



T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ACİL
KONTRASEPSİYON HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Feyat FIRAT

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS-2024



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

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ACİL KONTRASEPSİYON HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Feyat FIRAT

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS-2024

TEŞEKKÜR

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki eğitimim boyunca her zaman yol gösterip bilgisi ve tecrübesiyle bizlere yardımcı olan sayın tez hocam Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR'a,

Asistanlığım boyunca arkadaşlık kurduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca yanımda olan ve her zorlukta desteklerini yanımda hissettiğim sevgili aileme,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Feyat FIRAT



İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
Abstract	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kullanımı	2
2.2. Etki	4
2.3. Acil Kontraseptif Doğum Kontrol Hapları	7
2.3.1. Etki Mekanizmaları.....	8
2.3.2. İlaçların Etkinliği	8
2.4. Rahim İçi Araçlar	9
2.4.1. Etki Mekanizmaları.....	9
2.4.2. Rahim İçi Araç Etkinliği	9
2.5. Acil Kontrasepsiyon Kullanım Endikasyonları	10
2.5.1. Tıbbi Durumlar	10
2.5.2. Vücut Ağırlığı	11
2.6. İlaç Etkileşimleri	12
2.7. Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Tekrarlayan Kullanımları	13

2.8. Hamilelik Bilinmeden Acil Kontrasepsiyon Kullanımı	14
2.9. Diğer Hormonal Kontraseptiflerle Birlikte Kullanım.....	16
2.10. Emzirirken Kullanım	17
2.11. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) Taraması ve Tedavisi.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ	42
7. KAYNAKLAR.....	43
8. EKLER.....	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Adet Döngüsündeki Hormonal Dalgalanmaların Şeması	5
Şekil 2. 28 Günlük Menstrual Siklusta Hormonal Değişimler.....	6
Şekil 3. Katılımcıların Yaş Ortalaması, Cinsiyet ve Gelir Dağılım Grafikleri	23
Şekil 4. Katılımcıların Kaldıkları Yer ve Sağlık Güvencesi Dağılım Grafiği.....	23



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Acil Doğum Kontrol Haplarının Kullanılmasının Düşünülmesi Gereken Durumlar	3
Tablo 2. Kavrama Olasılıklarına İlişkin Değiştirilmiş Wilcox Tahminleri.....	4
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 4. Katılımcıların 2. Anket1. Soruya Yanıt Dağılımları.....	24
Tablo 5. Katılımcıların 2. Anket 2. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	24
Tablo 6. Katılımcıların 2. Anket 3. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	25
Tablo 7. Katılımcıların 2. Anket 4. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	25
Tablo 8. Katılımcıların 2. Anket 5.Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	26
Tablo 9. Katılımcıların 2. Anket 6. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	26
Tablo 10. Katılımcıların 2. Anket 7. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	26
Tablo 11. Katılımcıların 2. Anket 8. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	27
Tablo 12. Katılımcıların 2. Anket 9. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	27
Tablo 13. Katılımcıların 2. Anket 10. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	27
Tablo 14. Katılımcıların 2. Anketi 11. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 15. Katılımcıların 2. Anket 12. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 16. Katılımcıların 3.Anket 1. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 17. Katılımcıların 3. Anket 2.Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	29
Tablo 18. Katılımcıların 3. Anket 3. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	30
Tablo 19. Katılımcıların 3. Anket 4. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	31
Tablo 20. Katılımcıların 3. Anket 5. Soru 2. Kısma Verdikleri Yanıtların Dağılımı	31
Tablo 21. Katılımcıların 3. Anket 5. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	32
Tablo 22. Katılımcıların 3. Anket 6. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	34
Tablo 23. Katılımcıların 3. Anket 7. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	35
Tablo 24. Katılımcıların 3. Anket 8. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı	35
Tablo 25. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutum Anketi Yanıtlarının Dağılımı ...	35

Tablo 26. Gruplar Arası Bilgi Düzeylerinin Araştırılması	36
--	----



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Ark	: Arkadaşları
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DILI	: İlaça Bağlı Karaciğer Hasarı
DMPA	: Depo-Medroksiprogesteron Asetat
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Gıda ve İlaç İdaresi (U.S Food and Drug Administration)
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
LH	: Luteinize Edici Hormon
LNG	: Levonorgestrel
MEC	: Tıbbi Uygunluk Kriterleri (Medical Eligibility Criteria)
NET-EN	: Noretisteron Enantat
PIH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
RIA	: Rahim İçi Araç
UPA	: Ulipristal Asetat
VKI	: Vücut Kitle İndeksi
VTE	: Venöz Tromboemboli

ÖZET

Acil kontrasepsiyon, korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, gebeliğin oluşmamasına yönelik alınan önlem olarak tanımlanabilmektedir. Acil kontrasepsiyona erişim ve bunun farkındalığının ve kolaylığının arttırılması ihtiyacı günümüzde oldukça önemlidir. Biz de çalışmamız ile Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi tutum ve davranışını değerlendirmek ve üreme sağlığının tam iyilik halinde yaşanması ve buna öncelik olmasını sağlamayı amaçladık.

Çalışmamız 80576354-050-99/131 sayılı etik numarası ile Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alınarak başlatılmıştır. Öğrencilere yüz yüze uygulanan anket sorularına verilen cevaplar SPSS 26.0 ile analiz edilmiştir. Çalışmamıza 195 katılımcı dahil edilmiş olup katılımcıların yaş ortalaması $23,24 \pm 1,61$ yıl idi (minimum:20; maksimum:28). Cinsiyet dağılımları ise kadın/erkek katılımcı sayısı 98/97 (% 50,25 / %49,75) şeklinde idi. Sınıf dağılımları incelendiğinde ise 4. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 87 (% 44,6), 5. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 65 (% 33,3) ve 6. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 43 (% 22,1) idi. Çalışmamız ile sınıflar arası bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamış olup katılımcıların bilgi kaynakları arasında en yüksek oranın tıp fakültesinde aldıkları eğitim olduğu saptanmıştı. Katılımcıların bilgi düzeyinin oldukça iyi düzeyde olup tutum ve davranışlar konusunda daha çok farkındalığa ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Acil Kontrasepsiyon, Bilgi, Davranış

ABSTRACT

Emergency contraception can be defined as the precaution taken to prevent pregnancy after unprotected sexual intercourse. Access to emergency contraception and the need to increase awareness and convenience of it are very important today. With our study, we aimed to evaluate the knowledge, attitude and behavior of Caucasian University Faculty of Medicine students about emergency contraception and to ensure that reproductive health is experienced in full health and is a priority.

Our study was initiated by obtaining ethical approval from Kafkas University Faculty of Medicine Ethics Committee Chairmanship with the ethics number 80576354-050-99/131. The answers given to the survey questions administered face to face to the students were analyzed with SPSS 26.0. 195 participants were included in our study and the average age of the participants was 23.24 ± 1.61 years (minimum: 20; maximum: 28). Gender distribution was as follows: The number of female/male participants was 98/97 (50.25% / 49.75%). When the class distributions were examined, the number of 4th grade student participants was 87 (44.6%), the number of 5th grade student participants was 65 (33.3%) and the number of 6th grade student participants was 43 (22.1%). In our study, no significant difference was found in terms of knowledge level between classes, and it was determined that the highest rate among the participants' information sources was the education they received at the faculty of medicine. It was concluded that the knowledge level of the participants was quite good and that more awareness about attitudes and behaviors was needed.

Keywords: Emergency Contraception, Information, Behavior

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre üreme sağlığı; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” (1-3). “Bu nedenle beraber birlikte üreme sağlığı bireylerin güvenli bir cinsel yaşama, üreme özelliğine ve bu özelliği kullanıp kullanmayacağına, kullanma zamanı ile sıklığı hakkında karar verebilme yetisine ve özgürlüğüne sahip olmaları demektir” (4-6). Genel olarak ülkelerde hızla yükselen genç nüfus oranıyla birlikte gençlerin cinsel ilişki ve sağlık konularında bilgi ihtiyacı artmış olup buna yönelik eğitimlerin sıklaşmasına yol açmıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), korunma yolları ve cinsel sağlık gibi konularda yeterli düzeyde bilgisi olmayan adölesanların ve gençlerin istenmeyen gebeliklere ve CYBH'ye yakalanma risklerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu hastalıkların gelişmesi sonucu insanlarda bedensel, ruhsal, sosyal ve maddi açıdan bir dizi sorunu da beraberinde getirmektedir (7). Kontrasepsiyon açısından birçok seçenek olmasına rağmen istenmeyen gebelik sayıları azımsanmayacak kadar fazladır. Bu istenmeyen gebelikler, özellikle güvenli istemli düşük yapmanın erişilebilir olmadığı ya da gebeliği devam ettiren kadınlar için kaliteli obstetrik hizmetlerin bulunmadığı yerlerde, yüksek oranda morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. İstenmeyen gebelik sonucundan çocuk sahibi olan kadınları bekleyen bir diğer sorun ise bebek bakım süreçleri olmaktadır. Bununla birlikte istenmeyen gebeliklerin ilişkili olduğu yetersiz prenatal bakım, gebelik sırasında sigara ve/veya alkol kullanımı, prematür doğum, yetersiz anne sütü verme gibi birçok faktör de dolaylı olarak çocuk sağlığı üzerine olumsuz etkide bulunmaktadır (8). Bu çalışmadaki amacımız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi tutum ve davranışını değerlendirmek ve üreme sağlığının tam iyilik halinde yaşanması ve buna öncelik olmasını sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya çapında tüm gebeliklerin yaklaşık yüzde kırkı istenmeyen gebeliklerdir; gelişmekte olan bölgelerde (15-44 yaş arası her 1.000 kadında 57) gelişmiş bölgelere (15-44 yaş arası her 1.000 kadında 42) göre daha yüksek istenmeyen gebelik oranları bulunmaktadır (10). İstenmeyen hamileliğin önlenmesi, halk sağlığı düzeyinde önemli bir endişe kaynağıdır ve çocuklarının sayısı ile zaman aralığını belirlemek isteyen bireyler için kritik öneme sahiptir. Korunmasız cinsel ilişki birden fazla ve karmaşık nedenlerden dolayı meydana gelmektedir; bunlar arasında cinsel saldırı veya üremeye yönelik baskı, devam eden bir doğum kontrol yöntemine uymama, doğum kontrol yöntemiyle ilgili bir aksilik (prezervatifin zarar görmesi gibi) ve doğum kontrol yönteminin kullanılmaması yer alır.

Acil kontrasepsiyon, korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, gebeliğin oluşmamasına yönelik alınan önlem olarak tanımlanabilmektedir. Acil kontrasepsiyona erişim ve bunun farkındalığının ve kolaylığının artırılması ihtiyacı günümüzde çok önemlidir. Cinsel ilişki sonrası acil kontrasepsiyon basit, güvenilir ve etkili bir stratejidir. Korunmasız cinsel ilişki gerçekleşikten sonra kullanılabilecek doğum kontrolü için çeşitli seçenekler mevcuttur; Genel olarak acil kontrasepsiyon olarak adlandırılan bu yöntemler, farklı türde hapları ve bakırlı RİA'yı içermektedir. Bununla birlikte, acil kontrasepsiyonla ilişkili komplikasyonların da bilinmesi gerekmektedir. Bu durumun en zorlayıcı yanı ise hem sağlık personelinin hem de potansiyel kullanıcıların bu yaklaşım konusunda oldukça bilgisiz olmasıdır (9).

Acil kontrasepsiyon, yirmi yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Genellikle ertesi gün hapi olarak adlandırılan acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişkiden sonra hamileliği önlemenin etkili bir yoludur (10,11).

2.1. Kullanımı

Adet gören ve rızası ile veya rızası dışında korunmasız cinsel ilişkide bulunan bütün kadınlar acil kontrasepsiyon kullanabilmektedir (Tablo 1). Hamile oldukları bilinmedikçe veya tanı konmamış anormal vajinal kanamaya sahip olmadıkları sürece kadınlar levonorgestrel alabilmektedirler. Ancak hamile oldukları bilinmiyorsa ve inme, östrojene duyarlı tümör veya tromboflebit, aktif karaciğer hastalığı veya tedavi edilmemiş hipertansiyon öyküsü yoksa östrojen içeren acil kontrasepsiyon de kullanılabilmektedir (11).

Tablo 1. Acil Doğum Kontrol Haplarının Kullanılmasının Düşünülmesi Gereken Durumlar

Tamamen korunmasız ilişki	Cinsel organlara boşalma
Koitus interruptus	Prezervatifin kırılması veya kayması
Rahim içi kontraseptif cihazın atılması veya siklus ortasında çıkarılması	Döngünün ortasında tek başına spermisit kullanımı
İkiden fazla unutulmuş oral kontraseptif hap kullanımı	48 saat içinde mini hapın (yalnızca progesteron) kullanımının gecikmesi
Planlanmış kontraseptif enjeksiyonu yaptırmada gecikme	Cinsel saldırı (oral doğum kontrol hapı dışında)
Tek başına prezervatif veya tek başına sperm öldürücü kullanımı (yakın zamanda teratojene maruz kalma)	Yanlış zamanlanmış doğurganlık farkındalığı
İlişki sırasında diyaframın veya servikal kapağın yerinden çıkması	Bir veya daha fazla yalnızca progesteron içeren hap kullanımının atlanması veya 3 saatten fazla gecikmesi
Depo medroksiprogesteron asetat (Depo-Provera) çekiminin iki veya daha fazla hafta gecikmesi	Transdermal kontraseptif yamanın 1. haftada 24 saat veya daha uzun süre çıkarılması veya transdermal kontraseptif yamanın 2. veya 3. haftada 72 saat veya daha uzun süre çıkarılması
Vajinal kontraseptif halkasının 1. haftada 3 saat veya daha uzun bir süre boyunca çıkarılması veya 2. veya 3. haftada 72 saat veya daha uzun süre çıkarılması	Vajinal halkanın art arda beş haftadan uzun süre içeride kalması

Acil kontrasepsiyon kullanımına ilişkin adet döngüsünün herhangi bir zamanında kullanılabileceği bildirilse de yapılan çalışmalarda, ilk dozun ilk 72 saat içindeki zamanlamasının önemli olmadığını gösteriyor gibi görünse de, artık her iki oral acil kontraseptif formunun da ilk 24 saatte verildiğinde daha etkili olduğu, sonraki dönemde etkinliğin azaldığı bilinmektedir (Tablo 2). Buna rağmen acil kontrasepsiyonun beş güne kadar faydalı olabileceği de ileri sürülmektedir (12-14). Korunmasız cinsel ilişkiden üç gün sonra başvuru olursa, işe yarama şansının daha az olduğu bildirildiği sürece, ilişkiden sonraki

120 saate kadar acil kontrasepsiyon denenebilir, ancak varsa rahim içi kontraseptif cihaz (IUCD) daha iyi bir seçenektir (15,16).

