

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
ACİL KONTRASEPSİYON KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hüseyin UĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN

ZONGULDAK

2018

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
ACİL KONTRASEPSİYON KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hüseyin UĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN

ZONGULDAK

2018

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Hüseyin UĞUR

Tez Savunma Tarihi : 21.12.2018

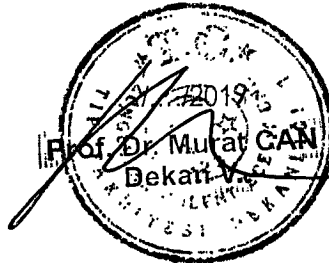
Tez Danışmanı : Prof.Dr. Nejat DEMİRCAN

Prof.Dr. Nejat DEMİRCAN
Jüri Başkanı

Prof.Dr. Ülkü ÖZMEN
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Cemil Işık SÖNMEZ
Jüri Üyesi

UYGUNDUR



TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım, başta tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sayın Nejat DEMİRCAN'a, Prof. Dr. Sayın Erol AKTUNÇ'a, Doç. Dr. Sayın Ayşe Semra DEMİR AKÇA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Sayın Günter DİLSİZ'e; arkadaşlıkları, dostlukları ve destekleri için Aile Hekimliği araştırma görevlilerine; tüm mesai arkadaşlarıma; anket konusunda yardımcı olan Prof. Dr. Sayın Mustafa ÇELİK'e, istatistik konusunda destek olan Dr. Öğr. Üyesi Sayın M. Çağatay BÜYÜKUYSAL'a; eğitim – öğretim hayatım boyunca beni destekleyen ve kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarıma (öğretmenlerime); beni yetiştiren ve bugünlere getiren değerli aileme; birlikteliğimiz boyunca manevi desteğini ve yardımlarını esirgemeyen kıymetli eşim Sayın Ünzile EFE UĞUR'a ve biricik oğlum Sayın Furkan UĞUR'a şükranlarımı sunarım. Zonguldak, 2018.

Dr. Hüseyin UĞUR

ÖZET

Hüseyin Uğur, Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2018.

Amaç: Son 20 yılda önemli hale gelen aile planlaması kavramı özellikle kontraseptif yöntemlere yönelik müdahale çalışmalarını artırmış ve bu alanın bir kolu olarak kontraseptif yöntemlere ilişkin pek çok popülasyonda tutum ve bilgi düzeyi çalışılır hale gelmiştir. Bu amaçla bu çalışmada Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan birinci ve altıncı sınıf tıp öğrencilerinin acil kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Nisan 2018 ile Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara demografik bilgilerinin yer aldığı soru formu ile ertesi sabah hapına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini ölçen anket verilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 201 öğrenci katılmış olup bunların %59,2'si kadındır. Birinci sınıflardan toplam 131 öğrenci bulunurken geri kalanlar ise altıncı sınıf tıp öğrencileridir. Temel olarak sınıf düzeyi yükseldikçe öğrencilerin kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bir diğer bulgu ise bilgi düzeyi arttıkça öğrencilerinin tutumlarının olumlu yönde arttığı görülmüştür.

Sonuç: Yapılan istatistikler sonucunda acil kontraseptif yöntemlere ilişkin bilginin türü ne olursa olsun cinsiyetler arası bir fark bulunmazken, altıncı sınıf öğrencilerinin birinci sınıflara göre bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır; ancak yine de bu çalışma için altıncı sınıf tıp öğrencilerinin beklenen bilgi düzeyinde olmadıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil kontrasepsiyon, aile hekimliği, tıp fakültesi öğrencileri, ertesi günü hapi, farkındalık, tutum.

Çalışmamız 13. Aile Hekimliği araştırma günlerinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Hüseyin Uğur, Evaluation of the Knowledge Attitudes and Behaviors of Medical Students About Emergency Contraception Methods. Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Family Medicine Specialization Thesis, Zonguldak, 2018.

Aim: Family planning has become important in the last 20 years. Practices of family planning have increased interventions for contraceptive methods. In this respect, the attitudes and knowledge level of contraceptive methods have been studied in many populations. In this study, it was aimed to determine the knowledge level of first and sixth grade medical students in Bülent Ecevit University Medical Faculty about emergency contraceptive methods.

Method: The research was conducted between April 2018 and June 2018. A questionnaire including demographic information was given to the participants and a questionnaire was used to measure the knowledge and attitude levels of morning after pill.

Findings: A total of 201 students participated and 59.2% of them were women. A total of 131 students from the first year, while the rest are sixth grade medical students. It was found that the level of knowledge about contraceptive methods increased as the class level increased.

Results: As a result of the statistics, no difference was found between the sexes regardless of the type of information related to emergency contraceptive methods. However, it was observed that the sixth grade medical students were not at the expected level of knowledge for this study.

Keywords: Emergency contraception, family medicine, medical school students, morning-after pill, awareness, attitude.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|---|------|
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT..... | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | viii |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix |
| GRAFİKLER LİSTESİ..... | x |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1. Acil Kontrasepsiyon..... | 2 |
| 2.2. Acil Kontraseptif Yöntemler | 3 |
| 2.2.1. Hormonal Yöntemler | 3 |
| 2.2.2. Mekanik Yöntemler | 4 |
| 2.3. Kontrasepsiyon Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Tutumlar | 4 |
| 2.4. Kontraseptif Yöntemlerde Dini İncanın ve Kültürün Etkisi | 6 |
| 3. YÖNTEM..... | 10 |
| 3.1. Örneklem..... | 10 |
| 3.2. Veri Toplama Araçları | 10 |
| 3.2.1. Demografik Soru Formu | 10 |
| 3.2.2. Ertesi Sabah Hapına (ESH) İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi | 10 |
| 3.3. İşlem..... | 11 |
| 4. BULGULAR..... | 12 |
| 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi | 12 |
| 4.2. Katılımcıların Cinsel Öyküleri ve Korunma Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Analizi | 13 |
| 4.3. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Düzeyinin Analizi | 16 |
| 4.4. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutumlarının Analizi..... | 22 |
| 4.5. Katılımcıların Nitel Verilerinin İncelenmesi | 35 |

| | |
|---|----|
| 5. TARTIŞMA | 39 |
| 5.1. Sınırlılıklar | 41 |
| 5.2. Sonuç ve Öneriler..... | 41 |
| 6. KAYNAKÇA..... | 43 |
| 7. EKLER..... | 50 |
| EK 1: Etik Kurul Kararı | 50 |
| EK 2: Demografik Soru Formu..... | 51 |
| EK 3: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Soruları..... | 54 |
| EK 4: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi | 55 |



SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|------|-----------------------------|
| AKY: | Acil Kontraseptif Yöntemler |
| DES: | Dietilstilbestrol |
| ESH: | Ertesi Sabah Hapı |
| LNG: | Levonorgestrel |
| MR: | Menstrüel Regülasyon |
| RIA: | Rahim İçi Araç |



TABLULAR LİSTESİ

Sayfa

| | |
|---|----|
| Tablo 1: Katılımcıların sınıf düzeyine göre demografik değişkenlerinin karşılaştırılması | 13 |
| Tablo 2: Gebelikten Korunma Yöntemlerine İlişkin Başvurulan Bilgi Kaynaklarının Sıklık ve Yüzdeleri | 15 |
| Tablo 3: Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Düzeyinin Analizi..... | 17 |
| Tablo 4: Katılımcıların "Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi..... | 21 |
| Tablo 5: Katılımcıların "Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç gün olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi... | 22 |
| Tablo 6: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi Maddelerine Verilen Yanıtların Sınıf Düzeyine Göre Anlamlılık Düzeylerinin Analizi | 23 |
| Tablo 7: Katılımcıların gebelikten korunmaya ilişkin bilgi edinme yöntemlerine ilişkin tercihlerinin dağılımları | 34 |
| Tablo 8: Katılımcıların " Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı " sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi..... | 34 |
| Tablo 9: Katılımcıların ertesi sabah hapı hakkında bilgi edinme yöntemlerine dair bilgi edinme tercihlerinin dağılımı..... | 35 |
| Tablo 10: Katılımcıların Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Yanıtlarının İncelenmesi | 36 |
| Tablo 11: ESH'ye ilişkin bilgi kaynaklarının sınıf düzeyine göre incelenmesi | 36 |
| Tablo 12: ESH'nin etken maddesine ilişkin görüşlerinin sınıf düzeyine göre incelenmesi | 37 |
| Tablo 13: ESH'nin etki mekanizmalarına ilişkin yanıtlarının sınıf düzeyine göre incelenmesi | 37 |
| Tablo 14: ESH'nin yan etkilerine ilişkin yanıtlarının sınıf düzeyine göre incelenmesi | 38 |
| Tablo 15: 1. ve 6. sınıfların ESH hakkındaki endişe ve korkularına ilişkin verdikleri yanıtlarının incelenmesi | 38 |

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa

| | |
|--|----|
| Grafik 1: Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?(cinsiyet/frekans)..... | 16 |
| Grafik 2: Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?(sınıf/frekans) | 16 |
| Grafik 3: ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır..... | 20 |
| Grafik 4: ESH'nin etkili olabilmesi için korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır | 20 |
| Grafik 5: ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için 1 hafta içinde alınabilir..... | 21 |
| Grafik 6: ESH gebelik başladıktan sonra etkisizdir | 21 |
| Grafik 7: ESH oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz | 22 |
| Grafik 8: ESH'nin içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var. | 22 |
| Grafik 9: ESH cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu? | 23 |
| Grafik 10 Ertesi sabah hapı (ESH)'nın eczanelerde bulunması gerekir. | 27 |
| Grafik 11: Ertesi Sabah Hapı (ESH) ahlaki yönden sakıncalıdır. | 27 |
| Grafik 12: Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmelidir..... | 28 |
| Grafik 13: ESH kadınların güvenliğini arttıracaktır..... | 28 |
| Grafik 14: ESH kadınların üreme kontrollerini arttıracaktır..... | 29 |
| Grafik 15: Bütün cinsel aktif kadınlar ESH'dan haberdar olmalıdır | 29 |
| Grafik 16: ESH'ı kondom (prezervatif) kadar iyi bilinmelidir | 30 |
| Grafik 17: Aile planlaması danışmanlığında ESH'dan da bahsedilmelidir | 30 |
| Grafik 18: Bütün cinsel aktif erkekler ESH'nın olduğunu bilmelidir..... | 31 |
| Grafik 19: Okullarda cinsel eğitim ile birlikte ESH'dan da bahsedilmelidir..... | 31 |
| Grafik 20: ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır..... | 32 |
| Grafik 21: ESH sadece kadınlara satılmalıdır | 32 |
| Grafik 22: ESH sadece kondom ile beraber satılmalıdır..... | 33 |
| Grafik 23: ESH'ı süpermarketlerde satılmalıdır | 33 |
| Grafik 24: ESH'nın fiyatı ucuz olmalı veya gençlere daha düşük fiyattan satılmalıdır..... | 34 |
| Grafik 25: Erkekler ESH'nı öğrenirlerse kondom kullanmak istemeyeceklerdir | 34 |

| | |
|--|----|
| Grafik 26: ESH konusunda bilgilenme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır..... | 35 |
| Grafik 27: Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır..... | 35 |
| Grafik 28: ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır..... | 36 |



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada birinci sınıf ile altıncı sınıf tıp öğrencilerinin acil kontraseptif yöntemler hakkında bilgi ve tutum düzeylerinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Temel olarak çalışma, öğrencilerin farklı kontraseptif yöntemleri hakkında ne düzeyde bilgi ve davranış sahibi olduklarını tespit etmek ve sınıf düzeyi ilerledikçe kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi ve davranışlarının ne ölçüde arttığını bulmak hedeflemiştir.



2. GENEL BİLGİLER

Gelişmekte olan ülkeler ile gelişmemiş ülkelerin temel problemlerinin başında nüfus artış hızı farklılıkları gelmektedir. Bu kategorilere giren ülkelerde nüfus hızla artmakla birlikte nüfus artış hızı da yıllara göre artış göstermektedir. Böylelikle kıt kaynaklar artan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmekte ve artan nüfus bir halk sağlığı sorunu haline dönüşmektedir. Son yıllarda artan nüfus problemi ile başa çıkmak amacıyla aile planlama hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Aile planlama hizmetleri ve bilgilendirilmeleri sadece nüfusun büyümesinin bir anahtarı olarak değil; aynı zamanda temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir (1). Dünya genelinde her yıl 80 milyon kadının hamile kaldığı, bunların da 45 milyonunun kürtaj olduğu tahmin edilmektedir (2). Her yıl hamileliğin sebep olduğu komplikasyonlara bağlı olarak yarım milyondan fazla kadının öldüğü, 120 milyon kadının da sakat kaldığı yine tahminler arasında yer almaktadır (3). Kadınların çoğunun istenmeyen gebeliğe karşı risk altında olmalarına rağmen, istenmeyen gebeliklere karşı doğum kontrol yöntemlerini kullanmayanların oranlarının yüksek olduğu araştırmalar arasındadır (4). İran'da 2005 yılında Nüfus ve Aile Sağlığı Departmanı tarafından (5) yapılan bir çalışmada o yıl içinde gebe kalanların %29,4'ü istenmeyen gebelik olarak bildirilmiştir.

Bunlara benzer olarak Birleşik Devletlerde yapılan başka bir çalışmada gebeliklerin yarısının istenmeyen gebelik olduğu, en yüksek risk grubunda da 18-24 yaş arasındaki bireylerin bulunduğu saptanmıştır. Bunlara ek olarak 10 istenmeyen gebelikten 9'unun kürtajla sonuçlandığı bulgular arasındadır (6).

2.1. Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişkiden sonra, istenmeyen gebeliğin implantasyondan önce önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Acil Kontrasepsiyon halk arasında ertesi gün hapi (morning-after pill) olarak da bilinmektedir (8).

İlk olarak 1920'lerde memeli canlılarda gebeliğin önlenmesi amacıyla veterinerler tarafından denenilen acil kontraseptif yöntemler, 1940'lara gelindiğinde postkoital östrojenin klinikte kullanılmaya başlanmasıyla insanlarda da kullanılmaya

başlanmıştır. Haspel'in, tecavüze uğrayan kadınlarda yüksek doz östrojen kullanımına ilişkin çalışması 1964 yılında yayınlanmış, aynı yıl Morris ve arkadaşları tarafından maymunlar üzerinde Dietilstilbestrol (DES) kullanılmıştır; ancak DES'in daha sonra kontrendikasyonları sebebiyle kullanımı yasaklanmıştır (9, 10).

2.2. Acil Kontraseptif Yöntemler

2.2.1. Hormonal Yöntemler

Hormonal yöntemlerden en sık kullanılan yöntemler kombine oral kontraseptiflerdir (11). Bu yöntem 1974'te Yuzpe ve arkadaşları tarafından bulunan kombine oral kontraseptifler günümüzde PC4, Tetragynon adı ile piyasaya sürülmüştür (12). Türkiyede ise Preven ismiyle 2003 yılında kullanılmaya başlanmıştır (13). Temel etki mekanizması ovulasyonun baskılanması üzerine olan bu yöntem servikal mukus ile endometrial değişikliklere sebep olmaktadır (14).

Hormonal yöntemlerden bir diğeri 1973 yılında Morris ve Van Waaganen tarafından etkinliği incelenen yüksek doz östrojenlerdir (14, 12). Bu yöntemin etki mekanizması ise fertilize olan ovumun implantasyonun engellenmesi üzerinden sağlamaktadır. Bu tedaviye cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde başlanması gerekmektedir (10).

Bir diğeri hormonal yöntemlerin başında androjen ve sentetik steroidden oluşan danazol gelmektedir (11). Bu yöntem ilk defa 1982 yılında denenmiştir ve endometriyumda hormon reseptör blokajı üzerinden etkinliği yürümektedir (11). Kullanım şekli ise cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saatte 600 mg ve bir sonraki 12 saat sonunda aynı doz olmak üzere toplam 1200 mg alınması önerilmektedir (15). Etkinlik oranlarına bakıldığında danazol, acil kontraseptif yöntemler arasında ilk seçenek olarak önerilmemektedir. Bunun başlıca sebebi yan etkilerinin fazla olması ve etkinliğinin az olması gelmektedir. Zuliani ve arkadaşları (16)(1990) tarafından yapılan bir çalışmada danazolun etkinlik oranı ortalama %80 olarak bulunmuştur. Benzer sonuçlar Webb (17) (1999) tarafından da doğrulanmıştır.

Yukarıda bahsedilen hormonal yöntemlere ek olarak Levonorgestrel (LNG) ile Mifepriston da (RU-486) acil kontraseptifte hormonal yöntemler arasındadır.

2.2.2. Mekanik Yöntemler

Mekanik yöntemlerin başında postkoital rahim içi araç (RİA) ve menstrüel regülasyon (MR) gelmektedir. Bunlardan ilki postkoital rahim içi araca bakıldığında Lippes tarafından 1976'da ilk kez tanımlanmıştır (18). Temelde de koitustan sonra gelen ilk 5 gün içerisinde takılmasının gerektiği bildirilmektedir (7, 19). Etki mekanizması oosit ve embriyonun taşınmasına engel olacak olan tubal silial motilitesinin etkilenmesi üzerinden olmaktadır (11). Bu yöntemin etkinlik oranları %99 olarak bildirilmektedir (20). Bu uygulamanın dezavantajı ise özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) yönünden risk taşımasıdır. Bu yüzden takılmadan önce kişi mutlaka cinsel yolla bulaşan hastalıklar bakımından taranmalı ve gerekli antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (21, 11).

Menstrüel regülasyon ise adetten 1-2 gün önce ya da adet gecikmesinden 14 gün sonraya kadar yapılması gerekir (22, 23). Menstrüel regülasyon işlemi için herhangi bir anestezi işlemi gerekli değildir ve %95 civarında başarı ve etkinlik oranı bildirilmiştir (24).

2.3. Kontrasepsiyon Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Tutumlar

Kontrasepsiyon yöntemlerine yönelik tutumlar, cinsel ilişki sonucunda meydana gelen istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önemli bir yer tutmaktadır.

