

756232



**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİNDEKİ  
ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI VE ACİL  
KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ VE  
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**Meltem DEMİRGÖZ**

**DANIŞMAN  
Yrd.Doç.Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU**

**2004-AFYON**

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİNDEKİ  
ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI VE ACİL  
KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ VE  
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**MELTEM DEMİRGÖZ**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

156232

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU**

**Tez No:2004-027**

**2004-AFYON**

**KABUL VE ONAY**

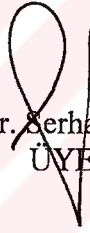
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi:18/06/2004



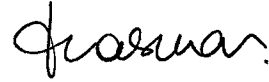
Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Ömer DOĞRU  
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Serhan CEVRİOĞLU  
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Meltem Demirgöz' ün  
"Afyon Kocatepe Üniversitesindeki Öğrencilerin Aile Planlaması ve Acil Kontrasepsiyon  
Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını 22.06/2004 günü  
saat:16.00. Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca  
değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yüksel ARIKAN  
Enstitü Müdürü

**ÖNSÖZ**

Tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında katkıları bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Serhan CEVRİOĞLU'na istatistiksel değerlendirmeler aşamasında bütün yardımları için Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hülya ELLİDOKUZ'a , İstatistik Anabilim Dalı Bölüm Başkanı Doç. Dr. İsmet DOĞAN'a, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Arş.Görevlisi Durmuş YÖRÜK'e, Osmangazi Üniversitesi Bilgi İşlem Merkezi'nden İstatistik Uzmanı Sayın Ömür AŞIKOĞLU'na, veri toplama aşamasında Afyon Kocatepe Üniversitesi öğrencileri ile görüşebilme olanağını sağlayan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Doç. Dr. Yüksel ARIKAN'a, tez çalışmamın başından beri gösterdikleri anlayış ve hoşgörüden dolayı aileme ve Nuran MUMCU'ya, araştırmamda denek olan tüm öğrencilere ve tezimde emeği olduğuna inanan herkese teşekkür ederim.



Meltem DEMİRGÖZ

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Simgeler ve Kısaltmalar.....	VI
Tablolar Dizini.....	VII
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>SUMMARY</b> .....	3
1.GİRİŞ.....	4
1.1. Aile Planlaması.....	6
1.2. Dünyada Aile Planlaması.....	8
1.3. Türkiye’de Aile Planlaması.....	9
1.4. Etkin Aile Planlaması Yöntemleri.....	11
1.4.1. Kombine Oral Kontraseptifler.....	11
1.4.2. Yalnız Progesteron İçeren Haplar (Mini Haplar).....	11
1.4.3. Rahim İçi Araçlar.....	12
1.4.4. Prezervatif (Kondom,Kaput, Kılıf).....	13
1.4.5. Kadın Kondomu.....	13
1.4.6. Diyafram.....	14
1.4.7. Servikal Başlık.....	14
1.4.8. Spermisitler.....	14
1.4.9. Enjekte Edilen Doğum Kontrol Yöntemleri.....	15
1.4.9.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	15
1.4.9.2. Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	16
1.4.10. Deri Altı İmplantları (İmplanon).....	16
1.4.11. Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp Ligasyonu).....	17
1.4.12. Erkekde Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi).....	18
1.5. Etkin Olmayan Aile Planlaması Yöntemleri.....	18
1.5.1.Geri Çekme Yöntemi.....	18
1.5.2. Takvim Yöntemi.....	19
1.5.3. Servikal Mukus Yöntemi.....	19
1.5.4. Bazal Vücut Isısı Yöntemi.....	19

1.5.5. Vajinal Yıkama.....	20
1.6. Emzirme.....	20
1.7. Acil Kontrasepsiyon.....	20
1.8. Acil Kontrasepsiyonun Tarihçesi .....	21
1.9. Acil Kontraseptif Yöntemler.....	22
1.9.1. Kombine Oral Kontraseptifler.....	22
1.9.2. Yalnız Progestin Hapları (Levonorgestrel).....	25
1.9.3. Antiprogestinler.....	26
1.9.4. Yüksek Doz Östrojenler.....	27
1.9.5. Danazol.....	28
1.9.6. Rahim İçi Araç.....	28
1.9.7. Menstrüel Regülasyon.....	29
1.10. Acil Kontrasepsiyonun Kullanım Alanları.....	30
1.11. Acil Kontrasepsiyon Kullanımında Sınırlamalar.....	31
1.11.1. Ürünle İlgili Yetersizlikler.....	31
1.11.2. Hizmet Sunumu İle İlgili Yetersizlikler.....	31
1.11.3. Yöntemi Kullananlarla İlgili Sorunlar.....	32
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
2.1. Araştırmanın Şekli.....	33
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
2.3. Araştırmanın Evreni.....	33
2.4. Örneklem.....	33
2.5. Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması.....	34
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
2.7. Analiz Yöntemleri.....	36
<b>3. BULGULAR</b>	
3.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
3.2. Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına İlişkin Bulgular.....	39
<b>4. TARTIŞMA</b> .....	70
<b>5. SONUÇ</b> .....	82
<b>6. KAYNAKLAR</b> .....	85
<b>7. EK-1</b> .....	96

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

AP	: Aile Planlaması
AIDS	: Edinilmiş İmmün Sistem Zayıflık Sendromu
AK	: Acil Kontrasepsiyon
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DES	: Diethylstilbestrol
EE	: Etilin Estradiol
F	: Varyans Değeri
FDA	: A.B.D. Besin ve İlaç Federasyonu
Fen-Edb Fak	: Fen Edebiyat Fakültesi
İ.İ.B.F.	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LNG	: Yalnız Progestin Hapları (Levonorgestrel)
p	: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
RIA	: Rahim İçi Araç (spiral)
S.Sapma	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Bilgisayar İstatistik Programı)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
$\chi^2$	: Ki Kare Test Değeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okullara, Sınıflara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	37
Tablo 2. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 3. Öğrencilerin A.P.Tanımını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.P. Tanımı Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	41
Tablo 5. Öğrencilerin Düşündükleri İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 6. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Düşündükleri İdeal çocuk Sayısının İncelenmesi.....	43
Tablo 7. Öğrencilerin “A.P. Yöntemlerinin Uygulanmasında Sorumluluğu Eşlerden Hangisi Almalı ?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	43
Tablo 8. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre “A.P Yöntemlerinin Uygulanmasında Sorumluluğu Eşlerden Hangisi Almalı ?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların İncelenmesi.....	44
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bilgi Sahibi Olduğunu Düşündükleri A.P. Yöntemlerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	45
Tablo 10. Öğrencilerin Geleneksel Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılımı ve Ortalamaları .....	45
Tablo 11. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Geleneksel Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	47



Tablo 12. Öğrencilerin Kısa Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılım ve Ortalamaları.....	48
Tablo 13. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kısa Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	49
Tablo 14. Öğrencilerin Uzun Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılım ve Ortalamaları.....	49
Tablo 15. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uzun Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	51
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kalıcı Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumları.....	51
Tablo 17. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kalıcı Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi.....	52
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gebe Kalınabilecek Dönem Hakkındaki Bilgi Durumları.....	53
Tablo 19. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Gebe Kalınabilecek Dönem Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi.....	54
Tablo 20. Öğrencilerin A.P. Hakkında Bilgi Edinme Kaynaklarının Dağılımı.....	54
Tablo 21. Öğrencilerin A.K. Terimi Hakkında Fikir Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 22. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. Terimi Hakkında Fikir Sahibi Olma Durumlarının İncelenmesi .....	55
Tablo 23. Öğrencilerin A.K. Kullanım Alanları Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre Dağılımı.....	56

Tablo 24. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. Kullanım Alanları Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi.....	56
Tablo 25. Öğrencilerin A.K. İçin K.O.K. Kullanımını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 26. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. İçin K.O.K. Kullanımı Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi.....	58
Tablo 27. Öğrencilerin A.K. İçin K.O.K. Kullanım Zamanını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	58
Tablo 28. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. İçin K.O.K. Kullanım Zamanını Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	59
Tablo 29. Öğrencilerin A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 30. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	61
Tablo31. Öğrencilerin AK Yöntemlerinden Yüksek Doz KOK Kullanımının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan (CYBH) Korumayacağını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 32. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AK Yöntemlerinden Yüksek Doz KOK'un CYBH'dan Korumayacağını Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	63
Tablo 33. Öğrencilerin A.K. İçin İlk Beş Gün İçinde R.İ.A. Uygulamasını Kullanılabileceğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 34. Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinden Menstrüel Regulasyon Yöntemini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	64

Tablo 35. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinden Menstrüel Regulasyonu Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	65
Tablo 36. Öğrencilerin Ülkemiz Mevcut Şartlarında Medikal Abortusun Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olarak Kullanılmadığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	65
Tablo 37. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ülkemiz Mevcut Şartlarında Medikal Abortusun Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olarak Kullanılmadığını Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	66
Tablo 38. Öğrencilerin Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olan Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 39. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olan Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumlarının İncelenmesi.....	67
Tablo 40. Öğrencilerin Küretaja Olan Tutumlarının Dağılımı.....	68
Tablo 41. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Küretaja Olan Tutumlarının İncelenmesi .....	69

## ÖZET

### **Afyon Kocatepe Üniversitesindeki Öğrencilerin Aile Planlaması ve Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi**

Bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi bünyesinde öğrenim görmekte olan değişik fakülte ve enstitülerdeki öğrencilerin aile planlaması (A.P.) ve acil kontrasepsiyon (A.K.) konusundaki bilgi ve tutumlarını incelemek üzere planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Bu çalışma 900 öğrenci üzerinde anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, 2003 yılı kasım ve aralık ayları arasında yürütülmüştür.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,7'dir ve %91,2'si bekadır. Öğrencilerin aile planlaması ile ilgili bilgi edinme kaynakları en yüksek oranda arkadaş çevresi ve basındır.

Öğrencilerin, %49,3'ünün A.P.'nin tanımını, doğru olarak yapabildiği saptanmıştır. Öğrencilerin A.P. yöntemleriyle ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde; %52,3'sinin kalıcı, % 49'unun uzun süreli, %63'ünün kısa süreli, %55,2'sinin ise geleneksel yöntemler hakkında sorulan soruları doğru olarak yanıtlayabildiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin en çok bilgi sahibi olduğunu düşündükleri aile planlaması yöntemleri arasında, oral kontraseptifler (%91,8), rahim içi araç (%79,0) ve kondomun (%73,8) ilk üç sırada geldiği saptanmıştır.

Öğrencilerin %81,9'u tarafından acil kontrasepsiyonun kondom kazalarında, korunmasız ilişkide ve tecavüzde uygulanması gerektiğini bilmektedirler. Öğrencilerin olgu sunumu ve yöneme özgü sorularla acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi ve tutumları incelendiğinde; acil kontrasepsiyon için hormonal yöntemleri %65,8'i, rahim içi araç kullanımını %19,8'i, menstrüel regülasyon yöntemini ise %12'sinin bildiği saptandı. Buna karşın öğrencilerin

sadece %20,9'u acil kontrasepsiyon yöntemlerinin uygulama zamanını doğru olarak bildiği tespit edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Acil Kontrasepsiyon, Aile Planlaması, Rahim İçi Araç, Oral Kontraseptif, İstenmeyen Gebelik



## SUMMARY

A study of knowledge and attitudes of students at university of Afyon Kocatepe on family planning and emergency contraception.

This research outlines the knowledge and attitudes of students who study in different faculties and institutes of Afyon Kocatepe University on family planning and emergency contraception.

The survey was conducted among 900 in different classes in November and December of year 2003. Their age was averaged out as 21,7 and 91,2% of them were single. They got knowledge about family planning mostly from their friends and media.

The research has showed that 49,3% of students can make true definition of family planning. According to the survey results on students knowledge about methods of family planning 47,7% of students gave accurate answers about the permanent method, 49% of them about the long term method, 63% of them about the short term about and 55,2% of them about the traditional method. The most well-known methods for family planning were oral contraception, intrauterine devices and condom.

81,9% of students knew that emergency contraception needed to be used from an unprotected midcycle sexual intercourse, rape or method failure. When they were asked about the knowledge of the emergency contraception and their approach to it. It was seen that 65,8% of students knew hormonal methods, 19,8% of them intrauterine devices and 12% of them menstrual regulation methods. On the other hand it was understood that only 20,9% of students knew the applying time of emergency contraception accurately

**Key Words:** Family Planning, Emergency Contraception, Oral Contraception, Intrauterine Devices, Unintended Pregnancy

## GİRİŞ

Türkiye nüfusunun %25,6'sını 20-25 yaş grubu genç çağıdaki bireyler oluşturmaktadır. Yaşa özel doğurganlık hızları tipik olarak genç yaşlara yığılımlı bir dağılım göstermekte olup, en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda görülmektedir. 15-29 yaş grubu içindeki doğurganlık toplam doğurganlığın dörtte üçünü oluşturmaktadır (1).

Ülkemizde erken yaşta evlilik, erken yaşta çocuk sahibi olmayı sağlamakta ve böylece doğurganlık süresinin uzamasına yol açmaktadır (2). Ayrıca etkin olmayan aile planlaması yöntemlerinin %25,5 gibi oranlarda kullanılıyor olması istenmeyen çocuk doğumlarına neden olmaktadır. Doğumun önlenmesi ya da çocuk düşürmek için başvurulan yöntemlerin sağlık koşullarına uygun olmaması nedeniyle; çeşitli bedensel, ruhsal sakatlıklar, hastalıklar ve hatta ana-çocuk ölümleri görülebilmektedir (3).

Birleşmiş Milletler Aile Planlaması Fonu tarafından yapılan bir seminerde aile planlaması hizmetinin evli veya evli olmayan, genç veya yaşlı, erkek veya kadın, herkesin hakkı olduğu kabul edilmiştir. Ancak toplum tarafından evlenmeden cinsel ilişkinin benimsenmediği ülkelerde (Endonezya, Çin, Malezya, Türkiye gibi) evli olmayan yaş grubuna yönelik aile planlaması hizmetlerine pek rastlanmamaktadır. Bu ülkelerde gençler kendi çabaları ile gizli şekilde doğum kontrol yöntemlerini bulmak ve kullanmak zorunda kalmaktadır (4).

Aile planlamasının öncelikli hedeflerinden birisi istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Çiftlerin etkili bir yöntemle gebelikten korunmak için yeterli bilgiye sahip olmaması, aile planlaması hizmetlerinin yeterli ve yaygın olmayışı, kişisel ve dini inanışlar kadının karar verme hakkının oldukça sınırlı olması, gebelik önleyici yöntemin kullanıcıya ya da yönteme ait başarısızlığı dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de istenmeyen gebeliklerin başlıca nedenini oluşturmaktadır (5).

Her yıl milyonlarca kadın istenmeyen gebelik yaşamakta ve yaklaşık 40 milyon kadın gebeliğini terminasyonla sonlandırmaktadır(6). İstenmeyen gebeliklerin terminasyonu sonrası kadınlar, suçluluk, günah, öfke gibi duygular yaşamakta ve ileride cinsel hayatları negatif yönde etkilenmektedir. Ayrıca,

ilaçlara alerjik reaksiyon, uterus atonisi, perforasyon, kardiyak arrest gibi çok ciddi komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (7). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, her yıl 200.000 kadın hayatını sağlıksız ortamlarda yaptığı düşük nedeniyle kaybetmektedir (7,8). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre, ülkemizde doğumların beşte biri istenmemiş doğumlardır; %11'i ise doğurganlığın zamanlaması açısından daha sonra olmaları istenmiş doğumlardır ve her yüz gebelikten 26,6'sı düşükle sonlandırılmaktadır. Bu da her yıl ortalama 300.000 gebeliğin düşükle sonlandırılması anlamına gelmektedir (9).

ABD'de etkili ve güvenli doğum kontrol haplarının yaygın olarak kullanılmasına rağmen (10); üreme çağındaki kadınların yarısı en az bir kere istenmeyen gebelik yaşamakta (11) ve oluşan gebeliklerin yarısı terminasyonla sonlandırılmaktadır (12). ABD'de oluşan istenmeyen gebelikler özellikle 13-19 yaş grubu gençler arasında yüksektir. Bu yaş grubunda, her beş gebelikten dördü istenmeyen ve her beş gebelikten biri kontraseptif metot kullanmamaya bağlı olarak oluşan gebeliktir (8,13). ABD'de 2000 yılında 51.000 olguda acil kontrasepsiyon ile gebelik önlenebilmiştir (14). Bu istenmeyen gebeliklerin yarısı (15) acil kontrasepsiyon kullanımı ile önlenebilmekte ve sağlıksız koşullardaki düşükler nedeniyle anne ölümü oranı da azaltılabilmektedir (13,15,16).

Danimarka hükümeti sağlıksız koşullardaki abortusu ve buna bağlı anne ölümünü azaltmak amacıyla acil kontrasepsiyon eğitimine ağırlık vererek düşük sayısını azaltacak şekilde bir politika izlemiştir (17). Birleşik Krallıklarda (UK) her yıl 200.000 civarında gebelik terminasyonu yapılmakta ve büyük bir kısmını adölesan yaş grubu oluşturmaktadır (18,19).

Meksika'da abortus oranının düşmeye başlamasının sebeplerinden birinin acil kontrasepsiyonun kullanımı ve yaygınlığı olduğu bildirilmektedir (20).

Nijerya ve Uganda yasalarında; küretajın yasak olması nedeniyle her yıl sağlıksız ortamlarda düşükler yapılmakta ve bu nedenle genç yaştaki kadınlar çok ciddi komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebepten her yıl %30-40 civarında anne ölümü meydana gelmektedir (21).



İstenmeyen gebelikler oluştuğunda, küretajın doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldığı Çin'de, yüzlerce kadın sağlıksız ortamlarda düşükler nedeniyle hayatını kaybetmektedir (22).

Jamaika'da kadınların %40'ı 20 yaşa ulaştıklarında en az bir gebelik deneyimi yaşamaktadır. Bu gebeliklerin %80'i planlanmadan oluşmaktadır. Planlanmamış gebeliklerin en yaygın nedeni korunmasız cinsel ilişki ve tecavüzdür. Jamaika'da küretaj anne sağlığını tehdit etmediği müddetçe yasal değildir. Bu sebeple istenmeyen gebelikler sağlıksız şartlarda yapılan düşükle sonlandırılmaktadır (23).

Çiftler korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planladıkları gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler. Söz konusu riskler sırasıyla; kondomun çıkması, delik ya da yırtık olması, oral kontraseptiflerin alınmasının unutulması, oral kontraseptifler kullanılırken gastroenterit olunması ve antibiyotik kullanımının etkinliği azaltılması, diyafram ve servikal başlığın yerinden kayması, RİA'nın uterusun dışarı atılması ve kadının tecavüze uğramasıdır. Günümüzde sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası gebeliğin implantasyondan önce önlenmesi için acil kontrasepsiyonun kullanılması önerilmektedir (24).

Bu araştırmada amaç: böylesine önemli bir konuda belirli bir eğitim düzeyine ve evlenme çağına gelmiş gençlerimizin aile planlamasına ve acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi ve bilgi eksiklerinin saptanmasıdır.

### **1.1. AİLE PLANLAMASI**

Bir ailenin mutluluğu, anne-babanın sahip oldukları çocuklara sağlıklı yaşam ve gelecek sağlamasına bağlıdır. Bunun sağlanması için de eşlerin bakabilecekleri ve yetiştirebilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları gerekir. İstenmeden ve iyi bir gelecek güvencesi olmadan dünyaya gelen her çocuk hem aileye hem topluma yüküdür (25).

Aile Planlaması, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. Bu hizmet ailedeki kişi sayısını sınırlama anlamını taşımaz. Çocuk yapmada aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri, bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri sayıda

çocuk sahibi olabilirler. Önemli olan ailelerin bilinçli olarak, sorumluluk taşıyarak karar vermeleridir ( 25-29).

Aile planlaması hizmetlerinin amaçlarını şöyle sıralayabiliriz:

\*Topluma, ailelere (kadın ve erkeğe birlikte) etkili gebeliği önleme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve bu konuda gerekli eğitimi yapıp uygulama olanaklarını sağlamaktır.

\*Sık doğum yapmak annenin sağlığını bozan bir olaydır. En sağlıklı annenin bile iki doğum arasında en az 2-3 yıllık bir süre olmalıdır.Ancak o zaman anne geçirdiği gebeliğin etkisinden kurtulup normale döner. Aile planlaması, gebelik aralığını ayarlamak amacı ile kullanılan en iyi yöntemdir.

\*Çok sayıda doğum yapmak anne sağlığını bozan bir olaydır. Yapılan incelemelere göre üçüncü doğumdan sonra gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlar artmaktadır. Bu nedenle, çok sayıdaki doğumu önleyerek, anne sağlığını korumak içinde aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasına gerek vardır.

\*Ailedeki çocuk sayısı çok fazla olmaz ise; aile bu çocuklara yeterince zaman ayırıp maddi, manevi gereksinimlerini daha iyi bir biçimde karşılayabilir. Bunun anlamı topluma bedenen, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı çocukların yetiştirilmesidir.

\*20 yaşından önce ve 35 yaşından sonra yapılan doğumlar anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde artırmakta özellikle 35 yaşından sonra yapılan doğumlarda bebek anomalileri oranı yükselmektedir.

\*İstenmeyen gebelikler çoğu kez, isteyerek yapılan düşükle sonlandırılmaktadır. Düşük yapma kadın sağlığı açısından son derece tehlikelidir. Özellikle ehli olmayanlarca sağlıksız koşullarda yapıldığında kadını ölüme götürebilir.

\*Aile planlaması, nüfus artış hızını yavaşlatarak toplumumuzun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasına katkıda bulunur.

\*Aile planlaması çalışmalarının bir diğer amacı da çocuk sahibi olmayan ailelere yardım etmek ve yol göstermektir (26-30).

## 1.2. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI

Bütün toplumlarda ve kültürlerde geleneksel olarak kadının doğurganlığı ile aylık adet dönemleri ile arasında bağ kurulmuştur (31).

Gebeliği önlemek için tarihte sihirli formüller ve öneriler bulunmuştur. Eski Yunanlılar, gebeliği önlemek için kadın ve erkeğin birleşmesi sırasında, rahim ağzını bal ve sedir yağıyla kapatarak, tohumun rahme girmesini önlemeye çalışmışlardır (32).

Gebeliği önleme çabaları 21.yüzyılda olgunlaşmış bir devlet politikası olarak ele alınmış ise de, insanlığın doğuşu kadar eski olduğu sanılmaktadır. İsa'nın doğumundan 2700 yıllarına kadar bu konuya ilişkin belgelere rastlanmamaktadır. MÖ. 1850 yılında yazılan Petrie Papirüsü ile 1550 yılında yazılan Ebers Papirüsünde coitus interruptus da içeren değişik gebeliği önleyici yöntemlerden söz edilmektedir (33).

Gebeliği önlemek için kullanılan ilk aracın MÖ. 150 yıllarında göçer hayatı yaşayan Araplar tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Kervancılar, uzun göç dönemlerinde develerin gebe kalmalarını önlemek için, bu hayvanların rahimlerine çakıl taşları koymuşlardır. Bunun yanında yine eski Mısırlılar bazı ilaçlar emdirilmiş ketenleri ana rahmine koymak suretiyle gebelikleri önlediklerine ilişkin yayımlara rastlanmaktadır (33).

Gebeliği önlemek için birleşmeden belirli sürelerle uzak durmaya dair ilk tavsiyeler M.S. 98-138 yıllarında Roma'da yaşamış ünlü hekim Efes'li Soranus'a aittir (31).

Rönesans devrinde Fransızlar ve İngilizler prezervatifi kullanmışlardır. Fallopius'un 1564'te venereal hastalıklardan korunmak için önerdiği kondom etkili gebeliği önleme yöntemlerinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir. 17. yüzyılda Hintliler gebeliği önlemek için rahim içine geçici olarak elastik ince ipler koymuşlardır (32).

Oral kontraseptif haplar (OKS) konusunda ilk adım, 1934'de Corner ve Beard tarafından atılmıştır. OKS ilk kez 1956 yılında Porto Riko'da denenmiştir. İlk oral progestin 1952 yılında Colton tarafından bir bitkiden elde edilmiştir (33).

Batıda endüstri çağına giren ülkelerde, aşırı doğurganlığın kontrolü, bir halk hareketi olarak 19.yüzyılda başlamıştır. Halka aile planlaması yöntemlerinin

öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham'dır. Richard Carlile'de aile planlaması yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği 1882 yılında Hollanda'da kurulmuştur.

ABD'de aile planlaması hareketi kolay gelişmemiştir. ABD'de bu hareketin öncüsü Charles Knowlton adlı bir hekimdir. 19. yüzyılda yaşamış olan Knowlton, halk için gebeliğin önlenmesi konulu yazdığı kitaptan ötürü, ahlaka aykırı yayın yaptığı gerekçesi ile hapse mahkum edilmiştir. 1916 yılında Margaret Sanger de aile planlaması kliniği açtığı için hapse mahkum olmuştur.

Hükümet düzeyinde aile planlaması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Japon Hükümeti 1948 yılında küretajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk yapmamalarını istemiştir.

