



**T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TRABZON İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE
HEKİMLİKLERİNE BAĞLI 15-49 YAŞ KADINLARDA
HEPATİT B AŞILANMA PREVALANSI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fulya BATMAZ

MAYIS 2018

TRABZON

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TRABZON İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE HEKİMLİKLERİNE
BAĞLI 15-49 YAŞ KADINLARDA HEPATİT B AŞILANMA PREVALANSI

Fulya BATMAZ

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“YÜKSEK LİSANS”

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 01/06/2018

Tezin Savunma Tarihi : 16/05/2018


Tez Danışmanları: Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ
Prof. Dr. Abdulkadir REİS

Trabzon 2018

T.C
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Abdulkadir Reis ve Doç. Dr. Birsal Canan Demirbağ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Fulya Batmaz tarafından hazırlanan “Trabzon İl Merkezinde Bulunan Aile Hekimliklerine Bağlı 15-49 Yaş Kadınlarda Hepatit B Aşılama Prevalansı” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 26/04/2018 gün ve 12 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof.Dr.Abdulkadir REİS

JÜRİ BAŞKANI


Dr.Öğr.Üyesi Belkız KIZILTAN
ÜYE


Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.


Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimi olan bu çalışma ile Trabzon merkez aile hekimliklerine bağlı bulunan 15-49 yaş kadınların hepatit B aşılama prevalanslarını saptamak amaçlanmıştır. Yürütülen çalışma ile Türkiye’de ilk kez bu yaş grubunda hepatit aşılama oranına ait bir veri toplanmış olup, literatürde ilk olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın yeni bir aşılama programının başlatılmasına vesile olması düşüncesi ise oldukça sevindiricidir. Tez çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen tez danışmanlarım Prof. Dr. Abdulkadir Reis ve Doç. Dr. Birsal Canan Demirbağ’a, yüksek lisansa başlamamdan, tezimin bitim aşamasına kadar her durumda destekleyen, sevgisini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili eşim Yusuf Batmaz’a, bir gün tezimi okuyup yüzlerinde bir gülümseme oluşacağını bildiğim, sevgilerinden ilham alıp, zamanlarından çaldığım kızlarım Ela ve Naz Batmaz’a, yüksek lisansa başlamamda çok büyük etkisi olan, ancak bitirmemi görmek nasip olmayan babam kadar sevdiğim rahmetli kayınpederim Muammer Batmaz’a, yine yüksek lisans yapmamda ısrarcı olup, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen canım annem Naime Harputlu ve canım babam Rasim Harputlu’ya, yüksek lisans eğitimi aşamasında çocuklarımla ilgilenip benim eksikliğimi hissettirmeyen kayıvalidem Nilgün Batmaz’a, beni sabırla bekleyen ve anlayışlarına hayran kaldığım tüm dostlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

Fulya BATMAZ

Trabzon, 2018

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Trabzon İl Merkezine Bağlı Aile Hekimliklerine Kayıtlı 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Hepatit B Aşılama Prevalansı” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanlarım Prof. Dr. Abdulkadir Reis ve Doç. Dr. Birsal Canan Demirbağ’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

...../...../2018

Fulya BATMAZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ	IV
TEZ BEYANNAMESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	X
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Viral Hepatitlerin Tarihçesi ve Tanımı	4
2.2. Hepatit B Virüsü	5
2.2.1. Virüsün Yapısı	5
2.2.2. HBV Epidemiyolojisi	6
2.2.2.1. Bulaşma Yolları	6
2.2.2.2. Dünyada HBV Enfeksiyonu	6
2.2.2.3. Türkiye’de HBV Enfeksiyonu	8
2.2.2.4. HBV Enfeksiyonunun Doğal Seyri.....	10
2.2.2.5. Hepatit B Virüs Enfeksiyonunun Doğal Seyrindeki Olumlu Faktörler	10
2.2.2.6. HBV’nin Türkiye’deki Doğal Seyri	10
2.2.3. Hepatit B’den Korunma	11
2.2.3.1. Davranışsal Değişiklikler	11
2.2.3.2. Pasif Bağışıklama	12
2.2.3.3. Aktif Bağışıklama (Hepatit B Aşılması)	12
2.2.4. Hepatit B Aşılarının Etkinliği	13
2.2.5. Hepatit B Aşı Şeması	13
2.2.6. Ülkemizde HBV Aşı Şeması	14
2.2.7. Hepatit B’nin Olumsuz Etkileri	14
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	16

3.1.	Araştırmanın Tipi.....	16
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	16
3.4.	Araştırmanın Kabul Ölçütleri	18
3.5.	Veri Toplama Yöntemi	18
3.6.	Veri Toplama Araçları	18
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.8.	Araştırma Etiği ve İzin Alma Süresi.....	19
4.	BULGULAR.....	20
5.	TARTIŞMA	30
6.	SONUÇ	36
6.1.	Öneriler	36
7.	KAYNAKÇA.....	37
	ÖZGEÇMİŞ	
	EKLER	

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Araştırmaya Alınacak Kadınların Sayıları	17
Tablo 2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 3. Kadınların Hepatit B İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı	21
Tablo 4. Kadınların Hepatit B Bilgi Düzeyine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	23
Tablo 5. Kadınların Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumuna Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	24
Tablo 6. Kadınların Hepatit B Aşısı Olma Durumuna Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	26
Tablo 7. Kadınların Kayıtlı Oldukları Aile Hekimliklerine Göre Hepatit B Bilgi Düzeyleri Dağılımı	27
Tablo 8. Kadınların Aile Hekimliklerine göre Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumları	28
Tablo 9. Kadınların Aile Hekimliklerine Göre Hepatit B Aşısı Olma Durumları....	29

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Ülkemizdeki Aşı Şeması.....	14
Şekil 2. Kadınların Hepatit Korunma Yollarını Bilme Durumu	21
Şekil 3. Kadınların Hepatit Aşısı Olma Durumu	22



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Anti- HBc	: Hepatit B Core Antijeni
Anti-HBcIgM	: Hepatit B Core Antijenine Karşı IgM Antikoru
Anti-HBe	: Hepatit B e Antikoru
Anti-HBs	: Hepatit B Yüzey Antikoru
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBcAg	: Hepatit B Kor Antijeni
HBeAg	: Hepatit B E Antijeni
HBIG	: Hepatit B İmmünglobülin
HBsAg	: Hepatit B Yüzey Antijeni
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HDV	: Hepatit D Virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IG	: İmmünglobülin
MÖ	: Milattan önce
pH	: Hidrojen Potansiyeli
RNA	: Ribo Nükleik Asit
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows
TKAD	: Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

TRABZON İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE HEKİMLİKLERİNE BAĞLI 15-49 YAŞ KADINLARDA HEPATİT B AŞILANMA PREVALANSI

Fulya BATMAZ

Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışmanlar: Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ, Prof. Dr. Abdulkadir REİS
2018, 43 (Tez Sayfa), 8 (Ek Sayfalar)

Amaç: Bu çalışma ile Trabzon il merkezinde bulunan aile hekimliklerine bağlı 15-49 yaş kadınlarda hepatit aşılama oranını belirlemek amaçlandı.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, il merkezine bağlı 100 aile hekimliğinden basit rastgele örneklem metodu ile seçilen 18 tane aile hekimliğine bağlı 15-49 yaş grubu kadın nüfusu belirledi. Bu nüfus 17106 olarak bulundu. Ana kitleyi temsil edecek örneklem, evren sayısı bilinen gruplarda örnek seçme formülü ile hesaplandı ve 375 kişi olarak belirlendi (güç analizi yapılarak bu örneklemin yeterli olduğu ispatlanmıştır). Her aile hekimliğinden alınacak örneklem sayısı, tabakalı örneklem metoduna göre bulunduktan sonra basit rastgele örneklem metoduyla tespit edildi. Veriler literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile toplandı. Veriler; SPSS for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi ve verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edildi.

Bulgular: Kadınların 157'si(%41,9) 31-40 yaş aralığında, 164'ü (%43,7) lisans ve üzeri mezunu, 304'ü (%81,1) evli idi. Kadınların yaş, eğitim, ekonomik durum ve ailede sağlık personeli olması ile hepatit bilgi düzeyleri ve aşılama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($p < 0,05$).

Sonuç: Hepatit bilgi düzeyinin yüksek olduğu yaş gruplarında dahi hepatit B aşılama oranları düşük bulundu ve 15-49 yaş kadınlara yönelik rutin aşılama ihtiyacı olduğu kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, Bilgi Düzeyi, Aşı, Kadın

Master Thesis

SUMMARY

**PREVALANCE OF HEPATITIS B VACCINATION IN 15-49 YEARS WOMEN
DUE TO FAMILY MEDICINE IN TRABZON PROVINCE CENTER**

Fulya BATMAZ

**Avrasya University
Institute of Medical Sciences
Nursing Department**

**Supervisors: Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ, Prof. Dr. Abdulkadir REİS
2018, 43 Pages, 8 Appendix**

Objective: The aim of this study was to determine the hepatitis vaccination rate among 15-49 year old women in family physicians in Trabzon province center. **Method:** The sample of the study determined the population of 15-49 age group of 18 family physicians selected by simple random sampling method from 100 family medicine clinics connected to province center. This population was found as 17106. The sample to be representative of the main population was calculated by the sample selection formula in the groups known for the number of universes and it was determined as 375 people (power analysis proved that this sample is sufficient). The number of samples to be taken from each family physician was determined by simple random sampling method based on the layered sampling method. The data were collected by a questionnaire developed in the light of the literature. Data; SPSS for Windows 22.0 program, and numerical, percentage, mean, standard deviation were used as descriptive statistical methods in the analysis of the data. The relationship between group variables was tested by chi-square analysis.

Findings: 157 (41.9%) of the women were married between the ages of 31-40, 164 (43.7%) graduated and over married, and 304 (81.1%) were married. Statistically significant differences were found between the age, education, economic status of the women and the presence of health personnel in the family, hepatitis knowledge levels and vaccination rates ($p < 0,05$).

Conclusion: Hepatitis B vaccination rates were low even in the age groups with high hepatitis level and it was concluded that routine vaccination for women aged 15-49 is needed.

Key Words: Hepatitis B, Knowledge Level, Vaccine, Female

1. GİRİŞ

Kan yolu ile bulaşan enfeksiyon hastalıkları, hem ülkemizde hem de tüm dünya üzerinde önemli sağlık sorunu teşkil etmektedir. Bu enfeksiyon hastalıklarından biri hepatit olarak bilinen virus kaynaklı hastalıktır. Hepatit, karaciğerde viral bir enfeksiyonun sebep olduğu iltihabi bir hastalık olarak bilinmektedir [1]. Hepatitin birçok çeşidi olmakla birlikte en yaygın olarak görülen türü hepatit A bireyden bireye fekal-oral yol ile bulaştığı bilinir. Bireysel temizliğin kötü olduğu ve kalabalık ortamlarda risk daha çoktur. Ayrıca hepatit A olan hastanın dışkı ile temas, kirlenmiş suyla yıkanan sebze ve meyveler başlıca hepatit A virüsünün bulaşma şekillerindedir. Hepatit A aşısı olmayan, gıda ve temizlik esaslı tedavi şekline sahip hepatit B'ye göre kişide daha az zararlı etkisi bulunan tipidir. Hepatit B paranteral (infekte kan ya da vücut sıvıları ile temas), perinatal (infekte anneden doğum sırasında yeni doğan bebeğe bulaşması), cinsel temas ve horizontal (cinsellik dışı aile içi yakın temas- aynı havlu, firçanın kullanılması gibi) olmak üzere dört ana bulaşma şekline sahip virus hastalığıdır [2]. Hepatit B'nin bulaşmasını önlemek için aşılama önemlidir.

Hepatit B, akut formunda ciddi mortalite ve işgücü kaybına sebep olan, kronik formunda ise siroz ve hepatosellüler karsinoma gibi önemli komplikasyonlara yol açan ve halen dünyada ve ülkemizde önemli olan sağlık problemleri arasındadır [3]. Bu bağlamda dünyada 350-400 milyon kişinin hepatit B virüsü ile enfekte olduğu ve ülkemizde de sık görülen bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir. Ülkemizin hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) taşıyıcılık yüzdesi %2-7 oranlarında olup, bölgeler arası farklılık göstermekle birlikte dünya çapında orta endemik bölge sınıfında yer almaktadır [4].

Hepatit B virüsü ile temas eden kişilerin çok az bir kısmında hastalık asemptomatik olarak seyredebilir. Ancak hepatit B birçoğunda daha sonra karaciğer sirozuna dönüşürken, %80 oranında kronik hepatit B veya kronik hepatit C varlığında gelişen, dünyanın en sık görülen beşinci malign (kötü seyirli-çoğalma özelliğinde olan) kanser türünden biri olan hepatosellüler karsinomaya dönüşebilir. Yine hepatit B virüsüne bağlı olarak hepatik ensofolapati ile karakterize, akut

karaciğer yetmezliğinin görüldüğü çok ciddi bir durum olan fulminan hepatit de gelişebilir [5].

Gelişmesi yüksek olan bu komplikasyonlar nedeni ile hepatit B virüsünün önlenmesi önemlidir. Hastalık hem hasta ve ailesi hem de hastanede tedavi süresi açısından oldukça sıkıntılı bir süreç gerektirmektedir. Bu doğrultudan bakıldığında, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1997'den itibaren hepatit B kontrol programları oluşturulmaya çalışılmış, 1998 yılından itibaren de Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerileri doğrultusunda yeni doğan bütün çocuklar için hepatit aşı takvimi uygulanmaya başlanmıştır [6]. Aşı takviminde aşı uygulama programı 3.ay, 4.ay, 9. ay olarak belirlenmiştir. Daha sonra aşının uygulama şeması 2003 yılında 0.ay, 2.ay, 9. ay olarak değiştirilmiştir [7].