Kontraseptif yöntemlere ilişkin tutumlara yönelik araştırmaların bir kısmı öğrenciler ve sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Özellikle tıp öğrencilerinin bu alanda eğitim ve bilgi düzeyini geliştirmek ilerde hem kendi hayatlarında hem de hastalarına bu konuda danışmanlık yapabilmeleri için yardımcı olacaktır. Araştırmalar tıp öğrencilerinin gelecekte kontraseptif yöntemler hakkındaki danışmanlık becerileri, kendi kişisel bilgi ve deneyimlerinden etkilendiğini göstermiştir (25).

Tıp öğrencilerinin pek çok sebepten ötürü kontraseptif yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Bu sebeplerin başında toplumsal cinsiyet rolleri (gender), ailesel faktörler, din ve inanç gelmektedir. Araştırmalar

kontraseptif yöntemler hakkında bilgi ve eğitim eksikliğinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelik ve kürtajlar ile cinsel suçlara yol açabileceğini göstermiştir (26).

Litvanya'da 120 tıp öğrencisi üzerine yapılan bir çalışmada, en sık kullanılan kontraseptiflerin %72,5 ile prezervatif olduğunu daha sonra ise %14,7 ile ertesi gün hapları olduğunu bulmuşlardır (27). Baseviciene ve Sumskas (28) tarafından (2003) Litvanya'da 15-19 yaş arasında liseye giden ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcıların kontraseptif yöntemlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve düzenli olarak kontraseptif yöntemleri kullanmadıkları görülmüştür. Aynı çalışmada ergen kızların sadece %30'unun kontraseptif yöntemleri kullandıkları da diğer bulgular arasındadır.

Nijerya'da yapılan başka bir çalışmaya göre ise, genç kızların (liseye giden) kitle iletişim araçları aracılığıyla kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi sahibi ve farkındalıklarının arttığını bulmuşlardır. Ancak bilgi düzeyi bakımından katılımcılar yüksek puanlara sahip olsa da, katılımcıların çok az bir kısmı kontraseptif yöntemleri kullandığını bildirmiştir (29).

Kontraseptif yöntemlere yönelik bilgi ve tutumlara ilişkin cinsiyet farklılığına bakıldığında ise erkeklerin kadınlara göre daha az bilgi sahibi olduklarını bulmuştur (30).

Kajic ve arkadaşları (31) tarafından Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise tıp öğrencileri ile asistanların kontraseptif yöntemlere yönelik bilgi ve tutumları karşılaştırılmıştır. Tıp asistanlarının (bölüm fark etmeksizin) tıp öğrencilerine göre kontraseptif yöntemlere karşı bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu, daha fazla olumlu tutum sergilediklerini bulmuştur. Aynı zamanda asistanların, tıp öğrencilerine göre daha sık kontraseptif yöntemleri kullandıkları bulunmuştur. Araştırmacılar bunun temel sebebinin bilgi seviyelerinin daha iyi olmaları ve daha olumlu tutumlara sahip olmaları olduğunu belirtmiştir. Benzer sonuçlar Dinas ve arkadaşlarının (32) (2008) yaptığı çalışmada da paralellik göstermektedir.

Yunanistan'da tıp öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise yukarıdaki çalışmalara benzer olarak kontraseptif yöntemleri hakkında yeterli bilgileri bulunmadığını, öğrencilerin çoğunun herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığını ve katılımcıların ise sadece %34'ünün prezervatif kullandığını

bildirmişlerdir. Araştırmacılar buradan hareketle tıp eğitimi içerisinde kontraseptif yöntemler hakkında bilginin yanında farkındalık çalışmalarına da ağırlık verilmesi gerektiğini, sadece sağlık eğitimi almanın tutum ve davranışı değiştirmede yeterli olmadığını, davranışlarını ve farkındalık düzeylerini geliştirmeyen doktor adaylarının ileride bu konuda hastalarına da yeterli düzeyde kontraseptif yöntemler hakkında danışmanlık ve rehberlik yapamayacağını belirtmişlerdir (33, 34).

Romanya’da genel popülasyonda yapılan bir çalışmada ise 19-30 yaş arası kadınların %69’unun kontraseptif yöntemleri kullandığı ve bu yöntemlere karşı olumlu bir tutum sergiledikleri bulunmuştur. Çalışmada en sık kullanılan yöntemler oral kontraseptifler, prezervatif ve geri çekme yöntemi olduğu bulunmuştur (35).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan başka bir çalışmada ise 1. Sınıf tıp öğrencileri ile 6. Sınıf tıp öğrencilerinin bilgi ve tutum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmada farklı kontraseptif yöntemlere yönelik bilgi sorularının yanında tutum soruları da yönlendirilmiştir. Sonuç olarak 6. Sınıf öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha olumlu tutum ve bilgi düzeyleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (36).

2.4. Kontraseptif Yöntemlerde Dini İnançın ve Kültürün Etkisi

Kadınların etkili kontraseptif yöntemlere ulaşmasının önünde pek çok faktör vardır; ancak en önemli faktörlerden biri kültür ve dini inanç olarak gözükmektedir (37, 38). Bireyin içinde yaşadığı kültür ve inancı kişisel tercihleri ve tutumları üzerinde etkili olmaktadır.

Bir hastanın dini inancı sağlık hizmeti sağlayıcısının inancına benzemediğinde, bu hastanın dini veya kültürel değerlerine göre tıbbi tavsiyeler yapılabilmektedir. Kültürel çeşitlilik gösteren ülkelerdeki sağlık hizmeti sağlayıcıları, buradan hareketle birden fazla kültür ve dinin olası etkilerini anlamalı ve bir dizi kontraseptif seçenek hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Kanada’nın 30 milyonluk nüfusu, çoğunluğu Hristiyan olarak belirlenirken, aynı ülkede birden fazla dini inanç ve mezhep bulunmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde dini inanç ve mezheplerin kontraseptif yöntemlere yaklaşımı özetlenmeye çalışılacaktır. Türkiye’de kontraseptif yöntemlere yönelik yapılmış çalışmalar bilgi eksikliğinin yanında bu

yöntemlerin kullanılma oranlarının da çok az olduğunu bildirmesine rağmen, neden ülkemizde oran bakımında kullanımının az olduğuna dair bir çalışmaya rastlanmamıştır.

İlk olarak Hristiyanlığa bakıldığında, özellikle Katolik mezhebi için evlilik ve cinsel ilişkinin amacı çocuk yapmak olduğu söylenebilir (39). Buradan hareketle özellikle geleneksel Katolikler için kontraseptif yöntemler yeni yaşamı üretme potansiyelini ortadan kaldırır ve evliliğin temel amacını ihlal eden bir yöntem olarak algılanmaktadır (40). Pek çok Hristiyan din adamına göre bu doğum yasağı doğal olan yollara aykırıdır. Bu sebeple özellikle Katolik mezhebi olmak üzere Hristiyanlıkta kontraseptif yöntemler yasaklanmış ve günah sayılmaktadır (40). Kürtaj da tıbbi bir yöntem olarak Hristiyanlıkta sadece anneyi kurtarmak ve fetüsün ölümü ile sonuçlanan durumlarda kullanılabilen bir yöntem olarak sunulmaktadır (41).

Kanada'da 1995 yılında Hristiyan inancına mensup 5315 kişi ile yapılan bir çalışmada Hristiyanlığın mezheplerinden ve ateist olan bireylerin kontraseptif yöntemleri kullanma oranları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre hem kadınlarda hem de erkeklerde en az kontraseptif yöntemleri kullanan mezhep Katolik mezhebine mensup olanlarda olduğu, en fazla kontraseptif yöntemi kullananların ise ateist olan bireyler olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada dini inanca yönelik etkinliklerin yapılma sıklığı ile kontraseptif yöntemleri kullanma arasındaki ilişkiye bakıldığında, dini inancın ibadetlerini haftalık olarak yapanlarla hiç yapmayanlar arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre Katolik inancına sahip ancak ibadetlerini hiç yerine getirmeyen katılımcılar, yine Katolik inancına sahip olup haftalık ibadetlerini yerine getirenlere oranla kontraseptif yöntemleri daha fazla kullandıkları saptanmıştır (42).

Kontraseptif yöntemlerin kullanımında kültürün etkisine bakan bir çalışmada ise ideal aile algısının önemli olduğu bulunmuştur. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde Latin popülasyonunda geniş aile kavramının ideal aile olarak algılanmasının etkili olduğu; ancak bu algının istatistiksel olarak kontraseptif yöntem kullanımını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Bunlara ek olarak sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün ve yetişkinlerin eğitim seviyelerinin düşüklüğünün kontraseptif yöntem kullanımında etkili olduğu saptanmıştır (43, 44).

Yahudiliğe bakıldığında din emirleri olarak cinsel ilişki sadece evlilik içinde değerlendirilen bir eylem olarak görülmüş ve temel amacının çoğalmak ve üremek olduğu görüşü hakimdir (45). Yahudiliğin de kendi içinde mezhep olarak cinsel davranışa yaklaşımları farklılaşsa da, doğum kontrolü özellikle Yahudiliğin Ortodox mezhebinde hoş karşılanmamaktadır (46). Yahudilikte cinsellik erkekler için özellikle Yahudiliğin yayılması ve Yahudi nüfusunun çoğalması için dini bir “görev” olarak algılanmaktadır. Bu sebeple Yahudilikte doğum kontrolü ve kontraseptif yöntemlere kadının zihinsel ve fiziksel sağlığı tehdit eden tıbbi endikasyonları dışında izin verilmez (47).

2000 yılında İsrail’de yapılan bir çalışmada evli olan Yahudi kadınlar arasında dindarlığın ve gelenekselliğin arttığı, bunlara bağlı olarak da kontraseptif yöntemlerin yıllara oranla giderek azaldığı saptanmıştır (48).

İslam dinine bakıldığında ise aile kurumu dinin temelidir; ancak Yahudilikte olduğu gibi zorunlu görevlerden değildir (49). Cinsel davranış her ne kadar Yahudilik’te olduğu gibi evlilik müessesesi içinde zorunlu görülse de, sadece üreme amacıyla görülmemektedir (46, 50, 51). Dolayısıyla her cinsel eylemin çocuk yapma niyetiyle yapılıyor olması şart değildir. Bu bakımdan da Yahudilik kurallarından ayrılmaktadır.

İslam hukukçularına ve din adamlarına göre İslam’da gebelikten korunmak yasak değildir (52). Temel olarak İslam’da geri çekilme (coitus interruptus)’ye izin verilmiştir. Kontrasepsiyon sadece evlilik içinde kullanılmasına izin verilmiştir (53). Yapılan bazı çalışmalar İslam inancına sahip evlilerde kontraseptif yöntemlerin kullanımına ilişkin yaygınlığı dini inançtan çok kültürün olumsuz yönde etkilediği yönündedir. Yapılan bir çalışmada aile baskısı ve gelenekselliğin çocuk yapma kararını etkilediğini bildirmektedir (54, 55). Buna ek olarak mevcut çocukların sayısı, hane halkındaki diğer kadınların görüşü, yaşanan yer (örneğin kırsal kesimde kürtaj ve kontraseptif yöntemlere şehir merkezlerine göre daha olumsuz bakıldığı saptanmıştır), çiftlerin eğitim düzeyi gibi değişkenlerin kontraseptif yöntemlerin kullanılmasını etkilediği bulunmuştur (51, 54, 56).

Kontraseptif yöntemlerin kullanımında kültürel ve demografik değişkenlerin etkilerine bakıldığında geleneksel, dışarıya kapalı ve kabile olarak yaşamlarını sürdüren Afrika kıtasında yapılan çalışmalar Avrupa kıtasında yapılan çalışmalardan

farklılaşmakta ve kontraseptif yöntemleri kullanma konusunda daha farklı bir bakış açısı sunmaktadır (57, 58). Yapılan çalışmalar muhafazakar, tutucu ve geleneksel ailelerde büyümüş çocukların kontraseptif yöntemlere tutumunun olumsuz olduğu yönündedir. Yine bu bireylerle yapılmış çalışmalarda dini inancın kontraseptif yöntemleri kullanmayı olumsuz yönde etkilediği ve “ çocuk Cenab-ı Allah’ın bir armağanı” anlayışının hakim olduğu saptanmıştır. Özellikle kabile toplumlarında kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile eş değer tutulduğunda kadınların kontraseptif yöntemleri kullanma oranı azaldığı bulunmuştur (59).

Bu sonuç Amerika ve Avrupa’da yapılan araştırmalarla paralellik göstermemektedir. Daha öncede bahsedildiği üzere Amerika ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılığına bakıldığında kadınların kontraseptif yöntemleri daha sık kullandıkları bulunmuştur. Afrika’ya benzer sonuçlar Orta Doğu’da yapılan araştırmalarla paralel çıkmıştır. Hakim olan “üreten kadın, doğuran kadın” imajının daha “değerli” olarak algılanması kontraseptif yöntemleri ve aile planlaması uygulamalarını olumsuz etkilemektedir. Eliason ve arkadaşları (60) yaptıkları bir çalışmada (2013) ailedeki erkeğin baskın karakter olduğunda da modern kontraseptif yöntem kullanımında kadının görüşü olumlu olsa dahi kullanmadığını bulmuştur. Buradan hareketle özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde erkeğin aile planlaması sürecine aktif olarak dahil edilmesinin, eş ile kaliteli iletişim kurma becerilerinin artırılmasının kontraseptif yöntemleri kullanımını artıracaklarını düşündürmektedir (59, 61, 62). Tüm bunlara ek olarak Bogale ve arkadaşlarının (57) yapmış olduğu çalışmada kadının ekonomik bağımsızlığının olmamasının, düşük eğitim düzeyinin de kontraseptif yöntemleri kullanmada karşımıza çıkan problemlerden olduğunu saptamıştır.

Bunların dışında, kültürün bir parçası olarak aile büyüklerinin ve mahalle baskısının da kontraseptif yöntemleri kullanmada etkili olabileceği bulunmuştur. Özellikle aile büyüklerinin çocuk (torun) istiyor olması, yaşanılan bölgede (mahalle) kalabalık aile veya aşiret gibi yapılanmaların olması ve geniş ailenin özendiriliyor olması kontraseptif yöntemler önündeki diğer kültürel engellerden gözükmektedir. Araştırmacılar bu tip engelleri aşmanın zor ve uzun zaman aldığını, bu yüzden aile planlamasının devlet kontrolü ile yapılıyor olması şartıyla başarıya ulaşabileceğini söylemektedir (58, 63).

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan birinci ve altıncı sınıf tıp öğrencileri dahil edilmiştir. Araştırma Nisan 2018 ile Haziran 2018 tarihleri arasında o anki bilgi ve tutum durumunu belirlemek ve anket nedeniyle katılımcılar arasında bilgi aktarımı olmaması için tek uygulama şeklinde yapılmıştır. Hazırlanan anket tüm öğrencilere elden verilmiş ve araştırmacı tarafından geri alınmıştır. Araştırmaya toplam 201 öğrenci katılmış olup katılanların %59.2'si kadın geri kalanları ise erkektir. Katılımcıların yaş ortalamasına bakıldığında ise tüm katılımcıların yaş ortalaması 21.77 ± 2.84 yıl olarak bulunmuştur. Veri toplama aşamasında herhangi bir dışlama kriteri olmayıp gönüllü olarak doldurmak isteyen birinci ve altıncı sınıf öğrencilerin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Demografik Soru Formu

Bu form katılımcıların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgilerinin yanında, ailesinin eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin olup olmadığı gibi bilgileri de içermektedir. Aynı zamanda demografik soru formunda öğrencilerin cinsel yönden aktif olup olmadıkları, cinsel deneyim öyküleri, gebelik ve kontraseptif korunma yöntemlere ilişkin bilgi kaynakları gibi sorular da bu form kapsamına alınmıştır. Demografik Soru Formu'nun tamamı EK-1'de sunulmuştur.

3.2.2. Ertesi Sabah Hapına (ESH) İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi

Bu anket "Kahramanmaraş'taki Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" konulu çalışmadan uyarlanmıştır. Anket 2015 yılında (64). Ölmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Anket formunda kontrsepsiyon konusunda bilgi,tutum ve uygulamaları sorgulayan sorular mevcuttur. Bilgi ve Tutum anketi EK-3 ve EK-4 'de sunulmuştur.

3.3. İşlem

Araştırma sorusuna karar verildiğinde önce Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na çalışmanın etik olarak incelenmesi için gerekli formlar hazırlanıp başvurulmuştur. Araştırma önerisi şeklinde sunulan araştırmamız, etik kurul tarafından onaylanmış olup eklerde sunulmuştur.

Veri toplama aşaması toplam 3 ay sürmüş olup veriler üzerinde betimleyici istatistikler, Ki Kare testi uygulanmıştır.

Pearson ki-kare testi için; 0,25 etki büyüklüğü, alfa=0,05 ve %80 güç için çalışmaya alınması gereken katılımcı sayısı en az 175'dir. İlgili hesaplama G-Power 3.1.9.2 paket programında, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalında yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi

Araştırmaya katılan toplam 201 katılımcının %59.2'si kadın, %40.8'i erkektir. Katılımcıların yaş ortalamasına bakıldığında ise tüm katılımcıların yaş ortalaması 21.77 ± 2.84 yıl olarak bulunmuştur.

Araştırmaya birinci ve altıncı sınıf öğrencileri katılmıştır. Demografik özelliklerin dağılımını sınıf düzeyine göre incelediğimizde birinci sınıfların %62.6'sı kadın, %36.4'ü erkektir. Yaş ortalamaları ise 19.94 ± 1.23 yıl olarak saptanmıştır. Altıncı sınıflara bakıldığında ise %51.5'i kadın %48.5'i erkektir. Altıncı sınıfların yaş ortalaması ise 25.34 ± 1.23 yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya birinci sınıflardan toplam 131 kişi katılırken (katılım oranı; %65.8), altıncı sınıflardan ise 68 (katılım oranı; %70.8) kişi katılmıştır.

Örneklem grupları arasında katılımcıların gelir düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi gibi değişkenleri açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Ki Kare yapılmıştır. Buna göre birinci sınıflar ile altıncı sınıflar arasında katılımcıların aylık gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır ($X^2_{(3)} = 10.216$; $p < 0.05$).

Öğrencilerin **kaldıkları yer** açısından sınıf düzeyine göre anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında birinci sınıf ile altıncı sınıf arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2_{(3)} = 50.669$; $p < 0.05$).

