



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Bağışıklanma
Durumlarının ve Tutumlarının Belirlenmesi**

Dr. Ş. Selin DURUŞ

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevgi CANBAZ**

**İSTANBUL
2020**



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Bağışıklanma
Durumlarının ve Tutumlarının Belirlenmesi**

Dr. Ş. Selin DURUŞ

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevgi CANBAZ**

**İSTANBUL
2020**

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince üyesi olmaktan mutluluk duyduğum İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ailesi'nin tüm fertlerine, her zaman yanımda olan, her biri birbirinden değerli saygıdeğer hocalarıma ve pozitif enerjisi, bilgi ve deneyimleri ile zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili hocam Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a,

Uzmanlık eğitimim boyu hep yanımda olan Uz. Dr. Hülya Doğan Tiryaki'ye, tez yazım aşamasındaki desteklerine minnettar olduğum değerli arkadaşlarım Uz. Dr. Nefise Şeker ve Uz. Dr. Şeyma Arslan'a ve güleryüzüyle etrafını aydınlatan hemşiremiz Münevver Hasanusta'ya,

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince birlikte zaman geçirdiğim kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Ve canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖNSÖZ	IV
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIII
KISALTMALAR.....	XIV
I. ÖZET	1
II. ABSTRACT	2
III. GİRİŞ	3
IV. GENEL BİLGİLER	5
A. Bağışıklık Sistemi, Komponentleri ve Bağışıklama Tanımı.....	5
B. Dünyada Bağışıklama Tarihçesi	6
C. Türkiye’de Bağışıklama Tarihçesi:	7
D. Aşı Tipleri	8
1. Viral aşılar:.....	8
1.1. Canlı attenüe viral aşı:.....	8
1.2. İnaktive(ölü) aşılar:	8
1.3. Subunit(saflaştırılmış) viral aşılar:	9
1.4. Rekombinant antijen aşıları:	9
2. Bakteriyel aşılar	9
2.1. Canlı attenüe ve tam hücreli inaktif bakteriyel aşılar:	9
2.2. Toksoid aşılar:.....	9
2.3. Subunit bakteri aşıları:	10
2.3.1. Polisakkarit aşılar:.....	10
2.3.2. Konjuge polisakkarit aşılar:	10
E. Erişkin Dönemde Uygulanması Önerilen Aşılar:.....	10
1. Difteri Boğmaca Tetanos Aşısı	11
2. Mevsimsel Grip (İnfluenza) Aşısı:.....	13
3. Pnömonokok Aşısı:	14
4. Hepatit A Aşısı:.....	16
5. Hepatit B aşısı:	17
6. Suçiçeği (Varicella Zoster) Aşısı:	19
7. Herpes Zoster (Zona) Aşısı:	20
8. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşıları (KKK):.....	20
9. Meningokok Aşısı:	21

10. Human Papilloma Virus (HPV) Aşısı:.....	22
11. Haemophilus İnfluenza Tip b(Hib) Aşısı:.....	22
12. Kuduz Aşısı:.....	23
13. Polio Aşısı:.....	25
F. Dünya’da ve Türkiye’de Erişkin Dönemde Aşı Önerileri:.....	26
G. Erişkin Bağışıklamada Karşılaşılan Engeller:.....	32
V. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
A. Araştırmanın Tipi.....	37
B. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
1. Araştırmanın Niceliksel Bileşeni için Örneklem Seçimi.....	37
2. Araştırmanın Niteliksel Bileşeni için Örneklem Seçimi.....	38
D. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	38
E. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	38
F. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi.....	38
1. Niceliksel Bileşenin Veri Toplama Araçları ve Yöntemi.....	38
2. Niteliksel Bileşenin Veri Toplama Araçları ve Yöntemi.....	39
G. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	39
H. Verilerin Analizi:.....	40
1. Nicel Veri Analizi.....	40
2. Nitel Veri Analizi:.....	41
İ. Araştırma Etiği ve İzinleri.....	41
VI. BULGULAR.....	42
A. NİCEL BULGULAR.....	42
1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	42
2. Katılımcıların Bağışıklanmayla İlgili Bilgi ve Tutumları.....	45
2.1. Katılımcıların Aşıların Gerekli Olduğunu Düşündüğü Gruplar.....	45
2.2. Katılımcıların Erişkinlerde Gerekli Olduğunu Düşündüğü Aşılar.....	58
2.3. Katılımcıların Aşıların Koruyuculuğu Hakkında Düşünceleri.....	82
2.4. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri Hakkında Düşünceleri.....	93
2.5. Katılımcıların Aşıların Yararı Hakkında Düşünceleri ve Aşılar ile İlgili Mevcut Bilgi Kaynakları.....	97
3. Katılımcıların Bağışıklanma Davranışları.....	97

3.1. Katılımcıların Erişkin Dönemde Endikasyon Dahilinde Bağışıklanma Durumu	120
B. NİTEL BULGULAR	130
1. Erişkin Aşıları Hakkında Genel Bilgi	131
2. Aşıyla Önlenebilir Hastalık Duyarlılığı:	134
3. Aşıyla Önlenebilir Hastalıkların Ciddiyeti	136
4. Bağışıklanmanın Yararları	138
5. Aşı kabulünü etkileyen faktörler:	140
VII. TARTIŞMA	144
1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	144
2. Katılımcıların Bağışıklanmayla İlgili Bilgi ve Tutumları	145
2.1. Katılımcıların Aşıların Gerekli Olduğunu Düşündüğü Gruplar	145
2.2. Katılımcıların Erişkinlerde Gerekli Olduğunu Düşündüğü Aşılar	148
2.3. Katılımcıların Aşıların Koruyuculuğu Hakkında Düşünceleri	153
2.4. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri Hakkında Düşünceleri	155
2.5. Katılımcıların Aşıların Yararı Hakkında Düşünceleri ve Aşılar ile İlgili Mevcut Bilgi Kaynakları	156
3. Katılımcıların Bağışıklanma Davranışları ve Erişkin Dönemde Endikasyon Dahilinde Bağışıklanma Durumu	157
VIII. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI	166
IX. SONUÇ VE ÖNERİLER	167
X. KAYNAKÇA	169
XI. EKLER	182
EK 1. NİCEL ANKET FORMU	182
EK 2. NİTEL ANKET FORMU	185
EK 3. ETİK KURUL İZNİ	187
EK 4. BAŞHEKİMLİK İZNİ	188
EK 5. ERİŞKİN AŞILAMA TAKVİMİ, EKMUD 2019	189
EK 6. FINANSMANI SAĞLANAN KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ:	191

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Aşı İle Önlenebilir Hastalıklarda Yıllara Göre Olgu Sayısındaki Değişim

Tablo 2. Pnömonokok aşılarının Erişkinlerde Uygulama Şeması

Tablo 3. Sağlıklı Bireylerde Kuduz Aşı Takvimi

Tablo 4. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2020 Aşı Önerileri ve Dozları, ACIP

Tablo 5. Erişkinlerde Tıbbi Durum ve Diğer Endikasyonlara Göre 2020 Aşı Önerileri, ACIP

Tablo 6. Birleşik Krallık’ta Sağlıklı Erişkinler İçin Rutin Aşı Önerileri

Tablo 7. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2019 Aşı Önerileri ve Dozları, EKMUD

Tablo 8. Erişkinlerde Risk Gruplarına Göre 2019 Aşı Önerileri, EKMUD

Tablo 9. DSÖ Bağışıklama Konusunda Stratejik Danışma Grubu’na Göre Aşı Karşıtlığı-Aşı Reddinin Nedenleri

Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni ve Eğitim Durumlarının Dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların Çalışma, Sosyal Güvence ve Gelir Durumu Algılarının Dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların Sigara Kullanımı, Kronik Hastalık, Devamlı İlaç Kullanımlarının Dağılımı ve Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 13. Katılımcıların Özellikleri ile Bebeklere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 14. Katılımcıların Özellikleri ile Çocuklara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 15. Katılımcıların Özellikleri ile Ergen ve Genç Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların Özellikleri ile Yaşlılara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 17. Katılımcıların Özellikleri ile Kronik Hastalığı Olanlara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 18. Katılımcıların Özellikleri ile Gebelere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 19. Katılımcıların Özellikleri ile Sağlıklı Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 20. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 21. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Td Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 22. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Boğmaca Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 23. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde KKK Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 24. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 25. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit B Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 26. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 27. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde HPV Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 28. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Meningokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 29. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hib Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 30. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Suçiçeği Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 31. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Zona Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 32. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Kuduz Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 33. Katılımcıların Özellikleri ile İnfluenza Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 34. Katılımcıların Özellikleri ile Td Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 35. Katılımcıların Özellikleri ile Boğmaca Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 36. Katılımcıların Özellikleri ile Pnömonokok Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 37. Katılımcıların Özellikleri ile HPV Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 38. Katılımcıların Özellikleri ile Hepatit B Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 39. Katılımcıların Özellikleri ile Hepatit A Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 40. Katılımcıların Özellikleri ile KKK Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 41. Katılımcıların Özellikleri ile Zona Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 42. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Bazı Aşıların Yan Etkilerine İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 43. Katılımcıların Aşıların Hastalıklardan Korunmada Yararına Ait Skor Dağılımları ve Hastaneye Yapılan Başvurulara Etkisi Hakkında Düşünceleri (5: çok yararlı, 1: yararı yok)

Tablo 44. Katılımcıların Aşılar ile İlgili Bilgi Kaynakları

Tablo 45. Katılımcıların Aşılar ile İlgili Bilgi Kaynakları ile Aşıların Hastalıklardan Korunmada Yararı Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 46. Katılımcıların Erişkin Dönemde Herhangi Bir Aşı ile Bağışıklanma Durumu ve Yapılan Aşılarla İlişkin Bilgiler

