

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK

EDİRNE İLİNDE ÇALIŞMAKTA OLAN AİLE
HEKİMLERİ VE EDİRNE İLİ AŞI YÖNETİM EKİBİNİ
BAĞIŞIKLAMA VE AŞI TEREDDÜDÜNE İLİŞKİN
BİLGİLENDİRME VE TUTUM GELİŞTİRİLMESİNE
YÖNELİK MÜDAHALE ÇALIŞMASI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Bahar MARANGOZ

EDİRNE-2019

TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan onur duyduğum, danışman hocam Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a; ihtisasım boyunca üzerimde emeği olan Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a ve Anabilim Dalımızın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Galip EKUKLU ve Prof. Dr. Burcu TOKUÇ hocalarıma; tez çalışmamı gerçekleştirmemde izni ve katkıları nedeniyle Edirne İl Sağlık Müdürü sayın Dr. Ali Cengiz KALKAN'a ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı sayın Dr. Selma HEVES'e; bu süreçte her türlü desteğini ve yardımlarını benden esirgemeyen Bulaşıcı Hastalık Birimi sorumlusu sevgili arkadaşım Dr. Burcu BAKAR'a; birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, omuz omuza vererek zorlu süreçlerin üstesinden geldiğimiz sevgili arkadaşım Arş. Gör. Dr. Didem HAN YEKDEŞ'e; birlikte çalışmaktan keyif duyduğum Aşı Programları Birimi çalışanı sevgili arkadaşım Çiğdem ÇELİK'e,

Beni bugüne getiren anneme ve babama; asistanlık süreci boyunca biricik can yoldaşım kardeşim Kadir Erdem MARANGOZ'a bin bir minnet ve şükranlarımla...

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ	3
DÜNYA'DA BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU	6
TÜRKİYE'DE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU	8
BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN TEMEL BİLEŞENLERİ	9
AŞI BİLGİSİ	18
AŞILANMAMA	31
AŞI KARARSIZLIĞI VE AŞI REDDİ	33
AŞI KARARSIZLIĞI VE REDDİNİN DÜNYA'DAKİ SEYRİ VE TÜRKİYE'DE SORUN OLMA SÜRECİ.....	40
TÜRKİYE'DE AŞI REDDİNİN DURUMU	42
EDİRNE'DE AŞI REDDİ	43
AŞI KARARSIZLIĞI/REDDİ SORUNUNA İLİŞKİN NE YAPILMALI?.....	43
MÜDAHALE ARAŞTIRMALARI	44
GEREÇ VE YÖNTEMLER	46
BULGULAR.....	52
TARTIŞMA	85
SONUÇLAR	103
ÖZET	106
SUMMARY	109

KAYNAKLAR.....	111
-----------------------	------------

EKLER



SİMGE VE KISALTMALAR

AAP	: The American Academy of Pediatrics
ACIP	: Advisory Committee on Immunization Practices
AH	: Aile Hekimliği
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
COID	: The Committee on Infectious Diseases of The American Academy of Pediatrics
DaBT	: Difteri Boğmaca Tetanoz
DÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: U. S. Food and Drug Administration
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HBR	: Home Based Record
HepA	: Hepatit A
HepB	: Hepatit B
HHE	: Hipotonik Hiporesponsif Atak
Hib	: Haemophilus influenzae tip b
HPV	: Human Papilloma Virus
HSSGM	: Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
IOM	: The Institute of Medicine

IPA	: İnaktif Polio Aşısı
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KKK	: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
Men B	: Menenjit B
Men A, C, W, Y	: Menenjit A, C, W, Y
MMR	: Measles Mumps Rubella
ODTÜ	: Orta Doğu Teknik Üniversitesi
OPA	: Oral Polio Aşısı
PPD	: Tüberkülin Deri testi
SAGE	: Strategic Advisory Group of Experts
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDG	: The Sustainable Development Goals
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
Td	: Tetanoz difteri
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜTF	: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
WHO	: World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılama, morbidite ve mortaliteyi azaltıp nüfus artışını sağlayarak toplumların sağlığı üzerinde büyük etkisi olmuş bir tıbbi müdahaledir ve insanlığın binlerce yıl süren bulaşıcı hastalık (veba, sıtma, kolera, çiçek, tifüs) salgınlarına karşı kendini koruma çabası düşünüldüğünde çok kısa süredir uygulanmaktadır (1,2).

1798’de Edward Jenner tarafından çiçek aşısının geliştirilmesinin ardından, dünyanın bir kısmında 14 major hastalık kontrol altına alınmıştır: çiçek, difteri, tetanos, sarı humma, boğmaca, hemofilus influenza tip b, çocuk felci, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tifo, kuduz, rotavirüs ve hepatit B. Çiçek hastalığı için eradikasyon hedefi gerçekleştirilmiştir (1). Geçmiş yıllarda büyük salgınların nedeni olan ve milyonlarca kişinin ölümüyle sonuçlanan çiçek hastalığı 1978 yılından itibaren dünyada görülmemektedir (3). Poliomyelit % 99 oranında azaltılmış, eradikasyon hedeflenmektedir. Aşıların yaygın şekilde uygulanmasıyla diğer pek çok hastalığa karşı aşılamada büyük yol alınmıştır (1).

Nusret Fişek, koruyucu hekimliğin tıptaki yerini bağışıklama hizmetleri ile açıklamış ve şöyle demiştir: “Bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenmesi tıbbın hiçbir şeyle kıyaslanamayacak olan en büyük zaferidir. Ne organ transplantasyonu, ne açık kalp ameliyatı ve ne başka bir cerrahi müdahale veya tıbbi tedavi insanlığa, şimdi basit bir şeymiş gibi görünen, salgınların önlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesi kadar yarar sağlamamıştır. Bu neden ile “Koruma tedaviden üstündür” sık söylenen bir belit olmuştur. Büyük salgınlar bir yana, tek olgularda da durum aynıdır. Çocuk felci geçiren ve topal kalan bir çocuğu hiçbir hekim eski haline getiremez. Şayet bu çocuk aşılanarak hastalıktan korunsa idi, sakat kalmazdı” (2).

Ne var ki toplumlar tarafından aşının başarısı ve elde edilen kazanımlar yeterince değeri görmemiştir. Politika yapıcı, sağlıkla ilgili karar verici ve kaynak sağlayıcıların bağışıklama hizmetlerine ilişkin maliyeti yalnızca gider olarak görmeleri; hizmeti topluma sunmakla görevli sağlık çalışanlarının bağışıklamanın önemini tam olarak kavramayışı ve bağışıklama programının başarısı sayesinde aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıkların günümüzde daha az görülmesine bağlı olarak, bazı kişilerin aşılardan riskini, hastalıktan daha fazla görmesi, bağışıklama hizmetlerinin başarısının gölgelemesinin nedenleri olabilir (4,5). Son yıllarda toplumlarda aşya karşı güvensizlik belirmiş olup aşı kararsızlığı ve aşı reddi sorunu meydana gelmiştir.

Aşı kararsızlığı; aşı hizmetlerinin ulaşılabilirliğine rağmen, aşılardan kabulünde gecikme veya reddedilme olarak tanımlanmıştır. Karmaşık ve bağlama özgüdür; aşya, zamana ve mekana göre değişiklik gösterir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Aşı Danışma Grubu (SAGE) aşı kararsızlığında etkili faktörleri: rahatlık (durumdan memnun olma), aşya ulaşmada zorluk ve güven eksikliği olarak belirlemiştir (6).

Aşı kararsızlığı hızla büyüyen bir sorundur ve aşı ile önlenabilir hastalıklarla mücadelede elde edilen kazanımların kaybedilmesi riskini oluşturan küresel bir tehdittir. DSÖ tarafından küresel sağlığı tehdit eden on tehlikeden birisi olarak belirlenmiştir (6,7).

Ülkemizin aşı konusunda, güvenli ve olumlu bir deneyimi olmasına rağmen (8), aşılardan ve aşılardan olası yan etkileriyle ilgili kaygı, çekince ve yanlış inanışlar yaygınlaşmış; aşı kararsızlığı, aşı reddi ve aşı karşıtlığı yaklaşımları yıllar içerisinde artmıştır (9) ; 2017 yılı sonuna gelindiğinde 23 bin aile çocuğuna aşı yapılmasını reddetmiştir (10).

Aşılardan başarısının sağlanması için, aşı kabulünün sürdürülmesi ve artırılması çok önemlidir (11). Sağlık çalışanları, özellikle toplumla etkileşimi olanlar, en güvenilen danışman ve aşılama kararını etkileyendir ve aşı hakkında en güvenilir bilgi kaynağı olmayı sürdürmeleri için desteklenmelidir (7). Sağlık çalışanları; kararsız başvuranları anlamak, endişelerini yanıtlamak, aşılamanın yararını açıklamak için en uygun konumdadırlar. Ancak hastaya aşı uygulayanlar dahil olmak üzere sağlık çalışanlarında aşı kararsızlığı olabildiği; kendilerini, çocuklarını veya hastalarını aşılattak konusunda kararsız oldukları yönünde kanıtlar birikmektedir (12).

Bu çalışma ile Edirne ilinde aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimlerinin ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibinin aşı kararsızlığı ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklama ile ilgili bilgi güncelleme, aşı kararsızlığı ya da aşılammama ile ilgili bilgi düzeylerini artırma ve buna karşı tutum geliştirmelerini sağlayarak yeni aşı kararsızlığı ve

reddi olgularının ortaya çıkmasının önlenmesi ve mevcut olguların doğru şekilde yönetilmesi hedeflenmektedir.



GENEL BİLGİLER

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ

Bağışıklama, yaşamı tehdit eden bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve eliminasyonu için etkinliği ispatlanmış, her sene 2-3 milyon ölümü önleyen bir araçtır. En maliyet etkin sağlık yatırımlarından birisidir. Bağışıklama hizmetleri, erişimi en zor ve kırılğan toplumları dahi ulaşılabilir kılmıştır ve sosyal yardım faaliyetleri ile etkili bir şekilde sağlanabilir. Hedef gruplar belirlidir, majör bir yaşam tarzı değişikliği gerektirmez (13).

Günümüzde yirmi altı bulaşıcı hastalığın aşısı vardır ve yeni aşılardan geliştirilmesi çalışmaları sürmektedir (13). Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde "Çocuk ölümlerinin azaltılması ve salgın yapan bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi" amacı yer almaktadır (14).

Bağışıklama, halk sağlığı, ulusal sağlık güvenliği ve ekonomik kalkınma, hayat kurtarmak, sağlığı korumak ve toplumun sağlıklı ve üretken olmasına katkıda bulunmak için gereklidir ve yararları yadsınamaz bir yatırımdır (15).

Bağışıklama Hizmetlerinin Yararları

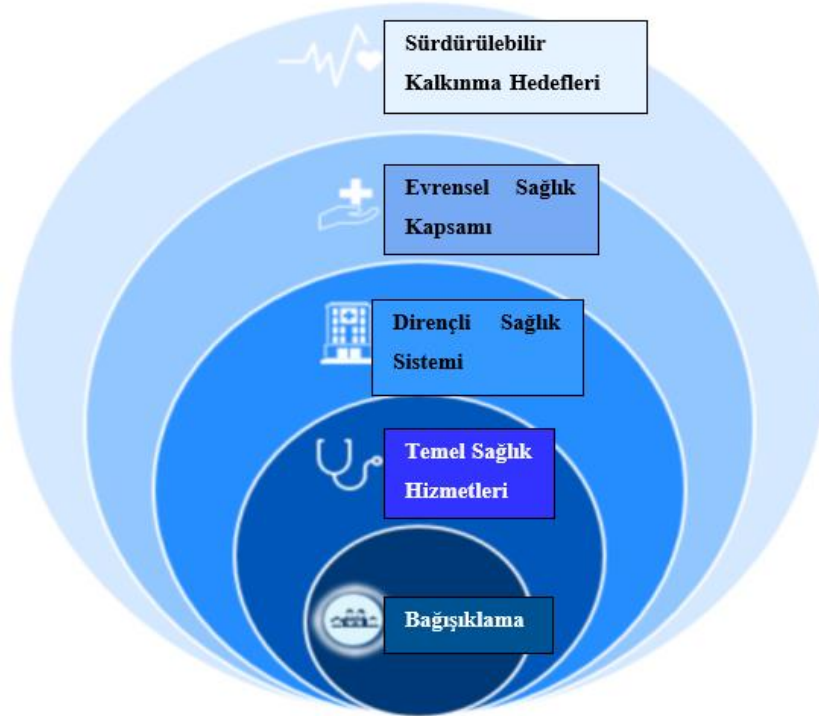
Hayat kurtarmak ve daha sağlıklı yaşam sağlamak: Ölümün ötesinde, aşı ile önlenabilir hastalıklar sıklıkla engelliliğe neden olur, çocuğun büyümesini ve gelişimini önler ve çocukların potansiyelinin tamamına ulaşmasına engel olur.

Aşılar çocukların sadece hayatta kalmalarını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda gelişmelerini de sağlar. Aşılar, ergenlikten sonraki yılları kapsayan daha yaşlı gruplarda da faydalıdır. Ayrıca aşılar, enfeksiyonla ilişkili kanserleri önleyerek bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü azaltır; insanların daha uzun ve sağlıklı yaşamalarını sağlar (15).

Birinci basamak sağlık hizmeti ve evrensel sağlık kapsamına katkıda bulunmak: 2018 Astana Deklarasyonu'nda yapılan temel sağlık hizmetlerine ilişkin yenilenme sözü, evrensel sağlık kapsamının sağlanmasındaki kritik rolü vurgulamaktadır. Bağışıklama altyapısı ve çalışma yolları, evrensel sağlık kapsamını ilerletmek için bir sıçrama tahtası görevi gören gelişmiş birinci basamak sağlık hizmeti sistemleri için bir zemin sağlayabilir (Şekil 1). Bağışıklama; su, sanitasyon ve hijyen, davranış değişikliği ve vektör kontrolü gibi diğer halk sağlığı alanlarına güçlü bağlarla koruyucu tıbbın temelini oluşturur (15).

Sağlık güvenliğinin sağlanması: Aşı ile önlenabilir hastalıkların tespit edilmesi, önlenmesi ve bunlara müdahale edilmesi sağlık güvenliğinin anahtarıdır. Sağlık sistemlerini derinden etkileyebilir, aynı zamanda işgücü performansını, ticareti ve kalkınmayı da etkiler. Bağışıklık düzeyi iyi olan toplumlar aşı ile önlenabilir hastalık salgınlarına karşı dirençlidir (15).

Enfeksiyonların bağışıklama ile önlenmesi ayrıca antibiyotik ihtiyacını azaltır ve antimikrobiyal direnç ile mücadeleye katkıda bulunur (4).



Şekil 1. Bağışıklama, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel görevidir ve evrensel sağlık kapsamı ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine erişilmesinin merkezindedir (15)

Sağlanan ekonomik yararlar: Hastalık salgınları, yalnızca tedavi ve kontrol maliyetlerinden değil, aynı zamanda sağlık sistemleri, ekonomiler, ticaret ve seyahat üzerindeki etkileri ve genellikle en çok etkilenen sağlık çalışanları üzerindeki etkileri nedeniyle, ulusal mali durumu çok kötü etkileyebilir (4). Bağışıklama acil bir maliyet olsa bile, aşılar tedavi maliyetlerini azaltır ve sağlıklı ve üretken bir işgücünü sürdürmeye yardımcı olur (4). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, aşılanmanın yoksulluğu azaltmada önemli bir rolü vardır. Bağışıklama için harcanan her 1 ABD doları için, sağlık hizmeti maliyetlerinden, hastalık nedeniyle verim ve ücret kaybından kaçınılmasıyla yaklaşık 16 ABD doları tasarruf edilmektedir. Daha uzun ve sağlıklı yaşayan insanların sağladığı daha çok yararlar, yatırımın getirisi harcanan 1 ABD doları başına 44 ABD dolarına yükselmektedir (15).

Sürdürülebilir kalkınma hedeflerini desteklemek: Bağışıklama, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SDG'ler) ulaşmada kritik bir rol oynamaktadır. SDG3'e- sağlıklı yaşamlar sağlamak ve her yaşta herkes için iyiliği teşvik etmek- doğrudan katkıda bulunur. Bu doğrultuda 2000 yılından beri kızamık aşısının yaklaşık 15.6 milyon ölümü önlediği belirtilmiştir (14).

Aşılanma Gündemi 2030, “herkesin, her yerde, her yaşta, sağlık ve iyilik için aşılarından tam olarak yarar gördüğü bir dünya” öngörmektedir (15).

Bu vizyona ulaşmak, şunları sağlayacaktır (16):

- Aşı ile önlenabilir hastalıklar nedeniyle morbidite ve mortaliteyi azaltmak
- Üzerinde çalışılıyor olanlar da dahil olmak üzere, yeni aşıların tanıtımı ve kabulü sayesinde hastalık yükünü azaltmak
- Herkes için güvenli, etkili kalite ve uygun fiyatlı temel aşılarla erişim sağlayarak, evrensel sağlık kapsamına daha fazla ulaşmak

DÜNYA’DA BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU

Aşılarla ilişkin Stratejik Danışma Grubu, küresel aşılanma hedeflerine ulaşmada ilerleme hakkında yıllık değerlendirme raporuna göre 2017’de 116.2 milyon çocuk aşılanmış olup bu sayı bugüne kadar bildirilen en yüksek sayıdır. 2010’dan 2019’a gelindiğinde, 113 ülkede yeni aşı uygulanmış ve 20 milyonun üzerinde ek çocuk aşılanmıştır (17).

2018 yılında, bağışıklama hizmetlerine ilişkin, zor elde edilmiş kazanımların ne kadar kolay tersine döndüğü açıkça görülmüştür. Birçok DSÖ bölgesinde birçok ülkede ulusal aşılanma oranlarının düşmesi nedeniyle ölümlerle sonuçlanan büyük kızamık (Kuzey Amerika,

Avrupa) ve difteri (Bangladeş, Venezuela, Yemen) salgınları yaşanmıştır. Aşı kaynaklı polio virüs dolaşımının sürekli tespit edilmesi, birçok ülkede salgın görülme endişesi nedenidir- özellikle Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Nijerya, Suriye, Papua Yeni Gine’de- ve ulusal bağışıklama programlarının her çocuğa ulaşma hedefinin gerçekleşmediğine ilişkin kanıttır (17).

Dünya Sağlık Meclisinin 194 Üye Devleti, Mayıs 2012’de, bütün toplumların mevcut aşılarla daha hakkaniyetli şekilde erişiminin sağlanması suretiyle 2020 yılına kadar milyonlarca ölümün önlenmesini amaçlayan bir çerçeve olan Küresel Aşı Eylem Planı’nı onaylamıştır. Bu planda altı stratejik hedef mevcuttur (18):

1. Tüm ülkelerin bağışıklamayı öncelik olarak kabul etmesi. Bireylerin ve toplumun aşıların önemini anlaması ve bir hak ve sorumluluk olarak bağışıklanmayı talep etmesi
2. Bağışıklamanın yararlarının adil bir şekilde tüm insanlara, coğrafi lokalizasyonundan, yaşından, cinsiyetinden, engelinden, eğitim ve sosyoekonomik düzeyinden, etnik grup ve iş koşullarından bağımsız olarak, ulaştırılması
3. Güçlü bir bağışıklama sisteminin iyi işleyen sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olması
4. Bağışıklama programlarının, yenilikçi teknolojiler, finansman sağlanması ve nitelikli tedarik açısından sürdürülebilir olması
5. Ülke, bölge ve küresel çapta araştırmaların ve geliştirilen teknolojilerin, bağışıklamanın yararını maksimize etmesi

Bağışıklamanın yararları şimdilerde hem ülkeler içerisinde, hem de ülkeler arasında düzensiz bir şekilde yayılmaktadır. Tüm insanlara ulaşmak, ulusal aşı kapsamında bir artış gerektirecek, ancak daha önemlisi, aynı zamanda ülke içi eşitsizliklerde bir azalmaya ihtiyaç duyacaktır. Başarı, aşılarla erişim, alım, teslimat ve tedarikçinin önündeki engelleri gidermek için cinsiyete duyarlı müdahalelerin uygulanmasına bağlı olacaktır. Devam eden kentleşme yeni stratejiler gerektirecektir. Çatışma, siyasi instabilite, doğal afetler ve iklim değişikliğinden etkilenen yerlerde, akut ve kronik sağlık acillerinin ele alınması gerekecektir (17). Bu durumların ülkelerin ulusal aşı sistemlerinde değişikliğe neden olması olasıdır (19).

Göç ve yer değiştirme nedeniyle risk altında ve izlemesi zor, korunmasız bireylerden oluşan toplum oluşabilir. Toplumda bağışıklama hizmetlerine ve aşılarla karşı güven inşa etmek çok önemli olacaktır (16).

Dünyada ayrıca önemli demografik değişimler yaşanmaktadır. Afrika gibi bölgeler, hızlı nüfus artışı ve “gençlik patlaması” geçirirken, diğer bölgelerde önemli nüfus yaşlanması

görülmektedir. Bu değişimler, farklı yaşlarda bağışıklama hizmetlerine olan talep üzerinde önemli bir etkiye sahip olacaktır (16).

Evrensel sağlık kapsamının sağlanması, güvenilir kalitede makul fiyatlı aşılardan güvenilir bir küresel tedarikini gerektirecektir. Her yıl, birçok ülke aşı tedarikinde aksamalar yaşamaktadır, çünkü uluslararası üretim küresel ve ülke taleplerini karşılayamamaktadır. Aşıların maliyeti, erişimin önündeki ana engellerden biridir; düşük ve orta gelirli ülkelerde yeni aşıların kullanılmasını geciktirebilir. Ülkeler ayrıca, belirgin şekilde farklı kapasitelere ve aşıları uygun fiyatlarla satın alma mekanizmalarına erişime sahiptir. Programlı ve finansal sürdürülebilirliğe açık bir yol oluşturmak, kazanımları korumak ve uzun vadede güven sağlamak için çok önemlidir (16).

TÜRKİYE'DE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU

Ülkemiz bağışıklama hizmetleri açısından başarılı bir geçmişe sahiptir: 1700'lü yıllardan itibaren aşı üretilmiş, verem ile mücadele için BCG kampanyaları yapılmış, Çiçek hastalığı ve Polio eradike edilmiş, Yenidoğan tetanozu elimine edilmiştir (20,21).

Türkiye Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na 1981'de katılmıştır; fakat soğuk zincir ve diğer bileşenleriyle birlikte uygulamaya geçilmesi 29 Mayıs 1985'te Türkiye, UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) ve WHO'nun imzaladığı “ Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği” anlaşmasıyla gerçekleşmiştir. Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası başlatılmıştır (22).

“Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği” kapsamında başlatılan Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası öncesinde aşı ile önlenebilir beş hastalığın morbidite ve mortalite hızları Tablo 1'de sunulmuştur (22).

Tablo 1. Aşı ile korunulabilir beş hastalığın 1984 yılında morbidite ve mortalite hızları (22)

Hastalık	İhbar edilen vaka sayısı	Morbidite hızı (Yüzbinde)	Ölüm sayısı	Mortalite hızı (Yüzbinde)
Kızamık	29996	163.47	119	0.64
Difteri	148	0,80	12	0.06
Boğmaca	3086	16.81	3	0.016
Tetanoz	160	0.87	32	0.17
Çocuk felci	81	0.44	1	0.0005

Bu kampanya ile yaklaşık 3 milyon çocuğun, aşı ile önlenebilir beş hastalıktan ölmesinin önlendiği tahmin edilmektedir (23).

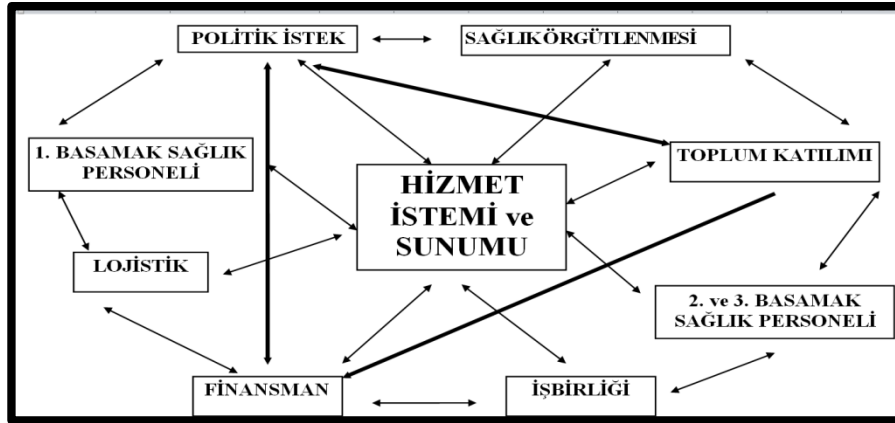
Aşıların bir program ile uygulamaya başlandığı yıllardan itibaren aşı ile önlenabilir hastalıkların görülme sıklığında dramatik azalmalar görülmüştür (Tablo 2) (22). Örneğin ülkemizde bağışıklama programındaki (altı hastalık: Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Çocuk Felci, Verem) bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölen beş yaşından küçük çocuk sayısı 1989 yılında 5 milyon civarında iken, günümüzde bu altı hastalık nedeniyle beş yaş altı çocuk ölümü 100 000'nin altındadır (8). Bağışıklama hizmetleri, ülkemizde de modern tıbbın en başarılı uygulamalarından birisi olmuştur (22).

Tablo 2. Türkiye’de aşı ile önlenabilir hastalıklarda olgu sayısında değişim (22)

Hastalık	1985	2004	2017
Nüfus (bin)	49660	67160	79810
<u>Difteri</u> (1937-	145	0	0
<u>Kızamık</u> (1970-	14695	8927	84
<u>Boğmaca</u> (1937-	2678	389	85
<u>Çocuk Felci</u> (1963	88	0	0
<u>YD Tetanosu</u>	41	15	0
<u>Tetanos</u> (1968-) Toplam	113	37	25

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN TEMEL BİLEŞENLERİ

Bağışıklama hizmetlerinin birçok bileşeni vardır (Şekil 2); bağışıklama hizmetlerinin başarılı olması için bileşenlerinin uyumlu ve etkili çalışmasında süreklilik ve politik isteklilik gereklidir (24).



Şekil 2. Bağışıklama hizmetlerinin yapısal bileşenleri

Politik İstek ve Kararlılık

Politik isteklilik; siyasi kadrolarda yer alanların, belirli bir politika gereği yürürlüğe girmesi gereken hususlar hakkında ısrarcı tutum sergilemeleridir (25). 1985 yılında Ulusal aşı

kampanyasının siyasi irade tarafından desteklenmesiyle, farkındalık ve gereksinim duygusu sağlanan bağışıklama hizmetleri, zamanla sağlık hizmet sunumunun değişmesi sonucu performansa dayalı oluşuyla birlikte sağlık çalışanları ve vatandaş (aile hekimleri listesinde yer alan, nitelikli sağlık eğitimi alamayan, sağlık okuryazarlığının kamu spotları ile sağlandığı kişiler) arasındaki ilişkiye indirgenmiş ve aradaki güven ilişkisi azalmıştır. Bu değişim kendiliğinden olmamış, küreselleşmenin sağlık alanındaki etkileriyle gerçekleşmiştir. Kişileri aşılama ödevi, Devletten/Sağlık Bakanlığı'ndan kişilerin kararı olmaya aktarılmıştır. Böylece bağışıklama hizmetleri hakkında politik isteksizlik belirmiştir (22). Oysa kamusal otoritenin, bağışıklama hakkında olumlu görüş bildirmesi ve bağışıklama hizmetlerini teşvik etmesi politik istek ve kararlılığın ifadesidir (21).

Sağlık Örgütü

“Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 663 sayılı olup (RG 02.11.2011, sayı 28103, mükerrer), bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı yasanın verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulunca 11.10.2011’de kararlaştırılmıştır. 663 s. KHK’nın 26/c maddesi şöyledir:

c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne görev olarak verilmiştir. Ayrıca, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (RG 15.05.1987, sayı 19461) md. 3/k ile de Sağlık Bakanlığına aşılarda ilgili dolaylı görev ve yetki verilmektedir (10).

Merkez teşkilat düzeyinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı, taşra teşkilatı düzeyinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aşı Programları Birimi bağışıklama hizmetlerinden sorumludur. Bu örgütlenmenin sorumlulukları:

1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamındaki hastalıkların sürveyansını yürütmek.
2. GBP kapsamındaki hastalık salgınlarının kontrolüne yönelik faaliyetleri yürütmek.

3. Aşı ile önlenebilen hastalıklara yönelik olarak programları yürütmek.
4. Aşılama hızlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması faaliyetlerini yürütmek.
5. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan aşı, anti serum, enjektör, enjektör güvenli atık kutusu ve soğuk zincir malzemelerinin sorumluluk alanı içerisindeki lojistik hizmetlerini yürütmek.
6. Aşı sonrası istenmeyen etki izleme sistemini yürütmek.
7. GBP kapsamındaki programlara yönelik eğitim faaliyetlerini yürütmek.

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlık Makamı'nın vermiş olduğu görevleri yapmak olarak belirlenmiştir (26).

Toplum Sağlığı Merkezi'nin bağışıklama hizmetleri ile ilgili görev ve sorumlulukları:

- Bakanlığın veya Kurumun yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ve bağışıklama verilerini toplamak, kayıtlarını tutmak, değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tüm tedbirleri almak ve/veya alınmasını sağlamak ve tüm düzeylerde geri bildirim yapmak.
- Bakanlığın veya Kurumun bulaşıcı hastalıklar sürveyansı ve bağışıklama mevzuatına uygun olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bulaşıcı hastalık ve bağışıklamaya ilişkin bildirimlerinin uygunluğunu izlemek ve kalitesini değerlendirmek, geri bildirimlerde bulunmak, bildirimlerde sorun tespit edildiğinde gerekli müdahaleleri yapmak ve/veya gereği için müdürlüğe rapor etmek.
- Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirlemek; müdürlük tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklamak; müdürlük ile koordineli olarak bunların, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlamak.
- Soğuk zincir sisteminin düzgün olarak işlemlerini sağlamak; en az aylık periyotlarla, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında izleme ve değerlendirme yapmak, tespit ettiği soğuk zincir kırılmalarını müdürlüğe bildirmek.
- Bağışıklama hizmetleri ve tüberkülin cilt testi (PPD) konusunda sağlık personeli eğitimlerini planlamak, eğitimleri vermek veya verilmesini sağlamak.
- Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aile hekimleri tarafından uygulanan bağışıklama hizmetlerinin izleme ve değerlendirmesini yapmak.

- Konu ile ilgili mevzuata göre belli yaş ve nüfus gruplarına uygulanan (okul çağı yaş grubu gibi) aşılama ve destek aşılama aile sağlığı merkezleriyle işbirliği içerisinde yürütmek.
- Okul çağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılama dahil destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içerisinde yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak, bu çalışmalara bölgesindeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını sağlamak ve takibini yapmak.
- Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirimi olması halinde ASİE formunun eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak ve müdürlüğe bildirmek.
- Gerekli durumlarda aşı, antiserum ve ilaçlar ile ilgili materyalden numune alınmasını ve müdürlüğe gönderilmesini sağlamak.
- Kurum tarafından gerekli görüldüğü hallerde gerçekleştirilen aşı kampanyalarını veya aşı uygulamalarını kendi bölgesinde yapmak veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara bölgesindeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımının takibini yapmak.
- Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılmak ve destek sağlamak; gerektiğinde bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla saha araştırmaları planlamak ve gerekli izinleri alarak yapmak (27).

Aile Hekimlerinin bağışıklama ile ilgili görevleri Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde şu şekilde tanımlanmıştır: Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılarda, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılarda için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir (28).

Örgüt İçi Eşgüdüm

Birinci basamak başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının bağışıklama hizmetleri ile ilgili görevleri mevcuttur. Gerek birim içi gerek birimler arası ekip çalışması çağdaş sağlık

anlayışının gereği olup bağışıklama hizmetlerinde istenen hedefe varılması için gereklidir. Yaşam boyu bütünlüğünün sağlanması gereken koruyucu sağlık hizmetlerinin, TSM-ASM arasında parçalanmış olması, ASM’lerde tedavi edici hizmetlere öne çıkması, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Halk Sağlığı Bilgi Sistemi- Hastane Bilgi Sisteminin birbirine entegre olmaması, 663 sayılı KHK ile sağlık örgütünün Halk Sağlığı Kurumu- Kamu Hastaneler Kurumu olarak ayrılması örgüt içi eşgüdümü zayıflatmıştır (22).

Aşı sağlama- Finansman-Lojistik

Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren ülkemizde aşı üretimi gerçekleştirilmiştir, ancak 90’lı yıllarda Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü, Aşı Serum Üretimi Merkezi’ne yatırım yapılmaması, biyoteknolojideki ilerlemeye uyum sağlanmaması sonucunda BCG aşısı üretiminin durmasıyla birlikte ülkemizde aşı üretimi son bulmuştur (29).

UNICEF öncülüğünde dünyada başlatılan, kar amacı güdülmeksizin toplumun yararını önceleyen Genişletilmiş Bağışıklama Programı, yıllar içerisinde değişen siyasi ve ekonomik konjonktürle birlikte aşı üretiminde tekelleşme sonucu, belli oranda kar amacı güdülen ticari bir faaliyet halini almıştır. Ülkemizde bir çocuğun aşılama maliyeti 13.06.2019 tarihi itibarıyla 655,74 TL’dir (112.7 ABD doları) (22). Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşılar ücretsizdir. Yaşlı ve riskli gruplar için Pnömonokok ve Grip aşısı; gebeler için Grip aşısı reçete edilmesi şartıyla ücretsiz karşılanan aşılardır (30).

Aşılar üretim ve dağıtım aşamalarında çok sıkı kontrole tabi tutulurlar, bu nedenle güvenilir ürünlerdir. FDA’in (U.S. Food and Drug Administration, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayladığı ve üretim aşamasında DSÖ’nün GMP (İyi Üretim Prosedürleri) kurallarını sağlayan aşıların ülkemize gelişinin ardından sahada kullanıma sunulmadan önce Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesindeki ulusal referans laboratuvarı olan, İlaç Biyolojik ve Tıbbi Ürünler Laboratuvarı tarafından analizi gerçekleştirilir (31, 32).

Sağlık Personelinin Sorumluluğu

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında olan aşıların uygulanmaması durumunda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına para cezası verilir. Negatif performans, aşıların soğuk zincirinin sağlanamaması durumunda da geçerlidir. Ceza puanının birikimi durumunda sözleşme iptali gerçekleşebilir (22).

Planlama

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşıların planlaması, AHB'ye kayıtlı liste kişileri üzerinden yapılır. Okul aşılamalarının planlaması ve uygulaması ise TSM'nin görevidir (22).

Aile hekimleri AHB için İl Sağlık Müdürlüğü'nden aşıyı aylık olarak temin etmektedir. Aylık aşı gereksinimi, daha nceki Form 013'ler gözetilerek bir önceki ay tüketilen flakon sayısına göre ya da bir önceki yıl boyu tüketilen flakon sayısının 12'ye bölünmesi ile hesaplanır. Form 013'n olmaması durumunda aylık aşı gereksinimi, hedef nüfusa göre hesaplanır. AHB'ne kayıtlı 0-11 aylık bebek ve gebe sayısı biliniyorsa hedef nüfusa göre aşı ihtiyacı aşağıdaki formül ile hesaplanır.

Uygulanacak yaklaşık doz sayısı= (Hedef nüfus/12) x Aşı takvimindeki doz sayısı

Hedef nüfusun bilinmemesi durumunda bölgenin toplam nüfusu ilin kaba doğum hızı ile çarpılarak 0 yaş bebek nüfusu hesaplanır, gebe sayısının da 0-11 ay bebek sayısı kadar olduğu varsayılır.

İl Sağlık Müdürlüğü'nün aşı temini Sağlık Bakanlığı merkez deposundan 3 ayda bir gerçekleştirilir. Yıllık hedef nüfusun dörde bölünmesi ile saptanan üç aylık hedef nüfusu, aşı doz sayısı ile çarpılarak aşı gereksinimi hesaplanır (33).

Aile hekimleri, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (AHBS) kayıtlı liste kişilerinin aşılanma gereksinimine göre aşıları aylık olarak istemek durumundadır.

Kayıt ve Bildirim Sistemi

Bağışıklama hizmetleri kayıt ve bildiriminin sistematik, sürekli ve zamanında olması çok önemlidir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde aşı kaydı, ertelenen aşı kaydı ve aşı sonrası istenmeyen etki kaydı veri seti mevcuttur (22).

2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda bölgelere ve zamana göre aşılama oranları, kızamık ve tüberküloz morbidite-mortalite verileri yayınlanmıştır. İllerin hedef nüfusu, aşılama, devamsızlık, AFP bildirimi, aşı ile önlenebilir hastalıkların morbidite ve mortalitelerinin illere, bölgelere ve zamana göre dağılımı bilgilerine Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan ulaşılamamaktadır; bu veriler en son 2006 yılında yayınlanmış olan Temel Sağlık Hizmetleri alışma Yıllığı'nda görülmektedir (34).

Etik ve Yasal Sorumluluk

İlaç ve diğer tıbbi müdahalelerin aksine, aşılarda hastalıkları önlemesi amaçlanmaktadır. Koruma etiği tedavi etiğinden çok farklıdır (113).

Sağlık çalışanlarının aşı ile önlenabilir hastalıklar başarısında iki kat önemli rolü vardır. Kanıtlar, klinisyenlerin ve diğer sağlık çalışanlarının önerilerinin, özellikle çekinceleri ve soruları olan ebeveynlerin aşı ile ilgili kararlarını ve bakış açılarını en çok etkileyen yol olduğunu göstermektedir. Aşıların güvenliği, etkinliği ve değeri hakkında tartışmalar, çelişkili bilgiler arasında sağlık çalışanları hastalara (ebeveynlere ya da koruyuculara) bilim ile asılsız iddialar ve anekdotal hikayelere dayanan kanıtların ayırımını yapmalarına yardımcı olabilir (35). Bunu yapmak, aşılarla ilgili-özellikle aşı güvenliği- yeni bilgi sağlamak için devamlı bir dikkat ve kaygıları olan ebeveynleri ikna etmek için zaman ve isteklilik gerektirir.

Ayrıca sağlık çalışanları önerilen aşılarla güncel şekilde aşılanarak ve çocuklarını aşılatarak, aşılanmanın önemini gösterebilirler. Bu eylemin sembolik değerinin ötesinde sağlık çalışanlarının aşılanması özellikle İnfluenza gibi kolay bulaşan hastalıkların olduğu hastanelerde hastaları korur.

Yıllardır aşı öneriliyor olmasına rağmen sağlık çalışanları arasında mevsimsel influenzaya karşı yüksek aşılanma oranlarının sürdürülmesinin önemli bir zorluk olduğu kanıtlanmıştır. Uyumluluk için teşvikler ve profesyonel görev için çağrı gibi çeşitli programlar ile yeterli aşılanma oranları sağlanamamıştır; işe koşulu olarak yıllık İnfluenza aşısının zorunlu olduğu sağlık kuruluşları giderek artmaktadır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde aile hekimi, "Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler" olarak tanımlanmıştır (36).

Hekimlik meslek etiği kuralları gereğince, hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz (37).

Mevzuatımıza göre "Sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur." (DSÖ Anayasası) "İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetmeksizin herkesin erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine

erişmesi temel haklardan biridir” (38). Bağışıklama sağlık hakkını gerçekleştirmenin en etkili yollarından biridir.

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN SUNUMU

Ülkemizde bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün (TSH Gn.Md.) 13.03.2009 tarih ve 7941 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Genelgesi uyarınca yürütülmektedir (33). Okul öncesi çağda 13 bulaşıcı hastalığa karşı aşı uygulanmakta olup okul öncesi, okul, 15-49 yaş kadın ve gebelere yönelik aşı takvimi mevcuttur. Çocukluk çağında akut gastroenterit etkeni Rotavirüse ve serviks kanseri etkeni Human Papilloma virüse karşı aşilar, DSÖ tarafından dünyadaki tüm çocuklara önerilmesine karşın Türkiye’de rutin bağışıklamada yer almamaktadır. 2012’den itibaren Hepatit A ve 2013 yılı itibariyle Su çiçeği aşiları, DSÖ’nce önerilmeyip ulusal aşı takvimimizde yer alan aşilardır (111,112).

Sağlık Bakanlığı Aşı Danışma Kurulu, ulusal aşı takviminde hangi aşiların yer alacağını bulaşıcı hastalık epidemiyolojik örüntüsünü gözetten bilimsel değerlendirme sonucu belirler (22).

Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması’na geçilmesi sonrasında bağışıklama hizmetleri özelinde sorun alanları Tablo 3’de sunulmuştur (39).

Tablo 3. Aile hekimliği sistemi sonrası Türkiye’de bağışıklama hizmetlerinin örgütlenmesi (39)

Kimler aşılanacak	Hizmet Sunum Yeri	Hizmet Türü	Hedef Grup	Kapsanan Hastalıklar	Potansiyel Sorun Alanları	Performans Değerlendirmesi
Yenidoğan	Doğum-evi, Hastane	Başvuruya dayalı	Hastanede doğanlar	Hepatit B	Hastane dışında doğanlar	-
Bebek, Çocuk	AHB	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Verem, Hepatit B, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, P. pnömoni, Polio, Kızamık, Hib, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Hepatit A	Listede yer almayanlar, hizmette süreklilik sağlanamayanlar, aşı reddi	Negatif performans
Öğrenci	TSM	Gezici	Bağlı okullara	Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Polio, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak,	Okula devamsızlar, aşı günü okulda olmayanlar, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi-Halk Sağlığı Bilgi Sistemi arasında devamlılık olmayışı	Pozitif performans
Gebe	Aile Hekimi ve Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Grip	Aşı durumunun belgelenmesinde sorunlar (okul öncesi, okul aşı kaydı, 15-49 yaş izlemlerinde yetersizlik, Gebe Td aşı kaydına erişim), aşı reddi, gebe tespitinde yetersizlik, Grip aşısı temini	Negatif Performans
15-49 yaş kadın	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz,	Performans dışı oluş	-
Erişkin	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz	Performans dışı oluş	-
65+ yaş ve kronik hastalıklar	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Grip P.pnömoni,	Dr. reçete ederse Performans dışı oluş	Performans dışı
Hacı adayları	TSM	Başvuruya dayalı	Müftülük listesi	MenA/C/Y/W-135	-	-
Genel	TSM	Başvuruya dayalı	Aile Hekimi kaydı olmayanlar misafirler	Tüm aşılar	-	-
Sığınmacı ve düzensiz göçmenler	Göçmen Sağlığı Birimi	Başvuruya dayalı Yakalanan-lar zorunlu	Aile Hekimi kaydı olmayan sığınmacılar ve düzensiz göçmenler	Tüm aşılar	Kayıt sisteminin olmayışı	

Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporunda doğumların % 95.3’ünün hastanede olduğunu açıklamıştır. Bu durum ülkemizde 60 000 dolayında doğumun hastane dışında gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Ayrıca hizmet başına performans ödemesi olan negatif performans uygulamasının, iyi hizmet verilmediği halde hizmet kaydı tutmanın önemsenmesine neden olabileceği bilinmektedir (40).

Ülkemizde 1995 yılından Polio Eradikasyon Programı, 2003 yılında Kızamık Eliminasyon Programı, 2007 yılında Anne ve Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon Programı ve 2005 yılında Hepatit B Kontrol Programı ve Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı başlatılmış; yürütülen programlar kapsamında destek aşılama uygulamaları ve denetim programları uygulanmıştır (22).

AŞI BİLGİSİ

Aşı Nedir?

Aşı, bağışıklık sistemini uyarmak suretiyle, bulaşıcı hastalığa karşı koruma sağlayan tıbbi üründür. Aktif immünizasyon, bir mikroorganizmanın tamamı ya da bir parçası ya da modifiye ürününün (örneğin: bir toksoid, saflaştırılmış bir antijen, genetik mühendisliği tarafından üretilen bir antijen) uygulanmasıdır. Böylece bağışık yanıt oluşur, doğal enfeksiyon taklit edilir; fakat kişi için risk oluşturmayacak şekilde hafif geçirilir. Bazı aşılar hastalıklara karşı neredeyse tam ve ömür boyu koruma sağlarken, bazıları enfeksiyonun daha ciddi belirti ve sonuçlarına karşı koruma sağlar; bazı aşıların koruma sağlayabilmesi için rutin olarak yeniden uygulanması gerekir. Aşılamaya verilen immünolojik yanıt, antijenin tipine ve dozuna, adjuvanların etkisine ve kişi ile ilgili faktörlere bağlıdır (yaş, daha önce var olan antikör düzeyi, beslenme, mevcut hastalık, ilaç etkisi, genetik). Bir aşının etkinliği doğal hastalığa karşı korunma kanıtlarıyla değerlendirilir (41).

Aşı Türleri ve Uygulama Önerileri

Aşılar canlı (viral veya bakteriyel, çoğunlukla zayıflatılmış) veya inaktive (“canlı olmayan”) olarak sınıflandırılır (41). Canlı ve inaktive aşıların özellikleri Tablo 4’de, aşı türleri Tablo 5’de, ülkemizde uygulanan GBP’deki aşılar ile uygulama yolları Tablo 6’da ve ülkemizde uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 4. Canlı ve inaktive aşıların özellikleri (41,42)

Canlı Aşılar	İnaktive Aşılar
Zayıflatılmış (atenüe) virüs veya bakteridir.	Etkenin tamamı veya bir kısmından (toksoid veya pürifiye proteinler, pürifiye polisakkaridler, protein polisakkarid veya oligosakkarid konjugatları üretilir.
Etken vücutta çoğalır, ancak atenüe form olduğu için hastalık oluşmaz.	Etken vücutta çoğalamaz.
Bağışıklık oluşturmaları için birçok canlı aşıda tek doz yeterlidir.	İstenen düzeyde bağışıklık oluşturulması için birden çok kez uygulanması gerekir. Zamanla antikor düzeyinin azalması nedeniyle pekiştirme dozu (rapel) gerekir.
Isı ve ışığa hassasiyet gösterir.	İnaktive aşılar, soğuğa duyarlıdır.
İmmünespresif ve gebelerde kontrendikedir.	

Tablo 5. Aşı Türleri (43)

Aşı Türleri
Canlı (atenüe) Viral: OPV, KKK, Suçiçeği, Rota Virus, Sarıhumma, Zona, intranasal İnfluenza Bakteriyel: BCG İnaktive Tam Hücre Virüs: Polio, HepA, Kuduz, İnfluenza Bakteri: Boğmaca, Tifo, Kolera, Veba Fraksiyonel Protein bazlı Toksoid: Difteri, Tetanoz Subunit: HepB, İnfluenza, aselüler Boğmaca, HPV, Şarbon Polisakkarid bazlı Pure: Pnömonokok, Meningokok, Salmonella typhi (Vi) Konjuge: Pnömonokok, Meningokok, Haemophilus influenzae type b (Hib)

Tablo 6. Türkiye’de Genişletilmiş Bağışıklama Programında yer alan aşılar ve uygulama yolları (33,41,44)

Aşı	Aşının Tipi	Uygulama Yolu
Hepatit B	İnaktive aşı, Rekombinant viral antijen	Kas içi (intramuskuler)
BCG	Canlı aşı, bakteri	İntradermal (tercih halinde) ya da subkutan
DaBT-İPA-Hib	İnaktive aşı, toksoid ve inaktive bakteriyel komponent, proteinle konjuge Polisakkarit	Kas içi (intramuskuler)
KPA	İnaktive aşı, bakteriyel polisakkarit-proteinle konjuge	Kas içi (intramuskuler)
KKK	Canlı aşı, atenüe virüs	Subkutan
DaBT-İPA	İnaktive aşı, toksoid ve inaktive bakteriyel komponent	Kas içi (intramuskuler)
OPA	Canlı aşı, atenüe virüs	Ağızdan (oral)
Td	İnaktive aşı, toksoid	Kas içi (intramuskuler)
Hepatit A	İnaktive virüs	Kas içi (intramuskuler)
Su çiçeği	Canlı aşı, atenüe virüs	Subkutan

Tablo 7. Türkiye’de uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (22,33)

Aşı	Doğumda	1.Ay sonu	2.Ay sonu	4.Ay sonu	6.Ay sonu	12.Ay sonu	18.Ay sonu	24.Ay sonu	İlköğretim 1.sınıf	Ortaöğretim 4.sınıf
HEPATİT B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II		R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

BCG: Bacillus Calmette-Guerin Aşısı, **DaBT-İPA-Hib:** Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı, **KKK:** Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı, **OPA:** Oral Polio Aşısı, **Td:** Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı, **KPA:** Konjuge Pnömonokok Aşısı.

Rotavirüs, HPV, Meningokok aşıları ülkemizde eczanelerden temin edilebilmekte ancak, aşı takviminde yer almamaktadır (22).

Aşılanmanın yararlarını bebeklik döneminin ötesinde, diğer yaş gruplarına da yaşam boyu genişletmek, muazzam yararlar sağlamaktadır, ancak yeni ve yenilikçi stratejiler gerektirecektir (15). Yaşamın bir bütün olduğu ve çocukluk döneminde sağlanan bağışıklığın erişkinlik döneminde idamesi için ‘Yaşam Boyu Bağışıklama’ kavramı geliştirilmiştir. Tablo 8’de Türkiye’de erişkinlere bağışıklama hizmetlerinin sunumu ile ilgili özellikler ve Tablo 9’da CDC’nin erişkinlere yönelik aşılama önerileri yer almaktadır (45). Özel bir erişkin grubu olan sağlık çalışanlarında aşılama önerileri Tablo 10’da sunulmuştur (46, 47).

Tablo 8. Türkiye’de Erişkinlere Bağışıklama Hizmetleri Sunumu (22)

Hizmetten yararlanan hedeflenen	Hizmet sunan	Hizmet Türü	Kapsamdakiler	Kapsanan hastalıklar	Ücret/ katılım payı
Gebe	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Grip	Grip için Muayene, reçete
15-49 kadın	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Kızamıkçık	-
Erişkin	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz	Tetanoz, cepten ödenir
65 + yaş ve Kr.Hast.	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Grip, Polisakkarit pnömokok, Hepatit A	Muayene ve Reçete
Hacı adayları	TSM	Başvuruya dayalı	Müftülük listesi	Men A/C/Y/W-135	-
Genel	TSM	Başvuruya dayalı	AH Kaydı olmayanlar, misafirler	Tüm aşılar	-
Tutuklu ve hükümlüler	TSM	Yerinde hizmet	Cezaevlerindeki	Hepatit B	-
Yurtdışı seyahat	TSM, HSSGM	Başvuruya dayalı		Varış noktası gereksinimlerine göre	

Tablo 9. Erişkinlere aşılama önerileri (45)

Aşı	19-21 yaş	22-26 yaş	27-49 yaş	50-64 yaş	≥65 yaş
Influenza (inaktive) Influenza (rekombinant)	Her yıl 1 doz				
Influenza (atenüe)	Her yıl 1 doz				
Tdap ya da Td	1 doz Tdap, sonra her 10 yılda bir Td rapel				
KKK	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz (1957 veya daha sonra doğumluysa)				
Suçiçeği	2 doz (1980 veya daha sonra doğumluysa)				
Zona (rekombinant)				2 doz	
Zona (canlı)					1 doz
HPV (kadınlarda)	İlk aşılamadaki yaşa bağlı olarak 2 veya 3 doz				
HPV (erkeklerde)	İlk aşılamadaki yaşa bağlı olarak 2 veya 3 doz	İlk aşılamadaki yaşa bağlı olarak 2 veya 3 doz			
Pnömonokok (konjuge)	1 doz				1 doz
Pnömonokok (polisakkarit)	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz				1 doz
HepA	Aşıya bağlı olarak 2 veya 3 doz				
HepB	Aşıya bağlı olarak 2 veya 3 doz				
MenACWY	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz, ardından risk sürerse her 5 yılda bir rapel				
MenB	Aşı ve endikasyona bağlı olarak 2 veya 3 doz				
Hib	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 3 doz				

 Yaşı karşılayan, aşı belgelendirmesinde eksiklik olan veya geçmiş enfeksiyon kanıtına sahip olmayan yetişkinler için önerilen aşılama

 Ek risk faktörü veya başka bir endikasyonu olan yetişkinler için önerilen aşılar

 Önerilmiyor

Tablo 10. Sağlık çalışanlarına önerilen aşılar (48)

Aşı	Aşılama Şeması	Endikasyonlar
HepB	0, 1 ve 6. Aylarda toplam üç doz, IM	Hastaların vücut sıvılarıyla temas eden tüm sağlık çalışanları
KKK	Bir ay arayla toplam iki doz subkutan	1980 sonrası doğup 1 ay arayla KKK aşısı yaptırdığına ilişkin kayıt bulunmayan tüm sağlık çalışanları
Suçiçeği	4 hafta arayla iki doz, Subkutan	Yenidoğan servisi çalışanları ve immunsupresiflerin bulunduğu servis çalışanları (bağışık olduğuna dair kanıt yoksa)
HepA	6 ay ara ile iki Doz	Yalnızca fekal materyale maruz kalan sağlık çalışanları, çocuk ve enfeksiyon hastalıkları servislerinde çalışanlar
Td	Daha önce Td yapılmadıysa (önceki doz Td'nin ne zaman alındığına bakılmaksızın) bir kerelik bir Td dozu; sonrasında her 10 yılda bir Td rapel	Tüm sağlık çalışanlarına mutlaka uygulanmalı; daha önceki bağışıklama durumu bilinmiyorsa primer seri tamamlanmalı, daha sonra 10 yılda 1 Td rapeli yapılmalı
Influenza	Yılda bir kez IM	Hasta ile direkt teması olan tüm sağlık çalışanları
Meningokok	1 doz	Rutin olarak N. meningitidis izolatlarına maruz kalanlar bir doz almalıdır.

Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler

Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE), bağışıklamayı takiben meydana gelen aşı ile mutlaka nedensel bir ilişkisi olmayabilen istenmeyen tıbbi bir durumdur. İstenmeyen etki, olumsuz ve istenmeyen bir belirti, anormal laboratuvar bulgusu, semptom veya hastalık olabilir (49).

ASİE, beş gruba ayrılır (31):

1. Aşıya bağlı yan etki
2. Program uygulama hatalarına bağlı reaksiyonlar
3. Enjeksiyona bağlı reaksiyon
4. Tesadüfi

5. Bilinmeyen

Aşıya bağlı yan etki: Aşılar yüzlerce yıldır milyonlarca kişiye uygulanan tıbbi ürünlerdir, güvenli oldukları bilinmektedir; ancak her tıbbi ürün gibi aşıların da belirli yan etkileri vardır ve bu yan etkiler sıklıkla hafiftir. Ciddi yan etkiler ise nadir görülmektedir (31). Toplumun aşı yan etkilerine karşı toleransı düşüktür. Bu yüzden aşılar sadece yan etki sıklığı çok nadir ve hafif olduğunda lisans alır (49).

Aşıya bağlı hafif yan etkiler: Lokal ve sistemik reaksiyonlar ağrı veya ateş gibi bağışık yanıtın bir parçası olarak ortaya çıkabilir. Ek olarak, aşının diğer bileşenleri (örneğin adjuvanlar, stabilizatörler ve koruyucular) reaksiyonları tetikleyebilir. Sık kullanılan aşılarla ilgili gözlenen reaksiyonlar ve tedavileri tabloda sunulmuştur. Bu reaksiyonlar, bağışıklamadan sonraki bir veya iki gün içinde gelişir (kızamık aşısı sonrası 6-12 gün sonra ortaya çıkan döküntü hariç) ve birkaç gün içinde geçer (49).

Tablo 11. Yaygın, hafif aşı yan etkileri ve tedavi (31,49)

Aşı	Lokal Reaksiyonlar	Sistemik Reaksiyonlar	
	(ağrı, şişlik, kızarıklık)	Vücut sıcaklığı >38°C	Huzursuzluk, halsizlik, sistemik semptomlar
BCG ^a	%90–95	-	-
Hepatit B	Erişkinlerde <%15 Çocuklarda <%5	%1–6	-
Hib	%5-15	%2–10	
Kızamık/KK/ KKK*	~ %10	%5-15	%5 (döküntü)
OPV	Yok	%1'den az	%1'den az ^b
DaBT ^c	<%50	<%50	<%50
KPA ^e	~ %20	~ %20	~ %20
Tetanoz/DT/ aTD	~ %10 ^d	~ %10	~ %25
Tedavi	- Enjeksiyon yerine soğuk uygulama - Parasetamol^f	- Ekstra oral sıvılar verin - Terletmeyen giysiler giyin - Ilık süngerle ıslatmak veya banyo - Parasetamol^f	Ekstra oral sıvılar verin

a. Lokal reaktöjenite, bir aşıdan diğer aşıya, aşının içerisindeki antijen sayısı ve yapısına bağlı olarak değişir.

b. Diyare, baş ağrısı ve/veya kas ağrısı

c. Tüm hücre boğmaca (DTwP) aşısı ile karşılaştırıldığında, aselüler boğmaca (DTaP) aşı oranları daha düşüktür.

d. Lokal reaksiyonların oranının % 50–85'e kadar yükselmesi olasıdır.

e. Kaynak: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/>

f. Parasetamol dozu: Her 6-8 saatte 15mg/kg'a kadar, 24 saatte maksimum 4 doz.

* Kızamıkçık aşısına bağlı en sık ASİE'ler; ateş, lenfadenopati, döküntü, boğaz ağrısı, baş ağrısı ve artraljidir. Aşıya bağlı artraljinin çocuklarda görülme sıklığı <% 1 iken; adolesan ve kadınlarda %25'tir. Kullanılan kabakulak suşuna bağlı olarak parotit görülebilir.

Aşıya bağlı ciddi yan etkiler: Şiddetli aşı yan etkileri, nöbetler, trombositopeni, hipotonik hiporesponsif atak (HHE) ve uzun süren ağlamaları içerir ve hepsi rapor edilmelidir. Birçok ciddi yan etki, uzun süreli sorunlara yol açmaz. Anaflaksinin ölümcül seyretme potansiyeli vardır; ancak uzun süreli etki bırakmaksızın tedavi edilebilir. Önemli olan nokta, ciddi yan etkiler (örn. anaflaksi) yaşamı tehdit edebilir. Aşırıyı uygulayacak sağlık çalışanları, alerjik reaksiyonların belirtilerini bilmelidir ve acil müdahale için hazırlıklı olmalıdır (49).

Tablo 12. Ciddi yan etkiler, ortaya çıkış süresi ve görülme sıklığı (49)

Aşı	Yan etki ^a	Ortaya çıkış süresi	Görülme sıklığı
BCG	Fatal disemine BCG enfeksiyonu	1-12 ay	0.19–1.56/1.000.000
OPV	Aşıya bağlı paralitik poliomiyelit ^b	4–30 gün	4–30 gün 2–4/1.000.000
DaBT	Durdurulamayan ağlama ve nöbet ^c	0-24 saat	< 1/100
	HHE	0-24 saat	< 1/1.000–2/1.000
Kızamık	Febril konvulsiyon	6-12 gün	1/3.000
	Trombositopeni	15-35 gün	1/30.000
	Anaflaksi	1 saat	1/100.000

a.Zaten bağışık (ikinci dozu alanların% 90'ı) ise yan etki (anaflaksi hariç) oluşmaz; > 6 yaş çocukların febril konvulsiyon geçirme olasılığı düşüktür.

b.Aşıya bağlı paralitik poliomiyelit, ilk doz (ilk doz için 750.000'de 1 iken, sonraki dozlarda 5.1 milyonda 1), yetişkinler ve immün sistemi baskılanmış kişiler için risk daha yüksektir.

c.Nöbetler sıklıkla febrildir. Nöbet riski kişinin yaşına bağlıdır. < 4 ay infantlarda risk daha azdır.

Program uygulama hatalarına bağlı reaksiyonlar: Aşıların üretimi, dağıtımı ve uygulanması esnasında oluşabilecek hatalar nedeniyle gelişen aşı sonrası istenmeyen etkilerdir. Steril olmayan enjeksiyon (en sık), aşının doğru hazırlanmaması, aşının kontrendikasyonlarının dikkate alınmaması, aşının yanlış yere ve/veya yanlış şekilde uygulanması sık görülen hatalardır (49). Genellikle lokal ya da sistemik enfeksiyon ile sonuçlanır. Aşıya bağlı yan etkilerden daha sık görülmesi ve önlenabilir olması nedeniyle önemlidir (31).

Enjeksiyona bağlı reaksiyon: Bu reaksiyon aşı ile ilgili değil, enjeksiyona ilişkin kaygı ile ilgilidir. Dört durum ile karşılaşılır: bayılma, hiperventilasyon, kusma, konvulsiyon (nadir olarak). Bayılma, beş yaşı üzeri çocuklar ve erişkinlerde sıktır (49). Aşı uygulanmadan önce kişiler oturtulmalıdır (düşme nedeniyle oluşabilecek yaralanmadan korumak için). Bayılan kişi sırtüstü pozisyona getirilmeli ve ayakları yukarı kaldırılmalıdır, ek bir müdahale gerekmemektedir (31). Hiperventilasyona bağlı sersemlik hissi, baş dönmesi, dudak ve ellerde titreme görülebilir (49).

Tesadüfi: Tesadüfi olaylar, bir aşılama sonrası meydana gelen; ancak aşı veya aşının uygulanma şekli ile ilintili olmayan olaylardır (49). Aşılama, hastalıkların yaygın olduğu ve konjenital ya da nörolojik sorunların belirginleştiği infant ve erken çocukluk döneminde bağışıklama takvimi gereğince uygulanmaktadır. Bu yaşı grubu çocukların aşılandığı dönemde, özellikle kitlesel kampanyalar sırasında, tesadüfi olaylar kaçınılmazdır. Bu yaşı gruplarında aşılama kapsamı ve zamanlaması ile hastalık ve ölüm insidansının birlikte değerlendirilmesi bağışıklama sonrası beklenen tesadüfi olay sayısının tahmin edilmesini sağlar (49).

Bir aşıya atfedilen, ancak nedensel olarak ilişkili olmayan ciddi bir olumsuz olayın derhal araştırılması, toplumun aşı güvenilirliği hakkında endişelerine cevap vermek ve halkın bağışıklamaya olan güvenini korumak açısından gereklidir (49). Böyle bir durumda, istenmeyen durumun aşıya mal edilmemesi için aile/kişiler ile hemen görüşülmeli ve olayın aşı ile ilgisinin olmadığı anlatılmalıdır (31).

Bilinmeyen: Aşı sonrası görülen, aşı yan etkisi ya da aşı uygulama hatasına bağlı olmayan, aşı haricinde başka bir nedenle ilişkilendirilmeyen, kişi ya da hekim tarafından aşı ile ilişkili olduğu düşünölen kümelenme özelliği olan ciddi durumlardır. ASİE Danışma Kurulu'na değerlendirilir (31).

Aşının İçeriği

Aşılar, antijenler, stabilizatörler, adjuvanlar, antibiyotikler ve koruyucular dahil olmak üzere çeşitli bileşenleri içerir. Her bir aşı bileşeni, aşı yaptırmada ve aşının koruyuculuğunda, aşının güvenli ve etkili olduğuna emin olunmasında önemli bir rol oynar (50).

Antijenler: Bağışıklık sistemi tarafından "yabancı" olarak tanınan ve aşya koruyucu bir bağışıklık yanıtı tetikleyen, hastalığa neden olan organizmaların yapısından türetilen bileşenlerdir (51).

Dengeleyiciler (Stabilizatörler): Aşı üretim sürecinde dondurma kurutma gibi uygulanan işlemler sırasında aşya olumsuz koşullardan korumaya yardımcı olurlar. Aşılar eklenen stabilizatörler şunları içerir: süktroz ve laktöz gibi şekerler, glisin gibi amino asitler veya glutamik asidin monosodyum tuzu ve insan serum albümini veya jelatin gibi proteinler. Şekerler, amino asitler ve proteinler aşılar özğü değildir ve günlük yaşamda diyetle alınır ve vücutta doğal olarak bulunan bileşenlerdir (52).

Adjuvanlar: Alüminyum tuzları bir adjuvan olarak bazı aşı formülasyonlarına dahil edilir. Bir adjuvan, aşılanmış kişilerde immün yanıtı artırmak için kullanılır (52). Ülkemizde HepA, HepB, beşli karma, KPA aşılarında alüminyum tuzu referans değerlerin üzerinde olmayacak şekilde bulunmaktadır (53). Önerilen tüm çocukluk çağı aşılarından elde edilen toplam alüminyum maruziyetinden doğan bebeklere ilişkin riskin, yaşamın ilk yılında aşya derecede düşük olduğu, yaşamın ilk yılında uygulanan alüminyum içeren aşıların yararlarının, alüminyumun bebekler üzerindeki potansiyel etkisi ile ilgili teorik kaygıların üstünde olduğu bilimsel araştırmalar ile gösterilmiştir. En önemlisi, alüminyum yeryüzünde en çok bulunan elementlerden birisidir; yemek yemek ve su içmek alüminyum maruziyetinin en sık kaynağıdır (52). Bebek mamaları veya antasitler, aspirin gibi sağık ürünleri ve ter önleyiciler gibi kozmetik ürünler, en sık alüminyum kaynağıdır (54).

Antibiyotikler: Antibiyotikler (eser miktarda), virüslerin içinde yetiştirildiğı doku kültür hücrelerinin bakteriyel kontaminasyonunu önlemek için üretim aşamasında kullanılır (51). Bazı antibiyotikler, onlara alerjisi olan çocuklarda (ürtiker, boğazın arkasında şişlik ve düşük tansiyon gibi) ciddi alerjik reaksiyonlara neden olabileceğinden, bazı ebeveynler aşılar bulunan antibiyotiklerin zararlı olabileceğinden endişe duymaktadır. Bununla birlikte, antibiyotiklerin şiddetli alerjik reaksiyonlara yol açma olasılığı en fazla olan antibiyotikler (örneğin penisilinler, sefalosporinler) aşı yapımında kullanılmaz. Kullanılan antibiyotikler, sonraki saflaştırma aşamaları sırasında çok küçük veya saptanamayan miktarlara indirgenir. Aşılar bulunan çok az miktarda antibiyotik, ciddi alerjik reaksiyonlarla doğrudan ilişkilendirilmemiştir (52). KKK aşısı ve IPV'nin her biri doz başına 25 mikrogramdan az

neomisin içerir (0.000025 g'den az). Neomisin'e alerjik olduğu bilinen kişilerin aşılardan sonra yakından gözlenmesi gerekir; böylece herhangi bir alerjik reaksiyon anında tedavi edilebilir (51).

Koruyucular: Bakteriyel ve mantar oluşumunu önlemek için çoklu doz aşılarla koruyucu maddeler eklenir. Bunlar: thimerosal, formaldehit veya fenol türevleridir (51).

Thimerosal: Civa, yer kabuğunda, havada, toprağında ve suda bulunan doğal olarak bulunan bir elementtir. İnsanların maruz kalabileceği iki civa türü olup - metilciva ve etilciva – birbirinden çok farklıdır. Metilciva, bazı balık türlerinde bulunan civa türüdür. Yüksek dozda maruz kalındığında, metilciva insanlar için toksik olabilir. Thimerosal, etilciva içeren bir bileşiktir; etilciva, metilcivadan daha çabuk insan vücudundan temizlenir. Thimerosal vücutta uzun süre kalmaz, bu nedenle birikir ve zararlı seviyelere ulaşmaz. Thimerosal vücuda girdiğinde, kolayca giderilen etil-civa ve tiosalisilat'a parçalanır (55,56).

Thimerosal, 1930'lardan beri çok sık kullanılan koruyucudur. Küçük reaksiyonlar haricinde aşılamada kullanılan dozlar için hafif reaksiyonlar (örneğin: kızarıklık, şişlik yerinde kızarıklık) dışında zararlı etkiler bildirilmemiştir. Depolama gereksinimlerini / maliyetlerini azaltmaya yardımcı olduğu için çoklu doz şişelerde ve birçok ülkede tekli doz şişelerde kullanılır. Thimerosal, etil civa içerdiğinden yoğun bir incelemeye tabi tutulmuştur. Küresel Aşı Güvenliği Danışma Komitesi, thiomersal'ın güvenlik yönlerini sürekli olarak gözden geçirir. Şimdiye kadar, aşılarla thiomersal'a maruz kaldığında toksisite kanıtı yoktur. Eser miktarda thimerosalın bebeklerin nörolojik gelişimi üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür (51). Araştırmalar, aşılarıdaki thimerosal ile nörogelişimsel bir hastalık olan otizm arasında bir bağlantı göstermemektedir. Thimerosal neredeyse tüm çocukluk aşılarından çıkarıldıktan sonra bile, beklenenin tersi olmuş otizm oranları artmaya devam etmiştir (55). Ülkemizde HepB, Td, Kuduz aşılarının içerisinde referans değerleri geçmeyecek şekilde thimerosal bulunmaktadır (53).

Formaldehit: Virüsleri etkisiz hale getirmek (örneğin IPV) ve difteri ve tetanoz aşılarındaki toksinler gibi bakteriyel toksinleri detoksifiye etmek için kullanılır. Aşı üretimi sırasında, bir saflaştırma işlemi ile aşılarıdaki hemen hemen tüm formaldehitler uzaklaştırılır (51).

Formaldehit, insan vücudunda doğal olarak, vücudun normal fonksiyonlarının bir parçası olarak, enerji üretmek ve amino asitlerin yapımı gibi önemli yaşamsal faaliyetler için gerekli olan temel malzemeleri oluşturmak için üretilir. Formaldehit ayrıca çevrede farklı

şekillerde bulunur. Yapı malzemelerinde, laboratuvarlarda koruyucu olarak ve birçok ev ürünü üretiminde kullanılır (52).

Vücut formaldehiti parçalarken, aşılarından elde edilen, doğal olarak üretilen veya çevresel olan formaldehiti ayırt etmez. Bir insanın vücudundaki formaldehit miktarı ağırlıklarına bağlıdır; bebeklerde yetişkinlerden daha düşük miktardadır. Araştırmalar, ortalama 6-8 kilo ağırlığında bir yenidoğan için, vücutlarındaki formaldehit miktarının, tek bir aşı dozundan veya zaman içinde uygulanan aşılarından alabilecekleri üst miktardan 50-70 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (52).

Fetal dana/Sığır serumu: Viral aşılarda imalatında virüs, hücrelerde büyütülebilir. Bu hücrelerin bazı durumlarda fetal bovin serumu tarafından sağlanabilecek bir beslenme kaynağına ihtiyacı vardır (52).

Soğuk Zincir

Aşılar biyolojik aktivitelerini kaybetmemek için uygun şekilde taşınmalı, depolanmalı ve kullanılmalıdır. Doğru taşıma, depolama ve kullanım uygulamalarına ilişkin öneriler; CDC (Centers for Disease Control and Prevention), COID (the Committee on Infectious Diseases of the American Academy of Pediatrics), DSÖ (World Health Organization), ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) gibi aşı ile ilgili politika oluşturan kuruluşlar tarafından yayınlanmıştır. Bu koşullara uyulmaması, aşı potensinde kayba, yetersiz immün yanıt oluşmasına neden olabilir. Değişmiş aşı içeriğinin görünür kanıtı mevcut olmayabilir. Bir aşının doğru kullanımı ile ilgili sorular ortaya çıktığında, yerel sağlık kurumuyla ya da üreticiyle iletişime geçilmelidir. Yeni aşılar veya mevcut bir aşının yeni formülasyonları, farklı taşıma, depolama ve kullanım koşullarına sahiptir (57).

Derin dondurucusuz buzdolapları ve bağımsız dondurucular, aşı depolanması için gereken belirli sıcaklıkların korunmasında genellikle en etkilidir ve buzdolabı/derin dondurucu kombinasyonu halinde tercih edilir (57). Buzdolabına sadece aşı konulmalı ve elektrik kesintisine karşı tedbir alınmalıdır (58).

Aşının üretiminden kullanımına kadar uygun koşullarda korunmasına “soğuk zincir” denir uygulama sırasında aşının potensinin korunmasını sağlar (57). Soğuk zincirde +2/+8 derecenin sağlanması önerilir, fakat her aşının saklanma koşulları farklıdır (58). Önerilenden daha yüksek veya daha düşük sıcaklıklara maruz kalma bir aşıya zarar verir (57).

BCG ve KKK aşıları ısıya ve ışığa duyarlıdır, koyu renkli şişelerde korunmalıdır (58). Isı izlenmesi ve kontrolü, özellikle taşıma ve sahada kullanımı sırasında olmak üzere tüm

aşıların depolanması ve kullanımı için önemlidir. Günde en az iki kere olmak üzere, minimum ve maksimum sıcaklıkları kaydeden bir termometre ile ısı izlenmelidir. Donmuş aşının taşınmasında kuru buz kullanılmamalıdır. Çünkü aşı, depolanması için önerilen sıcaklıktan daha azına maruz kalabilir (57). Aşıları aşı nakil kabı ile taşıma sırasında içerisine buz aküleri konularak soğuk zincir sağlanmalıdır (58).

Toplum Bağışıklığı

Bağışıklama ya da daha önce geçirilmiş enfeksiyon yoluyla toplumun yeterli oranda bağışık olması; böylece bulaşıcı bir ajanın bulaşının azaltılarak ya da kırılarak toplumun enfeksiyona karşı gösterdiği dirençtir. Toplum bağışıklığı karmaşık bir olgudur ve enfeksiyon ajanına ve bulaş yoluna, bağışıklamanın sadece klinik belirti veren hastalığa karşı koruma düzeyi ve bağışıklamanın toplumdaki dağılımına göre farklılık gösterir. Genellikle çocukluk çağında aşı ile önlenebilir hastalıklarla ilgili toplum bağışıklığını sağlamak için ulaşılmaması gereken bağışıklama düzeyi % 84 (Kızamıkçık için) ile % 90 (Boğmaca için) arasında değişmektedir. Aşı ile önlenebilir hastalıklar için özellikle zor olan sorun: çok başarılı şekilde sonuçlanabilecek programa ilişkin toplumun memnuniyeti, halkın ve karar vericilerin sürdürülen eğitim ihtiyacı vurgusudur. Aşı ile önlenebilir hastalıkların sıklığının az oluşu, ebeveynleri yanlışlıkla çocuklarının sağlığı için aşılamanın artık önemli olmadığını düşünmeye sevk edebilir ve politika yapıcıların bağışıklama hizmetleri için ayırdıkları fonu azaltmaları ile sonuçlanabilir. Hastalık sıklığının az olması, güncel hastalık oranları yerine, aşılamanın nadir görülen ciddi yan etkilerine gereksiz şekilde dikkatin toplanmasına neden olabilir. Bu tür yan etkiler, sadece bağışıklama programı olmadığında meydana gelebilecek hastalıkların ve komplikasyonlarının sıklığı ile karşılaştırılmalıdır (59).

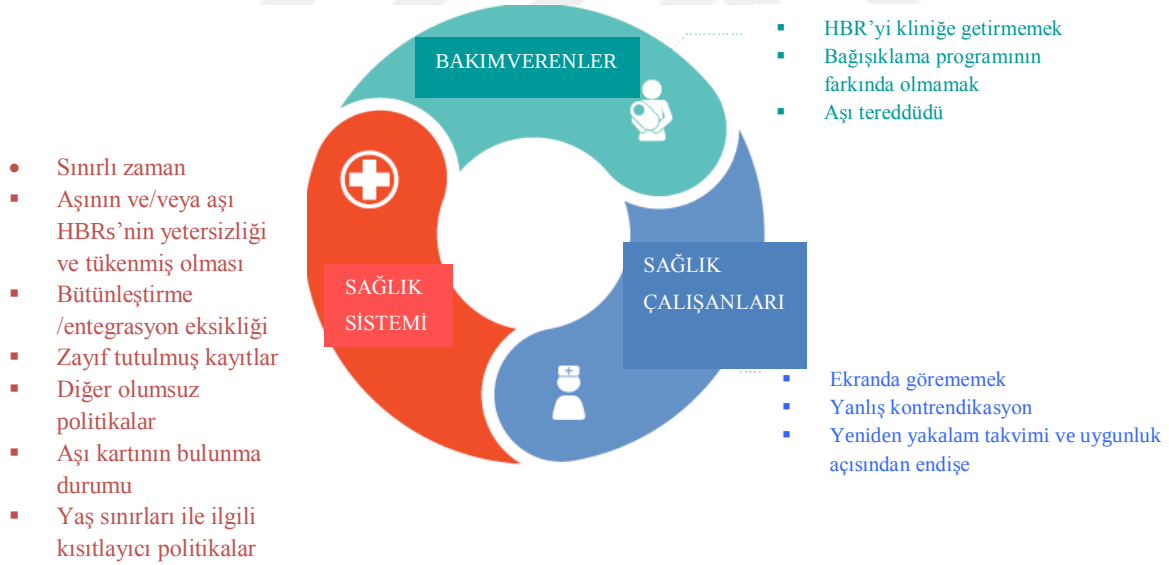
Aşı sonrası ciddi olayların nadir görülmesine rağmen, son yıllarda aşılama, aşılamaya bağlı kabul edilir riskten daha fazla korkulma ve aşılamanın tamamen önleme eğilimi mevcuttur. Toplumdaki insanların çoğu aşılandığı zaman, aşılama toplumun bir kısmını korur: organizmanın taşınması ve toplumda bağışık olmayanları enfekte etme olasılığı çok daha azdır. Bir toplumda eğer çok sayıda kişi aşılamanı reddederse, toplumun aşılamanın bireyleri arasında bir salgın meydana gelme olasılığı çok daha yüksektir. Son yıllarda bazı ebeveynlerin aşı sonrası otizm gelişme riski nedeniyle çocuklarına KKK aşısı yapılmasına izin vermemeleri kaynaklı Kızamık ve Kabakulak salgın kümeleri raporlanmıştır. Bu ilişki incelenmiştir ve ciddi birkaç yayın KKK aşısı ile artan otizm sıklığı arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır; ancak aşı korkusu sürmektedir. Son dönemde aşının

hastalıktan daha zararlı olduğu algısı, günümüzün durumundan kaynaklanıyor olabilir: insanlar henüz aşı ile önlenbilir hastalıkların tehlikelerini ve yan etkilerini görmedi ve yaşamadılar. 50 yılı aşkındır aşılar Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık, Çocuk felci, Tetanoz, Boğmaca ve diğer enfeksiyonlara bağlı hastalık ve ölüm sayılarını azaltmıştır (60).

Aşılamada Kaçırılmış Fırsatlar

Aşı için kaçırılmış fırsat, aşı için uygun olup aşısız, eksik aşı ya da aşı için kontrendikasyon bulunmayan bir çocuk ya da yetişkinin, sağlık hizmetleriyle herhangi bir teması olduğu halde gerekli tüm aşıların yapılmamış olmasıdır (61).

Aşılamada kaçırılmış fırsatların nedenleri üçe ayrılır (Şekil 3): sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili faktörler, ulusal politikalar dahil olmak üzere sağlık sistemi sorunları ve kısıtlılıkları ile ilgili faktörler ve talebe bağlı sorunlar (bakım verenin/toplumun davranışı) Home Based Records (HBR): Kişilerin haneye dayalı kayıdır, ülkemizde 0-4 Yaş (0-59 Ay) Aşı Kayıt Fişi Form012/A'nın karşılığıdır (61).



Şekil 3. Aşılamada kaçırılmış fırsat nedenlerinin özeti (61)

AŞILANMAMA

Çocukların neden aşılanmadığına ilişkin dünyada birçok ülkede gri literatürde yer alan aşılanmamada anahtar faktörler Tablo 13'de sunulmuştur (62).

Tablo 13. Çocukların Aşılınmamasında Temel Faktörler

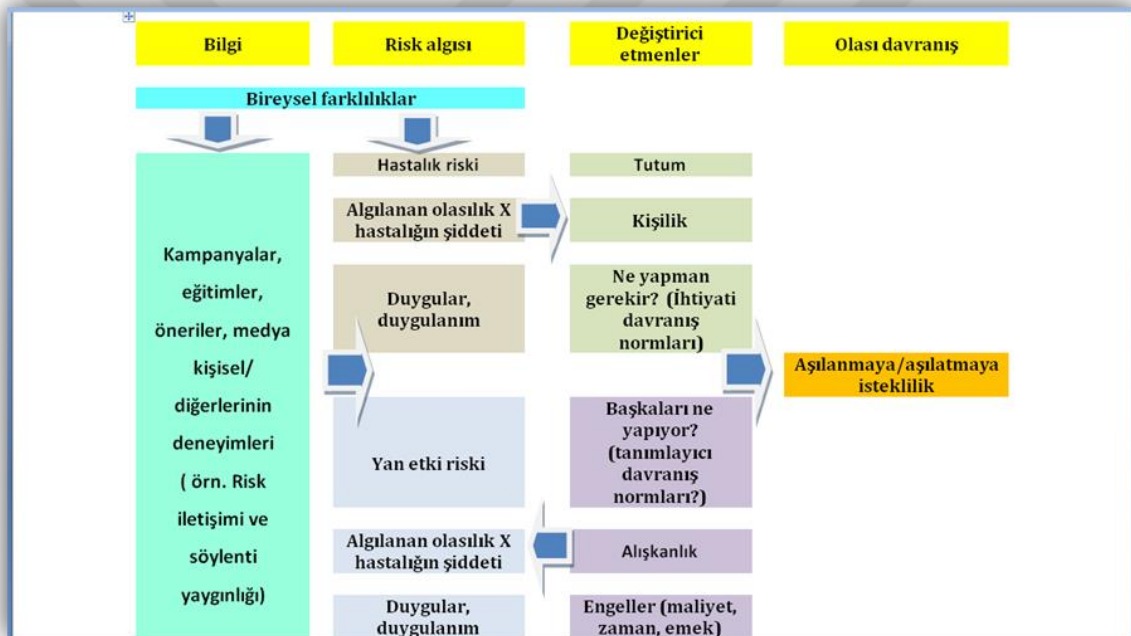
Bağışıklama Hizmetleri • Mesafe (erişim/seyahat koşulları) • Sağlık çalışanlarının motivasyonu ve tutumunun kötü oluşu (performans/ yetkinlik, bilgi, anne ile iletişim kurabilme) • Kaynak ve lojistik eksikliği (güvenilirliği etkileyen yetersiz fon ve depolama, aşılama kaçırılmış fırsatlar ve soğuk zincir) • Yanlış kontrendikasyon (özellikle hasta ve zayıf çocuklarda) • Tüm fırsatların kullanılmaması (örn: yanlış kontrendikasyonlar nedeniyle uygun çocuğu aşılamaı reddetmek, birlikte birçok antijen verilmesinden korkmak, annenin aşı kartını unutması ve aşı için çocuğunun uygun yaşta olduğuna karar verilememesi) • Güvensizlik (aşı malzemesi veya teşvik eksikliği, diğer işlerin öncelenmesi, hizmet sağlayıcısının bulunmaması) • Uygun olmayan / sınırlı hizmet saatleri (sınırlı günler / saatler; aşılamanın geç başlayıp erken bitmesi) • Teşvik/rutin bağışıklama izlemi/sağlık iletişimi eksikliği • Bekleme süresi • Masraflar, ulaşım gibi dolaylı maliyetler • Resmi ücretler ve masraflar
İletişim ve Bilgi • Teşvik/rutin bağışıklama izlemi/sağlık iletişimi eksikliği
Ailenin Özellikleri • Düşük gelir ve sosyoekonomik durum • Yeni/mevsimlik göçmen • Düşük eğitim seviyesi (anne veya baba)
Ebeveynin Davranışı/Bilgisi • Yan etkilerden korku • Önceliklerin çakışması • Dini/kültürel/sosyal inanışlar/değerler ve söylentiler • Çocuğun sağlığı için aşılamanın öneminin algılanmaması; hastalığı önleme yerine tedavi etmenin daha iyi olduğu tutum • Aşının etkinliğinin düşük olduğu algısı • İlgi ve motivasyon eksikliği • Kayıp/kullanılamayan sağlık kartları • Talep eksikliği ve aşılamanın kabul edilmemesi • Kadınların söz hakkının sınırlı olması/ kayınpeder ya da kayınvalidenin karşı baskısı/ Kocanın reddi • Aşının güvenilir olmadığı algısı/çoklu doz korkusu/aşılama prosedürü korkusu/kontamine enjeksiyon korkusu • Yabancılaşma duygusu çünkü kültürel / sosyal grupta çoğunlukta değil, başka türlü kabul edilmemek, utanmak • Çocuğun çok hasta, çok zayıf olduğu algısı, kadercilik • Kötü deneyim (örn: geri çevrilme, aşılama sonrası istenmeyen yan) korku, güvensizlik • Sağlık çalışanlarına güvensizlik

Aşılatma- Aşılatmama Davranışını Etkileyen Faktörler

Aşılanma ile ilgili karar tek başına bireysel/ebeveyn tarafından verilen bir karar değil, bağlamı geniş bir konudur: kişinin içinde bulunduğu siyasal, sosyal, bilimsel, dinsel, coğrafi koşullardan ve sağlık hizmetinin özelliklerinin etkili olduğu bir sonuçtur.

İnsanların neden aşılanmayı seçmediğinin nedenleri karmaşıktır; Şekil 4’de karar vermenin belirleyicileri sunulmuştur (22,63).

Sağlık çalışanları, özellikle toplumla etkileşimi olanlar, en güvenilen danışman ve aşılanma kararını etkileyendir ve aşı hakkında güvenilir bilgilerle güvenilir olmayı sürdürmeleri için desteklenmelidir (7).



Şekil 4. Aşı yaptırmama- yaptırmama kararının belirleyicileri (22,63)

AŞI KARARSIZLIĞI VE AŞI REDDİ

Aşı kararsızlığı DSÖ tarafından; aşı hizmetlerinin ulaşılabilirliğine rağmen, aşılardan kabulünde gecikme veya reddedilme olarak tanımlanmıştır. Karmaşık ve bağlama özgüdür; aşıya, zamana ve mekana göre değişiklik gösterir (64).

Aşı kararsızlığı olan kişiler homojen bir grup değildir, çeşitlilik göstermektedir. Aşı kararsızlık skalası Şekil 5’de sunulmuştur. Bazı kişiler emin olmayarak tüm aşıları kabul etmektedir. Kararsızlığı olan diğer bir grup bazı aşıların uygulanmasını kabul edip bazılarını

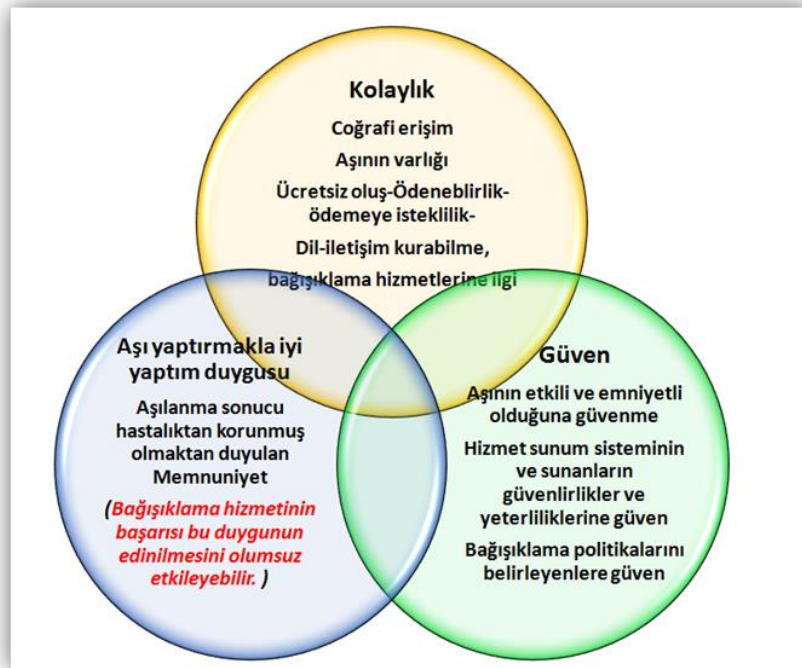
reddetmektedir veya ertelemektedir. Diğer bir kısım ise emin olmayarak tüm aşıları reddetmektedir (64).



Şekil 5. Aşı kararsızlığı skalası

Aşı kararsızlığı, aşı ile önlenabilir hastalıklarla mücadelede sağlanan ilerlemeyi tersine çevirme potansiyeli olan bir tehdittir. Öyle ki DSÖ, aşı kararsızlığını küresel sağlığı tehdit eden 10 tehlikeden biri olarak belirlemiştir (7).

DSÖ Aşı Danışma Grubu kararsızlığın altında yatan sebepleri aşı yaptırmakla iyi yaptım duygusu, aşya ulaşmada zorluk ve güven eksikliği olarak belirlemiştir. Şekil 6'da kararsızlığı etkileyen faktörler sunulmuştur (63).



Şekil 6. Aşı kararsızlığına neden olan faktörler (22,63)

Aşı kararsızlığı bireysel bir davranış olmaktan çok politik ve sosyokültürel birçok faktörün belirleyici olduğu bir durumdur. Politik istek, bağışıklama için kaynak ve motivasyon sağlanması, sağlık örgütlenmesinin devletin bağışıklama ödevinin kolaylıkla yerine getirileceği şekilde düzenlenmesi, bağışıklama ile ilgili sağlık çalışanları, aşılarda sağlanması, politika yapıcılara ve sağlık çalışanlarına güven ve medya yoluyla verilen ‘sağlık eğitimi’ gibi faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir (5).

DSÖ SAGE Çalışma Grubu, aşı kararsızlığını etkileyen durumları bağlamsal etkiler, bireysel ve grup etkileri ve aşı/aşılamaya spesifik konular olmak üzere üç kategoriye ayırmıştır, Tablo 14’de sunulmaktadır (65).

Tablo 14. Aşı kararsızlığı matrisi (65)

<u>BAĞLAMSAAL ETKİLER</u> Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumları, ekonomik veya politik faktörlere bağlı etkiler	a.İletişim ve medya ortamı b.Etkili liderler, aşı karşıtı lobiler c.Tarihsel etkiler d.Dini/ kültürel / cinsiyet / sosyo-ekonomik etkiler e.Politika f.Coğrafi engeller g.İlaç endüstrisine ilişkin algı
<u>BİREYSEL VE GRUP ETKİLERİ</u> Kişisel aşı algısı veya sosyal çevre etkisi	a.Kişisel, aile ve / veya topluluk üyelerinin deneyimi, ağrı dahil b.İnançlar, sağlık ve korunma ile ilgili tutumlar c.Bilgi / farkındalık d.Sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sağlayıcılara güven ve kişisel deneyim e.Risk / Fayda (algılanan, sezgisel) f. Sosyal bir norm olarak bağışıklama X ihtiyaç duyulmayan / zararlı
<u>AŞI/AŞILAMAYA SPESİFİK KONULAR</u> Direkt olarak aşı ya da aşılamaya bağlı	a. Risk / Fayda (epidemiolojik ve bilimsel kanıtlar) b.Yeni bir aşı veya yeni bir formülasyon veya var olan bir aşı ile ilgili yeni önerinin sunulması c.Yönetimin durumu d. Aşılamaya programının tasarımı / Uygulanma şekli (Bağışıklama programı, toplu aşı kampanyası gibi) e. Güvenilirlik ve / veya aşı tedarik kaynağı ve / veya aşılamaya ekipmanı f.Aşı takvimi g.Ücret h.Sağlık bakım profesyonellerinin tutumu ve/veya bilginin ve/veya tavsiyenin gücü

Aşı Karşıtı İddialar

Aşılarla ilgili yanlış fikirler ve yanlış bilgilendirme açıkça ele alınmalıdır (5). Aşı karşıtları, aşıların içerisinde olup adı korkutucu çağrışımlara neden olan maddeleri ve aşırıya bağlı nadir görülen ciddi yan etkileri vurgulayarak aşı aleyhinde savlar üretmekte (66) ve özellikle ebeveynlerde endişeye neden olmaktadır (50). Yanlış fikirler, aşının güvenliği ve etkililiğiyle ilgili kanıta dayalı bilime aykırı olup bağışıklamanın geciktirilmesi ya da eksik aşılanmanın nedenidir.

Aşı karşıtı iddialar temelde dört gruba ayrılır (66):

1. Aşıların gerekliliği ve etkinliğinin sorgulanması
2. Aşının içeriğinin güvenilirliğinin sorgulanması
3. Aşı yan etkilerine ilişkin iddialar
4. Aşılarla ilişkin komplo teorileri

Bağışıklama ile ilgili yaygın yanlış fikirler/mitler ve bu mitlere ilişkin gerçekler Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Bağışıklama ile ilgili yaygın yanlış fikirler/mitler ve gerçekler (32,50,54,66,67-71)

Aşıların gerekliliği ve etkinliğine ilişkin iddialar ve gerçekler
İddia: “Bağışıklığı arttırmanın doğal yöntemleri aşılarından daha iyidir.” “Doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılar gereksiz” (66)
Gerçek: Bağışık olmanın “tek doğal yolu” hastalığı geçirmektir. Aşı ile sağlanan bağışıklık, kişiyi gelecekte maruz kalacağı hastalıktan korur. Yeterli bağışık yanıtı sağlamak için çocuğa birden fazla doz aşı uygulanması gerekse de aşı ile oluşan bağışıklık, doğal enfeksiyon ile oluşan bağışıklığa çok benzerdir (67).
İddia: “Aşılar bulaşıcı hastalıklara karşı korumuyor, yararlı değil.” (66).
Gerçek: Aşılar milyonlarca kişiyi hastalıkların yıkıcı etkisinden korumuştur (67).
İddia: “Aşıyla önlenemez bulaşıcı hastalıklar ölümcül değil.” (66).
Gerçek: Aşılar, ciddi ve hatta ölümcül olabilen bulaşıcı hastalıkları hedefler. Örneğin (68) : • Kızamık pnömoni veya beyin ödemi neden olabilir. Her 100 kızamıkta yaklaşık 9 hasta pnömoni olur; her 1.000 kızamık vakasında 1 veya 2 kişi beyin ödemi geçirir ki bu durum beyine zarar verir. • Poliomyelit kolların, bacakların veya diyaframın felç olmasına neden olabilir. 20 çocuk felci hastasından biri ölmüştür. • Difteri, nefes almayı engelleyecek şekilde boğazda anormal bir membran oluşmasına neden olan bir enfeksiyondur. 10 difteri hastasından biri ölmüştür. • Kabakulak, menenjit, sağırılık ve kısırlığa neden olabilir. • Suçiçeği, özellikle çocuklarda ve bağışıklık sistemi iyi çalışmayan yetişkinlerde pnömoni, beyin ödemi ve hatta ölüme neden olabilir.
İddia: “Bir kerede çok fazla aşı yapıyorsunuz.” (66)
Gerçek: Aşılama, bir çocuğun bağışıklık sistemine gereğinden fazla yüklenmez; hatırlatıcı aşılar, immun sistem “hafızasının” küçük bir kısmını kullanırlar. IOM, bağışıklama takviminin güvenli olmadığına dair hiçbir sonuç bulmamıştır (67). Önerilen aşı takvimine uymak, erken yaşta bebekleri etkileyebilecek ciddi hastalıklara karşı mümkün olan en kısa sürede en iyi korumayı sağlamaktadır (54).

Tablo 15 (devamı). Bağışıklama ile ilgili yaygın yanlış fikirler/mitler ve gerçekler (32,50,54,66,67-71)

İddia: “Aşı kullanımından önce besin/gıda ve hijyenin iyileşmesine bağlı olarak bu hastalıklar azalmıştı zaten.” (67)
Gerçek: 19. ve 20. yy’da bazı enfeksiyon hastalıkları sanitasyon, temiz su, pastörize süt ve haşere mücadelesi (pest control) ile kontrol altına alınmaya başlamıştı. Yine de aşı ile önlenabilir hastalıklardaki dramatik azalma aşılarla lisans verilip geniş çocuk topluluklarına uygulanmasından sonra gerçekleşti (67).
Aşıların içeriği ve güvenilirliğine ilişkin iddialar ve gerçekler
İddia: “Aşı, immun sistemi zayıflatır.”(67).
Gerçek: Aşılanan çocuklar, nedenden bağımsız olarak, daha büyük enfeksiyon riski altında değildir. Önemli biçimde influenza, kızamık, suçiçeği gibi doğal enfeksiyonlar, diğer enfeksiyonların riskini artırarak immun sistemi zayıflatır (67).
İddia: “Aynı anda birçok aşı yapmak denenmemiş.”(67).
Gerçek: Birlikte kullanım çalışmaları, tüm yeni aşıların mevcut aşılarla test edilmesini gerektirir. Bu çalışmalar, yeni aşıların aynı anda verilen mevcut aşıların güvenliğini veya etkinliğini etkilemediğini ve aynı zamanda uygulanan mevcut aşıların yeni aşıların güvenliğini veya etkinliğini etkilemediğini değerlendirmek için yapılır (67).
İddia: “Aşılar geciktirilebilir, ayrılabilir, ara verilebilir.” (67).
Gerçek: Birçok aşı ile önlenabilir hastalık, erken infant dönemde meydana gelir. Optimal aşı ile oluşturulan immunité, zamanla aşı serisi gerektirebilir. Yaşa uygun bağışıklamada herhangi bir gecikme aşı ile önlenabilir hastalık riskini artırır (67).
İddia: “Aşının içindeki Alüminyum (Al) tehlikeli, çocuğuma zarar verir.” (66)
Gerçek: Al tuzları, en çok bilinen adjuvandır, 80 yıldan fazla süredir ve bazı inaktive aşılar ve toksoid aşılarla sıklıkla kullanılmaktadır (67). Alüminyum, dünyada en çok bulunan elementlerden biridir, günde yiyecekler, ilaçlar, endüstriyel ürünlerle birlikte ortalama 7-9 mg vücudumuza almaktayız (66). Aşı ile alınan Al miktarı yaşam boyu toplam 5 mg olup güvenli sınırın (1 mg/kg/gün) çok altındadır (69).
İddia: “Aşının içindeki cıva tehlikeli, çocuğuma zarar verir.” (66)
Gerçek: Aşıda bulunan form cıva tuzudur: etil cıvadır (thimerosal). Thimerosal suda erir ve enterohepatik dolaşıma girmeksizin böbreklerden atılır (66). Toksik cıva formu metil cıvadır, deniz ürünlerinde bulunmaktadır (66). Thimerosal, 1930’dan beri kullanımdadır, mikroorganizmaları öldürmek ya da inhibe etmek için çok dozlu aşı şişelerine eklenirdi (67). Tek dozlu formülasyonlara geçişle birlikte ve aşı karşıtı bazı grupların etkisiyle (66) infant ve çocuklar için önerilen pek çok aşı thimerosal içermemektedir (67).
İddia: “Aşının içinde domuz jelatini var. Dini nedenle aşı yaptırmam uygun değil.” (66)
Gerçek: Stabilizatörler, aşının üretim sürecinde potensinin olumsuz etkilenmemesi için eklenir; şekerler (sakaroz, laktoz), aminoasitler (örn. glisin) ve proteinler (örn. jelatin) kullanılır (67). Domuz jelatini üretimi sırasında domuz dokusu, birçok kimyasal işleme maruz kaldığı için domuz hücresi özelliği göstermemektedir (66). Türkiye’de uygulanan hiçbir aşı stabilizatör olarak domuz jelatini içermemektedir (32).
İddia: “Aşının içerisinde cenin var.”
Gerçek: 1960lı yıllara kadar aşı çalışmaları, kişilerden izin almak şartıyla gebelik sonlandırılması sonrası fetal dokudan elde edilen kültür ortamında gerçekleştirilmiştir; ancak yaklaşık yarım yüzyıl boyunca aşı çalışmaları için hazır hücre kültürleri kullanılmaktadır (66).
İddia: “Aşının içerisinde formaldehit var.”
Gerçek: Formaldehit; ölüleri, morgları, patoloji preparatlarını çağrıştırdığı için endişelenmek anlaşılır karşılanabilir. Formaldehit gibi artık aktif olmayan bileşenler, üretim sürecinde virüsleri öldürmek veya toksinleri etkisizleştirmek için kullanılır (54). Aşı daha sonra formaldehitten arındırılmasına rağmen, çok az miktar formaldehit aşı içerisinde kalır; ancak formaldehit DNA ve protein üretiminde ortaya çıkan bir yan üründür. Bir infantın vücudunda bulunan formaldehit miktarı (1.1 mg), aşıların içerdiği miktardan (0.1mg) daha fazladır (66).

Tablo 15 (devamı). Başıklama ile ilgili yaygın yanlış fikirler/mitler ve gerçekler (32,50,54,66,67-71)

Aşıların yan etkilerine ilişkin iddialar ve gerçekler
İddia: “Aşılar uzun süreli ve ciddi yan etkilere neden olur” “Yan etkisi olursa çocuğum iyileşmez” “Bebeği ciddi yan etki gösteren birini tanıyorum, benim bebeğimde de olabilir”
Gerçek: Aşılar yüzlerce yıldır milyonlarca kişiye uygulanan ürünlerdir, güvenli oldukları bilinmektedir; ancak her tıbbi müdahale gibi aşılar da kabul edilebilir risk çerçevesinde uygulanırlar ve belirli yan etkileri vardır. Aşıya bağlı yan etkiler sıklıkla aşının uygulandığı yerde ağrı, şişlik, kızarıklık gibi birkaç gün içinde kendiliğinden gerileyecek hafif yan etkilerdir (31). Şiddetli, uzun süreli yan etkiler oldukça nadirdir. Bir aşıya karşı ciddi bir reaksiyon gelişmesi olasılığı milyonda 1’dir (70). Aşığı uygulayan sağlık çalışanı, aileler ve toplumdaki diğer kişileri aşı sonrası istenmeyen etkiler ve hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği hakkında bilgilendirmelidir.
İddia: “Aşılar, iyi anlaşılmayan hastalıklar veya bozukluklara neden olur; otizm, ani infant ölümü sendromu, immun disfonksiyon, diyabet, nörolojik bozukluklar, alerjik rinit, egzema ve astım.” (67). “Aşılar zarar verir.”
Gerçek: Bilimsel kanıtlar bu iddiaları desteklememektedir (67).
İddia: “Aşı otizme yol açar.” “Aşıdan sonra bazı çocuklarda davranış değişiklikleri gerçekleşmiş; aşıların otizme yol açmadığından nasıl emin oluyorsunuz?”
Gerçek: Bu sav, 1998’de Lancet’te Andrew Wakefield ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınladığı olgu serisinden temel alır. Çalışmanın küçük örneklem sayısına (n=12), kontrolsüz çalışma tasarımına, sonuçlarının spekülatif sonuçlarına rağmen yayın halk tarafından kabul görmüştür ve KKK aşı oranları, aşı sonrası otizm riski endişesiyle bir anda düşmüştür. Hemen sonrasında yapılan çalışmalar aşı otizm ilişkisini reddetti ve her ikisinin de erken çocukluk döneminde olması nedeniyle zamansal ilişki olabileceği vurgulandı. Sonrasında makalede birçok etik sorun ve metodolojik hatalar saptanması nedeniyle Lancet, makaleyi geri çekti ve Andrew Wakefield, hekimlik mesleğinden men edildi (66). Tıp Enstitüsü (IOM) KKK aşısı ve thimerosal içeren aşıların otizm ile ilişkili olduğu hipotezlerini çürüten bilimsel araştırma sonuçlarını yayınlamıştır. Sonuçları şunlardır: Bilimsel kanıtlar, KKK aşısı ve otizm arasındaki nedensel ilişkiyi reddetmiştir. Otizm araştırmalarıyla ilgili fon daha olası ve geliştirilmesi gereken araştırmalara kanalize edilmelidir. Yarar-zarar iletişimi, hem bilimsel topluluğun hem de halkın gereksinimleri için dikkat gerektirir. Aşılar ve aşıların bileşenleri (thimerosal veya cıva) veya KKK aşısı, otizm veya otizm spektrum bozukluğu gelişimi ile ilişkili değildir (71). Milyonlarca çocuk ile yapılan yüzlerce titiz çalışma, KKK aşısı veya Thimerosal ve otizm arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir (50).
İddia: “Aşılar, Guillain Barre Sendromu (GBS) ve diğer otoimmün hastalıklara neden olur.”
Gerçek: Bu iddia 70’li yıllarda ABD’de domuz gribi salgınının akabinde görülen GBS olgularına dayanır (66); fakat günümüzde yapılan araştırmalar gösterdi ki aşı sonrası GBS sıklığı doğal grip enfeksiyonundan daha fazla değildir (50). Aşılar; otizm, astım veya otoimmün hastalıklar gibi sağlık sorunlarındaki artışlarla ilişkili değildir (50).
Aşılarla ilişkin komplo teorileri
İddia: “Aşılar soyumuzu kurutmak için üretiliyor, kısırlık yapıyor.” “Aşılar Batılı devletlerin bir oyunu.”
Gerçek: Bu kişilere kanıtları sorulmalı ve ek sorularla savlarının akla yatkınlığı düşündürülmelidir (66).

Aşı Kararsızlığı Vakası ve İletişim

İletişim, güven, kolaylık ve aşı yaptırmakla iyi yaptım duygusu gibi doğrudan aşı kararsızlığına neden olan faktör değildir, fakat zayıf ve yetersiz olduğunda aşı kabulünü olumsuz yönde etkiler ve aşı kararsızlığına katkıda bulunur (65).

Kötü, yetersiz veya yanlış yönlendirilmiş iletişim, herhangi bir yerde sorun olabilir. Aşı kararsızlığının yeri ve nedeni ne olursa olsun, kararsızlığı belirlemek ve aşı kabulünü sağlamak için iletişimin geliştirilmesi hedefinin yanısıra, genel olarak zayıf iletişimin ele alınması gerekir (65).

Aşı kararsızlığı vakasında, kararsızlığın farklı boyutlarının tümünü ele alabilen tek bir strateji yoktur. Sağlık çalışanlarının ne söyledikleri kadar ve kişi ile nasıl etkileşime girdikleri, aşı kabulünü güçlü bir şekilde etkileyebilir (64).

Kararsız bakımverenlere / hastalarla iletişim sırasında emir kipi kullanılmamalı ve tartışmacı bir üslup benimsenmemelidir. Tartışmacı bir üslup tercih edilmesi durumunda aşılama konusunda kararsızlığın nedenlerini ve ardındaki motivasyonu anlamak için çok az zaman harcanır veya hiç zaman harcanmaz. Böylece sağlık çalışanı ve hasta arasındaki güven ilişkisi zedelenabilir (65).