Öğrencilere **sağlık güvencelerinin** olup olmadığı sorulan sorular arasındadır. Öğrencilerin tamamının en az bir sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur. Buna göre birinci sınıf öğrencileri ile altıncı sınıf öğrencileri arasında sağlık güvencesi arasında fark saptanmıştır ($X^2_{(4)} = 20.329$; $p < 0.05$).

Katılımcıların sınıf düzeyine göre demografik değişkenlerinin karşılaştırılması tablo-1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sınıf düzeyine göre demografik değişkenlerinin karşılaştırılması

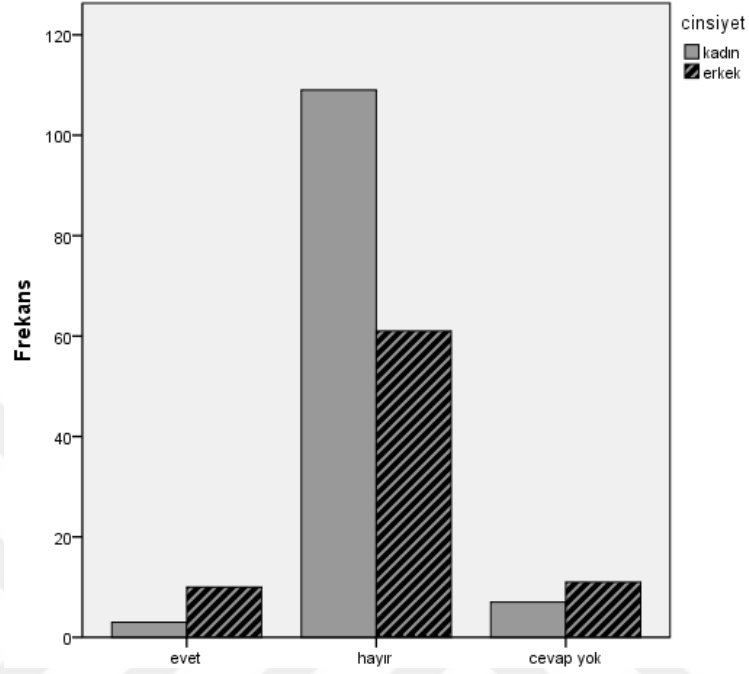
| | | 1. Sınıf (N=131) | 6. Sınıf (N=68) | p |
|--------------------|------------------------------|---------------------|--------------------|--------|
| Cinsiyet | Kadın | 82 | 35 | 0.087* |
| | Erkek | 49 | 33 | |
| Aylık Gelir Düzeyi | 0-499 | 1 | 0 | 0.017* |
| | 500-999 | 37 | 12 | |
| | 1000-1499 | 63 | 26 | |
| | 1500+ | 30 | 30 | |
| Kaldığı yer | Aile | 19 | 5 | 0.000* |
| | Akraba | 1 | 0 | |
| | Yurt | 84 | 14 | |
| | Ev | 27 | 49 | |
| Sağlık Güvencesi | Bağkur | 23 | 9 | 0.000* |
| | SSK | 64 | 22 | |
| | Emekli sandığı | 36 | 28 | |
| | Özel sigorta | 8 | 2 | |
| | Üniversitenin sağlık karnesi | 0 | 7 | |

4.2. Katılımcıların Cinsel Öyküleri ve Korunma Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Analizi

Bu başlık altında katılımcılara sorulan ilk soru “ *Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?*” olmuştur (Ek-2, Soru-13). Katılımcılardan bu soruya “evet, hayır, cevap vermek istemiyorum” şıklarından birini işaretlemesi istenmiştir. **Buna göre katılımcıların cinsel ilişki deneyimine verdikleri cevap hem cinsiyete göre ($X^2_{(2)} = 11.800$; $p < 0.05$) hem de sınıf düzeyine göre ($X^2_{(2)} = 12.859$; $p < 0.05$) farklılaştığı görülmüştür (Grafik 1 ve Grafik 2).**

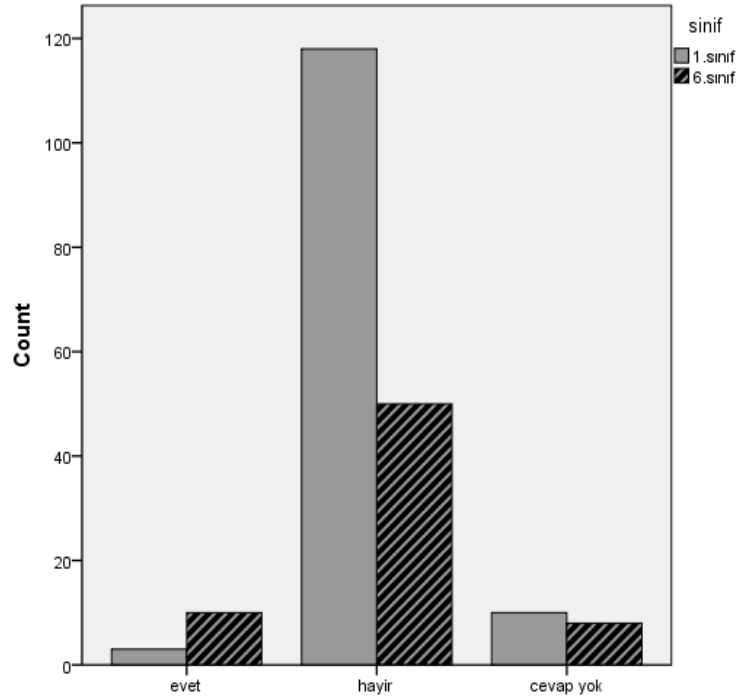
Katılımcılara “Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgiye ihtiyacınız oldu mu?” sorusuna verilen cevaplar hem sınıf düzeyine hem de cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Yapılan Ki Kare sonucuna

göre hem cinsiyetler arası hem de sınıf düzeyine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$), (Ek-2, Soru-17).



$p < 0.05$

Grafik 1: Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?(cinsiyet/frekans)



$p < 0.05$

Grafik 2: Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?(sınıf/frekans)

Katılımcıların gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin bilgi kaynakları incelendiğinde ise başlıca bilgi edinme kaynağı olarak **internet** gelmiştir. En az başvurulan bilgi kaynağı ise **telefon danışma hattı** olmuştur. Bilgi kaynaklarının türleri ve başvurma sıklıkları tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Gebelikten Korunma Yöntemlerine İlişkin Başvurulan Bilgi Kaynaklarının Sıklık ve Yüzdeleri

| Bilgi Kaynağı | N | % |
|---------------------------|-----|------|
| Ailemden | 42 | 20.9 |
| Arkadaş | 95 | 47.3 |
| Broşür | 33 | 16.4 |
| Doktorla görüşmek | 19 | 9.5 |
| Ebe/ hemşire ile görüşmek | 5 | 2.5 |
| Dergi/ gazete | 56 | 27.9 |
| Televizyon | 34 | 16.9 |
| Radyo | 2 | 1 |
| İnternet | 130 | 64.7 |
| Okul | 117 | 58.2 |
| Poster | 3 | 1.5 |
| Seminer/ konferans | 28 | 13.9 |
| Telefon danışma hattı | 0 | 0 |

Gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin bilgi kaynaklarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla Ki Kare analizleri yapılmıştır. Buna göre kadınlar ve erkekler arasında aile ($X^2_{(1)} = 15.449$; $p < 0.05$) ve seminer/konferans ($X^2_{(1)} = 5.052$; $p < 0.05$) kaynaklarında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgulara göre kadınlar, aile ile seminer/ konferans kaynaklarını erkeklerden daha çok tercih etmiştir. Diğer bilgi kaynaklarında cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). **Sınıf düzeyine göre bakıldığında ise gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin bilgi kaynakları ile sınıf düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Ek-2, Soru-16).**

4.3. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Düzeyinin Analizi

Katılımcılara ertesi sabah hapına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yedi soruluk “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şeklinde yanıt verebilecekleri sorular sorulmuştur. Bilgi sorularının tamamı için ayrı ayrı sınıf düzeyine göre Ki Kare analizi yapılmıştır. Ki Kare sonuçları tablo 3’de sunulmuştur (Ek-3, Soru-1,2,3, ...7).

Sorulara verilen yanıtlara cinsiyetler arası farka bakıldığında ise tüm maddeler için cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların bilgi düzeylerini belirlerken ertesi sabah hapının Türkiye’de olup olmadığı ve nereden alınabileceği de sorulmuştur. Verilen yanıtlar sınıf düzeyine ve cinsiyete göre incelendiğinde her iki soru içinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$)(Ek-2, Soru-26, Soru-27).

“Ertesi sabah hapı hakkında bilgi edinmek/ daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?” sorusuna katılımcılar evet/hayır şeklinde iki seçenek sunulmuştur (Ek-2, Soru-32).

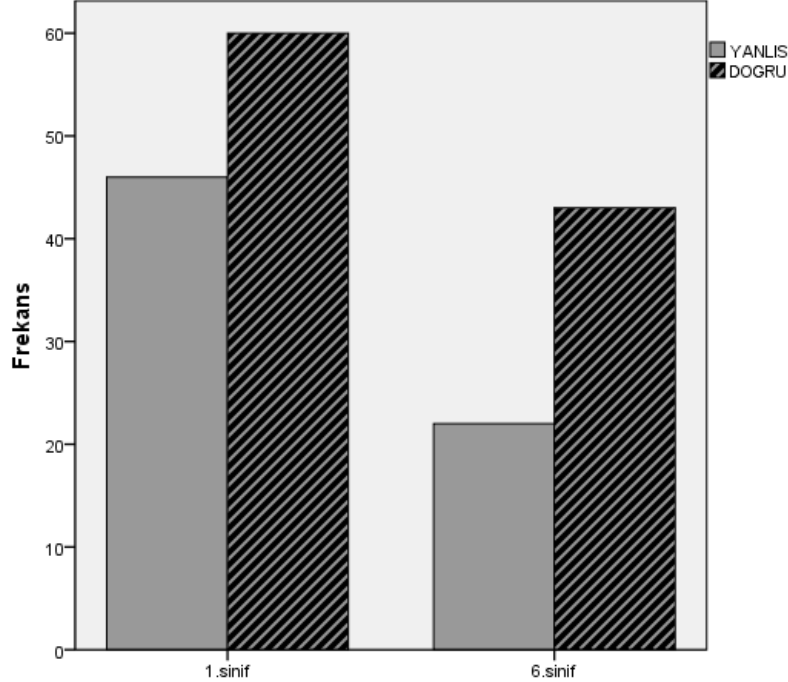
Verilen yanıtlar hem cinsiyetler arası hem de sınıf düzeyine göre karşılaştırıldığında, her iki değişken içinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3: Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Düzeyinin Analizi

| Bilgi Soruları | X ² | df | p |
|---|----------------|----|---------------|
| Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır.(D) | 1.534 | 1 | 0.140 |
| Ertesi Sabah Hapının etkili olabilmesi için korunmasız bir ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır.(D) | .787 | 1 | 0.277 |
| Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir.(Y) | 171.120 | 1 | 0.000* |
| Ertesi Sabah Hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir.(D) | 9.199 | 2 | 0.010* |
| Ertesi Sabah Hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz.(D) | 12.836 | 2 | 0.002* |
| Ertesi Sabah Hapının içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var. (D) | 14.761 | 2 | 0.001* |
| Ertesi Sabah Hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?(Hayır) | 43.478 | 2 | 0.003* |

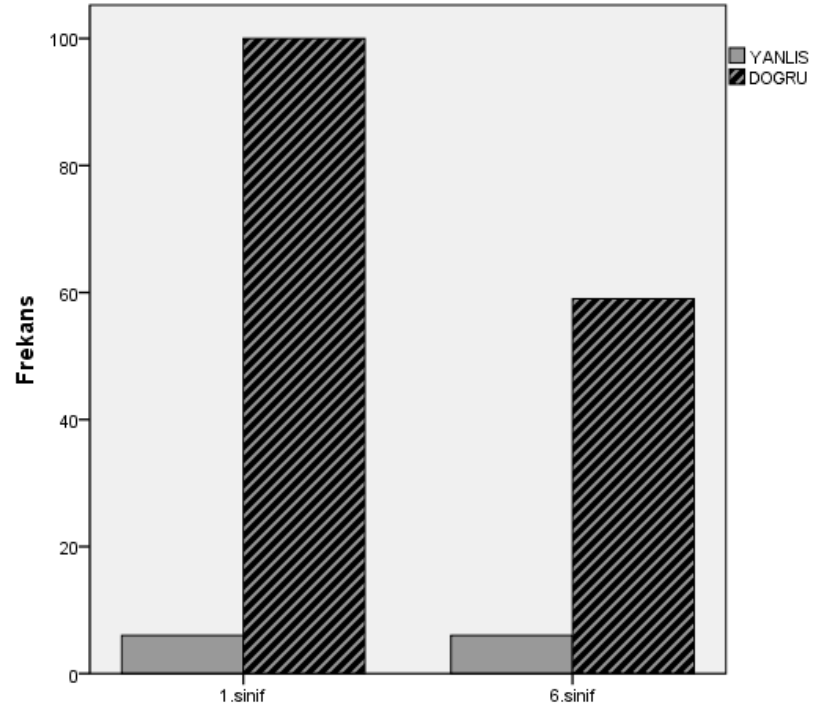
* p < 0.05

Birinci sınıf ve altıncı sınıf tıp öğrencilerinin maddelere verdikleri yanıtların frekans dağılımı aşağıdaki grafiklerde sunulmuştur.



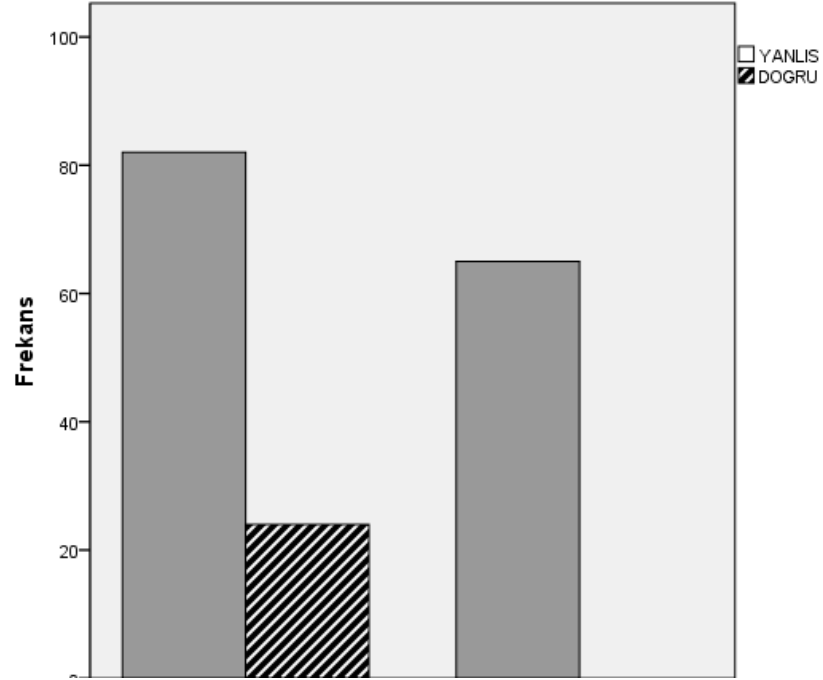
p = 0.140

Grafik 3: ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır.



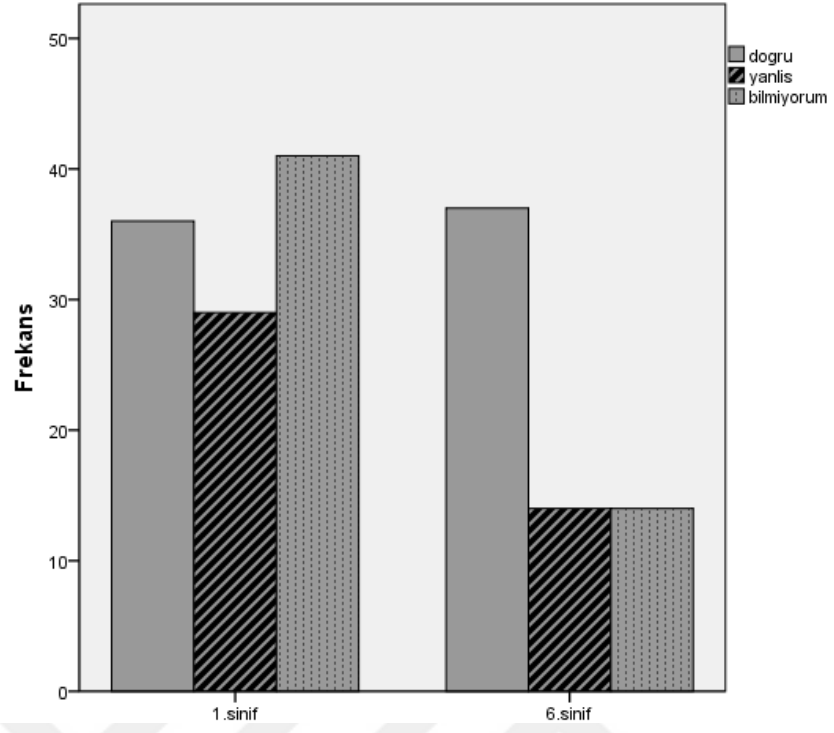
$p = 0.277^*$

Grafik 4: ESH'nin etkili olabilmesi için korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır.