Tablo 47. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Herhangi Bir Aşı ile

Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 48. 18 Yaşından Sonra Aşı Yaptırmayan Katılımcıların Aşı Yaptırmama Nedenleri

Tablo 49. Erişkin Dönemde Td Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 50. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 51. Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 52. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 53. Erişkin Dönemde Meningokok Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 54. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Meningokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 55. Erişkin Dönemde hepatit B Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 56. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde hepatit B Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 57. Erişkin Dönemde KKK Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 58. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde KKK Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 59. Erişkin Dönemde Kuduz Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 60. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Kuduz Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 61. Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 62. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 63. Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Tablo 64. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 65. Katılımcıların Her Yıl İnfluenza Aşısı Olma Durumu ve Olmama Nedenleri

Tablo 66. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 67. Risk Grupları ile Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 68. Risk Grupları ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 69. Katılımcıların 10 Yılda Bir Td Aşısı Olma Durumları ve Olmama Nedenleri

Tablo 70. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde 10 Yılda Bir Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 71. Kadın Katılımcıların Gebelikleri Süresince Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu

Tablo 72. Kadın Katılımcıların Özellikleri ile Gebelikleri Süresince Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu

Tablo 73. Katılımcıların Seyahat Nedenli Aşılama Durumu ve Olunan Aşı Bilgisi

Tablo 74. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 75: Katılımcılarla Görüşmelere Ait Tema ve Kodlar

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Şekil 2. Aşıların Gerekli Görüldüğü Gruplar

Şekil 3. Katılımcıların Erişkinlere Yapılmasını Gerekli Gördüğü Aşıların Dağılımı

Şekil 4. Katılımcıların Aşıların Koruyuculuğu ile İlişkili Düşüncelerinin Dağılımı

Şekil 5. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri ile İlişkili Düşüncelerinin Dağılımı



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices, Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome- Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

ASM: Aile sağlığı merkezi

DM: Diabetes mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKMUD: Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

GBS: Guillain Barre Sendromu

HAV: Hepatit A virus

HBV: Hepatit B virus

HCV: Hepatit C virus

HIV: Human Immunodeficiency Virus- İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

Hib: Haemophilus influenza tip B

HPV: Human papilloma virus

IIV: İnaktif influenza vaccine, inaktif influenza aşısı

İPA: İnaktif polio aşısı

KHN: Kök hücre nakli

KKK: Kızamık kızamıkçık kabakulak

KPA13: Konjuge pnömokok aşısı 13

OPA: Oral polio aşısı

PPA23: Pnömokok polisakkarit aşısı 23

RIV: Recombinant zoster vaccine- rekombinant zoster aşısı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SOT: Solid organ transplantasyonu

SUT: Sağlık uygulama tebliği

Td: Tetanos difteri toksoidi

Tdap: Tetanos difteri- asellüler boğmaca

TİHUD: Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TSK: Türk Silahlı Kuvvetleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VZV: Varicella zoster virusu

ZVL: Zoster vaccine live- Canlı zoster aşısı



I. ÖZET

Giriş ve Amaç: En önemli halk sağlığı müdahalelerinden olan bağışıklamaya erişkinlik döneminde ilgi yeterli düzeyde değildir. Bu araştırma 18 yaş üstü bireylerin bağışıklanma durumlarının belirlenmesi, kişilerin aşılarla karşı tutumlarının ve erişkin aşılamada karşılaşılan engellerin saptanması ve bu konuda farkındalık oluşturulması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel araştırma olup, nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma araştırma yöntemi ile yapılmıştır. 10 Aralık 2019 ile 17 Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye, Geriatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Genel Pediatri Polikliniklerinde 18 yaş üzerinde 327 hasta yakını ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın niceliksel kısmında katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Nitel araştırmada ise 12 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $42,1 \pm 14,0$ 'tür. Katılımcıların %61,2'si kadın, %38,8'i erkektir. Katılımcıların %25,1'i sağlıklı erişkinlerin aşılmasını gerekli görmekteydi. %70,3'ü 18 yaşından sonra en az bir aşı yaptırmıştı. Yaptırılan aşılardan en sık tetanos (%60,9), influenza (17,4) ve meningokok (%15,3) idi. Erişkin dönemde hiç aşı olmamış katılımcıların aşı olmama sebepleri en sık 'sağlık çalışanları tarafından tavsiye edilmemesi' (%54,6), 'kendisini risk grubunda görmeme' (%38,1) ve 'bilgi sahibi olmama' (%32,0) olarak belirtildi. Katılımcıların %63,6'sı aşılarla ilgili mevcut bilgilerini sağlık çalışanlarından edindiğini belirtti.

Sonuç: Katılımcıların erişkin bağışıklamasında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bağışıklama oranlarının da olması gerekenden düşük olduğu bulunmuştur. Erişkin aşılamasında bireye ait faktörlerin yanı sıra organizasyonel, sağlık çalışanları, sağlık sistemi ve sosyokültürel faktörlerin de önem taşıdığı bilindiğinden erişkin bağışıklamasının daha yüksek düzeylere çıkarılmasında birden fazla düzeyde müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır. Toplumun sürekli bilgilendirilmesi ve aşıların sağlık hizmet sunumunda her alanda önerilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, erişkin, bağışıklama, karma yöntem

II. ABSTRACT

Background/aims: Immunization is one of the most important public health interventions yet interest in adulthood vaccination is not adequate. This research was conducted on individuals who are over the age of 18 with the purpose to determine individuals immunization status, attitudes against vaccines and the obstacles encountered in adult vaccination and to raise awareness on this issue.

Materials and Methods: This is a cross-sectional research and it was conducted with the mixed research method, using both quantitative and qualitative methods. The research was conducted between 10 December 2019 to 17 March 2020 at Istanbul University Istanbul Medical Faculty General Internal Medicine, Geriatrics, Female Diseases and Obstetrics, General Surgery and General Pediatrics Polyclinics with 327 patient relatives over the age of 18. In the quantitative part of the research a questionnaire form was applied to participants using face-to-face interview technique. In the qualitative research, in-depth interviews were conducted with 12 participant.

Results: The mean age of the participants is 42.1 ± 14.0 . %61,2 of the participants in the study are women and %38,8 are men. 25.1% of the participants considered it necessary to vaccinate healthy adults. %70,3 had at least one vaccine after the age of 18. The most frequent vaccinations were tetanus (%60,9) influenza (%17,4) and meningococcus (%15,3). The most common reasons for non-vaccinated participants after the age of 18 were reported as 'not being advised by healthcare professionals' (%54,6) 'not seeing themselves in the risk group' (%38,1) and 'not being informed' (%32,0). %63,6 of the participants stated that they obtained their current information from healthcare professionals.

Conclusion: It was found that the participants did not have adequate information about adult immunization and frequency of vaccination in adulthood is insufficient. In adulthood vaccination it is known that besides patient related factors, organizational, healthcare professionals related factors, health system and sociocultural factors are also important. Therefore interventions at multiple levels are needed to increase adult immunization to higher levels. It is important to constantly inform the society and to recommend vaccines in all areas of health service provision.

Keywords: Vaccine, adulthood, immunization, mixed method

III. GİRİŞ

Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta kişilerin tedavi edilmesi ve sağlıklarına tam kavuşamayanların rehabilitasyonu amacıyla etkili müdahalelerin oluşturulması için kişilere ve toplumlara yönelik yapılan çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denilmektedir (1,2). Sağlık hizmetlerinin temel amacı bireyin dolayısıyla aile ve toplumun, fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirmek ve korumaktır. Bu doğrultuda gerçekleştirilen sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olarak iki grupta sunulmaktadır. Kişiye yönelik koruyucu hizmetlerinden biri olan bağışıklama hizmetleri, bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en önemli, etkili ve ekonomik yollarından birisidir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı aşılama programlarını kapsayan Genişletilmiş Bağışıklama Programı(GBP)’nı, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkelerine önermiştir. GBP çerçevesinde aşılama oranlarını yükselten ülkelerde, aşı ile önlenebilir çocukluk dönemi hastalıklarının insidans ve mortalitesinde düşme sağlanmıştır. Aşılama ile elde edilen başarılar, 20. yüzyılda demografik dönüşüme yol açan önemli faktörlerden birisi olarak, doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına ve nüfusun yaşlanmasına neden olmuştur. Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık döneminde; kronik hastalık sıklığı artmakta, bağışıklık sistemi zayıflamakta ve bulaşıcı hastalıklara duyarlılık artmaktadır. Bu değişimler aşılama açısından çocukluk döneminde olduğu gibi, yaşlıların da önemli bir hedef kitle haline gelmesine neden olmaktadır (3).

Bağışıklama hizmetleri daha çok çocukluk dönemine ait bir hizmet olarak algılanmaktadır. Oysa yaşamın bütünlüğü ve yaşamın her döneminde koruyucu sağlık hizmeti anlayışı ile sadece çocuklar için değil, bütün yaşam dönemlerini içine alacak bir bağışıklama programına ihtiyaç bulunmaktadır. Buna “**Yaşam Boyu Bağışıklama Programı**” denilmektedir (3).

Sürekli güncellenen kılavuzlara ve toplumsal farkındalık yaratma çabalarına rağmen erişkinlik dönemi bağışıklaması yeterli ilgi görmediğinden, aşılama oranları istenilen düzeylere çıkarılamamıştır (4,5). Oysaki çocukluk döneminde herkesin aşılanmamış olabileceği, çocuklukta yapılan kimi aşılamanın ömür boyu bağışıklık sağlayamaması, çalışma ve sosyal hayatta birçok bulaşıcı hastalık etkeniyle

karşılaşılması, artan yaşla beraber immunitede gerçekleşen değişiklikler, bazı hastalıkların erişkinlikte daha ağır seyretmesi ve erişkin dönemdeki bazı kronik hastalıkların oluşturdıkları riskler gibi birçok nedenle, bağışıklık hizmetleri yaşam boyu bağışıklama hedefiyle, erişkin ve yaşlılık dönemini de kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır (3,6).