Aşı kararsızlığı vakası yönetilirken şu beş adım izlenmelidir (64):

1. **Açık uçlu sorular sor:** Kararsızlığın arkasındaki nedenleri anlamak için “Ne”, “Neden”, “Nasıl”, “Anlat bana” sözcüklerini kullanılmalıdır.
2. **Yansıt ve yanıtla:** Doğrudan kişinin söylediklerini tekrarlayarak “basit yansıtma” ya da kişinin söylediğiyle ne düşündüğünüzü yineleyerek “kompleks yansıtma” yapılır. Kişinin kaygılarını anladığınızı belirtmek için her iki ifade türü de kullanılmalıdır.
3. **Güçlü yönleri onayla, endişeleri doğrula**
4. **Sor-Sağla-Doğrula:** Hastanın aşılar hakkında ne bildiği sorulmalıdır. Aşılar hakkında bilgi paylaşılmalıdır. Ne anlamış oldukları ve bu bilgilerle ne yapacakları doğrulanmalıdır. Bu sırada kişi tarafından gündeme getirilmeyen sorunlar dile getirilerek potansiyel endişeler eklememeye dikkat edilmelidir.
5. **Eylemi belirle:** Kişinin kararı evet ise, kişi aşılanmalı ve kişinin olumlu kararı onaylanmalıdır. Kararsızlık sürüyorsa, bakımveren / hasta il/ilçe aşı yönetim ekibine yönlendirilmeli veya yeni bir görüşme planlanmalıdır. Kişinin kararı red ise, kişi ile tartışılmamalı, tekrar görüşmek üzere kapı açık bırakılmalıdır.

Aşı kararsızlığı vakası yönetimi sırasında şu hususlara dikkat edilmelidir (64):

- Rehberlik edici/yol gösterici bir tavır geliştirilmeli; geleneksel ve tartışmacı bir tarz tercih edilmemelidir.
- Güven oluşturmak için ebeveyn / hasta ile çalışılmalı; ebeveyn / hasta yerine onlar için sorun tanımlanmamalı ve çözülmemelidir.

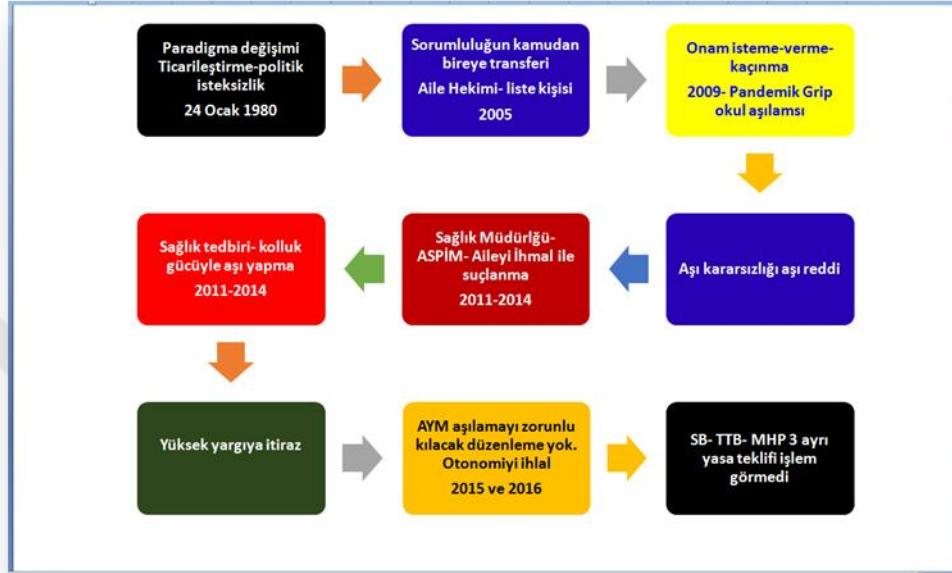
- Aşı ile ilgili şüphelerini ve ilgileri anlaşılmalı, onların bakış açısından düşünülmelidir.
- Bakımverenin / hastanın ne söylediğini ona ifade etmek/yansıtmak için zaman ayrılmalıdır; dinlemeden acele edilmemelidir.
- Kişilerin kültürüne, sosyal normlarına, dinine, eğitim seviyesine vb. duyarlı olunmalıdır.

AŞI KARARSIZLIĞI VE REDDİNİN DÜNYA'DAKİ SEYRİ VE TÜRKİYE'DE SORUN OLMA SÜRECİ

Aşı kararsızlığı ve reddinin tarihçesi yeni değildir; aşının üretildiği ve sistematik olarak uygulandığı 1800'lü yılların başına, çiçek hastalığı ile mücadele edilen döneme uzanır. Çiçek hastalığından korunmada aşının etkili olmadığını düşünenler olmuştur. Aşılama kapsamı istenilen düzeyde olmadığı için İngiltere'de bebeklere ilk 3 ay zorunlu aşı kararına tepkili olan kişiler bir araya gelerek aşı karşıtı hareketi oluşturmuştur (72). İlerleyen yıllarda aşı karşıtı hareketin ürünü kitap, dergi, broşürler basılarak aşı aleyhinde bilgiler yayılmaya çalışılmıştır. 1800'lerin sonunda diğer Avrupa ülkeleri ve ABD'de kişisel özgürlükler ve zorunlu aşılamayı reddetmek bağlamında benzer aşı karşıtlığı faaliyetleri görülmeye başlamıştır. 1950-1960 yıllarında dünyanın pek çok yerinde oral polio ve KKK aşuları bağışıklama programları başlatılmıştır, aşı kabulü yaygındır; ancak 1974'te İngiltere'de Difteri, Boğmaca ve Tetanoz hastalıklarına karşı aşılama sonrası nörolojik bozuklukların saptandığı bir çalışma yayınlanmış ve aşı karşıtlığı yeniden yükselmiştir. 1980'li yıllardan itibaren pek çok ülkede, medyanın da etkisiyle aşı karşıtları varlığını sürdürmüştür. 90lı yılların sonunda Wakefield'in makalesi ile aşı karşıtlığı trendi yeniden yükselmiştir. Söz konusu makale Lancet tarafından geri çekilmiş ve Wakefield hekimlikten men edilmiş olsa da etkisi günümüze dek sürmektedir (73).

Türkiye'de aşı kararsızlığı ve reddinin ne zaman başladığına ve bu husustaki tartışmaların tarihçesine ilişkin bilgi sahibi değiliz, ancak neoliberal hegemonya ile birlikte sağlık hizmetlerinde kamusalılığın azalışı, politik isteksizliğin belirmesi, özelleştirme, bilimsel düşünceye itibarın yitirilmesi ve bilimsel olmayan görüşlerin yaygınlaşmasıyla aşılammama bir sorun alanı olarak belirginleşmiş, değişen sağlık hizmeti yapılanmasıyla sağlık örgütü ve toplum arasında oluşan güven sorunu zemininde aşı kararsızlığı/reddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (22).

24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi süreci, sağlık ile ilgili sorumluluğun kamudan bireye aktarılması ve Türkiye’de aşıya karşı güvensizlikle sonuçlanan paradigma değişikliği Şekil 7’de sunulmuştur.



Şekil 7. Türkiye’de paradigma değişikliği ve aşı kararsızlığı gelişimi (22)

Ülkemizde aşı kararsızlığı/aşı reddi gelişiminde önemli kırılma noktaları:

1. Sağlık evlerinde ebelerin; 2500-3000 kişi nüfuslarına bölge temelli sağladığı 15-49 yaş kadın izlemi, bebek ve gebe izlemi, doğuma yardım, bağışıklama gibi vatandaş ile arada güven ilişkisi kurulmasını sağlayan sağlık hizmetlerinin, sağlık örgütü yapısı değişimi sonrası başvuruya dayalı hale gelmesi, sağlık evlerinin birçoğunun kapatılması (22)
2. Bağışıklama hizmetlerinin negatif performansa dayalı olması nedeniyle sağlık çalışanlarının aşılammamayı belgelemek durumunda olmaları sonucu vatandaş ile kopan ilişki (22)
3. Aşılammama/aşılatmama bağlamında yargının ya da kurumların (Sağlık Bakanlığı- negatif performans, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)-aşılammayanlar için sağlık tedbirleri) katkısının olması ve nihayetinde karar vermeden kaçınma (hekim açısından; onam alma, aşı reddi imzalatma- kurum açısından; yargıya başvurma, kişiler açısından aşı kararsızlığı) davranışı gelişmiştir (22).

4. Haklarında sağlık tedbiri alınan aşı yaptırmak istemeyen ailelerle ilgili davada Anayasa Mahkemesi'nin aşının zorunlu olmadığına karar kılması (22).
5. Yeni nesil kaygılı ve bilgiyi sağlık çalışanlarından srekliplik içerisinde sağlayamayıp televizyon, internet ve sosyal medya aracılığıyla dolaylı ve eksik/yanlış/çarpıtılmış bilgiler edinen anne babaların, bağışıklama hizmetleri hakkında kararsızlık veya red geliştirmesi (22)

TÜRKİYE'DE AŞI REDDİNİN DURUMU

Ülkemizin bağışıklama hizmetleri ile ilgili, güvenli ve olumlu bir deneyimi ve kazanımları olmasına karşın, 2017 yılında 23 bin aile çocuğuna aşı yaptırmayı reddetmiştir (9, 10). 2011-2014 yılları arasında aşı reddi nedeni ile aşısı yapılmadığı tutanak ile tespit edilen çocuklar en çok 0 yaş grubu olup, tüm bölgelerde kaydedilmiştir. Bu vakaların %21'i aşısız iken %79'unun eksik aşılı olduğu saptanmıştır; aşı reddi vakalarının yaklaşık 5'te 1'i aşıyı tamamen reddetmiştir. 2011-2014 yılları arasında ülkemizdeki aşı reddinin ilk üç nedeni: aşı içeriğine güvenmeme (aşının içerisinde civa ve alüminyum olması), aşıya güvenmeme ve dinsel sebeplerdir (aşının domuz ürünü içeriyor olması) (74). Ülkemizde aşı konusunda geliştiren ve aşıyı reddeden ailelerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği bir araştırmada, bu ailelerin aşının yanısıra yenidoğan tarama testlerini de reddettiği, alternatif tedavi yöntemlerini daha çok kullandığı, profilaktik D vitamini kullanımının daha düzensiz olduğu, düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır (75).

Türkiye'de Aşı Reddine İlişkin Yasal Durum

Bağışıklama, aşılanma kararı sadece kişinin kendisini etkilemeyeceği, aynı zamanda toplumu da etkileyeceği için diğer tıbbi prosedürlerden farklıdır. Bu önemli ayrım nedeniyle birçok ülkede, kişisel hakların diğerlerini etkilemesini sınırlandıracak şekilde bağışıklama ile ilgili yasal düzenleme yapılmıştır. Bu zorunluluklar olmadan insanlar toplum bağışıklığı tarafından korunurken, aşılamanın riskinden kaçınabilir. Eğer çok sayıda kişi aşılamadan kaçınırsa aşı ile önlenebilir hastalık salgınları oluşabilir (57). Aşıları zorunlu kılmak, bazı ülkelerin aşı kapsamı tatmin edici olmadığına toplumu korumak için kabul ettiği stratejilerden biridir (76). Ülkemizde iek aşısı haricinde aşı yaptırmak konusunda yasal zorunluluk yoktur; ancak ABD ve birçok Avrupa ülkesinde aşı yaptırma zorunluluğu mevcuttur (Tablo 16) (22).

Tablo 16. Türkiye ve bazı ülkelerde aşı zorunluluğu (22)

Ülke	Zorunlu aşı
Türkiye	Yok
ABD	Tüm aşılar (hekim raporu ve yazılı dini gerekçe dışında)
Fransa	Difteri, Hepatit B, Hib, KKK, Polio, Tetanoz,
Yunanistan	Difteri, Hepatit B, Polio, Tetanoz
Bulgaristan	Difteri, Hib, Hepatit B, Pnömonokok, KKK, Boğmaca, Polio, Tetanoz,

Avrupa ülkelerinin pek çoğunda aşı kayıtları titizlikle tutulur ve hemen hepsinde 12.ayda, 24. ayda ve okula girişlerinde aşılama oranları değerlendirilir. Fransa ve Romanya’da çocuklar, aşıları tam değilse okula kabul edilmemektedir (77). Ülkemizde Türk Tabipleri Birliği ve bir milletvekili tarafından aşı zorunluluğuna ilişkin yasa teklifi Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulmuştur, ancak yasal düzenleme yapılmamıştır (22).

EDİRNE’DE AŞI REDDİ

Aşı kararsızlığı ve aşı reddi Edirne ili için de boyutları gitgide artma eğilimi gösteren bir sorundur: Edirne İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre 2015 yılında 2, 2016 yılında 6, 2017 yılında 14, 2018 yılında 16 ve 2019 yılı ilk dokuz ayında 14 aşı reddi vakası saptanmıştır. 2019 yılı itibariyle aşı reddi vakaları sırasıyla Merkez ilçe (39 vaka), Enez (5 vaka), Uzunköprü (3 vaka), Keşan (2 vaka), Süloğlu (2 vaka), İpsala (1 vaka) ilçelerinde ve en çok 1-4 yaş grubunda görülmüştür. Aşıların içeriğine güvenmeme, aşı yan etkisi ve aşıların zararlı olması inancı gerekçesi aşı reddi vakalarında ilk üç nedendir.

AŞI KARARSIZLIĞI/REDDİ SORUNUNA İLİŞKİN NE YAPMALI?

Müdahaleler aşı kararsızlığının altında yatan belirleyicileri ele almalıdır. Stratejiler şunları içerebilir (78) :

- Toplumda aşılamaı teşvik etmek için dini veya diğer etkili liderlerin görevlendirilmesi
- Sosyal mobilizasyon
- Kitle iletişim araçları
- Aşıya kolaylık ve erişimin arttırılması
- Aşının zorunlu olması veya aşılamanayanlara yaptırım uygulanması
- Hatırlatıcı kullanmak ve takip etmek

- Sağlık çalışanlarına yönelik iletişim eğitimi
- Finansal olmayan teşvikler
- Aşılama hakkında bilgi ve farkındalığı arttırmayı hedeflenmesi

MÜDAHALE ARAŞTIRMALARI

Sağlık durumlarının ve hastalıkların nedenlerine ve risk faktörlerine yönelik alınan önlemlerin veya tedaviye yönelik uygulamaların etkililik ve güvenilirlik düzeyini belirleyen çalışmalara “müdahale araştırmaları” denir (79).

Amaçlarına Göre Müdahale Araştırmaları

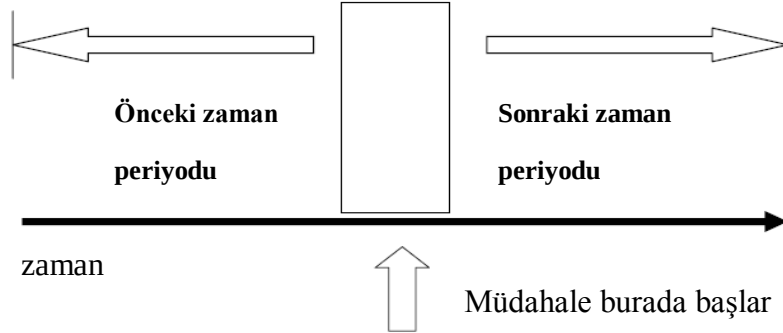
- 1. Primer korunma önlemlerine yönelik müdahale araştırmaları (saha müdahale çalışmaları/ koruyucu çalışmalar/ proflaktik çalışmalar):** Sağlam kişiler hedeflenir. Herhangi bir hastalık ya da sağlık durumuyla ilgili bir risk faktörünü ortadan kaldırarak söz konusu hastalık ya da sağlık durumunun insidansında azalmanın belirlenmesi amaçlanır.
- 2. Klinik deneyler (klinik çalışmalar/terapötik çalışmalar):** Sekonder ve tersiyer korunma basamaklarına yönelik çalışmalar olup hastaların tedavi ve kontrol gruplarına ayrılması, tedavi protokolünün uygulanması şeklinde gerçekleştirilir. Hastalığın iyileştirilmesi, nüks, komplikasyon ve ölümlerin engellenmesi için tedavinin etkililiği ölçülür.
- 3. Sağlık hizmet araştırmaları:** Bir toplumun sağlık sorununu çözmek için sunulan sağlık hizmetinin etkililiğinin değerlendirildiği araştırmalardır (79).

Metodolojik Yaklaşım Göre Müdahale Araştırmaları

- 1. Kontrol grubu olan müdahale araştırmaları**
 - Bağımsız kontrol grubu
 - a. Randomize kontrollü çalışmalar
 - b. Randomize olmayan
 - Kişinin Kendisinin kontrol olması
 - Dönüşümlü müdahale araştırmaları
- 2. Kontrol grubunun dışarıdan olduğu müdahale araştırmaları**
- 3. Kontrol grubu olmayan müdahale araştırmaları (79)**

Kişinin Kendisinin kontrol olması (Before-after study, Öncesi-sonrası durumun değerlendirildiği çalışmalar)

Before-after study analitik çalışma türlerinden birisidir. Bir müdahalenin öncesi ve sonrası maruziyet ve hastalık durumunu araştıran yarı deneysel bir çalışma türüdür (80).



Şekil 8. Before-after çalışmalarının zamanlama (80)

Before-after çalışmaları maruziyet ve hastalık durumları ilki müdahale veya tedaviden önce olmak üzere iki kez ölçülür; ikinci kez ölçüm, müdahaleden sonradır. Çalışmanın amacı araştırılan durumun zamanla değişip değişmediğini değerlendirmektir. Teorik olarak değişim, müdahale ile ilgilidir (80).

İlk ölçümün (“before”) ve ikinci ölçümün (“after”) zamanı çalışmaya göre değişir. Zamanla ilgili standart bir kural yoktur (80).

Etkili olduğu düşünülen bir yöntemin bir grup kişiye uygulanıp bir grup kişiye uygulamamanın neden olduğu etik sorunun çözümü olarak sıklıkla tercih edilir. Bu araştırmalarda her birey aynı zamanda kendisinin kontrolüdür (79).

Müdahalenin Standardizasyonu

Müdahalede kullanılacak yöntemin nerede, kim tarafından, nasıl uygulanacağını, kullanılacak araç ve gereçlerin araştırmanın başında belirlenmesi ve tüm gruplara aynı şekilde uygulanmasını sağlamak için hazırlanan protokoldür. Böylece uygulama ve değerlendirme farklılıkları minimize edilir (79).

Müdahale Araştırmalarının Etkililiğine İlişkin Ölçütler

1. Müdahalenin Etkililiği
2. Rölatif Etkililik
3. Atfedilen Etkililik
4. Etkililik (Koruyuculuk) Boyutu (Yüzdesi) (79)

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Evreni

Araştırma 20.05.2019 ile 01.08.2019 tarihleri arasında Edirne ilinde çalışmakta olan tüm aile hekimleri ve il aşı yönetim ekibiyle yapıldı. Edirne ilinde çalışmakta olan 126 aile hekimi ve Edirne ili aşı yönetim ekibinde yer alan 9 hekim olmak üzere 135 kişi araştırmanın evreni olarak kabul edildi.

Araştırmanın Örneklemi

Evrenin tamamına ulaşamaması halinde çalışma popülasyonumuzda % 90 güç, effect size 0.3, α 0.05 için örneklem ihtiyacı 115 olarak hesaplandı. Bu nedenle kriterlere uygun anketin uygulanamama durumuna göre yedekler de seçilerek minimum 125 kişinin eğitimin tamamına katılması hedeflendi. Eğitimlere 115 kişi katıldı; 2 kişi eğitim öncesi anket formunu, 2 kişi eğitim sonu anket formunu eksik yanıtlamaları nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi müdahale araştırmasıdır.

Müdahale Süreci

Müdahale, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nün Aşı Tereddüdü Semineri konulu hizmet içi eğitimi şeklinde planlandı. Eğitimler, aile hekimlerine yönelik 8 oturum ve il aşı yönetim ekibine yönelik 1 oturum olarak düzenlendi. Her oturumun 2 saat sürmesi planlandı. Aile Hekimlerine yönelik oturumların dördü Merkez ilçede, ikisi Uzunköprü ilçesinde, ikisi Keşan

ilçesinde; il aşı yönetim ekibine yönelik eğitim ise Merkez ilçede gerçekleştirilmiştir. İl Sağlık Yönetimi, araştırmanın bulguları hakkında bilgilendirilmiştir.

Eğitim sürecinin başlangıcından önce eğitim içeriği ve eğitim sunusu oluşturuldu. Eğitim içeriği, Giriş ve Amaç, Bağışıklama Hizmetleri, Aşı Bilgisi, Aşılar Güvenli mi?, Türkiye’de ve Edirne’de Durum, Aşısız Kalma/Aşılanmama, Aşı Reddi, Aşı Kararsızlığı ve DSÖ’nün hazırlamış olduğu aşıya güven inşa etmek için iletişim başlıklı sağlık çalışanları için eğitim modülü olarak belirlendi. Eğitim sunusu (Ek-1) ekte sunulmuştur.

Eğitim sırasında konuyla ilintili olarak katılımcılara sağlanacak materyaller:

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Grubu’nun Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) İle İlgili Görüş metni (Ek-2), aşıların içeriğine ilişkin Sağlık Bakanlığı’nın düzenlemiş olduğu metin (Ek-3) ve DSÖ’nün hazırlamış olduğu Sağlık Çalışanlarının Aşı Kararsızlığına Yönelik İletişim Kiti (Ek-4) olarak belirlenmiş olup ekte sunulmuştur. 14.06.2019 tarihinde düzenlenen ilk oturumun öncesinde ön deneme amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda görevli sekiz araştırma görevlisine eğitim verildi ve önerileri dikkate alındı.

Eğitim öncesinde eğitimin verileceği salonun, katılımcıların U şeklinde oturacakları biçimde dizayn edilmesi sağlandı. Katılımcılar salona gelmeden önce isim kartları, eğitim öncesi ve sonrası uygulayacakları anketler önlerine bırakıldı. Eğitim sonu anketin eğitim öncesinde doldurulmaması için, eğitim sonunda doldurulması ricası not düşülerek anketin kapalı yüzü eğitim öncesi uygulanacak anketin ardına konuldu. Katılımcıların, eğitimin ilk 15 dakikasında sadece eğitim öncesi anketi uygulamaları sağlandı. Eğitim araştırmacılar tarafından verildi. Eğitimin ilk 15 dakikasında eğitim öncesi uygulanan anketler değerlendirilerek katılımcıların aşı ile ilgili kararsızlıklarının olup olmadığı, varsa hangi aşıya karşı olduğu, kararsızlık nedeni olabilen ve sunum içerisinde olmayan konular belirlendi. Eğitim sırasında aşı sonrası istenmeyen etkilerden, aşıların içeriğinden ve aşı kararsızlığı vaka yönetimi için etkili iletişimden bahsedildiği sırada ilgili materyaller dağıtıldı. Eğitimin ilk saatinde belirlenen konular interaktif şekilde tartışıldı. Eğitim sonu anketleri katılımcılar tarafından dolduruldu. Eğitim ile ilgili bir olumlu bir de geliştirilmesi gerektiğini düşündükleri yönü yazmaları suretiyle katılımcılardan eğitim ile ilgili geri bildirim alındı. Son olarak araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak hazırlanan Aşılatmama kararı için Bilgilendirilme Formu katılımcılara dağıtılarak, formun kullanışlılık ve işlevselliği tartışıldı, öneriler alındı.

Katılımcıların önerileri doğrultusunda geliştirilen Çocuğumu Aşılatmama Formu (Ek-5) ekte sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	Temmuz 2019	Ağustos 2019	Eylül 2019
Literatür tarama	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Araştırma önerisi hazırlama	xxx					
Eğitim sunusu, anket ve eğitim materyallerinin hazırlanması	xxx	xxx	xxx			
Tez sunusu			xxx			
Ön denemenin yapılması		xxx	xxx			
Gerekli izinlerin alınması		xxx				
Eğitimlerin verilmesi			xxx	xxx		
Verilerin işlenmesi ve analizi			xxx	xxx	xxx	
Araştırma raporunun yazımı, basımı ve ilgili yerlere sunulması					xxx	xxx

Araştırmanın İzinleri

Araştırmanın yürütülmesi için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.05.2019 tarihinde gerekli izinler (Protokol Kodu: TÜTF-BAEK 2019/199) alınmış olup; onay yazıları (Ek-6) ekte sunulmuştur.

Araştırmanın Edirne İl Sağlık Müdürlüğü hizmet içi eğitimi olarak yürütülmesi için Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden 21.05.2019 tarihinde gerekli izin ve valilik oluru alınmış olup; onay yazıları (Ek-7) ekte sunulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Eğitim öncesi uygulanan anketimiz, araştırmacılar tarafından geliştirilen önceki çalışmalardan ve DSÖ SAGE çalışma grubunun aşı kararsızlığına yönelik hazırladığı standardize anket sorularından yararlanılarak oluşturuldu (81). Anket formu üç demografik bilgi sorusu, katılımcıların kendilerinin, çocuklarının (varsa), yaşlı veya komorbiditesi olan

yakınlarının (varsa), sağlık hizmeti almak için kendilerine başvuranların bağışıklama ile ilgili durumuna ilişkin beş davranış sorusu; sağlık çalışanlarının bağışıklanması ile ilgili bir bilgi sorusu; aşıya karşı kararsızlık varlığına ilişkin altı tutum yedi davranış sorusu; bağışıklama hizmetinin sunumuna ilişkin iki tutum, iki davranış sorusu ve katılımcıların aşı kararsızlığı/reddi deneyimi ve vaka yönetimine ilişkin bir davranış üç tutum sorusu olmak üzere toplam yirmi yedi sorudan oluşmaktadır. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli sekiz araştırma görevlisi ile ön denemesi yapılmış, anlaşılmayan ifadeler ve eksiklikler giderilerek son hali verilmiştir. Anket formu (Ek-8) ekte sunulmuştur.

Eğitim sonrası uygulanan anketimiz, DSÖ SAGE çalışma grubunun aşı kararsızlığına yönelik hazırladığı standardize anket sorularından ve DSÖ'nün hazırlamış olduğu aşıya güven inşa etmek için iletişim başlıklı sağlık çalışanları için eğitim modülünden yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket formu altı demografik bilgi sorusu, katılımcıların kendilerinin, çocuklarının (varsa), yaşlı veya komorbiditesi olan yakınlarının (varsa), sağlık hizmeti almak için kendilerine başvuranların bağışıklama ile ilgili durumunun; aşıya karşı kararsızlık varlığının, bağışıklama hizmetinin sunumu ve aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetimine ilişkin tutum ve davranışın sorgulandığı kırk altı adet beşli likert tipi sorudan oluşmaktadır. Ek olarak sağlık çalışanlarının bağışıklanması ile ilgili bir bilgi sorusu ve bir aşı kararsızlığı olgu sorusu mevcuttur. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli sekiz araştırma görevlisi ile ön denemesi yapılmış, anlaşılmayan ifadeler ve eksiklikler giderilerek son hali verilmiştir. Anket formu (Ek-9) ekte sunulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen sonuçlar değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Analizde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, maksimum ve minimum), ki-kare analizleri kullanılmıştır. Elde edilen sonuçları değerlendirirken oluşturulan gruplar arasında % 95 güven aralığında $p < 0.05$ 'ten küçük bulunan değerlerde önemli fark olduğu kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sırasında ki-kare analizi yapılan beşli likert sorularında verilen cevaplar iki grup haline getirilmiş kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, emin değilim cevapları tek grupta, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum cevapları da aynı grup altında birleştirilmiştir.

Müdahalenin etkililiğinin değerlendirilmesinde rölatif etkililik, atfedilen etkililik ve etkililik (koruyuculuk) boyutu (yüzdesi) hesaplanmıştır.

Rölatif etkililik, kontrol grubunun insidansının müdahale grubunun insidansına bölünmesiyle hesaplanır; müdahalenin kontrol grubuna göre ne kadar etkili olduğu belirlenir. Oran 1'e eşit ise müdahale etkili değildir; 1'den ne kadar büyükse müdahalenin o denli etkili olduğu anlamına gelir. Before-after çalışmalarında katılımcılar, kendisinin kontrolüdür; bir değişkenle ilgili müdahale öncesi insidans kontrol grubu insidansı; müdahale sonrası insidans müdahale grubu insidansı olarak kabul edildi ve rölatif etkililik, atfedilen etkililik ve etkililik (koruyuculuk) boyutu (yüzdesi) aşağıdaki gibi hesaplandı (79):

$$\text{Rölatif Etkililik} = \frac{\text{Kontrol grubunda değişkenlerin insidansı}}{\text{Müdahale grubunda değişkenlerin insidansı}}$$

Atfedilen Etkililik = (Kontrol grubunda değişkenlerin insidansı) - (Müdahale grubunda değişkenlerin insidansı)

Etkililik Boyutu (%)

$$= \frac{(\text{Kontrol grubunda değişkenlerin insidansı}) - (\text{Müdahale grubunda değişkenlerin insidansı})}{\text{Kontrol grubunda değişkenlerin insidansı}} \times 100$$

Araştırmanın Hipotezleri

H₀ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası bilgisi arasında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur.

H₁ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası bilgisi arasında istatistiki yönden önemli farklılık vardır.

H₀ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası tutumu arasında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur.

H₁ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası tutumu arasında istatistiki yönden önemli farklılık vardır.

H₀ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası davranışı arasında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur.

H₁ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının bağışıklama ve aşı kararsızlığıyla ilgili müdahale öncesi ve müdahale sonrası davranışı arasında istatistiki yönden önemli farklılık vardır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler:

Bağışıklama ile ilgili bilgi

Bağışıklama ile ilgili tutum

Bağışıklama ile ilgili davranış

Aşı kararsızlığı varlığı

Bağımsız değişkenler:

Yaş

Cinsiyet

Meslekteki hizmet süresi

Çocuk varlığı

Yaşlı ya da komorbiditesi olan yakın varlığı

Aşı kararsızlığına yönelik medya etkisi

Aşı yan etkisi düşüncesi

Aşı içeriğine güven

Aşıya güven

Aşı üreticilerine güven

Aşı ile ilgili komplo teorileri düşüncesi

Aşı fiyatlarına ilişkin algı

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Eğitim tarihlerinin Haziran ve Temmuz aylarına rastlaması nedeniyle katılımcıların bazıları yıllık izinde olduğu için tümünün eğitime katılımı sağlanamamıştır.

Katılımcıların verilen eğitim ile geliştirmeleri hedeflenen tutumun, sonrasında davranışa dönüşüp dönüşmediği bu çalışma ile belirlenemez.

Eğitim sonrası uygulanan anketin, eğitimin hemen bitiminde uygulanmış olup cevapların gerçek durumu yansıttığı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubu toplam 111 kişi olup, yaş ortalaması 45 ± 8.9 yıl (min: 27 max: 70 median: 45) saptandı. Meslekte hizmet süresi ortalama 19 ± 8.7 yıldır (min: 1 max: 37 median: 19). Katılımcıların tanımlayıcı demografik özellikleri Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Demografik Özellikleri, N =111

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (n=110)		
Kadın	45	40.9
Erkek	65	59.1
Yaş grupları (n=107)		
25-30	6	5.6
31-35	10	9.3
36-40	21	19.6
41-45	18	16.8
46-50	27	25.2
51-55	15	14.0
56-60	5	4.7
61-65	4	3.7
66-70	1	0.9
Hizmet Süresi (yıl) (n=97)		
0-5	7	7.2
6-10	11	11.3
11-15	25	25.8
16-20	15	15.5
21-25	15	15.5
26-30	24	24.7

Çalışmaya katılanların 93'ünün (% 83.8) çocuğu varken, 18'inin (% 16.2) çocuğu yoktu. Katılımcıların 69'unun (% 62.2) 65 yaş ve üzeri yakını varken; 42'sinin (% 37.8) yoktu.

Araştırma Grubunun Bağışıklanma Durumu ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 19. Çalışmaya Katılanların Erişkin Dönemde Yaptırdığı Aşılar*

Aşı (n=100)	n	%
Td	54	54
İnfluenza	39	39
HepB	31	31
KKK	7	7
Pnömonokok	6	6
HPV	3	3
HepA	2	2
Menenjit	1	1
Aşı bildirmeyen	15	15

* Birden fazla yanıt verilebildiği için verilen yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan 10 kişi erişkin dönemde aşı yaptırmadığını belirtmiştir. Aşı yaptırdığını bildiren 100 kişiden 15'i (% 15) hangi aşıyı yaptırdığını ifade etmemiştir. Erişkin dönemde beyan edilen aşı bildirimlerinden 54'ü (% 54) Td aşısı, 39'u (% 39) İnfluenza aşısı, 31'i (% 31) Hepatit B aşısı, 7'si (% 7) KKK aşısı, 6'sı (% 6) Pnömonokok aşısı, 3'ü (% 3) HPV aşısı, 2'si (% 2) Hepatit A aşısı, 1'i (% 1) Menenjit aşısıdır (Tablo 19).

Eğitimin sonunda çalışmaya katılanların 110'u (% 99.1) bağışıklama hizmetlerinin çocukluk dönemiyle sınırlı olmadığını, yaşam boyu devam etmesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 20. Çalışmaya katılanların erişkin dönemde aşılama durumu ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşı Yaptırdım	Eğitimden Sonra Aşı Yaptırırım/Yaptıracağım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	93 (84.5)	7 (6.4)	100 (90.9)	1.000
Hayır n (%)	7 (6.4)	3 (2.7)	10 (9.1)	
Toplam n (%)	100 (90.9)	10 (9.1)	110 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde erişkin dönemde yapılması gereken aşıları kendine yaptıranlar 100 kişi (% 90.9) iken eğitim sonunda erişkin dönemde yapılması gereken aşıları kendime

yaptıracağım diyenler yine 100 kişidir (% 90.9); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur (p=1.00).

Tablo 21. Çalışmaya katılanların son bir yılda mevsimsel grip aşısı yaptırma durumu ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşı Yaptırdım	Eğitimden Sonra Aşı Yaptırırım/Yaptıracağım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	42 (38.2)	2 (1.8)	44 (40.0)	0.000
Hayır n (%)	37 (33.6)	29 (26.4)	66 (60.0)	
Toplam n (%)	79 (71.8)	31 (28.2)	110 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde son 1 yılda mevsimsel grip aşısı yaptıranlar 44 kişi (% 40.0) iken eğitim sonunda her yıl kendime mevsimsel grip aşısını yaptıracağım diyenler 79 kişidir; (% 71.8) aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Araştırma Grubunun Çocuklarının Bağışıklanma Durumu ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 22. Çalışmaya Katılanların Çocuklarına Yaptırdığı Aşılar*

Aşı (n=93)	n	%
GBP kapsamındaki aşılar	72	77.4
Meningokok	17	18.3
Rotavirüs	15	16.1
İnfluenza	9	9.7
HPV	3	3.2
Td	1	1.1
HepB	1	1.1
KPA	1	1.1
Aşı bildirmeyen	17	18.2

* Birden fazla yanıt verilebildiği için verilen yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan çocuğu olan 93 katılımcının 17'si (% 18.2) çocuklarına yaptırdığı aşılar sorusuna yanıt vermemiştir. Aşı bildirimlerinin 72'si (% 77.4) GBP kapsamındaki aşılar, 17'si (% 18.3) Meningokok A,C,Y,W135 aşısı, 15'i (% 16.1) Rotavirus

aşısı, 9'u (% 9.7) İnfluenza aşısı, 3'ü (% 3.2) HPV aşısı, 1'i (% 1.1) Td aşısı, 1'i (% 1.1) HepB aşısı, 1'i (% 1.1) KPA aşısıdır.

Tablo 23. Çalışmaya katılanların çocuklarına genişletilmiş bağışıklama programı kapsamındaki aşıları yaptırma durumu ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşı Yaptırdım	Eğitimden Sonra Aşı Yaptırırım/Yaptıracağım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	69 (75.0)	2 (2.2)	71 (77.2)	0.000
Hayır n (%)	20 (21.7)	1 (1.1)	21 (22.8)	
Toplam n (%)	89 (96.7)	3 (3.3)	92 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde çocuğuna/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptıranlar 71 kişi (% 77.2) iken eğitim sonunda çocuğuma/çocuklarıma bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptıracağım diyenler 89 kişidir (% 96.7); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 24. Çocuğu Olan Katılımcıların Eğitim Sonunda Çocuklarının Bağışıklanması İle İlgili Tutumları

Katılımcıların Çocuklarının Bağışıklanması İle İlgili Tutumu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bağışıklama, çocuğumu / çocuklarımı hastalıklardan korumanın iyi bir yoludur. (n=91)	3 (3.3)	0 (0)	0 (0)	12 (13.2)	76 (83.5)
Çocuğumun/çocuklarımin aşıli olması toplumumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemlidir. (n=92)	3 (3.3)	0 (0)	0 (0)	15 (16.3)	74 (80.4)
Çocuğum / çocuklarım, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılarla ihtiyaç duymuyor. (n=92)	48 (52.2)	22 (23.9)	7 (7.6)	8 (8.7)	7 (7.6)
Çocuğumun bağışıklama kampanyalarına katılmasına izin vereceğim. (n=91)	2 (2.2)	0 (0)	2 (2.2)	24 (26.4)	63 (69.2)

Çalışmaya katılanların 88'i (% 96.7) bağışıklamanın, çocuğunun / çocuklarının hastalıklardan korumanın iyi bir yolu olduğunu; 89'u (% 96.7) çocuğunun/çocuklarının aşılanması toplumumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların 22'si (% 23.9) çocuğunun / çocuklarının, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılar ihtiyacı duymadığını ifade etmiştir.

Katılımcılardan 87 kişi (% 95.6) çocuğunun / çocuklarının bağışıklama kampanyalarına katılmasına izin vereceğini belirtmiştir.

Araştırma Grubunun Yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya Kronik Hastalığı Olan Yakın/Yakınların Bağışıklanma Durumu ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 25. Çalışmaya katılanların yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınlarına yaptırdığı aşılar*

Aşı (n=69)	n	%
İnfluenza	46	66.7
Pnömonokok	32	46.4
Meningokok	3	4.3
Td	1	1.4
HepB	1	1.4
Aşı bildirmeyen	15	21.7

* Birden fazla yanıt verilebildiği için verilen yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan yaşlı veya kronik hastalığı mevcut yakını olduğunu beyan eden 69 kişiden 15'i söz konusu yakınına hangi aşığı yaptırdığı sorusuna yanıt vermemiştir. Aşı bildirimlerinin 46'sı (% 66.7) İnfluenza aşısı, 32'si (% 46.4) Pnömonokok aşısı, 3'ü (% 4.3) Meningokok aşısı, 1'i (% 1.4) Hepatit B aşısı, 1'i (% 1.4) Td aşısıdır.

Tablo 26. Çalışmaya katılanların yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınların aşılarını yaptırma durumu ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşı Yaptırdım	Eğitimden Sonra Aşı Yaptırırım/Yaptıracağım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	53 (55.2)	1 (1.0)	54 (56.3)	0.000
Hayır n (%)	42 (43.8)	0 (0.0)	42 (43.8)	
Toplam n (%)	95 (99.0)	1 (1.0)	96 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları yaptıranlar 54 kişi (% 56.3) iken eğitim sonunda yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları yaptıracakım diyenler 95 kişidir (% 99.0); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Araştırma Grubunun Sağlık Çalışanlarının Bağışıklanmasına İlişkin Bilgisi

Tablo 27. Çalışmaya katılanların ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarının aşılanması bilgisinin eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

Sağlık Çalışanlarına Yapılması Gereken Aşılar		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p*
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	
İnfluenza	n	71	36	63	44	0.215
	%	66.4	33.6	58.9	41.1	
HepB	n	77	30	76	31	1.000
	%	72.0	28.0	71.0	29.0	
HepA	n	6	101	17	90	0.007
	%	5.6	94.4	15.9	84.1	
Td	n	46	61	49	58	0.711
	%	43.0	57.0	45.8	54.2	
KKK	n	9	98	18	89	0.012
	%	8.4	91.6	16.8	83.2	

Eğitim öncesinde ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarına İnfluenza aşısının yapılması gerektiğini düşünen 71 katılımcı (% 66.4) iken, eğitim sonunda 63 katılımcı (% 58.9) sağlık çalışanlarına İnfluenza aşısının yapılması gerektiğini düşünmekte idi; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktu (p=0.215).

Eğitim öncesinde ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarına HepB aşısının yapılması gerektiğini düşünen 77 katılımcı (% 72.0) iken, eğitim sonunda 76 katılımcı (% 71.0) sağlık çalışanlarına HepB aşısının yapılması gerektiğini düşünmekte idi; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktu (p=1.000).

Eğitim öncesinde ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarına HepA aşısının yapılması gerektiğini düşünen 6 katılımcı (% 5.6) iken, eğitim sonunda 17 katılımcı (% 15.9) sağlık çalışanlarına HepA aşısının yapılması gerektiğini düşünmekte idi; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardı (p=0.007).

Eğitim öncesinde ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarına Td aşısının yapılması gerektiğini düşünen 46 katılımcı (% 43.0) iken, eğitim sonunda 49 katılımcı (% 45.8) sağlık çalışanlarına HepA aşısının yapılması gerektiğini düşünmekte idi; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktu (p=0.711).

Eğitim öncesinde ASM’lerde çalışan sağlık çalışanlarına KKK aşısının yapılması gerektiğini düşünen 9 katılımcı (% 8.4) iken, eğitim sonunda 18 katılımcı (% 16.8) sağlık çalışanlarına KKK aşısının yapılması gerektiğini düşünmekte idi; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardı ($p=0.012$).

Tablo 28. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda sağlık çalışanlarının aşılınması ile ilgili tutumu

Çalışmaya Katılanların Sağlık Çalışanlarının Aşılınması İle İlgili Tutumu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sağlık çalışanı olmam, kimi aşıları yaptırmam için endikasyon olamaz. (n=111)	46 (41.4)	38 (34.2)	3 (2.7)	10 (9.0)	14 (12.6)
Sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili tutumu, toplumun aşı ile ilgili tavrını etkiler. (n=111)	3 (2.7)	2 (1.8)	2 (1.8)	25 (22.5)	79 (71.2)

Çalışmaya katılanların 84’ü (% 75.6) sağlık çalışanı olmanın, kimi aşıları yaptırmak için endikasyon olamayacağı şeklinde görüşe sahip olmadığını; 104 katılımcı (% 93.7) sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili tutumunun, toplumun aşı ile ilgili tavrını etkilediğini belirtmiştir.

Araştırma Grubunun Hizmet Verdikleri Kişilerin Bağışıklanma Durumunu Değerlendirmeleri ve Gelecek İçin Tutumları

Katılımcıların 87’si (% 81.3) aşılama isteği dışında bir nedenle başvuranların aşılama durumunu sorguluyorken, 20’si (% 18.7) sorgulamamaktadır.

Tablo 29. Çalışmaya katılanların hizmet verdikleri kişilerin aşılama durumunu değerlendirme sıklığı

Değerlendirme Sıklığı (n=83)	n	%
Her başvuru	6	7.2
Günde birkaç kez	0	0
Haftada birkaç kez	13	15.7
Ayda birkaç kez	27	32.5
Nadiren	37	44.6

Aşılanma isteği dışında bir nedenle başvuranların aşılanma durumunu sorgulayanların katılımcıların 6'sı (% 7.2) her başvuruda, 13'ü (% 15.7) haftada birkaç kez, 27'si (% 32.5) ayda birkaç kez, 37'si (% 44.6) nadiren sorgulamaktadır.

Tablo 30. Çalışmaya katılanların hizmet verdikleri kişilerin aşılanma durumunu değerlendirmesi ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Hizmet Verdiğim Kişilerin Aşılanma Durumunu Değerlendirdim	Eğitimden Sonra Hizmet Verdiğim Kişilerin Aşılanma Durumunu Değerlendiririm/Değerlendireceğim			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	82 (76.6)	5 (4.7)	87 (81.3)	0.017
Hayır n (%)	17 (15.9)	3 (2.8)	20 (18.7)	
Toplam n (%)	99 (92.5)	8 (7.5)	107 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim Öncesi aşılanma isteği dışında başvuranların aşılanma durumunu değerlendirip aşılatılanlar 87 kişi (% 81.3) iken, eğitim sonunda aile sağlığı merkezine başvuran herkesin her zaman aşılanma durumunu sorgulayacağım diyenler 99 kişidir (% 92.5); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.017).

Araştırma Grubunun Aşı Kararsızlığı veya Reddi Durumu ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 31. Çalışmaya katılanların eğitim öncesinde aşı kararsızlığı veya reddine ilişkin durumu

Tanımlayıcı Özellik	Evet n (%)	Hayır n (%)
Hiç herhangi bir aşı ile ilgili bilgi edindikten sonra aşıya karşı çıktınız veya yaptırmayı geciktirdiniz mi? (n=111)	4 (3.6)	107 (96.4)
Medyada okuduğunuz/ duyduğunuz haberler çocuğunuzu, yakınlarınızı ya da kendinizi aşılatma konusunda tereddüt oluşturdu mu? (n=111)	10 (9.0)	101 (91.0)
Aşı ile ilgili negatif bir bilgi duydunuz mu ya da benimsediniz mi? (n=88)	12 (13.6)	76 (86.3)
Hiç çocuğunuzu aşılatmayı kabul etmediğiniz oldu mu? (n=109)	0 (0)	109 (98.2)
Kendiniz ya da çocuğunuzla ilgili bağışıklama kampanyalarından çekindiğiniz oldu mu? (n=110)	5 (4.5)	105 (95.5)
Aşının içerdiğini düşündüğünüz ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) nedeniyle herhangi bir aşığı reddettiniz mi? (n=110)	0 (0)	110 (99.1)
Üreticisine güvenmediğiniz için aşı karşıtı karar verdiğiniz oldu mu? (n=110)	2 (1.8)	108 (98.2)
Avrupa ve Amerika'da üretilen aşılarda orta gelirli ülkelerde üretilenden daha güvenli olduğuna inanıyor musunuz? (n=108)	43 (39.8)	65 (60.2)
Hiç içinde bulunduğunuz topluluk daha önceden bir aşığı reddetti mi? (n=109)	30 (27.5)	79 (72.5)

Çalışmaya katılanlardan 4 kişi (% 3.6) herhangi bir aşı ile ilgili bilgi edindikten sonra aşıya karşı çıkmış veya yaptırmayı geciktirdiğini belirtmiştir.

Katılımcıların 12'si (% 13.6) aşılara ilgili negatif bir bilgi duymuş ve benimsemiş, 76'sı (%86.3) ise negatif bir bilgi duyup benimsememiştir.

Katılımcıların 10'u (% 9.0) medyada duyduğu okuduğu haberler nedeniyle aşılarda konusunda kararsız olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların 5'i (% 4.5) şimdiye kadar kendisi ya da çocuğu ile ilgili bağışıklama kampanyalarından çekindiğini ifade etmiştir.

Çocuğunu aşılatmayı kabul etmeyen ve aşının içerdiğini düşündüğü ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) nedeniyle herhangi bir aşırı reddeden hiçbir katılımcı olmamıştır. Katılımcıların 2'si (% 1.8) aşı üreticisine güvenmediği için aşı karşıtı karar verdiğini belirtmişken, 43 kişi (% 39.8) Avrupa ve Amerika'da üretilen aşılarda orta gelir sahibi ülkelerde üretilenlerden daha güvenilir olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Çalışmaya katılanlardan 30 kişi (% 27.5) herhangi bir aşının, içinde bulunduğu topluluk tarafından daha önce reddedildiğini ifade etmiştir.

Tablo 32. Çalışmaya katılanlardan aşı kararsızlığı bildiren katılımcıların kararsız olduğu aşılarda ve bilgi kaynağı

Aşı (n=4)	n
Men A C Y W135	1
Men B	2
İnfluenza	2
Bilgi Kaynağı (n=2)	n
Medya	1
Eğitim amaçlı toplantı	1

Çalışmaya katılanlardan 4 kişi herhangi bir aşı ile ilgili bilgi edindikten sonra aşıya karşı çıktığını veya yaptırmayı geciktirdiğini ifade etmiştir ve bu katılımcıların 1'i Men B aşısını, 2'si Men A C Y W135, Men B ve İnfluenza aşılarını ve 1'i İnfluenza aşısı ile ilgili kararsız olduğunu belirtmiştir. Aşı kararsızlığı mevcut olup aşı ile ilgili bilgi kaynağı sorusuna yanıt veren 2 katılımcıdan 1'i (% 50) medyayı, 1'i (% 50) ise eğitim amaçlı bir toplantıyı bilgi kaynağı olarak bildirmiştir.

Çalışmaya katılanların bazıları kararsız oldukları aşılarla ilişkin şunları ifade etmiştir:

“Domuz gribi süreci nasıl işledi?” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“MenB (Bexero) zararlı mı?” (Edirne, Merkez, 16.07.2019)

“HPV ve Menenjit aşıları hakkında çekincem var” (Edirne, Merkez, 16.07.2019)

“Menenjit aşısı ile ilgili tereddüdüm var.” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

Tablo 33. Çalışmaya katılanların kendisi ya da çocuğu ile ilgili bağışıklama kampanyalarında çekindikleri aşılar ve nedenleri

Aşı (n=5)	Sayı (n)
İnfluenza	1
Polio	1
H1N1	1
Hepatit A	1
Yanıt vermeyen	1
Bağışıklama Kampanyasından Çekinme Nedenleri (n=5)	Sayı (n)
Hepatit A'nın gereksiz olduğu düşüncesi	1
Enjeksiyon korkusu sebebi	1
Yeni aşı güvenilirliği endişesi	1
Neden bildirmeyen	2

Çalışmaya katılanlardan 5 kişi (% 4.5) kendisi ya da çocuğu ile ilgili bağışıklama kampanyalarından çekindiğini belirtmiştir; 1 kişi hangi aşı ile ilgili olduğunu yanıtlamaz iken 1 kişi İnfluenza, 1 kişi Polio, 1 kişi H1N1, 1 kişi Hepatit A aşılarından çekindiğini ifade etmiştir. Bağışıklama kampanyalarına ilişkin çekince nedeni bildiren 3 katılımcıdan 1'i Hepatit A aşısının gereksiz olduğunu düşünmekte olup 1'i enjeksiyon korkusu sebebiyle, 1 katılımcı ise yeni aşı güvenilirliğine duyduğu endişeyi neden olarak belirtmiştir.

Tablo 34. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda aşı kararsızlığı ve reddinin nedenlerine ilişkin tutumları

Katılımcıların Aşı Kararsızlığı/Reddi Nedenleri İle İlgili Tutumu	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aşı hakkındaki tartışmaları yersiz buluyorum. (n=111)	8 (7.2)	7 (6.3)	14 (12.6)	43 (38.7)	39 (35.1)
Sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan etkileri ile ilgili açıklamaları doğru bulmuyorum. (n=111)	5 (4.5)	1 (0.9)	9 (8.1)	49 (44.1)	47 (42.3)
Aşıların ciddi yan etkileri hakkında endişeliyim. (n=110)	49 (44.5)	45 (40.9)	8 (7.3)	5 (4.5)	3 (2.7)
Yeni aşılar eski aşılarından daha fazla risk taşır. (n=111)	57 (51.4)	31 (27.9)	13 (11.7)	4 (3.6)	6 (5.4)
Aşı üretimini gerçekleştiren ilaç şirketleri Amerika ve Avrupa kaynaklı olduğu için bu ülkelerde üretilen aşılar, orta ve düşük gelirli ülkelerdeki aşılarından daha güvenlidir. (n=111)	26 (23.4)	28 (25.2)	27 (24.3)	19 (17.1)	11 (9.9)
Aşı maliyeti ve satışı DSÖ ve devletlerce titizlikle denetlenmektedir. (n=111)	3 (2.7)	3 (2.7)	22 (19.8)	41 (36.9)	42 (37.8)
Aşıyı her ülkenin kendisinin üretmesi, aşının dışarıdan satın alınmaması gerekir. (n=111)	8 (7.2)	14 (12.6)	26 (23.4)	40 (36.0)	23 (20.7)

Çalışmaya katılanlardan 82 kişi (% 73.8) aşı hakkındaki tartışmaları yersiz bulmaktadır.

Katılımcıların 96'sı (% 86.4) sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan etkileri ile ilgili açıklamaları doğru bulmadığını, 94'ü (% 85.4) aşıların ciddi yan etkileri hakkında endişe hissetmediğini, 88'i (% 79.3) yeni aşılar eski aşılarından daha riskli bulmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların 54'ü (% 48.6) aşı üretimini gerçekleştiren ilaç şirketleri Amerika ve Avrupa kaynaklı olduğu için Amerika ve Avrupa'da üretilen aşılardan, orta ve düşük gelirli ülkelerdeki aşılarından daha güvenli olduğunu düşüncesine katılmamaktadır.

Çalışmaya katılanlardan 83 kişi (% 74.7) aşı maliyeti ve satışının DSÖ ve devletlerce titizlikle denetlendiğini; 63 kişi (% 56.7) her ülkenin aşısını kendisinin üretmesi, aşının dışarıdan satın alınmaması gerektiğini düşünmektedir.

Bazı katılımcıların aşı kararsızlığı veya reddi durumuna ilişkin görüşleri şunlardır:

“Şu anda kendim de çocuğum da aşılandı. Civa-formaldehit ile ilgili sizin en ufak etkisi olacağından şüphemiz var mı? –Hocaya soru. “(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Ben Sağlık Bakanlığı aşıları dışındaki aşıları önermiyorum.” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Genel olarak kaygım var. Bu mesele niye bu kadar çok tartışılıyor, aşı reddi neden çok konuşuluyor? Örneğin antibiyotik kullanmayalım bu kadar tartışılmıyor ama aşı niye bu kadar tartışılıyor?” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“İstatistiki olarak anlamlı bir çalışma yok mu? Bir belge yok mu? Bunu Prof. Dr. Rasim Küçükusta örneğin neden tartışıyor? Ona gösterebileceğimiz bir belge yok mu?” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Toplumda aşıya karşı güven duygusunun sarsılmasının sebebi nedir?” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Sosyal medyada oldukları gruplar var: aşı karşıtları grubu. Onlar birbirlerini tetikliyorlar ve aşıyı reddedenlerin sayısını artırıyorlar.” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“Takvim dışı aşıları bazen çocuk doktorları öneriyor; hasta alıyor geliyor; yapın diyor. Yapıldığı zaman komplikasyon riski nedir? Güvenli ise neden Sağlık Bakanlığı takvime sokmuyor?” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“Takvim dışında bir aşıyı yaptık, komplikasyon gelişti; dava açıldı. Ne yapmalıyız?” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“Ulusal aşı programı dışındaki aşılardan olağandışı bir risk varsa devlet önlemini alsın, gerekeni yapsın. Bu aşılardan bizi aşar.” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“Özellikle İstanbul'da çalışan çocuk doktorlarının hastaları yüksek sosyoekonomik sınıftan. Onlar diyorlar ki: Bizim A doktorumuz o aşıyı önermedi. Ben ABD'den Avrupa'dan aşı getiriyorum diyorlar ve sosyal medya hesaplarından duyuruyorlar. Bu insanların kulağı çekilemez mi? Sağlık Bakanlığı bir şey yapamaz mı?”