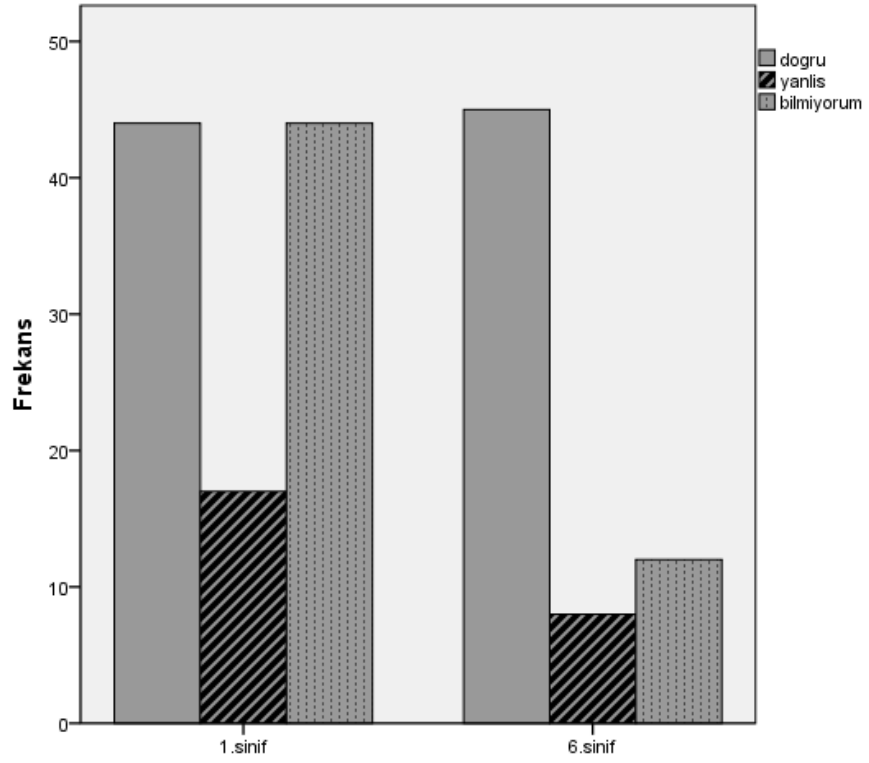
$p = 0.000^*$

Grafik 5: ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için 1 hafta içinde alınabilir .



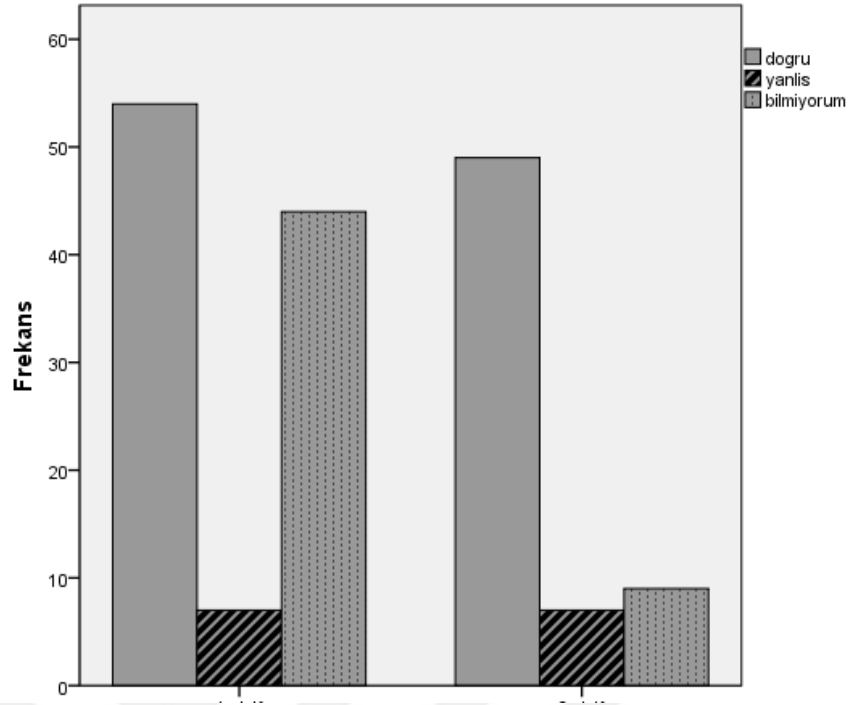
$p = 0.010^*$

Grafik 6: ESH gebelik başladıktan sonra etkisizdir.



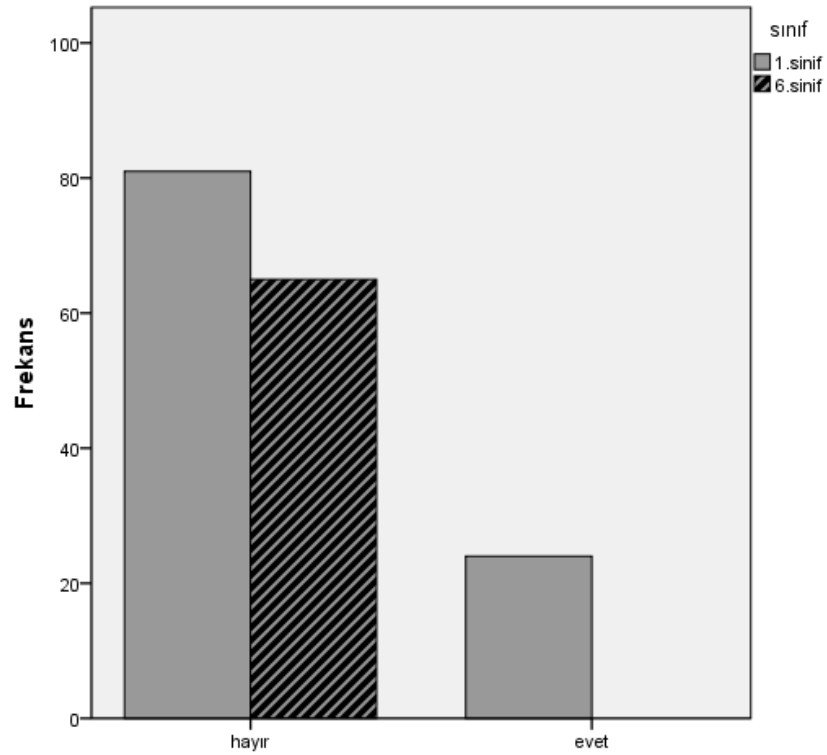
$p = 0.002^*$

Grafik 7: ESH olmuş bir gebeliği sonlandırmaz.



$p = 0.001^*$

Grafik 8: Ertesi Sabah Hapının içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var.



$p = 0.003^*$

Grafik 9: ESH cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu ?

Bu soruların dışında katılımcılara “**Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?**” şeklinde açık uçlu soru sorulmuştur. Bu soru için hem cinsiyete hem de sınıf düzeyine göre anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Verilen cevaplarda ilk olarak cinsiyetler arası anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre verilen cevaplarda cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p < 0.05$). Sınıf düzeyine göre incelendiğinde ise birinci ile altıncı sınıf arasında verilen cevaplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($X^2_{(4)} = 17.252$; $p < 0.05$). Sınıflar arası yanıtların sıklıkları tablo 4’de verilmiştir (Ek-3, Soru-8).

Katılımcılara açık uçlu olarak “**Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç gün olabilir?**” sorusu yöneltilmiştir. Soruya verilen cevaplarda cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Sınıf düzeyine bakıldığında ise Ki Kare testinde 1 ve 6. Sınıflar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($X^2_{(6)} = 24.215$; $p < 0.05$). Sınıflar arası yanıtların sıklıkları tablo 5’de verilmiştir (Ek-3, Soru-9).

Tablo 4: Katılımcıların "Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Cevaplar | 1. Sınıf | 6. Sınıf | p |
|------------|----------|----------|---------------|
| Bilmiyorum | 70 | 27 | 0.002* |
| 1 kez | 21 | 30 | |
| 2 kez | 9 | 8 | |
| 3 kez | 2 | 0 | |
| 4 kez | 3 | 0 | |
| Toplam | 105 | 65 | |

Tablo 5: Katılımcıların "Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç gün olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Cevaplar | 1. Sınıf | 6. Sınıf | p |
|------------|----------|----------|---------------|
| Bilmiyorum | 74 | 32 | 0.000* |
| 7 gün | 6 | 0 | |
| 15 gün | 8 | 5 | |
| 30 gün | 9 | 10 | |
| 60-100 gün | 5 | 3 | |
| 180 gün | 3 | 12 | |
| 1 yıl | 0 | 3 | |
| Toplam | 105 | 65 | |

Birinci ve altıncı sınıflar arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu farkın altıncı sınıf içinde 180 gün yanıtını verenlerin arasında (12/65) oranında birinci sınıfa göre daha fazla oluşundan kaynaklı olabilir. Yine de her iki grubun da bu konuda bilgilendirme çalışmalarına ihtiyacı olduğu açıktır.

4.4. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutumlarının Analizi

Katılımcılara ertesi sabah hapına ilişkin bilgi ve tutumlarını ölçmek amacıyla 19 soruluk bir anket doldurtulmuştur. Katılımcıların her maddeye verdiği yanıtlar sınıf ve cinsiyete göre ayrı ayrı Ki Kare analizi yapılarak gruplar arası bir fark olup olmadığı incelenmiştir. İlk olarak ankete verilen cevaplara ilişkin sınıf düzeyi arasında bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre ankette yer alan maddelerden hangilerinde sınıf düzeyine göre fark olup olmadığı tablo 6'da sunulmuştur. Cinsiyetler arası bakıldığında ise hiçbir madde için cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Ek-4, Madde-1, 2, 3, ...19).

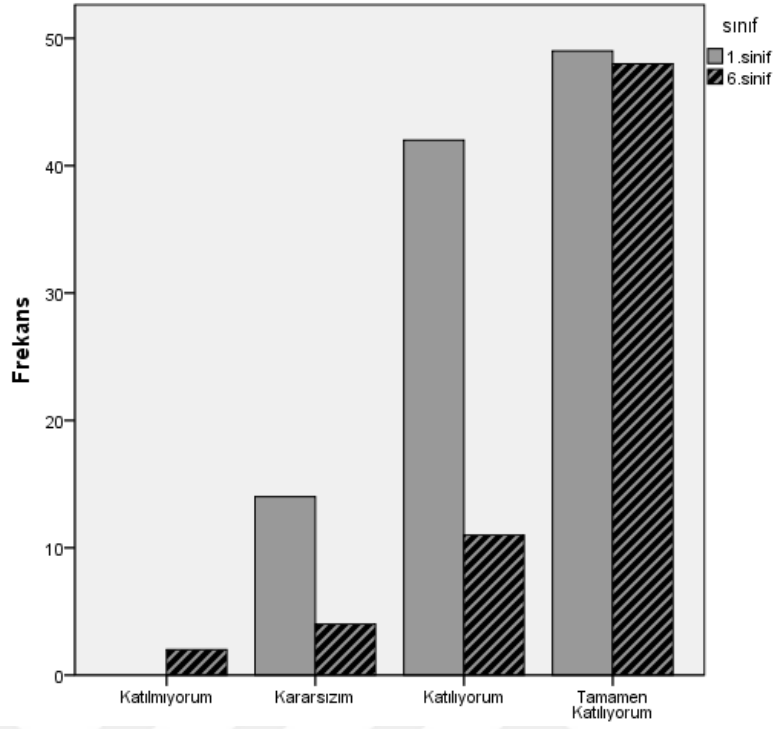
Birinci sınıf ve altıncı sınıf tıp öğrencilerinin maddelere verdikleri yanıtların frekans dağılımı aşağıdaki grafiklerde sunulmuştur.

Tablo 6: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi Maddelerine Verilen Yanıtların Sınıf Düzeyine Göre Anlamlılık Düzeylerinin Analizi

| Madde Numarası | X ² | df | p |
|----------------------|----------------|----|---------------|
| Madde 1 (Grafik 10) | 17.241 | 3 | 0.001* |
| Madde 2 (Grafik 11) | 6.743 | 4 | 0.150 |
| Madde 3 (Grafik 12) | 13.768 | 4 | 0.008* |
| Madde 4 (Grafik 13) | 10.408 | 4 | 0.034* |
| Madde 5 (Grafik 14) | 10.361 | 4 | 0.035* |
| Madde 6 (Grafik 15) | 14.273 | 4 | 0.006* |
| Madde 7 (Grafik 16) | 12.589 | 4 | 0.013* |
| Madde 8 (Grafik 17) | 3.618 | 3 | 0.306 |
| Madde 9 (Grafik 18) | 9.102 | 4 | 0.059 |
| Madde 10 (Grafik 19) | 7.597 | 4 | 0.107 |
| Madde 11 (Grafik 20) | 4.967 | 4 | 0.291 |
| Madde 12 (Grafik 21) | 12.213 | 4 | 0.016* |
| Madde 13 (Grafik 22) | 13.600 | 4 | 0.009* |
| Madde 14 (Grafik 23) | 10.924 | 4 | 0.027* |
| Madde 15 (Grafik 24) | 4.496 | 4 | 0.343 |
| Madde 16 (Grafik 25) | 12.707 | 4 | 0.013* |
| Madde 17 (Grafik 26) | 11.906 | 4 | 0.018* |
| Madde 18 (Grafik 27) | 10.277 | 4 | 0.036* |
| Madde 19 (Grafik 28) | 11.913 | 4 | 0.018* |

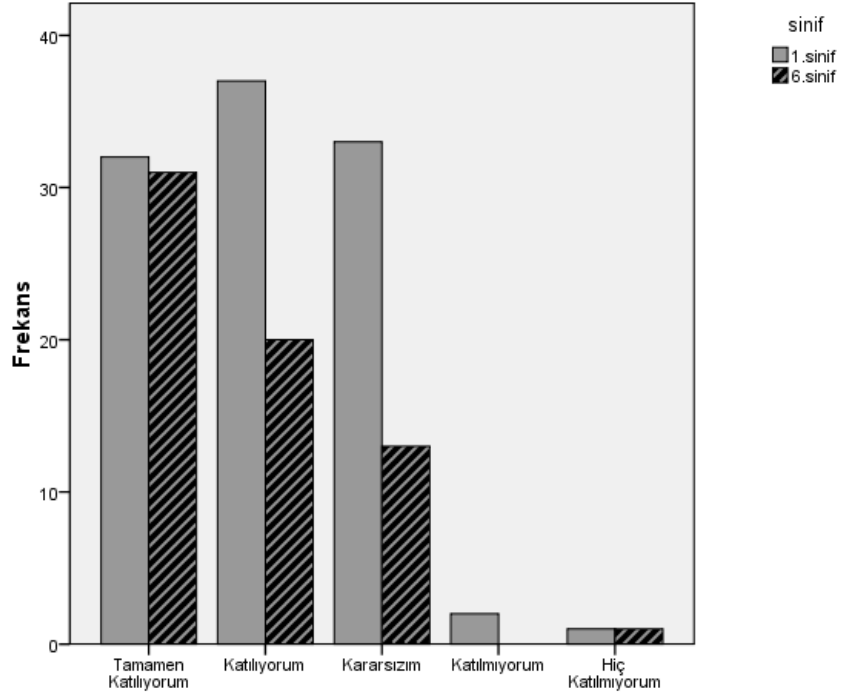
p < 0.05*

Birinci sınıf ve altıncı sınıf öğrencilerinin maddelere verdikleri yanıtların dağılımı aşağıdaki grafiklerde sunulmuştur.



$p = 0.001^*$

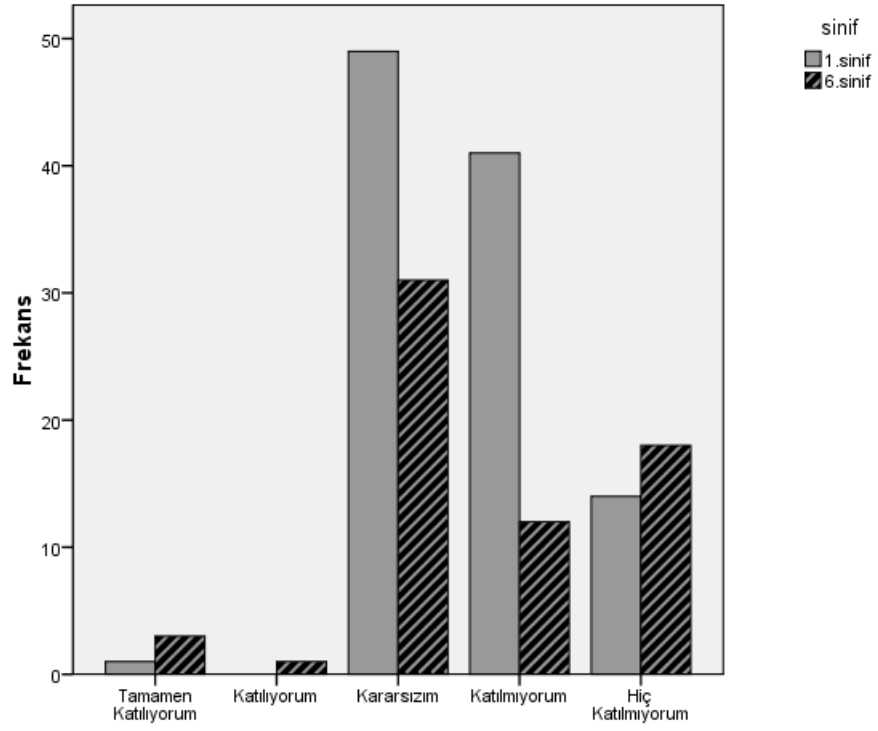
Grafik 10: ESH'nin eczanelerde bulunması gerekir¹.



$p = 0.150^*$

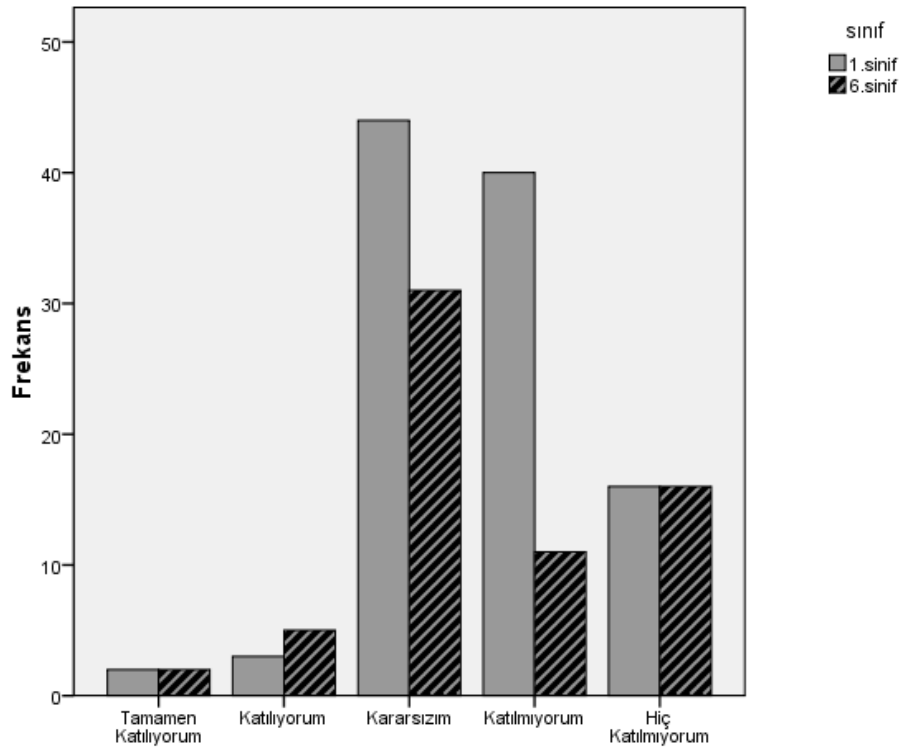
Grafik 11: ESH ahlaki yönden sakıncalıdır.