Ülkemizde erişkin bağışıklamanın giderek artan önemi sonucunda hamilelikte, yaşlılıkta, kronik hastalık varlığında, bağışıklığın çeşitli sebeplerle baskılandığı durumlarda ve belirlenmiş risk gruplarında bağışıklama faaliyetleri sürdürülmektedir (7). Fakat çocukluk çağında olduğu gibi ulusal bir erişkin aşılama programının olmayışı, erişkin ve yaşlı bağışıklamasının sağlık çalışanları tarafından nadiren yapılan bir uygulama olması ve halkın konuyla ilgili yeterli bilgisinin ve farkındalığının olmayışı gibi sebeplerle erişkin bağışıklama oranları arzu edilen seviyelere çıkarılamamaktadır (6,8).

Bu bilgiler doğrultusunda yapılan bu çalışmanın amacı; 18 yaş üstü bireylerin bağışıklanma durumlarının belirlenmesi, kişilerin aşılarla karşı tutumlarının ve erişkin aşılama karşılaşılan engellerin saptanması ve bu konuda farkındalık oluşturulmasıdır.

IV. GENEL BİLGİLER

A. Bağışıklık Sistemi, Komponentleri ve Bağışıklama Tanımı

Bağışıklık sistemi, vücuda giren veya vücutla temasta bulunan yabancı maddeleri tarayıp, sağlıklı hücrelerden ve dokulardan ayırt eden, onları yok eden ve hastalıklara karşı korunma sağlayan bir sistemdir. Vücudun savunma mekanizmaları doğal ve edinsel olmak üzere iki ana komponentten oluşmaktadır. **Doğal bağışıklık** infeksiyonlara karşı ilk savunma hattı olup, mikroorganizmaları tanıyıp onları yok etmek için doğal olarak organizmada hazır bulunmaktadır (9). Doğal bağışıklık cilt, müköz membranlar gibi fiziksel bariyerler; gastrik asit, sindirim enzimleri ve ciltte bulunan bakteriyostatik yağ asitleri gibi kimyasal bariyerler; fagositik hücreler ve kompleman sisteminden oluşmaktadır (10).

Edinsel bağışıklık mikroorganizmayla karşılaştıktan sonra doğal bağışıklığı takiben aktive olup, infeksiyonlara karşı daha etkili savunma sağlamaktadır. Etkene spesifik olup, hafızası bulunmaktadır (9). Edinsel bağışıklık aktif ve pasif olmak üzere iki ana mekanizmadan oluşmaktadır. **Pasif bağışıklık** koruyucu antikorların transferiyle belli bir organizma veya toksine karşı geçici bağışıklık sağlanmasıdır. Antikorların yıkıma uğramasıyla bağışıklık da sona ermektedir (11). Bu infantlarda, maternal antikorların transplasental ve kolostrumla doğal olarak geçişi şeklinde görülebileceği gibi belirli bir antijene karşı immunité geliştirmiş konaktan alınan immunglobulinlerin infeksiyonlara karşı koruma sağlamak istediğimiz kişiye verilmesiyle yapay olarak da kazandırılmaktadır (12). **Aktif bağışıklık**, bağışıklığı olmayan kişinin patojene maruz kalmasıyla sağlanmaktadır. Kişinin immun sistemi stimule olduğu için uzun dönemli bağışıklık oluşmaktadır. Aktif bağışıklık kişinin patojene direkt teması sonucu hastalığı geliştirmesi şeklinde doğal yollarla edinilebileceği gibi, yapay olarak aşılama ile sağlanmaktadır. Aşılama ile immun sistem uyarılmakta, fakat aktif hastalık gelişmemektedir (11). Aşılamadan sonraki dönemde infeksiyöz ajana maruz kalındığında immunolojik bellek sayesinde immun sistem hızlı yanıt vererek hastalığı önlemekte veya modifiye etmektedir. Antikorlar serumda tespit edilebileceği gibi, edilemese bile immunolojik bellek hala mevcut olabilmektedir (10).

Bağışıklama ise kişinin bağışıklık sisteminin yapay yollarla uyarılarak, infeksiyon hastalıklarına karşı korunma sağlanmasıdır. Aşı uygulanmasıyla aktif,

immunglobulinle pasif şekilde sağlanmaktadır. DSÖ bağışıklamayı, aşı yoluyla kişiyi hastalık ya da enfeksiyonlardan korunma olarak tanımlamaktadır (13).

B. Dünyada Bağışıklama Tarihçesi

İnsanlık tarihi incelendiğinde, bulaşıcı hastalıklardan korunmada ilk başvuru yöntem, kişinin bizzat o hastalığa maruz bırakılması olduğu görülmektedir. Bu yöntemin kullanıldığı ilk hastalığın çiçektir. “Vaccine (aşı)” kelimesi de; hafif hastalandırma özelliğine sahip bir Poxvirus olan ve çiçek hastalığından korunmak için kullanılmış olan “Vaccinia virus”ten türetilmiştir (16).

Çin’de 590 yılında çiçek hastalığını hafif geçirenlerin kurutlarıyla sağlam bireylerin aşılandığı, bazı Hintli Budistlerin 7. yüzyılda yılan zehiri içerek bağışıklık geliştirdiği kaynaklardan öğrenilmektedir. Yine 11. yüzyıla ait kayıtlardan Hindistan’da Brahman rahibelerinin birkaç lezyonu olan ve hafif çiçek enfeksiyonu geçiren hastaların kurutlarını topladıkları, bunları kurutup sağlıklı bireylerin burnuna üfledikleri ve bir çeşit aşılama yaptıkları bilinmektedir. Variolasyon hakkında günümüze ulaşmış ilk yazılı kayıt ünlü bir doktor olan Zhang Lu (1617-?) tarafından 1695 yılında kaleme alınmış bir tıp kitabına aittir. Bu tıp kitabında çiçek hastalığından korunmak için variolasyonun 3 farklı uygulama şeklinden bahsedilmiştir: sağlıklı bir çocuğun burnuna çiçek püyüyle kontamine edilmiş bir pamuk parçası yerleştirmek, taze püstül bulunmadığı zaman lezyona ait skuamı kurutup yine pamukla burundan uygulamak ve sağlıklı çocuğa hasta çocuğun giydiği kıyafetleri giydirmek (17).

Çinlilerden variolasyon yöntemini öğrenen Türkler bu yöntemi Anadolu’da da uygulamaya devam etmiş, bu sayede dünyada birçok insanın hayatını kaybetmesine neden olan çiçek hastalığından kısmen korunmuşlardır (18). Avrupa variolasyonla Osmanlı Devleti’nde görev yapan İngiliz elçisinin eşi Lady Wortley Montagu aracılığıyla 18. yy.’nin başlarında tanışmıştır (19). Uygulama kısmen dini nedenler, kısmen mortaliteye neden olabilmesi, kısmen de önceden inokule edilmemiş kişilere bulaşması nedeniyle şüphe uyandırır da, Büyük Britanya’da hızla yaygınlaşmıştır. İngiltere’de çiftçilik yapan Benjamin Jesty 1774 yılında çiftliğinde çalışan, cowpox (inek çiçeği) hastalığına yakalandığını bildiği iki sütçü kadının çiçek hastalığı geçiren kişilerle yakın temasta olmalarına rağmen hastalığa yakalanmadıklarını gözlemlemiştir. Aynı yıl bir salgın esnasında inepteki lezyondan aldığı materyali, karısı ve iki oğlunun koluna inokule etmiş ve onları sonraki çiçek salgınlarından korumayı başarmıştır. Jesty bu tekniği başka kişilere de uygulamıştır (20).

Aşılanmanın resmi tarihi Dr. Edward Jenner'in 1796'da sığır çiçeği hastalığına karşı yaptığı aşı deneyleri ile başlamıştır (21). Bu deneylerin sonucunda Jenner; inek çiçeği inokülasyonu yoluyla ilk çiçek aşısı uygulamasını 1798 yılında gerçekleştirmiş, bu yönetime de Latince inek anlamında vacca ve inek çiçeği anlamında vaccinia'dan hareketle vaccination adını vermiştir (22). 1798 yılında Edward Jenner'ın bilimsel anlamda ilk kez aşı uyguladığı günden beri bağışıklama ile dünyanın çeşitli bölgelerinde toplam 14 hastalık kontrol altına alınmıştır: çiçek, difteri, tetanos, sarı humma, boğmaca, Haemophilus influenza tip B (Hib), poliomyelit, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tifo, kuduz, rotavirus ve hepatit B. Çiçek hastalığı için eradikasyon hayali gerçekleşmiş ve hastalık dünyadan silinmiştir (15). Eradikasyonu hedeflenen poliomyelit vakaları %99 azalmıştır. DSÖ 2015 yılında tip 2 suşunun eradikasyonunun ardından Ekim 2019 itibariyle vahşi poliovirus tip 3(WPV3) suşunun tüm dünyadan eradike edildiğini duyurmuştur (23). 2015 yılında kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu da Amerika'dan elimine edilmiştir (24).