(Edirne, Merkez 30.07.2019)

“Sağlıkla ilgili bir haber çıktığında haber kanallarının bir danışmanı olmalı.”
(Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“Çocuğu 3 saat TV’nin önüne çakıp çocuğun otistik olmamasını beklemek hata.”
(Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“Aidin Salih ekolü var sosyal medyada alternatif tıp yöntemlerini salık veriyor. Biz oryantal bir toplumuz; eski şeylere çok meraklıyız; sülüğü, hacamatı seviyoruz. İlacı sevmiyoruz, ama iyi de olalım istiyoruz.” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“Bir önlem alınmalı. Biz zaten gerekli bilgiyi veriyoruz” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Hoca: Şu an Avrupa’da kızamık salgını var. Almanya’da beyaz yakalılar özel sitelerde oturuyoruz, hastalanacaklardan uzakta yaşıyoruz diyerek aşılattırmamışlar. Böyle hisseden var mı?

-Ben kendim için hissediyorum, ama etrafa bakınca böyle düşünmüyorum.”
(Edirne, Merkez, 16.07.2019)

Araştırma Grubunun Aşı Kararsızlığı/Reddinin Belirleyicilerine İlişkin Görüşleri ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 35. Çalışmaya katılanların eğitim öncesinde aşı kararsızlığı/reddinin belirleyicilerine ilişkin görüşleri

Tanımlayıcı Özellik	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum n (%)
Topluluğunuzdaki dini liderler bebek ve çocukların aşılmasını destekliyor mu? (n=111)	24 (21.6)	13 (11.7)	74 (66.7)
Topluluğunuzdaki siyasi liderler bebek ve çocukların aşılmasını destekliyor mu? (n=111)	37 (33.3)	18 (16.2)	56 (50.5)
Topluluğunuzdaki sağlık çalışanları bebek ve çocukların aşılmasını destekliyor mu? (n=111)	104 (93.7)	1 (0.9)	6 (5.4)
Topluluğunuzda fakülte veya yüksek okuldaki hocalar bebek ve çocukların aşılmasını destekliyor mu? (n=110)	94 (85.5)	1 (0.9)	15 (13.6)

Çalışmaya katılanların 24’ü (% 21.6) toplumdaki dini liderlerin aşılarmayı desteklediğini, 37’si (% 33.3) toplumdaki siyasi liderlerin aşılarmayı desteklediğini, 94’ü

(%85.5) fakülteadaki hocaların aşılarmayı desteklediğini, 104'ü (% 93.7) sağlık çalışanlarının aşılarmayı desteklediğini düşündüğünü belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların bazılarının aşı kararsızlığı/reddinin belirleyicilerine ilişkin görüşleri şunlardır:

“Bu tip önemli sorunlarda Devlet büyüklerinde samimiyet ve meclis eğitimi gerekli diye düşünüyorum.” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Siyasi liderler aşığı desteklemeli. Toplumu etkiliyor.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Domuz konusunda fetva olduğunu biliyor muydunuz?” (Edirne, Merkez, 16.07.2019)

“Aşı konusunda kampanya yapılsın. Siyasiler çocuklarını aşıletsin. Sonra biz uğraşıyoruz.” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“Muhtarlar kesinlikle aşılanmalı!” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

Tablo 36. Çalışmaya katılanların içinde bulunduğı topluluğun reddettiğı aşılar ve nedenleri*

Aşı (n=30)	n
GBP Aşıları	9
KKK	4
İnfluenza	5
BCG	2
Suçiçeğı	1
DaBT-IPV-Hib	1
HPV	1
Polio	1
Aşı bildirmeyen	10
İçinde Bulunulan Topluluğun Aşığı Reddetme Nedenleri (n=30)	n
Komplo teorileri	3
Medya	2
Dini neden	2
Aşı içeriğı	1
Yan etki	1
Aşının ticari olması	1
İthal üretim	1
Otizm	1
Siyasi liderin olumsuz tavrı	1
Kendi bağışıklığı ile hastalığı geçirmek istemesi	1
Aşının daha çok hasta ettiğı düşüncesi	1
Neden bildirmeyen	18

* Birden fazla yanıt verilebildiğı için verilen yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan 30 kişi (% 27.5), içinde bulunduğı topluluğun aşığı reddettiğini belirtmiştir; bu katılımcılardan 18'i (% 60) reddin hangi aşığı karşı olduğı

bildirmemiştir. Aşı bildirimlerinin 9'u GBP kapsamındaki aşılar, 5'i İnfluenza, 4'ü KKK, 2'si BCG, 1'i Suçiçeği, 1'i DaBT-IPV-Hib, 1'i HPV, 1'i Domuz gribi, 1'i ise Polio aşısıdır. Araştırma grubunda bir kişi aşı reddinin olmadığını düşünmektedir:

“Trakya’da aşı reddi pek yok.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

İçinde bulunduğu toplumun aşıyı reddettiğini belirten 30 katılımcıdan 11'i (% 36.6) aşı reddinin nedenini bildirmemiştir; bildirilen aşı red nedenlerinin 3'ü aşı ile ilgili komplo teorileri, 2'si medya, 2'si dini nedenler, 1'i aşı içeriği, 1'i aşıya bağlı yan etki, 1'i aşının ticari oluşu, 1'i aşının ithal edilmesi, 1'i aşının otizme neden olduğu savı, 1'i hastalığı kendi bağışıklığı ile geçirmek istenmesi, 1'i aşının daha çok hasta ettiği düşüncesidir.

Tablo 37. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda aşı kararsızlığı/reddinin belirleyicilerine ilişkin tutumu

Aşı Kararsızlığı/Reddinin Belirleyicileri İle İlgili Tanımlayıcı Özellikler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için siyasi liderlerin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir. (n=111)	2 (1.8)	0 (0)	3 (2.7)	42 (37.8)	64 (57.7)
Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için akademisyenlerin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir. (n=111)	1 (0.9)	0 (0)	2 (1.8)	32 (28.8)	76 (68.5)
Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir. (n=110)	2 (1.8)	0 (0)	2 (1.8)	25 (22.7)	81 (73.6)
Bağışıklama hakkındaki önyargılarla mücadele etmek için din görevlilerinin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir. (n=111)	2 (1.8)	0 (0)	5 (4.5)	32 (28.8)	72 (64.9)

Çalışmaya katılanlardan 106 kişi (% 95.5) bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için siyasi liderlerin; 108 kişi (% 97.3) akademisyenlerin; 106 kişi (% 96.3) sağlık çalışanlarının; 104 kişi (% 93.7) din görevlilerinin aşı ile ilgili tutumu çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Araştırma Grubunun Toplum Bağışıklığı İle İlgili Tutumu

Eğitim öncesinde 99 katılımcı (% 91.7) artan aşı reddi ve tereddüt vakalarının toplum bağışıklığını tehdit edeceğini düşündüğünü belirtmiştir.

Tablo 38. Çalışmaya katılanların eğitim öncesinde toplum bağışıklığı ile ilgili tutumu

Toplum Bağışıklığına İlişkin Tutum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aşı, önce aşılananı korur. (n=111)	6 (5.4)	6 (5.4)	1 (0.9)	46 (41.4)	52 (46.8)
Toplumda bulaşıcı hastalık salgınını önleyebilmek için hastalığa göre değişmekle birlikte toplumun %80-95'inin aşılanması gerekir. (n=111)	1 (0.9)	4 (3.6)	2 (1.8)	46 (41.4)	58 (52.3)

Eğitim sonunda çalışmaya katılanların 98'i (% 88.2) aşı, önce aşılananı korur derken; katılımcıların 7'si (% 6.3) toplumda bulaşıcı hastalık salgınını önleyebilmek için hastalığa göre değişmekle birlikte toplumun % 80-95'inin aşılanması gerektiğini düşünmemektedir.

Araştırma Grubunun Aşılama Programının Yürütülüşü İle İlgili Durumu ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 39. Çalışmaya katılanların eğitim öncesinde aşılama programının yürütülüşü ile ilgili durumu

Tanımlayıcı Özellik	Evet n (%)	Hayır n (%)
Aşılama programlarının uygulanma şeklinden dolayı yaptırmakta zorlandığınız bir aşı var mı? (n=110)	6 (5.5)	104 (94.5)
Kendinize veya çocuğunuz için ihtiyaç duymanıza rağmen ücreti nedeniyle aşı yaptıramadığınız oldu mu? (n=109)	14 (12.8)	95 (87.2)
ASM'nizde aşıların temini ile ilgili sorun yaşıyor musunuz? (n=106)	70 (74.2)	36 (33.9)

Çalışmaya katılanların 6'sı (% 5.5) aşı programlarının uygulama şeklinden dolayı bazı aşıları uygulamada zorluk çektiğini belirtmiştir. Bunlardan 1'i (% 0.9) çoklu doz şeklinde uygulanan BCG aşısının olmayışı nedeniyle olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların 14'ü (% 12.8) ihtiyaç duymalarına rağmen aşılardan ücretleri nedeniyle kendi çocuklarını aşılatamadıklarını belirtmişlerdir. Bunlardan 1'i (% 0.9) menenjit aşısına yöneliktir.

Katılımcılardan 70 kişi (% 74.2) çalıştığı aile hekimliği biriminde aşı teminiyle ilgili sıkıntı yaşadığını ifade etmiştir.

Eğitim sonunda katılımcıların 107'si (% 96.4) listede olan ve takvime göre aşılanması gereken kişilere ilişkin süreci aile hekimi ve aile sağlığı elemanının birlikte takip etmesi gerektiğiyle ilgili önermeye katıldığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların aşılama programının yürütülüşüne ilişkin görüşleri şunlardır:

“Ben kendi çocuğuma para ile aldım, Pnömonokok çok pahalıydı eskiden.” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“HepB ve BCG aşısı az. Bunun fiyat farkı yok, neden bu kadar tasarruf ediyor?” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“BCG neden 20li dozlu flakonda?” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“HepB için risk grubu olmadığı halde aşı yaptırmayı için ASM'lere gönderiliyor.” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Ben aslında HepB aşısı olmak istiyorum diyen erişkine aşı yapılmalı.” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“HepB temini ile ilgili sıkıntımız var.” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Aşı kaydını elektronik sistemde tutma olasılığımız pek yok. Enjeksiyon diye giriyoruz kayıtları.” (Edirne, Keşan, 27.06.2019)

“Takvim dışı aşılardan çok sık yaptığımız aşılardan değil. Biz ASM olarak şöyle bir karar aldık: Çocuk doktoruna gidin reçete ve şema çıkarsın biz uygulayalım dedik. Bence sorumluluğu devletin alması gerekiyor. Ben ya da uzman arkadaş neden tazminat ödesin ki?” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“HepB ile ilgili Sağlık Bakanlığı'ndan risk altında olanlar için çok güzel bir algoritma geldi.”

“HIV+ lerin aşılanması nasıl?” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“HepB aşısı ile ilgili durum ne olacak?” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

Tablo 40. Çalışmaya katılanların bağışıklama hizmetlerinin uygulanmasında görevli basamaklara ilişkin görüşleri ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Bağışıklama Hizmetlerinin Sadece 1. Basamağın Görevi Olduğu Düşüncesine Katılım	Eğitimden Sonra Bağışıklama Hizmetlerinin Sadece 1. Basamağın Görevi Olduğu Düşüncesine Katılım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	8 (7.5)	34 (31.8)	42 (39.3)	0.000
Hayır n (%)	9 (8.4)	56 (52.3)	65 (60.7)	
Toplam n (%)	17 (15.9)	90 (84.1)	107 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim Öncesi bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğunu düşünen 42 kişi (% 39.3) iken eğitim sonunda, 17 kişi (% 15.9) bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğunu belirtmiştir; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır ($p=0.000$).

Araştırma Grubunun Bağışıklama Programının Yasal Durumuna İlişkin Görüşü ve Gelecek İçin Tutumları

Tablo 41. Çalışmaya katılanların aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenlemeye ilişkin görüşü ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Yasal Düzenleme Yapılması Gerektiği Düşüncesine Katılım	Eğitimden Sonra Yasal Düzenleme Yapılması Gerektiği Düşüncesine Katılım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	102 (93.6)	2 (1.8)	104 (95.4)	0.453
Hayır n (%)	5 (4.6)	0 (0)	5 (4.6)	
Toplam n (%)	107 (98.2)	2 (1.8)	109 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesi aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünenler 104 kişi (% 95.4) iken eğitim sonunda 107 kişidir (% 98.2); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların 105'i (% 94.6) bağışıklama programındaki aşların zorunlu olması gerektiğini düşünmekte iken; 6 katılımcı (% 4.4) bu düşünceye sahip değildir.

Çalışmaya katılanların aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme ile ilgili görüşleri şunlardır:

“Araç muayenesi zorunlu, aşı değil. Mevzuat olmalı!” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Aile hekiminin parası kesiliyor diye düşünen aile var. Mevzuattaki düzenleme ailelere nasıl yansıtılacak?” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Aşılar zorunlu olmalı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Aşı yaptırmayan bireylere yaptırım uygulanmalı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Zorunludur diye mevzuat yoksa Sağlık Bakanlığı neye göre performans kesiyor bizden?” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Bizde de aşılar zorunlu; zorunluluktan kasıt nedir?” (Edirne, Merkez, 16.07.2019)

“Bizi de performanstan çıkarsınlar o zaman. Para cezası gelirse aşı yaptırmayan oranı çok düşer.” (Edirne, Keşan, 27.06.2017)

“Sağlık çalışanı aşı reddi yapıyorsa, tereddüdü varsa bir yaptırımı olmalı.” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

Araştırma Grubunun Aşılınmama Durumunun Belirleyenlerine İlişkin Görüşü ve Aşılınmama Durumu İle İlgili Tutumları

Tablo 42. Çalışmaya katılanların eğitim öncesinde aşılınmamanın belirleyenlerine ilişkin görüşleri*

Çalışmaya katılanların aşıl原因amadıkları çocuk/erişkin/gebe/yaşlıların aşıl原因amama nedenleri (n=108)	n	%
Yer değiştirme/taşınma	49	45.4
Kişinin aşıl原因mayı ihmal etmesi	41	38.0
Aşıl原因manın yararının anlaşıl原因maması, bilgi eksikliği	21	19.4
Daha önce yaşanan kötü bir deneyim, korku	16	14.8
Kişinin çok meşgul olması, evden ya da işten ayrılamaması	13	12.0
Aşı temini	7	6.5
ASM’ ye ulaşamayacak kadar yoksulluk	4	3.7
Ailenin aşığı yaptırmak istememesi	4	3.7
ASM’ ye coğrafi olarak uzaklık	3	2.8
Hadis olması	2	1.8
Başka ASM’ de aşıl原因mış olması	2	1.8
Kadın doğum uzmanının önermemiş olması	1	0.9
Tıbbi durum	1	0.9

* Birden fazla yanıt verilebildiği için verilerin yanıtların yüzdelere toplamı %100’ü aşmaktadır.

Çalışmaya katılanların aşılayamadıkları çocuk/erişkin/gebe/yaşlıların aşılanamama nedenlerine ilişkin görüşlerinin 49'u (% 45.4) yer değiştirme/taşınma; 41'i (% 38.0) aşılanmayı ihmal etmeleri; 21'i (% 19.4) aşılanmanın yararının anlaşılmaması, bilgi eksikliği; 16'sı (% 14.8) daha önce yaşanan kötü bir deneyim, korku; 13'ü (% 12.0) kişinin çok meşgul olması; evden ya da işten ayrılamaması; 7'si (% 6.5) aşı temininde zorluk; 4'ü (% 3.7) ASM'ye ulaşamayacak kadar yoksulluk; 4'ü (% 3.7) ailenin aşırı yaptırmak istememesi; 3'ü (% 2.8) ASM'ye coğrafi olarak uzaklık; 2'si (% 1.8) konu ile ilgili hadis olması; 1'i (% 0.9) Kadın doğum uzmanının önermemesi; 1'i (% 0.9) mevcut tıbbi durum nedeniyle; 2'si (% 1.8) başka Aile Sağlığı Merkezi'nde aşılanmış olma durumudur.

Tablo 43. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda aşılanmamanın belirleyenlerine ilişkin tutumları

Aşılanmamanın Belirleyenlerine İlişkin Tutum (n=111)	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bağışıklama programı dışındaki bazı aşılarda pahalı olması (örn: HPV, Rota Virus) aşılanmama sebebi olabilir.	4 (3.6)	8 (7.2)	12 (10.8)	58 (52.3)	29 (26.1)
Sağlık ve hastalıklardan korunma ile ilgili inançlar ve tutumlar, aşılanmama/aşılanamama nedenidir.	4 (3.6)	1 (0.9)	8 (7.2)	67 (60.4)	31 (27.9)
Aşılanmama/aşılanamama açısından bağışıklama hizmetinin erişebilirliğinin önemi yoktur.	46 (41.4)	43 (38.7)	7 (6.3)	9 (8.1)	6 (5.4)

Çalışmaya katılanların 87'si (% 78.4) bağışıklama programı dışındaki bazı aşılarda pahalı olmasının (örn: HPV, Rota Virus), 98'i (% 88.3) sağlık ve hastalıklardan korunma ile ilgili inançlar ve tutumların aşılanmama sebebi olabileceğini düşünmekte olup 89 katılımcı (% 80.1) aşılanmama/aşılanamama açısından bağışıklama hizmetinin erişebilirliğinin önemli olduğu belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların aşılammamanın belirleyenlerine ilişkin görüşleri şunlardır:

“Aşısı eksik kalan yok. Artık aile hekimi hastanın peşinden koşma durumu kalmadı, bu konuda halk daha duyarlı. Doğal sebeplerle yapılamama, ulaşılamama işi kalmadı.” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Suriyeli göçmenlerin kayıt sorunu var. Aşı yapılamıyor, takip edilemiyor.” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Sistem geçici bir TC oluşturuyor eğer aile hekimine gittiyse kişi yeni TC no gelirse onunla değişiyor. (TC kimlik no edinme sorun oluyor mu? Sorusuna yanıt)” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Bence bu aşılama konusunda aile hekimliği bu işin kimyasını bozdu. Kesin kayıtlı hastamız yoktu eskiden; bölgemiz, topraklarımız vardı. Sahipli çocuklarda sıkıntı yok, tarlada doğum yapan kayıtsız çocuğun aşısını kim yapacak?” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Aşılanamayanların yoksullar olduğu? Bu aşılar ücretsiz sağlanan aşılar.” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Takvimde olmayan aşıları, durumu iyi olmayan insanlara önerip önermeyeceğimi bilemiyorum; çünkü aşığı olacak durumu yok.” (Edirne, Keşan, 26.06.2019)

“Bizde (Edirne’de) hastane dışı doğum sonrası aile hekimliği sistemine kayıt olmayan pek olmayabilir.” (Edirne, Merkez, 30.07.2019)

“Sınırdan geçen Suriyelilerin aşılanmış olup olmadığına bakılıyor mu?” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Savaş öncesi sağlık sistemleri iyiydi. Sıtma, polio vs. için koruma mevcuttu.” (Edirne, Merkez, 14.06.2019)

Tablo 44. Çalışmaya katılanların aşılammama durumunda kültürel ve dini faktörlerin etkisine ilişkin görüşleri ve gelecek için tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Kültürel ve Dini Faktörlerin Aşılama/Aşılammama Nedeni Olabileceğine Katılım	Eğitimden Sonra Kültürel ve Dini Faktörlerin Aşılama/Aşılammama Nedeni Olabileceğine Katılım			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	15 (13.6)	27 (24.5)	42 (38.2)	0.694
Hayır n (%)	31 (28.2)	37 (33.6)	68 (61.8)	
Toplam n (%)	46 (41.8)	64 (58.2)	110 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde 42 kişi (% 38.2) bazı kültürel ve dini faktörler aşılama/aşılama nedeni olabileceği görüşüne katılmakta iken, eğitim sonunda 46 kişi (% 41.8) bazı kültürel ve dini faktörlerin aşılama/aşılama nedeni olabileceğini düşünmektedir; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur ($p=0.694$).

Araştırma Grubunun Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakası Deneyimi ve Vaka Yönetiminde Gelecek İçin Tutumları

Çalışmaya katılanların 51'i (% 45.9) aile hekimliği biriminde aşı kararsızlığı veya reddi vakası ile karşılaştığını belirtmiştir.

Tablo 45. Çalışmaya katılanların karşılaştığı aşı kararsızlığı/reddi vakalarında kararsız kalınan ya da reddedilen aşılar ve nedenlerinin dağılımı*

Aşı (n=51)	n	%
GBP tüm aşılar	24	47.1
KKK	4	7.8
Td	3	5.9
DaBT-IPV-Hib	3	5.9
HepA	2	3.9
KPA	2	3.9
BCG	1	2.0
GBP 6 aydan sonra tüm aşılar	1	2.0
Yanıt vermeyen	15	29.4
Karşılaşılan Vakalarda Aşı Kararsızlığı ya da Reddi Nedenleri (n=51)	n	%
Aşının zarar vereceği düşüncesi	4	7.8
Aşının yan etkisi	4	7.8
Dini nedenler	3	5.9
Başkalarına inanmak	2	3.9
Otizm	1	2.0
Aşıya güvensizlik	1	2.0
Kadın doğum uzmanının önermemesi	1	2.0
Aşının içeriği	1	2.0
Bağışıklık sisteminin gelişmemesi	1	2.0
Devlete karşı olunması	1	2.0
Korku	1	2.0
Yanlış bilgi	1	2.0
Yanıt vermeyen	31	60.7

* Birden fazla yanıt verilebildiği için verilerin yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Aile hekimliği biriminde aşı kararsızlığı veya reddi vakası ile karşılaştığını belirten katılımcılardan 15'i (% 29.4) kararsızlık ya da reddin hangi aşıya karşı olduğunu bildirmemiştir; bildirilen aşılardan 24'ü (% 47.1) tüm çocukluk takvimi aşılı, 4'ü (% 7.8) KKK aşısı, 3'ü (% 5.9) 5'li karma aşısı, 3'ü (% 5.9) Td aşısı, 2'si (% 3.9) Hepatit A aşısı, 2'si (% 3.9) KPA aşısı, 1'i (% 2.0) BCG aşısı, 1'i (% 2.0) GBP kapsamındaki altı aydan sonraki tüm aşılarıdır.

Aşı kararsızlığı/reddi vakasıyla karşılaştığını ifade eden katılımcılardan 31'i (% 60.7) vakaların gerekçesine ilişkin soruyu cevaplamamıştır. Bildirilen nedenlerin 4'ü (% 7.8) yan etki, 4'ü (% 7.8) aşının zarar vereceği düşüncesi, 3'ü (% 5.9) dini nedenler, 2'si (% 3.9) başkalarına inanış, 1'i (% 2.0) aşı içeriği, 1'i (% 2.0) otizm, 1'i (% 2.0) kadın doğum uzmanı önermemesi, 1'i (% 2.0) kişinin genel olarak aşılar güvensizlik duyması, 1'i (% 2.0) kişinin bağışıklık sisteminin gelişmediğini düşünmesi, 1'i (% 2.0) korku, 1'i (% 2.0) yanlış bilgi ve 1'i (% 2.0) devlete karşı olunduğunun beyanıdır.

Tablo 46. Çalışmaya katılanların deneyimlediği aşı kararsızlığı/reddi vakası görüşmesinde davranış ve sonuçlarının dağılımı

Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakasının Yönetiminde Davranış (n=51)	n	%
Eğitim vermek	39	76.4
TSM'ye yönlendirmek	4	7.8
Tutanak tutmak	4	7.8
Beklemek	2	3.9
Tekrar Görüşme Planlanması (n=51)	n	%
Evet	36	70
Hayır	9	18
Yanıt vermeyen	6	12
Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakası İle Görüşme Sonucu (n=51)	n	%
Aşılanan	22	43
Aşılanmayan	25	49
Yanıt vermeyen	4	8

Aşı kararsızlığı ya da reddi vakalarıyla karşılaşan katılımcılardan 5'i (% 9.8) vakayı nasıl yönettiği sorusuna yanıt vermemiştir. Aşı kararsızlığı/reddi vakası yönetimine ilişkin katılımcılar tarafından verilen yanıtların 39'u (% 35.1) kişiye eğitim verildiği, 4'ü (% 3.6) kişinin TSM'ye yönlendirildiği, 4'ü (%3.6) aşı reddi hakkında tutanak tutulduğu, 2'si (% 1.8) kişinin daha sonraki görüşmelerde ikna olması için acele edilmeksizin beklenildiği şeklindedir. Birden fazla yanıt verilebildiği için verilerin yanıtların yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır.

Aşı kararsızlığı ya da reddi vakası ile karşılaşan katılımcıların 6'sı (% 12) daha sonra görüşme planladığını belirtmemiştir. Katılımcıların 36'sı (% 70) daha sonra görüşme planladığını, 9'u ise (% 18) planlamadığını ifade etmiştir.

Aşı kararsızlığı ya da reddi vakası ile karşılaşan katılımcıların 4'ü (% 8) sonuca ilişkin bilgi vermemiştir; 22 katılımcı (% 43) aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminin aşılama şeklinde sonuçlandığını, 25 katılımcı (% 49) ise sonucun aşılama olmaduğunu belirtmiştir.

Bir katılımcı *“İkna edemediğim olmadı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019) demiştir.*

Eğitiminin sonunda çalışmaya katılanların 106'sı (%95.5) aşı karşıtı kaynaklardan edindiği bilgilere karşı doğru yanıtlar verebileceğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılanlar aşı kararsızlığı/reddi vaka deneyimlerini şöyle ifade etmişlerdir:

“Avukat aile. Nezaketen bilgilendirildiler. Fikirleri değişmedi”

(Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Üç aile ile karşılaştım: Anne baba çatıştıyordu, ikna oldu. Bir aile ikna edilemedi.

Bir aileyi de Ayşe Ebe halletti.”

(Edirne, Merkez, 14.06.2019)

“Hasta Malatya'dan gelmiş. Bu dördüncü çocuğum K vit dahil hiçbir şey yaptırmayacağını söyledi. Sadece ilk çocuğuna aşı yaptırmış. Malatya'da yaşadığı olayı anlatmış. Hemşire aradı neymiş maaşları kesilecekmış, aşının içindeki maddeleri anlatmıyorlar demiş.” (Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Hasta dini nedenle reddetti, konuşmak istemedi. Lafi ağzıma tıkadı.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“İkiz bebekleri vardı, ... aranan ailenin kayıtları yapılmadı.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Üç red, ortak kaynaktan yönlendiriliyorlar.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Lise mezunu, dini sebep yok. Sadece kızamık aşısına karşı idi, bilgilendirdik, yaptırdı.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Bir tanesi dini nedenlerle çocuk hastalanınca birkaç yaptırdı, yine kesti.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Anne baba psikiyatrik sorunlu. Din dışı nedenlerden kaygıları vardı. Burdan şunu hissediyoruz. Din dışı nedenleri çözebiliyoruz, ama dini nedenleri çözemiyoruz.”

(Edirne, Merkez, 19.06.2019)

“Cübbe sarıklı imam, eşi gebe; eşi İstanbul’daydı ve kontrol ve aşı istemedi. İlaç yazdırmaya gelince konuştum, ancak ikna olmadı. Kendi tarikatına bağlı aile hekimine kayıt aldı; aşı yaptırmadı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Eşi ODTÜ mezunu, kendi imam. Aşılarla inanmıyordu, kesinlikle konuşmadı ve yaptırmadı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Red değil, tereddüt yaşayan aileler oluyor. Örn. Daha önce febril konvulsiyon yaşayıp sekel kalan aile vardı; ateşlenip yeniden nöbet geçirir diye korktu. Eğitim konuşma sonrası yaptırdı.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Kadın doğumcular tetanoz için yaptırmayabilirsın diyorlar. Kadın doğumculara yönelik eğitim verilebilir.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Dini nedenle aşı reddinde başkasına o çocuk üzerinden zarar verebileceğini söyledi. Kul hakkı kavramı üzerinden olay aşılatılma dönmüş.” (Edirne, Uzunköprü, 21.06.2019)

“Bizde vardı bir aile iki çocuğu aşılı idi. Üçüncü çocuğu aşılatmadı. Çarşafli bir aile. Kadın telaşlı, isilik olmuş çocuk. Kadın: “çiçek değildir değil mi?” deyince hekim:

“Aa evet aşılı değildi değil mi?” deyince hekim: “Gel sen yaptır aşıları, bu korkuyla yaşanmaz demiş” ve aile 11 aylıkken yeni başlamış aşıları yaptırmaya.”

(16.07.2019, Edirne, Merkez)

“Geçen hafta bir imam haram olduğu gerekçesiyle aşığı reddetti.” Böyle bir ayet var: hayati tehlikesi varsa, domuz eti yemek haram değildir. Kızamık olan çocuklar var diyelim, aşı ile çocuklar ölmeyecek. Bu durumda da haram mı?” denmiş. İmam bir şey diyemedi, fakat İsrail’de üretiliyor, domuz içeriyor diye reddetti, ikna edilemedi.

İmamlar, din görevlileri ikna edilirse mesele çözülür.” (Edirne, Merkez, 25.07.2019)

Tablo 47. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda aşı kararsızlığı/reddi vakası yönetiminde dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili tutumu

Aşı Kararsızlığı/Vakası Yönetiminde Dikkat Edilmesi Gerekenlerle İlgili Tutum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aşı ile ilgili tereddüdü olan kişiyi hemen tespit edeceğim. (n=111)	1 (0.9)	0 (0)	4 (3.6)	57 (51.4)	49 (44.1)
Aşı ile ilgili konuşurken oldukça yalın bir dil kullanacağım. (n=110)	3 (2.7)	1 (0.9)	0 (0)	47 (42.7)	59 (53.6)
Görüşme sırasında gerekirse kişi ile tartışabilirim. (n=111)	32 (28.8)	37 (33.3)	11 (9.9)	22 (19.8)	9 (8.1)
Aşı tereddüdü nedenlerini anlamak için kişilere kapalı uçlu sorular soracağım. (n=111)	53 (47.7)	35 (31.5)	5 (4.5)	10 (9.0)	8 (7.2)
Aşıya ikna sürecinin ilk görüşmede olumlu sonuçlanmaması, daha sonraki görüşmelerden sonuç alınmayacağı anlamına gelmez. (n=111)	1 (0.9)	3 (2.7)	3 (2.7)	48 (43.2)	56 (50.5)

Çalışmaya katılanların 106'sı (% 96) aşı ile ilgili tereddüdü olan kişiyi hemen tespit edeceğini; 106'sı (% 96) aşı ile ilgili konuşurken oldukça yalın bir dil kullanacağını belirtirken; 42 katılımcı (% 37.8) görüşme sırasında gerekirse kişi ile tartışabileceğini ifade etmiştir.

Katılımcılardan 88'i (% 79.2) aşı tereddüdü nedenlerini anlamak için kişilere kapalı uçlu sorular sormayacağını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların 104'ü (% 93.7) aşıya ikna sürecinin ilk görüşmede olumlu sonuçlanmaması, daha sonraki görüşmelerden sonuç alınmayacağı anlamına gelmeyeceğini düşünmektedir.

Tablo 48. Çalışmaya katılanların eğitim sonunda bir aşı kararsızlığı olgusuna yaklaşımları

“Biriminize kayıtlı bir bebeğin 1. ay takibi sırasında Hepatit B aşısı 2. dozunu önerdiniz, aile sağlığı elemanınıza yönlendirdiniz ve bebeğin ebeveyni size aşı ile ilgili “Ben doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılar lüzumsuz.” olgusuna verilen yanıtlar (n=109)	n	%
Anlıyorum, bebeğinizin doğal bağışıklığının aşısı ile önlenabilir hastalıklarla baş edebileceğini düşünüyorsunuz. Nasıl bu kaniya vardınız?	94	86.2
Aşılar bebeğiniz için yararlıdır, yaptırmalısınız	10	9.2
Yanılıyorsunuz. Araştırma aşıları destekliyor	5	4.6

“Biriminize kayıtlı bir bebeğin 1. ay takibi sırasında Hepatit B aşısı 2. dozunu önerdiniz, aile sağlığı elemanınıza yönlendirdiniz ve bebeğin ebeveyni size aşı ile ilgili “Ben doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılar lüzumsuz.” görüşüne sahip olduğunu ifade etti. Ne cevap verirsiniz?” olgu sorusuna katılımcıların 94’ü (% 86.2) “Anlıyorum, bebeğinizin doğal bağışıklığının aşısı ile önlenabilir hastalıklarla baş edebileceğini düşünüyorsunuz. Nasıl bu kaniya vardınız?” yanıtını, 10’u (% 9.2) “Aşılar bebeğiniz için yararlıdır, yaptırmalısınız” yanıtını, 5 katılımcı ise (% 4.6) “Yanılıyorsunuz. Araştırma aşıları destekliyor” yanıtını vereceğini belirtmiştir.

Tablo 49. Çalışmaya katılanların aşı reddi/tereddüdü ile karşılaşmada iletişim açısından desteğe ihtiyaç duyma durumu ve gelecek ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce İletişim Açısından Kendini Hazır Hissetme	Eğitimden Sonra İletişim Açısından Kendini Hazır Hissetme			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	82 (74.5)	1 (1.9)	83 (75.5)	0.000
Hayır n (%)	24 (21.8)	3 (2.7)	27 (24.5)	
Toplam n (%)	106 (96.4)	4 (3.6)	110 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesi aşı reddi /tereddüdü ile karşılaşmada iletişim açısından eğitim öncesinde 83 kişi (% 75.5) kendini hazır hissediyorken, eğitim sonunda 106 kişi (% 96.4) hazır hissetmektedir; aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 50. Çalışmaya katılanların aşı reddi/tereddüdü ile karşılaşmada gereklilik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç duyma durumu ve gelecek ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşının Gerekliliği ve Etkililiği Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma	Eğitimden Sonra Aşının Gerekliliği ve Etkililiği Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	4 (3.9)	48 (46.6)	52 (50.5)	0.000
Hayır n (%)	4 (3.9)	47 (45.6)	51 (49.5)	
Toplam n (%)	8 (7.8)	95 (92.2)	103 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesi aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde gereklilik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç duyanlar 52 kişi (% 50.5) iken eğitim sonunda 8 kişidir (% 7.8); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 51. Çalışmaya katılanların aşı reddi/tereddüdü ile karşılaşmada içerik ve güvenilirlik açısından desteğe ihtiyaç duyma durumu ve gelecek ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşının İçerik ve Güvenilirliği Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma	Eğitimden Sonra Aşının İçerik ve Güvenilirliği Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	2 (1.9)	70 (68.0)	72 (69.9)	0.000
Hayır n (%)	6 (5.8)	25 (24.3)	31 (30.1)	
Toplam n (%)	8 (7.8)	95 (92.2)	103 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde içerik ve güvenilirlik ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 72 kişi (% 69.9) iken eğitim sonunda 8 kişidir (% 7.8); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 52. Çalışmaya katılanların aşı reddi/tereddüdü ile karşılaşmada yan etkiler açısından desteğe ihtiyaç duyma durumu ve gelecek ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Aşının Yan Etkileri Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma	Eğitimden Sonra Aşının Yan Etkileri Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	5 (4.9)	45 (43.7)	72 (48.5)	0.000
Hayır n (%)	2 (1.9)	51 (49.5)	31 (51.5)	
Toplam n (%)	7 (6.8)	96 (93.2)	103 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde yan etkiler ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 50 kişi (% 48.5) iken eğitim sonunda 7 kişidir (% 6.8); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 53. Çalışmaya katılanların aşı reddi/tereddüdü ile karşılaşmada komplo teorileri açısından desteğe ihtiyaç duyma durumu ve gelecek ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Eğitimden Önce Komplo Teorileri Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma	Eğitimden Sonra Komplo Teorileri Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma			p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Evet n (%)	6 (0.9)	57 (59.4)	63 (60.4)	0.000
Hayır n (%)	3 (2.9)	37 (35.9)	40 (38.8)	
Toplam n (%)	9 (8.7)	94 (91.3)	103 (100)	

*Mc Nemar testi

Eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde komplo teorileri ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 63 kişi (% 60.4) iken eğitim sonunda 9 kişidir (% 8.7); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık vardır (p=0.00).

Tablo 54. Çalışmaya katılanların bağışıklama ve aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetimine ilişkin müdahale öncesi ve sonrası durumu

Önerme		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Erişkin dönemde yapılması gereken aşılar ile aşılama	n %	100 90.9	10 9.1	100 90.9	10 9.1	1.000
Mevsimsel grip aşısı yaptırma önermesi	n %	44 40.0	66 60.0	79 71.8	31 28.2	0.000
Çocuğuma/çocuklarıma bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptırma önermesi	n %	71 77.2	21 22.8	89 96.7	3 3.3	0.000
Yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınları aşılatma önermesi	n %	54 56.3	42 43.8	95 99.0	1 1.0	0.000
Sağlık çalışanlarına İnfluenza aşısı yapılması gerekli önermesi	n %	71 66.4	36 33.6	63 58.9	44 41.1	0.215
Sağlık çalışanlarına HepB aşısı yapılması gerekli önermesi	n %	77 72.0	30 28.0	76 71.0	31 29.0	1.000
Sağlık çalışanlarına HepA aşısı yapılması gerekli önermesi	n %	6 5.6	101 94.4	17 15.9	90 84.1	0.007
Sağlık çalışanlarına Td aşısı yapılması gerekli önermesi	n %	46 43.0	61 57.0	49 45.8	58 54.2	0.711
Sağlık çalışanlarına KKK aşısı yapılması gerekli önermesi	n %	9 8.4	98 91.6	18 16.8	89 83.2	0.012
Aşılama isteği dışında başvuranları aşılatma	n %	87 81.3	20 18.7	99 92.5	8 7.5	0.017
Bağışıklama hizmetleri sadece 1. Basamağın görevidir önermesi	n %	42 39.3	65 60.7	17 15.9	90 84.1	0.000
Aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılmasına ihtiyaç	n %	104 95.4	5 4.6	107 98.2	2 1.8	0.453
Bazı kültürel ve dini faktörler aşılanmama/aşılanamama nedeni olabilir önermesi	n %	42 38.2	68 61.8	46 41.8	64 58.2	0.694
Aşı reddi ile karşılaşmada iletişim açısından hazır hissetme	n %	83 75.5	27 24.5	106 96.4	4 3.6	0.000
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede gereklilik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç	n %	52 50.5	51 49.5	8 7.8	95 92.2	0.000
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede içerik ve güvenilirlik açısından desteğe ihtiyaç	n %	72 69.9	31 30.1	8 7.8	95 92.2	0.000
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede yan etkiler açısından desteğe ihtiyaç	n %	72 48.5	31 51.5	7 6.8	96 93.2	0.000
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede komplo teorileri açısından desteğe ihtiyaç	n %	63 60.4	40 38.8	9 8.7	94 91.3	0.000

Tablo 55. Çalışmaya katılanların bağışıklama ve aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetimine ilişkin müdahalenin etkililiği

Önerme	Rölatif Etkililik	Atfedilen Etkililik %	Etkililik (Koruyuculuk) Boyutu (%)
Erişkin dönemde yapılması gereken aşılar ile aşılama	1.00	0	0
Mevsimsel grip aşısı yaptırma önermesi	2.12	31.8	53
Çocuğuna/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptırma önermesi	6.90	19.5	85.5
Yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınları aşılatma önermesi	43.8	42.8	97.7
Sağlık çalışanlarına İnfluenza aşısı yapılması gerekli önermesi	0.81	-7.5	-22.3
Sağlık çalışanlarına HepB aşısı yapılması gerekli önermesi	0.96	-1	-3.5
Sağlık çalışanlarına HepA aşısı yapılması gerekli önermesi	1.12	10.3	10.9
Sağlık çalışanlarına Td aşısı yapılması gerekli önermesi	1.05	2.8	4.9
Sağlık çalışanlarına KKK aşısı yapılması gerekli önermesi	1.10	8.4	9.1
Aşılama isteği dışında başvuranları aşılatma	2.49	11.2	59.8
Bağışıklama hizmetleri sadece 1. Basamağın görevidir önermesi	2.47	23.4	59.5
Aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılmasına ihtiyaç	2.72	2.8	60.8
Bazı Kültürel ve Dini Faktörler Aşılammama/Aşılanamama Nedeni Olabilir Önermesi	1.06	3.6	5.8
Aşı reddi ile karşılaşmada iletişim açısından hazır hissetme	6.80	20.9	85.3
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede gereklilik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç	6.47	42.7	84.5
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede içerik ve güvenilirlik açısından desteğe ihtiyaç	8.96	62.1	88.8
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede yan etkiler açısından desteğe ihtiyaç	7.13	41.7	85.9
Aşı reddine sahip kişilerle görüşmede komplo teorileri açısından desteğe ihtiyaç	6.94	51.7	85.5

Katılımcıların mevsimsel grip aşısını yaptırma, çocuğuna/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptırma, yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınlarını aşılatma tutumu, sağlık çalışanlarına HepA ve KKK aşısı yapılması gerekliliği bilgisi, aşılama isteği dışında başvuranları aşılatma, bağışıklama hizmetleri sadece 1. Basamağın görevi olduğunu düşünmemeye tutumunda ve aşı reddi ile karşılaşmada iletişim açısından hazır hissetme, aşı reddine sahip kişilerle görüşmede gereklilik ve etkililik, içerik ve güvenilirlik, yan etkiler,

komple teorileri ile ilgili desteğe ihtiyaç duyma açısından eğitim öncesine göre eğitimden olumlu etkilendikleri; erişkin dönem aşılması tutumunda, sağlık çalışanlarına Td aşısı yapılması gerekliliği bilgisinde, bazı kültürel ve dini faktörler aşılammama/aşılanamama nedeni olabileceği tutumunda eğitim öncesine göre etkilenmedikleri; sağlık çalışanlarına İnfluenza ve HepB aşısı yapılması gerekliliğine ilişkin bilgede eğitim öncesine göre negatif etkilendikleri saptandı.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi'nde çalışmakta olan 9 hekimin 6'sı eğitime katılmış olup, tümü erkektir.

Katılımcılardan 2'si erişkin dönemde kendine KKK aşısı yaptırmıştır. Eğitim öncesinde erişkin dönemde yapılması gereken aşıları kendine yaptıranlar 5 kişi iken; eğitim sonunda katılımcıların tümü erişkin dönem aşılarını kendine yaptıracaklarını beyan etmiştir. Katılımcılardan eğitim öncesinde son 1 yılda mevsimsel grip aşısı yaptıranlar 1 kişi iken; eğitim sonunda her yıl kendime mevsimsel grip aşısını yaptıracakım diyenler 3 kişidir.

Katılımcıların 2'si çocuğunun / çocuklarının, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılarla ihtiyaç duymadığını ifade etmiştir.

Eğitim öncesinde yaşlı veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları (influenza) yaptıranlar 2 kişi iken; katılımcıların tümü, yaşlı veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları yaptıracaklarını ifade etmiştir.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi'nin tümü; sağlık çalışanı olmanın, aşı ile önlenabilir hastalık riski oluşturduğunu ve sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili tutumunun, toplumun aşı ile ilgili tavrını etkilediğini düşünmektedir.

Katılımcıların 2'si Avrupa ve Amerika'da üretilen aşıların orta gelir sahibi ülkelerde üretilenlerden daha güvenilir olduğunu düşünmektedir.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi'nde çocuğunu aşılatmak ve kendisi ya da çocuğu ile ilgili bağışıklama kampanyalarına dahil olmak konusunda; medyada duyduğu okuduğu haberler ya da aşının içerdiğini düşündüğü ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) nedeniyle aşılar konusunda kararsızlık ve kaygı bildiren ve üreticisine güvenmediği için aşı karşıtı karar veren hiçbir katılımcı olmamıştır.

Katılımcılardan 1'i İnfluenza aşısıyla ilgili negatif bir bilgi duymuş ve benimsemiş olduğunu ifade ederek, kararsızlık bildirmiştir.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi katılımcılarından 2'si aşı hakkındaki tartışmaları anlamsız bulmaktadır. Katılımcıların 5'i sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan

etkileri ile ilgili açıklamaları doğru bulmadığını, 3'ü aşılardan ciddi yan etkileri hakkında endişe hissetmediğini, 5'i yeni aşları eski aşılarından daha riskli bulmadığını belirtmiştir.

Katılımcılarından 4 kişi aşı maliyeti ve satışının DSÖ ve devletlerce titizlikle denetlendiğini düşünmekte ve her ülkenin aşısını kendisinin üretmesi, aşının dışarıdan satın alınmaması gerektiğine katılmamaktadır.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi katılımcılarının tümü, bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için siyasi liderlerin, akademisyenlerin, sağlık çalışanlarının, din görevlilerinin aşı ile ilgili tutumunun çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların tümü, artan aşı reddi ve tereddüt vakalarının toplum bağışıklığını tehdit edeceğini düşünmektedir.

Edirne İl Aşı Yönetim Ekibi katılımcılarının 4'ü eğitim öncesinde bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğunu düşünüyor iken; eğitim sonunda hiçbir katılımcı bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğuna katılmamaktadır.

Aşı reddi /tereddüdü ile karşılaşmada iletişim açısından eğitim öncesinde 4 katılımcı kendini hazır hissediyorken; eğitim sonunda katılımcıların tümü hazır hissetmektedir.

Aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde gereklilik ve etkililik açısından eğitim öncesinde desteğe ihtiyaç duyanlar 2 kişi iken; eğitim sonunda 1 kişidir; içerik ve güvenilirlik açısından eğitim öncesinde desteğe ihtiyaç duyanlar 3 kişi iken; eğitim sonunda 1 kişidir; yan etkiler açısından eğitim öncesinde desteğe ihtiyaç duyanlar 4 kişi iken; eğitim sonunda 1 kişidir; komplo teorileri açısından eğitim öncesinde desteğe ihtiyaç duyanlar 5 kişi iken; eğitim sonunda 1 kişidir.

TARTIŞMA

ARAŞTIRMA GRUBUNUN BAĞIŞIKLANMA DURUMU VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Erişkin Dönemde Yaptırdığı Aşılar

Fransa’da pratisyen hekimlerin aşı kararsızlığının, aşıları önermelerinin sıklığı ve bunların belirleyicilerinin araştırıldığı çalışmada, hekimlerin hastalarına aşı önermelerinin kendi aşılanma davranışlarıyla (mevsimsel grip aşısı ve 3 doz veya daha fazla HepB aşısı) istatistiksel olarak önemli oranda ilişkili olduğu bulunmuştur (82). Fransa’nın Rhône-Alpes bölgesinde pratisyen hekimlerle yapılan bir araştırma, hekimlerin yeterince bağışıklanmadığını ortaya koymuştur (Difteri-Tetanoz-Poliomyelit aşısı ile % 88; Boğmaca aşısı ile % 72 aşılanma oranı). (83) Türkistanlı ve ark.nın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde görevli sağlık çalışanlarının tamamının bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklanma durumunu belirledikleri araştırmalarında katılımcıların % 21.5’inin aşıya gereksinim duymadığı için aşılanmadığı saptanmıştır (84). Kant Sökel ve Önal’ın Burdur ilindeki tüm aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının İnfluenza aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını saptadıkları çalışmalarında katılımcıların % 65’nin en az bir kere, % 22.1’inin ise her sene İnfluenza aşısı yaptırdığı belirtilmiştir (85). Türkistanlı ve ark.nın çalışmasına benzer şekilde bizim çalışmamızda katılımcıların dörtte biri erişkin bağışıklamasıyla ilgili olarak hiç aşılanmamış olduğunu beyan etmiş ve hangi aşı ile bağışıklandığını belirtmemiştir. Bunun nedeni katılımcıların benzer şekilde aşıya gereksinim duymamaları olabilir. Aşı bildirimlerinin yaklaşık yarısı Td, üçte birinden biraz fazlası İnfluenza, üçte biri HepB, beşte biri ise KKK, Hepatit A, Pnömonokok, Menenjit ve HPV

aşılarıdır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hekimlerin bağışıklama ile ilgili tutumlarını ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada, hekimlerin büyük bir kısmının (% 88.7) erişkin dönemde aşı yaptırdığı saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni: üçüncü basamakta çalışan hekimlerin çalışma yerinin hastane olması nedeniyle çok tehlikeli olduğunu düşünmeleri ve karşılaştıkları vakaların özellikleri nedeniyle bulaşıcı hastalıklara karşı kendilerini korumak konusunda daha istekli olmaları olabilir (86).

Bağışıklama hizmetlerinin yaşam boyu devam etmesi gerektiği düşüncesi

Katılımcıların tamamına yakını bağışıklama hizmetlerinin çocukluk dönemiyle sınırlı olmadığını, yaşam boyu devam etmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu durum, çocukluk çağı aşılması dominant kültürümüzde erişkin aşılmasının da zaman içerisinde önem kazandığını düşündürmektedir.

Çalışmaya Katılanların Erişkin Dönemde Aşılama Durumu ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Eğitim öncesinde erişkin dönemde yapılması gereken aşılarda kendine yaptıranlar 100 kişi (% 90.9) iken eğitim sonunda erişkin dönemde yapılması gereken aşılarda kendime yaptıracam diyenler yine 100 kişidir (% 90.9); eğitime bağlı tutum değişikliği saptanmamıştır.

Çalışmaya Katılanların Son Bir Yılda Mevsimsel Grip Aşısı Yaptırma Durumu ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Uluslararası önerilere ve sağlık profesyonelleri için yıllık influenza aşılmasına yönelik güçlü etik argümanlara rağmen, sağlık çalışanlarının İnfluenza aşısı kapsamı düşük kalmaktadır (87). Kant Sökel ve Önal'ın Burdur ilindeki tüm aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının İnfluenza aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını saptadıkları çalışmalarında hiç aşı yaptırmayan katılımcıların aşı yan etkisinden endişe ettikleri, aşının etkinliğine güvenmedikleri ve İnfluenza ile ilgili düşük risk algısına sahip oldukları belirlenmiştir (85). Çalışmamızda eğitim öncesinde son 1 yılda mevsimsel grip aşısı yaptıranlar 44 kişi (% 40.0) iken eğitim sonunda her yıl kendime mevsimsel grip aşısını yaptıracam diyenler 79 kişidir (% 71.8). Son bir yılda mevsimsel grip aşısı yaptırmaya ilişkin eğitime bağlı olumlu yönde tutum değişikliği saptanmıştır. Bunun nedeni eğitim sırasında, katılımcıların kararsız oldukları bir aşı olup olmadığı sorusuna mevsimsel grip aşısı yanıtının sıklıkla verilmesi,

özellikle mevsimsel grip aşısının etkinliği, yan etki spektrumu ve sağlık çalışanları açısından öneminin üzerinde durulması olabilir.

Cıblak ve ark.nın İstanbul ve İzmir illerinde çalışmakta olan aile hekimleriyle yaptıkları çalışmada düzenli olarak İnfluenza aşısı yaptıran hekimlerin, hastalarını İnfluenza ve İnfluenza aşısına ilişkin bilgilendirme ve aşı olmaları hakkında ikna etmelerinin düzenli İnfluenza aşısı olmayan hekimlere göre istatistiki olarak önemli şekilde daha etkin oldukları saptanmıştır (88).

ARAŞTIRMA GRUBUNUN ÇOCUKLARININ BAĞIŞIKLANMA DURUMU VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Çocuklarına Yaptırdığı Aşılar

İsviçre’de aşılama ile ilgilenen hekimlerin kendi çocuklarını aşılama durumunu araştıran bir çalışmada katılımcıların % 93’ünün güncel resmi aşılama önerilerine katıldığı ve kendi çocuklarına uyguladığı saptanmıştır (89). Karacaer ve ark.nın Etimesgut Asker Hastanesi sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını araştırdıkları çalışmada katılımcıların % 82.6’sının çocuğuna önerilen ücretsiz tüm aşıları; % 90.4’ünün, çocuğuna GBP dışında önerilen ücretli tüm aşıları yaptırdığı saptanmıştır (90). Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde yapılan bir çalışmada çocuğu olan hekim dışı sağlık çalışanlarının tümünün, çocuğunu genişletilmiş bağışıklama programına (GBP) uygun olarak aşıladığı saptanmıştır (91). Bizim çalışmamızda çocuğu olan katılımcıların yaklaşık beşte biri çocuklarına yaptırdığı aşılar hakkında bilgi vermemiştir. Çocuğunu aşılayan katılımcıların aşı bildirimlerinin dörtte üçü (% 77.4) GBP kapsamındaki aşılar; % 18.3’ü Meningokok A,C,Y,W135 ve % 16.1’i Rotavirus aşısıdır. Araştırmamıza katılanların çocuklarına ulusal aşı programındaki aşıları yaptırma oranının azlığının nedeni, sağlık çalışanlarının aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıklar hakkında düşük risk algısına sahip olmaları olabilir.