¹ ESH: Ertesi Sabah Hapı



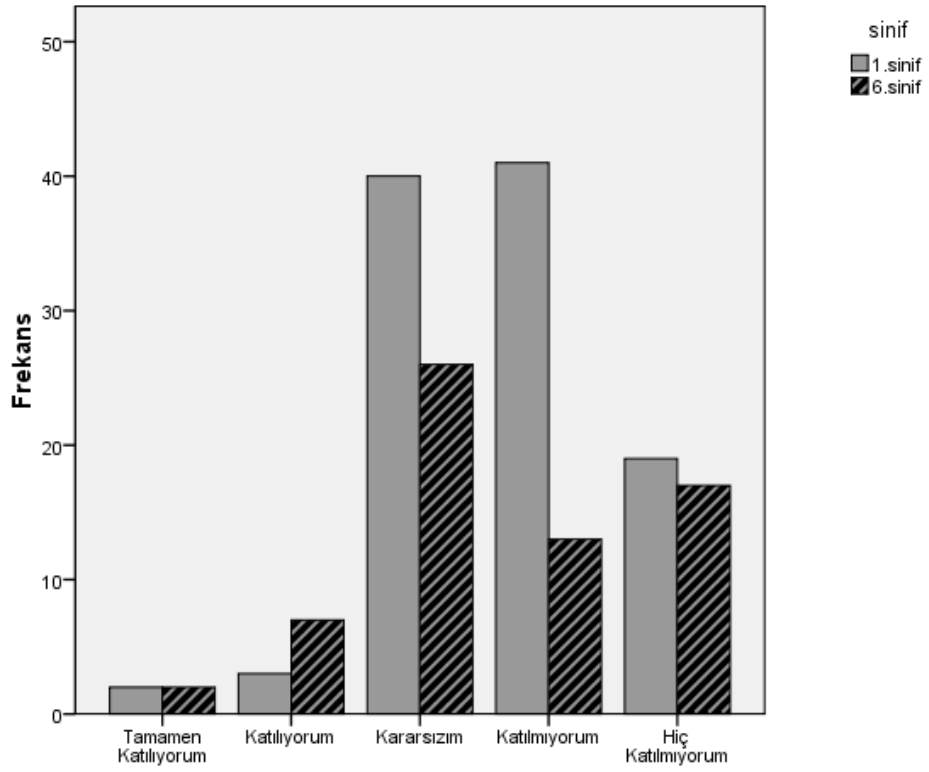
$p = 0.008^*$

Grafik 12: Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmelidir.



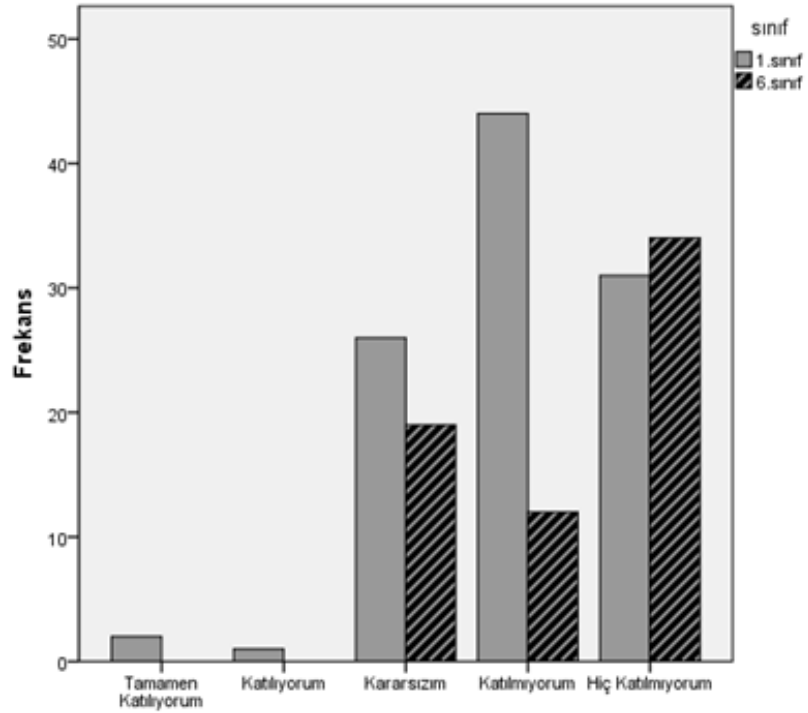
$p = 0.034^*$

Grafik 13: ESH kadınların güvenliğini arttıracaktır.



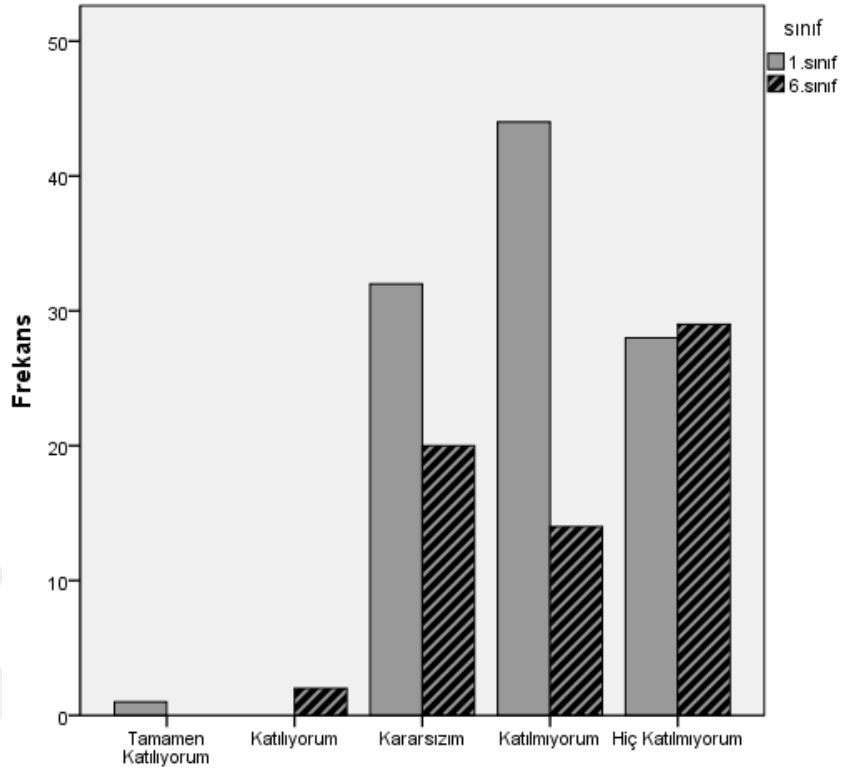
$p = 0.035^*$

Grafik 14: ESH kadınların üreme kontrollerini arttıracaktır.



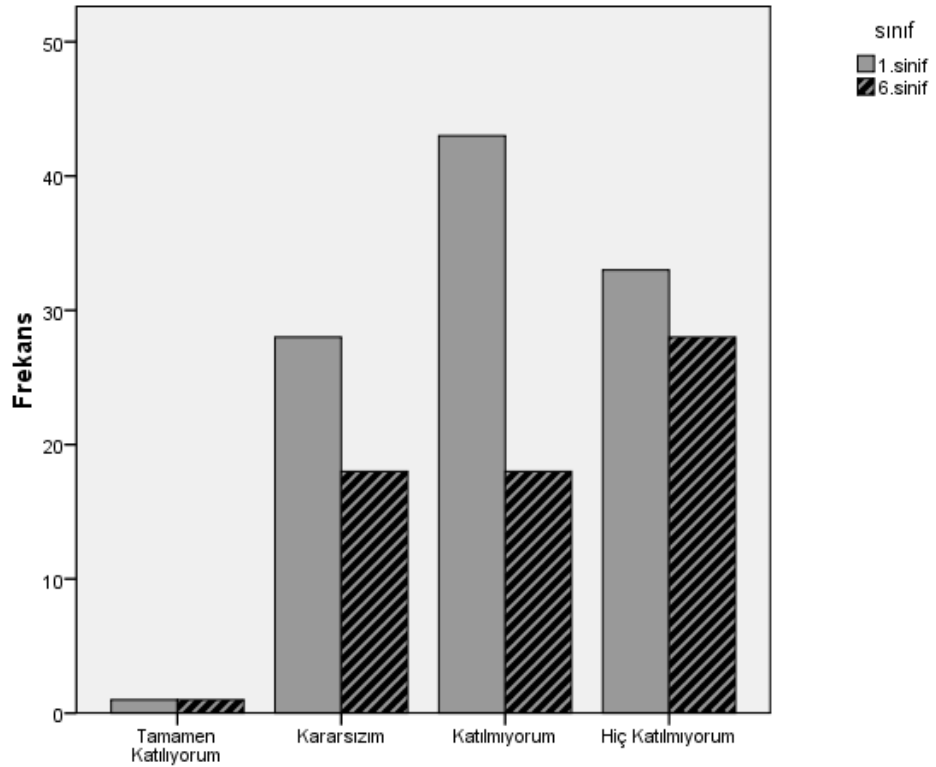
$p = 0.006^*$

Grafik 15: Bütün cinsel aktif kadınlar ESH' dan haberdar olmalıdır.



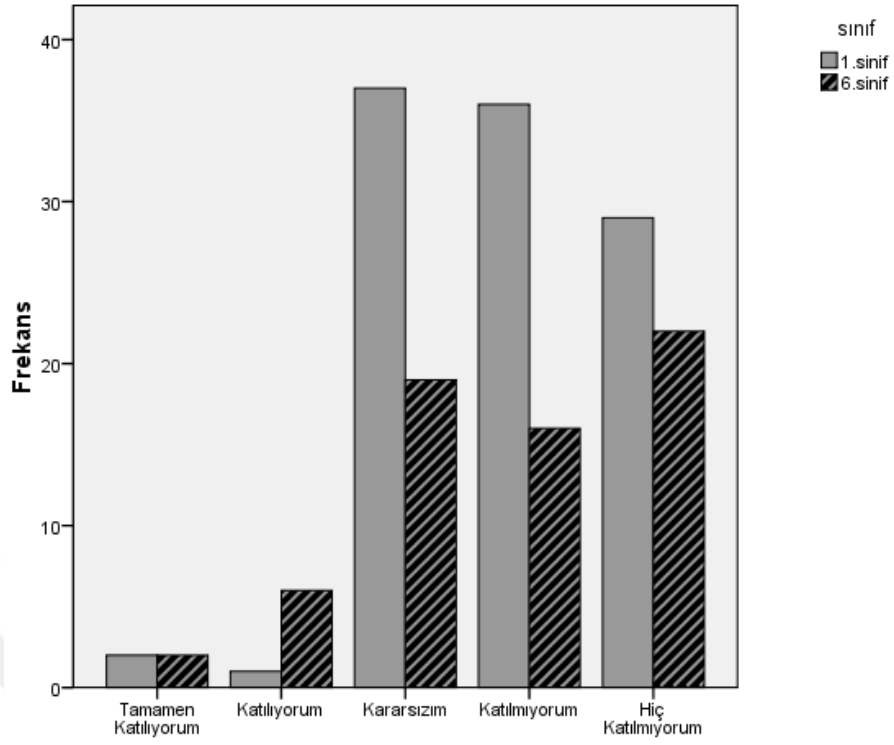
$p = 0.013^*$

Grafik 16: ESH kondom (prezervatif) kadar iyi bilinmelidir.



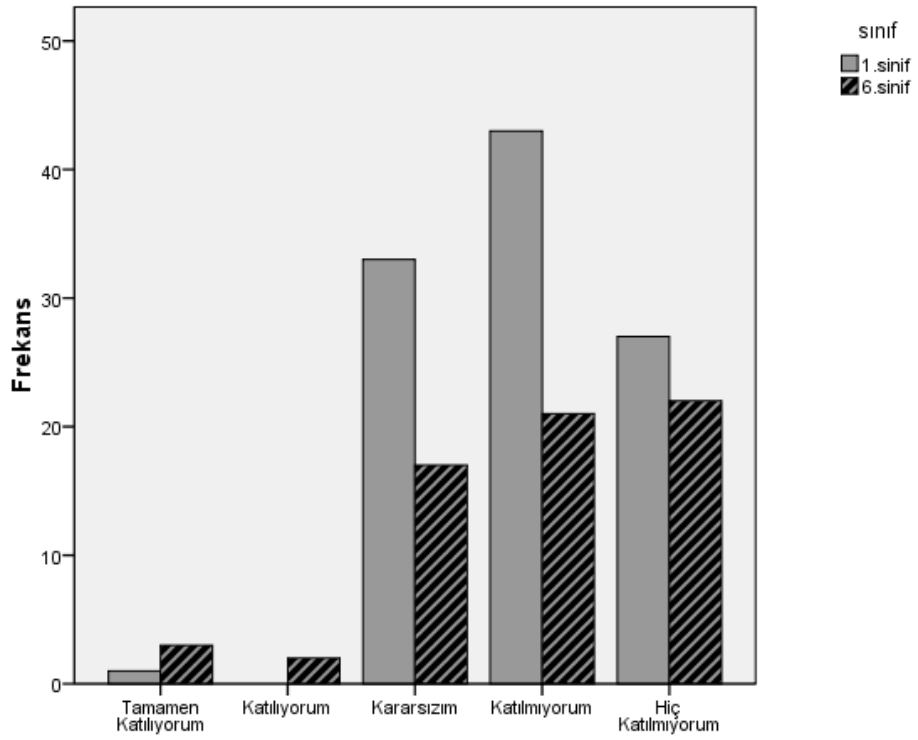
$p = 0.306$

Grafik 17: Aile planlaması danışmanlığında ESH' dan da bahsedilmelidir.



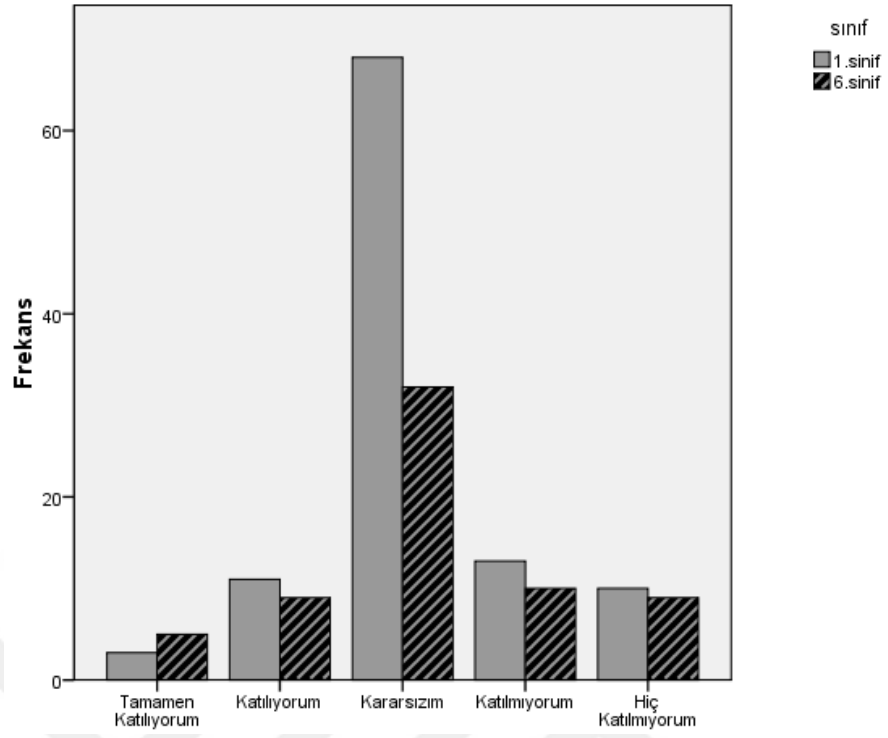
$p = 0.059^*$

Grafik 18: Bütün cinsel aktif erkekler ESH' nın olduğunu bilmelidir.



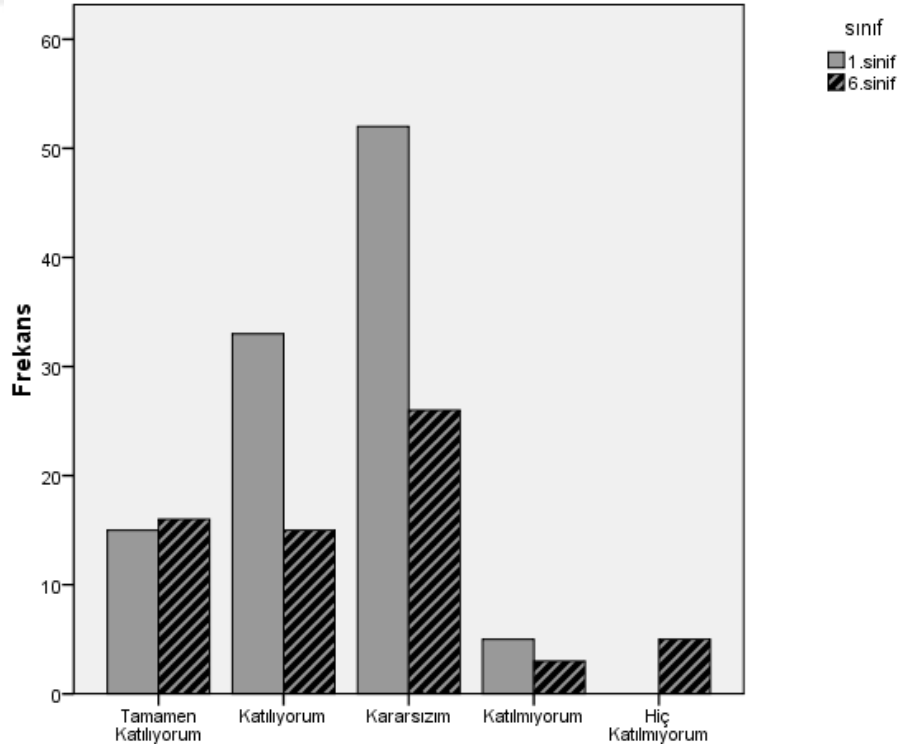
$p = 0.107^*$

Grafik 19: Okullarda cinsel eğitim ile birlikte ESH' dan da bahsedilmelidir.



