

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL DAVRANIŞLARI,
ACİL KONTRASEPSİYONA İLİŞKİN BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİLİZ ÜNAL KÖKSAL

TEZ DANIŞMANI
ÖĞR.GÖR.DR. AYTEN ŞENTÜRK ERENEL

ANKARA
KASIM-2009

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL DAVRANIŞLARI,
ACİL KONTRASEPSİYONA İLİŞKİN BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİLİZ ÜNAL KÖKSAL

TEZ DANIŞMANI
ÖĞR.GÖR.DR. AYTEN ŞENTÜRK ERENEL

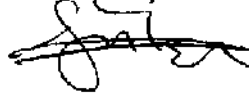
ANKARA
KASIM-2009

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

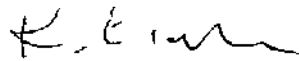
**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi 29/11/2009

**İmza
Prof.Dr.Gülşen VURAL
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**İmza
Prof.Dr.Kafiye EROĞLU
Yakın Doğu Üniversitesi**



**İmza
Öğr.Gör.Dr.Ayten ŞENTÜRK ERENEL
Gazi Üniversitesi**



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	VI
ÇİZELGELER DİZİNİ	VIII
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Kavramları	9
2.2. Adölesan/Gençlik Cinsel Sağlığı	11
2.2.1. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme	13
2.2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim	14
2.3. Adölesanların Karşılaştıkları Sağlık Sorunları	15
2.3.1. Adölesanların Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığına İlişkin Sağlık Sorunları	16
2.4. Aile Planlaması	23

2.4.1. Adölesan Dönemde Kullanılabilen Aile Planlaması Yöntemleri	25
2.5. Acil Kontrasepsiyon	26
2.5.1. Acil Kontrasepsiyon Tanımı.....	26
2.5.2. Acil Kontrasepsiyonun Tarihçesi	27
2.5.3. Acil Kontrasepsiyon Yöntemleri.....	28
2.5.3.1. Hormonal Yöntemler	28
2.5.3.1.a. Kombine Oral Kontraseptifler	28
2.5.3.1.b. Yüksek Doz Östrojenler.....	32
2.5.3.1.c. Yalnız Progestin Hapları (Levonorgestrel	33
2.5.3.1.d. Danazol	34
2.5.3.1.e. Mifepriston (RU-486)	34
2.5.3.2. Mekanik Yöntemler	37
2.5.3.2.a. Postkoital Rahim İçi Araç (RİA) Uygulaması	37
2.5.3.2.b. Menstrüel Regülasyon (MR)	38
2.5.4. Acil Kontrasepsiyon Uygulamaları	39
2.5.4.1. Acil Kontrasepsiyon Endikasyonları	39
2.5.4.2. Acil Kontrasepsiyon İçin DSÖ Uygunluk Kriterleri ..	40
2.5.4.3. Yöntem Sunumu	41
2.5.4.4. Acil Kontrasepsiyon Kullanımına İlişkin Sorunlar ...	42

2.5.4.4.a. Ürünle İlgili Yetersizlikler	42
2.5.4.4.b. Hizmet Sunumuyla İlgili Yetersizlikler	43
2.5.4.4.c. Yöntemi Kullananlarla İlgili Sorunlar	44
2.6. Adölesan Dönemde Cinsel Sağlık ve Hemşirelik	46
3. MATERYAL VE YÖNTEM	49
3.1. Araştırmanın Şekli	49
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	49
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	51
3.3.1. Araştırmanın Evreni	51
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	51
3.3.2.1. Örneklem Yöntemi	52
3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	56
3.4. Verilerin Toplanması	56
3.4.1. Veri Toplama Araçları	57
3.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	57
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	58
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	59
4. BULGULAR	60
5. TARTIŞMA	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	119

6.1. Sonuçlar	119
6.2. neriler	125
7. ÖZET	126
8. SUMMARY	128
9. KAYNAKLAR	130
10. EKLER	155
Ek-1 Veri Toplama Formu	155
Ek-2 İzin Yazısı	162
11. TEŞEKKÜR	167
12. ZGEÇMiŐ	168

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

4.1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 61

Tablo: 4.1.1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.61

4.2. Öğrencilerin Cinsel Yaşamları ve Gebelikten Korunmak Amacıyla Kullandıkları Yöntemlerine İlişkin Bulgular 63

Tablo: 4.2.1. Öğrencilerin Cinsel Deneyime Sahip Olma ve İlk Cinsel Deneyim Sırasında Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları 63

Tablo: 4.2.2. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Cinsel Yaşantılarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı 65

Tablo: 4.2.3. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Cinsel Deneyim Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı 66

Tablo: 4.2.4. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İlk Cinsel İlişkide Gebelikten Koruyucu Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı .. 69

Tablo: 4.2.5. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Düzenli Cinsel Yaşantısı Olma Durumları 73

Tablo: 4.2.6. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Gebelik Öyküsü Olma Durumlarına Göre Dağılımı 75

4.3. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi Sahibi Olma, Görüş ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular 77

Tablo: 4.3.1. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bazı Özellikleri .. 77

Tablo: 4.3.2.a. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar 79

Tablo: 4.3.2.b. Öğrencilerin Hormonal Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin İstenmeyen Etkilerine İlişkin Yanıtları	80
Tablo: 4.3.3. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Görüşleri	81
Tablo: 4.3.4. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Kavramını Duyma Durumları	83
Tablo: 4.3.5 Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu İfade Etme Durumları .	85
Tablo: 4.3.6. Acil Kontrasepsiyon Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu İfade Eden Öğrencilerin Bilgilerini Yeterli Hissetmelerine İlişkin Görüşlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	87
Tablo: 4.3.7. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Almayı İsteme Durumu	89
Tablo: 4.3.8. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerini Kullanma Durumları	91
Tablo: 4.3.9. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyonun Tanımına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	93
Tablo: 4.3.10. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hormonal Acil Kontraseptif İlaçların Kullanımını Bilme Durumları	95

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No</u>	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 1: Yuzpe Yönteminin Kullanım Kuralları	31
Çizelge 2: Değişik protokollerde mifepristone kullanımı	36
Çizelge 3: Acil Kontrasepsiyon Amacıyla Kullanılan Oral Kontraseptif İlaçlar	41
Çizelge 4: Acil Kontrasepsiyondan Sonra Kullanılabilecek Yöntemler	42
Çizelge 5: Bölümlere Göre Toplam ve Örneklem Alınacak Öğrenci Sayısı	54
Çizelge 6: Fakülte, Yüksekokul, Meslek Yüksekokullarında Bulunan Öğrencilerin Sınıflara Göre Dağılımı	55
Çizelge 7: Fakülte, Yüksekokul, Meslek Yüksekokullarında Bulunan Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	55

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)
AK	: Acil Kontrasepsiyon
AP	: Aile Planlaması
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CS/ÜS	: Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı
Cu RİA	: Bakırlı Rahim İçi Araç
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DES	: Dietilstilbestrol
DMPA	: Depot Medroxy Progesterone Acetate (Depot Medroksi Progesteron Asetat)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EE	: Ethinil Estradiol
EEK	: Enjekte Edilen Kontraseptifler
GÜ	: Gazi Üniversitesi
ICC	: International Children's Center (Uluslararası Çocuk Merkezi)
ICPD	: International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
KİK	: Kombine İnjekte Edilen Kontraseptifler

- KOK** : Kombine Oral Kontraseptif
- LGV** : Lenfoganüloma Verenum
- LNG-RİA** : Levonergestrollü Rahim İçi Araç
- MR** : Menstrüel Regölasyon
- MYO** : Meslek Yüksek Okulu
- NET-EN** : Norethisteron Enanthate
- RİA** : Rahim İçi Araç
- RU-486** : Mifepristone
- SPH** : Sadece Progesteron İçeren Haplar
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- HIV/AIDS** : Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü/Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönem, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı bir dönemdir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arasını “Adölesan” dönem, 10-24 yaş arasını ise “Gençlik” dönemi olarak tanımlamaktadır.² Birleşmiş Milletler Örgütü’ne göre ise adölesan; 15-25 yaşları arasında, öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişi olarak tanımlanmaktadır.^{1,3} Bireyin yaşantısında önemli bir gelişimsel dönem olarak yer alan bu dönemde adölesanda, bilişsel ve psikososyal değişimin yanında fiziksel büyüme ve cinsel gelişme yaşanmakta, cinsiyet rolleri keşfedilmektedir.³ Adölesan dönemde, üreme fonksiyonlarının gelişmesi ve adölesanın cinsel yönden aktif olmasıyla birlikte üreme sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır.⁴

Adölesanların üreme sağlığı sorunlarına ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD)’nda dikkat çekilmiştir.⁵ Konferansta Üreme Sağlığı kapsamında, adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, insan immün yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus, HIV), akkiz immün yetmezlik sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) gibi konulara yer verilmiştir. Konferansta ayrıca adölesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına, hastalıklardan korunmasına ve

doğru cinsel davranış kazandırılmasına yönelik hizmetler verilmesi de planlanmıştır.^{2,5} Adölesan sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla DSÖ tarafından 1994 yılında yapılan çalışmada, adölesanların sağlık problemleri arasında ilk sıralarda sigara, alkol kullanımı, madde bağımlılığı ve cinsel sağlık sorunlarının bulunduğu belirlenmiştir.⁶ Kültürlere ve cinsiyetlere göre cinsel olarak aktif olma yaşı farklılıklar göstermekle birlikte adölesan dönem, üreme yeteneğinin başladığı ve geliştiği dönemdir.^{7,8} Cinsel yönden aktif olma davranışı ve ilk cinsel ilişki deneyimi genellikle adölesan dönemde ve yeterli cinsel bilgi olmaksızın yaşanmaktadır.⁹ Karaduman'ın belirttiğine göre Amerika'da yapılan bir çalışmada, erkeklerde ilk cinsel ilişki yaşı 15, kızlarda 17'dir.¹⁰ Başka bir çalışmada ise; ABD'deki genç kadınların % 45'inin evlilik öncesi cinsel deneyimleri olduğu ve bu sayının son 10 yılda % 15'lik bir artış gösterdiği belirtilmektedir.¹¹ Ülkemizde Özcebe ve Akın'ın üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, erkek öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün, kız öğrencilerin ise dörtte birinin aktif cinsel yaşantısı olduğu, ilk cinsel ilişki yaşının erkeklerde ortalama 17.2, kızlarda ise 19.9 olduğu saptanmıştır.¹² Yanıkkörem, öğrencilerin % 51.7'sinin cinsel deneyimi bulunduğunu ve ilk cinsel deneyim yaşının ortalama 17.6 olduğunu belirlemiştir.¹³

Gençlerde cinsel yönden aktif olma davranışı giderek yaygınlaşmakta olup, ilk cinsel deneyim erken yaşlara kaymaktadır. Buna karşın cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği gençlerin istenmeyen gebelikler yaşamasına neden olmaktadır. Genç yaşta yaşanan istenmeyen gebelikler özellikle gelişmiş ülkelerde sık görülmesine karşın, evlilik yaşının düşük olmasından dolayı gelişmekte olan ülkelere de sağlığı tehdit eden bir sorun olarak kabul edilmektedir.¹⁴ Her yıl dünyada 1000 adölesan kadından 63'ünün doğum yaptığı ve 17 milyon bebek dünyaya geldiği belirtilmektedir.¹⁵ Adölesan gebelikler ve doğumlar, hem anne hem de bebek için yüksek oranda mortalite ve

morbidite riskini beraberinde getirmektedir. Ayrıca ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına da neden olmaktadır.^{9,16,17,18,19} Ayrıca özellikle gelişmekte olan ülkelerde gençlerin cinsel aktivite yaşının daha erken yaşlara kayması gençlerin erken yaşta evlenmesine neden olmaktadır.^{9,17,18,19} Bunların sonucunda da çeşitli sağlık ve sosyal riskler yaşanmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki ergenlerde gebelik riski, gelişmiş ülkelerdeki ergenlere göre daha fazladır. Bunun nedeni genellikle cinsellikle ilgili bilgilerin güvenilir olmayan kaynaklardan edinilmesi ve cinsel konuların ebeveynler ile konuşulmamasıdır. Gelişmiş ülkelerde genellikle cinsel yönden aktif olan kişilere üreme sağlığı sorunlarını önlemek amacıyla eğitimler yapılmaktadır. Genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif fırsatlar gebe kalma riskini azaltmaktadır.^{20,21} Buna karşın DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelere ait verilerinde, adölesanların cinsel konularda bilgi kaynakları arasında ilk sıralarda arkadaş ve medyanın yer aldığı, öğretmen ve sağlık personelinden bilgi alanların nadir olduğu ve ebeveynlerin cinsellikle ilgili öncelikle başvurulacak kaynak olmadığı belirlenmiştir.⁶ Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kızların menstruasyon ve gebelik gibi konularda daha çok annelerinden, cinsel ilişki ve kontrasepsiyon konularında ise çoğunlukla arkadaşlarından bilgi aldığı belirlenmiştir.^{19,22-24}

Adölesanların, cinsellik ve gebelikten korunma yöntemleri konularında bilgi eksikliği olması, üreme sağlığı sorunlarının görülme sıklığının yüksek olmasına neden olmaktadır.¹⁰ Dünyada her yıl 15 milyon adölesanın gebe kaldığı ve bu gebeliklerin büyük bir bölümünün istenmeyen gebelikler olduğu belirtilmektedir.²⁵ İstenmeyen gebeliklerin genellikle uygun olmayan koşullarda sonlandırıldığı ve adölesanlarda

yüksek oranda ölüm ve hastalıklara neden olduğuna dikkat çekilmektedir.¹⁰ Dünyada sağlıklı ve güvenli olmayan koşullarda yapılan kürtajların yaklaşık üçte birinin 20 yaşın altında olduğu belirtilmektedir.^{25,26} Ülkemizde de 15-19 yaş grubundaki kadınlarda, isteyerek düşük yapma oranının yüz binde 12 olduğu belirtilmektedir.²⁷ Kenya'da yapılan çalışmada yasal ve güvenli olmayan yollarla her gün 700 adölesan kadının düşük yaptığı saptanmıştır.²⁸

Adölesanların istenmeyen gebelik oranının yüksek olmasının nedenleri; cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanılmaması, etkili yöntem kullanılmaması veya yöntemin doğru kullanılmamasıdır.²⁹ DSÖ'nün belirttiğine göre adölesanlar tarafından kullanılabilir kontraceptif yöntem seçeneği oldukça fazladır.³⁰ Buna karşın adölesanlarda yöntem kullanımı yaygın değildir. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası'nda belirtildiğine göre; ülkemizde cinsel ilişki sırasında erkek adölesanların % 57'si, kız adölesanların % 52'si her hangi bir kontraceptif yöntem kullanmamaktadır.¹⁷ Bakar ve arkadaşları; adölesanların % 29.8'inin ilk cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanmadığını, % 29.8'inin geri çekme yöntemini, % 34'ünün kondom kullandığını belirlemişlerdir.³¹

Kontraceptif bir yöntem olmamakla birlikte acil kontrasepsiyon (A.K.) gebelik riski altında olan adölesanlarda istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılabilir yöntemlerden birisidir.²⁹ Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG)'ne göre A.K.; korunmasız cinsel ilişki sonrası (tecavüz dahil) gebeliği önlemek için yapılan bir tıbbi müdahaledir.³² A.K. amacıyla hormonal olmayan ve hormonal yöntemler kullanılmaktadır. Rahim içi araç (RİA) ve menstrüel regülasyon (MR) hormonal olmayan acil kontraceptif yöntemlerdir. Mifepristone, yuzpe

rejimi (doğum kontrol hapları) ve sadece progestin (LNG) içeren haplar ise hormonal acil kontrasepsiyonda kullanılan yöntemlerdir.³² Hormonal acil kontraseptiflerin kullanılması üç şekilde olmaktadır. Bunlar; östrojen+progesteron içeren hapların kullanımı, yüksek doz östrojen içeren hap kullanımı ve yalnızca progesteron içeren hap kullanımıdır. Acil kontrasepsiyonun etkili olabilmesi için kullanılan hormonal kontraseptiflerin korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınması gerekmektedir.³³

A.K. adölesanlarda istenmeyen gebelikleri önlemek için önemli bir fırsattır.^{34,35} Korunmasız bir cinsel ilişki sonrası sağlıklı bir çiftte gebe kalma riski ortalama % 8 iken, A.K. yöntemleri uygun ve doğru kullanıldığında bu risk % 75 azalmaktadır.^{32,36,37} Bundan dolayı literatürde, A.K. yöntemlerinin gençlik döneminde ortaya çıkabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve istemli düşüklüğün % 60 azaltılmasında güvenilir bir yöntem olarak kullanılabileceği vurgulanmaktadır.^{10,34} Buna karşın gençlerin A.K. kullanma durumları, konuya ilişkin bilgi ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda yöntemi bilme ve kullanım oranları farklılık göstermekle birlikte, genellikle düşük olduğu belirlenmiştir. Finlandiya’da yapılan bir çalışmada, gençlerin yetişkinlere göre A.K. yöntemlerini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.³⁸ Jamaika’da üniversite öğrencilerinin % 84’ünün A.K. yöntemlerini duyduğu fakat konuya ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.³⁹ Tokuç ve arkadaşlarının hemşirelik bölümü öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 77.4’ünün⁴⁰, Eskiocak ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada % 76’sının daha önce A.K. yöntemlerini duydukları belirlenmiştir.⁴¹ Şen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; öğrencilerin % 65.8’inin “ertesi sabah hapi” ifadesini duydukları belirlenmiştir. Buna karşın öğrencilerin; % 58.9’unun A.K. yöntemlerinin

kullanıldığı durumları, % 69.5'inin de A.K. yöntemlerinin uygulama zamanını bilmedikleri saptanmıştır.⁴²

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde bu kadar etkili olan acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi yetersizliği, ön yargılar, yanlış inanış ve tutumlar kullanımını olumsuz etkileyen faktörlerdir.⁴³ Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'nde, gebeliğini sona erdirmek isteyen genç kızların bir kısmının acil kontrasepsiyonu bildikleri ve gebelik riskinin farkında oldukları halde işi şansa bıraktıkları belirtilmektedir.³³ Uzuner'in belirttiğine göre, istenmeyen gebelikleri önlemek için A.K. yöntemlerinin kullanılmamasının en önemli nedenleri arasında, yöntemin düşük yaptırıcı olarak algılanması, uzun dönemde kadın sağlığını ve doğurganlığı olumsuz etkileyeceğine ilişkin bilgi eksikliği ve görüşler bulunmaktadır.⁴⁴

Acil kontrasepsiyona ilişkin adölesanların ön yargılarının ve yanlış bilgilerinin giderilmesinde, sağlık personeline ve özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireliğin temel amaçlarından birisi, risk altında bulunan ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi olan birey, aile ya da grupların kendi sağlık gereksinimlerini belirlemelerine yardım etmek ve soruna yönelik uygun çözüm yollarını geliştirmelerine katkıda bulunmaktır. Hemşireler bu doğrultuda her hangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan, gebelik riski altında olan adölesanlara gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin etkili danışmanlık yapmalıdır. Yapılan çalışmalarda, gençlerin üreme sağlığı ve cinselliğe ilişkin eğitimlerinde hemşirelerin büyük rol oynadığı vurgulanmaktadır.^{10,33,35} Üreme sağlığı kapsamında risk grubunu oluşturan adölesanlar genellikle gebelikten koruyucu yöntemler konusunda yeterince bilgi sahibi değildirler ya da bilginin nereden, nasıl ve ne zaman alınacağını bilmemektedirler.^{45,46} Adölesanlarda istenmeyen/planlanmamış

gebelikler yaygın görülen bir problem olmasına karşın önlenmesi mümkün olan durumlardır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde birinci seçenek etkin gebelikten koruyucu yöntemlerin kullanılması olmalıdır. Ancak bunun gerçekleşmediği durumlarda veya yöntem başarısızlığında AK yöntemleri kullanılmalıdır.³³ Hemşireler, adölesanlara korunmasız cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kontraseptif yöntemler konusunda bilgi vermelidir.⁴⁷ Bu amaç doğrultusunda hemşireler, öncelikle gençlerin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemelidir. Daha sonra gebelikten koruyucu yöntemler hakkında danışmanlık hizmetini planlayıp uygulayabilmelidir.¹⁰ Danışmanlıkta, A.K.'un gebelikten koruyucu bir yöntem seçeneği olarak kullanılmaması gerektiği, sadece acil durumlarda istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kullanılması gerektiği vurgulanmalıdır. A.K. danışmanlığı yapan hemşireler, durumun zor ve stresli olduğunu unutmamalıdır. Hemşire, adölesana saygı duymalı, gereksinimlerine cevap verebilmeli, destek olmalı, sözel veya sözel olmayan iletişimde adölesana özelliklerinden dolayı yargılamadan bakım vermesi gereklidir. Hemşire, adölesana danışmanlık yapmalı ve her türlü mahremiyetine saygı göstererek hizmet sunmalıdır.^{33,35}

1.2. Araştırmanın Amacı

Cinsel sağlık, adölesan sağlığını etkileyen faktörlerden birisidir. Korunmasız cinsel deneyim ve istenmeyen gebelikler adölesan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişkiden sonra sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılan yöntemleri kapsamaktadır. Bu nedenle adölesanlara istenmeyen gebelikler ve buna bağlı sağlık risklerini önlemek için A.K. yöntemleri hakkında bilgi verilmesi önemlidir. Adölesanların A.K.

yöntemi hakkında bilgi ve uygulamalarının saptanması, verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi açısından gereklidir. Bu nedenle araştırma, Gazi Üniversitesi öğrencilerinin cinsel davranışları, acil kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi ve görüşlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Kavramları

Üreme sağlığı kavramı, ilk kez 1994 yılında Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda ifade edilmiş ve birçok ülke tarafından kabul gören bir kavram olmuştur. Kahire Konferansı'nın en önemli işlevi üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel sağlık kavramlarını temel bir çerçeveye yerleştirerek, bu kavramları bir bütün olacak şekilde tanımlaması olmuştur.^{25,48}

DSÖ'nün geliştirdiği ve ICPD'de onaylanan tanıma göre üreme sağlığı, "üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır". Aynı zamanda üreme sağlığı, "insanların tatmin edici, güvenli cinsel yaşam, üreme yeteneğine sahip olmaları ve üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir". Üreme sağlığı kadın-erkek, genç-yaşlı tüm bireyler için temel hak olup, yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştiren cinsel sağlığı da içermektedir.^{16,20,49,50}

Üreme sağlığı, yaşam siklusu yaklaşımı ile yaşamın tüm evrelerinde ve her iki cinsiyet için ele alınmaktadır. Bu kavram; çocuğun yaşatılmasına, adölesan sağlığına ve gelişmesine, kadınların ve erkeklerin cinsellik ve üremeye ilişkin sağlıklarına bir bütün olarak yaklaşımı simgelemektedir.^{22,50} Kadınların ve erkeklerin yaşam boyu

karşılaşılabilecekleri üreme/cinsel sağlık sorunları sağlıksız cinsellik, erken gebelik, HIV, CYBH, cinsel şiddet, paralı seks, anne ve neonatal ölümleri ve hastalıkları, kısırlık, beslenme yetersizliği, anemi, üreme organı kanserleri ve osteoporoz olarak belirtilmektedir.^{22,25} Üreme sağlığı ve cinsel sağlık sorunları özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm ülkelerde ve her iki cinsiyette, erişkinlerde olduğu kadar gençlerde/adölesanlarda da yaygındır.²²

Kahire Eylem Planı'nda ele alınan kavramlardan biri de üreme haklarıdır. Plana göre; "üreme hakları, tüm çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına, hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın, özgürce ve sorumlulukla karar verme, bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişme haklarını içermektedir".^{16,22}

İnsan varlığını ve türünü denge içinde sürdürmek zorundadır. Cinsellik kavramı, bireyin hem üremesini sağlayan, hem de yaşamının psikolojik, sosyolojik ve kültürel yönünü etkileyen, doğumundan ölümüne kadar yaşamını bütünleyen önemli bir parçadır.⁵¹ Cinsellik; yaşam boyunca insan olmanın merkezi bir yönü olarak kabul edilmektedir. Cinsellik, cinsel kimlik ve roller, cinsel haz ve üremeyi kapsar. Düşünceleri, fantezileri, arzuları, inançları, görüşleri, değerleri, davranışları, uygulamaları, rolleri ve ilişkileri ifade eder. Cinsellik, bu boyutların hepsini kapsarken psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, ahlaki, yasal, tarihsel, dinsel ve ruhsal faktörlerden etkilenmektedir.⁵²

Cinsel sağlık, genel sağlığın içinde önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkiye pozitif ve saygılı yaklaşımı ve cinsel haz almak kadar; zorlama, fark gözetme ve şiddetten uzak, güvenli cinsel deneyimler yaşamayı gerektirmektedir.⁵² DSÖ cinsel sağlığı, cinsel yaşamın bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi, güçlenmesi olarak tanımlamaktadır.^{16,23,53}

2.2. Adölesan/Gençlik Cinsel Sağlığı

Adölesan, Latince “olgunlaşmak”, “büyümek” anlamındadır. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönem, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı bir dnemdir¹. Adölesan kavramı tanımı, gruplandırılması ve yaş dilimleri içindeki yerinin saptanması açısından, değişik toplumlarda ve dönemlerde farklı yaklaşımlarla ele alınmıştır. Adölesan yaş grubu için kaynaklarda yaş sınırlaması getirilse de, bu dönemi kesin yaş sınırı ile tanımlamak zordur. Ancak adölesan dönemle ilgili birçok tanım yapılmıştır.²³ DSÖ, 10-19 yaş arasını “Adölesan” dönem, 10-24 yaş arasını ise “Gençlik” dönemi olarak tanımlamaktadır.² Birleşmiş Milletler rgt’ne göre ise adölesan; 15-25 yaşları arasında, öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişi olarak tanımlanmaktadır.^{1,3}

Ergenlik dönemi bazı kuramcılara göre de daha farklı tanımlanmıştır. Çelen'in belirttiğine göre; G. Stanley Hall, ergenlik dönemini, insanlığın vahşilik ve uygarlık arası evresinin bir özümsemesi olarak tanımlamıştır. Ergenlik çağındaki gencin yabanilikle uygarlık arasında bir yerde olduğuna inanan Hall, ergenliği bir stres ve fırtınalar dönemi olarak nitelendirmiştir.²⁷

Çelen'in belirttiğine göre; Ericson ise ergenliği, "Kimliğe Karşı Kimlik Karmaşası" dönemi olarak tanımlamaktadır. Çocukluğunda sağlıklı psikolojik ve cinsel özdeşimler kuramamış bir kısım genç, yeni kimliğini oluşturma sürecinde kendi gerçek kimliğinin ne olduğu konusunda karmaşaya düşebilir. Başkaları tarafından algılanma biçimi ile kendini algılaması arasında çatışma yaşayabilmektedir²⁷, diye düşünmüştür.

Adölesan yaş dönemi bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak tanımlanabilmektedir. Adölesan döneminde hızlı büyüme ve gelişme olmakla birlikte, gencin fiziksel, psikolojik ve toplumsal gelişimi değişik zaman evrelerinde olmaktadır.^{1,2,17,20,25,54,55} Geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönem aşağıdaki evreleri içerir,^{56,57}

- Puberte ve somatik büyümenin tamamlanması,
- Sosyal, ruhsal ve bilişsel hareketlerin somuttan soyuta gelişimi,
- Bağımsız kişilik oluşturma ve aileden ayrılma,
- Kariyer ve iş için hazırlanma evreleridir.

2.2.1. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme

Hipotalamus-hipofiz-gonadlar arasındaki aktivitenin fetal dönemde başladığı, erken çocukluk döneminde kısa bir süre aktif olduğu ve daha sonra adölesan döneme kadar hiç bir fonksiyon göstermediği bilinmektedir. Kadın ve erkekte cinsiyet hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsiyete özel bulguların ortaya çıkması puberte olarak tanımlanmaktadır. Pubertede salgılanan cinsiyet hormonları adölesanın cinsel ve duygusal davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Genel olarak kızlar 10-11 ve erkekler ise 12 yaş dolayında bu döneme girerler.^{2,7,57-60}

Kızların menstrüel sikluslarının başlama (menarş) yaşları da önemli bir değerlendirme kriteridir. Kızların menarş yaş ortalamasının 12.5 olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Erişkinlerin boy uzunluğunun % 20-25'i adölesan dönemde kazanılmaktadır. Kızlarda boyun uzama atağı 12-13 yaşları arasında iken, erkeklerde 14-15 yaşlarında olmaktadır. Adölesan döneminde kas-iskelet sistemi ve iç organlarda, el-bilek kemiklerindeki kıkırdak yapılarında kemikleşme olmakta ve kemikleşmede belirgin artışlar gözlenmektedir. Her iki cinsiyette de bağışıklık sisteminin önemli parçalarından olan lenf bezlerinde azalma olmaktadır Adölesan dönemde erkeklerde cilt altı yağ dokusunda azalma ve omuzlarda genişleme, kızlarda ise kalçada genişleme belirginleşir. Bu değişiklikler cinsiyet hormonlarının etkisi ile oluşmaktadır.^{2,7,57-60}

2.2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Adölesanlar arasında fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde olan farklılıklar gibi, psikososyal gelişimde de farklılıklar yaşanmaktadır. Biyolojik, sosyal, duygusal ve entellektüel büyüme birbirleri ile aynı dönemlere denk gelmemektedir. Adölesanların çoğunluğu psikososyal gelişimsel süreç içinde oluşan sorunları ile baş edebilmektedirler. Psikososyal gelişim süreci üç bölümde incelenmektedir. Bunlar; erken adölesan dönem (10-14 yaş), orta adölesan dönem (14-18 yaş) ve geç adölesan dönem (18-21 yaş)'dir.^{2,7,23,57,58,60,61}

Erken Adölesan Dönem (10-14 yaş): Erken adölesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir. Adölesanda, bedendeki hızlı değişimlere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları, değişikliklere ayak uyduramama, kendi vücuduna yabancılaşma, benlik saygısında azalma gibi duygular hakimdir.^{23,61}

Orta Adölesan Dönem (14-18 yaş): Bu dönemde fiziksel değişimler tamamlanmak üzeredir. Kişiliğin oluşması ve özerklik bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur. Orta adölesan dönemde daha yoğun duygular yaşanıp büyük amaçlar belirlenir. Akranların etkisi önemlidir. Adölesanın yaşadığı şaşkınlık ve korku yerini kabullenmeye bırakır. Bağımsız olma isteği, karşı cinse ilginin artması, saldırganlık davranışında azalma gibi davranış değişiklikleri gözlenir. Deneme dürtüsünün sonucu olarak yüksek riskli davranışlar görülebilir.^{23,61}

Geç Adölesan Dönem (18-21 yaş): Kişisel ve geleceğe dönük planlar, geç adölesan döneminin başlıca özelliklerini oluşturur. Adölesanın fiziksel değişikliklere ilişkin şüpheleri kaybolur. Cinsel kimlik gelişmiş, soyut düşünce yapısı tamamen yerleşmiştir.^{23,61}

2.3. Adölesanların Karşılaştıkları Sağlık Sorunları

Adölesan dönem, gençlerin yeni yetenekler edindiği ve birçok yeni durumla karşı karşıya kaldığı hızlı bir gelişme dönemidir. Bu dönem, sadece ilerleme için fırsatlar sunmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık ve iyilik konusundaki riskleri de beraberinde getirir.^{23,54}

DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından 1998’de 21. yüzyılın sağlık hedeflerini bildiren “Sağlık 21” (Health 21) adıyla bir rapor oluşturulmuştur.⁶² Aynı yıl Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından ergen sağlığı ile ilgili öncelikli hedefleri belirleyen “Sağlıklı Bireyler 2010” (Healthy People 2010) adıyla bir rapor hazırlanmıştır. İki raporda da dikkat çekilen ortak sorun, adölesan sağlığını etkileyebilecek riskli davranışların mevcut olduğudur.⁶³

Bu riskli davranışlardan bazıları;^{2,7,64}

- Adölesanların sigara, alkol ve uyarıcı/uyuşturucu madde kullanımı,
- Adölesan gebelikleri,
- Şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlıklar,

- İntihar sıklığında artış,
- Trafik kazalarına bağlı ölüm ve sakatlıklar,
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar,
- Aşırı kilo ve obezitedir.