C. Türkiye'de Bağışıklama Tarihçesi:

Ülkemizde 1930'lu yıllarda çiçek, 1937 yılında difteri- boğmaca, 1952'de BCG, 1963 yılında oral polio, 1968'de difteri-boğmaca-tetanos ve 1970 yılında kızamığa karşı bağışıklama çalışmaları başlatılmıştır. Fakat o dönemlerde aşılama oranlarının yüksek olmadığı bilinmektedir. 1981 yılında GBP'nin başlamasıyla artan aşılama oranları 1985 yılında 'Aşı Kampanyası' ile hız kazanmıştır (3,26). Artan bağışıklama hizmetleriyle ülkemizde difteri ve yenidoğan tetanosu elimine; çocuk felci eradike edilmiş ve boğmaca ve kızamık olgu sayıları da büyük oranda azalmıştır. Ülkemizde aşı ile önlenabilir hastalıklarda yıllara göre olgu sayısındaki değişim aşağıdaki gibidir (Tablo 1) (26, 27).

Tablo 1. Türkiye’de Aşı ile Önlenebilir Hastalıklarda Yıllara Göre Olgu Sayısındaki Değişim

HASTALIK	1980	2000	2015	2018
NÜFUS(BİN)	43976	63240	78529	82340
DİFTERİ(1937-	86	4	0	0
KIZAMIK(1970-	8618	16244	342	716
KIZAMIKÇIK(2006-	-	-	16	22
BOĞMACA(1937-	1520	510	322	207
ÇOCUK FELCİ(1963-	182	0	0	0
YENİDOĞAN TETANOSU	-	26	0	0
TETANOS(1968-	48	37	25	-

D. Aşı Tipleri

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde halen kullanılan veya geliştirilmekte olan birden fazla aşı tipi bulunmaktadır. Her aşı tipi, bağışıklık sisteminin uyarılmasını etkileyen ve aşı tipinin yararlılığını sınırlandırabilen avantajlara ve dezavantajlara sahiptir. Viral ve bakteriyel olmak üzere iki temel aşı tipi bulunmaktadır (3).

1. Viral aşılar:

1.1. Canlı attenüe viral aşı:

Kızamık, kabakulak, suçiçeği aşılarının örnek olarak gösterilebileceği canlı aşılar, patojen ajanın laboratuvarda zayıflatılmasıyla elde edilmektedir. Güçlü hücrel ve antikör yanıt oluşturup az dozla uzun süreli bağışıklık sağlamaktadırlar. Aşı hastalık yaptığı için bağışıklık sistemi zayıf kişilere uygulanmamaktadır (11).

1.2. İnaktive(ölü) aşılar:

İnaktif aşılar, patojenik ajanın ısı, radyasyon ve kimyasala maruz bırakılarak hastalığa yol açmayacak hale getirilmesiyle elde edilmektedir (11). Bağışıklık yanıtına neden olan antijenler korunur ki, aksi durumda aşının etkinliği yok olmaktadır. Canlı aşılar göre bağışıklığı daha az uyardıklarından dolayı yanıtı güçlendirmek için adjuvanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca yeterli bağışıklığı sağlamak için birden fazla

doz ve koruyucu etkiyi sürdürmek için rapel dozlar gerekmektedir (3). Ülkemizde kullanılan hepatit A aşısı ve inaktive polio aşısı bunun örnekleridir (28).

1.3. Subunit(saflaştırılmış) viral aşılar:

İçeriğinde bir virusun yüksek miktarda saflaştırılmış bir veya birden fazla antijeni bulunmaktadır. Viral nükleik asitlerin serbest hale getirilmesiyle elde edilmektedirler (3). Bu aşılar sadece birkaç spesifik antijen bulunduğundan yan etkisi azdır ve immunsuprese kişilerde güvenlidirler. Hepatit B aşısı rekombinant subunit bir viral aşıdır (3,11).

1.4. Rekombinant antijen aşıları:

İlk rekombinant aşı olan hepatit B virus aşısı 1982 yılında bir maya olan *Saccharomyces cerevisiae*'da hepatit B virusunun yüzey antijen geninin klonlanmasıyla üretilmiştir (29). Maya dışında bakteri ve memeli hücre kültürü de kullanılmaktadır (3).

2. Bakteriyel aşılar

2.1. Canlı attenüe ve tam hücreli inaktif bakteriyel aşılar:

Canlı attenüe aşıların üretimi kalite ve etkinliğin düşük olması nedeniyle tercih edilmemektedir. Rutin kullanılan tek attenüe canlı bakteriyel aşı tüberküloza karşı geliştirilen BCG aşısıdır. Çocukluk çağı tüberkülozunu önlemede etkili olduğu gösterilmiş olup halen dünyadaki yenidoğanların bağışıklanmasında kullanılmaktadır. (30).

Bakterinin fiziksel ve kimyasal süreçlerle öldürülmesiyle inaktif *tam hücreli bakteriyel aşılar* elde edilmektedir. Tam hücreli boğmaca aşısı en önemli örneklerdendir. Canlı komponent bulunmadığından hastalık riski taşımamaktadır. Ölü tam hücreli inaktif aşılar immun yanıtı her zaman indüklemeyebilir veya yanıt uzun süreli olmayabilmektedir. Bu sebeple yeterli immun yanıt oluşturmak için birçok doz uygulanmaktadır (31).

2.2. Toksoid aşılar:

Toksoid aşılar, toksini olan bakterilerin ekzotoksinlerinin kimyasal yöntemlerle antijenik özelliklerinin korunup hastalık yapıcı özelliklerinin ise ortadan kaldırılmasıyla elde edilmektedir. Difteri ve tetanos aşıları buna iyi birer örnektir (3,28).

2.3. Subunit bakteri aşıları:

Aynı inaktif tam hücre aşıları gibi patojenin canlı komponentlerini içermemektedir. İnaktif tam hücre aşısından patojenin sadece koruyucu immun yanıtı oluşturmaya yarayan antijenik parçalarını barındırmasıyla ayrışmaktadır. Hangi antijenik yapıların kombinasyonunun etkili bir immun yanıt oluşturacağını belirlenmesi gerekmektedir. Yanıt oluştuğunda da immunolojik belleğin oluşacağı kesin değildir (31). Bu grubun içerisinde polisakkarit ve konjuge polisakkarit aşılar da yer almaktadır (3).

2.3.1. Polisakkarit aşılar:

Belirli bir bakterinin yüzey kapsülünü oluşturan uzun şeker molekül zincirlerinden oluşmaktadır (32). Polisakkarit yapıları B hücrelerini stimüle ederler. İmmun cevap T hücreden bağımsız gerçekleştiği için 2 yaşından küçük çocuklarda kısa süreli bir bağışıklık oluşmaktadır. Aşının tekrarlanan uygulamalarında rapel etkisi de gözlenmemektedir (3,32). Polisakkarit yapıları aşılarında predominant antikor IgM olup az miktarda IgG üretilmektedir. Bu yüzden polisakkarit aşılar daha az fonksiyonel aktiviteye sahiptir (31). N. meningitidis A, C, W135 ve Y suşlarını içeren aşı bu gruba iyi bir örnektir (31).

2.3.2. Konjuge polisakkarit aşılar:

Polisakkaritlerin kimyasal olarak bir protein molekülüyle bağlanması sonucu konjuge aşılar elde edilmiştir. Konjugasyon ile T hücre bağımlı bir cevap oluşmaktadır. Bunun sonucunda aşının tekrarlanan dozlarında rapel etkisi gözlenir ve infantlarda bağışıklık oluşturma etkisi de artmaktadır. En önemli örneği Haemophilus influenza tip b(Hib) aşısıdır (32).

E. Erişkin Dönemde Uygulanması Önerilen Aşılar:

Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında birçok çocukluk çağı aşısı başarıyla uygulanmaktadır. Yaşlı nüfusun giderek artması, yaşa bağlı kronik hastalıkların daha yüksek oranda görülmesi, aspleni, kanserler, kemoterapi, radyoterapi ve immunsupresyon yapan tedaviler, organ nakilleri, riskli bölgelere seyahat, mesleki riskler gibi enfeksiyöz hastalıklar açısından yüksek riskli durumlarda erişkin aşılaması önerileri de bulunmaktadır (7,33). Erişkin dönemde yapılması önerilen aşılar: Difteri-boğmaca-tetanos aşıları, mevsimsel grip(influenza) aşısı, pnömokok aşısı,

hepatit A aşısı, hepatit B aşısı, suçiçeği(varicella zoster) aşısı, herpes zoster(zona) aşısı, kızamık- kızamıkçık- kabakulak aşısı, meningokok aşısı, insan papilloma virus(HPV) aşısı, haemophilus influenza tip b(Hib) aşısı, kuduz aşısı, polio aşısıdır (3).

1. Difteri Boğmaca Tetanos Aşısı

Difteri Tetanos Toksoidi: Respiratorik difteri gram pozitif bir bakteri olan *Corynebacterium diptheriae*'nin toksijenik suşlarının sebep olduğu akut bulaşıcı bir üst solunum yolu hastalığıdır. *C. diptheriae*'nin ürettiği güçlü bir ekzotoksin asıl olarak lokal ve sistemik etkilerden sorumludur. Tek rezervuarı insandır. Primer immunizasyondan sonra rapel dozlar uygulanmadığı takdirde ömür boyu koruyuculuk sağlamamaktadır. Eski Sovyetler Birliği'nde 1990'lı yıllarda yaşanan salgın sırasında aşının ömür boyu koruyuculuk sağlamamasının yetişkin vaka oranının yüksek olmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Yetişkinlere yapılan tek doz aşının ardından koruyucu antikor titrelerine ulaşılmış ve tüm yaş gruplarının da aşılmasıyla salgın kontrol altına alınabilmektedir (23).