Hepatit B kontrol programlarında, bebekler, adölesanlar ve risk gruplarının aşılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, perinatal (anneden-bebeğe) geçişin önlenmesinde bebeklerin ilk aşılarının yenidoğan döneminde yapılması da önemli yer tutmaktadır. Bu açıdan bebeği etkili korumak amacıyla aşı şeması 2006 yılından itibaren 0.ay, 1.ay ve 6. ay olarak değiştirilmiş olup, aşısız adölesan yakalama durumundaki aşı da programa eklenmiştir. Yakalama aşı programını bir yıl içinde bitirmek için yakalama aşısı 2007 yılında tüm 3-8. sınıf öğrencilerini kapsayacak şekilde uygulanmış böylece bir yıl içinde program tamamlanabilmiştir. Ülkemizde hepatit ile mücadele kapsamında risk gruplarının hepatit B aşıları da ücretsiz karşılanmaktadır. Aşı, 2005 yılından beri ülkemizde olduğu gibi dünya ülkelerinin %83'ünde de ulusal programda yer almaktadır [8].

Türkiye'de 2006 yılından günümüze kadar aktif hepatit aşılama programı başlatılmasına, hepatit aşısı ile ilgili farkındalık ve birinci basamak aile hekimliği işleyiş programlarına rağmen günümüzde ülkemiz için bu program öncesinde olup bugün doğurganlık yaş aralığında olan kadınlarımızın aşılama durumuna ait genel bir veri bulunmamaktadır. Araştırma 15-49 yaş grubu kadınlardaki hepatit aşılama veri eksikliğinden yola çıkarak, Trabzon il merkezinde bulunan aile hekimliklerine bağlı 15-49 yaş aralığındaki kadınların hepatit aşılama prevalansını tespit etmek amacı ile gerçekleştirildi. Ülkemizdeki literatür sonuçlarına bakıldığında, hepatit ve hepatit aşılama oranları ile ilgili 0-2 yaş, 1-6 yaş, 9ay-8 yaş, 6 yaş altı, doğum yapan gebelerde, gebelerde, genel cerrahi hastalarında, kronik hastalıklı kişilerde,

hemodiyaliz hastalarında, preoperatif hastalarda çalışmalar mevcut iken doğurganlık çağı yaşında olan ve hepatit için oldukça riskli bir grupta bulunan 15-49 yaş için herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Bu çalışma Türkiye genelinde herhangi bir şehirde çalışılmamış olup ilk olması açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın sonucunda, hepatit B gibi bulaşıcılığı çok yüksek olan bir hastalığın doğurganlık çağındaki gruptaki yaygınlığının belirlenmesi, diğer çalışmalar için kaynak olması ve araştırmanın sonuçları doğrultusunda aile hekimliklerine yönelik yeni bir aşılama programının başlatılmasında öncülük yapılması yönünden de anlamlı bir çalışma olacağı düşünüldü. Bu doğrultudan bakıldığında çalışma, Trabzon merkez aile hekimliklerine bağlı bulunan 15-49 yaş arası kadınlarda hepatit B aşısı yaygınlığını belirlemek üzere yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Viral Hepatitlerin Tarihçesi ve Tanımı

Ülkemizde ve tüm dünya ülkeleri üzerinde halen önemli sağlık sorunları teşkil eden, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan viral hepatitler, özellikle karaciğer inflamasyonu ile karakterize, akut yada kronik seyredabilen enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır [9].

Viral hepatitlerin bulaşıcılığına ilişkin bilgilere tarihin çok eski dönemlerinde; antik çağlarda rastlanmasına rağmen, kanla bulaşan sarılığın tanımlaması 19. yüzyılın sonlarını bulmuştur [9, 10]. Sarılığın bulaşıcılığı ilk defa M.Ö 5.yy'da Hipokrat tanımlamış ve adına da "epidemik sarılık" adını vermiştir. Hipokrat'ın tanımladığı bu sarılığın muhtemelen hepatit A olduğu düşünülmektedir [11]. Hastalığın bilimsel olarak ilk tanımı ise patolog Virchow tarafından 1865 yılında yapılmış, "kataral ikter" olarakta tıp literatürüne geçirilmiştir [9, 11].

Hepatitin direkt olarak kan ve kan ürünleri ile bulaşan tipi ise, 1883 tarihinde Bremen'de yapılan "su çiçeği aşısı" sonrası aşı uygulananlarda sarılığın ortaya çıktığını saptayan Lurman tarafından tanımlanmış, 1886 yılında Pioneer, 1903 yılında ise Qince kataral ikterin tiplerinin olduğunu söylemiştir [11].

Yirminci yüzyıla kadar sarılığın nedenleri sınırlı kalmışken, 1908'de Mc Donald enfeksiyöz sarılığın çok küçük ajanlara bağlı oluştuğuna dikkat çekmiş, bu etkenlerin virüs olabileceğini söylemiştir. 1912 tarihinde Cockayne hepatitin salgın yapan türünü "enfeksiyöz hepatit" olarak tanımlamış, 1943'te Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bu tanımı kullanmıştır. Aynı tarihte İngiltere kan, plazma ve serum transfüzyonu sonrası oluşan sarılığa "Homolog Serum Sarılığı" ismini vermiştir. Mc Calum ise 1947'de enfeksiyöz sarılık için "Hepatit A", kan ile bulaşan sarılık için de "Hepatit B" tanımlarını kullanmıştır. Krugman ve arkadaşları 1950-1960 yılları arasında yürüttükleri araştırmalar sonucunda iki farklı hepatit virüsünün olduğunu söylemiştir [11].

Doktor Baruch ve arkadaşları 1965'te bir genom araştırması yaparken günümüzde HBsAg olarak bilinen Avusturalya antijenini bulmuş, 1967 yılında hepatit virüsü tanımlanmış, 1976'da ise bu buluşları nedeniyle Doktor Baruch

Brunberg ve arkadaşları Nobel ödülüne layık görülmüştür. Hepatit B tarihçesinde 1965 bir dönüm noktası olmuş, hepatit ile ilgili çalışmalarda 1965'e kadarki döneme "Gümüş Çağ", 1965'ten sonraki zamana ise "Altın Çağ" ismi verilmiştir [9,12]. Günümüzdeki adı ile HBsAq'nin bulunmasıyla birlikte hepatit B çalışmaları büyük ilerleme kat etmiş, sırasıyla 1973'te Hepatit A, 1977'de Hepatit D, 1989'da Hepatit C, 1992'de ise Hepatit E bulunmuş, yapılan bu araştırmalar ve buluşlardan sonra kronik karaciğer hastalığından, siroz ve hatta hepatosellüler karsinoma kadar birçok ciddi sağlık problemine neden olduğu bütün dünya üzerinde kabul edilmiştir [9,13]. Günümüzde de hepatitin yeni etkenlerinin tespiti ve klinik önemlerinin bulunmasıyla ilgili çalışmalara devam edilmektedir [9].

2.2. Hepatit B Virüsü

2.2.1. Virüsün Yapısı

Hepatit B virüsü Hepadnavirüs ailesinden, 3200 nükleotit uzunluğunda, hepatropik, zarflı yapıda, kısmen çift zincirli, en küçük DNA virüsü olup, bu yapının insanda enfeksiyon yapan tek türüdür [9,14,10].

Virüs ile kontamine olmuş hasta serumu incelendiğinde 3 tür partikül görülmektedir [15]. Yaklaşık 42 nm çapında, lipit yapılı, çift sarmallı olan partiküle varlıklarını bildiren araştırmacı Dane'nin buluşundan dolayı, 'Dane Partikülü' ismi kullanılmaktadır. Diğer partiküller 20 ve 22 nm çaplarında ve filamentöz veya sferöz olarak görülmektedirler. Bu partiküllerde, virüs genomu bulunmadığı ve yalnızca lipit ve HBsAq içerdikleri için non-enfeksiyözdürler. Bu partiküller non-enfeksiyöz olmalarına rağmen immün sistemde tehdit oluşturabilir ve kronik enfeksiyon oluşmasında yardımcı rol alabilmektedirler [9,10].

Partiküllerin her üç tipi de hepatit B virüsü ile kontamine hasta serumunda yüksek oranda rastlanabilen ve HBsAq antijenine sahip olup, bağışıklık oluşturmaktadırlar. Bunun dışında, nedeni bilinmemekle birlikte non-enfeksiyöz partiküller dane partiküllerine oranla daha fazla miktarda üretilmektedirler [10].

HBV zarflı yapıda olduğu halde pH'sı düşüktür [10]. Bu yüzden ısıtma, dondurma, çözme gibi birçok işleme dayanıklı olup, virüsün bu özellikleri; bireyden

bireye bulaşı kolaylaştırırken, dezenfeksiyonu ise zorlaştırmaktadır [16,10]. Hepatit B virüsü 30-32 derecede minimum altı ay, -20 derecede 15 yıl bulaştırıcılığı devam etmektedir. Serumda ki virüsün bulaştırıcılığı, kaynatma ile 2 dakikada, 121 derece ve 0,5 atm basınçta yirmi dakikada, %2.5'luk sodyum hiporolitle 3 dakika içerisinde antijenitesini ve enfektivitesini kaybetmektedir [17-27].

2.2.2. HBV Epidemiyolojisi

2.2.2.1. Bulaşma Yolları

Hepatit B virüsünün parantral/perkütan yolla, cinsel temas yolu ile, perinatal (anneden bebeğe geçiş) yolla ve horizontal (aile içi yakın temas ve ortak kişisel eşya kullanımı sonucu) olmak üzere 4 temel bulaşma yolu vardır [28, 29]. Bulaşma yollarının sıklığı ise ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir [26]. Kontamine yiyecekler ve içeceklerle yada böcek gibi vektörlerle bulaşı olmaz [10]. Parantral/perkutan yolla bulaşma kontamine kan veya kan ürünlerinin transfüzyonu, ortak enjektör kullanımı, sterilite gerektiren işlemlerde kullanılan araç gereçlerin ortak kullanımı gibi nedenlerle bulaş olmaktadır. Bu bulaş türünde özellikle sağlık çalışanları, hemodiyaliz hastaları, uyuşturucu kullananlar risk grubundadır [30-32]. Cinsel yolla bulaşı HIV ve HCV'ye oranla daha kolay olmaktadır [14]. Bu bulaş yolu için eşlerinde hepatit B olanlar, birden fazla eşi olanlar, cinsel yolla bulaşan başka hastalığı olanlar ve homoseksüeller risk grubunu oluştururlar. Perinatal bulaşta ise doğum esnasında meternal sıvının bebeğe teması ile oluşur [16]. Horizontal bulaşın nasıl gerçekleştiği tam anlaşılmamakla birlikte kişisel eşyaların ortak kullanımı sonucu enfekte vücut sıvılarının doku bütünlüğü bozulmuş cilt ve mukozalarla teması sonucu oluştuğu düşüncesi yaygındır [33].

2.2.2.2. Dünyada HBV Enfeksiyonu

Hepatit B dünyada önemli bir sağlık problemi oluşturduğu gibi viral hepatitlerinde en önemli sağlık problemlerine yol açandır[30]. Dünyada ortalama 2 milyar insanın HBV ile enfekte olduğu ve yaklaşık 400 milyonunda kronik hepatit B olduğu ve

önemli karaciğer problemleri yaşadığı düşünülmektedir [20,30]. Her yıl yaklaşık 600.000 kişininse HBV enfeksiyonu ve yarattığı komplikasyonlar sebebiyle hayatını yitirdiği düşünülmektedir [38, 39, 12]. Ayrıca HBV ölüm oranı yüksek hastalık sıralamasında 10. sırada olup, karaciğer nakillerinde %5-10 kadarından da sorumlu tutulmaktadır [12].

Son zamanlarda hepatit B görülme oranı giderek azalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hepatit B görülme oranında 1990 yılından 2006'ya kadar geçen sürede %81 azalmanın olduğu görülmüştür. Azalmanın özellikle çocuk ve genç erişkinlerde olduğu görülmektedir [37]. Hepatit B'den kaynaklanan ölümlerinse orta yaş grubunda daha fazla olduğu gözlenmektedir. Yine ABD'de yapılan çalışmalar da prevelansın yaşla birlikte arttığını, belli gruptaki prevelans düşüklüklerinin genellikle yüksek risk taşıyan bireylerin aşılınması sebebiyle olduğunu kanıtlar niteliktedir [26].

Akut hepatit B insidansında azalma olmasına rağmen, yapılan çalışmalar son 10 senede HBV'ye bağlı hastane yatışlarında, kanser vakalarında ve HBV'ye bağlı ölüm oranlarında iki kat artma olduğunu destekler niteliktedir. Bu durum tanı yöntemlerinde gelişmelerin olmasına, enfeksiyonun daha iyi belirleniyor olmasına ve ayrıca 1991 yılında belirlenmiş evrensel aşılama geç başlanmış olmasına bağlanmaktadır [26].

Yapılan birçok çalışmada HBV açısından endemik olarak belirlenen ülkede doğan insanların kronik hepatit B prevelanslarının doğduğu ülkedekine benzediği görülmüştür [27]. HBsAg prevalansının %2 üzeri hesaplanan ülkelerde doğan kişilere rutin test yaptırması önerilmektedir. "Afrika, Çin, Kore, Endonezya, Filipinler, İsrail dışındaki Ortadoğu ülkeleri, Güney ve Batı Pasifik Adaları, Amazon Nehri havzasının iç bölgeleri sayılabilir." Bunun dışında riskli grup olarak belirlenen kişilere de rutin test önerilmektedir [26].

Rutin aşılama programlarına, aşılama ve korunma önlemleri toplum için hepatit ile ilgili tüm bilgilendirme çalışmalarına rağmen yeni vakalar bildirilmeye devam etmektedir. Bundan dolayı konu ile ilgili disiplinler bir yaklaşımda bulunulması son derece önemlidir [26].

