



T.C.
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORAL
KONTRASEPTİFLERİN KULLANIMI VE
ETKİLEŞİMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehra KINA

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi İsmail Çağrı AYDIN
İkinci Danışman: Doç. Dr. Büşra DİNCER

FARMASÖTİK BİLİMLER
ANABİLİM DALI

ERZİNCAN
Temmuz 2025
Her Hakkı Saklıdır.

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORAL
KONTRASEPTİFLERİN KULLANIMI VE ETKİLEŞİMLERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zehra KINA

**Danışman: Dr. Öğretim Üyesi İsmail Çağrı AYDIN
İkinci Danışman: Doç. Dr. Büşra DİNCER**

**FARMASÖTİK BİLİMLER
ANABİLİM DALI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2025
Her Hakkı Saklıdır.**

Bilimsel Etiğe Uygunluk Sayfası

“Sağlık Personellerinin Oral Kontraseptiflerin Kullanımı ve Etkileşimleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezim tarafımca intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiğı gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 01/07/2025

Zehra KINA

ÖZET

Yüksek Lisans

SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORAL KONTRASEPTİFLERİN KULLANIMI VE ETKİLEŞİMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehra KINA

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Farmasötik Bilimler Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi İsmail Çağrı AYDIN
İkinci Danışman : Doç. Dr. Büşra DİNCER

Amaç: Oral kontraseptiflerin kullanımıyla ilgili sağlık personellerinin bilgi düzeyini ve tutumlarını değerlendirmek, bu ilaçların diğer ilaçlar ve besinlerle etkileşimlerine dair farkındalıklarını belirlemek ve olası bilgi eksikliklerini veya yanlış anlamaları tespit ederek sağlık eğitimine katkıda bulunmaktadır.

Materyal ve Metot: Araştırmamız, tanımlayıcı ve analitik türde, kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışma, sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelleri arasında yürütülmüş ve veriler çevrimiçi bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiş; frekans, yüzde dağılımları ve anlamlılık testleri kullanılmıştır. Araştırmanın etik izinleri alınarak çalışma etik kurallara uygun şekilde gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık personelinin çoğunluğunu 20–40 yaş aralığındaki (%80) kadınlar (%58.7) ve eczacılar (%35.3) oluşturmuştur. Katılımcıların %96'sı oral kontraseptiflerin östrojen ve progesteron içerdiğini, %91.3'ü ise doğru başlama zamanını bilmektedir. Ancak rifampin, greyfurt suyu, sarı kantaron gibi ilaç ve besin etkileşimleri hakkında bilgi düzeyleri düşüktür. Katılımcıların yalnızca %64'ü bu konuda danışmanlık verdiğini belirtmiştir. Açık uçlu soruya verilen yanıtlar, birçok sağlık personelinin pratikte kendini yeterli görmediğini ortaya koymuştur.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının oral kontraseptiflerin kullanımı, ilaç etkileşimleri ve danışmanlık süreçlerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Anket verilerinin analizine göre, katılımcıların temel farmakolojik bilgi düzeyleri büyük ölçüde yeterli bulunmuş; ancak klinik karar verme açısından kritik öneme sahip olan etkileşim konularında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durum, hizmet içi eğitimin bilgi eksikliği bulunan alanlara özgü olarak yeniden yapılandırılmasının önemini vurgulamaktadır.

2025, 90 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, Gebeliği Önleyici Yöntemler, İlaç Etkileşimleri, Sağlık Personeli

ABSTRACT

MSc Thesis

EVALUATION OF HEALTHCARE PERSONNEL'S KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING THE USE AND INTERACTIONS OF ORAL CONTRACEPTIVES

Zehra KINA

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Pharmaceutical Sciences

Supervisor: Assist. Prof. Dr. İsmail Çağrı AYDIN
Second Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Büşra DINCER

Aim: To evaluate healthcare personnel's level of knowledge and attitudes regarding the use of oral contraceptives, to determine their awareness of the interactions between these drugs and other medications or foods, and to contribute to health education by identifying potential knowledge gaps or misunderstandings.

Material and Method: This study was designed as a descriptive and analytical cross-sectional study. It was conducted among healthcare personnel working in healthcare institutions, and the data were collected through an online questionnaire form. The obtained data were analyzed using SPSS version 22.0, utilizing frequency, percentage distributions, and significance tests. Ethical approval for the study was obtained, and the research was carried out in accordance with ethical guidelines.

Results: The majority of healthcare personnel participating in the study were women (58.7%) aged between 20 and 40 years (80%), and pharmacists made up the largest professional group (35.3%). While 96% of the participants knew that oral contraceptives contain estrogen and progesterone, and 91.3% were aware of the correct timing to initiate use, their knowledge regarding drug and food interactions—such as those with rifampin, grapefruit juice, and St. John's wort—was found to be low. Only 64% of the participants reported providing counseling on this topic. Responses to the open-ended question revealed that many healthcare professionals do not feel adequately competent in practice.

Conclusion: The knowledge levels of healthcare professionals regarding the use of oral contraceptives, drug interactions, and counseling processes were evaluated. According to the analysis of the survey data, participants generally demonstrated sufficient knowledge of basic pharmacological concepts; however, their understanding of interactions—an area critical to clinical decision-making—was found to be insufficient. This highlights the importance of restructuring in-service training programs to specifically address areas where knowledge gaps exist.

2025, 90 Pages

Keywords: Contraceptive Methods, Drug Interactions, Family Planning, Health Personnel

TEŞEKKÜR

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini paylaşan ve bana yol gösteren saygıdeğer danışman hocalarım Dr. Öğretim Üyesi İsmail Çağrı AYDIN ve Doç. Dr. Büşra DİNCER'e, teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen tüm aile fertlerime, meslektaşlarıma ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Zehra KINA

Temmuz, 2025



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Tez Kabul ve Onay.....	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk Sayfası... ..	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT... ..	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Aile Planlaması.....	5
2.1.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı	5
2.1.2. Aile Planlamasının Tarihçesi.....	5
2.2. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması.....	7
2.2.1. Rahim İçi Araçlar	8
2.2.2. İmplant.....	10
2.2.3. Enjektabl Kontraseptifler	11
2.2.4. Kadın Sterilizasyonu	12
2.2.5. Erkek Sterilizasyonu	12
2.2.6. Spermisit	13
2.2.7. Diyafram	13
2.2.8. Laktasyonel Amenore Metodu.....	14
2.2.9. Prezervatif.....	14
2.2.10. Kadın Kondomu.....	15
2.2.11. Transdermal Bant.....	15
2.2.12. Vajinal Halka.....	16
2.2.13. Takvim Yöntemi.....	16
2.2.14. Vajinal Duş.....	17

2.2.15. Koitus Interriptus.....	17
2.2.16. Vücut Isısı Yöntemi.....	17
2.2.17. Servikal Mukus Yöntemi.....	17
2.2.18. Oral Kontraseptifler.....	18
2.3. Oral Kontraseptifler ile İlaç, Bitki ve Besin Etkileşimleri.....	34
2.3.1. Oral Kontraseptiflerin İlaçlar ile Etkileşimi.....	35
2.3.2. Oral Kontraseptiflerin Bitki ve Besin ile Etkileşimi.....	37
3. MATERYAL ve METOT.....	39
3.1. Araştırmanın Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Evreni ve Zamanı.....	39
3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri.....	39
3.4. Araştırma Dışlama Kriterleri.....	39
3.5. Araştırmanın Yapılış Şekli.....	40
3.6. Veri Toplama Formu.....	40
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	41
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. Araştırma Grubunun Demografik Bilgileri.....	43
4.2. Araştırma Grubunun Bilgi Düzeyi Ölçüm Sonuçları.....	45
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR.....	66
EKLER.....	71
Ek-1. Etik Kurul Kabul Kararı.....	72
Ek-2. Anket Formu.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması	8
Şekil 4.1. Tüm Bilgi Sorularına Verilen Doğru Cevap Yüzdesi.....	52



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Sentetik Progesteronların Sınıflandırılması.....	19
Tablo 2.2. Monofazik İlaç Örnekleri.....	20
Tablo 2.3. Kombine Oral Kontraseptif Kullanım Önerileri.....	26
Tablo 2.4. Türkiye’de Bulunan Minihaplar.....	31
Tablo 2.5. Acil Kontrasepsiyon Olarak Kullanılabilen İlaçlar ve Dozu.....	33
Tablo 2.6. Yuzpe Rejimi İçin Uygulanan Doz.....	33
Tablo 2.7. Türkiye’de Yaygın Kullanılan Acil Kontraseptif İlaçlar ve Etkinlik Süreleri.....	34
Tablo 2.8. Acil Kontrasepsiyon Kullanımının Çeşitli Durumlara Göre Uygunluğu.....	34
Tablo 2.9. Oral Kontraseptiflerin Etkinliğini Azaltan İlaçlar.....	35
Tablo 2.10. Antibiyotiklerin Oral Kontraseptiflerle Etkileşimi.....	36
Tablo 2.11. Oral Kontraseptif İlaçlarla Etkileşebilen Bazı İlaçlar.....	36
Tablo 2.12. KOK ile Bitki-Besin Etkileşiminin KOK Etkinliğine Etkisi.....	38
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Yaş Dağılımı.....	43
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Cinsiyet Dağılımı.....	43
Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Mesleki Dağılımı.....	44
Tablo 4.4. Araştırma Grubunun Mesleki Deneyim Süresi Dağılımı.....	44
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Sağlık Personellerinin Çalıştıkları Kurum Türlerinin Dağılımı.....	45
Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Hastalarına Oral Kontraseptiflerle Beraber Kullanmamaları Gereken İlaçlar Veya Besinler Hakkında Bilgi Verme Durumunun Dağılımı.....	45
Tablo 4.7. Oral Kontraseptifler ile İlgili Genel Bilgiler.....	47
Tablo 4.8. Oral Kontraseptifler ile İlgili Bazı Özel Durumlar.....	49
Tablo 4.9. Oral Kontraseptifler ile İlaç-İlaç, İlaç-Besin, İlaç-Bitki Etkileşimi.....	51
Tablo 4.10. Açık Uçlu 36. Soruya Verilen Cevapların Dağılımı.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler

<i>cm²</i>	Santimetrekare
<i>mcg</i>	Mikrogram
<i>mg</i>	Miligram
<i>mmHg</i>	Milimetre Cıva Basıncı
<i>m²</i>	Metrekare
<i>kg</i>	Kilogram
<i>%</i>	Yüzde

Kısaltmalar

AP	Aile Planlaması
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DMPA	Depo Medroksi Progesteron Asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DVT	Derin Ven Trombozu
ECP	Ertesi Gün Hapı (Emergency Contraceptive Pill)
EE	Etinil Estradiol
FNH	Fokal Nodüler Hiperplazi
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	İnsan Papilloma Virüsü (Human Papillomavirus)
HT	Hipertansiyon
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
KV	Kardiyovasküler
LAM	Laktasyonel Amenore Metodu
LNG	Levonorgestrel
M.Ö.	Milattan Önce
OK	Oral Kontraseptif
PCOS	Polikistik Over Sendromu
PE	Pulmoner Emboli
P-gp	P-glikoprotein
PIH	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PMDD	Premenstrüel Disforik Bozukluk

RIA	Rahim İçi Araç
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SLE	Sistemik Lupus Eritematozus
SVO	Serebrovasküler Olay
TBC	Tüberküloz
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UPA	Ulipristal Asetat
VTE	Venöz Tromboemboli



1. GİRİŞ

Kontrasepsiyon; ovülasyon, fertilizasyon ve implantasyonun normal oluşum basamaklarını bozarak gebeliğin önlenmesi olarak tanımlanır. Gebelikten korunmayı sağlamak amacıyla kullanılan yöntemler ise kontraseptif yöntemlerdir. İstenmeyen gebelik ve düşük komplikasyonundan korunmak için, kontraseptif seçenekler iyi bilinmeli ve takip edilmelidir (Sanhal ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün verilerine göre her yıl 200 milyon yeni gebelik oluşmaktadır. Bunların 50 milyondan fazlası istenmeyen gebelik grubuna girmektedir. Bu gebeliklerin 46 milyonu isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Düşüklerin 19 milyonu yasaklamalar nedeni ile güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Güvenli olmayan düşükler sebebi ile dünyada her sekiz dakikada bir kadın hayatını kaybetmektedir. Güvenli olmayan düşükler dünyadaki anne ölümlerinin %13'üne, her yıl 68 bin kadının ölümüne ve 5.3 milyon kadının hastalık ve sakatlığına sebep olmaktadır (Sanhal ve ark., 2012). Ülkemizde de istenmeyen gebelik oranları oldukça yüksektir ve kürtaja sıklıkla başvurulmaktadır. Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2018 verilerine göre evlenmiş kadınların %15'inin isteyerek düşük yaptığı ve yaşam boyu ortalama isteyerek düşük sayısının da 0.21 olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmadan önceki beş yıllık dönemde gerçekleştirilen isteyerek düşükler incelendiğinde bu düşüklerin yaklaşık olarak üçte ikisinde kadınların gebelikten önceki son bir aylık dönemde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı, gebeliğin öncesinde kontraseptif yöntem kullananlar arasında ise modern yöntem kullanımının geleneksel yöntem kullanımından daha az olduğu görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). TNSA 2018 verilerine göre; gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı, 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınlarda %70'tir. Bu kadınların %49'u modern yöntemleri; %21'i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Aile planlaması yönteminin kullanımı evli kadınların yaşı ile birlikte artmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Kadınların, kontraseptif yöntemi kullanıp kullanmayacağı, kullanacak ise hangi yöntemi kullanacağı konusunda temel belirleyici faktörler, sosyoekonomik durum, eğitim, çalışıp çalışmama ve fertilitate öyküsü olarak öne çıkmaktadır. Kullanılan ilk kontrasepsiyon yönteminin de daha sonra yapılan yöntem tercihleri açısından belirleyici özellik taşıdığı görülmüştür (Cindoğlu ve ark., 2008). Coğrafi bölgelere göre de kontraseptif yöntem kullanımı farklılık göstermektedir, Güneydoğu Anadolu’da ailelerin planladığı çocuk sayısı 3 olmasına rağmen, doğan çocuk planlananın 2 katı kadardır. Bu bölgede istenmeyen son gebelik oranı %43.1, ülkemiz genelinde %18.8’dir (Ozçirpici ve ark., 2005). Yine aynı bölgede yapılan başka bir çalışmaya göre bu bölgedeki kadınların %48.2’sinin hiçbir zaman kontraseptif yöntem kullanmamış olduğu da görülmüştür (Ozgür ve ark., 2004).

Modern yöntemler arasında yer alan oral kontraseptifler (OK); doğal hormonların sentetik analogları olan progesteron ve/veya östrojen içermektedir (Shukla ve ark, 2016). Oral kontraseptifler (OK), yüksek güvenlik sınırları ve sağlığa önemli katkılarıyla, günümüzde en etkili olan geriye döndürülebilir doğum kontrol yöntemidir (Aksoy, 2010). OK’ler doğru ve düzenli kullanım sonucunda %99.7 oranında gebelikten korumaktadır (World Health Organization, 2020). TNSA 2018 sonuçlarına göre ülkemizde kadınlar arasında en çok bilinen gebeliği önleyici modern yöntem %97 ile OK’lerdir. Ancak evli kadınlar arasında %5 oranında en az tercih edilen kullanmaya başladıktan sonra da %48 oranında en çok bırakılan yöntemdir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Dünya genelinde OK’lerin kullanım oranı %7’dir. OK’lerin kullanım yüzdelere bakıldığında, Birleşik Arap Emirlikleri, gelişmiş ülkeler ve Latin Amerika’da yüksek olduğu, Asya ve Pasifik, Doğu ve Güney Afrika ile Doğu Avrupa ve Orta Asya’da ülkemizdekine benzer düzeyde olduğu görülmektedir (UNFPA, 2016).

Ülkemizde OK’ler çoğu kadın tarafından bilinmesine karşın, kullananların OK’lere uyum ve devamlılığı sağlayamaması büyük bir sorun oluşturmaktadır (Brynhildsen, 2014). İstanbul’da yapılan bir araştırma sonucuna göre kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe oral kontraseptif kullanımında da artış olduğu gözlemlenmiştir (Baksu ve ark., 2005). Kadınların kontraseptif yöntemlerin yararları konusundaki bilgileri son derece azken, yan etkileri konusunda da yoğun abartılar olduğu saptanmıştır. 418 kadının dahil edildiği bir çalışmada oral kontraseptif kullanımı ile ilgili önyargılar değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada kadınların yarıya yakını oral kontraseptif kullanımının akneye, kilo artışına ve kıllanmaya neden olduğunu diğer kadınların da infertiliteye, kansere ve libido azalmasına yol açtığını düşündüğü belirlenmiştir (Küçük ve ark, 2012). Başka bir çalışmada tüm modern kontrasepsiyon yöntemleri için de benzer önyargılar olduğu anlaşılmıştır (Ay ve ark., 2007).

OK'lerin uzun ve kısa dönemdeki güvenilirlikleri toplum sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Gelişmiş analitik yöntemlerle yapılan çok sayıda epidemiyolojik çalışmanın sonuçları, oral kontraseptif kullanımını destekleyici niteliktedir. Bazı çalışmalar 25-39 yaş arasında OK kullanımının meme kanseri riskini artırmadığını ancak 25 yaş altı ve 39 yaş üstü dönemlerde kullanımının kanser oranında risk artışı yapabildiklerini göstermektedir. Genel görüş oral kontraseptiflerin sağlıklı kadınlardaki kontrasepsiyon dışı yararlarının olası risklerinden daha ağırlıklı olduğu yönündedir (Tekeli, 2011). Aile planlaması, insanların gebelik aralıklarını belirlemelerine ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmelerine yardımcı olur. Bunun yanı sıra istenmeyen gebelikleri önleyerek bebek ve anne ölümlerini engeller, güvensiz kürtaj olmak gibi isteğe bağlı gebelik sonlandırma oranlarını azaltır (World Health Organization, 2020). İstenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin sayısını en aza indirmek için, aile planlaması hizmetlerinin her kadın tarafından erişilebilir olması ve AP yöntemlerinin kullanımının artırılması gerekmektedir. Kadınların AP hizmetine erişebildikleri durumlarda, isteğe bağlı gebelik sonlandırmanın büyük oranda azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum bize AP hizmetlerinin düşükleri azaltmadaki önemli rolünü göstermiş olmaktadır (FHI360, 2012). Ülkemizde de her 10 kadından 7'sinin AP hizmeti ihtiyacı olduğu bilinmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi yöntemlerle ilgili doğru bilgiye erişim, yöntemlerle ilgili danışmanlık hizmetleri, yöntem sunumunda eksiklik veya güçlük, yöntem devamlılığının sağlanamaması gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilir.

Oral kontraseptiflerin güvenli ve etkili bir şekilde kullanılabilmesi için sağlık personellerinin yeterli bilgi düzeyine sahip olması ve doğru tutum sergilemesi gereklidir. Çalışmamız sağlık personellerinin oral kontraseptiflerin akılcı kullanımı ile farkındalıklarının belirlenmesi, hastaların akılcı oral kontraseptif kullanımına katkı sağlayacağı düşüncesi üzerine başlatılmıştır. Sağlık personelinin OK'lere yönelik bilgisi,

hastalara doğru ve zamanında danışmanlık sağlamak için temel teşkil eder. Çalışmalar, özellikle hemşire ve ebelerin bazı durumlarda yeterli bilgiye sahip olmadığını, bu durumun hasta eğitimi ve danışmanlık süreçlerini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Demir ve ark., 2012, Helvacıoğlu ve ark., 2018). Doktor ve eczacıların ise genellikle OK'lerin ilaç ve besin etkileşimleri konusunda bilgi eksiklikleri olduğu bildirilmektedir. Araştırmalara göre modern ülkelerde sıklıkla kullanılan OK'lerin toplumumuzda kullanımının yeteri kadar doğru bilinmedi gözlemlenmiştir. Bu konuda sağlık personelleri tarafından bireylere eş zamanlı kullandığı ilaç ve besinlerle olan etkileşimleri ve ilaç hakkında doğru zaman, doğru doz gibi önemli özellikleri bildirilmelidir.

Sağlık personellerinin bilgi eksiklikleri, hastaların yanlış bilgilendirilmesine ve dolayısıyla OK kullanımına ilişkin uyunc düşüklüğüne yol açabilir. Bu durum hem gebelikten korunma başarısını hem de OK kullanımına bağlı diğer klinik sonuçları olumsuz etkileyebilir. Sağlık profesyonellerinin OK'lere yönelik tutumları, kültürel ve kişisel inançlarla şekillenebilir ve hasta danışmanlığı süreçlerinde tarafsızlık ilkesini etkileyebilir. Oral kontraseptiflerin akılcı ilaç uygulamalarına uyumsuz ve hatalı kullanımları sonucu kullanılan ilaçlardan gerekli etki ve verimin alınmadığı görülmektedir (Helvacıoğlu ve ark., 2018). Oral kontraseptifler ile ilgili çalışma örneklerinde, ülkemizdeki kadınların oral kontraseptif kullanımı hakkındaki bilgi kaynaklarının arkadaşları, hemşireler ve televizyon olduğu görülmektedir. Kadınların istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri, istemedikleri gebeliklere maruz kalmamaları ve buna bağlı morbidite ve mortalite oranlarının düşürülebilmesi için kontrasepsiyon konusundaki bilincin genel olarak yükseltilmesi gerekmektedir. Bu konunun üzerinde daha yoğun durulması gerektiği açıktır (Demir ve ark., 2012). Planlanan çalışma kapsamında elde edilecek veriler ışığında sağlık personellerinin bu konu hakkındaki bilgi düzeyleri belirlenecek olup OK kullanımı konusunda farkındalık sağlanması, ihtiyaçların belirlenmesi ve çözüm önerileriyle ilgili alinyazına katkıda bulunulması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlaması

2.1.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Aile planlaması (AP) kadınların istenmeyen gebeliklerinin önlenmesine, gebelikleri arasında uygun zaman bırakılmasına, planlanan zamanda ve sayıda çocuk sahibi olmalarına, çocuğu olmayan kadınların çocuk sahibi olmalarına imkan sağlayan uygulamaların tümüdür (Çayan, t.y.).