Tablo 2. Kavrama Olasılıklarına İlişkin Değiştirilmiş Wilcox Tahminleri

İlk doz	B Planı (levonorgestrel)		Yuzpe yöntemi (norgestrel-etinil estradiol)	
	Gebelik oranı (%)	Etki (%)	Gebelik oranı (%)	Etki (%)
<24 saat	0,4	95	2.0	77
25-48 saat	1.2	85	4.1	36
49-72 saat	2.7	58	4.7	31

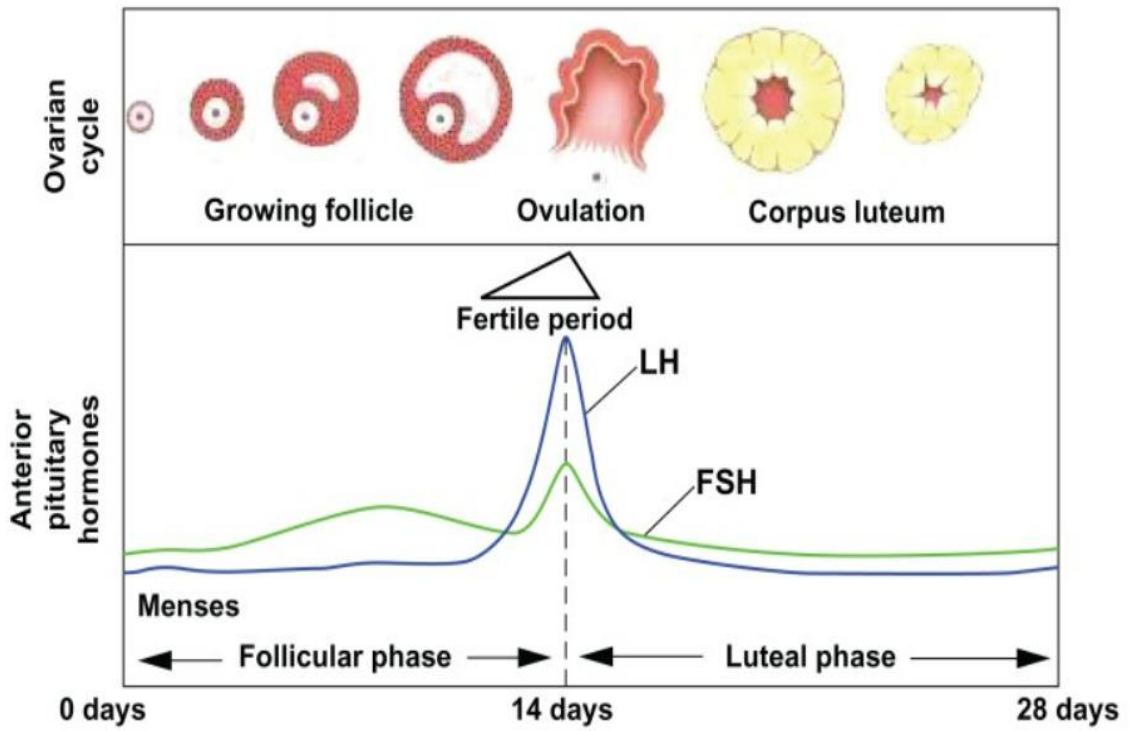
2.2. Etki

Devam eden doğum kontrol yöntemleri için etkinlik genellikle belirli bir süre içinde kullanıcılar arasında meydana gelen gebeliklerin sayısı olarak ölçülmektedir. Bunun tersine, acil kontraseptiflerin etkinliği genellikle bu yöntemle önlenen-beklenen gebeliklerin oranı olarak ifade edilir. Acil kontraseptif etkinliğine ilişkin tahminler üretmek için karmaşık bir dizi varsayım yapılmaktadır ki bunlardan en önemlisi, acil kontrasepsiyon kullanılmamış olsaydı kaç hamileliğin meydana geleceğidir. Bu varsayım çoğu zaman kusurlu ve kesin değildir; bu nedenle buna dayalı tahminler de kesin değildir.

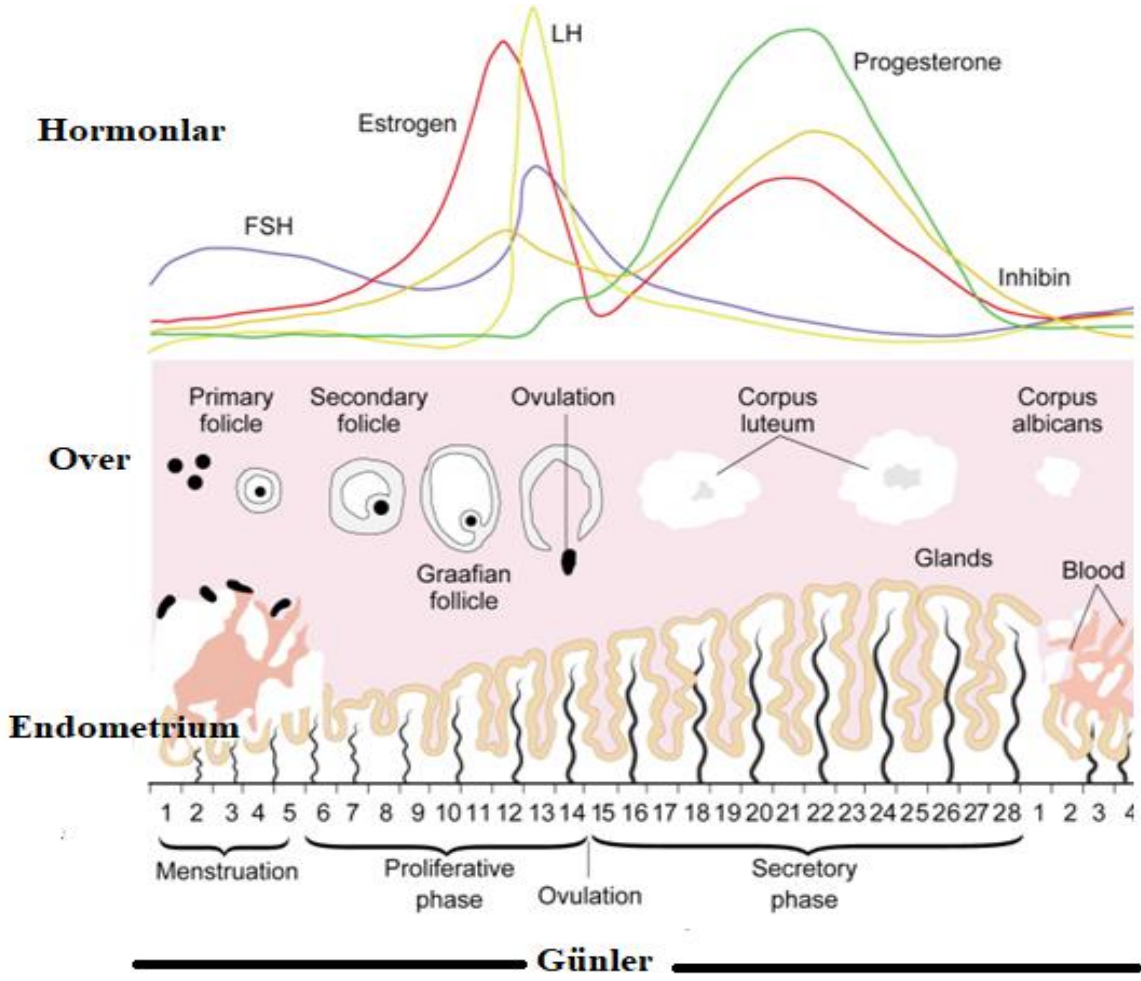
Bakırlı rahim içi araç (RİA), acil kontrasepsiyon için açık ara en etkili seçenektir; 42 çalışmanın incelendiği bir araştırmada, acil kontrasepsiyon için bakırlı RİA'nın yerleştirilmesinden sonra gebelik oranının %0,1'den az olduğu bildirilmişti (18); bu sonuç beklenen gebeliklerin neredeyse tamamını önlediğini göstermesi açısından önemlidir. Bakırlı RİA'nın, acil kontrasepsiyon için kullanılmaya başlanmasından sonra ise en az 12 yıl boyunca oldukça etkili bir şekilde devam eden doğum kontrolü sağlama gibi ek bir faydası da mevcuttur.

Ulipristal asetat (UPA), Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) mevcut olan en etkili acil kontraseptif haptır. Klinik çalışmalarda ulipristal asetatın başarısızlık oranları %0,9 ile %2,1 arasında değişmektedir. (18-19). Klinik çalışmalarda levonorgestrel (LNG) içeren acil kontraseptif hap kullanımını takiben gebelik oranları %0,6 ile %3,1 arasında değişmektedir (19, 21-30). Ulipristal ve levonorgestrel içeren hapları karşılaştıran iki çalışmanın meta-analizi, ulipristal kullanıcıları arasında gebelik olasılığının, seksten sonraki ilk 24 saatte

levonorgestrel kullanıcılarına göre %42 ve seksten sonraki ilk 72 saatte %65 daha düşük olduğunu göstermişti (19). Ulipristalin daha yüksek etkinliği büyük ihtimalle luteinize edici hormon (LH) artışı başladıktan sonra bile yumurtlamayı bozmada etkili olmasına rağmen levonorgestrelin LH artışı başladıktan sonra etkisiz olmasından kaynaklanmaktadır (30,31). Adet döngüsünün hormonal dalgalanması şekil 1 ve şekil 2’de (114) gösterilmiş olup adet döngüsünün 0. günü adetin ilk günüdür. Foliküler faz sırasında, LH ve FSH (her ikisi de ön hipofiz tarafından salınır) seviyeleri yükselmeye başlar ve yaklaşık 14. günde, öncü folikülden bir yumurta salınırken zirveye ulaşır. 'Fertil dönem, LH artışından yaklaşık 5 gün önce başlar ve yumurta döllenmediği takdirde hızla dejenere olduğu için ertesi gün sona erer. LNG ve Yuzpe rejimi yalnızca LH artışından önce verildiğinde etkilidir. UPA, LH dalgalanması zirveye ulaşana kadar etkili olmaya devam eder. Bakırlı RİA döngü boyunca etkili olmaya devam eder. Adet döngüsü süreleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişebilir, bu nedenle doğurganlık döneminin kesin zamanlamasının hesaplanmasını zorlaştırır (114,115).



Şekil 1. Adet Döngüsündeki Hormonal Dalgalanmaların Şeması



Şekil 2. 28 Günlük Menstrual Siklusa Hormonal Değişimler

Acil kontrasepsiyon için kullanılabilecek hem östrojen hem de progesterol içeren kombine oral kontraseptif haplar en az etkili acil kontraseptif yöntemdir. Klinik çalışmalarda bildirilen başarısızlık oranları %2,0 ile %3,5 arasında değişmektedir (26,27,32). Kombine rejimi özel levonorgestrel rejimiyle karşılaştıran çalışmalarda, kombine rejimi kullananlar arasındaki gebelik oranı, levonorgestrel içeren hap kullanan kadınlarınkinin yaklaşık iki katı olarak saptanmıştı (26,27,31).

Acil kontraseptif hapların bireyler için gebelik riskini azaltmada etkili olmasına rağmen, nüfus düzeyinde istenmeyen gebelik veya kürtaj oranlarını azalttığı gösterilmemiştir (34,35). Bu bulgu kısmen, ihtiyaç durumunda acil kontrasepsiyon sağlansa bile kadınların risk altında oldukları her durumda bunları kullanmamalarından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir. Bir çalışmada, önceden acil kontraseptif hap verilen ve sonrasında korunmasız seks yapan kadınların %45'inin acil kontraseptif hap kullanmadığı raporlanmıştı (36); başka bir araştırmada ise önceden acil kontraseptif hap temin edilen kadınların

%33'ünün en az bir kez acil kontraseptif kullanmadan korunmasız seks yaptığı saptanmıştı (37). Kadınların çoğunun evde önceden acil kontraseptif hap tedariki olmadığı ve olaydan sonra acil kontraseptif satın almak için bir kliniğe veya eczaneye gitmek zorunda kaldıkları göz önüne alındığında, acil kontraseptif hap kullanmadan korunmasız cinsel ilişkiye giren kadınların oranı muhtemelen evde hap bulunduranlara göre önemli ölçüde daha yüksektir. Bu duruma yönelik diğer bir saptama ise acil kontraseptif hazır bulunduran kadınların cinsel birleşme sıklığını artırabileceği veya diğer doğum kontrol yöntemlerinin kullanımını azaltabileceği yorumudur. Çoğu araştırmada bu tür bir davranış değişikliğine dair kanıt bulunamasa da bu sonuç bir randomize çalışmayla kanıtlanmıştır (38).

Bakırlı RİA, korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında hamileliği ve ayrıca en az 12 yıl boyunca sonraki tüm korunmasız cinsel ilişki eylemlerini takiben hamileliği önlemede son derece etkili olduğundan, birden fazla korunmasız cinsel ilişki yaşaması muhtemel kadınlar için oldukça iyi bir seçenektir. Bir yıl boyunca bir klinikte acil kontrasepsiyon kullanan kadınları takip eden yakın tarihli bir çalışma, acil kontrasepsiyon için bakırlı RİA'yı seçenlerin yıl sonuna kadar levonorgestrelli acil kontraseptif hap seçenlere göre yarı yarıya daha az hamile kaldıklarını göstermişti (39). Bütün bu bulgular, acil kontraseptif hapların toplum düzeyinde istenmeyen gebelik ve kürtaj oranlarını azaltmak için bir çözüm olmadığını öne sürse de, acil kontraseptif haplar yine de korunmasız cinsel ilişkiye giren kadınlar için önemli bir seçenektir. Klinisyenlerin, özellikle kısa süreli veya kullanıcıya bağımlı yöntemler kullanan hastalara bu seçeneği hatırlatması oldukça önemlidir. Levonorgestrel içeren acil kontraseptif haplar artık reçetesiz olarak doğrudan eczanelerden temin edilebildiğinden ve klinisyenlerin hastalarını acil kontrasepsiyona ihtiyaç duydukları zamanda göremeyebilme ihtimali nedeniyle klinisyenlerin rutin ziyaretlere acil kontrasepsiyonun önemi hakkındaki hatırlatıcıları entegre etmeleri fayda sağlayabilir.

2.3. Acil Kontraseptif Doğum Kontrol Hapları

Her ikisi de tek doz olarak UPA 30 mg veya LNG 1,5 mg içeren özel oral acil kontraseptif haplar Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ve ülkemizde de mevcuttur. UPA, korunmasız ilişkiden sonra 120 saate kadar etkili bir şekilde kullanılabilirken, oral LNG, korunmasız ilişkiden sonra 96 saate (ve muhtemelen 120 saate kadar) kadar etkili bir şekilde kullanılabilir (40). Birkaç ülkede 10 ila 25 mg'lık dozlarda oral mifepriston acil kontrasepsiyonda ticari olarak mevcuttur (41). Yuzpe yöntemi, doz başına 100 ila 120 mcg

etinil estradiol (EE) ve 0,5 ila 0,6 mg LNG içeren iki doz kombine oral kontraseptif hapi içeren bir acil kontraseptif şeklidir (42). Bu yüksek EE dozundan kaynaklanan bulantı ve özellikle acil kontraseptif için pazarlanan diğer daha uygun ürünlerin mevcudiyeti göz önüne alındığında, Yuzpe yönteminin mevcut klinik uygulamada nadiren kullanılması sebebi olarak düşünülmektedir.

2.3.1. Etki Mekanizmaları

Acil kontraseptif haplar, yumurtlamayı önleyerek veya geciktirerek etki göstermektedirler ve yumurtlama meydana geldikten sonra etkisizdirler. LNG içeren acil kontraseptiflerin yumurtlama gününde veya öncesinde alındığında gebelik oluşturmadığı ancak yumurtlama gününden sonra alındığında, acil kontraseptif hap kullanılmadan beklenen gebelik sayısı meydana geldiği yapılan iki çalışmada saptanmıştı (çalışmadaki bireylerin adet döngüsü zamanlamasına bağlı olarak) (43,44). Çapraz geçişli bir farmakodinamik çalışmada, 34 kadın öncü folikül en az 18 mm olduğunda UPA veya plasebo ile tedavi edildi. Luteinize edici hormon artışı başlamadan önce UPA ile tedavi edilen kadınların %79'unda dalgalanma başladıktan sonra ancak zirveden önce ve luteinize edici hormon zirvesinden sonra tedavi edilen kadınların %8'inde foliküler yırtılma meydana gelmemişti (45). Başka bir çalışmada araştırmacılar, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 120 saat içinde UPA alan kadınlar arasındaki gebelik oranlarını ölçtüler ve yumurtlama öncesi veya yumurtlama sonrası olarak sınıflandırdılar. Yumurtlama öncesi grupta gözlemlenen gebelik oranı, beklenen gebeliklerin %77,6'sının engellenmesiyle beklenenden önemli ölçüde düşüktü ($p < 0,0001$), postovülatuar gruptaki oran ise beklenen gebeliklerin %36,4'ünün engellenmesiyle beklendiği gibi oldu ($p = 0,281$) (46). Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) yakın zamanda LNG içeren acil kontraseptif hapların etiketlenmesine değinmiş olsa da, UPA için onaylanmış etiketleme bu ürünlerin implantasyona müdahale edebileceğini belirtmektedir (47,48). Ancak yakın zamanlı yapılan iki sistematik inceleme bu iddiayı desteklememektedir (49-51).