2.2.2.3. Türkiye’de HBV Enfeksiyonu

Türkiye’de 1990’dan beri HBV ile karşılaşmış hasta sayısı ve mortalite hızı tespit edilip kayıt tutulmaya başlanmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu kayıtlar rapor şeklinde sunulmuştur [12, 34]. Türkiye’de ki hepatit B epidemiyoloji sürecini incelemek açısından Sağlık Bakanlığı’nın 1996’dan itibaren bildirilmiş olan hepatit B vakalarının yıl ve yaşlara göre dağılımının oldukça yol gösterici olduğu düşünülmektedir [35].

Ülkemizde 2005 yılından itibaren bildirimler standart vaka tanımları ile yapılmaktadır. Ülkemizde istatistik verileri incelendiğinde en çok akut hepatit B’nin görüldüğü yaş grubunun genç-erişkin yaş grubunun olduğu, özellikle 25-44 yaş aralığındaki grubun fazla olduğu görülmektedir [36]. Bu da cinsel temas ve horizontal bulaşın halen önemini sürdürdüğünün göstergesi olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında ülkemizde HBV prevalansının takibinde kan merkezleri de fikir oluşturmuştur. Bu anlamda ülkemizde Kızılay Kan Merkezi incelenmiş, 1985’ten 2012 yılına kadar olan verilerde HBsAg pozitifliğinde anlamlı azalma gözlemlenmiştir. Buna rağmen bu azalmanın gerçek değişikliği yansıtan bir bulgu olmadığı, 1997 tarihinden itibaren kan vericilere donör sorgulama formları doldurularak kan alındığı için riskli olduğu düşünülen bireylerden kan alınmamasına bağlı bir değişiklik olduğu da yadsınmamalıdır. Fakat ülke genelinde böyle bir azalmanın olması da sevindirici olarak nitelendirilmektedir [34, 37].

Taşıyıcı annelerden geçişin önemi nedeni ile gebelikte HBsAg tetkikinin yapılması oldukça önemlidir. Ülkemizde yakın tarihli çalışmalara bakıldığında gebe annelerde HBsAg pozitifliği ortalama %4,3 olarak tespit edilmiştir. HBV prevalansı açısından çocuk ve adölesanların aşı uygulaması önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı istatistik verileri incelendiğinde Türkiye’de HBV aşılama programı öncesi HBsAg pozitifliğinin yüksek olduğu, programdan sonra anlamlı derecede azalmanın olduğu, aşılama oranının az olduğu yerleşim yerlerinde HBsAg oranının yine de yüksek seyrettiği görülmektedir [34, 37]. Program dahilinde başlatılan yenidoğan ve ilköğretilere yapılan yakalama aşı uygulaması sonrası ulaşılan bulgular Türkiye’nin batı kesimlerinde enfeksiyonun azaldığı, doğu kesimlerinde ise halen problem olarak

sürdüğü görülmektedir. Bu durumun en önemli sebebi HBsAg pozitif gebelerin, doğumdan önce tespit edilememesi ve doğum sonrası bu annelerden doğan bebeklere yeterli immünizasyon sağlanamamasıdır. Öncelikle ülkemizin doğu kesiminde yaşayan kadınlar olmak üzere tüm doğurganlık dönemindeki kadınlara HBeAg pozitifliği olması durumunda yalnızca aşı ile kalınmayıp, HBIG'nin de uygulanması gerekmektedir [34].

Türk Karaciğer Derneği (TKAD)'nin 2008-2011 tarihleri arasında hepatit prevelans çalışması olarak, 18 yaş üstü 5471 kişiyle yürüttüğü tüm ülkeyi yansıtan çalışmanın sonuçları incelendiğinde HBsAg %4, anti-HBc %30,6, anti-HBs 532 oranında pozitif bulunmuştur. Araştırma sonucunda HBsAg pozitifliğinin yaşa bağlı arttığı ve ülkenin batı kesimlerinde düşük, İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ülkede konu ile ilgili pek çok çalışma yapılmış ve HBsAg pozitifliğini ülkenin batı bölgelerinde anlamlı bir azalma olurken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ve İç Anadolu bölgelerinde problemin devam ettiğini destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir [34].

Ülkemizde anti-HBs pozitifliğinin değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında ise elde edilen sonuçların fazlasıyla düşük olduğu görülmektedir. Bu da ülkede erişkinlerin aşılmasını için önemli planlar yapılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir [26].

Hepatit B tartışmasız tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemi ve güncelliği devam eden enfeksiyon hastalıkları arasındadır. Hepatit B'nin yaygınlığını azaltmak için hastalığın nasıl bulaştığının ve nasıl korunulacağını iyice öğrenilerek, uygulamaya geçilmesi, sağlık personelinin evrensel önlemlere dikkatli bir şekilde uyması ve enfeksiyon hastalıklarından korunmada faydası tartışmaya açık olmayan aşılanmanın yaygın hale getirilmesi çok önemlidir. Ülkemizde çocukluk ve adolesan dönemlerinde oldukça yaygın aşılanma yapılmaktadır. Buna bağlı olarak HBV enfeksiyonunda bu yaş gruplarında anlamlı azalma görülmektedir. Bu azalmaya karşın genç erişkin ve erişkin yaş gruplarında aynı azalma söz konusu olmadığı gibi HBV vakalarının yaşlara göre dağılımı incelendiğinde bu yaş gruplarının HBV aşılanmalarının yaygın hale getirilmesi gerekmektedir [26]. Ayrıca enfeksiyonun kontrolü bakımından HBsAg taraması yapılması gereken bir başka grupta gebeler olup, ihmal edilmemeleri gerekmektedir [34].

Kronik hepatit B hastalığının tedavisinin zor, bireyin sağlık durumunu fazlasıyla etkileyen bir o kadar da maliyetli olduğu bilinmektedir. Gerek bireyin sağlığı, gerekse ülke ekonomisi açısından korunma önlemleri uygulanması ve hepatit aşılmasının yaygınlaştırılması önemlidir [8,34].

2.2.2.4. HBV Enfeksiyonunun Doğal Seyri

HBV enfeksiyonunda kişinin immün sistemi ve virüse ait özellikler belirleyici olmakla beraber, oldukça değişken bir yapı gösterebilip hastalık bir kesimde tam iyileşme gösterebilirken, bir kesiminde kronikleşip kronik hepatit B, siroz ve hatta hepatosellüler karsinomaya kadar farklı evreler şeklinde seyredebilmektedir [40]. Hepatit B üç fazı bulunan asemptomatik durumdan ölüme kadar sonuçlanabilen akut hepatit B şeklinde olabileceği gibi [12, 26], HBsAg durumunun altı aydan uzun süre pozitif kaldığı kronik hepatit B şeklinde de görülebilir [41]. Kronik hepatit B birbirini takip eden, her hastada farklılık gösteren ve bütün hastaların dönem sürelerinin farklılık gösterdiği immün tolerans, immün aktif, inaktif hepatit B virüsü taşıyıcılığı dönemi, reaktivasyon dönemi ve HBsAg negatif dönem gibi evrelerden oluşur [12, 26, 40-49].

2.2.2.5. Hepatit B Virüs Enfeksiyonunun Doğal Seyrindeki Olumlu Faktörler

HBV ile geç yaşta karşılaşılması, immün aktif dönem ile hiç karşılaşılması veya dönemin kısa seyretmesi, HBV DNA düzeyinin düşük seviyede izlenmesi, karaciğerin etkilenmemiş olması, HBV'nin yanı sıra metabolik bir rahatsızlığın olmaması, HIV, HCV, HDV gibi başka bir hepatit türünün eşlik etmemesi ve alkol, sigara kullanılmaması seyri olumlu yönde etkileyen faktörlerdir [50, 51].

2.2.2.6. HBV'nin Türkiye'deki Doğal Seyri

Türkiye HBV açısından orta endemisite bir bölgedir. HBsAg pozitiflik oranı %2-7 sıklığındadır ve ülke için önemli bir sorun teşkil etmektedir [48].

Türkiye’de HBV ile kontamine vaka sayısı yaklaşık 3 milyon olarak tahmin edilmektedir [26]. Bu sayının yaklaşık 107600 kişisinde siroz oluşmakta ve her yıl ortalama 315 kadar kişiye karaciğer nakli yapılmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise Hepatit B’ye bağlı hepatosellüler karsinomanın yıllık insidansı ise ortalama 1/100.000 civarındadır [52].

HBV’nün maliyeti, tedavinin yanı sıra yarattığı iş gücü kaybı ve erken ölümlerinde maliyetleriyle birlikte hesaplanır. Ayrıca hastalık her evresindeki maliyette etkili olmaktadır. Çalışılmış verilere bakıldığında Türkiye’de hastalığın vermiş olduğu toplam maliyet çok uç rakamlarda bulunmuştur [26]. Ülkemizde 2013 yılında Tosun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 19.207.000 kişinin hepatit B olduğu takdirde bir yıllık tedavi masrafı aynı sayıdaki aşılama maliyetinden 10 kattan daha fazla olduğu görülmektedir [8].

2.2.3. Hepatit B’den Korunma

Siroz, karaciğer yetmezliği ve hepatosellüler karsinoma başta olmak üzere hayatı tehdit edici ciddi komplikasyonlarla seyreden hepatit B’nin, var olan tedavilerle tamamen iyileşmemesi, bu hastalıktan korunmanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

HBV’den korunmanın üç temel yaklaşımı bulunmaktadır:

- Bulaşdan koruyucu davranışsal değişiklikler
- Pasif bağışıklama
- Aktif bağışıklama (HBV Aşılı) [53].

2.2.3.1. Davranışsal Değişiklikler

Enfeksiyonun özellikle erişkin dönemlerinde görüldüğü ve endemisitesi düşük gelişmiş ülkelerde sağlıklı ve güvenilir cinsel yaşam eğitimlerinin verilmesi, uyuşturucu bağımlılarının eğitilmesi ve tedavilerin sağlanması, mesleki bulaşları engellemek için gerekli önlemlerin alınması gibi yöntemleri içermektedir [53, 54]. Ancak enfeksiyonun bebeklik ve çocukluk dönemlerinde kazanıldığı orta ve yüksek

riskli bölgelerde aşılama ve pasif bağışıklama daha etkili bir yöntem olarak kabul görmektedir [54].

2.2.3.2. Pasif Bağışıklama

Yüksek oranda anti-HBs içeren kişilerin plazmasından elde edilen Hepatit B Hiperimmünglobulin kas içi uygulaması ile sağlanan, yapıldığında HBV'ye karşı ortalama 3-6 ay kadar koruyucuk sağlayabilen bir yöntemdir. Mililitrede 100.000-200.000 ünite olacak şekilde standartize edilmiştir. Erişkinlerde 0.06ml/kg standart dozunda, HBsAg pozitif annelerden doğan yenidoğanlara ise 100.000ünite yapılması uygun bulunmaktadır. hepatit aşısı ile birlikte yapılması gerekli olduğu durumlarda ise farklı yerlerden yapılması gerekmektedir [53].

2.2.3.3. Aktif Bağışıklama (Hepatit B Aşılması)

HBV enfeksiyon hastalığı tüm dünyada kabul gören bir sağlık problemi olup, 1982'den itibaren güvenli aşıları olduğu halde global sorun teşkil etmeye devam etmektedir [38,35].

1984'ten itibaren Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bütün gebe kadınlara hepatit taraması yapılmasını ve taşıyıcı annelerden doğan bebeklere doğumda hepatit aşısı ile birlikte HBIG yapılmasını önermektedir. HBIG'nin maliyet açısından yapılamadığı durumlarda özellikle annenin HBeAg'si negatif ise yalnızca aşılamının da yeterli olabileceği bildirilmektedir. Bütün bunlara rağmen günümüzde hepatit B virüsü açısından endemik olan bölgelerde, hatta gelişmiş ülkelerde dahi gebeler HBsAg açısından yeterli taramaya tabi tutulmamaktadır. Bu sebepten dolayı universal aşılamının daha etkili ve kolay bir uygulama olarak kabul görmüş, DSÖ 1987 yılında HBV aşısının aşılama programına dahil edilmesini teklif etmiştir. Yine DSÖ, 1991'de hepatit prevelansının %8'den yüksek olan ülkelerin, 1997'den itibaren ise bütün dünya ülkelerinde doğumdan itibaren aşılanması gerektiğini savunmuştur [35].

1990'da universal aşılama kapsamında 20 ülke varken, 2008 yılına kadar bu sayı 177'i bulmuştur. Daha sonra bu aşılamının önemi ve maliyetinin etkin olduğu pek

çok çalışma ile gösterilmiş, günümüzde HBV aşılmasının kapsamı genişletilmiş, başta yüksek risk grubunda ki erişkin yaş grubu olmak üzere, hepatitten korunmada isteyen bütün bireylerin aşılması gerektiği görüşü benimsenmiştir [35].

2.2.4. Hepatit B Aşılarının Etkinliği

Dünyada fazla sayıda aşı bulunmakla birlikte, yapılan sayısız çalışmada aşıların çocuk ve yetişkinlerde hem güvenilir hemde etkili olduğu saptanmıştır [35].

2.2.5. Hepatit B Aşı Şeması

Yapılan pek çok araştırmada en iyi antikor yanıtın olduğu aşı şemasının güncel olarakta kullandığımız 0.ay, 1.ay ve 6.aylarda birer doz olarak yapılan aşılamadır. Bununla birlikte çabuk yanıtın alınmasının istendiği durumlarda 0.ay, 1.ay, 2.ay ve 12. aylar şeklinde de uygulanabilmektedir. Universal aşılamasının yaygın olarak kullandığı şema 0.ay, 1.ay ve 6.ay olan şemadır [35].

Yapılan aşının dozu çocuklarda 10mcg, erişkinde ise 20mcg olarak belirlenmiştir [73]. Enfeksiyona karşı koruma anti-HBs düzeyi 10mlU/MI'nin üzerine çıktığında mümkün olmaktadır. Ayrıca ileri yaş, sigara, obezite ve kronik hastalıkların varlığı koruyuculuk oranını düşürmektedir [53].