Aile planlaması programını başlatan ikinci ülke Hindistan'dır. 1955 yılında nüfus azaltılmadan ülkenin kalkınamayacağı gerçeği doğrultusunda kalkınma planı hazırlanmıştır.

Az gelişmiş ülkelerin 1960 yılından sonra pek çoğu nüfus artışının önemli bir sorun olduğunu kabul etmiş, nüfus artış hızını azaltmak ve ana çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek gerekçesi ile aile planlaması programları başlatmışlar ve halka aile planlaması hizmeti sunmuşlardır. Bu hareket Afrika'da batının yeni bir sömürgecilik önlemi olduğu düşüncesiyle ve Latin Amerika ülkelerinde Katolik kilisesinin etkisiyle çok yavaş gelişmiştir (34).

### **1.3. TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI**

Cumhuriyet döneminde, Balkan Savaşı, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı olmak üzere on yılı aşan uzun bir savaş döneminden sonra kurulan Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığı artırıcı (pronatalist) bir politika izlenmiştir. Savaşlar nedeniyle kaybedilen nüfus, insan gücüne dayalı tarımsal üretimin yaygın olması bunların yanı sıra o yıllarda ölüm oranının yüksek ve ölüme neden olan verem, frengi, sıtma, tifüs ve benzeri bulaşıcı hastalıkların yaygın olması pronatalist bir politika izlemeyi zorunlu kılmıştır (27,35,36).

Bu dönemde, ülkenin bulunduğu iç ve dış sorunlar karşısında doğurganlığın artırılmasını sağlatıcı yasaların çıkarılması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmiştir. Ülkemizde çocuk düşürme 1926 yılında kabul edilen 765

sayılı Türk Ceza Kanunu ile kesin olarak yasaklanmıştır (36). 1931 yılında, nüfusu artırma politikası ile birlikte, ana ve çocuk sağlığı açısından önleyici tedbirler alınmıştır. 1935 yılında bir nüfus politikası olarak, yurt dışındaki Türklerin ülkeye göçleri de benimsenmiştir.

Nüfusun artırılmasını sağlamak için, Medeni Kanun ile evlenme yaşı, kadınlar için 15, erkekler için 17 olarak belirlenmiş, düşük yapmak ve yaptırmak, gebeliği önleyici ilaç ve araçları satmak, kullanmak ve bu konuda propaganda yapmak yasaklanmış ve bunlara uymayanlar içinde cezai hükümler getirilmiştir. Ayrıca altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerden yol vergisi alınmaması gibi önlemler alınmıştır (27,35,36).

Ölüm hızlarının düşmesi ve doğurganlığın artması ile 1923-55 yılları arasında nüfus 13 milyondan 24 milyona çıkmış, yaklaşık olarak ikiye katlamıştır. 1965 yılında nüfus artış hızı en yüksek değerine ulaşmıştır. Bu arada, 1950'lerde doğurganlık hızı da azalmaya başlamıştır. Fakat doğurganlıktaki azalma, daha önce başlayan ölümlerdeki azalmayı yakalayabilecek kadar hızlı olmadığı için nüfus artmaya devam etmiş ve 1955-1985 yılları arasında 24 milyondan 51 milyona çıkararak yine ikiye katlamıştır (35).

Nüfusun kısa dönemde beklenenden daha hızlı bir artış göstermesi özellikle anne ve çocuk ölümlerini de beraberinde getirmiştir. Pronatalist politikanın özellikle anne ve çocuk sağlığı açısından büyük sorunlar yarattığını dikkate alan Sağlık Bakanlığı bu politikayı, nüfus artış hızını azaltıcı yönde değiştirmek için girişimde bulunmuştur.

Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında yer alan antinatalist görüş; 10 Nisan 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"la uygulamaya konulmuştur. Bu yasa ile gebeliği önleyici ilaç, araç ve gerecin satışı, dağıtımı, kullanımı, eğitimi ve propagandası serbest bırakılmış, ancak gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve anne sağlığını tehdit etmediği ve doğacak çocuğun sakat doğması riski olmadığı müddetçe; isteyerek çocuk düşürme kapsam dışı bırakılmıştır (27,35,36).

Yaklaşık 20 yıllık uygulama sonucunda değişen koşullar ve halkın talebi göz önüne alınarak, hizmetlerin daha etkin verilebilmesi için, yasanın yeniden

düzenlenmesi zorunluluğu gündeme gelmiştir. Böylece 557 Sayılı yasa yerine 27 Mayıs 1983 tarihinde 2827 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur. Bu yasa ile daha önce uygulanan yasa arasındaki en önemli fark, ailelerin istedikleri takdirde on haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesi ve istedikleri takdirde (erkek ve kadında) sterilizasyon yaptırabilmelerine tıbbi neden aranmaksızın izin verilmesidir. Bu yeni yasanın getirdiği en önemli yenilik ebe ve hemşirelere gebeliği önleyici yöntemleri uygulama yetkisinin verilmesidir. Ayrıca sektörler arası işbirliği yapılması gereği de yeni yasada vurgulanmıştır (26,27,35,36).

#### **1.4. ETKİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

##### **1.4.1. Kombine Oral Kontraseptifler**

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir kontraseptif yöntemlerdendir. Kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formunu değişik dozlarda içeren çok sayıda preparat vardır (28,29). 21 veya 28 günlük paketler halinde hazırlanmışlardır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlarda mevcuttur (28). Bazıları siklus içinde değişik dozlar içermektedir. Östrojen ve progesteron ovulasyonu baskılar, sperm geçişini engellemek üzere servikal mukusu kalınlaştırır ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler (16,26-29).

Hap kullanmaya başlamak için adet ilk günü en uygun zamandır. Her gün aynı saatte bir hap alınmalıdır. Bir haftalık hap almadan geçen süreden sonra ikinci 21 günlük hap alımına geçilir (16,29). Kullanımının ilk yılında başarısızlık oranı %0,1'dir (26,28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların %4,4'ü doğum kontrol hapi kullanmaktadır (9).

##### **1.4.2. Yalnız Progesteron İçeren Haplar (Mini Haplar)**

Yalnız progesteron içeren haplar (minihap) KOK'lara alternatif olarak geliştirilmiştir. Yalnız progesteron içeren haplarda KOK'lara oranla daha düşük dozda progesterin bulunur ve bunlar östrojen içermez. Östrojenin kullanılmaması gereken durumlarda tercih edilebilir. Minihap, menstrüel siklus boyunca ve menstrüasyon sırasında alınır. Bu haplar, kadında doğal olarak oluşan servikal

mukusu kalınlaştırarak spermin geçişine engel olur.Siklusların %40-60'ında ovulasyonu engelleyerek, tubal motiliteyi yavaşlatarak ve endometriumu inceltir implantasyon olasılığını azaltır. (26,28)

Minihap, kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 oranında etkilidir.(26)Diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda ya da lohusalık dönemi dışında) güvenilirliği %96,6'ya düşer (28).

### 1.4.3.Rahim İçi Araçlar

Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen rahim içi araçlar (RİA), 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır (28). Günümüzde RİA dünyada yaygın olarak kullanılan geri dönüşümlü, uzun süre etkili, güvenilir, kullanışlı aile planlaması yöntemidir (16,28,29). Rahim içi araçlar, uterus boşluğuna kondukları zaman gebeliği önleyici etki gösteren küçük araçlardır (26). Spermin üst genital organlara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebelikten korurlar (26,28). Progesteron içeren RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engellemek üzere endometrium tabakasını inceltir (16,26). Mekanik olarak döllenmiş yumurtanın endometriumdan ayrılmasına neden olabilir. Prostaglandinleri artırarak implantasyonu lokal olarak engeller. RİA'ların hafif şiddette yabancı cisim enflamasyon cevabı oluşturmakta ve endometriumu uyararak "biyolojik köpük" oluşumuna yol açmaktadır. Bunun sonucunda ovum ve spermeler bu değişikliklerden zarar görür. Sonuç olarak tüplere ulaşabilen sperm sayısında anlamlı ölçüde azalma meydana gelmektedir. Bakır salan RİA'lar daha şiddetli bir enflamatuar reaksiyona sebep olurlar (27).

Geçmişte kullanılan RİA'lar çeşitli biçim ve değişik maddelerden yapılmasına rağmen; günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır.Bunlar İnert(katkısız) RİA'lar, bakırlı RİA'lar ve hormonlu RİA'lardır. (28,29) Başarısızlık oranı progesteronlu RİA'larda %2 iken, bakırlı RİA'larda %0,8'dir (26,27).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların %19,8'i RİA kullanmaktadır (9).

#### 1.4.4.Prezervatif (Kondom, Kaput, Kılıf)

Günümüzde HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar yayıldıkça kondom kullanımı tüm ülkelerde giderek artmaktadır; çünkü kondom bu hastalıklardan korunmada en etkili yöntemdir (28,37). Prezervatif, cinsel ilişki sırasında penise takılan kauçuk bir kılıftır (26,28). Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun bağırsağından yapılır. Lateks kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en iyi korunmayı sağlar. Poliüretan ya da plastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektir; temas sırasında duyarlılığı azaltmaz. Koyun bağırsağından yapılan kondomlar gözenekli olduğundan mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemez. Kondom silindirik şeklindedir ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolaylaştırmak için kalındır. Kapalı ucunda semenin toplandığı bir yer (rezervuar) vardır. Kauçuktan yapılmış olan kondomlar ereksiyon halinde penise cinsel ilişki öncesi geçirilir ve spermin vajene girişini engeller (16,26-29). Sürekli, doğru olarak ve her ilişkide yeni bir kondom kullanımında etkiliği %95-98'dir (16).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli çiftlerin % 8,2'si prezervatif kullanmaktadır (9).

#### 1.4.5.Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma şansı vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidon, Realisty, Women's choice) bulunmaktadır.

Kadın kondomları poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur.Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vaginaya dökülmesini engeller (28).



#### 1.4.6.Diyafram

Diyafram, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde kadınlar tarafından yaygın olarak kullanılan bariyer bir yöntemdir (28). Değişik boyutlarda, yumuşak kauçuktan yapılmış, kenarları esnek daire şeklinde koruyucu bir araçtır(16,26-29). Ülkemizde kullanımı azdır (26). Serviksi kapatacak şekilde vajene yerleştirilen diyafram rahim ağzından sperm geçişini engelleyerek etki eder (16,26-29). Cinsel ilişkiden altı saat önce diyafram yerleştirilmelidir ve cinsel ilişkiden sonra, altı saatten önce çıkartılmamalıdır (27-29,38). Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle kullanılması önerilmektedir (28). Doğru ve uygun olarak kullanıldığında etkililiği %75-95'dir (16).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların % 0,6'sı diyafram kullanmaktadır (9).

#### 1.4.7.Servikal Başlık

Servikal başlık diyaframdan, daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük olan özel tip diyafram şeklinde bir bariyer yöntemdir. Servikal başlık, serviksin üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarlarıyla vakum oluşturularak servikse ya da üst vaginal duvara oturur. Vaginal kas tonüsü azalmış ya da serviks yapısı çok uzun ya da değişik olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar, servikal başlığı başarıyla kullanabilirler. Servikal başlık diyafram kadar etkilidir; daha küçük olduğu için estetik olması ve kenarlarının belirgin olmaması nedeniyle cinsel eş tarafından hissedilmemesi gibi üstünlükleri vardır. Etkinliği diyaframa yakındır. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20'dir. Doğum sayısı fazla olan kadınlarda başarısızlık hızı daha yüksektir (27,28).

Diyaframda olduğu gibi kubbe içine spermisit krem ya da jel uygulanarak kullanılır. Kubbe içindeki boşluğun 1/3'ünü dolduracak kadar spermisit yeterli olduğundan, kullanılan spermisit miktarı daha azdır. 48 saate kadar çıkartılmadan kalabilir (28).

#### 1.4.8.Spermisitler

Vaginal spermisitler, cinsel ilişki öncesinde vajina derinine yerleştirilen, spermleri etkisiz hale getiren ve serviksten geçmelerini engelleyen kimyasal

maddelerdir (28,29). Tek başına da etkilidir; ancak kondom ve diyaframla birlikte kullanıldıklarında daha etkilidirler. Gebeliği önleyici etki, uygulamadan 10-15 dakika sonra başlar ve bir saat kadar sürer (26,27). Su ile ıslatılarak spermisit etkisi aktive edilen sünger ise ilişki öncesinde serviksi kapatacak şekilde vajene yerleştirilir. Vajinal spermisitler enjekte edilen kontraseptifler, hap ve RİA'lara oranla daha az etkilidir. Etkili olabilmeleri doğru kullanıma bağlı olmakta beraber, ilk yıl başarısızlık oranı % 10-25'dir (16,28).

Spermisitler tek başına kullanıldığında gebe kalma riski yüksektir. Etkinlik oranı değişiklik göstermektedir. Etkinliği artırmak için spermisitle birlikte kondom ya da diyafram kullanılması önerilmektedir (16).

#### **1.4.9.Enjekte Edilen Doğum Kontrol Yöntemleri**

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir.İçerdikleri hormon tipine göre; kombine (östrojen ve progesterin içeren) enjekte edilen kontraseptifler ve sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılır (28).

##### **1.4.9.1.Kombine enjekte edilen kontraseptifler**

Kombine enjekte edilen kontraseptifler 1960'lardan beri araştırılmaktadır. Halen dünyamızda kabul gören iki preparat bulunmaktadır. Cyclofem (5mg estradiol cypionate + 25mg medroxyprogesteron acetate) ve Mesigyna(5mg estradiol valerate+ 50mg norethisteron enantate). Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde bulunmaktadır (28).

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir.Bu nedenle, uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak kombine oral kontraseptiflere benzer. Tek başına progesteron kontraseptif etki için yeterlidir. Östrojen eklenmesinin nedeni, daha iyi bir siklus kontrolü sağlamak, dolayısıyla sadece progesteron içeren yöntemleri kullananlarda sık karşılaşılan kanama düzensizliklerini gidermektir. Ayda bir uygulandığı için aylık enjekte edilen kontraseptifler de denilmektedir (28,39). Kombine oral kontraseptiflerde olduğu gibi ovulasyonun baskılanmasını, servikal mukusun kalınlaşmasını ve endometriumun incelmelerini sağlayarak gebelik oluşmasını engeller (16,28,29).

Yöntemin etkinliği düzenli kullanımına bağlıdır. Doğru şekilde kullanıldığında %100'e yakın etkili ve tolere edilebilir bir yöntemdir (39). Kadınlara her 2-3 ayda bir enjeksiyon yapılır. Enjeksiyon siklusun ilk yedi gününde yapılmalıdır. (16) Başarısızlık oranı %0,3'tür (28).

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri tercih eden kadınlarla; adet gören ve düşük sonrası dönemde olan kadınlar adetin ilk 7 günü içinde, doğum sonrası dönemde; emziriyorsa, doğumdan 6 ay sonra, emzirmiyorsa, doğum sonrası dönemde 3-4. haftada ilk enjeksiyon yapılmalıdır.

İlk enjeksiyondan sonraki adet kanaması, beklenen adet zamanından önce (enjeksiyondan 10-15 gün sonra) oluşacaktır. Sonraki enjeksiyonlar kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır (28).

#### **1.4.9.2.Yalnız progesterin içeren enjekte edilen kontraseptifler**

İçinde yalnızca progesterin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiş ve 1960'larda kontraseptif yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yaygın olarak kullanılan, yalnız progesteron içeren Depo provera ve Noristerat adında iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır. Depo Provera 150mg medroxyprogesteron acetate (DMPA) içerir. Noristerat 200mg Norethisteron enantate (NET-EN) içerir. Depo Provera 3 ayda bir, Noristerat ise 2 ayda bir uygulanır. Bunlardan DMPA ülkemizde ruhsatlıdır.

Uzun süreli etki gösteren bu progesterinler, ovülasyonu engeller, servikte spermin penetrasyonunu azaltan kalın bir mukus oluşturur. Enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda endometriyum önce inaktif ve sürekli kullanımla atrofik hale gelir (28,29). Enjekte edilen kontraseptifler geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerinden biridir. Başarısızlık oranı % 0,1' dir (28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların % 0,5'i enjekte edilen doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır (9).

#### **1.4.10.Deri Altı İmplantları (İmplanon)**

Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarla denemeler yapılmaktadır; bunlar arasında uzun süre önce

geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant Norplant'tır. (26) Ülkemizde 2002 yılında yeni bir implant sistemi olan "implanon" pazarlanmaya başlamıştır. Selektif progestajen olan etonegestrel'e dayanan bu yeni implant sistemi 3 yıl etkilidir (40). İmplantlar, güvenilir ve geri dönüşümlü aile planlaması yöntemlerindedir. Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış altı ince esnek kapsül, kadının üst kolunun iç kısmında derinin hemen altına küçük cerrahi işlemle yerleştirilir (26). Korunma uygulamayı takip eden birkaç saat içinde başlar ve doğurganlık implant çıkarıldıktan kısa bir süre sonra geri döner (16,28).

Sentetik bir progestin olan levonorgestrel, KOK'larda ve yalnız progestin içeren mini haplarda uzun yıllardır kullanılan ve bu nedenle etki ve yan etkileri iyi bilinen bir hormondur. Slastik tüpler ise 1950'lerden beri cerrahi uygulamalarda kullanılmaktadır; yan etkisi görülmemiştir. Norplanttaki yenilik, kontraseptifin vücuda verilmiş biçimidir. Progestin, kapsüllerin duvarından sürekli olarak ve düşük dozlar halinde vücuda geçer (16). Yavaş ve sabit progesteron salımı ile ovulasyon baskılanır, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriumu inceltir. Koruyuculuğu %98,8'dir (16,26-28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların % 0,5'i norplant kullanmaktadır (9).

#### **1.4.11. Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp Ligasyonu)**

Tüp ligasyonu, yeni bir çocuk istemeyen, doğurganlığı sona erdirmek isteyen ve doğum kontrol hapi ve rahim içi araç kullanması sakıncalı olan çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir (41). Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini etkilemez. Yöntem kalıcıdır ve geri dönüşü sağlayacak mikro cerrahide başarı şansı düşüktür (28).

Kadında fallop tüpleri, spermin ulaşmasını engelleyecek şekilde, mekanik olarak kapatılır ve dölleme engellenir (16,26,27). Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir. Başarısızlık oranı %0,1'dir (28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların % 4,2'si bu yöntemi kullanmaktadır (9).

#### **1.4.12. Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi)**

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Erkeklerde duktus deferens denilen sperm kanalları spermin meniye geçişini engelleyecek şekilde bağlanır (16,26,27). Oral kontraseptifler, RİA, enjekte edilen kontraseptifler ve kondomdan daha etkilidir. Başarısızlık oranı % 0,1'dir (28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli erkeklerin % 0,1'i bu yöntemi kullanmaktadır (9).

### **1.5. ETKİN OLMAYAN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

#### **1.5.1. Geri Çekme Yöntemi**

Dünyada gebeliği önlemede bilinen en eski geleneksel yöntemdir. (16,26,27) Halk arasında bu yönteme "çekilme", "dikkatli olma", "dışarı boşalma", "erkeğin korunması" gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, boşalma öncesi vajenden geri çekerek, spermin vajene girişini engellenmeye dayalı bir yöntemdir (18,26-29). Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak yapılan araştırmalarda bu oranın % 25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (28). Ülkemizde yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer alan bu yöntem, (42) bazı çiftler tarafından başarılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilir (28). Bu yöntemde başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. Geri çekme CYBH'lar ve HIV'a karşı koruyucu değildir. Vajinaya sperm girişi olmadığı için teorik olarak gebelikten korunma sağlasa bile, HIV ya da diğer CYBH'ler vaginal sekresyon ve ejakulat öncesi sıvı ile bulaşabilir. Tipik kullanım sonuçlarına göre başarısızlık oranı %5-25'tir (16).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli çiftlerin % 24,4'ü geri çekme yöntemini kullanmaktadır (9).

### 1.5.2.Takvim Yöntemi

Doğal aile planlaması yöntemlerindedir. Ovulasyon, yani yumurtanın oluşumu döneminde, çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanmasıdır (26-29). Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için matematiksel yöntemlere dayanan geleneksel bir yöntemdir. Takvim yöntemi birkaç sebepten dolayı çok güvenilir değildir. Çoğu kadın cinsel perhiz süresinin hesaplanması için gerekli olan önceki altı menstrüel siklus süresiyle ilgili bilgidен yoksundur. Stres ve hastalık gibi, kadının siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler, yapılan hesapların duyarlılığını azaltır. Fertil dönem normalden uzun kabul edildiğinden, uzun süre cinsel perhiz uygulamasını gerektirir ve bu da çifti zorlayabilir. Ayrıca düzensiz sikluslar nedeniyle çok genç yaşta kadınlar, düşük ve doğum sonrasında ve menapoza yakın dönemlerde kullanılmamalıdır. Başarısızlık oranı %20'dir (16,28).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre evli kadınların % 1,1'i takvim yöntemini kullanmaktadır (9).

### 1.5.3.Servikal Mukus Yöntemi

Servikal mukusu izleyerek fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntemdir. 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle bu yöntem ovulasyon metodu ve servikal mukus metodunun yanı sıra, Billings Ovülasyon Metodu (BOM) da denilmektedir (28).

Fertil dönemin başlangıcını saptamak için vajendeki mukusun miktarı ve içeriği izlenir. Ovulasyon (yumurtlama) yaklaşırken, mukus artar, incilir ve rengi berraklaşır. Daha elastik ve kaygan olur. Bu dönem boyunca cinsel ilişkiden sakınılır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada ovulasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık hızı %3'tür (28).

### 1.5.4.Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Ovulasyondan sonra salgılanan progesteron hormonu ısı artırıcıdır. Sabah uyanır uyanmaz vücut ısısı ölçülüp kaydedilir. Ovulasyon sonrası vücut ısısında 0,2-0,5 C<sup>0</sup>'lik bir artış görülür. Bu ısı bir sonraki menstrüsyona kadar (yaklaşık 11-17

gün) devam eder. Bu yükseliş bazal vücut ısısı yönteminin temelini oluşturur. Menstrüel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışı saptanan üçüncü günün akşamına kadar cinsel ilişkiden sakınılır (16,29,38). Başarısızlık oranı %20'dir (28).

#### **1.5.5.Vaginal Yıkama**

Pek çok kadın vagina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vaginayı suyla yıkamanın gebeliği engellediğine inanır (26). Bu yöntemin hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü cinsel ilişki sırasında gebelik için gerekli sayıda spermler servikal kanal içine 80-90 saniyede geçerler ve ilerlemeye başlarlar (26-29).

#### **1.6.Emzirme**

Anne sütü ilk altı aylık dönemde bebeğin beslenmesi için yeterlidir ve birçok bakımdan yararlıdır. Aynı zamanda bu dönemde belli koşullarla emzirmenin %98 oranında etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir.

Gebeliğin önlenmesi için; bebeğin altı aydan küçük olması, annenin adet görmemesi, bebeğin gündüz ve gece her istedikçe, sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emzirilmesi ve bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması gerekmektedir.

Bu koşullar sağlandığında gebelik riski %2'dir. Sık emzirmenin sağlanamadığı durumlarda, memeden pompa ile sık sık süt boşaltılması, yöntemin etkisinin devamını sağlamak için önerilen bir uygulamadır (28,38).

#### **1.7.ACİL KONTRASEPSİYON**

Acil kontrasepsiyon, korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir (43) Acil kontrasepsiyon, postkoital kontrasepsiyon ya da "ertesi sabah hapi" olarak da bilinmektedir (28,44). Acil kontrasepsiyon terimi, kullanıcının korunmasız ilişkiye girdikten sonra, tedaviye başlamak için sabaha kadar beklemek zorunda olunması veya akşam ya da bir sonraki gece tedavi olmak

için geç kalınacağı fikrini ortadan kaldırdığından daha uygun bulunmaktadır (23,28,44).

Siklus süresince bir kez cinsel ilişki sonucu gebelik olasılığı %0-26 arasındadır. Siklus ortasında, bir kez cinsel ilişki sonrası bu oran %30'lara kadar çıkmaktadır (28).

Erken dönem postkoital kontrasepsiyon, korunmasız koitus sonrası ilk 72 saati, geç dönem postkoital kontrasepsiyon ise, korunmasız koitus sonrası 120 saati (ilk 5 gün) içermektedir (28).

Doğum kontrol teknolojisinin henüz mükemmel olmadığını göz önüne alan Planned Parenthood Federation, acil kontrasepsiyon konusuna dikkat çekerek her koşula uygun ideal bir kontraseptif olmadığı sürece postkoital kontraseptiflere başvurulabileceğini savunmaktadır (45). WHO ve Amerikan Besin ve İlaç Federasyonu (FDA) acil kontrasepsiyon yöntemlerinin oldukça etkili ve güvenli olduğunu belirtmiştir (46). Acil kontrasepsiyon korunmasız cinsel ilişkide bulunan kadınlarda, gebelikten korunmak için kullanılır ve gebelikten korunmada rutin bir yaklaşım değildir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara koruyuculuğu bulunmamaktadır (23,28). Acil kontrasepsiyon için kullanılacak metodun kolay ulaşılabilir, yüksek etkili, düşük yan etkili, adet döngüsünü bozmayan, kullanıcı ve uygulayıcı tarafından kabul edilebilir sınırlar içinde olması gerekmektedir (47).