2.3.2. İlaçların Etkinliği

Klinik çalışmalarda, cinsel ilişkiden sonraki 120 saat içinde UPA kullanımını takiben gebelik oranları %0,9 ile %1,8 arasında değiştiği belirtilmektedir (52-56). Korunmasız cinsel ilişki sonrasında LNG içeren hapların 96 saate kadar alınması durumunda da benzer etkinlik görülmektedir. Korunmasız cinsel ilişkiden 96 ila 120 saat sonra LNG içeren alındığında istenmeyen gebeliğe karşı koruma sağlanıp sağlanmadığı halen net açık değildir (50). Karşılaştırmalı çalışmalarda UPA'nın LNG'den daha etkili olduğu bildirilmektedir. UPA'nın

etkinliğini LNG'lerle karşılaştıran iki randomize çalışmanın birleşik analizinde, UPA'yı takiben gebelik ihtimali LNG ile karşılaştırıldığında, korunmasız ilişkiden sonraki ilk 24 saat içinde alındığında %65, korunmasız ilişkiden sonraki 72 saate kadar ise %42 daha düşüktü. (46,52-56). Etkinlikteki bu fark, en iyi şekilde UPA'nın, luteinizan hormon artışı başladıktan sonra (LNG'lerin artık etkili olmadığı noktada) luteinize edici hormon zirvesinden önce yumurtlamayı geciktirme yeteneği ile açıklanmaktadır (57).

2.4. Rahim İçi Araçlar

Bakırlı RİA ve LNG'li 52 mg RİA, acil kontrasepsiyon amacıyla korunmasız ilişkiden sonraki 120 saate kadar etkili bir şekilde başlatılabilmektedir. Bakırlı RİA'lar onlarca yıldır acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılırken, LNG 52 mg RİA yakın zamanda acil kontrasepsiyon olarak etkinliğini göstermiştir (58).

2.4.1. Etki Mekanizmaları

Bakırlı RİA'nın birincil mekanizması sperm olgunlaşması ve hareketliliğinin engellenmesi şeklindedir (59). Bununla birlikte, acil durumlarda bakırlı RİA'nın neredeyse yüzde yüz etkinliği, eğer döllenme meydana gelirse, döllenme sonrası etkilerinin de (implantasyonu engelleyebilecek endometrial astardaki sitokinlerin değişmesi yoluyla rahimde yabancı cisim reaksiyonunun tetiklenmesi gibi) olabileceğini göstermektedir (57). LNG'li RİA'lar benzer şekilde yabancı cisim reaksiyonunu tetikleyerek, servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak, sperm olgunlaşması ve fonksiyonuna müdahale edilmesini sağlayarak ve fallopitülerinde yumurtanın taşınmasında değişiklikler gibi bilinen etkileri yoluyla acil kontrasepsiyonda etki gösterebilmektedir (59-62).

2.4.2. Rahim İçi Araç Etkinliği

Acil kontrasepsiyon olarak kullanılan bakırlı RİA, %0,09'luk gebelik oranıyla acil kontraseptif haplardan önemli ölçüde daha etkilidir (63,64). 638 hastayı içeren randomize bir çalışmada, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde LNG'li 52 mg RİA'nın bakırlı RİA'ya kıyasla etkinliğini araştırmış ve bakırlı RİA için %0 (%95 GA %0-1,1) başarısızlık oranına kıyasla LNG 52 mg RİA için %0,5 (%95 GA %0,01 ila %1,7) başarısızlık oranı saptanmıştı (58). Acil kontrasepsiyon için LNG'li RİA'yı araştıran ek çalışmalar bu bulguların geçerliliğini daha da güçlendirmektedir (42,65,66).

2.5. Acil Kontrasepsiyon Kullanım Endikasyonları

Korunmasız veya yeterince korunulamamış bir ilişki veya cinsel saldırı sonrasında hastalar gebelik riskini azaltmak için acil kontrasepsiyon yöntemlerine başvurmaktadırlar. Bu tür durumlar aşağıdakileri içerir, ancak bunlarla sınırlı değildir:

*Doğum kontrolünün kullanılmadığı cinsel ilişki; doğum kontrolü başarısızlığı (örneğin, prezervatifin kırılması gibi) veya yanlış kullanımı (yakın zamanda unutulmuş oral doğum kontrol hapları gibi),

*Kullanılan doğum kontrolünün optimal düzeyde etkili olmadığı düşünülen cinsel ilişki (bariyer yöntemi gibi),

*Cinsel saldırı.

DSÖ, acil kontrasepsiyon önerilebileceği birkaç spesifik klinik durumu tanımlamıştır. Bu klinik senaryolar tablo 1'de listelenmiştir. Bir hasta, listelenen kullanım kriterlerinin dışında acil kontrasepsiyon talebinde bulunursa, hastanın hedeflerine en iyi şekilde uyan seçeneği seçmesine yardımcı olmak için klinisyenle ortak bir karar verme sürecine dahil olması önerilmektedir.

2.5.1. Tıbbi Durumlar

Acil kontrasepsiyonun yanlış zamanlanmış veya istenmeyen hamilelikle ilişkili morbiditeleri azaltma potansiyeli göz önüne alındığında, mevcut tüm yöntemlerin riski, tıbbi koşullar altında hamilelik riskleriyle karşılaştırılmalıdır. Hiperkoagulopati durumları veya venöz tromboemboli (VTE) öyküsü olan hastalar için, östrojen içeren Yuzpe yönteminin, kombine oral kontraseptif kullanımının aksine, Faktör VII veya antitrombin düzeylerini önemli ölçüde değiştirdiği bulunmamıştır. Östrojen içeren hapların kullanımına sekonder hiçbir VTE vakası bildirilmemiştir (68).

Önemli kusma veya malabsorbsiyonla ilişkili akut veya kronik hastalıklar, oral acil kontraseptif hapların etkinliğinin azalmasına neden olabilmektedir. UPA reçeteleme bilgileri ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin Kontraseptif Kullanıma İlişkin Seçilmiş Uygulama Önerileri, hap alımından sonraki 3 saat, son dönemdeki yüksek düzeyde plazma konsantrasyonlarına ulaşmak için gereken maksimum süre, içinde kusma meydana geldiğinde kontrasepsiyon hap dozajının tekrarlanması önermektedir (48,66).

RİA'nın etki mekanizmalarına ilişkin mevcut anlayış, LNG RİA yerleştirilmesini takiben sistemik inflamasyona ilişkin kanıtların bulunmaması ve solid organ naklinde ve hastalarda RİA yerleştirilmesinden sonra steril intrauterin inflamatuvar yanıtla ilişkin kanıtlar göz önüne alındığında, diğer immünoşüpresif koşullarla birlikte immün sistemi baskılanmış hastaların RİA uygun olarak değerlendirilmelidir. Ek olarak, RİA yerleştirme işlemiyle üst genital sistem enfeksiyonu riskinin arttığı yönünde endişeler olsa da, bu tür enfeksiyonlar nadirdir ve immün sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyon riski artmamaktadır (69). Her ne kadar CDC ABD Tıbbi Kontraseptif Kullanım Uygunluğu (US MEC), greft yetmezliği, ret veya kardiyak allograft vaskülopati gibi komplike solid organ transplantasyonu olan hastalarda başka yöntemler mevcut veya kabul edilebilir olmadığı sürece RİA yerleştirilmesinin önerilmediğini belirtse de, bu öneri bu tür hastalarda RİA yerleştirilmesiyle bulaşıcı morbiditenin arttığına dair yayınlanmış hiçbir kanıt bulunmayan teorik kaygılara dayanmaktadır. Bu gibi durumlarda klinisyenlerin hastalarla ortak bir karar verme yaklaşımı izlemesi gerekmektedir (70-74).

2.5.2. Vücut Ağırlığı

Çok sayıda çalışma, bakırlı RİA veya LNG 52 mg RİA'nın vücut ağırlığına veya vücut kitle indeksine (VKI) dayalı başarısızlık oranında hiçbir değişiklik olmadığını göstermektedir (65,75,76). Bununla birlikte, hastanın VKI'sı ve ağırlığı, yöntemin etkinliğini etkiliyor gibi görünmektedir ve LNG'ler, UPA'lardan daha fazla olumsuz etkilenmektedir. Oral acil kontrasepsiyon çalışmalarının bir meta-analizi, aşırı kilolu VKI (25-29,9 kg/m²) olan kullanıcılarda gebelik riskinin bir buçuk kat, obez VKI (>30 kg/m²) olan kullanıcılarda ise aşırı kilolu olmayan kullanıcılara kıyasla üç kattan fazla olduğunu göstermiştir (77). Festin ve arkadaşlarının bir meta-analizinde (78) dört acil kontrasepsiyon çalışmasından elde edilen veriler bir araya toplandı ve 6873 acil kontrasepsiyon kullanıcısından gelen veriler incelendi. VKI < 25 kg/m² olan katılımcılarla karşılaştırıldığında, VKI > 30 kg/m² olan katılımcıların acil kontrasepsiyon kullanımından sonra gebelik yaşama olasılığı sekiz kat daha fazla tespit edildi. Gebelik riskinin arttığının gösterilmesine rağmen, obez grupta genel gebelik oranı sadece %2,03 ile düşük olarak saptandı (78). 1731 oral LNG kullanıcısı üzerinde yapılan bir araştırmada ise, 75 ila 85 kg ve >85 kg ağırlığındaki kullanıcılar arasında sırasıyla %6,4 ve %5,7 gebelik oranlarına kıyasla, 75 kg veya daha düşük vücut ağırlığına sahip katılımcılar için %1,4 veya daha az gebelik oranları saptanmıştı (79).

LNG dozunun iki katına çıkarılması, obezitesi olan bireylerde maksimum serum LNG

konsantrasyonunu normal VKI'li bireylerde görülen seviyelere yükseltmiştir (80,81). Edelman 2022 çalışması oral LNG etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmasa da, obezitesi olan bireylerde foliküler rüptür seviyelerini aşırı kilolu veya normal VKI olan bireylerde görülen seviyelere düşürmedeki başarısızlık için, obezitesi olan bireylerde oral LNG'nin daha düşük etkinliğine işaret etmektedir (81).

UPA, aşırı kilolu ve obez VKI olanlar da dahil olmak üzere tüm kullanıcılarda LNG'lerden daha etkili olarak saptanmıştır (46,52-56). Aşırı kilolu VKI'li hastalar, acil kontrasepsiyonda UPA'nın doğru kullanımıyla normal VKI'lı hastalarla aynı başarısızlık oranına sahiptir (77). Bununla birlikte, obezitesi olan UPA kullanıcılarının hamilelik yaşama olasılığı, normal VKI'ye sahip kullanıcılara kıyasla iki kat daha fazladır. LNG'ler için üst etkililik sınırının 70 kg vücut ağırlığında ve UPA için üst etkililik sınırının 85 kg vücut ağırlığında ortaya çıktığı görülmektedir; ancak önceki çalışmalardan elde edilen verilerin hasta ağırlığından VKI'ye nasıl çevrildiği açık değildir (77). Bu verilere dayanarak, klinisyenlerin bireylere, UPA'ların vücut ağırlığı 70 kg veya daha fazla olanlarda LNG 'lerden daha etkili olduğu konusunda danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

2.6. İlaç Etkileşimleri

LNG ve UPA, sitokrom P450 3A4'ün (ve LNG ayrıca P450 3A5'in) substratları olduğundan, efavirenz, karbamazepin, okskarbazepin ve fenitoin gibi enzim indükleyicilerle eş zamanlı kullanımın acil kontraseptif ilaç dozunu düşürmesi beklenir, bu da bu ilaçların verimliliğini azaltabilir. Efavirenz (HIV tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ters transkriptaz inhibitörü) ile eş zamanlı olarak 0,75 mg oral LNG (12 saat arayla iki doz) içeren eski acil kontraseptif rejimini alan kadınlarda, LNG'nin AUC₁₂, C_{max} ve C_{min} değerleri %56 oranında azaldığı saptanmıştı (83). Benzer azalmalar karbamazepin, fenitoin, okskarbazepin ve eslikarbazepin ile de kaydedilmiştir (82). Bu azalmaların klinik önemi belirsiz olsa da, 2016 yılında Avrupa İlaç Ajansı (EMA), önceki 4 hafta içinde CYP3A4 indükleyicileri alan hastalar için LNG dozunu iki katına çıkarmayı önermiştir (82). Bununla birlikte, bu ortamda çift doz LNG'lerin etkinliği değerlendirilmemiştir ve CYP3A4'ü efavirenzden daha güçlü şekilde indükleyen rifampin ve fenitoin gibi ilaçların etkilerini ele almak da yetersizdir (82). Bir glukuronidasyon enzimi indükleyicisi olan lamotrijin aynı zamanda ağızdan alınan LNG düzeylerini de azaltabilmektedir (83). Buna karşılık, oral LNG'nin vigabatrin, levetirasetam, tikagrelor, solifanasin ve vortiksetinle birlikte

uygulanması LNG düzeylerini azaltmamaktadır (82).

Oral UPA ile ilaç etkileşimlerini değerlendiren yalnızca üç çalışma mevcuttur. Eritromisin ve ketokonazol, ağızdan alınan UPA düzeylerini düşürmezken, bir enzim indükleyicisi olan rifampisin, ortalama UPA maruziyetini 10 kattan fazla azaltmaktadır (84,85). Karbamazepin, rifabutin, dabrafenib ve fenobarbital için benzer fakat daha ılımlı etkileşimler tahmin edilirken, fenitoin, enzalutamid ve mitotan için daha güçlü etkileşimler tahmin edilmektedir (82,84,85). Modelleme kullanılarak, bir CYP3A enzim indükleyicisi ile birlikte uygulandığında oral UPA için öngörülen gerekli doz artışları, en zayıf indükleyici için 1,3 kattan en güçlü indükleyiciler olan rifampisin ve mitotan için 14,3 kata kadar değişmektedir (82). Mevcut UPA acil kontrasepsiyon hap etiketlemesi, son 4 hafta içinde CYP3A4 indükleyicileri almış olan hastalarda kullanımdan kaçınılmasını önerirken, bu aralık, enzalutamid, fenobarbital ve mitotan gibi uzun yarı ömre sahip ilaçlar için yetersiz olabilmektedir (82).

Ne UPA ne de oral LNG, CYP450 enzim aktivitesini inhibe etmese de, her ikisi de acil kontraseptif dozlarda P-glikoproteini (P-gp) inhibe edebilir, dolayısıyla digoksin, kolşisin ve feksofenadin gibi P-gp substratlarının seviyelerini yükselterek ilişkili potansiyel morbidite ile sonuçlanabilir (86). Acil kontrasepsiyon için iki doz 0.75 mg LNG alan ve varfarin kullanan bir hastada kaydedilen, kanama ile ilişkili olmayan supratherapötik uluslararası normalize edilmiş orana ilişkin bir vaka raporu, bu tür bir etkileşimi açıklayabilmektedir (87). Halen veya yakın zamanda sitokrom P450-3A4 ve P450-3A5 indükleyicileri veya glukuronidasyon enzim indükleyicileri almakta olan hastalara, acil kontrasepsiyonların daha az etkili olabileceği ve kontrasepsiyon için RİA yerleştirilmesinin düşünülmesi gerektiği konusunda tavsiyede bulunulması önerilmektedir.