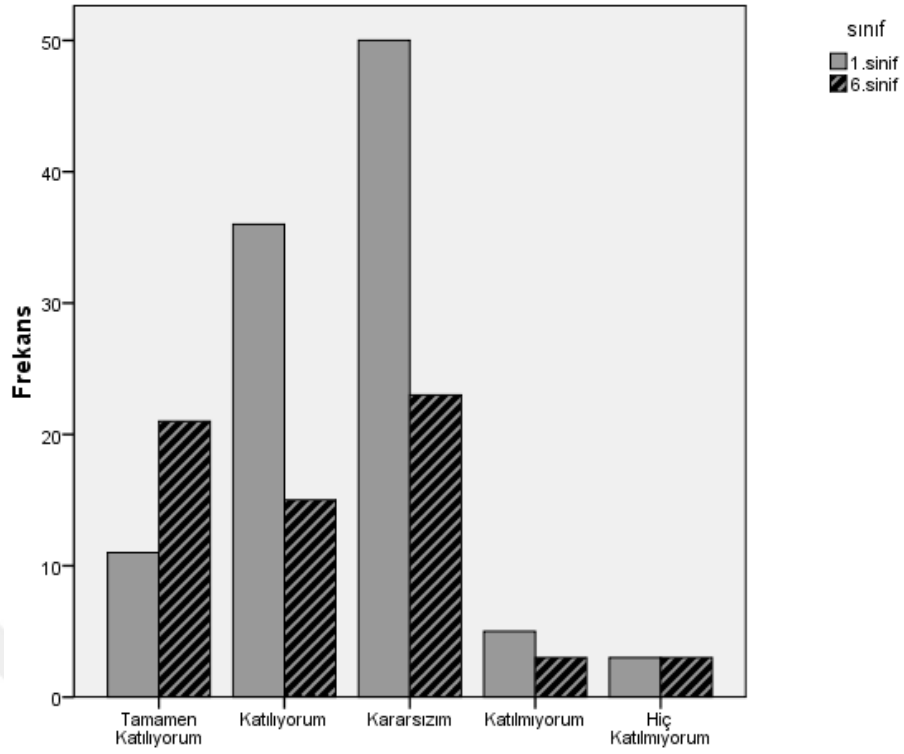
$p = 0.291^*$

Grafik 20: ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır.



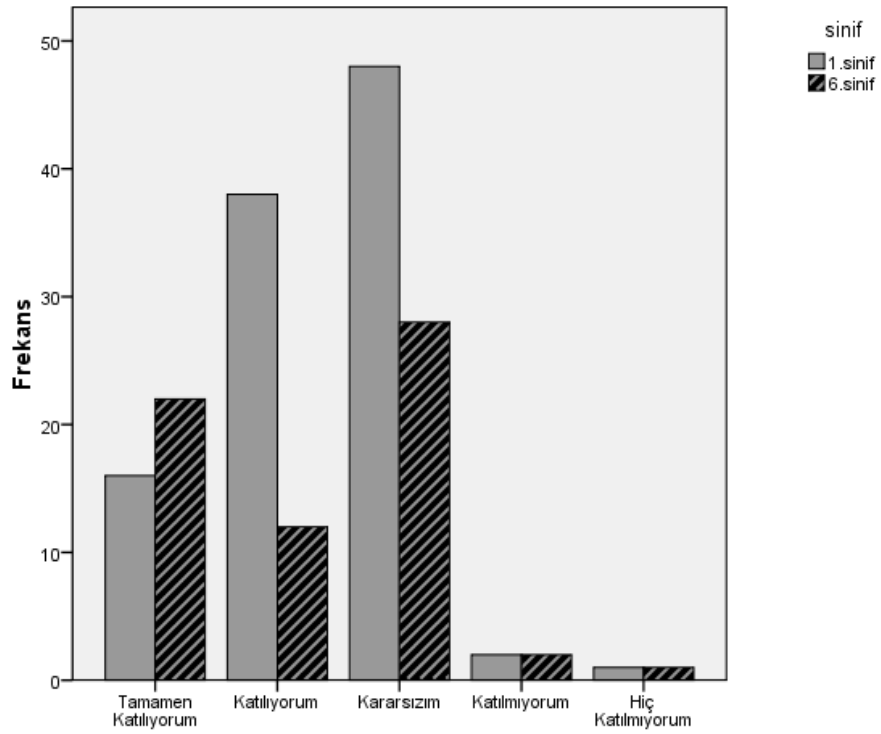
$p = 0.016^*$

Grafik 21: ESH sadece kadınlara satılmalıdır.



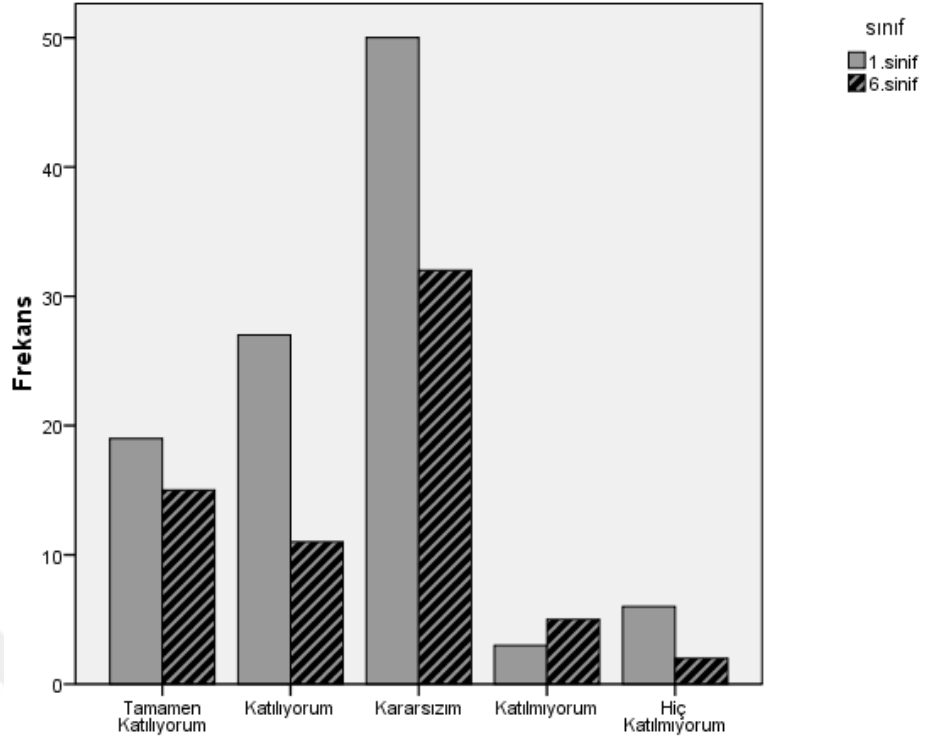
$p = 0.009^*$

Grafik 22: ESH sadece kondom ile beraber satılmalıdır.



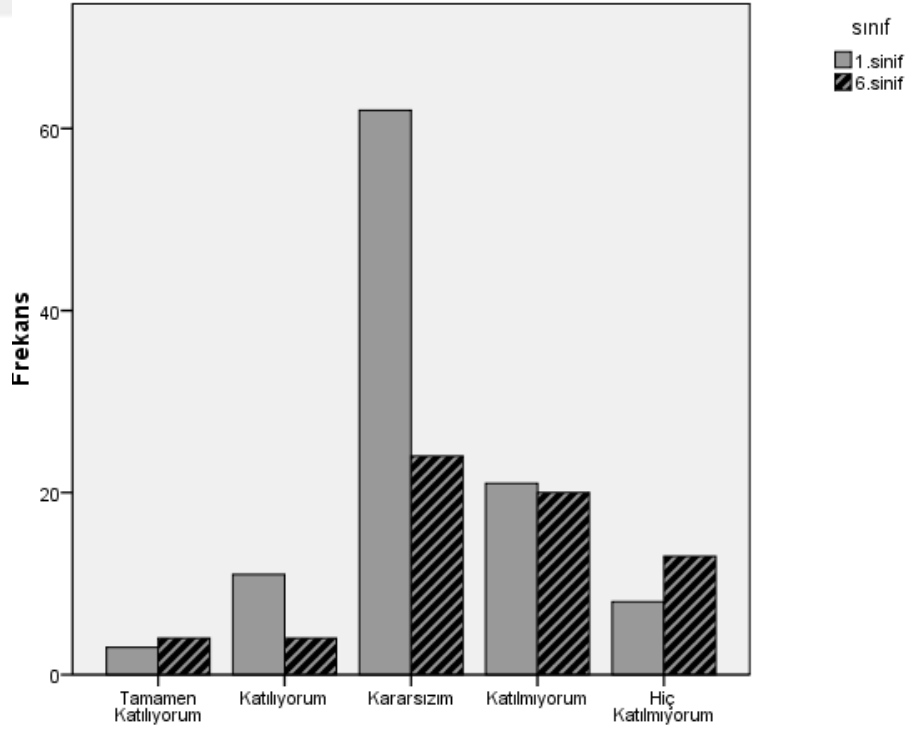
$p = 0.027^*$

Grafik 23: ESH' ı süpermarketlerde satılmalıdır.



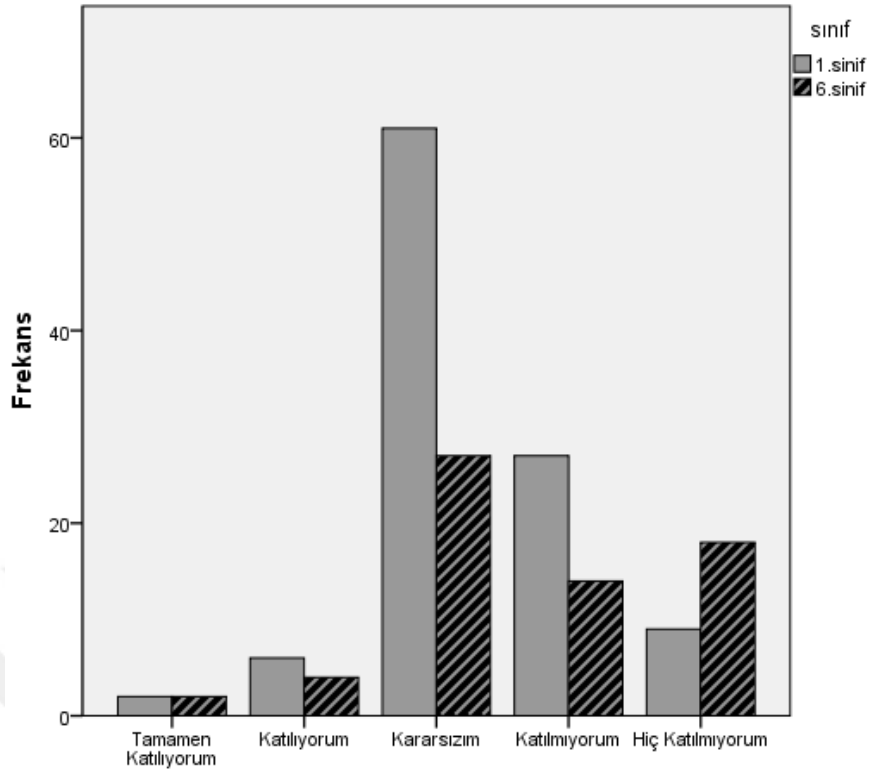
$p = 0.343$

Grafik 24: ESH' nın fiyatı ucuz olmalı veya gençlere daha düşük fiyattan satılmalıdır.



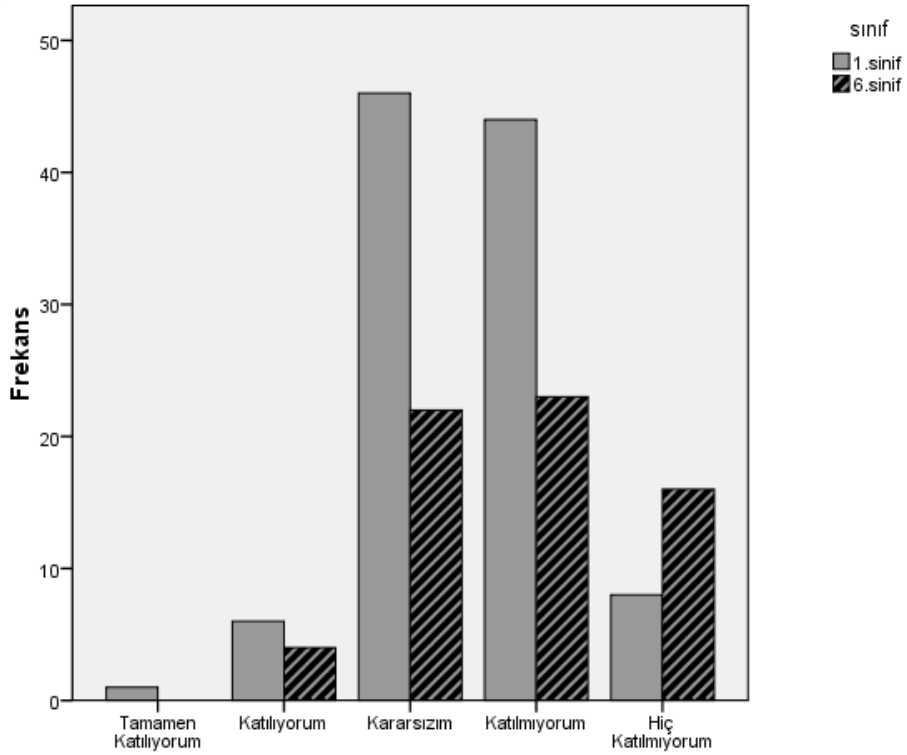
$p = 0.013^*$

Grafik 25: Erkekler ESH' nı öğrenirlerse kondom kullanmak istemeyeceklerdir.



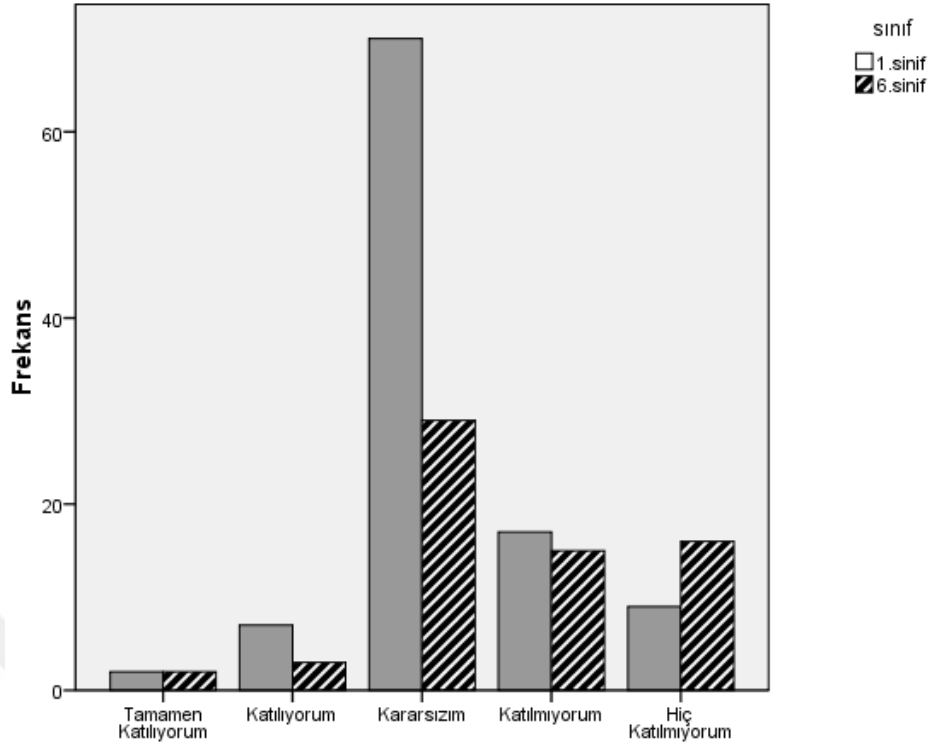
$p = 0.018^*$

Grafik 26: ESH konusunda bilgilendirme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır.



$p = 0.036^*$

Grafik 27: Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır.



P = 0.018*

Grafik 28: ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır.

Katılımcılara “Ertesi Sabah Hapı”nı kendinizin ihtiyacı olduğunda kullanır mısınız veya başkasına (arkadaşınıza / hastanıza) tavsiye eder misiniz?” şeklinde tutum sorusu yöneltilmiştir. Verilen yanıtlar hem cinsiyete hem de sınıf düzeyine göre aralarında fark incelendiğinde, verilen yanıtlar hem cinsiyet hem de sınıf düzeyinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Ek-2, Soru-30).

Katılımcılara tutum düzeyi ile ilgili “Gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgi edinmek ister misiniz?” şeklinde soru yöneltilmiştir. 201 katılımcıdan 124’ü evet şeklinde yanıtlamıştır. Evet yanıtı verenlerin bilgi edinme kaynaklarına ilişkin sıklık dağılımları tablo 7’de verilmiştir, (Ek-2, Soru-18).

Ebe/ hemşire ile görüşme yanıtına evet cevabı verenlerin 18 tanesi kadın; 10 tanesi erkek olarak dağıldığı görülmüştür.