2.2.6. Ülkemizde HBV Aşı Şeması

Ülkemizde HBV aşısı ile ilgili ilk genelge Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yayımlanmıştır. 2008 yılından sonra universal aşı şeması olan 0.ay, 1.ay, 6. ay şeması kullanılmaktadır. HBV aşı programı ile istenilen amaç hepatit B enfeksiyonunu engelleyerek, kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatosellüler karsinoma riskini azaltmaktır. Bu amaç doğrultusunda yapılan strateji rutin bebek aşılamaları, perinatal bulaşmanın önlenmesi ve büyük yaş gruplarına yakalama aşılarının yapılmasını içermektedir [55].

Hepatit B kontrol programlarında, bebekler, adölesanlar ve risk gruplarının aşılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra perinatal (anneden-bebeğe) geçişin

önlenmesinde bebeklerin ilk aşularının yenidoğan döneminde yapılması da önemli yer tutmaktadır. Bu açıdan bebeği etkili korumak amacıyla aşı şeması 2006 yılından itibaren 0.ay, 1.ay, 6. aylar olarak değiştirilmiş olup, aşısız adölesan yakalama durumundaki aşı da programa eklenmiştir. Yakalama aşı programını bir yıl içinde bitirmek için yakalama aşısı 2007 yılında tüm 3-8. sınıf öğrencilerini kapsayacak şekilde uygulanmış böylece bir yıl içinde program tamamlanabilmiştir. Ülkemizde Hepatit B ile mücadele kapsamında risk gruplarının hepatit B aşuları da ücretsiz karşılanmaktadır. Aşı, 2005 yılından beri ülkemizde olduğu gibi dünya ülkelerinin %83'ünde de ulusal programda yer almaktadır [35].

Aşular	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ay sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B Aşısı	I	II			III					
Verem Aşısı			I							
DaBT-İPA-Hib Aşısı			I	II	III		R			
Pnömonok Aşısı			I	II	III	R				
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı						I			R	
DaBT-İPA									R	
Çocuk Felci Aşısı					I		II			
Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı										R
Suçiçeği Aşısı						I				
Hepatit A Aşısı							I	II		

Şekil 1. Ülkemizdeki Aşı Şeması

2.2.7. Hepatit B'nin Olumsuz Etkileri

Hepatit B'nin oldukça fazla olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bunları kısaca özetlersek:

- HBV insanlarda kansorejen etki göstermektedir
- Bulaşma özelliği oldukça fazladır. Bulaştırıcılığı HIV virüsüne göre yüz kat daha fazladır.
- Taşıyıcılık özelliğine sahiptir.
- Tedavi edilmediği sürece veya kronik durumlarda sirozla sonuçlanabilen etkisi vardır.
- Primer hepatosellüler karsinom olgularının %80'nin sorumlusudur.
- İnfekte bebeklerin %95'i taşıyıcı olup hayatları boyunca kronik hepatit B , siroz ve kansere yakalanma riski ile karşı karşıyadırlar.
- Etkili aşı sistemi bulunmayan ülkelerde tedavi maliyeti oldukça yüksektir.

- Hastalığa sahip olan kişilerde iş kaybına sebep verdiği için sosyal bir sorundur.
- Sağlık ekonomisinde yapılan çalışmalarda önemli bir riske sahip meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Yani daha fazla sağlık personelleri arasında yaygın bir hastalık olarak bilinmektedir [6,5,3].



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu bölümde araştırmanın yöntemine yönelik genel bilgiler verildi.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, 15-49 yaş arası kadınların hepatit B aşısı yaygınlığını belirlemek üzere tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 05.05.2017 – 07.11.2017 tarihleri arasında Trabzon il merkezindeki aile hekimliklerine kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlar ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada, gerekli bütün yasal izinler alındıktan sonra araştırmanın örneklemini, il merkezine bağlı 100 aile hekimliğinden basit rastgele örneklem metodu ile seçilen 18 tane aile hekimliğine bağlı 15-49 yaş grubu kadın nüfusu belirledi. Bu aile hekimliklerine bağlı 15-49 yaş kadın sayısı 17106 olarak bulundu. Ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğü evren sayısı bilinen gruplarda örnek seçme formülü ile hesaplandı ve 375 kişi olarak belirlendi (güç analizi yapılarak bu örneklemin yeterli olduğu ispatlanmıştır). Daha sonra her aile hekimliğinden alınacak örneklem sayısı tabakalı örneklem metoduna göre bulunduktan sonra, her aile hekimliği genel evreninden bu örneklem grubu basit rastgele örneklem metoduyla tespit edildi. Her aile hekiminden belirlenen kadınlar bağlı oldukları aile hekimliklerine gönüllü onamları doğrultusunda çağrılarak veriler toplanmıştır. Belirlenen örneklemin tamamına ulaşılmıştır. Araştırmanın amacı aydınlatılmış onam formu kullanılarak çalışmaya alınan kadınlara aktarılmış ve 15 dakikalık görüşme yapılmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

Yukardaki formül kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = [17106(1,96)^2 (0,5) (0,5)] / [\{(0,5)^2 (17106-1)\} + \{(1,96)^2 (0,5) (0,5)\}] = 375$ olarak hesaplandı. Aile hekimlerine bağlı 15-49 yaş arası kadın sayıları, ağırlıklı oranlar ve örneklem hesabına göre ağırlıklandırılmış kadın sayıları aşağıda verilmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Alınacak Kadın Sayıları

ASM	Hekim	Kadın Sayısı (15-49Yaş)	Ağırlık (%)	Araştırmaya Alınacak Kadın Sayısı
Karşıyaka	Aile Hekimi (1)	990	5.80	21.70
Beşirli	Aile Hekimi (2)	1020	5.96	22.36
Beşirli	Aile Hekimi (3)	1010	5.90	22.14
Beşirli	Aile Hekimi (4)	1086	6.36	23.81
Uzunkum	Aile Hekimi (5)	1039	6.07	22.78
İnönü	Aile Hekimi (6)	717	4.19	15.72
Kışla	Aile Hekimi (7)	919	5.37	20.15
Beşirli	Aile Hekimi (8)	1070	6.26	23.46
Adatepe	Aile Hekimi (9)	1073	6.27	23.52
Aydınlıkevler	Aile Hekimi (10)	960	5.61	21.05
Aydınlıkevler	Aile Hekimi (11)	1046	6.11	22.93
İnönü	Aile Hekimi (12)	692	4.05	15.17
Kışla	Aile Hekimi (13)	963	5.63	21.11
İnönü	Aile Hekimi (14)	795	4.65	17.43
Karşıyaka	Aile Hekimi (15)	892	5.21	19.55
Aydınlıkevler	Aile Hekimi (16)	850	4.97	18.63
Kışla	Aile Hekimi (17)	902	5.27	19.77
Aydınlıkevler	Aile Hekimi (18)	1082	6.33	23.72
Toplam		17106	100	375

3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

- İl merkezinde bulunan aile hekimliklerine bağlı olmak
- 15-49 yaş grubu kadın olmak

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olan anket formu yüz yüze anket tekniği ile aile hekimliklerinde toplandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda geliştirilmiş sosyo- demografik bilgileri yansıtan 16 sorudan oluşmuş anket formu ve literatüre dayalı geliştirilmiş 20 sorudan oluşan bilgi anket formu kullanıldı (EK 1). Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik anket formu ile kişinin yaşı, eğitim durumu, aylık geliri, medeni durumu, evli ise eşin eğitim durumu, eşin mesleği, eşin aylık geliri, gelir durumunun kişi tarafından nasıl algılandığı, aile tipi, şuanda yaşadığı yer, bağlı bulunduğu aile hekimliği sorgulanmış olup; bilgi formunda ise hepatit hakkındaki bilgi düzeyini belirleyen 20 soruluk anket her doğru cevap için 1 puan almış olup, 1-10 puan arası bilmiyor, 11-20 puan arası biliyor olarak değerlendirdi (EK 2). Buna ek olarak kadınların aşılı olup olmadığı hekimin hastaya ait kayıtlarından temin edildi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırma Etiği ve İzin Alma Süresi

Çalışma için Halk Sağlığı Kurumu'ndan 2017/3 sayılı, 13/04/2017 tarihli izinler alındı (EK 3). 24237859-407 sayılı 28/06/2017 tarihli etik kurul izni alındı (EK 4). Araştırmanın amacı "Gönüllü Onam Formu" kullanılarak çalışmaya alınan kadınlara aktarıldı ve 15 dakikalık görüşme yapıldı (EK 5).



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınlardan anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

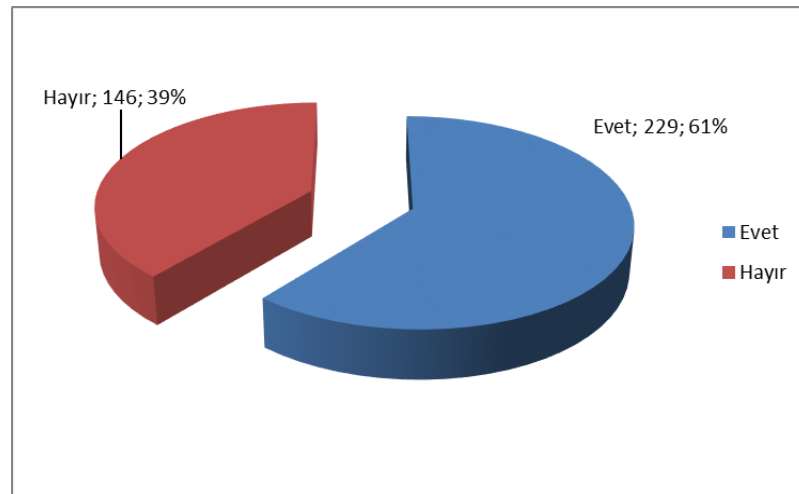
	Tanımlayıcı Özellikler	n	(%)
Yaş	20 Yaş ve Altı	22	5.8
	21-30 Yaş	130	34.7
	31-40 Yaş	157	41.9
	41 Yaş ve Üzeri	66	17.6
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	105	28.0
	Lise Mezunu	106	28.3
	Lisans ve Üzeri	164	43.7
Meslek	Ev Hanımı	287	76.5
	Memur	48	12.8
	Sağlık Personeli	40	10.7
Aylık Gelir	2000 TL ve Altı	38	29.5
	2001-3000 TL	39	30.2
	3001 TL ve Üzeri	52	40.3
Medeni Durum	Evli	304	81.1
	Bekar	71	18.9
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	64	21.0
	Lise Mezunu	106	34.9
	Lisans ve Üzeri	134	44.0
Eşin Mesleği	Memur	60	19.7
	Serbest Meslek	110	36.2
	Sağlık Personeli	24	7.9
	Çalışmıyor	110	36.2
Eşin Aylık Geliri	2000 TL ve Altı	112	44.6
	2001-3000 TL	62	24.7
	3001-4000 TL	30	12.0
	4001 TL ve Üzeri	47	18.7
Çocuk Sayısı	1	86	32.7
	2	113	43.0
	3 ve Üzeri	64	24.3
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	157	41.9
	Geliri Giderine Denk	189	50.4
	Geliri Giderinden Fazla	29	7.7
Aile Tipi	Çekirdek Aile	334	89.1
	Geniş Aile	41	10.9
Yaşanılan Yer	Köy	4	1.1
	Kasaba	3	0.8
	Şehir	368	98.1
		Yaş (Ort±Ss) (32.88±7.90)	

Tablo 2’de kadınların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %41.9’u 31-40 yaş grubunda, %43.7’si lisans ve üzeri mezunu, %76.5’u ev hanımı, 40.3’ü 3001 TL ve üzeri gelire sahip, %81.1’i evli, %43’ü 2 çocuk sahibi, %89.1’ çekirdek aile ve %98.1’i şehirde yaşamaktadır.

Tablo 3. Kadınların Hepatit B İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

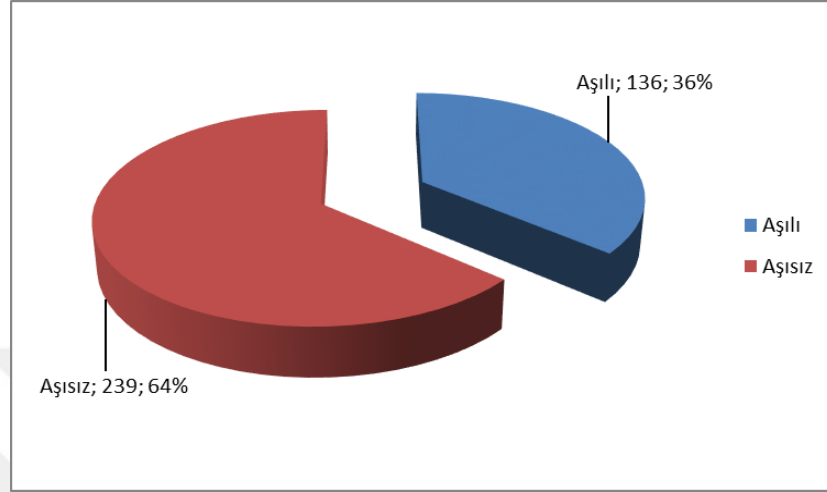
Hepatit B İle İlgili Bazı Özellikler		n	%
Hepatit B Bilgi Düzeyi	Bilgisi Yok	119	31.7
	Bilgisi Var	256	68.3
Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumu	Evet	229	61.1
	Hayır	146	38.9
Hepatit B Aşısı Olma Durumu	Aşılı	136	36.3
	Aşısız	239	63.7
	Toplam	375	100.0

Tablo 3’de kadınların hepatit B ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmada kadınlar hepatit bilgi düzeyi değişkenine göre 119’u (% 31.7) bilgisi yok, 256’sı (% 68.3) bilgisi var olarak, kadınlar hepatit korunma yollarını bilme durumu değişkenine göre 229’u (% 61.1) evet, 146’sı (% 38.9) hayır olarak, kadınlar hepatit B aşısı olma durumuna göre 136’sı (% 36.3) aşılı, 239’u (% 63.7) aşısız olarak saptandı.