AP yöntemlerinin amacı anne ve bebek sağlığını olumsuz olarak etkileyen aşırı doğurganlığı önlemek ve böylece toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Çayan, t.y.; Doğaner ve ark., 2011). AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olan ve AP yöntemlerine erişebilen kadınlar, kontraseptif yöntem kullanıp kullanmama kararını rahatlıkla alabilir ve kendilerine uygun yöntemi seçebilirler. Gelişmekte olan ülkelerde, anne ölüm sebepleri arasında ilk sırada doğum sayısının fazla olması vardır. Bu nedenle, AP hizmetlerinin etkin şekilde sunulması, kadın, çocuk ve toplum sağlığına önemli katkılar sunmaktadır (Kavlak ve Bingöl, t.y.). Çiftler sahip olmak istedikleri çocuk sayısına, ne zaman sahip olmak istediklerine karar verme hakkına sahiptirler. Ülkemizde AP hizmetleri 1965 yılında yasallaşmış ve günümüze kadar kullanımı her geçen gün yaygınlaşmıştır. AP yöntemleri ile ilgili hizmetler ülkemizde kullanıma sunulmasına rağmen güvenilirliği düşük olan geleneksel yöntemlerin kullanımı hala oldukça fazladır (Çayan, t.y.; Gözükar ve ark., t.y.; Sak ve Evsen, 2008).

2.1.2. Aile Planlamasının Tarihçesi

Aile planlaması hakkında bilinenler milattan öncelere kadar dayanmaktadır. M.Ö. 1850'lerde Mısır papiruslarındaki bilgilerden kadınların tampon olarak sakız, timsah dışkısı ve bal kullandığı anlaşılmıştır. 1800'lü yılların başlarında ise spermisit ajanlar

bulunmuştur. 1950'lerde 90 civarında spermisit ajan ilaç marketlerinde pazara sunulmuştur (Schwartz ve ark., 1989). 1860 yılında jinekolog E. B. Foote tarafından servikal kapak geliştirilmiştir. Bu dönemde, rahim içi araçlar (RIA) da gelişme göstermiştir. 1800'lü yıllarda kullanılan ilk RIA'lar küçük düğme şeklindeydi; bu araçlar serviks ağzını tamamen kapatmakta ve kanala doğru uzanan iplerle birlikte kullanılmaktaydı (Huber ve ark., 1975).

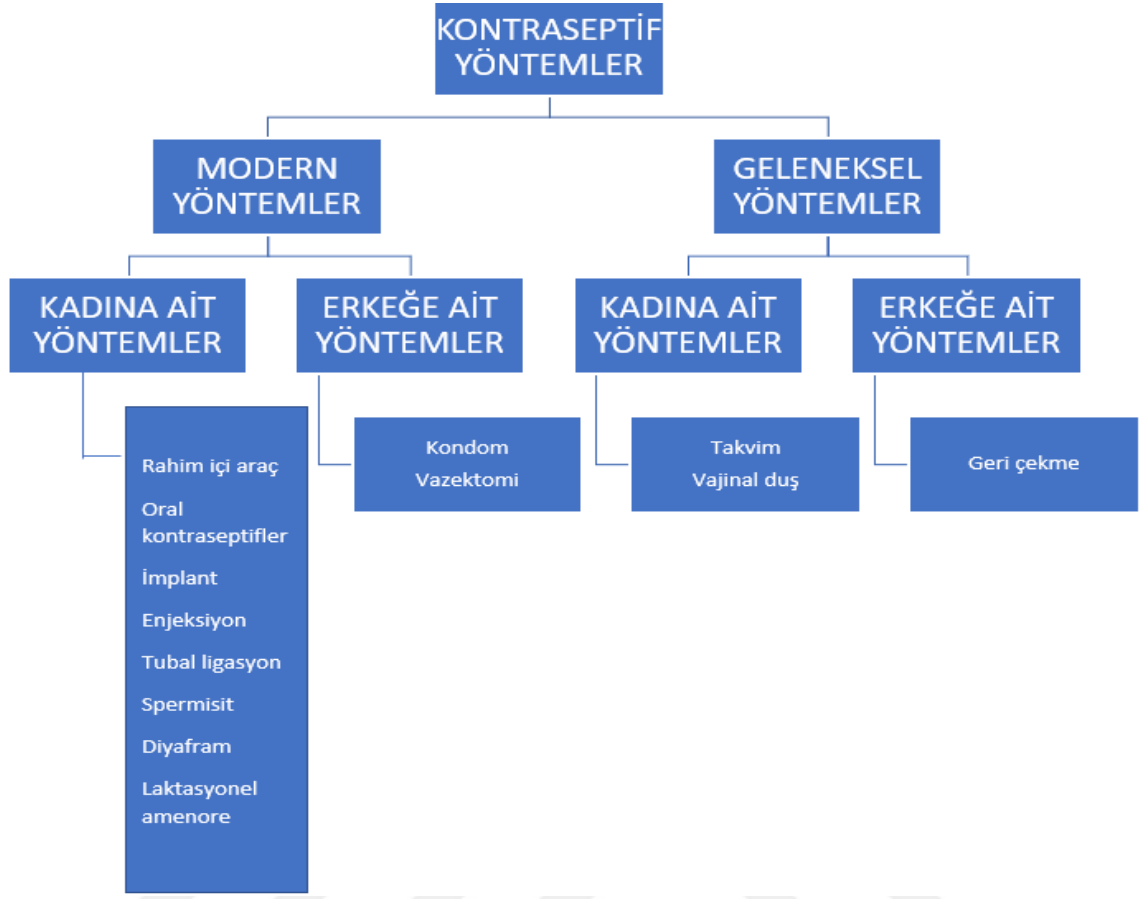
1902 yılında, Alman hekim Hollweg tarafından geliştirilen ve doğrudan rahime yerleştirilen bir yöntem olan pessel, kullanıcı tarafından uygulanıyor olması nedeniyle enfeksiyon riskini artırmıştır (Richter, 1909). Bunu takiben, 1930 yılında Grafenberg, altın, gümüş ve çelik kaplı halkalar kullanarak rahim içi doğum kontrol araçları üzerine çeşitli denemelerde bulunmuştur (Sanger ve ark., 1930). 1960'lı yıllarda ise teknolojik gelişmelere paralel olarak, polietilenden üretilmiş ve radyografik görüntülemelerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirilmiş modern rahim içi araçlar geliştirilmiştir. 1960 yılında rahime yerleştirilerek kullanılan ve rahimde tekrar şekil alabilen ilk plastik araç Lazer Marguiles tarafından geliştirildi ancak aracın dezavantajı büyük boyutundan dolayı kanamalara ve kramplara sebep olmasıydı. 1950'li yıllarda endometrial kanser, endometriozis, dismenore, kanama düzensizlikleri ve hirsutismus tedavisi amacıyla depo medroksi progesteron asetat (DMPA) gibi sadece progesteron içeren enjektabl formlar kullanıma sunuldu. 1960'larda ise bu enjektabl formlar doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldı (Devlet İstatistik Enstitüsü, 1995). 1960'lardan beri araştırılmakta olan mesigyna; 15 östrojen ve progesteron komponenti içermektedir. 1997 yılından sonra da ülkemizde kullanılmaya başlanmıştır. 1970'li yıllarda bir rahim içi cihazı olan Lippes Loop geliştirildi. Bilinen ilk bakırlı RIA ise Tantum- T'dir (T- Cu 200). 1976 yılında bakırlı RIA ile aynı zamanda geliştirilen, progesteron içeren ve bir yıl koruma sağlayabilen Progestasert isimli RIA'lar kullanılmaya başlanmıştır.

Oral kontraseptifler son 40 yıl içinde çoğu ülkede yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. 1900'lü yılların başında Avustralya'da bulunan Innsbruck Üniversitesi'nde çalışan fizyoloji profesörü Ludwig Haberlandt, ağızdan alınan ovaryan özütlerin doğurganlığı engellediğini bildirdi. Haberlandt ve Otfried Otto Fellner 1920'lerde hayvanlara steroid özütler verilerek doğurganlığın engellenebildiğini belirttiler. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğini keşfetti

(Hatch ve ark., 1994). 1957'de oral kontraseptifler ilk olarak FDA tarafından adet kanamasını düzenlemek için onaylandı. 1959'a gelindiğinde, yaklaşık 500.000 kadın bu amaçla kullanıyordu. O zamanlar, doğum kontrolü olarak işlev görme yeteneği bir yan etki olarak görülüyordu. 1960 yılında, Searle tarafından üretilen Enovid adlı ilk doğum kontrol hapı, FDA tarafından oral kontraseptif olarak satışa sunulmak üzere onaylandı. 1965 yılında, 45 yaş altı her dört Amerikalı kadından biri bu hapı kullanmıştı. Bu sayı 1967 yılına gelindiğinde dünya çapında 13 milyon kadına yükseldi. Enovid etkili ve kullanımı basit olmasına rağmen, gebeliği önlemek için gerekenden çok daha yüksek seviyelerde hormon içeriyordu. Yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmıştır, böylece doğum kontrol hapları güvenle kullanılabilir hale gelmiştir. Ülkemizde de 1965 yılından beri kullanılmaktadır (Sanger ve ark., 1930). 1998'de postkoital kontraseptif kullanımı onaylanmıştır. 2000'lerde uzun süre etkili hormon enjeksiyonları, progesteron içerikli RİA, vajinal halka, patch uygulamaları ve sürekli kullanılan oral kontraseptifler geliştirilmiştir.

2.2. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması

Aile planlaması yöntemleri, modern ve geleneksel yöntemler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Modern ve geleneksel yöntemler de kendi içlerinde kadına ait ve erkeğe ait yöntemler olmak üzere iki gruba ayrılır. Kadına ait modern yöntemler arasında RİA, oral kontraseptif, enjeksiyon, implant, tubal ligasyon, diyafram ve laktasyon amoneresi vardır. Erkeğe ait modern yöntemler arasında ise kondom ve vazektomi yer alır. Kadına ait geleneksel yöntemler; takvim ve vajinal duştur. Erkeğe ait geleneksel yöntemler; geri çekmedir.



Şekil 2.1. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması

2.2.1. Rahim İçi Araçlar

Dünyada 1909 yılında kullanıma sunulmuş olan rahim içi araç (RIA), Türkiye'de modern aile planlaması yöntemleri içinde en sık kullanılanıdır (Okoth ve ark., 2020). RİA, geri dönüşü kolay ve etkinliği uzun olan yöntemlerden biridir. (Sağlık Bakanlığı, 2005). Uygun maliyeti sebebiyle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha çok tercih edilir. RİA'ların levonorgestrel (LNG) içeren hormonal RIA ve bakırdan oluşan bakır RIA olmak üzere iki farklı çeşidi bulunmaktadır.

Bakır içeren rahim içi araç (RİA), etrafında bakır kılıflar veya tel bulunan küçük, esnek, T şeklinde plastik bir araçtır. Eğitimli sağlık personeli bunu kadının vajinası ve serviksi yoluyla rahmine yerleştirir. Neredeyse tüm RİA tiplerinin bir veya iki ipi vardır. İpler, rahim ağzından vajinaya doğru sarkar (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Bakır RİA'ların ana etki mekanizması, uterusu yabancı bir cismin varlığı ile indüklenen lokal steril bir enflamatuvar sürecin gelişmesi yoluyla sperm öldürücü etkisi olduğu bilinmektedir (Bahamondes ve ark., 2020). Takılan RİA'nın çeşidine göre değişmekle birlikte genel olarak 10 yıla kadar kontrasepsiyon sağlarlar. Yan etki olarak çoğunlukla aylık kanamalarında bozukluk ve kanama sırasında ağrı görülebilmektedir. Kullanımı esnasında bazı komplikasyonlar gelişebilir; RİA yerindeyken çok nadir olarak gebe kalınırsa düşük, uterus duvarında perforasyon, enfeksiyon ve erken doğum meydana gelebilir. Bakırlı RİA'lar menstrüel siklusun ilk 12 günü içinde yerleştirilebilir ya da hastanın gebe olmadığı anlaşıldıktan sonra herhangi bir zamanda uygulanabilir. RİA uygulamasından sonra ek yöntem kullanılması gerekmez. Doğumdan sonra ilk iki gün (48 saat) içinde uygulanabilir. Bakırlı RİA'lar gebelik istenmesi durumunda herhangi bir zamanda çıkartılabilir ancak gebelik istenmiyorsa yedi gün sürelik cinsel perhiz sonrasında çıkartılması uygun olur (TNSA, 2019).

Levonorgestrel rahim içi araç (LNG-RİA), her gün az miktarda levonorgestrel salgılayan T şeklinde plastik bir araçtır (WHO ve Johns Hopkins, 2018). Levonorgestrel içeren RİA modellerinin etki mekanizması, öncelikle servikal mukusun kalınlaşmasını, sperm penetrasyonunun bozulmasını ve yumurtlamanın baskılanmasını sağlar (Moraes ve ark., 2016). Levonorgestrel içeren RİA'nın 13,5 mg, 19,5 mg ve 52 mg olmak üzere üç farklı çeşidi bulunmaktadır. Üçünün de etkinlik düzeyleri aynı seviyededir. 13,5 mg RİA'nın kullanımı üç yıl iken 19,5 mg ve 52 mg RİA kullanımları beş yıl olarak belirlenmiştir (Lanzola ve Ketvertis, 2021). Adet kanaması bakır RİA ile daha ağır olabilirken, levonorgestrel RİA menstrüel akışı azaltma ve hatta amenoreye neden olabilir (Tepper ve ark., 2017).

Menstrüel siklusun ilk yedi günü içinde uygulanması gerekir. Diğer zamanlarda uygulanacaksa gebe olmadığı kanıtlandıktan sonra uygulanır ve yedi gün boyunca ek bir korunma yöntemi kullanılması gereklidir. Levenorgesterol (LNG) içeren RİA'lardan en yaygın kullanılanı Mirenadır. Mirena 52 mg LNG içeren polydimethylsiloxane yapısına sahip bir RİA'dır ve günlük 20 mg LNG salınımı sağlamaktadır. Bu sistemin 5 yıllık başarısızlık oranı %5'tir (Berker, 2009).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmadığı, CYB enfeksiyon öyküsü olan ve cinsel partneri birden fazla olan kadınlarda, pelvik enfeksiyon riskini arttırabileceği bilgisi hizmet alan kişiye verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.2.2. İmplant

İmplantlar, deri altına (üst kolun iç kısmına) yerleştirilerek kullanılan her biri kibrit çöpü büyüklüğünde olan, sentetik progesteron olan progestini salgılayarak gebelikten koruyan, uzun etkili ve geri dönüşümü kolay olan bir kontraseptif yöntemdir. Gebelikten koruyucu etkisini servikal mukusu kalınlaştırarak, ovulasyonu baskılayarak ve spermelerin yumurtaya ulaşmalarını zorlaştırarak gösterir. Östrojen içermez ve bu nedenle emzirme döneminde ve östrojen içeren yöntemleri kullanamayan kadınlar tarafından kullanılabilir. İmplanon, Norplant ve Jadelle gibi farklı formları vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000).

Norplant beş yıl süreyle korunma sağlar. 6 çubukludur ve toplam 216 mg LNG içerir. Progestin, kapsüllerin duvarlarından sürekli olarak salınır ve düşük dozlar halinde vücuda geçiş yapar. Tek çubuklu bir implant olan İmplanon, etilen vinasetil membranı içinde dezogestrolin aktif metaboliti olan etonogestrel içerir. Kullanım süresi 3 yıldır. Jadelle ise levonorgestrel içeren 2 çubuktan oluşur ve 5 yıl boyunca etkisi devam eder (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

İmplant; menstrual siklusun başlangıcını izleyen ilk 7 gün içinde, düşükten sonraki 7 gün içinde veya laktasyon döneminde yerleştirilip kullanılır. Bu durumların dışında ise gebelik olmadığı kesin olan zamanlarda siklusun istenilen döneminde de kapsüller yerleştirilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000). İmplantın, geri dönüşümünün kolay olması, koruyucu etkisinin yüksek olması, kullanımının kolay olması, her yaşta kadına uygun olması, cinsel ilişkiyi etkilememesi, emziren kadınlarda sorun teşkil etmemesi olumlu özellikleridir. Çıkarıldığında doğurganlığın geri dönme süresi 3 aydır. Amenore, menstrual siklusda düzensizlikler, yerleştirme ve çıkarma esnasında oluşabilecek enfeksiyonlar, uygulanan alanda ağrı, çıkarıldıktan sonra cilt üzerindeki yara izi oluşumu, baş dönmesi, baş ağrısı, akne oluşumu, alt karında ağrı, kilo artışı en sık görülen olumsuz etkilerdir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.2.3. Enjektabl Kontraseptifler

Enjekte edilebilir kontraseptifler yalnız progesteron içeren ve kombine (estrogen ve progesteron içeren) preparatlar olarak iki gruba ayrılırlar. Yalnız progesteron içeren enjektabl kontraseptiflerden en yaygın kullanılanı 150 mg depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) içeren Depo-Provera adındaki kontraseptiftir. Bu form 3 aylık aralıklarla intra-muskuler veya subkutanöz olarak uygulanır. Üç ayda bir kez yapıldığı için üç aylık enjekte edilen kontraseptif yöntem de denilmektedir (Berker, 2009). Diğer bir progesteron içeren form ise iki ayda bir uygulanan ve 200 miligram noretisteron enantat içeren preparattır. Bu kontraseptiflerin ana etki mekanizması ovulasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaştırılması ve endometriumun inceltilmesidir. İntramusküler olarak deltoid veya gluteal kas içine enjekte edilerek uygulanır. Subkutan formu ise üst uyluk bölgesi ya da karındaki yağ dokusu içerisine enjekte edilir. Subkutan enjeksiyonu hasta kendisine uygulayabilir. Bu açıdan kullanım kolaylığı sağlar (World Health Organization, 2018).

İlk uygulama menstruel siklusun ilk 5 gününde uygulanmalıdır. Emziren kadınlarda postpartum 6. haftaya kadar kullanılmamalıdır. Kombine oral kontraseptiften sonra kullanmak istenirse ilk enjeksiyon hap kullanımının herhangi bir zamanında veya hap bittikten sonraki ilk 7 gün içinde yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyonlar her 3 ayda bir yapılır. 13 hafta veya daha sonra uygulanması istenirse enjeksiyon yapılmadan önce gebelik olmadığı anlaşılmalıdır (Jeannette ve ark., 2007). Yöntem kullanımını bıraktıktan sonra fertilité 10 ay içerisinde geri döner. Kullanıldığı halde gebe kalma oranı %0,1'den azdır (World Health Organization, 2018).

En yaygın görülen yan etkisi menstrual düzen değişikliğidir. DMPA kullanan kadınların %75'inde birinci yılın sonunda amenore, düzensiz kanama veya lekelenme görülür. Diğer yan etkileri arasında kilo değişiklikleri, duygudurumda dalgalanmalar, libidoda azalma, baş ağrısı oluşumudur (Jeannette ve ark., 2007). Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerdiklerinden KOK'lere benzerler. Kontraseptif etkinliği yüksek olan bir yöntemdir. Sadece progesteron içeren formu da gebelikten korunmak için yeterlidir ancak ek olarak östrojen içermesinin sebebi, daha iyi bir adet döngüsü sağlamak ve kanama düzensizliklerini de önlemektir. Ayda bir kez uygulandığından aylık enjekte edilen kontraseptifler olarak adlandırılır. (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.2.4. Kadın Sterilizasyonu (Tubal Ligasyon)

Daha fazla çocuk istemeyen kadınlar için kalıcı olan cerrahi işlem gerektiren kontrasepsiyon yöntemidir. En sık kullanılan 2 yolu vardır; minilaparotomi ve laparoskopi. Minilaparotomi, alt karın bölgesinde küçük bir kesi yapıp, fallop tüplerinin kesilmesi veya bağlanması ile kontrasepsiyon oluşturma yoludur. Laparoskopi ise; tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır. Bu laparoskop, doktorun karındaki fallop tüplerine ulaşmasını ve onları bloke etmesini veya kesmesini sağlar. Yumurtalıklardan salınan yumurtalar tüplerden aşağı doğru hareket edemez ve bu nedenle spermle karşılaşmazlar. Ortalama yarım saat süren, anestezi gerektiren kısa süreli bir işlemdir. Oldukça güvenilirdir (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Tubal ligasyon en etkili olan kontraseptif yöntemler arasındadır. RIA, oral kontraseptifler ve enjekte edilen kontraseptiflere göre çok daha etkilidir. Gebelik oluşma ihtimali 1000 kadında 5 kadardır. Ek bir kontrasepsiyon yöntem gerektirmemesi, cinsel ilişkiden bağımsız olması, başarısızlık oranının düşük olması, ileride oluşabilecek yan etkisinin olmaması olumlu özellikleridir. Geri dönüşünün çok zor olması veya mümkün olmaması, uygulama esnasında ya da sonrasında kanama ve enfeksiyon riski olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğunun olmaması, düşük bir ihtimal de olsa ektopik gebelik olasılığının olması ise yöntemin olumsuz olan özellikleridir (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Bu önemli bir karar olduğu ve her iki tarafı da etkilediği için, danışmanlık eşlerin ikisine birden verilmelidir. Ülkemizde evli kişilere gönüllü cerrahi sterilizasyon yapılacağı zaman, eşlerin yazılı onayını almak yasal bir zorunluluktur (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000).