### **1.8.ACİL KONTRASEPSİYONUN TARİHÇESİ**

İlk kez 1960'larda acil kontrasepsiyon amacıyla yüksek doz östrojen kullanılmıştır (28,43). On üç yaşında tecavüze uğrayan bir kıza Hollanda'da uygulanan postkoital östrojen tedavisi ilk belgelenmiş olay olup 1960'ların ortalarına kadar halka açıklanmamıştır (48).

Morris, 1967 yılında dietilstilbestrol'ün (DES) acil kontrasepsiyon için kullanımını tanımlamıştır. Yine aynı yıl, diğer yüksek doz östrojenden Etilinil Estradiol (EE) tanımlanmıştır (28,29).

Yüksek doz kombine östrojen-progesteron standardı 1970'lerde oluşturulmuştur. Kanadalı jinekolog Albert Yuzpe ve onun çalışma arkadaşları 1974 yılında bu kombine rejimler üzerine çalışmalara başlamışlardır (43,49).



Lippes tarafından 1976 yılında tanımlanan Copper T RİA'nın implantasyonu engelleyen endometrial değişikliklere neden olduğu tespit edilmiştir (49).

Bir antigonadotropin türevi olan danazol, ilk defa 1980'lerin başında acil kontraseptif yöntem olarak kullanılmıştır (28).

Philibert ve arkadaşları, 1981 yılında, 10 yıllık bir araştırma sonucunda, glukokortikoid antagonistleri üzerine çalışırken, tesadüfen çok etkin bir progesteron reseptör antagonisti (RU-38486) bulmuşlardır. Bileşimi daha sonra RU-486 olarak kısaltılmış ve bugünkü jenerik ismi olan, Mifepristone adını almıştır. Son zamanlarda 2K-98734(Lilopristone) ve 2K-98299(Onapriston) da hayvan çalışmalarında denenmekle birlikte en çok çalışılan bileşim RU-486'dır (50).

Son yıllarda, levonorgestrel ve mifepristone rejimleri üzerinde, Yuzpe rejimine göre daha etkili ve daha kolay tolere edilebilir olması nedeniyle, yoğun olarak çalışılmaktadır (51).

## **1.9.ACİL KONTRASEPTİF YÖNTEMLER**

### **1.9.1.Kombine Oral Kontraseptifler**

Kombine oral kontraseptifler acil kontrasepsiyon amacıyla yaklaşık 30 yıldır kullanılmaktadır (52). Bu yöntem 1974 yılında Kanadalı jinekolog Albert Yuzpe ve arkadaşları tarafından ortaya atılmış olup, özellikle ABD (53) ve Avrupa'da yaygın olarak kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir (28,29). Bu yöntemde, her doz 50µg Etinil Estradiol (EE) ve 1,0mg dl-norgesterol (250mg levonorgestrel) içerir (28,29,43,53). İlk doz korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde ve 12 saat sonra ikinci doz verilmektedir (28,29,43,54).

FDA 1997 şubatında korunmasız ilişki sonrası, kombine oral kontraseptif kullanımının gebeliği önlemede güvenli ve etkili olduğunu bildirmiştir (46,54,55). 1998 eylülünde FDA, "The Prevent Emergency Contraceptive Kit"i, onaylamıştır. (29,54,56) ABD'de bu yöntem, "The Prevent Emergency Contraceptive Kit" adı altında, dört adet doğum kontrol hapi, gebelik testi ve bilgilendirme kitapçığı ile birlikte kullanılmaktadır (54,55). Ovral, Lo/Ovral, Nordette, Levlen, Trileven, Tiphasil acil kontrasepsiyon için kullanılan

preperatlardan bazılarıdır (57). Bu yöntem İngiltere'de PC<sub>4</sub>, Almanya'da Tetragonon adı ile piyasadadır. İngiltere'de PC<sub>4</sub> 1984'de lisans almıştır (28). Türkiye gibi piyasasında özel ürün olmayan ülkelerde (28) aynı içerikteki oral kontraseptif preparatları bu amaçla kullanılmaktadır (58).

Siklus süresince kontrasepsiyon olasılığı cinsel ilişkinin ovulasyona yakınlığına bağlıdır. Spermin yaşam süresinin üç güne kadar uzayabileceği düşünüldüğünde korunmasız cinsel ilişkide siklus ortası konsepsiyon olasılığı %20-30'dur (28).

Hormonal acil kontrasepsiyonda etkinlik iki şekilde hesaplanır:

1) Siklus başına kullanım yüzde olarak hesaplandığında %1-5 gebelik olasılığı saptanmıştır. Koşullar tam sağlandığında (zamanında uygulama, kusma olmaması, kullanım sonrası korunmasız bir cinsel ilişki olmaması) etkinlik %99'un üstünde hesaplanmıştır. Siklusun ikinci yarısında tek korunmasız ilişkide gebelik riski %8 iken, acil kontrasepsiyon kullanımında %2'ye düşer.

2) Daha doğru olarak kabul edilen hesaplama, gerçek etkinliğinin hesaplanmasıdır. Bu hesaplamada acil kontrasepsiyona rağmen oluşan gebeliklerin olası gebelik sayısına oranı bulunur (28). Elde edilen sonuca göre etkinlik oranı %75-80'dir (28,29,52-54,57,58). %25'e varan gebelik oranı zamanında uygulanmamaya, kusmaya ya da kullanım sonrası korunmasız cinsel ilişkiye bağlıdır (28).

Ellertson ve arkadaşlarının; Yuzpe rejiminin, korunmasız ilişki sonrası ilk 72 saat ve ilk 72-120 saatlerindeki etkinliklerini değerlendirdiği bir çalışmada, ilk 72 saat içinde verilen grupta (n=111) başarısızlık oranı %2-4 ve 72-120 saat arasında verilen grupta başarısızlık oranı %2-6'dır (59). Korunmasız cinsel ilişki sonrasında özellikle rahim içi alet uygulanması mümkün olmayan kadınlarda hormonal kontrasepsiyon 120 saate kadar kullanılabilceği belirlenmiştir (44,59). Ancak, yapılan son çalışmalar korunmasız ilişki sonrası ilk 24 saat içinde acil kontrasepsiyon kullanımının başarı oranını anlamlı olarak artırdığı kanıtlanmıştır (54,58).

Bu yöntem, siklusun herhangi bir evresinde kullanılabilceğinden etkisi o andaki siklus evresine göre farklılık gösterir. Ovulasyondan önce kullanıldığında over aktivitesi etkilenir, ovulasyon geçikir ya da önlenir, tubal transit zamanı

uzayabilir ve servikal mukus kalınlaşabilir. Ovulasyondan sonra verilirse luteoliz dölllenmeyi engeller. En belirgin etki endometriumdadır. Endometrial hormon reseptörlerini baskılayarak, reseptiviteyi etkilemektedir (28,29,53,54,60).

Gebelik, dölllenmiş ovumun endometriyuma implantasyonunun tamamlanmasından sonra başlar. İmplantasyon dölllenmeden sonra 5. günde başlayıp 7. günde tamamlanır. İmplantasyon başladıktan sonra kullanım tamamen etkisizdir. Bu nedenle yöntemin düşük amacıyla kullanılması söz konusu değildir (28).

Yöntemin güvenli olması, kullanım süresinin kısıtlılığı, her yaştaki kadının kullanabilmesi ve ucuz olması olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise, hoş olmayan yan etkileri (bulantı,kusma gibi), acil olarak en fazla üç gün içinde kullanım zorunluluğu, kullanımından sonra yeni bir korunmasız ilişki ya da kontraseptif yöntem hatası sonucu gebe kalma riskine açık olması, RİA veya antiprogestinlere göre acil kontraseptif etkisinin düşüklüğü ve CYBH'lardan korumamasıdır (23,28,57). En fazla görülen yan etki semptomları bulantı (%30-50) ve kusmadır. (%15-25) (29,53) Daha ender görülen yan etkiler baş ağrısı, abdominal ağrı, baş dönmesi, mastodini, yorgunluk, sersemlik, uyku hali, krampolar, menstrüel düzensizlikler ve vajinal kanamadır (28,29).

Hapların, tok karnına ve sıvı ile alınması uygundur. Hap alınırken, 12 saat sonrasını hesaba katma, örneğin gece yarısına gelen kullanımlarda, ilk dozun saatini değiştirmek mümkündür. Hap alımından bir saat önce antiemetik alınması bulantı ve kusmayı azaltacaktır (28,29,54). İlk ya da ikinci dozdan sonraki ilk iki saatte kusma olursa, doz tekrarlanır. İlk dozdan sonra tekrar bir doz alınmış olsa bile 12 saat sonraki dozu tekrarlamak gereklidir (28,29). Yuzpe yöntemi teratojenik bir etki oluşturmazken, ektopik gebelik riski de artmamaktadır (28). Sigara kullananlarda, 35 yaş üzeri kadınlarda, kalp damar hastalığı olanlarda, diabet olan hastalarda güvenle kullanılmakla birlikte migren ve nörolojik hastalıkları olan kadınlarda kullanılmamalıdır (52).

Gebelik, yöntemin mutlak kontrendikasyonudur. WHO kriterlerine göre gebelik kategori IV'tür. 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 WHO'ne göre kategori II sayılmaktadır. Yine de bu durumlarda sadece progestin içeren haplarla acil kontrasepsiyon tercih edilir (28).

### **1.9.2.Yalnız Progestin Hapları (Levonorgestrel)**

Postkoital kontrasepsiyonda levonorgestrel yaygın olarak kullanılmıştır. Adetleri aksatması nedeniyle postkoital kullanımı rahat değildir. Ancak bir kerelik ya da sık olmayan aralıklarla acil kontrasepsiyon amacıyla kullanımı etkilidir ve tolere edilebilir (28,61).

Yalnız progestin hapları (Levonorgestrel) sadece levonorgestrel (LNG) içermektedir (50). Plan B (Women's Capital Corporation) olarak pazarlanmaktadır. FDA Plan B'yi Temmuz 1999'da onaylamıştır (12,29,62). Bu haplar Avrupa ve Çin'de kullanılmaktadır (49,62).

Çeşitli dozlarda kullanılmaktadır. Ancak korunmasız ilişkiden sonra, ilk 72 saat içinde 0,75 mg LNG tablet alımı, 12 saat sonra aynı dozun tekrarı tavsiye edilmektedir (49,51).

Levonorgestrel'in etki mekanizması, korpus luteum oluşumunun önlenmesi, servikal mukus üzerine etkileşim, öncelikli olarak ovulasyonun baskılanması ve endometriumun inceltirilerek implantasyona uygun hale gelmesini engellemektir (28,29,47,61). Ayrıca birçok çalışmada foliküler büyümenin baskılanmasına etkisi olmadığı tespit edilmiştir (28,61).

WHO tarafından desteklenen bir çalışmada, dünyanın 10 ülkesinde acil kontrasepsiyon isteyen, korunmasız ilişki sonrası 120 saat içinde olan ve düzenli adet kanaması olan 4136 kadın, araştırmaya katılmıştır. Kadınların bir bölümüne düşük doz mifepristone verilmiş, bir bölümüne 1,5mg levonorgestrel ve diğer bölümüne 0,75mg levonorgestrel verilmiş ve 12 saat sonra doz tekrarlanmıştır. 4071 kadının sonuçları değerlendirilebilmiştir. Gebelik oranı; mifepristone verilmiş grupta %1,5, 1,5mg levonorgestrel verilen grupta %1,5 ve 0,75mg levonorgestrel verilmiş ve 12 saat sonra doz tekrarlanmış grupta ise %1,8'dir ve anlamlı bir farklılık yoktur. Yan etki açısından da gruplar açısından anlamlı fark bulunamamakla birlikte levonorgestrel alan kadınlar daha erken adet olmuşlardır (63).

Sonuç olarak yalnız progesterin hapları (levonorgestrel), mifepristone yöntemine göre; yan etkisi ve etkinliği açısından aynı düzeyde etkili bir yöntemdir (63,64).

WHO tarafından desteklenen bir diğer çalışmada, dünyanın 21 şehrinden, korunmasız ilişki sonrası 72 saat içinde olan, acil kontrasepsiyon isteyen ve düzenli adet görmekte olan, 1998 kadın araştırmaya katılmıştır. Kadınların 1001'i levonorgestrel ve 997'si Yuzpe yöntemini almıştır. 25'i levonorgestrel ve 18'i Yuzpe yöntemi alan toplam 43 kadında sonuçlar değerlendirilememiştir. 31'i Yuzpe yöntemi ve 11'i levonorgestrel kullanan 42 kadın ise hamile kalmıştır. Geri kalan 1955 kadın arasında, kaba gebelik hızı levonorgestrel grubunda %1,1 ve Yuzpe yöntemi ile karşılaştırıldığında 0,36 bulunmuştur. Önlenen gebelik oranı levonorgestrelde %85 ve Yuzpe yönteminde %57'dir. Yan etkilerden, levonorgestrel grubunda, bulantı %23,1, Yuzpe grubunda %50,5, kusma, levonorgestrel grubunda %5,6, Yuzpe grubunda %18,8'dir (62).

Sonuç olarak; yalnız progesterin hapları Yuzpe yöntemine göre, yan etkisi az, eşit veya daha üstün etkinlikte, ek antiemetik kullanımı gerektirmeyen bir yöntemdir ve teratojenitesi ile ilgili bildirilen bir rapor bulunmamaktadır (29,51,52,62,65).

### 1.9.3. Antiprogestinler

Philibert ve arkadaşları tarafından, 1981 yılında, çok etkin bir progesteron antagonisti (RU-38486) bulunmuş (66) ve bileşimi daha sonra RU-486 olarak kısaltılıp bugünkü jenerik ismi olan, mifepristone adını almıştır(50). Etienne Baulieu tarafından geliştirilerek 1987 yılında cerrahi abortusa tıbbi bir alternatif olarak sunulmuştur (67). Postkoital kontrasepsiyonda yaygın olarak kullanılmaktadır (52).

İnsanda gebeliğin yerleşmesi ve yürütülmesinde, progesteron etkisi önemlidir. Mifepristone progesteron reseptörlerine afinitesi yüksek olan sentetik bir 19-non steroid türevidir (49,50). Mifepristone antiprogesteron ilaç olarak, progesteron reseptörlerine bağlanıp etkilerini bloke eder. Ovulasyondan önce kullanıldığında ovulasyonu durdurur, ovulasyon sonrası kullanıldığında endometriyumun gelişimini bozar (66,67).

Mifepristone ve Yuzpe rejiminin karşılaştırıldığı bir araştırmada, acil kontrasepsiyon isteyen, korunmasız ilişki sonrası 72 saat içinde olan 1000 kadın incelenmiştir. Kadınların yarısına 100mg (yarım tablet) Mifepristone rejimi, diğer yarısına klasik Yuzpe rejimi (100µg EE ve 0,5mg levonorgestrel 12 saat sonra tekrar) uygulanmıştır. Yuzpe rejiminde gebelik %56 oranında önlenirken, Mifepristone rejiminde %92 önlenmiştir. Yan etki açısından Mifepristone daha tolere edilebilmiş olup, yöntemi kullananlar daha geç adet olmuşlardır (68).

Sonuç olarak Mifepristone rejimi, Yuzpe rejimine göre; daha etkili ve yan etkileri daha tolere edilebilir düzeydedir (28,47,51,68).

Mifepristone, başta Fransa olmak üzere İngiltere ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde ve ABD'de terapötik abortusta kullanılmaktadır (28,67). FDA, aynı amaçla kullanım için mifepristone'ı 28 Ekim 2000'de onaylamıştır(69). ABD'de Mifeprex jenerik ismiyle piyasada bulunmaktadır. Acil kontrasepsiyon amacıyla yalnızca Çin'de kullanılmaktadır ve 1986 yılında FDA tarafından onaylanmıştır (29).

Mifepristone, teropötik abortus amacıyla kullanımı cerrahi rahim tahliyesi kadar etkili olmamasına rağmen; (70) güvenli, daha az ağrılı, daha kolay, daha az kanamalı ve daha kısa süren yöntem olarak, dokuz haftalığa kadar erken gebelik haftalarında cerrahi rahim tahliyesine tıbbi bir alternatif olarak kabul edilmiştir (66,70,71).

Mifepristone ayrıca, endometriozis, uterin fibroma, meme kanseri ve antiglukokortikoid ve immunosupresif içeriği nedeniyle yanık tedavisinde kullanılabilir (67).

Mifepristone 10-25-50-100-200mg gibi çeşitli dozlarda kullanılabilir (28). Acil kontrasepsiyon amacıyla 600 mg verilmesi önerilmektedir (28,49). Fakat tek doz 10 mg mifepristone kullanımı yeterli, güvenli ve yan etkileri tolere edilebilir düzeydedir (64,72).

#### 1.9.4.Yüksek Doz Östrojenler

Diethylstilbestrol (DES) nonsteroidal sentetik östrojendir ve acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir (28). Bu yöntemde fertilize ovumun implantasyonu engellenerek gebelik önlenmektedir. Tedavi en az Yuzpe yöntemi

kadar etkilidir ancak yan etkileri daha fazladır. Bu rejime, korunmasız ilişkiden sonra, 72 saat içinde başlanır ve beş gün, günlük iki doz olarak verilir. Her doz (2,5µg EE 10mg konjuge östrojen ) 25 mg DES'e eş değerdir (73).

Günümüzde, Hasppel yönteminde, korunmasız ilişkiyi takiben 72 saat içinde 2,5 µg EE günde iki kez, oral yolla 5 gün kullanılmaktadır. Bu yöntem ile gözlenen ektopik gebelik riski yüksek bulunmuştur. Bu yöntemde başarısızlık riski %0,1-1 arasındadır (50). FDA tarafından 1970'li yıllarda yalnız acil kontrasepsiyon için kullanılmasına onay verilmiştir (73). Şiddetli bulantı, kusma, baş ağrısı ve adet düzensizliği gibi östrojenik yan etkilerinin yüksek olması nedeni ile bir çok ülkede tercih edilmemektedir (73,74).

#### 1.9.5.Danazol

Danazol, sentetik steroid ve androjendir. Yuzpe rejimine göre yan etkileri daha tolere edilebilir düzeydedir. Korunmasız ilişkiden sonra, ilk 72 saat içinde 600 mg danazol tablet alımı, 12 saat sonra aynı dozun tekrarı önerilmektedir (49). Etki mekanizması, antigonotropik etki ile overde steroidogenezi baskılamak ve ovulasyon varlığında endometriumda hormon reseptör blokajı yapmaktadır. Ancak danazol androjenik yan etkilerinin fazlalığı nedeni ile acil kontrasepsiyonda ilk seçenek olarak düşünülmemektedir (52).

#### 1.9.6.Rahim İçi Araç

Rahim içi araçların (RİA) acil kontrasepsiyon amacı ile kullanımı Lippes tarafından 1976 yılında tanımlanmıştır (28,49). Genellikle teorik olarak, ovülasyondan 3 gün önce olan korunmasız cinsel ilişki sonrası ve koitus sonrası 8 güne kadar bakırlı RİA takılabilirse de, (44,49) kabul edilen görüş koitus sonrası ilk 5 gün içinde takılmasıdır (28,29,59). İlişkiden 5-10 gün takılma sonrası, başarısızlık riski %0,1 olarak bildirilmektedir. Koruyuculuk oranı %99'dur (28,29,44,49,69). Ancak bazı çalışmalarda %1-3 oranında gebelik olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni, RİA'nın acil kontraseptif etkisinin, korunmasız ilişkiden ne kadar sonra uygulandığına bağlı olarak değişmesidir. Geç uygulanırsa etkinliği azalır. 8400 olguluk bir çalışmada 8 gebelik

saptanmıştır; bu çalışmadaki gebelik hızı %0,1'den azdır. Bu da hormonal acil kontrasepsiyonun 15'te biri kadardır (28).

RİA'nın öncelikli etkisi, fertilizasyondan önce, oosit veya spermin transportuna engel olacak tubal silial motiliteyi yavaşlatmak ya da spermin ovumu fertilize etme yeteneğini azaltmaktır. Ayrıca, RİA'nın, endometriumda yaptığı yabancı cisim reaksiyonu sonucu, implantasyon önlenmektedir. Bakırlı RİA'nın sperme toksik etkisi olduğu da bilinmektedir (28).

Acil kontrasepsiyon amacıyla RİA takılmasında cinsel yolla geçen hastalıkların taranması veya takılırken profilaktik antibiyotik uygulaması gerekmektedir. Postkoital uygulanan RİA'nın yan etkileri, rutin RİA uygulamasından farklı değildir. Karın ağrısı, vaginal kanamada artma ve lekelenme olabilir (28).

Pelvik muayene zorunluluğu, maliyetinin yüksek oluşu ve işlemin diğer yöntemlere göre biraz daha ağırlı olmasına (59) rağmen; etkinliğinin yüksek olması, sadece acil kontrasepsiyon amaçlı değil, uzun süreli(10 yıl) etkili bir kontraseptif yöntem olarak kullanılması, koitus sonrası 5-10 gün içinde uygulanabilmesi olumlu yönleridir (28,29).

CYBH yönünden yüksek riske sahip; yeni bir eşle cinsel ilişkisi ve çoğul seksüel eşi olan, çok genç yaşta olan, nulliparlarda, tecavüze uğrayan kadınlarda RİA kullanılmamalıdır (51,53,59).

### **1.9.7.Menstrüel Regulasyon**

Beklenen adetten 1-2 gün önce ya da geçmiş adetten bir iki hafta sonra uygulanır(44).Eğitilmiş sağlık personeli ve özel araç gereç gerektirir. Anestezi ya da servikal dilatasyon gerektirmez. Başarısızlık hızı %5'dir. 510 sayılı rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzüğe göre bakanlıkça açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlilik belgesi almış pratisyen hekimler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde menstrüel regülasyon yöntemi ile rahim tahliyesi yapılabilir. Pratisyen hekimler menstrüel regülasyon ile rahim tahliyesini resmi tedavi kurumlarında yaparlar (28).



### 1.10.ACİL KONTRASEPSİYONUN KULLANIM ALANLARI

Acil kontrasepsiyonun uygulandığı çeşitli durumlar vardır.

1.Korunmasız cinsel ilişki: Gerçek endikasyondur. Geri çekme yöntemi kullanılırken dış genitallere ejakülasyon ya da takvim yönteminde yanlış hesaplama durumları da bu gruba girer (23,28,29).

2.Kontraseptif kullanımında oluşan kullanım hataları ya da kazalar,

-Kondom yırtılması: En yaygın olarak karşılaşılan kullanım hatalarındandır. Bu konuda ABD’de yapılan bir çalışmada üç ay içinde %4,7 oranında fark edilen kondom yırtılması ve çıkması saptanmıştır.

-Kadın kondomunun hatalı kullanımı,

-Kombine hapların unutulması: Pakete başlandığında ya da sonra bir ya da daha fazla hap unutulup, yedi günden daha uzun süre hap alınmamışsa, arada iki ya da daha fazla hap unutulmuşsa acil kontrasepsiyon uygulanabilir. Kombine haplar ovulasyonu baskılayarak etki eder ve hap unutulduğunda kontrasepsiyon bu baskının ortadan kalkıp foliküler gelişmenin başlamasından sonra, yani birkaç gün sonra oluşur. Bir siklusta birkaç hap unutulmasında ovulasyon olasılığı pek yüksek değildir. Buna rağmen en ufak bir gebelik riskinden korunmak için acil kontrasepsiyona başvurulabilir. Oral kontraseptif kullanılırken gastroenterit olunması ve antibiyotik alımı acil kontrasepsiyona başvurmayı gerektirebilir.

-Sadece progestin içeren hapların unutulması: Bu haplar ovulasyonu tam olarak baskılamadığından, bir ya da daha fazla unutulmasında gebelik riski daha yüksektir.

-Diyafram, RİA veya servikal başlığın yanlış yerleştirilmesi, erken çıkartılması, yırtılması,

-RİA’nın kısmen ve tamamen düşmesi,

-Üç aylık ya da aylık enjeksiyon için geç kalınması,

3.Yakın bir zamanda olası teratojenlere maruz kalınması,

4.Tecavüz: Acil yöntemlerin kabul görmediği zamanlarda ve ülkelerde bile tecavüz durumlarında kullanılmaktadır (23,24,28).

## 1.11.ACİL KONTRASEPSİYON KULLANIMINDA SINIRLAMALAR

### 1.11.1.Ürünle İlgili Yetersizlikler

Acil kontrasepsiyon yöntemlerinin en önemli yetersizliklerinden biri, korunmasız cinsel ilişkiden sonra birkaç gün içinde kullanılabilir oluşudur. Pek çok kadın bu günleri atlayabilir (28,58).