2.3.1.Adölesanların Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığına İlişkin Sağlık Sorunları

Adölesan dönemde hormon düzeyindeki hızlı artışa bağlı olarak cinsel duyarlılık (eğilim) artmaktadır. Adölesanlar cinsellik ve cinsiyet rollerini keşfetmektedirler. Adölesan ilk yıllarını, kişi cinselliğini, birine hayranlıkla bağlanma, müzik, film ya da spor yıldızlarını idealize etme, kahramanlara tapma şeklinde yaşayabilmektedir. Adölesan çağının ortalarında değişik cinsel rollerle cinsel davranış ve deneyimler sık yaşanmaktadır. Karşı cinsten biriyle ilk yakınlaşma ve flört bu dönemde görülmektedir. Toplumun kültürel yapısı, aile ile adölesanın iletişimi, adölesanın arkadaş ortamı, kitle iletişim araçları adölesanın cinsel davranışlarını belirlemede etkili olan faktörlerdir.⁵⁵

Adölesanların üreme sağlığı sorunlarına ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan ICPD’de dikkat çekilmiştir.⁵ Konferansta Üreme Sağlığı kapsamında, adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, CYBH, HIV/AIDS gibi konulara yer verilmiştir. Adölesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına, hastalıklardan korunmasına ve doğru cinsel davranış kazandırılmasına yönelik hizmetler verilmesi planlanmıştır.^{2,5} Cinsel

yönden aktif olma yaşı ve cinsel davranışlar üreme sağlığını etkilemektedir. Cinsel yönden aktif olan birçok kişi, ilk cinsel ilişki deneyimini genellikle adölesan dönemde, sıklıkla yetersiz cinsel bilgiye sahip olarak yaşamaktadır.⁹ Yetersiz ya da yanlış bilgilenme sonucunda erken cinsel aktivite ve buna bağlı adölesan gebelikler, korunmasız ilişkiye bağlı hastalıklar, yaralanma ve ölümler, abortuslar, CYBH, AIDS gibi birçok sağlık sorunu, adölesanların yetişkinlik dönemindeki üreme sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir.^{9,61,65} Yeniliğe, değişime, gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna, doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığında, üreme sağlığı statüsünün gelişmesine büyük katkı sağlanacaktır.⁶⁶

Cinsel yaşama başlama yaşı değişik kültürlerde ve cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Cinsel yaşama başlama yaşı, cinsellik ve üreme sağlığını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Kentleşme ve gelişmeye paralel olarak evlilik yaşı artmakta ve gençlerin evlilik öncesi cinsel tutum ve davranışları değişmektedir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde cinsel aktivite yaşı erken, gençlerin gebeliği önleyici yöntem kullanım yüzdesi oldukça düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı ve isteyerek düşük hızı yüksektir.^{22,23} Gelişmekte olan ülkelerde genellikle evlilik öncesi cinsel ilişki seyrek olmasına karşılık, erken evlilik davranışı yüksektir.^{20,21,23} Karaduman'ın belirttiğine göre Amerika'da yapılan bir çalışmada, erkekler arasında ilk cinsel ilişki yaşının 15, kızlar arasında 17 olduğu belirlenmiştir.¹⁰ Başka bir çalışmada, ABD'deki genç kadınların % 45'inin evlilik öncesi cinsel deneyimleri olduğu ve bu rakamın son 10 yılda % 15'lik bir artış gösterdiği belirtilmektedir.¹¹ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaş grubunda bulunan gençlerin % 15.5'inin, 20-24 yaş grubundakilerin % 60.7'sinin cinsel deneyimi olmuştur. 15-19 yaş grubunda bulunanların % 15.2'sinin, 20-24 yaş grubunda olanların % 59.3'ü evlidir.⁶⁷ Ülkemizde

Özcebe ve Akın'ın üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, erkek öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün, kız öğrencilerin ise dörtte birinin aktif cinsel yaşamı olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, ortalama ilk cinsel ilişki yaşının erkeklerde 17.2, kızlarda ise 19.9 olduğu saptanmıştır.¹² Yanikkerem çalışmasında, öğrencilerin % 51.7'sinin cinsel deneyimleri olduğunu ve ilk cinsel deneyim yaşının ortalama 17.6 olduğunu belirlemiştir.¹³

Adölesanlarda cinsel yönden aktif olma yaşının daha erkene kayması, buna karşın cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği nedeniyle adölesanların istenmeyen gebeliklere daha çok maruz kalmasına neden olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sık görülmesine karşın, evlilik yaşının düşük olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde de sağlığı tehdit eden bir sorun olarak kabul edilmektedir. Dünyada adölesan gebeliklerin en yaygın olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. ABD'de günde yaklaşık 3000 adölesanın gebe kaldığı belirtilmektedir.¹⁴ Adölesan gebelik oranı tüm Doğu Avrupa Ülkeleri'nde ABD'den daha düşüktür. Bulgaristan, Küba, Porto Riko, Romanya ve Macaristan'da ise durum tersine olup, oranlar ABD'den daha yüksektir. Danimarka'da ABD gibi birçok ülkenin tersine 20 yaş altındaki kadınlar arasındaki doğum oranı yok denecek kadar azdır.¹¹ 20 yaş altındaki kadınların dünyaya getirdiği bebeklerin sayısı ya da adölesan doğurganlığı İngiltere'de bin canlı doğumda 32 iken, Hollanda'da binde dördtür.⁶⁸

Her yıl dünyada 1000 adölesan kadından 63'ü doğum yapmakta ve 17 milyon bebek dünyaya gelmektedir.¹⁵ Adölesan gebelikler ve doğumlar, hem adölesan anne hem de adölesan annelerden olan çocuklar için, sağlık, mental kapasite, sosyal davranış benzeri alanlarda birçok negatif sonuçlar ortaya koymaktadır. Yüksek oranda mortalite ve

morbidite riskini de beraberinde getirmektedir.¹⁶ Gebelik döneminde ergen gebe kızın büyümesi yavaşlamaktadır. Pelvis boyutları erişkininkin düzeye ulaşmadığından, zor doğum olasılığı artar. Zor doğumun komplikasyonu ise idrar ya da feçes inkontinansıdır. Eklempsi olgusu 20'li yaşlarda gebe kalanlarda daha fazla görülmektedir. 15 yaşından küçük annelerde prematüre doğum, spontan abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek ve ölü doğum hızı yüksektir. 18 yaşından küçük annelerden doğan bebekler yaşamlarının ilk yıllarında, 18 yaşından büyük annelerden doğan bebeklere oranla % 60 daha fazla ölmektedir. Diğer bir konu ise ergen gebelerin ruhsal ve sosyal yönden yaşamlarında meydana gelecek değişikliklerle ve anneliğin neden olduğu sorunlarla başa çıkmada yeterli olgunluğa erişmemiş olmalarıdır. Bu nedenlerden dolayı ergen gebelikleri önemli bir sorun olmaktadır.^{9,17-19}

Gelişmekte olan ülkelerdeki ergenler, gelişmiş ülkelerdeki ergenlerden daha fazla gebe kalmakta ve daha fazla çocuk doğurmaktadır. Bu eğilimin nedenleri açıktır. Cinsellikle ilgili konularda ebeveynleri ile rahat bir şekilde konuşamayan ve okul yıllarında formal cinsel eğitim dersleri almayan adölesanların, bu konulara ilişkin bilgilerini güvenilir olmayan kaynaklardan edinme olasılıkları daha yüksektir. Gelişmiş ülkelerde genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif fırsatlar gebe kalma riskini azaltmaktadır. Bu ülkelerde cinsel yönden aktif olan kişilere kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilmekte, yöntemleri kullanmaya özendirilmekte ve cinsel eğitim dersleri verilmektedir.^{20,21} DSÖ'nün geliştirmekte olan ülkelere ait verileri, adölesanların cinsel konularda bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini, öğretmen ve sağlık personelinin bilgi almanın nadir olduğunu ve ebeveynlerin cinsellikle ilgili primer kaynak olmadığını ortaya koymaktadır. Kızlar menstruasyon ve gebelik gibi konularda daha çok bilgi alırken,

cinsel ilişki ve kontrasepsiyon konularını çoğunlukla arkadaşlarıyla konuşmaktadır.^{19,22-24}

Ergen gebeliklerin çoğunluğunu, planlanmamış ve istenmemiş gebelikler oluşturmaktadır. Bu gebelikler ciddi sosyal sorunlara yol açabilmekte ve birçok genç kadın okuldan atılmamak ya da evinde sorun yaşamamak için farklı yollara başvurmaktadır. Adölesana göre bu sorunlardan kurtulmayı sağlayan en önemli çözüm “gebeliği düşükle sonlandırmak” tır. Gebeliği sonlandırma işlemine çoğu kez klinik risklerin daha yüksek olduğu, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde başvurulmaktadır. Adölesan gebeliklerin büyük bir kısmının istenmeyen gebeliklerden oluşması adölesanları yasal olan veya olmayan isteyerek düşüklere yönlendirmektedir. Dünya çapında adölesan kadınlar arasında gerçekleşen kürtajların çoğunluğu, gizlice yapıldığı için güvenli değildir. Bu adölesanlar kürtajı ya hijyenik olmayan koşullarda gerekli beceriye sahip olmayan kişilere yaptırmakta, ya da çok tehlikeli yöntemler kullanarak gebeliği kendileri sonlandırmaya kalkmaktadır.^{25,26} 15-19 yaş arası adölesan gebeler tarafından her yıl 15 milyondan fazla doğum yapılmakta, 4.4 milyon adölesan ise gebeliğine son vermektedir. Kenya’da yapılan bir araştırmaya göre, gebe oldukları için her yıl yaklaşık onbin kişinin okuldan ayrılmaya zorlandığı söylenmektedir.⁶⁹ Ülkemizde 15-19 yaş grubundaki kadınlarda, isteyerek düşük yapma oranı yüz binde 12 olarak bulunmuştur.⁶⁷ TNSA-2008 sonuçlarına göre ise 15-19 yaş grubundaki kadınlarda, isteyerek düşük yapma oranı % 2.9 olarak saptanmıştır (n=183).⁷⁰ Kenya’da yapılan çalışmada yasal ve güvenli olmayan yollarla her gün 700 adölesan kadının düşük yaptığı belirtilmektedir.²⁸ Dünya çapında sağlıklı ve güvenli olmayan koşullarda yapılan kürtajların yaklaşık üçte birinde adölesanlar 20 yaşın altındadır.^{25,26}

Adölesanlarda cinsel aktivite yaşının daha genç yaşlara kaymasının sonucu olarak evlilik dışı gebeliklerin görülmesi bazı adölesanların erken yaşta evlenmesine neden olmaktadır. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun olmaktadır. Çünkü bu tür toplumlarda kadınların toplum içinde statü kazanmaları çocuk sahibi olma ile sağlanabilmektedir. DSÖ'nün araştırmalarına göre 15-19 yaşları arasında bulunan kadınlar, tüm kadınların Afrika'da % 40'ını, Asya'da % 30'unu, Amerika'da % 15'ini, Avustralya'da % 14'ünü ve Avrupa'da ise % 7'sini oluşturmaktadır. Araştırmaya göre; kadınlar 15 yaşına geldiğinde, Asya'da yaşayan kızların % 18'inin, Afrika'dakilerin % 16'sının ve Latin Amerika'dakilerin de % 8'inin evlendiği belirtilmiştir.^{52,65,71} Türkiye'de evlilik hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir. İlk evlenme yaşı da kadının gebelik riski altına girmesini ifade etmesi nedeniyle önemli bir demografik göstergedir. TNSA-2003 sonuçları yaş kuşakları arasında ortanca evlilik yaşında artış olduğunu ortaya koymaktadır. Ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19.2 iken, 25-29 yaş grubunda olanlarda 21'e yükselmektedir.⁶⁷ TNSA-2008 sonuçlarında ise ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19.2 iken, 25-29 yaş grubunda olanlarda 22.1'e yükselmektedir.⁷⁰

Adölesan dönemde yaşanan bilinçsiz ve sorumsuz cinsel aktivite, CYBH ve HIV/AIDS gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. CYBH yalnızca cinsel ilişki ile değil, yakın beden teması, öpüşme, anal ilişki, ağız-meme teması, oral seks ile bulaşmayı da içermektedir. Genel olarak CYBH listesinde; gonore, klamidy, trikomonas, hepatit B, herpes simpleks tip I ve tip II, şankroid, sifilis, lenfogranüloma verenum (LGV), granüloma inguinale (donovanozis), pedikülozis pubis, HIV bulunmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve eğitim, bu hastalıkların erken tanı ve tedavisi, aile planlaması

programlarının hizmet alanlarını oluşturmaktadır. Seçilen kontraseptif yöntem, cinsel yolla bulaşan bir hastalığın bulaşma riskini, hastalığın gidişini ve uzun vadeli sonuçlarını etkileyebilmektedir.^{2,17,72}

Dünyada her yıl yaklaşık 333 milyon CYBH vakası meydana gelmekte ve bu vakaların 111 milyonunu 25 yaş altında olan gençler oluşturmaktadır.⁷³ Amerika'da 15-19 yaşlarındaki genç bireylerde diğer yaş gruplarına göre yüksek oranda CYBH olduğu bildirilmektedir.²⁸ Her yıl tüm HIV enfeksiyonlarının hemen hemen yarısı ve tüm CYBH'nin üçte biri 25 yaşın altındaki bireylerde görülmektedir. Uner ve Turan'ın bildirdiğine göre epideminin başlangıcından bu yana AIDS' ten ölen 16.3 milyon kişinin 3.6 milyonu 15 yaşın altındadır.⁷⁴ Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 2002 yılında kayda geçmiş 15 yaşın altında HIV/AIDS'li sayısı otuzdur.⁷⁵ Gençlerin bu hastalığa daha yatkın olma nedenlerinin HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar konusunda bilgilerinin kısıtlı olması ve bilgileri olsa bile nasıl korunulacağını bilmiyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.⁷³ Bilgisizlik bu hastalıklara yakalanmakta tek neden değildir. Kadın-erkek arasındaki ilişkilerde eşitliğin olmamasının da önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. CYBH'a karşı partnerinin prezervatif kullanmasını sağlamak genç kadın için pek kolay olmamaktadır.³³

Adölesanlara karşı cinsel şiddet ve cinsel suistimal birçok toplumda önemli bir sorundur. Adölesanlarla ilişki, tecavüz, ensest ilişki veya pedofili (küçük çocuklara cinsel ilgi) tüm dünyada kınanmaktadır. Genç kızların çok erken yaşta, gelişimlerini tamamlamadan evlendirilmesi de cinsel şiddetin başka bir yönü olarak görülmektedir.²² Pek çok ülkede kadınların cinselliğini kontrol altında tutmak amacıyla yapılan "kadın

sünneti" gibi zararlı uygulamalar büyük bir sorundur ve genç kadınların hayatını riske atmaktadır.^{21,22,24}

Tüm dünyada adölesan grubundaki bireyler, cinsel saldırı ve tecavüzün duygusal ve fiziksel sonuçlarını yaşamaktadır. Cinsel şiddetin çoğu rapor edilmediği için suistimal, cinsel baskı, ensest veya şiddete maruz kalan birey sayısı net olarak bilinmemektedir. Mevcut veriler cinsel suistimalin gençler arasında yaygın olduğunu ve dünya çapında bir problem olduğunu ortaya koymaktadır.^{21,22}

2.4. Aile Planlaması

Aile planlamasının tarihi insanlık kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonucu ortaya çıktığını anladıklarından bu yana, çeşitli yöntemlerle bunu önleme çabalarına da girmişlerdir. Bu konuda yazılı en eski belge, MÖ 2700 yılında Çin'de yazılmış olan bir tıp kitabındaki kontrasepsiyon ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir. Mısır'daki Kahun veya Petri papirusunda (MÖ 1850) tanımlanan çeşitli vajinal kontraseptif tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir. Yine milattan önceki dönemlerde Arapların çölü geçerken, gebe kalmaması için develerin uterusuna yuvarlak taşlar koydukları da günümüze ulaşan bilgiler arasındadır. Modern çağda, özellikle toplumların fertilitate kontrolünü bir insan hakkı olarak görmeye başlamaları ve aşırı doğurganlıkla sağlık ve refah arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması, konu ile ilgilenenleri, bilimsel gerçekleri ve uygun teknolojileri araştırmaya ve geliştirmeye yöneltmiştir. Örneğin kondomlarla ilgili çalışma ilk kez 1564'de başlamış, 1838'de ilk diyafram yapılmış, spermisitlerin kullanıma sunulması 1885'lerde

gerçekleştirilmiştir. Rahim içi araçların ilk tanımlaması 1909'da Richter, 1929'da Grafenberg tarafından yapılmıştır. Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmıştır. Daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir.^{76,77}

Farklı ekonomik, politik ve sosyokültürel yapı içinde bulunan ülkelerde aile planlamasına yönelik değişik yaklaşımlar bulunmaktadır. Geçmiş yıllarda aile planlamasının ilk gerekçesi nüfus artışını sınırlamak idi. Ancak daha sonraları aile planlaması bir insan hakkı olarak görülmeye başlanmış ve bu durum tüm dünya tarafından kabul edilmiştir. 1984 yılında yapılan uluslararası nüfus konferansında, bütün çiftlerin ve bireylerin "istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" uluslararası oybirliği ile güvence altına alınmıştır. Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetleri, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltmakta ve aile planlamasının önemli bir sağlık ölçütü olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır.^{16,66,78}

DSÖ tarafından aile planlaması, "ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek, ülkenin sosyo-ekonomik gelişmesine etkin olarak katkıda bulunmak için birey ve aileler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam biçimi" olarak tanımlanmıştır. Alma-Ata Konferansında aile planlaması, Temel Sağlık Hizmetlerinin ana unsurlarından biri olarak yer almıştır. Aile planlaması; istenmeyen gebelik, düşük ve doğumların engellenmesi, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların azaltılması, doğan bebeklerin dengeli beslenmesi, çocuksuz ailelerin çocuk sahibi

olması, bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi, dolayısı ile toplum sağlığına olumlu katkılarda bulunmayı amaçlar.^{16,79} Özetle aile planlaması; “bir ailenin ihtiyaç ve kaynaklarını önceden tahmin ederek, kendi arzusu ile istediği sayıda ve istediği zamanda çocuk sahibi olması” şeklinde tanımlanabilir.¹⁶

2.4.1. Adölesan Dönemde Kullanılabilen Aile Planlaması Yöntemleri

DSÖ'nün belirttiğine göre adölesanlar tarafından kullanılacak kontraseptif yöntem seçeneği oldukça fazladır. Bu yöntemler; kombine oral kontraseptifler, kombine injekte edilen kontraseptifler, sadece progesteron içeren haplar, depot medroksi progesteron asetat, norethisteron enanthate, derialtı implantlar, bakırlı rahim içi araç, levonergestrollü rahim içi araç ve kondomdur.³⁰ Adölesanlar tarafından kullanılacak kontraseptif yöntem seçeneği fazla olmakla birlikte yöntem kullanımı yaygın değildir. Bakar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, adölesanların % 29.8'inin ilk cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanmadığını, % 29.8'inin geri çekme yöntemini, % 34'ünün kondom kullandığı ortaya konmuştur.³¹ CETAD Bilgilendirme Dosyası'nda belirtildiğine göre; cinsel ilişki sırasında bekar erkek adölesanların % 57'sinin, bekar kız adölesanların ise % 52'sinin her hangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı saptanmıştır.¹⁷

Kontraseptif bir yöntem olmamakla birlikte gebelik riski altında olan adölesanlarda istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla başvurulacak yöntemlerden birisi de acil kontrasepsiyondur.²⁹

2.5. Acil Kontrasepsiyon

2.5.1. Acil Kontrasepsiyon Tanımı

A.K., literatürde korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesi olarak tanımlanmaktadır.^{1,33,53} ACOG'a göre A.K.; korunmasız cinsel ilişki sonrası (tecavüz dahil) gebeliği önlemek için yapılan tıbbi müdahaledir.³² A.K. ayrıca "postkoital kontrasepsiyon" ya da "ertesi gün hapi" olarak da bilinmektedir.³³

A.K., korunmasız cinsel ilişkide bulunan kadınlarda, gebelikten korunmak için kullanılır ancak gebelikten korunmada rutin bir yaklaşım değildir. Kadının korunmadan cinsel ilişkide bulunduktan sonra, bir sonraki adet kanamasının başlamasını beklerken çektiği psikolojik sıkıntı, ilişkiden sonra etkili bir tedavi ile önlenabilir.⁸⁰ Doğum kontrol teknolojisinin henüz mükemmel olmadığını göz önüne alan International Planned Parenthood Federation (Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu), konuya dikkat çekerek her koşula uygun ideal bir kontraseptif yöntem olmadığı sürece postkoital kontraseptiflere başvurulabileceğini savunmaktadır. Kadınlarda, siklus süresince bir kez cinsel ilişki sonucu gebelik oluşma olasılığı % 0-26 arasındadır. Siklus ortasında, bir kez cinsel ilişki sonrası bu oran % 30'lara kadar çıkmaktadır.^{81,82}

Erken dönem postkoital kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saati, geç dönem postkoital kontrasepsiyon ise, korunmasız cinsel ilişki sonrası 120 saati (ilk 5 gün) içermektedir.⁸¹

2.5.2. Acil Kontrasepsiyonun Tarihçesi

Acil kontrasepsiyonun geçmişi 1920'lere uzanmaktadır. Memelilerde östrojenik ekstrelerin verilmesi ile gebeliğin önlenmesi ilk önce veterinerler tarafından denenmiştir. İnsanlar üzerinde postkoital östrojenin klinik uygulamalarda kullanılması ise 1940'lı yılları bulmuştur. A.K. kullanımı, ilk kez 1964 yılında Haspel'in tecavüz kurbanlarına yüksek doz östrojen kullanmasıyla belgelenmiştir. Aynı yıl Morris ve Van Wagenen bu amaçla maymunlar üzerinde Dietilstilbestrol'u (DES) kullanmışlardır. Ancak, olası bir gebelik durumunda DES'in kullanılması sonucunda konjenital anomaliler geliştiğini saptamışlar ve kullanımını engellemişlerdir.^{83,84}

1970'lerde yüksek doz östrojen rejimleri, kombine östrojen progestin standartlarını oluşturmuştur. 1974'te Kanadalı jinekolog Albert Yuzpe ve arkadaşları östrojen ve progesteronu birlikte kullanmışlardır. Lippes tarafından 1976 yılında ilk kez Copper T RİA'nın implantasyonu engelleyen endometrial değişikliklere neden olduğu tespit edilmiştir.^{33,83,85,86}

Yakın geçmişte daha çok danazol ve mifepristone yöntemleri araştırılmıştır. Bir sentetik progestin ve antigonadotropin olan danazol'un ve bir progesteron antagonisti olan mifepristone'un (RU-486) postkoital amaçlı kullanımı 1980'li yılları bulmaktadır.^{83,87,88}

2.5.3. Acil Kontrasepsiyon Yöntemleri

2.5.3.1. Hormonal Yöntemler

- a. Kombine oral kontraseptifler
- b. Yüksek doz östrojen kullanımı
- c. Yalnızca progesteron kullanımı
- d. Danazol
- e. Mifepriston (RU-486)

2.5.3.2. Mekanik Yöntemler

- a. Postkoital RİA uygulaması
- b. Menstrüel Regülasyon (MR)

2.5.3.1. Hormonal Yöntemler

2.5.3.1.a. Kombine Oral Kontraseptifler

Bu yöntem 1974 yılında Kanadalı jinekolog Albert Yuzpe ve arkadaşları tarafından bulunmuştur. ABD ve Avrupa'da en sık kullanılan A.K. yöntemidir.⁸¹

Acil kontraseptif amaçlı kullanılan kombine oral kontraseptifler, İngiltere'de PC4, Almanya'da Tetragynon adı ile piyasadadır.³³ Amerika'da bu yöntem, The Preven Emergency Contraceptive Kit (Preven Acil Kontrasepsiyon Paketi) adı altında, gebelik

testi ve hasta bilgilendirme formu ile beraber kullanımdadır.^{81,89} ABD'de, Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi, Preven isimli acil kontrasepsiyon kitinin kullanımına 1998 Eylül'ünde izin vermiştir.⁹⁰ Türkiye'de ise Preven isimli, kombine oral kontraseptiflerden oluşan acil doğum kontrol kitinin kullanımına 2003 yılında başlanmıştır.⁹¹ Ülkemizde A.K. amaçlı, "Norlevo" isimli, progesteron içerikli başka bir preparat da kullanılmaktadır.⁹²

Acil kontraseptif amaçlı kullanılan kombine oral kontraseptifler, gebeliğin oluştuğu durumlarda etkili değildir. Kombine oral kontraseptif tabletlerin primer etki mekanizması ovulasyonun baskılanması üzerinedir. Ayrıca spermin uterusu ulaşmasını zorlaştıran servikal mukus değişikliklerine ve implantasyon olasılığını azaltan endometrial değişikliklere neden olmaktadır.³³ Hormonal A.K. siklusun her hangi bir evresinde kullanılabileceğinden etkinliği siklusun hangi evresinde kullanıldığına bağlı olarak değişmektedir. A.K. amacıyla kullanılan kombine oral kontraseptif tabletler ovulasyondan önce kullanıldığında over aktivitesi etkilenir, ovulasyon gecikir yada önlenir. Tubal geçiş zamanı uzayabilir ve servikal mukus kalınlaşabilir. Ovulasyondan sonra kombine oral kontraseptif tabletler içildiğinde ise korpus luteum tabakası gerileyerek luteoliz başlar ve döllenmeyi engeller. Acil kontraseptif amaçlı kullanılan kombine oral kontraseptif ilaçların en belirgin etkisi endometriyum dokusunda görülmektedir. İlaç, endometriyal hormon reseptörlerini baskılayarak implantasyonu etkilemektedir.^{16,33,81,93-95}

Gebelik, döllenmiş ovumun endometriyuma implantasyonunun tamamlanmasından sonra başlar. İmplantasyon döllenmeden sonra 5. günde başlayıp 7. günde tamamlanır. Acil kontraseptif amaçlı kullanılan kombine oral kontraseptif ilaçların implantasyon başladıktan sonra kullanılması sonucunda etkisi olmaz. Bu

nedenle yöntemin düşük amacıyla kullanılması söz konusu değildir.^{33,96} DSÖ, gebelik oluşuktan sonra yöntemin etkili olmadığı ve olası bir gebelik durumunda ilacın fetüse zarar vermediğini bildirmiştir.^{30,33,97}

Hormonal acil kontrasepsiyonda etkinlik iki şekilde hesaplanmaktadır.^{16,33}

1. Acil kontraseptif amaçlı kullanılan kombine oral kontraseptif ilaçların siklus döneminin başında kullanılması sonucu % 1-5 oranında gebelik olasılığı saptanmıştır. Koşullar tam olarak sağlandığında (zamanında uygulama, kusma olmaması, kullanım sonrası korunmasız bir cinsel ilişki olmaması) kombine oral kontraseptif ilaçların gebelikten koruma etkinliği % 99'un üstünde hesaplanmıştır. Siklusun ikinci yarısında tek korunmasız ilişkide gebelik riski % 8 iken, acil kontrasepsiyon kullanımında % 2'ye düşmektedir.
2. Gerçek etkinliğin hesaplanması daha güvenilir sonuçlar vermektedir. Bu hesaplamada, acil kontrasepsiyona rağmen oluşan gebeliklerin olası gebelik sayısına oranı bulunur. % 25'e varan gebelik oranı, ilacı zamanında uygulamamaya, kusmaya yada kullanım sonrası korunmasız cinsel ilişkiye bağlı olmaktadır.

Kombine oral acil kontrasepsiyon (östrojen+progesteron) yönteminin bir dozu, 100 mg Ethinyl Estradiol (EE) ve 1000 mg Norgestrel (= 500 mg Levonorgestrel) içerir. İlk doz, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınmalıdır. İkinci doz ise birinci doz alındıktan 12 saat sonra tekrarlanmalıdır.^{33,72,81,84,98,99} Hapların tok karnına ve sıvı ile

alınması uygundur. Bulantı ve kusma olasılığına karşı ilaç alımından 1 saat önce antiemetik alınması uygundur.^{16,33,81} İlk ya da ikinci dozdan sonraki ilk 2 saatte kusma olduğunda doz tekrarlanır.³³

Çizelge 1: Yuzpe Yönteminin Kullanım Kuralları³³

Yuzpe yönteminde

100 mg Ethinyl estradiol + 1000 mg Norgestrel (= 500 mg Levonorgestrel) içeren iki doz verilir. Her doz 50 mg Ethinyl estradiol + 500 mg Norgestrel içeren iki haptan oluşur.

Ellertson ve arkadaşlarının Yuzpe rejiminin, korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat ve ilk 72-120 saatlerindeki etkinliklerini değerlendirdiği bir çalışmada, ilacın ilk 72 saat içinde alındığı grupta gebelik hızı % 2-4, ilacın 72-120 saat arasında verilen grupta gebelik hızı % 2-6 olarak belirlenmiştir.¹⁰⁰

A.K. yöntemlerinden birisi olan kombine oral kontraseptif ilaçların olumlu özellikleri;^{33,39,81,97}

- Güvenli olması,
- Kullanım süresinin kısa olması,
- Her yaş grubundaki kadınların kullanabilmesi
- Ucuz olmasıdır.

Kombine oral kontraseptif ilaçların olumsuz yönleri ise;^{33,39,81,97}

- Hoş olmayan yan etkilerinin (bulantı, kusma gibi) olması,
- Acil olarak en fazla 3 gün içinde kullanım zorunluluğunun olması,
- Kullanımından sonra yeni bir korunmasız ilişki ya da kontraseptif yöntem hatası sonucu gebe kalma riskine açık olması,
- RİA veya antiprogestinlere göre acil kontraseptif etkisinin düşük olması ve
- CYBH'dan korumamasıdır.

Kombine oral kontraseptif ilaçların kullanımından sonra en sık karşılaşılan yan etkiler arasında bulantı (% 30-50) ve kusma (% 15-25) yer almaktadır. Baş ağrısı, baş dönmesi, sersemlik hissi, yorgunluk, abdominal ağrı, mastodini (meme ağrısı), kramplar, menstrüel düzensizlikler ve vajinal kanamalara da nadir olarak rastlanmaktadır.^{16,34,47,81,96,97}

2.5.3.1.b. Yüksek Doz Östrojenler

Morris ve Van Waaganen 1973 yılında maymunlar üzerinde östrojen kullanımı denemişler ve % 99 etkili olduğunu belirlemişlerdir.^{53,85} Bu yöntemde fertilize ovumun implantasyonu engellenerek gebelik

önlenmektedir. Yüksek doz östrojen kullanımına, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde başlanmalıdır.^{53,83,85} Bu amaçla 2.5 mg EE günde iki kez, 5 gün süreyle ya da 10 mg konjuge östrojen günde iki kez, 5 gün süreyle kullanılmalıdır. Bu yöntemde başarısızlık şansı % 0.1-1 arasındadır. Haspel veya 5×5 yöntemi olarak bilinen yüksek doz östrojen kullanımının ektopik gebelik riskini arttırdığı bulunmuştur. A.K. amacıyla kullanılan yüksek doz östrojen içeren ilaçların bulantı, kusma, adet düzensizliği gibi birçok yan etkileri bulunmaktadır. Östrojenik yan etkilerinin fazla olması nedeni ile bu yöntem birçok ülkede tercih edilmemektedir.^{81,97}

2.5.3.1.c. Yalnız Progestin Hapları (Levonorgestrel)

Yalnız progestin hapları (levonorgestrel), postkoital kontrasepsiyonda yaygın olarak kullanılmaktadır. Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi ABD’de 1998 yılında “Plan B” adı altında Levonorgestrel’in (LNG) kullanımına izin vermiştir. “Plan B”, 0,75 mg LNG içeren iki tabletle satışa sunulmuştur.⁷² Bu haplar, ülkemizde “Norlevo” piyasa adı ile 2003 yılında kullanıma sunulmuştur.⁹²

LNG’in primer etki mekanizması korpus luteum oluşumunu önlenmesidir. Ayrıca servikal mukusun kalınlaşmasına ve geçirgenliğinin azalmasına etkileşim yaparak ovulasyonun baskılanmasını ve endometriumun inceltirilerek implantasyona uygun hale gelmesini engellemektir.^{16,81,97} LNG’nin olası gebelikleri % 85’e kadar önlediği tahmin edilmektedir.⁹⁷

A.K. amacıyla LNG çeşitli dozlarda kullanılmaktadır. Ancak korunmasız cinsel ilişkiden sonra, ilk 72 saat içinde 0.75 mg LNG tablet alımı ve 12 saat sonra aynı dozun tekrarı tavsiye edilmektedir.^{33,72,81,97}

Yalnız progestin içeren haplarının yan etkileri bulantı ve kusmadır, ancak kombine oral kontraseptiflere oranla bu yan etkiler daha az olarak bildirilmiştir.^{33,97} LNG tabletleri, ek olarak antiemetik kullanımı gerektirmeyen bir yöntemdir ve teratojenitesi ile ilgili bildirilen bir rapor bulunmamaktadır.^{81,101}

2.5.3.1.d. Danazol

Danazol, ilk kez 1982 yılında A.K. için bir seçenek olarak önerilmiştir. A.K. amacıyla kullanılan danazol, sentetik steroid ve androjen içermektedir. Etki mekanizması, ovülasyon varlığında endometriumda hormon reseptör blokajı yapmaktır.⁸¹ Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, ilk 72 saat içinde 600 mg danazol tabletinin alınması ve 12 saat sonra aynı dozun tekrar içilmesi önerilmektedir.¹⁰² Ancak danazol, androjenik yan etkilerinin fazlalığı ve etkisinin düşük olması (% 73-86) nedeni ile acil kontrasepsiyonda ilk seçenek olarak kullanılmamaktadır.^{81,103,104}

2.5.3.1.e. Mifepriston (RU-486)

Philibert ve arkadaşları tarafından 1981 yılında çok etkin bir progesteron antagonisti (RU-38486) bulunmuştur. Bu bileşim daha sonra

RU-486 olarak kısaltılıp bugünkü jenerik ismi olan mifepristone adını almıştır.⁸¹ Etienne Baulieu tarafından geliştirilen mifepriston, 1987 yılında cerrahi abortusa tıbbi bir alternatif olarak sunulmuştur.¹⁰⁴ Mifepriston, başta Fransa olmak üzere İngiltere ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde ve ABD'de terapötik abortuslarda kullanılmaktadır.^{105,106} Ülkemizde ise henüz Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmadığı için kullanımına izin verilmemiştir.⁴⁹

Mifepriston antiprogesteron ilaç olarak, progesteron reseptörlerine bağlanıp bu reseptörlerin etkilerini bloke eder. Ovülasyondan önce ya da sonra kullanımına bağlı olarak ya ovülasyonu durdurur ya da endometriyumun gelişmesini bozar.^{33,47,97,107} Tek doz 10 mg mifepriston, folikül 12 mm'den daha büyük olduğu durumlarda verildiğinde LH baskılanmaktadır. 200 mg mifepriston, LH artışından 2 gün sonra verildiğinde ise endometrial gelişim baskılanmaktadır.⁹⁷ Bu yöntemin genellikle luteal fazda kullanılması önerilmektedir.^{34,53}