2.2.5. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)

Erkekler için kalıcı olan bir kontraseptif yöntemdir. Skrotumdan bir delik veya küçük bir kesi yoluyla, spermi penise taşıyan vas deferenslerin kesilerek veya bağlanarak bloke edilmesi işlemidir. Her bir vas deferensi kapatarak, spermin ejakülat içine girmesini önleyerek çalışır. Ejakülat boşalır, ancak hamileliğe neden olamaz.

Gebeliğe karşı ömür boyu kalıcı ve çok etkili koruma sağlar. Geri çevirme genellikle mümkün değildir. Güvenli ve basit bir cerrahi işlemdir. Etkisini göstermesi 3 ay sürer. Erkek veya çift, vazektomiden sonra 3 ay boyunca ek bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır. Vazektomi erkek cinsel performansını etkilemez. Herhangi bir yan etkisi yoktur (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

2.2.6. Spermisit

Sperm öldürücü kimyasal maddelerdir. Sperm hücre zarının parçalanmasına böylece onların öldürülmesine veya hareketlerinin yavaşlamasına neden olarak çalışır. Bu durum spermin bir yumurtayla buluşması engellenir. Cinsel ilişkiden önce, serviksin yakınına ve vajinanın derinliklerine yerleştirilerek kullanılır. Nonoksinol-9 en yaygın kullanılanıdır. Diğerleri ise benzalkonyum klorür, klorheksidin, menfegol, oktoksinol-9 ve sodyum dokusatır. Köpüren ve eriyen, tablet, fitil, jöle ve krem formları mevcuttur. Diyaframla veya kondomlarla kullanıldığında etkinlikleri artar. Etkisini hemen gösterir ve etkisi bir saat sürer. Cinsel birleşme sonrasında 6-8 saat süreyle çıkarılmaması gerekir (Shimp ve Smith, 2015; WHO ve Johns Hopkins, 2018)

2.2.7. Diyafram

Rahim ağzını kaplayan yumuşak bir lateks kaptır. Plastik ve silikon diyaframlar da vardır. Spermin rahim ağzına girmesini engelleyerek çalışır. Etkinliğini artırmak için spermisidal krem, jöle veya köpükle birlikte kullanılır. Spermisit spermi öldürür veya etkisiz hale getirir. Her ikisi de spermin bir yumurtayla buluşmasını engeller. Kullanmaya başlamadan önce kullanıcıya uygun olan diyafram boyutunun tespit edilmesi amacıyla pelvik muayene yapılmalıdır. Diyafram cinsel ilişkiden önce vajinanın derinliklerine yerleştirilerek kullanılır (WHO ve Johns Hopkins, 2018). İlişkiden 6 saat sonrasına kadar yerinde kalmalıdır. CYBH'lara ve servikal kansere karşı koruyuculuğu vardır. Kondoma oranla cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı olan etkinliği azdır. Vajina veya penis çevresinde tahriş oluşturmaması olumsuz özelliklerinden biridir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.2.8. Laktasyonel Amenore Metodu (Emzirme)

Emzirmenin doğurganlık üzerindeki doğal etkisine dayanan geçici bir aile planlaması yöntemidir (WHO ve Johns Hopkins, 2018). Sadece emziren annelerin kullanabileceği bir kontraseptif yöntemdir. Emzirme ile süt üretiminden sorumlu olan ve hipofiz bezinden salgılanan, yumurtlamayı baskılayıcı prolaktin hormonu salgısı artar. Prolaktin kanda belirli bir seviyenin üzerine çıktığı sürece yumurtlamayı baskılayarak gebeliğin oluşmasını engeller (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Laktasyonel amenore yönteminin (LAM) kullanılabilmesi için 3 koşul şarttır. Annenin adet kanaması başlamamış olması gerekir. Bebeğin 6 aydan küçük olması ve sık aralıklarla (6-10 kez) emziriliyor olması gerekmektedir. Bebek ya tamamen emzirilmeli ya da tama yakın emzirilmelidir. Tamamen emzirmede bebek anne sütüne ek olarak başka bir sıvı veya yiyecek, hatta su bile almaz. Tama yakın emzirmede ise tüm beslenmelerin dörtte üçünden fazlası anne sütüdür (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Uygun olarak kullanıldığında, doğumdan sonraki ilk 6 ayda LAM kullanan kadının gebe kalma ihtimali %2'dir. Laktasyonel amenore yönteminin, doğumdan hemen sonra etkisinin başlaması, cinsel ilişkiyi etkilememesi, anne ve bebek için sağlıklı olması, ücretsiz olması, herhangi bir yan etkisinin olmaması, postpartum kanamada azalma yapması olumlu olan özellikleridir. Yöntem süresinin 6 ayla sınırlı olması, CYBH'lara karşı koruyuculuğunun olmaması, emzirme ile HIV ve hepatit geçebilmesi ise yöntemin olumsuz olan özellikleridir. Türkiye'de emziren kadın oranının çok yüksek olmasına karşın, emzirmeyi doğum kontrol yöntemi olarak kullanan sadece % 0.6'dır (Ünlüoğlu, 2006).

2.2.9. Prezervatif (Kondom, Kılıf)

Kondom, cinsel ilişkiden önce penise takılarak kullanılan kauçuk bir kılıftır. Sperm hücrelerinin vajinaya girmesini engelleyerek oluşturulan bariyer bir doğum kontrol yöntemidir. Kondom ucuz, kullanımı ve erişimi kolay olan bir yöntemdir. Uygun fiyatından dolayı en çok lateksten yapılanlar kullanılır. Eğer laktekse karşı bir alerji durumu var ise poliüretandan yapılanlar kullanılabilir. Poliüretan olanlar vücut ısını iletmediğinden haz duymaya daha fazla imkan sağlayabilir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korurlar. Kondomun çiftler tarafından doğru ve sürekli kullanım oranları değiştiği için başarısızlık oranları da duruma göre farklılık gösterebilir (Jeannette ve ark., 2007). Uygun kullanıldığında gebelik oranı %13'tür (WHO ve Johns Hopkins, 2018). Güvenli olması, tıbbi izlem gerektirmemesi, hormonal yan etkisinin olmaması, erken boşalmayı önlemesi olumlu özellikleridir. Bazı erkeklerde duyarlılığı azaltabilmesi ve bu sebepten ilişkiyi kesintiye uğratabilmesi ise olumsuz özelliğidir. Tek bir seferde kullanılıp atılmalıdır. Kullanımı sırasında sorun yaşandığı zaman 72 saat içinde acil kontrasepsiyon yöntemi kullanılması gerekmektedir (Grewal ve Burkman, 2003).

2.2.10. Kadın Kondomu

Kadının vajinasına yerleştirilen, ince, şeffaf, yumuşak yapılı kılıflardır. Her iki ucunda esnek halkalar şeklinde yapılar bulunur. Kapalı uçtaki halka prezervatifi yerleştirmeye yardımcı olur. Açık uçtaki halka prezervatifin bir kısmını vajinanın dışında tutar. Kadın prezervatifleri lateks, poliüretan ve nitril gibi çeşitli malzemelerden yapılır. Spermi vajinadan uzak tutan ve hamileliği önleyen bir bariyer yöntemidir. Ayrıca menide, peniste veya vajinadaki enfeksiyonların diğer partneri enfekte etmesini önlemeye yardımcı olur. Yanlış kullanım, kayma veya yırtılma nedeniyle gebelik veya enfeksiyon meydana gelebilir. Uygun kullanıldığında gebelik oranı %21'dir. Kadın kondomu kullanımı durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme olmaz (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

2.2.11. Transdermal Bant

Vücuda yapıştırılarak kullanılan küçük, ince, esnek kare şeklindeki bantlardır. Bu kontraseptif bantlar günlük 20 mg etinil estradiol, 150 mg norgestromin salınımı yapan 20 cm²'lik yüzeye sahip Ortho Evra veya Evradır. Doğrudan deri yoluyla kan dolaşımına geçer. Bantın uygun yapıştırılma bölgeleri; üst omuz, kalça, alt karın ve sırttır. Kadınlar 3 hafta boyunca her hafta yeni bir bant yapıştırır. Tek bir bant 7-9 günlük kontraseptif etkinlik sağlar. 4. haftada ise bant yapıştırılmaz. Bu haftada kadının aylık kanaması başlar.

Etkinlik olarak KOK'lere benzerdir. Bantlara uyum ise KOK'ten daha iyidir ve daha az istenmeyen gebelik oluşmaktadır. Bantın vücuda yapıştırılma zamanı KOK'ler gibidir. Kadınlar bantı menstruel siklusün ilk gününde uygular. Kullanımın ilk 7 gününde ek bir kontraseptif yöntem kullanmak gerekir. Gebelik oluşma ihtimali %7'dir. İlk birkaç ay düzensiz kanama olabilir daha sonraki kullanımlarda düzensiz kanama durumu azalır. Gebelik oranları 90 kg veya üzeri olan kadınlarda biraz daha yüksektir. Bant kullanımı durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme olmaz. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruması yoktur. Baş ağrısı, mide bulantısı, kusma memede hassasiyet gibi yan etkileri olabilir (Berker, 2009).

2.2.12. Vajinal Halka

Kadının vajinasına yerleştirerek kullanabildiği esnek bir halkadır. Vagen epitelinin yüksek geçirgenliği sürekli ve kontrollü serum hormon seviyesini sağlar. Halkadan günlük 120 mikrogram etonogestrel ile 15 mikrogram etinilestradiol salgılanır. Kadın vajinal halkayı (Nuvaring) kendisi yerleştirir, 3 hafta kullanır ve sonra çıkartarak atar (Shimp ve Smith, 2015). Menstrual kanamanın görüleceği 1 haftalık aradan sonra yeni bir halka yerleştirilir. Yerleştirme ve takma işlemi kullanıcı tarafından rahat yapılabildiğinden kullanışlı bir yöntemdir. Gebe kalma riski %7'dir. Halka kullanımı durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme olmaz. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruması yoktur. Kanama düzeninde değişikliklere, vajinada tahrişe, akıntıya ve baş ağrısına sebep olabilir (Shimp ve Smith, 2015; WHO ve Johns Hopkins, 2018).

2.2.13. Takvim Yöntemi

Kadının menstrual siklus sürecinde tahmini ovulasyon zamanını hesaplayarak bu zamanlarda korunmasız cinsel ilişkiden kaçınılması esasına dayanır. Siklus uzunluklarının birçok nedenle değişebilmesinden dolayı güvenilir bir yöntem değildir. Adet döngüsü 26-32 gün arasında olan kadınlarda standart günler metodu kullanılabilir. Döngüsü bu uzunlukta olan kişilerin ovulasyon zamanı 8-19. günler arası olarak hesaplanmıştır. Bu günlerde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınılırsa doğum kontrolünün sağlanacağı düşünülür. Düzenli adet görmeyen kadınlar için uygun bir yöntem değildir (Özçelik, 2016).

2.2.14. Vajinal Duş

Cinsel ilişkiden hemen sonra kadının vajinasını su veya bir takım temizleme ürünleri ile yıkaması yöntemine dayanır. Vajina içindeki spermleri vajinadan uzaklaştırmak amacıyla uygulanan bir yoldur. Cinsel ilişki sırasında spermler ejakulasyondan birkaç saniye sonra servikal kanala geçiş yapabildiğinden etkisiz olan ve güvenilir olmayan bir yöntemdir (Sanger ve ark., 1930).

2.2.15. Koitus Interruptus (Geri Çekme)

Koitus interruptus; boşalmadan hemen önce, erkeğin penisini partnerinin vajinasından çekerek vajinanın dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Böylece spermler kadının vücudundan uzak tutulmuş olur (WHO ve Johns Hopkins, 2018). Ejakulat öncesi salgılanan sıvıda da birkaç adet sperm olabilir bu da yöntemi etkisiz kılabilir. Ülkemizde ve dünyada en çok tercih edilen geleneksel kontraseptif yöntemlerden biridir. Koitus interruptus; hormon içermeyen, yan etkisi olmayan bir yöntemdir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009). Etkinliği kullanıcıya bağlıdır. Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle en az etkili yöntemlerden biridir. Gebelik oluşma riski %20'dir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruması olmayan bir yöntemdir (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

2.2.16. Vücut Isısı Yöntemi

Progesteronun termojenik etkisi vardır. Siklusun postovulatuvar döneminde progesteron salgılanması artar ve bazal vücut sıcaklığında da 0.6-0.8 derecelik bir artışa sebep olur. Her sabah, aynı bölgeden 3 ay boyunca vücut sıcaklığı ölçülerek bazal vücut ısısı tespit edilir. Ovülasyondan sonraki ısı artışı olduğundan bu süreçte 3 gün fertil 4.günden sonraki günler de infertil olarak düşünülür. Ölçüm sonuçlarında yanlışlık olabileceğinden güvenle kullanılacak bir yöntem değildir. Ek yöntem olarak kullanılabilir (Beck, 1998).

2.2.17. Servikal Mukus Yöntemi

Servikal sekresyonun karakterinin ovulasyon döneminde değişmesi temeline dayanan bir yöntemdir. Servikal sekresyonun palpasyonu sık sık yapılarak tespit edilir. Ovulasyon döneminin yaklaşması ile mukus artar, inceler ve rengi berraklaşır. Ovulasyon döneminde

ise mukus daha yapışkan ve azdır. Bu yöntemde kadın vajinasını her gün kontrol ederek mukusun özelliklerine göre hangi günde olduğunu belirler. Servikal salgının kıvamı, rengi ve türünde değişiklik olduğu anlaşıldığı zaman korunmasız ilişkiden kaçınmak gerekir. Gebelik oranı %10 kadardır (Özçelik, 2016).

2.2.18. Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptifler; kombine oral kontraseptifler ve sadece progesteron içeren oral kontraseptifler olarak ikiye ayrılırlar (Black ve ark., 2004).

Kombine Oral Kontraseptifler

Kombine oral kontraseptifler (KOK); kadın vücudundaki doğal progesteron ve östrojen hormonlarına benzer şekilde, düşük dozda iki hormon (bir progesteron ve bir östrojen) içeren haplardır. Farklı bileşenlere sahip KOK'ler farklı yan etki profiline ve farklı avantajlara sahiplerdir. Bu özellikleri dikkate alınarak her bir kadın için uygun KOK seçilir. Bazı KOK çeşitleri 21 gün kullanılır ve ardından 7 gün ara verilir. Bazı KOK'ler ise plasebo tablet içerirler (Krishnan ve Kiley, 2010). Birkaç formülasyonda, plasebo hapi demir ve folat (folik asit) içerir; diğer plasebolar ise gerçekten inaktif değildir, diğer haftalarda kullanılan haplardan daha düşük dozda etinil estradiol içerirler. 24 tablet hormon ve 4 tablet plasebo içeren KOK'lar ara verilmeksizin kullanılır. Ara verilen veya plasebo tabletlerin kullanıldığı dönemlerde ise çekilme kanaması gerçekleşir. Uzun süreli kullanılabilen KOK'lar da bulunmaktadır. 84 gün hormon kullanımı ve 7 gün plasebo kullanımı ile yılda sadece 4 sefer çekilme kanaması oluşturan bu KOK'ler henüz ülkemizde kullanılmasa da bazı ülkelerde kullanımı vardır (Krishnan ve Kiley, 2010).

Östradiolün 17. karbonuna etinil grubu eklenerek oral olarak da aktif olabileceği anlaşıldı. Etinil östradiol, güçlü bir oral östrojendir ve günümüzde bütün oral kontraseptiflerde çokça kullanılan formlardan biridir. Başka bir östrojen ise, etinil östradiolün 3-metil eteri olan mestranoldur. Mestranol vücutta etinil östradiole dönüşür. Etinil östradiolün metabolizması, kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple aynı dozda kullanılsa dahi bir kişide yan etkiler görülebilirken, bir diğer kişide görülemeyebilir (Goldzieher, 1990). Östradiolün esterifiye formu olan östradiol valerattır ise KOK'lerin bir diğer östrojen formudur.

Oral olarak alındıktan sonra ester grubu hidrolize olarak etkinliğini gösterir (Gaspard ve ark., 2010). KOK'ların içindeki östrojen miktarı klinik olarak çok önemlidir. Testosterona, etinil grubu bağlanarak bulunan oral olarak aktif haline ethisteron denir. 19. karbonun çıkarılmasıyla oral etkinliğin bozulmadan ana hormonal etkinin androjenden progesterona dönebildiği anlaşılmış ve ethisterondan norethindron elde edilmiştir. Testosterondan oluşan bu progestasyonel türevlere ise 19-nortestosteronlar denir. Bunların progestasyonel ve androjenik etkileri vardır.

Norethindron ailesi (19 nortestosteronlar); norethindron, norethinodrel, norethindron asetat, etinodiol diasetat, linestrenol, norgestrel, norgestimat, desogestrel ve gestoden.dir Dienogest ise 19 nortestosteron ailesinin ve progesteron türevlerinin özelliklerini taşır. Antiandrojenik etkinliğe sahiptir (Foster ve Wilde, 1998). Oral olarak aktif olup zayıf etki gösteren progestinler; 17 alfa hidroksiprogesteron, asetoksi-progesteron, medroksiprogesteron asetatıdır. Yeni progestinler; desogestrel, gestoden ve norgestimattır (Speroff ve DeCherney, 1993). Yeni progesteronların androjenik aktiviteleri daha düşüktür ve etinil östradiolle birlikte kullanımda östrojen dominant bir etki saptanır. Bu fark hirsutizm ve akne tedavisinde önemlidir (Breitkopf ve ark., 2003). Drospirenon; spironolakton analogu olan progestindir. Spironolaktona benzer antiandrojenik ve antimineralokortikoid aktivitesi olduğundan serum potasyum düzeyleri açısından dikkatli olunmalı, renal ve hepatik fonksiyonları normal olmayan kadınlarda kullanılmamalıdır. Drospirenon içeren oral kontraseptiflerin premenstrüel sendrom/ premenstrüel disforik bozukluk (PMDD) tedavilerinde de etkili olduğu bilinmektedir (Oelkers ve ark., 2000).

Tablo 2.1.Sentetik progesteronların sınıflandırılması

Yapıya Göre	Birinci Kuşak	İkinci Kuşak	Üçüncü Kuşak	Dördüncü Kuşak
Estranlar	Etinodiol diasetat Noretindron Noretindron asetat			Dienogest Drospirenon Nestoron Nomegestrol asetat Trimegeston
Gonanlar	Norgestrel	Levonorgestrel	Desogestrel Gestoden Norgestimatt	
Pregnanlar	Medroksiprogesteron asetat			

Kombine oral kontraseptifler; monofazik, bifazik ve trifazik olarak sınıflandırılırlar. Monofazik KOK’lerde her tablette sabit miktarlarda östrojen ve progesteron vardır. Multifazik olan preparatların amacı yan etkileri azaltmak ve doğal siklusu taklit etmektir. Bifaziklerde sabit miktarda östrojen bulunurken siklusun 2. fazında artan oranlarda sentetik progesteron bulunur. Trifazik KOK’ler ise sabit veya değişken miktarlarda östrojen içerirken, sentetik progesteronun dozu ise 3 eşit fazda giderek artış gösterir. Her kutuda üç farklı renkli ilaç vardır (Black ve ark., 2004; Wiegratz ve ark., 2011) Ülkemizde şu an sadece monofazik olan preparatlar bulunmaktadır.

Tablo 2.2. Monofazik ilaç örnekleri

İlacın ismi	Östrojen Etinil dozu	formu: Östradiol	Progesteron formu	Progesteron dozu
Myralon (21 tablet)	20 µg		Dezogestrel	150 µg
Miranova (21 draje)	20 µg		Levonorgestrel	100 µg
Desolett (21 tablet)	30 µg		Dezogestrel	150 µg
Yasmin (21 tablet)	30 µg		Drospirenon	3 mg
Microgynon(21draje)	30 µg		Levonorgestrel	150 µg
Ginera (21 draje)	30 µg		Gestoden	150 µg
Minulet (21 draje)	30 µg		Gestoden	75 µg
Lo-ovral (21 draje)	30 µg		Levonorgestrel	150 µg
Diana 35 (21 draje)	35 µg		Siproteran asetat	2 mg
Eugynon (21 draje)	50 µg		Norgestrel	500 µg
Ovral (21 draje)	50 µg		Norgestrel	250 µg
Lyndiol (21 draje)	50 µg		Lynestrenol	2.5 mg

Kombine oral kontraseptiflerin etki mekanizması

KOK’ler; progesteron ve östrojenin etkisiyle gonadotropin salınımını baskılayarak folikül olgunlaşmasını ve preovulatar luteinizan hormon artışını sağlar böylece ovülasyon engellenir. Servikal mukus viskozitesini arttırarak sperm transportunu bloke eder. Fallop tüpünün peristaltizmi ve sekresyonu üzerine olan etkisiyle ovum ve sperm transportunu zorlaştırır ve endometriyal atrofi oluşturarak implantasyonu engeller (Çayan, 2009). Düşük dozlu progestinler ovülasyonu siklusların yaklaşık %50’ sinde inhibe ederler. Servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçmesini engellerler. İçerdiği progesteronun özelliğine göre bazı progestinler ise ovülasyonu siklusların %97-99’ unda

inhibe ederler. Endometriyumda incelmeye sebep olarak implantasyon olasılığını azaltırlar (Kurtuluş, 2009).