Çalışmaya Katılanların Çocuklarına Genişletilmiş Bağışıklama Programı Kapsamındaki Aşıları Yaptırma Durumu ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Eğitim öncesinde çocuğuna/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptıranlar 71 kişi (% 77.2) iken eğitim sonunda çocuğuna/çocuklarına bağışıklama

programındaki tüm aşıları yaptıracakım diyenler 89 kişidir (% 96.7) (p=0.00); verilen eğitim ile araştırma grubunda, çocuklarına GBP kapsamındaki aşıları yaptırmaya ilişkin olumlu yönde tutum değişikliği geliştirilmiştir.

Çocuğu Olan Katılımcıların Eğitim Sonunda Çocuklarının Bağışıklanması İle İlgili Tutumları

Fransa’da pratisyen hekimlerin çocuklarının difteri tetanoz poliomylit (DTP), boğmaca, kızamık kabakulak kızamıkçık (MMR) ve HepB aşı kapsamı genel popülasyonun aşı kapsamından fazla olduğu bilinmektedir. Bunun nedeninin hekimlerin sevdiklerinin aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunmasını sağlamak motivasyonunun yüksek oluşu ile birlikte bazı hastaları aşı yaptırmaya ikna etmedeki zorluklar olduğu belirtilmiştir (83). Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğu bağışıklamanın, çocuğunun / çocuklarının hastalıklardan korumanın iyi bir yolu olduğunu; çocuğunun/çocuklarının aşıli olmasının toplumumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemli olduğunu ve çocuğunun / çocuklarının bağışıklama kampanyalarına katılmasına izin vereceğini belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcıların neredeyse dörtte biri (% 23.9) çocuğunun / çocuklarının, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılarla ihtiyaç duymadığını düşünmektedir. Bunun nedeni aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıkların sıklığının azalmasına bağlı olarak hekimlerin, çocuklarının bu hastalıklar açısından riskli olmadığını düşünmeleri olabilir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN YAŞLI (65 YAŞ VE ÜZERİ) VEYA KRONİK HASTALIĞI OLAN YAKIN/YAKINLARIN BAĞIŞIKLANMA DURUMU VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya Kronik Hastalığı Olan Yakın/Yakınlarına Yaptırdığı Aşılar

Grip ve pnömokok aşılması 65 yaş ve üzeri veya kronik hastalığı olan kişiler için önerilmesine, pnömokok ve influenza ile ilişkili hastalık yüküne karşı güvenli, etkili ve uygun maliyetli aşıların bulunmasına rağmen, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu aşılar hakkında kuşku duymaya devam ettikleri bilinmektedir (92). Yıldız’ın tez çalışmasında araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaklaşık üçte ikisi (% 66,4), 65 yaş ve üzerinde uygulanması gereken aşıları bildiğini beyan etmiştir (93). Bizim çalışmamızda katılımcılardan yaşlı veya kronik hastalığı mevcut yakını olanların yaklaşık dörtte biri yakınına hangi aşığı yaptırdığına ilişkin

bilgi vermemiştir. Yaşlı veya kronik hastalığı mevcut yakınına, aşı yaptırdığını beyan eden katılımcılar sırasıyla en çok İnfluenza (% 66.7), Pnömonokok (%46.4) ve Meningokok (% 4.3) aşılarını yaptırmışlardır. Yaşlılarda influenza ve pnömokok aşılmasının belirleyenlerini araştıran bir sistematik derlemede doktorların önerilerinin İnfluenza ve Pnömonokok aşılarının kapsamını artırılmasında temel bir rolü olduğu belirtilmiştir (94).

Çalışmaya Katılanların Yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya Kronik Hastalığı Olan Yakın/Yakınların Aşılarını Yaptırma Durumu ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Eğitim öncesinde yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları yaptıranlar 54 kişi (% 56.3) iken eğitim sonunda yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınları için endikasyonu olan aşıları yaptıracakım diyenler 95 kişidir (% 99.0) ($p=0.00$); verilen eğitime bağlı olarak olumlu yönde tutum değişikliği saptanmıştır.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAĞIŞIKLANMASINA İLİŞKİN BİLGİSİ

Çalışmaya Katılanların ASM'lerde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Aşılama Bilgisinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması

Araştırmamıza katılanların eğitim öncesi ve sonrasında, yaklaşık üçte biri ASM'lerde görevli sağlık çalışanlarına İnfluenza aşısının, yaklaşık dörtte üçü Hep B aşısının ve yarıya yakını Td aşısının yapılması gerektiği düşüncesindedir, eğitime bağlı önemli bir değişiklik saptanmamıştır. Eğitim öncesi HepA aşısının yapılması gerektiğini düşünen 6 katılımcı (% 5.6) ve KKK aşısının yapılması gerektiğini düşünen 9 katılımcı (% 8.4) iken, eğitim sonunda 17 katılımcı (% 15.9) sağlık çalışanlarına HepA aşısının yapılması gerektiğini, 18 katılımcı (% 16.8) sağlık çalışanlarına KKK aşısının yapılması gerektiğini düşünmektedir. ASM'lerde görevli sağlık çalışanlarına HepA ve KKK aşılarının yapılması gerektiğini beyan edenlerin sayısı eğitim sonunda istatistiki olarak önemli düzeyde artmıştır. Türkistanlı ve ark.nın yaptığı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarının tamamında bulaş riski mevcut hastalıklara karşı bağışıklanma durumlarını araştıran çalışmasında, sağlık çalışanlarına Hepatit B aşısının % 50.4, tetanoz aşısının % 30.8 oranlarında düzenli olarak uygulandığı belirtilmiştir (84). İsveç'teki bir üniversite

hastanesinde görevli sağlık çalışanlarının % 79'unun en az bir doz HepB aşısı yaptırmış olduğu, ancak sadece % 40'ının tamamen aşılandığı ve % 21'inin hiç aşılanmadığı bildirilmiştir (95). İstanbul ve İzmir metropollerinde çalışan aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin % 45.7'si her yıl düzenli olarak İnfluenza aşısını yaptırdıkları saptanmıştır (88). Sağlık alışanlarının bağışıklanması yeterli düzeyde değildir, ülkemiz için daha belirgin olmak üzere yurt dışında da önemli bir sorun alanıdır.

Karacaer ve ark.nın çalışmasında Ankara'da bir askeri hastanede görevli sağlık çalışanlarının % 66,7'si yaşamının bir döneminde KKK aşısı olduğunu bildirmiştir; ancak Sağlık Bakanlığı'nın kızamık vakalarının artması sebebiyle, sağlık çalışanlarına yapılmasını istediği kızamık aşısını katılımcıların sadece % 18.3' yaptırmıştır. Bunun nedeninin, katılımcıların çocukluk döneminde Kızamık geçirdiklerini düşünmeleri olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde bizim araştırmamızın katılımcıları tarafından da geçmişte geçirilen döküntülü hastalığın Kızamık olduğu farzedilmiş olabilir. Ancak son yıllarda lkemizde Kızamık vakaları artmaktadır ve serolojik kontrole gerek duyulmaksızın sağlık çalışanlarına KKK aşısı önerilmektedir (90).

Çalışmaya Katılanların Eğitim Sonunda Sağlık alışanlarının Aşılanması İle İlgili Tutumu

Araştırma grubumuzun çoğunluğu (% 93.7) sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili tutumunun, toplumun aşı ile ilgili tavrını etkilediğini dşnyorken, dörtte üçü (% 75.6) sağlık çalışanı olmanın, kimi aşıları yaptırmak için endikasyon olduğu düşüncesindedir. Karacaer ve ark.nın araştırmasında katılımcıların % 38'i sağlık çalışanı olmanın kendini, ailesini ve hastalarını korumak için her yıl İnfluenza aşısını yaptırmayı gerektirdiğini düşünmektedir (90).

ARAşTIRMA GRUBUNUN HİZMET VERDİKLERİ KİşİLERİN BAĞIşIKLANMA DURUMUNU DEğerLENDİRMELERİ VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Hizmet Verdikleri Kişilerin Aşılanma Durumunu Değerlendirme Sıklığı

Sağlık alışanlarının kendilerine başvuranların bağışıklanma durumunu rutin şekilde sorgulamamaları ve gerekli aşıları nermemeleri halinde aşılamada kaçırılmış fırsat meydana

gelir (96). Fransa’da yapılan bir araştırmada pratisyen hekimlerin % 16-43’ünün hastalarına en azından bir aşıyı ya hiç önermediği ya da arada sırada önerdiği; aşılardan yararlarını ve risklerini açıklamada kendilerini rahat hissettikleri ya da resmi kaynaklara çokça güvendiklerinde, hastalarına sıklıkla aşı önerdikleri belirlenmiştir (82). Han Yekdeş ve ark.nın çalışmasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde çalışan hekimlerin günlük pratiklerinde hastalardan anamnez alımı sırasında %16’sının her zaman hastalarının bağışıklanma durumunu sorguladığı; üçte birinin (% 67) risk faktörü varsa bağışıklama durumunu sorguladığı, %10’unun ise hiç sorgulamadığı saptanmıştır (86). Bizim çalışmamızda katılımcıların 87’si (% 81.3) aşılama isteği dışında bir nedenle başvuranların aşılama durumunu sorguluyorken, 20’si (% 18.7) sorgulamamaktadır. Katılımcıların yarıya yakını (% 44.6) nadiren, üçte biri (% 32.5) ayda birkaç kez ve az bir kısmı (% 7.2) her başvuruda aşılama durumunu sorguladığını belirtmiştir. Bu farklılığın nedeni üniversitede çalışan hekimlerin bağışıklama hizmetlerini daha çok birinci basamağın sorumluluğu olduğunu düşünmeleri olabilir. Taşar ve Dallar’ın Ankara’da yaptığı çalışmalarında aşılama kaçırılmış fırsatın en sık sebebinin, herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvuranların “aşılama durumunun sorgulanmaması” olarak saptanmıştır (% 37.2) (97).

Çalışmaya Katılanların Hizmet Verdikleri Kişilerin Aşılama Durumunu Değerlendirmesi ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Eğitim Öncesi aşılama isteği dışında başvuranların aşılama durumunu değerlendirip aşılatılanlar 87 kişi (% 81.3) iken, eğitim sonunda aile sağlığı merkezine başvuran herkesin her zaman aşılama durumunu sorgulayacağını diyenler 99 kişidir (% 92.5) ($p=0.017$); verilen eğitim ile aşılama kaçırılmış fırsatların önlenmesine ilişkin olumlu tutum değişikliği gerçekleşmiştir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN AŞI KARARSIZLIĞI VEYA REDDİ DURUMU VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Verger ve ark.nın Fransa’da pratisyen hekimler ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 80’den fazlasının aşının yarar ve riskleri hakkında güvenilir bilgi sağlamak konusunda resmi kaynaklara (Sağlık Bakanlığı, sağlık kuruluşları, bilim insanları veya uzman meslektaşları) güvendiği saptanmıştır (82). Bu çalışmada Fransız pratisyen hekimler arasında aşı kararsızlığının mevcut olduğu ve bu durumun hastaların aşı kararsızlığını güçlendirme potansiyeline sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Fransa’da 1994’ten 2009’a gelindiğinde

aşılamaya istekli olan pratisyen hekimlerin oranı % 85'ten % 77'ye düşmüştür (98). Han Yekdeş ve ark.nın çalışmasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hekimlerin % 10'unun aşı hakkında kararsızlığı olduğu ve bu kararsızlığın en çok sırasıyla İnfluenza, HPV ve Rotavirüs aşısı ile ilgili olduğu belirlenmiştir (86). Bizim çalışmamıza katılanların az bir kısmı (% 3.6) aşı ile ilgili bilgi edindikten sonra kararsız kaldığını bildirmiş olup bu durum Men A C Y W135, Men B ve İnfluenza aşıları ile ilgilidir. Bilgi kaynağı ise medya ve eğitim amaçlı bir toplantıdır. Katılımcıların büyük bir kısmı (% 86.3) aşı ile ilgili negatif bir bilgi duymuş olduğu halde benimsememiştir. Bu farklılık, ülkemizde birinci basamak sağlık örgütü ile bağışıklamada elde edilen kazanımlarla birlikte aşıya güvenin sağlanmış olmasına bağlı olabilir. Söz konusu kararsızlığın, çocukluk çağı aşı takviminde olmayan aşılarla ilişkin olması da bu kanıyı destekler niteliktedir.

Sosyal medya gibi yeni iletişim teknolojileri, toplum ile birlikte sağlık çalışanlarının da aşı ile ilgili endişelerini artırmaktadır (99). Healy ve ark.nın çalışmasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının yetersiz bilgilerin yer aldığı internet kaynağı kullanıyorsa, aşı güvenliğine ilişkin kişisel kaygıları olabileceği belirtilmiştir (100). Nitekim bizim çalışmamızda araştırma grubunun % 9'u medyada duyduğu okuduğu haberler nedeniyle aşılar konusunda kararsız kaldığını bildirmiştir.

Çalışmamıza katılanların çok az bir kısmı (% 4.5) şimdiye kadar kendisi ya da çocuğu ile ilgili bağışıklama kampanyalarından çekinmiştir.

Fransa'da Agrinier ve ark.nın çalışmasında pratisyen hekimlerin çocuklarını aşılatmasına ilişkin % 2.2'sinin KKK aşısını, % 32.8'inin MenC aşısını, % 15.4'ünün HepB aşısını yaptırmadığı saptanmıştır (101). Bizim çalışmamızda çocuğunu aşılatmayı kabul etmeyen ve aşının içerdiğini düşündüğü ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) nedeniyle herhangi bir aşıyı reddeden hiçbir katılımcı olmamıştır. Verger ve ark.nın çalışmasında pratisyen hekimlerin üçte birinin (% 33) aşısındaki adjuvanlar ile uzun dönem komplikasyonlar arasında ilişki olduğunu düşündüğü ve yarıya yakınının (% 43) hastalarına adjuvanların rollerini açıklamak konusunda emin olmadığı belirtilmiştir (82).

Bizim çalışmamızda araştırma grubunun çok azı (% 1.8) aşı üreticisine güvenmediği için aşı karşıtı karar verdiğini belirtmişken, yaklaşık beşte ikisi (% 39.8) Avrupa ve Amerika'da üretilen aşılarda orta gelir sahibi ülkelerde üretilenlerden daha güvenilir olduğunu düşünmektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Karafillakis ve ark.nın çalışmasında Romanya, Hırvatistan, Yunanistan ve Fransa'da görüşülen sağlık çalışanlarında güven sorunu saptanmıştır: sağlık çalışanları, ilaç şirketlerinin finansal çıkarları olduğuna, sağlık çalışanları

üzerinde baskı yarattığına ve yan etkiler hakkında yeterli bilgi sağlamadığına inanmaktadır. Özellikle Yunanistan'da ilaç şirketlerine karşı güvensizlik son derece yaygındır (102).

Çalışmamızda katılımcıların üçte biri (% 27.5) herhangi bir aşının, içinde bulunduğu topluluk tarafından daha önce reddedildiğini ifade etmiştir. Bunların üçte ikisi, reddin hangi aşya karşı olduğunu belirtmemiş olup, en çok belirtilen aşlar sırasıyla GBP kapsamındaki aşlar, İnfluenza ve KKK'dır. Herhangi bir aşının, içinde bulunduğu topluluk tarafından daha önce reddedildiğini ifade eden katılımcıların üçte biri, aşı red nedenini belirtmemiş olup belirtenler sırasıyla komplo teorileri, medya ve dini etkileri belirtmişlerdir. Çapanoğlu'nun sağlık çalışanları ve aşyaı reddeden aileler ile yaptığı niteliksel çalışmada, sağlık çalışanları aşlar ile milletimize dış güçler tarafından zarar verilmek istendiği, aşı yan etkilerinin ilaç şirketlerinin kar elde etmesi için gizlendiği ve ülkemizin doğu illerinde aşının kişileri kısırlaştırdığı ve çoğalmalarının önüne geçilmek istendiği için uygulandığı düşüncesinin aşı red nedenlerinden biri olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde sağlık çalışanları ülkemizde sosyal medyanın ve bazı dini toplulukların aşı karşıtlığında rol aldığını düşünmektedirler (73).

Çalışmamızda araştırma grubunun yaklaşık dörtte üçü (% 73.8) aşı hakkındaki tartışmaları yersiz bulmaktadır. Aile hekimleri, aşı ile ilgili olumlu ya da olumsuz olmak üzere her iki kanaat nedeniyle aşı hakkındaki tartışmanın yersiz olduğu önermesine katılmış olabilir.

Araştırma grubunun çoğunluğu (% 86.4) sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan etkileri ile ilgili açıklamaları doğru bulmamaktadır. Benzer şekilde Çapanoğlu'nun tez çalışmasında katılımcı sağlık çalışanları sosyal medyadaki aşı ile ilgili asılsız bilgilerin aileleri etkilediğini ve aşı reddine katkısı olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (73). Romanya'daki sağlık çalışanları da, internette mevcut olumsuz, doğrulanmamış ve bazen çelişkili bilgilerin bazen doktorlardan daha ikna edici olabildiğine değinmiştir (102). Çalışmamıza katılanların birçoğu (% 85.4) aşların ciddi yan etkileri hakkında endişe hissetmemekte, (% 79.3) yeni aşları eski aşlardan daha riskli bulmamaktadır. Karafillakis ve ark.nın Hırvatistan, Fransa, Yunanistan ve Romanya'daki sağlık çalışanlarının aşlarla ilgili endişelerini araştırdığı çalışmasında tüm ülkelerde en önemli endişenin aşı yan etkilerinden korku ve sağlık çalışanlarının yeni aşların, aşı güvenliği ve etkinliğine ilişkin yeterince test edilmediğini düşünmesi olduğu saptanmıştır (102). Fransa'da pratisyen hekimlerle yapılan araştırma sonucunda hekimlerin aşların yan etkilerinin çok olası olduğunu düşündükleri veya aşların etkililiğinden şüphe ettikleri vakit aşları çok daha az önerdikleri belirlenmiştir (82).

Çalışmaya katılanların yarıya yakını (% 48.6) aşı üretimini gerçekleştiren ilaç şirketleri Amerika ve Avrupa kaynaklı olduğu için Amerika ve Avrupa'da üretilen aşılardan, orta ve düşük gelirli ülkelerdeki aşılarından daha güvenli olduğu düşüncesine katılmamaktadır.

Çalışmaya katılanların dörtte üçü (% 74.7) aşı maliyeti ve satışının DSÖ ve devletlerce titizlikle denetlendiğini düşünmektedir. Araştırmamıza katılanların yarısından biraz fazlası (% 56.7) her ülkenin aşısını kendisinin üretmesi, aşının dışarıdan satın alınmaması gerektiğini düşünmektedir. Çapanoğlu'nun tez çalışmasında İstanbul'da sağlık çalışanlarına göre, ailelerin aşı red nedenlerinden biri: kişilerin aşı üreten ilaç şirketlerine para kazandırmaktan kaçınmalarıdır (73).

Çalışmaya katılanların beşte biri (% 21.6) toplumdaki dini liderlerin; üçte biri (% 33.3) toplumdaki siyasi liderlerin aşılamanı desteklediğini; çoğunluğu (% 85.5) fakültedeki hocaların ve (% 93.7) sağlık çalışanlarının aşılamanı desteklediğini düşünmekte olup eğitim sonunda katılımcıların büyük çoğunluğu bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için siyasi liderlerin (% 95.5); akademisyenlerin (% 97.3); sağlık çalışanlarının (% 96.3); din görevlilerinin (% 93.7) aşı ile ilgili tutumunun çok önemli olduğu görüşündedir. Sağlık çalışanlarının kamuya ya da devletin sağlık otoritelerine duyduğu güveni yeniden kazanması, aşı politikalarına katılma ve aşığı önerme kararında anahtardır (99).

ARAŞTIRMA GRUBUNUN TOPLUM BAĞIŞIKLIĞI İLE İLGİLİ TUTUMU

Çalışmaya Katılanların Eğitim Öncesinde Toplum Bağışıklığı ile İlgili Tutumu

Araştırma grubunun büyük çoğunluğu (% 91.7) aşı reddi ve kararsızlığının artmasının toplum bağışıklığını tehdit edeceğini düşünmektedir. Eğitim sonunda katılımcıların büyük bir kısmı (% 88.2) aşının, önce aşılanı koruduğunu ve bulaşıcı hastalık salgınını önleyebilmek için toplumun % 80-95'inin aşılanması gerektiğini (% 93.7) belirtmiştir. Benzer şekilde Avrupa'da birçok sağlık çalışanı, aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklar ve mevcut salgıların oluşumunu aşılamanın tehlikelerinin en iyi örneği olduğunu belirtmiş; özellikle Fransa'da, aynı zamanda Romanya ve Hırvatistan'da toplum bağışıklığının yararını ve sorumlu kişilerin (doktorlar dahil) toplumun tümünü korumak zorunda olduğunu vurgulamıştır (102).

ARAŞTIRMA GRUBUNUN AŞILAMA PROGRAMININ YÜRÜTÜLÜŞÜ İLE İLGİLİ DURUMU VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Eğitim Öncesinde Aşılama Programının Yürütülüşü İle İlgili Durumu

Wallace ve ark.nın çalışmasında bir ziyarette çok aşı yapılmasının hem sağlık çalışanlarında hem de ebeveynlerde çocuğun ağrı duyacağı, potansiyel yan etkiler ve aşının etkinliği konusunda çekinceler kaynaklı endişe nedeni olduğu bildirilmiştir (103). Bizim çalışmamızda katılımcılar aşı programının uygulanmasına ilişkin bu zorluğa değinmemiştir; çoklu doz şeklinde uygulanan BCG aşısının yeterince temin edilmemesi nedeniyle aşı programlarının uygulama şekline dolayı bazı aşıları uygulamada zorluk çekildiği belirtilmiştir. Çalışmaya katılanların % 12.8'i aşılama ücretleri nedeniyle kendi çocuklarını aşılatamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların dörtte üçü (% 74.2) aile hekimliği biriminde aşı teminiyle ilgili sıkıntı yaşamaktadır. Eğitim sonunda katılımcılar büyük oranda listede olan ve takvime göre aşılanması gereken kişilere ilişkin süreci aile hekimi ve aile sağlığı elemanının birlikte takip etmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Çalışmaya Katılanların Bağışıklama Hizmetlerinin Uygulanmasında Görevli Basamaklara İlişkin Görüşleri ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Müdahale öncesi bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğunu düşünen 42 kişi (% 39.3) iken eğitim sonunda, 17 kişi (% 15.9) bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. Basamağın görevi olduğunu belirtmiştir ($p=0.000$); verilen eğitime bağlı olarak bağışıklama hizmetlerinin uygulanmasında tüm basamakların görevli olduğuna yönelik tutum değişikliği saptanmıştır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde görev yapmakta olan hekimlerin çoğunluğu (% 95) bağışıklama hizmetlerinin sadece 1. basamakta yer alması gerektiğini, üçte biri (% 33) hem 1. Basamak hem 2. Basamakta yer alması gerektiğini, dörtte biri (% 26) ise tüm basamaklarda yer alması gerektiğini düşünüyordu (86). Bu farklılığın nedeni bağışıklama hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerinden biri olması nedeniyle hekimler tarafından birinci basamağa mal edilmesi olabilir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN BAĞIŞIKLAMA PROGRAMININ YASAL DURUMUNA İLİŞKİN GÖRÜŞÜ VE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Aşının Güvenliği ve Kabulüne İlişkin Yasal Düzenlemeye İlişkin Görüşü ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda araştırma grubunun tümüne yakını eğitim öncesi aşının güvenliği ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünmekte (104 kişi; % 95.4) iken eğitim sonunda 107 kişidir (% 98.2); aralarında istatistiki yönden önemli farklılık yoktur ($p>0.05$). Bunun nedeni sağlık çalışanlarının yasal düzenleme ile ilgili daha evvelden bir tutum geliştirmiş olması ve bu konuda görüş birliği içerisinde olması olabilir. Benzer şekilde Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hekim dışı sağlık personelinin çoğunluğu (% 90) bağışıklama hakkında yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünmektedir (91).

Yunanistan'da üçüncü basamak hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte ikisi, sağlık çalışanlarının zorunlu aşılarını desteklemektedir (104). Bir Alman Üniversite Hastanesi'nde yapılan çalışmada Alman sağlık çalışanlarının üçte ikisinden biraz fazlasının (% 68.4) genel olarak sağlık çalışanları için zorunlu aşıları desteklediği ve bu konuda hekimler ile hemşireler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır (105). Bizim çalışmamızda katılımcıların neredeyse tümü (% 94.6) sadece sağlık çalışanları için değil; bağışıklama programındaki tüm aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedirler. Aşı kararsızlığı ve reddi olguları ülkemizde ve diğer Avrupa ülkelerinde sağlık çalışanlarını endişelendirmektedir, ancak aşı zorunluluğu konusunun Avrupa ülkeleri'nde, ülkemize göre daha çok kişisel hak ve özgürlükler bağlamında ele alınması, bu farklılığın sebebi olabilir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN AŞILANMAMA DURUMUNUN BELİRLEYENLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞÜ VE AŞILANMAMA DURUMU İLE İLGİLİ TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Eğitim Öncesinde Aşılammamanın Belirleyenlerine İlişkin Görüşleri

Aşılammayan çocukların özelliklerini ortaya koyan 126 çalışmanın (yayınlanmış resmi dökümandan kişisel sayfanın fotokopisine kadar) gri literatür derlemesinde hizmet sunumu, ebeveyn bilgi ve tutumlarının en önemli kategoriler olduğu saptanmıştır. Çok sık belirtilmesine rağmen, ailenin özelliklerinin, belirleyicilere göre daha fazla risk faktörü olduğu görünmektedir. Aşılammamada risk faktörleri şunlardır: bağışıklama hizmetinin erişemez olması; sağlık çalışanlarının motivasyonu, performansı / yeterliliği ve tutumlarının zayıf olması; aşı depolarının veya soğuk zincir sorunları nedeniyle aşının temin edilememesi; yanlış kontrendikasyonlar; çocuğun anne babasının aşı için ne zaman ve nereye gitmesi gerektiğini bilmemesi; daha önceki aşı yan etki deneyimlerinden korkma; önceliklerin çakışması (örn. yoksul bir ailenin aşı için saatlerce bekledikten sonra o gün aileyi beslemek için uzak mesafeye gitmesi zordur) (62). Literatür ile uyumlu şekilde araştırmamızda katılımcılar aşılammadıkları kişiler ile ilgili olarak sırasıyla kişilerin yer değiştirme/taşınması (% 45.4); aşırı ihmal etmeleri (% 38.0); aşılamanın yararının anlaşılmmaması (% 19.4); bilgi eksikliği; daha önce yaşanan kötü bir deneyim (% 14.8); kişinin çok meşgul olması, evden ya da işten ayrılamaması (% 12.0); aşı temininde zorluk (% 6.5); aile sağlığı merkezine ulaşamayacak kadar yoksulluk (% 3.7); ailenin aşırı yaptırmak istememesi (% 3.7); aile sağlığı merkezine coğrafi olarak uzaklık (% 2.8); konu ile ilgili hadis olması (% 1.8); kadın doğum uzmanının önermemesi (% 0.9); kişinin mevcut tıbbi durumu (% 0.9); başka aile sağlığı merkezinde aşılammış olma (% 1.8) durumunu ifade etmişler.

Çalışmaya Katılanların Eğitim Sonunda Aşılammamanın Belirleyenlerine İlişkin Tutumları

Araştırmamıza katılanların çoğunluğu (% 78.4) bağışıklama programı dışındaki bazı aşılammaların pahalı olmasının (örn: HPV, Rotavirus), (% 88.3) ve sağlık ve hastalıklardan korunma ile ilgili inançlar ve tutumların aşılammama sebebi olabileceğini, (% 80.1) aşılammama/aşılammama açısından bağışıklama hizmetinin erişebilirliğinin önemli olduğunu düşünmektedir. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur (62).

Çalışmaya Katılanların Aşılammama Durumunda Kültürel ve Dini Faktörlerin Etkisine İlişkin Görüşleri ve Gelecek İçin Tutumlarının Karşılaştırılması

Çapanoğlu'nun tezinde sağlık çalışanlarının etnisitenin aşı reddi üzerinde etkili olabildiğini, iletişim problemi yaşanabildiğini düşündükleri saptanmıştır. Dini sorumlulukları nedeniyle aşığı reddedenlerin, aşığı yeniden kabul etmelerinin zor olduğuna değinilmiştir (73). Etnisitenin aşı ile ilgili karar üzerindeki etkisine ilişkin, Healy ve ark.nın Houston, Texas'da yaptığı çalışmada; beyaz ebeveynlerin, aşılammaya karar verirken bir ziyarette kaç aşı olunacağını beyaz olmayanlara göre daha çok önemseydiği saptanmıştır (100). Eğitim öncesinde 42 kişi (% 38.2) bazı kültürel ve dini faktörlerin aşılanna/aşılammama nedeni olabileceği görüşüne katılmakta iken, eğitim sonunda 46 kişi (% 41.8) bazı kültürel ve dini faktörlerin aşılanna/aşılammama nedeni olabileceğini düşünmektedir ($p=0.694$). Bunun nedeni katılımcıların sağlığın sosyal belirleyenlerinden birisi olan etnisite ve dini sağlık hizmeti verirken yeterince önemsememeleri olabilir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN AŞI KARARSIZLIĞI/REDDİ VAKASI DENEYİMİ VE VAKA YÖNETİMİNDE GELECEK İÇİN TUTUMLARI

Çalışmaya Katılanların Karşılaştığı Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakalarında Kararsız Kalınan ya da Reddedilen Aşılar ve Nedenlerinin Dağılımı

Amerika'da Gust ve ark.nın çalışmasına göre sağlık hizmeti sağlayıcılarının % 85'i her yıl aşı reddi ile karşılaşmaktadır (106). Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hekim dışı sağlık çalışanlarının bağışıklamaya ilişkin tutumunun araştırıldığı çalışmada katılımcıların üçte birinin (% 34) kendini ya da çocuğunu aşılatmakla ilgili tereddüdü olan vaka ile karşılaştığı ya da yakını olduğu saptanmıştır (91).

Bizim çalışmamızda araştırma grubunun yaklaşık yarısı (% 45.9) aşı kararsızlığı veya reddi vakası ile karşılaşmıştır. Bu katılımcıların üçte biri (% 29.4) kararsızlık ya da reddin hangi aşığı karşı olduğunu bildirmemiştir. Aşı kararsızlığı/reddi vakası deneyimi olan katılımcıların bildirdiği en sık ilk üç aşı (% 47.1) ulusal aşı takvimindeki tüm aşılar, % 7.8'si KKK aşısı, % 5.9'u beşli karma aşıdır. Benzer şekilde Çapanoğlu'nun tez çalışmasında birinci basamak sağlık kurumlarının aşının temel olarak uygulandığı yerler olması nedeniyle birinci basamak çalışanlarının çocukluk çağı aşılarını reddeden aileler ile karşılaşmasının daha olası olduğu belirtilmiştir (73).

Aşı kararsızlığı/reddi vakasıyla karşılaşan katılımcıların yaklaşık üçte biri (% 60.7) hangi nedenle kararsızlık/red yaşandığını bildirmemiştir. Karşılaşılan aşı kararsızlığı/reddi vakalarında bildirilen en sık ilk üç neden aşının zarar vereceği düşüncesi (% 7.8), aşının yan etkisi (% 7.8) ve dini nedenlerdir (% 5.9). Benzer şekilde Topçu ve ark.nın ülkemizde aşı kararsızlığı ve reddini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmada “aşının çocuklar için zararlı olabileceği” ve “aşıya güvensizlik” inanışlarının en çok belirleyici faktörler olduğu saptanmıştır (75). Gust ve ark.nın araştırmasında da önde gelen aşı ile ilgili endişe, aşının güvenliliğine ilişkindir (106). Çapanoğlu’nun tez çalışmasında ülkemizde sağlık çalışanları aşının domuz ürünü ihtiva etmesi nedeniyle haram olması, bazı dini cemaat liderlerinin aşı aleyhinde fetvasının olması gibi dini nedenlerle aşığı reddeden aileler ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir (73).

Çalışmaya Katılanların Deneyimlediği Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakası Görüşmesinde Davranış ve Sonuçlarının Dağılımı

Aşı kararsızlığı/reddi vakası yönetiminde, nasıl davranıldığına ilişkin katılımcıların yanıtlarının üçte biri (% 35.1) kişiye eğitim verildiği, çok azı (% 3.6) kişinin TSM’ye yönlendirildiği, % 3.6’sı aşı reddi hakkında tutanak tutulduğu, % 1.8’i kişinin sonraki görüşmelerde ikna olması için beklenildiği şeklindedir.

Aşı kararsızlığı/reddi vakası ile karşılaşan katılımcıların % 70’i daha sonra görüşme planlamıştır.

Araştırma grubunda aşı kararsızlığı/reddi vakası ile karşılaşan katılımcıların yaklaşık yarısının görüşmesi aşılammama şeklinde sonuçlanmıştır.

Verilen eğitim sonrası katılımcıların büyük çoğunluğu (% 95.5) aşı karşıtı kaynaklardan edindiği bilgilere karşı doğru yanıtlar verebileceğini belirtmiştir.

Çalışmaya Katılanların Eğitim Sonunda Aşı Kararsızlığı/Reddi Vakası Yönetiminde Dikkat Edilmesi Gerekenlerle İlgili Tutumu

ABD’de klinisyenlerin ebeveynlerle grip aşısı hakkında nasıl iletişim kurduğunu ve bu iletişim sırasındaki davranışlarının ebeveynin aşı kararı vermesi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, ebeveynlerin başlangıçta direnç göstermeleri durumunda klinisyenler, aşığı önermeyi sürdürürlerse ebeveynlerin aşı kabullerinin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (aşığı önermeyi sürdürmeyenlere göre) (107). Healy ve ark. tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmeti sağlayıcısı ve ebeveyn iletişiminin etkililiğinin, sağlık çalışanının ebeveynin endişesini tam olarak anlamasına ve ele almasına bağlı olduğu ifade edilmiştir (100). Bizim

çalışmamızda araştırma grubunun çoğunluğu aşı ile ilgili tereddüdü olan kişiyi hemen tespit edeceğini (% 96); aşıya ikna sürecinin ilk görüşmede olumlu sonuçlanmaması, daha sonraki görüşmelerden sonuç alınmayacağı anlamına gelmeyeceğini (% 93.7) belirtmiştir.

Bir sistematik derleme, düşük aşı kabulünün, sağlık profesyonelleriyle bağışıklama hakkında endişeleri tartışma süresinin, derinliğinin yetersiz ve sağlık çalışanının kibirli, önemsemez tavrı ile birlikte görüşmenin zor olması algısı ile ilişkili olduğunu saptamıştır (108). Başka bir çalışma ise ebeveynlerin soru sormak için fırsat istediklerini, ancak bunu yaparken kendilerini güvende hissetmediklerini ortaya koymuştur (108). Kempe ve ark.nın 696 pediatri ve aile hekimi uzmanı ile yaptığı çalışmaya göre katılımcıların % 10'u çocukluk çağı aşılarını reddeden aileleri, her zaman ya da sıklıkla klinikten kovmaktadır (108). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanların yaklaşık % 80'i aşı tereddüdü nedenlerini anlamak için kişilere açık uçlu sorular soracağını ve % 96'sı aşı ile ilgili konuşurken oldukça yalın bir dil kullanacağını belirtmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların üçte birinden fazlası (% 37.8) görüşme sırasında gerekirse kişi ile tartışabileceğini ifade etmiştir. Aşı kararsızlığı/reddi olgu yönetiminde, kararsızlık ya da red sebebinden bağımsız olarak aşıya güven inşasında iletişimin öneminin anlaşılmaması sadece ülkemize özgü değildir.

Çalışmaya Katılanların Eğitim Sonunda Bir Aşı Kararsızlığı Olgusuna Yaklaşımları

Çalışmamızda eğitim sonunda “Biriminize kayıtlı bir bebeğin 1. ay takibi sırasında Hepatit B aşısı 2. dozunu önerdiniz, aile sağlığı elemanınıza yönlendirdiniz ve bebeğin ebeveyni size aşı ile ilgili “Ben doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılar lüzumsuz.” görüşüne sahip olduğunu ifade etti. Ne cevap verirsiniz?” olgu sorusuna katılımcıların çoğu (% 86.2) “Anlıyorum, bebeğinizin doğal bağışıklığının aşı ile önlenabilir hastalıklarla baş edebileceğini düşünüyorsunuz. Nasıl bu kanıya vardınız?” şeklinde doğru yaklaşım göstermiştir (81). Bunun nedeni, eğitim programında aşı kararsızlığı/reddi vaka görüşmelerinde kişileri aşığı kabul noktasına getirmekte benimsenmesi gereken iletişim tekniklerinin anlaşılması olabilir.

Çalışmaya Katılanların Aşı Reddi/Tereddüdü İle Karşılaşmada İletişim Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu ve Gelecek İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Bir şeyi nasıl söylediğimiz, en az ne söylediğimiz kadar önemlidir. Aşılama hakkında kanıta dayalı karar verilmesini istediğimizde, sadece mesajımızın içeriğine değil iletişim sürecine de odaklanmalıyız (109). Pratisyen hekimler, hastalarının aşı ile ilgili endişelerini görüşmek/yönetmek için iletişim becerilerine odaklanan araç ve eğitimlerden fayda görecektir (82). ABD’de yapılan bir çalışmada klinisyenlere yönelik etkili iletişim uygulamalarının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır (107). Bizim çalışmamızda eğitim öncesi aşı reddi /tereddüdü ile karşılaşmada eğitim iletişim açısından 83 kişi (% 75.5) kendini hazır hissediyorken, eğitim sonunda 106 kişi (% 96.4) hazır hissetmektedir ($p=0.00$); verilen eğitim ile aşı kararsızlığı/reddi vakası yönetiminde iletişim becerileri açısından olumlu tutum değişikliği saptanmıştır.

Çalışmaya Katılanların Aşı Reddi/Tereddüdü İle Karşılaşmada Gerekliklik ve Etkililik Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu ve Gelecek İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili endişelerinin doğası, aşılarda güvenliliği ve etkili hakkındaki endişeler, hastalarının öykülerinden, korkularından ve karşılaştıkları kararsız vaka sayısının belirtisi olabilir. Sağlık çalışanlarının, aşı ile ilgili sorulara ve sanal ortamlarda muğlak bilgilere maruz kalmaları, özellikle vaka sonrası bir dönemde, sağlık çalışanının aşının güvenliğine ve yararına ilişkin güvenini etkileyebilir. Şu açıktır ki sağlık çalışanlarının kendilerinde aşya ilişkin güven inşa etmek ve daha fazla iletişim gereklidir (99). Eğitim öncesi aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde gerekliklik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç duyanlar 52 kişi (% 50.5) iken eğitim sonunda 8 kişidir (% 7.8) ($p=0.00$). Çalışmaya katılanların, aşılarda gerekliklik ve etkililiği endişesi nedeniyle aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminde olumlu tutum geliştirilmesi sağlanmıştır.

Çalışmaya Katılanların Aşı Reddi/Tereddüdü İle Karşılaşmada İçerik ve Güvenilirlik Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu ve Gelecek İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine (IOM)) 2013 Ocak ayında yayınladığı raporda ebeveynlerin ve aşı ile ilgilenenlerin endişelerini tam olarak ele almakta bilimsel

kanıtların yeterli olmayabildiğini; halkın sağlık çalışanlarına güvenini artırmaya ve bağışıklama programının güvenilirliğine ilişkin sağlık çalışanları ve halkın (ebeveynler dahil) iletişiminin iyileştirilmesine gereksinim olduğunu belirtmiştir (110). Bizim çalışmamızda, eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde içerik ve güvenilirlik ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 72 kişi (% 69.9) iken eğitim sonunda 8 kişidir (% 7.8) ($p=0.00$). Çalışmaya katılanların, aşılardan içerik ve güvenliği endişesi nedeniyle aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminde olumlu tutum geliştirilmesi sağlanmıştır.

Çalışmaya Katılanların Aşı Reddi/Tereddüdü İle Karşılaşmada Yan Etkiler Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu ve Gelecek İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Klinisyenlerin aşıya güven kaybının bir nedeni de aşıya bağlı ciddi yan etkilerin olduğu ve bunun halka açıklanmadığı gibi tartışmalardır (101). Sağlık çalışanlarının, aşılarda güven ve onayını sağlama çabası, sağlıklı toplum içinde aşılamaı bir değer olarak sağlamak ve sürdürmek için gereklidir (99). Eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde yan etkiler ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 50 kişi (% 48.5) iken eğitim sonunda 7 kişidir (% 6.8) ($p=0.00$). Çalışmaya katılanların, aşılardan yan etkisi nedeniyle aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminde olumlu tutum geliştirilmesi sağlanmıştır.

Çalışmaya Katılanların Aşı Reddi/Tereddüdü İle Karşılaşmada Komplo Teorileri Açısından Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu ve Gelecek İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Çapanoğlu'nun tez çalışmasında sağlık çalışanlarının bazıları, aşının kötücül güçlerin zarar verici eylemleri ile bağdaştırıldığı için aşından kaçınan kimseler ile karşılaştığını ifade etmiştir (73). Bizim çalışmamızda eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde komplo teorileri ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 63 kişi (% 60.4) iken eğitim sonunda 9 kişidir (% 8.7) ($p=0.00$). Çalışmaya katılanların, komplo teorileri nedeniyle aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminde olumlu tutum geliştirilmesi sağlanmıştır.

SONUÇLAR

1. Aile hekimlerinde kendilerine ilişkin erişkin dönem aşılması ile ilgili mevsimsel grip aşısı haricinde eğitime bağlı olumlu yönde tutum değişikliği gelişmemiştir, ancak tamamına yakını bağışıklama hizmetlerinin yaşam boyu devam etmesi gerektiğini düşünmektedir.
2. Aile hekimlerince yaptırıldığı belirtilen aşılardan yaklaşık dörtte üçü, ulusal aşı takvimindeki aşılardan tümüne ilişkin olup çocukluk çağı aşılması dominant (Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyasından itibaren çocukluk çağı bağışıklamasının hedeflendiği ve çocukluk çağı bağışıklama hizmetlerinin, sağlık hizmetleriyle bütünleştirilerek sürdürüldüğü) kültürümüzde bu oran düşüktür.
3. Aile hekimlerinin dörtte biri ve İl Aşı Yönetim Ekibi hekimlerinin üçte biri, çocuğunun / çocuklarının, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılar ihtiyacı duymadığını düşünmektedir. Katılımcıların aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklara atfettikleri risk algısı düşüktür.
4. Aile hekimleri yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınlarına en çok İnfluenza, Pnömonokok ve Meningokok aşılarını yaptırmışlardır.
5. Aile hekimleri sağlık çalışanı bağışıklamasını yeterince önemsememektedir.
6. Aile hekimlerinin yaklaşık beşte biri, bağışıklamada kaçırılmış fırsata neden olmaktadır.
7. Sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan etkileri ile ilgili açıklamalar aile hekimleri açısından kafa karıştırıcı olabilir.
8. Aile hekimlerinde ve İl Aşı Yönetim Ekibi'nde çocuğunu aşılatmayan ve aşının içerdiğini düşündüğü ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) nedeniyle herhangi bir aşuyu reddeden olmamıştır.

9. Aile hekimlerinin çok azı, aşı üreticisine güvenmediği için aşı karşıtı karar verdiğini belirtmişken; yaklaşık yarısı, aşılarda üretim süreci ve aşı güvenliği konusunda kafa karışıklığı yaşamaktadır.
10. Aile hekimlerinin üçte biri herhangi bir aşının, içinde bulunduğu topluluk tarafından daha önce reddedildiğini ifade etmiştir.
11. Aşıların yan etkileri ve içeriği aile hekimlerinde ve İl Aşı Yönetim Ekibi hekimlerinde aşırıya güvensizlik sebebi değildir.
12. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu ve İl Aşı Yönetim Ekibi hekimlerinin tümü, bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için toplumdaki otoritelerin aşı ile ilgili tutumunun çok önemli olduğu görüşündedir.
13. Aile hekimlerinin büyük bir kısmı ve İl Aşı Yönetim Ekibi hekimlerinin tümü, toplum bağışıklığı kavramını bilmekte; aşı reddi ve kararsızlığını toplum bağışıklığı için tehdit unsuru olarak görmektedir.
14. Birçok aile hekimi, aile hekimliği biriminde aşı teminiyle ilgili sıkıntı yaşamaktadır. Aile hekimleri aşı programlarının uygulama şekline göre bazı aşılarda (örn: BCG) uygulamada zorluk çekmektedirler.
15. Aşıların maliyeti aile hekimlerinin bir kısmı için maddi erişim engeli niteliğindedir.
16. Aile hekimleri ve İl Aşı Yönetim Ekibi hekimleri, verilen eğitimle birlikte bağışıklama hizmetlerinde tüm basamakların sorumluluğu olduğuna yönelik tutum değişikliği göstermiştir.
17. Aile hekimleri, bağışıklama programındaki tüm aşılarda zorunlu olması gerektiğini düşünmektedirler.
18. Aile hekimleri en sık sırasıyla kişilerin yer değiştirme/taşınması; aşırı ihmal etmeleri; aşılanmanın yararının anlaşılabilmesi nedenleriyle kişileri aşılayamamışlardır.
19. Aile hekimlerinin çoğunluğu, kültürel ve dini faktörlerin aşılama/aşılanmama nedeni olabileceğine katılmamaktadır.
20. Aile hekimleri arasında aşı kararsızlığı/reddi vaka deneyimi bir hayli fazladır; yaklaşık yarısı en sık GBP aşılarda, KKK ve beşli karma aşısı ve aşının zarar vereceği düşüncesi, aşının yan etkisi ve dini nedenler olmak üzere aşı kararsızlığı veya reddi vakası ile karşılaşmıştır.
21. Aşı kararsızlığı/reddi vaka yönetiminde TSM'ye yönlendirmek, aşı reddi hakkında tutanak tutmak, kişinin sonraki görüşmelerde ikna olması için beklemekten ziyade kişiye eğitim verilmektedir.

22. Motivasyonel görüşme tekniğinde dikkat edilmesi gerekenler tartışmacı üslup haricinde katılımcıların çoğu tarafından anlaşılmıştır.
23. Aile hekimlerine ve İl Aşı Yönetim Ekibi'ne verilen eğitim ile aşı kararsızlığı/reddi vakalarını yönetim kapasitelerinin artırılması sağlanmıştır. Katılımcıların tamamına yakını aşı karşıtı kaynaklardan edindiği bilgilere karşı doğru yanıtlar verebileceğini belirtmiştir.

ÖNERİLER

1. Aile hekimlerinin, kendilerine erişkin çağda yapılması gereken aşıları yaptırma konusunda eğitime bağlı olumlu yönde tutum değişikliğinin gelişmemesi, bu konuda eğitimin tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir. Erişkin bağışıklama konusunda Sağlık Bakanlığı'nın aşılama programı oluşturması ve Tıp Fakülteleri'nin eğitim müfredatında daha önemle yer alması yaşam boyu bağışıklama kavramının içselleşmesinde ve hekimlerin kendilerini aşılatmasında etkili olabilir.
2. Mevsimsel grip aşısının sağlık çalışanları açısından önemi ve gerekliliği her yıl influenza aşısı döneminden önce verilecek hizmet içi eğitim ile anlatılmalı ve aşı ile ilgili çekinceler aydınlatılmalı, hekimler büyük oranda aşırı kabul ve hastalarına öneri noktasına getirilmelidir.
3. Aile hekimlerinin İl Aşı Yönetim Ekibi'nin, çocuklarını aşılatıp aşılatmadıkları takip edilmeli, aşılatmama durumu tespit edilirse nedenleri araştırılmalıdır ve gereksinimler doğrultusunda bir eğitim planı oluşturulup varsa çekinceler giderilmelidir.
4. Aşı kararsızlığı ya da reddinin önemli bir bileşeninin düşük risk algısı olduğu bilinmektedir; özellikle hekimlerin aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıkların riskini doğru değerlendirmeleri önemlidir. Bu doğrultuda aile hekimlerine hizmet içi eğitimle aşı ile önlenabilir hastalıklar sürveyansından elde edilen bilgiler verilmelidir. Sürveyans verileri kamuoyu ile paylaşılmalı, mezuniyet öncesi tıp eğitimi (MÖTE) ve mezuniyet sonrası tıp eğitimine (MSTE) kanıta dayalı bilgi sunma olanağı sağlanmalıdır.
5. Aile hekimlerinin ve İl Aşı Yönetim Ekibi'nde yaşlı veya kronik hastalığı olanların bağışıklanmasıyla ilgili tutumları ve kendi durumları izlenmelidir.

6. Sağlık çalışanlarının bağışıklamanın öneminin hekimler tarafından içselleşmesi ve davranışa dönüşmesi için tıp eğitimi müfredatında erişkin bağışıklamasında özel bir grup olan sağlık çalışanlarının aşılmasının önemi anlatılmakla kalmamalı, hekimlerin henüz öğrenci iken aşılması sağlanmalı ve izlenmelidir. Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütü sağlık çalışanı aşılmasının önemini ve gerekliliğini gündeminde ve yayınlarında daha çok işlemelidir.
7. MÖTE’nde ve aile hekimlerinin hizmet içi eğitimlerinde, başvuran değerlendirmesinde bağışıklama öyküsü alma ve kaçırılmış fırsatların önlenmesine yer verilmeli/ vurgulanmalıdır.
8. Aşı ile endişe kaynağı olabilen sosyal medyaya aşı ile ilgili paylaşımlarla ilgili düzenleme getirilmelidir. Sosyal medyada aşı ile ilgili spekülasyon bilgilerin yer alması ve paylaşılması engellenmelidir.
9. Güven sağlama ve lojistik sürdürülebilirlik için ülkemizde aşı üretimi kamu eliyle gerçekleştirilmeli, dışarıdan satın alınmamalıdır.
10. Aile hekimlerinin içinde bulundukları topluluk tarafından aşı reddinin boyutu aşı kararsızlığı/reddinin ülkemizde olduğu boyuta bir işarettir. Sorunun boyutu, ilgili aşılar ve nedenlerine ilişkin daha kapsamlı pek çok araştırma gerçekleştirilmelidir.
11. Dini ve siyasi liderler ile akademisyenler ve sağlık çalışanlarının aşı ile destekleyici tutumunu geliştirmek için kararlı bir politik isteklilik gösterilmelidir.
12. Başta BCG aşısı olmak üzere tüm aşılar Sağlık Bakanlığı tarafından yeterince temin edilmelidir.
13. Aşı maliyeti nedeniyle çocuğunu aşılatamama durumunun sorun alanı olmaktan çıkarılması ile ilgili tedbir alınmalıdır.
14. Aşının kabulü artırılması için bağışıklama programındaki tüm aşılarda zorunlu olması hususunda mevzuatta değişiklik yapılmalıdır.
15. Tıp Fakültelerinin tıp eğitimi programında sağlığın sosyal belirleyicilerinin bağışıklama hizmetlerine etkileriyle başatma/geliştirme eğitimi verilmelidir.
16. Aile hekimleri ve İl Aşı Yönetim Ekibi karşılaştıkları aşı kararsızlığı/reddi vakalarına motivasyonel görüşme tekniklerini uygulayarak yönetmelidirler.
17. Aile hekimlerinin ve İl Aşı Yönetim Ekibi’nin aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakaları ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklamaya ilişkin bilgilerini güncelledikleri, aşılammama olgusu ve aşı kararsızlığı/reddini anladıkları ve tutum geliştirmelerini amaçlayan hizmet içi eğitimin sistematik olarak sürdürülmesi gereklidir.

ÖZET

Ülkemizin aşı konusunda güvenli ve olumlu bir deneyimi olmasına rağmen, aşılarda ilgili kaygı, çekince ve yanlış inanışlar yaygınlaşmış; aşı kararsızlığı, aşı reddi ve aşı karşıtlığı yaklaşımları yıllar içerisinde artmaktadır. Sağlık çalışanları en güvenilen danışman ve aşılama kararını etkileyendir ve aşı hakkında en güvenilir bilgi kaynağı olmayı sürdürmeleri için desteklenmelidir.

Bu çalışma ile Edirne ilinde aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimlerinin ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibinin (hekimler) aşı kararsızlığı ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklama ile ilgili bilgi güncelleme, aşı kararsızlığı ya da aşılama ile ilgili bilgi düzeylerini artırma ve buna karşı tutum geliştirmelerini sağlayarak yeni aşı kararsızlığı ve reddi olgularının ortaya çıkmasının önlenmesi ve mevcut olguların doğru şekilde yönetilmesi hedeflenmektedir.

Araştırma, müdahale araştırması olarak planlandı. Araştırma 20.05.2019 ile 01.08.2019 tarihleri arasında Edirne ilinde çalışmakta olan tüm aile hekimleri ve il aşı yönetim ekibiyle yapıldı. Edirne ilinde çalışmakta olan 126 aile hekimi ve Edirne ili aşı yönetim ekibinde yer alan 9 hekim olmak üzere 135 kişi araştırmanın evreni olarak kabul edildi. Eğitimlere 115 kişi katıldı; 2 kişi eğitim öncesi anket formunu, 2 kişi eğitim sonu anket formunu eksik yanıtlamaları nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Katılımcıların, eğitimin ilk 15 dakikasında sadece eğitim öncesi anketi uygulamaları sağlandı. Eğitim araştırmacılar tarafından verildi. Eğitimin sırasında aşı sonrası istenmeyen etkilerden, aşılarda içeriğinden ve aşı kararsızlığı vaka yönetimi için etkili iletişimden bahsedildiği sırada ilgili materyaller dağıtıldı. Eğitim sonrası eğitim sonu anketi uygulandı.