Şekil 2. Kadınların Hepatit Korunma Yollarını Bilme Durumu

Şekil 2’de kadınların hepatit korunma yollarını bilme durumları yer almaktadır. Çalışmada kadınların %61’i hepatit korunma yollarını bildiklerini, %39’u ise hepatit korunma yollarını bilmediklerini ifade etti.



Şekil 3. Kadınların Hepatit Aşısı Olma Durumu

Şekil 3’de kadınların hepatit aşısı olma durumları bulunmaktadır. Çalışmada kadınlar hepatit aşısı olma durumu değişkenine göre 136’sı (%36.3) aşılı, 239’u (%63.7) aşısız olarak dağılmaktadır.

Tablo 4. Kadınların Hepatit B Bilgi Düzeyine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		Bilgisi Yok		Bilgisi Var		p
		n	%	n	%	
Yaş	20 Yaş ve Altı	9	7.6	13	5.1	$X^2=3.826$ $p=0.281$
	21-30 Yaş	45	37.8	85	33.2	
	31-40 Yaş	50	42.0	107	41.8	
	41 Yaş ve Üzeri	15	12.6	51	19.9	
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	55	46.2	50	19.5	$X^2=35.689$ $p=0.000$
	Lise Mezunu	35	29.4	71	27.7	
	Lisans ve Üzeri	29	24.4	135	52.8	
Meslek	Ev Hanımı	111	93.3	176	68.8	$X^2=44.927$ $p=0.000$
	Memur	7	5.9	41	16.0	
	Sağlık Personeli	1	0.8	39	15.2	
Aylık Gelir	2000 TL ve Altı	19	65.5	19	19.0	$X^2=26.962$ $p=0.000$
	2001-3000 TL	8	27.6	31	31.0	
	3001 TL ve Üzeri	2	6.9	50	50.0	
Medeni Durum	Evli	102	85.7	202	78.9	$X^2=2.453$ $p=0.075$
	Bekar	17	14.3	54	21.1	
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	31	30.4	33	16.3	$X^2=15.101$ $p=0.001$
	Lise Mezunu	41	40.2	65	32.2	
	Lisans ve Üzeri	30	29.4	104	51.5	
Eşin Mesleği	Memur	14	13.7	46	22.8	$X^2=19.765$ $p=0.000$
	Serbest Meslek	47	46.1	63	31.2	
	Sağlık Personeli	0	0.0	24	11.9	
	Çalışmıyor	41	40.2	69	34.2	
Eşin Aylık Geliri	2000 TL ve Altı	55	59.8	57	35.8	$X^2=16.426$ $p=0.001$
	2001-3000 TL	19	20.7	43	27.0	
	3001-4000 TL	4	4.3	26	16.4	
	4000 TL ve Üzeri	14	15.2	33	20.8	
Çocuk Sayısı	1	30	34.5	56	31.8	$X^2=2.318$ $p=0.314$
	2	32	36.8	81	46.0	
	3 ve Üzeri	25	28.7	39	22.2	
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	62	52.1	95	37.1	$X^2=7.534$ $p=0.023$
	Geliri Giderine Denk	49	41.2	140	54.7	
	Geliri Giderinden Fazla	8	6.7	21	8.2	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	102	85.7	232	90.6	$X^2=2.012$ $p=0.109$
	Geniş Aile	17	14.3	24	9.4	

Tablo 4’de kadınların hepatit B bilgi düzeyine göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmada kadınların hepatit B hakkında bilgisi olanların % 52.8’i lisans ve üzeri mezunu, % 68.8’i ev hanımı, % 50’si 3001 TL ve üzeri gelire sahip, %51.5’nin eşi lisans ve üzeri mezunu, % 34.2’sinin eşi çalışmıyor, % 35.8’nin eşinin geliri 2000 TL ve altında, %54.7’sinin geliri giderine denktir.

Tablo 5. Kadınların Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumuna Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		Evet		Hayır		P
		n	%	n	%	
Yaş	20 Yaş ve Altı	13	5.7	9	6.2	X ² =3.043 p=0.385
	21-30 Yaş	74	32.3	56	38.4	
	31-40 Yaş	96	41.9	61	41.8	
	41 Yaş ve Üzeri	46	20.1	20	13.7	
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	41	17.9	64	43.8	X ² =44.063 p=0.000
	Lise Mezunu	59	25.8	47	32.2	
	Lisans ve Üzeri	129	56.3	35	24.0	
Meslek	Ev Hanımı	149	65.1	138	94.5	X ² =75.708 p=0.000
	Memur	41	17.9	7	4.8	
	Sağlık Personeli	39	17.0	1	0.7	
Aylık Gelir	2000 TL ve Altı	16	16.5	22	68.8	X ² =34.938 p=0.000
	2001-3000 TL	31	32.0	8	25.0	
	3001 TL ve Üzeri	50	51.5	2	6.2	
Medeni Durum	Evli	177	77.3	127	87.0	X ² =5.458 p=0.013
	Bekar	52	22.7	19	13.0	
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	24	13.6	40	31.5	X ² =27.115 p=0.000
	Lise Mezunu	54	30.5	52	40.9	
	Lisans ve Üzeri	99	55.9	35	27.6	
Eşin Mesleği	Memur	41	23.2	19	15.0	X ² =27.272 p=0.000
	Serbest Meslek	50	28.2	60	47.2	
	Sağlık Personeli	24	13.6	0	0.0	
	Çalışmıyor	62	35.0	48	37.8	
Eşin Aylık Geliri	2000 TL ve Altı	45	32.6	67	59.3	X ² =20.572 p=0.000
	2001-3000 TL	37	26.8	25	22.1	
	3001-4000 TL	23	16.7	7	6.2	
	4001 TL ve Üzeri	33	23.9	14	12.4	
Çocuk Sayısı	1	51	33.1	35	32.1	X ² =1.090 p=0.580
	2	69	44.8	44	40.4	
	3 ve Üzeri	34	22.1	30	27.5	
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	79	34.5	78	53.4	X ² =13.123 p=0.001
	Geliri Giderine Denk	130	56.8	59	40.4	
	Geliri Giderinden Fazla	20	8.7	9	6.2	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	211	92.1	123	84.2	X ² =5.704 p=0.014
	Geniş Aile	18	7.9	23	15.8	

Tablo 5’de kadınların hepatit korunma yollarını bilme durumuna göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınlardan hepatit B korunma yollarını bilme durumu evet olanların % 56.3’ü lisans ve üzeri mezunu, % 65.1’i ev hanımı, % 51.5’i 3001 TL ve üzerinde gelire sahip, % 77.3’ü evli, % 55.9’nun eşi lisans ve üzeri mezunu, %35’nin eşi çalışmıyor, %32.6’sının eşinin geliri 2000 TL ve altı, %56.8’nin geliri giderine denk, %92.1’i çekirdek aile tipindedir.



Tablo 6. Kadınların Hepatit B Aşısı Olma Durumuna Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler		Aşılı		Aşısız		P
		n	%	n	%	
Yaş	20 Yaş ve Altı	10	7.4	12	5.0	$X^2=7.378$ $p=0.061$
	21-30 Yaş	39	28.7	91	38.1	
	31-40 Yaş	55	40.4	102	42.7	
	41 Yaş ve Üzeri	32	23.5	34	14.2	
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	19	14.0	86	36.0	$X^2=26.196$ $p=0.000$
	Lise Mezunu	37	27.2	69	28.9	
	Lisans ve üzeri	80	58.8	84	35.1	
Meslek	Ev Hanımı	77	56.6	210	87.9	$X^2=87.635$ $p=0.000$
	Memur	20	14.7	28	11.7	
	Sağlık Personeli	39	28.7	1	0.4	
Aylık Gelir	2000 TL ve Altı	7	11.3	31	46.3	$X^2=29.264$ $p=0.000$
	2001-3000 TL	16	25.8	23	34.3	
	3001 TL ve Üzeri	39	62.9	13	19.4	
Medeni Durum	Evli	103	75.7	201	84.1	$X^2=3.952$ $p=0.033$
	Bekar	33	24.3	38	15.9	
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu	13	12.7	51	25.4	$X^2=20.923$ $p=0.000$
	Lise Mezunu	26	25.2	80	39.8	
	Lisans ve Üzeri	64	62.1	70	34.8	
Eşin Mesleği	Memur	23	22.2	37	18.4	$X^2=45.831$ $p=0.000$
	Serbest Meslek	22	21.4	88	43.8	
	Sağlık Personeli	22	21.4	2	1.0	
	Çalışmıyor	36	35.0	74	36.8	
Eşin Aylık Geliri	2000 TL ve Altı	21	25.3	91	54.2	$X^2=21.099$ $p=0.000$
	2001-3000 TL	25	30.1	37	22.0	
	3001-4000 TL	12	14.5	18	10.7	
	4001 TL ve Üzeri	25	30.1	22	13.1	
Çocuk Sayısı	1	23	26.4	63	35.8	$X^2=2.399$ $p=0.301$
	2	40	46.0	73	41.5	
	3 ve Üzeri	24	27.6	40	22.7	
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	51	37.5	106	44.4	$X^2=5.461$ $p=0.065$
	Geliri Giderine Denk	69	50.7	120	50.2	
	Geliri Giderinden Fazla	16	11.8	13	5.4	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	123	90.4	211	88.3	$X^2=0.414$ $p=0.322$
	Geniş Aile	13	9.6	28	11.7	

Tablo 6’da kadınların hepatit aşısı olma durumuna göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınlardan hepatit B aşısı olanların % 58.8’i lisans ve üzeri mezunu, % 56.6’sı ev hanımı, % 62.9’u 3001 TL ve üzerinde gelire sahip, % 75.7’si evli, %62.1’nin eşi lisans ve üzeri mezunu, %35’nin eşi çalışmıyor, %30.1’nin eşinin geliri 4001 TL ve üzerindedir.

Tablo 7. Kadınların Kayıtlı Oldukları Aile Hekimliklerine Göre Hepatit B Bilgi Düzeyleri Dağılımı

Aile Hekimi	Hepatit B Bilgi Düzeyi				Toplam		X ² /p
	Bilgisi Yok		Bilgisi Var		n	%	
	n	%	n	%			
1	2	1.9	20	7.8	22	5.9	X ² =56.430 p=0.000
2	3	2.5	19	7.4	22	5.9	
3	1	0.8	21	8.3	22	5.9	
4	9	7.6	15	5.9	24	6.4	
5	4	3.4	19	7.4	23	6.1	
6	7	5.9	9	3.5	16	4.4	
7	6	5.0	14	5.5	20	5.3	
8	3	2.5	20	7.8	23	6.1	
9	6	5.0	17	6.6	23	6.1	
10	13	10.9	8	3.1	21	5.6	
11	16	13.4	7	2.7	23	6.1	
12	4	3.4	11	4.3	15	4.0	
13	7	5.9	14	5.5	21	5.6	
14	8	6.7	9	3.5	17	4.5	
15	6	5.0	14	5.5	20	5.3	
16	11	9.2	8	3.1	19	5.1	
17	7	5.9	13	5.1	20	5.3	
18	6	5.0	18	7.0	24	6.4	
Toplam	119	100.0	256	100.0	375	100.0	

Tablo 7’de kadınların aile hekimliklerine göre hepatit B bilgi düzeyleri yer almaktadır. Çalışmada 119 kişinin hepatit B hakkında bilgisi yokken, 256 kişi bilgisi var olarak tespit edilmiştir. Çalışmada kadınların hepatit B bilgi düzeyleri aile hekimliklerine göre ilk üç sıralaması yapıldığında sırasıyla %8.3 oranı ile 3 nolu aile hekimliği birinci sırada, %7.8 oranı ile 1 nolu aile hekimliği ve 8 nolu aile hekimliği

ikinci sırada, %7.4 oranı ile 2 nolu ve 5 nolu aile hekimlikleri üçüncü sırada yer almaktadır. Aile hekimlikleri ile kadınların hepatit B bilgi düzeyi arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2=56.430$, $p=0.000$)

Tablo 8. Kadınların Aile Hekimliklerine göre Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumları

Aile Hekimi	Hepatit B Korunma Yollarını Bilme Durumu						X^2/p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
1	16	7.0	6	4.2	22	5.9	$X^2=56.212$ $p=0.000$
2	17	7.4	5	3.4	22	5.9	
3	21	9.2	1	0.7	22	5.9	
4	13	5.7	11	7.5	24	6.4	
5	19	8.3	4	2.7	23	6.1	
6	9	3.9	7	4.8	16	4.4	
7	13	5.7	7	4.8	20	5.3	
8	20	8.5	3	2.1	23	6.1	
9	16	7.0	7	4.8	23	6.1	
10	7	3.1	14	9.6	21	5.6	
11	5	2.2	18	12.3	23	6.1	
12	8	3.5	7	4.8	15	4.0	
13	11	4.8	10	6.8	21	5.6	
14	9	3.9	8	5.5	17	4.5	
15	13	5.7	7	4.8	20	5.3	
16	7	3.1	12	8.2	19	5.1	
17	10	4.4	10	6.8	20	5.3	
18	15	6.6	9	6.2	24	6.4	
Toplam	229	100.0	146	100.0	375	100.0	

Tablo 8’de kadınların aile hekimliklerine göre hepatit B korunma yollarını bilme durumları yer almaktadır. Çalışmada toplam 229 kişi hepatit B korunma yollarını bilmekte iken, 146 kişi hepatit B korunma yollarını bilmemektedir. Çalışmada aile hekimliklerine göre sıralama yapıldığında hepatit B korunma yollarını sırasıyla 3 nolu aile hekimliğine bağlı kadınlar % 9.2 oranında, 8 nolu aile hekimliğine bağlı kadınlar % 8,5 oranında, 5 nolu aile hekimliğine bağlı kadınlar %8.3 oranında bilerek ilk üç sıralamayı oluşturmaktadırlar. Aile hekimlikleri ile kadınların hepatit B korunma yollarını bilme durumları arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2=56.212$, $p=0.000$)