Acil kontrasepsiyon hizmet sağlayıcılarının birçoğu, düzenli kontrasepsiyon için sınıflandırılan çeşitli KOK haplarının acil kontrasepsiyon için kullanılabileceğinden habersizdir. Farklı hap rejimleri, sağlayıcılar ve hastalar için şaşırtıcı olabilir ve bu da yanlış kullanıma neden olabilir. Bu işlem için özel olarak hazırlanmış bir preparat piyasada oldukça azdır. Özellikle acil kontrasepsiyon için paketlenen haplar bazı ülkelerde mevcuttur ve nispeten pahalıdır. Hormonal kontrasepsiyonun bulantı, kusma gibi hoş olmayan yan etkileri vardır. Kusma, yöntemin etkinliğini düşürebilir. Yuzpe yöntemi doğru uygulansa bile gebelik riski %25'e ulaşabilir. RİA daha etkili bir yöntemdir ancak cinsel saldırıya uğramış ve yeni bir cinsel eşi olanlarda pelvik enfeksiyon riski vardır. Yöntem çeşitleri azdır. Yeni ve daha geliştirilmiş yöntemlere gereksinim vardır (28,58).

### 1.11.2.Hizmet Sunumu İle İlgili Yetersizlikler

Hizmet sunanlar acil kontrasepsiyon konusunda yeterli bilgiye sahip değildirlere (53,54). Acil kontrasepsiyonun düşük yaptırdığı, hamile kalınırsa doğum defektleri oluşturacağı şeklinde yanlış bilgi yaygındır. Bazı hekimlerin ahlaki ya da dini nedenlerden dolayı acil kontrasepsiyondan hiç bahsetmedikleri saptanmıştır (29).

Acil kontraseptif ilaçların düşük yan etkileri, yüksek doz için potansiyel oluşturmaması, önemsiz ilaç etkileşimleri, tıbbi taramaya ve gözleme gerek olmaması ve teratojenik olmaması nedeniyle reçetesiz kullanılabilirler (11). Ancak, acil kontrasepsiyon amaçlı preparatların piyasada bulunduğu bazı ülkelerde hekim tarafından reçete edilmesi zorunluluğu vardır (28,46,54).

Acil kontrasepsiyonun en çok gerekli olduğu zamanlar hafta sonları ve tatillerdir. Hafta sonlarında hekim muayenehaneleri kapalıdır. Ayrıca risk grubunu oluşturan gençler hekimlerden acil kontrasepsiyon almada çekingen

davranırlar. Bu etkenler yöntemin ulaşılabilirliğini azaltır (28,54,59). Bu konuda eczacılara yetki verilebilir, bariyer yöntem kullananlara acil kontrasepsif haplar profilaktik olarak verilebilir, reçete ve danışmanlık hizmeti gerekmesizin ilaçların temini sağlanabilir (28,46,55). Bazı hizmet sunucuları acil kontrasepsiyon kullanıcılarının cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından yüksek risk oluşturdukları ve acil kontrasepsiyonun reçetesiz elde edilmesi halinde bu kişilerin doktor gözetiminden kaçabileceği endişesi taşımaktadır (75).

### **1.11.3.Yöntemi Kullananlarla İlgili Sorunlar**

Potansiyel kullanıcılar, genellikle acil kontrasepsiyon varlığından haberdar değildirler veya bunu bilseler bile nereden ve nasıl, ne zaman, alınacağını bilmemektedirler (8,54). Ancak, Avrupa'da potansiyel kullanıcıların yaş grubunun daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyinin daha yüksek olan gruplardan oluştuğu tespit edilmiştir (8).

Bazı hizmet sunucuları acil kontrasepsiyon konusunda bilgilendirmenin çiftleri acil kontrasepsiyonu rutin olarak kullanmaya cesaretlendireceğinden endişelenirler. Ancak, yapılan çalışmalar, acil kontrasepsiyon haplarının yan etkileri nedeniyle kadınlar tarafından düzenli kontrasepsif yöntem olarak tercih edilmediklerini göstermektedir (75).

Acil kontrasepsiyon talep eden kadınlar her yaş ve gruptan olabilir. Özellikle risk altında olan ergenler, herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan ve bariyer yöntemi kullananların acil kontrasepsiyondan haberdar edilmesi yararlıdır. Yapılan bir çalışmada gebeliği sona erdirmek isteyen genç kızların bir kısmının acil kontrasepsiyonu bildikleri ve gebelik risklerinin farkında oldukları halde durumu şansa bıraktıkları saptanmıştır. Bu nedenle, iyi planlanmış, geniş çaplı bilgilendirmenin, eğitim ve iletişim kampanyalarının olumlu etkileri yadsınamaz (28).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi bünyesinde eğitim almakta olan değişik fakülte ve enstitülerdeki öğrencilerin aile planlaması ve acil kontrasepsiyon konusundaki bilgi ve tutumlarını incelemek üzere planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesine bağlı İ.İ.B.F., Fen-Edb. Fak., Sağlık Yüksekokulu ve Enstitü öğrencileri arasında yapılmıştır.

### 2.3. Araştırmanın Evreni

Afyon Kocatepe Üniversitesine bağlı İ.İ.B.F. 1. sınıfında 660 ve 4. sınıfında 441 toplam 1101, Fen-Edb. Fak. 1. sınıfında 823 ve 4. sınıfında 516 toplam 1339, Sağlık Y.Okulu 1. sınıfında 121 ve 4. sınıfında 129 öğrenci toplam 250 öğrenci öğrenim görmektedir. Enstitüler, Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler ve Fen Bilimleri olmak üzere 3 bölümden incelenmiştir. Enstitü bölümleri 1. sınıfında 315 ve 2. sınıfında 203 toplam 518 öğrenci öğrenim görmektedir.

### 2.4. Örneklem

Araştırmaya Afyon Kocatepe Üniversitesinde önceden tespit edilmiş bölümlerde eğitim görmekte olan öğrenciler örnekleme alınmıştır. Araştırma kapsamına, İ.İ.B.F., Fen-Edb. Fak., Sağlık Y.Okulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri ve Enstitü birinci ve ikinci sınıf öğrencileri alınmıştır.

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden 300 öğrenci, Fen-Edebiyat Fakültesinden 300 öğrenci, Sağlık Yüksekokulundan 200 öğrenci ve Enstitülerden 100 öğrenciye ulaşılmıştır.

## 2.5. Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması

Anket formu daha önce yapılan araştırmalardan esinlenerek hazırlanmış, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, ailenin yaşadığı yer, ailenin eğitim durumu) sorgulayan 9 adet soru bulunmaktadır. Anket 20 tanesi önerme olmak üzere 30 sorudan oluşmaktadır. Soruların 9 tanesi tanımlayıcı, 5 tanesi tutum, 22 tanesi bilgi sorusudur. Aile planlaması ve acil kontrasepsiyon konusundaki sorularda önermeler sunulmuş ve öğrencilerin doğru, yanlış ya da bilmiyorum şeklinde cevap verecek şekilde hazırlanmıştır.

Anket formlarının ön uygulaması üniversite üçüncü sınıfta okuyan 20 öğrenci üzerinde yapılmış ve ankette gerekli düzeltmelere gidilmiştir. Anket formları, bir plan dahilinde okullara gidilerek doldurulmuştur. Uygulamadan önce öğrenciler sınıfta toplanmış, konu ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmış, daha sonra uygulamaya geçilmiştir. Her öğrenciye zarfın içinde anket formu verilmiş ve anket doldurulduktan sonra zarf öğrenci tarafından yapıştırılarak geri alınmıştır. Anket formlarının doldurulması ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

Aile planlaması yöntemleri; kalıcı yöntemler, kısa süreli yöntemler, uzun süreli yöntemler ve geleneksel yöntemler olarak gruplara ayrılmıştır. Bu gruplandırmalar TNSA verileri ve Özdemir İ'nin 15-49 yaş grubu kadınlarda aile planlaması bilgi düzeyini araştırdığı doktora tezinden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Geleneksel yöntem bilgisi geri çekme, takvim yöntemi ve vaginal lavaj yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiş ve toplam 3 puan üzerinden değerlendirilmiştir. "Geri çekme (dışa akıtma) yöntemi ile etkin biçimde gebelikten korunmak mümkün değildir.", "Cinsel ilişki sonrası, hiç vakit kaybetmeden vaginal lavaj (hazneyi yıkama) yapılırsa bile gebelikten korunmak mümkün değildir.", "Takvim yöntemini kullanan çiftler özellikle kadının ovulasyon (yumurtlama) günlerinde cinsel perhiz yaparak korunurlar." önermelerinden her birine doğru yanıtı verenler 1'er puan, bilmiyorum ve yanlış yanıtı verenler 0 puan almıştır.

Öğrencilerin kısa süreli yöntem bilgisi, doğum kontrol hapları, prezervatif ve emzirme yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiş ve toplam 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. “Doğum kontrol hapları etkin aile planlaması yöntemlerinden biridir.”, “Prezervatif cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.”, “Prezervatif kullanan çiftlerin her cinsel ilişkide yeni bir prezervatif kullanması gereklidir.”, “Bebek emzirme; ek gıdaya geçilmediği takdirde ilk altı ay için gebelikten koruyucudur.” önermelerinden her birine doğru yanıtını verenler 1'er puan, bilmiyorum ve yanlış yanıtını verenler 0 puan almıştır. “Doğum kontrol haplarını kadın her yaşta güvenle kullanarak gebelikten korunabilir.” önermesine yanlış yanıtını verenler 1 puan, bilmiyorum ve doğru yanıtını verenler 0 puan almıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntem bilgisi rahim içi araç ve implant yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiş ve toplam 3 puan üzerinden değerlendirilmiştir. “Rahim içi araçlar etki aile planlaması yöntemlerinden biridir.”, “Rahim içi araçların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyucu etkileri yoktur.”, “Deri altı kapsülü uzun süre etkili (3 yıl) yöntemlerden biridir.” önermelerine doğru yanıtını verenler 1'er puan, bilmiyorum ve yanlış yanıtını verenler 0 puan almıştır.

Öğrencilerin kalıcı yöntem bilgileri tüp ligasyonu ve vazektomi yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. “Tüp ligasyonu ve vazektomi geri dönüşümsüz aile planlaması yöntemlerindedir,” sorusuna doğru yanıtını verenler biliyor, bilmiyorum ve yanlış yanıtını verenler bilmiyor olarak kabul edilmiştir.

Acil kontrasepsiyona ilişkin; ilk olarak örnek vaka verilmiş ve öğrencilerin tutumlarına göre acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi olma durumları incelenmiştir.

Bir akrabamız önceki gece prezervatifin ilişki esnasında yırtıldığını fark ettiklerini ve şu anda oluşabilecek bir gebeliği de devam ettirmek istemediklerini belirterek ne yapabileceklerini sordu?” Öğrencilere böyle bir durumda tavsiyelerinin ne olacağı soruldu. Kişinin doktora gitmesini tavsiye edenler acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi, bunların dışında yanıt verenler ise acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi değil olarak kabul edilmiştir.

Öğrencilere sunulan olgu dahilinde acil kontrasepsiyon yöntemleri ve uygulama zamanına ilişkin önermelerle bilgi düzeyi ölçülmüştür.

## **2.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 10,0 (Statistical Package for Social Sciences) programında değerlendirilmiştir.

İstatistik analizlerinde, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi (iki farkın arasındaki önemlilik testi),  $x^2$  testi, ikiden fazla ortalamanın karşılaştırılmasında Anova (Oneway) Varyans Analizi ve İstatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$ ” ve “ $p<0,01$ ” kabul edilmiştir.

Bulgular kısmında, öğrencilerin sınıfları, okulları, cinsiyetleri ve tanıtıcı özelliklerine ait bilgileri sayı ve yüzdelik tablosu olarak ilk bölümde gösterilmiştir.

İkinci bölümde öğrencilerin aile planlaması ve acil kontrasepsiyon bilgi düzeyleri ile değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

## **2.7. Analiz Yöntemleri**

Verilerin tümü, araştırmacı tarafından bilgisayara girilmiş, bilgisayarda SPSS programında önemlilik testleri uygulanmıştır. Aritmetik ortalama, standart sapma, ki-kare, t testi gibi istatistiksel testlerden yararlanılmıştır.

Araştırma, Ekim 2003’te planlanmış, Kasım-Aralık 2003’te anket formları uygulanmış ve uygulama 4 hafta sürmüştür. Araştırma Mayıs 2004’te tamamlanmıştır.

### 3.BULGULAR

#### 3.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden; birinci sınıf 42 erkek ve 90 kız olmak üzere 132, dördüncü sınıf 68 erkek ve 100 kız olmak üzere 168, toplam 300 öğrenci araştırmaya alınmıştır.

Fen-Edebiyat Fakültesinden; birinci sınıf 60 erkek ve 57 kız olmak üzere 117, dördüncü sınıf 94 erkek ve 89 kız olmak üzere 183 toplam 300 öğrenci araştırmaya alınmıştır.

Sağlık Yüksekokulundan; birinci sınıf 100 kız, dördüncü sınıf 100 kız toplam 200 öğrenci araştırmaya alınmıştır.

Enstitülerden; birinci sınıf 32 erkek ve 19 kız olmak üzere 51, ikinci sınıf 29 erkek ve 20 kız olmak üzere 49 toplam 100 öğrenci araştırmaya alınmıştır (Tablo1).

**Tablo1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okullara, Sınıflara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı**

ARAŞTIRILAN OKULLAR	1. SINIF					4. SINIF					GENEL TOPLAM			
	ERKEK		KIZ		TOPLAM		ERKEK		KIZ		TOPLAM		S	%
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
İLBİL FAK.	42	31,8	90	68,2	132	44,0	68	40,5	100	59,5	168	56,0	300	33,3
FEN-EDB. FAK.	60	51,2	57	48,8	117	39,0	94	51,3	89	48,7	183	61,0	300	33,3
SAĞLIK Y.OKULU			100	100,0	100	50,0			100	100,0	100	50,0	200	22,2
	1. SINIF					2. SINIF								
ENSTİTÜ	32	62,7	19	37,3	51	51,0	29	59,2	20	40,8	49	49,0	100	11,2
<b>TOPLAM</b>	134	33,5	266	66,5	400	44,5	191	38,2	309	61,8	500	55,5	900	100,0

Öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 41,6'sının (n=374)17-21 yaş grubunda, % 55,1'inin (n=496) 22-26 yaş grubunda, % 3,3'ünün (n=30) 27 ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür.Yaş ortalaması X=21,7 olarak bulunmuştur.



Öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; % 91,2'sinin (n=821) bekar, % 3,9'unun (n=35) evli, %4,9'unun (n=44) nişanlı olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin şu an oturdukları yere göre dağılımları incelendiğinde; %16,9'unun (n=152) ailesiyle birlikte, % 31,5'inin (n=284) arkadaşları ile birlikte, % 3,9'unun (n=35) eşi ile birlikte, % 0,8'inin (n=7) akraba yanında, % 43,6'sının (n=392) öğrenci yurdunda, % 3,3'ünün (n=30) yalnız yaşamakta olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ailelerinin oturdukları yerlere göre dağılımları incelendiğinde; %10,6'sının (n=96) köyde, % 29,9'unun (n=269) ilçede, % 59,5'inin (n=535) şehir merkezinde oturmakta olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 8,8'inin (n=79) okur yazar olmadığı, % 6,9'unun (n=62) okur-yazar, % 50,2'sinin (n=452) ilkokul mezunu, % 9,1'inin (n=82) ortaokul mezunu, % 14,7'sinin (n=132) lise mezunu, 10,3'ünün (n=93) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 2,5'inin (n=23) okur yazar olmadığı, % 3,7'sinin (n=33) okur-yazar, % 36,3'ünün (n=327) ilkokul mezunu, % 15,9'unun (n=143) ortaokul mezunu, % 22,7'sinin (n=204) lise mezunu, 18,9'unun (n=170) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>YAŞ GRUPLARI</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
17-21	374	41,6
22-26	496	55,1
27 ve üzeri	30	3,3
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>
<b>MEDENİ DURUM</b>		
Bekar	821	91,2
Evli	35	3,9
Nişanlı	44	4,9
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>
<b>ŞU AN OTURULAN YER</b>		
Aile ile	152	16,9
Arkadaş ile	284	31,5
Eşi ile	35	3,9
Akraba yanında	7	0,8
Öğrenci yurdunda	392	43,6
Yalnız	30	3,3
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>
<b>AİLENİN OTURDUĞU YER</b>		
Köy	96	10,6
İlçe	269	29,9
Şehir	535	59,5
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>
<b>ANNE ÖĞRENİMİ</b>		
Okur yazar değil	79	8,8
Okur yazar	62	6,9
İlkokul mezunu	452	50,2
Ortaokul mezunu	82	9,1
Lise Mezunu	132	14,7
Üniversite mezunu	93	10,3
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>
<b>BABA ÖĞRENİMİ</b>		
Okur yazar değil	23	2,5
Okur yazar	33	3,7
İlkokul mezunu	327	36,3
Ortaokul mezunu	143	15,9
Lise Mezunu	204	22,7
Üniversite mezunu	170	18,9
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>

### 3.2. Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına İlişkin Bulgular

Aile Planlamasını (A.P.); ailelerin istedikleri sayıda, istediği zaman çocuk sahibi olmasıdır şeklinde tanımlayanlar biliyor, bunun dışında yanıt verenler

bilmiyor olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin %49,3'ünün (n=444) A.P. tanımını bildiği, % 50,7'sinin (n=456) ise bilmediği saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğrencilerin A.P. Tanımını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

A.P. TANIMINI BİLME DURUMU	S	%
Biliyor	444	49,3
Bilmiyor	456	50,7
Toplam	900	100,0

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (% 80), Fen-Edb. Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%32,7) A.P.'nin tanımını doğru olarak yapabildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin % 56,2'sinin, erkek öğrencilerin ise %37,2'sinin, A.P.'nin tanımını doğru olarak yapabildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; medeni durumlar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,05$ ) Nişanlı öğrencilerin en yüksek (%65,9), bekar öğrencilerin ise en düşük düzeyde (%47,9) A.P.'nin tanımını doğru olarak yapabildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; anne öğrenim durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Ortaokul mezunu olan annelerin çocuklarının en yüksek (%57,3), üniversite mezunu olan annelerin çocuklarının ise en düşük düzeyde (%28) A.P.'nin tanımını doğru olarak yapabildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; baba öğrenim durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Lise mezunu olan babaların çocuklarının en yüksek (%54,4), okur-yazar olmayanların babaların çocuklarının ise en düşük düzeyde (%13) A.P.'nin tanımını doğru olarak yapabildiği saptanmıştır (Tablo 4).

Öğrencilerin A.P. tanımını bilme durumları incelendiğinde; yaş grupları ve sınıflar arasında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 4.Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.P. Tanımı Bilme Durumlarının İncelenmesi**

A.P TANIMINI BİLME DURUMU	BİLİYOR		BİLMİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	134	44,7	166	55,3	300	33,3	X <sup>2</sup> =111,48 SD=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	98	32,7	202	67,3	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	160	80,0	40	20,0	200	22,2	
Enstitü	52	52,0	48	48,0	100	11,2	
Toplam	444	49,3	456	50,7	900	100,0	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	323	56,2	252	43,8	575	63,8	X <sup>2</sup> =29,80 SD=1 P<0,01
Erkek	121	37,2	204	62,8	325	36,2	
Toplam	444	49,3	456	50,7	900	100,0	
<b>MEDENİ HAL</b>							
Bekar	393	47,9	428	52,1	821	91,2	X <sup>2</sup> =8,10 SD=2 P<0,05
Evli	22	62,9	13	37,1	35	3,9	
Nişanlı	29	65,9	15	34,1	44	4,9	
Toplam	444	49,3	456	50,7	900	100,0	
<b>ANNE ÖĞRENİMİ</b>							
Okur yazar değil	40	50,6	39	49,4	79	8,8	X <sup>2</sup> =41,37 SD=5 P<0,01
Okur yazar	35	56,5	27	43,5	62	6,9	
İlkokul mezunu	252	55,8	200	44,2	452	50,2	
Ortaokul mezunu	47	57,3	35	42,7	82	9,1	
Lise Mezunu	44	33,3	88	66,7	132	14,7	
Üniversite mezunu	26	28,0	67	72,0	93	10,3	
Toplam	444	49,3	456	50,7	900	100,0	
<b>BABA ÖĞRENİMİ</b>							
Okur yazar değil	3	13,0	20	87,0	23	2,5	X <sup>2</sup> =20,07 SD=5 P<0,01
Okur yazar	16	48,5	17	51,5	33	3,7	
İlkokul mezunu	171	52,3	156	47,7	327	36,3	
Ortaokul mezunu	73	51,0	70	49,0	143	15,9	
Lise Mezunu	111	54,4	93	45,6	204	22,7	
Üniversite mezunu	70	41,2	100	58,8	170	18,9	
Toplam	444	49,3	456	50,7	900	100,0	

Öğrencilerin düşündükleri ideal çocuk sayıları incelendiğinde; % 68,4'ünün (n=615) iki çocuk istediği saptanmıştır. Bunun yanı sıra % 6,2'si (n=56) bir çocuk isterken, %25,4'ü (n=229) üç ve üzeri sayıda çocuk istemektedir. (Tablo 5).

**Tablo 5. Öğrencilerin Düşündükleri İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı**

ÖĞRENCİLERİN İDEAL ÇOCUK SAYISI	S	%
1	56	6,2
2	615	68,4
3 ve↑	229	25,4
Toplam	900	100,0

Öğrencilerin düşündükleri ideal çocuk sayısına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin(%78,3) 1-2 çocuk isteme oranı erkek öğrencilerden (%68,0) daha yüksek iken, erkek öğrencilerin(%32,0) 3 ve üzeri sayıda çocuk isteme oranları kız öğrencilerden (%21,7) daha yüksektir.

Öğrencilerin düşündükleri ideal çocuk sayısına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; anne öğrenim durumları arasında fark olduğu saptanmıştır( $P<0,01$ ) Lise mezunu olan annelerin çocuklarının en yüksek (%83,3), okur yazar olmayan annelerin çocuklarının ise en düşük düzeyde (% 51,9) 1-2 çocuk sahibi olmayı istedikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin düşündükleri ideal çocuk sayısına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; baba öğrenim durumları arasında fark olduğu saptanmıştır( $P<0,01$ ) Lise mezunu olan babaların çocuklarının en yüksek (%85,3), okur yazar olmayan babaların çocuklarının ise en düşük düzeyde (% 17,4) 1-2 çocuk sahibi olmayı tercih istedikleri saptanmıştır. (Tablo 6).

Öğrencilerin düşündükleri ideal çocuk sayısına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; yaş grupları ( $P>0,05$ ), medeni durumları ( $P>0,05$ ), okulları ( $P>0,05$ ) ve sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 6.Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Düşündükleri İdeal Çocuk Sayısının İncelenmesi**

İDEAL ÇOCUK SAYISI	1-2		3 ve ↑		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	450	78,3	125	21,7	575	63,9	X <sup>2</sup> = 11,52 SD=1 p<0,01
Erkek	221	68,0	104	32,0	325	36,1	
Toplam	671	74,6	229	25,4	900	100,0	
<b>ANNE ÖĞRENİMİ</b>							
Okur yazar değil	41	51,9	38	48,1	79	8,8	X <sup>2</sup> =28,38 SD=5 P<0,01
Okur yazar	44	71,0	18	29,0	62	6,9	
İlkokul mezunu	340	75,2	112	24,0	452	50,2	
Ortaokul mezunu	65	79,3	17	20,7	82	9,1	
Lise Mezunu	110	83,3	22	16,7	132	14,7	
Üniversite mezunu	71	76,3	22	23,7	93	10,3	
Toplam	671	74,6	229	25,4	900	100,0	
<b>BABA ÖĞRENİMİ</b>							
Okur yazar değil	4	17,4	19	82,6	23	2,6	X <sup>2</sup> = 79,71 sd=5 P<0,01
Okur yazar	16	48,5	17	51,5	33	3,6	
İlkokul mezunu	223	68,2	104	31,8	327	36,3	
Ortaokul mezunu	111	77,6	32	22,4	143	15,9	
Lise Mezunu	174	85,3	30	14,7	204	22,7	
Üniversite mezunu	143	84,1	27	15,9	170	18,9	
Toplam	671	74,6	229	25,4	900	100,0	

“A.P yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalı ?” sorusuna; öğrencilerin %8’i (n=72) erkeğin, % 9,2’si(n=83) kadının, % 82,8’i (n=745) ise sorumluluğu her ikisinin de alması gerektiği yanıtını verdikleri saptanmıştır. (Tablo 7).

**Tablo 7. Öğrencilerin “A.P. Yöntemlerinin Uygulanmasında Sorumluluğu Eşlerden Hangisi Almalı ?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı**

SORUMLULUĞU HANGİSİ ALMALI?	S	%
Kadın	83	9,2
Erkek	72	8,0
Her ikisi	745	82,8
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin “A.P. yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalı ?” sorusuna ilişkin yanıtları incelendiğinde; lisans programı

öğrencilerinin sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,05$ ) 1.sınıf öğrencilerinin (% 86,0), 4.sınıf öğrencilerinden (%80,3) daha yüksek oranda sorumluluğu her ikisinin de alması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.