KOK'lerin kullanımı bırakıldığında, doğurganlık hemen geri döner; yani gebelik için bekleme süresi yoktur. Bırakıldıktan sonraki süreçte gebelik oranları 6 ay içinde %83 ve 1 yıl içinde %94 olarak tespit edilmiştir. KOK'lerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruması yoktur. CYBH riski taşıyan bireylerin ek olarak kondom kullanılması önerilir.

Etkinlik Oranları

İdeal kullanımda; yıllık olarak 100 kadından 0.3'ü gebelik yaşar; yani etkinlik oranı %99.7'dir. Genel kullanımda; yıllık olarak 100 kadından 9'u gebelik yaşar; yani etkinlik oranı yaklaşık %91'dir. Bu fark, ilaçların düzenli ve doğru kullanılmaması, dozların atlanması veya ilaç etkileşimleri gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Kok Kullanımı

KOK kullanımına menstrüel siklusun ilk 5 günü içerisinde mümkünse 1. günü başlanmalıdır. Bu durumda ilk aydan itibaren kontrasepsiyon sağlanmış olur. Adetin 5. gününden sonra başlanacaksa eğer hamile olmadığı kesin ise, KOK'e hemen başlayabilir. Ancak bu durumda ilk 7 gün boyunca ek bir korunma yöntemi kullanması gerekir. Eğer hamilelikten emin olunamıyorsa, gebelik testi yapılmalı KOK daha sonra kullanılmaya başlanmalıdır. KOK kullanımına ara verilmesi durumunda gebelik oluşabileceğinden ara verilmeden kullanılması gereklidir. 21 gün boyunca KOK kullanan kadınlar 7 günden uzun süre ara vermemelidirler (Black ve ark., 2004; Guilbert ve ark., 2008).

Kullanılan KOK 28 tablet ise bunlar ara verilmeksizin kullanılmalıdır. Her gün bir tablet alınmalı ve kutu bittiğinde hemen yeni kutuya geçilmelidir. Eğer kadın KOK almayı 1 gün unutmuş ise hatırladığı anda hemen almalıdır. Kalan ilaçlar ise normal zamanında alınmaya devam edilmelidir. Eğer KOK alınması 2 günden uzun süre unutulursa ya da ilaç alımından sonra hastanın ilacın absorpsiyonunu engelleyecek şekilde ilacı vücuttan atması (kusma, diyare) durumlarında istenmeyen gebelikler oluşabilir. Bu durumlarda ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır (Guilbert ve ark., 2008; Wiegratz ve ark., 2011).

Kadınların oral kontraseptifi tercih etme sebepleri arasında; kadının kontrolünde olması, sağlık çalışanının yardımı olmadan istenildiği zaman bırakılabilmesi, cinsel ilişkiyi etkilememesi, kullanımının kolay olması ve kolay temin edilebilmesi vardır (WHO ve Johns Hopkins, 2018). Hastaya uygun olan KOK’i önermeden önce ilaç kullanımı ve sigara öyküsü sorgulanmalıdır. Kan basıncı sonuçlarına bakılmalıdır. KOK’in uygun kullanımı anlatılmalı, doz atlaması durumunda yapılması gerekenler, oluşabilecek yan etkiler ve bir sonraki başvuruyu ne zaman yapacaklarına dair bilgiler verilmelidir (Black ve ark., 2004; Wiegratz ve ark., 2011). Kontraseptif yöntemin devamlılığı ve başarısının artırması için detaylı bir danışmanlık hizmeti verilmelidir. KOK’i ilk kez kullanacak olan kadınlara düşük doz östrojen (etinil östradiol) içeren formları tavsiye edilmelidir (Black ve ark., 2004).

Anne doğum sonrası dönemde bebeğini emziriyorsa haplara doğumdan 6 ay sonra veya anne sütü bebeğin ana besin kaynağı olmaktan çıktığında başlanmalıdır. Eğer kısmen emziriyorsa yani anne sütünden başka besin kullanıyorsa KOK kullanımına doğumdan 6 hafta sonra başlanabilir. Emzirmiyor ise 3 hafta sonra kullanmaya başlayabilir. Kadın 35 yaşından büyük ve sigara içiyorsa KOK önerilmemelidir. Karaciğer sirozu, karaciğer enfeksiyonu veya KOK kullanırken sarılık geçirildiyse KOK kullanımı önerilmemelidir. Hormonsuz bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır. Yüksek tansiyonu var ise KOK kullanılmamalıdır. Kadının 20 yıldan uzun süredir diyabeti var ise diyabet nedeniyle damarlarda, görme yetisinde, böbreklerde ya da sinir sisteminde hasar oluştu ise KOK kullanılmamalıdır. Safra kesesi hastalığına sahip veya safra kesesi hastalığı için ilaç alıyor ise KOK kullanmamalıdır. Daha önce felç (inme), bacakta ya da akciğerde pıhtı (tromboz), kalp krizi veya başka ciddi kalp sorunları geçirmiş ise KOK kullanmamalıdır. Meme kanseri var ise kullanılmamalıdır. Migren var ise ve bu durumda gözde ışıklı bir görme kaybı (aura) oluyor ise kullanılmamalıdır. Ayrıca, kadın trombojenik mutasyonlara sahip olduğunu ya da antifosfolipid antikorları pozitif olan lupus hastalığına sahip olduğunu bildirirse KOK kullanmamalıdır (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Düşük yapan ya da kürtaj olan kadınlarda ise KOK’e hemen veya 7 gün içerisinde başlanabilir. Amenoreye sahip olan hastalarda gebe olmadığından emin olunduktan sonra KOK’e hemen başlanabilir (NHS Evidence, t.y.). HIV pozitif olan veya antiretroviral tedavi kullanan kadınlar KOK’leri güvenle kullanabilir. Bu kadınlara, KOK’ler ile

birlikte prezervatif kullanmaları önerilmelidir. Prezervatifler doğru ve düzenli kullanıldığında, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını önlemeye yardımcı olur. 40 yaş ve üstü kadınlar sağlıklı ise ve kullanımına engel olacak risk faktörlerinden herhangi birini taşıyor ise KOK kullanabilirler. Perimenapozal semptomların varlığında KOK'ler yarar sağlayabilirler. Kullanılacak KOK'ın mümkün olduğunca en düşük dozda etinil östrojen içermesi gerekir (Taneepanichskul ve ark., 2003; Wiegratz ve ark., 2011). Adolesanlarda dünyada en sık tercih edilen yöntemler arasında KOK vardır. Adolesanlarda KOK kullanımında karşılaşılan sorun ise tedavi uyumsuzluğuna bağlı olarak gerçekleşen yüksek gebelik oranıdır. Tedavi uyumunu arttırmak için 28 günlük ara verilmeksizin kullanılan tabletler önerilmelidir. Düzenli sıklusa sahip olmak isteyen ve her gün düzenli kullanımı ihmal etmeyecek olan adolesanlara KOK rahatlıkla önerilebilir. Kemik mineral dansitesini korumak amacıyla kullanılan KOK'teki etinil östrojen dozunun 30 mcg altında olması uygun olur (Türkiye Aile Planlaması Derneği, 2011).

Kombine Oral Kontraseptiflerin Faydaları

- Gebelikten korunma
KOK'ler, doğru ve düzenli kullanıldığında %99 oranında etkili olabilen bir doğum kontrol yöntemidir.
- Menstrual siklusu düzenleme
KOK'ler, menstrual siklusu düzenlemeye yardımcı olur, kanama sürelerini kısaltır ve kanamayı hafifletir.
- Ağrılı adetleri azaltma
Dismenoreyi azaltabilir veya tamamen engelleyebilir.
- Adet dönemlerinde ağır kanamaları azaltma
Menorajiyi azaltabilir, böylece anemi gibi sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olabilir.
- Akne ve hirsutizmde azalma
KOK'ler, hormonları dengeleyerek akne oluşumunu engeller ve ciltte iyileşmelere yardımcı olabilir.

- Yumurtalık ve rahim kanseri riskini azaltma
Uzun süreli KOK kullanımı, endometriyal kanser ve yumurtalık kanseri riskini azaltabilir.
- Polikistik over sendromu (PCOS) tedavisinde yardımcı
KOK'ler PCOS'lu kadınlarda, hormon dengesini sağlayabilir.
- Endometriozisin tedavisinde yardımcı olma
Endometrioziste KOK'ler, hastalığın ilerlemesini engelleyebilir ve ağrıyı azaltabilir.
- Açıklanamayan kanama sorunlarını yönetme
KOK'ler, sebebi bilinmeyen vajinal kanamaları düzenleyebilir.
- Perimenapozal sendromlarda azalma
KOK'ler, menopoz öncesi dönemde adet düzensizliklerini önleyebilir ve hormonal değişikliklerin etkilerini hafifletebilir.
- Menstrüel migreni engelleme
- Kemik mineral yoğunluğunda artış sağlama
- Miyoma uteri gelişme riskini ve miyoma uteriye bağlı kanamayı azaltma
- Benign meme hastalığı riskinde azaltma
Yüksek dozlu oral kontrasepsiyon alınması ile özellikle 2 yıllık süre sonunda belirgin olarak oluşan selim meme hastalıklarında koruyucu etkinlik görülebilir.
- Kolorektal kanser riskini azaltma
Son çalışmalara göre; 8 yıl kadar oral kontraseptif kullananlarda kolorektal kanser riskinde %40 azalma olabileceği belirlenmiştir.

Kombine Oral Kontraseptiflerin Yan Etkileri

Yaygın görülen yan etkiler

- Kanama düzeninde değişiklikler (daha hafif kanama, düzensiz kanama, seyrek kanama, aylık kanamanın olmaması)
- Baş ağrıları
- Baş dönmesi
- Bulantı
- Göğüslerde hassasiyet
- Kilo değişikliği
- Ruh hali değişiklikleri

- Akne (iyileşebilir veya kötüleşebilir, ancak genellikle iyileşir)
- Tansiyonda artış (Kombine oral kontraseptiflere bağlıysa, kullanım bırakıldığında tansiyon genellikle hızla normale döner)

Çok nadir görülen yan etkiler

- Derin ven trombozu veya pulmoner emboli

Son derece nadir görülen yan etkiler

- İnme (felç)
- Kalp krizi (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Kombine Oral Kontraseptifler ve Kanseri İlişkisi

Hayat boyu kansere yakalanma riski, KOK kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınlar arasında çok fark bulunmamaktadır. KOK kullanan kadınlarda bazı kanser türlerinin oluşma riskinde hafif artış olabilir, ancak bazı kanser türleri için uzun vadeli risk azalmaları görülmektedir.

Yumurtalık ve Endometriyal Kanseri

KOK kullanımı, yumurtalık kanseri ve endometriyum kanseri gibi iki önemli kanser türüne karşı koruma sağlar. Bu koruma, KOK kullanımı bırakıldıktan sonraki 15 yıl kadar veya daha uzun süre devam eder (Weiderpass ve ark., 1999; WHO ve Johns Hopkins, 2018)

Meme Kanseri

10 yıldan daha uzun süre önce KOK kullanmış kadınlar, hiç kullanmamış kadınlarla benzer meme kanseri riski taşır. Ancak bazı araştırmalar halen KOK kullananlar veya son 10 yıl içinde kullanmış olan kadınlarda, meme kanseri tanısı alma olasılığının biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu farkın nedeni erken teşhis mi yoksa KOK'lerin biyolojik etkisi mi olduğu henüz net değildir. Geçmişte KOK kullanımı, menopoz sonrası dönemdeki meme kanseri riskini artırmaz. KOK kullananlarda tespit edilen meme kanserleri genellikle daha erken evrededir. Ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlarda KOK kullanımı meme kanseri riskini artırmaz (Black ve ark., 2004; WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri

Rahim ağzı kanseri, belirli insan papilloma virüsü (HPV) türlerinden kaynaklanır. HPV cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur, çoğu zaman kendiliğinden geçer ancak bazen kalıcı olup kansere yol açabilir. HPV aşısı, rahim ağzı kanserini önlemeye yardımcı olabilir. Servikal tarama yapılabilirse, kadınlara her 3 yılda bir tarama önerilmelidir. 5 yıl veya daha uzun süre KOK kullanımı rahim ağzı kanseri riskini artırabilir. Ancak KOK kullanımı bırakıldıktan sonra bu risk zamanla azalır ve 10 yıl içinde daha önce KOK kullanmış bir kadının riski hiç kullanmamış kadınla aynı seviyeye gelir. KOK kullanımına bağlı rahim ağzı kanseri sayısı çok azdır (WHO ve Johns Hopkins, 2018; Wiegatz ve ark., 2011).

Diğer Kanser Türleri

Kalın bağırsak (kolorektal) kanseri riski KOK kullanımı ile azalabilir. Diğer kanser türleri için KOK kullanımının riski artırdığına veya azalttığına dair açık bir kanıt yoktur (WHO ve Johns Hopkins, 2018)

Tablo 2.3. KOK kullanım önerileri

Kategori	Açıklama
Kategori 1	Hiçbir kısıtlama yoktur. Yöntem güvenle kullanılabilir.
Kategori 2	Genellikle kullanılabilir. Yöntemin avantajları, teorik ya da kanıtlanmış risklerden daha fazladır.
Kategori 3	Genellikle önerilmez. Yöntemin riskleri, avantajlarından daha fazladır. Klinik değerlendirme gerekir.
Kategori 4	Kesinlikle kullanılmamalıdır. Ciddi sağlık riski taşır. Kontrendikedir.

Tablo 2.3. KOK kullanım önerileri (devam)

Durum	KOK Kullanımı
Yaş	
a) Menarştan 40 yaşına kadar	1
b) ≥ 40 yaş	2
Parite	
a) Nullipar (Nulliparöz): Hiç doğum yapmamış kadın.	1
b) Multipar (Multiparöz): Bir veya birden fazla kez doğum yapmış kadın.	2
Emziren postpartum kadın	
a) < 6 hafta	4
b) ≥ 6 hafta – <6 ay	3
c) ≥ 6 ay	2
Postpartum emzirmeyen kadın	
1. <21 gün	
a) VTE riski yok	3
b) VTE riski var	3/4
2. 21 gün $\geq$ ve <42 gün	
a) VTE riski yok	2
b) VTE riski var	2/3
3. ≥ 42 gün	1
Abortus (1. ve 2. trimester)	1
Geçirilmiş pelvik cerrahi	1
Geçirilmiş ektopik gebelik	1
Sigara kullanımı	
a) <35 yaş	2
b) ≥ 35 yaş ve <15 sigara/gün	3
c) ≥ 35 yaş ve ≥ 15 sigara/gün	4
Obezite (Beden Kitle İndeksi ≥ 30 kg/m ²)	2
Çok yüksek tansiyon (örn. $\geq 160/100$ mmHg veya kontrolsüz HT)	KE
Arteriyel KV hastalık için birden fazla risk faktörü olanlar(ileri yaş/ sigara kullanımı/ diabet/ HT)	3/4
Hipertansiyon Durumu	
a) Hafif-orta ht (SKB140–159 mmhg veya DKB 90–99 mmhg)	3
b) Şiddetli ht (SKB ≥ 160 mmhg veya DKB ≥ 100 mmhg veya vasküler hasar varlığı (örneğin: retinopati, nefropati, vb.)	4
Gebelikte yüksek tansiyon öyküsü	2
DVT(Derin ven trombozu) / PE (Pulmoner emboli) öyküsü olan, akut DVT/PE, antikoagülan tedavi alan	4

Tablo 2.3. KOK kullanım önerileri (devam)

Büyük cerrahi işlem geçirenler	
a) Uzun süre immobilize olanlar	4
b) Mobilize olanlar	2
Küçük cerrahi işlem geçiren ve mobilize olanlar	1
Bilinen trombogenik mutasyonlara sahip olanlar (Faktör V Leiden, Protrombin mutasyonu, Protein C/S, antitrombin eksikliği)	4
Superfisial venöz tromboz	2
İskemik kalp hastalığı, inme, SVO geçiren veya öyküsü olanlar	4
Hiperlipidemi	2/3
Kalp kapak hastalığı (komplikasyonsuz)	2
Kalp kapak hastalığı (komplikasyonlu (AF, pulmoner HT, endokardit riski))	4
SLE (Lupus)	
a) antifosfolipid antikor (+)	4
b) Trombositopeni veya immünsüpresif tedavi altında	2
Migren	
a) Aurasız migren <35 yaş	2
b) Aurasız migren ≥35 yaş	3
c) Auralı migren (her yaşta)	4
Epilepsi veya depresif bozukluk	1
Vajinal kanama (aşırı/az)	1
Endometriozis, benign over kistleri, ciddi dismenore, servikal ektropion, gestasyonel trofoblastik hastalık,	1
Meme hastalıkları	
a) Şüpheli meme kitlesi	2
b) Benign meme hastalıkları veya ailede meme kanseri öyküsü	1
c) Aktif meme kanseri	4
d) Tedavi olmuş, son 5 yıldır hastalık belirtisi olmayanlar	3
Endometrial kanser, over kanseri, uterin fibromlar (kaviteyi bozan ya da bozmayan)	1
PIH (pelvik inflamatuvar hastalık), CYBH, tbc	1
Dişabet	
a) Gestasyonel dişabet öyküsü var	1
b) Vasküler hasar yok, (insülin bağımlı ya da bağımsız)	2
c) Vasküler hasar var ya da 20 yıldan fazla süren dişabet	¾
Safra kesesi hastalığı	
a) Asemptomatik	2
b) Semptomatik	3
Kolestaz	
a) Gebelikte kolestaz	2
b) KOK kullanırken kolestaz gelişmişse	3
Tiroid hastalıkları (hipotiroit, hipertiroit)	1

Tablo 2.3. KOK kullanım önerileri (devam)

Viral hepatit	
a) Akut	3/4
b) Taşıyıcı	1
c) Kronik	1
Siroz	
a) Kompanse	1
b) Dekompanse	4
Benign Karaciğer Tümörleri	
a) Fokal Nodüler Hiperplazi (FNH)	2
b) Hepatosellüler Adenom	4
a) Talasemi	1
b) Demir eksikliği anemisi	1
c) Orak hücreli anemi	2

Minihaplar

Yalnızca progestin içeren düşük doz hormonal doğum kontrol haplarıdır. Östrojen içermezler, bu nedenle östrojen içeren yöntemleri kullanamayan kadınlar için uygundur. Emziren kadınlarda da güvenle kullanılabilir. Her gün aynı saatte aralıksız alınmalıdırlar, haplar arasında hiç ara verilmez. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruma sağlamaz. Düzenli ve aynı saatlerde kullanılmazsa etkinliği düşebilir. Fertilité, hap bırakıldığında hızla geri döner.

Minihapa adetın ilk 5 günü içinde başlanırsa ek korunma gerekmez. Adetin ilk 5 günü dışında başlanırsa, gebelik olmadığından emin olunmalı ve 7 gün boyunca ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. Düşük veya kürtajdan sonraki ilk 7 gün içinde başlama durumunda ek bir kontraseptif yöntem kullanımına gerek yoktur (Pathfinder International, 1999; WHO ve Johns Hopkins, 2018). 3 saatten fazla hap alımında gecikme, etkinliği azaltır. Desogestrel içerenler için 12 saatten fazla gecikme etkinliği azaltır. Unutulan hap, hatırlanır hatırlanmaz alınmalıdır. Takip eden haplar normal zamanında alınmalıdır. Son 5 gün içinde ilişki durumunda acil kontrasepsiyon düşünülebilir. Kusma veya ishal durumunda ise ilacı aldıktan 2 saat içinde kusulursa, yeni bir hap alınmalıdır. İki veya daha fazla sayıda minihap alınması unutulmuş ise 2 gün süreyle günde 2 minihap alınmalı ve 48 saat süreyle ek bir kontraseptif yöntem uygulanmalıdır. Gerekliyse acil kontrasepsiyon uygulanmalıdır (Harper ve ark., 2019; Shimp ve ark., 2015).

Minihaplar; genç, adolesanlar ve 40 yaş üstü kadınlarda, kürtaj, dış gebelik veya düşük sonrasında, hiç doğum yapmamış kadınlarda, sigara kullananlarda (yaş ve sigara miktarından bağımsız olarak), HIV ile yaşayanlar hastalarda da güvenle kullanılabilir. Emzirme ve minihap birlikte kullanıldığında kontraseptif etkinlik artar. Emziren kadınlarda tipik kullanımda gebelik oranı %99 iken en uygun şekilde kullanımında %0.5'ten azdır. Emzirmeyen kadınlarda tipik kullanımda gebelik oranı %93 iken yine uygun kullanımında %0.5'ten azdır (WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Minihapların Etki Mekanizması

Servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişini engeller. Ovulasyonu baskılar, bazı sikluslarda tamamen engeller ve endometriyal değişiklikler ile implantasyonu zorlaştırır (The ESHRE Capri Workshop Group, 2003).

Minihapların Avantajları

Emzirme ile tamamen uyumludur, süt üretimini etkilemez. Kadın tarafından kontrol edilebilir, istenildiğinde hemen bırakılabilir. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Düşük doz hormon içerdiği için östrojen kaynaklı riskler. (tromboz, migren, hipertansiyon gibi) engellenmiş olunur. Kullanımı kolaydır, medikal müdahale olmadan başlanabilir ve bırakılabilir (Black ve ark., 2004).

Minihapların Yan Etkileri

Yaygın görülen yan etkiler

- Kanama düzeninde değişiklikler

Doğum sonrası adet kanamasının geri dönüşünde, sık kanama, düzensiz kanama, seyrek kanama, uzun süren kanama, hiç adet görmeme (amenore)

- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Ruh hali değişiklikleri
- Meme hassasiyeti
- Karın ağrısı
- Bulantı

Nadir görülen yan etkiler

- Emzirmeyen kadınlarda büyümüş over folikülleri gözlenebilir. Bu zararsızdır ve genellikle kendiliğinden geçer.