Tablo 9. Kadınların Aile Hekimliklerine Göre Hepatit B Aşısı Olma Durumları

Aile Hekimi	Hepatit Aşısı Olma Durumu				Toplam		X ² /p
	Aşılı		Aşısız				
	n	%	n	%	n	%	
1	8	5.9	14	5.9	22	5.9	X ² =33.183 p=0.011
2	8	5.9	14	5.9	22	5.9	
3	13	9.6	9	3.7	22	5.9	
4	8	5.9	16	6.7	24	6.4	
5	13	9.6	10	4.2	23	6.1	
6	4	2.9	12	5.0	16	4.4	
7	10	7.4	10	4.2	20	5.3	
8	12	8.7	11	4.6	23	6.1	
9	10	7.4	13	5.4	23	6.1	
10	6	4.4	15	6.3	21	5.6	
11	2	1.5	21	8.8	23	6.1	
12	4	2.9	11	4.6	15	4.0	
13	6	4.4	15	6.3	21	5.6	
14	8	5.9	9	3.7	17	4.5	
15	9	6.6	11	4.6	20	5.3	
16	2	1.5	17	7.1	19	5.1	
17	4	2.9	16	6.7	20	5.3	
18	9	6.6	15	6.3	24	6.4	
Toplam	136	100.0	239	100.0	375	100.0	

Tablo 9’da kadınların aile hekimliklerine göre hepatit B aşısı olma durumları yer almaktadır. Çalışmada kadınların 136’sı aşılı, 239’u aşısız olarak tespit edildi. Çalışmada en yüksek aşılanma oranı % 9.6 ile üç ve beş nolu aile hekimliklerine aittir. Aile hekimlikleri ile kadınların hepatit B aşısı olma durumu arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2 = 33.183$, $p=0.011$)

5. TARTIŞMA

Kan yolu ile bulaşan enfeksiyon hastalıkları, hem ülkemizde hem de tüm dünya üzerinde önemli sağlık sorunu teşkil etmektedir [1]. Türkiye'de 2006 yılından günümüze kadar aktif hepatit aşılama programı başlatılmasına, hepatit aşısı ile ilgili farkındalık ve birinci basamak aile hekimliği sağlık politikaları programlarının geliştirilmesine rağmen bugün doğurganlık yaş aralığında olan 15-49 yaş kadınlarımızın aşılama durumuna ait yeterli veriler bulunmamaktadır. 15-49 yaş grubu kadınlardaki hepatit aşılama veri eksikliğinden yola çıkarak yapılan bu tez çalışması Trabzon il merkezinde bulunan aile hekimliklerine bağlı 15-49 yaş aralığındaki kadınların hepatit B aşılama durumunu değerlendirmek amacı ile gerçekleştirildi.

Her hastalığın vücutta yaptığı etkilerinin insanlar tarafından anlaşılması ve buna yönelik davranış değişikliklerin beklenmesi gelişmiş sağlık sorumluluğunun göstergesidir [56]. Bu çalışma örneklemdaki kadınların büyük çoğunluğunun hepatit B ve korunma yolları ile ilgili yeterli bilgilere sahip olduklarını tespit etti. Ancak bu tespitin yanında bu grubun çoğunluğunun bu bilgilerine rağmen aşısız olmaları dikkat çekici sonuç olarak görülmektedir. Özellikle bu çalışmada bütün örnek grubun 31-40 yaş grubu aralığı kadınların hepatit B ile ilgili bilgisi yok (%42,0) ve bilgisi var (%41,8) oranlarının birbirine yakın olması dikkat çekicidir. Bu sonuç, ülkemizde bulaşıcı hastalıklara yönelik yapılan çalışmalarda kişilerin hastalık ile ilgili bilgilerinin olmasına rağmen korumaya ve önlemeye yönelik davranışlarının eksik olduğunu gösteren literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir. 2012 yılında Durusoy ve arkadaşları Bornova'da yaptıkları çalışmada, araştırmanın yapıldığı yerde çalışanların bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik bilgi düzeyi puanlarını davranış puanına oranla çok daha yüksek olarak bulmuş ve bilgi puanı ile davranış puanının örtüşmemesini bilginin davranışa yansımamasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir [57]. Yine Ankara'da kuaför ve güzellik salonlarında yapılan bir çalışmada, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde önemli olan hijyenin sağlanması için gerekli mesleki eğitimi almış çalışanlarla, eğitim almamış çalışanlar arasında bulaşmayı engelleyici uygulamalar arasında herhangi bir farka

rastlamamışlar, bu durumu bu konunun eğitim sürecinde dahi yeterli öğretilip davranışa geçirilememesi ile açıklamışlardır [58].

Savaşer ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada, araştırmayı yaptıkları grubun hepatit bilgi düzeyleri yüksek bulunmasına rağmen araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun

(%75) aşıli olmadıklarını tespit etmişler, aşıli olmama nedenleri arasında çoğunlukla “aşılmanın önemini bilmiyordum” yer alırken bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen aşı hakkındaki bilgi düzeylerinin bu denli oluşu düşündürücü bulunmuştur [59]. Pek çok çalışmada, hatta sağlık yüksek okulu öğrencilerinin bile hepatit B aşılmasının yeterli düzeyde olmadıklarını ortaya koymaktadır [60, 61].

Bu çalışmada incelenen grup olan

15-49 yaş kadınların ise aşılama oranlarına yönelik literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olup, çoğunluğun (%58,1) hepatit bilgi düzeyi “yeterli bilgim var” olarak tanımlamalarına rağmen, büyük çoğunluğun (%63,7) aşısız saptanması diğer araştırmaları bu konuda destekler niteliktedir. Diğer araştırmalarda olduğu gibi bu çalışmada da bilgi düzeyi ile aşılama oranı arasındaki bu örtüşmezlik dikkat çekici bulundu ve hepatit B ile mücadelede en önemli ve hepatite yakalanıldığında hastalıkla mücadeleye harcanacak maliyet ve zaman düşünüldüğünde en ucuz unsur olan aşıya gerekli dikkatin çekilmediği düşünüldü.

Bu araştırma hepatit bilgi düzeyi ile yaş, eğitim durumu, meslek ve aylık gelir arasında istatistiksel anlamlılık olduğunu gösterdi. Yürütülen çalışmadaki bu bulgular ile Adana’da yapılan bir çalışmadaki bulgular benzerlik göstermektedir. Hepatit B bilgi düzeyi yüksek olan grupta büyük yaş, ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olması, aile gelir düzeylerinin yüksek olması gibi faktörlerin etkili olduğu bulunmuştur. Aynı benzerlik ABD’de yapılan bir çalışmada da görülmektedir [60]. Yine Vancouver-Richnand’da yapılan bir çalışmada, hepatit B yüksek bilgi düzeyi ile artan yaş, artan eğitim düzeyi ve sağlık eğitiminde medya kullanımı ile anlamlı ilişki saptanmıştır [62]. Çelen ve ark. yaptıkları çalışmada da ailenin sosyo- ekonomik durumu ile hepatit B bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptamıştır [63]. Savaşer ve ark. yaptıkları çalışmada ailede sağlık personelinin olmasının hepatit bilgi düzeyi seviyesini etkilediğini saptamışlardır [59]. Genelde konu ile ilgili öğrencilere yönelik çalışmalar mevcut olduğu için literatürde anne-babanın eğitim düzeyinin yüksekliği

ile öğrencinin hepatit B bilgi düzeyinin yüksekliği arasında pozitif ilişki saptanmış birçok çalışma mevcuttur [31, 36, 59, 64]. Yine yapılan pek çok çalışma bu konuda yürütülen araştırma ile benzer sonuçlar içermesine rağmen Elazığ'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada da ailede sağlık personeli varlığının hepatit B ile ilgili bilgi düzeyini etkilemediğini saptamışlardır [63]. Bu konudaki ikilem dikkat çekici bulunup, hepatit B bilgi düzeyi ve meslek arasındaki bağlantıya yönelik kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünüldü.

Bu çalışma hepatit B korunma yollarını bilme ile eğitim durumu, meslek, aylık gelir, medeni durum ve aile tipi arasında istatistiksel anlamlılık olduğunu gösterdi. Siroz, karaciğer yetmezliği, hepatosellüler karsinoma gibi önemli komplikasyonları olan hepatit B'nin, var olan tedavi yöntemleri ile tamamen tedavisinin mümkün olmayışı bu hastalıktan korunmanın önemini daha da artırmaktadır [53]. Bu açıdan yürütülen araştırmadaki hepatit B korunma yolları ve diğer değişkenler arasında elde edilen bulgular literatürdeki pek çok araştırma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaya benzer olarak Çelen ve ark. yaptıkları araştırmada eğitim düzeyleri yüksek olan öğrencilerin hepatit korunma yollarına ait sorulara verdikleri doğru yanıt sayılarının yüksek olduğunu saptamışlar, yine Savaşer ve ark. araştırmalarında benzer sonuçlar elde etmiş aynı değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptamışlardır. Birçok araştırma sağlık meslek lisesi öğrencilerinin aldıkları eğitimden dolayı diğer liselere oranla hepatit korunma yollarına yönelik sorulara verdikleri doğru yanıt sayısına bağlı olarak puanlarının yüksek olduğu şeklindedir [65]. Pek çok araştırmada sağlıkla ilgili bir meslekte bulunan ya da ailede sağlık personeli olan kişilerde hepatit B korunma yollarını bilme konusunda daha iyi olduklarını, hepatit B korunma yolları ile meslek arasında istatistiksel anlamlılık olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada olduğu gibi Ünsal ve arkadaşları, Savaşer ve arkadaşları da benzer sonuçları rapor etmiştir [59]. Saatçi ve arkadaşları çalışmalarında hepatit korunma yollarını bilmede eğitimin önemini vurgulamış, üst sınıflarda korunmaya yönelik bilgi düzeylerini yüksek saptamışlardır [65]. İçerisinde hepatit korunma yollarının bilip bilmediğine dair soruların yer aldığı hepatit bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda gelir düzeyi yüksek ailelerde puanlamanın yüksek olduğuna dair pek çok araştırma mevcuttur [60, 66, 67]. Çalışmamızda olduğu gibi literatürde de aile tipi ile hepatit korunma yolları arasında anlamlılık belirten

araştırmalar mevcuttur [66, 67]. Buna rağmen Ünsal ve ark. herhangi bir anlamlılık bulamamıştır ($p>0.005$). Bu sonuçlardaki ikile yemni araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu da dűřündürmektedir.

Çalıřmamız hepatit ařısı olma durumu ile, eđitim, meslek, aylık gelir, medeni durum arasında istatistiksel anlamlılık olduđunu gösterdi. İtalya'da yapılmıř bir arařtırmada hepatit B ařılanma farkındalıđı oldukça dűřük bulunmuř (%30,5), ařılanma durumu ile yař, eđitim, ve hastalık için risk grupları arasında bulunma durumu arasında anlamlı iliřki saptanmıř, 40 yařın altındaki kadınlarda, lise mezunlarında ařılanma farkındalıđı yűksek bulunmuřtur. Farkındalıđı dűřük olan gruplara eđitim kampanyası dűzenlenip bu kampanyaya katılanların %90'ı ařılanmıřtır. Bu çalıřmanın aksine, Saatçi ve arkadaşları yaptıkları arařtırmada hepatit B bilgi dűzeyi ile ařılanma oranlarının uyumlu olduđunu saptamıř, her ikisinin de yeterli dűzeyde olmadıđını bildirmişlerdir [60]. Singapur'da yapılan bir arařtırmada ise ařılanma durumu ile meslek ve etnik grup arasında istatistiksel anlamlılık bildirilmiřtir [68]. Brandenburg'da yapılan bir çalıřmada yine ařılanma durumu ile sosyal statű, sađlık gűvencesi ve sunulan sađlık hizmetleri arasında kuvvetli iliřki saptanmıř, halk sađlığı hizmetlerinin dűzenli kontrolleri ile ařılanma oranlarının iyileřtirileceđi savunulmuřtur. ABD'de yapılan bir arařtırmada ařılanma durumu ile medeni durum, hepatit B bilgi dűzeyi arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıřtır [60]. Adana'da Saatçi ve arkadaşlarının, lise űđrencilerinin hepatit B farkındalık dűzeyini saptamak amacıyla yaptıkları arařtırmada hem hepatit B bilgi dűzeyini hemde ařılanma oranlarını dűřük bulup, lise sađlık derslerinin bilgi dűzeylerinin artırılmasını ve hepatit B ařısının sadece çocuklar için deđil ergenlikte ve yetiřkinlerde de zorunlu hale getirilmesini ve bu ařılanmanın ücretsiz yapılmasını űnermişlerdir [60]. Çalıřmada ki bu bulgularla literatűrdeki bulgular genel anlamda benzerlik gűstermekte olup, bu arařtırma daha űnceki tespitleri destekler niteliktedir. Bu çalıřmada hepatit bilgi dűzeyi yűksek bulunmasına rađmen ařılanma oranının dűřük olması dikkat çekici bulunup, bilginin davranıřa geçmesinde ki problemle alakalı olabileceđi dűřűndű.