Tetanos, dirençli tonik kasılmalarla seyreden *Clostridium tetani* nörotoksinleriyle oluşan santral sinir sisteminin infeksiyöz hastalığıdır. Aşısı eksik/olmayan kişiler ile yaşlılar özellikle risk altındadır (34). Tetanos toksinleri doğada birçok yerde bulunduğu için ve hayvanlar da rezervuar olduğundan eradike edilme şansı olmayan bir hastalıktır (35). Fakat aşılamayla kişiler hastalıktan korunabilmektedir.

Bu amaçla ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programıyla birlikte maternal ve neonatal tetanos eliminasyon programı yürütülmektedir. Program kapsamında doğurganlık yaş grubunda bir kadınla karşılaşıldığında veya gebe tespit edildiğinde kişinin aşılanma durumu bilinmiyor veya kişi aşısız ise 3 doz Td aşısı yapılarak primer immunizasyon sağlanmaktadır. Gebeliğin en erken dördüncü ayında ilk doz, ilk dozun ardından en az 4 hafta sonra ikinci doz, ikinci dozun ardından en az 6 ay sonra üçüncü doz uygulanmaktadır. Primer immunizasyonu takiben en az bir yıl sonra dördüncü doz, dördüncü doz yapıldıktan en az bir yıl sonra da beşinci doz aşı uygulanmaktadır. Beş dozluk aşılanmanın ardından kişi doğurganlık çağı boyunca hastalıktan korunmaktadır (36). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2009 yılında ülkemizde maternal ve neonatal tetanosun elimine edildiğini ilan etmiştir (37). Fakat hala yaşlılık ve erişkin dönemde ölümle bile sonuçlanan tetanos vakaları görülmektedir. Tetanos aşısı erişkinlerde sıklıkla yaralanmayı takiben yapılmaktadır. Yaranın kirlilik durumuyla beraber kişinin

tetanova karşı bağışıklama durumu göz önüne alınarak tetanos aşısı ve/veya immunglobulin uygulaması yapılmaktadır. Yara temiz; ama bağışıklama eksik/yoksa Td aşısı yapılırken; bağışıklama tamsa ve son dozun üzerinden 10 yıl geçmemişse aşı yapılmamaktadır. Yara kirli olup kişinin bağışıklaması tam ve son beş yıl içinde Td aşısı yapılmışsa aşı yapılmazken; kişinin bağışıklaması eksik/yok ise hem immunglobulin hem de aşı uygulanmaktadır (3).

Boğmaca, gram negatif bir basil olan Bordetella pertussis'in neden olduğu bakteriyel bir solunum yolu hastalığıdır (23). İntermittan, özellikle geceleri gelen, iki-altı hafta süren öksürük nöbetleri karakteristiktir. Öksürük nöbetlerinin ardından mukoid balgam çıkarma ve hatta kusma görülebilir. Bebekler için en önemli infeksiyon kaynağı erişkinler olup erişkinlerde hastalık atipik seyirle yalnızca inatçı öksürük şikayetine neden olabilir (38).

Ülkemizde 2014 yılında bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran 1367 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %65'inin difteriye, %69'unun tetanova, %90'ının ise boğmacaya karşı antikor seviyelerinin koruyucu düzeyde olmadığı gösterilmiştir (39).

DaBT aşısı ülkemizde çocukluk çağında 2-4-6. Aylarda ve 18. ay ve ilköğretim 1. Sınıfta 2 rapel olarak toplam beş doz olarak uygulanmaktadır. Orta öğrenim 4. Sınıfta Td rapeli yapılmaktadır (40). Erişkin dönemde her 10 yılda bir Td rapeli uygulanmakta olup, bu yaş grubunda yapılacak aşının en azından bir dozunun asellüler boğmaca aşısını da içeren (Tdap) formunda yapılması önerilmektedir (3). Ayrıca her gebelikte tek doz Tdap aşısının özellikle 27-36. gestasyonel haftalarda yapılması önerilmektedir (41). Yenidoğan dönemi ve immun yetmezlikli hastalardaki boğmaca infeksiyonun mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım, doğumhane, transplantasyon, kemik iliği transplantasyonu üniteleri, 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan tüm çalışanlara 1 doz Tdap aşısı uygulanmaktadır (42). DaBT pediatrik aşısı Td ile benzer miktarda tetanos toksoidi içerirken, Td'nin 3-4 katı kadar difteri toksoidi içermektedir. Erişkinlere uygulanmakta olan Tdap aşısında difteriye ek olarak boğmaca toksoidinin miktarı da düşüktür (8).

Enjeksiyon bölgesinde ağrı, eritem, şişlik gibi lokal yan etkiler en sık olarak gözlenmektedir. Daha az olarak baş ağrısı, halsizlik ve ateş gelişebilmektedir. Aşı önceki dozlarda ciddi alerjik reaksiyon ve nörolojik bulgular geliştiren kişilerde kontrendikedir. Akut orta ve ağır hastalıklarda ise kişi iyileştikten sonra aşı yapılmaktadır (6).

2. Mevsimsel Grip (İnfluenza) Aşısı:

Orthomyxoviridae familyası içerisinde sınıflandırılan influenza viruslerinin dört tipi bulunmaktadır: A, B, C ve D. İnfluenza A ve B virusleri hastalığın mevsimsel epidemilerine sebep olmaktadır. İnfluenza A virusu pandemi yaptığı bilinen tek influenza virusudur. Pandemiler hem insanları infekte eden hem de kişiler arası etkili yayılma yeteneğine sahip yeni ve farklı bir influenza A virusu ortaya çıktığında gerçekleşmektedir. İnfluenza A virusleri virusun yüzeyindeki iki proteine dayanan alt tiplere ayrılır: hemagglutinin(H) ve nöraminidaz(N). 18 farklı hemagglutinin alt tipi ve 11 farklı nöraminidaz alt tipi (sırasıyla H1 ila H18 ve N1 ila N11) vardır. Potansiyel olarak 198 farklı influenza A alt tipi kombinasyonu olmasına rağmen, doğada sadece 131 alt tip tespit edilmiştir. İnsanlarda rutin olarak dolaşan influenza A virüslerinin mevcut alt tipleri şunlardır: A (H1N1) ve A (H3N2) (43). İnfluenza B virusu ise dolaşımda Yamagata ve Victoria olarak adlandırılan iki ayrı soy şeklinde bulunmaktadır (44). İnfluenza C virusu infeksiyonları genellikle hafif hastalığa neden olmakta ve epidemilere neden olduğu düşünülmemektedir. İnfluenza D virüsleri ise sığırlarda hastalık yapmakta ve insanda hastalık yaptığı bilinmemektedir (43).

Her yıl influenza aşılara bir influenza A (H1N1), bir influenza A (H3N2) ve bir veya iki influenza B virüsü (aşıya bağlı olarak) dahildir (43). Dünya Sağlık Örgütü'nün aşı komitesi tarafından bir sonraki aşının içeriği kuzey yarım küre için şubat, güney yarım küre için eylül ayında açıklanır ve influenza aşıları bir önceki influenza mevsiminde dolaşan suşlardan üretilmektedir (3). DSÖ ve Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının ve influenza infeksiyonuna bağlı ciddi komplikasyon geliştirme riski en yüksek olan kişilerin her yıl aşılmasını önermektedir. Aşı için öncelik grupları şunlardır:

- Gebeler,
- 6 aydan büyük bazı kronik hastalığa sahip kişiler,
- 65 yaş ve üzeri bireyler,
- Kurumda yaşayan engelliler ve yaşlılar,
- 6-59 aylık çocuklar ve
- Sağlık çalışanları (45,46).

ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices, Başışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi) ise her influenza mevsiminde aşının kontrendike olduğu kişiler hariç 6 ay ve üzeri herkesin aşılanmasını önermektedir (41). Ülkemizde belirtilen risk grubundaki kişilerden 6-59 aylık çocuklar haricinde influenza aşısı hekim tarafından reçetelendirildiği takdirde ücretsiz olarak temin edilmektedir (46).

Ülkemizde de kullanılmakta olan inaktive influenza aşısının en sık bildirilen yan etkileri ağrı ve diğer enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarıdır. Ateş, halsizlik, kas ağrısı gibi sistemik semptomlar özellikle küçük çocuklar başta olmak üzere daha önce virus antijenlerine maruz kalmamış bireylerde görülebilmektedir. Aşı bileşenleri nadiren hafif ürtikerden anjiyoödeme varabilen spektrumda aşırı duyarlık reaksiyonlarına neden olmaktadır. Aşı yan etkilerinin yıllardır izlemini takiben Guillain Barre Sendromu (GBS) ile inaktif influenza aşısı arasında net bir bağlantı tespit edilememiştir. Bunun yanında eğer bir risk var ise aşılanmış 1 milyon insanda 1 veya 2 kişi olup, influenza infeksiyonu sonrası GBS gelişim riski bu orandan yüksektir. Aşı 6 aylıktan küçük infantlarda, aşıyı takiben hayatı tehdit eden allerjik reaksiyon geliştirenlerde ve aşı komponentlerinden herhangi birine ciddi allerjisi olan kişilere kontrendikedir (47).