Öğrencilerin “A.P. yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalı ?” sorusuna ilişkin yanıtları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,05$ ) Kız öğrencilerin (% 85,0), erkek öğrencilerden (% 78,8) daha yüksek oranda sorumluluğu her ikisinin de alması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.

Öğrencilerin “A.P. yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalı ?” sorusuna ilişkin yanıtları incelendiğinde; medeni durumlar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,05$ ) Bekar öğrencilerin en yüksek (% 83,3), evli öğrencilerin ise en düşük düzeyde (%77,1) sorumluluğu her ikisinin de alması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Tablo 8).

Öğrencilerin “A.P yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalı ?” sorusuna ilişkin yanıtları incelendiğinde; yaş grupları ( $p>0,05$ ), okulları ( $P>0,05$ ) ve enstitü sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 8. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre “A.P Yöntemlerinin Uygulanmasında Sorumluluğu Eşlerden Hangisi Almalı ?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların İncelenmesi**

SORUMLULUĞU HANGİSİ ALMALI ?	KADIN		ERKEK		HER İKİSİ		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	S	%	
<b>SINIF (LİSANS)</b>									
1. Sınıf	22	6,3	27	7,7	300	86,0	349	43,6	$X^2=6,28$ sd=2 $P<0,05$
4. Sınıf	51	11,3	38	8,4	362	80,3	451	56,4	
Toplam	73	9,2	65	8,0	662	82,8	800	100,0	
<b>CİNSİYET</b>									
Kız	51	8,9	35	6,1	489	85,0	575	63,9	$X^2=8,48$ sd=2 $P<0,05$
Erkek	32	9,8	37	11,4	256	78,8	325	36,1	
Toplam	83	9,2	72	8,0	745	82,8	900	100,0	
<b>MEDENİ HAL</b>									
Bekar	68	8,3	69	8,4	684	83,3	821	91,2	$X^2=11,30$ sd=4 $P<0,05$
Evli	7	20,0	1	2,9	27	77,1	35	3,9	
Nişanlı	8	18,2	2	4,5	34	77,3	44	4,9	
Toplam	83	9,2	72	8,0	745	82,8	900	100,0	

Öğrencilerin bilgi sahibi olduğunu düşündükleri aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; tümünün en az iki A.P. yöntemi hakkında bilgisi olduğunu düşündükleri görülmüş olup, en yüksek doğum kontrol hapları (% 91,8), en düşük düzeyde ise (%32,2) spermisit olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

**Tablo 9. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bilgi Sahibi Olduğunu Düşündükleri A.P. Yöntemlerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı**

ÖĞRENCİLERİN BİLGİ SAHİBİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜKLERİ A.P. YÖNTEMLERİ	S	%
Doğum Kontrol Hapı	826	91,8
Rahim İçi Araç	711	79,0
Norplant (Implant)	390	43,3
Kondom (Prezervatif)	664	73,8
Spermisit (Köpük, Jel, Krem)	290	32,2
Geri Çekme	508	56,4
Takvim Yöntemi	541	60,1
Tüp Ligasyonu	388	43,1
Vazektomi	471	52,3

Geleneksel yöntem bilgi puanları geri çekme, takvim yöntemi ve vaginal lavaj yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin geleneksel yöntem bilgisi incelendiğinde; %18,4'i puan almazken, % 24,9'u 1 puan, % 29,3'ü 2 puan ve % 27,4'ü 3 tam puan almıştır. Geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi ortalaması % 55,2 olarak tespit edilmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10. Öğrencilerin Geleneksel Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılım ve Ortalamaları**

GELENEKSEL YÖNTEM BİLGİSİ PUAN DURUMU	S	%	PUAN ORT.
0,00	166	18,4	1,65±1,06 (%55,2)
1,00	224	24,9	
2,00	264	29,3	
3,00	246	27,4	
Toplam	900	100,0	



Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,01$ ) Enstitü öğrencilerinin puan ortalamalarının en yüksek ( $2,34 \pm 0,89$ ), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde ( $1,28 \pm 0,98$ ) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; enstitü sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,01$ ) 2. sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının ( $2,71 \pm 0,54$ ), 1.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından ( $1,98 \pm 1,00$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,05$ ) Erkek öğrencilerin puan ortalamalarının ( $1,75 \pm 1,07$ ), kız öğrencilerin puan ortalamalarından ( $1,60 \pm 1,06$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; yaş grupları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,05$ ) 27 ve üzeri yaş grubu öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek ( $2,13 \pm 1,07$ ), 17-21 yaş grubu öğrencilerin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde ( $1,59 \pm 0,98$ ) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; medeni durumlar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,05$ ) Nişanlı öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek ( $2,06 \pm 0,94$ ), bekar öğrencilerin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde ( $1,62 \pm 1,07$ ) olduğu saptanmıştır. (Tablo 11).

Öğrencilerin geleneksel yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; lisans sınıfları ( $P > 0,05$ ), anne öğrenim durumları ( $P > 0,05$ ) ve baba öğrenim durumları arasında ( $P > 0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 11. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Geleneksel Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

GELENEKSEL YÖNTEM BİLME DURUMU	S	PUAN ORT.	S. SAPMA	ANALİZ
<b>OKULLAR</b>				
İ.İ.Bil.Fak.	300	1,6667	1,0799	F = 23,568 sd=3,896 P<0,01
Fen-Edb Fak.	300	1,6667	1,0516	
Sağlık Y.Okulu	200	1,2800	0,9882	
Enstitü	100	2,3400	0,8901	
Toplam	900	1,6556	1,0689	
<b>SINIF (ENSTİTÜ)</b>				
1. Sınıf	51	1,9804	1,0098	t= -4,505 sd= 98 P<0,01
2. Sınıf	49	2,7143	0,5401	
<b>CİNSİYETİ</b>				
Kız	575	1,6017	1,0623	t= -2,012, sd= 898 P<0,05
Erkek	325	1,7508	1,0756	
Toplam	900	1,6556	1,0689	
<b>YAS GRUBU</b>				
17-21 yas	374	1,5963	0,9852	F= 3,648 sd= 2,897 P<0,05
22-26 yas	496	1,6714	1,1223	
27+ yas	30	2,1333	1,0743	
Toplam	900	1,6556	1,0689	
<b>MEDENİ HALİ</b>				
Bekar	821	1,6273	1,0718	F= 3,910 sd= 2,897 P<0,05
Evli	35	1,8000	1,0516	
Nisanlı	44	2,0682	0,9499	
Toplam	900	1,6556	1,0689	

Öğrencilerin kısa süreli yöntem bilgisi, doğum kontrol hapları, prezervatif ve emzirme yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin %10,4'ü 5 tam puan, % 29,1'i 4 puan, %35,7'si 3 puan, %17,1'i 2 puan, %5,9'u 1 puan alırken, %1,8'i puan alamamıştır. Kısa süreli yöntemler hakkındaki bilgi ortalaması %63 olarak saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 12. Öğrencilerin Kısa Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılım ve Ortalamaları**

KISA SÜRELİ YÖNTEM BİLGİSİ PUAN DURUMU	S	%	PUAN ORT.
0,00	16	1,8	3,15±1,11 (%63)
1,00	53	5,9	
2,00	154	17,1	
3,00	321	35,7	
4,00	262	29,1	
5,00	94	10,4	
Toplam	900	100,0	

Öğrencilerin kısa süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,01$ ) Enstitü öğrencilerinin en yüksek ( $3,69 \pm 0,98$ ), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde ( $2,85 \pm 0,98$ ) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin kısa süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; enstitü sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,01$ ) 2.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının ( $3,97 \pm 0,90$ ), 1.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından ( $3,41 \pm 0,98$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin kısa süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; yaş grupları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,05$ ) 27 ve üstü yaş grubu öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek ( $3,56 \pm 1,19$ ), 17-21 yaş grubu öğrencilerin puan ortalamalarının en düşük düzeyde ( $3,07 \pm 1,08$ ) olduğu saptanmıştır. (Tablo 13).

Öğrencilerin kısa süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $P > 0,05$ ), lisans programı sınıfları ( $P > 0,05$ ), medeni durumları ( $P > 0,05$ ), anne ve baba öğrenim durumları arasında ( $P > 0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 13. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kısa Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

KISA SÜRELİ YÖNTEM BİLME DURUMU	S	PUAN ORT.	S. SAPMA	ANALİZ
<b>OKULLAR</b>				
İ.İ.Bil.Fak.	300	3,1633	1,1753	F = 43,217 sd=3,896 P<0,01
Fen-Edb Fak.	300	3,1567	1,1268	
Sağlık Y.Okulu	200	2,8500	0,9883	
Enstitü	100	3,6900	0,9816	
Toplam	900	3,1578	1,1190	
<b>SINIF (ENSTİTÜ)</b>				
1. Sınıf	51	3,4118	0,9834	t= -3,007 sd= 98 P<0,01
2. Sınıf	49	3,9796	0,9012	
<b>YAS GRUBU</b>				
17-21 yas	374	3,0749	1,0810	F= 3,330 sd= 2,897 P<0,05
22-26 yas	496	3,1956	1,1371	
27+ yas	30	3,5667	1,1943	
Toplam	900	3,1578	1,1190	

Öğrencilerin uzun süreli yöntem bilgisi rahim içi araç ve implant yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin %21'i 3 tam puan, %27,7'si 2 puan, % 28,7'si 1 puan alırken, %22,6'sı puan alamamıştır. Uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi ortalaması %49 olarak tespit edilmiştir.(Tablo 14).

**Tablo 14. Öğrencilerin Uzun Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Dağılım ve Ortalamaları**

UZUN SÜRELİ YÖNTEM BİLGİSİ PUAN DURUMU	S	%	PUAN ORT.
0,00	203	22,6	1,47±1,05 (%49)
1,00	258	28,7	
2,00	250	27,7	
3,00	189	21,0	
Toplam	900	100,0	

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.(P<0,01)Enstitü öğrencilerinin en yüksek (2,14±0,93), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde (1,26±0,94) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; lisans programı sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) 1.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının ( $1,50\pm 0,98$ ), 4.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından ( $1,29\pm 1,08$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde;enstitü sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) 2.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının ( $2,44\pm 0,79$ ), 1.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından ( $1,84\pm 0,96$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; yaş grupları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,05$ ) 27 ve üzeri grubu öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek ( $2,23\pm 1,00$ ), 22-26 yaş grubu öğrencilerin puan ortalamalarının ise en düşük düzeyde ( $1,42\pm 1,08$ ) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; medeni durumlar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,05$ ) Nişanlı öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek ( $1,84\pm 1,05$ ), bekar öğrencilerin puan ortalamalarının en düşük düzeyde ( $1,44\pm 1,05$ ) olduğu saptanmıştır. (Tablo15).

Öğrencilerin uzun süreli yöntemler hakkındaki bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $P>0,05$ ), anne ve baba öğrenim durumları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 15. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uzun Süreli Yöntemler Hakkındaki Bilgi Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

UZUN SÜRELİ YÖNTEM BİLME DURUMU	S	PUAN ORT.	S. SAPMA	ANALİZ
<b>OKULLAR</b>				
İ.İ.Bil.Fak.	300	1,3967	1,0438	F= 17,338 sd=3,896 P<0,01
Fen-Edb Fak.	300	1,4667	1,1013	
Sağlık Y.Okulu	200	1,2600	0,9470	
Enstitü	100	2,1400	0,9323	
Toplam	900	1,4722	1,0590	
<b>SINIF (LİSANS)</b>				
1. Sınıf	349	1,5043	0,9815	t= 2,763 sd= 798 P<0,01
4. Sınıf	451	1,2993	1,0838	
<b>SINIF (ENSTİTÜ)</b>				
1. Sınıf	51	1,8431	0,9669	t= -3,420 sd= 98 P<0,01
2. Sınıf	49	2,4490	0,7922	
<b>YAS GRUBU</b>				
17-21 yas	374	1,4679	1,0002	F= 8,287 sd= 2,897 P<0,01
22-26 yas	496	1,4294	1,0895	
27+ yas	30	2,2333	1,0063	
Toplam	900	1,4722	1,0590	
<b>MEDENİ HALİ</b>				
Bekar	821	1,4470	1,0540	F= 3,169 sd= 2,897 P<0,05
Evli	35	1,6000	1,1167	
Nişanlı	44	1,8409	1,0553	
Toplam	900	1,4722	1,0590	

Kalıcı yöntemler vazektomi ve tüp ligasyonu yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin % 47,7'sinin (n=429) kalıcı yöntemleri bilmediği, 52,3'ünün (n=471) ise bildiği saptanmıştır (Tablo16).

**Tablo16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kalıcı Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumları**

KALICI YÖNTEM BİLME DURUMU	S	%
Biliyor	471	52,3
Bilmiyor	429	47,7
Toplam	900	100,0

Öğrencilerin kalıcı yöntemler hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (% 72), Fen-Edb.Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%43) bildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin kalıcı yöntemler hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin (% 60,5), erkek öğrencilerden (%37,8) daha yüksek düzeyde bildiği saptanmıştır. (Tablo17).

Öğrencilerin kalıcı yöntemler hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; anne ve baba öğrenim durumları ( $P>0,05$ ), sınıfları ( $P>0,05$ ) ve medeni durumları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 17. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kalıcı Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi**

KALICI YÖNTEM BİLME DURUMU	BİLİYOR		BİLMİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	147	49,0	153	51,0	300	33,3	$X^2=42,89$ SD=3 $P<0,01$
Fen-Edb Fak.	129	43,0	171	57,0	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	144	72,0	56	28,0	200	22,2	
Enstitü	51	51,0	49	49,0	100	11,2	
Toplam	471	52,3	429	47,7	900	100,0	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	348	60,5	227	39,5	575	63,9	$X^2=42,79$ SD=1 $P<0,01$
Erkek	123	37,8	202	62,2	325	36,1	
Toplam	471	52,3	429	47,7	900	100,0	

Gebelik için riskli günlerin, adet başlangıcından sonraki 10.-20. günler arası olduğu yanıtı verenler biliyor, bunun dışında yanıt verenler bilmiyor olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin %50,3'ünün ( $n=453$ ) gebelik için riskli günleri bildiği, % 49,7'sinin ( $n=447$ ) ise bilmediği saptanmıştır. (Tablo18).

**Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gebe Kalınabilecek Dönem Hakkındaki Bilgi Durumları**

<b>GEBE KALINABİLECEK DÖNEMİ BİLME DURUMU</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
Biliyor	453	50,3
Bilmiyor	447	49,7
Toplam	900	100,0

Öğrencilerin gebe kalınabilecek dönem hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (% 63), Fen-Edb. Fak. Öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%43) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin gebe kalınabilecek dönem hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; lisans sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Lisans programı 4.sınıf öğrencilerinin (%54,8), 1.sınıf öğrencilerinden (%45,3) daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin gebe kalınabilecek dönem hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin (%57), erkek öğrencilerden (%38,5) daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin gebe kalınabilecek dönem hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; aile planlamasının tanımını bilme durumları açısından fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Aile planlamasının tanımını bilen öğrencilerin (%55,9), bilmeyen öğrencilerden (%45)daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır. (Tablo19).

Öğrencilerin gebe kalınabilecek dönem hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; yaş grupları ( $P>0,05$ ), medeni durumları ( $P>0,05$ ) ve enstitü sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.



**Tablo 19. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Gebe Kalınabilecek Dönem Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi**

GEBE KALINABİLECEK DÖNEMİ BİLME DURUMU	BİLİYOR		BİLMİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	150	50,0	150	50,0	300	33,3	$X^2 = 19,521$ sd=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	129	43,0	171	57,0	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	126	63,0	74	37,0	200	22,2	
Enstitü	48	48,0	52	52,0	100	11,2	
Toplam	453	50,3	447	49,7	900	100,0	
<b>SINIF(LİSANS)</b>							
1. sınıf	158	45,3	191	54,7	349	43,6	$X^2 = 7,096$ sd=1 P<0,01
4. sınıf	247	54,8	204	45,2	45,1	56,4	
Toplam	405	50,3	395	49,7	800	100,0	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	328	57,0	247	43,0	575	63,9	$X^2 = 28,679$ sd=1 P<0,01
Erkek	125	38,5	200	61,5	325	36,1	
Toplam	453	50,3	447	49,7	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	248	55,9	196	44,1	444	49,3	$X^2 = 2,711$ sd=1 P<0,01
Bilmiyor	205	45,0	251	55,0	456	50,7	
Toplam	453	50,3	447	49,7	900	100,0	

Öğrencilerin en fazla (% 53,6) arkadaş çevresinden, en az (%3,3) ise eczacılardan bilgi edindikleri saptanmıştır (Tablo 20).

**Tablo 20. Öğrencilerin A.P. Hakkında Bilgi Edinme Kaynaklarının Dağılımı**

A.P. HAKKINDA BİLGİ EDİNME KAYNAKLARI	S	%
Doktor	152	16,9
Eczacı	30	3,3
Hemşire	118	13,1
Broşür ve kitapçık	450	50,0
Mag, dergisi ve gazete	276	30,7
İnternet	167	18,6
TV ve radyo	475	52,8
Arkadaş çevresi	482	53,6
Okulda eğitim sırasında	472	52,4

Öğrencilerin %73,4'ünün (n=661) acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi olduğu, % 26,6'sının (n=239) ise fikir sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 21 ).

**Tablo 21. Öğrencilerin A.K. Terimi Hakkında Fikir Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K. HAKKINDA FİKİR SAHİBİ OLMA DURUMU	S	%
Fikir sahibi	661	73,4
Fikri yok	239	26,6
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin A.K. terimi hakkında fikir sahibi olma durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,05$ ) Enstitü öğrencilerinin acil kontrasepsiyon terimini en yüksek (%84), Fen-Edb.Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (% 69,3) fikir sahibi oldukları saptanmıştır. (Tablo 22)

Öğrencilerin A.K. terimi hakkında fikir sahibi olma durumları incelendiğinde; yaş grupları ( $P>0,05$ ), medeni durumları ( $P>0,05$ ), aile planlaması tanımını bilme durumları ( $P>0,05$ ) ve sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 22. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. Terimi Hakkında Fikir Sahibi Olma Durumlarının İncelenmesi**

A.K. HAKKINDA FİKİR SAHİBİ OLMA DURUMU	FİKİRİ VAR		FİKİRİ YOK		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	216	72,0	84	28,0	300	33,3	$X^2 = 9,591$ $sd=3$ $P<0,05$
Fen-Edb Fak.	208	69,3	92	30,7	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	153	76,5	47	23,5	200	22,2	
Enstitü	84	84,0	16	16,0	100	11,2	
Toplam	661	73,4	239	26,6	900	100,0	

Öğrencilerin “Hangi durumlarda acil kontrasepsiyona başvurulmalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %4,1'inin yalnızca kondomun yırtılmasında, %8'inin yalnızca korunmasız ilişkide, %6'sının yalnızca tecavüzde, %81,9'unun ise her üç durumda da kullanılmalı cevabını verdikleri saptanmıştır. (Tablo 23).

**Tablo 23. Öğrencilerin A.K. Kullanım Alanları Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K.'NUN KULLANIM ALANLARI	S	%
Yalnız kondomun yırtılması	37	4,1
Yalnız korunmasız ilişki	72	8,0
Yalnız tecavüz	54	6,0
Her üç durumda	737	81,9
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin, acil kontrasepsiyona başvurulması gereken durumlara ilişkin yanıtları incelendiğinde; lisans sınıfları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Lisans programı 4.sınıf öğrencilerinin (%82,7), 1.sınıf öğrencilerinden (%80,5) daha yüksek oranda her üç durumda acil kontrasepsiyona başvurulması gerektiğini bildikleri saptanmıştır. (Tablo 24).

Öğrencilerin, acil kontrasepsiyona başvurulması gereken durumlara ilişkin yanıtları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $p>0,05$ ), yaş grupları ( $p>0,05$ ), sınıfları ( $P>0,05$ ), aile planlaması tanımını bilme durumları ( $p>0,05$ ) ve medeni durumları arasında( $p>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 24. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. Kullanım Alanları Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi**

SINIF (LİSANS)	1.SINIF		4.SINIF		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>A.K. GEREKEN DURUMLAR</b>							$X^2 = 9,591$ $sd=3$ $P<0,05$
Yalnız Kondomun yırtılması	22	6,3	10	2,2	32	4,0	
Yalnız Korunmasız ilişki	29	8,3	33	7,3	62	7,8	
Yalnız Tecavüz	17	4,9	35	7,8	52	6,4	
Her Üç Durumda	281	80,5	373	82,7	654	81,8	
Toplam	349	43,6	451	56,4	800	100,0	

Öğrencilerin yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; %65,8'inin ( $n=592$ ) bilmediği, %34,2'sinin ( $n=308$ ) ise bildiği saptanmıştır.(Tablo 25)

**Tablo 25.Öğrencilerin A.K. İçin Kombine Oral Kontraseptif (KOK) Kullanımını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>KOK KULLANIMINI BİLME DURUMU</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
Bilen	308	34,2
Bilmeyen	592	65,8
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>

Öğrencilerin yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (%54,5), Fen-Edb Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%26,3) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; lisans programı sınıfları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,05$ ) 4.sınıf öğrencilerinin (%38,4), 1.sınıf öğrencilerinden (%30,9) daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Aile planlamasının tanımını bilen öğrencilerin(%43,9), bilmeyen öğrencilerden daha yüksek oranda (%24,8) yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bildikleri saptanmıştır (Tablo 26).

Öğrencilerin yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin A.K. için kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $P>0,05$ ), yaş grupları ( $P>0,05$ ), medeni durumları ( $P>0,05$ ) ve enstitü sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 26. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. İçin KOK Kullanımını Bilme Durumlarının İncelenmesi**

KOK KULLANIMINI BİLME DURUMU	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	207	69,0	93	31,0	300	33,3	X <sup>2</sup> = 48,528 sd=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	221	73,7	79	26,3	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	91	45,5	109	54,5	200	22,2	
Enstitü	73	73,0	27	27,0	100	11,2	
Toplam	592	65,8	308	34,2	900	100,0	
<b>SINIF (LİSANS)</b>							
1. Sınıf	241	69,1	108	30,9	349	43,6	X <sup>2</sup> = 4,7450 sd=1 P<0,05
4. Sınıf	278	61,6	173	38,4	451	56,4	
Toplam	519	64,9	281	35,1	800	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	249	56,1	195	43,9	444	49,3	X <sup>2</sup> = 36,603 sd=1 P<0,01
Bilmiyor	343	75,2	113	24,8	456	50,7	
Toplam	592	65,8	308	34,2	900	100,0	

Öğrencilerin A.K. için yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde; %20,9'unun (n=188) bildiği, %79,1'inin (n=712) ise bilmediği saptanmıştır (Tablo 27)

**Tablo 27. Öğrencilerin A.K. Yöntemlerinden KOK'un Kullanım Zamanını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

KOK KULLANIM ZAMANINI BİLME DURUMU	S	%
Bilen	188	20,9
Bilmeyen	712	79,1
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin A.K. için yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır. (P<0,01) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (%31,5), İ.İ.Bil.Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%16,7) KOK kullanım zamanını bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin A.K. için yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Aile planlamasının tanımını bilen öğrencilerin (%24,5), bilmeyen öğrencilerden daha yüksek oranda (%17,3) KOK kullanım zamanını bildikleri saptanmıştır (Tablo 28).

Öğrencilerin A.K. için yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin ilk 72 saat içinde alınması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $P>0,05$ ), yaş grupları ( $P>0,05$ ), medeni durumları ( $P>0,05$ ) ve sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 28. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K. İçin KOK Kullanım Zamanını Bilme Durumlarının İncelenmesi**

KOK KULLANIM ZAMANINI BİLME DURUMU	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	250	83,3	50	16,7	300	33,3	$X^2 = 20,194$ sd=3 $P<0,01$
Fen-Edb Fak.	249	83,0	51	17,0	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	137	68,5	63	31,5	200	22,2	
Enstitü	76	76,0	24	24,0	100	11,2	
Toplam	712	79,1	188	20,9	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	335	75,5	109	24,5	444	49,3	$X^2 = 7,106$ sd=1 $P<0,01$
Bilmiyor	377	82,7	79	17,3	456	50,7	
Toplam	712	79,1	188	20,9	900	100,0	

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; %66,9'unun ( $n=298$ ) bilmediği, 33,1'inin ( $n=602$ ) ise bildiği saptanmıştır (Tablo 29).

**Tablo 29. Öğrencilerin A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumları	S	%
Bilen	602	33,1
Bilmeyen	298	66,9
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek düzeyde (%44,0), İ.İ.B.Fak.öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%27,7) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin (%37,6), erkek öğrencilerden (%25,2) daha yüksek düzeyde acil kontrasepsiyonun düzenli şekilde doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmayacağını bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; medeni durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Evli öğrencilerin en yüksek (%45,7), nişanlı öğrencilerin ise en düşük düzeyde (%18,2) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Aile planlamasının tanımını bilen öğrencilerin (%39,9), bilmeyen öğrencilerden daha yüksek oranda (%26,5) acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bildikleri saptanmıştır. (Tablo 30).