Mifepristonun, postkoital kontrasepsiyon için önerilen 72 saatlik sürenin dışında, menstrüel siklusun 27. gününde alındığında da menstruasyonu uyarmada çok etkili olduğu saptanmıştır.^{34,53,72,84,85}

Yan etkisinin az olması ve koruyuculuk oranının yüksek olması bu yöntemin olumlu yanlarıdır.^{53,85} Mifepriston'un olumsuz yanı ise, menstrual siklusu 7 gün kadar geciktirmesidir. Bu durum kadınların hamilelik şüphesiyle zor günler geçirmesine sebep olmaktadır.^{108,109}

Mifepriston'un değişik dozlarda etkinliğini ölçmek için yapılan bir çalışmada; kadınlara korunmasız cinsel ilişki sonrası 120 saat (5 gün) içinde 600 mg (559 kişi), 50 mg (560 kişi) ve 10 mg (565 kişi) mifepriston verilmiştir. Gebelik oranları sırasıyla 600 mg mifepriston tablet alanda % 1.3, 50 mg mifepriston tablet alanda % 1.1 ve 10 mg mifepriston tablet alanda % 1.2 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan 600 mg mifepriston tablet alanların % 36'sının, 50 mg mifepriston tablet alanların % 23'ünün ve 10 mg mifepriston tablet alanların % 18'inin menstruasyonlarının geciktiği belirlenmiştir.¹⁰⁹

Çizelge 2: Değişik protokollerde mifepristone kullanımı¹¹⁰

Değişik protokoller kullanılabilir;		
Mifepristone dozu	Misoprostol dozu	Uygulanan yerler
600 mg	400 mcg oral misoprostol	Hindistan, ABD, Güney Afrika, Fransa ve çoğu Avrupa ülkeleri
200 mg	400 mcg oral misoprostol	Tunus, Vietnam, ABD, Fransa
200 mg	800 mcg vajinal misoprostol	İngiltere, İsveç, ABD
150 mg (bölünmüş dozlarda)	600 mcg oral misoprostol	Çin

2.5.3.2. Mekanik Yöntemler

2.5.3.2.a. Postkoital Rahim İçi Araç (RİA) Uygulaması

A.K. amacıyla RİA kullanımı 1976 yılında Lippes tarafından tanımlanmıştır.¹¹¹ Genellikle teorik olarak, koitustan sonraki ilk 5 gün içinde takılması önerilmektedir.^{34,53,98}

Bakırlı RİA'nın etki mekanizması, oosit veya embriyonun taşınmasına engel olacak tubal silial motiliteye olan etkisidir. Bakır'ın, endometriyumda yaptığı yabancı doku reaksiyonu sonucu, implantasyon (nidasyon) önlenmektedir. Bakırın, embriyo ve sperme toksik etkisinin olduğu da bilinmektedir.^{81,84,85}

RİA'ların postkoital kontrasepsiyon amacıyla kullanımında etkinliği % 99'dur.^{33,98} Ancak bazı çalışmalarda % 1-3 oranında gebelik olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni, RİA'nın acil kontraseptif etkisinin, korunmasız cinsel ilişkiden ne kadar sonra uygulandığına bağlı olarak değişmesidir. Cinsel ilişkiden sonra geç dönemde uygulanırsa etkinliği azalır.³³ RİA'nın koitustan sonraki ilk 5 gün içinde takılması önerilmektedir ancak cinsel ilişkiden sonraki ilk 7 gün içinde takıldığı durumlarda da gebelik oluşmadığı belirtilmiştir.^{34,53,84,85,98}

RİA, cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden yüksek riske sahip, yeni bir eşle cinsel ilişkisi ve birden fazla cinsel eşi olan, tecavüze uğrayan kadınlarda kullanılmamalıdır.^{47,81,111} A.K. amacıyla RİA takılmadan önce, CYBH'nin taranması veya takılırken profilaktik antibiyotik

uygulanması gerekmektedir.^{47,81} Postkoital uygulanan RİA'ların yan etkileri, rutin RİA uygulamasından farklı değildir. Yan etki olarak karın ağrısı, vajinal kanamada artma ve lekelenme olabilir.^{47,111}

Pelvik muayene zorunluluğu ve işlemin diğer yöntemlere göre biraz daha ağırlı olması yöntemin olumsuz yönleridir. Etkinliğin yüksek olması, sadece A.K. amaçlı değil, uzun süreli (10 yıl) etkili bir kontraseptif yöntem olarak kullanılması ve koitus sonrası 5-10 gün içinde uygulanabilmesi de RİA'nın olumlu yönleridir.^{16,81}

2.5.3.2.b. Menstrüel Regülasyon (MR)

Beklenen adet tarihinden 1-2 gün önce ya da adet gecikmesinden 14 gün sonraya kadar MR işlemi yapılabilir. Menstrüel regülasyonu sağlamak için 50 cc'lik "Karman Enjektörü" ve yumuşak, esnek bir kanülden oluşan ekipman ile uterus içi vakum aspirasyon yapılmaktadır.^{112,113} İşlem anestezi veya servikal dilatasyon gerektirmez. % 95 oranında başarılı ve etkili bir yöntemdir.⁴⁹ 510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğe göre; Sağlık Bakanlığı tarafından açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlilik belgesi almış pratisyen hekimler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde MR yöntemiyle rahim tahliyesi yapabilme yetkisine sahiptir.^{33,113,114}

2.5.4. Acil Kontrasepsiyon Uygulamaları

2.5.4.1. Acil Kontrasepsiyon Endikasyonları

Acil kontrasepsiyonun uygulandığı çeşitli durumlar vardır;^{17,33,34,49,53,92,115,116}

1. Korunmasız cinsel ilişki: Gerçek endikasyondur. Çiftler istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla ya geçici ya da kalıcı kontraseptif yöntemlere başvurmaktadır. Örneğin geri çekme yöntemi kullanılırken dış genitallere ejakülasyon ya da takvim yönteminde yanlış hesaplama durumları bu gruba girmektedir.
2. Kontraseptif kullanımında oluşan kullanım hataları ya da kazaların olması
 - Kondom yırtılması, kadın kondomunun hatalı kullanımı: En yaygın olarak karşılaşılan kullanım hatalarındandır. Bu konuda Amerika'da yapılan bir çalışmada üç ay içinde % 4.7 oranında fark edilen kondom yırtılması saptanmıştır.¹¹⁷
 - Kombine haplar ve sadece progesteron içeren hapların kullanımının unutulması: Pakete başlandığında ya da sona doğru bir ya da daha fazla hap unutulup 7 günden daha uzun süre hap alınmadığında, arada iki ya da daha fazla hap unutulduğunda A.K. kullanılabilir. Kombine haplar ovülasyonu baskılayarak etki ederler ve hap unutulduğunda konsepsiyon bu baskının ortadan kalkıp foliküler gelişmenin başlamasından sonra, yani birkaç gün sonra oluşur. Bu gibi durumlarda en ufak bir gebelik

olasılığından kaçınılmak istendiğinde acil kontrasepsiyona başvurulabilir.

- Üç aylık / aylık enjeksiyon için geç kalınması,
- Rahim içi aracın (RİA) kısmen ya da tamamen düşmesi,
- Diyafram veya servikal başlığın yanlış yerleştirilmesi, erken çıkarılması veya yırtılması gibi durumlarda da acil kontrasepsiyona başvurulabilir.

3. Yakın bir zamanda olası teratojenlere maruz kalınması: Canlı aşı ya da sitotoksik ilaç gibi.

4. Tecavüz: A.K. uygulanmasını gerektiren çok önemli bir durumdur. Acil kontraseptif yöntemlerin kabul görmediği ülkelerde bile tecavüz durumlarında yöntem kullanılmaktadır.

2.5.4.2. Acil Kontrasepsiyon İçin DSÖ Uygunluk Kriterleri

Gebelik A.K. kullanımındaki tek kontrendikasyondur. DSÖ kriterlerine göre gebelik kategori IV'tür. A.K. gebelik oluştuktan sonra etkisiz bir yöntemdir. Kombine oral kontraseptif kullanamayan kadınlarda bile (kalp hastalığı öyküsü, tromboemboli, ciddi karaciğer hastalığı gibi) uygulamanın kısa süreli olması ve az sayıda hap alınması söz konusu olduğu için bu yöntem kullanılabilir. Bu durumlar DSÖ kategori II sayılmaktadır. Yine de bu durumlarda sadece progestin içeren haplarla A.K. tercih edilmektedir.³³

2.5.4.3. Yöntem Sunumu

Hormonal A.K. için özel olarak hazırlanmış preparatlar henüz her ülkede bulunmamaktadır. Buna rağmen içerik olarak aynı olan kombine haplardan belli sayıda kullanım dünyanın birçok yerinde ve ülkemizde kabul görmüştür. A.K. amacıyla oral kontraseptif kullanımı Çizelge 3'deki gibidir.^{33,116}

Çizelge 3: Acil Kontrasepsiyon Amacıyla Kullanılan Oral Kontraseptif İlaçlar

İçerik	Tablet Sayısı	Doz Sayısı	Zamanlama
50 mg EE + 250 mg Levonorgestrol	2	2	İlk 72 saatte 2 tablet, 12 saat sonra 2 tablet daha alınır.
50 mg EE + 500 mg Norgestrel	2	2	İlk 72 saatte 2 tablet, 12 saat sonra 2 tablet daha alınır.
30 mg EE + 150 mg Levonorgestrol	4	2	İlk 72 saatte 4 tablet, 12 saat sonra 4 tablet daha alınır.
30 mg EE + 300 mg Norgestrel	4	2	İlk 72 saatte 4 tablet, 12 saat sonra 4 tablet daha alınır.

EE: Ethinyl Estradiol

A.K. amacıyla Kombine Oral Kontraseptif kullanımında “Yuzpe Rejimi” uygulanır. Yuzpe rejimine uygun olan bu preparatta 100 mg Ethinyl estradiol + 1000 mg Norgestrel (= 500 mg Levonorgestrel) içeren dozlar verilir. Östrojen+progesteron içeren kombine oral kontraseptifler 2 doz şeklinde alınır. Birinci doz korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat içinde, ikinci doz ise birinci dozdan 12 saat sonra alınır.³³ Sadece östrojen içeren hapların kullanıldığı durumlarda ilaç, korunmasız

cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınır. 50 mg östrojen içeren haplardan iki ya da 30 mg östrojen içerenlerden dört adet hap alınır ve aynı miktarda ilaç 12 saat sonra tekrarlanır.⁵³ Sadece progestin içeren hapların kullanımı ise şöyledir; korunmasız bir cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde 750 mg LNG tableti alınır ve 12 saat sonra aynı doz tekrarlanır.^{18,33}

Çizelge 4: Acil Kontrasepsiyondan Sonra Kullanılabilecek Yöntemler³³

YÖNTEM	NE ZAMAN BAŞLANABİLİR?
Prezervatif (Kondom, kılıf)	Hemen başlanır.
Diyafram	Hemen başlanır.
Spermisit	Hemen başlanır.
Kombine oral kontraseptif	Aynı kutuya günde bir hapla devam edilir ya da ilk adette yeni pakete başlanır.
Enjekte edilen kontraseptifler	İlk adetin ilk 7 gününde uygulanır.
Norplant	İlk adetin ilk 7 gününde uygulanır.
RIA	İlk adette uygulanır. Eğer kadın RIA kullanmayı düşünüyorsa acil kontrasepsiyon için RIA uygulaması daha uygundur.
Sterilizasyon	İlk adetten sonraki her hangi bir zamanda yapılır.
Doğal aile planlaması	İlk adetten sonra ve kadın eğitildikten sonra başlanır.

2.5.4.4. Acil Kontrasepsiyon Kullanımına İlişkin Sorunlar

2.5.4.4.a. Ürünle İlgili Yetersizlikler

A.K. için kullanılan tüm yöntemlerde bir takım sınırlamalar vardır. A.K. amacıyla kullanılan yöntemlerin cinsel ilişkiden sonraki ilk birkaç gün (5-7 gün) içinde kullanılma gerekliliği önemli bir sorundur. Pek çok kadın bu günleri atlayabilir, unutabilir ya da erteleyebilir.^{33,96} Bu

nedenlerden dolayı acil kontraseptif yöntemlerin etkinliği azalmakta veya etkisiz duruma gelmektedir.

Hormonal acil kontraseptif ilaçların bulantı, kusma gibi istenmeyen yan etkileri vardır. Kusma yöntemin etkinliğini düşürebilir. Bulantı ve kusma olasılığına karşı ilaç alımından 1 saat önce antiemetik alınması uygundur.^{16,33,81} İlaç alımından sonraki ilk 2 saatte kusma olduğunda doz tekrarlanır.³³ Yuzpe rejimi doğru uygulansa bile kusma durumu gibi istenmeyen etkilerin olması durumunda gebelik olasılığı % 25'lere ulaşabilir.^{33,45,86,90} A.K. yöntemleri arasında RİA daha etkili bir yöntemdir ancak cinsel saldırıya uğramış veya birden fazla cinsel eşi olanlarda pelvik enfeksiyon riski vardır. A.K. için kullanılabilen yöntem çeşitleri azdır. Yeni ve daha fazla geliştirilmiş yöntemlere gereksinim vardır.^{33,85,90,118}

2.5.4.4.b. Hizmet Sunumuyla İlgili Yetersizlikler

Üreme sağlığı hizmeti veren sağlık personellerinin, A.K. konusundaki bilgi eksikliği yöntemin sunumunu olumsuz etkilemektedir.^{46,117,119,120} Bazı hizmet sağlayıcıların, aile planlaması danışmanlıklarında A.K. konusuna yer vermedikleri, ahlaki ya da dini nedenlerden dolayı acil kontrasepsiyondan hiç söz etmedikleri gözlenmiştir.^{33,90} Toplum genelinde A.K. ile ilgili bazı yanlış düşünceler ve inançlar mevcuttur. Bunlardan bazıları; acil kontrasepsiyonun düşük yaptırdığı, hamile kalındığında doğum defektleri oluşturacağı şeklindeki yanlış bilgilerdir. Bu gibi yanlış bilgi ve inanışlar, yöntemin sunumuyla ilgili olumsuzluklara yol açabilmektedir.¹²¹

Acil kontraseptif ilaçlar reçetesiz kullanılabilir. Bunun nedeni; ilacın yan etkilerinin önemsiz olması, yüksek doz için potansiyel oluşturmaması, önemsiz ilaç etkileşimleri, tıbbi taramaya ve gözleme gerek olmaması ve teratojenik olmamasıdır.¹²² Ancak A.K. amaçlı preparatların piyasada bulunduğu bazı ülkelerde hekim tarafından reçete edilme zorunluluğu, kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir.¹¹⁷ Ayrıca risk grubunu oluşturan gençler, hekimlerden A.K. almada çekingen davranabilirler. Bu etkenler yöntemin ulaşılabilirliğini azaltmaktadır. Bu konuda eczacılara yetki verilebilir. Böylece bariyer yöntem kullananlara acil kontraseptif haplar profilaktik olarak verilebilir.³³

Acil kontrasepsiyonun en çok gerekli olduğu zamanlar hafta sonları ve tatillerdir.¹²³ Hafta sonlarında hekim muayeneleri ve aile planlaması klinikleri kapalıdır. Bu nedenle İsveç'in Örebro şehrinde kliniklerin açık olma saatleri uzatılmış, Cumartesi ve Pazar günlerinde de A.K. sağlanabilmesi için bazı kliniklerin açık olmasını sağlamışlardır. Bunun sonucunda kadınların acil kontrasepsiyona ulaşımı ve elde edilebilirliği kolaylaşmıştır.¹²⁴

2.5.4.4.c. Yöntemi Kullananlarla İlgili Sorunlar

A.K. kullanımını sınırlayan faktörlerden birisi de kullanıcılarla ilgilidir. Risk grubunu oluşturan üreme çağındaki adölesanlar ve kadınlar genellikle yöntemin varlığından haberdar değildirler veya bu kavramı bilseler bile nereden, nasıl ve ne zaman alınacağını bilmemektedirler.^{45,46}

Üreme çağındaki kadınlarla yapılan araştırmalarda acil kontrasepsiyonu duyma oranı; Muia ve arkadaşlarının Kenya'da yaptığı çalışmasında % 11¹²⁵, Delbanco ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı çalışmasında % 55¹²⁶, Royen ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı çalışmasında % 64¹²⁷, Graham ve arkadaşlarının İskoçya'da yaptığı çalışmasında % 93¹²⁸ olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise acil kontrasepsiyonu duyma oranı; Kırımlı ve arkadaşlarının çalışmasında % 5¹²⁹, Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında % 77.4⁴⁰, Eskiocak ve arkadaşlarının çalışmasında % 76⁴¹ olarak belirlenmiştir. Acil kontrasepsiyonun uygulanması ile ilgili doğru zaman aralıklarını bilme oranlarına bakıldığında; Delbanco ve arkadaşlarının çalışmasında % 9¹²⁶, Royen ve arkadaşlarının çalışmasında % 15¹²⁷, Graham ve arkadaşlarının çalışmasında % 56.2¹²⁸ olarak bulunmuştur.

A.K. kullanımını talep eden kadınlar her yaş ve gruptan olabilir.⁸⁰ Özellikle risk altında olan adölesanlar, her hangi bir kontraseptif yöntem kullanmayanlar ve kontraseptif yöntemlerden bariyer yöntemini kullananların acil kontrasepsiyondan haberdar edilmesi gerekmektedir.³³ Özellikle adölesan kadınların gebelik olasılığını dikkate almama eğilimi, acil kontrasepsiyona başvurmak yerine gebelik risklerini şansa bırakmalarına neden olabilmektedir.⁴⁶ Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'nin belirttiğine göre, yapılan bir çalışmada gebeliğini sona erdirmek isteyen genç kızların bir kısmının acil kontrasepsiyonu bildikleri ve gebelik riskinin farkında oldukları halde işi şansa bıraktıkları saptanmıştır. Bu nedenle, iyi planlanmış geniş çaplı bilgilendirmenin, eğitim ve iletişim kampanyalarının olumlu etkisi yadsınamaz.^{33,80,81}

2.6. Adölesan Dönemde Cinsel Sağlık ve Hemşirelik

Adölesanların bedenlerini tanıması, ergenlikte yaşayacakları değişimler hakkında bilgilenme, cinsellikle ilgili duygu ve kaygılarının paylaşılması, kadın-erkek ilişkileri hakkında bilgilenme gibi konularda rehberliğe gereksinimleri vardır. Bu nedenle erken yaşlardan başlayarak adölesanların bilgilendirilmesi cinsel eğitimde en sağlıklı yoldur.¹³⁰

Cinsel alanda adölesanın bilgilendirilmesinin bir çerçeve dahilinde yapılması gereklidir. Gençlerin cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirme çalışmalarının amacı; bireyin tüm gelişim dönemleri boyunca kendisinde meydana gelen fiziksel ve duygusal değişimleri kabul ederek, büyüme ve gelişmesini sağlıklı bir biçimde tamamlanmasına yardımcı olmak; bireyin cinsel yaşamında olumlu davranış ve tutum geliştirerek ailesi, arkadaşları ve genel olarak içinde yaşadığı toplumla iyi ve sorumlu ilişkiler kurabilmesine yardımcı olabilmek; bireyi yetişkin yaşamına ve sorumluluklarına hazırlamak ve yaşamı boyunca yükleneceği toplumsal rolleri başarıyla gerçekleştirebilmesi için gerekli değerleri kazanmasına yardımcı olmak; bireylerde duygusal yönden kararlılık geliştirmek, kararlarında ve davranışlarında tutarlı olmalarını sağlamak; cinsel davranışın yalnız fiziksel yönü ile değil, ruhsal ve toplumsal yönleriyle de ilgili, geçerli ve geniş bilgi üretmek olarak sıralanabilir.¹³¹

Adölesanların üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri yalnız yaş, cinsiyet ve evlilik durumuna göre değil; sosyal, ekonomik, kültürel değerlerine bağlı olarak da değişiklik gösterir. Hizmetler tasarlanırken her

grubun özgül tercihleri ve gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Geliştirilen, uygulanan ve değerlendirilen programlara adölesanları dahil etmek onların gereksinimlerini karşılayanın garantisi olarak kabul edilebilir.¹³²

Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler toplumun çeşitli alanlarında adölesan ile sağlık ekibinin diğer üyelerine göre daha uzun süreli ve etkili ilişkiler kurabilirler. Adölesan sağlığının korunmasında ve yerleştirilmesinde çok önemli sorumluluk üstlenen hemşirelerin korunmasız cinsel ilişkiler ve kontrasepsiyon kazaları sonucu oluşan istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkin olmaları beklenmektedir. Cinsel eğitimde ve danışmanlıkta görev alan hemşireler, profesyonel davranışlar sergilemelidirler. Hizmet verenlerin adölesanlarla saygıya ve güvene dayalı ilişkiler geliştirme yetenekleri ve ilgileri adölesanların bakımını sağlamanın anahtarıdır.^{132,133}

A.K. konusunda, toplumun ve özellikle risk grubunu oluşturan adölesan grubun cinsel eğitimi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda, gençlerin üreme sağlığı ve cinselliğe ilişkin eğitimlerinde hemşirelerin büyük rol oynadığı vurgulanmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkili olan acil hormonal kontraseptif yöntemlerin adölesan gruba öğretilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir.⁴⁷

A.K. danışmanlığında unutulmaması gereken nokta, bu durumun genellikle zor ve stresli olduğudur. Danışman, adölesanla ilgili ve saygılı bir iletişim kurmalı ve gereksinimlerine cevap verebilmelidir. Adölesanın yaşı, medeni durumu dikkate alınmalı ve mahremiyeti sağlanmalıdır. Korunmasız bir ilişkiden sonra bazı adölesanlar, gebe

kalmaktan ve 72 saatlik süreyi kaçıracaklarından korkarlar. Bir korunma yöntemi kullanmamış olmaktan dolayı utanabilirler. Adölesanların tecavüz durumlarında duyguları daha da karmaşıktır. Travmatize olmuş, hastalık kapmaktan ve gebelikten korkan adölesan özel ilgi istemektedir. Kullanılmakta olan bir yöntemin başarısızlığı nedeniyle A.K. gerektiğinde, başarısızlığın nedenleri adölesan ile tartışılmalı ve alınabilecek önlemler belirlenmelidir.³³

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi öğrencilerinin cinsel davranışları, acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi'nde yapılmıştır. Gazi Üniversitesi'nin kuruluşu Cumhuriyet dönemine kadar uzanmaktadır. Cumhuriyetin ilanından sonra Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşlarının girişimiyle bir enstitü kurulması kararlaştırılmış ve bu karar 1926 yılında "Orta Muallim Mektebi ve Terbiye Enstitüsü" nün açılmasıyla sonuçlanmıştır. Bu kurum, 1982 yılında 2809 sayılı kanunla Gazi Üniversitesi'ne dönüştürülmüştür. Gazi Üniversitesi ülkemizin öğretim elemanı ve öğrenci sayısı bakımından en büyük üniversitelerinden birisidir. 2007-2008 öğretim yılında 57.107 öğrenci öğrenim görmektedir.¹³⁴

Gazi Üniversitesi bünyesinde Diş hekimliği, Eczacılık, Fen-Edebiyat, Gazi Eğitim, Güzel Sanatlar, Hukuk, İktisadi ve İdari Bilimler, İletişim, Mesleki Eğitim, Teknik Eğitim, Mühendislik-Mimarlık, Ticaret Turizm Eğitim, Tıp, Endüstriyel Sanatlar Eğitim ve Sağlık Bilimleri Fakültesi olmak üzere on beş fakülte bulunmaktadır. Ayrıca Beden Eğitimi

ve Spor Yüksek Okulu ve yedi meslek yüksek okulu; Beypazarı Teknik Bilimler M.Y.O., Sağlık Hizmetleri M.Y.O., Tapu Kadastro M.Y.O., Atatürk M.Y.O., Ankara M.Y.O., Gazi M.Y.O. ve Uzaktan Eğitim M.Y.O. bulunmaktadır.¹³⁴

Gazi Üniversitesi kapsamında öğrencilere sağlık ve sosyal konularında hizmet veren mediko sosyal ünitesi bulunmaktadır. Mediko sosyal ünitesinde, öğrenci ve üniversite personeline; muayene hizmetleri, tahlil laboratuvarları (biyokimya, hormon, mikrobiyoloji), röntgen, diş tedavi, ilk yardım, psikolojik danışma ve rehberlik ile diyet ünitelerinde sağlık hizmeti verilmekte, çeşitli sosyal organizasyonlar yapılmaktadır. Ayrıca 2006 tarihinden bu yana mediko sosyal ünitesi kapsamında “Gençlik Danışma Birimi” bulunmaktadır. Birimden hizmet talep eden gençlere, hemşire, hekim ve psikologlar tarafından; gençlik dönemi ve sorunları, üreme sağlığı, cinsel sağlık, gebelikten korunma yöntemleri, istenmeyen gebelikler ve gebelik sonlandırma, meme ve testis muayenesi, beslenme, kişisel hijyen, psikolojik sorunlar ve madde bağımlılığı (sigara, alkol ve diğer maddeler) gibi konularda özel danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Üreme sağlığı kapsamında öğrencilere gebelikten korunma yöntemleri ve acil kontrasepsiyon konularında bilgi verilmekte ve ücretsiz olarak hap, kondom ve üç aylık iğne yöntemleri sunulmaktadır.¹³⁴

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, 2007-2008 öğretim yılında Gazi Üniversitesi normal (1. öğretim/gündüz) eğitime kayıtlı, Ankara ili merkez ilçe sınırlarında bulunan bölümlerde lisans ve ön lisans düzeyinde öğrenim gören toplam 32.916 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmacının ulaşım ve zaman sınırlılığı nedeniyle dolayı 2. öğretimde eğitim gören öğrenciler ve Ankara ili merkez ilçe dışındaki bölümlerde öğrenim gören öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örnekleme, “Evrendeki Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği Formülü” kullanılarak belirlenmiştir. Örneklem 1029 öğrenciden oluşmuştur. Bölümlere göre öğrenci sayısı tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir.¹³⁵

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki öğrenci sayısı (N: 32.916)

n: Örneklem alınacak öğrenci sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (%50)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (%50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ($\pm$) sapma (0.03) olarak yer almıştır.

$$n = \frac{32916 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.03)^2 \times (32916 - 1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = 1029 \text{ kişi}$$

3.3.2.1. Örneklem Yöntemi

G.Ü. bölümlerine göre örneklem alınacak öğrenci sayısı hesaplandıktan sonra her tabakadan örneklem alınacak öğrenci sayısı “Tabakalı Örneklem Yöntemi” ile tabakalardaki öğrenci sayılarına orantılı olarak hesaplanmış ve her bölümde belirlenen sayıda gönüllü öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem kaç kişinin alınacağına tabakalı örneklem yöntemi ile aşağıdaki formül kullanılarak karar verilmiştir.¹³⁵

$$n_i = (N_i / N) \times n$$

Formülde;

i : Tabaka numarası

N_i : i no'lu tabakadaki birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı

n_i : i no'lu tabakadan alınacak birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı olarak yer almıştır.

Tabaka ağırlıkları hesaplandıktan sonra, tabaka ağırlıkları ile örneklem alınacak öğrenci sayıları çarpılarak her tabakadan kaç birey alınacağı hesaplanmıştır. Araştırma kapsamında bulunduğu halde Mesleki Eğitim Fakültesi'nden gerekli izin alınamamıştır. Bu nedenle Mesleki Eğitim Fakültesi'nde ulaşılması gereken öğrenci sayısı daha uygulamanın yapılmadığı Güzel Sanatlar Fakültesi ve Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu bölümlerine ağırlıklandırılarak örneklem grubu yeniden tabakalandırılmıştır.

Araştırmanın evreninde yer alan toplam öğrenci sayısı ve tabakalandırılarak her bir bölümden örneklem kapsamına alınacak öğrenci sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 5: Bölümlere Göre Toplam ve Örneklem Alınacak Öğrenci Sayısı

Fakülte/Yüksekokul/Meslek Y.O.	Toplam Öğrenci Sayısı (N)	Örneklem Alınacak Öğrenci Sayısı (n)
Sağlık Bilimleri		
Diş Hekimliği Fakültesi	492	25
Eczacılık Fakültesi	539	36
Tıp Fakültesi	1169	47
Hemşirelik Yüksekokulu	295	35
Eğitim Bilimleri		
Eğitim Fakültesi	7148	181
Teknik Eğitim Fakültesi	3623	121
Güzel Sanatlar Fakültesi	30	10
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	810	39
Fen Bilimleri		
Mühendislik-Mimarlık Fakültesi	3069	84
Fen-Edebiyat Fakültesi	2926	122
Sosyal Bilimler		
Hukuk Fakültesi	691	57
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	4735	159
İletişim Fakültesi	858	54
Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu	191	59
TOPLAM	32.916	1029

Çizelge 6: Fakülte, Yüksekokul, Meslek Yüksekokullarında Bulunan Öğrencilerin Sınıflara Göre Dağılımı

Fakülte/Yüksekokul/Meslek Y.O.	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4. ve üzeri	Toplam
Diş Hekimliği Fakültesi	4	4	3	14	25
Eczacılık Fakültesi*	5	10	-	21	36
Tıp Fakültesi*	7	28	-	12	47
Hemşirelik Yüksekokulu*	8	14	13	-	35
Fen-Edebiyat Fakültesi	22	25	40	35	122
Mühendislik-Mimarlık Fakültesi	13	15	24	32	84
Eğitim Fakültesi	40	50	60	31	181
Teknik Eğitim Fakültesi	30	25	41	25	121
Güzel Sanatlar Fakültesi*	-	-	6	4	10
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	12	11	10	6	39
Hukuk Fakültesi	15	15	15	12	57
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	40	40	40	39	159
İletişim Fakültesi	10	10	20	14	54
Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu*	-	-	20	39	59
TOPLAM	206	247	292	284	1029

* Veri toplama işlemi gönüllülük esasına uygun yapılmıştır. Bu nedenle bazı bölüm ve sınıflarda araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler olmuştur.

Çizelge 7: Fakülte, Yüksekokul, Meslek Yüksekokullarında Bulunan Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Fen Bilimleri	Sosyal Bilimler*	Sağlık Bilimleri	Eğitim Bilimleri*	Toplam	
					n	%
Kız	132	192	110	202	636	61.9
Erkek	74	136	33	148	391	38.1
Toplam	206	328	143	350	1027	100.0

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. 1'er kişi cevap vermemiştir.

3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini 1. öğretimde olup, standart eğitim saatleri içerisinde, Ankara ili merkez ilçe sınırlarında bulunan bölümlerde öğrenim gören lisans ve ön lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmacının zaman ve ulaşım sıkıntısı nedeniyle 2. öğretimde eğitim gören ve Ankara merkez ilçe dışında bulunan bölümlerde öğrenim gören öğrenciler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma kapsamında bulunmasına karşın Mesleki Eğitim Fakültesi Dekanlığı uygulama için izin vermemiştir. Bu bölüme veri toplama aşamasının son dönemlerinde gidildiğinden burada ulaşılması planlanan öğrenci sayısına son iki bölüm olan Güzel Sanatlar Fakültesi ve Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu'na ağırlıklandırılarak ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanarak 2,4,8,10,17,25,32,54,66,69,72,149,153,160,168,175,182,202 hazırlanan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formunun uygulamasına geçmeden önce öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı sözlü olarak kabul eden öğrencilere anket formu dağıtılmış, her bir öğrencinin formu doldurması beklenmiş, öğrenciler formu doldurduktan sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür bilgilerine dayanarak hazırlanan anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Uygulama öncesi geliştirilen veri toplama aracı ile ilgili, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği (Prof.Dr. Gülşen Vural), Halk Sağlığı Hemşireliği (Yrd.Doç.Dr. Yeter Kitiş) ve Biyoistatistik (Yrd.Doç.Dr. Seçil Özkan, Ahmet Gül) alanlarından uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak anket formunun kapsam geçerliliğine bakılmıştır.

Anket formu 2 bölümden oluşturulmuştur. Birinci bölümde öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik 9 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde öğrencilerin cinsel yaşantısı ve acil kontrasepsiyona ilişkin bilgilerini belirlemek amacıyla 29 soru, acil kontrasepsiyona ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla 10 ifade seçenekli olarak bulunmaktadır.

3.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma kapsamına alınan öğrencilere veri toplama formunun uygulanması için Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile yazılı (Ek-2), uygulamanın yapıldığı fakülte dekanlıkları ve yüksekokul müdürlüklerinden ayrıca sözel ve yazılı onam alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından 29/02/2008-24/05/2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Uygulamadan önce fakülte, yüksek okul ve meslek yüksek okullarının öğrenci işleri bürosundan sınıfların ders çizelgeleri alınmıştır.

Öğrencilerin birbirlerini etkilememeleri ve sağlıklı/güvenilir veriye ulaşmak için bölümün 1.,2.,3. ve 4. sınıflarına anket aynı gün içerisinde uygulanmıştır. Anket formları bölümlerde sorumlu öğretim elemanları tarafından planlanan bir saatte araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmacı, genellikle ders bitimine 10 dakika kala sınıflara girip kendisini tanıtmış ve öğrencilere araştırma hakkında bilgi vermiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formu dağıtılmış ve öğrencilerin uygulamayı bitirmeleri beklenmiştir. Bölüme göre hesaplanan sayıda gönüllü öğrenciye ulaşıncaya kadar uygulamaya devam edilmiştir. Her bir öğrencinin veri toplama formunu doldurması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirmiştir. Verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri SPSS 12.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel çözümleme yöntemi olarak Ki-Kare ve Fisher's Exact analizi yapılmış, yüzde değerlerine göre yorumlanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı, $p < 0.03$ düzeyinde; % 97 güven aralığında değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönu

Uygulama öncesi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden (10.12.2007, B.30.2.GÜN.0.A.1.00.01/2029 sayılı izin), uygulamanın yapıldığı fakülte dekanlıkları, bölüm başkanları veya yükseköğretim müdürlerinden yazılı (Bkz Ek-2) veya sözlü, öğrencilerden sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine, cinsel deneyim yaşama durumlarına ve acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve görüşlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bulgular 3 ana bölümde verilmiştir. Buna göre;

4.1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Öğrencilerin Cinsel Yaşamları ve Gebelikten Korunmak Amacıyla Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Bulgular

4.3. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular bulunmaktadır.