3. Pnömokok Aşısı:

Streptococcus pneumoniae gram pozitif, fakültatif anaerobik kapsüllü bir diplokoktur (48). Bakteri nazofarenksin asemptomatik kolonizasyonundan mukozal hastalığa ve invazif infeksiyonlara kadar farklı spektrumda hastalık oluşturmaktadır (49). Yılda 1.6 milyon ölümlle küresel morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. *S. pneumoniae*'ye karşı artan antibiyotik direncine bağlı olarak aşılama pnömokok hastalıklarının önlenmesi ve mücadelesinde önem taşımaktadır (50) Hastalık insidansı ilerleyen yaşla birlikte arttığından tüm dünyada 60 yaş ve üzerindeki kişi sayısının 2050 yılında 2.1 milyara ulaşacağı beklendiğinden pnömokok hastalığı önemini korumaya devam edecektir. Pnömokok aşısı 65 yaş ve üstü kişiler ve komorbiditesi olan veya immunsuprese olan erişkinlere endikedir. 23 valanlı pnömokok polisakkarit aşısı (PPA23) ilk kez 1983'te ve 13 valanlı konjuge pnömokok aşısı(KPA13) 2009 yılında ruhsat almıştır. 2011 yılında KPA13 aşısının 50 yaş ve üstünde kullanımı onaylanmıştır (49).

Sağlık Bakanlığı pnömokok infeksiyonları aşısından yüksek risk altındaki kişileri tanımlamıştır. Bunlar:

- Kronik kalp hastalığı varlığı (özellikle siyanotik konjenital kalp hastalığı ve kalp yetmezliği)
- Astım dahil kronik akciğer hastaları
- DM
- BOS kaçağı
- Kohlear implant
- Orak hücreli anemi ve diğer hemoglobinopatiler
- Fonksiyonel veya anatomik aspleni
- HIV enfeksiyonu
- Kronik böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom
- İmmünyüpresye kişiler
- Radyasyon terapisi veya immünyüpresif tedavi verilen hastalar
- Hodgkin hastalığı, lösemi, lenfoma, multiple myelom gibi hematolojik malignansiler
- Yaygın malignansi
- Solid organ transplantasyonu
- Konjenital veya edinsel immün yetmezlikler
- Alkolizm
- Kronik karaciğer hastaları (51).

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından belirlenen pnömokok aşılarının erişkinlerde uygulama şeması Tablo 2’deki gibidir (51).

Tablo 2. Pnömokok Aşılarının Erişkinlerde Uygulama Şeması

YAŞ	ÖNCEKİ AŞILANMA DURUMU	UYGULAMA ŞEMASI
19-64 YAŞ*	KPA13 VE PPA23 (-)	1 DOZ KPA13, EN AZ 8 HAFTA SONRA 1 DOZ PPA23
	PPA23 (+)	PPA23’TEN EN AZ 1 YIL SONRA 1 DOZ KPA13
	KPA13 VE PPA23 (-)	1 DOZ KPA13, EN AZ 8 HAFTA SONRA 1 DOZ PPA23**
≥ 65 YAŞ	PPA23 (+)	PPA23’TEN EN AZ 1 YIL SONRA 1 DOZ KPA13
	65 YAŞINDAN ÖNCE EN AZ 1 DOZ PPA23(+)	1DOZ (+) İSE: EN AZ 1 YIL SONRA KPA13, KPA13’DEN EN AZ 1 YIL, PPA23’TEN EN AZ 5 YIL SONRA 1 DOZ PPA23
		EN AZ 2 DOZ (+) İSE: PPA23’TEN 1 YIL SONRA KPA13

*Kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, DM, alkolizm, kronik karaciğer hastalığı gibi eşlik eden immun yetmezliğin olmadığı durumlarda sadece PPA23 aşılması yeterlidir. Öncesinde KPA13 yapılırsa etkinliği artar. Bu durumda KPA13 sonrasında PPA23 en az 1 yıl aralıkla uygulanır.

** Kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, DM, alkolizm, kronik karaciğer hastalığı gibi eşlik eden immun yetmezliğin olmadığı durumlarda KPA13 sonrasında en az 1 yıl arayla PPA23 aşısı uygulanır.

ACIP 2020 önerilerinde pnömokok aşısı yapılacak kronik kalp hastalığı olan kişilerden hipertansiyon tanısı dışlanmış ve sigara kullanımına ise aşı endikasyonları arasında yer verilmiştir (41). PPA23 ve KPA13'e karşı en sık görülen yan etki, hastaların yaklaşık %60'ında enjeksiyon bölgesinde gelişen ağrı veya hassasiyettir. Aşıya karşı şiddetli alerjik reaksiyonlar her iki aşının kontrendikasyonu olup, difteri toksoidi içeren aşılarla karşı şiddetli alerjik reaksiyon sadece KPA13 için bir kontrendikasyondur (52).

4. Hepatit A Aşısı:

Hepatit A virusu (HAV) Picornaviridae ailesine ait bir RNA virusudur. Virus insandan insana fekal oral yolla bulaşmaktadır. Her yıl tahmini 100 milyonu aşkın HAV enfeksiyonu dünyada önemli bir morbidite ve 15.000-30.000 ölümün sebebidir. Kalabalık yaşam, temiz suya sınırlı erişim ve kanalizasyon altyapı yetersizliğinin olduğu ülkelerde HAV erken yaşta ve sıklıkla asemptomatik bir enfeksiyon yapmaktadır. Hijyen ve sanitasyon standartlarının gelişmiş olduğu bölgelerde çoğu çocuk yetişkin yaşama ulaşmadan virüsle karşılaşmamaktadır. Erişkin dönemde hastalık daha semptomatik seyirlidir (23).

Ülkemizde Hepatit A hastalığı açısından risk grubunda yer alan kişiler şunlardır:

- Kronik karaciğer hastaları,
- Kronik HBV/HCV enfeksiyonu olanlar,
- HIV/AIDS olguları,
- Pıhtılaşma bozukluğu olanlar,
- Solid organ ve kemik iliği nakli adayları,
- Eşcinsel/biseksüel erkekler,
- Kanalizasyon işçileri,
- Sağlık çalışanı aşı uygulamaları kapsamındaki gruplar,
- Tıbbi atık yönetiminde çalışan kişiler,
- Göçmenlerle temasta bulunan kolluk kuvvetleri ve Geri Gönderme Merkezinde görevli personel (53).

Bu kişilere aşı serolojik değerlendirme yapılarak en az 6 ay ara ile 2 doz olarak uygulanmaktadır (53).

Aşının en sık yan etkileri enjeksiyon yerinde ağrı, hassasiyet ve eritemdir. Yorgunluk, ateş, ishal ve kusma gibi sistemik reaksiyonlar aşılananların %5'inden azında görülmektedir (23). Aşının herhangi bir bileşenine karşı daha önce aşırı duyarlılık geliştiği bildirilen kişilerde kontrendikedir (3).

5. Hepatit B aşısı:

Hepatit B virusu (HBV) Hepadnaviridae ailesine ait bir DNA virusudur (53). Virus bulaşı enfeksiyöz kan veya vücut sıvılarına perkütan veya mukozal maruziyetle gerçekleşmektedir. Bulaş anneden bebeğe perinatal yolla, kişiler arası horizontal yolla, cinsel temasla ve kan ve kan ürünleri aracılığıyla olmaktadır. HBV enfeksiyonu tüm dünyada oldukça yaygındır. Dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda geçirilmiş HBV enfeksiyonuna ait serolojik kanıt bulunmaktadır (23). Bu popülasyonun yaklaşık %5'i kronik taşıyıcı olup, bu taşıyıcıların dörtte birinde kronik hepatit, siroz ve hepatik karsinom gibi ciddi karaciğer hastalıkları gelişmektedir. Her yıl dünya genelinde 780.000 HBV ile ilişkili ölüm gerçekleşmektedir. Kronik enfeksiyon gelişme riski maruziyet yaşıyla ters orantılıdır. Sahra altı Afrika ülkelerinde HBV daha çok perinatal ve horizontal yollarla bulaşırken gelişmiş ülkelere sıklıkla genç erişkinlerde damar içi uyuşturucu madde kullanımı ve yüksek riskli cinsel davranışlar sonucu bulaş gerçekleşmektedir (54). Ülkemizde 1998 yılından beri HBV aşısı çocukluk çağında rutin olarak uygulanmaktadır (55). Akut hepatit B insidansı giderek azalarak 2017 yılında tüm nüfusta 1.9/yüzbin olarak raporlanmıştır. Bu azalmayla birlikte hastalık daha ileri yaş gruplarında görülmeye başlanmıştır (53). Türkiye'de 1999-2009 yılları arasında yapılmış çalışmaların değerlendirildiği bir sistematik derlemede HbsAg pozitifliği prevalansı 0-14 yaş grubunda %2.8 ile en düşük, 25-34 yaş grubunda ise %6.3 ile en yüksek olarak saptanmıştır (56).

Ülkemizde Hepatit B hastalığı açısından risk grubunda yer alan kişiler şunlardır:

- Sağlık çalışanları ve stajyer öğrenciler,
- Hemodiyaliz hastaları, solid organ ve kemik iliği nakli adayları ve alıcıları,
- Sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda kalan kişiler,
- Madde bağımlıları,
- Hepatit B taşıyıcılarının/hastalarının aile içi temaslılarından aşısız olanlar,

- HBsAg pozitif annelerin çocukları,
- Çok sayıda cinsel partneri olan ve seks işçileri ile cinsel ilişkide bulunan kişiler,
- Eşcinsel/biseksüel erkekler,
- Hepatit B dışında kronik karaciğer hastalığı olan kişiler,
- Cezaevlerinde ve ıslahevlerinde bulunan hükümlüler ve çalışanlar,
- Riskli diş tedavisi ve girişim öyküsü olanlar,
- Berberler-kuaförler, manikür-pedikürcüler,
- Piercing, dövme yaptırmayı planlayan kişiler,
- Zihinsel engelli bakımevlerinde bulunan kişiler,
- Yetiştirme yurtlarında bulunan kişiler,
- Güvenlik personeli (asker, polis vb. arasında kan ve hasta çıkartıları ile temas riski yüksek olanlar),
- Kazalarda ve afetlerde ilk yardım uygulayan kişiler,
- HBV sıklığının yüksek olduğu bölgelerden gelen göçmenler (53).