2.7. Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Tekrarlayan Kullanımları

LNG'lerin tekrarlanan veya sık kullanımıyla ilgili özel bir güvenlik endişesi yoktur (42). Ek olarak, tekrarlanan LNG kullanımıyla ektopik gebelik görülme sıklığının (intrauterin gebeliklerle karşılaştırıldığında) arttığına dair de hiçbir kanıt yoktur (78). Ayrıca, bir çalışmada katılımcıların neredeyse %70'inde baş ağrısı ve mide bulantısı bildirilmiş olmasına rağmen, haftalık UPA dozlaması ciddi yan etkilerle ilişkilendirilmemiştir (79). UPA'ların kullanımıyla ilgili herhangi bir ciddi yan etki raporu kaydedilmemiş olsa da, rahim fibroidlerinin tedavisi

için daha düşük günlük doz kullanan kadınlarda nadir fakat ciddi karaciğer hasarına ilişkin son raporlar, sık UPA dozlamasının güvenliği konusunda ek çalışma yapılmasını gerektirmektedir (80). Eylül 2020'de EMA, pazarlama sonrası gözetime dahil edilen 765.000'den fazla hastadan sekiz ciddi karaciğer hasarı (dördü transplantasyon gerektiren) vaka raporu nedeniyle rahim fibroidlerinin tedavisi için UPA kullanımının artık Avrupa Birliği'nde pazarlanmaması gerektiği sonucuna varmıştı (81). Bu gibi durumlarda, hepatotoksisitenin, potansiyel olarak UPA'nın yüksek lipofilitesi ve uzun yarı ömrü, karaciğer hücrelerinde meme kanseri direnç proteininin inhibisyonu ve safra tuzu pompası inhibisyonundan da etkilenen kendine özgü ilaca bağlı karaciğer hasarı (DILI) olduğu düşünülmektedir (82). Bu tür reaksiyonlar ilacın kendisinin toksik özelliklerinden ziyade konaki faktörlerle ilişkilidir ve bu nedenle doza daha az bağımlıdır ve latentlik ve seyir açısından intrinsik DILI'ye (asetaminofen ile ilişkili DILI gibi) göre daha çeşitlidir (83). Buna karşılık, Yoon ve ark. myom için UPA alan 20.000'den fazla hastayı gonadotropin salgılayan hormon agonistleri alan hastalarla karşılaştırdı ve gruplar arasında ciddi ve toksik karaciğer hastalığı görülme sıklığı açısından bir fark bulamadı. Söz konusu çalışmada UPA kullanan hastalarda ciddi karaciğer hastalığı ve karaciğer yetmezliği görülme oranı %0,04 olup, karaciğer nakli yapılan hasta saptanmamıştı (84).

Günlük 5 ila 10 mg UPA dozu, günde 1,5 ila 2,5 mg UPA salan bir kontraseptif vajinal halka kullanıldığında bireylerin yaklaşık %80'inde tam yumurtlama inhibisyonu ile ilişkilidir (89). Bununla birlikte, her beş ila yedi günde bir ağızdan 30 mg UPA uygulanan kadınlar üzerinde yapılan bir doğum kontrol çalışmasında, siklusların %70'inden fazlasında yumurtlama gözlemlenmiştir, bu UPA'nın yarı ömrünün yalnızca 32 saat olmasıyla açıklanabilmektedir (89). UPA'ların aynı döngüde tekrar dozlanması üretici tarafından önerilmemektedir (48). Yanlış zamanlanmış veya istenmeyen gebeliklerin potansiyel morbiditesi ve bireylerin döngünün önemli bir gebelik riski altında olmadıkları zamanlarda acil kontrasepsiyon alabilecekleri gerçeği göz önüne alındığında, tekrarlanan dozlardan kaçınılmamalıdır.

2.8. Hamilelik Bilinmeden Acil Kontrasepsiyon Kullanımı

Bilmeden hamileyken LNG alan veya LNG başarısızlığı sonucu hamile kalan hastalar için, gebelikle ilişkili morbidite konusunda herhangi bir endişe yoktur. Meta-analizler, embriyonik dönemde kontraseptif hormonlara maruz kalma ile genel olarak fetal

malformasyonlar veya spesifik olarak genital malformasyonlar arasında bir ilişki olduğunu göstermemiştir (85,86). Gebelikte yanlışlıkla UPA'ya maruz kalma konusunda daha sınırlı ancak benzer şekilde güven verici veriler mevcuttur. UPA'ya maruz kalan bir hamilelikte bir optik sinir atrofi vakası belgelenmiştir; bu durum, bağımsız bir Veri Güvenliği İzleme Kurulu tarafından utero UPA maruziyetine atfedilemeyeceği belirlenen bir durumdur (87). UPA kullanımıyla ilişkili başka herhangi bir hamilelik veya doğum komplikasyonu bildirilmemiştir. UPA'ya maruz kalan gebeliklerle ilişkili düşük oranı (%13,8) genel popülasyonda bildirilen %20'den daha yüksek değildir (87,88). Benzer şekilde, ektopik gebelik insidansı (%1,1) genel gebe popülasyonundaki %0,8 ila %2'ye benzerdir (87-90). Acil kontrasepsiyona maruz kalmanın ardından genel popülasyona göre daha fazla gebelik kurtajla sonuçlanır; bu, iki popülasyon arasındaki gebelik niyeti farklılıklarıyla tutarlılık göstermektedir (87). Bu tür bulgular göz önüne alındığında, hasta başka nedenlerden dolayı hamilelik durumuyla ilgili endişe duymadığı sürece, acil kontrasepsiyon kullanımından önce hamilelik testi yapılmasına gerek yoktur.

Acil kontrasepsiyon için bakır veya LNG'li RİA kullanımından beş günden daha uzun bir süre önce mevcut sikluslarında korunmasız cinsel ilişki bildiren hastalar için, implantasyon öncesi döllenmiş bir yumurtanın potansiyel varlığı dikkate alınmalıdır. Çeşitli çalışmalar, RİA yerleştirilmesini takip eden bu tür durumlarda hamileliğin nadir olduğunu göstermektedir. Rutin kontrasepsiyon için aynı gün LNG'li RİA yerleştirilmesine ilişkin bir çalışmada, CDC tarafından hamile kalmama konusunda makul bir kesinlik için desteklenen kontrol listesi kriterlerini karşılamayan hastaların %0,4'üne RİA yerleştirilmesini takip eden haftalarda gebelik tanısı konmuştur (91). Başka bir çalışmada, acil kontrasepsiyon kullanan ve RİA takılmadan 6 ila 14 gün önce korunmasız cinsel ilişkiye girdiğini bildiren 40 hastadan birinde (%2,5) sonraki 2 hafta içinde gebelik testi pozitif çıkmıştır. Korunmasız bir şekilde 6 ila 14 gün sonra bakır RİA yerleştirilen 134 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise RİA yerleştirildikten iki ila dört hafta sonra 0 hamilelik görülmüştür (66). Nadir olmasına rağmen, RİA'lı hastalardaki gebeliklerde, RİA olmadan gebe kalan hastalara kıyasla, olumsuz gebelik sonuçları riski daha yüksektir. Bu tür yüksek riskler arasında düşük, erken doğum ve septik kurtaj yer almaktadır. Hamilelik sırasında RİA çıkartılan hastalarda bu riskler azalır, ancak RİA olmadan başlangıç risklerine göre yüksek kalır (92). LNG'li RİA'nın gelişmekte olan fetus üzerindeki spesifik riskleri hakkında sonuca varmak için şu anda yeterli veri bulunmamaktadır (92). Benzer değerlendirmeler, önceki beş günle sınırlı korunmasız cinsel ilişkiye rağmen RİA kullanan ve RİA'nın başarısız olduğu ve gebelikte sonuçlanan hastalar

için de geçerlidir. RİA ortamındaki hamilelik riskleri göz önüne alındığında, RİA yerleştirilmeden önce gebelik testi yapılmalı ve hastalara, RİA yerleştirme sırasında implantasyon öncesi döllenmiş bir yumurta bulunması durumunda hamileliğin riskleri konusunda bilgi verilmelidir.

2.9. Diğerk Hormonal Kontraseptiflerle Birlikte Kullanım

Acil kontraseptiflerin hemen ardından düzenli kontraseptif kullanımına başlanması, düzenli kontraseptif yöntemin alımını ve devamını artırmaktadır (93,94). Bir progestin olan LNG'nin daha sonra başlatılan hormonal kontrasepsiyonun etkinliğini azaltacağı bir mekanizma yoktur. Benzer şekilde, LNG kullanımının hemen ardından düzenli hormonal kontrasepsiyona başlanması, LNG'nin kontrasepsiyon etkinliğini azaltmayacaktır. LNG kullanımından sonra istenildiğı anda, cinsel perhiz veya destekleyici olarak hormonal olmayan bir kontraseptif yöntemin kullanılmasıyla birlikte, 7 gün boyunca veya bir sonraki adet dnemiekilme kanamasına kadar rutin hormonal kontrasepsiyonun başlatılmasını önerilmektedir.

UPA, daha sonraki oral kontraseptif hapın etkinliğini azaltmıyor olarak bilinmektedir. UPA'nın, desogestrelin servikal mukus veya yumurtlama inhibisyonu üzerindeki etkisi açısından, 75 mg'lık sadece progestin içeren bir desogestrel hapının kontraseptif başlangıcı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur (95). Döngünün ortasında UPA uygulanması ve ertesı gün günlük 30 mcg EE/150 mcg LNG içeren kombine hormonal kontraseptif hapının başlatılması, oğukadında yedi gün boyunca yumurtalıkların hareketsizliğı ile ilişkilendirilmiştir (96). UPA'nın oral olmayan hormonal kontraseptif kullanımıyla yakından takip edilmesi durumunda, rutin kontraseptif etkilerin gecikmiş etkililik potansiyelini bugüne kadar araştıran hiçbir çalışma yoktur. Acil kontraseptif kullanımını takiben düzenli kontrasepsiyonun yeniden başlatılmasından sonra, Hastalık Kontrol ve nleme Merkezleri Kontraseptif Kullanım için Seçilmiş Uygulama nerileri, yedi gün boyunca veya bir sonraki menstruasyona kadar cinsel perhiz veya bariyer yönteminin kullanılmasını önermektedir. Buna karşılık, UPA'nın acil kontrasepsiyon kullanımı için yumurtlamayı geciktirmedeki etkinliğı, daha sonra hormonal doğum kontrol haplarının uygulanmasıyla azalmaktadır. UPA'dan 2 gün sonra 30 mcg EE ve 150 mcg LNG içeren kombine oral kontraseptif hap uygulandığında, daha fazla kişi 5 gün içinde yumurtlama (foliküler rüptür) kanıtı gösterdi (%27'ye karşı %3) (97). Benzer şekilde, UPA'yı takip eden gün 75 mg desogestrelin uygulanması, yalnızca UPA alan deneklerin

%3'üne kıyasla deneklerin %45'inde beş gün içinde yumurtlama kanıtı ile ilişkilendirilmiştir. Yumurtlamaya kadar geçen ortalama süre, yalnızca UPA grubunda 8 gün iken, UPA ve ardından desogestrel alan grupta dört gün olarak saptanmıştı (95) ve sonuç olarak, azalmış UPA etkinliğinin sadece progestin içeren haplarla ve oral olmayan progestin uygulama yollarıyla birlikte uygulamaya uyarlanması dikkatli yapılmalıdır (95).

UPA'nın etkinliğinin, rutin kısa süreli hormonal kontrasepsiyonun kaçırılan dozlarını takiben rutin kontrasepsiyona yeniden başlanmasının ardından kullanıldığında benzer şekilde azalıp azalmadığı belirsizdir. Ek olarak, UPA kullanımını takiben rutin hormonal kontrasepsiyona yeniden başlamayı geciktiren kişiler, UPA kullanımının hemen ardından hormonal kontrasepsiyona yeniden başlayan kişilere kıyasla daha yüksek yumurtlama ve bunun sonucunda gebelik riski altında olabilir. Beşinci, altıncı ve yedinci günlerde kombine oral kontraseptif hap dozlarını (30 mcg EE/150 mcg LNG'den oluşan 21/7 rejiminin parçası olarak) kaçıran ve sekizinci günün sabahı UPA alan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kombine oral kontraseptif haplarına aynı akşam devam edenler, doğum kontrol haplarına yeniden başlamak için beş gün bekleyenlerle karşılaştırıldığında, o hap paketi sırasında sonraki yumurtlama belirtilerinin azaldığını gösterdiler (98). Çalışmayı tamamlayan kadınlar, doğum kontrol hapına ne zaman yeniden başlanırsa başlansın, UPA aldıktan sonraki beş gün içinde yumurtlamadı (104). Kombine oral kontraseptif hap kullanımı sırasında yumurtalık aktivitesinin baskılandığı ve unutulmuş haplardan sonra yumurtalık aktivitesinin geri kazanılması için zamana ihtiyaç duyulduğu göz önüne alındığında, hapların unutulmasından ve UPA alınmasından hemen sonra doğum kontrol haplarına yeniden başlanmasının yumurtlamayla sonuçlanması pek mümkün olmayacaktır (98,99).

2.10. Emzirirken Kullanım

Acil kontraseptifler doğum kontrolü için laktasyonel amenore yöntemine (LAM) güvenen kişiler için etkili bir tamamlayıcıdır. Mısırlı kadınların standart LAM eğitimini LAM ve gelişmiş bir paket LNG sağlayan acil kontraseptif eğitimiyle karşılaştırdığı bir çalışmada, acil kontrasepsiyon grubundaki kadınların %44'ü LNG'leri kullanmış ve bunların %88'i bunu doğru bir şekilde yapmıştı (en az bir LAM gereksiniminin sona ermesi ve düzenli doğum kontrol yöntemine başlanmadan önce cinsel ilişkinin gerçekleşmesi) (108).

Yalnızca progestin içeren normal kontraseptiflere benzer şekilde, LNG'lerin emzirilen bebeklerin sağlığını veya gelişimini objektif olarak etkilediği veya üretilen anne sütü hacmini

subjektif olarak etkilediği gösterilmemiştir (108,109). Tek bir 1,5 mg LNG dozundan sonra, seviyeler yaklaşık dört saat sonra anne sütünde zirveye ulaşır ve ortalama terminal yarılanma ömrü 26 saat olan yaklaşık 4,1 ila 10,7 ng/mL'lik maksimum konsantrasyona ulaşır (110). İlk 24 saatte süte atılan LNG miktarı dozun %0,09'udur ve zamanla hızla azalır, 49 ila 72 saatlik aralıkta dozun yalnızca %0,01'i anne sütünde geri kazanılır (110). Günde 800 mL anne sütü alan bir emzirilen bebeğin emdiği tahmini ortalama progestin miktarı, ilk 24 saatte 1,6 mcg, ikinci 24 saatte 0,3 mcg ve üçüncü 24 saatlik aralıkta 0,2 mcg'dir. Klinisyenlerin bireylere LNG kullanımı nedeniyle emzirmenin kesilmesine gerek olmadığı konusunda danışmanlık yapmalarını önerilmektedir.

Bakırlı RİA emzirilen bebekler için hiçbir endişe yaratmamaktadır. Bakırlı RİA takılması emzirme performansını etkilemez ve bakırlı RİA takılmayan bireylerle karşılaştırıldığında anne sütünde bakır düzeylerinin yükselmesine neden olmaz (111,112). Sağlık hizmeti sağlayıcıları, emzirmeyen bireylerle karşılaştırıldığında emziren bireylerde RİA takılmasıyla ilişkili genel olarak küçük ama artan uterus perforasyonu riskine karşı dikkatli olmalıdır (112).

Emzirme döneminde UPA'ların kullanımına ilişkin çok az bilgi mevcuttur. Şu anda ambalaj etiketi emzirme döneminde kullanımdan kaçınılmasını önerirken, Doğum Kontrol Kullanımı için CDC Tıbbi Uygunluk Kriterleri anne sütünün dozlamadan sonraki 24 saat boyunca sağılmasını ve atılmasını önermektedir (56). Tamamen emzirilen bir bebeğin, 30 mg'lık bir dozu takiben, ilk 24 saat içinde yaklaşık 4,1 mcg/kg UPA ve aktif metabolitini ve beş gün boyunca toplam 5,2 mcg/kg alacağı tahmin edilmektedir. Bu maruz kalma, ilk günde ilacın ve aktif metabolitin yaklaşık %0,8'i kadar ayarlanmış bir dozajla ve beş günlük bir süre boyunca toplam anne dozunun %1'i ile sonuçlanacaktır (113). UPA kullanımı ortamında bebek sonuçlarını ele alan hiçbir çalışma yoktur ve ilgili zarara ilişkin yayınlanmış bir rapor bulunmamaktadır. Emzirmenin kanıtlanmış faydaları, bebek maruziyetinin düşük düzeyi ve herhangi bir zarara dair kanıtın bulunmaması göz önüne alındığında, ortak karar alma ortamında bireylerin istenirse emzirmeye ara vermeden devam etmeleri makul olarak kabul edilmektedir.