4.1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo: 4.1.1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu (n=1027)*		
17-19	198	19.3
20-22	590	57.4
23 ve üzeri	239	23.3
Cinsiyet (n=1027)*		
Kız	636	61.9
Erkek	391	38.1
Medeni Durum (n=1028)*		
Bekar	1015	98.7
Evli	13	1.3
Eğitim Alanı (n=1029)		
Eğitim Bilimleri	351	34.1
Sosyal Bilimler	329	32.0
Fen Bilimleri	206	20.0
Sağlık Bilimleri	143	13.9
Üniversitedeki Eğitim Yılı (n=1028)*		
1	206	20.0
2	247	24.0
3	292	28.4
4 ve üzeri	283	27.5
Şu Anda Kaldığı Yer (n=1026)*		
Ailesi ile birlikte evde	366	35.7
Yurtta	319	31.1
Arkadaşları ile birlikte evde	281	27.4
Bir akrabanın evinde	26	2.5
Tek başına bir evde	25	2.4
Otelde, apart otelde	9	0.9
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1029)		
Büyükşehir	435	42.3
Şehir	320	31.1
İlçe	201	19.5
Köy	46	4.5
Kasaba	27	2.6
Annenin Eğitim Durumu (n=1029)		
Üniversite Mezunu	147	14.3
Lise Mezunu	243	23.6
Ortaokul Mezunu	131	12.7
İlkokul Mezunu	403	39.2
Okur-Yazar	50	4.9
Okur-Yazar Değil	55	5.3
Babanın Eğitim Durumu (n=1028)*		
Üniversite Mezunu	314	30.5
Lise Mezunu	265	25.8
Ortaokul Mezunu	149	14.5
İlkokul Mezunu	264	25.7
Okur-Yazar	24	2.3
Okur-Yazar Değil	12	1.2

* Cevap veren öğrenci sayısıdır.

Tablo 4.1.1.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Öğrencilerin % 57.4'ü 20-22 yaş grubunda (yaş ortalama 21.3), % 61.9'u kız, % 98.7'si bekar, % 34.1'i eğitim bilimleri bölümünde okumaktadır. Öğrencilerin % 28.4'ünün üniversitedeki eğitim süresi 3 yıl olup, % 35.7'si ailesinin yanında yaşamaktadır. Öğrencilerin % 42.3'ünün üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşadığı, % 39.2'sinin annesinin ilkokul, % 30.5'inin babasının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

4.2. Öğrencilerin Cinsel Yaşamları ve Gebelikten Korunmak Amacıyla Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Bulgular

Tablo: 4.2.1. Öğrencilerin Cinsel Deneyime Sahip Olma ve İlk Cinsel Deneyim Sırasında Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları

Cinsel Deneyime İlişkin Bazı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsel Deneyim Olma (n=1027)*		
Olan	196	19.1
Olmayan	831	80.9
İlk Cinsel İlişki Yaşı (n=196)		
17-19	12	6.1
20-22	91	46.4
23 ve üzeri	93	47.5
İlk Cinsel İlişkide Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma (n=194)*		
Kullanan	120	61.9
Kullanmayan	74	38.1
İlk Cinsel İlişkide Kullanılan Yöntem (n=118)*		
Etkili Yöntemler		
Prezervatif (kondom,kaput)	88	74.6
Oral Kontraseptifler (doğum kontrol hapı)	7	5.9
RIA (Spiral)	1	0.8
Enjeksiyon(aylık iğneler,üç aylık iğneler)	1	0.8
Etkili Olmayan Yöntemler		
Geri Çekme	20	16.9
Takvim Yöntemi	1	0.8
İlk Cinsel İlişkide Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanmama Nedeni (n=86)**		
Gebelik oluşmayacağı düşüncesi	37	43.0
Cinsel ilişkinin planlı olmaması	33	38.4
Yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği	7	8.1
Korku ve endişe	6	7.0
Diğer***	3	3.6

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

** Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlamıştır.

*** Diğer (1 kişi gebelikten korunma yöntemlerini elde etmede güçlük, 1 kişi yöntem kullanımının doğurganlığı olumsuz etkileyeceği, 1 kişi günah olacağı düşüncesi).

Tablo 4.2.1.'de öğrencilerin cinsel deneyime sahip olma ve ilk cinsel deneyim sırasında kontraseptif yöntem kullanma durumlarına

ilişkin bulgular verilmiştir. Öğrencilerin % 80.9'unun cinsel deneyimi olmadığı saptanmıştır. Cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 47.5'inin ilk cinsel deneyimi 23 yaş ve üzeri yaşlardır. Tabloda yer almamakla birlikte kızların % 4.3'ünün, erkeklerin % 43.2'sinin cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir. İlk cinsel deneyim yaşı kızlarda ortalama 21.1, erkeklerde ortalama 18.3'dür. Ayrıca tabloda bulunmamakla birlikte, cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 45.1'inin ilk cinsel ilişkisini planlı ve isteyerek yaşadığı saptanmıştır.

Cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 61.9'u ilk cinsel ilişkisi sırasında her hangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmıştır. Prezervatif % 74.6 ile en fazla tercih edilen yöntemdir. Öğrencilerin ilk cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanmama nedenleri arasında ilk iki sırada; % 43.0 ile ilk cinsel ilişkide gebelik oluşmayacağı düşüncesi ve % 38.4 ile cinsel ilişkinin planlı olmaması bulunmaktadır.

Tablo: 4.2.2. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Cinsel Yaşantılarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Halen Düzenli Cinsel Yaşantısı (n=194)*		
Olan	87	44.8
Olmayan	107	55.2
Şimdiye Kadar Kendisinde veya Cinsel Eşinde Gebelik Öyküsü (n=194)*		
Olan	11	5.6
Olmayan	183	94.4
Düzenli Yöntem Kullanma Durumu (n=194)*		
Kullanan	115	59.3
Kullanmayan	79	40.7
Kullanılan Yöntemler (n=115)		
Prezervatif	81	69.5
Oral Kontraseptifler	16	14.4
Geri Çekme	10	9.3
Takvim Yöntemi	4	3.4
Diğer**	4	3.3

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzde n üzerinden hesaplanmıştır.

** RİA (1 kişi), deri altı implantlar (1 kişi), kadın kondomu (1 kişi), enjeksiyon (1 kişi).

Tablo 4.2.2.'de cinsel deneyimi olan öğrencilerin cinsel yaşantılarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 44.8'inin halen düzenli cinsel yaşantısı olduğu, % 94.4'ünün şimdiye kadar gebelik öyküsü olmadığı saptanmıştır. Tabloda verilmemekle birlikte gebelik öyküsü olan öğrencilerin, % 50'sinin (n=5) gebeliğinin küretaj ile sonlandığı, % 40'ının (n=4) doğum yaptığı, % 10'unun (n=1) istemsiz düşük ile sonlandığı belirlenmiş, 1 kişinin de cevap vermediği saptanmıştır. Öğrencilerin % 59.3'ü cinsel ilişki sırasında herhangi bir yöntem kullanmıştır. En fazla tercih edilen yöntem % 69.5 ile prezervatiftir.

Tablo: 4.2.3. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Cinsel Deneyim Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Cinsel Deneyimi					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1027)*						
17-19	12	6.1	186	93.9	198	100.0
20-22	91	15.4	499	84.6	590	100.0
23 ve üzeri	93	38.9	146	61.1	239	100.0
Ki-Kare= 87.71 , Sd= 2 p=0.000<0.03						
Cinsiyet (n=1025)*						
Kız	27	4.3	607	95.7	634	100.0
Erkek	169	43.2	222	56.8	391	100.0
Ki-Kare=237.4 , Sd=1 , p=0.000<0.03						
Eğitim Alanı (n=1027)*						
Eğitim Bilimleri	72	20.6	278	79.4	350	100.0
Sosyal Bilimler	78	23.7	251	76.3	329	100.0
Fen Bilimleri	38	18.5	167	81.5	205	100.0
Sağlık Bilimleri	8	5.6	135	94.4	143	100.0
Ki-Kare=21.9 , Sd= 3 , p=0.000<0.03						
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1026)*						
1	20	9.7	186	90.3	206	100.0
2	39	15.9	207	84.1	246	100.0
3	52	17.9	239	82.1	291	100.0
4 ve üzeri	85	30.0	198	70.0	283	100.0
Ki-Kare=35.61 , Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1027)*						
Köy	9	19.6	37	80.4	46	100.0
Kasaba	4	14.8	23	85.2	27	100.0
İlçe	38	18.9	163	81.1	201	100.0
Şehir	51	16.0	268	84.0	319	100.0
Büyükşehir	94	21.7	340	78.3	434	100.0
Ki-Kare=3.92 , Sd=3 , p=0.269>0.03						
Annenin Eğitim Durumu (n=1027)*						
Okur yazar değil ve ilkokul	97	19.1	411	80.9	508	100.0
Ortaokul	27	20.9	102	79.1	129	100.0
Lise	46	18.9	197	81.1	243	100.0
Üniversite	26	17.7	121	82.3	147	100.0
Ki-Kare=0.471 ; p=0.925>0.03						
Babanın Eğitim Durumu (n=1026)*						
Okur yazar değil ve ilkokul	68	22.7	231	77.3	299	100.0
Ortaokul	29	19.5	120	80.5	149	100.0
Lise	51	19.2	214	80.8	265	100.0
Üniversite	48	15.3	265	84.7	313	100.0
Ki-Kare=5.45 ; p=0.141>0.05						

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.3.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin cinsel deneyim yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. 23 yaş ve üzerinde olan öğrencilerin % 38.9'unun, 17-19 yaş grubunda olanların ise % 6.1'inin cinsel deneyimi vardır. Öğrencilerin yaş gruplarına göre cinsel deneyimlerinin olması bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$). Öğrencilerin yaşı arttıkça cinsel deneyimi olanların oranı da artmaktadır.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre cinsel deneyim yaşama durumuna bakıldığında; erkek öğrencilerin % 43.2'sinin, kız öğrencilerin % 4.3'ünün cinsel deneyimi olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre cinsel deneyim yaşama bakımından gruplar arasında fark önemli bulunmuştur ($p<0,03$). Erkeklerde cinsel deneyimi olan daha fazladır.

Sosyal Bilimler'de okuyan öğrencilerin % 23.7'sinin, Sağlık Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin % 5.6'sının cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin okudukları alanlara göre cinsel deneyimi olması bakımından fark önemlidir ($p<0,03$). Sosyal Bilimler alanında okuyanlarda cinsel deneyimi olanların fazla olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin üniversitedeki eğitim süresine göre cinsel deneyim yaşama durumuna bakıldığında; üniversitede 1. yılı olan öğrencilerden % 90.3'ünün cinsel deneyimi olmadığı, 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin % 30'unun cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin üniversitedeki eğitim süresi ile cinsel deneyim yaşama bakımından fark önemlidir. Üniversitede geçirilen süre arttıkça cinsel deneyimi olan öğrenci sayısı artmaktadır ($p<0,03$).

Üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayan öğrencilerin % 21.7'sinin, kasabada yaşayan öğrencilerin % 14.8'inin cinsel deneyiminin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yere göre cinsel deneyim olması bakımından gruplararası fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0,03$).

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumuna bakıldığında, anneleri ortaokul mezunu olan öğrencilerin % 20.9'unun, üniversite mezunu olanların % 17.7'sinin, babaları okur yazar olmayan yada ilkokul mezunu olan öğrencilerin % 22.7'sinin, üniversite mezunu olanların % 15.3'ünün cinsel deneyiminin olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumuna göre cinsel deneyim olması bakımından gruplararası fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0,03$).

Tablo: 4.2.4. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İlk Cinsel İlişkide Gebelikten Koruyucu Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler (n=194)*	İlk Cinsel İlişkide Yöntem Kullanma					
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
17-19	9	75.0	3	25.0	12	100.0
20-22	55	60.4	36	39.6	91	100.0
23 ve üzeri	56	61.5	35	38.5	91	100.0
Ki-Kare=0.959 , Sd=2 , p=0.618>0.03						
Cinsiyet						
Kız	16	61.5	10	38.5	26	100.0
Erkek	104	61.9	64	38.1	168	100.0
Ki-Kare=0.001 , Sd=1 , p=0.971>0.03						
Eğitim Alanı						
Sosyal Bilimler	49	64.5	27	35.5	76	100.0
Eğitim Bilimleri	45	62.5	27	37.5	72	100.0
Fen Bilimleri	22	57.9	16	42.1	38	100.0
Sağlık Bilimleri	4	50.0	4	50.0	8	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversitedeki Eğitim Süresi						
1	9	45.0	11	55.0	20	100.0
2	26	68.4	12	31.6	38	100.0
3	30	57.7	22	42.3	52	100.0
4 ve üzeri	55	65.5	29	34.5	84	100.0
Ki-Kare=3.95 , Sd=3 , p=0.266>0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer						
Köy	4	57.1	3	42.9	7	100.0
Kasaba	4	100.0	0	0.0	4	100.0
İlçe	21	55.3	17	44.7	38	100.0
Şehir	29	56.9	22	43.1	51	100.0
Büyükşehir	62	66.0	32	34.0	94	100.0
Test Uygulanmadı						
Annenin Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkokul	55	57.9	40	42.1	95	100.0
Ortaokul	17	63.0	10	37.0	27	100.0
Lise	32	69.6	14	30.4	46	100.0
Üniversite	16	61.5	10	38.5	26	100.0
Ki-Kare=1.83 ; p=0.607>0.03						
Babanın Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkokul	35	53.0	31	47.0	66	100.0
Ortaokul	20	69.0	9	31.0	29	100.0
Lise	35	68.6	16	31.4	51	100.0
Üniversite	30	62.5	18	37.5	48	100.0
Ki-Kare=3.79 ; p=0.281>0.03						
Toplam	120	61.9	74	38.1	194	100.0

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.4.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre ilk cinsel ilişkide gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumlarının dağılımı verilmiştir. 17-19 yaş grubunda öğrencilerin % 75'i, 20-22 yaş grubunda olanların % 60.4'ü ilk cinsel deneyiminde gebelikten koruyucu yöntem kullanmıştır. Tabloda verilmemekle birlikte yaş gruplarına göre ilk cinsel ilişkide gebeliği önleyici yöntem kullanan öğrencilerin kullandığı yöntemler araştırıldığında, 23 yaş ve üzeri grupta bulunan öğrencilerin % 57.1'inin oral kontraseptif, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerin % 45.5'inin prezervatif ve % 45'inin geri çekme, 17-19 yaş grubunda olanların % 8'inin prezervatif, % 5'inin geri çekme yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş gruplarına göre cinsel ilişkide gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu bakımından gruplar arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,03$).

Öğrencilerin cinsiyetine göre ilk cinsel ilişki deneyiminde gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumuna bakıldığında, kızların % 61.5'inin, erkeklerin % 61.9'unun yöntem kullandığı belirlenmiştir. Cinsiyete göre ilk cinsel ilişkide gebelikten korunma yöntemi kullanımı açısından cinsiyetler arasında önemli farklılık görülmemektedir ($p>0,03$). Tabloda verilmemekle birlikte ilk cinsel ilişki sırasında gebeliği önleyici yöntem olarak kız öğrencilerin % 31.3'ü oral kontraseptif, erkek öğrencilerin % 78.4'ü prezervatif kullandıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin okudukları alanlara göre ilk cinsel ilişki deneyiminde gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumuna bakıldığında; Sosyal Bilimler'de okuyan öğrencilerin % 64.5'inin, Eğitim Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin % 62.5'inin, Fen Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin % 57.9'unun, Sağlık Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin % 50'sinin ilk cinsel ilişkide yöntem kullandığı belirlenmiştir. Ancak öğrenci

sayısı yetersiz olduğu için test uygulanmamıştır. Tabloda verilmemekle birlikte Eğitim Bilimleri öğrencilerinin % 70.5'i, Sosyal Bilimler öğrencilerinin % 75'i, Fen Bilimleri öğrencilerinin % 77.3'ü, Sağlık Bilimleri öğrencilerinin % 100'ü ilk cinsel ilişkide prezervatif kullandıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin üniversitedeki eğitim süresine göre ilk cinsel deneyimde gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumuna bakıldığında, üniversitede 2. yılı olan öğrencilerin % 68.4'ünün, 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin % 65.5'inin, 3. yılı olan öğrencilerin % 57.7'sinin ve 1. yılı olan öğrencilerin % 45'inin yöntem kullandığı belirlenmiştir. İlk cinsel ilişkide koruyucu yöntem kullanımı ile üniversitede geçirilen yıl arasında önemli bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,03$).

Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer ile ilk cinsel deneyimde gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumuna bakıldığında, kasabadan gelen öğrencilerin % 100'ü, büyükşehirde yaşayan öğrencilerin % 66'sı ilk cinsel ilişkisinde gebelikten koruyucu yöntem kullanmıştır. Öğrencilerin ilk cinsel deneyimde gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu ile üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer arasındaki ilişkide öğrenci sayısı yetersiz olduğu için test uygulanmamıştır.

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumuna bakıldığında, anneleri lise mezunu olan öğrencilerin % 69.6'sının, okur yazar olmayan ya da ilkokul mezunu olan öğrencilerin % 57.9'unun, babaları ortaokul mezunu olan öğrencilerin % 69.0'unun, okur yazar olmayan ya da ilkokul mezunu olan öğrencilerin % 53.0'ünün ilk cinsel

deneyimde gebelikten koruyucu yöntem kullandığı belirlenmiştir. İlk cinsel ilişkide koruyucu yöntem kullanımı ile öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumları arasında önemli bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,03$).

Tablo: 4.2.5. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Düzenli Cinsel Yaşantısı Olma Durumları

Tanımlayıcı Özellikler (n=195)*	Düzenli Cinsel Yaşantısı					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
17-19	5	41.7	7	58.3	12	100.0
20-22	35	38.5	56	61.5	91	100.0
23 ve üzeri	48	52.2	44	47.8	92	100.0
Ki-Kare=3.35 , Sd=2 , p=0.171>0.03						
Cinsiyet						
Kız	17	63.0	10	37.0	27	100.0
Erkek	71	42.3	97	57.7	168	100.0
Ki-Kare=4.025 , Sd=1 , p=0.045>0.03						
Eğitim Alanı						
Sosyal Bilimler	38	49.4	39	50.6	77	100.0
Eğitim Bilimleri	30	41.7	42	58.3	72	100.0
Fen Bilimleri	14	36.8	24	63.2	38	100.0
Sağlık Bilimleri	6	75.0	2	25.0	8	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversitedeki Eğitim Süresi						
1	5	25.0	15	75.0	20	100.0
2	19	50.0	19	50.0	38	100.0
3	21	40.4	31	59.6	52	100.0
4 ve üzeri	43	50.6	42	49.4	85	100.0
Ki-Kare=5.13 , Sd=3 , p=0.162>0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer						
Köy	3	42.9	4	57.1	7	100.0
Kasaba	2	50.0	2	50.0	4	100.0
İlçe	13	34.2	25	65.8	38	100.0
Şehir	19	37.3	32	62.7	51	100.0
Büyükşehir	51	53.7	44	46.3	95	100.0
Test Uygulanmadı						
Annenin Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	39	40.6	57	59.4	96	100.0
Ortaokul	12	44.4	15	55.6	27	100.0
Lise	25	54.3	21	45.7	46	100.0
Üniversite	12	46.2	14	53.8	26	100.0
Ki-Kare=2.37 ; p=0.497>0.03						
Babanın Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	29	43.3	38	56.7	67	100.0
Ortaokul	16	55.2	13	44.8	29	100.0
Lise	22	43.1	29	56.9	51	100.0
Üniversite	21	43.8	27	56.3	48	100.0
Ki-Kare=1.38 ; p=0.709>0.03						
Toplam	88	45.1	107	54.9	195	100.0

* Bir öğrenci cevap vermemiştir. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.5.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre düzenli cinsel yaşantı olma durumunun dağılımı verilmiştir. 23 yaş ve üzeri grupta olan öğrencilerin % 52.2'sinin, kızların % 63'ünün, Sağlık alanında okuyanların % 75'inin, üniversitede ki eğitim süresi 4 yıl ve daha fazla olanların % 50.6'sının, üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 53.7'sinin, annesi lise mezunu olanların % 54.3'ünün, babası ortaokul mezunu olanların % 55.2'sinin düzenli cinsel yaşantısı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, öğrencilerin yaş grupları, cinsiyetleri, üniversitedeki eğitim süreleri, anne ve babasının eğitim durumuna göre düzenli cinsel yaşantısı olma bakımından gruplar arası fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,03$). Öğrencilerin üniversitede okudukları alan ve üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yere göre düzenli cinsel yaşantısı olma durumu arasındaki ilişkide öğrenci sayısı yetersiz olduğu için test uygulanmamıştır.

Tablo: 4.2.6. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Gebelik Öyküsü Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler (n=195)*	Gebelik Öyküsü					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
17-19	0	0.0	12	100.0	12	100.0
20-22	2	2.2	89	97.8	91	100.0
23 ve üzeri	9	9.8	83	90.2	92	100.0
Ki-Kare=5.71 , Sd=2 , p=0.057>0.03						
Cinsiyet						
Kız	3	11.1	24	88.9	27	100.0
Erkek	8	4.8	160	95.2	168	100.0
Fisher's Exact Test , p=0.182>0.03						
Eğitim Alanı						
Sosyal Bilimler	6	7.8	71	92.2	77	100.0
Eğitim Bilimleri	5	6.9	67	93.1	72	100.0
Fen Bilimleri	0	0.0	38	100.0	38	100.0
Sağlık Bilimleri	0	0.0	8	100.0	8	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversitedeki Eğitim Süresi						
1	1	5.0	19	95.0	20	100.0
2	3	7.9	35	92.1	38	100.0
3	1	1.9	51	98.1	52	100.0
4 ve üzeri	6	7.1	79	92.9	85	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer						
Köy	1	14.3	6	85.7	7	100.0
Kasaba	0	0.0	4	100.0	4	100.0
İlçe	0	0.0	38	100.0	38	100.0
Şehir	1	2.0	50	98.0	51	100.0
Büyükşehir	9	9.5	86	90.5	95	100.0
Test Uygulanmadı						
Annenin Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	6	6.3	90	93.8	96	100.0
Ortaokul	1	3.7	26	96.3	27	100.0
Lise	3	6.5	43	93.5	46	100.0
Üniversite	1	3.8	25	96.2	26	100.0
Test Uygulanmadı						
Babanın Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	2	3.0	65	97.0	67	100.0
Ortaokul	4	13.8	25	86.2	29	100.0
Lise	2	3.9	49	96.1	51	100.0
Üniversite	3	6.3	45	93.8	48	100.0
Test Uygulanmadı						
Toplam	11	5.6	184	94.4	195	100.0

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.6.'da cinsel deneyimi olan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin gebelik öyküsü olma durumlarına göre dağılımı bulunmaktadır. 23 yaş ve üzeri grupta bulunan öğrencilerin % 9.8'inin (9 kişi), kız öğrencilerin % 11.1'inin (3 kişi), erkek öğrencilerin cinsel eşlerinin % 4.8'inin (8 kişi) gebelik deneyimi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre gebelik öyküsü olma durumu bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$). Sosyal Bilimlerinde okuyan öğrencilerin % 7.8'inin (6 kişi), üniversitede 2. yılında olanların % 7.9'unun (3 kişi) ve üniversiteye gelmeden önce köyde yaşayanların % 14.3'ünün (1 kişi) gebelik öyküsü olmuştur. Eğitim alanı, üniversitedeki eğitim süresi, daha önce yaşanılan yer, anne ve babasının eğitim durumu ile ilgili gözeneklere düşen öğrenci sayısı yetersiz olduğu için test uygulanmamıştır.

4.3. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi Sahibi Olma, Görüş ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Tablo: 4.3.1. Öğrencilerin A.K.'a İlişkin Bazı Özellikleri

Öğrencilerin Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
A.K. Kavramını Duyma (n=1029)		
Duyan	290	28.2
Duymayan	739	71.8
A.K. Konusunda Bilgi Sahibi Olma (n=1029)		
Olan	213	20.7
Olmayan	816	79.3
A.K. Konusunda Bilgi Kaynağı (n=211)*		
Medya,kitap ve dergiler	90	42.7
Arkadaşlar	40	19.0
Öğretmenler	38	18.0
İnternet	20	9.5
Doktor	11	5.2
Hemşire	9	4.3
Aile	3	1.4
A.K. Konusunda Bilgiye İlişkin Görüşler (n=212)*		
Yeterli	97	45.8
Yetersiz	115	54.2
A.K. Konusunda Aldığı Bilgiyi Yetersiz Bulma Nedeni (n=115)		
Ne zaman kullanılacağı anlatılmadı	11	9.4
A.K. nereden temin edileceği ve kimlerin kullanabileceği anlatılmadı	24	20.5
Nasıl kullanılacağı anlatılmadı	40	35.0
Yan etkileri anlatılmadı	40	35.0
A.K. Konusunda Bilgi Almak İsteme (n=1029)		
İsteyen	709	69.0
İstemeyen	320	31.0
A.K. Yöntemi Kullanma Durumu (n=1029)		
Kullanan	20	1.9
Kullanmayan	1009	98.1
A.K. Yönteminin Etkinliğine İlişkin Görüşleri (n=1029)		
Bilmiyorum	815	79.3
Etkisi sınırlı	108	10.4
Oldukça etkili	97	9.4
Etkisiz	9	0.9
A.K. Yöntemlerinin Temin Edildiği Yer**		
Eczane	254	21.5
Aile planlaması kliniği	279	23.6
Yöntemi kullanan arkadaş	26	2.2
Bilmiyor	624	52.7

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

** Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlamıştır.

Tablo 4.3.1.'de öğrencilerin acil kontrasepsiyona ilişkin bazı özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin % 28.2'sinin A.K. kavramını duyduğu, % 79.3'ünün A.K. hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. A.K. hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin % 42.7'sinin bilgiyi medyadan, kitap ve dergilerden aldığı, % 54.2'sinin A.K. hakkındaki bilgisini yetersiz bulduğu saptanmıştır. Öğrencilerin A.K. hakkındaki bilgilerini yetersiz bulma nedenleri arasında; A.K.'un nasıl kullanılması gerektiğinin anlatılmaması (% 35) ile yan etkilerinin anlatılmaması (% 35) ilk sırada bulunmaktadır. Öğrencilerin % 69'unun A.K. konusunda bilgi almak istediği belirlenmiştir. Öğrencilerin A.K. etkinliğine ilişkin görüşleri sorulduğunda; % 79.3'ünün bilmediği, % 10.4'ünün etkisinin sınırlı olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin % 52.7'si A.K. yöntemlerine nereden ulaşacağını bilmediğini, % 23.6'sı aile planlaması kliniklerinden, % 21.5'i de eczanelerden alınabileceğini belirtmişlerdir.

Tablo: 4.3.2.a. Öğrencilerin A.K. ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar

A.K. Hakkındaki Sorular	Verilen Yanıt							
	Doğru		Yanlış		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A.K. korunmasız bir cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir.	354	34.4	45	4.4	630	61.2	1029	100.0
A.K. amacıyla kullanılan yöntemler OKS, RiA ve MR'dır.	196	19.4	175	17.1	658	63.9	1029	100.0
A.K. tecavüz, korunmasız cinsel ilişki sonrası ve kontrasepsiyon kazaları gibi durumlarda kullanılabilen bir yöntemdir.	317	30.8	136	13.2	576	56.0	1029	100.0
A.K. amacıyla ağızdan alınan haplar cinsel ilişkiyi takiben ilk 72 saat içinde, 12 saat arayla 2'şer tablet alınmalıdır.	95	9.2	130	12.7	804	78.1	1029	100.0

Tablo 4.3.2.a'da öğrencilerin acil kontrasepsiyon ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar bulunmaktadır. Öğrencilerin % 34.4'ü korunmasız bir cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek amacıyla acil kontraseptif yöntemlerin kullanılabileceğine ilişkin soruya doğru yanıt vermiştir. % 19.4'ünün A.K. amacıyla OKS, RiA ve MR kullanılabileceğini bildiği, % 30.8'inin acil kontrasepsiyonun hangi acil durumlarda kullanılması gerektiğini bildiği ve sadece % 9.2'sinin ağızdan alınan hapların kullanma talimatını bildiği belirlenmiştir.

Tablo: 4.3.2.b. Öğrencilerin Hormonal Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin İstenmeyen Etkilerine İlişkin Yanıtları

A.K. amacıyla ağızdan alınan hormonal gebelikten korunma yöntemlerinin yan etkileri*	n(1029)	Yüzde (%)
Bulantı	158	11.4
Kusma	122	8.8
Adet kanama miktarının artması	99	7.1
Baş ağrısı	88	6.3
Kramplar,karın ağrısı	45	3.2
Sersemlik hissi	43	3.1
Hepsi	32	2.3
Bilmiyor	799	57.6

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlamıştır.

Tablo 4.3.2.b.'de öğrencilerin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemlerinin istenmeyen etkilerine ilişkin yanıtlarının dağılımı bulunmaktadır. Yan etkilere verilen yanıtlar arasında % 57.6 ile bilmiyorum yanıtı ilk sırada yer almaktadır. Bilinen yan etkiler arasında ise öğrencilerin % 11.4'ü bulantı, % 8.8'i kusma ve % 6.3'ü baş ağrısı olabileceğini belirtmişlerdir.

Tablo: 4.3.3. Öğrencilerin A.K.'a İlişkin Görüşleri

Görüşler	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Her birey A.K. konusunda bilgi sahibi olmalıdır	642	62.4	361	35.1	26	2.5	1029	100.0
A.K. kullanmak, istenmeyen gebelikleri önleyerek birey ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir	490	47.6	487	47.3	52	5.1	1029	100.0
A.K., gerektiğinde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılmalıdır	468	45.5	514	50.0	47	4.6	1029	100.0
A.K.'u bekar olan kişiler de kullanabilir	378	36.7	569	55.3	82	8.0	1029	100.0
Planlanmamış ve istenmemiş olsa bile hiçbir gebelik A.K. yöntemi ile sonlandırılmamalıdır	168	16.3	636	61.8	225	21.9	1029	100.0
A.K. gelecek yaşamlarındaki doğurganlığı olumsuz etkileyeceğinden genç insanlar tarafından kullanılmamalıdır	126	12.2	706	68.6	197	19.1	1029	100.0
A.K. sadece evli kişiler tarafından kullanılmalıdır	90	8.7	572	55.6	367	35.7	1029	100.0
A.K. yöntemi kullanmaya karar vermek yalnızca kadının sorumluluğundadır	78	7.6	471	45.8	480	46.6	1029	100.0
A.K. kullanılması günahtır	60	5.8	609	59.2	360	35.0	1029	100.0
A.K. kullanılması kısırlığa neden olur*	39	3.8	781	76.0	208	20.2	1028	100.0

* 1 kişi cevap vermemiştir.

Tablo 4.3.3.'de öğrencilerin acil kontrasepsiyona ilişkin görüşleri verilmiştir. Öğrencilerin % 62.4'ü her bireyin A.K. hakkında bilgi sahibi olması gerektiğine katıldığını, % 2.5'i katılmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 47.6'sı A.K. kullanımı istenmeyen gebelikleri önleyerek

birey ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir ifadesine katılırken, % 5.1'i katılmamıştır. A.K., gerektiğinde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılmalıdır ifadesine öğrencilerin % 45.5'i katılırken, % 4.6'sı katılmadığını belirtmiştir. A.K. bekar kişiler tarafından da kullanılabilir ifadesine öğrencilerin % 36.7'si katılırken, % 8.0'i katılmadığını belirtmiştir. Planlanmamış ve istenmemiş olsa bile gebelik A.K. ile sonlandırılmamalıdır ifadesinde öğrencilerin % 61.8'i kararsız olduğunu, % 21.9'u ise katılmadığını ifade etmiştir. A.K. kullanımının genç insanların gelecek yaşamlarında doğurganlığını olumsuz etkileyeceğine ilişkin ifadeye öğrencilerin % 68.6'sı kararsız olduğunu belirtirken, % 19.1'i katılmadığını ifade etmiştir. A.K. sadece evli kişiler tarafından kullanılmalıdır ifadesine öğrencilerin % 55.6'sı kararsız kaldığını, % 35.7'si ise katılmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 46.6'sı A.K. kullanmaya karar verme sorumluluğu yalnızca kadına ait ifadesine katılmazken, % 45.8'i ise kararsız kalmıştır. A.K. kullanmanın günah olduğu ile ilgili ifadeye öğrencilerin % 35'i katılmadığını, % 59.2'si kararsız kaldığını belirtmiştir. A.K. kullanılmasının kısırlığa neden olacağına ilişkin ifadeye öğrencilerin % 76'sının kararsız görüş bildirdiği, % 20.2'sinin katılmadığı belirlenmiştir.