Araştırmada elde edilen sonuçların analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare analizleri kullanılmıştır.

Müdahalenin etkililiğinin değerlendirilmesinde rölatif etkililik, atfedilen etkililik ve etkililik (koruyuculuk) boyutu (yüzdesi) hesaplanmıştır.

Katılımcıların mevsimsel grip aşısını yaptıрма, çocuğuma/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptıрма, yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınlarını aşılatma tutumu, sağlık çalışanlarına HepA ve KKK aşısı yapılması gerekliliği bilgisi, aşılanma isteği dışında başvuranları aşılatma ve aşı reddi ile karşılaşmada iletişim açısından hazır hissetme, aşı reddine sahip kişilerle görüşmede gereklilik ve etkililik, içerik ve güvenilirlik, yan etkiler, komplo teorileri ile ilgili desteğe ihtiyaç duyma açısından eğitim öncesine göre eğitimden olumlu etkilendikleri saptandı.

Aile hekimlerine verilen eğitim ile aşı kararsızlığı/reddi vakalarını yönetim kapasitelerinin artırılması sağlanmıştır.

Aile hekimlerinin aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakaları ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklamaya ilişkin bilgilerini güncelledikleri, aşılanmama olgusu ve aşı kararsızlığı/reddini anladıkları ve tutum geliştirmelerini amaçlayan hizmet içi eğitimin sistematik olarak sürdürülmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Edirne, aşı kararsızlığı, aile hekimi, müdahale çalışması.

**FAMILY PHYSICIANS AND EDIRNE VACCINE MANAGEMENT
TEAM WORKING IN THE EDIRNE PROVINCE INTERVENTION
STUDY FOR IMPROVING INFORMATION AND ATTITUDE
RELATED TO VACCINE HESITANCY**

SUMMARY

Although our country has a safe and positive experience in vaccination, anxiety, reservations and false beliefs about vaccines have become widespread; vaccine hesitancy, vaccine rejection and anti-vaccine approaches have been increasing over the years. Health professionals are the most trusted counselors and influencers of the vaccination decision and should be supported to continue to be the most reliable source of information about the vaccine.

In this study, family physicians working in family medicine units in Edirne province and Edirne Vaccine Management Team (physicians) to improve their capacity to cope with vaccine hesitancy, update information about immunization, vaccine hesitancy or non-vaccination by increasing their knowledge levels. The aim is to prevent the emergence of new vaccine hesitancy and rejection cases and to manage the existing cases correctly.

The research was planned as an intervention research. The study was carried out with all family physicians and provincial vaccine management team working in Edirne between 20.05.2019 and 01.08.2019. The population of the study consisted of 126 family physicians working in Edirne and 9 physicians in the vaccine management team in Edirne. 115 people

participated in the trainings; 2 people were excluded from the study due to incomplete answers to the pre-training questionnaire and 2 post-training questionnaires.

Participants were only provided with a pre-training questionnaire during the first 15 minutes of the training. The training was given by researchers. During the training, relevant materials were distributed at the time of mentioning undesirable effects after vaccination, the content of vaccines and effective communication for vaccine hesitancy case management. Post-training questionnaire was applied after the training.

Descriptive statistics and chi-square analyzes were used in the analysis of the results. In evaluating the effectiveness of the intervention, relative effectiveness, attributed effectiveness and effectiveness (protection) dimension (percentage) were calculated.

Attitudes of the participants were positively affected by intervention to receive the seasonal flu vaccine, to give all vaccinations to their child / children in the immunization program, to vaccinate their relatives with elderly or chronic diseases, to inform the health workers about the necessity of vaccination against HepA and MMR, to vaccinate the applicants except for the desire to be vaccinated; and in terms of communication readiness to meet vaccine rejection, necessity and effectiveness in interviewing people with vaccine rejection, content and reliability, side effects, need for support with conspiracy theories.

With the training provided to family physicians, the capacity to manage vaccine hesitancy / rejection cases was increased.

To increase the capacity of family physicians to cope with vaccine hesitancy and vaccine rejection cases, it is necessary to systematically carry out in-service training that aims to improve their knowledge of immunization, understand the phenomenon of non-vaccination and vaccine hesitancy/ rejection and aim to develop attitudes.

Key Words: Edirne, vaccine hesitancy, family physician, intervention study.

KAYNAKLAR

1. Plotkin SL, Plotkin SA. A Short History of Vaccination. In: Plotkin S. A (Ed). Vaccines (Plotkin). 7th edition. Philadelphia, PA:Elsevier;2018:1.
2. Fişek N. Koruyucu Hekimlik İlkeleri. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacattepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını;1983:12.
3. Fişek N. Bağışıklama. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacattepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını;1983:66.
4. Akın L. Bağışıklama. (editörler: Güler Ç, Akın L.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3 Hacettepe Üniversitesi Yayınları: Ankara:1456-57.
5. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Discussing Vaccines With Patients and Parents. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. (Eds) Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics;2015:9.
6. who.int [internet]. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy (Güncellenme tarihi: Ocak, 2015; Erişim tarihi: 13.11.2019). https://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager.pdf?ua=1 .
7. who.int [internet]. Ten threats to global health in 2019 (Güncellenme tarihi:2019; Erişim tarihi:13.11.2019). <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

8. Eskiocak M. Aşılammama, Aşılatmama ve Türkiye’de “Aşı Reddi” Tartışmasına Kısa Bir Katkı. Toplum ve Hekim 2018;33:(3):220-2.
<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browseRecord.php?action=browse&-recid=2850>.
9. ttb.org [internet]. Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü[1] (Güncellenme tarihi: 06.11.2018; Erişim tarihi: 13.11.2019). http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99.
10. Saltık A, Bilge Y. Anayasa Mahkemesi’nin Aşı Reddini Anayasaya Uygun Bulan Kararının Tıbbi Açısından İrdelemesi. 3 Uluslararası Sağlık Bilimleri, Ankara, Türkiye. 2018. (Erişim tarihi: 13.11.2019).
http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/12/ANAYASA_MAHKEMESI%E2%80%99nin_ASI_REDDINI_ANAYASAYA_UYGUN_BULAN_KARARININ_TIBBI_ACIDAN_IRDELEMESI.pdf.
11. who.int [internet]. Improving vaccination demand and addressing hesitancy (Güncellenme tarihi:16.08.2019; Erişim tarihi:13.11.2019).
https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/.
12. Larson H, Karafillakis E, Antoniadou E, Baka A, Baban A, Watel PP, et al. Background: ECDC Technical Report Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe A qualitative study. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC):2015:1 doi 10.2900/425780. (Erişim tarihi: 17.11.2019).
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers.pdf>.
13. who.int [internet]. Immunization (güncellenme tarihi:2019; erişim tarihi:13.11.2019).
<https://www.who.int/topics/immunization/en/>.
14. Goal 3, Good Health and Well-Being Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages: The Sustainable Development Goals Report 2019. United Nations: 2019:26 (Erişim tarihi:17.11.2019). <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>.
15. A Global Strategy to Leave No one Behind: Immunization Agenda 2030 A Global Strategy To Leave No One Behind. World Health Organization: 2019 August:3-6 (Erişim tarihi:17.11.2019).
https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_English.pdf?ua=1.
16. Shaping a Strategy for the Future: Immunization Agenda 2030 A Global Strategy To Leave No One Behind. World Health Organization:2019 August:8 (Erişim tarihi:17.11.2019).
https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_English.pdf?ua=1.

17. who.int [internet]. SAGE issues its 2018 assessment report of the Global Vaccine Action Plan (Güncellenme tarihi:05.11.2018; Erişim tarihi:13.11.2019).
https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/.
18. Six Strategic Objectives. In: Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Geneva: WHO press;2013:34-64 (Erişim tarihi:17.11.2019).
https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_Strategic_Objective_1-6.pdf?ua=1.
19. who.int [internet]. Release of the 2018 Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan (Güncellenme tarihi:07.11.2018; Erişim tarihi:13.11.2019).
https://www.who.int/immunization/newsroom/news_release_gvap_2018_assessment_report/en/.
20. Aksu TF. Aşı Üretimi. Okyay P, Dedeoğlu N, Öztekin Z. (Editörler). Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı. Trakya Ün. Matbaası; 2018.
21. Giriş. Etiler N. (editör) Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2019:9. (Erişim Tarihi:17.11.2019).
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf.
22. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye’de Bağışıklama Hizmetleri. Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2019:13-14 (Erişim tarihi: 17.11.2019). http://www.ttb.org.tr/kutuphane/turkiyede_bagisiklama.pdf.
23. Aşı İle Korunabilir Beş Hastalığın Durumu. Türkiye Aşı Kampanyası 1985. Ajans-Türk Matbaacılık Sanayi:1985:20.
24. Eskiocak M, Saltık A. Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Bileşenleri. STED. 1997;6(11).
25. Black M. The Global Drive for Immunization, Children First. In: The Story of UNICEF, Past And Present. Oxford University Press:0-19-828088-2.
26. ankaraism.saglik.gov [internet] Aşı Programları Birimi (Güncellenme tarihi: 10.05.2018; Erişim tarihi:19.05.2019) <https://ankaraism.saglik.gov.tr/TR,67902/asi-programlari-birimi.html>.
27. Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, madde14, Sayı:29258. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>.
28. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, madde7, Sayı:28539, (Ocak. 25,2013). <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20heehberi2.pdf>.

29. Saçaklıoğlu F, Davas A, Döner B, Durusoy R, Ergin I, Erol N. ve ark. Aşı Pazarı Can Pazarı "AŞI ÜRETİMİNİN PERDE ARKASI".Ankara,Mart 2003:15-6. (Erişim tarihi:14.11.2019) http://www.ttb.org.tr/eweb/asi_brosur/.
30. Sağlık Uygulama Tebliği, 2.4.3. (Güncelleme:28.12.2018; Erişim tarihi:19.05.2019) <https://www.teb.org.tr/content/75/SUTSUT>.
31. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi, Sayı: B100TSH 011 0000 13.03.2009/7943 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>.
32. asi.saglik.gov [internet]. Aşı İçerikleri (güncelleme:2018; erişim tarihi:14.11.2019). <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html>.
33. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sayı: B100TSH0110005 (Şubat. 25,2008) (Güncelleme tarihi:17/10/2011). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11080/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>.
34. Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2017 [internet] T.C. Sağlık Bakanlığı (erişim tarihi: 19.05.2019) <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>.
35. Schiller JT, Markowitz LE, Hildesheim A, LowyHuman DR. Papillomavirus Vaccines. In: Plotkin S. A (Ed). Vaccines (Plotkin). 7th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:448.
36. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, sayı: 28539, madde 3 (Ocak. 25,2013) <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20heehberi2.pdf>.
37. ttb.org [internet] Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, madde 12 (Güncellenme tarihi: 26 Ağustos 2015; Erişim tarihi:17.11.2019). http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31.
38. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 1948, madde 23 (Aralık 10,1948). <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
39. Eskiocak M. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü. Pala K. (editör). Ankara: Palme Yayıncılık; 2015:225-59.
40. Campbell S. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. NEng J Med. 2007;357:181-190 DOI: 10.1056/NEJMSr065990 (Erişim tarihi: 19.05.2019). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr065990>.

41. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Active Immunization. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. (Eds) Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics;2015:3-4.
42. Aşı Tipleri. Etiler N. (editör) Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2019:13-4. (Erişim tarihi: 17.11.2019). http://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf.
43. cdc.gov [internet]. Immunology and Vaccine-Preventable Diseases (erişim tarihi:14.11.2019). <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/prinvac.pdf>.
44. Aşılar. Etiler N. (editör) Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2019:43-82 (Erişim tarihi:17.11.2019). http://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf.
45. cdc.gov [internet]. Immunization Schedules (Güncelleme tarihi:05.02.2019 Erişim tarihi:14.11.2019). <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>.
46. dosyahastane.saglik.gov.tr [internet]. Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü (Erişim tarihi:14.11.2019). <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/25033,saglik-personelinin-bulasici-hastaliklara-yonelik-tarama-protokolupdf.pdf?0>.
47. cdc.gov [internet]. Vaccine Information for Adults (Güncelleme tarihi: 05.02.2019 Erişim tarihi:14.11.2019). <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>.
48. asi.saglik.gov.tr [internet] Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılama (Erişim tarihi:14.11.2019) <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/32-mesle%C4%9Feba%C4%9F%C4%B1-riskler-nedeniyle-a%C5%9F%C4%B1lama.html>.
49. who.int [internet]. MODULE 3 Adverse events following immunization (Erişim tarihi: 13.11.2019). https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tech_support/Part-.pdf?ua=1.
50. cdc.gov [internet]. Preparing for Questions Parents May Ask about Vaccines (Güncelleme tarihi: 11.04.2018; Erişim tarihi:14.11.2019). <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/preparing-for-parent-vaccine-questions.html>.
51. vaccine-safety-training.org [internet]. Module 2: Types of Vaccine and Adverse Reactions (Erişim tarihi:14.11.2019) <https://vaccine-safety-training.org/vaccine-components.html>.

52. fda.gov. [internet]. Common Ingredients in U.S. Licensed Vaccines. (Güncelleme tarihi: 04.30.2018, Erişim tarihi:14.11.2019) <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/safety-availability-biologics/common-ingredients-us-licensed-vaccines>.
53. asi.saglik.gov. [internet]. Aşı İçerikleri (Erişim tarihi:14.11.2019). <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html>.
54. cdc.gov [internet]. What's in Vaccines? (güncelleme tarihi: 05.08.2018, erişim tarihi:14.11.2019) <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/additives.htm>.
55. cdc.gov [internet]. Thimerosal in Vaccines (güncelleme tarihi: 27.12.2015, Erişim tarihi:14.11.2019) <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/thimerosal/index.html>.
56. FinnTA, Egan W, Vaccine Additives and Manufacturing Residuals in Vaccines Licensed in the United States. In: Plotkin S. A (Ed). Vaccines (Plotkin). 7th edition. Philadelphia, PA: Elsevier;2018:74-78.
57. Kroger AT. Atkinson WL. Pickering LK. General Immunization Practices Plotkin, Stanley A, Walter OA, Offit, Paul A (editörler) Vaccines (Plotkin). Philadelphia: Elsevier;2018:96-102.
58. Soğuk Zincir. Etiler N. (editör) Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2019:40-2. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf.
59. Kim Farley RJ. Principles of Infectious Disease Control. In: Kim Farley RJ, Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. (editors) Oxford Textbook of Global Public Health. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press;2015:1490.
60. Prins C. Infectious Disease Epidemiology. In: Andresen E. Bouldin E. D. (editors) Public Health Foundations Concepts and Practices. San Francisco, United States: Jossey-Bass; 2010:184.
61. World Health Organization. Intervention Guidebook for implementing and monitoring activities to reduce Missed Opportunities for Vaccination (MOV). Geneva: World Health Organization, 2019:1-2. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV_Intervention_Guidebook.pdf?ua=1.
62. Favina M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 2012;4:(4):229-238.
63. World Health Organization. Vaccination and trust. Copenhagen: publications of the WHO Regional Office for Europe, 2017 (Erişim tarihi: 14.11.2019).

64. who.int. [internet]. Health worker training module: conversations with hesitant caregivers pptx. (Güncellenme tarihi: Mayıs 2017, Erişim tarihi: 14.11.2019). https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/.
65. Definition of Vaccine Hesitancy, its Scope and Vaccine Hesitancy Determinants Matrix: Report of The Sage Working Group On Vaccine Hesitancy. World Health Organization: 01 October 2014:7-13. https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.
66. Arıcan I. Sık Rastlanan Aşı Karşıtı İddialara Yanıtlar, Toplum ve Hekim, 2018;33:(3).
67. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Common Misconceptions About Immunizations and the Institute of Medicine Findings In: Kimberlin D.W. Brady M.T. Jackson M.A. Long S.S. (Eds) Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics;2015:11.
68. Australian Government Department of Health. Questions About vaccination:2018:9 (Erişim tarihi: 18.11.2019) <https://www.health.gov.au/resources/publications/questions-about-vaccination>.
69. Arısoy ES. Çocuklarda Aşılama. Kocaeli Tabip Odası 14 Mart Tıp Haftası Etkinliği. İzmit;2019.
70. cdc.gov [internet]. Making the Vaccine Decision: Addressing Common Concerns (Güncelleme tarihi: 05.08.2019, Erişim tarihi:14.11.2019). https://www.cdc.gov/vaccines/parents/why-vaccinate/vaccine-decision.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2Fparents%2Fvaccine-decision%2Findex.html.
71. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. Vaccine 2014; 32:(29):3623-3629.
72. Yavuz M. Aşı Karşıtlığının Tarihçesi. Toplum ve Hekim 2018;33:(3):187-94.
73. Çapanoğlu, E. Sağlık Çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma (tez). İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
74. Ceyhan M. Aşı Reddi 2017. (Erişim tarihi: 19.05.2019) <https://docplayer.biz.tr/62696905-Asi-reddi-mehmet-ceyhan.html>.

75. Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Şimşek OF, Ulukol B. Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics* 2018;86:(1):38-43.
76. Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society. *Italian journal of pediatrics* 2018;44:1:67. (Erişim tarihi: 18.11.2019).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001041/>.
77. O'Flanagan D, Cotter S, Mereckiene J. VENICE II Consortium. European Centre for Disease Prevention and Control: August 2011- March 2012 No:4.
78. who.int [internet]. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy (güncelleme tarihi: Ocak, 2015 erişim tarihi:14.11.2019).
https://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager.pdf.
79. Tezcan S. Müdahale Araştırmaları. Temel Epidemiyoloji. Ankara. Hipokrat Kitabevi; 2017:978-605-9160-54-4.
80. pitt.edu. [internet]. Before and After Studies in Injury Research (erişim tarihi:14.11.2019) <http://www.pitt.edu/~epi2670/beforeafter/before.pdf>.
81. who.int [internet]. Vaccine Hesitancy 'Survey Questions Related to SAGE Vaccine Hesitancy Matrix Examples of Survey Questions Designed to Assess Determinants of Vaccine Hesitancy (erişim tarihi: 14.11.2019).
https://www.who.int/immunization/programmes_systems/Survey_Questions_Hesitancy.pdf?ua=1.
82. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine* 2015;2:(8):891-897.
83. Killian M, Detoc M, Berthelot P, Charles R, Gagneux-Brunon A, Lucht, F et al. Vaccine hesitancy among general practitioners: evaluation and comparison of their immunisation practice for themselves, their patients and their children. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 2016;35:(11):1837-1843.
84. Türkistanlı E, Şenuzun FE, Karaca BS, San AT, Aydemir G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu. *Ege Tıp Dergisi* 2000;39:(1):29-32.

85. Sökel SK ve Önal Ö. Birinci Basamak Sağlık Personelinin Mevsimsel İnfluenza Aşısı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2016;8:(1).
86. Yekdeş Han D, Altunok A, Eskiocak M, Marangoz B. Bir Üniversite Hastanesindeki Hekimlerin Bağışıklama İle İlgili Tutumları, 2.Uluslararası, 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Antalya, Türkiye;2018.
87. Anikeeva O, Braunack-Mayer A, Rogers W. Requiring influenza vaccination for health care workers. *American Journal of Public Health* 2009;99:(1):24-29.
88. Ciblak MA, Nohutçu N, Gürbüz İ, Badur S, Güldal D. Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012;16:(4):157-163.
89. Posfay-Barbe KM, Heininger U, Aebi C, Desgrandchamps D, Vaudaux B, Siegrist CA. How do physicians immunize their own children? Differences among pediatricians and nonpediatricians. *Pediatrics* 2005;116:(5):e623-e633.
90. Karacaer Z, Öztürk İİ, Çiçek H, Şimşek S, Duran G, Görenek L. Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015;14:(5).
91. Marangoz B, Yekdeş Han D, Eskiocak M. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ndeki Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama İle İlgili Tutumları. 2.Uluslararası, 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Antalya, Türkiye. 2018:109-11.
92. Ridda I, Lindley IR, Gao Z, McIntyre P, Macintyre CR. Differences in attitudes, beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. *Vaccine* 2008;26:(44):5633-5640.
93. Yıldız O. Yaşlılarda bağışıklanma durumu, hekimlerin yaşlı bağışıklaması konusundaki tutumları ve yaşlı bağışıklanmasını iyileştirebilecek önlemler (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi;2014.
94. Kohlhammer Y, Schnoor M, Schwartz M, Raspe H, Schäfer T. Determinants of influenza and pneumococcal vaccination in elderly people: a systematic review. *Public health* 2007;121:(10):742-751.
95. Danner E, Tegnell A, Torner A, Giesecke J. Coverage of hepatitis B vaccination in Swedish healthcare workers. *Journal of Hospital Infection* 2006;63:(2):201-204.
96. Topuzoğlu A ve Önsüz MF. İstanbul'da iki sağlık ocağında aşılamada kaçırılmış fırsatların değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2007;6:(6):401-408.

97. Taşar MA ve Dallar YB. Ankara'da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatlarının irdelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015;14:(4).
98. Verger P, Flicoteaux R, Schwarzingler M, Sagaon-Teyssier L, Peretti-Watel P, Launay O, et al. Pandemic influenza (A/H1N1) vaccine uptake among French private general practitioners: a cross sectional study in 2010. *PLoS One* 2012;7:e41837.
99. Karafillakis E and Larson HJ. The paradox of vaccine hesitancy among healthcare professionals. *Clinical microbiology and infection* 2018;24:(8):799-800.
100. Healy CM, Montesinos DP, Middleman AB. Parent and provider perspectives on immunization: are providers overestimating parental concerns? *Vaccine* 2014;32:(5):579-584.
101. Agrinier N, Le Maréchal M, Fressard L, Verger P, Pulcini C. Discrepancies between general practitioners' vaccination recommendations for their patients and practices for their children. *Clinical Microbiology and Infection* 2017;23:(5):311-317.
102. Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Würz A, Takacs J, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine* 2016;34:(41):5013-5020.
103. Wallace AS, Mantel C, Mayers G, Mansoor O, Gindler JS, Hyde TB. Experiences with provider and parental attitudes and practices regarding the administration of multiple injections during infant vaccination visits: lessons for vaccine introduction. *Vaccine* 2014;32:(41):5301-5310.
104. Maltezou HC, Gargalianos P, Nikolaidis P, Katerelos P, Tedoma N, Maltezos E, et al. Attitudes towards mandatory vaccination and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among health-care workers in tertiary-care hospitals. *Journal of Infection* 2012;64:(3):319-324.
105. Wicker S, Marckmann G, Poland GA, Rabenau HF. Healthcare workers' perceptions of mandatory vaccination: results of an anonymous survey in a German University Hospital. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2010;31:(10):1066-1069.
106. Gust DA, Darling N, Kennedy A, Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics* 2008;122:(4):718-725.
107. Hofstetter AM, Robinson JD, Lepere K, Cunningham M, Etsekson N, Opel DJ. Clinician-parent discussions about influenza vaccination of children and their association with vaccine acceptance. *Vaccine* 2017;35:(20):2709-2715.
108. Leask J and Kinnersley P. Physician communication with vaccine-hesitant parents: the start, not the end, of the story. *Pediatrics* 2015;136:(1):180-182.

109. Parrish-Sprowl J. Vaccine hesitancy communication: What counts as evidence. *Vaccine* 2018;36:(44):6529-6530.
110. Fairbrother G, Fuentes-Afflick E, Ross LF, Thomas PA. Communicating with parents about immunization safety: messages for pediatricians in the IOM report “the childhood immunization schedule and safety: stakeholder concerns, scientific evidence, and future studies”. *Academic pediatrics* 2013;13:(5):387-389.
111. Sağlık Bakanlığı’nın 06.09.2012 tarihli “Hepatit A Aşısı Uygulaması” konulu, B.10.1.HSK.0.13.00.00 sayılı resmi yazısı.
112. Sağlık Bakanlığı’nın 29.01.2013 tarihli “Suçiçeği Aşısı Uygulaması” konulu, B.10.1.HSK.0.13.00.00 sayılı resmi yazısı.
113. Bouldin ED. History And Development Public Health. In: Andresen E. Bouldin E. D. (editors) *Public Health Foundations Concepts and Practices*. San Francisco, United States: Jossey-Bass; 2010:17.

EKLER



Ek 1

Bağışıklama ve Aşı Tereddüdüne İlişkin Bilgilendirme ve Tutum Geliştirme Eğitimi

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak
Arş. Gör. Dr. Bahar Marangoz
Arş. Gör. Dr. Didem Han Yekdeğ
Dr. Burcu Kalender Bakar
Uzm. Dr. Esin Seçgin Sayhan

Sunu Planı

- Giriş ve Amaç
- Bağışıklama Hizmetleri:
 - Tarihçe
 - Yapısal ve Uygulama Hizmet Bileşenleri
 - Türkiye’de Bağışıklama Hizmetleri Sunumu
 - Toplum sağlığı
- Aşı ile ilgili teknik bilgiler
 - Aşı Tipleri, İçerik ve İçerik Hassasiyeti
 - ASİE
 - Aşı takip sistemi
 - Ülkemizde Uygulanan Aşı Takvimi
 - Simultane Uygulama
 - Türkiye’de Erişkin Aşılamaları
 - Öneriler
 - Erişkin Td Aşılamaları
 - Gebelerde Erişkin tip Td Bağışıklama
 - Tetanjenin yaralanma

- Türkiye’de ve Edirne’de Durum
 - Aşılınmama ve Aşı Tereddüdü
- Aşı Tereddüdü Tanımı
- Nedenler
- Bağlam
- DSÖ Aşı tereddüdüne ilişkin iletişim kiti
- Vaka Çözümlemesi

GİRİŞ ve AMAÇ

- Aşılamaya hastalıktan korunmakta **en maliyet etkin** yollardan birisidir.
- Aşı bugün yılda **2-3 milyon ölümü** önlemektedir ve eğer **aşılanmanın kapsayıcılığı artırılırsa 1,5 milyon kişiden fazlası** korunabilecektir.

4

- Bu eğitim ile,
 - başışıklama hizmetlerinin önemi,
 - aşılannama nedenlerini,
 - aşı tereddüdü tanımını,
 - aşı tereddüdünü fark ederek kanıta dayalı refleks yanıtlarla tereddüdü gidermeye yönelik iletişim kurmaları amaçlanmaktadır

birinci basamağın bağışıklama hizmetleri ile ilgili **kapasitesinin artırılması** hedeflenmekte.

- **Sağlık çalışanları, özellikle toplumla etkileşimi olanlar, en güvenli danışman ve aşılanma kararını etkileyendir .**
- **Dünya Sağlık Örgütü'nün** bağışıklamaya yönelik oluşturduğu **sağlık ekibi** grubu (SAGE); tereddüdü belirleyenlerini değerlendirdiği çalışmasında **sağlık çalışanlarının** rolünden bahsetmiş ve **eğer sağlık çalışanları tereddüde sahip ise** bu durumda **toplumda** **etkilenileceğini** belirtmiştir.

WHO(2019) Dünya Sağlık Örgütü Web Sayfası. Ulaşım Tarihi 20 Mart 2019
https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/

Yasal ve etik sorumluluk

Aile hekimi: Kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiyi kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun gördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ,
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asay?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIsmi=0&sourceXmlSearch=aile%20he>

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ
KURALLARI, TTB

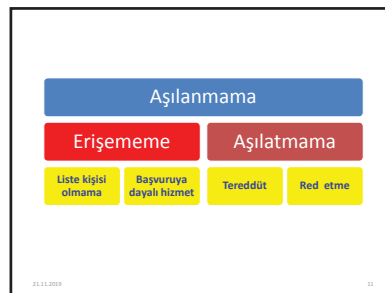
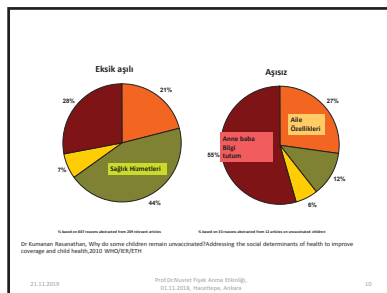
Madde 12 Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle **koruyucu hekimlik** ilkelерini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz (1).

[illegible]

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
HEKİMLERİN TOPLUMSAL
SORUMLULUKLARI BİLDİRGESİ**

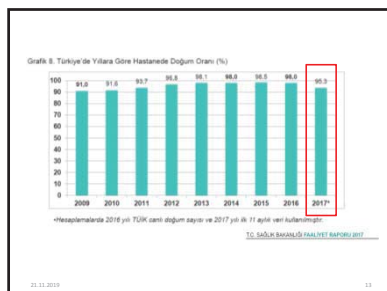
Sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşmak: Sağlık hizmetleri **koruyucu**, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutları dikkate alınarak bir bütün olarak planlanmalı ve sunulmalıdır. Sunulan hizmetin etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmak ancak bütüncül yaklaşımla olanaklıdır(2).

**AŞISIZ KALMA-AŞILANMAMA
AŞI REDDİ- AŞI KARARSIZLIĞI**



- **T.C. - Kimlik Numarası edinime**
 - Doğum kaydı
 - Aile hekimine kayıt
- **Hastane dışında doğum**
- **Mevsimlik tarım işçileri**
- **Sığınmacıların doğan çocukları**
- **«Uyumsuz aile»**
- **Yer değiştirme**

Hükümetler aile hekimliği bilgi sisteminde kayıtlı olanlara ve başvuruya dayalı !



Aşî tereddüdü nedir?

TÜMÜMÜ KABUL

TEREDDÜT

KABUL EDİYOR FAKAT EMİN DEĞİL

BAZILARINI KABUL EDİYOR, BAZILARINI ERTELİYOR VEYA REDDEDİYOR

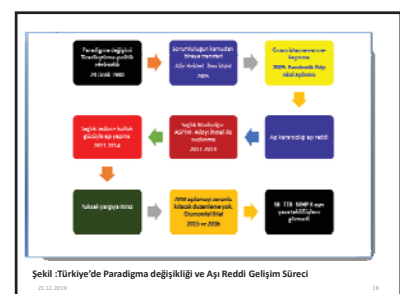
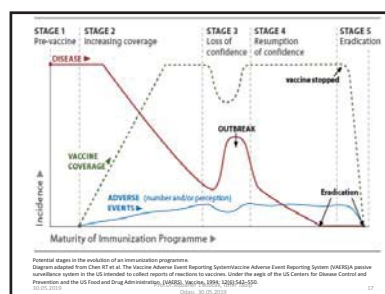
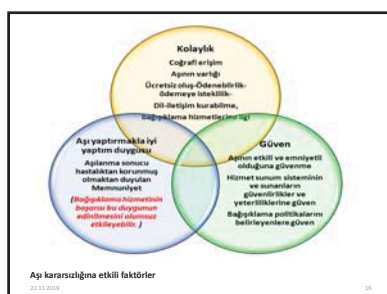
REDDEDİYOR FAKAT EMİN DEĞİL

TÜMÜMÜ RED

- Aşî hizmetlerinin ulaşılabilirliğine rağmen, asaların kabulünde gecikme veya reddedilmesi
- Karmaşık ve bağlama özgüdür; aşya, zamana ve mekana göre değişiklik gösterir

21.11.2019

15



Pandemik Grip Aşısını yaptıрма nedenleri

- Anne veya baba yönetici profesyonel meslek gruplarındansa,
- Aile hekimi önermişse,
- Televizyondan aşısı yapılmaması telkini duymamışsa
- Pandemik influenza aşısını diğerlerine göre anlamlı düzeyde farkla yaptırmış

ŞANDIR N. Edirne'nin İki Farklı Sosyoekonomik Bölgesindeki Okullarda Pandemi İnfluenza Aşılma Durumunun Değerlendirilmesi, TÜ SBE Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi (Danışman, Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK) EDİRNE 2014

21.11.2019

19

[illegible]

https://erenler.meb.gov.tr/meb_jys_dosyalar/2016_11/01092345_okul_asi_uygulamalari.pdf http://www.batmanhsm.gov.tr/upload/formlar/EK-7_izlem-asi_durumu_bilgilendirme_onam_formu.pdf

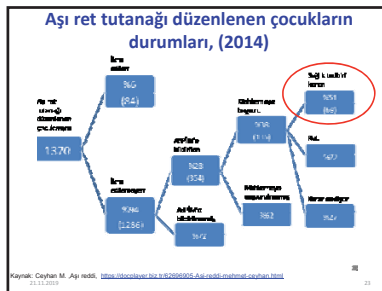
20

[illegible]

21

[illegible]

22



21

Aşı reddine kimler katkı sağlamaktadır?

- Politikacılar ya da onlara görüş bildiren bilim adamları,
- Araştırmalar veya surveyler
- **Tıp camiası**
 - Tıp dergileri
 - Sağlık çalışanları (özellikle hekim ve hemşireler)
- **Medya “kötü öykü-haber çok satar” prensibi**
- Hukukçular
- **Alternatif tıp- tamamlayıcı tıp**
- Aşı karşıtı gruplar, Dinî gruplar

Kaynak: Ceyhan M. Açı reddi, <https://docplayer.biz.tr/62696905-Aci-reddi-mehmet-ceyhan.html>
21.11.2019

24

Türkiye ve Kimi Ülkelerde Aşı Yaptırılma Zorunluluğu

Ülke	Zorunlu aşı
Türkiye	Yok
ABD	Tüm aşılar (hekim raporu ve yazılı dini gerekçeler dışında)
Fransa	BCG, D, T, IPV
Yunanistan	DBT, Hep B
Bulgaristan	Tüm Çocukluk aşıları

22

[illegible]

Journal of Podiatrics (2018)
10.1186/s13052-018-0504-y

20

[illegible]

27

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Farina M, Stronczynski K, Faldut R, Baranjan K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429-438

28

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Farina M, Stronczynski K, Faldut R, Baranjan K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429-438

29

Edirne'de Coğrafi erişim

Sağlık ocağı- Sağlık evi 2000

- Sağlık ocağı- Sağlık evine 5 km'den daha yakın nüfus: %73,4

ASM

- ASM'ne yürüme mesafesinde olduğunu bildirenler:
- 2006: %59
- 2007: %59
- 2008: %73

21.11.2019

30

Hizmet sunumu

Türkiye'de Aile Hekimliği Pozisyon ve Toplum Sağlık Merkezleri Sayıları ve Nüfusa Göre Dağılımı

	TÜRK ADRES Nüfusu	Aile hekimliği pozisyon sayısı	Aile Hekimliği başına nüfus	1.55 aile hekimliği başına nüfus	ASAM başına nüfus	Toplam aile hekimliği başına nüfus	TSM başına nüfus
2008	73.722.988	20.583	3.653	2,7	11.647	986	78.770
2011	74.742.269	20.503	3.644	3,3	11.453	957	79.082
2013	78.667.864	21.227	3.613	2,9	11.327	971	78.957
2015	78.743.039	21.686	3.629	2,7	11.408	970	81.136
2017	80.981.525	25.098	3.267	2,9	10.395	972	85.138

AHB'nde doluluk oranı (%): AH 91,4; ASE 86,5
Esirgenen pozisyon sayısı : 7126- 1739

01.06.2020

Prof.Dr.Muammer Talibovic, TOSTT Tarih: Sağlık
2020, Edirne

31

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Farina M, Stronczynski K, Faldut R, Baranjan K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429-438

32

Türkiye'de Temel Özelliklere Göre Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 2008- 2013)

Temel Özellik	2008	2013	2008-2013 Değişim (%)
Hane halkı refah düzeyi			
En düşük	3,8	4,1	7,9
Düşük	2,1	3,5	66,7
Orta	0,6	4,6	666,7
Yüksek	0,5	0,9	80,0
En Yüksek	0,7	0	-100,0
En Düşük/Yüksek	7,6	4,56	-40,1

- Hiç aşılanmamışların oranında artış en çok hane halkı refah düzeyi orta olarak sınıflanan kesimde (% 666,7) olduğu ve en az olan kesimde (%100) olmaması. Hiç aşılanmamış olan neredeyse tamamıyla vasal aşılanmamış sorunu gibi görülmektedir.

21.11.2019

33

Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey

Aşısı Reddeden aileler:

- Daha düşük eğitilmiş,
- Daha düşük geliri,
- Yenidoğan tarama testlerini de reddetmiş
- Profilaktik Vitamin D kullanımında düzensizlik daha çok
- Alternatif tedavi yöntemlerini daha çok kullanmış

Topcu S, Altınay H, Kaplan S, Turgut M, Şimşek Ö, Özalp B. Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey The Indian Journal of Pediatrics, 2018. <https://doi.org/10.1007/s12098-018-2714-0>

20.11.2019

34

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Farina M, Stronczynski K, Faldut R, Baranjan K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429-438

35

Türkiye'de Temel Özelliklere Göre Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 2008- 2013)

Temel Özellik	2008	2013	2008-2013 Değişim (%)
Eğitim			
Eğitim yok/ilkö	3,2	9,2	187,5
İlk, beşinci kademe	1,8	2,4	33,3
İlk, ikinci kademe	0,8	1,1	37,5
Üniversite	0,2	0,2	0,0
Eğitim yok/ilkö ve	1,6	40	187,5

- Hiç aşılanmamışların oranında artış en çok ilköğretim okumayan eğitimi olmayan kesimdedir (% 187,5). İlk ve ilköğretim okumayan ile eğitimi olmayanlar arasındaki çocukların % 187,5 oranında. Hiç aşılanmamış olan neredeyse tamamıyla İlk ve ilköğretim okumayanların sorunu gibi görülmektedir.

20.11.2019

36

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

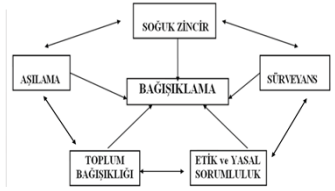
Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Fatma M. Şengül, R. Fethi, R. Bener, K. Şenay, M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429–438

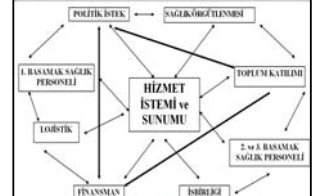
37

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN UYGULAMA BİLEŞENLERİ



21.11.2019

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN YAPISAL BİLEŞENLERİ



21.11.2019

Aile hekimliği Uygulaması Sonrası Türkiye'de Rutin Bağışıklama Hizmetlerinin Sunumu

Özellik	Hizmet Sunum Yeri	Hizmet Türü	Hizmet Grup	Kaplanın Özellikleri	Polenajlı Sorun Alanları	Performans Değerlendirmesi
Yenidoğan	Doğum Hastane	Bayanlar	Hizmet Grup	Hizmeti	Hastane dışında değildir	-
Bebek, Çocuk	Aile Hekimi	Bayanlar	Lineer	Hizmeti	Listede yer almazlar, hizmete öncelikle uygulanmazlar, ayırdır	Negatif performans
Öğrenci	TMM	Genel	Diğer	Hizmeti	Okul dışındadır, ayırdır okula alınmazlar, Aile Hekimi ile Sorun, Halk Sağlığı ile Sorun arasında değerlendirilir	Positif performans
Genel	Aile Hekimi ve Halkın Halk ve Doğum Üssleri	Bayanlar	Lineer	Hizmeti	Aile Hekimi ile Sorun, Halk Sağlığı ile Sorun arasında değerlendirilir, ayırdır, ayırdır, ayırdır	Negatif Performans

21.11.2019

41

Aile hekimliği Uygulaması Sonrası Türkiye'de Rutin Bağışıklama Hizmetlerinin Sunumu (devam)

Özellik	Hizmet Sunum Yeri	Hizmet Türü	Hizmet Grup	Kaplanın Özellikleri	Polenajlı Sorun Alanları	Performans Değerlendirmesi
15-49 kadın	Aile Hekimi	Bayanlar	Lineer	Hizmeti	Hizmeti	-
Erkek	Aile Hekimi	Bayanlar	Lineer	Hizmeti	Hizmeti	-
50+ ve koruyucu hastaneler	Aile Hekimi	Bayanlar	Lineer	Hizmeti	Hizmeti	-
Halk Sağlığı	TMM	Genel	Diğer	Hizmeti	Hizmeti	-
Genel	TMM	Genel	Diğer	Hizmeti	Hizmeti	-
Öğrenciler	Öğrenciler	Genel	Diğer	Hizmeti	Hizmeti	-

21.11.2019

42

Türkiye'de Temel Özelliklere Göre Aşı Olmaysa Değişim (TNSA 2008-2013)

Temel Özellik	2008	2013	2008-2013 Değişim (%)
Doğum Sırası	1.1	1.2	9.1
2 ve 3	1.2	2	66.7
4 ve 5	3.4	9.4	176.5
6+	4.9	7.1	44.9
1 ve 2/3 çocuk	3.09	7.83	153.4
6+ çocuk / 1 çocuk	2.83	4.70	65.9

Değişim oranları yüksek olduğu dönemde 4-5 yaş aralığındaki çocukların aşılanmamasında artış bir çocuklara göre % 153.4, 2-3 yaş aralığına göre % 65.9 dur. 2008-2013 döneminde hiç aşı olmamış olan çocukların oranı 4-5 yaş aralığındaki çocukların oranı % 176.5 oldu.

21.11.2019

43

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri

- Sağlık biriminden uzakta yerleşim
- Yoksulluk
- Annenin eğitim düzeyi
- Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yardımcı faktörler

- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik
- Ailenin çok meşgul oluşu
- Kaçırılmış fırsatlar
- Korkular, dedikodular
- Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği
- Bilgi yetersizliği

Fatma M. Şengül, R. Fethi, R. Bener, K. Şenay, M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, International Health 4 (2012) 429–438

41

Aşı Reddi için En Sık Belirtilen Nedenler

Aşı Reddi Nedenleri	2016 (%)	2017 (%)
Aşı İçeriğine Güvenmemek (Çi, alüminyum)	23	30
Aşıya Güvenmemek	19	14
DinSEL Nedenler (domuz ürünü)	17	15
Yan Etki (ateş, alerji, havalı)	15	14
Aşılardan yurtdışı kökenli olması	11	8
Aşılardan zararlı olması (SSPE, hiperaktivite, kısırık)	7	7
Ötizm	4	-
Basındaki olumsuz haberler	4	7
Diğer (Sürekli hastalık, hasta hakları, mahkeme kazanımları, aynı anda birçok aşı uygulanması, doğal yaşam)	-	5
Toplam	100	100

Ceyhan M. Aşı reddi. <https://doi.org/10.26907/05-Aşı-reddi-mehmet-ceyhan-hizi>

21.11.2019

42

Aşı yaptırmama nedenleri n=33

Neden	Sayı
Gerek için zararlı olabilir	17
Aşıya güvenmez	17
Aşılar yarar sağlamaz	13
Doğal bağışıklığı inanma	13
Çocuğu Aşıyla önlenilebilir hastalığa yakalanmaz	12
Dini inançlar	11
Aşıyla önlenilebilir hastalık önemsiz	9
Çocuğu aşılanmaması gereken risk grubunda değil	7
inancı	7
Aşılar kısırlığa yol açar inancı	5
Aşılar ölmeye yol açar inancı	4
Neden yok	4

Topcu S, Almış H, Başkan S, Turker M, Simek Orhan F, Uluakli B. Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. The Indian Journal of Pediatrics, 2018. <https://doi.org/10.1007/s12098-018-2714-0>

21.11.2019

43

Edirne ili 2015 - 2019 (İlk 5 Ay) Aşı Reddi Nedenleri İçinde En Sık Belirtilen Nedenler		
AŞI REDDİ NEDENLERİ	SAYI	%
Aşının içeriğine güvenmeme	31	44
Yan etki	19	27
Aşılardan zararlı olması	6	9
Aşıların yurtdışı kökenli olması	5	7
Aşıya güvenmeme	3	4
Dini sebepler	3	4
Görüşmeyi reddetme	2	3
Otizm	0	0
Basında olumsuz haberler	0	0

UAG'nde Sağlık Personelinin çocuklarını aşılatmama gerekçeleri, 1996, Edirne (N: 13)	
- Rutin aşılar yeterince bağımsızlık sağladığı için (5 kişi) - İzleyen Dr. Kontrendikasyon kararı (5 kişi) - Bakanlığa güvenmeme (4 kişi) - Yan etki riski (1 kişi) - Ticari uygulama kaygısı (1 kişi)	

Aşı İçeriğine Güvenmeme	
Thiomersal: Cıva elementi belirli dozlarda zehirlidir ancak aşılarda cıva değil, cıva tuzu (thimerosal) bulunur. Bakteri üremesini önlemek ve dayanıklılığını artırmak amacıyla cıva tuzu (thimerosal) eklenir. Cıva tuzu, cıvadan farklıdır, etil-cıva bileşenidir: suda eriyebilir ve birikmeden atılır.	

- Birçok araştırma aşıdaki thimerosalin (etil cıva) güvenli olduğunu kanıtlamış olmasına rağmen aşı karşıtı propagandalar nedeniyle thimerosal birçok aşıdan çıkarılmış durumdadır. - Etil Cıvanın vücuttan atılma süresi 7-10 gün, Toksik olan metil cıvadır (deniz ürünlerinde bol miktarda var), vücuttan atılma süresi 50 gündür.	
--	--

Thiomersal içeren aşılar			
	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Hepatit B	Alüminyum	0,60 mg	<1,25
	Thiomersal	%0,0097 w/v	%0,0115 w/v
Td	Thiomersal	0,034 mg/0,5 ml	< 0,05 mg/0,5 ml
	Formaldehit	0,0019 g/lt	≤ 0,2 g/lt
Kuduz	Thiomersal	68,7 mik.gr/vial	59,5-80,5 mik.gr /vial
	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml
Hepatit A	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml

Alüminyum –tuzları-	
Alüminyum, dünyada en çok bulunan elementlerin başında gelir. Bu sebeple soluduğumuz hava, içtiğimiz su, tükettiğimiz besinlerle birlikte her gün belirli miktarda (günde ortalama 7-9 mg.) vücudumuza almakta olduğumuz bir maddedir.	

Alüminyum tuzları içeren aşılar			
	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Bejil Karma	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Sükröz	42,6 mg	31,9-53,1 mg
	Formaldehit	10,30 mik. gr/ml	4-15 mik.gr/ml
KPA	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,2-0,3 mg/ml
Dörtü Karma	Alüminyum	0,32 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Formaldehit	9,33 mg/ml	4-15 mg/ml
Hepatit B	Alüminyum	0,60 mg	<1,25
	Thiomersal	%0,0097 w/v	%0,0115 w/v
Kuduz	Thiomersal	68,7 mik.gr/vial	59,5-80,5 mik.gr /vial
Hepatit A	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml

Aşılar ve alüminyum –tuzları-	
- Aşılarla karşılaşılan alüminyum miktarı - İlk 18 ayda toplam 4.925 mikrog - Yaşam boyu toplam 5 mg (miligram) - Güvenli karşılaşma sınırı 1 mg/kg/gün	

Alüminyum –tuzları-	
- Yaşamın ilk 6 ayında - Anne sütü ile beslenme yaklaşık 7 mg Hazır (kutu, ticari) mama ile beslenme yaklaşık 38 mg alüminyum alımına aracılık eder. - Aspartam %60 alüminyum - Birçok ilaç «Anti-asit»ler Suda eriyen aspirin Diüretikler - Basur ilaçları - Peynir, peynir-burger - Yiyecek ekleri, diş macunu - Deodoran, saç boyası, kozmetik ürün, folyo, kap kacak...	

Aşı Karşıtlığı ve Otizm

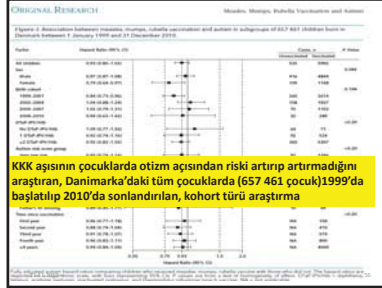
En etkin aşı karşıtı savlardan birisi

«Aşılardan otizm'e neden olabileceği»

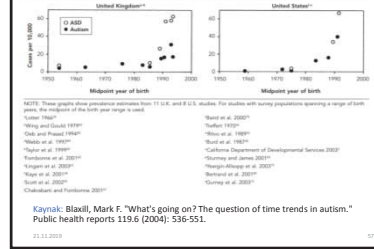
1998 Lancet tıp dergisi: Dr. Andrew Wakefield ve 12 ark.

Çalışmanın denetim kümesi yoktu. Çalışmadaki 5 çocuğun ailesi aşı üreticilerine dava açan aynı avukatın müşterileriydi. Wakefield'in bir kabakulak aşısının patentini için başvurduğu ortaya çıktı. Çalışmadaki 10 hekim yayından çekildiklerini açıkladı.

Kaynak: Arsoy E. S. Çocuklarda Aşılamaya, Koçelli Tıp Odası 14 Mart Tıp Haftası Etkinliği, İzmir, 2019



Otizm ve Otizm Spektrum Sıklığı, doğum yılı ortasına göre, Birleşik Krallık ve ABD, 1954-1994



Aşı Karşıtlığı ve Otizm

Aşıların artık tiomersalsız olmasına karşın, ABD ve Avrupa'da otizm sıklığı artıyor

- Aşı yoluyla tiomersal alınması insan sağlığı için zararlı değildir.
- Bugüne değin aşılardaki tiomersal KKK aşısı ya da bir başka aşı ile otizm ya da başka bir hastalık arasında bir ilişki gösterilmedi

Kaynak: <http://www.kocelitabip.org.tr/Haber/Dosya/raw-3.pdf>, 15.04.2019



Dini Nedenler

- Domuz Jelatini**
- Şeker ve jelatin gibi stabilizatörler aşının taşınması ve depolanması sırasında bozulmaması için kullanılır (CDC, 2018, <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/preparing-for-parent-vaccine-questions.html>). Tüm aşılarla bulunmamaktadır, söz konusu aşının domuz jelatini içermeyen muadilini bulmak mümkündür. Bununla birlikte, domuz dokularından elde edilen jelatinin çok sayıda işlemin geçmesi nedeniyle **domuz hücreleri özelliği yoktur.**

Aşılanmama nedenleri

Risk faktörleri	Yardımcı faktörler
- Sağlık biriminden uzakta yerleşim - Yoksulluk - Annenin eğitim düzeyi - Sağlık hizmetlerinin özellikleri	- Kötü deneyim sonucu, korku, güvensizlik - Ailenin çok meşgul oluşu - Kaçırılmış fırsatlar - Korkular, dedikodular - Bağışıklamanın yararına ilişkin takdir eksikliği - Bilgi yetersizliği

Patena M, Stronach R, Peltis R, Banerjee K, Savarneya M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. International Health 1 (2012) 229-238



Bağışıklama hizmetlerinde başarılı bir geçmişimiz var



Hastalık	1985	2004*	2017
Nüfus (bin)	49660	67160	79810
Difteri (1937-)	145	0	0
Kızamık (1970-)	14695	8'927	84
Boğmaca (1937-)	2678	389	85
Çocuk Felci(1963)	88	0	0
YD Tetanusı	41	15	0
Tetanos (1968-)	113	37	25
Toplam			

64

Risk faktörleri	Yardımcı faktörler
– Sağlık biriminden uzakta yerleşim – Yoksulluk – Annenin eğitim düzeyi – Sağlık hizmetlerinin özellikleri	– Kötü deneyim sonucu, korku güvensizlik – Ailenin çok meşgul oluşu – Kaynımsız fırsatlar – Korkular, dedikodular – Bağışıklamanın yarına ilişkin takdir eksikliği – Bilgi yetersizliği

62

Kaynak	Sayı
Sağlık çalışanları	13
Sosyal medya	13
Sosyal çevre	12
Gazete, magazin	9
Bilimsel yayınlar	7

66

		Öyküne yazdığını derinlemesine öğretilir mi?		Toplam
		Evet	Hayır	
Dahili Sayı		42	46	88
n=100	%	%43,6	%46,8	%70,4
Cerrahi Sayı		14	20	34
n=40	%	%12	%16	%27,2
Temel Sayı		1	2	3
n=11	%	%9,8	%16,6	%24
Toplam Sayı		57	68	125
	%	%45,6	%54,4	%100

67

Bölüm		Öyküde anlatılan durumuna sorguluyor musunuz?		Toplam
		Evet	Hayır	
Cocuk	Sayı	14	3	17
(n=17)	Yüzde	%61,1	%3,4	%64,5
Erişkin	Sayı	28	42	70
(n=70)	Yüzde	%42,9	%60,3	%83,2
Toplam	Sayı	42	45	87
(N=87)	Yüzde	%48,3	%51,7	%100

62

Ast	Kıd Sayısı	Neden
Grip astı	2	Belirtimisi
	3	Etkililik
	1	Koniusculuk
Hıv astı	2	Etkililik
	1	Nörolojik yan etki
	1	Aşının uygulanacağı hedef kitle
	1	Aşının içeriği
Rota astı	1	Kar-zarar oranı açısından
Domuz Gribi Aşısı	1	Aşının uygulanacağı hedef kitle
Tüm canlı aşılar	1	Belirtimisi
Tüm aşılar	1	Komplikasyonları
Meningokok aşısı	1	Komplikasyonları

69

Aşılama Durumu	Sayı	%
Eksik aşıllı	2268	79
Aşısız	585	21
Toplam	2853	100

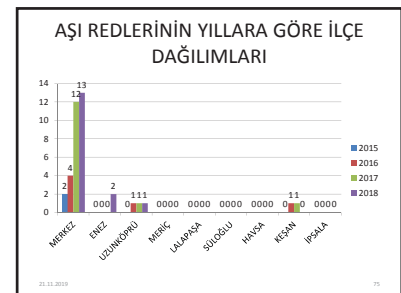
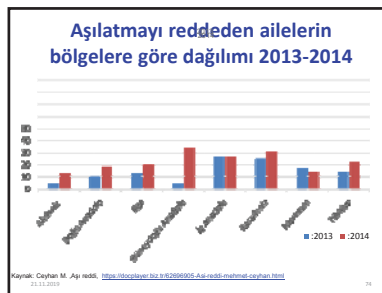
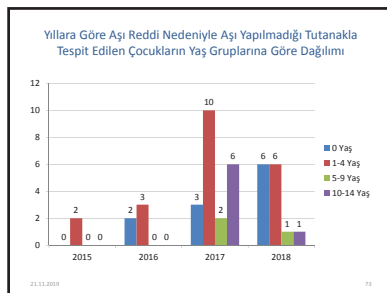
79

AŞI RED SAYISI

Yıl	Aşı Red Sayısı
2015	2
2016	6
2017	14
2018	16
2019 (İlk 5 Ay)	7

Year	0	1-4	5-9	10-15
2011	2	73	15	10
2012	2	75	15	8
2013	2	65	25	8
2014	2	65	25	8

72



Michael Yelland Australian Family Physician
Vol. 38, No. 3, March 2009

Aşı reddinin sonuçları

- Japonya'da 1970 yılında %80 olan aşılanma oranının %20'lere düşmesi nedeniyle 1979'da 13.000 Boğmaca vakası görüldü, bunların 45'i ölüme sonlandı.
- 2010 yılında, aşı karşıtı lobinin çok güçlü olduğu ABD California eyaletinde 9.143 kişiye Boğmaca görüldü. Bu hastaların 10'u bebek ölüme hastalığa bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşamını kaybetti.