Bu risk grupları dışında, hekimin yüksek risk nedeniyle aşı uygulanmasını uygun bulduğu kişilere sağlık kuruluşlarında aşı uygulaması yapılmaktadır. Uygulama 0, 1, 6 şeması şeklinde olup 20 yaş ve üzerindeki hemodiyaliz hastaları ve immun yetmezliği olan kişilere koruyucu anti-HBs düzeyini oluşturmak amacıyla erişkin dozunun 2 katı doz uygulanmaktadır (51). Sağlık çalışanlarına uygulanan son doz hepatit B aşısını takiben 4-8 hafta sonra anti-HBs yanıtı değerlendirilmektedir. Anti-Hbs'nin 10mIU/mL'nin altında bulunduğu kişilere 3 doz aşı tekrarlanmaktadır. 4-8 hafta sonra bakılan serolojide anti-HBs'nin hala negatif saptandığı kişiler yanıtı kabul edilmektedir (42).

Enjeksiyon yerinde ağrı ve hafif ateş en sık görülen yan etkiler olup halsizlik, baş ağrısı ve huzursuzluk gelişebilmektedir (54). Aşının herhangi bir bileşenine karşı daha önce allerjik reaksiyon geliştiği bildirilen kişilerde aşı kontrendikedir. Hamilelik ve laktasyon kontrendikasyon oluşturmamaktadır (23).

6. Suçiçeği (Varicella Zoster) Aşısı:

Varicella Zoster virusu (VZV) herpesviridae ailesinden alfa herpes virus alt grubunda yer alan zarflı bir DNA virusudur. Varisella(suçiçeği) ve herpes zoster(zona) hastalıklarına neden olmaktadır (23). Çocukluk döneminde su çiçeği, ileri yaşlarda ise VZV'nin reaktivasyonu ile herpes zoster daha sık görülmektedir (58). Hava ve temas yoluyla bulaşan virus aşı uygulamasının olmadığı ılıman iklimlerde yaşamın dördüncü dekadına gelindiğinde %100'e varan suçiçeği gelişimine yol açmaktadır. Erişkin dönemde primer infeksiyonun morbidite ve mortalitesi çocuklardan anlamlı olarak fazladır. İnfeksiyon özellikle son trimesterdeki gebelerde daha ağır seyretmektedir. Fetal morbiditede de artış olmaktadır (23).

Aşı suçiçeğine karşı bağışıklığı olmayan bütün erişkinlere uygulanabilmektedir. Dört ile sekiz hafta arayla iki doz olarak yapılmaktadır. Canlı aşı olup, subkütan uygulanmaktadır. Aşı önerilen gruplar şunlardır:

- Ciddi seyirli suçiçeği açısından yüksek riskli kişilerle yakın teması olan kişiler (Ör. sağlık personeli, immunsuprese kişilerin aile temashıları)
- Bulaş veya temas riski yüksek olanlar (Ör. küçük çocukların öğretmenleri, çocuk bakımı yapan kişiler, kreş personeli, yatılı okul öğrencileri, askeri personel, aynı evde çocukla birlikte kalan ergen ve erişkinler, çocuk doğurma çağındaki hamile olmayan kadınlar ve uluslararası yolculuk yapanlar) (3).

Aşının kontrendikasyonları:

- Jelatin, neomisin veya aşının herhangi bir bileşenine anafilaktik veya anafilaktoid reaksiyon öyküsü olanlar
- Lenfoid sistemi etkileyen kan diskrazisi, lösemi, lenfoma veya malign neoplazm varlığı
- Edinsel veya primer immun yetmezliği olanlar ve immunsupresif tedavi alanlar
- Doza bağlı olarak son 3 ay ile 11 ay içinde kan ve kan ürünü transfüzyonu yapılanlar
- Birinci derece yakınlarında konjenital herediter immun yetmezlik olanlar
- Gebelik veya gebelik şüphesi olanlar (59).

Aşının en sık yan etkileri enjeksiyon yerinde ağrı ve kızarıklık ve sistemik ateş olup daha az sıklıkla döküntü de görülebilmektedir (60).

7. Herpes Zoster (Zona) Aşısı:

VZV, primer enfeksiyonu takiben serebral veya posterior kök gangliyonlarında latent kalmaktadır. Artan yaş, emosyonel stres, yoğun çalışma koşulları, immunsupresif ajan kullanımı gibi özellikle hücresel bağışıklığın azaldığı hallerde virus reaktif olarak duyu aksonları aracılığıyla deriye ulaşır, ağrılı ve kaşıntılı döküntüler oluşturmaktadır. Bu tabloya zona zoster denmektedir (61). Yaşam boyu herpes zoster gelişme riski % 25-30 arasında olup 80 yaş ve üstünde risk %50'ye yükselmektedir (62).

Canlı attenué ve rekombinant olmak üzere iki tip aşısı bulunmaktadır (3). Canlı attenué aşı su çiçeği gibi Oka suşundan üretilmektedir. İki aşının arasındaki fark zona aşısının yaklaşık 14 kat daha potent olmasıdır (63). Canlı aşı 50 yaş ve üzerinde onay almış olmasına rağmen uygulama yaşı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Aşı Birleşik Krallık'ta 70 yaş ve üstüne, Amerika Birleşik Devletlerinde ve ülkemizde EKMUD tarafından 50 yaş ve üstüne tek doz şeklinde önerilmektedir (3,41,64). Rekombinant aşı ise 2- 6 ay ara ile 2 doz şeklinde uygulanmaktadır (3).

Aşının bileşenlerinden birine önceden ciddi allerjik reaksiyon gelişmiş kişilerde, immun yetmezliği olanlarda (Ör. hematolojik, solid tümörler, kemoterapi, konjenital veya edinsel immun yetmezlik, uzun süreli immunsupresif tedavi) ve gebelerde aşı kontrendikedir. En sık yan etkiler enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, ağrı, ısı artışı olup baş ağrısı da görülebilmektedir. 1-3 gün arası süren hafif- orta düzeyde yan etkileri bulunmaktadır (65).

8. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşıları (KKK):

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak ciddi hastalık ve komplikasyonlara sebep olabilen; fakat aşıyla önlenabilen akut viral hastalıklardır (66). KKK aşısı çocukluk çağında rutin olarak uygulanan canlı attenüé aşısıdır (3).

Ülkemizde kızamık eliminasyon programı dahilinde 1980-1991 yılları arası doğumlulardan kayıtlı iki doz aşısı olmayan kişilere 4 hafta arayla iki doz KKK aşısı uygulanmaktadır. Bunun dışında yaşa bakılmaksızın tüm sağlık çalışanlarına ve turizm sektöründe öncelikli olarak turistlerle doğrudan teması olan çalışanlardan başlanarak tüm personele KKK aşısı önerilmektedir (67). Kızamıkçık aşısı olduğuna veya hastalığı geçirdiğine dair güvenilir kaydı olmayan erişkinlere bir doz subkutan aşı yapılması

önerilmektedir. Bunların dışında yakın zamanda kızamık, kızamıkçık veya kabakulağa temas veya salgın durumunda, yüksek öğrenim kurumlarında eğitim görme ve temas riskinin yüksek olduğu uluslararası seyahat durumlarında 4 hafta arayla iki doz KKK aşı endikasyonu bulunmaktadır (3).

Neomisine veya aşının herhangi bir içeriğine karşı anafilaktik veya ciddi allerjik reaksiyon öyküsü olanlar, gebeler ve immunsupresiflerde aşı kontrendikedir. KKK aşısı nadiren ciddi advers etki yapmaktadır. En sık yan etkisi ateş olmakla birlikte geçici döküntüler, lenfadenopati, parotit, trombositopeni, artralji veya artrite neden olabilmektedir. Febril reaksiyonlar genellikle aşılamadan 7- 12 gün sonra başlamakta ve 1-2 gün sürmektedir. Ateşi olan kişilerin çoğunda başka semptom bulunmamaktadır (66).

9. Meningokok Aşısı:

N. meningitidis gram negatif, kapsüllü aerobik bir diplokoktur. Tek konağı insandır. Hastalığa neden olan 12 serogrup tanımlanmış olup neredeyse tüm vakalardan A, B, C, W, X ve Y subgrupları sorumludur (23). Asemptomatik taşıyıcılıktan, gizli bakteriyemiye; sepsisten progresif gidişli meningokoksemiye geniş spektrumda karşımıza çıkmaktadır. Tüm dünyada çocuklarda ve erişkinlerde gelişen menenjitin en sık nedenlerindendir (68).

Polisakkarit ve konjuge olarak iki tip aşı bulunmaktadır. Polisakkarit aşılardan bivalan ve tetravalan olmak üzere iki tipi bulunmaktadır (69). Tetravalan aşısı A, C, W, Y suşlarını içermektedir ve hac ziyareti yapacak kişilere seyahatten yaklaşık bir ay önce uygulanmaktadır. Polisakkarit aşılardan iki yaş altında etkisiz olduğundan konjuge aşılardan bu yaş grubuna uygulanmaktadır (3,69). Ülkemizde A, C, W, Y serotiplerini içeren aşılardan ve B serogrubunu içeren konjuge aşı bulunmaktadır (69). Konjuge aşılardan hem hafıza bağışıklığı yüksektir hem de taşıyıcılığı önleyebilmektedir (3).