Öğrencilerin acil kontrasepsiyonun doğum kontrol yöntemi olarak düzenli şekilde kullanılmayacağını bilme durumları incelendiğinde; yaş grupları ( $P>0,05$ ) ve sınıfları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 30.Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumlarının İncelenmesi**

A.K.'nın Düzenli Şekilde Kullanılmayacağını Bilme Durumları	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	N	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	217	72,3	83	27,7	300	33,3	$X^2 = 15,061$ sd=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	205	68,3	95	31,7	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	112	56,0	88	44,0	200	22,2	
Enstitü	68	68,0	32	32,0	100	11,2	
Toplam	602	66,9	298	33,1	900	100,0	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	359	62,4	216	37,6	575	63,9	$X^2 = 14,263$ sd=1 P<0,01
Erkek	243	74,8	82	25,2	325	36,1	
Toplam	602	66,9	298	33,1	900	100,0	
<b>MEDENİ HAL</b>							
Bekar	547	66,6	274	33,4	821	91,2	$X^2 = 6,964,$ sd=2 P<0,05
Evli	19	54,3	16	45,7	35	3,9	
Nişanlı	36	81,8	8	18,2	44	4,9	
Toplam	602	66,9	298	33,1	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	267	60,1	177	39,9	444	49,3	$X^2 = 18,048$ sd=1 P<0,01
Bilmiyor	335	73,5	121	26,5	456	50,7	
Toplam	602	66,9	298	33,1	900	100,0	

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinden yüksek doz kombine oral kontraseptif kullanımının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; %55,3'ünün (n=498) bildiği, %44,7'sinin (n=402) ise bilmediği saptanmıştır. (Tablo 31).

**Tablo 31. Öğrencilerin A.K Yöntemlerinden Yüksek Doz KOK Kullanımının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan (CYBH) Korumayacağını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K. Yöntemlerinden Yüksek doz KOK Kullanımının CYBH'dan Korumayacağını Bilme Durumları	S	%
Bilen	498	55,3
Bilmeyen	402	44,7
TOPLAM	900	100,0



Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinden yüksek doz kombine oral kontraseptif kullanımının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek (%71,5), Fen-Edb. Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%47,3) bildikleri tespit edilmiştir.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinden yüksek doz kombine oral kontraseptif kullanımının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetler arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Kız öğrencilerin (%59,8), erkek öğrencilerden (%47,4) daha yüksek düzeyde acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Aile planlamasının tanımını bilen öğrencilerin(%64,9), bilmeyen öğrencilerden daha yüksek düzeyde (%46,1) acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bildikleri saptanmıştır. (Tablo 32).

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; yaş grupları ( $P>0,05$ ), sınıfları ( $P>0,05$ ) ve medeni durumları arasında ( $P>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 32. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AK Yöntemlerinden Yüksek Doz KOK'un CYBH'dan Korumayacağını Bilme Durumlarının İncelenmesi**

A.K. Yöntemlerinden KOK'un CYBH'dan Korumayacağını Bilme Durumları	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	149	49,7	151	50,3	300	33,3	X <sup>2</sup> = 33,751 sd=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	158	52,7	142	47,3	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	57	28,5	143	71,5	200	22,2	
Enstitü	38	38,0	62	62,0	100	11,2	
Toplam	402	44,7	498	55,3	900	100,0	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	231	40,2	344	59,8	575	63,9	X <sup>2</sup> = 13,004 sd=1 P<0,01
Erkek	171	52,6	154	47,4	325	36,1	
Toplam	402	44,7	498	55,3	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	156	35,1	288	64,9	444	49,3	X <sup>2</sup> = 32,212 sd=1 P<0,01
Bilmiyor	246	53,9	210	46,1	456	50,7	
Toplam	402	44,7	498	55,3	900	100,0	

Öğrencilerin A.K.için ilk beş gün içinde RİA uygulamasının kullanılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; %80,2'sinin (n=722) bilmediği, %19,8'inin (n=178) ise bildiği saptanmıştır (Tablo 33).

**Tablo 33. Öğrencilerin A.K. Yöntemlerinden İlk Beş Gün İçinde RİA Uygulamasını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K. YÖNTEMLERİNDEN RİA KULLANIMINI BİLME DURUMU	S	%
Bilen	178	19,8
Bilmeyen	722	80,2
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin A.K. yöntemlerinden ilk beş gün içinde RİA uygulamasını bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri (p>0,05), yaş grupları (p>0,05), sınıfları (P>0,05), medeni durumları (p>0,05), okulları (p>0,05) ve aile

planlaması tanımını bilme durumları arasında ( $p>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

Öğrencilerin A.K. yöntemlerinden beklenen adetten 5 gün önce küretaj uygulama (menstrüel regulasyon) yöntemini bilme durumları incelendiğinde; %12'sinin ( $n=108$ ) bildiği, %88'inin ( $n=792$ ) ise bilmediği saptanmıştır (Tablo 34).

**Tablo 34.Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinden Menstrüel Regulasyon Yöntemini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

A.K. YÖNTEMLERİNDEN MENSTRÜEL REGULASYON YÖNTEMİNİ BİLME DURUMU	S	%
Bilen	108	12,0
Bilmeyen	792	88,0
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin A.K. yöntemlerinden beklenen adetten 5 gün önce küretaj uygulama (menstrüel regulasyon) yöntemini bilme durumları incelendiğinde; okullar arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Fen-Edb. Fak. öğrencilerinin en yüksek (%17), Enstitü öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%6) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin A.K. yöntemlerinden beklenen adetten 5 gün önce küretaj uygulama (menstrüel regulasyon) yöntemini bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Aile planlamasının tanımını bilmeyen öğrencilerin (%14,7), bilen öğrencilerden daha yüksek oranda (%9,2) acil kontrasepsiyon için menstrüel regulasyon yöntemini bildikleri saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Aile planlamasının tanımını bilmeyen öğrencilerin (%14,7), bilen öğrencilerden daha yüksek oranda (%9,2) acil kontrasepsiyon için menstrüel regulasyon yöntemini bildikleri saptanmıştır. (Tablo 35).

Öğrencilerin A.K. yöntemlerinden beklenen adetten 5 gün önce küretaj uygulama (menstrüel regulasyon) yöntemini bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $p>0,05$ ), yaş grupları ( $p>0,05$ ), sınıfları ( $P>0,05$ ) ve medeni durumları arasında ( $p>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 35. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinden Menstrüel Regulasyonu Bilme Durumlarının İncelenmesi**

A.K. YÖNTEMLERİNDEN MENSTRÜEL REGULASYONU BİLME DURUMU	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	269	89,7	31	10,3	300	33,3	$X^2 = 48,528$ sd=3 P<0,01
Fen-Edb Fak.	249	83,0	51	17,0	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	180	90,0	20	10,0	200	22,2	
Enstitü	94	94,0	6	6,0	100	11,2	
Toplam	792	88,0	108	12,0	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	403	90,8	41	9,2	444	49,3	$X^2 = 6,348$ sd=1 P<0,05
Bilmiyor	389	85,3	67	14,7	456	50,7	
Toplam	792	88,0	108	12,0	900	100,0	

Öğrencilerin ülkemiz mevcut şartlarında medikal abortusun gebeliği sonlandırma yöntemi olarak kullanılmadığını bilme durumları incelendiğinde; %42,4'ünün (n=382) bilmediği, %57,6'sının (n=518) ise bildiği saptanmıştır. (Tablo 36).

**Tablo 36. Öğrencilerin Ülkemiz Mevcut Şartlarında Medikal Abortusun Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olarak Kullanılmadığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

Medikal Abortusun Kullanılmadığını Bilme Durumları	S	%
Bilen	518	57,6
Bilmeyen	382	42,4
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin ülkemiz mevcut şartlarında medikal abortusun gebeliği sonlandırma yöntemi olarak kullanılmadığını bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri arasında fark olduğu saptanmıştır. (P<0,01)Erkek öğrencilerin (%68,3), kız öğrencilerden (%51,5) daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin ülkemiz mevcut şartlarında medikal abortusun gebeliği sonlandırma yöntemi olarak kullanılmadığını bilme durumları incelendiğinde; okulları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ ) Fen-Edb. Fak.öğrencilerinin en yüksek (%65,7), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ise en düşük oranda (%42,5) bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin ülkemiz mevcut şartlarında medikal abortusun gebeliği sonlandırma yöntemi olarak kullanılmadığını bilme durumları incelendiğinde; aile planlaması tanımını bilme durumları arasında fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Aile planlamasının tanımını bilmeyen öğrencilerin (%62,3), bilmeyen öğrencilerden daha yüksek oranda (%52,7) medikal abortus yöntemini bildikleri saptanmıştır. (Tablo 37).

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon için medikal abortus yöntemini bilme durumları incelendiğinde; yaş grupları ( $p>0,05$ ), sınıfları ( $P>0,05$ )ve medeni durumları arasında( $p>0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 37. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ülkemiz Mevcut Şartlarında Medikal Abortusun Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olarak Kullanılmadığını Bilme Durumlarının İncelenmesi**

A.K. İÇİN MEDİKAL ABORTUS YÖNTEMİNİ BİLME DURUMU	BİLİYOR		BİLMİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>CİNSİYET</b>							
Kız	296	51,5	279	48,5	575	63,9	$X^2 = 24,074,$ $sd=1$ $P<0,01$
Erkek	222	68,3	103	31,7	325	36,1	
Toplam	518	57,6	382	42,4	900	100,0	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	179	59,7	121	40,3	300	33,3	$X^2 = 27,197$ $sd=3$ $P<0,01$
Fen-Edb. Fak.	197	65,7	103	34,3	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	85	42,5	115	57,5	200	22,2	
Enstitü	57	57,0	43	43,0	100	11,2	
Toplam	518	57,6	382	42,4	900	100,0	
<b>A.P. TANIMINI BİLME DURUMU</b>							
Biliyor	234	52,7	210	47,3	444	49,3	$X^2 = 8,448$ $sd=1$ $P<0,01$
Bilmiyor	284	62,3	172	37,7	456	50,7	
Toplam	518	57,6	382	42,4	900	100,0	

Öğrencilerin gebeliği sonlandırma yöntemlerindsen biri olan küretajın riskli olduğunu bilme durumlarına göre dağılımı; % 37,7'sinin (n=339) bilmediği, %62,3'ünün (n=561) ise bildiği saptanmıştır (Tablo 38).

**Tablo 38. Öğrencilerin Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olan Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı**

Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olan Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumları	S	%
Bilen	561	62,3
Bilmeyen	339	37,7
TOPLAM	900	100,0

Öğrencilerin gebeliği sonlandırma yöntemi olan küretajın riskli olduğunu bilme durumları incelendiğinde; okulları arasında fark olduğu saptanmıştır.(P<0,01) Fen-Edb.Fak. öğrencilerinin en yüksek (%69), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ise en düşük oranda (%56) bildikleri saptanmıştır. (Tablo 39).

Öğrencilerin gebeliği sonlandırma yöntemi olan küretajın riskli olduğunu bilme durumları incelendiğinde; cinsiyetleri (p>0,05), yaş grupları (p>0,05), sınıfları (P>0,05), medeni durumları (p>0,05) ve aile planlaması tanımını bilme durumları arasında (p>0,05) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 39. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Gebeliği Sonlandırma Yöntemi Olan Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumlarının İncelenmesi**

Küretajın Riskli Olduğunu Bilme Durumu	BİLMİYOR		BİLİYOR		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	
<b>OKULLAR</b>							
İ.İ.Bil.Fak.	126	42,0	174	58,0	300	33,3	X <sup>2</sup> = 12,86 sd=3 P<0,01
Fen-Edb.Fak.	93	31,0	207	69,0	300	33,3	
Sağlık Y.Okulu	88	44,0	112	56,0	200	22,2	
Enstitü	32	32,0	68	68,0	100	11,2	
Toplam	339	37,7	561	62,3	900	100,0	

Öğrencilerin kürtaja olan tutumları incelendiğinde; %47,3'ünün uygun bulmadığı, %38,2'sinin uygun bulduğu, %14,4'ünün ise konu hakkında fikri olmadığı saptanmıştır (Tablo 40).

**Tablo 40. Öğrencilerin Küretaja Olan Tutumlarının Dağılımı**

<b>KÜRETAJA OLAN TUTUM</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
Uygun değil	426	47,3
Uygun	344	38,2
Fikrim yok	130	14,5
<b>TOPLAM</b>	<b>900</b>	<b>100,0</b>

Öğrencilerin küreaja olan tutumları incelendiğinde; sınıflar arasında fark olduğu saptanmıştır, (  $P < 0,01$  ) Küretajı 4.sınıf öğrencilerinin (%40,8), 1.sınıf öğrencilerinden (%36,1) daha yüksek oranda uygun buldukları saptanmıştır.

Öğrencilerin kürtaja olan tutumları incelendiğinde; yaş grupları arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $p < 0,05$ ) Küretajı en fazla 27 ve üzeri yaş grubu öğrencilerin (%50), en az ise 17-21 yaş grubu öğrencilerin (%36,4) uygun buldukları saptanmıştır.

Öğrencilerin kürtaja olan tutumları incelendiğinde; küretajın en riskli gebeliği önleme yöntemi olduğunu bilme durumu arasında fark olduğu saptanmıştır. ( $P < 0,01$ ) Küretajın riskli bir yöntem olduğunu bilenlerin daha yüksek oranda (%54,7) uygun değil yanıtını verirken, bilmeyenlerin ise daha düşük oranda (%35,1) uygun değil yanıtını verdikleri saptanmıştır. (Tablo 41).

Öğrencilerin kürtaja olan tutumları incelendiğinde; cinsiyetleri ( $p > 0,05$ ), medeni durumları ( $p > 0,05$ ), aile planlaması tanımını bilme durumları ( $p > 0,05$ ) ve okulları arasında ( $p > 0,05$ ) istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

**Tablo 41. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Küretaja Olan Tutumlarının İncelenmesi**

KÜRETAJA OLAN TUTUM	UYGUN DEĞİL		UYGUN		FİKRİM YOK		TOPLAM		ANALİZ
	S	%	S	%	S	%	S	%	
<b>SINIF (LİSANS)</b>									
1.Sınıf	155	44,4	126	36,1	68	19,5	349	43,6	X <sup>2</sup> =10,47 sd=2 P<0,01
4.Sınıf	216	47,9	184	40,8	51	11,3	451	56,4	
Toplam	371	46,4	310	38,8	119	14,9	800	100,0	
<b>YAS GRUBU</b>									
17-21 yas	169	45,2	136	36,4	69	18,4	374	41,6	X <sup>2</sup> =10,75 sd=4 P<0,05
22-26 yas	243	49,0	193	38,9	60	12,1	496	55,1	
27+ yas	14	46,7	15	50,0	1	3,3	30	3,3	
Toplam	426	47,3	344	38,2	130	14,4	900	100,0	
<b>KÜRETAJIN RİSKİNİ BİLME</b>									
Yanlış	119	35,1	141	41,6	79	23,3	339	37,7	X <sup>2</sup> =48,35 sd=2 P<0,01
Doğru	307	54,7	203	36,2	51	9,1	561	62,3	
Toplam	426	47,3	344	38,2	130	14,4	900	100,0	



#### 4.TARTIŞMA

Bu araştırmada; İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi birinci sınıfından 132, dördüncü sınıfından 168 toplam 300 öğrenci, Fen-Edebiyat Fakóltesi birinci sınıfından 117, dördüncü sınıfından 183 toplam 300 öğrenci, Sağlık Yüksekokulu birinci sınıfından 100, dördüncü sınıfından 100 toplam 200 öğrenci, Enstitü birinci sınıfından 51, ikinci sınıfından 49 toplam 100 öğrenci olmak üzere 900 öğrenci incelenmiştir.

Öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyleri incelendiğinde; %8,8'inin okur-yazar olmadığı, %6,9'unun okur-yazar, % 50,2'sinin ilkokul, %9,1'inin ortaokul, %14,7'sinin lise ve %10,3'ünün üniversite mezunu olduğu görölmektedir.

Çukurova Üniversitesi değişik fakólterinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin aile planlaması konusundaki bilgi ve tutum düzeylerini saptamak amacıyla yapılan benzer çalışmada, öğrencilerin annelerinin %39,7'unun ilkokul, %6,1'inin ortaokul, %13,3'ünün lise, %11,4'ünün üniversite, %29,4'ünün hiç eğitim almadığı saptanmıştır (76).

Öğrencilerin babalarının öğrenim düzeyleri incelendiğinde; % 2,5'inin okur-yazar olmadığı, %3,7'sinin okur-yazar, % 36,3'ünün ilkokul mezunu, % 15,9'unun ortaokul mezunu, % 22,7'sinin lise mezunu, %18,9'unun üniversite mezunu olduğu görölmektedir.

Çukurova Üniversitesinde yapılan araştırmada; öğrencilerin babalarının %39,4'ünün ilkokul, %9,9'unun ortaokul, %16'sinin lise %23,3'ünün üniversite, %11,4'ünün hiç eğitim almadığı saptanmıştır (76).

Anne ve baba öğrenim düzeyleri birlikte düşünölerek, bu araştırmanın bulgularıyla karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu oranlarının benzer olduğu, hiç eğitim almayanlarının oranlarının bu araştırmada daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Aile planlamasının tanımını öğrencilerin %49,3'ünün bildiği, %50,7'sinin bilmediği saptanmıştır.Çukurova Üniversitesinde yapılan benzer çalışmada %55,8'inin bildiği saptanmış olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (76). Ankara'nın merkez Elmadağ ilçesinde değişik okullarda okuyan öğrencilerin aile

planlaması konusundaki bilgi ve tutumların incelendiği araştırmalarda %31'inin bildiği saptanmış olup çalışmamızla benzerlik göstermemektedir (77,78). Çalışmamızda tespit ettiğimiz oran ile adölesan yaş grubu gençlerde A.P. tanımını bilme oranı karşılaştırıldığında çalışmamızda bulduğumuz oran daha yüksek düzeydedir. Aile planlamasını algılama düzeyi yaş ve eğitimle artmaktadır.

Aile planlamasının tanımını bilmelerinin okullara göre dağılımı incelendiğinde; aralarındaki fark önemli bulunmuştur. ( $p<0,01$ ) Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencileri %32,7'lik oranla en düşük düzeyde bilirken, Sağlık Yüksekokulu öğrencileri %80'lik oranla en yüksek düzeyde bilmişlerdir. Bu sonuç, Sağlık Yüksekokulunda okuyan öğrencilerin diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre aile planlamasının tanımını daha iyi bildiklerini ortaya koymaktadır. Sağlık Yüksekokulu ders müfredatında AP yöntemleri detaylı şekilde bulunduğu için beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Aile planlaması tanımını bilmelerinin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; erkeklerin %37,2'sinin, kızların %56,2'sinin A.P. tanımını bildiği görülmektedir. Yapılan önemlilik testi sonucunda, kız öğrencilerin aile planlaması tanımını erkek öğrencilere göre daha yüksek düzeyde bildikleri saptanmıştır. ( $p<0,01$ ) Çukurova Üniversitesinde yapılan araştırmada, kızların %60,5'inin, erkeklerin %51'inin aile planlamasının tanımını bildiği görülmüştür (76). Elmadag ilçesinde yapılan araştırmada ise; bu oran kızlar için %45,4 erkekler için %19,1 olarak saptanmıştır (78). Elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, bayanların aile planlamasında daha fazla (%68,7) sorumluluk aldığı düşünüldüğünde; bu sonuç doğal olarak karşımıza çıkmaktadır (79)

Aile planlaması tanımına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; anne öğrenim durumları arasında öğrencilerin aile planlaması tanımını bilmeleri açısından fark olduğu saptanmıştır. ( $P<0,01$ ) Ortaokul mezunu olan annelerin çocuklarının en yüksek (%57,3), üniversite mezunu olan annelerin çocuklarının ise en düşük düzeyde (%28) A.P. tanımını doğru olarak yapabildiği görülmektedir. Aile planlamasının tanımını bilme durumu anne eğitimi ile doğru orantılı olarak artmamaktadır. Bu beklenmeyen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Aile planlaması tanımına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; baba öğrenim durumları arasında öğrencilerin aile planlaması tanımını bilmeleri açısından fark olduğu saptanmıştır.( $P<0,01$ )Lise mezunu olan babaların çocuklarının %54,4'ünün, okur-yazar olmayan babaların çocuklarının %13'ünün aile planlaması tanımını doğru olarak yapabildiği görülmektedir.Babanın öğrenim düzeyi arttıkça, üniversite öğrenimi görmekte olan çocuğunun aile planlamasını tanımlama oranının arttığı saptanmış olup, beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin ilerde sahip olmayı düşündükleri ideal çocuk sayısı sorulduğunda; %68,4'ünün 2, %6,2'sinin 1, 25,4'ünün üç ve üzeri sayıda çocuk sahibi olmayı düşündükleri saptanmıştır.Nüfus sorununu halen yaşamakta olan bir ülke için (35) , genç nesillerin az sayıda çocuk istemeleri oldukça olumlu bir tutumdur.

Elmadağ ilçesinde yapılan çalışmada (78), öğrencilerin %67,1'inin 2 çocuk istedikleri görülmüştür.Çukurova Üniversitesinde yapılan araştırmada (76) %60,4'ünün 2 çocuk sahibi olmayı düşündükleri ortaya çıkmıştır.Benzer bir çalışmada, (80) erler %68,9 ve işçiler %80,7 oranında 2 çocuk, Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada (81) % 57,8 oranında 2 çocuk istenmektedir.Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, ülkemizde çok çocuk sahibi olma eğiliminin azalmaya başladığının göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

İdeal çocuk sayısına ilişkin yanıtlar incelendiğinde; cinsiyetler arasında öğrencilerin istedikleri ideal çocuk sayısı açısından fark olduğu saptanmıştır.Kız öğrencilerin % 78,3'ü tarafından 1-2 çocuk istenirken, erkek öğrencilerin %68'i tarafından 1-2 çocuk istenmektedir.

Yapılan benzer bir çalışmada bayanların %19'u bir çocuk isterken, erkeklerin %8,1'i bir çocuk istemektedir.Benzer çalışmalarda, kızların 1-2 çocuk isteme(%88,7) oranı erkeklerden (%66,2) daha yüksek oranda bulunmuş olup bu sonuç çalışmamızı desteklemektedir (76,77).

Anne ve babanın öğrenim durumları arttıkça istenen çocuk sayısının azaldığı tespit edilmiş olup ( $P<0,01$ ) bu bulgu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.Benzeri yapılan bazı çalışmalarda anne ve babanın öğrenim

düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmakta olup çalışmamızı desteklemektedir.(76)

“Aile planlaması yöntemlerini uygulamada eşlerden hangisi sorumluluğu almalı” sorusuna alınan yanıtlar incelendiğinde; öğrencilerin %82,8’inin her ikisi de, %8’inin erkek, %9,2’sinin kadın yanıtını verdiği görülmektedir.Yapılan önemlilik testi sonucunda, kız öğrencilerin (%85), erkek öğrencilere(%78,8) göre daha yüksek düzeyde “her ikisi de sorumluluk almalı” yanıtını verdikleri saptanmıştır. ( $p<0,05$ )

Benzer bir çalışmada; aile planlaması sorumluluğunu %77 oranında paylaşılması gerektiği ve kız öğrencilerin daha fazla oranda (%83) sorumluluk paylaşılmalı yanıtını verdikleri saptanmış olup, çalışmamızla oldukça benzerlik göstermektedir (77). Benzer bir çalışmada, aile planlaması sorumluluğunu %77,5 oranında paylaşılması gerektiği ve kızların daha fazla oranda (%88,3) sorumluluk paylaşılmalı yanıtını verdikleri saptanmış olup çalışmamızı desteklemektedir (78).Gelecek nesillerin büyük bir kısmının sorumluluğu paylaşma yanlısı olması oldukça olumludur.Ülkemizde bayanların aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasında kadınların daha yüksek oranda (%68,7) sorumluluk aldığı göz önünde bulundurulduğunda; bayanların sorumluluğu daha çok paylaşma taraftarı olması sonucu doğal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (9).

“Aile planlaması yöntemlerini uygulamada eşlerden hangisi sorumluluğu almalı” sorusuna alınan yanıtlar incelendiğinde, bekar öğrencilerin (%83,3), en yüksek oranda “sorumluluğu her ikisi de almalı” yanıtını verdikleri saptanmıştır.Gençlerin büyük bir kısmının sorumluluğu paylaşma yanlısı bir tutum sergilemelerine rağmen; evli ve nişanlı olanların uygulamada sorumluluğu paylaşmak istemedikleri saptanmış olup, ülkemiz gerçekleriyle paralel sonuçlar elde edilmiştir (9).

Öğrencilerin bilgi sahibi olduğunu düşündükleri aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; %91,8’inin doğum kontrol haplarını, %79’unun rahim içi araçları, %43,3’ü norplantı, %73,8’i kondomu, %32,2’si spermisiti, %56,4’ü geri çekme yöntemini, %60,1’i takvim yöntemini, %52,3’ü erkekte

tüplerin bağlanması yöntemini, %43,1'i kadında tüplerin bağlanması yöntemini duydukları saptanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin aile planlamasına ilişkin bilgilerinin incelendiği bir araştırmada (82), ilk üç sırada doğum kontrol hapları, kondom ve rahim içi araçları, er ve işçilerin aile planlaması bilgi düzeyinin incelendiği bir başka çalışmada (80), doğum kontrol hapları, rahim içi araçlar ve kondomu, benzer bir çalışmada (83), doğum kontrol hapları, RİA ve kondomu duydukları tespit edilmiştir, Bu araştırma bulgularının çalışmamızın bulgularına oldukça benzer olduğu görülmektedir. İlk üç sırayı etkin aile planlaması yöntemlerinin alması oldukça olumlu bir sonuçtur.

