from: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-02/CCInfoEU_A3_EN_2024_FEB12_0.pdf

99. Zhu Z. The evolution of China's policy for family planning. SHS Web Conf. 2024;181:03007.

100. Singh SK, Kashyap GC, Sharma H, Mondal S, Legare CH. Changes in discourse on unmet need for family planning among married women in India: evidence from NFHS-5 (2019–2021). Sci Rep. 2023;13(1):20464.

101. Yemane TT, Bogale GG, Egata G, Tefera TK. Postpartum family planning use and its determinants among women of the reproductive age group in low-income countries of sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. Int J Reprod Med. 2021;2021:5580490.

102. Esteve A, Castro-Martín T, Castro Torres AF. Families in Latin America: trends, singularities, and contextual factors. Annu Rev Sociol. 2022;48:485-505.

103. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri. Aile Planlaması. 2017. Available from: https://aegmtal.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/35/06/745822/dosyalar/2021_04/22104922_26215208_Aile_PlanlamasY.pdf

104. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi. Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Home/GetDocument/322

105. Avcı S, Mutlu S, Yigit F. Evli kadınların aile planlaması yöntem tercihlerine etki eden faktörler. Ebelik Sağlık Bilimleri Derg. 2021;4(2):128-138.

106. Aydemir EI, Sarıçoban S. Türkiye'de yaşayan 15–49 yaş arası kadınların doğurganlık ve aile planlaması tercihleri. Institute Health Sci J. 2023;8(2):124-129.

107. Karakaş S, Gürsoy Z. Türkiye'de hemşirelik alanında aile planlamasına ilişkin yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Androloji Bülteni. 2022.

108. Tyler CW Jr. Family planning and the primary care physician. Postgrad Med. 1977;61(4):185-192.

109. González AR, Soldevila MG, Villuendas AS, Arús MS, Torres JC, Amorós ML. Family planning: a need in primary care. Aten Primaria. 1991;8(5):387-391.

110. Goodkind D, Lollock L, Choi Y, McDevitt T, West L. The demographic impact and development benefits of meeting demand for family planning with modern contraceptive methods. Glob Health Action. 2018;11(1):1423861.

111. Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. J Gen Intern Med. 2011;26(7):731-736.

112. Arrowsmith ME, Majeed A, Lee JT, Saxena S. Impact of pay for performance on prescribing of long-acting reversible contraception in primary care: an interrupted time series study. PLoS One. 2014;9(4):e92205.

113. Schreiber CA, Harwood BJ, Switzer GE, Creinin MD, Reeves MF, Ness RB. Training and attitudes about contraceptive management across primary care specialties: a survey of graduating residents. Contraception. 2006;73(6):618-622.

114. Hristova-Atanasova E, Iskrov G, Stefanov R. Family planning and preconception care service management: the key role of Bulgarian GPs. Healthcare (Basel). 2024;12(11):1096.

115. Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Varol ZS. Access to primary health care family planning services and contraceptive use in disadvantaged women: a qualitative study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(5):327-333.

116. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Coenen S, Debaene L, Meulemans H, et al. Empowering patients or general practitioners? A randomised clinical trial to improve quality in reproductive health care in Belgium. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010;15(4):280-289.