2.11. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) Taraması ve Tedavisi

2018'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki beş yetiştikenden birinde CYBE vardı (100).

CYBE'lerin yaygınlığı göz önüne alındığında, korunmasız veya korunaklı cinsel ilişki bildiren kişilere CYBE taraması önerilmelidir (101). Aktif mukopürülen akıntı ve mevcut klamidya veya gonore enfeksiyonları RİA yerleştirilmesine kontrendikasyonlardır (56). Bununla birlikte, RİA yerleştirilmesi sırasında klamidya veya gonore enfeksiyonu olan asemptomatik bireyler, bu tür enfeksiyonlar tanındığında ve uygun şekilde tedavi edildiğinde, bu tür enfeksiyonların yokluğunda RİA takılan kişilere kıyasla yüksek pelvik inflamatuvar hastalık riski altında olmayabilir (102). RİA yerleştirilmesinin ardından tesadüfen pozitif testleri tespit edilen hastalar, mevcut CDC kılavuzlarına göre tedavi edilmelidir (56). Aktif mukopürülen akıntının olmadığı durumlarda, hastanın CYBE riski ne olursa olsun, acil kontrasepsiyon için RİA yerleştirilmesi CYBE taraması için durdurulmamalı veya geciktirilmemelidir. Cinsel saldırıyı bildiren kişilere gonore, klamidya ve trichomoniasis için ampirik tedavi uygulanmalıdır. Bu kişilere aşı durumlarına göre Hepatit B ve HPV aşılı da önerilmelidir (101).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız 80576354-050-99/131 sayılı etik numarası ile Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alınarak başlatılmış ve Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin acil kontracepsiyon yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla anket çalışması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Anketler yüz yüze yapılmış olup anket ölçekleri ekte belirtilmiştir.

Katılımcılara araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulan anket formundaki sorular yöneltmiştir. Katılımcılara ek1'de demografik bilgilerini kaydetmek için 6 adet soru sorulmuş, ek 2'de kontracepsiyon yöntemleri konusunda bilgi araştırma anketi içerisinde 12 soru sorulmuş, ek 3 a'da kontracepsiyon yöntemleri konusundaki tutum araştırma anketi ile 8 soru sorulmuş ve ek 3b ile ertesi sabah hapına ilişkin tutum anketi ile 19 soru sorulmuştur. Tüm anket soruları 45 sorudan oluşmuştur.

Anket cevapları SPSS Statistics Version 26.0'a aktarılarak veriler arası analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm incelemelerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerden elde edilen sürekli değişkenler için Student t testi ve tek yönlü varyans analizi, kategorik değişkenler için Pearson ki-kare ve Fisher kesinlik testleri kullanılmıştır.

Araştırmamız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmamızın evrenini 2022-2023 yılları arası arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim görmekte olan tıp fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Bu araştırmada örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

*Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesinde Tıp Eğitimi Görmek
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

*Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesinde Tıp Eğitimi Görmemek
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek



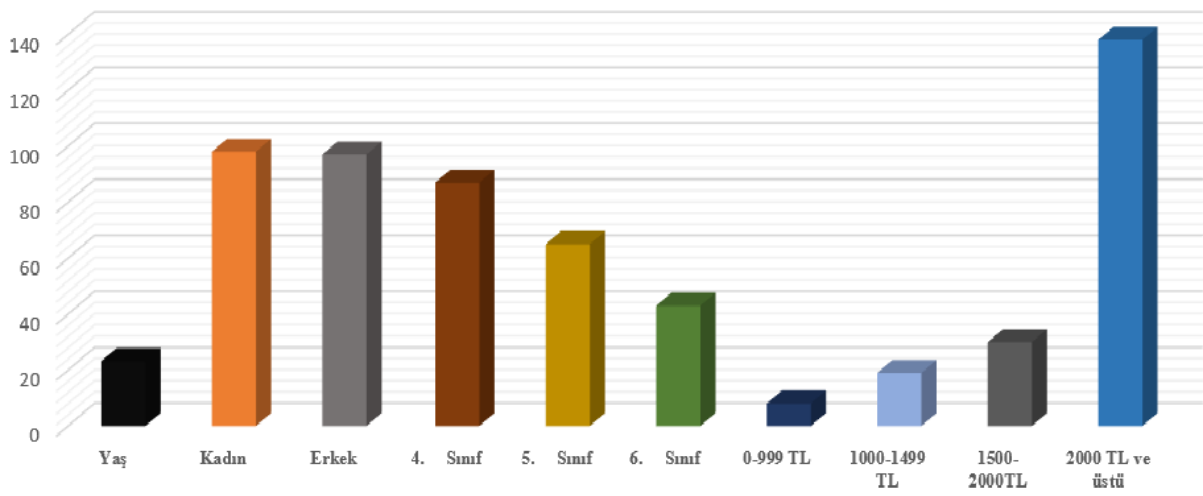
4. BULGULAR

Çalışmamıza 195 katılımcı dahil edilmiş olup katılımcıların yaş ortalaması $23,24 \pm 1,61$ yıl idi (minimum:20; maksimum:28). Cinsiyet dağılımları ise kadın/erkek katılımcı sayısı 98/97 (% 50,25 / %49,75) şeklinde idi. Sınıf dağılımları incelendiğinde ise 4. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 87 (% 44,6), 5. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 65 (% 33,3) ve 6. Sınıf öğrencisi katılımcı sayısı 43 (% 22,1) idi. Gelir durumları açısından 138 katılımcı (%70,8) 2000 TL ve üstü; 30 katılımcı (%15,4) 1500 – 1999 TL; 19 katılımcı (%9,7) 1000-1499 TL ve 8 katılımcı (% 4,1) 0-999 TL arasında gelire sahip idi (Şekil 3). Yaşadıkları yer ise 144 katılımcı (% 73,8) kirada/öğrenci evinde, 45 katılımcı (% 23,1) yurttta, 1 katılımcı (% 0,5) akraba yanında ve 5 katılımcı (%2,6) ailesinde kalmakta idi. Sağlık güvenceleri ise 106 katılımcının (% 54,4) SSK, 30 katılımcının (%15,4) emekli sandığı, 27 katılımcının (%13,7) sağlık güvencesi yok, 13 katılımcının (%6,7) Bağ-Kur, 12 katılımcının (%6,2) özel sağlık sigortası, 5 katılımcının (% 2,6) üniversitenin sağlık karnesi ve 2 katılımcının (% 1,0) yeşil kart şeklinde idi (Tablo 3) (şekil 3).

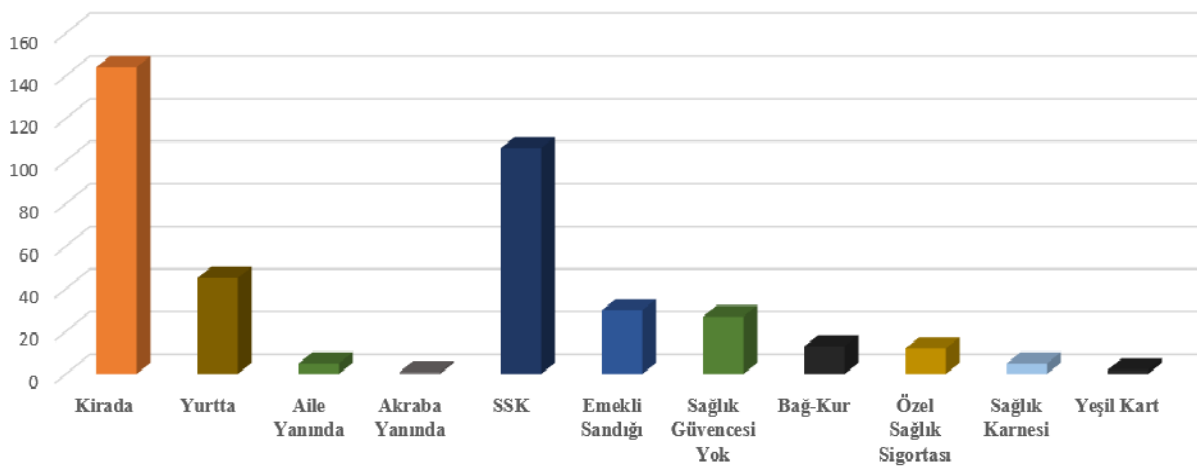
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Ortalama $\pm$ Std. Sapma			
Yaş		23,24 $\pm$ 1,61 (Min:20; Maks:28)	
		N	%
Cinsiyet (Kadın/Erkek)		98/97	50,25 /49,75
Sınıf	1. Sınıf	87	44,6
	2. Sınıf	65	33,3
	3. Sınıf	43	22,1
Gelir Durumu	0-999 TL	8	4,1
	1000-1499 TL	19	9,7
	1500-2000TL	30	15,4
	2000 TL ve üstü	138	70,8
Yaşadıkları Yer	Kirada /Öğrenci Evinde	144	73,8
	Yurttta	45	23,1
	Aile Yanında	5	2,6
	Akraba Yanında	1	0,2

Sağlık Güvencesi	SSK	106	54,4
	Emekli Sandığı	30	15,4
	Sağlık Güvencesi Yok	27	13,7
	Bağ-Kur	13	6,7
	Özel Sağlık Sigortası	12	6,2
	Sağlık Karnesi	5	2,6
	Yeşil Kart	2	1,0



Şekil 3. Katılımcıların yaş ortalaması, cinsiyet ve gelir dağılım grafikleri



Şekil 4. Katılımcıların Kaldıkları Yer ve Sağlık Güvencesi Dağılım Grafiği

Katılımcıların Ek.2’de sorulan sorulara verdikleri yanıtlar aşağıda gösterilmiş olup ‘Kadınların gebe kalma ihtimalleri menstrüel siklusun (adet döngüsünün) neresinde daha fazladır?’ sorusuna katılımcılardan 153 kişi (% 78,5) ortasında (adetin bitmesi ile sonraki adetin başlaması arasındaki zamanın ortasında) cevabını vermiş, 26 kişi (%13,3) sonunda (adet olmaya yakın zamanda) cevabını vermiş ve 15 kişi (% 7,7) başlangıcında (adetten hemen sonraki günler) cevabını vermişti (Tablo 4).

Tablo 4.Katılımcıların 2. Anket 1.Soruya Yanıt Dağılımları

		n	%
Kadınların gebe kalma ihtimalleri menstrüel siklusun (adet döngüsünün) neresinde daha fazladır?	Başlangıcında	15	7,7
	Ortasında	153	78,5
	Sonunda	26	13,3

Katılımcıların ‘Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini yazınız’ sorusuna korunma yöntemleri numaralarla kodlanarak 0:hiçbiri, 1:kondom, 2:RIA, 3:OKS-mini hap, 4:Sterilizasyon, 5:Aylık iğne, 6:Doğal yöntemler, 7:Diyafram, 8:ESH 9:hepsi şeklinde şıklar oluşturularak işaretlemeleri istenilmişti ve yanıtları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların 2. Anket 2. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini yazınız? 0:hiçbiri, 1:kondom, 2:RIA, 3:OKS-mini hap, 4:Sterilizasyon, 5:Aylık iğne, 6:Doğal yöntemler, 7:Diyafram,	0	8	4,1
	1	11	5,6
	1,2,	1	,5
	1,2,3	32	16,4
	1,2,3,	3	1,5
	1,2,3,4	7	3,5
	1,2,3,4,6	3	1,5
	1,2,3,4,6,8	1	,5
	1,2,3,4,8	3	1,5
	1,2,3,5	1	,5
	1,2,3,6	8	4,1
	1,2,3,6,7,8	1	,5
	1,2,3,6,8	8	4,1
	1,2,3,7	1	,5
	1,2,3,8	16	8,2
	1,2,4	3	1,5
	1,2,4,5	1	,5
	1,2,4,6	2	1,0
	1,2,4,6,8	1	,5
	1,2,6	3	1,5
	1,2,6,	1	,5
	1,2,6,7,8	1	,5
	1,2,7,8	1	,5

8:ESH 9:hepsi	1,2,8	8	4,1
	1,3,	1	,5
	1,3,4	3	1,5
	1,3,4,8	1	0,5
	1,3,4,6,8	1	,5
	1,3,4,7	1	,5
	1,3,6	3	1,5
	1,3,7	1	,5
	1,3,8	3	1,5
	1,4,6	2	1,0
	1,7,8	1	,5
	1,2	9	4,6
	1,3	10	5,1
	1,6	2	1,0
	1,8	6	3,1
	2	1	,5
	2,3	3	1,5
	3	5	2,6
	3,6,7	1	,5
	3,8	3	1,5
	6	1	,5
	8	2	1,0
	9	10	5,1

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı” nı (morning after pill) duydunuz mu?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 192 kişi (% 98,5) evet, 3 kişi (% 1,5) hayır yanıtı vermişti (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların 2. Anket 3. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapı” nı (morningafterpill) duydunuz mu?	Evet	192	98,5
	Hayır	3	1,5

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı” ne zaman alınmalıdır?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 175 kişi (% 89,7) cinsel ilişkiden sonra yanıtı vermişken 20 kişi (%10,3) cinsel ilişkiden önce yanıtı vermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların 2. Anket 4. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapı” ne zaman alınmalıdır?	Cinsel ilişkiden önce	20	10,3
	Cinsel ilişkiden sonra	175	89,7

Katılımcıların ‘Bu ilaç Türkiye’de var mı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 158 kişi (% 81,0) var cevabı, 33 kişi (%16,9) bilmiyorum cevabı ve 4 kişi (% 2,1) yok

cevabını vermişti (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların 2. Anket 5. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Bu ilaç Türkiye’de var mı?	Var	158	81,0
	Bilmiyorum	33	16,9
	Yok	4	2,1

Katılımcıların ‘Bu ilaç nereden alınabilir?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 178 kişi (% 91,3) eczane yanıtı vermişken, 10 kişi (%5,1) sağlık merkezi, 2 kişi (%1) süpermarket ve 1 kişi (% 0,5) hem eczane hem sağlık merkezi yanıtı vermiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların 2. Anket 6. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Bu ilaç nereden alınabilir?	Eczane	178	91,3
	Sağlık Merkezi	10	5,1
	Süpermarket	2	1,0
	Eczane+Sağlık Merkezi	1	0,5

Katılımcıların ‘Ertesi sabah hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 117 kişi (% 60,0) doğru, 35 kişi (%17,9) yanlış ve 43 kişi (% 22,1) bilmiyorum yanıtını vermişti (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların 2. Anket 7. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi sabah hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir.	Doğru	117	60,0
	Yanlış	35	17,9
	Bilmiyorum	43	22,1

Katılımcıların ‘Ertesi sabah hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 117 kişi (% 60,0) doğru, 41 kişi (% 21,0) bilmiyorum ve 37 kişi (% 19) hayır yanıtını vermişti (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların 2. Anket 8. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi sabah hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz	Doğru	117	60,0
	Yanlış	37	19,0
	Bilmiyorum	41	21,0

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için ne zamana kadar alınabilir?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 147 kişi (% 75,4) korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır, 40 kişi (% 20,5) korunmasız ilişkiden sonra hemen alınmalıdır ve 8 kişi (%4,1) korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir yanıtını vermişti (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların 2. Anket 9. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için ne zamana kadar alınabilir?	Korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır	147	75,4
	Korunmasız ilişkiden sonra hemen alınmalıdır	40	20,5
	Korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir	8	4,1

Katılımcıların ‘Ertesi sabah hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 160 kişi (% 82,1) yanlış, 29 kişi (%14,9) bilmiyorum yanıtını ve 6 kişi (%3,1) doğru yanıtını vermişti (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların 2. Anket 10. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		N	%
Ertesi sabah hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?	Doğru	6	3,1
	Yanlış	160	82,1
	Bilmiyorum	29	14,9

Katılımcıların ‘Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 65 kişi (%33,3) 4 kez, 54 kişi (% 27,7) 3 kez, 47 kişi (% 24,1) 2 kez ve 29 kişi (% 14,9) 1 kez yanıtı vermişti (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların 2. Anket 11. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		N	%
Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?	1 Kez	29	14,9
	2 Kez	47	24,1
	3 Kez	54	27,7
	4 Kez	65	33,3