Geleneksel yöntem bilgi puanları geri çekme, takvim yöntemi ve vaginal lavaj yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin geleneksel yöntem bilgisi incelendiğinde; %18,4'i puan almazken, % 24,9'u 1 puan, % 29,3'ü 2 puan ve % 27,4'ü 3 tam puan almıştır, Geleneksel yöntem bilgi ortalaması % 55 olarak tespit edilmiştir.

Erkek öğrencilerin (1,75±1,07), 27 ve üzeri yaş grubu öğrencilerin (2,13±1,07), nişanlı öğrencilerin (2,06±0,94), enstitü öğrencilerinin (2,34±0,89), enstitü 2.sınıf öğrencilerinin (2,71±0,54), puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geleneksel yöntem bilgisi, eğitim düzeyinin ve yaşın artmasıyla doğru orantılı olarak artmaktadır.

Silivri Ortaköy beldesinde 15-49 yaş grubu kadınlar üzerinde yapılan benzer bir çalışmada geleneksel yöntem bilgisi %44,3 olarak (84) , Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre; her iki eşinde bildiği geleneksel yöntem bilgisi %37,4 olarak tespit edilmiştir (9)

Yukarıda söz edilen araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında; geleneksel yöntem bilgisinin çalışmamızda daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup, üniversite öğrenimi görmekte olan gençlerde beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin kısa süreli yöntem bilgi puanları, doğum kontrol hapları, prezervatif ve emzirme yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin kısa süreli yöntem bilgisi incelendiğinde; %1,8'i hiç puan almazken, %5,9'u 1 puan, % 17,1'i 2 puan, %35,7'si 3 puan, % 29,1'i 4 puan,

%10,4'ü 5 tam puan almıştır.Kısa süreli yöntem bilgi ortalaması %63 olarak tespit edilmiştir.

Enstitü öğrencilerinin ( $3,69\pm 0,98$ ), 27 yaş üstü öğrencilerin ( $3,56\pm 1,19$ ) ve Enstitü 2.sınıf öğrencilerinin puan ortalamaları ( $3,97\pm 0,90$ ) daha yüksektir. Kısa süreli yöntem bilgisinin, eğitim düzeyinin ve yaşın artmasıyla doğru olarak arttığı saptanmıştır.

Silivri Ortaköy beldesinde yapılan çalışmada (84) kısa süreli yöntem bilgisi %80,3 olarak, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre; her iki eşinde bildiği kısa süreli yöntem bilgisi %82,1 olarak tespit edilmiştir. (9)

Yukarıda söz edilen araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında; kısa süreli yöntem bilgisinin çalışmamızda daha düşük oranda bilindiği tespit edilmiş olup, üniversite öğrenimi görmekte olan gençlerde kısa süreli yöntem bilgisinin daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uzun süreli yöntem bilgi puanları, rahim içi araçlar ve deri altı kapsülü (norplant, implant) yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin uzun süreli yöntem bilgisi incelendiğinde; %22,6'sı hiç puan almazken, %28,7'si 1 puan, % 27,7'si 2 puan, %21,'i 3 tam puan almıştır. Uzun süreli yöntem bilgi ortalaması %49 olarak saptanmıştır.

Enstitü öğrencilerinin ( $2,14\pm 0,93$ ), 27 yaş üstü öğrencilerinin ( $2,23\pm 1,00$ ), nişanlı öğrencilerinin ( $1,84\pm 1,05$ ), enstitü 2.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının ( $2,44\pm 0,79$ ) daha yüksektir.Uzun süreli yöntem bilgisinin, eğitim düzeyinin ve yaşın artmasıyla doğru olarak arttığı saptanmıştır.

Silivri Ortaköy beldesinde yapılan çalışmada uzun süreli yöntem bilgisi %42,4 (84), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre; her iki eşinde bildiği uzun süreli yöntem bilgisi %42,4 tespit edilmiştir(9).

Yukarıda söz edilen araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında; uzun süreli yöntem bilgisinin oldukça benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Öğrencilerin kalıcı yöntem bilgi düzeyleri, tüp ligasyonu ve vazektomi yöntemlerinin sorgulanmasından elde edilmiştir. Öğrencilerin kalıcı yöntem bilgisi incelendiğinde; %52,3'nün bildiği saptanmıştır.

Kız öğrencilerin (% 60,5) ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin (% 72,0) bilgi düzeyi daha yüksektir.Kalıcı yöntemler, 1998 yılı TNSA verilerine

göre; tüp ligasyonu %4,2 oranında kullanılırken, vazektomi %0,1 oranında kullanılmaktadır (9). Kullanım yaygınlığı oranları göz önünde bulundurulduğunda; kız öğrencilerin bilgi düzeylerinin yüksek çıkması doğal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Silivri Ortaköy beldesinde yapılan çalışmada kalıcı yöntem bilgisi %55,3(84), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre; her iki eşinde bildiği kalıcı yöntem bilgisi %43,8 olarak tespit edilmiştir (9).

Yukarıda söz edilen araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında; kalıcı yöntem bilgisinin oldukça benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Öğrencilerin bildikleri aile planlaması yöntemlerinden aldıkları puan ortalamaları sırayla; kısa süreli yöntem bilgi ortalaması %63, geleneksel yöntem bilgi ortalaması % 55, kalıcı yöntem bilgisi %52,3, uzun süreli yöntem bilgi ortalaması %49 olarak tespit edilmiştir. Bu durumda öğrenciler aile planlaması yöntemlerinden; en çok doğum kontrol hapları, kondom ve emzirme hakkında bilgi sahibi iken, en az rahim içi araç ve implanon hakkında bilgi sahibidir.

Öğrencilerin “gebe kalmak için riskli günleri” bilme durumları incelendiğinde; %50,3’ünün riskli günleri bildiği, %49,7’sinin ise bilmediği saptanmıştır.

Harper ve arkadaşlarının çalışmasında bu dönemi bilme oranı %12 (85) Ünalın ve arkadaşlarının çalışmasında %17,6 (79), Shawe arkadaşlarının çalışmasında %44 (86), Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında %30,5 (88), Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırmasında %29 (89), benzer bir çalışmada erler %15,9 ve işçiler %40,4 olarak tespit edilmiştir (80).

Yukarıda söz edilen araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında; çalışmamızda gebe kalma ihtimalinin yüksek olduğu dönemleri bilme oranı diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin “Aile planlamasıyla ilgili bilgileri nereden edindiniz” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %53,6’sının arkadaş çevresinden, %52,8’inin televizyon ve radyodan, %52,4’ünün okuldaki eğitim esnasında, %50’sinin broşür ve kitapçıktan, %30,7’sinin magazin dergisi ve gazeteden, %33,3’ünün sağlık personelinin, %18,6’sının internette edindikleri görülmektedir.

Çukurova Üniversitesinde yapılan araştırmada bilgi edinme kaynağı olarak ilk iki sırada gazete-mecmua ve televizyon-radyo (76), Elmadağ ilçesinde yapılan çalışmada, basın ve öğretmen (3), er ve işçiler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada basın ve sağlık personeli (80), Sorhaindo ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada arkadaş çevresi ve basın (23), Yanıkkerem tarafından yapılan aynı konulu bir çalışmada basın ve arkadaş çevresi (90), benzer bir çalışmada basın-yayın ve arkadaş çevresi bilgi kaynağı olarak saptanmıştır.(84)

Bütün bulgular dikkate alındığında; basın-yayın araçlarının ve arkadaş çevresinin oldukça önemli bilgi kaynakları olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi olma durumları incelendiğinde; %73,4'ünün fikir sahibi olduğu, %26,6'sının ise fikrinin olmadığı saptanmıştır.Yapılan önemlilik testi sonucu okullar arası fark tespit edilmiş olup; Enstitü öğrencilerinin acil kontrasepsiyon terimi hakkında en çok fikir sahibi olan (%84), Fen-Edb. Fak. öğrencilerinin ise en düşük düzeyde hakkında fikir sahibi olan (% 69,3) okul olduğu görülmektedir. (P<0,05) Eğitim düzeyi arttıkça acil kontrasepsiyon terimini hakkında fikir sahibi olma oranlarının artması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi olma durumları; Sorhaindo ve arkadaşlarının çalışmasında %84 (23), Royen ve arkadaşlarının çalışmasında %64 (91), Glasier'in çalışmasında %75 (18), Smith ve arkadaşlarının çalışmasında %94 (92), Bildircin'in çalışmasında %100 (93), Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında %77,4 (88) olarak saptanmış olup çalışmamız ile benzerlik gösterirken, Kırımlı ve arkadaşlarının çalışmasında %5 (94), Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında %4,7 (95), Soğukpınar ve arkadaşlarının çalışmasında %3,3 (96), Delbanco ve arkadaşlarının çalışmasında %55 (97), Aziken ve arkadaşlarının çalışmasında %58 (98), Muia ve arkadaşlarının çalışmasında %15 (99), Baiden ve arkadaşlarının çalışmasında %43,2 (100) olarak bulunmuş olan oranlardan, çalışmamızın oranı daha yüksek olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin "Acil kontraseptif yöntemlere hangi durumlarda başvurulmalı" sorusuna yanıtları incelendiğinde; bu soruya öğrenciler tarafından birden fazla yanıt verildiği saptanmıştır.Öğrencilerin 81,9'unun kondom



kazalarında, korunmasız ilişkide ve tecavüzde ayırım yapılmaksızın acil kontrasepsiyon uygulanması gerektiğini bilmektedir. Ayrıca, öğrencilerin %4,1'i yalnızca kondomun yırtılması, %8'i yalnızca korunmasız ilişki, %6'sı yalnızca tecavüz durumunda acil kontrasepsiyonun kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Acil kontraseptif yöntemlere başvurulması gereken durumlar Shawe ve arkadaşlarının çalışmasında ilk iki sırada kondom kazaları ve korunmasız ilişki (86), Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında kondom kazaları ve tecavüz (87), Sawyer ve arkadaşlarının çalışmasında kondom kazaları ve korunmasız ilişki (101), Virjo ve arkadaşlarının çalışmasında kondom kazaları ve korunmasız ilişki (102), Bildircin'in çalışmasında (93) tecavüz ve kondom kazaları, olarak bulunan sonuçlar araştırmamızda saptanan sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon için yüksek doz kombine doğum kontrol hapı alınabileceği bilgisi incelendiğinde; %65,8'inin bilmediği, %34,2'sinin bildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon için yüksek doz kombine doğum kontrol hapı alınabileceği bilgisi, Bildircin'in çalışmasında %100(4), Bennet ve arkadaşlarının çalışmasında %64(103), Sorhaindo ve arkadaşlarının çalışmasında %73(23) olarak tespit edilmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermemektedir. Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında %32,4(87), Harper ve arkadaşlarının çalışmasında %26(85), Baiden ve arkadaşlarının çalışmasında %11,3(100) olarak bulunan sonuçlardan çalışmamızın sonucu benzerli göstermektedir.

Öğrencilerin yüksek doz kombine doğum kontrol hapının ilk dozunun korunmasız ilişki sonrası ilk 72 saatte alınması gerekliliği bilgisi incelendiğinde; %20,9'unun bildiği, %79,1'inin bilmediği saptanmıştır.

A.K. için yüksek doz kombine doğum kontrol hapının ilk dozunun ilk 72 saatte alınması gerekliliği bilgisi, Royen ve arkadaşlarının çalışmasında %15 (91), Harper ve arkadaşlarının çalışmasında %12 (85), Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında %11,5 (87), Baiden ve arkadaşlarının çalışmasında %11,3 (100), Aziken ve arkadaşlarının çalışmasında %18 (98) olarak tespit edilmiş olup çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Uzuner ve

arkadaşlarının çalışmasında %51 (104), Perslev arkadaşlarının çalışmasında %56 (17), Bennet ve arkadaşlarının çalışmasında %48 (103), Bildircin'in çalışmasında %73,2 (93), Smith ve arkadaşlarının çalışmasında %39 (92) olarak bulunan sonuçlardan çalışmamız bulgularının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon için yüksek doz kombine doğum kontrol hapının düzenli olarak kullanılmayacağı bilgisi incelendiğinde; %66,9'unun bilmediği, %33,1'inin bildiği saptanmıştır.

Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (94) gençlerin acil kontrasepsiyondan haberdar olmalarının onların gebelik önleyici metotlardan vazgeçerek düzenli olarak acil kontrasepsiyon yöntemlerini kullanılacakları endişesi(%49) saptanmıştır.Bu saptama çalışmamızda bulunan sonuçlarla benzerlik göstererek ciddi bir endişe yaratmaktadır,Ancak Glasier ve arkadaşları tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada %98 (105) oranında düzenli olarak kullanılmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin A.K. için, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk beş gün içinde rahim içi araç takılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; %19,8'inin bildiği, %80,2'sinin bilmediği saptanmıştır.

Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında (87) korunmasız ilişki sonrası ilk beş gün içinde rahim içi araç takılabileceğini bilme oranı %19,8 oranında bulunmuş olup, çalışmamızla oldukça uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Bildircin'in çalışmasında %50 (93) olarak tespit edilmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Öğrencilerin A.K. için kullanılan yüksek doz kombine doğum kontrol hapının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını bilme durumları incelendiğinde; %55,3'ünün bildiği, %44,7'sinin ise bilmediği saptanmıştır.Öğrenciler A.K. için kullanılan yüksek doz kombine doğum kontrol hapının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyacağına inanmaktadırlar.

Ülkemiz mevcut şartlarında ağızdan alınan hormonal tabletleri ile gebeliğin sonlandırılabilmesi (medikal abortus) mümkün değildir.Öğrencilerin ülkemizde medikal abortusun mümkün olmadığını bilme durumları incelendiğinde, %42,4'ünün bilmediği ve %57,6'sının bildiği saptanmıştır.

Harper ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %52 (85), Perslev ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %36,7(17), Bennet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %40 (103) olarak bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Acil kontrasepsiyon yöntemlerinden menstrüel regülasyonu öğrencilerin, %12'sinin (n=108) bildiği, %88'inin (n=792) ise bilmediği saptanmıştır.Bıldırın tarafından yapılan benzer çalışmada %10'unun bildiği tespit edilmiş olup çalışmamızla uyum göstermektedir.(93)

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusun riskli (küretaj) olduğunu bilme durumu incelendiğinde; %33,7'sinin bilmediği ve %62,3'ünün bildiği saptanmıştır.

Bennet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada riski %63,3'ünün bildiği bulunmuş olup çalışmamızda elde ettiğimiz orandan oldukça yüksek olduğu görülmektedir. (103) Soğukpınar ve arkadaşlarının çalışmasında ise; bu oranın %12,7 olarak bulunmuş olup çalışmamızdan düşük olarak değerlendirilmiştir. (96)

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusu (küretaj) öğrencilerin %47,3'ü uygun bulmuyorum, %38,2'si uygun buluyorum, %14,5'i fikrim yok cevabını verdiği saptanmıştır.

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusa(küretaj) ilişkin tutumlar incelendiğinde; küretajın riskli bir yöntem olduğunu bilenlerin %54,7'si uygun değil yanıtını verirken, bilmeyenlerin %35,1'i uygun değil yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.(P<0,01)Küretajın riskleri bilindikçe küretaja onaylamama oranı artmaktadır.Bu sonuç olumlu olarak nitelendirebileceğimiz bir durumdur.Öğrencilerin aile planlaması ve acil kontrasepsiyon konusunda bilgileri arttıkça küretaja giden yollar kapatılabilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre (9); kadınların %62,8'inin küretajı uygun bulduğu saptanmıştır.Bu verilerle çalışmamızdaki küretajı uygun bulma oranı (%47,3) karşılaştırıldığında; benzerlik göstermektedir. Benzer bir çalışmada (80), erlerin %19,2'sinin ve işçilerin %23,1'inin küretajı uygun buldukları saptanmış olup çalışmamızla

benzerlik göstermemekle birlikte, benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızda katılımcılar küretaja daha olumlu bir tutum sergilenmektedirler.

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusa (küretaj) ilişkin tutumlar incelendiğinde; yaş grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur.27 ve üzeri yaş grubu öğrencilerin (%50), 17-21 yaş grubu öğrencilerden (%36,4) daha yüksek oranda küretajı uygun bulduğu tespit edilmiştir.( $p<0,05$ )Bu durum, öğrencilerin yaşları ilerledikçe üremenin mutlaka kontrol edilmesi gerektiği yönündeki tutumlarının arttığını ortaya koymakla birlikte; bu kontrolün küretajla sağlanabileceğinin kabul görmesi olumsuz olarak değerlendirilebileceğimiz bir sonuçtur.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı verilerine göre (9); isteyerek düşük hızı 25-29 yaş grubu kadınlarda %20, 35-44 yaş grubu kadınlarda %37, 45-49 yaş grubu kadınlarda %42,5 olarak tespit edilmiş olup, kadınların yaşları arttıkça isteyerek düşük yapma hızları da artmaktadır.Bu verilerle çalışmamızdaki küretaja ilişkin olumlu tutumun yaşla doğru orantılı olarak arttığı tespiti karşılaştırıldığında; oldukça benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusa (küretaj) ilişkin tutumlar incelendiğinde; sınıflar arası fark önemli bulunmuştur.4.sınıf öğrencilerinin küretajı (%40,8) 1.sınıf öğrencilerinden (%36,1) daha yüksek oranda uygun buldukları tespit edilmiştir.(  $P<0,01$ ) Küretaja ilişkin tutumların yaşla doğru arttığı sonucu göz önünde bulundurulduğunda; 4.sınıf öğrencilerin daha fazla olumlu tutum sergilemeleri beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

## SONUÇ

Bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesinde eğitim görmekte olan İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sağlık Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinden ve Enstitü birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 900 öğrenci üzerinde anket yöntemi ile yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Öğrencilerin 49,3'ünün AP. tanımını bildiği saptanmıştır. Fen-Edb.Fak.öğrencileri en düşük düzeyde (%32,7), Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ise (%80) en yüksek düzeyde AP tanımını bilmişlerdir.( $p<0,01$ )

Medeni durumlarına göre incelendiğinde; nişanlı öğrencilerin AP tanımını en yüksek düzeyde (%65,9) bildikleri tespit edilmiştir. ( $p<0,01$ )

Cinsiyete göre incelendiğinde; kız öğrencilerin AP. tanımını, (%56,2) erkek öğrencilerden daha fazla oranda (%37,2) bildikleri tespit edilmiştir.( $p<0,01$ )

Öğrencilerin %27,3'ünün geleneksel aile planlaması yöntemlerini iyi derecede bildikleri gözlenmiştir. Geleneksel aile planlaması yöntemleri bilgi düzeyleri, okullara göre incelendiğinde enstitü öğrencilerinin ( $p<0,01$ ), yaş gruplarına göre incelendiğinde 27 yaş üzeri olan öğrencilerin ( $p<0,05$ ), medeni hale göre incelendiğinde nişanlı öğrencilerin ( $p<0,05$ ), cinsiyetlere göre incelendiğinde erkek öğrencilerin geleneksel yöntem bilgisinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.( $p<0,05$ )

Öğrencilerin %10,4'ünün kısa süreli aile planlaması yöntemlerini iyi derecede bildikleri gözlenmiştir. Kısa süreli aile planlaması yöntemleri bilgi düzeyleri, okullara göre incelendiğinde enstitü öğrencilerinin, yaş gruplarına göre incelendiğinde 27 ve üzeri yaş grubu olan öğrencilerin ( $p<0,05$ ), enstitü sınıflarına göre incelendiğinde ikinci sınıf öğrencilerinin, kısa süreli yöntem bilgisinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.( $p<0,05$ )

Öğrencilerin %21'inin uzun süreli aile planlaması yöntemlerini iyi derecede bildikleri gözlenmiştir. Uzun süreli aile planlaması yöntemleri bilgi düzeyleri, okullara göre incelendiğinde enstitü öğrencilerinin( $p<0,01$ ), yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok 27 yaş üzeri olan öğrencilerin ( $p<0,05$ ), medeni hale göre incelendiğinde nişanlı öğrencilerin ( $p<0,05$ ), enstitü sınıflarına göre incelendiğinde ikinci sınıf öğrencilerinin ( $p<0,01$ ), lisans sınıflarına göre

incelendiğinde birinci sınıf öğrencilerinin daha çok uzun süreli yöntem bilgisine sahip oldukları tespit edilmiştir.( $p<0,01$ )

Öğrencilerin %47,7'ünün kalıcı aile planlaması yöntemlerini bildikleri gözlenmiştir.Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ve bayan öğrencilerin daha yüksek düzeyde kalıcı yöntem bilgisine sahip oldukları gözlenmiştir.( $p<0,01$ )

Öğrencilerin %73,4'ünün acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi oldukları tespit edilmiştir.Enstitü öğrencilerinin en yüksek düzeyde (%84) Fen-Edb. Fak.öğrencilerinin ise en düşük düzeyde acil kontrasepsiyon terimi hakkında fikir sahibi oldukları saptanmıştır.( $p<0,05$ )

Öğrencilerin 81,9'u tarafından acil kontrasepsiyonun kondom kazalarında, korunmasız ilişkide ve tecavüzde uygulanması gerektiğini bilinmektedir. Lisans programı 4.sınıf öğrencilerinin (%82,7), 1.sınıf öğrencilerinden (%80,5) daha yüksek oranda her üç durumda acil kontrasepsiyona başvurulması gerektiğini bildikleri saptanmıştır.

Öğrencilerin %34,2'si acil kontrasepsiyon için kombine oral kontraseptiflerin kullanılabilceği bilmektedir.Acil kontrasepsiyon için kombine oral kontraseptiflerin kullanılabilceği bilme durumları, okullara göre incelendiğinde, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin( $p<0,01$ ), A.P. tanımını bilme durumuna göre incelendiğinde A.P. tanımını bilen öğrencilerin ( $p<0,01$ ) ve lisans sınıflarına göre incelendiğinde dördüncü sınıf öğrencilerinin acil kıntrasepsiyon için kombine oral kontraseptif kullanılabilceği bilgisi daha yüksek olarak tespit edilmiştir. ( $p<0,05$ )

Öğrencilerin %20,9'u tarafından acil kontrasepsiyonun kullanım zamanını bilinmektedir.Sağlık Yüksekokulu öğrencileri en yüksek düzeyde(%31,5) Fen-Edb. Fak.öğrencilerinin ise en düşük düzeyde (%17) acil kontrasepsiyon kullanım zamanı bilgisine sahip oldukları gözlenmiştir.( $p<0,01$ ) A.P. tanımını bilen öğrencilerin acil kontrasepsiyon kullanım zamanını daha çok bildikleri tespit edilmiştir.( $p<0,01$ )

Öğrencilerin %19,8'i acil kontrasepsiyon için RİA kullanılabilceği bilgisine sahiptir. Öğrencilerin % 62,3'ü gebeliği sonlandırma yöntemlerinden küretajın (cerrahi abortusu) riskli olduğunu bilmektedir.

Öğrencilerin %47,3'ü küretajı uygun bulmazken, %38,2'si uygun bulup, %14,5'i fikir belirtmemiştir. Küretajın riskli bir yöntem olduğunu bilenler öğrenciler daha yüksek oranda (%54,7) uygun değil yanıtını verirken, bilmeyenler daha düşük oranda (%35,1) uygun değil yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.(P<0,01)

Ülkemizde aile planlaması hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından kuvvetle desteklenmekte, doğurganlık hızı giderek azalmaktadır. Ancak aile planlaması eğitiminin bekar gençleri kapsamaması önemli bir sorundur.Gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasının yasal olduğu ülkemizde, hem doğum hem de isteyerek düşük sıklığı hala yüksektir.

Aile planlaması ve acil kontrasepsiyonu kapsayan yoğun eğitim programları ile istenmeyen gebeliklerin ve tehlikeli düşüklükler gibi sonuçlarının görülme sıklığı azaltılabilir.

İlkokuldan başlatarak bütün eğitim düzeylerine uygun aile planlaması dersleri müfredat programı içine alınabilir.Bunun için Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yapılabilir.Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından standart evlilik öncesi aile planlaması eğitimi verilebilir.

Aile planlaması ile ilgili bilgilerin en çok edinildikleri kaynaklar basın yayın araçları ve arkadaş çevresidir.Bu kaynaklar dikkate alınarak, var olan aile planlaması hizmetlerini duyurmak ve toplumu bilinçlendirmek için bilgilendirme, eğitim, iletişim çalışmalarına yaygınlık ve yoğunluk kazandırılabilir.