Minihapların Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Şiddetli karaciğer hastalığı veya karaciğer tümörü olanlar
- Derin ven trombozu geçirmiş ve antikoagülan tedavi almayanlar
- Nöbet tedavisi görenler (örneğin karbamazepin, fenitoin, barbitüratlar, topiramat kullananlar)
- Tüberküloz tedavisinde rifampisin veya rifabutin kullananlar
- Meme kanseri tanısı almış veya öyküsü olanlar (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit, 2008; WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Tablo 2.4. Türkiye’de bulunan minihaplar

Ürün adı	İçeriği, dozu ve formu	Piyasaya veriliş tarihi
Cerazette	Desogestrel 75 mcg / 28 film tablet	Aralık 2011

Acil Kontraseptif Haplar

Acil kontraseptif haplar korunmasız cinsel ilişki sonrasında veya kontrasepsiyonun başarısız olduğu durumlarda gebeliği önlemek için kullanılır. İlişkidен sonraki ilk 5 gün içinde alınmalıdır. Ne kadar erken alınırsa, o kadar etkilidir. Var olan gebeliği sonlandırmaz; düşük veya kürtaj etkisi yoktur. Tüm kadınlar için güvenlidir, hormonal doğum kontrolü kullanamayanlar bile kullanabilir. Tekrarlı kullanılabilir, ancak düzenli korunma yöntemi olarak önerilmez. Etkili koruma sadece önceki 5 güne yöneliktir. Sonraki ilişkilerden korumaz. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2010; International Consortium for Emergency Contraception, 2004). Gebeliğe zarar vermez. Fertilite hemen geri döner, kadın tekrar hızla hamile kalabilir. Cinsel davranışları değiştirmez. Tüm yaş grupları (ergenler dahil) güvenle kullanabilir. Aynı adet döngüsünde birden fazla kez kullanılabilir. Acil kontrasepsiyon sonrası uzun süreli doğum kontrol yöntemi

başlatılması önerilir (ör. RİA, KOK, implant). ECP için muayene, test veya reçete zorunluluğu yoktur. UPA kullanımında son adet gecikmişse gebelik testi önerilir.

Kondom yırtılması, kayması durumunda, doğurganlık takibi hatasında, geri çekme yönteminde başarısızlık olmasında, üçten fazla oral hapın alınmasının unutulması durumunda, iğnenin (DMPA, NET-EN) tekrarı geciktiyse ve RİA çıktıysa başvurulması gereken en uygun yoldur. Kombine acil kontraseptifler, ulipristal asetat ve progestin içeren haplar alındıktan sonra 3 saat içinde kusulursa doz tekrar alınmalıdır. Alındıktan 3 saat sonra kusulması durumunda ek doza gerek yoktur.

Çeşitli araştırmalarda, sadece levonorgestrel içeren acil kontraseptiflerin gebelik riskini %60-93 oranında, kombine oral kontraseptiflerin (KOK) ise %56-89 oranında azalttığı belirlenmiştir. Doğrudan yapılan karşılaştırmalarda, levonorgestrel içeren yöntemlerin daha etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu yöntemlerin yan etki profilinin daha uygun olması nedeniyle genellikle tercih edilmektedir. Acil kontrasepsiyon, cinsel ilişkiden sonra mümkün olan en kısa sürede uygulanmalıdır çünkü geçen süre uzadıkça bu yöntemlerin etkinliği azalmaktadır.

Acil kontrasepsiyon, düzenli kullanım için uygun değildir ve sık kullanımının olası etkileri henüz tam olarak bilinmemektedir. Eğer bir kadın aynı adet döngüsü içinde birden fazla kez acil kontraseptif kullanmak zorunda kalırsa, ikinci kullanım engellenmemelidir. Ancak bu durumda mutlaka düzenli ve etkili bir doğum kontrol yöntemi önerilmeli, kontrasepsiyonun başarısız olmaması için nelere dikkat etmesi gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Aynı döngüde tekrarlanan acil hormonal kontrasepsiyon uygulamalarının koruyuculuğunun azalabileceği de hastaya açıkça ifade edilmelidir (Harper ve ark., 2019; Shimp ve ark., 2015; WHO ve Johns Hopkins, 2018).

Tablo 2.5. Acil kontrasepsiyon olarak kullanılabilen ilaçlar ve dozu

Ürün	İçerik	Doz (İlk – 12 Saat Sonra)
Levonorgestrel (LNG) 1.5 mg	Progestin	1 – yok
LNG 0.75 mg x2	Progestin	1 – 1
Ulipristal Asetat (UPA)	30 mg UPA	1 – yok
Kombine KOK (Yüzpe Yöntemi)	EE + LNG (çeşitli kombinasyonlar)	2–5 + 2–5
Minihap (yüksek doz)	0.03 mg–0.075 mg LNG veya norgestrel	40–50 hap tek seferde

Yüzpe rejimi, etinil estradiol (EE) ve levonorgestrel (LNG) içeren KOK'ların yüksek dozda, 72 saat içinde 12 saat arayla iki kez alınmasıyla uygulanır (Trussell ve ark., 1996).

Tablo 2.6. Yüzpe rejimi için uygulanan doz

Bileşen	İlk Doz	12 Saat Sonra Aynı Doz Tekrarı
Etinil Estradiol	100 µg (0.1 mg)	100 µg (0.1 mg)
Levonorgestrel	500 µg (0.5 mg)	500 µg (0.5 mg)

Acil oral kontraseptiflerin etki mekanizması

Ovulasyonu geciktirir veya engeller. İmplantasyonu engellemez. Gebelik başlamışsa etki etmez (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2010; International Consortium for Emergency Contraception, 2004).

Acil oral kontraseptiflerin yan etkileri

- Adet düzensizliği (erken veya geç kanama)
- Bulantı
- Baş dönmesi
- Halsizlik
- Baş ağrısı

- Karın ağrısı
- Göğüs hassasiyeti
- Kusma (özellikle östrojenli formlarda) (International Consortium for Emergency Contraception, 2004)

Tablo 2.7. Türkiye’de yaygın kullanılan acil kontraseptif ilaçlar ve etkinlik süreleri

Etkin Madde	Ticari İsimler (Türkiye)	Kullanım Süresi	Etkinlik (%)
Levonorgestrel 1.5 mg	Ertesi Gün, Postinor	NorLevo, 72 saate (3 gün) kadar	%60–93
Ulipristal Asetat 30 mg	Ella	120 saate (5 gün) kadar	%85–98

Tablo 2.8. Acil kontrasepsiyon kullanımının çeşitli durumlara göre uygunluğu

Özellik / Durum	Acil Kontrasepsiyon Kullanımı
Emzirme	Uygun
Ektopik gebelik öyküsü	Uygun
Ağır kardiyovasküler komplikasyon öyküsü (İskemik kalp hastalığı, SVO, tromboemboli)	Genellikle kullanılabilir
Angina pectoris	Genellikle kullanılabilir
Migren	Genellikle kullanılabilir
Ağır karaciğer hastalığı (sarılık dahil)	Genellikle kullanılabilir
Sık acil kontrasepsiyon kullanımı	Uygun, ancak ayda birden fazla önerilmez. Düzenli yöntemler hakkında danışmanlık verilmelidir.

2.3. Oral Kontraseptifler ile İlaç, Bitki ve Besin Etkileşimleri

İlaç etkileşimi; bir ilacın diğer başka ilacın etkisini değiştirmesidir. Bu durumun gerçekleşebilmesi için ilaçların etki bölgesinde aynı zamanda bulunması gerekir. Polifarmasi olarak tanımlanan; bir kişinin aynı anda birden fazla ilaç kullanması durumu ilaç etkileşiminin yaygın olmasının sebebidir (Aktay ve ark., 2003). İlaç etkileşimi ise sadece ilaç-ilaç etkileşimini değil, ilaç-besin, ilaç-bitkisel preparat ve ilaçla birlikte kullanılan sigara-alkol tüketimini de kapsamaktadır (Aktay ve ark., 2003; Demirkan, 2003)

Oral kontraseptiflerin ilaçlar, bitkiler ve besinler ile etkileşimi, ilacın etkinliğini veya kontrasepsiyonun düzeyini değiştirebilir. Bazı ilaçlar ve bitkisel ürünler, karaciğerdeki CYP450 enzimlerini (özellikle CYP3A4) indükler. Bu durum; oral kontraseptiflerin daha hızlı metabolize edilmesine dolayısıyla kandaki düzeylerinin düşmesine neden olur. Bu da kontrasepsiyonun etkinliğini azaltır ve gebelik riski artar (Gürbüz, 2004).

2.3.1.Oral Kontraseptiflerin İlaçlar ile Etkileşimi

Tablo 2.9. Oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltan ilaçlar

İlaç Adı	İlaç Grubu
Rifampisin	Antibiyotik
Penisilinler (amoksisilin, ampicilin)	Antibiyotik
Tetrasiklinler	Antibiyotik
Makrolidler (eritromisin)	Antibiyotik
Barbitürat	Antiepileptik (anksiyolitik/hipnotik)
Fenitoin	Antiepileptik
Karbamazepin	Antiepileptik
Topiramat	Antiepileptik
Pirimidon	Antiepileptik
Fluoksetin, Fluvoksamin	SSRI (Antidepresan)
Nevirapin, Tipranavir	Antiviral

Rifampisin; lepra, tüberküloz, brusella, stafilokok enfeksiyonu gibi hastalıkları tedavi etmek için kullanılan bir ilaçtır ve CYP450 enzimini indükler böylece oral kontraseptifler ile aynı zamanda alındığında oral kontraseptiflerin metabolizma hızını artırıp kanda konsantrasyonun azalmasına sebep olurlar. Bu durumda istenmeyen gebeliklerin engellenmesi için kontraseptif yöntemlerden hormonal olmayanlar tercih edilmelidir (Bilgiç ve ark., 2010; Ceran, 2017; Gözü, 2016).

Tetrasiklin, ampicilin gibi geniş spektrumlu olan antibiyotiklerin uzun süre kullanılması ile enterohepatik dolaşımı bozulur. Bu antibiyotikler bağırsaktaki bakterileri baskılayarak östrojenin yeniden emilimini azaltır ve kan seviyelerini düşürür (Kaya Temiz, 2017).

Çoğu kısa süreli kullanılan antibiyotikler klinik olarak anlamlı bir etki oluşturmaz. Ancak yine de ara kanama varsa dikkatli olunmalıdır.

Tablo 2.10. Antibiyotiklerin OK'ler ile etkileşimi

İlaç Adı	Etkisi
Rifampisin, rifabutin	Güçlü enzim indükleyici → OK etkinliğini düşürür
Ampisilin, Amoksisilin	Barsak flora değişikliği → östrojen emilimi azalabilir
Tetrasiklinler (doksisisiklin, vb.)	Barsak flora değişikliği → uzun kullanımda risk artar
Makrolidler (eritromisin)	Zayıf etkileşim olabilir

Mikrozomal enzimleri indükleyen, karbamazepin, fenitoin, etosüksimid, pirimidon gibi antiepileptik ilaçları kullanan hastaların da kontraseptif olarak ilk tercihleri OK'ler olmamalıdır. Bu ilaçlar OK'leri metabolize eden enzimin indükleyicileri oldukları için OK'lerin metabolizmalarını hızlandırıp, eliminasyonlarını artırıp, kan konsantrasyonlarını da düşürerek etkinliği azaltırlar (Türk Nöroloji Derneği, 2015; Doğdu, 2013)

Tablo 2.11. Oral kontraseptif ilaçlarla etkileşebilen bazı ilaçlar

Oral kontraseptif etkisini artırabilecek ilaçlar	KOK'lerin klirensini azalttığı ilaçlar
Asetaminofen	Amitriptilin
Eritromisin	İmipramin
Flukonazol	Fenitoin
Fluvoksamin	Siklosporin
Nefazadon	Diazepam
C vitamini	Selegilin
	Teofilin

Kısa süreli enzim indükleyici bir ilaç (örneğin rifampisin, karbamazepin, fenitoin vb.) kullanan ve kombine oral kontraseptife devam etmek isteyen kadınlara, ilaç kullanımı süresince mutlaka ek bir doğum kontrol yöntemi kullanmaları önerilir. Enzim indükleyici ilaç bırakıldıktan sonra da 28 gün boyunca ek yöntemle devam etmeleri gerekir. Bazı ilaçlar, özellikle karaciğerdeki CYP450 enzim sistemini inhibe eder. Bu durumda, kombine oral kontraseptiflerin yıkımı yavaşlar, hormonlar vücutta birikir, kan düzeyleri normalin üzerine çıkar. Bu durumda vücutta biriken östrojen bulantıya, hipertansiyona,

ödeme ve migrene sebep olabilir. Fazla progesteron ise saç dökülmesine, depresyona, halsizliğe ve kilo alımına sebep olur (Gürbüz, 2004).

2.3.2.Oral Kontraseptiflerin Bitki ve Besin ile Etkileşimi

İlaç ve bitkisel besin etkileşiminde, ilaçların metabolizmasında görev yapan CYP enzimlerinin inhibisyonuna ve indüksiyonuna sebep olarak ilaç metabolizmasını değiştirdikleri en çok da ilaçların büyük bir kısmının metabolizmasında rol oynayan CYP3A4 ve CYP2C9 enzimlerini etkiledikleri bilinmektedir. Ayrıca ilaçların absorpsiyonu, dağılımı ve atılımında görevli olan P-glikoprotein'i de etkilemektedirler (Gezmen-Karadağ ve ark., 2013). Bazı bitkisel besinler doğal östrojen davranışı gösteren fitoöstrojen taşırlar ve KOK'lerin etkinliğini artırılar. Bunlar arasında bit otu (*Schoenocaulon officinale*), çayır üçgülü (*Trifolium pratense*) ve soya (*Glycine max*) vardır.

Greyfurt suyu, CYP3A4 inhibitörü olduğundan dolayı ilacın yıkımını yavaşlatır ve plazma östrojen düzeyi artar. Yine aynı şekilde Ekinezya (*Echinace*), Ungariya (*Uncaria*) ve Papatya (*Matricaria chamomilla*) CYP3A4 enzim inhibitörleri olmaları sebebiyle oral kontraseptiflerin etkisini arttırabilirler. Fakat bu bitkilerin KOK'lerle etkileşimleri klinik çalışmalarla kesin olarak kanıtlanmamıştır (Gürbüz, 2004).

Sarı kantaron (*Hypericum perforatum*), ülkemizde ve tüm dünyada birçok etkisinden dolayı sıklıkla tercih bir bitkidir. Sarı kantaronun aktif bileşenleri olan Hiperisin ve Hiperforin vücutta CYP3A4 enzimlerini indükler. Böylece kontraseptif steroidlerin (östrojen/progestin) metabolizması hızlanır. Bu aktif bileşenler aynı zamanda P-glikoprotein (P-gp)'yi indükleyerek ilaçların emilimini azaltır ve kan düzeylerini düşürür. Sarı kantaronla KOK'lerin birlikte kullanımı sonucu gebelikten koruyucu etkinlik düşer. Ara kanamalar veya beklenmeyen gebelikler ortaya çıkabilir. Etkileşim, Sarı Kantaron kesildikten sonra bile 2 hafta sürebilir (Şarışen ve ark., 2005; Wu ve ark., 2011).

Tablo 2.12. KOK ile bitki-besin etkileşiminin KOK etkinliğine etkisi

Bitki Adı	Oral Kontraseptiflerin Etkisine Etkisi
Sarı Kantaron / St. John's Wort (<i>Hypericum perforatum</i>)	Düşürür
Cüce Palmiyesi / Saw Palmetto (<i>Serenoa repens</i>)	Düşürür
Ekinezya (<i>Echinacea</i>)	Artırır
Ginseng (<i>Panax</i>)	Artırır
Greyfurt suyu	Artırır
Altın Mühür / Goldenseal (<i>Hydrastis canadensis</i>)	Artırır

3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve analitik nitelikte, kesitsel bir araştırmadır. Araştırma, online anket yöntemi kullanılarak, sağlık personellerinin oral kontraseptiflerin kullanımı ve ilaç etkileşimleri konusundaki bilgi düzeyleri ile tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2025 ile Nisan 2025 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemiyle yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, Türkiye'deki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Örneklemi ise başta Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi personeli olmak üzere, çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan toplam 150 sağlık personeli oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Katılımcıların sağlık personeli olması (doktor, eczacı, hemşire, ebe unvanına sahip olan veya sağlık eğitimi alan diğer hastane personelleri),
- 18 yaş ve üzeri olmak (yani yetişkin bireyler olmak),
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmeleri ve çevrim içi anket formunu eksiksiz doldurmaları.

3.4. Araştırma Dışlama Kriterleri

Araştırma kapsamında aşağıda belirtilen özelliklere sahip bireyler çalışma dışı bırakılmıştır:

- Sağlık personeli olmayan bireyler,

- Gönüllü katılımı kabul etmeyen bireyler,
- Anket formunu eksik veya hatalı dolduran katılımcılar.

Bu kriterlere uymayan bireylerin verileri analiz sürecine dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Yapılış Şekli

Araştırma, Ocak 2025 ile Nisan 2025 tarihleri arasında online anket yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Veriler, Google Forms aracılığıyla hazırlanan çevrim içi anket formu ile toplanmıştır. Anket formu, katılımcıların demografik bilgilerini, oral kontraseptiflerle ilgili bilgi düzeylerini ve bu konudaki tutumlarını değerlendirmeye yönelik kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur.

Araştırma formu, sosyal medya platformları ve e-posta yoluyla sağlık personellerine ulaştırılmıştır. Katılımcılardan, çalışmaya başlamadan önce bilgilendirilmiş onam formunu okuyup onaylamaları istenmiştir. Anketi dolduran katılımcıların tümü çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler taranarak geliştirilen ve uzman görüşü alınarak düzenlenen bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırma amacına uygun olarak üç ana bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde demografik bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek grubu, mesleki deneyim süresi ve çalıştıkları kurum türü gibi sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümünde bilgi düzeyi soruları yer almaktadır. Bu bölümde oral kontraseptiflerin etki mekanizması, yan etkileri, ilaç ve besin etkileşimleri ile kontrendikasyonlarına yönelik bilgileri ölçmeye yönelik doğru/yanlış ve çoktan seçmeli sorular içermektedir. 3. bölümde ise tutum ve danışmanlık yaklaşımları yer almaktadır. Katılımcıların oral kontraseptiflerle ilgili tutumlarını ve hasta danışmanlığına yönelik yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Demografik Bilgiler

Bu bölüm 6 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Personellerinin Oral Kontraseptif Kullanımı ve Etkileşimi ile İlgili Bilgi Düzeyleri

Sağlık personellerinin oral kontraseptif kullanımı ve etkileşimi ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla doğru ya da yanlış toplam 27 ifade; bilgi önermesinden oluşan bir bölümdür. Bu bölümde 15 ifade (1, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 27) doğru ifade, 12 ifade (2, 5, 8, 9, 13, 14, 15, 19, 20, 23, 25, 26) yanlış ifade olarak hazırlanmıştır. 8 soru da çoktan seçmeli sorulardır.

Sağlık Personellerinin Oral Kontraseptif Kullanımı ve Etkileşimi ile İlgili Tutum ve Davranışı

1 sorudan oluşmaktadır. Açık uçlu olarak görüş bildirmesi amacıyla hazırlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama yöntemi çevrim içi anket olduğu için, sadece internet erişimi olan ve online anketi gönüllü olarak dolduran sağlık personelleri çalışmaya katılmıştır. Bu durum, çalışmaya katılan bireylerin temsiliyetini sınırlayabilir. Örneklem seçimi kolayda örnekleme yöntemiyle yapıldığından, sonuçlar genellenebilirlik açısından sınırlıdır. Elde edilen bulgular, sadece çalışmaya katılan 150 sağlık personelinin görüş ve bilgilerini yansıtmaktadır. Araştırma belirli bir zaman diliminde (Ocak–Nisan 2025) kesitsel olarak yapıldığından, bilgi düzeyleri veya tutumların zaman içindeki değişimini inceleme imkânı bulunmamaktadır. Anket formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olsada, kullanılan ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirlik testleri sınırlı düzeydedir.

3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 programı aracılığıyla uygun olan istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Verilere ilişkin sayı, yüzde ve frekans dağılımları belirlenmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde normallik analizine uygun

istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken %95 güven aralığında ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma, etik ilkeler doğrultusunda planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih: 24 /12 / 2024, Sayı:414902).