Tablo 7: Katılımcıların gebelikten korunmaya ilişkin bilgi edinme yöntemlerine ilişkin tercihlerinin dağılımları

| Bilgi Kaynağı | N | % |
|---------------------------|----|------|
| Ailemden | 6 | 4,8 |
| Arkadaş | 7 | 5,6 |
| Broşür | 22 | 17,7 |
| Doktorla görüşmek | 62 | 50 |
| Ebe/ hemşire ile görüşmek | 28 | 22,6 |
| Dergi/ gazete | 5 | 4,0 |
| Televizyon | 3 | 2,4 |
| Radyo | 2 | 1,6 |
| İnternet | 22 | 17,7 |
| Okul | 80 | 64,5 |
| Poster | 3 | 2,4 |
| Seminer/ konferans | 28 | 22,6 |
| Telefon danışma hattı | 1 | ,8 |

“Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı?” sorusuna verdiği yanıtların sınıf düzeyine ve cinsiyetler arası farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Yapılan Ki Kare sonucuna göre verilen yanıtların cinsiyetler arası farklılaşmadığı bulunurken ($p>0.05$), sınıf düzeyine göre farklılaşmaktadır ($X^2_{(2)} = 20.715$; $p < 0.05$), (Ek-2, Soru-31). Verilen cevapların sınıf düzeyine göre dağılımı tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların " Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı " sorusuna verdikleri yanıtların sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Yanıtlar | Sınıf | | Total |
|--------------|---------|---------|-------|
| | 1.sınıf | 6.sınıf | |
| Evet | 26 | 35 | 61 |
| Hayır | 8 | 9 | 17 |
| Emin Değilim | 72 | 21 | 93 |
| Total | 106 | 65 | 171 |

$p < 0.05$

Katılımcıların “Ertesi sabah hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı tablo 9’da verilmiştir (Ek-2, Soru-29).

Tablo 9: Katılımcıların ertesi sabah hapı hakkında bilgi edinme yöntemlerine dair bilgi edinme tercihlerinin dağılımı

| Bilgi Kaynağı | N | % |
|---------------------------|-----|------|
| Broşür | 58 | 28,9 |
| Dergi/Gazete | 22 | 10,9 |
| Poster | 3 | 1,5 |
| Televizyon | 5 | 2,5 |
| Radyo | 1 | ,5 |
| İnternet | 55 | 27,4 |
| Okul | 90 | 44,8 |
| Doktorla görüşmek | 135 | 67,2 |
| Hemşire/ Ebe ile görüşmek | 61 | 30,3 |
| Seminer/Konferans | 41 | 20,4 |
| Telefon danışma hattı | 7 | 3,5 |

4.5. Katılımcıların Nitel Verilerinin İncelenmesi

Katılımcılara korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak için kullanılabilecek yöntemlerin neler olduğu açık uçlu soru şeklinde sorulmuştur. İlk olarak katılımcıların hangi acil kontraseptif yöntemleri bildikleri incelenmiştir.

İlk olarak tüm katılımcılar için bakıldığında en sık bilinen acil kontraseptif yöntemin ertesi sabah/gün hapları olduğu görülmüştür. Hemen ardından ise doğum kontrol hapları gelmektedir. En az bilinen yöntemin ise yüksek doz progesteron olduğu görülmüştür. Diğer verilen cevapların dağılımı tablo 10’da gösterilmiştir.

Verilen yanıtlar arası cinsiyetler arası bir fark olup olmadığını anlamak için Ki Kare analizi yapıldığında katılımcıların bildiği kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin cinsiyetler arası ve sınıf düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$), (Ek-2, Soru-19).

Tablo 10: Katılımcıların Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Yanıtlarının İncelenmesi

| Kontraseptif Yöntemler | N | % |
|------------------------|----|-------|
| Ertesi sabah hapı | 86 | 34.26 |
| Hormon hapları | 22 | 8.76 |
| Rahim içi araçlar | 32 | 12.75 |
| Doğum kontrol hapları | 67 | 26.7 |
| Yüksek doz progesteron | 12 | 4.78 |
| Bilmiyorum | 32 | 12.75 |

Açık uçlu sorulan sorulardan ikincisi “Ertesi sabah hapını nereden duydunuz?” olmuştur. Verilen cevapları ilk olarak ertesi sabah hapına ilişkin bilgi kaynaklarının cinsiyetler arası farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Ek-2, Soru-21). Sınıf düzeyi açısından verilen yanıtlar incelendiğinde ise yanıtlar tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: ESH'ye ilişkin bilgi kaynaklarının sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Bilgi Kaynakları | 1. Sınıflar | | 6. Sınıflar | |
|------------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Medya | 80 | 54.05 | 26 | 24.18 |
| Arkadaş | 40 | 27.02 | 8 | 8.60 |
| Okul | 24 | 16.22 | 58 | 62.37 |
| Aile | 4 | 2.70 | 0 | 0 |
| İnternet | 0 | 0 | 1 | 1.08 |
| Toplam | 148 | %100 | 93 | %100 |

Öğrencilere “Ertesi sabah hapının içeriği nedir?” sorusu yöneltilmiştir. Öğrencilerin bu soruya verdiği yanıtlar aşağıda belirtilmiştir. Verilen cevapları cinsiyetler arası farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p> 0.05$), (Ek-2, Soru-23). Sınıf düzeyi açısından verilen yanıtlar incelendiğinde ise yanıtlar tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: ESH'nin etken maddesine ilişkin görüşlerinin sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Etken Madde | 1. Sınıflar | | 6. Sınıflar | |
|-------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Progesteron | 30 | 24.6 | 46 | 68.79 |
| Östrojen | 22 | 18.03 | 17 | 23.95 |
| Bilmiyorum | 70 | 57.37 | 8 | 11.26 |
| Toplam | 122 | %100 | 71 | %100 |

Katılımcılara ertesi sabah hapının genel etki mekanizmasının ne olduğu da açık uçlu bir şekilde sorulmuştur. Verilen cevapları cinsiyetler arası farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sınıf düzeyinde verilen cevapların sıklıkları ve oranları ise tablo 13'de sunulmuştur (Ek-2, Soru-24).

Tablo 13: ESH'nin etki mekanizmalarına ilişkin yanıtlarının sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Etki Mekanizması | 1. Sınıflar | | 6. Sınıflar | |
|--------------------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Fertilizasyonu engelleme | 19 | 18.1 | 12 | 23.53 |
| İmplantasyonu engelleme | 25 | 23.81 | 22 | 43.14 |
| Ovulasyonu geciktirme | 7 | 6.67 | 3 | 13.73 |
| Bilmiyorum | 54 | 51.43 | 14 | 27.5 |
| Toplam | 105 | %100 | 51 | %100 |

Katılımcılara ESH'nin yan etkileri sorulduğunda ise verilen cevapların dağılımı tablo 14'de gösterilmiştir. Verilen cevapları cinsiyetler arası farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Sınıf düzeyine göre yan etkilere ilişkin yanıtlar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($X^2_{(4)} = 16.796$; $p < 0.05$), (Ek-2, Soru-25).

Tablo 14: ESH'nin yan etkilerine ilişkin yanıtlarının sınıf düzeyine göre incelenmesi

| Yan Etki | 1. Sınıflar | | 6. Sınıflar | |
|-------------------|-------------|------|-------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Adet düzensizliği | 14 | 11.5 | 10 | 18.18 |
| Bulantı | 24 | 20.0 | 4 | 7.27 |
| Kusma | 12 | 10.0 | 5 | 9.09 |
| Kanama | 2 | 1.9 | 27 | 49.09 |
| Bilmiyorum | 68 | 56.6 | 9 | 16.36 |
| Toplam | 120 | 100% | 28 | 100% |

Son olarak da katılımcılara ertesi sabah hapları hakkında duydukları korkuların ve endişelerin neler olduğunu yazmaları istenmiştir. Buna göre sınıf düzeyinde verilen yanıtlar tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15: 1. ve 6. sınıfların ESH hakkındaki endişe ve korkularına ilişkin verdikleri yanıtlarının incelenmesi

| Endişe ve Korkuların Nedenleri | 1. Sınıflar | | 6. Sınıflar | |
|--------------------------------|-------------|------|-------------|------|
| | N | % | N | % |
| Adet düzensizliği | 0 | 0 | 1 | 1.5 |
| İşe yaramaması | 19 | 14.5 | 22 | 33.8 |
| Hormonal dengenin bozulması | 2 | 1.5 | 3 | 4.6 |
| Kısırlık | 0 | 0 | 3 | 4.6 |
| Kusma | 0 | 0 | 1 | 1.5 |
| Herhangi bir endişem yok | 83 | 79.4 | 35 | 53.8 |
| Toplam | 104 | 100% | 65 | 100% |

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı 1. Sınıf ile 6. Sınıf tıp öğrencilerinin acil kontraseptif yöntemler hakkında bilgi ve tutum düzeylerinin incelenmesi ve karşılaştırılmasıdır. Temel olarak çalışma, öğrencilerin farklı kontraseptif yöntemler hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduklarını tespit etmek ve sınıf düzeyi ilerledikçe kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin ne ölçüde arttığını bulmayı hedeflemiştir. Yapılan analizler 6. sınıf öğrencilerinin 1. Sınıf öğrencilerine oranla anlamlı bir şekilde bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu ve tutumlarının daha olumlu yönde olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada da 1. sınıf tıp öğrencileri ile 6. sınıf tıp öğrencilerinin bilgi ve tutum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre 6.sınıf tıp öğrencilerinin bilgi ve tutum düzeylerinin 1. sınıf tıp öğrencilerine göre olumlu olduğu saptanmıştır (36).

Özellikle ertesini sabah hapına ilişkin gruplar arası bilgi kaynaklarına baktığımızda birinci sınıf tıp öğrencilerinin çoğu kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgiyi medya aracılığı ile edinirken; altıncı sınıf öğrencileri ise mevcut bilgilerini okuldan öğrendiklerini belirtmişlerdir. Kuzey-Batı Hindistan'da yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencileri arasında acil kontrasepsiyon konusunda en yaygın bilgi kaynağı görsel-işitsel medya olarak tespit edilmiştir(65).Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise ortaöğretim öğrencilerinin(10-19 yaş) acil kontrasepsiyon için ana bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanları ve hastaneler, ikinci en sık başvuru kaynağı medya olduğu tespit edilmiştir(66).Buradan hareketle özellikle küreselleşme ile birlikte bilgiye ulaşmanın kolaylaşması olumlu bir özellik gibi gözükse de, başta internet gibi bilgi araçlarında yer alan bilgilerin güvenilirliği ve doğruluğunun günümüzde sorgulanır durumda olması dikkat edilmesi gereken durumlardan biridir. Doğru bilginin yanında bilimsel geçerliliği olmayan pek çok bilgiye kolayca ulaşabilecek olan öğrenciler bu bilgileri kendileri için kullanabilirler ve olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalabilirler. Bu noktada teknoloji okur-yazarlığı, edinilen bilginin sorgulanması gibi bazı yetkinliklerin bireylere en başta kazandırılıyor olması karşılaşılabilecek olumsuz durumları en aza indirme yöntemleri arasında yer almaktadır.

Katılımcılara ertesi sabah hapına ilişkin ilacın Türkiye’de bulunup bulunmadığı, nereden temin edilebileceği, etki mekanizması gibi bilgi sorularında 6. sınıf öğrencilerinin bu alanda bilgi eksikliğinin olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ertesi sabah hapının etki mekanizmasına ilişkin bilgi düzeyinde altıncı sınıf öğrencilerinin %20.6’sının “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlaması üzerinde durulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bir diğer veri ise ertesi sabah hapının yan etkilerine ilişkin bilgi sorusunda altıncı sınıf öğrencilerinin %32,1’inin “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlaması da benzer şekilde değerlendirilmelidir.

Katılımcıların ESH ilişkin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde ESH ile ilgili verdikleri cevaplar dikkat çekmektedir. “ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için 1 hafta içinde alınabilir” sorusuna birinci sınıfların yaklaşık %24’ü yanlış cevap vermiştir. İnönü üniversitesinde yapılan bir çalışmada 1202 katılımcının 95’i ertesi sabah hapının kullanım zamanını doğru bilmıştır, 386 katılımcı bilmiyorum yanıtını vermiştir(67). “ESH cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında da benzer şekilde öğrencilerin bu konu da bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır. Altıncı sınıfların tamamı doğru cevaplamıştır; ancak birinci sınıflarda doğru/yanlış oranı birbirine yakındır. Tüm bunlar öğrencilerin bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalara önem verilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Özellikle altıncı sınıflarda “ESH gebelik başladıktan sonra etkisizdir” ile “ESH oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz” bilgi sorularında yanlış cevap oranlarının yüksek olması, bu konuda özel bir çalışma gerektirdiğini bizlere göstermektedir.

“ESH ahlaki yönden sakıncalıdır” tutum sorusuna sınıf düzeyi fark etmeksizin öğrenciler tamamen katılıyorum yanıtını işaretlemişlerdir. Toplumsal ön yargı ve/veya inanç yönünden bu tutumu sergiledikleri düşünülmüştür. Bu öğrencilerin eğitime/bilgilendirmeye gereksinimi olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar özellikle üniversite öğrencilerinde kontraseptif yöntemleri kullanmaya ilişkin tutumların daha çok bilgi eksikliğine bağlı olduğunu göstermektedir (33).

Cinsellik ve cinsel sağlığın önemi konularında aile hekimlerinin farkındalığının olması ve hastaların aile hekimlerine danışılabileceklerini bilmeleri önemlidir (68). Aile hekiminin birinci basamak sağlık hizmet sunumunu kaliteli hale getirmesi ve yardımcı sağlık personelinin de eğitmesi önemli görevlerindedir (69).

5.1. Sınırlılıklar

Araştırmaya sadece Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan birinci ve altıncı sınıf öğrencileri dahil edilmiştir. Kısıtlılıklar arasında değinilmesi gereken bir diğer konu ise özellikle altıncı sınıflardan katılımın az olmasıdır (katılım oranı %67.5).

Ertesi sabah hapına ilişkin tutum araştırmalarına bakıldığında, yapılan çalışmaların büyük bir kısmında ertesi sabah hapi ve cinselliğe ilişkin konularda öğrencilerin tabularının yönlendirici olduğu, bu yüzden anket sorularına gerçek, samimi cevaplar vermediği belirtilmektedir (70). Benzer şekilde özellikle cinsel deneyime ilişkin sorularda da öğrencilerin sınıf düzeyi fark etmeksizin “cevap vermek istemiyorum” ya da soruları boş bırakması, önyargılardan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların gelir düzeyi, kaldıkları yer ve sağlık güvenceleri bakımından istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Öğrencilerin altıncı sınıfta üniversite/uygulama ve araştırma hastanesinden belli bir ödenek almaları gelir düzeylerini ve yaşam koşullarını iyileştirdiği, olumlu yönde değiştirdiği düşünülmektedir, buna bağlı olarak fark olduğu düşünülmüştür. Saptanan bu anlamlı farkın öğrencilerin kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi ve tutumlarını etkileyip etkilenmediği bilinmemektedir. Dolayısıyla gelecekteki çalışmalar için grupların belirtilen değişkenler açısından daha eş dağılımlı dağıtılması önerilmektedir. Literatürde sosyal güvence, kaldıkları yer ve gelir duruma göre istatistiksel bir çalışma bulunmamıştır.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde birinci sınıf öğrencilerinin altıncı sınıf öğrencilerine göre ertesi sabah hapına ilişkin bilgi düzeyinin daha az olduğu saptanmıştır. Bu nedenle;

- Tıp fakültesi veya yükseköğrenim hazırlık veya birinci sınıf düzeylerinde sağlıklı yaşam bilgilerinin verilmesi önerilmektedir.
- Kontraseptif yöntemlerin genel olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sübvansede edilmesi,

- Toplumsal bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik basılı ve görsel medya araçları başta olmak üzere bilinçlendirme programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.
- Kadın sağlığı, ana-çocuk sağlığı bağlamında, genel olarak birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde kontraseptif yöntemlerin tanıtılması, bilgi verilmesi ve bunların eğitimlerinin verilmesi, kontraseptif yöntemlerin özendirilmesi gerekmektedir.



6. KAYNAKÇA

1. Rastak L. Correlation between socio-demographic characteristics and contraceptive methods. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 7(2):21-8, 2005.
2. Ehsanpour S, Mohammadifard M, Shahidi S, Nekouyi NS. A comparative study on attitude of contraceptive methods users towards common contraceptive methods. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 15(Suppl1):363-370, 2010.
3. Belfield T. Principles of contraceptive care: choice, acceptability and access. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23(2):177-85, 2009.
4. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 78(3):211-7, 2008.
5. IMES, Integrated Monitoring and Evaluation System. Tehran: Department of Health and Medical Education; Health Department, Population and Family Health Office with Cooperation of Universities of Medical Sciences and Iran's Health Care System, 2005.
6. Guttmacher Institute. (2011, January). Facts on induced abortion in the United States. <http://www.guttmacher.org/pubs> adresinden erişilmiştir.
7. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 11 (3): 94-97, 2002.
8. Derman, O. 2008. Adölesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri [online]. www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1455 adresinden erişilmiştir.
9. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond coca-cola, *Family Planning Perspectives* 28(2):44-48, 1996.
10. Larry J, Copeland MD. *Textbook of Gynecology*. 2.baskı. USA: W.B. Saunders Company; 2000.

11. Hassa H, Tanır M. Acil kontrasepsiyon ve anti-progestinlerin kontraseptif amaçlı kullanımı. Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 4 (1): 59-63, 2001.
12. Berek SJ, Adashi EY, Hillard PA. Aile Planlaması. Turan H (Çev), 13. Baskı. İstanbul: Novak Jinekoloji, Tayf Ofset; 1998.
13. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2004
14. Glasier A. Emergency contraception: the user and the services. *Entrenous* 39: 6, 1998.
15. Ellertson C, Winikoff B, Armstrong E, Camp S, Senanayake P, vd. Expanding access to emergency contraception in developing countries. *Stud Fam Plan* 26 (5): 251-263, 1995.
16. Zuliani G, Colombo UF, Molla R. Hormonal postcoital contraception with an ethinyl estradiol-norgestrel combination and two danazol regimens. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 37:253-60, 1990.
17. Webb A. Emergency contraception: is it time to change method? *BMJ* 318 (7180): 342-343, 1999.
18. Thomas MA. Postcoital contraception. *Clin Obstet Gynecol* 44 (1): 101-105, 2001.
19. İnsan Sağlığını Geliştirme Vakfı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul: Damla Matbaacılık; 1997.
20. Weismiller DG. Emergency contraception *Am Fam Physician*. 15;70(4):707-14, 2004.
21. Lindberg CE. Emergency contraception: the nurse's role in providing postcoital options. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 26 (2): 145-152, 1997.
22. Çelik Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon, Menstrüel Regülasyon. Gökmen O, Çiçek MN, editör. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2001.