Katılımcıların ‘Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç saat olabilir?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 102 kişi (% 52,3) 48 saat, 60 kişi (% 30,8) 24 saat, 27 kişi (% 13,8) 12 saat ve 6 kişi (% 3,1) 8 saat yanıtı vermişti (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların 2. Anket 12. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		N	%
Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç saat olabilir?	48 Saat	102	52,3
	24 Saat	60	30,8
	12 Saat	27	13,8
	8 Saat	6	3,1

Katılımcıların 3. Ankete verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise ilk soru ‘Bugüne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?’ sorusuna 115 kişi (% 59,0) hayır, 42 kişi (% 21,5) evet ve 38 kişi (% 19,5) cevap vermek istemiyorum yanıtını vermişti (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların 3. anket 1. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Bugüne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?	Evet	42	21,5
	Hayır	115	59,0
	Cevap vermek istemiyorum	38	19,5

Katılımcıların ‘Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgilerinizi nereden edindiniz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 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 ve 13:Telefon Danışma Hattı seçeneklerinin

birden fazla işaretlenebilirliği belirtilmişti. Yanıtlar Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların 3.Anket 2. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgilerinizi nereden edindiniz?	2,10,4	1	,5
	9,10,12	1	,5
	1,2,6,9,10	1	,5
	1,10,12	2	1,0
	1,2	1	,5
	1,2,10	1	,5
	1,2,12	1	,5
	1,2,3,4	1	,5
	1,2,3,5,9,10,12	1	,5
	1,2,4,5,7,9,10,12	1	,5
	1,2,4,5,9	1	,5
	1,2,4,5,9,10	1	,5
	1,2,4,9,10	2	1,0
	1,2,6,7,9	1	,5
	1,2,6,7,9,10	1	,5
	2,6,9,12	1	,5
	1,2,7,10	1	,5
	1,2,9	3	1,5
	1,2,9,10	1	,5
	1,7,9,10,12	1	,5
	1,9	1	,5
	1,9,10	1	,5
	10	42	21,5
	10,12	4	2,1
	2	10	5,1
	2,1	2	1,0
	2,10,12	2	1,0
	2,12	1	,5
	2,3,4,9,10	1	,5
	2,3,4,9,10,11,12	1	,5
	2,3,6,10,11	1	,5
	2,3,6,7,9	1	,5
	2,3,6,9,10,12	1	,5
	2,4	1	,5
	2,4,10	2	1,0
	2,4,5,6,7,9,10,11,12	1	,5
	2,4,9,10	1	,5
	2,5	1	,5

	2,6,9,10	1	,5
	2,6,9,10,11	1	,5
	2,7,9	2	1,0
	2,9	5	2,6
	2,9,1,11	1	,5
	2,9,10	7	3,6
	2,9,10,12	4	2,1
	2,9,12	1	,5
	3	1	,5
	3,10,11	1	,5
	3,6,10,11,12	1	,5
	3,7,9	1	,5
	3,7,9,10	1	,5
	4	12	6,2
	4,10,12	1	,5
	4,12	1	,5
	4,5	2	1,0
	4,5,6,9	1	,5
	4,6,9,10,12	1	,5
	4,9	1	,5
	4,9,10	2	1,0
	6,10,12	1	,5
	6,7,10	1	,5
	6,7,11,12	1	,5
	7,9	1	,5
	7,9,10	2	1,0
	9	25	12,8
	9,1	3	1,5
	9,10,12	12	6,2
	9,12	4	2,1

Katılımcıların ‘Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgiye ihtiyacınız oldu mu?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 126 kişi (% 64,6) hayır, 57 kişi (% 29,2) evet ve 12 kişi (% 6,2) cevap vermek istemiyorum yanıtını vermişti (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların 3. Anket 3. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	N	%
--	---	---

Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgiye ihtiyacınız oldu mu?	Evet	57	29,2
	Hayır	126	64,6
	Cevap vermek istemiyorum	12	6,2

Katılımcıların ‘Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgi edinmek ister misiniz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 127 kişi (% 65,1) evet, 68 kişi (% 34,9) kişi hayır yanıtı vermişti (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların 3. Anket 4. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		N	%
Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgi edinmek ister misiniz?	Evet	127	65,1
	Hayır	68	34,9

Katılımcılara 4. Soru ile sorulan ‘Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgi edinmek ister misiniz?’ sorusuna evet yanıtı verenlere ‘Cevabınız “Evet” ise öncelikle hangi yolla öğrenmek istersiniz?’ sorusu yöneltilmiş ve yanıtlar incelenmiştir. Buna göre kişiler 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 ve 13:Telefon Danışma Hattı seçeneklerini işaretlemiş ve yanıtları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların 3.Anket 4. Soru 2.Kısma Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		N	%
Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgi edinmek ister	1,2,4,5,10	1	,5
	1,2,7,9,10,12	1	,5
	1,4,5	1	,5
	1,4,5,7,9,10,12	1	,5
	1,6,10,12	1	,5
	1,12	1	,5
	1,2	1	,5
	1,4	1	,5
	10	10	5,1
	10,12	3	1,5
	12	8	4,1
	13	1	,5

misiniz?’ sorusuna evet yanıtı	2	2	1,0
verenlere ‘Cevabınız “Evet” ise	2,3,4,5	1	,5
öncelikle hangi yolla öğrenmek	2,3,4,7,9,12	1	,5
istersiniz?’	2,3,4,9,10	1	,5
1:Ailemden,	2,4,12	1	,5
2:Arkadaş,	2,4	1	,5
3:Broşür,	3	3	1,5
4: Doktorla görüşmek,	3,10,12	1	,5
5:Ebe/Hemşire ile görüşmek,	3,4,9,10	1	,5
6: Dergi/Gazete,	3,7,9	1	,5
7:Televizyon,	4	44	22,6
8:Radyo	4,10,12	3	1,5
9:İnternet,	4,5,10	1	,5
10:Okul,	4,5,10,12	1	,5
11: Poster,	4,5,12	1	,5
12:Seminer/Konferans	4,5,9	1	,5
13:Telefon Danışma Hattı	4,5,9,10	1	,5
	4,5,9,10,12	1	,5
	4,7,11,12	1	,5
	4,7,9,10	1	,5
	4,9,10	2	1,0
	4,9,10,12	1	,5
	4,9,12	1	,5
	4,12	3	1,5
	4,5	1	,5
	4,9	5	2,6
	6	1	,5
	6,10,12	1	,5
	6,7,9,10	1	,5
	6,9,10	1	,5
	9	8	4,1
	9,10,12	2	1,0
	9,12	3	1,5

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 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 seçeneklerini işaretleyerek yanıtlarını oluşturmuş ve yanıtları Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların 3. Anket 5. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir? 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	2,3,7,8,10,11	1	,5
	6,7,10	1	,5
	1	1	,5
	1,2,3,4,5,6,7	1	,5
	1,2,3,4,7,8	1	,5
	1,2,3,6,7	1	,5
	1,2,3,6,7,8,10	1	,5
	1,2,3,8,10	1	,5
	1,2,6,7	2	1,0
	1,2,7,8	1	,5
	1,3,4,6	1	,5
	1,3,8,11	1	,5
	1,4,7,10	1	,5
	1,6,7,8,9,10,11	1	,5
	1,6,8	1	,5
	1,7,8	1	,5
	1,8	1	,5
	1,8,9,10	1	,5
	1,8,9,11	1	,5
	10	5	2,6
	2	1	,5
	2,4,6	1	,5
	2,4,8,11	1	,5
	2,6,7	1	,5
	2,6,7,8,9,10,11	1	,5
	2,7	1	,5
	2,7,8,10	1	,5
	2,7,8,11	1	,5
	3,7,8	1	,5
	4	2	1,0
	4,6,10	1	,5
	4,6,7,10	1	,5
	4,6,7,8	1	,5
	4,7,8,10	1	,5
	4,8,11	1	,5
	6	14	7,2
	6,11	1	,5
	6,7	1	,5
	6,7,10	5	2,6
	6,7,8	11	5,6
	6,7,8,10	1	,5

	6,7,8,9,10	1	,5
	6,8	6	3,1
	6,8,10	2	1,0
	6,8,11	1	,5
	6,8,9,10	2	1,0
	7	7	3,6
	7,1	1	,5
	7,8	13	6,7
	7,8,10	4	2,1
	7,8,9	1	,5
	7,8,9,10	3	1,5
	7,8,9,10,11	1	,5
	8	66	33,8
	8,10,11	1	,5
	8,11	1	,5
	8,9	7	3,6
	8,9,10	2	1,0
	8,9,10,11	1	,5
	9	1	,5

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı’ni kendinizin ihtiyacı olduğunda kullanır mısınız veya başkasına (arkadaşınıza / hastanıza) tavsiye eder misiniz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 112 kişi (% 57,4) evet, 50 kişi (% 25,6) emin değilim, 26 kişi (% 13,3) hayır ve 7 kişi (%3,6) cevap vermek istemiyorum yanıtını vermişti (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların 3. Anket 6. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapini kendinizin ihtiyacı olduğunda kullanır mısınız veya başkasına (arkadaşınıza / hastanıza) tavsiye eder misiniz?	Evet	112	57,4
	Hayır	26	13,3
	Emin değilim	50	25,6
	Cevap vermek istemiyorum	7	3,6

Katılımcıların ‘Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 90 kişi (% 46,2) evet, 67 kişi (% 34,4) emin değilim, 36 kişi (%18,5) hayır ve 2 kişi (%1) cevap vermek istemiyorum yanıtını vermişti (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların 3. Anket 7. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı?	Evet	90	46,2
	Hayır	36	18,5
	Emin değilim	67	34,4
	Cevap vermek istemiyorum	2	1

Katılımcıların ‘Ertesi Sabah Hapı’ hakkında bilgi edinmek/daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 137 kişi (% 70,3) evet, 58 kişi (% 29,7) hayır yanıtı vermişti (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların 3. Anket 8. Soruya Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Ertesi Sabah Hapı’ hakkında bilgi edinmek/daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?	Evet	137	70,3
	Hayır	58	29,7

Katılımcıların 3. Anket 2. Kısımındaki Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutum Anketi yanıtları Tablo 25’de gösterilmiştir. Tabloda her bir soruda tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum seçeneklerini işaretleyen kişi sayısı gösterilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutum Anketi Yanıtlarının Dağılımı

Ertesi sabah hapı (ESH) konusunda verilen aşağıdaki ifadelerle katılma durumunuzu işaretleyiniz.	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ertesi sabah hapı (ESH)’nın eczanelerde bulunması gerekir.	140	42	6	6	1
2. Ertesi Sabah Hapı (ESH) ahlaki yönden sakıncalıdır.	20	15	17	52	91
3. Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmelidir.	101	57	20	15	2
4. ESH kadınların güvenliğini arttıracaktır.	100	47	30	12	6
5. ESH kadınların üreme kontrollerini arttıracaktır	103	59	26	4	2
6. Bütün cinsel aktif kadınlar ESH’den haberdar olmalıdır.	122	50	13	8	2

7.ESH'ı kondom(prezervatif) kadar iyi bilinmelidir.	117	45	23	8	2
8.Aile planlaması danışmanlığında ESH'dan da bahsedilmelidir.	120	52	14	7	2
9.Bütün cinsel aktif erkekler ESH'nın olduğunu bilmelidir.	115	48	16	10	6
10. Okullarda cinsel eğitim ilebirlikteESH'da da bahsedilmelidir.	109	55	18	8	4
11.ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır.	97	33	39	13	13
12.ESH sadece kadınlara satılmalıdır.	19	17	39	56	64
13.ESH sadece kondom ile beraber satılmalıdır.	25	17	42	60	51
14.ESH'ı süpermarketlerde satılmalıdır.	42	26	37	52	38
15.ESH'nın fiyatı ucuz olmalı veya gençlere daha düşük fiyattan satılmalıdır.	85	42	37	16	15
16.Erkekler ESH'nı öğrenirlerse kondom kullanmak istemeyeceklerdir.	57	54	42	25	17
17. ESH konusunda bilgilenme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır	63	52	36	27	17
18.Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır.	65	59	37	20	14
19. ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır.	73	63	32	19	8

Katılımcılar sınıflarına göre 3 gruba ayrılarak sorulara verdikleri yanıtlar araştırılmış ve buna göre bulgular Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Gruplar Arası Bilgi Düzeylerinin Araştırılması

		4.Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf
Ertesi Sabah Hapı'' nı (morningafterpill) duyduunuz mu?	Evet	84	65	43
	Hayır	3	0	0
Ertesi Sabah Hapı'' ne zaman alınmalıdır?	Cinsel İlişkiden Önce	12	5	3
	Cinsel İlişkiden Sonra	75	60	40
Bu ilaç Türkiye'de var mı?	Evet	65	54	39
	Hayır	2	2	0
	Bilmiyorum	20	9	4
Bu ilaç nereden alınabilir?	Eczane	82	56	40
	Sağlık Merkezi	3	4	3
	Süpermarket	1	1	0
Ertesi sabah hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir	Doğru	46	36	35
	Yanlış	18	10	7
	Bilmiyorum	23	19	1
Ertesi sabah hapı	Doğru	49	34	34

oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz	Yanlış	18	14	5
	Bilmiyorum	20	17	4
Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için ne zamana kadar alınabilir?	korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır	66	44	37
	korunmasız ilişkiden sonra hemen alınmalıdır	17	17	6
	korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir	4	4	0
Ertesi sabah hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?	Doğru	1	3	2
	Yanlış	74	48	38
	Bilmiyorum	12	14	3
Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?	1 Kez	6	15	8
	2 Kez	16	15	16
	3 Kez	27	17	10
	4 Kez	38	18	9
Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç saat olabilir?	8 Saat	2	2	2
	12 Saat	8	9	10
	24 Saat	27	25	8
	48 Saat	50	29	23

5. TARTIŞMA

Günümüzde nüfus artışı dünyanın önde gelen sorunlarından biri haline gelmiştir. 2019 verilerine göre dünyada yaklaşık 7,7 milyar insan yaşamaktadır. Dünya çapında meydana gelen gebeliklerin %44'ünün istenmeyen gebelikler olduğu tahmin edilmektedir. Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki veya kontraseptif başarısızlığı/kazadan sonraki ilk birkaç gün içinde istenmeyen gebeliği önlemek için kullanılan bir kontraseptif yöntemdir. Acil kontrasepsiyon aynı zamanda cinsel ilişki sonrası haplar veya ertesi gün hapları olarak da bilinmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gebeliklerin %95'e kadarını önleyebilmektedir. Biz de çalışmamız ile Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin acil kontrasepsiyon hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçladık.

Davis ve ark'nın 2020 yılı çalışmalarında Hindistan'ın Tamil Nadu kentindeki üniversite öğrencilerinin acil kontrasepsiyon kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları araştırılmış ve katılımcıların yalnızca %24,1'inin acil kontrasepsiyon terimini duyduğu raporlanmıştır (116). Benzer şekilde Puducherry'deki üniversite öğrencileri üzerinde yapılan ve %23,1'inin acil kontrasepsiyon hakkında bilgisinin olduğu çalışmayla (117) benzer olup bizim çalışmamızda çalışma popülasyonunun tıp öğrencileri olması nedeniyle bu oran oldukça yüksekti (%98,5). Bu sonuç Kuzey Batı Hindistan'daki bir tıp fakültesinin tıp öğrencileri arasında acil kontrasepsiyon yöntemlerine yönelik bilgi ve tutumun araştırma verileri ile (118) ve Hindistan'daki tıp lisans öğrencileri, stajyerler ve lisansüstü öğrencilerinin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumları ile daha çok benzerdi (119).