Çalışma kapsamında veri toplamak amacıyla hazırlanan online anket formunun ilk bölümünde katılımcılara, araştırmanın amacı, kapsamı, gönüllülük esasına dayandığı ve diledikleri zaman ankete katılımı sonlandırabilecekleri hakkında açık ve anlaşılır bir bilgilendirme metni sunulmuştur. Katılımcılar, anketi doldurmadan önce bu metni okuyup gönüllü onamlarını çevrim içi olarak vermiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri toplanmamış, tüm veriler anonim olarak değerlendirilmiş ve gizlilik ilkesine titizlikle uyulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Demografik Bilgileri

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunu genç ve orta yaş gruplarındaki bireyler oluşturmuştur. Katılımcıların %42.7'si (n=64) 20-30 yaş arası grupta yer alırken, %37.3'lük bir oranla (n=56) 31-40 yaş arası katılımcılar ikinci sırada yer almıştır. 41-50 yaş arası katılımcılar ise %14.7 oranında (n=22) bulunmuş ve bu grup daha düşük bir oranı temsil etmiştir. Daha ileri yaş gruplarında ise, 51-60 yaş arası katılımcılar yalnızca %2.0 (n=3) oranında yer alırken, 61 yaş ve üzeri katılımcıların oranı ise %3.3 (n=5) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun yaş dağılımı

	N	%
20- 30 yaş arası	64	42.7%
31-40 yaş arası	56	37.3%
41-50 yaş arası	22	14.7%
51-60 yaş arası	3	2.0%
61 yaş ve üzeri	5	3.3%

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %58.7'sinin (n=88) kadın, %41.3'ünün (n=62) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı

	N	%
Kız	88	58.7%
Erkek	62	41.3%

Araştırmaya katılan sağlık personelinin meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek katılım oranının %35.3 (n=53) ile eczacılardan oluştuğu görülmektedir. Eczacıları %34.0 (n=51) ile hemşire ve ebeler takip etmekte, bu grubu ise %23.3 (n=35) ile hekimler izlemektedir. Diğer sağlık personeli (tekniker ve benzeri meslek grupları) ise %7.3 (n=11) ile en düşük oranı oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Araştırma grubunun mesleki dağılımı

	N	%
Eczacı	53	35.3%
Hemşire-Ebe	51	34.0%
Doktor	35	23.3%
Diğer sağlık personeli (Tekniker ve diğer)	11	7.3%

Katılımcıların meslekteki deneyim sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, en büyük grubu %48.7 (n=73) ile 0–5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan bireylerin oluşturduğu görülmektedir. Bu grubu sırasıyla %26.0 (n=39) ile 6–10 yıl, %20.0 (n=30) ile 11–20 yıl ve %5.3 (n=8) ile 21 yıl ve üzeri deneyime sahip olan katılımcılar takip etmektedir. Veriler, çalışmaya katılan sağlık personelinin yarısından fazlasının 10 yıldan daha az mesleki deneyime sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun mesleki deneyim süresi dağılımı

	N	%
0-5 yıl arası	73	48.7%
6-10 yıl arası	39	26.0%
11-20 yıl arası	30	20.0%
21 yıl ve üzeri	8	5.3%

Araştırmaya katılan sağlık personelinin çalıştıkları kurum türlerine göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek oranların %34.7 (n=52) ile üniversite hastanesi ve yine %34.7 (n=52) ile devlet hastanesi çalışanlarına ait olduğu görülmektedir. Katılımcıların %15.3'ü (n=23) özel hastanelerde çalışmakta olup, bu oran özel sağlık sektörünün de araştırmada temsil edildiğini göstermektedir. Eczane çalışanlarının oranı %7.3 (n=11), Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanlarının oranı ise %6.7 (n=10) olarak belirlenmiştir. Ecza deposu

(n=1; %0.7) ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) (n=1; %0.7) çalışanlarının çalışmada oldukça sınırlı düzeyde temsil edildiği görülmektedir.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin çalıştıkları kurum türlerinin dağılımı

	N	%
Üniversite Hastanesi	52	34.7%
Devlet Hastanesi	52	34.7%
Özel Hastane	23	15.3%
Eczane	11	7.3%
Aile Sağlığı Merkezi	10	6.7%
Ecza Deposu	1	0.7%
Sosyal Güvenlik Kurumu	1	0.7%

Araştırmaya katılan sağlık personeline, hastalarına oral kontraseptif (OK) ilaçlarla birlikte kullanılmaması gereken ilaçlar veya besinler hakkında bilgilendirme yapıp yapmadıkları sorulmuştur. Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %64.0'ı (n=96) bu konuda hastalarına bilgi verdiğini belirtirken, %36.0'ı (n=54) ise bilgilendirme yapmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun hastalarına oral kontraseptiflerle beraber kullanmamaları gereken ilaçlar veya besinler hakkında bilgi verme durumunun dağılımı

	N	%
Evet	96	64.0%
Hayır	54	36.0%

4.2.Araştırma Grubunun Bilgi Düzeyi Ölçüm Sonuçları

Araştırma kapsamında katılımcılara toplam 35 bilgi sorusu yöneltilmiştir. Bu soruların 20'si oral kontraseptiflere ilişkin genel bilgi düzeyini, 5'i bazı özel klinik durumlarda oral kontraseptif kullanımını ve 10'u ise oral kontraseptiflerin ilaçlar, bitkisel ürünler ve besin maddeleri ile olan etkileşimlerine yönelik bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik hazırlanmıştır.

Katılımcıların oral kontraseptifler ile ilgili genel bilgilerini değerlendirmeye yönelik yöneltilen ilk 20 soruya verdikleri yanıtlar aşağıdaki gibidir. Bu sorular, katılımcıların oral kontraseptiflerin içeriği, kullanım şekli, etki mekanizması, yan etkileri ve kontrendikasyonlarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik hazırlanmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%96.0), oral kontraseptiflerin östrojen ve progestin hormonlarını içerdiğini doğru şekilde belirtmiştir. Kombine oral kontraseptiflerin bırakılmasının doğurganlık üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığını doğru şekilde bilenlerin oranı %76.7'dir. Katılımcıların %74.0'ı ise kombine oral kontraseptiflerin akne ve hirsutizmi azaltıcı etkileri olduğunu doğru şekilde yanıtlamıştır.

40 yaş üstü kadınlarda etinil estradiol miktarının daha yüksek olması gerektiği ifadesini doğru olarak yanıtlayanların oranı %67.3'tür. Kombine oral kontraseptif kullanımına bağlı olarak adet değişiklikleri, kilo artışı, bulantı ve baş ağrısı gibi advers etkilerin görülebileceğini belirtenlerin oranı %87.3'tür. Katılımcıların %83.3'ü bazı KOK'ların plasebo tablet içerdiği bilgisini doğru olarak belirtmiştir. Acil kontrasepsiyon ihtiyacını doğru şekilde tanımlayan katılımcıların oranı %84.7'dir. Ancak acil oral kontraseptiflerin yalnızca ilk 24 saat içinde etkili olduğu yönündeki yanlış ifadeyi doğru şekilde tanımlayabilenlerin oranı %64.7'dir. Aynı şekilde, sentetik progesteronların anti-androjenik etki oluşturmadığı bilgisine doğru yanıt verenlerin oranı da %64.7'dir.

Migren gelişiminin KOK kullanımı açısından engel oluşturmadığını belirtenlerin oranı %70.7'dir. Kombine oral kontraseptiflerin kullanılmaya başlanması için en uygun zamanın menstrual siklusun ilk 5 günü olduğunu doğru şekilde yanıtlayanların oranı ise oldukça yüksektir (%91.3). 21 gün süreli rejimde 7 günden uzun ara verilmemesi gerektiğini doğru bilen katılımcıların oranı %84.0'tür. KOK kullanımında dinlenme aralıklarının zorunlu olup olmadığına yönelik soruya doğru yanıt verenlerin oranı %55.3'tür; bu soru en düşük doğru yanıt oranlarından birine sahiptir. Oral kontraseptiflerin CYBH'ye karşı koruyuculuk sağladığı yönündeki yanlış ifadeyi doğru tanımlayabilenlerin oranı %74.7'dir.

Minihapların her gün aynı saatte alınması gerektiği bilgisi katılımcıların %88.7'si tarafından doğru yanıtlanmıştır. Acil kontrasepsiyon sonrası lekelenme ve düzensiz kanama görülmesinin normal olduğu bilgisini doğru bilenlerin oranı %84.0'tür.

Minihaplara siklusun ilk 5 günü dışında başladığında ek yöntem gerekmediği yönündeki yanlış ifadeyi doğru şekilde tanımlayabilenlerin oranı %76.7'dir. Kombine oral kontraseptif kullanırken gebelik olursa ilacın hemen bırakılması gerektiği bilgisini doğru yanıtlayanların oranı ise %86.7'dir.

Oral kontraseptiflerin kontrendike olduğu durumları doğru şekilde tanıyan katılımcı oranı %61.3'tür. Son olarak, oral kontraseptiflerin yaygın yan etkilerinden birini doğru tanımlayanların oranı %76.0'tır.

Tablo 4.7. Oral kontraseptifler ile ilgili genel bilgiler

Sorular	Doğru Cevaplama (n)	Doğru Cevaplama (%)	Yanlış Cevaplama (n)	Yanlış Cevaplama (%)
1. Oral kontraseptifler östrojen ve progestin hormonlarını içerir.	144	96.0	6	4.0
2. Kombine oral kontraseptif bırakıldıktan sonra doğurganlık olumsuz etkilenir.	115	76.7	35	23.3
3. Kombine oral kontraseptifler akne ve hirsutizmde azalma oluşturlar.	111	74.0	39	26.0
5. 40 yaş üstü kadınlarda oral kontraseptif kullanımında tercih edilmesi gereken etinil estradiol miktarı daha yüksek olmalıdır.	101	67.3	49	32.7
6. Kombine oral kontraseptif kullanımı başlangıçta; adet kanamasında değişiklik, kilo artışı, bulantı, baş ağrısı gibi advers reaksiyonlara sebep olur.	131	87.3	19	12.7
7. Bazı kombine oral kontraseptifler plasebo tablet içermektedir.	125	83.3	25	16.7
11. Kontrasepsiyonsuz ya da kontrasepsiyonun başarısız olduğu bir cinsel ilişkiden sonra acil oral kontrasepsiyon yöntemine başvurulması gerekir.	127	84.7	23	15.3

Tablo 4.7. Oral kontraseptifler ile ilgili genel bilgiler (devam)

13. Acil oral kontraseptifler sadece korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 24 saat içerisinde alınırsa etkili olur.	97	64.7	53	35.3
14. Sentetik progesteronlar anti-androjenik etki oluşturmazlar.	97	64.7	53	35.3
15. Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı sırasında migren gelişmesi kombine oral kontraseptif kullanımına engel teşkil etmez.	106	70.7	44	29.3
16. Kombine oral kontraseptifleri kullanmaya başlamak için en uygun zaman menstrual siklusun ilk 5 günüdür.	137	91.3	13	8.7
17.21 gün süreli kombine oral kontraseptifler kullanan kadınların, 7 günden uzun ara vermemesi gereklidir.	126	84.0	24	16.0
19.Kombine oral kontraseptif kullanımında dinlenme aralıklarının mutlaka verilmesine gerek vardır.	83	55.3	67	44.7
20. Oral kontraseptif kullanımı aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesini sağlar.	112	74.7	38	25.3
21. Minihaplar günün yaklaşık olarak aynı saatlerinde alınması gerekir.	133	88.7	17	11.3
22. Bazı kadınlarda acil kontrasepsiyondan sonra düzensiz kanama ve lekelenmelerin görülmesi normaldir.	126	84.0	24	16.0
23. Minihaplara menstrual siklusun ilk 5 günü içinde başlanmazsa ilk 7 gün ek bir kontraseptif yöntem kullanmaya gerek yoktur.	115	76.7	35	23.3

Tablo 4.7. Oral kontraseptifler ile ilgili genel bilgiler (devam)

24. Kombine oral kontraseptif kullanmakta olan bir kadın hamile kalırsa kombine oral kontraseptif kullanımını hemen bırakması gerekir.	130	86.7	20	13.3
29. Oral kontraseptifler aşağıdaki hangi duruma sahip bireylerde kontrendikedir?	92	61.3	58	38.7
30. Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin yaygın yan etkilerinden biridir?	114	76.0	36	24.0

Katılımcıların bazı özel klinik durumlarda oral kontraseptif kullanımına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yöneltilen 5 soruya verdikleri yanıtlar aşağıdaki gibidir. Katılımcıların %74.0'ı, emzirme döneminde kombine oral kontraseptif kullanımının uygun olmadığını doğru şekilde belirtmiştir. Buna karşın, %26.0'lık bir kesim bu dönemde kullanımın devam ettirilebileceğini düşünerek soruya yanlış yanıt vermiştir. Meme kanseri tanısı ya da şüphesi bulunan bireylerde minihap kullanımının güvenli olmadığını bilen katılımcı oranı %55.3 olup, bu durum katılımcıların yaklaşık yarısının bu önemli klinik konuda bilgi eksikliğine sahip olduğunu göstermektedir. Sigara kullanımının oral kontraseptiflerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği bilgisi ise yüksek oranda (%84.7) doğru olarak yanıtlanmıştır. Katılımcıların %82.0'si, östrojen intoleransı olan kadınlarda minihap kullanımının tercih edilmesi gerektiğini doğru şekilde ifade etmiştir. Benzer şekilde, hipertansiyon öyküsü olan bireylerde oral kontraseptif kullanımının kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceği bilgisine doğru yanıt verenlerin oranı da %82.7 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.8. Oral kontraseptifler ile ilgili bazı özel durumlar

Sorular	Doğru Cevaplama (n)	Doğru Cevaplama (%)	Yanlış Cevaplama (n)	Yanlış Cevaplama (%)
8. Kombine oral kontraseptiflerin emzirme döneminde kullanımında bir sakınca yoktur, devam edilmesi gerekir.	111	74.0	39	26.0
9. Meme kanseri tanısı ya da şüphesi olan hastalarda minihapların kullanımı sorun teşkil etmez.	83	55.3	67	44.7

Tablo 4.8. Oral kontraseptifler ile ilgili bazı özel durumlar (devam)

10. Oral kontraseptif kullanan hastalarda sigara kullanımına ve miktarına dikkat edilmelidir.	127	84.7	23	15.3
12. Östrojeni tolere edemeyen kadınlarda minihaplar tercih edilmelidir.	123	82.0	27	18.0
18. Hipertansif kadınlarda oral kontraseptif kullanımı kardiyovasküler hastalık riskini artırır.	124	82.7	26	17.3

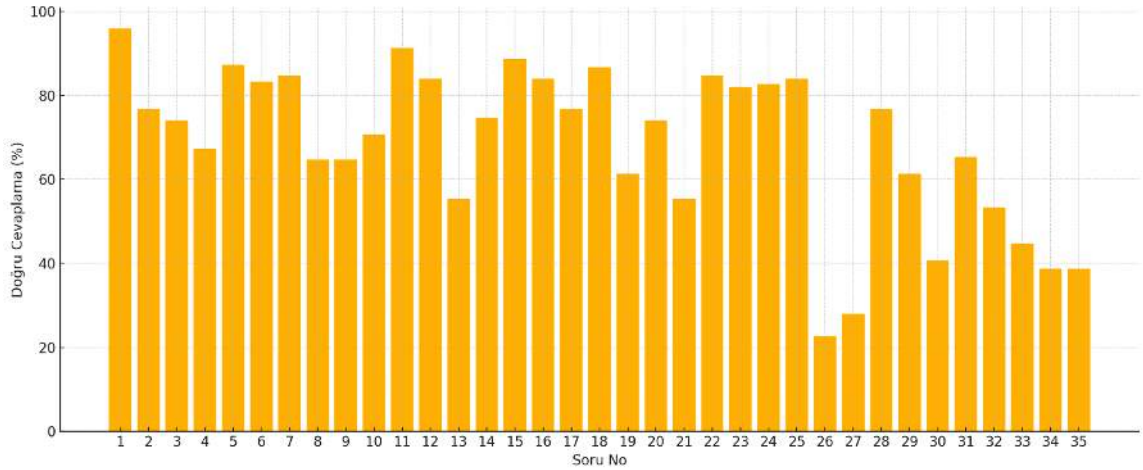
Katılımcılara oral kontraseptiflerin ilaç-ilaç, ilaç-besin ve ilaç-bitki etkileşimleri ile ilgili toplam 8 bilgi sorusu yöneltilmiştir. Verilen yanıtların dağılımı aşağıdaki gibidir.

“Kombine oral kontraseptif kullanımı sırasında geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi kombine oral kontraseptiflerden yeterli yararın alınmamasına sebep olur.” sorusuna katılımcıların %84.0’ı doğru yanıt vermiştir. “Papatya (*Matricaria chamomilla*) çayı CYP3A4 enzim inhibitörü olduğu için oral kontraseptiflerin etkilerini artırabilir.” sorusuna katılımcıların %22.7’si doğru yanıt vermiştir. “Bazı antiepileptik ilaçlar oral kontraseptiflerin metabolizmalarını yavaşlatarak kontraseptif etkinliği artırır.” sorusuna katılımcıların %28.0’i doğru yanıt vermiştir. “Greyfurt suyu, oral kontraseptiflerin etkinliğini artırabilir.” sorusuna katılımcıların %76.7’si doğru yanıt vermiştir. “Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir?” sorusuna katılımcıların %61.3’ü doğru yanıt vermiştir. “Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin metabolizmasını hızlandırarak etkinliğini azaltabilir?” sorusuna katılımcıların %40.7’si doğru yanıt vermiştir.

“Oral kontraseptiflerle birlikte kullanılan hangi bitkisel ürün hormonal etkinliği azaltabilir?” sorusuna katılımcıların %65.3’ü doğru yanıt vermiştir. “Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?” sorusuna katılımcıların %53.3’ü doğru yanıt vermiştir.

Tablo 4.9. Oral kontraseptifler ile ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç-bitki etkileşimi

Sorular	Doğru Cevaplama (n)	Doğru Cevaplama (%)	Yanlış Cevaplama (n)	Yanlış Cevaplama (%)
4. Kombine oral kontraseptif kullanımı sırasında geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi kombine oral kontraseptiflerden yeterli yararın alınmamasına sebep olur.	126	84.0	24	16.0
25. Papatya (Matricaria chamomilla) çayı CYP3A4 enzim inhibitörü olduğu için oral kontraseptiflerin etkilerini artırabilir.	34	22.7	116	77.3
26. Bazı antiepileptik ilaçlar oral kontraseptiflerin metabolizmalarını yavaşlatarak kontraseptif etkinliği artırır.	42	28.0	108	72.0
27. Greyfurt suyu, oral kontraseptiflerin etkinliğini artırabilir.	115	76.7	35	23.3
28. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir?	92	61.3	58	38.7
31. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin metabolizmasını hızlandırarak etkinliğini azaltabilir?	61	40.7	89	59.3
32. Oral kontraseptiflerle birlikte kullanılan hangi bitkisel ürün hormonal etkinliği azaltabilir?	98	65.3	52	34.7
33. Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?	80	53.3	70	46.7



Şekil 4.1. Tüm bilgi sorularına verilen doğru cevap yüzdesi

Çoktan seçmeli sorulara verilen cevapların dağılımı

Katılımcılara “Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %61.3’ü doğru yanıt olan “Rifampin” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Hepsi” %16.7, “Parasetamol” %13.3 ve “Loratadin” %8.7 oranında işaretlenmiştir.

28. soru. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir?

	N	%
Parasetamol	20	13.3%
Rifampin	92	61.3%
Loratadin	13	8.7%
Hepsi	25	16.7%

Katılımcılara “Oral kontraseptifler aşağıdaki hangi duruma sahip bireylerde kontrendikedir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %61.3’ü doğru yanıt olan “Hepsi” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Gebelik” %23.3, “Hipertansiyon” %10.0 ve “Sigara içen ve 35 yaş üstü kadınlar” %5.3 oranında işaretlenmiştir.

29. soru. Oral kontraseptifler aşağıdaki hangi duruma sahip bireylerde kontrendikedir?

	N	%
Hipertansiyon	15	10.0%
Gebelik	35	23.3%
Sigara içen ve 35 yaş üstü kadınlar	8	5.3%
Hepsi	92	61.3%

Katılımcılara “Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin yaygın yan etkilerinden biridir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %76.0’sı doğru yanıt olan “Bulantı” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Kas ağrısı” %11.3, “Saç dökülmesi” %9.3 ve “Görme bozukluğu” %3.3 oranında işaretlenmiştir.

30. soru. Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin yaygın yan etkilerinden biridir?

	N	%
Bulantı	114	76.0%
Saç dökülmesi	14	9.3%
Kas ağrısı	17	11.3%
Görme bozukluğu	5	3.3%

Katılımcılara “Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin metabolizmasını hızlandırarak etkinliğini azaltabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %40.7’si doğru yanıt olan “Karbamazepin” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Amoksisilin” %27.3, “Metformin” %16.7 ve “Paroksetin” %15.3 oranında işaretlenmiştir.

31. soru. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin metabolizmasını hızlandırarak etkinliğini azaltabilir?

	N	%
Paroksetin	23	15.3%
Karbamazepin	61	40.7%
Metformin	25	16.7%
Amoksisilin	41	27.3%

Katılımcılara “Oral kontraseptiflerle birlikte kullanılan hangi bitkisel ürün hormonal etkinliği azaltabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %65.3’ü doğru yanıt olan “Sarı kantaron” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Ekinezya” %16.7, “Zencefil” %13.3 ve “Nane” %4.7 oranında işaretlenmiştir.

32. soru. Oral kontraseptiflerle birlikte kullanılan hangi bitkisel ürün hormonal etkinliği azaltabilir?

	N	%
Zencefil	20	13.3%
Sarı kantaron	98	65.3%
Ekinezya	25	16.7%
Nane	7	4.7%

Katılımcılara “Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların

%53.3'ü doğru yanıt olan “Antikoagülanlar” seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Antibiyotikler” %19.3, “Antiepileptikler” %15.3 ve “NSAID’ler” %12.0 oranında işaretlenmiştir.

33. soru. Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?

	N	%
Antibiyotikler	29	19.3%
Antikoagülanlar	80	53.3%
Antiepileptikler	23	15.3%
NSAID'ler	18	12.0%

Katılımcılara “Oral kontraseptifler ile greyfurt suyunun birlikte tüketimi aşağıdaki hangi etkiye yol açabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Doğru seçenek “Hormonal düzeyde artış ve yan etkilerin şiddetlenmesi” olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %44.7’si doğru yanıt olan bu seçeneği işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “İlaç metabolizmasının hızlanması” %29.3, “İlacın etkinliğinde azalma” %23.3 ve “Hiçbir etki oluşturmaz” %2.7 oranında işaretlenmiştir.