Tablo: 4.3.4. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Kavramını Duyma Durumları

Tanımlayıcı Özellikler	Acil Kontrasepsiyon Kavramı					
	Duyan		Duymayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1029)						
17-19	40	20.2	158	79.8	198	100.0
20-22	174	29.4	417	70.6	591	100.0
23 ve üzeri	76	31.7	164	68.3	240	100.0
Ki-Kare=8.13, Sd=2 , p=0.017<0.03						
Cinsiyet (n=1027)*						
Kız	177	27.8	459	72.2	636	100.0
Erkek	113	28.9	278	71.1	391	100.0
Ki-Kare=0.136, Sd=1 , p=0.711>0.03						
Eğitim Alanı (n=1029)						
Sosyal Bilimler	76	23.1	253	76.9	329	100.0
Eğitim Bilimleri	78	22.2	273	77.8	351	100.0
Fen Bilimleri	46	22.3	160	77.7	206	100.0
Sağlık Bilimleri	90	62.9	53	37.1	143	100.0
Ki-Kare=99.18, Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1028)*						
1	39	18.9	167	81.1	206	100.0
2	67	27.1	180	72.9	247	100.0
3	107	36.6	185	63.4	292	100.0
4 ve üzeri	76	26.9	207	73.1	283	100.0
Ki-Kare=19.44, Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1029)						
Köy/Kasaba	18	24.7	55	75.3	73	100.0
İlçe	56	27.9	145	72.1	201	100.0
Şehir	87	27.2	233	72.8	320	100.0
Büyükşehir	129	29.7	306	70.3	435	100.0
Ki-Kare=1.08, Sd=3 , p=0.781>0.03						
Annenin Eğitim Durumu (n=1029)						
Okur yazar değil ve ilkökul	124	24.4	384	75.6	508	100.0
Ortaokul	43	32.8	88	67.2	131	100.0
Lise	65	26.7	178	73.3	243	100.0
Üniversite	58	39.5	89	60.5	147	100.0
Ki-Kare=14.44 ; p=0.002<0.03						
Babanın Eğitim Durumu (n=1028)*						
Okur yazar değil ve ilkökul	75	25.0	225	75.0	300	100.0
Ortaokul	39	26.2	110	73.8	149	100.0
Lise	67	25.3	198	74.7	265	100.0
Üniversite	109	34.7	205	65.3	314	100.0
Ki-Kare=9.51 ; p=0.023<0.03						

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.4.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre acil kontrasepsiyon kavramını duyma durumlarının dağılımı verilmiştir. 23 yaş ve üzeri yaşlardaki öğrencilerin % 31.7'si A.K. kavramını duymuştur. Kızların % 27.8'inin, erkeklerin % 28.9'unun, Sağlık Bilimleri'nde okuyan

öğrencilerin % 62.9'unun, üniversitedeki eğitim süresi 3. yılında olanların % 36.6'sının, 2. yılında olanların % 27.1'inin ve üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 29.7'sinin, köy yada kasabada yaşayanların % 24.7'sinin, annesi üniversite mezunu olanların % 39.5'inin, babası üniversite mezunu olanların % 34.7'sinin A.K. kavramını duyduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş grupları, üniversitede okudukları alan, eğitim süresi, anne ve babasının eğitim durumuna göre A.K. kavramını duymaları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$). Öğrencilerin cinsiyetleri ve üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yere göre A.K. kavramını duymaları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$). 23 yaş ve üzeri grupta olanların, eğitim süresi 3 yıl olanların, sağlık alanında okuyanların, anne ve babası üniversite mezunu olanların daha çoğunun A.K. kavramını duydukları saptanmıştır.

Tablo: 4.3.5. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu İfade Etme Durumları

Tanımlayıcı Özellikler	Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Sahibi Olma					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1029)						
17-19	26	13.1	172	86.9	198	100.0
20-22	127	21.5	464	78.5	591	100.0
23 ve üzeri	60	25.0	180	75.0	240	100.0
Ki-Kare=9.83, Sd=2 , p=0.007<0.03						
Cinsiyet (n=1027)*						
Kız	129	20.3	507	79.7	636	100.0
Erkek	84	21.5	307	78.5	391	100.0
Ki-Kare=0.212, Sd=1 , p=0.645>0.03						
Eğitim Alanı (n=1029)						
Sosyal Bilimler	59	17.9	270	82.1	329	100.0
Eğitim Bilimleri	52	14.8	299	85.2	351	100.0
Fen Bilimleri	29	14.1	177	85.9	206	100.0
Sağlık Bilimleri	73	51.0	70	49.0	143	100.0
Ki-Kare=94.68, Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1028)*						
1	27	13.1	179	86.9	206	100.0
2	43	17.4	204	82.6	247	100.0
3	77	26.4	215	73.6	292	100.0
4 ve üzeri	66	23.3	217	76.7	283	100.0
Ki-Kare=15.75, Sd=3 , p=0.001<0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1029)						
Köy/Kasaba	6	8.2	67	91.8	73	100.0
İlçe	39	19.4	162	80.6	201	100.0
Şehir	59	18.4	261	81.6	320	100.0
Büyükşehir	109	25.1	326	74.9	435	100.0
Ki-Kare=13.16, Sd=3 , p=0.004<0.03						
Annenin Eğitim Durumu (n=1029)						
Okur yazar değil ve ilkokul	85	16.7	423	83.3	508	100.0
Ortaokul	32	24.4	99	75.6	131	100.0
Lise	47	19.3	196	80.7	243	100.0
Üniversite	49	33.3	98	66.7	147	100.0
Ki-Kare=20.54 ; p=0.0001<0.03						
Babanın Eğitim Durumu (n=1028)*						
Okur yazar değil ve ilkokul	50	16.7	250	83.3	300	100.0
Ortaokul	25	16.8	124	83.2	149	100.0
Lise	52	19.6	213	80.4	265	100.0
Üniversite	86	27.4	228	72.6	314	100.0
Ki-Kare=13.11 ; p=0.004<0.03						

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.5'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre acil kontrasepsiyon hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etme durumlarının

dağılımı bulunmaktadır. 23 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 25.0'ının A.K. konusunda bilgisi olduğu, buna karşın 17-19 yaşlar arasında bulunanların sadece % 13.1'inin bilgisi olduğu görülmektedir. Öğrencilerin yaş gruplarına göre A.K. konusunda bilgi sahibi olmaları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$). Öğrencilerin yaşı arttıkça A.K. hakkında bilgi sahibi olanların sayısının arttığı görülmektedir. Erkeklerin % 21.5'i, kızların % 20.3'ü A.K. hakkında bilgi sahibidir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre A.K. hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$).

Sağlık ile ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin % 51.0'ının A.K. hakkında bilgisi varken, Fen Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin % 14.1'inin bilgisi olduğu saptanmıştır. Üniversitede 3 yıldır eğitim alan öğrencilerin % 26.4'ünün, üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 25.1'inin A.K. konusunda bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin % 33.3'ünün, babası üniversite mezunu olan öğrencilerin % 27.4'ünün A.K. konusundaki bilgisinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okudukları alan, üniversitedeki eğitim yılı, üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yer, anne ve babalarının eğitim durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuş olup ($p<0,03$), sağlık alanında olanlar, eğitim süresi 3 yıl olanlar ve üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanlar, anne ve babası üniversite mezunu olanların A.K. konusunda diğerlerine göre daha fazla bilgili olduğu belirlenmiştir.

Tablo: 4.3.6 Acil Kontrasepsiyon Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu İfade Eden Öğrencilerin Bilgilerini Yeterli Hissetmelerine İlişkin Görüşlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler (n=212)*	Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgisini Yeterli Hissetme					
	Yeterli		Yetersiz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
17-19	7	26.9	19	73.1	26	100.0
20-22	65	50.8	63	49.2	128	100.0
23 ve üzeri	25	43.1	33	56.9	58	100.0
Ki-Kare=5.18, Sd=2 , p=0.074>0.03						
Cinsiyet						
Kız	57	44.9	70	55.1	127	100.0
Erkek	40	47.1	45	52.9	85	100.0
Ki-Kare=0.097, Sd=1 , p=0.755>0.03						
Eğitim Alanı						
Sosyal Bilimler	13	22.4	45	77.6	58	100.0
Eğitim Bilimleri	21	38.9	33	61.1	54	100.0
Fen Bilimleri	10	35.7	18	64.3	28	100.0
Sağlık Bilimleri	53	73.6	19	26.4	72	100.0
Ki-Kare=37.40, Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversitedeki Eğitim Süresi						
1	8	29.6	19	70.4	27	100.0
2	11	25.6	32	74.4	43	100.0
3	42	53.8	36	46.2	78	100.0
4 ve üzeri	36	56.3	28	43.8	64	100.0
Ki-Kare=14.77, Sd=3 , p=0.002<0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer						
Köy/Kasaba	4	66.7	2	33.3	6	100.0
İlçe	17	43.6	22	56.4	39	100.0
Şehir	29	48.3	31	51.7	60	100.0
Büyükşehir	47	43.9	60	56.1	107	100.0
Ki-Kare=1.43, Sd=3 , p=0.697>0.03						
Annenin Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	38	44.2	48	55.8	86	100.0
Ortaokul	9	28.1	23	71.9	32	100.0
Lise	23	47.9	25	52.1	48	100.0
Üniversite	27	58.7	19	41.3	46	100.0
Ki-Kare=7.45 ; p=0.058>0.03						
Babanın Eğitim Durumu						
Okur yazar değil ve ilkökul	20	40.0	30	60.0	50	100.0
Ortaokul	11	42.3	15	57.7	26	100.0
Lise	24	45.3	29	54.7	53	100.0
Üniversite	42	50.6	41	49.4	83	100.0
Ki-Kare=1.58 ; p=0.66>0.03						
Toplam	97	45.8	115	54.2	212	100.0

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.6'da acil kontrasepsiyon hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eden öğrencilerin bilgilerini yeterli hissetmelerine ilişkin görüşlerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı bulunmaktadır. 20-22 yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 50.8'inin, erkeklerin % 47.1'inin, sağlıkla ilgili bölümlerdeki öğrencilerin % 73.6'sının, üniversitedeki eğitim süresi 4 yıl ve daha üzeri olanların % 56.3'ünün, üniversiteye gelmeden önce köy ve kasabada yaşayanların % 66.7'sinin, annesi üniversite mezunu olanların % 58.7'sinin, babası üniversite mezunu olanların % 50.6'sının A.K. konusunda bilgilerini yeterli buldukları görülmektedir. A.K. hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin bilgilerini yeterli hissetmelerine ilişkin görüşleri öğrencilerin okudukları alan ve üniversitedeki eğitim süreleri bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$). Sağlık alanında okuyan ve üniversitedeki eğitim yılı 4 yıl ve üzeri olan öğrenciler A.K. konusunda bilgilerini yeterli bulmaktadırlar. A.K. hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin yaş grupları, cinsiyetleri, üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer, anne ve babasının eğitim durumuna göre acil kontrasepsiyon konusundaki bilgilerinin yeterliliğine ilişkin görüşleri bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$).

Tablo: 4.3.7. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Almayı İsteme Durumları

Tanımlayıcı Özellikler	Bilgi Almak					
	İsteyen		İstemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1028)*						
17-19	124	62.6	74	37.4	198	100.0
20-22	422	71.5	168	28.5	590	100.0
23 ve üzeri	163	67.9	77	32.1	240	100.0
Ki-Kare=5.64, Sd=2 , p=0.059>0.03						
Cinsiyet (n=1026)*						
Kız	448	70.6	187	29.4	635	100.0
Erkek	259	66.2	132	33.8	391	100.0
Ki-Kare=2.09, Sd=1 , p=0.147>0.03						
Eğitim Alanı (n=1028)*						
Sosyal Bilimler	244	74.2	85	25.8	329	100.0
Eğitim Bilimleri	239	68.1	112	31.9	351	100.0
Fen Bilimleri	152	74.1	53	25.9	205	100.0
Sağlık Bilimleri	74	51.7	69	48.3	143	100.0
Ki-Kare=26.65, Sd=3 , p=0.000<0.03						
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1027)*						
1	127	61.7	79	38.3	206	100.0
2	176	71.3	71	28.7	247	100.0
3	218	74.9	73	25.1	291	100.0
4 ve üzeri	187	66.1	96	33.9	283	100.0
Ki-Kare=11.66, Sd=3 , p=0.008<0.03						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1028)*						
Köy/Kasaba	51	69.9	22	30.1	73	100.0
İlçe	141	70.1	60	29.9	201	100.0
Şehir	224	70.0	96	30.0	320	100.0
Büyükşehir	293	6.5	141	32.5	434	100.0
Ki-Kare=0.747, Sd=3 , p=0.861>0.03						
Annenin Eğitim Durumu (n=1028)*						
Okur yazar değil ve ilkokul	368	72.6	139	27.4	507	100.0
Ortaokul	87	66.4	44	33.6	131	100.0
Lise	161	66.3	82	33.7	243	100.0
Üniversite	93	63.3	54	36.7	147	100.0
Ki-Kare=6.56 ; p=0.087>0.03						
Babanın Eğitim Durumu (n=1027)*						
Okur yazar değil ve ilkokul	207	69.0	93	31.0	300	100.0
Ortaokul	108	72.5	41	27.5	149	100.0
Lise	183	69.1	82	30.9	265	100.0
Üniversite	210	67.1	103	32.9	313	100.0
Ki-Kare=1.37 ; p=0.711>0.03						

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.7.'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre acil kontrasepsiyon konusunda bilgi almayı isteme durumları

bulunmaktadır. 20-22 yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 71.5'inin, kızların % 70.6'sının, sosyal bilimler ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 74.2'sinin, üniversitedeki eğitim süresi 3 yıl olanların % 74.9'unun ve üniversiteye gelmeden önce ilçede yaşayanların % 70.1'inin, annesi okur yazar olmayan yada ilkokul mezunu olanların % 72.6'sının, babası ortaokul mezunu olanların % 72.5'inin A.K. konusunda bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş grupları, cinsiyetleri, üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer, anne ve babasının eğitim durumuna göre A.K. konusunda bilgi alma isteme durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$). Buna karşın öğrencilerin okudukları alan ve üniversitedeki eğitim sürelerine göre A.K. hakkında bilgi alma isteme bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,03$). Sosyal bilimler alanında okuyan, eğitim süresi 3 yıl olan öğrencilerin A.K. hakkında bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.

Tablo: 4.3.8. Cinsel Deneyimi Olan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerini Kullanma Durumları

Tanımlayıcı Özellikler (n=196)	Acil Kontrasepsiyon Kullanma					
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
17-19	2	16.7	10	83.3	12	100.0
20-22	10	11.0	81	89.0	91	100.0
23 ve üzeri	8	8.6	85	91.4	93	100.0
Ki-Kare=0.868 , Sd= 2 , p=0.647>0.03						
Cinsiyet						
Kız	5	18.5	22	81.5	27	100.0
Erkek	15	8.9	154	91.1	169	100.0
Fishers Exact , p=0.162>0.03						
Eğitim Alanı						
Sosyal Bilimler	7	9.0	71	91.0	78	100.0
Eğitim Bilimleri	6	8.3	66	91.7	72	100.0
Fen Bilimleri	3	7.9	35	92.1	38	100.0
Sağlık Bilimleri	4	50.0	4	50.0	8	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversitedeki Eğitim Süresi						
1	2	10.0	18	90.0	20	100.0
2	5	12.8	34	87.2	39	100.0
3	4	7.7	48	92.3	52	100.0
4 ve üzeri	9	10.6	76	89.4	85	100.0
Test Uygulanmadı						
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer						
Köy/Kasaba	2	15.4	11	84.6	13	100.0
İlçe	4	10.5	34	89.5	38	100.0
Şehir	4	7.8	47	92.2	51	100.0
Büyükşehir	10	10.6	84	89.4	94	100.0
Test Uygulanmadı						
Toplam	20	10.2	176	89.8	196	100.0

Tablo 4.3.8'de cinsel deneyimi olan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre acil kontrasepsiyon yöntemlerini kullanma durumları bulunmaktadır. 17-19 yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 16.7'sinin, kızların % 18.5'inin, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 50'sinin, üniversitedeki eğitim süresi 2 yıl olanların % 12.8'inin ve üniversiteye gelmeden önce köy/kasabada yaşayanların % 15.4'ünün A.K. yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre A.K. yöntemlerini kullanma durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$). Öğrencilerin üniversitede okudukları alan, üniversitedeki eğitim süreleri ve

üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yere göre A.K. kullanma durumu arasındaki ilişkide öğrenci sayısı yetersiz olduğu için test uygulanmamıştır.

Tablo: 4.3.9. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyonun Tanımına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Acil Kontrasepsiyonun Tanımına Verilen Yanıt							
	Doğru		Yanlış		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1029)								
17-19	50	25.3	8	4.0	140	70.7	198	100.0
20-22	209	35.4	26	4.4	356	60.2	591	100.0
23 ve üzeri	95	39.6	11	4.6	134	55.8	240	100.0
Ki-Kare=11.06 , sd=4, p=0.025<0.03								
Cinsiyet (n=1027)*								
Kız	224	35.2	16	2.5	396	62.3	636	100.0
Erkek	129	33.0	29	7.4	233	59.6	391	100.0
Ki-Kare=13.906 , sd=2, p=0.000<0.03								
Eğitim Alanı (n=1029)								
Sosyal Bilimler	110	33.4	14	4.3	205	62.3	329	100.0
Eğitim Bilimleri	89	25.4	18	5.1	244	69.5	351	100.0
Fen Bilimleri	58	28.2	10	4.9	138	67.0	206	100.0
Sağlık Bilimleri	97	67.8	3	2.1	43	30.1	143	100.0
Ki-Kare=87.29 , sd=6, p=0.000<0.03								
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1028)*								
1	56	27.2	10	4.9	140	68.0	206	100.0
2	75	30.4	12	4.9	160	64.8	247	100.0
3	111	38.0	13	4.5	168	57.5	292	100.0
4 ve üzeri	112	39.6	10	3.5	161	56.9	283	100.0
Ki-Kare=11.84 , sd=6, p=0.065>0.03								
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1029)								
Köy/Kasaba	22	30.1	2	2.7	49	67.1	73	100.0
İlçe	70	34.8	13	6.5	118	58.7	201	100.0
Şehir	102	31.9	12	3.8	206	64.4	320	100.0
Büyükşehir	160	36.8	18	4.1	257	59.1	435	100.0
Ki-Kare=5.97 , sd=6, p=0.425>0.03								
Annenin Eğitim Durumu (n=1029)								
Okur yazar değil ve ilkokul	160	31.5	26	5.1	322	63.4	508	100.0
Ortaokul	43	32.8	6	4.6	82	62.6	131	100.0
Lise	88	36.2	8	3.3	147	60.5	243	100.0
Üniversite	63	42.9	5	3.4	79	53.7	147	100.0
Ki-Kare=7.96 ; p=0.241>0.03								
Babanın Eğitim Durumu (n=1028)*								
Okur yazar değil ve ilkokul	98	32.7	15	5.0	187	62.3	300	100.0
Ortaokul	40	26.8	5	3.4	104	69.8	149	100.0
Lise	92	34.7	14	5.3	159	60.0	265	100.0
Üniversite	124	39.5	11	3.5	179	57.0	314	100.0
Ki-Kare=9.59 ; p=0.143>0.03								

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdele n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.9.'da öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre acil kontrasepsiyonun tanımına verdikleri yanıtların dağılımı yer

almaktadır. 23 yaş ve üzerindeki öğrencilerin % 39.6'sının, kızların % 35.2'sinin, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 67.8'inin, üniversitedeki eğitim süresi 4 yıl ve üzeri olanların % 39.6'sının ve üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 36.8'inin, annesi üniversite mezunu olanların % 42.9'unun, babası üniversite mezunu olanların % 39.5'inin acil kontrasepsiyonun tanımına doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir.

Öğrencilerin üniversitedeki eğitim süreleri, üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer, anne ve babalarının eğitim durumuna göre acil kontrasepsiyonun tanımını doğru bilme durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$). Buna karşın, öğrencilerin yaş grupları, cinsiyetleri ve okudukları alana göre acil kontrasepsiyonun tanımına verdikleri yanıt bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$). 23 yaş ve üzerinde olanlarda, kızlarda ve sağlık alanında okuyanların acil kontrasepsiyonun tanımını doğru bildikleri saptanmıştır.

Tablo: 4.3.10. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hormonal Acil Kontraseptif İlaçların Kullanımını Bilme Durumları

Tanımlayıcı Özellikler	Hormonal A.K.'nin Kullanım Kurallarını Bilme Durumu							
	Doğru		Yanlış		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu (n=1029)								
17-19	10	5.1	16	8.1	172	86.9	198	100.0
20-22	53	9.0	83	14.0	455	77.0	591	100.0
23 ve üzeri	32	13.3	31	12.9	177	73.8	240	100.0
Ki-Kare=14.98 , sd=4, p=0.004<0.03								
Cinsiyet (n=1027)*								
Kız	55	8.6	86	13.5	495	77.8	636	100.0
Erkek	40	10.2	44	11.3	307	78.5	391	100.0
Ki-Kare=1.65 , sd=2, p=0.437>0.03								
Eğitim Alanı (n=1029)								
Sosyal Bilimler	29	8.8	43	13.1	257	78.1	329	100.0
Eğitim Bilimleri	19	5.4	33	9.4	299	85.2	351	100.0
Fen Bilimleri	15	7.3	20	9.7	171	83.0	206	100.0
Sağlık Bilimleri	32	22.4	34	23.8	77	53.8	143	100.0
Ki-Kare=65.27 , sd=6, p=0.000<0.03								
Üniversitedeki Eğitim Süresi (n=1028)*								
1	15	7.3	18	8.7	173	84.0	206	100.0
2	14	5.7	38	15.4	195	78.9	247	100.0
3	28	9.6	43	14.7	221	75.7	292	100.0
4 ve üzeri	38	13.4	31	11.0	214	75.6	283	100.0
Ki-Kare=16.64 , sd=6, p=0.011<0.03								
Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yer (n=1029)								
Köy/Kasaba	7	9.6	9	12.3	57	78.1	73	100.0
İlçe	13	6.5	30	14.9	158	78.6	201	100.0
Şehir	30	9.4	30	9.4	260	81.3	320	100.0
Büyükşehir	45	10.3	61	14.0	329	75.6	435	100.0
Ki-Kare=7.21 , sd=6, p=0.301>0.03								
Annenin Eğitim Durumu (n=1029)								
Okur yazar değil ve ilkokul	43	8.5	60	11.8	405	79.7	508	100.0
Ortaokul	10	7.6	14	10.7	107	81.7	131	100.0
Lise	20	8.2	39	16.0	184	75.7	243	100.0
Üniversite	22	15.0	17	11.6	108	73.5	147	100.0
Ki-Kare=9.25 ; p=0.159>0.03								
Babanın Eğitim Durumu (n=1028)*								
Okur yazar değil ve ilkokul	23	7.7	41	13.7	236	78.7	300	100.0
Ortaokul	6	4.0	17	11.4	126	84.6	149	100.0
Lise	24	9.1	35	13.2	206	77.7	265	100.0
Üniversite	42	13.4	37	11.8	235	74.8	314	100.0
Ki-Kare=13.93 ; p=0.044>0.03								

* Cevap veren öğrenci sayısıdır. Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.10.'da öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını bilme durumları

bulunmaktadır. 17-19 yaş grubunda olanların % 5.1'i doğru bilirken, 23 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 13.3'ünün hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını doğru bildikleri görülmektedir. Sağlıkla ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin % 22.4'ü bu soruya doğru yanıt verirken, eğitim bilimlerinde okuyan öğrencilerin sadece % 5.4'ü soruya doğru yanıt verebilmişlerdir. Üniversite eğitimi 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin % 13.4'ü hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını doğru bilirken, üniversitede ikinci yılı olan öğrencilerin % 5.7'sinin yöntemi bildiği saptanmıştır. Öğrencilerin yaş grupları, okudukları alan ve üniversitedeki eğitim yılı ile hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını bilme durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,03$).

Erkeklerin % 10.2'sinin, kızların % 8.2'sinin, üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayan öğrencilerin % 10.3'ünün, ilçede yaşayanların % 6.5'inin, annesi üniversite mezunu olanların % 15.0'inin, babası üniversite mezunu olanların % 13.4'ünün acil kontrasepsiyon amacıyla ağızdan alınan hormonal hapların kullanım kurallarını bildikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine, üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yere, anne ve babasının eğitim durumuna göre hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını bilmeleri bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,03$).

5. TARTIŞMA

Elde edilen bulgular iki bölüm halinde tartışılmıştır.

5.1. Öğrencilerin Cinsel Yaşamları ve Gebelikten Korunmak Amacıyla Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Bulguların Tartışması

5.2. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışması

5.1. Öğrencilerin Cinsel Yaşamları ve Gebelikten Korunmak Amacıyla Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Bulguların Tartışması

Gençlerin cinsel davranış biçimleri cinsel ve üreme sağlıklarını etkileyen önemli faktörlerdendir.^{5,7,17,66,136} Araştırmamızda öğrencilerin yaklaşık 1/5'inin cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir. Cinsel deneyimi olan öğrencilerin önemli bir bölümünün (% 93.9) ilk cinsel deneyimini 20'li yaşlarda yaşadığı (ortalama yaş 18.7) belirlenmekle birlikte ilk cinsel deneyim yaşının 13'e kadar düştüğü, yaş ilerledikçe cinsel deneyimi olanların arttığı (min=13, max=30) saptanmıştır (Tablo 4.2.1.). İlk cinsel deneyim yaşı kızlarda ortalama 21.1, erkeklerde ortalama 18.3'dür (Tablo 4.2.3.). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yanikkerem, üniversite öğrencilerin % 51.7'sinin cinsel deneyimi bulunduğunu ve ilk cinsel deneyim yaş ortalamasının 17.6 olduğunu saptamıştır.¹³ İzmir'de üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada öğrencilerin cinsel ilişki deneyimine bakıldığında; erkeklerin % 61.2'sinin ve kızların % 18.3'ünün cinsel deneyimi olduğu¹³⁷, Aras'ın belirttiğine göre; İstanbul, Eskişehir ve Kütahya'daki üç üniversiteyi kapsayan bir başka araştırmada erkeklerin % 67.8'inin ve kızların % 25.1'inin cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir.¹³⁸ Araştırmamızda, ilk cinsel deneyim yaşı kızlarda ortalama 21.1, erkeklerde ortalama 18.3 olarak bulunmuştur. Özcebe ve Akın'ın çalışmasında, ilk cinsel deneyim yaşının erkeklerde ortalama 17.2, kızlarda ise 19.9 olduğu saptanmıştır.¹² Kara ve arkadaşlarının Kocaeli ilinde lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin % 6'sının ilk cinsel deneyimini 12 yaş ve altında yaşadığını belirlemişlerdir.¹³⁹ Aras ve arkadaşlarının lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşı erkeklerde 15.7±1.5, kızlarda 16.5±0.8 olarak belirlenmiştir.¹³⁸ Gençlerde cinsel davranışlarla ilgili yurt dışında yapılan çalışmaların bazısında ise şu sonuçlara ulaşılmıştır; Nijerya'da yapılan bir çalışmada cinsel ilişkiye başlama yaşı erkeklerde

ortalama 14.6 ve kızlarda 15.2¹⁴⁰, Meksika'da ilk cinsel ilişki yaşı erkeklerde 14.5, kızlarda 15 olarak belirlenmiştir.¹⁴¹ Gençlerin cinsel ilişkiye başlama yaşı Jamaika'da 13.6¹⁴², Etiyopya'da 15.3¹⁴³, ABD'de 15.8¹⁴⁴, Almanya'da 16.2 ve Fransa'da 16,8 olarak belirlenmiştir.¹⁴⁵ Bu sonuçlar erken adölesan dönemde cinsel yönden aktif olma davranışının yaygın olduğunu ortaya koymak bakımından önemlidir. Cinsiyetlere göre cinsel davranış biçimleri toplumlara göre farklılık göstermektedir. Cinselliğin doğal olarak karşılandığı toplumlarda cinsiyetlere göre cinsel yönden aktif olma davranışı ve ilk cinsel ilişki yaşı benzerlik göstermektedir. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda cinsiyetler arasında farklılık olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizde genellikle erkeklerin kızlardan daha erken yaşta ilk cinsel ilişki deneyimini yaşadığı dikkat çekmektedir. Bunun nedeni ülkemizde kızlardan ve erkeklerden beklenen cinsel davranış biçimlerinin farklı olması olabilir. Bizim gibi geleneksel öğelerin ön planda olduğu toplumlarda, toplumun kızlar ve erkekler için koyduğu cinsel davranış kuralları eşit olmayabilir. Bu nedenle araştırmamızda kızlar arasında cinsel deneyimi olanların daha az olduğunu veya toplumsal nedenlerden dolayı kızların cinsel deneyimi olsa bile bunu gizlemiş olabileceğini düşünebiliriz.

Bireylerin ilk cinsel ilişki sırasında kontraseptif yöntem kullanmamaları, kontraseptif yöntemlere karşı bir ön yargı beslemelerine ve tüm riskleri bilmelerine rağmen kontraseptif yöntem kullanmadan cinsel yaşamlarına devam etmelerine neden olmaktadır.^{145,146} Buna karşın, ilk cinsel ilişkide kontraseptif yöntem kullanan bireylerde güvenli cinsel davranışlar daha kolay içselleştirilebilmekte ve gençlerin güvenli cinsel davranış kazanmaları kolaylaşabilmektedir.^{145,146} Araştırmamızda cinsel deneyimi olan öğrencilerin 3/5'inden fazlası (% 61.9) ilk cinsel ilişkisi sırasında gebelikten koruyucu bir yöntem kullandıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin ilk cinsel ilişkide en fazla tercih ettiği kontraseptif yöntem prezervatiftir (% 74.6) (Tablo 4.2.1.). Ülkemizde, gençlerde cinsel

davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda kontraseptif yöntem kullanma oranları bakımından farklılık olmakla birlikte, en fazla tercih edilen yöntem bakımından benzerlik olduğu belirlenmiştir. Özkan öğrencilerin % 52.5'inin¹⁴⁷, Yurdakul ve arkadaşları % 43.2'sinin¹⁴⁸, Coşkun % 36.5'inin¹⁴⁹ ilk cinsel deneyimlerinde kontraseptif yöntem kullandıklarını saptamışlardır. Özcebe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin % 49.7'si, kız öğrencilerin % 51.3'ü ilk cinsel ilişkide kontraseptif yöntem kullandığını belirtmişlerdir.¹⁵⁰ Yurdakul ve arkadaşları, öğrencilerin ilk cinsel ilişkilerinde en fazla tercih ettikleri yöntemin prezervatif olduğunu saptamışlardır.¹⁴⁸ Pamukçu ve arkadaşları, üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 43.2'sinin¹⁵¹, Bakar ve arkadaşları, adölesanların % 34'ünün ilk cinsel deneyimlerinde prezervatif kullandıklarını belirlemişlerdir.¹⁷ Bazı ülkelerde cinsel yönden aktif olan gençlerin ilk cinsel ilişkide yöntem kullanım durumuna bakıldığında, Nijerya, Ruganda ve Senegal'de gençlerin % 2'sinin, Latin Amerika ve Karayipler'de % 11'inin, Kamerun'da % 23'ünün, Endonezya'da % 34'ünün kontraseptif yöntem kullandığı saptanmıştır.¹³⁶ Larsson ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin % 60'ının¹⁵², Xu ve Cheng'in yaptığı çalışmada % 59.8'inin¹⁵³, Simbar ve arkadaşlarının İran'da yaptığı çalışmada % 48'inin¹⁵⁴, Walker ve arkadaşlarının Meksika'da yaptığı çalışmada % 39'unun ilk cinsel deneyimlerinde prezervatif kullandıkları belirlenmiştir.¹⁴¹ Özellikle gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda gençlerde kontraseptif kullanımının daha yüksek olduğu görülmektedir. İtalya'da yapılan çalışmada adölesanların % 73'ünün¹⁵⁵, ABD'de % 75'inin, Fransa'da % 88'inin, Yunanistan'da % 89'unun ilk cinsel ilişkide kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir.¹³⁶ İsveç'te yapılan bir çalışmada ilk cinsel ilişkide prezervatif kullanımı erkeklerde % 86 ve kızlarda % 70.4¹⁵⁶, İngiltere'de erkeklerde % 82.5 ve kızlarda % 80.3¹⁵⁷, Kamboçya'da erkeklerde % 67 ve kızlarda % 10 olarak belirlenmiştir.¹⁵⁸ Gençlerde riskli cinsel davranışların önlenmesinde cinsel eğitim önemlidir. Ülkemizde cinsellik ile ilgili konular eğitim programlarında

yer almayıp gençler bu konudaki bilgilere kulaktan dolma yollarla ulaşmaktadır. Bunun sonucunda da riskli davranışlar fazla olabilmektedir. Araştırmamızda gençlerin ilk cinsel ilişkide prezervatif kullanım oranının, cinsel eğitimin uygulandığı gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük olduğu, cinsel eğitimin verilmediği ülkelerle ise paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu sonucun, ülkemizde gençlerin cinsel sağlığının risk altında olduğunu ve cinsel eğitimin gerekliliğini ortaya koymak bakımından önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda, öğrencilerin ilk cinsel ilişki sırasında yaklaşık 2/5'inin gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin ilk cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanmama nedenleri arasında ilk iki sırada; ilk cinsel ilişkide gebelik oluşmayacağı düşüncesi ve cinsel ilişkinin plansız olması nedenleri yer almaktadır (Tablo 4.2.1.). Araştırmamız sonucuna benzer olarak Erenel ve Gölbaşı yaptıkları araştırmada cinsel deneyimi olan öğrencilerin cinsel ilişki sırasında her hangi bir yöntem kullanmama nedenleri arasında ilk üç sırada; % 27.5 gebelik oluşmayacağı düşüncesi, % 19.3 cinsel ilişkinin plansız olması ve % 8.8 yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşüncesini belirlemişlerdir.¹⁵⁹ Pınar da öğrencilerin % 44.6 kendisine uygun yöntem bulamadığı, % 33.2 doğallığı bozacağına inandığı ve % 22.2 kontraseptif yöntemler konusunda yeterince bilgisi olmadığı için ilişkide yöntem kullanmadıklarını saptamıştır.¹⁶⁰ Bu sonuçlara dayanarak adölesanların korunmasız cinsel deneyim sonucunda istenmeyen gebelikler açısından risk grubunu oluşturduğunu düşünebiliriz. Gençler gebelikten korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planlamadıkları bir cinsel ilişki nedeniyle gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler. Bu nedenlerle adölesanlara güvenli cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin bilgilerin verilmesinde danışmanlık hizmeti veren hemşirelere önemli görevler düştüğünü söyleyebiliriz.