Davis ve ark'nın çalışmalarında araştırmaya katılanların neredeyse yarısının ortak bilgi kaynağı olarak interneti tercih etmesi, yüksek hızlı internetin son zamanlarda akıllı telefonlardan kolay erişilebilir olması ve öğrencilerin çoğunun internet hakkında bilgi sahibi olduğunu gösteren ders kitabını tercih etmesinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştı (116). Joseph ve ark'nın Hindistan'ın Mangalore kentinde gerçekleştirdikleri benzer bir çalışmada, katılımcılarda televizyonun en yaygın bilgi kaynağı olduğu raporlanmıştı (120) ve aynı zamanda katılımcıların çoğunluğu acil kontrasepsiyon hakkında doğru bilgiye sahipti. Gupta ve ark'nın (118) çalışmalarında acil kontrasepsiyonun etki mekanizması olarak implantasyonu önlediği öğrencilerin %45,1'i tarafından biliniyordu ve acil kontrasepsiyonun ovulasyonu ve implantasyonu önlediğine dair farkındalık %44,9'u tarafından biliniyordu. Bu oran Giri ve ark'nın çalışmalarında da benzer şekilde olup (119) bizim çalışmamızda da tıp

öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına benzer şekilde idi.

Davis ve ark'nın çalışmalarında (116) korunmasız seks, doğum kontrol önlemi ve doğum kontrolünün başarısızlıkla sonuçlanması, katılımcıların acil kontrasepsiyon endikasyonuna verdikleri yanıtlar olup, bu sonuç katılımcıların acil kontrasepsiyonun kullanılması gereken durumlardan haberdar olduklarını göstermektedir. Öğrencilerin önemli bir kısmı (%63,4) cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeyeceğini, neredeyse yarısının ise acil kontrasepsiyon almadan önce gebelik testi yaptırması gerektiğini bildiğini belirtmişti. Bizim çalışmamızda da %33,3 oranda acil kontrasepsiyonun cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeyip artırabileceği görüşü hakimdi. Ayrıca 6 kişi cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olduğunu, 29 kişi bu konuda fikri olmadığını belirtmişti.

Shiferaw ve ark. Etiyopya'daki kadın üniversite öğrencileri arasında, öğrencilerin %36,1'inin acil kontrasepsiyon ilaçlarının 24 saat içinde alınması gerektiğini tercih ettiği, %28,3'ünün ise korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde zamanlamasını bildirdiği saptanmıştı (121). Davis ve ark'nın çalışmalarında ise katılımcıların yaklaşık %42,6'sı acil kontraseptif ilaçların 72 saate kadar alınabileceğini, %13,7'si ise korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 24 saat içinde alınması gerektiğini raporlamıştı (116). Ayrıca önemli sayıda katılımcı, acil kontraseptif ilaç aldıktan sonra başarısızlığın yaşanabileceğini ve bunun kürtaj haplarıyla aynı etkide olmadığını bildirmişti. Gajera ve ark'nın çalışmalarında ise öğrencilerin önemli bir kısmının acil kontrasepsiyon ile kürtaj haplarının farklı olduğunu ve etkilerinin aynı olmadığını bildiğini raporlamıştı (122). Bizim çalışmamızda ise katılımcılar %60 oranında kürtaj etkisi olmadığını belirtmişlerdi.

Mangalore ve ark (120) ile Yapıcı ve ark'nın (123) çalışmalarında bilgi düzeyi ile acil kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma arasında ilişki saptanmış iken bizim çalışmamızda sınıflar arasında farklılık bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir ve ertesi sabah hapi gebelik başladıktan sonra etkisizdir sorularında oluşmuştu. Bu iki soru haricinde sınıflar arası bilgi düzeyi açısından farklılık saptanmamıştı. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Arinze-Oniya ve ark'nın çalışmalarında da sınıflar arası bilgi düzeyi ile acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi hiçbir ilişki göstermemiştir (124).

Acil kontrasepsiyon hakkındaki tutuma gelince Davis ve ark'nın çalışmalarında (116) katılımcıların %55,2'si acil kontrasepsiyonun karışıklığı teşvik ettiğine katılmadığı

bildirilmişti. Benzer şekilde Shiferaw ve ark'nın Güney Batı Etiyopya'da da acil kontrasepsiyonun rastgele cinselliği teşvik etmediğini bildirmişti (121). Ancak Mangalore ve ark. (120) ile Singh ve ark'nın çalışmasında (125) acil kontrasepsiyon kullanımıyla bağlantılı rastgele ilişkilere karşı tarafsız bir tepki gösterilmişti. Davis ve ark'nın çalışmalarında (116) katılımcılarının yalnızca %29'u acil kontrasepsiyon yöntemlerini bir kürtaj yöntemi olduğu kabul ederken Shiferaw ve arkadaşlarının Etiyopya çalışmasında katılımcıların yarısının acil kontrasepsiyonun kürtaja yol açıp açmadığını bilmediğini bildirmişti (121). Ayrıca Davis ve ark'nın çalışmalarında çoğunluğun (%71) acil kontrasepsiyonun günahkar bir davranış olduğu ve kadında infertiliteye yol açmadığı fikrine katılmadığı bildirilmişti. Shiferaw ve ark. ise (121) acil kontrasepsiyonun infertiliteye yol açacağını bildirmişti. Bizim çalışmamızda ise 143 kişi (%73,33) acil kontrasepsiyon yöntemlerinin ahlaki açıdan sakıncalı olduğu görüşüne katılmamıştı. Ayrıca ESH konusunda bilgilenme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır fikrine katılan 63 kişi (%32,30) ve ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır fikrine katılan 73 kişi (%37,4) çalışmamızda tespit edilmişti. Bu sonuçlar Davis ve ark'nın sonuçları ile benzer olup Davis ve ark'nın çalışmalarında katılımcıların sadece %35,5'i acil kontrasepsiyonun gençler arasında yüksek riskli davranışları artıracığına inanıyordu (116). Nijerya (127) ve Trinidad'da (128) yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar izlenmişti. Bu iki çalışmada da öğrencilerin büyük çoğunluğu (%82,5) acil kontrasepsiyon bilgisinin eğitim kurumlarında olduğunu belirtmişti. Benzer şekilde, Hoque ve ark.'nın Güney Afrika çalışmasında katılımcıların %70,3'ü çalışma programlarında acil kontrasepsiyon bilgisini artırmak istediğini belirtmişti(129). Bizim çalışmamızda da %65,1 katılımcı daha fazla bilgi edinmek istediğini bildirmişti.

Gana'daki öğrencilerin %53,4'ü ve Kamerun'daki üniversite öğrencilerinin %38,4'ü ile acil kontrasepsiyon yöntemlerinin sürekli kondom kullanımını caydıracağını düşünmektedir (130,131). Her iki çalışmada da katılımcılar acil kontraseptif ilaçların yalnızca reçeteye satılması gerektiği konusunda hemfikir ve yaklaşık %67,2'si bunun paramedikal personel tarafından dağıtılmasını önermemişti. Bu sonuçlar Singh ve ark. (125) doktorların %65'inin acil kontrasepsiyon ilaçlarının yalnızca reçeteye satılması gerektiği konusunda hemfikir olduğu ve yarıdan fazlasının paramedikal personel tarafından dağıtılması konusunda caydırıcı olduğunu ortaya koyan çalışmalarının bulgularına benzerdi. Singh ve ark'nın çalışmalarında ankete katılanların çoğunluğu (%60) acil kontrasepsiyon yöntemlerinin kadınların üreme sağlığı için iyi olduğu konusunda hemfikir değildi. Benzer şekilde Parey ve ark (133) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %75,8'inin acil kontrasepsiyon yöntemlerinin

vücuda zararlı olduğunu düşündüğünü bildirmişti. Bizim çalışmamızda ise ESH kadınların üreme kontrollerini artıracaktır fikrine 6 kişi katılmamış, 26 kişi kararsız kalmış ve 103 kişi katılmıştı. ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır fikrine ise 130 kişi katılmış, 39 kişi kararsız ve 26 kişi katılmayarak fikir belirtmişti. Erkekler ESH'nı öğrenirlerse kondom kullanmak istemeyeceklerdir fikrine ise 111 kişi katılmış, 42 kişi kararsız kalmış ve 42 kişi katılmayarak fikir belirtmişti. ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır fikrine ise 136 kişi katılmış, 32 kişi kararsız kalmış ve 27 kişi katılmamıştı. Çalışma sonuçlarımız literatür verileri ile benzerlik göstermekte idi.



6. SONUÇ

Çalışmamız ile katılımcıların acil kontrasepsiyon yöntemlerine karşı genel olarak olumlu tutuma sahip olduklarını ancak doğru bilgi konusunda daha çok çabalamamız gerektiği sonucuna vardık. Toplumun geniş anlamda bilinçlenebilmesi için tıp öğrencilerinin eğitim süreçlerinde daha detaylı ve öğretici şekilde bu konunun anlatılması ve farkındalığının artırılması gerektiğine inanıyoruz. Daha geniş popülasyonlar ile acil kontrasepsiyon hakkında bilgi, tutum ve davranışların tekrar değerlendirilerek eksik bilgilerin kaynağına ilişkin daha net bilgiler ile bilgi eksikliğinin tamamlanacağına inanmaktayız.



7. KAYNAKLAR

1. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(1):4-8.
2. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı. Aşama Matbaacılık Ltd.Şti. İstanbul: 2000.
3. Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire: 5-13 Eylül, 1994.
4. Özbaşaran F. "Üreme Sağlığı Üreme Hakları, Üreme Sağlığı Sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı Doğrultusunda Öneriler", Hemşirelik Forumu, 1999, 2 (6): 300.
5. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. "Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları", Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005, 7 (2): 105-113.
6. WHO, Definitions and Indicator in Family Planning, Maternal and Child, Reproductive Health, Family and Reproductive Health European Regional Office, 2005
7. Family Planning and Population, Reproductive Health Family and Reproductive Health World Health Organization 1997.
8. Öner C, Güneri MC, Kars B, Çatak B, Telatar B, Acil Kontraseptif Yöntemlerin Kadınlar Tarafından Bilinme Durumu ve Etkili Faktörler. Nobel Med 2016; 12(1): 20-25.
9. After the morning after and the morning after that. Lancet. 1995;345(8962):1381-1382.
10. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. Clin Med Insights Reprod Health. 2013;7:23-35.
11. Yuzpe AA, Lancet WJ. Ethinylestradiol and norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril. 1977;28:932-6.
12. Rowlands S, Guillebaud J. Postcoital contraception. Br J Fam Plan. 1981;7:3-7.
13. Ling WY, Wrixon W, Acorn T, et al. Mode of action of norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis. Fertil Steril. 1983;40:631-6.
14. Trussell J, Stewart F. The effectiveness of postcoital hormonal contraception. Fam Plan Perspect. 1992;24:262-4.
15. Ellertson C. Emergency Contraception: A Review of the programmatic and social science literature on contraception. Contraception. 2000;61:145-86.
16. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:531-7.
17. Canadian Paediatric Society, Adolescent Medicine Committee Adolescent Pregnancy. CMAJ. 1994;158-60.
18. Cleland K, Zhu H, Goldstock N, et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: A systematic review of 35 years of experience. Human Reproduction. 2012;27:1994-2000.
19. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006;108:1089-1097.
20. Fine P, Mathe H, Ginde S, et al. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. Obstet Gynecol. 2010;115:257-263.

21. Glasier AF, Cameron S, Fine P, et al. Ulipristalacetateversuslevonorgestrelforemergencycontraception: A randomisednon-inferioritytrialand meta-analysis. *Lancet*. 2010;375:555–562.
22. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparativeevaluation of theeffectivenessandsafety of two regimens of levonorgestrelforemergencycontraception in Nigerians. *Contraception*. 2002;66:269–273.
23. Ngai SW, Fan S, Li SQ, et al. A randomizedtrialtocompare 24h versus 12h doubledoseregimen of levonorgestrelforemergencycontraception. *Hum Reprod*. 2005;20:307–311.
24. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, et al. Can weidentifywomen at risk of pregnancydespiteusingemergencycontraception? Datafromrandomizedtrials of ulipristalacetateandlevonorgestrel. *Contraception*. 2011;84:363–367.
25. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, et al. A randomizedtrial of mifepristone in combinationwithmisoprostoladministeredsublinguallyorvaginallyformedicalabortion at 13–20 weeksgestation. *Human Reproduction (Oxford)* 2005;20:2348–2354.
26. Ho PC, Kwan MSW. A prospectiverandomizedcomparison of levonorgestrelwiththeyuzperegimen in post-coitalcontraception. *Hum Reprod*. 1993;8:389–392.
27. Task Force on PostovulatoryMethods of FertilityRegulation. Randomisedcontrolledtrial of levonorgestrelversustheyuzperegimen of combined oral contraceptivesforemergencycontraception. *Lancet*. 1998;352:428–433.
28. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, et al. A randomized, double-blind, noninferioritystudytocompare two regimens of levonorgestrelforemergencycontraception in Nigeria. *Contraception*. 2010;82:373–378.
29. Farajkhoda T, Khoshbin A, Enjezab B, et al. Assessment of two emergencycontraceptiveregimens in Iran: LevonorgestrelversustheYuzpe. *Niger J ClinPract*. 2009;12:450–52.
30. Noe G, Croxatto HB, Maria Salvatierra A, et al. Contraceptiveefficacy of emergencycontraceptionwithlevonorgestrelgivenbeforeorafterovulation. *Contraception*. 2011;84:486–492.
31. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, et al. Effectiveness of levonorgestrelemergencycontraceptiongivenbeforeorafterovulation--a pilot study. *Contraception*. 2007;75:112–118.
32. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, et al. ModifyingtheYuzperegimen of emergencycontraception: A multicenterrandomizedcontrolledtrial. *ObstetGynecol*. 2003;101:1160–1167.
33. Raymond E, Taylor D, Trussell J, et al. Minimum effectiveness of thelevonorgestrelregimen of emergencycontraception. *Contraception*. 2004;69:79–81.
34. Raymond E, Trussell J, Polis CB. Populationeffect of increasedaccesstoemergencycontraceptivepills: A systematicreview. *ObstetGynecol*. 2007;109:181–188.
35. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, et al. Advanceprovision of emergencycontraceptionforpregnancyprevention (fullreview) *Cochrane Db SystRev*. 2010;3

36. Raine TR, Harper C, Rocca CH, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:54–62.
37. Raymond E, Stewart F, Weaver M, et al. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1098–1106.
38. Raymond EG, Weaver MA. Effect of an emergency contraceptive pill intervention on pregnancy risk behavior. *Contraception*. 2008;77:333–336.
39. Turok DK, Jacobson JC, Dermish AI, et al. Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: An observational study of 1-year pregnancy rates. *Contraception*. 2014;89:222–228.
40. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011;84(1):35–9.
41. International Consortium for Emergency Contraception. EC pill types and countries of availability, by brand, <https://toolkits.knowledgesuccess.org/toolkits/emergency-contraception/emergency-contraceptive-pills-registration-status-country>; 2022 [accessed December 29, 2022].
42. Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimen for emergency contraception. *Contraception* 2016;93(2):93–112.
43. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception* 2007;75(2):112–18.
44. Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2011;84(5):486–92.
45. Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra AM, Levy DP, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010;25(9):2256–63.
46. Li HWR, Lo SST, Ng EHY, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. *Hum Reprod* 2016;31(6):1200–7.
47. Duramed Pharmaceuticals Inc. Plan B one-step (levonorgestrel) tablet, 1.5 mg, for oral use [package insert], https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021998lbl.pdf; 2009 [accessed December 29, 2022].
48. Watson Pharma Inc. Ella (ulipristal acetate) tablet [package insert], https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s000lbl.pdf; 2010 [accessed December 29, 2022].
49. Endler M, Li RHW, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: a review.

Contraception 2022;109:8–18.