34. soru. Oral kontraseptifler ile greyfurt suyunun birlikte tüketimi aşağıdaki hangi etkiye yol açabilir?

	N	%
Hormonal düzeyde artış ve yan etkilerin şiddetlenmesi	67	44.7%
İlacın etkinliğinde azalma	35	23.3%
İlaç metabolizmasının hızlanması	44	29.3%
Hiçbir etki oluşturmaz	4	2.7%

Katılımcılara “Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin etkisini azaltma olasılığı en yüksek olan durumdur?” sorusu yöneltilmiştir. Doğru seçenek “Rifampin gibi bir antibiyotik ile kullanılması” olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %38.7’si doğru yanıt olan bu seçeneği işaretlemiştir. Diğer seçeneklerden “Düzenli alkol tüketimi” %44.0, “Kafein içeren içeceklerle birlikte alınması” %9.3 ve “Yüksek lifli bir diyetle tüketim” %8.0 oranında işaretlenmiştir.

35. soru. Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin etkisini azaltma olasılığı en yüksek olan durumdur?

	N	%
Yüksek lifli bir diyetle tüketim	12	8.0%
Rifampin gibi bir antibiyotik ile kullanılması	58	38.7%
Düzenli alkol tüketimi	66	44.0%
Kafein içeren içeceklerle birlikte alınması	14	9.3%

36. soru olan sizin ve diğer sağlık çalışanlarının oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimi hakkında yeterli farkındalık ve bilgi birikimine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusu, katılımcıların öznel değerlendirmelerini içeren görüş bildiren bir sorudur. Bu soruya katılımcıların %29.3’ü “evet”, %31.3’ü “hayır” yanıtını vermiştir. Katılımcıların %39.3’ü ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 4.10. Açık uçlu olan 36. soruya verilen cevapların dağılımı

	N	%
Evet	44	29.3%
Hayır	47	31.3%
Yanıt yok	59	39.3%

Olumlu Yanıt Verenler

Katılımcıların bir kısmı, oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimi konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtmiştir. Bu gruptaki yanıtlar genellikle bilgi düzeyinin yeterli ya da orta düzeyde olduğunu ifade eden beyanlardan oluşmaktadır. Örnek bir katılımcı görüşü şu şekildedir:

“Yeterli düzeyde olduğumu düşünüyorum.”

Olumsuz Yanıt Verenler

Bazı katılımcılar ise kendi bilgi düzeylerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Bu gruptaki yanıtlar, farkındalık eksikliğine ve bilgi yetersizliğine vurgu yapmaktadır. Örnek bir katılımcı görüşü şu şekildedir:

“Hayır, düşünmüyorum. Bilgimiz çok eksik.

5. TARTIŞMA

Günümüzde doğurganlık çağındaki bireylerin gebelikten korunma yöntemlerine erişimi, yalnızca bireysel sağlık açısından değil, aynı zamanda toplum sağlığının korunması açısından da hayati öneme sahiptir. Etkin ve bilinçli bir kontrasepsiyon uygulaması, istenmeyen gebelikleri, buna bağlı olarak ortaya çıkan güvenli olmayan düşükleri ve doğurganlıkla ilişkili komplikasyonları önemli ölçüde azaltabilmektedir. Modern yöntemler arasında sıklıkla tercih edilen kombine oral kontraseptiflerin güvenli ve etkili bir biçimde kullanılabilmesi, bireylerin yalnızca yöntemi bilmesine değil; aynı zamanda ilacın farmakolojik özelliklerine, olası ilaç ve besin etkileşimlerine ve doğru kullanım zamanlamasına dair bilgiye sahip olmasına bağlıdır. Bu bilgi aktarımında en önemli rol ise sağlık personeline düşmektedir. Sağlık çalışanlarının kontraseptif bilgi düzeyleri, danışmanlık becerileri ve özellikle ilaç etkileşimi farkındalığı, toplumda kontrasepsiyon hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Biz çalışmamızda, çeşitli kurumlarda görev yapan sağlık personelinin, oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile tutumlarının değerlendirilmesini amaçladık ve çok merkezli bir yapıyla konunun farklı sağlık meslek grupları düzeyinde kapsamlı biçimde ele alınmasını hedefledik. Katılımcılara bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla toplam 35 bilgi sorusu yöneltilmiştir. Soruların 20'si oral kontraseptiflerin genel özelliklerine ilişkin temel bilgi düzeyini, 5'i özel klinik durumlarda kullanımına yönelik bilgileri ve 10'u ise oral kontraseptiflerin ilaçlar, bitkisel ürünler ve besinlerle olan etkileşimlerine dair farkındalığı ölçmeye yönelik hazırlanmıştır.

Helvacıoğlu ve arkadaşlarının (2016) kontraseptif bilgi düzeyine ilişkin yaptığı çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun mesleki olarak aktif görev yaptığı 20–40 yaş aralığında yer aldığı bildirilmiştir. Bu yaş grubunun, kontraseptif danışmanlık hizmetlerinde daha etkin görev aldığı ve saha uygulamalarında aktif rol oynadığı

vurgulanmıştır. Benzer şekilde, bu araştırmada da katılımcıların büyük bir kısmının genç ve orta yaş gruplarındaki bireylerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %42.7'si 20–30 yaş, %37.3'ü ise 31–40 yaş aralığında yer almakta olup toplamda %80'in üzerinde bir oranla mesleki olarak en verimli dönemde oldukları gözlemlenmiştir. Buna karşılık, 41 yaş ve üzeri gruplar daha düşük oranlarda temsil edilmiştir. Bu dağılım, çalışmanın örnekleminin güncel saha pratiğini yansıttığını ve genç sağlık profesyonelleri nezdinde kontraseptif bilgi ve tutumların değerlendirilmesi açısından anlamlı bir zemin sunduğunu göstermektedir. Ayrıca bu yaş grubu, yeni mezuniyet sonrası bilgi tazeliği ile sahada güncel rehber uygulamalarına daha aşina olabileceği için bilgi düzeyinin analizinde de etkili bir faktör olabilir.

Altun ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntemler ve özellikle oral kontraseptifler hakkında daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Bu durumun, kadınların hem kişisel deneyim yoluyla hem de çevresel gözlemler aracılığıyla bilgiye daha fazla maruz kalmalarından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde, katılımcıların çoğunluğunu kadın sağlık personelinin oluşturduğu görülmektedir. Bu dağılım, cinsiyetin kontraseptif bilgi düzeyi ve danışmanlık davranışlarında belirleyici bir değişken olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların meslek dağılımı incelendiğinde, en yüksek katılımın eczacılar (%35.3) ve hemşire/ebelerden (%34.0) oluştuğu görülmektedir. Bu dağılım, kontraseptif danışmanlık ve ilaç etkileşimleri açısından doğrudan rol üstlenen iki önemli sağlık meslek grubunun sürece aktif şekilde dahil olduğunu ortaya koymaktadır. Gültekin ve Yıldız (2020) tarafından yapılan çalışmada da hemşire ve eczacıların kontraseptif uygulamalarda en çok danışılan gruplar olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu meslek gruplarının bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, genel halk sağlığı açısından da stratejik önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısının (%48.7) mesleki deneyiminin 0–5 yıl arasında olması, henüz meslek hayatının başında olan sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyini incelemeyi mümkün kılmıştır. Bu durum, teorik bilgilerin pratikte ne derece korunabildiğini ve klinik uygulamalarda bilgi transferinin ne ölçüde gerçekleştiğini değerlendirmek açısından önemlidir. Benzer şekilde, Çelik ve arkadaşlarının (2021) yeni

mezun sağlık çalışanlarının güncel kontraseptif protokollere hkimiyetinin daha yüksek olduğunu belirtirken, deneyim süresi arttıa bu bilgilerin güncellenme ihtiyaı doğduğunu vurgulamıştır.

Balkaya ve arkadaşlarının (2021) Türkiye’nin batısında gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık personelinin yalnızca %57.2’sinin her zaman ya da çoğunlukla aile planlaması (AP) danışmanlık hizmeti verdiği bildirilmiştir. Bu bulgu, kontraseptif bilgi aktarımında danışmanlık hizmetlerinin henüz yaygın ve sistematik bir biçimde uygulanmadığını ortaya koymaktadır. Bu araştırmada da sağlık personelinin %64.0’ı oral kontraseptif ilaçlarla birlikte kullanılmaması gereken ilaçlar veya besinler hakkında hastalarına bilgi verdiğini ifade etmiştir. Bu oran, genel danışmanlık oranlarının üzerinde seyretmekle birlikte, hl üçte birlik bir grubun bu konuda bilgilendirme yapmadığını göstermektedir.

Araştırmada, sağlık personelinin oral kontraseptiflere ilişkin temel farmakolojik bilgi düzeyinin genel olarak yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %96.0’ının oral kontraseptiflerin östrojen ve progestin içerdiğini doğru olarak belirtmesi, konuya ilişkin temel farmakolojik bilgilere hkim olunduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Altun ve arkadaşlarının (2020) alışmasında sağlık personelinin hormonal kontraseptiflerin içeriklerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu bildirmesiyle paralellik göstermektedir.

Benzer şekilde, çalışmamızda da katılımcıların büyük çoğunluğu (%91.3) kombine oral kontraseptiflerin başlanması için en uygun zamanın menstrual siklusun ilk 5 günü olduğunu doğru yanıtla mış, %88.7’si minihapların her gün aynı saatte alınması gerektiğini bilmiştir. Bu sonuçlar, günlük uygulamalarda sık karşılaşılan konulara ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. zyurt ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da, sağlık personelinin sık kullanılan kontraseptif rejimlerde bilgi düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bazı soruların doğru yanıtlanma oranı görece düşüktür. KOK kullanımında “dinlenme aralıklarının zorunlu olup olmadığına” ilişkin doğru yanıt oranı sadece %55.3’tür. Bu bulgu, Sağlam ve Yılmaz’ın (2017) alışmasındaki bulgularla benzerdir; araştırmalar, uygulamada daha az karşılaşılan ya da teorik bilgi gerektiren konularda bilgi düzeyinin düşüğünü ortaya koymaktadır.

Ayrıca katılımcıların %64.7'si acil oral kontraseptiflerin yalnızca ilk 24 saat içinde etkili olduğu yönündeki ifadeyi yanlış olarak tanımlayabilmiş, yine aynı oranda kişi sentetik progesteronların anti-androjenik etki oluşturmadığını doğru bilmiştir. Bu iki madde, daha spesifik farmakodinamik bilgilere dayandığı için bilgi eksikliği yaşandığını göstermektedir.

Katılımcıların yalnızca %61.3'ü oral kontraseptiflerin kontrendike olduğu durumları doğru şekilde tanımlayabilmiştir. Bu oran, klinik karar verme süreçleri açısından yetersiz olarak değerlendirilebilir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında da benzer şekilde, sağlık çalışanlarının yalnızca yarısının doğru kontrendikasyon bilgisine sahip olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hasta güvenliğini doğrudan etkileyebilecek bilgilerde eksiklik yaşandığını göstermektedir.

Genel olarak bakıldığında, oral kontraseptiflerin sık kullanılan formları ve yaygın yan etkileri gibi pratik bilgiler konusunda yüksek düzeyde bilgiye sahip olunduğu, ancak farmakolojik detaylar, özel durumlar ve doğru kullanım protokolleri gibi daha spesifik konularda bilgi düzeyinin düştüğü anlaşılmaktadır.

Katılımcıların bazı özel klinik durumlarda oral kontraseptif (OK) kullanımı konusundaki bilgi düzeyi incelendiğinde, emzirme döneminde kombine OK kullanımının uygun olmadığını bilenlerin oranı %74,0 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde Dur ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında emzirme döneminde östrojen içeren kontraseptiflerin sakıncalı olduğu yönünde sağlık personellerinin bilgi eksiklikleri olduğu vurgulanmıştır.

Meme kanseri tanısı veya şüphesi bulunan bireylerde hormonal OK kullanımının uygun olmadığını bilenlerin oranı bu çalışmada %55,3'tür. Eren ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da konuya ilişkin farkındalığın yeterince yüksek olmadığı anlaşılmaktadır.

Bu veriler, sağlık personelinin bazı klinik özel durumlara ilişkin genel farkındalığının görece yüksek olduğunu; ancak özellikle malignite gibi kritik risk gruplarına yönelik bilgi düzeyinde geliştirilmeye açık alanlar bulunduğunu göstermektedir.

Katılımcıların oral kontraseptiflerin ilaç-ilâç, ilaç-besin ve ilaç-bitki etkileşimlerine dair bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yöneltilen 8 soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, bilgi düzeyinin bazı temel alanlarda yüksek olmakla birlikte, özellikle bitkisel ürün etkileşimlerinde belirgin eksiklikler içerdiği görülmektedir.

“Kombine oral kontraseptif kullanımı sırasında geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi kombine oral kontraseptiflerden yeterli yararın alınmamasına sebep olur” ifadesi katılımcıların %84,0’ü tarafından doğru yanıtlanmıştır. Bu oran, Dönmez ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışma ile paralellik göstermektedir. Her iki çalışma da, sağlık çalışanlarının antibiyotiklerin kontraseptif etkinlik üzerindeki potansiyel etkisi konusunda görece iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu göstermektedir.

“Papatya (*Matricaria chamomilla*) çayı CYP3A4 enzim inhibitörü olduğu için oral kontraseptiflerin etkilerini artırabilir” ifadesine yalnızca %22,7 oranında doğru yanıt verilmiştir. Literatürde, papatya ve benzeri bitkisel ürünlerin CYP enzimleri üzerindeki etkisinin bireysel biyoyararlanımı değiştirebileceği belirtilmektedir (Borrelli ve Izzo, 2009). Bu bilgi bazı sağlık çalışanları arasında yaygın olarak bilinmemektedir; bu da düşük doğru yanıt oranını açıklamaktadır.

“Bazı antiepileptik ilaçlar oral kontraseptiflerin metabolizmalarını yavaşlatarak kontraseptif etkinliği artırır” ifadesine yalnızca %28,0 oranında doğru yanıt verilmiştir. Bu ifade teknik olarak yanlıştır; çünkü karbamazepin, fenitoin gibi birçok antiepileptik ilaç CYP3A4 enzim indüksiyonuyla oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltır (Harden vd., 2009). Bu bulgu, katılımcıların antiepileptik ilaçlarla etkileşim konusundaki bilgi eksikliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Son olarak, “Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?” sorusu %53,3 oranında doğru yanıtlanmıştır. Bu bilgi, özellikle östrojen içeren OK’lerin tromboemboli riskini artırdığı ve birlikte kullanılan bazı ilaçların bu riski yükseltebileceği yönündeki verilerle (Lidegaard vd., 2012) örtüşmektedir. Ancak doğru yanıt oranının sadece yarıya yakın olması, bu hayati konudaki bilgi eksikliğini göstermektedir.

Sonuç olarak, sağlık personelinin farmakolojik etkileşimlere dair bazı temel bilgilere sahip olduğu; ancak özellikle bitkisel ürünler ve spesifik farmakokinetik mekanizmalar gibi daha detaylı konularda bilgi eksikliklerinin dikkat çekici olduğu görülmektedir.

Açık uçlu yanıtlarda ise katılımcılar bilgi düzeylerini “Yeterli düzeyde olduğumu düşünüyorum”, “Genel olarak evet”, “Kısmen”, “Orta düzeyde” gibi ifadelerle belirtmişlerdir. Bu yanıtlar, katılımcıların bir kısmının bilgi düzeyini yeterli görse de,

büyük bir kısmının kendini tam donanımlı hissetmediğini göstermektedir. Özellikle “Hayır yeterli bir bilgiye sahip değilim”, “Hayır düşünmüyorum”, “Bilgimiz çok eksik”, “Hâlâ olmaya çalışıyorum” gibi ifadeler, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun bu alanda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğuna işaret etmektedir. Bazı katılımcıların “Verimli bir çalışma”, “Yeterince”, “Kısmen evet” gibi ara değerlendirme cümleleri ise bilgi düzeylerinin tamamen yetersiz olmadığını, ancak derinlikli bilgiler ve klinik uygulamaya yönelik beceriler konusunda eksiklik yaşadıklarını göstermektedir.

Bu çalışma, sağlık personelinin oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimleri konusundaki bilgi düzeyini çok yönlü biçimde değerlendirmiştir. Bulgular, temel farmakolojik bilgilerde yeterliliğin yüksek olduğunu, ancak özel klinik durumlar ve özellikle bitkisel ürünlerle ilaç etkileşimleri gibi kritik alanlarda belirgin bilgi eksikliklerinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, danışmanlık hizmetlerinin her sağlık çalışanı tarafından tutarlı biçimde sunulmadığı, uygulamaya dönük yeterlilik konusunda katılımcıların kendilerini eksik hissettikleri anlaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının oral kontraseptiflerin (OK) kullanımı, etkileri, etkileşimleri ve danışmanlık süreçlerine yönelik bilgi düzeylerini ve farkındalık durumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hem çoktan seçmeli hem açık uçlu sorular içeren kapsamlı bir anket uygulanmış hem sayısal veriler hem de öznel değerlendirmeler ışığında bulgular analiz edilmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu OK'lerin temel farmakolojik özellikleri (hormon içeriği, kullanım zamanı, yaygın yan etkiler vb.) hakkında yeterli bilgiye sahiptir. Ancak, daha özel durumlara yönelik bilgi düzeyi - özellikle yaş, migren, emzirme, hipertansiyon gibi durumlarda doğru kullanım bilgisi- bazı konularda yetersiz kalmaktadır. Bu eksiklikler, klinik karar verme süreçlerinde potansiyel hatalara neden olabilecek düzeydedir.

Özellikle dikkat çeken bir diğer bulgu, OK'lerin diğer ilaçlar, bitkisel ürünler (sarı kantaron, papatya vb.) ve besinler (greyfurt suyu) ile olan etkileşimlerine dair bilgi eksiklikleridir. Bu konularla ilgili doğru yanıt oranları düşük çıkmış; sağlık çalışanlarının çoğunun bu potansiyel etkileşimleri bilmediği veya karıştırdığı görülmüştür. Oysaki bu tür etkileşimler, oral kontraseptif etkinliğini azaltarak istenmeyen gebeliklere ya da ilaca bağlı advers etkilerin artmasına yol açabilecek klinik açıdan önemli durumlardır.

Çoktan seçmeli senaryo sorularında da bazı kritik eksiklikler göze çarpmıştır. Katılımcıların önemli bir kısmı, rifampin ve karbamazepin gibi ilaçların kontraseptif etkinlik üzerindeki etkisini ya da greyfurt suyunun hormonal düzeylerdeki rolünü yeterince doğru yorumlayamamıştır. Bu durum, teorik bilginin klinik uygulamaya aktarımında eksiklikler olduğunu göstermektedir.

Açık uçlu sorulardan elde edilen nitel bulgular da bu durumu destekler niteliktedir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri bilgi düzeyini yeterli bulurken, önemli bir kısmı bilgi eksikliği yaşadığını belirtmiştir. Özellikle “kısmen”, “eksik”, “geliştirmem gerekiyor” gibi ifadeler, sağlık çalışanlarının konunun öneminin farkında olduklarını ancak kendilerini yeterli hissetmediklerini ortaya koymaktadır. Bu farkındalık, eğitim ihtiyacının da içtenlikle kabul edildiğini göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının oral kontraseptiflere dair temel bilgiler açısından yeterli düzeyde oldukları; ancak etkileşimler, özel klinik durumlar, bireyselleştirilmiş kontraseptif seçim ve hasta danışmanlığı konularında gelişime açık oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğini artırmak adına hizmet içi eğitimlerin yeniden yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, daha önce yapılan bazı araştırmalarla örtüşmektedir. Örneğin, Helvacıoğlu ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hemşire ve ebelerin bazı durumlarda bilgi eksikliği yaşadığı, bu durumun danışmanlık süreçlerini etkileyebileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, doktor ve eczacıların özellikle ilaç etkileşimleri konusunda eksik bilgiye sahip olabildiği başka çalışmalarda da belirtilmiştir (Demir ve ark., 2012). Dolayısıyla, bu araştırma hem mevcut durumu tanımlamakta hem de alan yazına güncel bir katkı sunmaktadır.

Öneriler

Hizmet içi eğitimlerin artırılması: Sağlık çalışanlarına yönelik, güncel kılavuzlara dayanan ve vaka temelli anlatımları içeren eğitimlerin düzenli aralıklarla verilmesi önerilmektedir. Eğitimlerde özellikle etkileşimler, özel durumlar ve farmakolojik detaylara ağırlık verilmelidir.

Bitkisel ürün ve gıda etkileşimlerine yönelik farkındalık çalışmaları yapılmalı: Bitkisel ürün kullanımının yaygın olduğu ülkemizde, sarı kantaron, papatya ve greyfurt gibi maddelerin kontraseptif etkinlik üzerine etkilerinin sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmesi sağlanmalıdır.

Hasta danışmanlık becerileri güçlendirilmelidir: Bilgi düzeyinin danışmanlık pratiğine aktarılması açısından klinik senaryolar üzerinden eğitimler düzenlenmeli; özellikle genç ve deneyimi az sağlık çalışanlarının danışan yönetimi konusunda desteklenmesi sağlanmalıdır.