23. Gürler Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon, Menstrüel Regülasyon, Gökmen O, Çiçek MN, editör. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2001.
24. Pham A. Emergency contraception (Post-coital contraception). J Okla State Med Assoc 95 (6): 371-374, 2002.
25. Rowen T, Smith J, Eisenberg M, Breyer B, Drey E, Shindel A. Contraceptive usage patterns in North American medical students. Contraception [Internet]. 2011;83(5):459-465 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477690> adresinden erişilmiştir.
26. Mutha A. 2014. A Knowledge, Attitudes and Practices Survey regarding Sex, Contraception and Sexually Transmitted Diseases among Commerce College Students in Mumbai. JCDR <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbases.lsmuni.lt:2048/pmc/articles/PMC419036/> adresinden erişilmiştir.
27. Cerniauskiene M, Bernotaite M, Abraitis V, Nadisauskiene R. Students' Sexual Behavior and Knowledge about Sexual Education in Lithuania's City of Kaunas. Journal of Contraceptive Studies. 2016. <http://contraceptivestudies.imedpub.com/students-sexual-behavior-and-knowledge-aboutsexual-education-in-lithuanias-city-of-kaunas.php?aid=8198#1> adresinden erişilmiştir.
28. Baseviciene I, Sumskas L. Use of contraceptives among adolescent girls and its relation with the Chlamydia trachomatis infection. Medicina (Kaunas, Lithuania) (10):997-1003, 2003.
29. Ajah L, Onubogu E, Anozie O, Lawani L, Iyoke C, Onwe E et al. Adolescent reproductive health challenges among schoolgirls in southeast Nigeria: role of knowledge of menstrual pattern and contraceptive adherence. Patient Preference and Adherence. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556251/?report=reader%20http://www.macrothink.org/journal/index.php/jsr/article/view/2311/1936> adresinden erişilmiştir.
30. Gazibara T, Trajkovic G, Kurtagic I, Kovacevic N, Nurkovic S, Kisic-Tepavcevic D et al. What Do Male Medical Students Know about the Pill? Study of Knowledge and Attitudes at the University of Belgrade. Gynecologic and Obstetric Investigation 75(4):224-229, 2013.

31. Kajić M, Tomić V, Martinac M, Mikulić-Kajić M, Orlović M. Medical students' attitudes towards contraception. *Psychiatr Danube Dec (27 Suppl 2):590-2, 2015.*
32. Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Tzafettas J. Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 13(1):77-82, 2008.*
33. Edwards J, Oldman A, Smith L, McQuay H, Moore R. Women's knowledge of, and attitudes to, contraceptive effectiveness and adverse health effects. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 26(2):73-80, 2000.*
34. Hogmark S, Klingberg-Allvin M, Gemzell-Danielsson K, Ohlsson H, Essen B. Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards contraceptive use and counselling: a cross-sectional survey in Maharashtra, India. *BMJ Open 3(12):e003739-e003739, 2013*
35. Ajmal F, Agha A, Zareen N, Karim M. Knowledge, attitudes and practices (KAP) regarding sexuality, sexual behaviors and contraceptives among college/university students in Karachi, Pakistan. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 21(3):164-8,2007.*
36. Hagan J, Buxton C. Contraceptive Knowledge, Perceptions and Use among Adolescents in Selected Senior High Schools in the Central Region of Ghana. 2012. <http://dx.doi.org/10.5296/jsr.v3i2.2311> adresinden erişilmiştir.
37. Lee J & Jezewski MA. Attitudes toward oral contraceptive use among women of reproductive age: a systematic review. *ANS Adv Nurs Sci Jan-Mar;30(1):E85–103, 2007.*
38. Cramer JA. Compliance with contraceptives and other treatments. *Obstet Gynecol 88(3 Suppl):4S-12S, 1996.*
39. Schenker JG. Women's reproductive health: Monotheistic religious perspectives *Int J Gynaecol Obstet 70:77–86, 2000.*
40. Schenker JG, Rabenou V. Family planning: cultural and religious perspectives. *Hum Reprod 8(6):969–76, 1993.*

41. LoPresti AF. Christianity In: Manning C, Zuckerman P, eds. Sex and religion. Toronto: Thomson Wadsworth; 2005.
42. Martin K, Wu Z. Contraceptive use in Canada: 1984–1995. *Fam Plann Perspect* 32(2):65–73, 2000.
43. Goldscheider C, Mosher WD. Patterns of contraceptive use in the United States: the importance of religious factors. *Stud Fam Plann* 22(2):102–15, 1991.
44. Romo LF, Berenson AB, Segars A. Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States. *Contraception* 69(3):219–25, 2004.
45. Rosner F. Modern medicine and Jewish ethics. New York: Yeshiva University Press 69–84,133–54, 1991.
46. Poston L. Islam. In: Manning C, Zuckerman P, eds. Sex and religion. Toronto: Thomson Wadsworth 181–97, 2005.
47. Schenker JG. Women’s reproductive health: Monotheistic religious perspectives *Int J Gynaecol Obstet* 70:77–86, 2000.
48. Okun BS. Religiosity and contraceptive method choice: The Jewish population of Israel. *Eur J Popul* 16:109–32, 2000.
49. Shaikh S. Family planning, contraception and abortion in Islam: understanding khilafah. In: Maguire DC, ed. Sacred rights: The case for contraception and abortion in world religions. New York: Oxford University Press; 2003.
50. Rashidi A, Rajaram S. Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US hospitals. *Holist Nurs Pract* October;16(1):55–64, 2001.
51. Hasna F. Islam, social traditions and family planning. *ANS Adv Nurs Sci* 37(2):181–97, 2003.
52. Omran AR. Family planning in the legacy of Islam. New York: Routledge;1992.
53. Pennachio DL. Caring for your Muslim patients. Stereotypes and misunderstandings affect the care of patients from the middle east and other parts of the Islamic world. *Med Econ* May 6;82(9):46–50, 2005.

54. Kridli SA. Health beliefs and practices among Arab women. *MCN Am J Matern Child Nurs* May-June;27(3):178–82, 2002.
55. Iyer S. Religion and the decision to use contraception in India. *J Sci Study Relig* 41(4):711–22, 2002.
56. Kridli SA, Newton SE. Jordanian married Muslim women’s intentions to use oral contraceptives. *Int Nurs Rev* 52:109–14, 2005.
57. Bogale B, Wondafrash M, Tilahun T, and Girma E. Married Women’s Decision Making Power on Modern Contraceptive Use in Urban and Rural Southern Ethiopia. *BMC Public Health* 11: 342, 2011. doi:10.1186/1471-2458-11-342
58. Muanda M, Parfait GN, Taub LD, and Bertrand JT. Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC. *PLOS ONE* 11 (12): e0167560, 2016.
59. Kabagenyi A, Jennings L, Reid A, Nalwadda G, Ntozi J, and Atuyambe L. Barriers to Male Involvement in Contraceptive Uptake and Reproductive Health Services: A Qualitative Study of Men and Women's Perceptions in Two Rural Districts in Uganda.” *Reproductive Health* 11 (1): 1–9, 2014.
60. Eliason S, Baiden F, Quansah-Asare G, Graham-Hayfron Y, Bonsu D, Phillips J, and Awusabo-Asare K. Factors Influencing the Intention of Women in Rural Ghana to Adopt Postpartum Family Planning. *Reproductive Health* 10: 34, 2013. doi:10.1186/1742-4755-10-34
61. Okwor EU, and Olaseha IO. Married Men's Perception about Spousal use of Modern Contraceptives: A Qualitative Study in Ibadan Northwest Local Government Area, Southwest Nigeria. *International Quarterly of Community Health Education* 30 (3): 223–238, 2010.
62. Vouking ZM, Evina CD and Tadenfok CN. Male Involvement in Family Planning Decision Making in Sub-Saharan Africa – What the Evidence Suggests. *The Pan African Medical Journal* 19: 349, 2014. doi:10.11604/pamj.2014.19.349.5090.

63. Farmer DB, Berman L, Ryan G, Habumugisha L, Basinga P, Nutt C, Kamali E. Motivations and Constraints to Family Planning: A Qualitative Study in Rwanda's Southern Kayonza District. *Global Health: Science and Practice* 3 (2): 242–254, 2015.
64. Ölmez S, Ketten HS, Avcı F, Dalgacı AF, Ersoy Ö, Ölmez C, Kardeş F, Çelik M, Sucaklı MH. Kahramanmaraş'taki sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin acil kontrasepsiyon konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *KSÜ Tıp Fak Dergisi* 10(1):17-21, 2015
65. Gupta RK. Raina SK. Verma AK. Shora T. Emergency contraception: Knowledge and attitude toward its use among medical students of a medical college in North-West India. *J Pharm Bioallied Sci.* 8(3):235-9,2016 doi: 10.4103/0975-7406.175974.
66. Babatunde OA. Ibirongbe DO. Omede O. Babatunde OO. Durowade KA. Salaudeen AG. Akande TM. Knowledge and use of emergency contraception among students of public secondary schools in Ilorin, Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2 10;23:74, 2016 doi: 10.11604/pamj.2016.23.74.8688
67. Koluçak S. Güneş G. Özer A. Üniversite Öğrencilerinin Ertesi Gün Hapı Konusunda Farkındalık ve Tutumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 18(2):78-86, 2011.
68. Güçlü YA. Öztürk YK. Öztürk ÖE. Öngel K. Evaluation of the Family Physician Assistants' Views to Sexual Dysfunction in a Training and Research Hospital. *Konuralp Tıp Dergisi* 8(1):23-7,2016.
69. Kara IH. Günvar T. Sunay D. Başak O. Family Medicine Residency Training: Where, How Much, How and When? *Konuralp Tıp Dergisi* 8(1):65-71, 2016.
70. Heisler, K. Van Eron, DM. A descriptive study of undergraduate contraceptive attitudes among students at the University of New Hampshire. *Undergraduate Honors Theses*, 2012. s:24

7. EKLER

EK 1: Etik Kurul Kararı



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 28/02/2018
TOPLANTI NO : 2018/05

KARARLAR :

- 9- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-55-28/02 Protokol no'lu "Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK 2: Demografik Soru Formu

KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUM ARAŞTIRMA ANKETİ

Değerli Katılımcı Öğrencimiz,

Bu ankete verdiğiniz cevaplar Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bir çalışmada kullanılacak olup başka kişi ve kuruluşlar tarafından kullanılmayacaktır.

İsim yazmayınız. İsmiğiniz olmadığı için isim kullanılarak yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için şimdiden teşekkür ederiz.

Örnek işaretleme 1

1. Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):...../...../..... 2. Cinsiyet: 1 Kadın 2 Erkek

3. Sınıfı: 1 2 3 4 5 6

4. Bölümünüz:.....

5. Memleketiniz: 6. Kaç kardeşsiniz? (Siz dahil).....

7. Aylık gelir düzeyiniz hangi aralıktadır?

1 0- 499 T.L. 2 500 – 999 T.L. 3 1000 – 1 ,499 T.L. 4 1,500 T.L. ve üstü

8. Eviniz: 1 Kira 2 Kendimizin 3 Lojman Diğer

9. Zonguldak'ta nerede kalıyorsunuz? 1 Ailemle 2 Akraba yanında
3 Yurtta 4 Kirada Öğrenci Evi

10. Sağlık güvenceniz var mı? 1 Yok 2 Yeşil Kart 3 Bağ-Kur 4 SSK

5 Emekli Sandığı 6 Özel Sigorta 7 Üniversitenin Sağlık Karnesi

11. Babanızın eğitim durumu: 1 Okuma-yazma bilmiyor 2 İlkokulu

bitirmemiş 3 İlkokul 4 Ortaokul 5 Lise 6 Fakülte/Yüksek Okul

12. Annenizin eğitim durumu: 1 Okuma-yazma bilmiyor 2 İlkokulu

bitirmemiş 3 İlkokul 4 Ortaokul 5 Lise 6 Fakülte/Yüksek Okul

13. Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?: 1 Evet 2 Hayır 3

Cevap vermek istemiyorum.

14. Kadınların gebe kalma ihtimalleri menstrüel siklusun (adet döngüsünün) neresinde daha fazladır?

- 1 Başlangıcında (adetten hemen sonraki günler)
2 Ortasında (adetin bitmesi ile sonraki adetin başlaması arasındaki zamanın ortasında)
3 Sonunda (adet olmaya yakın zamanda)

15. Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini

yazınız:.....
.....

16. Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgilerinizi nereden edindiniz?
(Birden fazla işaretlenebilir)

- 1 Ailemden 2 Arkadaş 3 Broşür 4 Doktorla görüşmek 5 Ebe/Hemşire ile görüşmek 6 Dergi/Gazete 7 Televizyon 8 Radyo 9 İnternet 10 Okul
11 Poster 12 Seminer/Konferans 13 Telefon Danışma Hattı

17. Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgiye ihtiyacınız oldu mu?

- 1 Evet 2 Hayır 3 Cevap vermek istemiyorum

18. Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgi edinmek ister misiniz?

- 1 Evet 2 Hayır

Cevabınız “**Evet**” ise öncelikle hangi yolla öğrenmek istersiniz?. 1 Ailemden

- 2 Arkadaş 3 Broşür 4 Doktorla görüşmek 5 Ebe/Hemşire ile görüşmek
6 Dergi/Gazete 7 Televizyon 8 Radyo 9 İnternet 10 Okul
11 Poster 12 Seminer/Konferans 13 Telefon Danışma Hattı

19. Korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak için kullanılacak yöntemlere “Acil Kontrasepsiyon (Gebelikten Korunma) Yöntemleri” diyoruz.

Bunlar neler olabilir:.....

20. “**Ertesi Sabah Hapı**” nı (morning after pill) duydunuz mu?

- 1 Evet 2 Hayır

21. “**Ertesi Sabah Hapı**” nı nereden

duydunuz?:.....

22. “**Ertesi Sabah Hapı**” ne zaman alınmalıdır?

- 1 Cinsel ilişkiden önce 2 Cinsel ilişkiden sonra (kaç saat sonra:.....)

23. Bu ilacın içeriği nedir?

24. Bu ilacın genel etki mekanizması nedir?
.....

25. Bu ilacın yan etkileri

nelerdir?.....

26. Bu ilaç Türkiye’de var mı? 1 Var 2 Yok 3 Bilmiyorum

27. Bu ilaç nereden alınabilir? 1 Eczane 2 Sağlık Merkezi 3 Hastane
4 Süpermarket

28. “Ertesi Sabah Hapı” hakkındaki endişe ve korkularınız
nelerdir?.....

29. “Ertesi Sabah Hapı” hakkında bilgi edinmenin **en iyi yolu** sizce nedir? (Birden fazla işaretlenebilir)

1 Broşür 2 Dergi/Gazete 3 Poster 4 Televizyon 5 Radyo
6 İnternet 7 Okul 8 Doktorla görüşmek 9 Hemşire/Ebe ile görüşmek
10 Seminer/Konferans 11 Telefon Danışma Hattı

30. “Ertesi Sabah Hapı”nı kendinizin ihtiyacı olduğunda kullanır mısınız veya başkasına (arkadaşınıza / hastanıza) tavsiye eder misiniz?

1 Evet 2 Hayır 3 Emin değilim 4 Cevap vermek istemiyorum

31. Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı?

1 Evet 2 Hayır 3 Emin değilim 4 Cevap vermek istemiyorum

32. “Ertesi Sabah Hapı” hakkında bilgi edinmek/daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?

1 Evet 2 Hayır

EK 3: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi Soruları

1. Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır (.....)
2. Ertesi Sabah Hapının etkili olabilmesi için korunmasız bir ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır(.....)
3. Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir(.....)
4. Ertesi Sabah Hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir.
1 Doğru 2 Yanlış 3 Bilmiyorum
5. Ertesi Sabah Hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz.
1 Doğru 2 Yanlış 3 Bilmiyorum
6. Ertesi Sabah Hapının içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var.
1 Doğru 2 Yanlış 3 Bilmiyorum
7. Ertesi Sabah Hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?
1 Evet 2 Hayır 3 Bilmiyorum
8. Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?
9. Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç gün olabilir?

EK 4: Ertesi Sabah Hapına İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi

| Ertesi sabah hapı (ESH) konusunda verilen aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu işaretleyiniz. | Tamamen Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|---|---------------------|-------------|------------|--------------|------------------|
| 1. Ertesi sabah hapı (ESH)'nın eczanelerde bulunması gerekir. | | | | | |
| 2. Ertesi Sabah Hapı (ESH) ahlaki yönden sakıncalıdır. | | | | | |
| 3. Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmelidir. | | | | | |
| 4. ESH kadınların güvenliğini arttıracaktır. | | | | | |
| 5. ESH kadınların üreme kontrollerini arttıracaktır | | | | | |
| 6. Bütün cinsel aktif kadınlar ESH'dan haberdar olmalıdır. | | | | | |
| 7. ESH'ı kondom (prezervatif) kadar iyi bilinmelidir. | | | | | |
| 8. Aile planlaması danışmanlığında ESH'dan da bahsedilmelidir. | | | | | |
| 9. Bütün cinsel aktif erkekler ESH'nın olduğunu bilmelidir. | | | | | |
| 10. Okullarda cinsel eğitim ile birlikte ESH'dan da bahsedilmelidir. | | | | | |
| 11. ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır. | | | | | |
| 12. ESH sadece kadınlara satılmalıdır. | | | | | |
| 13. ESH sadece kondom ile beraber satılmalıdır. | | | | | |
| 14. ESH'ı süpermarketlerde satılmalıdır. | | | | | |
| 15. ESH'nın fiyatı ucuz olmalı veya gençlere daha düşük fiyattan satılmalıdır. | | | | | |
| 16. Erkekler ESH'nı öğrenirlerse kondom kullanmak istemeyeceklerdir. | | | | | |
| 17. ESH konusunda bilgilendirme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır | | | | | |
| 18. Cinsel yolla Bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır. | | | | | |
| 19. ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır. | | | | | |