Kaynak: Caplan M. Aşı reddi. <http://www.aafp.org/afp/afp/vol38/no3/march/a090301.html>
(11.11.2009)

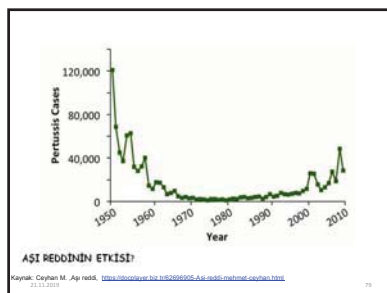
75

- **Colorado’da yapılan retrospektif kohort çalışması sonucu açıklanan çocuklar**
- 22 kat (95% GA, 15.9 - 31.1) kızamığa, – 6 kat (95% GA, 4.2 - 8.2) boğmacaya yakalandığı saptanmıştır.*

*: Feigin DR, et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. JAMA 2000; 284:3145-50.

ABD’de halen aktif kızamık geçiren hastaların %20’sinin hastaneye yatması gerekiyor.

- Kızamık olanların %17'sinde orta kulak enfeksiyonları, zatürre veya şiddetli ishal gelişiyor.
- Vakaların yaklaşık %6'sı pnömöni oluyor ve ölümlerin çoğu pnömöni vakaları arasından oluyor.
- Halen, günümüzde bile Kızamık ölüm oranı 1000 kişiye bir.
- Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre aşılama yapılmadığında yılda 2,7 milyon çocuğun Kızamıktan öleceği öngörülebilir.



- Çocukların %5'i 3 doz DtAP sistemi red etmiştir. Bu durum 2010 California salgınında açıkça görülmüştür ve bu çocuklar 2,5 kat daha fazla boğmacaya yakalanmışlardır.
- Boğmacadan korunmak için toplum bağışıklık düzeyi en az %92 olması gerekir.

Aşıya güven inşa etmek için iletişim

Sağlık çalışanları için bir eğitim modülü

Mayıs 2017

 World Health Organization

81

Aşı tereddüdünü ele almak

- Tereddüdün farklı boyutlarının tümünü ele alabilen tek bir strateji yoktur.
- Sağlık çalışanlarının ne söyledikleri ve hasta / bakımveren ile nasıl etkileşime girdikleri, aşı kabulünü güçlü bir şekilde etkileyebilir.

Bu modül, sağlık çalışanlarının aşılamaya konusundaki doğru iletişim yoluyla aşı kabulünü arttırması için kanıtlarla bilgilendirilmiş en iyi uygulamalara odaklanmaktadır.

21.11.2019

82

Aşı tereddüdünü kim ifade edebilir?

Herhangi biri olabilir, bu örneklerle sınırlı değildir...



Ve diğerleri, ör. dini liderler, medya, sağlık çalışanları vb.

21.11.2019

83

Tereddüt nasıl ifade edilir?



84

Sık gözlenen yanlışlar...

Kararsız bakımverenlere / hastalara aşağıdaki gibi bir cevap verilebilir:

"Aşılar sizin için iyidir, yaptırılсын." (Emir)

"Yanışınız var. Araştırma aşıları destekliyor." (Tartışmacı)

Ayrıca, aşılamaya konusunda tereddüdün nedenlerini ve tereddüdün ardındaki motivasyonu anlamak için çok az zaman harcanır veya hiç zaman harcanmaz.

Bu iletişim tarzı, sağlık çalışanları ve bakımverenler / hastalar arasında GÜVENİ AZALTABİLİR.

→ Aşı kabulünde artış olmaz.

21.11.2019

85

Sağlık çalışanının amacı nedir?

Bakımvereni aşıyı kabul etmesi için harekete geçirmek



Tereddülü olan bakımveren/hastayı aşılamayı kabul etmesi için harekete geçirmek ve aşı kabulünü arttırmak

21.11.2019

86

1

Açık uçlu sorular sor

Tereddüdün arkasındaki nedenleri anlamak için "Ne", "Neden", "Nasıl", "Anlat bana" sözcüklerini kullanarak açık sorular

✗

Kapalı uçlu sorular
Cevap sadece evet ya da hayır

✓

Açık uçlu sorular
Cevap basit bir evet veya hayırın ötesine geçer

Katılıyor musunuz?	Ne düşünüyorsunuz?
Anladınız mı?	Ne anladınız?

21.11.2019

87

Yansıt ve yanıtla

Basit yansıtma: doğrudan kişinin söylediklerini tekrarlamak.
Kompleks yansıtma: repeating what you think the person means. (kişinin söylediğiyle ne düşündüğünüzü yinlemek)

Bakımveren: "Aşılamamın çocuğuma yararlı olacağını biliyorum ama korkuyorum."

- Basit yansıtma: "Anlıyorum korkuyorsunuz"
- Kompleks yansıtma: "Çocuğunuz için en iyi seçimi yapmak istiyorsunuz ama endişelisiniz"

→ Kaygılarını anladığınızı belirtmek için her iki ifade türünü de kullanın.

21.11.2019

88

Tereddütlere cevap vermek: örnekler

Kompleks yansıtma ardından açık uçlu sorular

Hasta: "Aşılamamın bana faydalı olacağını biliyorum ama yan etkilerden korkuyorum."

"Kendin için en iyi seçimi yapmak istediğini anlıyorum. Hangi yan etkilerden endişe ediyorsunuz?"

89

Güçlü yönleri onayla

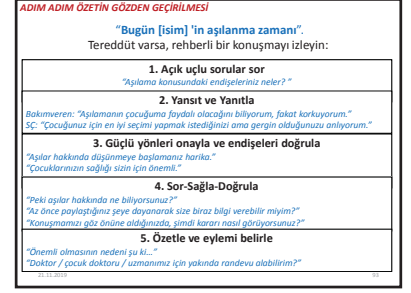
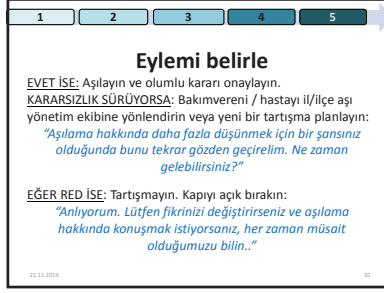
"Aşılar hakkında düşünmeye başlamanız harika."

Endişeleri doğrula

"Çocuklarınızın sağlığı sizin için önemlidir."

"Kendinizi hastalıktan korumak, sizin ve toplumunuzun sağlığı için önemlidir."

90



YAP	YAPMA
Rehberlik edici/yol gösterici bir tavır geliştirin	Geleneksel ve tartışmacı bir tarzınız olmasın.
Güven oluşturmak için ebeveyn / hasta ile çalışın.	Ebeveyn / hasta yerine onlar için sorunu tanımlamayın ve çözmeyin.
Aşı ile ilgili şüphelerini ve ilgilerini anlayın. Onların bakış açısından düşünün.	Hasta ile tartışmayın. Endişelerini dinlemek için orada olduğunuzu bilin.
Bakımverenin / hastanın ne söylediğini ona ifade etmek/yanıtlamak zaman ayırın.	Dinlemeden acele etmeyin

21.11.2019 94

Bu yaklaşımları uygularken...

İletişimi her zaman olduğun kuruma/yere uyarlayın

Kültüre, sosyal normlara, dine, eğitim seviyesine vb. duyarlı olun.

21.11.2019 95

Bilime Güveniriz !

«Dünyada her şey için; medeniyet için, hayat için, muvaffakiyet için en hakiki mürşit ilimdir, fendir. İlim ve fennin haricinde mürşit aramak gaflettir, cehalettir, dalalettir»

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

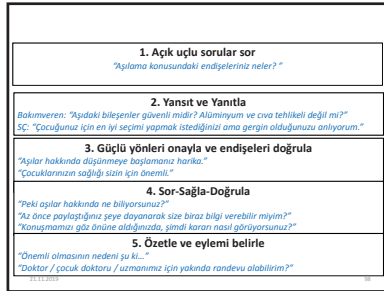
Robb Butler, Vaccine Demand: Hesitancy and Acceptance in the European Region, 2017

21.11.2019 96

OLGULAR

- Doğum Tarihi: 25.05.2016
- Red edilen aşı: 6 ay ve sonrası
- Aşı Red Nedeni: İçeriğine güvenmediği için, civa v.b bulunması

21.11.2019 97



OLGULAR

- Doğum Tarihi: 14.06.2018
- Red edilen aşı: 2 ay ve sonrası
- Aşı Red Nedeni: İçeriğine güvenmemme ve yan etkileri nedeniyle

21.11.2019 99

1. Açık uçlu sorular sor "Aşılama konusundaki endişeleriniz neler?"
2. Yansıt ve Yanıtla Bakıveren: "Bebeği ciddi yan etki gösteren birini tanıyorum, benim bebeğim de olur mu?" ŞÇ: "Çocuğunuz için en iyi seçimi yapmak istediğinizi ama gergin olduğunuzu anlıyorum."
3. Güçlü yönleri onayla ve endişeleri doğrula "Aşılar hakkında düşünmeye başlamanız harika." "Çocuklarınızın sağlığı sizin için önemli."
4. Sor-Sağla-Doğrula "Peki aşılar hakkında ne biliyorsunuz?" "Az önce paylaştığınız yere dayanarak size biraz bilgi verebilir miyim? Aşılarla ilgili uzun yıllara dayanan deneyime sahibiz ve aşıların uzun vadeli zararları neden olduğuna inanmak için hiçbir nedenimiz yok. Endişenizi anlıyorum, ancak hastalık riskinin aşıların yarattığı risklerden daha büyük olduğuna gerçekten inanıyorum. Aşılar bebeğinizin uzun ve sağlıklı yaşamına harika bir başlangıç getirecektir" diyebilirsiniz (CDC, 2018, https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/preparing-for-parent-vaccine-questions.html).
5. Özetle ve eylemi belirle "Önemli olmasının nedeni şu ki..." "Doktor"/"çocuk doktoru / uzmanınız için yakında randevu alabilirim?"

OLGULAR • Doğum Tarihi: 11.08.2017 • Red edilen aşı: 1 yaş ve sonrası • Aşı Red Nedeni: Aşıların zararlı olduğunu düşünme

1. Açık uçlu sorular sor "Aşılama konusundaki endişeleriniz neler?"
2. Yansıt ve Yanıtla Bakıveren: "Aşı, çocuğum için zararlı olabilir ŞÇ: "Çocuğunuz için en iyi seçimi yapmak istediğinizi ama gergin olduğunuzu anlıyorum."
3. Güçlü yönleri onayla ve endişeleri doğrula "Aşılar hakkında düşünmeye başlamanız harika." "Çocuklarınızın sağlığı sizin için önemli."
4. Sor-Sağla-Doğrula "Peki aşılar hakkında ne biliyorsunuz?" "Az önce paylaştığınız yere dayanarak size biraz bilgi verebilir miyim? Aşıların aşağıda listelenen bileşenlerden çok az miktarda içerdiğini ve tüm bileşenlerin aşı yapımında veya son ürünün güvenli ve etkili olmasını sağlamada gerekli rolleri olduğunu bilmelerini sağlayın. (CDC, 2018, https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/preparing-for-parent-vaccine-questions.html) Günümüzde uygulanan aşıların daha an ve purifiye olduğunu vurgulayın (Eskiocak M.).
5. Özetle ve eylemi belirle "Önemli olmasının nedeni şu ki..." "Doktor"/"çocuk doktoru / uzmanınız için yakında randevu alabilirim?"

BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ
--

TARİHÇE ➤ Ülkemizde ilk aşı çalışmalarının 1700'li yıllarda Edime'de başladığı bilinmektedir. ➤ 1721 tarihinde, İngiltere Büyükelçisi'nin eşi olan Lady Mary Montagu ülkesine yazdığı bir mektupta "İstanbul'da çiçek hastalığına karşı "aşı" denilen bir şey" (variolyasyon metodu) yapıldığını hayretle bildirmektedir. Bu mektup aşı yapımına ilişkin en eski belgedir.  
--

TARİHÇE • Bulunduğumuz coğrafyada ilk kez 1885 yılında çiçek aşısı için kanun çıkarılmasının ardından aşı laboratuvarları kurulmuş. • Cumhuriyet'in kurulmasının ardından aşı üretimi, 1928 yılında kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde tek çatı altında toplanmıştır Kaynak: Aşı Pazarı, Can Pazarı, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_pazari_can_pazari.pdf
--

Dünya'daki ilk keşfinden sadece üç yıl sonra kuduz aşısı, bir yıl sonra difteri serumu bu topraklarda üretilmiştir. İnsan kanından tifüs aşısı ilk kez Dr. Reşat Rıza ve Dr. Tevfik Salim tarafından 1915 yılında üretilmiştir. 1920-1921 yıllarında Telkikhane'de üretilen çiçek aşısı Fransız, İngiliz ve Amerikalı'lara ihraç edilmiştir. 1950 yılında Ulusal İnfluenza Merkezi ve BCG Laboratuvarı Dünya Sağlık Örgütü tarafından tescil edilmiştir.
--

• Ülkemizde de özellikle 1990'ların başından itibaren Dünya Bankası destekli sağlık projeleri uygulamaya konulmuştur. • 1990'lı yıllarda aşı ve serum üretimi konusunda çok sınırlı şeyler yapılabiliştir. • 1996 yılında DBT ve Semple tipi kuduz aşılarının, 1997 yılında ise BCG aşısının üretimi durdurulmuştur.
--

Toplum Bağışıklığı Toplumdaki kişilerin büyük çoğunluğunun bağışık olmalarına bağlı olarak, enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasına ve yayılmasına, toplumun gösterdiği dirençtir.

What is herd immunity?



108

Sistem Performansı		2017	2016	2015	2014	2013
Bölge sayısı		81	81	81	81	81
DEİ3 ağısı kapsamının %80 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	79	80	81	81	81
	%	97	99	100	100	100
Kazanıklık ağısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	53	65	67	44	75
	%	65	80	83	54	93
Kazanıklık2 ağısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	33	21	8	31	-
	%	41	26	10	38	-

12

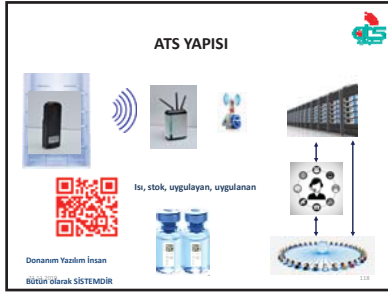
21.11.2012

112

- 21.11.201

<https://doi.org/10.1016/j.vols.2020.01.001>

21.11.201



Çocukluk Çağı Aşı Takvimi Maliyeti Türkiye, 2019

	Birim Düz. Fiyatı	Düz. Sayısı	Toplam
Hepatit B	2,39	3	7,2
BCG	0,83	1	0,83
5'li Karma	43,0	4	172
KPA	81,49	3	244,5
KKK	23,38	2	46,8
4'lu karma	42,87	1	42,87
OPA	1,13	2	2,3
Td	6,28	1	6,28
Hepatit A	33,37	2	66,7
Suççığı	66,26	1	66,26
Toplamı			655,74 TL

*Use çağına kadar bir çocuğun maliyeti 13.06.2019 tarihi itibarıyla **112,7 Amerikan Doları'dır.**

Ülkemizde Bebek ve Çocuklara Uygulanan Aşı Takvimi

Aşı	Doğum	1. ay	2. ay	4. ay	6. ay	12. ay	18. ay	24. ay	10-11. s.	OO. 4.s
Hep B	x	x			x					
BCG			x							
KPA			x	x		x				
Dati-B			x	x	x		x			
HB										
OPA					x		x			
Dati-B									x	
Td										x
KKK						x			x	
Suççığı					x					
Hepatit A							x	x		

Eşzamanlı Uygulama (Simultane administration)

- Rutin olarak önerilen aşıların eşzamanlı (**aynı gün**) uygulamasının, **önerilen çocukluk aşılarının herhangi birinin etkinliğini veya güvenliğini değiştirmediği** bilindiğinden, **alıcının yaşı ve aşılanma durumu için uygun olan tüm aşıların eşzamanlı olarak verilmesi tavsiye edilir.** Aşılar aynı anda uygulandığında aynı şırıngalar ve aynı alanlar kullanılmalı ve aynı uç noktadaki enjeksiyonlar, yerel reaksiyonların ayırt edilebilmesi için en az 3 cm ile ayrılmalıdır.

Kaynak: American Academy of Pediatrics. [ACTIVE AND PASSIVE IMMUNIZATION] in: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015.

Türkiye'de Erişkinlere aşılanma önerileri, SB, 2019

Aşı	65 yaşından küçükler	65 yaş ve büyükler	Sağlık çalışanlarına
Td	10 yılda bir	10 yılda bir	Evet; (1doz aşı içermeli)
KKK	Aşızılara 1 arayla 2 doz		Evet
Pränokok	Riskli gruplara 1-2 doz	1 doz	
Grip (Influenza)	Riskli gruplara yılda 1 doz	Yılda 1 doz	Evet, Yılda 1 doz
Hepatit A	Riskli gruplara		Evet (İp öğrencilerine de)
Hepatit B	Riskli gruplara		Evet
Suççığı	Riskli gruplara		Evet
Meningokok		Riskli gruplara	Mikrobiyoloji lab. meninokok bakan çalışanları

Erişkin tipi difteri Tetanos aşısının (Td) Uygulama Şeması

AŞI	UYGULAMA	ETKİNLİK (%)	KORUMA SÜRESİ
Td 1	İlk Karşılaşma ya da İlk gebelikte	0	0
Td 2	1 ay sonra	85	3 yıl
Td 3	6 ay sonra ya da 2. gebelikte	90	5 yıl
Td 4	1 yıl sonra ya da 3. gebelikte	95	10 yıl
Td 5	1 yıl sonra ya da 4. gebelikte	99	30 yıl

Geçmişte Aşılanmış Gebelere / Kadınlara Td Uygulama Şeması

Son aşılanma yaşı	Önceki aşı durumu	İlk temas ya da gebelikte yap	En az 1 yıl sonra yap
Bebeklik	3 doz DBT	2 doz Td*	1 doz Td
Okulöncesi Çocukluk	4 doz DBT	1 doz Td	1 doz Td
Okulöncesi Çocukluk	3 doz DBT+ 1 doz TT	1 doz Td	1 doz Td
Okul Çocukluğu	4 doz DBT+1 doz DT	1 doz Td	YOK
Ergenlik (Adolesans)	4 doz DBT+ 1 doz DT + 1 doz TT	YOK	YOK

* 1 ay ara ile

HABERLER.COM

Tetanos Aşısı Yapmadığı İçin Hastası Ölen Doktora Para Cezası

Zonguldak'ta alçıdan dışıyarak yaralanan vatandaş, acil serviste tetanos aşısı yapmadan tedavi uygulanıp taburcu ederek ölmesine neden olduğu iddia edilen hekime, 50 bin 200 TL para cezası verildi.

9/10/2019

Kaynak: <https://www.haberler.com/tetanos-asi-yapmadigi-icin-hastasi-olen-doktora-para-cezası/>

Tetanojen yaralanmada tetanoz profilaksisi

Aşılanma Öyküsü (Doz)	Temiz ve küçük yaralanma	Diğer tüm yaralar
	DTaP, Tdap, veya Td	TIG
	DTaP, Tdap, veya Td	TIG
3'den az veya bilinmeyen	Evet	Hayır
3 veya daha fazla	Son tetanoz aşısı <10 yıl ise ; hayır	Hayır
	Son tetanoz aşısı ≥10 yıl ise ; evet	Hayır
	Son tetanoz aşısı <5 yıl ise ; hayır	Hayır
	Son tetanoz aşısı ≥5 yıl ise ; evet	Hayır

Kaynak: American Academy of Pediatrics. [RECOMMENDATIONS FOR CARE OF CHILDREN IN SPECIAL CIRCUMSTANCES.] in: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015.

AŞILAR GÜVENLİ Mİ?

21.11.2019

127

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki

- Aşılarda ilaçlar gibi birer tıbbi üründür ve tüm ilaçlar gibi bazı yan etkileri olabilmektedir.
- Aşı sonrası gelişen istenmeyen etkiler kısmen sık görülen hafif yan etkiler ve çok nadir görülen ciddi yan etkiler olarak sınıflandırılabilir.

Kaynak: <https://asi.saglik.gov.tr/penel-bilgiler/26-asinin-bilinen-yan-etkileri.html>, 27.05.2019

Sık görülen hafif yan etkiler

- Ağrı, şişlik ve kızamık tüm aşılardan sonra değişen oranlarda (%5-60) gözlenebilir.
- Ateş, baş ağrısı, kas ağrısı ve iştahsızlık (Beşli karma aşı sonrası, % 20-40, OPV sonrası %1.)
- KKK sonrası % 2-5 oranında, aşıdan sonraki 7-10. günlerde başlayan ve yaklaşık 2 gün süren öksürük görülebilir.
- HAV aşı sonra % 5'ten az sıklıkta ishal ve kusma geliştiği bildirilmiştir

Çok nadir görülen ciddi yan etkiler

- BCG aşı sonrası lenf bezlerinin enfeksiyonu (bir milyon aşı dozunda 100-1000 vaka)
- DaBT sonrası uzun süreli ağlama atakları (bir milyon aşı dozunda 0-4800 vaka bildirilmiştir), ateşli havalı (bir milyon aşı dozunda 0-250 vaka bildirilmiştir),
- Kızamık-kızamıçık-kabakulak aşısından sonra genellikle iyi seyirli ve kendiliğinden diyalez trombositopeni
- OPV'den sonra paratitik polio hastalığı 700.000 - 3.400.000 aşı dozunda bir vaka olacak şekilde görülebilir. Bu nedenle OPV aşı, IPV aşı ile değiştirilmelidir.
- Anafilaksi (alerjik şok tablosu), aşı içeriklerinden birine karşı ağır alerjik olan kişilerde çok nadir (bir milyon aşı dozunda 0-1 vaka bildirilmiştir) olarak görülen bir durumdur. Bu durumdan sonra verilmektedir.

21.11.2019

Kaynak: <https://asi.saglik.gov.tr/penel-bilgiler/26-asinin-bilinen-yan-etkileri.html>, 27.05.2019

Aşı Bileşenleri Miktar, SB,2019

	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Beşli Karma	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Sükroz	42,6 mg	31,9-53,1 mg
	Formaldehit	30,30 mik. gr/ml	4-15 mik.gr/ml
KPA	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,2-0,3 mg/ml
	Formaldehit	9,33 mg/ml	4-15 mg/ml
Dörtü Karma	Alüminyum	0,32 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Formaldehit	9,33 mg/ml	4-15 mg/ml
Hepatit B	Alüminyum	0,60 mg	<1,25
	Thiomersal	%0,0097 w/v	%0,0115 w/v
Td	Thiomersal	0,034 mg/0,5 ml	<0,05 mg/0,5 ml
	Formaldehit	0,0019 g/lt	<0,2 g/lt
Kuduz	Thiomersal	68,7 mik.gr/vial	59,5-80,5 mik.gr /vial
	Formaldehit	0,0019 g/lt	<0,2 g/lt
Hepatit A	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml

Kaynak: <https://asi.saglik.gov.tr/penel-bilgiler/26-asin-bilgileri.html>, 30.05.2019



Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

EKONOMİK DEĞERLENDİRMELER VE LABORATUVAR HİZMETLERİ BAŞKAN YARDIMCILIĞI

- Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı
- Aşı ve Serum Laboratuvar Birimi

«2018 yılında Aşı ve Serum Laboratuvar Birimine 286 adet analiz başvurusu yapılmıştır. 2018 yılı içinde 267 adet satın alma, 3 adet kontrol, 3 adet ithal ruhsat, 1 adet ithal izin, 12 adet hibe kapsamında gelen toplam 249 adet dosyanın analiz ve kontrolleri tamamlanmıştır»

TSCK Analiz Raporu
<https://asi.saglik.gov.tr/penel-bilgiler/26-asinin-bilinen-yan-etkileri.html>, 27.05.2019

21.11.2019

128

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

«2018 yılında Farmakope birimince Aşı ve Serum Laboratuvar Birimi tarafından havale edilen 101 seri aşının partikül miktar tayini, 71 seri aşının nem tayini, 54 seri aşının osmolalite tayini testlerini tamamlayarak İlaç Laboratuvar Birimi tarafından havale edilen 136 adet ilaç numunesinin partikül miktar tayini testini tamamlamıştır.»

TSCK Analiz Raporu
<https://asi.saglik.gov.tr/penel-bilgiler/26-asinin-bilinen-yan-etkileri.html>, 27.05.2019

21.11.2019

129

TÜRKİYE'DE VE EDİRNE'DE DURUM

21.11.2019

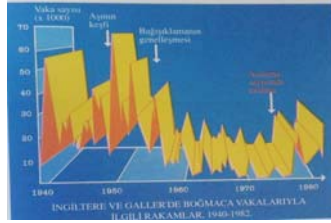
130

Singapur'da Polio Eradikasyonu ve İnsidans



Kaynak: Lee, H. C., Tay, J., Fawcett, C. T., White, M. C., Ang, L. W., Kwa, L., ... & Goh, K. T. (2012). Certification of poliovirus eradication in Singapore and the challenges ahead. *Asian Acid Med Singapore*, 42(10), 518-28.

İngiltere ve Galler'de Boğmaca Seyri



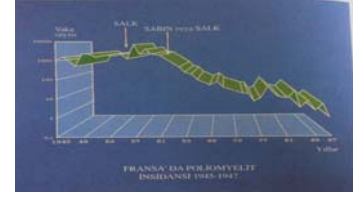
Kaynak: Alijan N. Bağışıklama Programı (Editör: Fikri Ali Türkay) Bağışıklama. s44

ABD'de Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Seyri



Kaynak: Alijan N. Bağışıklama Programı (Editör: Fikri Ali Türkay) Bağışıklama. s44

Fransa'da Poliomyelit İnsidansı



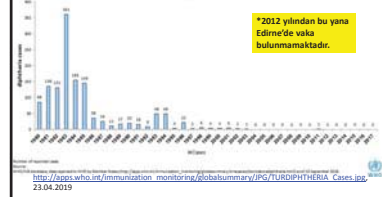
Kaynak: Alijan N. Bağışıklama Programı (Editör: Fikri Ali Türkay) Bağışıklama. s44

Türkiye'de Destek Aşılama Uygulamaları ve Denetim Programlarının Durumu

Program	Başlama	Destek Aşılama Uygulaması	Durum
Poliyo Eradikasyon Programı	1995	Beç yaşından itibaren	1998'den beri eradikasyon hedefine ulaşmışlık olup, 2017'de İstanbul'da Kızamık salgını görüldü.
Kızamık Eradikasyon Programı	2003	9-yaş 14-yaş ve askere Kızamık aşı.	Kızamık Aşı Günlüğü, Okul Aşı Günlüğü, Catch-up, Follow-up, keep up.
Anne ve Yenidoğan Tetanoz EP	2006	15-49 yaş kadınlara difteri Tetanoz (Td) aşı.	2009'da Anne ve Yenidoğan tetanozunun eliminasyonu için birleşik olduğu uygulamalar.
Konjenital Kızamıkçık Eradikasyon Programı	2005-2008 2008-2009 2009	Bilginin kohortu, Ortalama kohortu 18-25 yaş grubu kadınlara AHI Pilot Uygulamasının yürütüldüğü 33 ilde	Ülke geneli Ülke geneli Gelecekte uygulanması sonrası konjenital rubella sendromu kaygısı nedeniyle mahkemeye Sağlık Bakanlığı'na tazminat iddiası mahkum etti.
Hepati B Kontrol Programı	2005-2008 2008-2009 2009	Lise 3 ve 4. Sınıflar Kızamıkçık aşı Bilginin kohortu, Ortalama kohortu	Ülke geneli Ülke geneli Hepati B Kontrol Programı

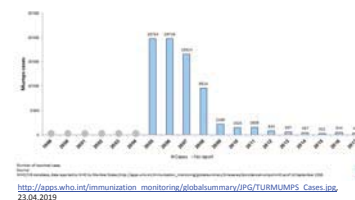
- 2018 yılı, zor elde edilmiş kazanımların ne kadar kolay kaybolduğunu açıkça göstermektedir.
- Ulusal bağışıklama kapsamı düşük ülke veya bölge nedeniyle birden çok DSÖ bölgesi birçok ölümle sonuçlanan büyük kızamık (Kuzey Amerika, Avrupa) ve difteri (Bangladeş, Venezuela, Yemen) salgınlarıyla sarsılmıştır.

Bildirilen Difteri Olgu Sayıları, Türkiye, 1980-2017



*2012 yılından bu yana Edirne'de vaka bulunmamaktadır.

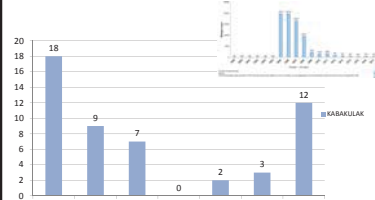
Bildirilen Kabakulak Olgu Sayıları, Türkiye, 1999-2017



20.10.2019

142

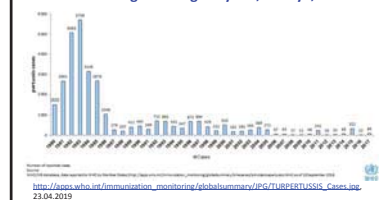
Bildirilen Kabakulak Vaka Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı - Edirne



20.10.2019

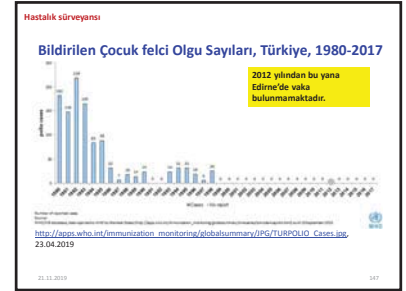
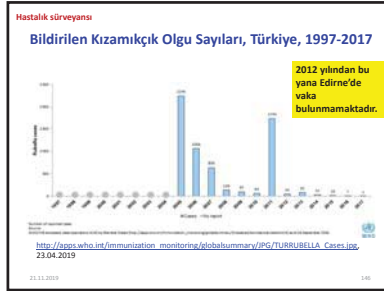
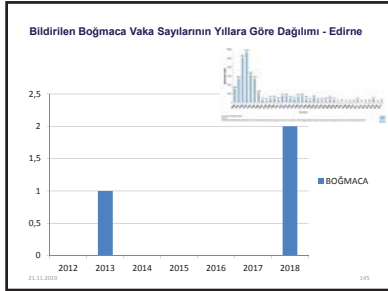
143

Bildirilen Boğmaca Olgu Sayıları, Türkiye, 1980-2017



20.10.2019

144

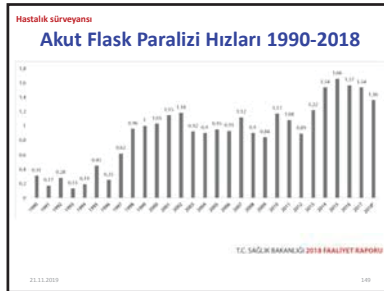


AFP

- Akut flask paralizi 15 yaşın altında bir kişide, travma öyküsü olmaksızın görülen yumuşak felç (akut flask paralizi) görülmesidir. **Polio dışı nedenlerle** (Koksakivirüs, Ekovirüs, diğer Entorovirüsler, Transvers Miyelit, Guilan Barre Sendromu ve Travmatik nörit) **yılda en az 1/100.000 sıklıkta izlenir.**

Kaynak: Çocuk Felci, Suriye'deki Salgın, Türkiye'de Durum ve Öneriler, cilt 23 • sayı 3 s.93-104, <http://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2014/3.pdf> (Mayıs 2014)

21.11.2019 148



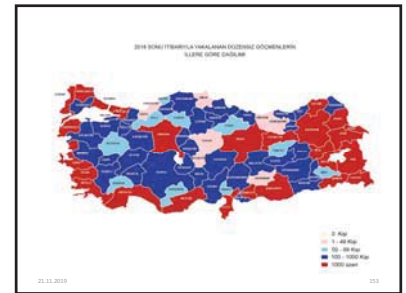
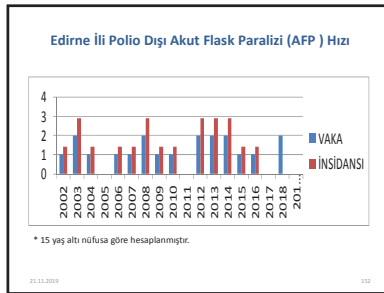
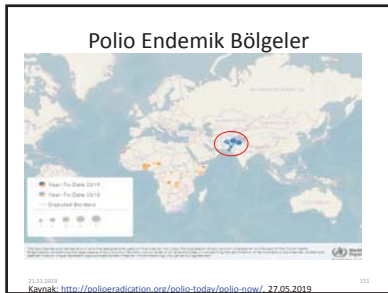
Hastalık sürveyansı

Akut Flask Paralizi sürveyans göstergelerinin zamana göre durumu

Yıl	AFP olgu sayısı	Nonpolio AFP Hızı	Numune almadaki yeterlilik	Karar aşamasında bekleyen	Polio olgu sayısı	Ayırık başlı olgu sayısı
2012	172	0.85	81	0	0	0
2013	230	1.14	80	0	0	0
2014	290	1.45	77	0	0	0
2015	314	1.54	82	0	0	0
2016	294	1.47	80	0	0	0
2017	286	1.43	79	0	0	0
2018	312	1.56	80	20	0	0

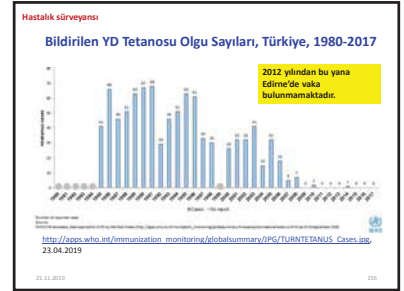
<https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx>, 16.04.2019

21.11.2019 150



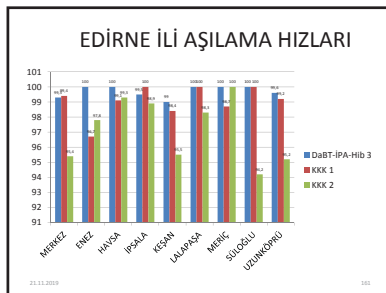


• Aile Hekimliği Sistemi Bildirim ile ilgili ekran görüntüsü konulacak



Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Bildirimlerine Göre Türkiye'de Kızamık Olgularının Dağılımı

Yıl	Laboratuvarda doğrulanmış Kızamık	İmporte ya da aşı ile ilişkili olmayan	ŞİY yerli kızamık
2010	15	7	0
2011	105	94	0
2012	343	-	318
2013*	7397	7404	6731
2014	569	572	451
2015	342	342	235
2016	9	9**	0
2017	48	66	48
2018	566	512	-



«Dünyada her şey için; medeniyet için, hayat için, muvaffakiyet için en hakiki mürşit ilimdir, fendir. İlim ve fennin haricinde mürşit aramak gafillettir, cehalettir, dalalettir»

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

Robb Butler, Vaccine Demand: Hesitancy and Acceptance in the European Region, 2017

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Grubu-2014

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) İle İlgili Görüş HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Grubu

Giriş

İnsanlık tarihi boyunca bulaşıcı hastalıklar insanların erken yaşlarda ölmesi ve ortalama yaşam süresinin kısa olmasında başlıca sağlık sorunu olmuştur. Günümüzde hem ülkemiz hem de dünyada bulaşıcı hastalıklar kısmen kontrol altına alınabilmişse, bunun başlıca iki temel nedeni bulunmaktadır:

- **İnsanların yaşam alanlarının daha sağlıklı olması:** Oturulan konutlar ile tüketilen su ve besinlerin daha sağlıklı olması, beslenme ve tuvalet hijyeni, konutlarda daha az nüfusun yaşaması var olan bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını azaltmış, insanların direncini yükseltmiştir.
- **Bulaşıcı hastalıklara karşı aşı yapılması:** Sağlıklı insanlara aşı yapılarak, insanların bulaşıcı hastalıklara karşı bağışık olması sağlanmıştır. Aşı yapılan kişiler bulaşıcı hastalık etkeni ile karşılaştıkları zaman hastalığa karşı dirençli oldukları için çok büyük bir oranda kişi hastalık etkeni ile karşılaştığını hiç fark etmez ya da hafif seyirli atipik bir enfeksiyon geçirir.

Bağışıklama hizmetleri yaşamı tehdit edici bulaşıcı hastalıkların denetimi, kimilerinde eradikasyonu sağlayabileceği kanıtlanmış ve dünyada yılda 2-3 milyon ölümü önleyen en maliyet etkili halk sağlığı girişimlerinden biridir. Bağışıklama; erişimi en güç ve duyarlı topluluklara denenmiş stratejilerle erişimin sağlanabildiği, yaşam biçimi değişikliği gerektirmeden etkili olabilen, hedef grupları net tanımlanmış, gezici hizmetlerle etkili olarak sunulabilir.

Yiribirinci yüzyılda her çocuğun aşı ile önlenabilir hastalıklara yakalanmadan yaşamaya hakkı vardır. Günümüzde 20'den fazla ciddi hastalığa karşı koruyucu aşı vardır, zamanla listeye yeni eklenenler olabilecektir. Bağışıklama hizmetleri Binyıl Kalkınma Hedeflerinden "çocuk ölümlerinin azaltılması ve salgın yapan/önemli bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi" hedeflerinin gerçekleştirilmesinde de çok önemli girişimlerden ise de aşı ile önlenabilir hastalıklar halen önemli hastalanma ve ölüm nedenleridir.

Dava konusu sorularla ilgili görüşümüz aşağıda yer almaktadır

1. GBP içinde aşısı yapılan hastalıkların bulaşma ve salgın riski

Halen ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerisiyle GBP çerçevesinde aşısı yapılan hastalıkların bulaşma yolları aşağıda görülmektedir:

-Tüberküloz aşısı (BCG)	:Hava yoluyla
-Difteri	:Hava yoluyla
-Boğmaca	:Hava yoluyla
-Kızamık	:Hava yoluyla
-Kızamıkçık	:Hava yoluyla
-Kabakulak	:Hava yoluyla
-Suçiçeği	:Hava yoluyla
-Pnömonokok (zatürree)	:Hava yoluyla
-Hib (menenjit)	:Hava yoluyla
-Tetanoz	:Yaralanma
-Çocuk felci	:Su ve besinlerle
-Hepatit A	:Su ve besinlerle
-Hepatit B	:Kan yoluyla, cinsel yolla, enjeksiyon, organ nakli vb

Yukarıda sayılan hastalıklara karşı Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde 0-23 ay arası çocuklarda %95-99 oranında aşı yapıldığı rapor edilmektedir. Bir hastalığa karşı %95 ve üzerinde aşı yapılması, o hastalık etkeninin toplumda yaygın olarak bulaşma riskini düşürmektedir. Aşı olan kişiler bu

hastalıklara karşı güçlü bir şekilde korunurlar ve hastalık etkeni ile karşılaştıkları zaman enfeksiyon ya da enfeksiyon hastalığı gelişmez. Aşı yapılan az sayıda kişide, kişinin biyolojik farklılıklarından dolayı aşıya karşı gelişen bağışıklığın düşük olması nedeniyle, hastalık etkeni ile karşılaştıklarında hafif seyirli, atipik bir enfeksiyon gelişebilir, fakat sorun oluşturmaz. Aşı olmayan kişiler hastalığa karşı duyarlıdırlar ama popülasyonda yüksek oranda aşı yapılması nedeniyle hastalık etkeni ile karşılaşma olasılıkları düşer. Bu nedenle aşı olmayanlar da dolaylı yoldan korunur. Aşı olamayan kişilerin bu şekilde korunmasına *herd immünizasyon* denilmektedir. Bu kişiler hastalık etkeni ile karşılaşmadıkları sürece hasta olmazlar ama bağışık olmadıkları için hastalık etkeni ile karşılaştıkları zaman enfeksiyon hastalığı gelişir.

Aşı ile önlenebilen hastalıklarda toplumda hastalığın salgın yapmasını önlemek için en düşük aşı kapsayıcılık oranları Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Aşı ile önlenebilir hastalıkların bulaştırıcılığı ve önlenmesi için gerekli aşılama kapsayıcılık düzeyi (Kaynak 10-13’den hazırlanmıştır)

Hastalık	Bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı	Toplum Bağışıklığı için/ salgını önlemek için Ulaşılması gereken en az aşı oranı
Difteri	6-7	85%*
Kızamık	12-18	83-94%
Kabakulak	4-7	75-86%
Boğmaca	12-17	92-94%
Çocuk Felci	5-7	80-86%
Kızamıkçık	6-7	83-85%
Su çiçeği	5-7	80-85%

* En az 4 doz

Bir hastalığa karşı genişletilmiş bağışıklama programı çerçevesinde hedef popülasyonda %95 ve üzerinde aşılama yapıldığı sürece aşı yapılanlar doğrudan, aşı yapılamayanlar ise dolaylı olarak (herd immünizasyon) korunurlar ve bulaşıcı hastalık etkeninin bulaşma riski yüksek oranda düşer. Aşılama oranları bu düzeyde sürdürülürse ve hastalık etkeninin kaynağı da insan ise (aşılama programında *Tetanoz* dışındaki hastalık etkenlerinin kaynağı insandır) hastalık etkeni önce elimine edilir sonra da eradikasyon sağlanabilir. Eradikasyon bir hastalık etkeninin dünyadan silinmesidir. Bu güne ilk kez 1978 yılında Çiçek hastalığı aşılama yoluyla dünyadan eradike edilmiştir. Çocuk felci hastalığı da yürütülen yoğun aşılama kampanyaları sonrasında dünyada eradikasyon noktasına getirilebilmiştir. Ülkemizde dahil Avrupa kıtası ve Amerika kıtasında toplum kaynaklı (aşı etkeni hariç) çocuk felci hastalığı görülmemektedir. Önümüzdeki on yıllarda dünya genelinde aşılama oranları yüksek oranda sürdürülebilirse, kaynağı insan olan diğer bulaşıcı hastalık etkenlerinde de eradikasyon sağlanabilir.

Eradikasyonu sağlanamayan hastalıklarda yüksek oranda yapılan aşılama oranlarında (%95’in altında) düşme olursa, yıldan yıla hastalığa duyarlı insan sayısı artar. Bir şekilde hastalık etkeni taşıyan biriyle bu duyarlı kişilerin temas etmesi, o hastalık için bir salgını tetikleyebilir. Nitekim Avrupa bölgesinde (Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, İsviçre, İngiltere) 2005 yılında kızamık salgınları yaşanmıştır. Yoğun bağışıklama çalışmaları sonrasında ülkemizde 2008-2011 yılları arasında yerli kızamık vakası görülmemiştir. Ancak Avrupa’da gözlenen bu salgının ülkemize de ulaşmasıyla, kızamığa karşı bağışık olmayan kişilerde kızamık vaka sayıları hızla artmaya

başlamış ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2013 yılında ülkemizde 6731'i yerli olmak üzere toplam 7405 kızamık vakasının olduğu rapor edilmiştir. Aşı yapılan bulaşıcı hastalıklara karşı yüksek oranda yapılan aşılama oranları sürdürülemezse, bulaşıcı hastalık etkeninin toplumda görülme sıklığı artar ve aşı yapılmayan dönemdeki kadar ağır olmamakla beraber duyarlı kişilerde dönem dönem salgınlar ortaya çıkabilir.

2. Yapılan aşılarda olası yan etkileri ve görülme sıklıkları, çocuk ölümü ve felcine neden olup olmadıkları

Günümüzde aşılarda tıbben kullanılan en güvenli ve en etkili araçlardır. Bununla beraber aşı sonrası istenmeyen etkiler (ASİE) görülebilmektedir. Genel olarak "Bütün aşılarda için, aşılarda yapıldığı zaman ortaya çıkan istenmeyen etkiler, aşılarda yapılmadığı zaman ortaya çıkacak sağlık sorunlarıyla kıyaslanamayacak kadar azdır" denilebilir.

ASİE'ler sık ve seyrek gözlenenler olmak üzere iki grupta değerlendirilebilir:

a) Sık gözlenen ASİE'ler

En sık gözlenen istenmeyen etkiler enjeksiyon yerinde kızarıklık, ağrı şişlik gibi lokal reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar BCG aşısı dışında %5-40 arasında gözlenebilir. BCG aşısı yerinde %90-95 oranında gözlenen apse ve ülser bu aşının istenmeyen bir etkisi olmayıp, aşının normal beklenen bir etkisidir ve aşının etkili olduğunu gösterir. Lokal reaksiyonlar (BCG hariç) aşı sonrası bir hafta içinde ortaya çıkar ve kendiliğinden geçer. Lokal reaksiyon bölgesine soğuk uygulanması ve çocuğa ateş düşürücü ağrı kesici verilmesi ile hızla gerilerler. Aşı sonrası ortaya çıkan lokal reaksiyonlar daha sonra aşı yapılmasını engellemez (Tablo 2).

Aşı sonrasında %10 civarında 38 derecesi geçen ateş olabilir. Soğuk uygulama, ağrı kesici ve ateş düşürücü verilmesi ile ateş düşer. Aşı sonrası ateş yükselmesi, daha sonra aşı yapılmasını engellemez (Tablo 2).

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği gibi canlı aşılarda sonrasında %1-5 arasında aşı etkenine bağlı hafif seyirli atipik bir aşı enfeksiyonu gelişebilir. Bu enfeksiyonlar zararsız olup, daha sonra aşı yapılmasını engellemez (Tablo 2).

b) Seyrek gözlenen ASİE'ler

Aşı sonrası bir milyonda 0-6 arasında anafilaksi olarak tanımlanan ciddi akut alerjik reaksiyonlar gözlenebilmektedir. Bu tür reaksiyonlar aşı sonrası dakikalar ve saatler içinde gözlenebilir ve acil tıbbi müdahale edilmezse öldürücü olabilir. Ancak akut alerjik ve anafilaksi türü reaksiyonlar aşılarla özgü olmayıp, tanı ve tedavi amaçlı vücuda verilen her türlü biyolojik ve kimyasal maddeye (ilaç, serum vb) karşı da bu oranlarda gelişebilir (Tablo 3).

Canlı çocuk felci aşısı (Oral polio aşısı) sonrası 1-3 milyon dozda bir aşı virüsüne bağlı çocuk felci gelişebilir (Tablo 2). Bu canlı çocuk felci aşısının beklenen bir istenmeyen etkisidir. Şu an genişletilmiş bağışıklama programında beşli karma aşısı içinde canlı olmayan çocuk felci aşısı (İnaktif polio aşısı) yapılmakta ve bu aşının ilk iki dozunda canlı çocuk felci aşısı yapılmamaktadır. Beşli karma aşısının üçüncü ve rapel dozuna eklenen canlı çocuk felci aşısına bağlı çocuk felci 10 milyon dozda bir kadar düşmektedir.

Aşı sonrası seyrek görülen diğer istenmeyen etkiler Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 2. Genişletilmiş Bağışıklama Programında bulunan aşılardan sık gözlenen istenmeyen etkileri

Aşı	Lokal reaksiyon ^a (ağrı, şişlik, kızarıklık)	38 °C'yi geçen ateş ^b	Huzursuzluk, kırgınlık ve sistemik belirtiler ^c
BCG	% 90- 95	-	-
DaBT-İPA-Hib	% 20-40	% 3-5	% 20-40
Td /DT/TT	~ %10*	~ %10	~ %25
OPA	-	<%1	< %1**
Hepatit-B	erişkinde %15, çocukta % 5	-	%1-6
KKK***	%10	%5-15	%5 döküntü, <%1 artralji, <%1 lenfadenopati, <%1-%5 parotit
Hib	% 5-15	%2-10	-

DaBT: Difteri, Aselüler boğmaca, Tetanoz
 Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz
 DT: Çocuk Tipi Difteri-Tetanoz
 Hib: Hemofilus influenza tip b

OPA: Oral Polio aşısı
 İPA: İnaktif Polio aşısı
 KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak

a Aşı yerine soğuk uygulama, parasetamol

b Ekstra sıvı verme, ılık pansuman uygulama, parasetamol

c Ekstra sıvı verme, parasetamol

*Lokal reaksiyonlar rapel dozlarda %50-85'e kadar çıkabilir.