Multidisipliner yaklaşım teşvik edilmelidir: Eczacı, hemşire, hekim ve ebe gibi farklı disiplinlerden sağlık çalışanlarının birlikte planlanacak kontraseptif danışmanlık hizmetlerinde koordinasyon içinde çalışması desteklenmelidir.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerine dair önemli bulgular ortaya koymuş ve konuya ilişkin eğitimsel gelişim ihtiyacını açıkça göstermiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda yapılacak hedefe yönelik iyileştirmeler, hem bireysel bilgi düzeyinin artırılmasına hem de toplumda daha güvenli ve bilinçli kontraseptif kullanımının sağlanmasına katkı sunacaktır.

KAYNAKLAR

- Aksoy, M. (2010). *Etinil Östradiol (0.30 mg) ve Drospirenon (3 mg) içeren oral kontraseptiflerin servikal mukus mukoprotein içeriği üzerine etkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi), Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Aktay, G., Hancı, İ., ve Balseven, A. (2003). İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 7, 261–264.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010). *Emergency contraception* (ACOG Practice Bulletin No. 112, p. 10).
- Ay, P., Hidiroglu, S., Topuzoglu, A., Ucar, M. S., Kose, O. O., ve Save, D. (2007). Do perceived health risks outweigh the benefits of modern contraceptives? A qualitative study in a suburban population in Istanbul, Turkey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(2), 154–161.
- Bahamondes, L., Fernandes, A., Monteiro, I., and Bahamondes, M. V. (2020). Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 28–40.
- Baksu, A., Gunes, G., Aki, G., Tuysuz, F., and Goker, N. (2005). Change in contraceptive choices and the effect of education on use of contraception at the family planning clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(2), 98–104.
- Beck, W. W. (1998). Aile planlaması: Kontrasepsiyon ve komplikasyonları. In *National Medical Series for Independent Study (NMS)* (A. U. Asena, Çev. Ed., ss. 241–248).
- Berker, B. (2009, Nisan 23–25). Non-hormonal kontrasepsiyon. 6. *Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, Ankara, Türkiye, ss. 19–20.
- Bilgiç, H., ve Karadağ, M. (2010). Tüberküloz. *Türk Toraks Derneği Dergisi*, 11, 295–395.
- Black, A., Francoeur, D., and Rowe, T. (2004). Canadian contraception consensus: SOGC clinical practice guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(3), 219–254.
- Breitkopf, D. M., Rosen, M. P., Young, S. L., and Nagamani, M. (2003). Efficacy of second versus third generation oral contraceptives in the treatment of hirsutism. *Contraception*, 67, 349.
- Brynhildsen, J. (2014). Combined hormonal contraceptives: Prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 5(5), 201–213.
- Ceran, N. (2017). Antibiyotiklerle ilişkili ilaç etkileşimleri. Erişim tarihi: 10 Şubat 2025
Erişim adresi: <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/1082011112050-ht1jbxwhhqv.pdf>
- Cindoğlu, D., Sirkeci, İ., and Sirkeci, R. F. (2008). Determinants of choosing withdrawal over modern contraceptive methods in Turkey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(4), 412–421.

- Çayan, A. (2009). *15–49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi* (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
- Demir, C., Tıraş, B., Gökmen, O., Dilbaz, B., ve Yeniel, Ö. (2012). *Oral kontrasepsiyon kılavuzu* (s. 11–54). Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- Demirkan, K. (2003). Yoğun bakımda klinik eczacının rolü. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yoğun Bakım Dergisi*, 3(3), 182–188.
- Devlet İstatistik Enstitüsü. (1995). *The population of Turkey, 1923–1994: Demographic structure and development*. Ankara.
- Doğdu, S. (2013). *Epilepsi hastalığı ve tedavi yöntemleri* (Bitirme ödevi). Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Kayseri.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. (2008). *Progestogen-only pills. FSRH Guidance*, November, 1–19.
- FHI360. (2012). Promoting family planning. In *Facts for family planning* (pp. 6–13). Durham, NC: FHI360/Communication for Change Project. https://fphandbook.org/sites/default/files/factsforfamilyplanning_0.pdf
- Foster, R. H., and Wilde, M. I. (1998). Dienogest. *Drugs*, 56, 825.
- Gaspard, U., Pintiaux, A., and Kridelka, F. (2010). Medication of the month: A new combined oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest (Qlaira). *Revue Médicale de Liège*, 65(12), 706–713.
- Gezmen-Karadağ, M., Türközü, D., ve Topağaç Kapucu, D. (2013). Bitkiler ve ilaç etkileşimleri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 164–170.
- Goldzieher, J. W. (1990). Selected aspects of the pharmacokinetics and metabolism of ethinyl estrogens and their clinical implications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163, 318.
- Grewal, M., and Burkman, R. T. (2003). Contraception and family planning. In A. H. DeCherney & L. Nathan (Eds.), *Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment* (9th ed., pp. 631–650). New York: McGraw-Hill.
- Guilbert, E., Black, A., Dunn, S., et al. (2008). Missed hormonal contraceptives: New recommendations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30, 1050–1062.
- Gözü, R. (2016). *Tüberküloz ilaç yan etkileri ve klinik yaşam*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Erişim Tarihi: 3 Mart 2025. Erişim adresi: http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/982011125215-Oktaay_Gozu.pdf
- Gürbüz, İ. (2004, Şubat). Oral kontraseptiflerin ilaçlar ve bitkisel ilaçlar ile etkileşimleri. *Eczacı Dergisi*, 7, 18–24.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK ile işbirliği içinde. Ankara, Türkiye.

- Harper, D. M., Wilfling, L. E., and Blanner, C. F. (2019). Kontrasepsiyon. In R. E. Rakel & D. P. Rakel (Eds.), *Aile hekimliği* (9. baskı, ss. 491–500). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Hatch, R. A., et al. (1994). *Contraceptive technology* (16th rev. ed.). New York: Irrington Publishers.
- Helvacıoğlu, Ç., Dağdeviren, H., Kanawati, A., Cengiz, H., ve Ekin, M. (2018). Oral kontraseptifler hakkında toplumun farkındalık düzeyi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 53–56.
- Huber, S. C., Piatrow, P. T., Orlans, B., and Dommer, G. (1975). Intrauterine devices. *Population Reports*, B(2).
- International Consortium for Emergency Contraception. (2004). *Emergency contraceptive pills: Medical and service delivery guidelines* (2nd ed.).
- Jeannette, E. S., Samuel, C. M., and Evely, L. L. (2007). *Current aile hekimliği* (A. Kut, İ. Tokalak & M. G. Eminsoy, Çev. Ed.). Ankara: Öncü Basımevi.
- Kaya Temiz, T. Kontrasepsiyon yöntemleri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı. Erişim Tarihi: 15 Mart 2025. Erişim adresi: <http://slideplayer.biz.tr/slide/3662286/>
- Krishnan, S., and Kiley, J. (2010). The lowest-dose, extended-cycle combined oral contraceptive pill with continuous ethinyl estradiol in the United States: A review of the literature on ethinyl estradiol 20 mcg/levonorgestrel 100 mcg + ethinyl estradiol 10 mcg. *International Journal of Women's Health*, 2, 235–239.
- Kurtuluş, H. (2009). *Aile planlaması danışmanlığı verilmesinin yöntem seçimine etkileri* (Uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği.
- Küçük, M., Aksu, H., ve Sezer, S. D. (2012). Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills. *Gynecological Endocrinology*, 28(4), 282–285.
- Lanzola, E. L., and Ketvertis, K. (2021). Intrauterine device. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Moraes, L. G., Marchi, N. M., Pitoli, A. C., Hidalgo, M. M., Silveira, C., Modesto, W., and Bahamondes, L. (2016). Assessment of the quality of cervical mucus among users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system at different times of use. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21, 318–322.
- NHS Evidence. (t.y.). Venous thromboembolism and hormonal contraception. *RCOG Green-top Guideline No. 40*, 1–13.
- Oelkers, W., Helmerhorst, F. M., Wuttke, W., and Heithecker, R. (2000). Effect of an oral contraceptive containing drospirenone on the renin-angiotensin-aldosterone system in healthy female volunteers. *Gynecological Endocrinology*, 14, 204.
- Okoth, K., Chandan, J. S., Marshall, T., Thangaratinam, S., Thomas, G. N., Nirantharakumar, K., and Adderley, N. J. (2020). Association between the reproductive health of young women and cardiovascular disease in later life: Umbrella review. *BMJ*, 371, m3502.

- Ozgür, S., Bozkurt, A. I., Sahinöz, S., Ozçirpici, B., Sahinöz, T., Saka, G., et al. (2004). Family planning in the Southeast Anatolian Project Region. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9(2), 78–88.
- Ozçirpici, B., Ozgür, S., Sahinoz, S., Bozkurt, A. I., Sahinoz, T., Ilcin, E., et al. (2005). Attitudes towards family planning in the Southeast Anatolian Project (SEAP) region of Turkey. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(2), 121–122.
- Özçelik, E. (2016). Doğal aile planlaması yöntemleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(7), 45–53.
- Pathfinder International. (1999). *Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum: Module 4 – Combined oral contraceptives and progestin-only pills* (pp. 1–221). Pathfinder International.
- Richter, R. (1909). Ein Mittel zur Verhütung der Konzeption. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 35, 1525.
- Sanger, M., Stone, H. M., and Grafenberg, E. (1930). An intrauterine contraceptive method. In *The practice of contraception* (pp. 33–47). Maryland.
- Sanhal, C. Y., Ulukuş, M., ve İtil, İ. M. (2012). Kontrasepsiyonda güncel gelişmeler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2, 85–93.
- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cilt II – Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı*. Ankara: Damla Matbaacılık.
- Schwartz, B., Gaventa, S., Broome, C. V., Reingold, A. L., Hightower, A. W., Perlman, J. A., and Wolf, P. H. (1989). Nonmenstrual toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives: Report of a case study. *Diseases*, 11(Suppl 1), 543.
- Shimp, L. A., and Smith, M. A. (2015). Gebeliğin önlenmesi, kontrasepsiyon ve medikal abortus. In P. D. Sloane & L. M. Slatt (Eds.), *Aile hekimliğinin esasları* (6. baskı, ss. 309–326). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.
- Shukla, A., Jamwal, R., and Bala, K. (2016). Adverse effect of combined oral contraceptive pills. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10(1), 17.
- Speroff, L., and DeCherney, A. (1993). Evaluation of a new generation of oral contraceptives. *Obstetrics and Gynecology*, 81, 1034.
- Şarışen, Ö., ve Çalışkan, D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat (!). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(8), 182–187.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000). *Deri altı implantları. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi* (s. 432). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). *Aile planlaması danışmanlığı katılımcı kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Taneepanichskul, S., and Dusitsin, N. (2003). Contraception in perimenopause. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 86(Suppl 2), S140–S144.

- Tekeli, A. (2011). *21 tabletlik oral kontraseptiflerin düşük doz östrojen içeren 24 tabletlik oral kontraseptiflerle, ovaryan aktivite supresyonu, premenstrüel semptomları düzeltme ve yan etkileri açısından karşılaştırılması* (Uzmanlık tezi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tepper, N. K., Dragoman, M. V., Gaffield, M. E., and Curtis, K. M. (2017). Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*, 95(2), 130–139.
- The ESHRE Capri Workshop Group. (2003). Hormonal contraception without estrogens. *Human Reproduction Update*, 9(4), 373–386.
- Trussell, J., Ellertson, C., and Stewart, F. (1996). The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Family Planning Perspectives*, 28(2), 58–64.
- Türk Nöroloji Derneği. (2015). *Epilepsi rehberi*. Erişim tarihi: 13 nisan 2025. Erişim adresi: <http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/epilepsi.pdf>
- Türkiye Aile Planlaması Derneği. (2011). *Aile planlaması bilinci - Doğum kontrol yöntemleri kullanımı çalışması*.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2016). Reproductive health at the global and regional levels. In *Universal access to reproductive health: Progress and challenges* (pp. 10–27). UNFPA.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). *Family planning*. <https://www.unfpa.org/familyplanning#readmore-expand>
- Ünlüoğlu, İ. (2006). Laktasyonel amenore metodu. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 2(22), 60–67.
- Weiderpass, E., Adami, H. O., Baron, J. A., Magnusson, C., Lindgren, A., and Persson, I. (1999). Use of oral contraceptives and endometrial cancer risk (Sweden). *Cancer Causes & Control*, 10, 277.
- Wiegratz, I., and Thaler, C. J. (2011). Hormonal contraception—What kind, when, and for whom? *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(28–29), 495–506.
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. (2018). *Family planning: A global handbook for providers* (Updated 3rd ed.). Baltimore and Geneva: CCP and WHO.
- World Health Organization. (2018). *Family planning: A global handbook for providers* (2018 update). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
- World Health Organization. (2020). *Family planning/contraception methods*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Wu, C. H., Wang, C. C., and Kennedy, J. (2011). Changes in herb and dietary supplement use in the US adult population: A comparison of the 2002 and 2007 National Health Interview surveys. *Clinical Therapeutics*, 33(11), 1749–1758.



EKLER

Ek-1. Etik Kurul Kabul Kararı



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI
SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	29/11/2024
Protokol No	11/08
Araştırma Başlığı	Sağlık Personellerinin Oral Kontraseptiflerin Kullanımı ve Etkileşimleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
Araştırma Türü	Nicel- Tanımlayıcı (tarama)
Araştırmacılar	Ecz. Zehra KINA (Sorumlu Araştırmacı) Dr. Öğr. Üyesi İsmail Çağrı AYDIN (Araştırmacı) Doç. Dr. Büşra Dincer (Araştırmacı)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama: 1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek-2. Anket Formu

Sağlık personellerinin oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimleri hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Bu anket çalışması, sağlık personellerinin oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimi hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmasötik Bilimler yüksek lisans programı kapsamında yapılmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Özel kişisel bilgi gerektirmeyen anket 36 sorudan oluşmaktadır. Anketin cevaplandırılması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Ankete katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmamıza destek olup ankete katıldığınız için teşekkür ederiz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Ecz. Zehra Kına

Dr. Öğr. Üyesi İ. Çağrı AYDIN

Doç. Dr. Büşra DİNCER

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum ☐

Anket: Sağlık personellerinin oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimleri hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

A. Demografik Bilgiler

1. Yaşınız:

☐20-30

☐31-40

☐41-50

☐51-60

☐61 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz:

☐Kadın

☐Erkek

3. Meslek grubunuz:

☐Doktor

☐Eczacı

☐Hemşire

☐Ebe

Ek-2. Anket Formu (Devam)

4. Mesleki deneyim süreniz:

- ☐0-5 yıl
- ☐6-10 yıl
- ☐10-20 yıl
- ☐21 yıl üzeri

5. Çalıştığınız kurum türü:

- ☐Devlet Hastanesi
- ☐Üniversite Hastanesi
- ☐Özel Hastane
- ☐Aile Sağlığı Merkezi
- ☐Diğer: _____

6. Hastalarınıza oral kontraseptiflerle beraber kullanmamaları gereken ilaçlar veya besinler hakkında bilgi verir misiniz?

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

B. Bilgi Düzeyi Soruları

1. Oral kontraseptifler östrojen ve progestin hormonlarını içerir.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

2. Kombine oral kontraseptif bırakıldıktan sonra doğurganlık olumsuz etkilenir.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

3. Kombine oral kontraseptifler akne ve hirsutizmde azalma oluşturlar.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

4. Kombine oral kontraseptif kullanımı sırasında geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi kombine oral kontraseptiflerden yeterli yararın alınmamasına sebep olur.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

5. 40 yaş üstü kadınlarda oral kontraseptif kullanımında tercih edilmesi gereken etinil estradiol miktarı daha yüksek olmalıdır.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

6. Kombine oral kontraseptif kullanımının başlangıçta; adet kanamasında değişiklik, kilo artışı, bulantı, baş ağrısı gibi advers reaksiyonlara sebep olabilir.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

7. Bazı kombine oral kontraseptifler plasebo tablet içermektedir.

- ☐Doğru
- ☐Yanlış

Ek-2. Anket Formu (Devam)

8. KOKlerin emzirme döneminde kullanımında bir sakınca yoktur, devam edilmesi gerekir.
☐Doğru
☐Yanlış
9. Meme kanseri tanısı ya da şüphesi olan hastalarda minihapların kullanımı sorun teşkil etmez.
☐Doğru
☐Yanlış
10. Oral kontraseptif kullanan hastalarda sigara kullanımına ve miktarına dikkat edilmelidir.
☐Doğru
☐Yanlış
11. Kontrasepsiyonsuz ya da kontrasepsiyonun başarısız olduğu bir cinsel ilişkiden sonra acil oral kontrasepsiyon yöntemine başvurulması gerekir.
☐Doğru
☐Yanlış
12. Östrojeni tolere edemeyen kadınlarda minihaplar tercih edilmelidir.
☐Doğru
☐Yanlış
13. Acil oral kontraseptifler sadece korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 24 saat içerisinde alınırsa etkili olur.
☐Doğru
☐Yanlış
14. Sentetik progesteronlar anti-androjenik etki oluşturmazlar.
☐Doğru
☐Yanlış
15. Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı sırasında migren gelişmesi Kombine oral kontraseptif kullanımına engel teşkil etmez.
☐Doğru
☐Yanlış
16. Kombine oral kontraseptifleri kullanmaya başlamak için en uygun zaman menstrual siklusun ilk 5 günüdür.
☐Doğru
☐Yanlış
17. 21 gün süreli kombine oral kontraseptifler kullanan kadınların, 7 günden uzun ara vermemesi gereklidir.
☐Doğru
☐Yanlış
18. Hipertansif kadınlarda oral kontraseptif kullanımı kardiyovasküler hastalık riskini artırır.
☐Doğru
☐Yanlış

Ek-2. Anket Formu (Devam)

19. Kombine oral kontraseptifler kullanımında dinlenme aralıklarının mutlaka verilmesine gerek vardır.
- ☐Doğru
☐Yanlış
20. Oral kontraseptif kullanımı aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesini sağlar.
- ☐Doğru
☐Yanlış
21. Minihaplar günün yaklaşık olarak aynı saatlerinde alınması gerekir.
- ☐Doğru
☐Yanlış
22. Bazı kadınlarda acil kontrasepsiyondan sonra düzensiz kanama ve lekelenmelerin görülmesi normaldir.
- ☐Doğru
☐Yanlış
23. Minihaplara menstrual siklusun ilk 5 günü içinde başlanmazsa ilk 7 gün ek bir kontraseptif yöntem kullanmaya gerek yoktur.
- ☐Doğru
☐Yanlış
24. Kombine oral kontraseptifler kullanmakta olan bir kadın hamile kalırsa kombine oral kontraseptifler kullanımını hemen bırakması gerekir.
- ☐Doğru
☐Yanlış
25. Papatya (*Matricaria chamomilla*) çayı CYP3A4 enzim inhibitörü olduğu için oral kontraseptiflerin etkilerini artırabilir.
- ☐Doğru
☐Yanlış
26. Bazı antiepileptik ilaçlar oral kontraseptiflerin metabolizmalarını yavaşlatarak kontraseptif etkinliği artırırlar.
- ☐Doğru
☐Yanlış
27. Greyfurt suyu, oral kontraseptiflerin etkinliğini artırabilir.
- ☐Doğru
☐Yanlış
28. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir?
- ☐Parasetamol
☐Rifampin
☐Loratadin
☐Hepsi

Ek-2. Anket Formu (Devam)

29. Oral kontraseptifler aşağıdaki hangi duruma sahip bireylerde kontrendikedir?
- ☐Hipertansiyon
 - ☐Gebelik
 - ☐Sigara içen ve 35 yaş üstü kadınlar
 - ☐Hepsi
30. Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin yaygın yan etkilerinden biridir?
- ☐Bulantı
 - ☐Saç dökülmesi
 - ☐Kas ağrısı
 - ☐Görme bozukluğu
31. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi oral kontraseptiflerin metabolizmasını hızlandırarak etkinliğini azaltabilir?
- ☐Paroksetin
 - ☐Karbamazepin
 - ☐Metformin
 - ☐Amoksisilin
32. Oral kontraseptiflerle birlikte kullanılan hangi bitkisel ürün hormonal etkinliği azaltabilir?
- ☐Zencefil
 - ☐Sarı Kantaron (St. John's Wort)
 - ☐Ekinezya
 - ☐Nane
33. Oral kontraseptifler aşağıdaki ilaç gruplarından hangileriyle birlikte kullanıldığında kan pıhtılaşma riskini artırabilir?
- ☐Antibiyotikler
 - ☐Antikoagülanlar
 - ☐Antiepileptikler
 - ☐NSAID'ler
34. Oral kontraseptifler ile greyfurt suyunun birlikte tüketimi aşağıdaki hangi etkiye yol açabilir?
- ☐Hormonal düzeylerde artış ve yan etkilerin şiddetlenmesi
 - ☐İlacın etkinliğinde azalma
 - ☐İlaç metabolizmasının hızlanması
 - ☐Hiçbir etki oluşturmaz
35. Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin etkisini azaltma olasılığı en yüksek olan durumdur?
- ☐Yüksek lifli bir diyetle tüketim
 - ☐Rifampin gibi bir antibiyotikle kullanılması
 - ☐Düzenli alkol tüketimi
 - ☐Kafein içeren içeceklerle birlikte alınması

Ek-2. Anket Formu (Devam)

- 36.** Sizin ve diğ er sağlık çalışanlarının oral kontraseptiflerin kullanımı ve etkileşimi hakkında, yeterli farkındalık ve bilgi birikimine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? (Açık uçlu)



ÖZGEÇMİŞ

İlkokul ve ortaokulunu Gaziantep'teki okullarda, lise eğitimini ise Şanlıurfa Birecik Türkan Halit Aykılıç Fen Lisesinde tamamladı. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden 2022 yılında mezun oldu. Lisans eğitiminin ardından hastane eczacısı olarak görevini sürdürmektedir.