Üniversite düzeyinde eğitim almakta olan ve evlenme çağına gelmiş gençlerin bilgi sorularına ortalama %50 gibi bir bölümünü doğru yanıtlamaları, bilgi eksikliğinin ne denli büyük olduğunun göstergesidir.Üniversite eğitimi içerisinde A.P. ilgili derslerin konulması ve bilimsel yöntemlerle periyodik olarak değerlendirilmesi sağlanabilir.

Küretajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için yapılan küretajın ana sağlığı yönünden kanama, enfeksiyon gibi erken, infertilite gibi geç dönemde ortaya çıkabilecek riskler anlatılmadığıdır.

**KAYNAKLAR**

- 1- Türk ailesine ilişkin demografik bilgiler, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998 sonuçları*, <http://aile.gov.tr>
- 2- S.B.Nüfus ve Sağlık Araştırması 93,H.Ü.N.E.E. ve Macro International Inc. Ankara. 1994
- 3- Akın A., Özcebe H. (1993) Türkiye’de gençler arasında doğurganlık bir sorun mudur ?. *Nüfus Bilim Dergisi* **10**,33-53
- 4- Bulut I.(1986) *Adölesan evlilikleri, doğurganlıkları, ve A.P. uygulamalarının sosyo-ekonomik yönü, dünyada ve Türkiye’de uygulamalar ve sonuçları*. Ankara. Jinekoloji Derneği
- 5- Koçoğlu G.O. (2000) İsteyerek düşüklerde yeni bir yaklaşım. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*.**21**,4
- 6- The Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility, women society and abortion worldwide*, Washington.
- 7- WHO. (1995) Complications of abortion technical and managerial guidelines prevention and treatment .19
- 8- Trussell J., Stewart F.H., Guest F. (1992) Emergency contraceptive pills:a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Family Planning Perspectives* **24**, 269-73
- 9- Akın A., Enünlü T., (2002) Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler,Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması –1998 ileri analiz sonuçları Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.Ankara.
- 10- Davis A.S., Teal S.B. (2003) Controversies in adolescent hormonal contraception, *Obstet Gynecol Clin North Am* **30**, 391-406.



- 11- Grimes D.A., Raymond E.G., Scott J.B. (2001) Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives, *Obstet Gynecol* **98**, 151-5.
- 12- Henshaw S.K. (1998) Unintended pregnancy in the USA. *Fam Plann Perspect* **30**, 24-9.
- 13- <http://www.who.int./reproductive-health/publication>
- 14- Jones. R.K., Darroch J.E. Henshaw S.K.et al. (2002) Contraceptive use among USA. women having abortion in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* **34**, 294-303
- 15- Diaz-Olavarrieta C., Turner A.N., Ellertson C., et al. (2002) Policy climate, scholarship, and provision of emergency contraception at affiliates of International Planned Parenthood Federation in Latin America and the Caribbean, *Contraception* **65**, 143-9.
- 16- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1997) *Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Bilgiler* Johns Hopkins Üniversitesi Nüfus İletişim Servisi, Ankara
- 17- Perslev A., Rorbye C., Boesen H.C., et al. (2003) Emergency Contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy, *Contraception* **66**, 427-431.
- 18- Glasier A. (1993) Emergency Contraception: time for de regulation?. *J Obstet Gynaecol* **100**, 611-2.
- 19- Churchill D., Allen J., Pringle M., et al.(2002) Teenagers at risk of unintended pregnancy:identification of practical risk markers for use in general practise from a retrospective analysis of case records in the United Kingdom, *Int J Adolesc Med Health* **14**, 153-60.

- 20- Heimburger A., Acevedo-Garcia D., Schiavon R., et al.(2002) Emergency Contraseption in mexico city knowledge, attitudes and practises among providers and potential clients after a 3 years introduction effort, *Contraseption* 66, 321-9.
- 21- Oye-Adeniran B.A., Umoh A.V., Nnatu S.N. (2002) Complication of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria, *Reprod Healht Matters* 10, 18-21.
- 22- Hextor N, (1995) Chinese experts reflect on women's reproductive health, *China Popul Today* 12, 20-1.
- 23- Sorhaindo A., Becker D., Fletcher HÇ., et al. (2002) Emergency Contraseption among univercity students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge attitudes and practises. *Contraseption* 66, 261-268.
- 24- Hugh J.F. ( 2001) Use of hormonal emergency contaseption at university health centre over a 6 year period, *The Journal of Family Planning and Reprod Health Care* 27, 47-48.
- 25- Aile Sağlığı (1998) Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı Yayını İstanbul
- 26- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1995) Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Programları *Doğum Öncesi ve Sonrası Bakım- Doğumların Sağlıklı Koşullarda Yapılması-Aile Planlaması* Ankara
- 27- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1995)Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı 6. baskı Ankara
- 28- Açıkalın İ., Eds. (2000) Türkiye'de ana sağlığı ve aile planlaması, *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler (3,basım)*, Damla Matbaacılık. Ankara.

- 29- <http://www.tapd.org.tr>
- 30- Hatcher R, A., (1990) Aile Planlamasının Sağlık Yararları Çev.Edi.Derrişoğlu A,A., *Kontraseptif Yöntemler, Demircioğlu Matbaacılık, Uluslararası Basım, Ankara.*
- 31- Flynn A. Ed.(1995) Çev: Kazancıgil A. *Tabii yoldan gebeliği önleme.* İstanbul.
- 32- Macart P. Ed.(1984) Çev:Derman E. *Gebe kalmayı önleyici yöntemler*
- 33- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1984) Aile Planlaması Ders Kitabı.ankara
- 34- ÖzteK Z., (1997) Dünya'da ve Türkiye'de nüfus sorunu, *Nusret Fişek ve Hekimlik.* [url:http://www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr)
- 35- Çalı Ş., (2002) "Nüfus ve Nüfus Sorunları", *Aile Planlamasında Temel Bilgiler,* İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, 2. Baskı. Ankara.
- 36- Öztürk Y., (1995) Ülkemizde kadınların sağlık sorunları, *Aile Sağlığı El Kitabı,* Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri.
- 37- Warner L., Newman D,R., Austin H,D., et al. (2004) Condom effectiveness for reducing transmission of gonorrhoea and Chlamydia:the importance of assessing partner infection status. *Am J Epidemiol* 159, 242-51.
- 38- Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., et al. (2001) *The Essentials of Contraceptive Technology a Handbook for Clinic Staff.* Johns Hopkins Population Information Program ; USA
- 39- Shulman L.P. (2001) Controlled trial with a monthly combination injectable contraceptive in the USA. *Gynecol Endocrinol* 3, 15-8.

- 40- Huber J. (1998) Pharmacokinetics of implanon: on integrated analysis. *Contraception Supplement* **58**, 85-91.
- 41- Mering R., Merki G.S., Keller P.J. (2003) Is there a place for tubal ligation in modern contraception?. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsh* **43**, 25-30.
- 42- Goldberg H.I., Toros A. (1994) The use of traditional methods of contraception among Turkish couples. *Stud Fam Plann* **25**, 122-8.
- 43- Yuzpe A.A., Lancee W.J. (1977) Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil steril* **28**, 932-6.
- 44- Kestelman P.(1995) When is Emergency Contraception the right name for postcoital treatment?. *Plann Parent Eur* **24**, 7-10.
- 45- International Planned Parenthood Federation, Western, Hemisphere Region.(2001) Annual Report.
- 46- Ellertson C., Trussell J., Stewart F.H., et al. (1998) Should emergency contraceptive pills be available without prescription?. *J Am Med Womens Assoc* **53**, 226-9.
- 47- Herten H., Van Look P.F. (1996) Research on new methods of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* **28**, 52-7.
- 48- Ellertson C.(1996) History and efficacy of emergency contraception:beyond coca-cola. *Int Fam Plann Perspect* **22**, 44-48.
- 49- Ellertson C., Winikof B., Armstrong E., et al. (1995) Expanding access to emergency contraception in developing countries, *Stud Fam Plann* **26**, 251-63.
- 50- Hassa H., Tanır M. (2001) Acil kontrasepsiyon ve antiprogesterinlerin kontraseptif amacıyla kullanımı. Türk Jinekoloji Derneği. *Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*. **4**,59-63.

- 51- Herten H. (1998) Research on mifepristone and Levonorgestrel in comparison with Yuzpe regimen. *Am Med Womens Assoc* **53**, 222-4
- 52- Webb A. (1999) Emergency Contraception: is it time to change method. *BMJ* **318**, 342-3.
- 53- Narrigan D. (1994) Postcoital contraception. Has its day come? *J Nurse Midwifery* **39**, 363-9.
- 54- Pham A. (2002) Emergency contraception (postcoital contraception). *J Okla State Med Assoc* **95**, 371-4.
- 55- US. Food and Drug Administration, Federal register, (1997) **62**, 37.
- 56- US. FDA center for drug evaluation and research approval package for Preven emergency contraceptive kit. (2003)
- 57- Barnett B. (1997) Emergency contraception as a backup method, *Network* **17**, 12-3.
- 58- Trussell J., Ellertson C., Rodriguez G. (1996) The yuzpe regimen of emergency contraception: how long after morning after? *Obstet Gynecol* **88**, 150-4.
- 59- Ellertson C., Evans M., Ferden S., et al. (2003) Extending the time limit for starting the yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* **101**, 1168-1171.
- 60- Trussell J., Raymond E.G. (1999) Statistical evidence about the mechanism of action of Yuzpe regimen emergency contraception, *Obstet Gynecol* **93**, 872-6.
- 61- Müller A.L., Lladós C.M., Croxatto H.B. (2003) Postcoital treatment with levonorgestrol does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* **67**, 415-419.

- 62-..... (1998) Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combine oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* **352**, 428-33.
- 63- Herten H., Piaggio G., Ding J. et al. (2002) Low dose mifepristone and two regimen of levonorgestrol for emergency contraception: a WHO multicenter randomise trial. *Lancet* **7**, 1803-10.
- 64- Wu S., Wang C., Wang Y. (1999) A randomized, double-blind multicentre study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* **34**, 327-30.
- 65- Raymond E., Taylor D., Trussell J., et al. (2004) Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. *Contraception* **69**, 79-81
- 66- Ho P.C., Yu Ng E.H., Tang O.S. (2002) Mifepristone: contraceptive and non contraceptive uses. *Curr Opin Obstet Gynecol* **14**, 325-30.
- 67- Dorozynski A. (1997) Boycott threat forces French company to abandon RU-486, *BMJ* **19**, 1150.
- 68- Ashok P.W., Stalder C., Wagaarachchi P.T., et al. (2002) A randomised study comparing a low dose of mifepristone and Yuzpe regimen for emergency contraception. *BJOG* **109**, 553-60.
- 69- Heimbürger A., Gras C., Guedes A. (2003) Expanding access to emergency contraception: the case of Brazil and Colombia. *Reprod Health Matters* **11**, 150-160.
- 70- Wagaarachchi P.T., Ashok P.W., Narvekar N., et al. (2001) Medical management of early fetal demise using a combination of mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod* **16**, 1849-53.

- 71-.....(1994) World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. *Contraception* **50**, 461-475.
- 72-..... (1999) Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: randomize controlled trial. *Lancet* **353**, 697-702.
- 73-..... (1973) FDA consider DES safe as “morning after” pill. *J Am Med Assoc* **224**, 1581-2.
- 74- Barnhart K,T., Sondheimer S.J., (1994) Emergency contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol* **6**, 555-63.
- 75- Bajos N., Goulard H., Job-Spira N. (2003) Emergency contraception: from accessibility to counseling. *Contraception* **67**, 39-40.
- 76- Erdoğan Karacaoğlu (1996)Çukurova Üniversitesi değişik bölümlerinde okuyan öğrencilerin aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- 77- Tokur E,T., Öksüz Kanbur N., Derman O., ve ark. (2002))Adelolanların aile planlaması, üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgi düzeyleri Ankara, 3. *Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi*.114. Poster
- 78- Alacalıoğlu F. (2000) Elmadağ ilçesi merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin aile planlaması konusundaki bilgi ve tutum düzeyleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği A.B.D.Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 79- Koç İ., Ünalan T., (1999) Aile planlaması, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları*, Hacettepe Üni. Nüfus Etütleri Enstitüsü.

- 80- İnanç N.(1989) Bir Askeri Fabrikadaki er ve İşçilerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Uygulama ve Tutumlarının İncelenmesi,Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 81- Güraksın A.(1992) Erzurum İli Eğitim Araştırma Sağlık Ocakları Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Tutum ve Davranışları, Atatürk Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı A.B.D Uzmanlık Tezi ,Erzurum
- 82- Koç G., Akın A., Özvarış B. (2002) Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgileri, Ankara. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi. 14.Sözlü Bildiri
- 83- Altıntaş H., Beyhun E., Aykun G. (2002) Emine Fahri Uçar AÇSAP 13 Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkında Bazı Bilgi, Görüş ve Davranışları. Ankara. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi.66.Poster
- 84- Özdemir İ.H. (1997) Silivri Ortaköy Beldesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul
- 85- Harper C.C., Ellertson C.E. (1995) The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am J Obstet Gynecol* **173**, 1438-45.
- 86- Shawe J., Ineichen B., Lawrenson R. (2001) Emergency contraception: Who are the users?.. *Reprod Health Care* **27**,209-212.
- 87- Arawojulu A.O., Adekunle A.O.(2000) Perception and practice of emergency contraception by post-secondary school students in southwest Nigeria.*Afr J Reprod Health* **4**, 56-65.



- 88- Tokuç B., Eskiocak M., Ekuklu G., ve ark. (2002) Edirne İl Merkezinde 15-49 yaş grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve yöntem kullanım oranları,. Edirne. *VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*
- 89- Düşükler ve ölü doğumlar, (1999) *Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Manisa, 53-58.
- 90- Yanikkerem E. (2002) Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Deneyimleri, Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Afyon.3. *Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi*, 9. Poster
- 91- Royen A.R., Calvin C.K., Lightner C.R.(2000) Knowledge and attitudes about emergency contraception in military population. *Obstet Gynecol* **96**, 921-5.
- 92- Smith B.H., Gurney E.M., Aboulele L., et al.(1996) Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes. *Br J Obstet Gynaecol* **103**,1109-16.
- 93- Bildircin M. (2002) Aile planlaması danışmanlarının acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi tutum ve uygulamaları. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 94- Kırımlı E., Uzuner A., Eker E., ve ark.(2002) Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Kullanım Sıklığı. İstanbul. *3.Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi*. 85.Poster
- 95- Öztürk A., Aygen E., Naçar M., ve ark. (2002) Kadınların acil kontrasepsiyonla ilgili bilgi ve deneyimleri. *Medikal Network Klinik Bilimler And Doctor* **8**, 387-391.
- 96- Soğukpınar N., Türkistanlı E.C., Saydam B.K. (2003) Postcoital Contraception İn Turkey. *Int J Obstet Gynecol* **80**,159-160

- 97- Delbanco S.F., Mauldon J., Smith M.D. (1997) Little knowledge and limited practise: emergency contraceptve pillss, the public, and obsttrician-gynecologist, *Obstet Gynecol* **89**,1006-11.
- 98- Aziken M.E., Okonta P.I., Ande A.B., (2003) Knowledge and perception emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Perpect* **29**, 84-87.
- 99- Muia E., Blanchard K., Lukhando M., et al. (2002) Evaluation of emergency contraception introduction project in Kenya.*Contraception* **66**, 255-60.
- 100- Baiden F., Awini E., Clerk C.(2002) Perception of university students in Ghana about emergency contraception.*Contraception* **66**,23-6.
- 101- Sawyer R.G., Fong D., Stankus L.R., et al. (1996) Feasibility of telephone follow-up on use of emergency contraceptive pills in a collage health center.*J, Am Coll Health* **44**, 145-9.
- 102- Virgo I., Virtala A. (2003) Why do university students use hormonal emergency contraception? *Eur J Contracept Reprod Health Care* **8**,139-44.
- 103- Bennet W., Petraits C., D'Anella A., et al. (2003) Pharmacist knowledge and diffuculty of obtaining emergency contraception, *Contraception* **68**, 261-267.
- 104- Uzuner U., Ünalın P., Akman M., ve ark. (2002) Aile Planlaması Hizmeti Sunan Sağlık Personelinin Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri. İstanbul. 3.Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi, 79.Poster
- 105- Glasier A., Baird D.(1998) The effects of self administering emergency contraception.*N Engl J Med* **2**, 11-4.

**EK-1**  
**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİNDEKİ ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI**  
**YÖNTEMLERİ VE ACİL KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ**  
**BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

Sevgili Öğrenciler;

Bu anket evlenme çağında gençlerin aile planlaması yöntemleri ve acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan bilimsel bir araştırma için düzenlenmiştir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, başarılar dileriz.

1-Kayıtlı olduğunuz yüksek öğrenim kurumu :

- 1) Fakülte [ ]                      2)Yüksekokul [ ]                      3)Y.Lisans [ ]

2-Sınıfınızı belirtiniz.....,

3-Cinsiyetiniz    1) Kız [ ]                      2) Erkek [ ]

4-Yaşınız.....

5- Medeni haliniz    1) Bekar [ ]                      2) Evli [ ]                      3)Nişanlı [ ]

6- Şu anda sizin oturduğunuz yer :

- 1-Ailemle [ ]                      3-Eşimle [ ]                      5-Öğrenci yurdunda [ ]  
 2-Arkadaşlarla evde [ ]                      4-Akraba yanında [ ]

7-Ailenizin oturduğu merkez :

- 1) Köy [ ]                      2) İlçe [ ]                      3)Şehir merkezi [ ]

8-Anne babanızın öğrenim durumu nedir?

Anne

- 1)Okur-yazar değil  
 2)Okur-yazar [ ]  
 3)İlkokul mezunu [ ]  
 4)Ortaokul mezunu [ ]  
 5)Lise mezunu [ ]  
 6)Yüksekokul mezunu [ ]

Baba

- 1)Okur-yazar değil [ ]  
 2)Okur-yazar [ ]  
 3)İlkokul mezunu [ ]  
 4)Ortaokul mezun[ ]  
 5)Lise mezunu [ ]  
 6)Yüksekokul mezunu [ ]

9-Sizce aile planlaması nedir ?

- 1) Ailenin istediği zaman; istediği sayıda çocuk sahibi olabilmesi için yapılan uygulamadır.  
 2) Ailenin çocuk sayısının kısıtlanmasıdır,  
 3) Ülkenin nüfusunun artmaması için uygulanan devlet politikasıdır.  
 4) Bireylere gebelikten koruyucu yöntemlerin öğretilmesidir.

10-Sizce aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasında sorumluluğu eşlerden hangisi almalıdır?

- 1) Kadın [ ]                      2) Erkek [ ]                      3) Her ikisi [ ]

11- Sizce ideal ailedeki çocuk sayısı ne olmalıdır?.....

12-Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisini duydunuz ? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1)Oral kontraseptifler (Doğum Kontrol Hapları) [ ] | 5)Spermisit ( Köpük Tabletler ) [ ] |
| 2)Rahim içi araçlar (RİA-Spiral ) [ ]              | 6)Geri Çekme (Dışa Boşalma ) [ ]    |
| 3)Norplant (Deri Altı Kapsüller ) [ ]              | 7)Takvim Yöntemi [ ]                |
| 4) Erkek Kondomu [ ]                               | 8)Tüplerin Bağlanması Kadında [ ]   |
|  | Erkeklerde [ ]                      |

Lütfen İşaretlemek istediğiniz kutucuğun içine (+) işareti koyunuz.

	Doğru	Yanlış	Bilmeyim
Doğum Kontrol hapları <b>etkin (güvenilir)</b> aile planlaması yöntemlerinden biridir.			
Prezervatif ( Kaput-Kondom ) <b>cinsel yolla bulaşan hastalıklardan</b> korur.			
Kadında veya erkekte tüplerin bağlanması <b>geri dönüşümsüz</b> bir aile planlaması yöntemidir.			
Rahimiçi araçlar <b>etkin ( güvenilir)</b> aile planlaması yöntemlerinden biridir.			
Geri çekme ( Dışa akıtma ) yöntemi ile etkin biçimde gebelikten korunmak <b>mümkün değildir.</b>			
Deri altı kapsülü <b>uzun süre etkili (3 yıl)</b> gebelikten koruyucu yöntemlerden biridir.			
Takvim yöntemini ( ritim ) kullanan çiftler; özellikle kadının <b>ovulasyon (yumurtlama) günlerinde</b> cinsel perhiz yaparak korunurlar.			
Cinsel ilişki sonrası, hiç vakit kaybetmeden vaginal lavaj ( hazneyi yıkama ) yapılırsa bile gebelikten <b>korunmak mümkün değildir.</b>			
Doğum kontrol haplarını kadın <b>her yaşta</b> güvenle kullanarak gebelikten korunabilir.			
Rahim içi araçların cinsel yolla bulaşan hastalıktan <b>koruyucu etkileri yoktur.</b>			
Prezervatif (Kaput-Kondom ) kullanan çiftlerin her cinsel ilişkide <b>yeni bir kondom</b> kullanması gereklidir.			
Bebek emzirme, ek gıdaya geçilmediği takdirde <b>ilk altı ay için</b> gebelikten koruyucudur.			

Aile planlaması hakkındaki bilgilerinizi nereden edindiniz ? ( Birden fazla işaretleyebilirsiniz )

- |   |   |
|---|---|
| 1)Aile hekiminden [ ]                   | 6)İnternette [ ]                        |
| 2)Sağdan [ ]                            | 7)Televizyon ve radyo yayınlarından [ ] |
| 3)Aile danışmanlarından [ ]             | 8)Arkadaş çevresinden [ ]               |
| 4)Yakınlarından [ ]                     | 9)Okuldaki eğitim sırasında [ ]         |
| 5)İnternetten [ ]                       |   |
| 6)İnternette [ ]                        |   |
| 7)Televizyon ve radyo yayınlarından [ ] |   |
| 8)Arkadaş çevresinden [ ]               |   |
| 9)Okuldaki eğitim sırasında [ ]         |   |

Bir akrabanız önceki gece prezervatifle ilişki sonrasında prezervatifi yırtıldığını fark ettiklerini ve şu anda oluşabilecek bir gebeliği de devam ettirmek istemediklerini söyleyerek ne yapabileceklerini sordu. **Böyle bir durumda size güvenerek ;**

14-Yardım isteyen kişiye ilk tavsiyeniz ne olur ?

- 1) Hemen doktora gitmesini tavsiye ederim. [ ]  
 2) Gebe kalma riskinin olmadığını söylerim. [ ]  
 3) Gebelik testi yaptırmasını söylerim. [ ]  
 4)Eczaneden ilaç almasını söylerim. [ ]

**ki tablodaki önermeler korunmasız ilişki sonrasında alınacak gebeliği önleme (acil kontrasepsiyon) ile ilgilidir.Doğru olduğunu düşündüğünüz kutucuğun içine (+) işareti koyunuz.**

<b>KORUNMASIZ İLİŞKİ SONRASINDA ;</b>	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Her üç gün içinde hekimin tavsiye ettiği dozda östrojen-progesteron içeren yüksek doz hormon alınarak <b>gebelik oluşması önlenir.</b>			
Yüksek doz hormon alımı yöntemi <b>ilk 72 saat</b> içinde herhangi bir zamanda yapılarak gebelik önlenir.			
Korunmasız ilişki sonrası yüksek doz hormon alımı yöntemi <b>il olarak</b> kullanılabilir.			
Yüksek doz hormon alınarak her türlü <b>cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak</b> mümkündür.			
<b>İlk beş gün içinde</b> rahim içi araç (RİA-Spiral) takılarak gebelik önlenir.			
Gebeliği sonlandırma yöntemleri arasında <b>en riskli olanı</b> gebelik tahliyesi (küretaj) dir.			
Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden biri de <b>beklenen adetten 5 gün öncesinde</b> uygulanan küretajdır.			
En uygun şartlarında oluşmuş bir gebeliğin <b>ilaçlarla sonlandırılması</b> ( medikal abortus ) mümkün değildir.			

Gebe kadınlarda cinsel ilişki sonrasında gebe kalma ihtimali en yüksek olan dönem hangisidir ?

- Adetin başlangıcından sonra ki 3-10 gün arası [ ]  
 Adetin başlangıcından sonra ki 10-20 gün arası [ ]  
 Adetin başlangıcından sonra ki 20-30 günleri arası [ ]  
 Bilmiyorum [ ]

Gebe kadınlarda hangi durumlarda acilen gebeliği önleme yöntemlerine başvurmak gerekmektedir ?

- Doğumun yırılması veya çıkması [ ]  
 Korunmasız cinsel ilişki [ ]  
 Eczavüç [ ]  
 Epsi [ ]

Gebe kadınlarda bir gebelik eşler tarafından devam ettirilmek istenmiyorsa küretaj yapılmasını uygun buluyor musunuz?

- 1) Uygun 2) Kesinlikle Uygun Değil 3)Fikrim Yok 4)Diğer

**AİLE PLANLAMASININ BAŞLICA AMAÇLARINDAN BİRİ DE, AİLELERİN İSTENMEYEN GEBELİKLERİNİN ETKİN BİÇİMDE ÖNLENEREK, GEBELİK TAHLİYESİNE ( KÜRETAJ )GİDEN YOLLARIN KESİLMESİDİR.**

**YARDIMLARINIZ İÇİN TESEKKÜRLER**