** Sistemik belirtiler ishal, baş ağrısı ve/veya kas ağrısı, uyku hali,iştahsızlık şeklinde olabilir.

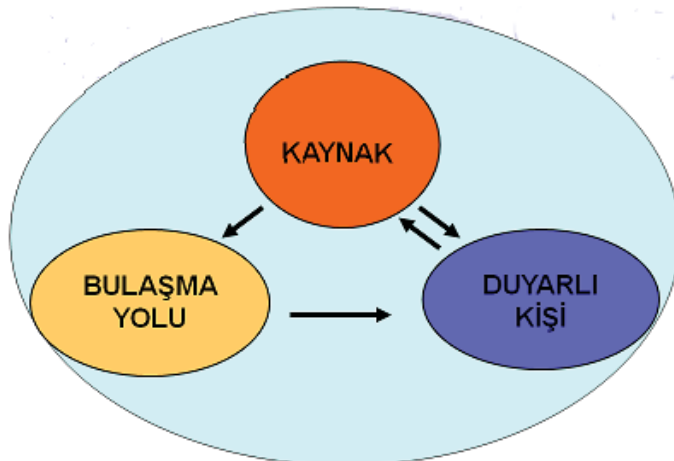
*** Kızamıkçık aşılmasını takiben en sık görülen ASİE ler ateş, lenfadenopati, döküntü, boğaz ve baş ağrısı şeklinde hafif kızamıkçık tablosu ve artraljidir. Artrit ve artralji yalnızca duyarlı kişilerde daha yaygın olarak yetişkinlerde özellikle kadınlarda gözlenir. Artralji çocuklarda <% 1 görülürken

Tablo 3. Genişletilmiş Bağışıklama Programında bulunan aşılardan seyrek gözlenen istenmeyen etkileri

Aşı	Reaksiyon	Ortaya çıkış süresi	1 milyon dozda görülme sıklığı
BCG	- Lenfadenit - BCG Osteiti - Yaygın BCG enfeksiyonu	- 2 hafta -6 ay - 1-12 ay - 1-12 ay	- 100 - 1000 - 1 - 700 - 2
¹ DaBT-IPA-Hib	- 3 saatten fazla süren çığlık tarzında durdurulamayan ağlama - Konvülsiyon - Hipotonik hiporesponsif atak - Anafilaksi - Ensefalopati - ² Apne - Bradikardi	- 0-24 saat - 0-72 saat - 0-24 saat - 0-1 saat - 0-7 gün - 0-24 saat	- 0 - 4800 - 0 - 290 - 0 - 470 - 0 - 1 - 0 - 1
DaBT, Td/DT/ TT (Tetanoz bileşenine bağlı)	- Brakial nevrit - Anafilaksi - Steril apse - ³ Ciddi lokal reaksiyon	- 2-28 gün - 0-1 saat - 1-6 hafta - 0-2 gün	- 5-10 - 1-6 - 6-10 - 0-10 000
OPA	- Aşıya bağlı parolitik poliomiyelit (risk ilk dozda, erişkinlerde ve immün yetmezliği olanlarda daha yüksektir)	- 4-30 gün (temaslılarda 4-75 gün)	- 0.70 (ilk doz) - 0.11-0.16(sonraki dozlarda) - 0.13 (temaslılarda)
Hepatit-B	- Anafilaksi	- 0-1 saat	- 1-2
⁴ KKK (¹ Kızamık, ² Kabakulak ve ³ Kızamıkçık bileşenine bağlı)	- ¹ Febril konvülsiyon - ¹ Trombositopeni - ^{1,3} Anafilaksi - ¹ Ensefalopati/Ensefalit - ² Aseptik menenjit - ³ Artrit	- 5-12 gün - 1-6 hafta - 0-1 saat - 5-15 gün - 15-21 gün - 1-3 hafta	- 333 - 33 - 0-1 - 0-1 - ² 1-1000 - Çocuklarda nadir ancak adolesan ve kadınlarda 100 000
Hib	Bildirimi yok	-	-

¹ Ağırlıklı olarak DaBT komponentine bağlıdır.² Prematüre bebeklerde görülebilir.³ Özellikle çok sayıda pekiştirme dozu alanlarda bildirilmiştir.⁴ Kullanılan aşı suşuna bağlı olarak görülme sıklığı değişmektedir.⁵ KKK aşısı antijenlerine ve reaksiyonlara verilmiş olan üst numaralar antijene özel aşı yan etkisini göstermektedir.**3. Aşı yapma dışında başka tedavi ve yöntemlerle önlemlerinin olup olmadığı**

Bir bulaşıcı hastalık etkeninin enfeksiyon veya enfeksiyon hastalığı oluşturabilmesi için ortamda; i) bulaşıcı hastalık etkeninin üzerinde yaşayıp çoğalabileceği bir kaynak, ii) bu kaynaktan dışarı çıkıp sağlam insanlara bulaşabileceği bir bulaşma yolu ve iii) bu hastalık etkenine duyarlı bir insanın bulunması gerekir. Bu durum enfeksiyon zinciri olarak tanımlanmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Enfeksiyon zinciri

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde bu zincirdeki halkalardan en az birisinin ortamdaki kaldırılması hedeflenir. Bu mücadelede biri diğerinin alternatifi olmayıp, her üç yolla beraber mücadele edilmesi esastır.

i) Bulaşıcı hastalık etkeninin kaynağı ile mücadele: Hastalık etkeninin kaynağı insan, hayvan ve toprak olabilir. Kaynağı insan olan hastalıklarda hasta insanlar kaynaktır. İnsanda bulaşıcı hastalık yapan mikroorganizmaların büyük çoğunluğunun kaynağı insandır. Genişletilmiş bağışıklama programı içinde aşısı yapılan bulaşıcı hastalıkların da biri hariç (teteanoz) hariç kaynağı insandır. Hasta insanları bulup tedavi etmek ya da kişinin hastalığı iyileşinceye kadar sağlıklı insanlardan izole etmek hastalık etkeninin diğer insanlara bulaşmasını azaltabilir. Kişiler tedavi edilerek iyileştirilebilse de bazı kişiler taşıyıcı olarak kalabilir. Bu taşıyıcılar görünüşte sağlıklıdır ve sağlıklı insanların bulunduğu her ortama girip, çıkabilir ve bulaşıcı hastalık etkenini sağlıklı insanlara bulaştırabilirler. Taşıyıcı kişiler bazı laboratuvar testleri ile tarama yapıp bulunup tedavi edilebilse de bütün taşıyıcıların bulunup tedavi edilebilmesi mümkün değildir. Bu nedenle kaynağı insan olan bulaşıcı hastalıklarda taşıyıcı kişilerin varlığı hastalık etkeninin sağlıklı insanlara bulaştırılmasında en önemli problem olarak durmaktadır.

ii) Bulaşma yolu ile mücadele: Bulaşıcı hastalık etkenleri hava, su, besin, kan ve vektörler aracılığıyla kaynaktan çıkıp sağlam insanlara bulaşabilmektedirler. Genellikle bir bulaşıcı hastalık etkeni kaynaktan hangi yolla çıkarsa, sağlam insanlara da aynı yolla bulaşır. Konutların sağlıklı yapılması, yaşam ortamlarının havalandırılması, içme ve kullanma sularının sağlıklı olması, besin hijyeni, kişisel hijyenik davranışlar (El yıkama, tırnak kesme, saç ve vücut temizliği vb), vektörlerle mücadele (yaşam alanlarında sivrisinek ve eklembacaklılarla mücadele vb), hasta insanların araç ve gereçlerinin dezenfekte edilmesi, hasta insanların kalabalık ve kapalı alanlara girmemesi ve bu kişilerin iyileşinceye kadar izole edilmesi vb ile bulaşma yoluyla mücadele edilebilmektedir. Bulaşma yolu ile ne kadar mücadele edilirse edilsin, bulaşıcı hastalık bulaştırıcılığı tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir.

iii) Duyarlı insanlarla mücadele: Enfeksiyon zincirinin son halkası hastalığa duyarlı olan kişilerdir. Daha önce hastalık etkeni ile karşılaşmamış kişiler, o hastalık etkenine karşı duyarlıdır ve hastalık etkeni ile karşılaştıkları zaman enfeksiyon ya da enfeksiyon hastalığı geçirirler. Hastalık etkeni ile karşılaşmış hasta olanlar ve sonrasında iyileşenler, bu hastalığa karşı genellikle ömür boyu bağışık olur ve korunurlar. Aşılama öncesi dönemde onbinlerce yıldır insanlar bu şekilde bağışık olmuştur. Buna doğal bağışıklık denilmektedir. İnsanlar enfeksiyonu doğal yoldan geçirerek bağışık olabilirler ama bu süreçte enfeksiyon hastalığı acısı ve salgınlar yaşanmakta, pek çok kişi ölmekte ya da sakat kalmaktadır. Bu nedendir ki, insanlık tarihi boyunca bulaşıcı hastalıklar salgınlar yaparak insanların erken yaşlarda ölmesine ve ortalama yaşam süresinin kısa olmasında önemli bir yere sahip olmuştur.

İnsanlar bulaşıcı hastalıklara yakalanmadan da bağışık hale getirilebilir ve bulaşıcı hastalıklardan korunabilirler. Bu aşılama ile sağlanmaktadır. Hastalıklara karşı aşılanan kişiler, bulaşıcı hastalığı geçirmiş gibi bağışık olurlar. Günümüzde üretilen ve kullanılan aşılarla kişiler uygun şekilde aşılandıkları zaman enfeksiyon ya da enfeksiyon hastalığı gelişmez. Bu yöntem bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çığır açmıştır ve insanlar hiç olmadığı kadar çok bulaşıcı hastalıklara karşı korunabilmişlerdir. Günümüzde çiçek salgınları ve ölümleri ortadan kaldırılmışsa, yaygın şekilde aşısı yapılan hastalıklarda salgınlar görülüyor ve vaka sayıları çok azaltılabiliyorsa bunu aşılarla borçluyuz.

2001 yılında dünya ölçeğinde yapılan bir değerlendirmede Boğmaca aşısı dünya genelinde yaygın olarak yapıldığı için yılda bir milyondan fazla ölümün önlendiği bildirilmektedir. Aşı ile önlenebilen hastalıklarda önlenebilen diğer ölümler tablo 4’de görülmektedir.

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Grubu-2014

Tablo 4. Aşılanmama durumunda beklenen ölüm sayısı, aşı ile önlenabilir hastalıklara bağlı ölümler ve aşı ile önlenabilir ölümler, tüm yaş grupları, bölge ve aşıya göre, 2001 (x1000) (14 nolu kaynak)

Hastalık	Toplam	Yüksek gelir	Doğu Asya ve Pasifik	Avrupa ve Orta Asya	Latin Amerika ve Karayip	Orta Doğu ve Kuzey Afrika	Güney Asya	Sahra altı Afrika
<i>Difteri</i>								
Hiç aşı olmaması durumu	78	3	28	4	8	5	21	10
Tahmini ölümler	5	<1	1	<1	<1	<1	3	1
Önlenen ölümler	73	3	27	4	8	5	18	9
<i>Boğmaca</i>								
Hiç aşı olmaması durumu	1,343	7	377	4	138	93	428	296
Tahmini ölümler	301	<1	3	<1	6	8	108	176
Önlenen ölümler	1,042	7	374	4	132	85	320	120
<i>Tetanoz</i>								
Hiç aşı olmaması durumu	936	<1	110	<1	20	23	543	239
Tahmini ölümler	293	<1	27	<1	1	4	140	121
Önlenen ölümler	643	<1	83	<1	19	19	403	118
<i>Çocuk felci</i>								
Hiç aşı olmaması durumu	52	1	15	1	3	4	17	11
Tahmini ölümler	<1	<1	<1	0	0	0	0	0
Önlenen ölümler	51	Mevcut değil	15	1	3	4	17	11
<i>Kızamık</i>								
Hiç aşı olmaması durumu	2,000	6	301	36	6	55	567	1,025
Tahmini ölümler	676	<1	77	4	<1	7	239	348

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Grubu-2014

Hastalık	Toplam	Yüksek gelir	Doğu Asya ve Pasifik	Avrupa ve Orta Asya	Latin Amerika ve Karayip	Orta Doğu ve Kuzey Afrika	Güney Asya	Sahra altı Afrika
Hib								
Hiç aşı olmaması durumu	468	<1	28	2	9	14	199	216
Tahmini ölümler	463	<1	28	2	5	14	199	215
Önlenen ölümler	5	<1	<1	<1	4	<1	<1	1
Hepatit B								
Hiç aşı olmaması durumu	600	34	370	36	11	17	75	58
Tahmini ölümler	600	34	370	36	11	17	75	58
Önlenen ölümler	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Sarı humma								
Hiç aşı olmaması durumu	63	Mevcut değil	Mevcut değil	Mevcut değil	8	Mevcut değil	Mevcut değil	54
Tahmini ölümler	30	Mevcut değil	Mevcut değil	Mevcut değil	6	Mevcut değil	Mevcut değil	24
Önlenen ölümler	33	Mevcut değil	Mevcut değil	Mevcut değil	2	Mevcut değil	Mevcut değil	30

Not: Hesaplama yuvarlama yapıldığı için toplam değerler farklı çıkabilir.

a. İleri yaşlardaki ölümlerin başlıca nedeni çocuklukta geçirilen polyomyelitin gecikmiş etkisidir.

b. Kızamık ile ilgili tahminlerdeki belirsizliğin tartışması için metne bakınız. Gösterilen değerler 2001 tahminlerinin güncellenmiş bir versiyonudur.

c. Mortaliteye etkisini görmek için gereken süre uzun (20-40 yıl) olduğu için, bebek aşılama programında Hepatit B aşısının kullanımı itibariyle önlenen ölümler asgari düzeydedir.

Sonuç olarak;

- Sağlık çalışanlarının koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama hizmetlerine talep yaratma, bu talebi karşılama ve sürdürülebilirliği sağlama sorumluluğu vardır,
- Aşılar günümüzde tıp alanında kullanılan en güvenli, en etkili ve en maliyet etkin tıbbi uygulamalardır,
- Aşı sonrası ortaya çıkan istenmeyen etkiler aşılar yapılmadığı zaman ortaya çıkacak sağlık sorunlarıyla karşılaştırılamayacak kadar azdır ve
- Günümüzde insanları bulaşıcı hastalıklara karşı korumada aşılar kadar etkili, güvenli, kolay ve maliyet etkin başka bir tıbbi uygulama aracı yoktur ve onların yerine koyabileceğimiz başka bir araç ya da uygulama bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Heymann DL. Control of Communicable Diseases Manual 18 th Edition. APHA, USA 2004.
2. Marshall GS. The Vaccine Handbook, A Practical Guide for Clinicians. Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2004.
3. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook. 12th Edition Second Printing (May 2012) (Erişim Yeri: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>, Erişim tarihi: 08.10.2014)
4. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Semih Ofset Matbaacılık 2012 Ankara.
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 Haber Bülteni. Yayın tarihi: 30.09.2014.
6. What are some of the myths-and facts- about vaccination? WHO, April 2013. Erişim yeri: www.who.int/features/qa/84/en/, Erişim tarihi: 05.10.2014)
7. Aşı sonrası istenmeyen etkiler genelgesi. T.C. sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 11.04.2008 tarih 2008/27 nolu genelge.
8. (Immunization <http://www.who.int/topics/immunization/en/> 21.02.2012)
9. (Vaccines and immunization <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization> 21.02.2012)
10. Herd immunity: history, theory, practice. *Epid Rev* 1993; 15: 265-302.
11. Luman ET, Barker LE, Simpson DM, Rodewald LE, Szilagyi PG, Zhao Z. National, state and urban-area vaccination-coverage levels among children aged 19-35 months, United States, 1999. *Am J Prev Med* 2001; 20 (4S): 88-153
12. Jiles RB, Fuchs C, Kleven RM. Vaccination coverage among children enrolled in Head Start programs or day care facilities or entering school. *MMWR* 2000; 49 (SS-9); 27-38.
13. Basic Reproductive Rate (Ro). Erişim yeri: http://practice.sph.umich.edu/micphp/epicentral/basic_reproduc_rate.php, Erişim tarihi: 09.10.2014.
14. Logan Brenzel, Lara J. Wolfson, Julia Fox-Rushby, Mark Miller, and Neal A. Halsey. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Erişim yeri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11768/>, Erişim tarihi: 09.10.2014.

AŞI İÇERİKLERİ

Aşılar son derece güvenilir biyolojik ürünlerdir. Üretim ve dağıtım aşamalarında çok sıkı kontrolden geçmektedirler. Ülkemizde kullanılan tüm aşılar Dünya Sağlık Örgütü, EMA, FDA gibi dünyaca kabul görmüş otoritelerce ya da TİTCK tarafından ruhsatlandırılmış, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen ve onaylanan GMP (İyi Üretim Prosedürleri) kurallarına uygun üretilmiş aşılardır. Üretilen her bir seri için gerek üretici, gerek üretilen ülke resmi makamlarınca ayrıntılı analiz ve testler yapılmaktadır. Satın alınan aşı ve anti-serumların zararsızlık ve etkinlik analizleri ve uygunluk testleri Sağlık Bakanlığımız bünyesinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kontrolünde bulunan ulusal referans laboratuvarı İlaç Biyolojik ve Tıbbi Ürünler Laboratuvarı tarafından deneyimli personel ve gelişmiş cihazlar ile yapılmaktadır. Uygulanan tüm aşı ve anti-serumlar analizlerden geçmiş ve güvenilirdir. Analizden geçmeyen aşılar iade edilmekte ve yerine başka bir seriden aşı istenmektedir.

Aşılar üretici firmadan alınıp aşılanacak kişiye uygulanana kadar tüm sağlık kuruluşlarında soğuk zincir sistemi içerisinde uygun ısı aralığında korunmakta ve sistem ATS ile sürekli izlenmektedir.

Aşılar, bağışıklık gelişmesini sağlayan ve antijen olarak isimlendirilen maddeleri, çok az miktarlarda da aşının yapımında, güvenli ve etkili olmasında rol alan maddeleri içerirler. Aşılar, Antijen yanında adjuvan, stabilizatör ve koruyucu maddeleri de ihtiva etmektedir. Bakanlığımızca temin edilip kullanılan aşıların içinde domuz ürünü bulunmamaktadır.

Adjuvan diye adlandırılan ek maddeler aşıların etkinliğini artırmak üzere bakteri ve virüs bileşenleri yanında kullanılan maddelerdir. Stabilizatörler ise, aşılar uygulanıncaya kadar stabilitesini korumak üzere aşı flakonlarına ilave edilen maddelerdir. Ayrıca, mikrobiyolojik bulaşmayı engellemek üzere koruyucu olarak adlandırılan ilave maddeler aşı flakonlarına eklenmektedir. Genel olarak aşılarımızda adjuvan olarak Alüminyum Hidroksit; koruyucu olarak Thiomersal ile antibiyotikler (Neomisin),kanamisin, eritromisin ve stabilizatör olarak da Magnezyum Klorid bulunmaktadır.

Alüminyum Hidroksitadjuvan olarak aşıların çok düşük dozda daha fazla etki yapması için kullanılmakta, bir insanımıza yaşamı boyunca uyguladığımız aşıların tamamının içindeki toplam alüminyum miktarı 4,25 mg'dır. DSÖ 'nün belirlediği ve insan sağlığına zararı olmayacak şekilde çok düşük düzeydedir. Uyguladığımız Td, 5'li karma, 4'lü karma, KPA gibi bazı aşıların içinde bulunmaktadır. Alüminyum içme suyunda, hazır sularda, un ve un mamüllerinde, ilaçlarda özellikle de mide ilaçlarında (20-30 mg), meyve sebzelerde bol miktarda bulunmaktadır.

Thiomersal, Etil Civa maddesinin organik bir bileşiği olup 1930'lu yıllardan bu yana birçok aşı ve ilaçta koruyucu olarak kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Aşı Güvenliği Genel Komitesinin (GACVS); 20–21 Haziran 2002'de yayımladığı raporda Etil Civa'nın (Thiomersal) vücutta yarılanma ömrünün bir haftadan daha kısa olduğu, ortalama 4–9 günde vücuttan sindirim sistemi yoluyla atıldığı; dolayısıyla diğer civa bileşikleri gibi vücutta birikmesinin ve cıva ya bağlı bir takım kronik hastalıklara yol açmasının söz konusu olmadığı açıklanmıştır. Vücuttan atılımı güç olan Metil Civa olup bu madde Thiomersal içeriğinde

bulunmamaktadır.

Thiomersal içeren aşıların kullanımı ile Otizm başta olmak üzere bir takım kronik hastalıkların arttığı iddiaları üzerine bu ilişkiyi araştıran birçok bilimsel araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda Thiomersal ile otizm arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

DSÖ Aşı Güvenliği Genel Komitesinin (GACVS) yaptığı ayrıntılı araştırmalar ışığında; Avrupa İlaç Ajansı (EMA) Patentli Tıbbi Ürünler Kurulu (CPMP)'nın Mart 2004'teki çalışmasında da Thiomersal içeren aşılarla yapılan bağışıklama ile özel nörolojik gelişim bozuklukları arasında herhangi bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Amerikan Bağımsız Sivil Ulusal Bilim Akademileri (NAS), İlaç Enstitüsünün (IOM) 2004'teki raporunda da otizm ile kızamık içeren aşılar ya da koruyucu olarak thiomersal içeren aşılar arasında bir bağlantı olmadığı ve tamamen rastlantısal olduğu sonucuna varılmış ve İlaç Enstitüsü (IOM) başkanı Harvey V. Fineberg 7 Ağustos 2005'de NBC televizyonunda yayımlanan mülakatında bir kez daha Thiomersal ile otizm arasında ilişki bulunmadığını beyan etmiştir. Avrupa ülkelerinde ve diğer pek çok ülkede aşılar da koruyucu olarak Thiomersal kullanımı devam etmektedir.

Kızamık aşısının da SSPE ve otizmle herhangi bir ilişkisinin bulunmadığı, DSÖ Aşı Güvenliği Küresel Danışma Komitesi (GACVS) tarafından da deklare edilmiştir. Bu konuda Lancet'te yayınlanan makale kaldırılmış ve yazar kişi meslekten men edilmiştir.

Uzun yıllardır süren çeşitli çalışmalarda aşı dozundaki Thiomersal kullanımı ile ilgili kanıtlanmış bir yan etki bulunamamıştır. Thiomersal genellikle çok dozlu aşılar da bulunmakta olup tek dozluk aşılar da genellikle bulunmamaktadır.

Aşılar da Bulunan Maddeler

MADDE ADI	ÖZELLİKLERİ
Polisorbat 80	Enjeksiyon ya da infüzyonluk bazı ilaçlarında içinde bulunmaktadır. Stabilizatördür.
Alüminyum Fosfat Alüminyum Hidroksit	İçme sularında (şebeke, pet şişe), anti asitlerde (mide ilacı), maden suyu, anne sütünde 40mikrog/L, bebek mamalarında 225 mikrog/L. bebeklerde günlük oral alınan güvenli alüminyum miktarı 1mg/kg dir.
Laktoz, Sükroz, Mannitol, Sorbitol, Maltoz	Şeker yapısında bileşenler olup, proteinik yapıların korunmasında ve ozmolar konsantrasyonun ayarlanmasında satabilizan olarak kullanılır. Tüm enjeksiyonluk ve infüzyonluk ilaçların yapısında bulunmaktadır.
Thiomersal	Çok dozlu aşılar da kontaminasyonu(bulaşma riskini) önlemek amacıyla kullanılır. Etil civa bileşiğidir.(sodyum Etil-civa salisilat). Etil Civanın vücuttan atılma süresi 7-10 gün, metil civa (deniz ürünlerinde bol miktarda var) vücuttan atılma süresi 50 gündür. Toksik olan metil cıvadır.
Hanks Ortamı, L-Alanin, L-Arjinin Hidroklorür	Amino asitlerden oluşur
Neomisin Sülfat, Eritromisin, Kanamisin, Polimiksin B	Üretim aşamasında eser miktarda kalıntı olarak bulunabilir. Antibiyotiklerdir.
Formaldehit	Üretim aşamasında eser miktarda kalıntı olarak bulunabilir.
Jelatin	Bitkisel ve hayvansal kaynaklı olabilir. Bakanlık olarak kullandığımız aşılar da sığır jelatini bulunmaktadır.
Sodyum Klorür, Süksinik asit, Trometamol, Sodyum Hidroksit, Sodyum Borat, Monopotasyum Fosfat, Disodyum Fosfat, Aminoasit çözeltisi, Laktolbumin hidrolizat,	Tamponlayıcı (stabilizan) maddelerdir.

Aşı Bileşenleri Miktarı

	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Beşli Karma	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Sükroz	42,6 mg	31,9-53,1 mg
	Formaldehit	10,30 mik. gr/ml	4-15 mik.gr/ml
KPA	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,2-0,3 mg/ml
Dörtlü Karma	Alüminyum	0,32 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Formaldehit	9,33 mg/ml	4-15 mg/ml
Hepatit B	Alüminyum	0,60 mg	<1,25
	Thiomersal	%0,0097 w/v	%0,0115 w/v
Td	Thiomersal	0,034 mg/0,5 ml	< 0,05 mg/0,5 ml
	Formaldehit	0,0019 g/lt	≤ 0,2 g/lt
Kuduz	Thiomersal	68,7 mik.gr/vial	59,5-80,5 mik.gr /vial
Hepatit A	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml

DSÖ-CDC Sağlık Çalışanlarının Aşı Tereddüdüne Yönelik İletişim Kiti

Bugün [isim] 'in aşılama zamanı". Tereddüt varsa, rehberli bir konuşmayı izleyin

1. Açık uçlu sorular sor

"Aşılama konusundaki endişeleriniz neler? "

2. Yansıt ve Yanıtla

Bakımveren: "Aşılamanın çocuğuma faydalı olacağını biliyorum, fakat korkuyorum."

SÇ: "Çocuğunuz için en iyi seçimi yapmak istediğinizi ama gergin olduğunuzu anlıyorum."

3. Güçlü yönleri onayla ve endişeleri doğrula

"Aşılar hakkında düşünmeye başlamanız harika."

"Çocuklarınızın sağlığı sizin için önemli."

4. Sor-Sağla-Doğrula

"Peki aşılar hakkında ne biliyorsunuz?"

"Az önce paylaştığınız şeye dayanarak size biraz bilgi verebilir miyim?"

"Konuşmamızı göz önüne aldığınızda, şimdi kararı nasıl görüyorsunuz?"

5. Özetle ve eylemi belirle

"Önemli olmasının nedeni şu ki..."

"Doktor / çocuk doktoru / uzmanımız için yakında randevu alabilirim?"

Ek 5

ÇOCUĞUMU AŞILATMAMA KARARI

Bu formda adı yer alan çocuğun ebeveyniyim/koruyucusuyum. Benden sorumlu sağlık hizmeti sunucusu aşağıda yer alan hastalıklara karşı çocuğumun aşılmasını önerdi. Çocuğum için önerilen her bir aşının yarar ve zararlarını açıklayan aşı bilgilendirme formunun bir kopyası bana verildi. Bana sunulan bilgileri dikkatli bir şekilde inceledim ve değerlendirdim. Yine de çocuğumun şimdi aşılana**mamasına** karar verdim. Aşağıdakileri okudum ve bilgilendim:

- Aşı ile önlenabilir hastalıkların (kızamık, kızamıkçık, boğmaca (boğulma şeklinde öksürük) aşılınmamış çocuklara bulaşacağını, hastaneye yatış ve ölümlerle sonlanabileceğini anladım.
- Aşağıda yer alan ülkemizdeki vaka sayılarında ciddi azalmalar görülen, bazı hastalıkların diğer ülkelerde yaygın olduğu ve uluslararası seyahat edenlerle ülkemize getirilebildiğini anladım. Çocuğum, aşılınmazsa, seyahat sırasında ya da seyahat edenler aracılığıyla bu hastalıklara kolayca yakalanabilir.
- Aşılınmayan çocuğumun, hastalığı diğer çocuğa (aşılınmak için çok küçük yaşta olan veya lösemi, diğer kanser türleri gibi tıbbi durumdan dolayı aşılınamayan) bulaştırabileceğini anladım. Bu, istenmeyen sağlık sorunları ve diğer çocukların ölmesiyle dahi sonuçlanabilir.
- Eğer her anne baba çocuğunu aşılalmazsa, bu hastalıkların toplumumuza güçlü şekilde döneceğini anladım.
- Aşılınmayan çocuğumun toplum bağışıklığı (toplumun büyük çoğunluğunun aşılınmasıyla bir hastalığa karşı korunma düzeyi) ile korunamadığını anladım.
- Kızamık ve boğmaca gibi bazı aşı ile önlenabilir hastalıkların yaygın olduğunu ve yüksek aşıli toplumlarda yaşayan aşılınmamış kişilere bulaşabileceğini anladım.
- Çocuğum eğer aşılınmazsa ve bunun sonucu olarak hastalanırsa ciddi zatürree, hastaneye yatış, beyine zarar, felç, menenjit, uzuv kaybı, nöbetler, sağırılık ve ölüm gibi ciddi sonuçlarla karşılaşabileceğini anladım. Bile bile aşısız bırakılan birçok çocuk, anne babasının aşılattırma kararından dolayı ciddi sağlık sonuçlarının acısını çekmektedir.
- Hastalık salgınları boyunca çocuğumun çocuk bakım hizmetlerinden, okuldan, spor faaliyetlerinden ve diğer organize edilmiş aktivitelerden uzak kalabileceğini anladım.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türk Tabipler Birliği, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği aşılama ile hastalıkların tümünden korunmayı önermiştir.

Aşı/Hastalık	Aşı Bilgilendirmesi yapıldı	Hekim ya da hemşire tarafından önerildi (Hekim/Hemşire parafı)	Bu aşıyı reddettim (Ebeveyn/Koruyucunun parafı)
Difteri-Tetanoz-Boğmaca (DaBT)			
Hemofilus influenza tip B (Hib menenjit)			
Hepatit A (HepA)			
Hepatit B (HepB)			
İnfluenza (Grip)			
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)			
Su çiçeği (Var)			
Konjuge pnömokok (KPA)			
Polio, inaktif (IPV)			
Çocuk Felci			
Polio, oral (OPV)			
Tetanoz-Difteri (Td)			
BCG (Verem)			
Tetanoz-Difteri-Boğmaca (Tdab)			

mun yukarıda listelenen bir ya da daha fazla hastalığa karşı aşılmasını reddediyorum. Reddettiğim aşıları belirtmek için “aşıyı reddediyorum” başlıklı sütuna parafımı attım. İleride her hangi bir zamanda fikrimin değişebileceğini ve çocuğumu aşılabileceğimi anladım.

- Çocuğumu aşılatmama kararım sonucunda çocuğumun aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklara yakalanması sonucunda gelişebilecek olan hastalık, sakatlık, ölüm gibi sağlık sorunları ile ilgili riskleri kabul ediyorum fakat tekrar değerlendireceğimi taahhüt ediyorum.

Tarih:../...../...

Çocuğun Adı Soyadı :..... Doğum tarihi: ../.../...

Çocuğun Cinsiyeti: Kız / Erkek

Çocuğun Doğum Ağırlığı: gr.

Doğum Şekli: Normal Doğum ()

Sezaryen Doğum ()

Doğum Haftası: 37 Haftadan küçük ()

37 hafta ve sonrası ()

Çocuğun Hastalık Geçmişi:

Çocuğun Doğum Sırası:

Ailedeki Çocuk Sayısı:

Anne Adı Soyadı:.....

Annenin Yaşı :

Annenin Eğitim Durumu : Okuryazar Değil ()

İlkokul Mezunu ()

Ortaokul Mezunu: ()

Lise Mezunu: ()

Lisans Mezunu: ()

Annenin Mesleği:

Baba Adı Soyadı:

Babanın Yaşı:

Babanın Eğitim Durumu : Okuryazar Değil ()

İlkokul Mezunu ()

Ortaokul Mezunu: ()

Lise Mezunu: ()

Lisans Mezunu: ()

Baba Mesleği:

Hanenin Aylık Gelir Düzeyi:.....

Ebeveynin/Koruyucunun İmzası :.....

Hekim/Hemşirenin Adı Soyadı :

Hekim/Hemşirenin imzası:

Ek 6

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/199	
	PROTOKOL ADI	Edirne İlinde Çalışmakta Olan Aile Hekimleri ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibini Bağışıklama ve Aşı Tereddütüne İlişkin Bilgilendirme ve Tutum Geliştirilmesine Yönelik Müdahale Çalışması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09/08		
	Tarih: 13.05.2019		
Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Bahar MARANGOZ'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL

Dekan a.
Dekan Yrd.



Ek 7

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
29/07/2019 18:06 - 59873402 - 131.99 - E.16973



Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Telafi Semineri

DAĞITIM YERLERİNE

Hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR tarafından düzenlenen eğitim seminerlerine katılım sağlayamayan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları için Edirne Merkez ilçede **30 Temmuz 2019** tarihinde telafi yapılması planlanmaktadır. Katılması gereken aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının listesi ektedir. Gerekli katılımın sağlanması ve yazının ilgili personele tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1- Aşı Tereddüdü Telafi_Ustyazi
- 2- Aşı Tereddüdü Telafi_Ek

Dağıtım:

Edirne Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne Havsa Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne İpsala Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü
Edirne Uzunköprü İlçe Sağlık Müdürlüğü
Edirne Enez Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Süloğlu Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Lalapaşa Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Meriç Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği

Halk Sağlığı Müdürlüğü Bul. Hastalıklar Çevre Ve Çalışan Sağlığı Şubesi/EDİRNE
Dahili Hat:1266

Telefon: 02842268245 Faks No: 0284 214 45 74

e-Posta: cigdem.celik9@saglik.gov.tr İnternet Adresi: edirne.bhs@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b56162ed-175a-45b0-b9ac-5c30181d24ff kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Çiğdem ÇELİK

EBE

Telefon No: 0284 214 90 10



00098325383

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Seminer Oluru

DAĞITIM YERLERİNE

Toplum Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan personelin aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR tarafından 25.07.2019 Perşembe günü saat:09:30'da, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Gülden Yürüten Toplantı Salonu'nda düzenlenen seminer için alınan Müdürlük Oluru ektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Onur ÇAKAR
İl Sağlık Müdürü a.
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkan V.

Ek:

- 1- Aşı Tereddüdü Semine_Ek_d4e946cc-39ea-4221-b6c4-6e10612e30f3
- 2- Aşı Tereddüdü Semine_Ustyazi_07deebff-fe33-4552-ab5f-aa0188dd010b

Dağıtım:

Edirne Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne Havsa Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne İpsala Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü
Edirne Uzunköprü İlçe Sağlık Müdürlüğü
Edirne Enez Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Süloğlu Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Lalapaşa Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Meriç Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği



00098129977

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Telafi Semineri

VALİLİK MAKAMINA

Hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR tarafından düzenlenen eğitim seminerlerine katılım sağlayamayan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları için Edirne Merkez ilçede 30 Temmuz 2019 tarihinde telafi yapılması planlanmaktadır. Katılması gereken aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının listesi ektedir.

Olurlarınızı arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

O L U R
.../.../2019
e-imzalıdır.
Şenol Levent ELMACIOĞLU
Vali Yardımcısı

Ek: Aşı tereddüdü telafi eğitimi listesi

Halk Sağlığı Müdürlüğü Bul. Hastalıklar Çevre Ve Çalışan Sağlığı Şubesi/EDİRNE

Dahili Hat:1266

Telefon: 02842268245 Faks No: 0284 214 45 74

e-Posta: cigdem.celik9@saglik.gov.tr İnternet Adresi: edirne.bhs@saglik.gov.tr

Bilgi için: Çiğdem ÇELİK

EBE

Telefon No: 0284 214 90 10

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f808d7c3-53dd-49a5-a479-e67f080367db kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



00097825798

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Toplum Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan personelin aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖÇAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR tarafından 25.07.2019 Perşembe günü saat:09:30'da, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Gülden Yürüten Toplantı Salonu'nda düzenlenecek olan eğitime katılması planlanan personel listesi yazı ekindedir.

Olurlarınızı arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Selma HEVES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Dr. Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek: Katılımcı listesi - TSM Personeli



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

29/05/2019 17:20 - 59873402 - 131.99 - E.12503



00094612538

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri

EDİRNE MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN tarafından Edirne Merkez ilçede 28 Mayıs 2019 tarihinde yapılması planlanan seminerin tarihi 16 Temmuz 2019 olarak düzenlenmiştir. Yeniden alınan Valilik Oluru ekte gönderilmiş olup ilgili personele tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Selma HEVES YILMAZ
İl Sağlık Müdürü a.
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Ek: Aşı Tereddüdü Semine_Ustyazı



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-149
Konu : Bulaşıcı Hastalıklar Modül Eğitimi

EDİRNE MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Bulaşıcı Hastalıklar Birimimizde yürütülmekte olan programlar ve gerekli görülen bulaşıcı hastalıklar ile ilgili olarak Aile Hekimlerine ve Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik 29-30-31 Mayıs 2019 tarihinde Merkez ilçede yapılması planlanan eğitimlerin tarihi 9-10-11 Temmuz 2019 olarak düzenlenmiştir.

Valilik Oluru ve katılımcı isim listesi ilişikte yer almaktadır. Düzenleme yapılan günlerin ilgili personele bildirilmesi ve tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Selma HEVES YILMAZ
İl Sağlık Müdürü a.
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Ek: Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı Eğitim Katılım Listesi (sayfa)



00094367637

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri

VALİLİK MAKAMINA

Hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN tarafından Edirne Merkez ilçede 28 Mayıs 2019 tarihinde yapılması planlanan seminerin tarihi 16 Temmuz 2019 olarak düzenlenmiştir.

Olurlarınızı arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Şenol Levent ELMACIOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

24/05/2019 09:55 - 59873402 - 131.99 - E.12184



00094169159

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Eğitim ve Seminer için İkram
İhtiyacı

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı)

Bulaşıcı Hastalıklar Birimimiz tarafından, 28.05.2019 ve 05.07.2019 tarihleri arasında toplam 28 oturum olarak, Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik yapılması planlanan Bulaşıcı Hastalıklar Modül Eğitimleri ve Aşı Reddi Seminerinde ikram edilmek üzere 500 kişilik tatlı-tuzlu kuru pasta, çay, kahve ve tek kullanımlık bardak ihtiyacı bulunmaktadır.

Temini hususunda gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Selma HEVES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri

DAĞITIM YERLERİNE

Sağlıklı yaşam kültürünün topluma kazandırılması ve yaygınlaştırılması çerçevesinde; aşılama çalışmalarında -çocuk ve erişkin- her iki çağ için de şu anki hızı kaybetmeksizin daha da iyi düzeyler yakalamak, vatandaşlarımızın aşı ile ilgili olumsuz düşüncelerini mümkün olduğunca olumluya çevirmek ile mümkün olacaktır. Son birkaç yılda yazılı ve görsel basında ayrıca sosyal medyada aşı ile ilgili olumsuz görüşler ve propagandalarda artış gözlenmektedir.

Bu nedenle, hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN tarafından Edirne il genelinde seminerler düzenlenecektir.

Söz konusu seminerlere ilişkin alınan Valilik Oluru ve katılımcı isim listesi ilişikte yer almaktadır. Seminer planı kapsamında belirtilen gün ve saatte seminerlere katılım sağlanması ve yazının ilgili personele tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1- Aşı Tereddüdü Seminer_Ustyazi
- 2- Aşı Tereddüdü Seminer_isim listesi

Dağıtım:

Edirne Enez Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Toplum Sağlığı Merkezi

Edirne Havsa Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne İpsala Toplum Sağlığı Merkezi
Edirne Keşan İlçe Sağlık M¼d¼rl¼ę¼
Edirne Lalapaşaa Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Meriç Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne S¼loęlu Entegre İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Edirne Uzunk¼pr¼ İlçe Sağlık M¼d¼rl¼ę¼

Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Bul. Hastalıklar Çevre Ve Çalışan Sağlığı şubesi/EDİRNE

Dahili Hat:1266

Telefon: 02842268245 Faks No: 0284 214 45 74

Bilgi için: Çiğdem ÇELİK

EBE

e-Posta: cigdem.celik9@saglik.gov.tr İnternet Adresi: edirne.bhs@saglik.gov.tr

Telefon No: 0284 214 90 10

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6124b4c2-6362-4338-a3fc-3b7e0e45a8cf kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

21/05/2019 17:24 - 59873402 - 131.99 - E.11921



00094058682

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri(Valilik
Oluru)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı)

Sağlıklı yaşam kültürünün topluma kazandırılması ve yaygınlaştırılması çerçevesinde; aşılama çalışmalarında -çocuk ve erişkin- her iki çağ için de şu anki hızı kaybetmeksizin daha da iyi düzeyler yakalamak, vatandaşlarımızın aşı ile ilgili olumsuz düşüncelerini mümkün olduğunca olumluya çevirmek ile mümkün olacaktır. Son birkaç yılda yazılı ve görsel basında ayrıca sosyal medyada aşı ile ilgili olumsuz görüşler ve propagandalarda artış gözlenmektedir.

Bu nedenle, hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN tarafından Edirne il genelinde seminerler düzenlenecektir.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'ın katılımı ile yapılacak olan seminerlere ilişkin alınan Valilik Oluru ve Seminer Planı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1- Aşı Tereddüdü Seminer_Valilik Oluru
- 2- Aşı Tereddüdü Seminer_isim listesi

Halk Sağlığı Müdürlüğü Bul. Hastalıklar Çevre Ve Çalışan Sağlığı Şubesi/EDİRNE
Dahili Hat:1266

Telefon: 02842268245 Faks No: 0284 214 45 74

e-Posta: cigdem.celik9@saglik.gov.tr İnternet Adresi: edirne.bhs@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0d2df859-c4f8-4788-b0a1-9b0f3d12d577 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Çiğdem ÇELİK

EBE

Telefon No: 0284 214 90 10



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 59873402-131.99
Konu : Aşı Tereddüdü Semineri

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

Sağlıklı yaşam kültürünün topluma kazandırılması ve yaygınlaştırılması çerçevesinde; aşılama çalışmalarında -çocuk ve erişkin- her iki çağ için de şu anki hızı kaybetmeksizin daha da iyi düzeyler yakalamak, vatandaşlarımızın aşı ile ilgili olumsuz düşüncelerini mümkün olduğunca olumluya çevirmek ile mümkün olacaktır. Son birkaç yılda yazılı ve görsel basında ayrıca sosyal medyada aşı ile ilgili olumsuz görüşler ve propagandalarda artış gözlenmektedir.

Bu nedenle, hasta ve/veya yakınları ile birincil temasın gerçekleştiği 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aşı tereddüdü ile başa çıkabilme ve ikna yetilerinin geliştirilmesi, sorunun kaynağında çözüm kapasitesinin artırılması maksadıyla; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar, Aşı, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Burcu BAKAR ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN tarafından Edirne İl genelinde düzenlenecek olan seminerlere ait isim ve tarihleri içeren liste ekte sunulmuştur.

Olurlarınızı arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ali Cengiz KALKAN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Şenol Levent ELMACIOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EDİRNE İLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNE ve EDİRNE İLİ AŞI YÖNETİM EKİBİNE YÖNELİK BAĞIŞIKLAMA ANKETİ

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Edirne ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimleri ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibinin bağışıklama ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle size 27 soruluk bir anket formu uygulamak istiyoruz. Anket formunda kullanılan bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak ve üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Cevaplarken sizin fikirlerinizin çok önemli olduğunu hatırlayınız. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yaş: Cinsiyet: E / K Meslekte hizmet yılı:

1. Aşılama isteği dışında bir nedenle başvuruların aşılama durumunu değerlendirip hiç aşılatmadığınız oldu mu?	Evet / Hayır				
• Cevabınız evet ise hangi sıklıkta	Her başvuru	Günde birkaç kez	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Nadiren
2. Son 1 yıl içerisinde kendinize mevsimsel grip aşısı yaptırdınız mı?	Evet / Hayır				
3. Erişkin çağda hiç aşı yaptırdınız mı? Cevabınız evet ise hangi aşıları yaptırdınız? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
4. Çocuğunuz var mı ? Varsa hangi aşıları yaptırdınız? Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
5. Yaşlı veya komorbiditesi olan yakınınız var mı ? Varsa hangi aşıları yaptırdınız? Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
6. Sizce ASM'lerde sağlık çalışanlarına hangi aşıların yapılması gerekiyor? (Yandaki alana yazınız)					
7. Medyada okuduğunuz/ duyduğunuz haberler çocuğunuz, yakınlarınızı ya da kendinizi aşılatma konusunda tereddüt oluşturdu mu?	Evet / Hayır				
8. Aşı ile ilgili negatif bir bilgi duydunuz mu ya da benimsediniz mi? • Cevabınız evet ise bir örnek verebilir misiniz? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
9. Topluluğunuzdaki Dini/Siyasi Liderler/Sağlık Çalışanları/Fakülte veya Yüksek Okuldaki Hocalar bebek ve çocukların aşılanmasını destekliyor mu? Lütfen her biri için belirtiniz	Dini Lider	Siyasi Liderler	Fakülte / Yüksek Okul Hocalar	Sağlık Çalışanları	Evet/Hayır Evet/Hayır Evet/Hayır Evet/Hayır
10. Kendiniz ya da çocuğunuzla ilgili bağışıklama kampanyalarından çekindiğiniz oldu mu? • Cevabınız evet ise hangi aşı ve neden? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
11. Hiç içinde bulunduğunuz topluluk daha önceden bir aşığı reddetti mi? • Cevabınız evet ise hangi aşı ve neden? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
12. Hiç içindeki ürün (domuz ürünü ya da farklı bir hayvansal ürün) olduğunu düşündüğünüz bir madde nedeniyle herhangi bir aşığı reddettiniz mi?	Evet / Hayır				
13. Hiç çocuğunuzun aşılatmayı kabul etmediğiniz oldu mu? • Cevabınız evet ise hangi aşı ve neden? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
14. Hiç herhangi bir aşı ile ilgili bilgi edindikten sonra aşığı karşı çıktınız veya yaptırmayı geciktirdiniz mi? • Cevabınız evet ise hangi aşı ve bilgi kaynağınız neydi? (Yandaki alana yazınız)	Evet / Hayır				
15. Üreticisine güvenmediğiniz için aşı karşıtı karar verdiğiniz oldu	Evet / Hayır				

mu?	
16. Avrupa ve Amerika’da üretilen aşılarda orta gelirli ülkelerde üretilenden daha güvenli olduğuna inanıyor musunuz?	Evet / Hayır
17. Bazı annelerin çocuklarını aşılatmayı geciktirerek ya da reddederek sizin çocuğunuzu da boğmaca gibi hastalıklar için riskli konuma getirmesinden endişe duyuyor musunuz?	Evet / Hayır
18. Aşılamada programlarının uygulanma şekline göre yaptırma zorlandığınız bir aşı var mı?	Evet / Hayır
19. Kendinize veya çocuğunuz için ihtiyacı duyma rağmen ücreti nedeniyle aşı yaptıramadığınız oldu mu?	Evet / Hayır
20. ASM’nizde aşıların temini ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?	Evet / Hayır / Nadiren
21. Aşağıdaki durum/durumlar nedeniyle aşılayamadığınız çocuk/erişkin/gebe/yaşlı oldu mu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	a. ASM’ ye coğrafi olarak uzaklık b. ASM’ ye ulaşamayacak kadar yoksulluk c. Yer değiştirme/taşınma d. Kişinin çok meşgul olması, evden ya da işten ayrılamaması e. Kişinin aşılanmayı ihmal etmesi f. Daha önce yaşanan kötü bir deneyim, korku g. Aşılamamanın yararının anlaşılabilmesi, bilgi eksikliği h. Diğer.....
22. Bölgenizdeki bazı etnik ve dini grupların çocuklarına aşı yaptırtmanın zor olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet / Hayır
• Cevabınız evet ise nedeni nedir?	a. Onların aşılanmayı tercih etmemesi b. Sağlık hizmetlerini hoş karşılamamaları c. Sağlık hizmetlerinin onlara ulaşamaması
23. Sizce bağışıklama hizmetleri hangi basamakta yer almalı? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz	a.1. Basamak sağlık hizmetleri (ASM, VSD, TSM vb.) b.2. Basamak sağlık hizmetleri (Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler) c.3. Basamak sağlık hizmetleri (Üniversiteler, Eğitim Araştırma Hastaneleri)
24. ASM’niz listesinde aşılamayı reddeden/ tereddüt ediş ile hiç karşılaştınız mı?	Evet / Hayır
• Cevabınız evet ise Red/tereddüt hangi aşya karşı idi ve nedeni ne idi? (Yandaki alana yazınız)	
• Ne yaptınız? (Yandaki alana yazınız)	
• Sonuç ne oldu? (Yandaki alana yazınız)	
• Aşı reddi veya tereddütüne sahip kişilere yönelik görüşme planladınız mı?	Evet / Hayır
25. Eğer tereddüt/red ile karşılaşırsanız kendinizi aşı tereddütüne neden olabilecek faktörlerle ilgili eğitim, iletişim açısından hazır hissediyor musunuz?	Evet / Hayır
26. Sizce sağlık çalışanları ve hastalarda aşının güvenliğine ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılmasına ihtiyaç var mı?	Evet / Hayır
27. Aşı tereddütü/ reddi olan kişilerle görüşmelerinizde hangi konularda desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).	
A. Aşıların gerekliliği ve etkinliği. Örn: “Bulaşıcı hastalıkların çoğu ölümcül değil, aşılarda gereksiz.” “Ben doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılarda lüzumsuz.” “Aşılar yararlı değil.” “Çocuk benim çocuğum değil mi, ister aşılatırım ister aşılatmam.” B. Aşının içeriği ve güvenilirliği. Örn: “Aşı, çocuğum için zararlı olabilir.”, “Aşıdaki bileşenler güvenli midir? Alüminyum ve cıva tehlikeli değil mi?”, “Aşıda domuz jelatini var, aşı yaptırmam dini açıdan uygun değil.” C. Aşı yan etkileri. Örn: “Yan etkisi olursa çocuğum iyileşir mi?”, “Bebeği ciddi yan etki gösteren birini tanıyorum, benim bebeğimde de olur mu?”, “Çocuğuma aynı anda birkaç aşı yaptırmak zarar verebilir mi?”. D. Aşılarla ilişkin komplo teorileri. Örn: “Aşılar kırsırlığa neden oluyor.”, “Aşılar ilaç firmalarının yalanları”.	

**EDİRNE İLİNDE ÇALIŞMAKTA OLAN AİLE HEKİMLERİNİN ve EDİRNE İLİ AŞI YÖNETİM EKİBİNİN
BAĞIŞIKLAMA VE AŞI TEREDDÜDÜNE İLİŞKİN EĞİTİM SONU ANKETİ**

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Edirne ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimleri ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibinin bağışıklama ve aşı tereddüdüyle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle size 48 soruluk bir anket formu uygulamak istiyoruz. Anket formunda kullanılan bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak ve üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Cevaplarken sizin fikirlerinizin çok önemli olduğunu hatırlayınız. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yaş: Cinsiyet: E / K Meslekte hizmet yılı:

Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

Çocuğunuz var ise kaç yaşında kaç çocuğunuz var?.....

Yaşlı (65 yaş ve üzerinde) veya komorbiditesi olan yakınınız var mı? Evet () Hayır ()

Aşağıdaki önermeler için size en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

ÖNERMELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran herkesin her zaman aşılama durumunu sorgulayacağım.					
2. Bağışıklama hizmetleri çocukluk dönemiyle sınırlı değildir, yaşam boyu devam etmelidir.					
3. Erişkin dönemde yapılması gereken aşıları kendime yaptıracam.					
4. Her yıl kendime mevsimsel grip aşısını yaptıracam.					
5. Sağlık çalışanı olmam, kimi aşıları yaptırmam için endikasyon olamaz.					
6. Sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili tutumu, toplumun aşı ile ilgili tavrını etkiler.					
7. Aşı karşıtı kaynaklardan edindiğim bilgilere karşı doğru yanıtlar verebileceğim.					
8. Sosyal medya, medya aracılığıyla yapılan aşının içeriği, yan etkileri ile ilgili açıklamaları doğru bulmuyorum.					
9. Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için siyasi liderlerin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir.					
10. Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için akademisyenlerin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir.					
11. Bağışıklamanın yararlarını açıklığa kavuşturmak için sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir.					
12. Bağışıklama hakkındaki önyargılarla mücadele etmek için din görevlilerinin aşı ile ilgili tutumu çok önemlidir.					
13. Aşı tereddüt/reddinin artıyor olması beni endişelendiriyor.					
14. Aşı içeriğindeki tereddüt nedeni olabilen maddeler çok az miktardadır ve aşının güvenli ve etkili olmasını sağlamak için gereklidir.					
15. Aşı hakkındaki tartışmaları yersiz buluyorum.					
16. Yeni aşılar eski aşılarından daha fazla risk taşır.					
17. Aşıların ciddi yan etkileri hakkında endişeliyim.					
18. Aşı üretimini gerçekleştiren ilaç şirketleri Amerika ve Avrupa kaynaklı olduğu için bu ülkelerde üretilen aşılar, orta ve düşük gelirli ülkelerdeki aşılarından daha güvenlidir.					
19. Aşı maliyeti ve satışı DSÖ ve devletlerce titizlikle denetlenmektedir.					

ÖNERMELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
20. Aşırı her ülkenin kendisinin üretmesi, aşının dışarıdan satın alınmaması gerekir.					
21. Aşı, önce aşılanana korur.					
22. Toplumda bulaşıcı hastalık salgınını önleyebilmek için hastalığa göre değişmekle birlikte toplumun %80-95'inin aşılanması gerekir.					
23. Bağışıklama programı dışındaki bazı aşılarda pahalı olması (örn: HPV, Rotavirus) aşılanmama sebebi olabilir.					
24. Sağlık ve hastalıklardan korunma ile ilgili inançlar ve tutumlar, aşılanmama/aşılanamama nedenidir.					
25. Dini ve kültürel faktörler aşılanmama/aşılanamama nedeni olabilir.					
26. Aşılanmama/aşılanamama açısından bağışıklama hizmetinin erişilebilirliğinin önemi yoktur.					
27. Bağışıklama hizmetleri sadece 1. Basamağın görevidir.					
28. Listede olan ve takvime göre aşılanması gereken kişilere ilişkin süreci aile hekimi ve aile sağlığı elemanı birlikte takip etmelidir.					
29. Aşı ile ilgili tereddüdü olan kişiyi hemen tespit edeceğim.					
30. Aşı ile ilgili tereddüdü/reddi mevcut kişiler ile görüşmeye hazırım.					
31. Aşı ile ilgili konuşurken oldukça yalın bir dil kullanacağım.					
32. Görüşme sırasında gerekirse kişi ile tartışabilirim.					
33. Aşı tereddüdü nedenlerini anlamak için kişilere kapalı uçlu sorular soracağım.					
34. Aşıya ikna sürecinin ilk görüşmede olumlu sonuçlanmaması, daha sonraki görüşmelerden sonuç alınmayacağı anlamına gelmez.					
35. Aşının güvenliğine ve kabulüne ilişkin yasal düzenleme yapılmasına ihtiyaç vardır.					
36. Bağışıklama programındaki aşılarda zorunlu olmalıdır.					
37. Aşıların gerekliliği ve etkinliği ile ilgili kişileri aşıları kabul noktasına getirmeye hazırım.					
38. Aşıların içeriği ve güvenilirliği ile ilgili kişileri aşıları kabul noktasına getirmeye hazırım.					
39. Aşıların yan etkileri ile ilgili kişileri aşıları kabul noktasına getirmeye hazırım.					
40. Aşılarla ilişkin komplo teorileri kaynaklı tereddüdü gidermeye ve kişileri aşıları kabul noktasına getirmeye hazırım.					
41. Biriminize kayıtlı bir bebeğin 1. ay takibi sırasında Hepatit B aşısı 2. dozunu önerdiniz, aile sağlığı elemanınıza yönlendirdiniz ve bebeğin ebeveyni size aşı ile ilgili "Ben doğal bağışıklığa inanıyorum, bence aşılarda lüzumsuz." görüşüne sahip olduğunu ifade etti. Ne cevap verirsiniz?	a. Aşılar bebeğiniz için yararlıdır, yaptırmalısınız. b. Yanılıyorsunuz. Araştırma aşılarda destekliyor. c. Anlıyorum, bebeğinizin doğal bağışıklığının aşı ile önenebilir hastalıklarla baş edebileceğini düşünüyorsunuz. Nasıl bu kaniye vardınız?				

ÖNERMELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Çocuğunuz var ise lütfen 42-46. soruları yanıtlayınız. Çocuğunuz yok ise 47. Soruya geçiniz.					
42. Bağışıklama, çocuğumu / çocuklarımı hastalıklardan korumanın iyi bir yoludur.					
43. Çocuğumun/çocuklarımla aşı olması toplumumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemlidir.					
44. Çocuğuma/çocuklarıma bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptıracam.					
45. Çocuğum / çocuklarım, artık yaygın olmayan hastalıklar için aşılar ihtiyacı duymuyor.					
46. Çocuğumun bağışıklama kampanyalarına katılmasına izin vereceğim.					
Yaşlı (65 yaş ve üzeri) ve kronik hastalığı olan yakınınız varsa aşağıdaki soruyu yanıtlayınız, yoksa 48. soruya geçiniz.					
47. Yaşlı (65 yaş ve üzeri) veya kronik hastalığı olan yakın/yakınlarım için endikasyonu olan aşıları yaptıracam.					
48. Sizce ASM'lerde sağlık çalışanlarına hangi aşıların yapılması gerekiyor? (Yandaki alana yazınız.)					

Anketimiz bitmiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.