Günümüzde gençlerde düzenli cinsel yaşantı yaygınlaşmaktadır. Araştırmamızda cinsel deneyimi olan öğrencilerin yaklaşık yarısının (% 44.8) halen düzenli bir cinsel yaşantısı olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin % 5.6'sı (11 öğrenci) istenmeyen gebelik deneyimi yaşamıştır (Tablo 4.2.2.). Tabloda verilmemekle birlikte istenmeyen gebelik deneyimi olan öğrencilerden 1 kişinin gebeliği istemsiz düşük, 5 kişinin küretaj ve 4 kişinin doğumla sonlandırılmıştır. Ege Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada; öğrencilerin % 36'sının düzenli cinsel deneyimi olduğu bulunmuştur.¹⁶¹ Akın ve Özvarış'ın Hacettepe ve Dicle Üniversite'sinde yaptıkları araştırmada, Hacettepe'deki öğrencilerin % 5'inin, Dicle'deki öğrencilerin ise % 6'sının kendilerinde veya partnerlerinde gebelik deneyimi olduğu saptanmıştır.¹⁶² Karaduman'ın çalışmasında, cinsel olarak aktif olan öğrencilerin % 10.2'sinin kendisinde ya da cinsel eşinde gebelik yaşandığı ve bu gebeliklerin % 86.6'sının isteyerek düşükle sonuçlandığını belirlemiştir.¹⁰ Yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların % 19.7'sinin istenmeyen gebelik deneyiminin olduğu; bu gebeliklerin % 40'ının küretaj, % 36.7'sinin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemi kullanılarak, % 23.3'ünün doğumla sonuçlandığı belirlenmiştir.¹⁶³ Ülkemizde cinselliğin özellikle kızlar açısından evlilikle başladığı kabul edilse ve cinsel konular tabu olarak görülse bile yapılan çalışmalarda artık gençlerin cinselliği evlilik öncesi aktif olarak yaşamaya başladığı belirlenmiştir. Ülkemizde cinsel yönden aktif olma davranışının ihmal edilemeyecek oranda olduğu ve buna bağlı gençlerin riskli cinsel davranışlar açısından risk grubunu oluşturduğunu söyleyebiliriz. Araştırmamızda cinsel yönden aktif olan öğrencilerin sadece yarısından biraz fazlası cinsel ilişkisi sırasında düzenli olarak gebelikten koruyucu bir yöntem kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yöntem kullanan öğrencilerin tercih ettikleri yöntemler arasında ilk üç sırada prezervatif (% 69.5), oral kontraseptifler (% 14.4) ve geleneksel bir yöntem olan geri çekme (% 9.3) yöntemleri bulunmaktadır (Tablo 4.2.2.). Yanikkerem çalışmasında, cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 56,7'sinin prezervatifi, % 14,2'sinin geri

çekme yöntemini kullandığını belirlemiştir¹³. Başka bir araştırmada liseli erkek öğrencilerin beşte biri ve üniversiteli erkek öğrencilerin dörtte biri cinsel ilişki sırasında prezervatif kullandıklarını ifade etmişlerdir.¹⁶⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada gençlerin kullandıkları yöntemler arasında ilk sırada % 54.9 ile prezervatif yer almakta, bunu geri çekme yöntemi izlemektedir.¹³⁸ Ülkemizde gençlerin cinsel ilişki sırasında yöntem kullanımının yaygın olmadığı, kullanılan yöntemler arasında da prezervatif ve geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin ilk sıralarda yer aldığı belirlenmiştir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Ukrayna'da tıp fakültesi 1. sınıf öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, erkek ve kız öğrencilerin ilk ve son zamanlardaki cinsel ilişkilerinde en sık kullandıkları kontraseptif yöntemin prezervatif ve geri çekme olduğu belirlenmiştir.¹⁶⁵ Puri ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin % 49.7'si prezervatif, % 47.1'i oral kontraseptif ve % 23.1'i RİA tercih ettiğini belirtmiştir.¹⁶⁶ Byamugisha ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin % 48.9'u prezervatif kullanırken, % 23.4'ü geri çekme yöntemini kullandığını ifade etmiştir.¹⁶⁷ Yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalar ile bizim araştırma sonuçlarımız adölesanların, tüm dünyada ve ülkemizde istenmeyen gebelikler gibi riskli cinsel davranışlar ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Genç yaşta yaşanan gebelikler, adölesan bireyler için sosyal yaşam ve sağlık açısından riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu sorunları ortadan kaldırabilmek için gençlerin ulaşabileceği, merkez ve danışmanların onlara bu konularda rehberlik hizmeti vermeleri gerekmektedir.¹⁶⁸ Bu nedenle gençlerin, sağlıklı bir karar vermelerinde onlara danışmanlık yapacak kurum ve kişilere büyük sorumluluklar düştüğünü söyleyebiliriz.

Araştırmamızda, yaşa paralel olarak cinsel deneyimi olan öğrencilerin arttığı, 23 yaş ve üzerinde cinsel deneyimi olanların fazla olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerin çok önemli bir kısmının (% 95.7)

cinsel deneyimi olmadığı buna karşın, erkek öğrencilerin yaklaşık yarısının cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3.). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlar ve bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Bakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kızların % 4.1'inin erkeklerin % 58,6'sının cinsel ilişki deneyimi olduğu belirlenmiştir.³¹ Özcebe ve Akın'ın Dicle ve Hacettepe Üniversite'sinde yaptıkları çalışmada, erkek öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün, kız öğrencilerin ise dörtte birinin cinsel ilişki deneyimi olduğu belirlenmiştir.¹⁶² Yurdakul ve arkadaşlarının üniversite son sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise erkek öğrencilerin % 77.2'sinin, kız öğrencilerin % 19.4'ünün cinsel deneyimi olduğu saptanmıştır.¹⁴⁸ Türk toplumunun sosyokültürel yapısı ve cinsellikle ilgili bazı değer yargıları nedeniyle, cinsellik konusunda kızlara ve erkeklere farklı yaklaşımlar olduğu bilinen bir gerçektir.¹⁶⁹ Toplumumuzda kızlarda evlilik öncesi cinsel ilişkinin hoş görülmemesi nedeniyle araştırmamızda kızlar arasında cinsel deneyimi olanların daha az olduğunu veya cinsel deneyimi olsa bile belirtmediğini düşünebiliriz. Ancak erkeklerde cinselliğin olağan bir davranış olarak görülmesinden dolayı cinsel deneyimi olanların daha fazla olmasını doğal karşılayabiliriz.

Araştırmamızda, sağlık ile ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin çok az kısmının (% 5.6) cinsel deneyimi olduğu saptanmışken, sosyal alanlarda okuyan öğrencilerin yaklaşık 1/4'ünün cinsel deneyimi vardır (Tablo 4.2.3.). Araştırmamız sonucuna benzer bir şekilde Karaduman; sağlıkla ilgili bölümlerde eğitim gören öğrencilerin % 31'inin, diğer bölümlerde okuyanların % 49.5'inin cinsel deneyimi olduğunu saptamıştır.¹⁰ Koluvaçık'ın yaptığı çalışmada, mühendislik ve iktisat fakültesi öğrencilerinin 1/3'ünün, eğitim ve fen-edebiyat fakültesi öğrencilerinin ise 1/4'ünün cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir.¹⁶⁸ Ülkemizde okulların eğitim programlarında cinsel/üreme sağlığı konularında sistemli eğitim verilmemektedir. Gençler cinsellikle ilgili

bilgilere Tablo 4.3.1.'de belirtildiği gibi daha çok medya, arkadaş ve bunun gibi kaynaklardan ulaşmaktadır. Ancak sağlıkla ilgili alanlarda eğitim gören gençler eğitimleri gereği cinsellik konusunda bilgi sahibi olmaktadırlar. Araştırmamızda, sağlık alanında okuyan öğrencilerde cinsel deneyimi olanların oranının diğer bölümlerde okuyanlara göre daha az olmasının nedenini, bu bölümlerde okuyan gençlerin eğitimleri gereği edindikleri bilgilerden dolayı riskli cinsel davranışlardan uzak kalmaktadırlar şeklinde yorumlayabiliriz.

Araştırmamızda, üniversitede 1. yılı olan öğrencilerin 1/10'unun cinsel deneyimi varken, üniversitede 4 yıl ve daha uzun süredir bulunan öğrencilerin yaklaşık 1/3'ünün cinsel deneyimi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3.). Akın ve Özvarış'ın çalışması bizim çalışmamıza benzer şekildedir. Hacettepe Üniversitesi'nde okuyan 1. sınıf öğrencilerinin % 7'sinin, Dicle Üniversitesi'nde okuyan 1. sınıf öğrencilerinin de % 9'unun cinsel deneyimi olduğu saptanmıştır.¹⁶² Sekiz üniversiteyi kapsayan bir araştırma sonucuna göre ise 1. sınıfta okuyan öğrencilerin % 19'unun cinsel deneyiminin olduğu belirlenmiştir.¹⁷⁰ Koluçık ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci sınıflarda okuyan öğrencilerin % 19.6'sının, dördüncü sınıflarda olanların ise % 32.7'sinin cinsel deneyimi olduğunu belirlemişlerdir.¹⁶⁸ Araştırmamızda 23 yaş ve üzeri grupta yer alan öğrenciler arasında cinsel deneyimi olanların fazla olduğu, yaşa paralel olarak cinsel deneyimi olanların arttığı belirlenmiştir. Bu sonuca dayanarak, üniversitede geçirilen süreye paralel olarak gençlerin yaşının büyüdüğünü, sosyal ilişkilerinde farklılaşmalar meydana geldiğini ve cinsel deneyimi olanların çoğaldığını söyleyebiliriz.

5.3. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışması

Acil kontrasepsiyon, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde önemli bir fırsattır. Gençlerin acil kontrasepsiyonu bilmeleri, gereksinim duyduklarında kullanmalarını kolaylaştırarak istenmeyen gebelik ve buna bağlı sağlık sorunu yaşamalarına engel olabilir. Araştırmamızda öğrencilerin hemen hemen 1/3'ünün A.K. kavramını duyduğu ancak çoğunun kullanımına ilişkin bilgi sahibi olmadığı (% 79.3) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.). Bu konuya ilişkin öğrencilerin bilgi ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiş olmakla birlikte gençlerin A.K. hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.^{125,128,129,171} Az gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda şu sonuçlara ulaşılmıştır; Kenya'da Muia ve arkadaşları gençlerin % 11'inin¹²⁵, Ghana'da Baiden ve arkadaşları % 43.2'sinin¹⁷², Güney Afrika'da Roberts ve arkadaşları % 56.5'inin¹⁷³, Kamerun'da Kongnyuy ve arkadaşları % 63'ünün acil kontrasepsiyonu duyduklarını belirlemişlerdir.¹⁷⁴ Gelişmiş olan ülkelerde (İskoçya, Amerika) ise Graham ve arkadaşları gençlerin % 93'ünün¹²⁸, Corbett ve arkadaşları % 95.9'unun acil kontrasepsiyonu duyduğunu belirlemişlerdir.¹⁷⁵ Ülkemizde; Tokuç ve arkadaşlarının hemşirelik bölümü öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 77.4'ünün⁴⁰, Eskiocak ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada % 76'sının⁴¹, Çelik ve arkadaşları hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada % 54.3'ünün¹⁷⁶, Şen ve arkadaşları % 65.8'inin⁴² acil kontrasepsiyonu duyduklarını belirlemişlerdir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin de önemli bir kısmının A.K. kavramını duymadığı (% 71.8) buna karşın Tablo 4.2.2. ve Tablo 4.2.5.'de belirtildiği gibi cinsel deneyimi olan öğrencilerin yarıya yakın bölümünün düzenli cinsel yaşantısı olduğu ve yaklaşık 2/5'inin cinsel ilişkide yöntem kullanmadığını göz önünde bulundurduğumuzda gençlerin

istenmeyen gebelik ve bunların getireceği riskler ile karşı karşıya olduğunu düşünebiliriz. Gençlerin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olma durumlarının incelendiği çalışmalardan elde edilen sonuçların bizim araştırmamızın sonuçlarına benzer olduğu, gençlerin çoğunun A.K. hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Kırımlı ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların % 79'unun A.K. hakkında bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır.¹²⁹ Bozkurt ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin % 50.5'inin acil kontrasepsiyonu bildiği, % 37.7'sinin de bilmediği belirlenmiştir.¹⁷⁷ Jamiesson ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 71'inin A.K. hakkında bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır.¹⁷¹ Çalışmamızdan elde edilen sonuca ve diğer çalışma sonuçlarına göre ülkemizde cinsel yönden aktif olan gençlerin sayısı ihmal edilemeyecek kadar çoktur. Buna karşın gençler, cinsellik konusunda araştırmamızda da belirlendiği gibi cinsellikle ilgili bilgiye daha çok arkadaş, internet vb. formal olmayan yollardan ulaşmakta ve A.K. hakkında da bilgi sahibi olmayıp, cinsel deneyimlerinde düzenli kontraseptif yöntem kullanmamaktadır (Tablo 4.3.1., Tablo 4.2.2.). Bu nedenle gençler, istenmeyen gebelik ve sonuçları açısından risk grubunu oluşturmaktadır diye düşünebiliriz.

Araştırmamızda, öğrencilerin A.K. hakkında bilgiyi yaklaşık yarısının (% 42.7) medya, kitap ve dergilerden, yaklaşık 1/5'inin arkadaşlarından aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin sadece % 4.3'ünün A.K. hakkındaki bilgiyi hemşirelerden aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3.1.). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bozkurt ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi'nde yaptığı araştırmada öğrencilerin bilgi kaynakları arasında ilk üç sırada arkadaş, eczane ve sağlık personeli bulunmaktadır.¹⁷⁷ Koluvaçık'ın çalışmasında öğrencilerin acil kontrasepsiyonla ilgili bilgi kaynakları arasında ilk iki sırada; % 29.7 TV/radyo, % 28.2 arkadaşlar yer almaktadır.¹⁶⁸ Öztürk ve arkadaşlarının

çalışmasında % 48.2'si arkadaş, % 49'u sağlık personeli¹⁷⁸, Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında, % 22.4'ünün basın-yayın, internet, % 14.4'ü broşür, % 11'i sağlık personeli olarak saptanmıştır.¹⁷⁹ Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda ise şu sonuçlara ulaşılmıştır; Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada acil kontrasepsiyonla ilgili bilgiyi öğrencilerin % 60.1'i arkadaşlarından, % 44.8'i kitap ve dergilerden¹⁷³, Uganda'da yapılan çalışmada öğrencilerin % 34'ü arkadaşlarından, % 24.8'i medyadan, %19.4'ü de okuldan aldığını belirtmiştir.¹⁶⁷ Wilmington'daki araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin acil kontrasepsiyonla ilgili bilgi kaynakları; arkadaş, akraba, medya, okul ve aile planlaması merkezleri olarak bulunmuştur.¹⁷⁵ Jamaika'da ise bilgi kaynakları arkadaş, dergi/gazete, TV/radyo ve okuldur.³⁹ İskoçya'daki çalışmada adölesanların % 76.8'i A.K hakkındaki bilgiyi doktorlardan aldığını belirtmiştir.¹²⁸ International Children's Center (ICC, Uluslararası Çocuk Merkezi) tarafından sekiz üniversitede yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, erkek öğrencilerin bilgi kaynakları arasında kitap, TV, dergi, okul, baba/erkek kardeş, kız öğrencilerin ise anne, kitap, TV, dergi ve okul yer almaktadır.¹⁷⁰ A.K. yöntemi ile ilgili olarak adölesanların medyadan, kitap ve dergilerden, çevreden (arkadaş, tanıdık, aile, çevredeki insanlardan) bilgi aldıklarını belirtmeleri, yöntemin bu yollarla halka duyurulmasının daha kolay olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmamızda yöntemle ilgili sağlık kuruluşlarından bilgi alma düşük düzeydedir. Bu durum aile planlaması hizmeti sunan sağlık personelinin A.K. yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmetlerine daha fazla önem vermesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda A.K. hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin yarısından fazlası (% 54.2) A.K. konusunda bilgilerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin A.K. hakkındaki bilgilerini yetersiz bulma nedenleri arasında; 1/3'ü A.K.'un nasıl kullanılması gerektiğinin, 1/3'ü yan etkilerinin ve 1/5'i nereden temin edileceğinin ve kimlerin

kullanabileceğinin anlatılmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1.). AK ile ilgili bilginin yetersiz bulunması; yöntemlerle ilgili endişe yaşanmasına ve yöntemlerin tercih edilme oranında azalmaya neden olabilmektedir. Bilgili ve Ayaz'ın kadınlarla yaptıkları çalışmada; yan etkilerin olması, hamileliği önlememesi, yöntem etkili olmazsa bebeğin zarar görmesi, infertilite ve düşüğe neden olması gibi endişeler yaşandığını belirlemişlerdir.¹⁸⁰ Ikema'nın çalışmasında da AK ile ilgili endişelerin başında infertilite ve gelecekte sağlıklarının olumsuz etkilenmesi bulunmaktadır.¹⁸¹

Araştırmamızda A.K. kullanımının, yurt dışında yapılan çalışmalara göre düşük, ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre benzer olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda A.K. yöntemini kullanan kişi sayısı sadece 20'dir (araştırmaya katılan öğrencilerin tamamının % 1.9'u, cinsel yönden aktif olanların % 10.2'si), (Tablo 4.3.1., Tablo 4.3.8.). A.K. kullanımı Öztürk'ün çalışmasında % 0.7¹⁷⁸, Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında % 0.94 olarak bildirilmiştir.¹⁷⁹ Ottesen ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, cinsel deneyimi olan kızların % 20'sinin A.K. yöntemini kullandıkları belirlenmiştir.¹⁸² ABD'de yapılan bir çalışmada A.K. kullananların % 7.0¹⁸³, İsveç'te yapılan bir diğer çalışmada % 2.9¹⁸⁴, Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise % 2.0 olduğu saptanmıştır.¹⁸⁵ Parkes ve arkadaşlarının 16 yaş grubundaki kız öğrenciler ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 4'ünün acil kontrasepsiyonu kullandığı belirlenmiştir.¹⁸⁶ Araştırmamızda elde edilen sonuçlarımız ülkemizde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup, A.K. kullanımının yurt dışında yapılan çalışmalardan düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda öğrencilere A.K. yönteminin etkinliği hakkındaki görüşleri sorulduğunda; büyük bir çoğunluğu (% 79.3) yöntemin etkinliği konusunda bilgisinin olmadığını, 1/10'u yöntemin

etkisinin sınırlı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.1.). Yapılan bazı çalışmalarda şu sonuçlara ulaşılmıştır; Koluçık'ın çalışmasında öğrencilerin % 37.7'si A.K. amacıyla kullanılan hapların % 61-80, % 25.3'ü % 81-100 oranında etkin olduğunu belirtmişlerdir.¹⁶⁸ Topuzoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yöntemi duyduğunu söyleyen katılımcıların % 27.2'si yöntemin etkili olduğunu, % 33.2'si ise bu yöntemin sağlıklı/güvenilir bir yöntem olduğunu¹⁸⁷, Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların % 29.7'si yöntemin etkili olduğunu, % 27.1'i ise sağlıklı/güvenilir bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir.¹⁷⁹ Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda A.K. yönteminin etkinliği, güvenilirliği ve temin edilecek yerlerin bilmesi konusunda düşük oranlar tespit edilmesi, yöntemin yeterince bilinmediğini göstermektedir. Bu nedenle özellikle aile planlaması danışmanlık hizmetlerinde verilecek eğitimlerde toplumun doğru bilgilendirilmesinin gerekliliği önem taşımaktadır.

Araştırmamızda öğrencilere A.K. yöntemlerine nereden ulaşabilecekleri sorulduğunda, öğrencilerin yarısından fazlası acil kontrasepsiyona nereden ulaşacağını bilmediğini, yaklaşık 1/4'ü aile planlaması kliniği olan sağlık kuruluşlarından temin edilebileceğini, 1/5'i de eczanelerden reçeteyle alınabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1.). Ülkemizde yapılan çalışmalar ile çalışmamız paralellik göstermektedir. Bilgili ve Ayaz'ın yaptığı çalışmada kadınların % 73.2'sinin acil kontraseptif yöntemleri nereden temin edeceğini bilmediği belirlenmiştir.¹⁸⁰ Kayhan'ın çalışmasında katılımcıların % 35.6'sı AÇSAP merkezi ve sağlık ocaklarından, % 59.8'i eczanelerden A.K. yöntemlerinin temin edilebileceğini belirtmişlerdir.¹⁸⁸ Bu oran, Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında % 51.2 eczane, % 5 sağlık kurumları ve % 43.8 cevaplamayan olarak bulunmuştur.¹⁷⁹ Uganda'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, öğrencilerin % 29.1'i eczanelerden, % 19.2'si gençlik

merkezlerinden ve % 12.3'ü üniversitelerin mediko birimlerinden acil kontrasepsif yöntemlere ulaşılabilceğini belirtmişlerdir.¹⁶⁷ Fransa'da ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda kadınların büyük çoğunluğunun yöntemi eczanelerden temin ettiğı saptanmıştır.^{189,190} Bizim çalışma sonuçlarımız ile ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarının birbirlerini desteklemekte olduğunu, genellikle nereden temin edileceğı konusunda yeterli bilgi sahibi olunmadığını ifade edebiliriz.

Araştırmamızda öğrencilerin sadece 1/3'ü A.K.'un tanımına doğru yanıt vermişlerdir. Öğrencilerin yaklaşık 1/5'i A.K. amacıyla OKS, RİA ve MR kullanılabileceğini bilmiş, 1/3'ü acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları doğru yanıtlamıştır. Hormonal A.K. haplarının kullanım kurallarını doğru yanıtlayan öğrencilerin 1/10'dan daha az olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.3.2.a). Öğrencilerin yarıdan fazlasının ağızdan alınan A.K. hapların yan etkilerini bilmedikleri, en fazla bilinen yan etkinin bulantı (% 11.4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2.b.). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Zeteroğlu ve arkadaşlarının 2004 yılında Türkiye'nin doğu bölgesindeki bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 26'sı acil kontrasepsiyonun ne olduğunu bilmediğini, % 69.1'i acil kontraseptif yöntem olarak oral kontraseptifleri, % 14.7'si RİA'yı ve mifepiristonu (RU-486) daha önce hiç duymadıklarını belirtmişlerdir.¹⁹¹ Bayık'ın ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmada, katılımcıların % 76.9'unun A.K. yöntemlerinin uygulama zamanını, % 73.5'inin A.K. yöntemlerini, % 66.7'sinin acil kontrasepsiyonun erken dönem yan etkilerini, % 70.1'inin geç dönem yan etkilerini, % 59.8'inin A.K. amacıyla kullanılan ilaçlarının dozlarını yeterli düzeyde bilmediğı saptanmıştır.¹⁹² Ebe ve hemşirelerin % 31.6'sı acil kontrasepsiyonun tanımının ne olduğunu bilmediğini, konuyu bildiğini söyleyenlerin ise sadece % 21.4'ü "korunmasız cinsel ilişkiden sonra kullanılan yöntem" olduğunu ifade

ettikleri belirlenmiştir.¹⁹² Bilgili ve Ayaz'ın yaptığı çalışmada kadınların % 73.2'sinin acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumları, % 93.2'sinin kullanma zamanını, % 88.8'inin yan etkilerini bilmediği belirlenmiştir.¹⁸⁰ Uzun ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların % 31.7'si yöntemi daha önce duyduğunu ifade ederken, yöntemin amacını ancak yarısı bilmiş, ne zaman ve kaç defa alınması gerektiğini ise yarısından daha azı söyleyebilmiştir.¹⁷⁹ Çelik ve arkadaşlarının hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin % 3.8'inin A.K. amacıyla kullanılan hapların yan etkilerini bildiği¹⁷⁶, Karaduman'ın çalışmasında bulantı ve kusmanın AK'nin en fazla bilinen yan etkisi olduğu belirtilmiştir.¹⁰ Kayhan'ın çalışmasında da katılımcıların % 14.1'i A.K. amacıyla ağızdan alınan hormonal oral kontraseptiflerin hiç bir yan etkisi olmadığını, % 4.7'si bulantı olabileceğini belirtmiştir.¹⁸⁸ Karaduman tarafından yapılan çalışmanın sonuçları ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. Karaduman'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin acil kontraseptif yöntemlerin kullanıldığı durumlar arasında en fazla korunmasız cinsel ilişki (% 80.4) ve kontrasepsiyon kazalarını (% 57.7) bildikleri saptanmıştır.¹⁰ Konu ile ilgili yapılan yurt dışı çalışmalarında da şu sonuçlara ulaşılmıştır. İskoçya ve Amerika'da gençlerle yapılan çalışmalarda acil kontraseptif yöntemlerin en fazla oranda kontrasepsiyon kazalarında ve oral kontraseptif kullanımının unutulduğu zamanlarda kullanılması gerektiğini bildikleri belirlenmiştir.^{193,194} Lete ve arkadaşları, adölesanların % 80.5'inin kontrasepsiyon kazaları sonucunda, % 15.4'ünün korunmasız cinsel ilişki sonrasında acil kontraseptif yöntemlerin kullanılması gerektiğini belirttiklerini saptamışlardır.¹⁹⁵ Puri ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı çalışmada öğrencilerin % 14.9'u A.K. amacıyla OKS kullanılabileceğini, % 12.2'si de RİA kullanılabileceğini bilmiştir. Öğrencilerin % 14.7'sinin A.K. amacıyla kullanılan ilaçların cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bildiği saptanmıştır. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu (%97.9) ise A.K. amacıyla kullanılan hapların vücutta hormonlar üzerinde etkisi olacağını düşünmüş ve %

83.3'ü bulantı ve kusma olabileceğini belirtmiştir.¹⁶⁶ Rebecca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 31.4'ü A.K. amacıyla OKS kullanılabileceğini, % 15.2'si RİA kullanılabileceğini belirtmiştir.¹⁹⁶ Espinos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 54.9'u A.K. amacıyla kullanılan hapların yan etkilerinin olmadığını, % 16.3'ü bulantı ve kusma, % 10.9'u baş ağrısı olabileceğini ifade etmişlerdir.¹⁹⁷ Çalışmamızda AK yöntemlerinin kullanıldığı durumlar, kullanılan yöntemler, kullanma zamanı, yan etkileri ve sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumları doğru bilme oranları düşüktür. Özellikle ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları da bulgularımızı desteklemekte olup A.K. yönteminin tanımına, kullanıldığı durumlara, yöntemlere, kullanım kurallarına ve istenmeyen etkilerine ilişkin bilgi sahibi olanların sayısının az olduğunu ifade edebiliriz.

Gençlerin A.K. kullanılmasına ilişkin bilgi ve tutumları yöntemin kullanılabilirliğini etkileyebilmektedir. Araştırmamızda öğrencilerin yaklaşık 3/4'ü A.K. konusunda bilgi sahibi olunması gerektiğini, yaklaşık yarısı A.K. yöntemi kullanmanın toplum sağlığına olumlu katkıda bulunacağına ve gereğinde istenmeyen gebelikleri önlemek için kullanılabileceğine ilişkin görüş belirtmişlerdir. Öğrencilerin 1/3'ü A.K.'un bekar kişiler tarafından da kullanılabileceğini, A.K.'nin sadece evli kişiler tarafından kullanılması gerekmediğine ilişkin olumlu görüş belirtmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin %5.8'inin yöntem kullanımının günah olacağına ilişkin olumsuz görüş bildirdikleri belirlenmiştir. (Tablo 4.3.3.). Koluçık'ın yaptığı çalışmada; erkek öğrencilerin 1/3'ü, kızların 1/3'ünden fazlası bu yöntemin sakıncalı olabileceğine katıldıklarını belirtmiştir.¹⁶⁸ Bu sonuçlar gençlerin A.K. yöntemlerinin etkisine, etkinliğine ve kullanım kurallarına ilişkin bilgi gereksinimi olduğunu düşündürmektedir. Olumsuz görüş bildirenlerin genellikle az olması araştırmamızdan elde edilen sonuca dayanarak (gençlerin çoğunda cinsel ilişkinin planlı olmaması nedeniyle gebelikten koruyucu yöntemleri kullanmadıklarını da göz

önünde bulundurduğumuzda) A.K. hakkında bilgi verilmesi gereken riskli gruplar arasında yönteme ilişkin kararsız olmalarının da bilgi eksikliğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ayrıca, öğrencilerin A.K. konusunda yeterince bilgi sahibi olduklarında, A.K.'a gerek duyduklarında kullanabilecekleri ya da karşı olmadıkları düşünülebilir. A.K. yöntemleri yerinde ve zamanında kullanıldığında istenmeyen, riskli gebelikleri önlemede etkili bir yöntem özelliği taşımaktadır. Bu nedenle gençlere bu yöntemin hangi durumlarda kullanılacağı, ne zaman uygulanacağı, yan etkileri ve diğer modern aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilmesi gerektiğinde kullanımını sağlayarak istenmeyen gebelkeri önleyebilir.

Araştırmamızda, 23 yaş ve üzerinde olanların yaklaşık 1/3'ünün, sağlıkla ilgili alanlarda okuyanların 3/5'inden fazlasının, üniversitedeki eğitim süresi 3 yıl olanların 1/3'ünden biraz fazlasının, annesi üniversite mezunu olanların 2/5'inin, babası üniversite mezunu olanların 1/3'ünün A.K. kavramını duyduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.4.). Çelik ve arkadaşlarının hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada 1. ve 2. sınıfta okuyan öğrencilerin % 30'unun, 3. sınıfta olanların % 75'inin ve 4. sınıfta olanların % 84'ünün acil kontraseptif yöntemleri duydukları belirlenmiştir.¹⁷⁶ Koluçak'ın çalışmasında, 1. sınıf öğrencilerinin % 33.7'sinin, 4. sınıf öğrencilerinin %46.1'inin acil kontraseptif yöntemleri duydukları saptanmıştır.¹⁶⁸ Öğrencilerin yaşları ve sınıfları ilerledikçe acil kontrasepsiyon kavramını duyma oranları artmıştır. Bunun nedeni öğrencilerin yaşla beraber cinsel deneyimde bulunma davranışının artması, cinsellikle ilgili konularla daha çok ilgilenmeleri ve çevrelerinin genişlemesi olabilir. Adölesanların özellikle kontrasepsiyon hakkında ailelerinin bilgilerine başvurmayı tercih ettiklerini ve bunun olumlu sonuçlarının olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.¹⁹⁸⁻²⁰⁰ Eğitim, bireylerin toplumsal konumunu belirleyen temel faktörlerden biridir ve eğitim düzeyi yükseldikçe olumlu sağlık davranışları gösterme olasılığı

artmaktadır.²⁰¹ Ebeveynlerin eğitim düzeyleri aile içinde çocukların edineceği davranışlar üzerinde belirleyici olmaktadır. Bu nedenle araştırmamızda üniversite mezunu anne babanın çocuklarında A.K.'u duyanların daha fazla olmasının nedeni olarak, ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldiçe aile içerisinde cinsellikle ilgili konularda bilgi paylaşımı ve iletişimin olumlu yönde olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda, 23 yaş ve üzerinde olanların yaklaşık 1/4'ünün, sağlık alanında okuyanların 1/2'sinin, 3 yıldır eğitim görenlerin 1/4'ünden fazlasının, üniversitede okumaya başlamadan önce büyükşehirde yaşayanların 1/4'ünün, annesi üniversite mezunu olanların 1/3'ünün, babası üniversite mezunu olanların 1/4'ünden fazlasının A.K. konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.5.). Simbar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin (% 72) sağlık dışı bölümlerde okuyan (fen bilimleri % 47, mühendislik % 55) öğrencilere göre A.K. hakkında daha yüksek düzeyde bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.¹⁵⁴ Araştırmamızda da sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerde A.K. hakkında bilgisi olanların daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki öğrencilerin bilgilerinin daha yüksek düzeyde olmasının nedeni öğrencilerin ders içerikleri içinde bu konuyu öğrenmiş olmaları olabilir. Ayrıca üniversitedeki eğitim yılı ve öğrencinin yaşı arttıkça sosyal çevrenin vs. etkisi ile A.K. hakkında bilgiye ulaşma olanağı artabilir. Araştırmamızda büyükşehirde yaşayan öğrencilerin A.K. hakkındaki bilgisi daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni, büyükşehir dışındaki yerleşim yerlerinin kültürel yapısının A.K. hakkında bilgiye ulaşmada zorluklara neden olması diye ifade edilebilir. Sonuçlar adolesanların üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili konularda bilgiye ulaşmada güçlükleri olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda, öğrencilerin okudukları alan ve üniversitedeki eğitim yılının A.K. konusundaki bilgi düzeylerini yeterli hissetmelerine ilişkin görüşlerini etkilediği belirlenmiştir. Sağlık ile ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin 3/4'ü ile üniversitedeki eğitim süresi 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin yarıdan çoğu A.K. konusundaki bilgilerini yeterli gördüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.6.). Sağlıkla ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre acil kontrasepsiyon konusunda bilgisinin yeterli olması eğitim içeriğinin doğal bir sonucudur diyebiliriz. Araştırmamızda öğrencilerin üniversitede geçirdikleri süre arttıkça A.K. hakkındaki bilgilerini yeterli hissetme oranının da arttığı saptanmıştır. Üniversitede bulunma süresi 4 yıl ve üzeri olanların A.K. konusunda bilgisini yeterli hissetme durumu diğerlerinden daha fazladır. Bu durum, öğrencilerin yaşlarının artması ve yıla paralel olarak diğer sosyal uyaranların da artmasının doğal bir sonucu olarak görülebilir.