50. Li HWR, Resche-Rigon M, Bagchi IC, Gemzell-Danielsson K, Glasier A. Does ulipristalacetate emergency contraception (ella®) interfere with implantation? *Contraception* 2019;100(5):386–90.
51. Li D, Wilcox AJ, Dunson DB. Benchmark pregnancy rates and the assessment of post-coital contraceptives: an update. *Contraception* 2015;91(4):344–9.
52. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, et al. Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1089–97.
53. Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristalacetate taken 48–120 h after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010;115(2):257–63.
54. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, van Horn J, et al. Ulipristalacetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010;375(9714):555–62.
55. Hamoda H, Ashok PW, Stalder G, Flett GMM, Kennedy E, Templeton A. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2004;104(6):1307–13.
56. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H. Nigerian Network for Reproductive Health Research and Training. A randomized, double-blind, non-inferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception* 2010;82(4):373–8.
57. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PGL. Emergency contraception - mechanisms of action. *Contraception* 2013;87(3):300–8.
58. Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med* 2021;384(4):335–44.
59. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S16–30.
60. Black T, Goldstuck N, Spence A. Post-coital intrauterine device insertion – a further evaluation. *Contraception* 1980;22(6):653–8.
61. Guillebaud J, Kubba A, Rowlands S, White J, Elder M. Post-coital contraception with danazol, compared with an ethinyl oestradiol-norgestrel combination on insertion of an intra-uterine device. *J Obstet Gynaecol* 1983;3(Suppl 2):S64–8.
62. Tamburrino L, Marchiani S, Minetti F, Forti G, Muratori M, Baldi E. The CatSper calcium channel in human sperm: relation with motility and involvement in progesterone-induced acrosome reaction. *Hum Reprod* 2014;29(3):418–28.
63. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod* 2012;27(7):1994–2000.
64. Goldstuck ND, Cheung TS. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. *Int J Womens Health* 2019;11:471–9.
65. Turok DK, Sanders JN, Thompson IS, Royer PA, Eggebroten J, Gawron LM. Preference for and efficacy of oral

- levonorgestrel for emergency contraception with concomitant placement of a levonorgestrel IUD: a prospective cohort study. *Contraception* 2016;93(6):526–32.
66. Curtis K, Jatlaoui T, Tepper N, Zapata L, Horton L, Jamieson D, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65(4):1–66.
 67. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
 68. Webb A, Taberner D. Clotting factors after emergency contraception. *Adv Contracept* 1993;9(1):75–82.
 69. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339(8796):785–8.
 70. Gordon C, Harken T. Controversies in family planning: intrauterine device placement in solid organ transplant patients. *Contraception* 2019;100(3):250–2.
 71. Juliato CRT, Stahlschmidt P, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes L. A case series on the use of levonorgestrel 52 mg intrauterine system after organ transplant. *Contraception* 2018;98(3):252–4.
 72. Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG* 2001;108(8):784–90.
 73. Huguelet PS, Sheehan C, Spitzer RF, Scott S. Use of the levonorgestrel 52-mg intrauterine system in adolescent and young adult solid organ transplant recipients: a case series. *Contraception* 2017;95(4):378–81.
 74. Kim CR, Martinez-Maza O, Magpantay L, Magyar C, Gornbein J, Rible R, et al. Immunologic evaluation of the endometrium with a levonorgestrel intrauterine device in solid organ transplant women and healthy controls. *Contraception* 2016;94(5):534–40.
 75. Boraas CM, Sanders JN, Schwarz EB, Thompson I, Turok DK. Risk of pregnancy with levonorgestrel-releasing intrauterine system placement 6–14 days after unprotected sexual intercourse. *Obstet Gynecol* 2021;137(4):623–5.
 76. Thompson I, Sanders JN, Schwarz EB, Boraas C, Turok DK. Copper intrauterine device placement 6–14 days after unprotected sex. *Contraception* 2019;100(3):219–21.
 77. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? J. Salcedo et al. *Contraception* 121 (2023) 109958 Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011;84(4):363–7.
 78. Festin MPR, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. *Contraception* 2017;95(1):50–4.
 79. Kapp N, Abitbol JL, Mathé H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E, et al. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 2015;91(2):97–104.
 80. Edelman AB, Cherala G, Blue SW, Erikson DW, Jensen JT. Impact of obesity on the pharmacokinetics of levonorgestrel-based emergency contraception:

- single and double dosing. *Contraception* 2016;94(1):52–7.
81. Edelman AB, Hennebold JD, Bond K, Lim JY, Cherala G, Archer DF, et al. Double dosing of levonorgestrel-based emergency contraception for individuals with obesity: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2022;140(1):48–54.
 82. le Corvaisier C, Capelle A, France M, Bourguignon L, Tod M, Goutelle S. Drug interactions between emergency contraceptive drugs and cytochrome inducers: literature review and quantitative prediction. *Fundam Clin Pharmacol* 2021;35(2):208–16.
 83. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2012;2012:137192.
 84. Pohl O, Osterloh I, Gotteland JP. Effects of erythromycin at steady-state concentrations on the pharmacokinetics of ulipristalacetate. *J Clin Pharm Ther* 2013;38(6):512–17.
 85. Pohl O, Zobrist RH, Gotteland JP. The clinical pharmacology and pharmacokinetics of ulipristalacetate for the treatment of uterine fibroids. *Reprod Sci* 2015;22(4):476–83.
 86. Matyanga CMJ, Dzingirai B. Clinical pharmacology of hormonal emergency contraceptive pills. *Int J Reprod Med* 2018;2018:2785839.
 87. Ellison J, Thompson AJ, Greer I. Apparent interaction between warfarin and levonorgestrel used for emergency contraception. *BMJ* 2000;321(7273):1382.
 88. Zhang J, Li C, Zhao WH, Xi X, Cao SJ, Ping H, et al. Association between levonorgestrel emergency contraception and the risk of ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *Sci Rep* 2015;5:8487.
 89. Jesam C, Cochon L, Salvatierra AM, Williams A, Kapp N, Levy-Gompel D, et al. A prospective, open-label, multicenter study to assess the pharmacodynamics and safety of repeated use of 30 mg ulipristalacetate. *Contraception* 2016;93(4):310–16.
 90. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency UK. Esmya (ulipristalacetate): suspension of the licence due to risk of serious liver injury, <https://www.gov.uk/drug-safety-update/esmya-ulipristal-acetate-suspension-of-the-licence-due-to-risk-of-serious-liver-injury>; 2021 [accessed 29 December 2022].
 91. Donnez J, Arriagada P, Marciniak M, Larrey D. Liver safety parameters of ulipristalacetate for the treatment of uterine fibroids: a comprehensive review of the clinical development program. Vol. 17. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17(12):1225–32.
 92. Gatti M, Poluzzi E, de Ponti F, Raschi E. Liver injury with ulipristalacetate: exploring the underlying pharmacological basis. *Drug Saf* 2020;43(12):1277–85.
 93. Donnez J. Liver injury and ulipristalacetate: an overstated tragedy? Vol. 110. *Fertil Steril* 2018;110(4):593–5.
 94. Yoon EL, Yuk JS. Use of ulipristalacetate and risk of liver disease: a nationwide cohort study. *J Clin Endocrinol Metabolism* 2021;106(6):1773–82.
 95. Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990;76(3 Pt 2):552–7.
 96. Raman-Wilms L, in Tseng AL, Wighardt S, Einarson TR, Koren G. Fetal genital effects of first-trimester sex hormone exposure: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1995;85(1):141–9.
 97. Levy DP, Jager M, Kapp N, Abitbol JL. Ulipristalacetate for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women. *Contraception*

- 2014;89(5):431–3.
98. Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, O’connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril* 1996;65(3):503–9.
 99. Cleland K, Raymond E, Trussell J, Cheng L, Zhu H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2010;115(6):1263–6.
 100. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. *N Eng J Med* 2009;361(4):379–87.
 101. Castaño PM, Westhoff CL. Experience with same-day placement of the 52 mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222(4):S883.e1–S883.e6.
 102. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception* 2012;85(2):131–9.
 103. Westhoff C, Kerns J, Morroni C, Cushman LF, Tiezzi L, Murphy PA. Quick start: novel oral contraceptive initiation method. *Contraception* 2002;66(3):141–5.
 104. Nelson AL, Katz T. Initiation and continuation rates seen in 2-year experience with same-day injections of DMPA. *Contraception* 2007;75(2):84–7.
 105. Brache V, Cochon L, Duijkers IJM, Levy DP, Kapp N, Monteil C, et al. A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. *Hum Reprod* 2015;30(12):2785–93.
 106. Cameron ST, Berger C, Michie L, Klipping C, Gemzell-Danielsson K. The effects on ovarian activity of ulipristal acetate when ‘quick starting’ a combined oral contraceptive pill: a prospective, randomized, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study. *Hum Reprod* 2015;30(7):1566–72.
 107. Edelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O’Donnell A, Hennebold JD. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: a prospective cohort study. *Contraception* 2018;98(6):463–6.
 108. Banh C, Rutenberg T, Duijkers I, Borenstein P, Monteil C, Levy-Gompel D, et al. The effects on ovarian activity of delaying versus immediately restarting combined oral contraception after missing three pills and taking ulipristal acetate 30 mg. *Contraception* 2020;102(3):145–51.
 109. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception* 2013;87(5):685–700.
 110. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections: a review. *JAMA* 2022;327(2):161–72.
 111. Workowski K, Bachmann L, Chan P, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(4):1–187.
 112. Jatlaoui TC, Simmons KB, Curtis KM. The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infection or at increased risk of sexually transmitted infections. *Contraception* 2016;94(6):701–12.

113. Decker MR, Mack KP, Barrows JJ, Silverman JG. Sextrafficking, violence victimization, and condom use among prostituted women in Nicaragua. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;107(2):151–2.
114. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013;7:23–35.
115. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception*. 2023;121:109958
116. Davis P, Sarasveni M, Krishnan J, Bhat LD, Kodali NK. Knowledge and attitudes about the use of emergency contraception among college students in Tamil Nadu, India. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020 Jan 29;95(1):1.
117. Dorairajan G, Chinnakali P, Mohan B. Knowledge, attitude & factors affecting potential use of emergency contraception in college students in Puducherry, south India. *Indian J Med Res*. 2015 Jan;141(1):122–4.
118. Gupta RK, Raina SK, Verma AK, Shora T. Emergency contraception: Knowledge and attitude towards its use among medical students of a medical college in North-West India. *J Pharm Bioallied Sci*. 2016 Jul-Sep;8(3):235–9.
119. Giri PA, Bangal VB, Phalke DB. Knowledge and attitude of medical undergraduate, interns and postgraduate students in India towards emergency contraception. *N Am J Med Sci*. 2013 Jan;5(1):37–40.
120. Joseph N, Shetty B, Hasreen F, Ishwarya R, Baniya M, Sachdeva S, et al. Awareness and attitude towards emergency contraceptives among college students in South India. *J Obstet Gynecol India*. 2016;66(Suppl 1):363–369.
121. Shiferaw BZ, Gashaw BT, Tesso FY. Factors associated with utilization of emergency contraception among female students in Mizan-Tepi University, South West Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2015;8:817.
122. Gajera AN, Barvaliya MJ, Shukla A, Tripathi CB. Knowledge and attitude towards emergency contraception among undergraduate medical students. *Int J Basic Clin Pharmacol*. 2017;6:955–961.
123. Yapici G, Oner S, Sasmaz T, Bugdayci R, Kurt AO. Awareness of emergency contraception among university students in Mersin, Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(5):1087–1092.
124. Arinze-Onyia SU, Aguwa EN, Nwobodo E. Health education alone and health education plus advance provision of emergency contraceptive pills on knowledge and attitudes among university female students in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2014;17(1):100–105.
125. Singh V, Thakur P, Nayak PK, Agrawal S. Knowledge attitude and practice (KAP) of emergency contraceptive pills among women of reproductive age group attending AIIMS OPD Raipur (C.G.) *Int J Adv Med*. 2014;1:105–112.
126. Tajure N, Pharm B. Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among graduating female students of Jimma university, southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2010;20(2):91–97.
127. Ojule JD, Oriji VK, Georgewill KN. Awareness and practice of emergency contraception among students of University of Port Harcourt, South-South Nigeria. *Niger Health J*. 2008;8:6–9.

128. Parey B, Addison L, Mark JK, Maurice B, Tripathi V, Wahid S, et al. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive pills among tertiary level students in Trinidad: a cross-sectional survey. *West Indian Med J.* 2010;59(6):650–655
129. Hoque ME, Ghuman S. Knowledge, practices, and attitudes of emergency contraception among female university students in KwaZulu-Natal, South Africa. *PLoS ONE.* 2012;7(9):e46346.
130. Baiden F, Awini E, Clerk C. Perception of university students in Ghana about emergency contraception. *Contraception.* 2002;66:23–6.
131. Kongnyuy EJ, Ngassa P, Fomulu N, Wiysonge CS, Kouam L, Doh AS. A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon. *BMC Emerg Med.* 2007;7:7.
132. Parey B, Addison L, Mark JK, Maurice B, Tripathi V, Wahid S, et al. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive pills among tertiary level students in Trinidad: A cross-sectional survey. *West Indian Med J.* 2010;59:650–5



EKLER

Anket Soruları

*Ek 1: Demografik Soru Formu

Kontrasepsiyon Yöntemleri Konusundaki Demografik Araştırma Anketi

Değerli Katılımcı Öğrencimiz,

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

İsim yazmayınız. İsminiz olmadığı için isim kullanılarak yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyet: 1 ☐ Kadın 2 ☐ Erkek

3. Sınıfı: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

4. Aylık gelir düzeyiniz hangi aralıktadır?

☐ 1 0-999 T.L ☐ 2 1000 – 1499 T.L ☐ 3 1500 – 1999 T.L. ☐ 4 2000 T.L. ve üstü

5. Kars'ta nerede kalıyorsunuz? 1 ☐ Ailemle 2 ☐ Akraba yanında

3 ☐ Yurtta 4 ☐ Kirada Öğrenci Evi

6. Sağlık güvenceniz var mı?

1 ☐ Yok 2 ☐ Yeşil Kart 3 ☐ Bağ-Kur 4 ☐ SSK 5 ☐ Emekli Sandığı 6 ☐ Özel Sigorta

7 ☐ Üniversitenin Sağlık Karnesi

*Ek 2: Bilgi Soru Formu

Kontrasepsiyon Yöntemleri Konusundaki Bilgi Araştırma Anketi

Değerli Katılımcı Öğrencimiz,

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

İsim yazmayınız. İsminiz olmadığı için isim kullanılarak yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için şimdiden teşekkür ederiz.

1. 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)

2. Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini yazınız:.....

3. “Ertesi Sabah Hapı” nı (morningafterpill) duydunuz mu? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır

4. “Ertesi Sabah Hapı” ne zaman alınmalıdır?

1 ☐ Cinsel ilişkiden önce 2 ☐ Cinsel ilişkiden sonra

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

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

7. Ertesi Sabah Hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir.

Doğru Yanlış bilmiyorum

8. Ertesi Sabah Hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz.

Doğru Yanlış bilmiyorum

9. Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için ne zamana kadar alınabilir?

korunmasız ilişkiden sonra hemen alınmalıdır

korunmasız ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır

korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak 1 hafta içinde alınabilir

10. Ertesi Sabah Hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?

Doğru Yanlış bilmiyorum

11. Bir ay içinde peş peşe en çok kaç kez ESH kullanılabilir?

1 kez 2 kez 3 kez 4 kez

12. Peş peşe iki ESH alımı arası zaman en az kaç saat olabilir?

8 saat 12 saat 24 saat 48 saat

*Ek 3A: Tutum Soru Formu

Kontrasepsiyon Yöntemleri Konusundaki Tutum Araştırma Anketi

Değerli Katılımcı Öğrencimiz,

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

İsim yazmayınız. İsminiz olmadığı için isim kullanılarak yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için şimdiden teşekkür ederiz.

1.Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?: 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır 3 ☐ Cevap vermek istemiyorum.

2. 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

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

1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır 3 ☐ Cevap vermek istemiyorum

4. 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

5. “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

6. “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

7. Bir düşük yöntemi olarak kötü yönde kullanılır mı?

1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır 3 ☐ Emin değilim 4 ☐ Cevap vermek istemiyorum 8. “Ertesi

8. Sabah Hapı” hakkında bilgi edinmek/daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?

1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır

Ek3B:Ertesi Sabah Hapına İlişkin Tutum Anketi

Ertesi sabah hapı (ESH) konusunda verilen aşağıdaki ifadelere katılmadurumunuzu 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 bilgilenme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki oranı artacaktır					
18.Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır.					
19. ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye zorlanacaktır.					