Çalıřmamızda aile hekimlikleri ile hepatit B bilgi dűzeyi arasında bűtűn aile hekimliklerinde anlamlılık olduđu belirlendi. Hepatit B epidemiyolojisi űlkelerin geliřmiřlikleri ile alakalı űzellikler gűstermektedir. Hepatit B'nin gűrűlme sıklıđı

gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla daha fazladır. DSÖ 1991’de bütün ülkelerde çocukların aşılmasını önermiş, 164 ülkede 2006 yılına kadar hepatit B aşısını rutin aşılama programı dahiline almıştır [69]. Türkiye ise 1996 yılında kurulan Bağışıklık Danışma Kurulu bütün çocukların aşılmasını önermiş, aynı kurul rutin çocuk aşılamasının yanı sıra sağlık personeli ve yüksek risk gruplarında devamlı olarak aşı uygulamasının yapılmasını da önermiştir [70]. Bu bağlamda aşılamının yapıldığı 1. Basamak Sağlık Hizmetleri veren aile hekimliklerinde çalışan personelin hepatit B ile ilgili bilgi düzeyi ve bilgiyi aktarımları önem taşımaktadır. Bu konu ile ilgili yapılmış pek çok çalışma mevcuttur. Savaşer ve ark. yaptığı çalışmada gençlerin hepatit B hastalığına ait bilgilere en çok okul, öğretmen, aile ve basinyayından ulaştıkları, sağlık çalışanlarının ise bu sıralama da beşinci sırada yer aldığını tespit etmiş, bilgiye ulaşımında öncelikle okul, öğretmen ve aile yer aldığı için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hemşirelerin, gençlerin ve ailelerinin eğitiminde daha etkin bir şekilde yer almaları gerektiğini saptamışlardır [59]. Literatürdeki pek çok çalışma okuldaki öğrencilerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını destekler niteliktedir [60]. Bununla birlikte literatürde normal lise öğrencilerinin yanı sıra sağlık liselerinde ve hatta sağlık yüksek okulu öğrencilerinin de yeterli bilgiye sahip olmadığını gösteren araştırmalarda mevcuttur [61, 71]. Bu nedenlerle, aile hekimlerinin hepatit virüsleri ile olan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolleri için gençlerle yaptığı çalışmada Neff (2003), aile hekimlikleri tarafından topluma hepatit bulaşma yolları, risk faktörleri, korunma yolları, hastalığın tedavisi ve sonuçları hakkında eğitim yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır [59, 72]. Savaşer ve ark. yaptıkları çalışmada hepatit B bilgi düzeyini düşük bulmuş, okullarda hastalığa yönelik taramaların yapılarak aşılanmayanların aşılmasını ve okul sağlığı hemşireliğinin yaygınlaştırılmasının gerekliliğine dikkat çekmişlerdir [59]. Yurt dışında birinci basamak sağlık hizmetleri veren doktor, hemşire ve ebelerle mektuplar gönderilerek yapılan bir çalışmada birinci basamağa başvuran kişilerden %98’den, bir başka çalışmada ise %92’sinden HBV testi istendiği saptanmıştır [64]. Ancak Ersoy ve ark. ülkemizde yaptıkları çalışmada bu oranı %72 olarak bulmuş, bu testin yapılmasının gerekliliğini savunmuşlardır. Yine aynı çalışmada ebelerin hepatit B taşıyıcısı annelerin bebeklerinin korunabileceğini %84 oranında bilmelerine rağmen, aşının ve immünglobulin uygulamasının aciliyeti

konusundaki bilgi düzeylerini büyük oranda yetersiz bulmuş, hepatit B taşıyıcısı annelerinin yarısının çocuklarının virüsle karşılaşma riskinin bulunduğunu saptamışlardır [64]. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik pek çok araştırma yapılmış kimisi yüksek düzeyde (%73) bulunurken, bazı araştırmalarda bilgi düzeyi oldukça düşük bulunmuştur [64, 73]. Bu araştırmalarda ki farklılıklar yürütülen çalışmadaki aile hekimliklerinde kayıtlı kadınlar arasındaki bilgi düzeyindeki istatistiksel farklılığın, aile hekimliklerinde çalışan personelin bilgi düzeyinden olabileceği gibi, kadınların eğitimi ya da birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarından da kaynaklanabileceğini düşündürdü.



6. SONUÇ

Bu çalışma Trabzon merkez aile hekimliklerine bağı bulunan 15-49 yaş arası kadınlarda hepatit B aşısı yaygınlığını belirlemek üzere planlanmış olup, Türkiye genelinde herhangi bir şehirde çalışılmadığından ilk olması açısından oldukça önemlidir. Araştırmada bulgular doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Kadınların:

- Eğitim seviyeleri %43.7 oranında lisans ve üzeri
- Meslekleri %76.5 oranında ev hanımı
- %81,1'i evli
- %43'ü 2 çocuk sahibi
- %89.1 çekirdek aile
- %98.1'i şehir merkezinde ikamet etmekte
- %68.3'nün hepatit B hakkında bilgisi var
- %61.1'i hepatit B korunma yollarını biliyor
- %63.7'si hepatit B'ye karşı aşısız
- .Aile hekimlikleri ile kadınların hepatit B bilgi düzeyi, aşıli olup olmama durumları ve korunma yollarını bilip bilmeme durumları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi.

6.1. Öneriler

1. Hepatit B farkındalığını artırıcı kampanyalar düzenlenmeli.
2. En büyük sınırlılık birebir karşılaştırmanın yapılacağı literatür eksikliği olduğu için yeni çalışmalar yapılmalı.
3. Sonuçlar doğrultusunda aşılama programı başlatılmalı.
4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitimlere yer verilmeli, hastalık semptomlarına dikkat çekilmeli
5. 15-49 yaş kadınlarda tarama testleri zorunlu hale getirilmeli.
6. 15-49 yaş grubu için rutin aşılama programı başlatılmalı.

7. KAYNAKÇA

1. Şahin NH, Bilgiç D, Esen Ü, Çetinkaya R, Tozoglu Z (2009). Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. TAF Preven Med Bull 8(2):147-154
2. Arabacı, F, Demirli H, Akhisar M (2005). Van'da 6-10 Yaş Grubu Çocuklarda Hepatit A ve B Seroprevalansı. İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal Of Infection) 19(4): 457-460
3. Demirci M, Arıdoğan Bc, Taşkın P, Arda M (2016). Isparta'da Değişik Yaş Gruplarında Hepatit B Belirleyicilerinin Seroprevalansı. Mevcut: <https://www.Researchgate.Net/Publication/260320842>. [Erişim 16 Haziran 2016].
4. Uzun B, Güngör S, Er H, Pektaş B, Demirci M (2013). İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Poliklinik Hastalarında HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV Seroprevalansı. Viral hepatit Dergisi 19(3):123-125.
5. Akyıldız Ü, Yalçın KS, Türkay FC (2011). Hepatosellüler Karsinom Tedavisi. Güncel Gastroenteroloji 15(3):184-189.
6. Demirören K, Deveci U, Demirören S, Doğumevi S (2007). Sağlık Bakanlığımızın Uyguladığı Hepatit B Aşılarının Sağladığı Anti-Hbs Değerleri. FÜ Sağ. Bil. Dergisi 21(5):183-185.
7. Tosun SY (2002). Ülkemizde Hepatit B Aşılması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 11(4):140-142.
8. Tosun S, Ayhan MS, İsbir B (2007). Hepatit B Virus enfeksiyonu İle Savaşmada Ülke Kaynaklarının Ekonomik Kullanımı. Viral Hepatit Dergisi 12(3):137-141.
9. Özdelikara A(2008). Hemşirelerin Hepatit B, C Virüsü İle Karşılaşma Durumları ve Korunmak İçin Aldıkları Önlemler. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
10. Çimentepe M (2014). Hepatit B Virüs İlaç Direnci Mutasyonlarının Pyrosequencing Metodu İle Tespiti. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
11. Bakırhan R (2010). Tatvan'da Hepatit B Seroprevalansının Ve İlgili Biyokimyasal Değerlerinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Van.

12. Giray BG (2012). Serum miRNA Profillerinin Hepatit B Virüs(HBV) İnfeksiyonu Ve Kronik HBV İle İlişkili Hepatosellüler Karsinomanın Erken Tanısındaki Biyomarkır Olma Potansiyelinin Araştırılması. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
13. Yakar N (2015). HBV DNA ve HCV RNA'sı Pozitif Olan Kronik Hepatit B ve C Hastalarında Otoantikör Seroprevalansının Araştırılması. Yüksek lisans tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kahramanmaraş.
14. Korkmaz F (2014). Kronik Hepatit B Hastalarında Serum Demir Demir Bağlamna Kapasitesi ve Ferritin Düzeylerinin Araştırılması. Yüksek lisans tezi, yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.
15. Doo EC, Ghany MG(2010). Hepatitis B Virology For Clinicians. Clin Liver Dis 14:397-408.
16. Kaplan Ö(2013). C.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesine Son On Yılda Başvuran Hemodiyaliz Hastalarının Hepatit B ve Hepatit C Seroprevelansları. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
17. Serter D (Editör)(1997). Hepatit Virüsleri Ve Viral Hepatitler: Virüs Riketsiya ve Klamidya Hastalıklarında: 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 175-206.
18. Kara, İ H (2008). Acute Viral Hepatitis C. Türk Aile Hekimliği Dergisi 12(2): 89-94.
19. Seeger C, Mason WS(2000). Hepatitis B Virus Biology. Microbiol. Mol Biol 64(1):51.
20. Özacar T, Bilgiç A (1999). Hepatit B ve D virusları. In: Ustaçelebi. Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. 1Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 1056-1070
21. Kreutz C (2002). Molecular, Immunological and Clinical Properties Of Mutated Hepatitis B Viruses. J Cell Mol Med 6(1):113-143.
22. Denis F, Ranger-Rogez S (2004). Screening Of Pregnant Women For Hepatitis B Markırs In A French Provincialuniversity Hospital (Limoges) During 15 Years. Eur J Epidemiol 19(10):973-978.
23. Banerjee A, Banerjee S(2005). Nucleic Acid Sequence Analysis Of Basal Core Promoter/Precore/Core Region Of Hepatitis B Virus Isolated From Chronic Carriers Of The Virus From Kolkata, Eastern India: Low Frequency Of Mutation In The Precore Region. Intervirology 48(6):389-399
24. Echevarría JM, Avellón A(2006). Hepatitis B Virus Genetic Diversity. J Med Virol 78:36-42

25. Tabak F. Virus Hepatitlerinin Epidemiyolojisi. In: Yucel A,Tabak F. Günümüzde Virus Hepatitleri.2 Baskı. İstanbul: İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği. 1998; 21-30.
26. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu (2013). Fülminan Hepatit B Tedavisi: Uzlaş Raporu 26(Suppl 1): 2-11. Klimik Dergisi.
27. Wasley A, Grytdal S, Gallagher K (2006). Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Surveillance For Acute Viral Hepatitis In -United States. MMWR Surveil Summ 57(2):1-24.
28. Taşyaran, MA (2003). HBV Enfeksiyonu Epidemiyolojisi. Tekeli E,Balık İ (Ed:Balık Eİ). Viral Hepatit: 121- 128.
29. Tarhan A (2013). Kronik Hepatit B Hastalarında Antiviral Tedavi Stratejilerinin Maliyet Etkililik Analizi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
30. Hollinger FB and Dienstag JL(1999). Hepatitis B and D Virus, Manuel Of Clinical Microbiology, 6th Ed. (Ed: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH) Washington DC, ASM Press, 1035–1044.
31. Us T, Akgün Y, Kanan B(2001). HBV-DNA PCR Sonuçlarının , HBV Serolojik Göstergeleriyle Karşılaştırılması. Viral Hepatit Dergisi 6(3): 34-37
32. Uzun Ö, Ünal S(2002) . Enfeksiyon Hastalıkları. İkinci baskı. Bilimsel Tıp Kitabevi. Ankara;106-110.
33. JC,Wasmuth (2009). Hepatitis B Epidemiology. Transmission and Natural History, Hepatology 50(2), 227-42.
34. Tosun S (2013). Viral Hepatitlerin Ülkemizdeki Değişen Epidemiyolojisi. Ankem Dergisi 27(2):128-134.
35. Tosun S (2012). Hepatit B Virüs Aşılması. Viral Hepatit Dergisi 18(2): 37-46.
36. Ertuğrul Ö, Baykan M (2019). Türkiye'de HBV ve HCV İnfeksiyonlarının Durumu. Genel Tıp Dergisi 11(2):89-92.
37. Tosun S (2013). Türkiye'de Viral Hepatit B Epidemiyolojisi. Viral Hepatit (Ed:Tabak F, Tosun S). Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 25-81.
38. Lavanchy D (2004). Hepatitis B Virüs Epidemiology, Disease Burden, Treatment, Andcurrent and Emerging Prevention And Control Measures. J Viral Hepat 11(2):97-107.

39. Thomas D, Zoulim F (2012). New Challenges In Viral Hepatitis. *Gut* 61(1):1-5.
40. Yapali S, Talaat N, Lok As (2014). Management Of Hepatitis B: Our Practice and How It Relates To The Guidelines. *Clin Gastroenterol Hepatol* 12(1):16-26.
41. Sonsuz A (2008). HBsAg (+) Hastaya Yaklaşım. X. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya, 15-19 Ekim 2008, 142-146.
42. Sheen IS, Liaw YF, Tai DI, Chu CM (1985). Hepatic Decompensation Associated With Hepatitis B E Antigen Clearance In Chronic Type B Hepatitis. *Gastroenterology* 89(4):732-735.
43. Liaw YF, Tai DI, Chu CM, Chen TJ (1988). The Development Of Cirrhosis In Patients With Chronic Type B Hepatitis: A Prospective Study. *Hepatology* 8(3): 493-6.
44. Hadziyannis SJ, Vassilopoulos D(2001). Hepatitis B E Antigen-Negative Chronic Hepatitis B. *Hepatology*. 34(4): 617-624
45. McMahon BJ, Holck P, Bullkow L, Snowball M (2001). Serological and Clinical Outcomes Of 1536 Alaska Natives Chronically Infected With Hepatitis B Virus. *Ann Intern Med* 135(9): 759-768
46. Huang MA, Lok ASF(2003). Natural History Of Hepatitis B and Outcome After Liver Transplantation. *Clin Liver Dis* 7(3): 521-36.
47. Villeneuve JP (2005). The Natural History Of Chronic Hepatitis B Virüs Infection. *J Clin Virol* 34(1):139-142.
48. Değertekin B (2010). Hepatit B Patogenezi, Doğal Seyri Ve Kliniği. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Özel Dergisi* 3(1):45-52.
49. Croagh CM, Lubel JS (2014). Natural History Of Chronic Hepatitis B: Phases In A Complex Relationship. *World J Gastroenterol* 20(30): 10395-404.
50. Chen G, Lin W, Shen F, Iloeje UH, London WT, Evans AA (2006). Past HBV Viral Load As Predictor Of Mortality And Morbidity From HCC And Chronic Liver Disease In A Prospective Study. *Am J Gastroenterol*. 101(8): 1797-1803.
51. Lin CL, Kao JH (2008). Hepatitis B Viral Factors and Clinical Outcomes Of Chronic Hepatitis B. *J Biomed Sci* 15(2): 137-145.
52. Kazimi MC, Nalbantoğlu S, Kılıç M, Berdeli A (2010). Clinical and Genetic Aspects Of Turkish Hepatocellular Carcinoma Patients: Results Of A Single Center Study. *International Journal of the Physical Sciences* 5(15): 2379-92.
53. Güçlü E, Geyik MF(2012). Hepatit B Enfeksiyonu ve Korunma. *Konuralp Tıp Dergisi* 4(2):54-58.