Araştırmamızda, Sosyal alanlarda okuyan öğrencilerin hemen hemen 3/4'ü ile üniversitedeki eğitim süresi 3 yıl olan öğrencilerin 3/4'ü A.K. konusunda bilgi almak istediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.3.7.). Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili konular eğitim programlarında yeterince yer almamaktadır. Ülkemizde gençler, bizim çalışmamızda da (Tablo 4.3.1.) belirlendiği gibi cinsel/üreme sağlığı konularında genellikle kulaktan dolma yollardan bilgi sahibi olmaktadırlar. Gençlerin A.K. hakkında bilgisi olsa bile bilgilerinin yeterli olmamasının nedeni, bilgi kaynağının güvenilir ve formal olmaması olabilir. Yurt dışındaki bazı ülkelerde eğitim müfredatları içinde verilen zorunlu cinsel sağlık dersleri bulunmaktadır. Cinsel sağlık eğitimi alan öğrencilerin bu eğitimi almayan öğrencilere kıyasla bilgileri daha yüksek düzeydedir.¹⁸² Cinsel sağlık eğitimi verilen İsviçre'de 16-20 yaş arası gençlerle yapılan bir araştırmada gençlerin % 82.2'sinin A.K. yöntemlerini bildikleri belirlenmiştir.¹⁸² Jamaika'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin %

84'ünün³⁹, Wilmington'da yapılan çalışmada ise öğrencilerin % 96'sının A.K. yöntemlerini bildikleri saptanmıştır.¹⁷⁵ Bu sonuçlar bize eğitim ve sağlık danışmanlığı ile A.K. konusundaki bilgi düzeyinin istendik düzeye ulaşabileceğini göstermektedir.²⁰²

Araştırmamızda, 23 yaş ve üzeri grupta olanların ve kızların yaklaşık 1/3'ünün, sağlık ile ilgili alanlarda okuyanların 2/3'ünün acil kontrasepsiyonun tanımını doğru bildikleri saptanmıştır (Tablo 4.3.9.). Kaya ve arkadaşları, öğrencilere korunmasız cinsel ilişki sonunda kullanılabilecek gebeliği önleyici yöntem olup olmadığı sorusu yöneltilmiş ve öğrencilerin % 19.4'ü hormonal acil kontrasepsiyon yöntemi kullanılabileceği cevabını vermiştir.²⁰³ Bu durum aile planlaması hizmeti sunan sağlık personelinin A.K. yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmetlerine daha fazla önem vermesi gerektiğini düşündürmektedir.

Bir yöntemin etkili olabilmesi doğru kullanımına bağlıdır. Araştırmamızda, 23 yaş ve üzerindeki, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyanlar, eğitim yılı 4 yıl ve üzeri olan öğrenciler arasında hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımına doğru yanıt verenlerin fazla olduğu belirlenmiştir. Bunların dışında kalan öğrencilerin çoğunun ise ya doğrudan bilmiyorum yanıtını verdikleri veya yanlış bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3.10). Gençlerin hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını bilmeleri ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kebede'nin Etyopya üniversite öğrencileri ile yapmış olduğu bir çalışmada, öğrencilerin % 18.8'inin A.K. yöntemlerini bildikleri ve % 73.3'ünün acil hormonal kontraseptifleri korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat içerisinde kullandıkları belirlenmiştir.²⁰⁴ Kongnyuy ve arkadaşları çalışmalarında öğrencilerin % 5.7'sinin¹⁷⁴, Delbanco ve arkadaşları % 9'unun¹²⁶, Roberts ve arkadaşları % 11.8'inin¹⁷³, Puri ve arkadaşları %

14.7'sinin¹⁶⁶, Royen ve arkadaşları % 15'inin¹²⁷, Graham ve arkadaşları % 56.2'sinin hormonal A.K. yönteminin kullanım zamanını doğru bildiklerini belirlemiştir.¹²⁸ Jackson ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların sadece % 19'u acil kontrasepsiyonu korunmasız cinsel ilişkiden sonra kullanılabilen bir kontraseptif yöntem olarak tanımlamış ve % 7'si kullanım için doğru zamanlamayı bilmiştir.²⁰⁵ Langille ve Delaney'in çalışmasında öğrencilerin % 10'undan daha az bir kısmı A.K. amacıyla kullanılan ilaçların cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bilmiştir.²⁰⁶ Jamiesson ve arkadaşlarının çalışmasında, ertesi gün hapıyla ilgili sınırlı bilgiye sahip olanların hapların ilk 72 saatte alınması gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir.¹⁷¹ Selak ve arkadaşlarının çalışmasında ise adölesanların hiçbiri hormonal acil kontraseptif hapların cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saatte alınması gerektiğini bilememişlerdir.²⁰⁷ Araştırmamızda gençlerin çok az bir kısmının hormonal A.K. yöntemlerinin kullanım kurallarını doğru bilmesi, A.K. yöntemlerinin kullanım kurallarının bütün dünyadaki gençler gibi bizim ülkemizde de yeterince bilinmediğini ortaya koymak bakımından önemli olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gazi Üniversitesi öğrencilerinin cinsel davranışları, acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve görüşlerini saptamak amacıyla yaptığımız araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmamız sonucunda; öğrencilerin yarısından fazlası 20-22 yaş grubunda (% 57.4) (yaş ortalaması 21.3), % 61.9'u kız ve hemen hemen tamamı (% 98.2) bekardır. Öğrencilerin çoğu sağlık dışı bölümlerde öğrenim görmektedir (% 86.1). Öğrencilerin % 28.4'ü üniversitede 3. yılındadır. Öğrencilerin % 35.7'si ailesi ile birlikte, % 31.1'i yurttan kalmaktadır. Öğrencilerinin hemen hemen yarısı (% 42.3) üniversiteye başlamadan önce büyükşehirde yaşamıştır. Öğrencilerin % 39.2'sinin annesi ilköğretim mezunu, sadece % 14.3'ü üniversite mezunudur. Babalarının ise % 30.5'i üniversite mezunudur (Tablo 4.1.1).

Öğrencilerin % 19.1'inin cinsel deneyimi vardır. Cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 47.5'i ilk cinsel deneyimini 23 yaş ve üzeri yaşlarda yaşamışlardır. Öğrencilerin yarısından fazlası (% 61.9) ilk cinsel ilişkilerinde gebelikten koruyucu yöntem kullanmışlardır. Kullanılan yöntemler içerisinde fazla tercih edilen yöntem (% 74.6) prezervatiftir (Tablo 4.2.1.)

Cinsel yönden aktif olan öğrencilerin yarısına yakınının (% 44.8) düzenli bir cinsel yaşamları vardır. Öğrencilerin % 5.6'sının (11 kişi) kendisinin veya partnerinin gebelik deneyimi olmuştur. Cinsel olarak aktif olan öğrencilerin % 59.3'ü cinsel ilişki sırasında düzenli olarak gebelikten korunma yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. En fazla tercih edilen yöntem; % 69.5 prezervatiftir (Tablo 4.2.2.).

23 yaş ve üzeri olanların % 38.9'unun, erkek öğrencilerin % 43.2'sinin, Sosyal Bilimler'de okuyan öğrencilerin % 23.7'sinin ve eğitim yılı 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin % 30'unun cinsel deneyimi olmuştur. Öğrencilerin ilk cinsel deneyimleri; cinsiyet, üniversitedeki bölüm ve eğitim yılı değişkenlerinden etkilenmektedir ($p<0,03$), (Tablo 4.2.3).

17-19 yaş grubunda öğrencilerin % 75.0'i, erkeklerin % 61.9'u, Sosyal Bilimler'de okuyan öğrencilerin % 64.5'i, üniversitede 2. yılı olan öğrencilerin % 68.4'ü, kasabadan gelen öğrencilerin % 100'ü, anneleri lise mezunu olan öğrencilerin % 69.6'sı, babaları ortaokul mezunu olan öğrencilerin % 69.0'u ilk cinsel deneyimde gebelikten koruyucu yöntem kullandığını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arası fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,03$), (Tablo 4.2.4).

23 yaş ve üzeri grupta olan öğrencilerin % 52.2'sinin, kızların % 63'ünün, Sağlık alanında okuyanların % 75'inin, üniversitede ki eğitim süresi 4 yıl ve daha fazla olanların % 50.6'sının, üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 53.7'sinin, annesi lise mezunu olanların % 54.3'ünün, babası ortaokul mezunu olanların % 55.2'sinin düzenli cinsel yaşantısı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde,

öğrencilerin yaş grupları, cinsiyetleri, üniversitedeki eğitim süreleri, anne ve babasının eğitim durumuna göre düzenli cinsel yaşantısı olma bakımından gruplar arası fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,03$), (Tablo 4.2.5.).

23 yaş ve üzeri grupta bulunan öğrencilerin % 9.8'inin (9 kişi), kız öğrencilerin % 11.1'inin (3 kişi), erkek öğrencilerin cinsel eşlerinin % 4.8'inin (8 kişi), Sosyal Bilimlerinde okuyan öğrencilerin % 7.8'inin (6 kişi), üniversitede 2. yılında olanların % 7.9'unun (3 kişi) ve üniversiteye gelmeden önce köyde yaşayanların % 14.3'ünün (1 kişi) gebelik öyküsü olmuştur. Öğrencilerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre gebelik öyküsü olma durumu bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$), (Tablo 4.2.6.).

Araştırmamızda, öğrencilerin % 28.2'sinin A.K. kavramını duyduğu, % 79.3'ünün A.K. hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. % 42.7'sinin bilgiyi medyadan, kitap ve dergilerden aldığı, % 54.2'sinin A.K. hakkındaki bilgisini yetersiz bulduğu saptanmıştır. Öğrencilerin A.K. hakkındaki bilgilerini yetersiz bulma nedenleri arasında; A.K.'un nasıl kullanılması gerektiğinin anlatılmaması (% 35) ile yan etkilerinin anlatılmaması (% 35) ilk sırada bulunmaktadır. Öğrencilerin % 69'unun A.K. konusunda bilgi almak istediği belirlenmiştir. Öğrencilerin A.K. etkinliğine ilişkin görüşleri sorulduğunda; % 79.3'ünün bilmediği, % 10.4'ünün etkisinin sınırlı olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin % 52.7'si A.K. yöntemlerine nereden ulaşacağını bilmediğini, % 23.6'sı aile planlaması kliniklerinden, % 21.5'i de eczanelerden alınabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1.).

Öğrencilerin % 34.4'ünün korunmasız bir cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek amacıyla acil kontraseptif yöntemlerin kullanılabileceğini bildiği, % 19.4'ünün A.K. amacıyla OKS, RİA ve MR kullanılabileceğini bildiği, % 30.8'inin acil kontrasepsiyonun hangi acil durumlarda kullanılması gerektiğini bildiği ve sadece % 9.2'sinin ağızdan alınan hapların kullanma talimatını bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.3.2.a.). Öğrencilerin % 43.4'ünün A.K. amacıyla kullanılan hapların yan etkilerini bildiği belirlenmiş, bilinen yan etkiler arasında en fazla % 11.4 bulantı olabileceği cevabı verilmiştir (Tablo 4.3.2.b.).

Öğrencilerin % 62.4'ü her bireyin A.K. hakkında bilgi sahibi olması gerektiğine, 47.6'sı A.K. kullanımı istenmeyen gebelikleri önleyerek birey ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir ifadesine, % 45.5'i A.K. gerektiğinde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılmalıdır ifadesine, % 36.7'si A.K. bekar kişiler tarafından da kullanılabilir ifadesine katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.3.3.).

Öğrencilerin % 28.2'si acil kontrasepsiyon kavramını duyduğunu belirtmiştir. Eğitim süresi ve yaş ilerledikçe öğrencilerin acil kontrasepsiyon kavramını duyma oranları artmıştır. Sağlıkla ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin % 62.9'u, üniversitedeki eğitim süresi 3. yılında olanların % 36.6'sı ve 23 yaş ve üzerindeki öğrencilerin % 31.7'si acil kontrasepsiyon kavramını duymuşlardır. Öğrencilerin acil kontrasepsiyon kavramını duymaları yaş, üniversitede okudukları alan ve üniversitedeki eğitim yılına bağlı değişmektedir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.4.).

Araştırmamızda, öğrencilerin % 20.7'si acil kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olmalarını yaş, üniversitede okudukları alan, üniversitedeki eğitim yılı, anne ve babalarının eğitim durumu etkilemiştir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.5.). Öğrencilerin % 45.8'i acil kontrasepsiyon konusundaki bilgilerini yeterli görmüştür. Öğrencilerin acil kontrasepsiyon konusunda bilgilerini yeterli hissetmelerinde okudukları alan ve eğitim yılı etkili olmuştur. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 73.6'sı ve üniversitede 4 yıl ve üzerinde eğitim gören öğrencilerin % 56.3'ü acil kontrasepsiyon konusundaki bilgilerini yeterli görmektedir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.6.). Araştırmamızda, öğrencilerin % 69'u acil kontrasepsiyon konusunda bilgi almak istediğini belirtmiştir. Sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin büyük bir kısmı ile üniversitede 3. yılı olan öğrencilerin % 74.9'u acil kontrasepsiyon konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.7.).

17-19 yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 16.7'sinin, kızların % 18.5'inin, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 50'sinin, üniversitedeki eğitim süresi 2 yıl olanların % 12.8'inin ve üniversiteye gelmeden önce köy/kasabada yaşayanların % 15.4'ünün A.K. yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre A.K. yöntemlerini kullanma durumları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,03$), (Tablo 4.3.8.).

23 yaş ve üzerindeki öğrencilerin % 39.6'sının, kızların % 35.2'sinin, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin % 67.8'inin, üniversitedeki eğitim süresi 4 yıl ve üzeri olanların % 39.6'sının ve üniversiteye gelmeden önce büyükşehirde yaşayanların % 36.8'inin, annesi üniversite mezunu olanların % 42.9'unun, babası üniversite

mezunu olanların % 39.5'inin acil kontrasepsiyonun tanımına doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.9.).

Hormonal acil kontraseptiflerin kullanım kurallarını bilme durumlarına bakıldığında ise öğrencilerin % 90.7'sinin ilacın kullanım kurallarını bilmediği saptanmıştır. 23 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan öğrencilerin % 13.3'ünün, sağlıkla ilgili alanlarda okuyan öğrencilerin % 22.4'ünün, üniversite eğitimi 4 yıl ve üzeri olan öğrencilerin % 13.4'ünün hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını doğru bildiği saptanmıştır. Öğrencilerin yaş grupları, okudukları alan ve üniversitedeki eğitim yılı değişkenleri ile hormonal acil kontraseptif ilaçların kullanımını bilme durumları etkilenmektedir ($p<0,03$), (Tablo 4.3.10.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- Öğrencilerin azımsanmayacak bir bölümünün (% 19.1) cinsel deneyimi vardır ve % 38.1'i yöntem kullanmamaktadır. Acil kontrasepsiyon yöntemlerinin bilinme ve uygulanma oranlarının düşük olması nedeniyle, üniversitenin mediko sosyal ünitesinde mevcut olan gençlik danışma birimi ile işbirliği yapılarak gençlere yönelik eğitim programlarının planlanması,
- Öğrencilerin bu hizmetlerden faydalanmalarının, hizmet alımının artması için üniversite alanı içerisinde posterler, afişler vs. aracılığı ile konuya dikkat çekilmesi, verilen eğitimlerin tekrarlanması, farklı eğitim tekniklerinin kullanılması,
- Üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularının tüm üniversite gençliğini kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması ve bu kapsamda acil kontrasepsiyon yöntemlerinin öneminin vurgulanması,
- Gazi Üniversitesi'nde sağlıkla ilgili bölümlerde cinsel sağlık derslerinin seçmeli ders olarak açılması ve içeriğinde acil kontrasepsiyon konusuna yer verilmesi,
- Ayrıca öğrencilerin acil kontrasepsiyona ilişkin görüşlerinin daha çok kararsızlıkta yoğunlaştığı, bu nedenle bilgi gereksinimi olduğu düşünülerek ÜS/CS eğitimleri kapsamında ayrıntılı bilgi verilmesi,
- Bu konuda geniş çapta araştırmalar yapılması önerilmektedir.

7. ÖZET

Köksal Ünal, F., Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Davranışları, Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Görüşleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

Bu çalışma Gazi Üniversitesi öğrencilerinin cinsel davranışları, acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve görüşlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 2007-2008 öğretim yılında Gazi Üniversitesi lisans ve ön lisansa kayıtlı, normal eğitimde okuyan, Ankara ili büyükşehir belediyesi sınırları içinde bulunan bölümlerde öğrenim gören 1029 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel çözümleme yöntemi olarak Ki-Kare ve Fisher's Exact testleri kullanılmış ve yüzde değerlerine göre yorumlanmıştır.

Öğrencilerin % 57.4'ü 20-22 yaş grubunda, % 61.9'u kız, % 98.2'si bekardır. Araştırmamızda, öğrencilerin % 19.1'inin cinsel deneyimi bulunmaktadır. Cinsel yönden aktif olan öğrencilerin yarısına yakınının düzenli cinsel yaşantısı olduğu belirlenmiştir. Cinsel olarak aktif olan öğrencilerin % 59.3'ünün gebelikten korunma yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Yöntem kullananların kullandıkları yöntemler; % 69.5'i prezervatif, % 14.4'ü oral kontraseptiflerdir.

Öğrencilerin % 28.2'sinin acil kontrasepsiyon kavramını daha önce duyduğu, % 20.7'sinin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olduğu, % 69'unun acil kontrasepsiyon konusunda bilgi almak istediği saptanmıştır. Öğrencilerin % 62.4'ü her bireyin acil kontrasepsiyon hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin % 47.6'sının "A.K. kullanımı istenmeyen gebelikleri önleyerek birey ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilediğine ifadesine katıldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil kontrasepsiyon, adölesan, üreme sağlığı

8. SUMMARY

Köksal Ünal, F., Determination of Information and Opinion of Students of Gazi University about Emergency Contraception, Sexual Behaviours, Gazi University, Institute of Health Sciences, Nursing Program Master Thesis, Ankara, 2009.

This study was done to determination of information and opinion of students of Gazi University about emergency contraception, sexual behaviours.

Survey sample consisted of 1029 students who were enrolled in associate degree and degree of formal education programs in 2007-2008 academic year. Statistical analysis methods used for data evaluation were X^2 and Fisher's Exact test and data were interpreted according to the percentage value.

Of the students; % 57.4 were in 20-22 years age group, % 61.9 were female and % 98.2 were single. In our survey it was detected that % 19.1 of students were sexual experienced. It was determined that nearly half of sexually active patients had a regular sexual life. We detected that % 59.3 of sexually active students were using a contraception method. % 69.5 of these methods was condom, % 14.4 were oral contraceptive tablets.

It was detected that % 28.2 of the students heard emergency contraception concept before, % 20.7 had information about emergency contraception; % 45.8 of students thought that they knew sufficient information about emergency contraception. % 62.4 of the students stated that every individual should be informed about emergency contraception. % 47.6 of the students agreed that "Emergency contraception prevented unwanted pregnancies and influenced public health in a positive way.

Keywords: Emergency contraception, adolescent, reproductive health.

9. KAYNAKLAR

1. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Gençlik, Cinsel Eğitimi ve Üreme Sağlığı. İstanbul: Türkiye Aile Planlaması Derneği; 1995.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri. Ankara; 2006.
3. Özyurt S, Doğan MS. Gençlik Problemleri Açısından Üniversite Gençliği Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. 1.Baskı. İstanbul: Değişim Yayınları; 2002.
4. Koç G, Akın A, Özvarış ŞB. Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgileri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye.s.165-166.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Available from URL: www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=5056, [cited 2007 Jun 25].
6. WHO. Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health, A Facilitators Guide. Geneva, Switzerland; 1993.
7. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11 (10): 374-377.
8. Özcebe H. Ergen Neden Öncelikli Bir Grupdur? 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye. s.92-94.

9. Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. STED [serial online]. 2004 Ağustos [cited 2007 Jun 25]; 13 (8): [4 screens]. Available from URL: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0804/bekar.pdf>
10. Karaduman F. Hacettepe Üniversitesi Son Sınıfta Öğrenim Gören Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyonla İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.
11. Montessoro A, Blixen C, Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. Nursing Outlook 1996; 44 (1): 31-36.
12. Özcebe H, Akın A. Ülkemizde Adölesan Doğurganlığı Bir Sorun mudur?. Erciyes Üniversitesi Yayınları 1993; 46: 13-21.
13. Yanıkkerem E. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Deneyimleri, Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye. s.196.
14. O'Sullivan AL, Jacobsen BS. A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants. Nursing Research 1992; 41 (4): 210-215.
15. World Health Organization The Second Decade. Improving Adolescent Health and Development. WHO/FRH/ADH/98.18 Geneva, 1998, Rev 1, s.1-6.
16. Türkiye Aile Planlaması Derneği, Available from URL: <http://www.tapd.org.tr>, [cited 2008 Aug 25].
17. Gençlik ve Cinsellik, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası 7. [online]. [cited 2007 Jun 30]. Available from URL: www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_7.pdf

18. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2005.
19. Editör: Köker, İ., Kadın Hastalıkları ve Doğum (Temel Bilgiler), Nobel Tıp Kitabevi.
20. Özcebe H. Kırsal Alanda Adölesan ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyinin Saptanması ve Bilgi Düzeyinin Arttırılması İçin Bir Müdahale: Adölesan ve Genç Sağlığı Gönüllüsü. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.
21. Reproductive Health of Young Adults: Contraception, Pregnancy and Sexually Infections/HIV. [online]. [cited 2008 Aug 07]. Available from URL: www.fhi.org/training/modules
22. Sezgin B. Ankara'daki Sağlık Meslek Liselerindeki Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Bilgileri ve Cinsel Yaşama İlişkin Bazı Yaklaşımlarının Saptanması. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.
23. Sezgin B, Akın A. Adölesan Üreme Sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3): 27-32.
24. Başer M. Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (1): 50-54.
25. Adolescent Reproductive Health: Overview and Lessons Learned, (3 of 7). [online]. [cited 2007 Jun 25]. Available from URL: http://www.rho.org/html/adol_overview.htm
26. İstenmeyen Gebeliklerde Danışmanlık [online]. [cited 2007 Feb 28]. Available from URL: sbu.saglik.gov.tr/.../6_18_Istenmeyen_Gebeliklerde_Danismanlik_KN_A_15082005.doc

27. Çelen HN. Ergenlik ve Genç Yetişkinlik. 1. Baskı. İstanbul: Papatya Yayıncılık Eğitim; 2007.
28. Population Action International: Why Good Sexual and Reproductive Health is Critical to the Well Being_of Youth. [online]. [cited 2008 Jun 28]. Available from URL: <http://www.populationaction.org/>
29. Özalp SS. Adölesanlarda Kontrasepsiyon, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2005 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye.s.99-101.
30. WHO. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use, Third Ed. 2004, RHR.
31. Bakar C, Budakoğlu İ, Erdem Ö, Erdal R, Akgün S. Bir AÇSAP Merkezinden Hizmet Alan Adölesan ve Genç Erişkinlerin Cinsel Deneyimleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2007 Nisan 19-22; Ankara, Türkiye. s.329-330.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) practice bulletin, Emergency oral contraception, International Journal of Gyn&Obst. 2002; 78 (2): 191-198.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık; 2000.
34. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11 (3): 94-97.
35. Çelik R. İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2006.

36. Grimes DA. Switching emergency contraception to over-the-counter status. N Engl J Med. 2002; 347: 846-849.
37. Glaiser A. Emergency postcoital contraception. N Engl J Med. 1997; 337: 1058-1064.
38. Virjio I, Kirkkola AL, Isokoski M, Matilla K. Use and knowledge of hormonal emergency contraception. Adv Contracept 1999; 15 (2): 89-94.
39. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia G, Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: A survey of knowledge, attitudes and practices. Contraception 2002; 66 (4): 261-268.
40. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Beyzadeoğlu H, Saltık A. Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Meslek Yüksek Okulu 4. sınıf öğrencilerinin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye. s.215.
41. Eskiocak M, Tokuç B, Ekuklu G, Saltık A. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. sınıf öğrencilerinin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye. s.215.
42. Şen S, Atan ŞÜ, Taşçı E, Bolsoy N, Sevil Ü. Üniversite öğrencilerinin cinsellik ve acil kontrasepsiyon konusundaki bilgi, görüş ve uygulamaları. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2007 Nisan 19-22; Ankara, Türkiye. s.239.

43. Bildircin M. Aile Planlaması Danışmanlarının Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2002.
44. Uzuner A. Özelliği olan dönemlerde ve kişilerde acil kontrasepsiyon. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2007 Nisan 19-22; Ankara, Türkiye. s.167-170.
45. Pham A. Emergency contraception (Post-coital contraception). J Okla State Med Assoc 2002; 95 (6): 371-374.
46. Best K. Revealing the “secrets” of emergency contraception. Network 2001; 21 (1): 13-16.
47. Lindberg CE. Emergency contraception: the nurse’s role in providing postcoital options. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 1997; 26 (2): 145-152.
48. International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo, Egypt, September 1994, [online]. [cited 2008 Oct 20]. Available from URL: <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>
49. Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliği ile hazırlanmış taslak kitabı. Eğiticiler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.
50. Üreme Sağlığı, Üreme Hakları, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Aile Planlaması [online]. [cited 2008 Aug 07]. Available from URL: www.ikgv.org
51. Karanisoğlu H. Sağlıklı Cinsel Yaşam ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni 1994; 8 (32): 8-13.

52. Butler P. What Constitutes Sexual Health, Progress in Reproductive Health Research, No:67, 2004 [online]. [cited 2008 Aug 07]. Available from URL:
http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html
53. İnsan Sağlığını Geliştirme Vakfı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul: Damla Matbaacılık; 1997.
54. Bulut, A., Nalbant, H., Çokar, M., Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi: Ergenler ve Sağlık Durum Raporu, İ.Ü. Tıp Fakültesi, Şubat, 2002; Adölesan Sağlığı ve Gelişimi, Eğitici Eğitimi Rehber Kitabı, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2002.
55. Report of WHO/UNFPA/Unicef Study Group on Programming for Adolescent Health, Programming for Adolescent Health and Development. WHO Technical Report Series 886. Geneva: World Health Organization; 1999.
56. Derman, O. Adölesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri [online]. [cited 2008 Jun 08]. Available from URL:
www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1455
57. Kınık E. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21 (6): 720-740.
58. Büyükgebiz A. Adölesan Tanımı ve Fiziksel Gelişimi. Baskı sayısı. Ankara: Adölesan Sağlığı ve Gelişmesi Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2001: 9-14.
59. Schwitzgebel VM. Puberty, Geneva Foundation for Medical Education and Research [online]. [cited 2008 Jun 12]. Available from URL:

http://www.gfmer.ch/Medical_education/En/PGC_RH_2004/Pdf/Publicerty.pdf

60. US Department of Health and Human Services Health, Adolescent Pysical Development [online]. [cited 2008 Jun 12]. Available from URL: <http://depts.washington.edu/growth/module7/text/contents.htm>
61. Behrman R, Kliegman R. Nelson Essentials of Pediatrics. Tuzcu S, Tuzcu M (Çev), 4. baskı. Ankara: Tavaslı Matbaacılık; 2002.
62. WHO Regional Office for Europe, Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, No: 6. Copenhagen: World Health Organization; 1999.
63. United States Department of Health and Human Services, A systematic approach to health improvement, Healthy People 2010, Understanding and Improving Health, 2nd ed., Washington, DC: US. Government Printing Office; 2000.
64. Ünalın PC, Kaya AÇ, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A, ve ark. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27: 567-576.
65. United Nations Population Fund (UNFPA), State of World Population 2003 [online]. [cited 2008 Aug 07]. Available from URL: unfpa.org/swp/2003/english/ch2/-33k
66. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, “10-24 Yaş Grubundaki Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” [online]. [cited 2008 Aug 07]. Available from URL: www.tusp.saglik.gov.tr
67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2004.

68. Chenet L. Teenage fertility in the European Union. Entre Nous Cph Den 1996; 32: 10.
69. The John Hopkins School of Public Health. Population reports: population information program, center for communication programs. Baltimore-Maryland: The Johns Hopkins School of Public Health 1997; 25 (1): 8.
70. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2009.
71. Gökmen, O., Özcan, S, Dünya’da ve Türkiye’de Üreme Sağlığı, [online]. [cited 2008 Jun 13]. Available from URL: <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4ureme.HTM>
72. Cunningham GF, Gant NF, Leveno KJ , Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (2001), Williams Doğum Bilgisi, Akman AC (Çev.), 21. baskı, 2. cilt., Nobel Matbaacılık, Ankara. s. 1521-1541.
73. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Aile ve Toplum Dergisi 2001; 1 (4): s.97.
74. Uner, S., Turan, S., Ankara’da lise son sınıf öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi [online]. [cited 2008 Aug 04]. Available from URL: www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20004
75. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002 [online]. [cited 2008 Aug 04]. Available from URL: <http://www.saglik.gov.tr/>
76. Öztekin Z, Kubilay G. Halk Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1997.
77. Türkdoğan O. Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi; 1991.

78. Durak H. Sosyo Ekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Lise 2. Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi Düzeyleri ve Etkili Faktörler. Yüksek Lisans. Ankara: Ankara Üniversitesi; 1998.
79. Karacaoğlu NE. Çukurova Üniversitesi'ne Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Yüksek Lisans. Adana: Çukurova Üniversitesi; 1996.
80. Sarkar NN. Emergency Contraception. Int J Clin Pract 1999; 53: 199-204.
81. Hassa H, Tanır M. Acil kontrasepsiyon ve anti-progestinlerin kontraseptif amaçlı kullanımı. Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2001; 4 (1): 59-63.
82. Emergency Contraception [online]. [cited 2009 September 10]. Available from URL: <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/D6FCA0C6-9299-4EFC-856A-9B119E4B09CC/0/medserv10.pdf>
83. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: Beyond Coca-Cola, Int Fam Plan Perspect 1996; 22 (2): 44-48.
84. Larry J, Copeland MD. Textbook of Gynecology. 2.baskı. USA: W.B. Saunders Company; 2000.
85. Berek SJ, Adashi EY, Hillard PA. Aile Planlaması. Turan H (Çev), 13. Baskı. İstanbul: Novak Jinekoloji, Tayf Ofset; 1998.
86. Mumcu A. Acil Kontrasepsiyon [online]. [cited 2008 Jan 10]. Available from URL: <http://www.mumcu.com/html/print.php?sid=283>
87. Koçoğlu GO. Düşükler [online]. [cited 2008 Jan 10]. Available from URL: <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2001/200134.shtml-112k>

- 88.** Koçoğlu GO. İsteyerek düşüklerde yeni bir yaklaşım [online]. [cited 2008 Jan 10]. Available from URL: <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20004.shtml-141k>
- 89.** Rutter T. Emergency contraception approved in the US. BMJ 1998; 317 (7160): 697.
- 90.** Look PFA. Emergency contraception: a brighter future, Entrenous 1998; 39: 4-5.
- 91.** Acil Kontrasepsiyon [online]. [cited 2007 Nov 25]. Available from URL: <http://www.preven.com>
- 92.** Acil Kontrasepsiyon [online]. [cited 2007 Nov 25]. Available from URL: <http://www.ertesigunhapi.com>
- 93.** Finger WR. Mechanism of action. Network 2001; 21 (1): 8-9.
- 94.** Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill-how long after? American Journal of Obstetrics & Gynecology 1994; 171 (6): 1529-1534.
- 95.** Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med 2000; 9 (7): 642-646.
- 96.** Abuabara K, Becker D, Ellertson C, Blanchard K, Schiavon R, Garcia G, et al. As often as needed: appropriate use of emergency contraceptive pills. Contraception 2004; 69: 339-342.
- 97.** Ho PC, Tang OS, Ng EHY, et al. Emergency contraception. Gynaecological Practice 2003; 3: 98-102.
- 98.** Speroff L, Glass RH, Nathan GK. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6. ed. USA: A Wolters Kluwer Company; 2001.
- 99.** Cayley J. Emergency contraception. BMJ 1995; 311 (7008): 762-763.

- 100.** Ellertson C, Evans M, Ferden S, Ledbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J, et al. Extending the time limit for starting the yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2003; 58 (9): 587-588.
- 101.** Best K. Seeking ways to improve emergency contraception. *Network* 2001; 21 (1): 10-12.
- 102.** Ellertson C, Winikoff B, Armstrong E, Camp S, Senanayake P, et al. Expanding access to emergency contraception in developing countries. *Stud Fam Plan* 1995; 26 (5): 251-263.
- 103.** Webb A. Emergency contraception: is it time to change method? *BMJ* 1999; 318 (7180): 342-343.
- 104.** Zuliani G, Colombo UF, Molla R. Hormonal postcoital contraception with an ethinyl estradiol-norgestrel combination and two danazol regimens. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;37:253-60.
- 105.** Dorozynski A. Boycott threat forces french company to abandon RU486. *BMJ* 1997; 314 (7088): 1150.
- 106.** Glasier A. Safety of emergency contraception [online]. [cited 2008 Aug 01]. Available from URL: www.amwa-doc.org/index.cfm
- 107.** Musal B. Postkoital kontrasepsiyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 1997; 6 (1): 23-24.
- 108.** Piaggio G, Heng Z, Herten H, Bilian X, Linan C, et al. Combined estimates of effectiveness of mifepristone 10 mg in emergency contraception. *Contraception* 2003; 68 (6): 439-446.
- 109.** (No authors listed). Comparing the effectiveness of different doses of mifepristone. *Prog Hum Reprod Res* 1999; 51: 5-7.

- 110.** Philip NM, Winikoff B, Moore K, Blumenthal P. A consensus regimen for early abortion with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 87 (3): 281-283.
- 111.** Thomas MA. Postcoital contraception. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44 (1): 101-105.
- 112.** Aygen E. Abortus teknikleri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye.
- 113.** Çelik Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon, Menstrüel Regülasyon. Gökmen O, Çiçek MN, editör. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2001. s.225-229.
- 114.** Gürler Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon, Menstrüel Regülasyon, Gökmen O, Çiçek MN, editör. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2001. s.19-28.
- 115.** Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2004. s.573.
- 116.** Gordon JD, Speroff L. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı. Işık AZ, Vicdan K (Çev), 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2003.
- 117.** Glasier A. Emergency contraception: the user and the services. *Entrenous* 1998; 39: 6.
- 118.** Bilian X. Intrauterine devices. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16 (2): 155-168.
- 119.** Beckman LJ, Harvey SM, Sherman C, Petitti DB, et al. Changes in providers' views and practices about emergency contraception with education. *Obstetrics and Gynecology* 2001; 97 (6): 942-946.

- 120.** Grossman R. Emergency contraceptive pills can prevent abortion. *American Journal of Public Health* 2001; 91 (7): 1137-1138.
- 121.** Lech MM, Bonati G. The need for more active promotion of emergency contraception. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6: 65-70.
- 122.** Grimes DA, Raymond EG, Jones BS, et al. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives, *Obstetrics & Gynecology* 2001; 98: 151-155.
- 123.** Devlin E. Easy access to pills helps method succeed. *Network* 2001; 21 (1): 18-21.
- 124.** Falk G, Falk L, Hanson U, Milsom I, et al. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2001; 64 (1): 23-27.
- 125.** Muia E, Ellertson C, Lukhando M, Flul B, Clark S, Olenja J, et al. Emergency contraception in Nairobi, Kenya: knowledge, attitudes and practices among policymakers, family planning providers and clients, and university students. *Contraception* 1999; 60 (4): 223-232.
- 126.** Delbanco SF, Mauldon J, Smith MD, et al. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public and the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol* 1997; 89 (6): 1006-1011.
- 127.** Royen AR, Calvin CK, Lightner CR, et al. Knowledge and attitudes about emergency contraception in a military population. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (6): 921-925.

- 128.** Graham A, Green L, Glasier AF, et al. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in south east Scotland. *BMJ* 1996; 22; 312 (7046): 1567-1569.
- 129.** Kırımlı E, Uzuner A, Eker K, Solak N, Özsoy Z, Kalaça Ç, ve ark. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi ve tutumları, kullanım sıklığı, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye.
- 130.** Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl? *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004; 13 (2): 60-63.
- 131.** Duyan V, Ünal F, Çok F, Ünal S, ve ark. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda ailelerin ve gençlerin bilgilendirilmesi. *AIDS Tıp Dergisi* 2001; 4 (1): 11-15.
- 132.** Creel LC, Perry RJ. Improving the quality of reproductive health care efor young people. *New Perspectives on Quality of Care* 2002; 4.
- 133.** Crouch S. Sexual health 1: sexuality and nurses role in sexual health. *British Journal of Nursing* 1999; 8 (9): 601-606.
- 134.** Gazi Üniversitesi 2008 Yılı İdare Faliyet Raporu [online].[cited 2008 Aug 01]. Available from URL:
http://www.sgdb.gazi.edu.tr/docs/gu_2008_yili_idare_faaliyet_raporu.pdf
- 135.** Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi, Bioistatistik. Hatipoğlu Yayınları 2002, Ankara.
- 136.** WHO (2005). Progress in Reproductive Health Research. No. 67. Sexual Health-A New Focus for WHO.

<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>, E.T.
20.07.2007

- 137.** Aşkun D. Türk Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranışlarının Bir İncelemesi: Cinsiyet Farklılıklarına Kültürel Bir Bakış. Yüksek Lisans. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 2000.
- 138.** Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçin E, Özcan S, ve ark. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 72- 82.
- 139.** Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS, ve ark. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların belirlenmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46: 30-37.
- 140.** Slap GB, Lot L, Huang B, Daniyam CA, Zink TM, Succop PA, et al. Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. British Medical Journal 2003; 326 (7379): 1-6.
- 141.** Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, Flemming K, Bertozzi SM, et al. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. Journal of Adolescent Health 2004; 35: 329-334.
- 142.** Stallworth J, Rooffe M, Clark LF, Ehiri JE, Mukherjee S, Person S, Jolly PE, et al. Predictors of sexual involvement among adolescents in rural Jamaica. Int J Adolesc Med Health 2004; 16: 165-178.
- 143.** Adamu R, Mulatu MS, Haile SI, et al. Patterns and correlates of sexual initiation, sexual risk behaviors, and condom use among secondary school students in Ethiopia. Ethiop Med J 2003; 41: 163-177.

- 144.** Berne L, Huberman B. European Approaches to Adolescent Sexual Behavior and Responsibility. Alford S (ed). Advocates for Youth. Washington DC, 1999.
- 145.** Available from URL: [http://www. advocatesforyouth. org/publications/european.pdf](http://www.advocatesforyouth.org/publications/european.pdf). [cited 2005 Jan 12].
- 146.** Açıkel CH, Babayiğit MA. Genç erişkin erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri. Kor Hek. 2005; 4 (1): 22.
- 147.** Özkan T. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2005.
- 148.** Yurdakul E, Yamaç T, Güneyli H, Tokgöz E, Mersin Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları konusunda bilgilerinin saptanması, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2003 Nisan 20-23; Ankara, Türkiye. s.173.
- 149.** Coşkun A. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi'nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi, Görüş ve Davranışları ve Bunlar ile İlişkili Faktörler. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006.
- 150.** Özcebe H, Kırcalıoğlu N, Doğan BG. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşam davranışları, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2007 Nisan 19-22; Ankara, Türkiye. s.271.
- 151.** Pamukçu K, Şenyüz P. Danışman: Tortumluoğlu G, Ersay A. Farklı sağlık alanlarında eğitim gören yüksekokul öğrencilerinde cinsellik. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kongre Kitabı. 2006 Nisan 20-21, Şanlıurfa, Türkiye.

- 152.** Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tyde T, et al. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34: 124-131.
- 153.** Xu J, Cheng L. Awareness and usage of emergency contraception among teenagers seeking abortion: A Shanghai survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008; 141 (2): 143-146.
- 154.** Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z, et al. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11: 888-897.
- 155.** Giannotta F, Ciairano S, Spruijt R, Metz DS. Meanings of sexual intercourse for Italian adolescents. *Journal of Adolescence* 2009; 32: 157-169.
- 156.** Haggström NE, Hanson U, Tyden T, et al. Sex behavior among high school students in Sweden: Improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health* 2002; 30: 288-295.
- 157.** Wellings K, Nanchahal K, Macdowall S, et al. Sexual Behavior in Britain: early heterosexual experience. *Lancet* 2001; 358: 1843-1850.
- 158.** Glaziou P, Bodet C, Loy T, Vonthanak S, et al. Knowledge, attitudes and practices of university students regarding HIV infection, in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS* 1999; 13: 1982-1983.
- 159.** Erenel AŞ, Gölbaşı Z. Üniversite gençlerinin üreme sağlığı: korunmasız cinsel deneyim, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı; 2009 Nisan 23-25; Ankara, Türkiye. s.232.

- 160.** Pınar G. Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
- 161.** Gökengin D, Yamazhan T, Özkaya D, Aytuğ Ş, ve ark. Sexual knowledge, attitudes and risk behaviors of student in Turkey. The Journal of School Health 2003; 73 (7): 258-263.
- 162.** Akın A, Özvarış ŞB. Adölesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi (Özet Raporu); 2004; Ankara, Türkiye.
- 163.** Pınar G, Öktem M, Algier L, Doğan N, Zeyneloğlu H, ve ark. Sağlık personelinin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2005; 2 (3): 204-209.
- 164.** Mandıracioğlu A, Doğan F. Gençlerin Kontrasepsiyona Yaklaşımı. 3. Halk Sağlığı Günleri. Kayseri, 1993:178.
- 165.** Mogilevkina I, Tyden T, Odlind V, et al. Ukrainian medical students experiences, attitudes and knowledge about reproductive health. Journal of American College Health 2001; 49 (6): 269- 272.
- 166.** Puri S, Bhatia V, Swami HM, Singh A, Sehgal A, Kaur AP, et al. Awereness of emergency contraception among female college student in Chandigarh. India Indian J Med Sci. 2007; 61 (6): 338-346.
- 167.** Byamugisha JK, Mirembe FM, Faxelid E, Danielsson KG, et al. Emergency contraception and fertility awareness among university students in Kampala, Uganda. African Health Sciences 2006; 6 (4): 194-200.

- 168.** Koluçık S. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel/Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2007.
- 169.** Özkan H. Üniversite Gençliğinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunmaya İlişkin Yaklaşımları. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1994.
- 170.** Uluslararası Katılımlı “Genç Dostu Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri” Sempozyumu 2006, [online]. [cited 2009 Jan 12] Available from : URL : www.icc.org.
- 171.** Jamiesson MA, Hertweck SP, Sanfilippo JS, et al. Emergency contraception: Lack of awareness among patients presenting for pregnancy termination. Pediatric and Adolescent Gynecology 1999; 12 (1): 11-15.
- 172.** Baiden F, Awini E, Clerk C, et al. Perception of university students in Ghana about emergency contraception. Contraception 2002; 66 (1): 23-26.
- 173.** Roberts C, Moodley J, Esterhuizen T, et al. Gynaecology, Emergency contraception: knowledge and practices of tertiary students in Durban, South Africa. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 24 (4): 441-445.
- 174.** Kongnyuy EJ, Ngassa P, Fomulu N, Wiysonge CS, Kouam L, Doh AS, et al. A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon. BMC Emerg Med. 2007; 7 (7): 1-7.
- 175.** Corbett PO, Mitchell CP, Taylor JS, Kemppainen J, et al. Emergency contraception: Knowledge and perceptions in a university population.

Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2006; 18 (4): 161-168.

- 176.** Çelik M, Ekerbiçer HÇ, Ergün UG, Tekin N, ve ark. Emergency contraception: Knowledge and attitudes of Turkish nursing and midwifery students. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2007; 12 (1): 63-69.
- 177.** Bozkurt N, Korucuoğlu Ü, Aksakal FN, Biri A, Çiftçi B, Maral I, Tıraş B, ve ark. Turkish adolescents' knowledge on and attitude toward emergency contraception. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006; 19 (6): 391-395.
- 178.** Öztürk A, Aygen E, Naçar M, Gün İ, Yirmibeş Ü. Kadınların acil kontrasepsiyonla ilgili bilgi ve deneyimleri. Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi 2002; 8(3): 387-91.
- 179.** Uzuner A, Ünalın P, Ekşi MŞ, Erbölükbaş R, Onaran H, Save D, ve ark. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2005; 9 (3): 105-112.
- 180.** Bilgili N, Ayaz S. Acil Kontrasepsiyon: Kadınların Bilgi ve Deneyimleri, TAF Prev Med Bull 2009; 8(3): 251-258.
- 181.** Ikeme ACC, Ezegwu HU, Uzodimma AC. Knowledge, attitude and use of emergency contraception among female undergraduates in Eastern Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 25(5): 491-3.
- 182.** Ottesan S, Narring F, Renteria SC, Michaud PA, et al. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: a cross-sectional survey on the sexuality of 16 to 20 years-olds. J Adolesc Health 2002; 31 (1): 101-110.

- 183.** Schwarz EB, Gerbert B, Gonzales R, et al. Need for emergency contraception in urgent care settings. *Contraception* 2007; 75 (4): 285-288.
- 184.** Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T, et al. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. *BJOG* 2002; 109 (2): 155-160.
- 185.** Aziken ME, Okonta PI, Ande AB, et al. Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Perspect* 2003; 29 (2): 84-87.
- 186.** Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V, et al. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year-old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health* 2009; 44 (1): 55-63.
- 187.** Topuzoğlu A, Önsüz MF, Hıdıroğlu S, Mustafaoğlu N, Ekşi MŞ, Erbölükbaş R, et al. Ümraniye’de Bir Sağlık Ocağına Başvuran Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008; 7(5): 405-418.
- 188.** Kayhan Ö. 15-49 Yaş Bayanların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2008.
- 189.** Moreau C, Bajos N, Trusell J. Impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2006; 11(1): 42-43.
- 190.** Black K, Mercer CH, Kubba A, Wellings K. Access to EHC through pharmacy and community clinics women’s experiences and

outcomes. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2006; 11(1): 114.

- 191.** Zeteroğlu Ş, Şahin G, Şahin HA, Bolluk G. Knowledge and attitudes towards emergency contraception of health-care providers in a region with a high birth rate. Eur J Contracept Repr. 2004; 9: 102-106.
- 192.** Bayık A. Ebe ve Hemşirelerin Acil Kontrasepsiyona ilişkin Bilgileri. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2007; 15 (58) : 18-24.
- 193.** Ziebland S, Wyke S, Seaman P, Fairhurst K, Walker J, Glasier A, et al. What happened when Scottish women were given advance supplies of emergency contraception? A survey and qualitative study of women's views and experiences. Soc Sci Med 2005; 60 (8): 1767-1779.
- 194.** American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. Pediatrics 2005; 116 (4): 1026-1035.
- 195.** Lete I, Cabero L, Alvarez D, Olle C, et al. Observational study on the use of emergency contraception in Spain: results of a national survey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2003; 8 (4): 203-209.
- 196.** Rebecca SF, Wan T, Sue ST. Are women ready for more liberal delivery of emergency contraceptive pills?
- 197.** Espinos JJ, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N, Calaf J, et al. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 1999; 4: 27-33.
- 198.** Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, Braverman P, Fong GT. The Role of Mother-Daughter Sexual Risk Communication in

Reducing Sexual Risk Behaviors among Urban Adolescent Females: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 2003; 33(2):98-107.

- 199.** Hacker KA. Listening To Youth: Teen Perspectives on Pregnancy Prevention. *Journal of Adolescent Health*, 2000; 26:279-88.
- 200.** Miller KS. Patterns of Condom Use among Adolescents: The Impact of Mother-Adolescent Communication. *American Journal Public Health*, 1998; 88:1542-44
- 201.** Demirtaş B. Bir Üniversitenin Eczacılık Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklara İlişkin Bilgileri. Erisim Adresi: www.hatam.hacettepe.edu.tr, E.T. 14.01.2007
- 202.** Golden NH, Seigel WM, Fisher M, Schneider M, Quijano E, Suss A, Bergeson R, Seitz M, Saunders D, et al. Emergency contraception: Pediatricians' knowledge, attitudes and opinions. *Pediatrics* 2001; 107 (2): 287-292.
- 203.** Kaya F, Serin Ö, Genç A, ve ark. Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2007; 6 (6): 441-448.
- 204.** Kebede Y. Emergency contraception: knowledge and practice of Gondar University students, northwest Ethiopia. *Ethiop Med J* 2006; 44 (3): 221-230.
- 205.** Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P, et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception, a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003; 102 (1): 8-16.

- 206.** Langille DB, Delaney ME. Knowledge and Use of Emergency Postcoital Contraception by Female Students at a High School in Nova Scotia, Canadian Journal of Public Health 2000; 91(1): 29-32.
- 207.** Selak S, Juric V, Hren D, Juric M, et al. What do young people from Mostar, Bosnia and Herzegovina know about contraception and sexual health? Croat Med J 2004; 45(1): 44-49.

10. EKLER

Ek-1 Veri Toplama Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL DENEYİMLERİ, ACİL KONTRASEPSİYONA İLİŞKİN BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ

Sayın katılımcılar;

Bu araştırma, sizlerin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve görüşlerinizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmayı sizlerin anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar yönlendirecektir. Bu anket formunda verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

VERİ TOPLAMA FORMU

ANKET NO:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz a.Kız b.Erkek
3. Medeni durumunuz?
a.Bekar b.Evli c.Diğer.....
4. Okuduğunuz okulun adı:.....
5. Üniversitede kaçınıcı yılınız?
a.1 b.2 c.3 d.4 yıl ve üzeri
6. Şu anda nerede kalıyorsunuz?
a.Yurtta kalıyorum
b.Ailemle evde kalıyorum
c.Arkadaşlarımla evde kalıyorum
d.Bir akrabamın evinde kalıyorum
e.Tek başıma bir evde kalıyorum
f.Diğer (Belirtiniz).....

7. Üniversiteye gelmeden önce yaşadığınız yer?
a.Köy b.Kasaba c.İlçe d.Şehir e.Büyükşehir
8. Annenizin eğitim durumu nedir?
a.Okur-yazar değil
b.Okur-yazar
c.İlkokul mezunu
d.Ortaokul mezunu
e.Lise mezunu
f.Üniversite mezunu
9. Babanızın eğitim durumu nedir?
a.Okur-yazar değil
b.Okur-yazar
c.İlkokul mezunu
d.Ortaokul mezunu
e.Lise mezunu
f.Üniversite mezunu
10. Şu ana kadar bir cinsel ilişki (birleşme) deneyiminiz oldu mu?
a.Evet b.Hayır (23. soruya geçiniz)
11. **İlk cinsel** ilişkinizi kaç yaşında yaşadınız?
12. **İlk cinsel** ilişkiniz ile ilgili aşağıda verilen durumlardan size uygun olanı belirtiniz.
a. Planlı ve istemliydi, isteyerek gerçekleşti
b. İstemliydi, fakat planlı değildi
c. İsteğim dışında gerçekleşti
d. Diğer (Belirtiniz).....
13. **İlk cinsel** ilişkinizde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandınız mı?
a.Evet b.Hayır (15. soruya geçiniz)
14. **İlk cinsel** ilişkiniz sırasında hangi gebeliği önleyici yöntemi kullandınız? (Bu sorudan sonra 16. soruya geçiniz)
a.Oral kontrasepsifler (Ağızdan alınan hormonal doğum kontrol hapları)
b.RİA (spiral)
c.Enjeksiyon (aylık iğneler, üç aylık iğneler)
d.Takvim yöntemi
e.Prezervatif (kondom, kaput)
f.Geri çekme
g.Diğer (Belirtiniz).....

15. **İlk cinsel** ilişkiniz sırasında herhangi bir yöntem kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Gebelik oluşmayacağı düşüncesi
 - b. Gebelikten korunma yöntemlerini elde etmede güçlükler
 - c. Cinsel ilişkinin planlı olmaması
 - d. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşüncesi
 - e. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının gelecekteki doğurganlığı olumsuz etkileyeceği düşüncesi
 - f. Dinsel yönden günah olacağı düşüncesi
 - g. Diğer (Belirtiniz).....
16. Halen düzenli bir cinsel yaşantınız var mı?
- a. Evet
 - b. Hayır
17. Şu ana kadar sizin veya cinsel eşinizin gebeliği oldu mu?
- a. Evet
 - b. Hayır (20. soruya geçiniz)
18. Bu gebelik nasıl sonuçlandı?
- a. İstemsiz Düşük
 - b. Kürtaj (istemli düşük)
 - c. Doğum
19. Sizin veya cinsel eşinizin gebeliği nerede sonuçlandı?
- a. Özel muayenehane
 - b. Hastane
 - c. Diğer.....
20. **Şu anda** siz veya cinsel eşiniz herhangi gebelikten korunma yöntemini kullanıyor musunuz?
- a. Kullanıyorum
 - b. Kullanmıyorum (22. Soruya geçiniz)
21. **Şu anda** siz veya cinsel eşiniz hangi gebelikten koruyucu yöntemi kullanıyorsunuz?
- a. Oral kontrasepsifler (haplar, hormonal doğum kontrol yöntemleri)
 - b. RİA (spiral)
 - c. Enjeksiyon (aylık, üç aylık iğneler)
 - d. Takvim yöntemi
 - e. Prezervatif (kondom, kaput)
 - f. Geri çekme
 - g. Diğer (Belirtiniz).....
- (Bu soruyu cevapladıktan sonra 23. soruya geçiniz)
22. Cinsel ilişki sırasında herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Gebelik oluşmayacağı düşüncesi
 - b. Gebelikten korunma yöntemlerini elde etmede güçlükler
 - c. Cinsel ilişkinin planlı olmaması
 - d. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği için

- e.Gebeliği önleyici yöntem kullanımının gelecekteki doğurganlığı olumsuz etkileyeceği için
- f.Dinsel yönden günah olacağı için
- g.Gebelik oluşursa sonlandırma olanağı olması
- h.Diğer (Belirtiniz).....

23. Acil kontrasepsiyon (acil korunma) kavramını duydunuz mu?
a.Evet b.Hayır
24. Acil kontrasepsiyon konusunda bilginiz var mı?
a.Evet b.Hayır (28. soruya geçiniz)
25. Bilgiye nereden ulaştınız?
a.Öğretmenler
b.Arkadaşlar
c.Aile
d.Doktor
e.Hemşire/ebe
f.Medya, kitap ve dergiler
g.Diğer.....
26. Acil kontrasepsiyon konusunda aldığınız bilginin içeriği sizce yeterli mi?
a.Yeterli (28.soruya geçiniz) b.Yetersiz
27. Acil kontrasepsiyon konusunda aldığınız bilgiyi neden yetersiz buldunuz?
a.Ne zaman kullanılacağı anlatılmadı
b.Nasıl kullanılacağı anlatılmadı
c.Yan etkileri anlatılmadı
d.Diğer.....
28. Acil kontrasepsiyon konusunda bilgi almak ister misiniz?
a.Evet b.Hayır
29. Şimdiye kadar siz veya cinsel eşiniz acil kontrasepsiyon yöntemini kullandınız mı?
a.Evet b.Hayır (31. soruya geçiniz)
30. Siz veya cinsel eşiniz acil doğum kontrol (acil kontrasepsiyon) yöntemini kaç defa kullandınız?
Lütfen belirtiniz.....

31. Aşağıda verilen ifadelerden hangisi acil kontrasepsiyonu tanımlamaktadır? (tek seçenek işaretleyiniz)
- a. Erkekte tohum kanallarının bağlanması
 - b. Korunmasız bir cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek amacıyla kullanılan yöntem
 - c. Kadında yumurta kanallarının bağlanması
 - d. Haznenin (vajina) cinsel ilişkiden hemen sonra yıkanması
 - e. Erkeğin dışarı boşalması
 - f. Diğer (Belirtiniz).....
 - g. Bilmiyorum
32. Aşağıdaki yöntemlerden hangileri acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Oral kontraseptifler (Ağızdan alınan hormonal doğum kontrol hapları)
 - b. Deri altına yerleştirilen çubuklar
 - c. Rahim içi araçlar (RIA-Spiral)
 - d. Enjeksiyonlar
 - e. Prezervatif (kondom, kaput)
 - f. Vazektomi
 - g. Beklenen adet tarihinden 1-2 gün önce menstrüel regülasyon uygulanması
 - h. Bilmiyorum
33. Sizce acil kontrasepsiyon yöntemleri hangi durumlarda kullanılmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Tecavüz
 - b. Korunmasız cinsel ilişki sonrası
 - c. Cinsel ilişki sırasında kondom yırtılması, doğum kontrol haplarını almayı unutma gibi durumlarda
 - d. Her cinsel ilişkiden önce gebeliği önlemek amacıyla
 - e. Gebelik oluşması amacıyla
 - f. Bilmiyorum
34. Acil kontrasepsiyon yöntemleri hangi durumlarda **kullanılmaz**? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Gebeliği önleyici yöntem kullanımında başarısız olduğunda
 - b. Korunmasız cinsel ilişki sonrası
 - c. Kondomun yerinden çıkması ya da yırtılması durumunda
 - d. Düzenli olarak gebeliği önleyici etkili yöntem kullanıldığında
 - e. Tecavüz sonrası istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla
 - f. Gebe kalmak istenildiğinde
 - g. Bilmiyorum

35. Acil kontrasepsiyon amacıyla ağızdan alınan hapların kullanımı ile ilgili doğru seçeneği işaretleyiniz?
- a. Cinsel ilişki öncesi yüksek dozda, 1 tablet doğum kontrol hapi alınmalıdır
 - b. Cinsel ilişkiyi takiben ilk 72 saat içinde, 6 saat arayla birer tablet doğum kontrol hapi alınmalıdır
 - c. Cinsel ilişkiyi takiben ilk 72 saat içinde, 12 saat arayla 2'şer tablet doğum kontrol hapi alınmalıdır
 - d. Cinsel ilişkiden hemen sonra 4 tablet doğum kontrol hapi alınmalıdır
 - e. Cinsel ilişkiden 1 hafta sonra 1 tablet doğum kontrol hapi alınmalıdır
 - f. Bilmiyorum
36. Acil kontrasepsiyon amacıyla ağızdan alınan hormonal gebelikten korunma yöntemlerinin yan etkileri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Bulantı
 - b. Kusma
 - c. Baş ağrısı
 - d. Sersemlik hissi
 - e. Kramplar, karın ağrısı
 - f. Vajinal kanamada artma
 - g. Adet kanamasının 7 güne kadar gecikmesi
 - h. Hepsi
 - ı. Bilmiyorum
37. Acil kontrasepsiyon yöntemlerine nereden ulaşılabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a. Eczanelerden reçeteyle alınabilir
 - b. Aile planlaması kliniği olan sağlık kuruluşlarından alınabilir
 - c. Diğer (Belirtiniz).....
 - d. Bilmiyorum
38. Acil kontrasepsiyonun gebeliği önlemeye yönelik etkinliği konusunda ne düşünüyorsunuz?
- a. Oldukça etkili
 - b. Etkisi sınırlı
 - c. Etkisiz
 - d. Bilmiyorum

Acil kontrasepsiyon yöntemleri ile ilgili görüş ifadeleri

İfadeler	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Acil kontrasepsiyon, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kesinlikle kullanılmalıdır.			
Acil kontrasepsiyon kullanmak, istenmeyen gebelikleri önlediği için birey ve toplum sağlığını olumlu yönde etkiler.			
Acil kontrasepsiyon yöntemi kullanmaya karar vermek yalnızca kadının sorumluluğudur.			
Planlanmamış ve istenmemiş olsa bile hiçbir gebelik acil kontrasepsiyon yöntemi ile sonlandırılmamalıdır.			
Acil kontrasepsiyon kullanılması kısırlığa neden olur.			
Acil kontrasepsiyon uygulaması günahıdır.			
Gelecek yaşamlarındaki doğurganlığı olumsuz etkileyeceğinden genç insanlar acil kontrasepsiyonu kullanmamalıdır.			
Acil kontrasepsiyonu sadece evli olan kişiler kullanmalıdır.			
Acil kontrasepsiyonu bekar olan kişiler de kullanabilmelidir.			
Her birey acil kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olmalıdır.			

Ek-2 İzin Yazısı

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

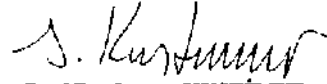
SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/2020

10.12.2007

KONU : Tez Çalışma İznı

İLGİLİ MAKAMA

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ÜNAL'ın yürütmekte olduğu "Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Acil Hormonal Kontraseptif Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri " konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışması için gerekli izin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTİMUR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ: Anket Formu

ARAŞTIRMA YAPILACAK BİRİMLER :

G.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
G.Ü. Eczacılık Fakültesi
G.Ü. Endüstriyel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi
G.Ü. Eğitim Fakültesi
G.Ü. Hukuk Fakültesi
G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
G.Ü. İletişim Fakültesi
G.Ü. Mesleki Eğitim Fakültesi
G.Ü. Mühendislik-Mimarlık Fakültesi
G.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi
G.Ü. Tıp Fakültesi
G.Ü. Ticaret-Turizm Fakültesi
G.Ü. Güzel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu
G.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
G.Ü. Atatürk Meslek Yüksekokulu
G.Ü. Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu



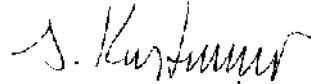
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.AL.00.01/2029
KONU : Tez Çalışma İzni

10.12.2007

İLGİLİ MAKAMA

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ÜNAL'ın yürütmekte olduğu "Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Acil Hormonal Kontraseptif Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri " konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışması için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTÜR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ: Anket Formu

ARAŞTIRMA YAPILACAK BİRİMLER :

G.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
G.Ü. Eczacılık Fakültesi
G.Ü. Endüstriyel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi
G.Ü. Eğitim Fakültesi
G.Ü. Hukuk Fakültesi
G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
G.Ü. İletişim Fakültesi
G.Ü. Mesleki Eğitim Fakültesi
G.Ü. Mühendislik-Mimarlık Fakültesi
G.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi
G.Ü. Tıp Fakültesi
G.Ü. Ticaret-Turizm Fakültesi
G.Ü. Güzel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu
G.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
G.Ü. Atatürk Meslek Yüksekokulu
G.Ü. Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu

işin Anket yapılacak bölümlerle ilgili izninin alınması hususunda
uygunluk. Mustafa YURDAKUL
Doç. Dr. Mustafa YURDAKUL
Dekan Yardımcısı
9/5/2008



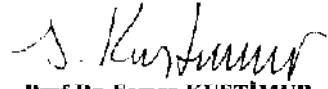
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : H.30.2.GÜN.0.A1.00.01/2023
KONU : Tez Çalışma İznı

10.12.2007

İLGİLİ MAKAMA

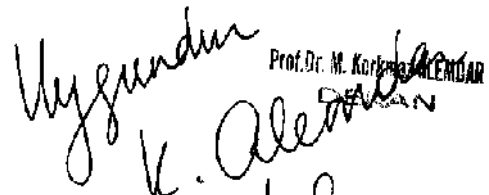
Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi **Filiz ÜNAL**'ın yürütmekte olduğu "Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Acil Hormonal Kontraseptif Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri " konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışması için gerekli izin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTİMUR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ: Anket Formu

ARAŞTIRMA YAPILACAK BİRİMLER :

G.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
G.Ü. Eczacılık Fakültesi
G.Ü. Endüstriyel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi
G.Ü. Eğitim Fakültesi
G.Ü. Hukuk Fakültesi
G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
G.Ü. İletişim Fakültesi
G.Ü. Mesleki Eğitim Fakültesi
G.Ü. Mühendislik-Mimarlık Fakültesi
G.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi
G.Ü. Tıp Fakültesi
G.Ü. Ticaret-Turizm Fakültesi
G.Ü. Güzel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu
G.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
G.Ü. Atatürk Meslek Yüksekokulu
G.Ü. Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu


Prof.Dr. M. Korkmaz
9/5/08



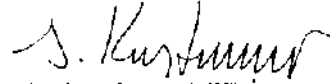
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/2023
KONU : Tez Çalışma İzni

10.12.2007

İLGİLİ MAKAMA

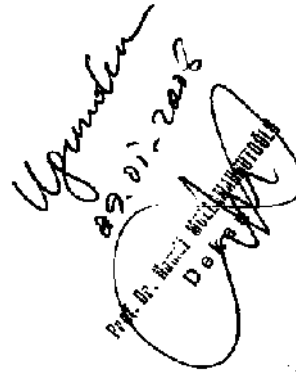
Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi **Filiz ÜNAL**'ın yürütmekte olduğu "Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Acil Hormonal Kontraseptif Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri " konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışması için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTİMUR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ: Anket Formu

ARAŞTIRMA YAPILACAK BİRİMLER :

G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
G.Ü. Eczacılık Fakültesi
G.Ü. Endüstriyel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi
G.Ü. Eğitim Fakültesi
G.Ü. Hukuk Fakültesi
G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
G.Ü. İletişim Fakültesi
G.Ü. Mesleki Eğitim Fakültesi
G.Ü. Mühendislik-Mimarlık Fakültesi
G.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi
G.Ü. Tıp Fakültesi
G.Ü. Ticaret-Turizm Fakültesi
G.Ü. Güzel Sanatlar Fakültesi
G.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu
G.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
G.Ü. Atatürk Meslek Yüksekokulu
G.Ü. Tapu Kadastro Meslek Yüksekokulu


Prof. Dr. Semra KUŞTİMUR
10.12.2007



11. TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim sırasında değerli zamanını ve katkılarını esirgemeyen, bu çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde sonsuz emeği geçen danışmanım değerli hocam Öğr.Gör.Dr.Ayten ŞENTÜRK ERENEL'e,

Çalışmalarım süresince yakın ilgi, destek ve yardımlarını gördüğüm, bilgi ve deneyiminden yararlandığım hocam Prof.Dr.Gülşen VURAL'a,

Verilerin istatistiksel analiz ve yorum aşamasında bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan Ahmet GÜL'e,

Eğitimim sırasında bana destek olan, maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen sevgili ailem ve değerli eşim Mutlu KÖKSAL'a katkılarından dolayı, saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Filiz ÜNAL KÖKSAL

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Filiz

Soyadı: ÜNAL KÖKSAL

Doğum Yeri ve Tarihi: Kırşehir-1982

Eğitimi

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Eğitimi (2009)

Muğla Üniversitesi (2005)

İzmir Bornova Suphi Koyuncuoğlu Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (2000)

Yabancı Dili: İngilizce ve Almanca

İş Deneyimi:

2006- Devam ediyor. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

- Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşiresi

- Kadın Hastalıkları ve Doğum Servis Hemşiresi

Bilimsel Etkinlikleri:

- 02/2007, Gazi Üniversitesi Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Sertifikası
- 04/2007, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'ne katılım belgesi

- 03/2007-03/2008, Bilişim Destekli Danışmanlık Modelinin Onkoloji Hastaları ile alışan Hemşirelerin Psikolojik Bakım Alanındaki Gelişimine Etkisi adlı projeye katılım belgesi
- 15-18 Ocak 2009, 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, “Kadın ve Teknoloji” konulu poster bildirimi
- 9-11 Nisan 2009, Hemşirelik ve Ebelikte Kùltùrlerarası Yaklaşım Sempozyumu, “Kùltùr ve Kadın Sağlığı” konulu poster bildirimi
- 23-25 Nisan 2009, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Konresi, “Adölesan Üreme Sağlığı ve Hemşirelik” konulu poster bildirimi.