54. Hou J, Liu Z, Gu F (2005). Epidemiology and Prevention of Hepatitis B Virus Infection. *International Journal of Medical Sciences* 2(1):50-7.
55. Görgel H (2017). Manisa İli'nde 2014 Yılı Hepatit A Ve Hepatit B Duyarlılığı Ve Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
56. Sayılı U, Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E (2017). Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3):1-12.
57. Durusoy R, Mermer G, Türk Soyer M (2012). Bornova'da Meslek Odasına Kayıtlı İşyerlerinde Manikür-Pedikür Çalışanlarının Enfeksiyonu Önleme Konusunda Bilgi Ve Davranışları. *Ege Tıp Dergisi* 51(2):83-91.
58. Boztaş Ve Ark. (2006). Ankara İlinin Bir Semti'nde Bulunan Kuaför ve Güzellik Salonlarında Çalışan Kişilerin Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bazı Görüş ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 13(1):60-68.
59. Savaşer S, Balcı S, Ceylan N, Yalçın ZH, Direk M, Balcı M, Bardak N (2011). Lise Öğrencilerinin Hepatit B Hastalığı ve Hastalıktan Korunmaya Yönelik Farkındalık Durumu. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi* 19(1):1-8.
60. Saatçi E, Gereklioğlu Ç, Bozdemir N, Akpınar E (2006). Adana'da Lise Öğrencilerinde Hepatit B Farkındalık Düzeyi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 10(1):25-30.
61. Bozkurt G, Kıvanç M, Öztürk A, Karanisoğlu H (2001). İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Hepatit B Virüsü İle Karşılaşma Ve Hepatit B İle Bilgi Durumlarının İncelenmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 7(3):397-399.
62. Cheung J, Lee TK, The CZ, Wang CY, Kwan WC, Yoshida EM (2005). Crosssectional Study Of Hepatitis B Awareness Among Chinese And Southeast Asian Canadians In The Vancouver-Richmond Community. *Can J Gastroenterol* 19(4): 245-9.
63. Balın ŞÖ (2016). Lise Öğrencilerinin Hepatit B Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi* 29(2):77-81.
64. Ersoy Y, Ilgar M, Güneş G (2005). Malatya Yöresinde Ebelerin Hepatit B Yönünden Bilgi Düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(3):159-162.
65. Ünsal A, Tözün M (2012). Lise Öğrencilerinin Hepatit B Bilgi Düzeyi – Eskişehir. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 11(5):609-616

66. Thompson MJ, Taylor VM, Jackson JC (2002). Hepatitis B Knowledge and Practices Among Chinese American Women In Seattle, Washington. *Journal Of Cancer Education*. 17(4): 222- 226.
67. Ma GX, Shive SE, Toubbeh JI (2008). Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Chinese Hepatitis B Screening and Vaccination. *Am J Health Behav*. 32(2): 178-187.
68. Fong Np, Basir H, Seow A (1990). Awareness And Acceptance Of Heppatitis B Vaccination In Clementi, Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 19(6):788-792.
69. Hinds A, Cameron JC (2004). Acceptability Of Universal Hepatitis B Vaccination Among School Pupils And Parents. *Commun Dis Public Health* 7(4):278-282.
70. Akın L (2006).Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 26:655-665.
71. Göktalay G, Özyurt CB (2010). Celal Bayar Üniversitesinde Sağlık Personeli Yetiştiren Fakülte Ve Yüksekokul Öğrencilerinde Hepatit B Seroprevalansı Hepatit Bilgi Düzeyleri. *Viral hepatit dergisi* 15(1):13-21.
72. Neff MJ (2003). Cdc Updates Guidelines For Previton and Control Of Infections With Hepatitis Viruses In Correctional Settings. *Am Family Physician* 67(12):2620-2625.
73. Maral I, Özkan S, Aybay C, Bumini MA (1999). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinde Viral Hepatit A,B,C ve E Seroprevalansı ve Personelin Bu İnfeksiyonların Bulaş Yollarını Bilme Durumu. *İnfeksiyon Dergisi* 13(1): 89-93.

ÖZGEÇMİŞ

- Ad Soyad** : Fulya Batmaz
Adres : Karşıyaka Mah. Yavuz Selim Bul. Çınar Apt. No:491
Daire:23
Cep Telefonu : 0462 377 11 94
E-Posta : fulyaharputlu@hotmail.com
Eğitim Durumu : Üniversite **Doğum Tarihi** : 11.07.1985
Medeni Durum : Evli **Doğum Yeri** : Merzifon
Toplam Tecrübe : 11 Yıl
Ehliyet : 01.04.2009 (B)
Çalışma Durumu : Çalışıyorum (Hemşire)
Uyruk : TC
Yüksek Lisans : 2015-2016 Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans (Tez Aşamasında)
Üniversite : 2007- KTÜ Hemşirelik Yüksek Okulu - Hemşirelik Bölümü
Lise : 2003-Merzifon Anadolu Lisesi
Yabancı Dil : İngilizce
Bilgisayar Bilgileri : Orta Seviye
Sertifika Bilgileri : Yoğun Bakım Hemşireliği Sağlık Bakanlığı - 12.2013
Seminer Ve Kurslar :
 - Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği-Farabi Hastanesi (2014)
 - Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği - Farabi Hastanesi (2015)
 - Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu-KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi (2015)**İş Deneyimleri** :
2007-2008 Özel İmperial Hastanesi, Dahiliye Servisi
2008-2010 Farabi Hastanesi, Endokrin- Nefroloji Servisi
2010-Halen Farabi Hastanesi, Nöroloji-Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesi



EKLER

EK 1. Anket Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1) Yaşınız nedir? (Belirtiniz).

2) Eğitim durumunuz nedir?

a. İlköğretim mezunu b. Lise mezunu c. Lisans ve üzeri

3) Mesleğiniz nedir?

a. Ev hanımı b. Memur c. Sağlık personeli

4) Çalışıyorsanız aylık geliriniz nedir?.....TL (Belirtiniz).

5) Medeni durumunuz?

a. Evli b. Bekar

6) Eşinizin eğitim durumu nedir?

a. İlköğretim mezunu b. Lise mezunu c. Lisans ve üzeri

7) Eşinizin mesleği nedir?

a. Memur b. Serbest meslek c. Sağlık personeli d. Çalışmıyor

8) Eşinizin aylık geliri nedir?TL (Belirtiniz).

9) Sahip olduğunuz çocuk sayısı kaçtır?

a. 1 b. 2 c. 3 ve Üzeri

10) Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a. Gelirim giderimden az b. Gelirim giderime denk c. Gelirim giderimden fazla

11) Aile tipiniz nedir?

a. Çekirdek aile b. Geniş aile

12) Şuan yaşadığınız yer?

a. Köy b. Kasaba c. Şehir

13) Bağlı bulunduğunuz aile hekimliği neresidir?..... Nolu Aile Hekimliği (Belirtiniz.)

14) Hepatit B bilgi düzeyi nedir? (Hepatit B Bilgi Formu Puanına Göre)

a. Bilgisi var (11-20 puan arası) b. Bilgisi yok (1-10 puan arası)

15) Hepatit B korunma yollarını biliyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

16) Hepatit B aşılama durumu nedir?

a. Aşılı b. Aşısız

EK 2. Hepatit B Bilgi Formu

- 1- Hepatit B kan yoluyla bulaşan hastalıktır.
a- Evet b- Hayır
- 2- Hepatit B’de taşıyıcılık vardır.
a- Evet b- Hayır
- 3- Sarılığa sebep olabilir.
a- Evet b- Hayır
- 4- Hamilelikte anneden bebeğe bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 5- Cinsel ilişkiyle bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 6- Bulaşıcı değildir.
a- Evet b- Hayır
- 7- Ortak kullanılan diş fırçası, jiletle bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 8- Öksürme, hapşırma ile bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 9- Ortak kullanılan çatal ve bıçakla da bulaşır.
a- Evet b- Hayır
- 10- Hepatit B hastasıyla aynı tuvaleti kullanmakla bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 11- Öpmekle bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 12- Kuaförler ve dişçiler araçlarla hastalığı bulaştırabilirler.
a- Evet b- Hayır
- 13- Enjektör batmasıyla bulaşır
a- Evet b- Hayır
- 14- Hastalıktan korunmaya yönelik aşısı vardır
a- Evet b- Hayır
- 15- Hepatit B’nin tedavisi yoktur
a- Evet b- Hayır
- 16- Tedavisiz hastalarda karaciğer kanseri ve siroz riski artar
a- Evet b- Hayır
- 16- Sebze ve meyvelerle de bulaşabilir.
a- Evet b- Hayır
- 17- Çocuklukta bu hastalıktan korumak için aşı vardır.
a- Evet b- Hayır
- 18- Hepatit B bir virüs hastalığıdır.
a- Evet b- Hayır
- 19- Sağlık çalışanları risk grubundadırlar.
a- Evet b- Hayır

EK 3. Kurum İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

TRABZON HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - TRABZON
HSM TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ
21-04/2017 08.18 - 78046258 - 806.02.02 - E.173



Sayı : 78046258/806.02.02
Konu : Fulya BATMAZ'ın Tez Çalışması

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

- İlgi : a) 8.2.2017 tarihli 38928719 barkodlu yazınız.
b) 8.2.2017 tarihli 38929928 barkodlu yazınız.
c) 13.3.2017 tarihli 41220916 barkodlu yazınız.
d) 12.4.2017 tarihli 43299573 barkodlu yazınız.

Fulya Batmaz'ın "Trabzon İl Merkezinde Bulunan Aile Hekimlerine Bağlı 15-49 Yaş Grubu Kadınların Hepatit Aşılanma Prevelansı" konulu tez çalışması için Müdürlüğümüze yaptığı başvuru İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş olup komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur. Aile hekimlerinin gönüllülüğü, hasta mahremiyeti ve veri güvenliği esaslarına uyularak çalışmanın yürütülmesi, etik kurul raporunun ve çalışma sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi koşulu ile araştırma projesinin gerçekleştirilmesinde herhangi bir sakınca görülmemiştir. Konunun ilgili kişiye bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Köksal HAMZAOĞLU
Halk Sağlığı Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (2 sayfa)

Güvenli Elektronik İmza ile
Aşılıdır

02/05/2017

"EBELER SAĞLIK HİZMETİNİN ANASIDIR."

Ahmet AYDIN
İnsan Kaynakları Müdürü

Fatih Mah. Ocak Sok. Fatih A.S.M. Üstü Kat:2 ORTAHİSAR/ TRABZON

Bilgi için: Özlem ALTUN

Faks No:04622300466

Unvan: BİRİM SORUMLUSU

e-Posta: ozlem.altun@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.trbism.gov.tr

Telefon No: 0(462) 230 03 73 / 3071

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f7cfab64-3f6d-4954-a4e0-826a6639ca6c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-407
Konu: Etik Kurul onay belgesi

28/06/2017

Sayın; Prof. Dr. Abdulkadir REİS
Avrasya Üniversitesi

“Trabzon İl Merkezinde Bulunan Aile Hekimliklerine Bağlı 15-49 Yaş Kadınlarda Hepatit Aşılanma Prevelansı” başlıklı etik kurul 2017/114 protokol numaralı tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU





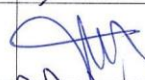


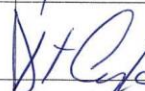

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Trabzon İl Merkezinde Bulunan Aile Hekimliklerine Bağlı 15-49 Yaş Kadınlarda Hepatit Aşılama Prevelansı"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKÖL/PLAN KODU	2017 / 114		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Abdulkadir REİS		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıbbi Patoloji		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Fulya BATMAZ, Doç.Dr.Birsel Canan DEMİRBAĞ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKÖLÜ/PLANI		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11	Tarih: 19/06/2017
	Prof.Dr.Abdulkadir REİS'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Fulya BATMAZ'a ait "Trabzon İl Merkezinde Bulunan Aile Hekimliklerine Bağlı 15-49 Yaş Kadınlarda Hepatit Aşılama Prevelansı" başlıklı 2017/114 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK 5. Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Trabzon il merkezinde bulunan aile hekimliklerine kayıtlı 15-49 yaş aralığındaki kadınların hepatit aşılama düzeyini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Giriş

Merhaba benim adım Fulya Batmaz. KTÜ Farabi Hastanesi Nöroloji- Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Hemşirelik yüksek lisans tezimi için hazırladığımız bu anketle 15-49 yaş aralığındaki kadınların hepatit aşısı durumlarını saptamak amaçlanmıştır. Tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın faydaları açıklandı. Bu çalışmayı herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Fulya Batmaz

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....