Anatomik veya orak hücreli anemi dahil olmak üzere fonksiyonel aspleni, kompleman yetmezlikleri, kompleman inhibitörü kullanımı (Ör. ekulizumab, ravulizumab) durumlarında MenACWY aşısı iki doz önerilmektedir. Yurttan kalan öğrencilere, askeri personele, meningokokal hastalığın hiperendemik veya epidemik olduğu ülkelere seyahat edecek kişilere tek doz MenACWY aşısı önerilmektedir (41). Mikrobiyoloji laboratuvarında meningokok ile çalışan tüm personele meningokok aşısı

iki ay arayla 2 doz olarak uygulanmaktadır. Temasin devamlılığında aşı 5 yılda bir tekrarlanmaktadır (42).

Aşının önceki dozlarına veya aşı bileşenlerinden herhangi birisine ağır allerjik reaksiyon geliştirenlerde aşı kontrendikedir. Enjeksiyon yerinde ağrı, halsizlik ve baş ağrısı gibi bir iki günden fazla sürmeyen hafif yan etkileri olabilmektedir. Nadiren uygulama sonrası ateş görülebilmektedir (70).

10. Human Papilloma Virus (HPV) Aşısı:

HPV papillomaviridae ailesinde yer alan zarfsız, çift sarmal bir DNA virusudur. Çoğunlukla kendini sınırlayan, benign lezyonlar yapsa da persistan infeksiyonu çeşitli epitelyal malignitelere yol açmaktadır (23). Tanımlanmış 200'den fazla HPV tipinden serviks kanseri açısından yüksek riskli HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82 tipleri oluşturmaktadır. HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62 kanser açısından düşük riskli olup siğil oluşumundan sorumludur (71). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda servikal kanserlerin çoğunun cinsel yolla bulaşan özellikle HPV16 ve 18 başta olmak üzere 12 onkojenik türle ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. HPV infeksiyonu ve serviks kanseri arasındaki nedensel bağlantı bu virus grubunun halk sağlığı açısından önemini ortaya çıkarmıştır (23).

Bivalan aşı tüm dünyadaki serviks kanserinin yaklaşık %70'inden sorumlu olan HPV 16, 18 tiplerine karşı koruyucu olup kuadriyalan aşı 16, 18 tiplerine ek olarak 6 ve 11, dokuz valanlı aşı ise ek olarak 31, 33, 45, 52, 58 tiplerine karşı koruyuculuk sağlamaktadır (23). Dört ve dokuz valanlı aşı 9 ve 26 yaş arası kadın ve erkeklerde, bivalan aşı ise 10 -25 yaş arası kadınlarda onaylanmıştır (32). 2018 yılında dokuz valanlı aşınının kadın ve erkeklerde 27- 45 yaş arasında kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır (72). Aşı 15 yaşından küçüklerde 0, 6. aylarda 2 doz, büyüklerde ise 0, 1-2, 6. aylarda intramüsküler 3 doz olarak uygulanmaktadır (41).

Aşı bileşenlerinden herhangi birisine allerjik reaksiyon geliştirenlerde aşı kontrendikedir. Enjeksiyon yerinde ağrı, kızarıklık, şişkinlik, ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas eklem ağrısı ve bulantı yaygın yan etkilerindendir (73).

11. Haemophilus İnfluenza Tip b(Hib) Aşısı:

H. influenza sporsuz, gram (-) kapsüllü bir kokobasildir. İnsandan insana bulaş damlacık yoluyla ve solunum sekresyonlarıyla direkt temas şeklinde gerçekleşmektedir. Serotip b (Hib) patogeneizde insanlar için en önemli tiptir. Aşı programlarından önce

özellikle 2 yaş altı çocuklarda önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendi (23). Erişkinlerde invazif Hib infeksiyonu yönünden riskli kişilere aşı uygulanmaktadır. Bunlar:

- Dalağın fonksiyonel veya anatomik yokluğu (orak hücreli anemi dahil)
- İmmunglobülin yetmezlikleri
- Kompleman eksikliği
- Hematopoietik kök hücre transplantasyonu
- Malignensi nedeniyle kemoterapi veya radyoterapi alan kişilerdir (3, 41).

Aşının önceki dozuna veya aşı bileşenlerinden herhangi birisine allerjik reaksiyon geliştirenlerde ve 6 aydan küçük infantlarda aşı kontrendikedir. Enjeksiyon yerinde kızarıklık, ısı artışı, şişlik ve ateş gelişebilmektedir. Bu yan etkiler genellikle 3 gün sonra sona ermektedir (74).

12. Kuduz Aşısı:

Kuduz virusu Rhabdoviridea familyası Lyssavirus genusundan nörotrop, zarflı bir RNA virusu olup akut ilerleyici ensefalite neden olmaktadır (23,75). İnsanlar genellikle kuduzlu bir hayvanın derin bir ısırık veya çizdiği sonrası infekte olmaktadır. Dünyada hasta köpek tarafından bulaş insanlardaki vakaların %99'unu oluşturmaktadır (76). Ülkemizde yılda ortalama 1-2 kuduz vakası görülmekte olup yaklaşık 250.000 kuduz riskli temas bildirimi yapılmaktadır (77). Kuduzun fatalite hızı neredeyse %100 olduğundan profilaksi büyük önem taşımaktadır (77,78). Profilaksi riskli hayvanlarla sık temas edenlere temas öncesi, riskli temaslı kişilere ise temas sonrası uygulanmaktadır. Profilaksi zamanında ve önerilere uygun şekilde gerçekleştirilirse etkinliği %100'dür (76-78).

Kuduz riskli temas öncesi profilaksi; kuduz açısından yüksek riskli işlerde çalışanlara(kuduz araştırma laboratuvar çalışanlar, veteriner hekimler, hayvan bakıcıları, barınaklarda çalışanlar, mağara keşfi konusunda çalışanlar vb.), kuduz riski olan hayvanlarla sık temas edenler, yaban hayat ile temas riski yüksek olan doğa sporları yapanlar ve köpek kuduzunun yüksek olduğu ve kuduz riskli temas halinde uygun tıbbi yaklaşımın verilemeyeceği bölgelere seyahat edenlere 0 ve 7. günlerde toplam 2 doz olarak IM olarak uygulanmaktadır. Yüksek riskli işlerde çalışan kişilerde riskin devamlılığında 6-12 ay aralarla serolojik olarak antikor düzeyleri ölçülmelidir. Eğer

antikor düzeyi 0.5 IU/mL'nin altında ise tek doz rapel aşı yapılmaktadır. Eğer antikor ölçümü yapılamıyorsa iki yılda bir tek doz aşı yapılabilmektedir (76-78).

Ülkemizde kuduza yakalanma ihtimali olan hayvanların ısırıkları, ısırık dışı açık yara, kesi ve müköz membranların tükürük, salya, nöral doku ve hayvanlara kullanılan canlı oral aşı yemleri gibi infeksiyon potansiyeli taşıyan materyallerle teması ve tırmalama kuduz riskli temas şeklinde değerlendirilmektedir. Aşılamaya teması takiben en kısa sürede başlanmalıdır. Aşılanmanın yanısıra yara bakımı, antibiyotik profilaksisi, tetanos profilaksisi ve kuduz immunglobulin uygulanması da yapılmaktadır. İki farklı aşı şeması bulunmaktadır:

- 4 dozluk aşı şeması: 0, 3, 7, 14-28. günler olmak üzere toplam dört doz uygulanmaktadır.
- 2.1.1. aşı şeması: 0. gün iki doz, 7. ve 21. Günlerde birer doz olmak üzere toplam 4 doz uygulanmaktadır.

Aşı uygulaması kişinin hayvanla temas kategorisine göre belirlenmekte olup 4 kategoriye ayrılmıştır (Tablo 3):

- Kategori 1: Hayvanı besleme, ona dokunma veya sağlam derinin yalanması
- Kategori 2: Deri altına geçmeyecek şekilde derinin hafifçe sıyrılması ve kanama olmaksızın küçük boyutlu tırmalama veya zedeleme
- Kategori 3: Deriyi zedeleyen tek veya çok sayıda ısırma veya tırmalama ve mukoza ve açık yaraların hayvanın salyasıyla temas etmesi ve lezyonun baş, boyun, parmak uçları gibi sinir uçlarından yoğun bölgelerde olması
- Kategori 4: Kuduza yakalanma ihtimali olan yabani hayvan türleri ile riskli temas (77)

Tablo 3. Sağlıklı Bireylerde Kuduz Aşı Takvimi

Kategori	Hayvanın durumu		Önerilen yaklaşım
1			Herhangi bir işleme gerek yoktur.
2	A. Temas eden evcil hayvanın son bir yılda kuduz aşısı yapılmış.		Hayvan on gün gözlenir. ¹
	B. Hayvanın kuduz aşısı yok veya bilinmiyor.	Hayvan sağlıklı ve gözlenebiliyor	
		Hayvan gözlenemiyor	Aşılamaya hemen başlanır.
3	A. Temas eden evcil hayvanın son bir yılda kuduz aşısı yapılmış.		Hayvan on gün gözlenir. ²
	B. Hayvanın kuduz aşısı yok veya bilinmiyor.	Hayvan sağlıklı ve gözlenebiliyor	Hayvan on gün gözlenir. ³ Aşılamaya hemen başlanır. ³ Gerekirse immunglobulin uygulanır. ⁴
		Hayvan gözlenemiyor	Aşılamaya hemen başlanır. İlk doz aşı ile birlikte immunglobulin uygulanır. ⁵
4			Aşılamaya hemen başlanır. İlk doz aşı ile birlikte immunglobulin uygulanır. ⁵

¹Hayvanın hastalık belirtisi göstermesi, kaçması, kaybolması, herhangi bir nedenle ölümü halinde aşı şemasına başlanır.

²Hayvanın hastalık belirtisi göstermesi, kaçması, kaybolması, herhangi bir nedenle ölümü halinde 4 doz aşı ile immunglobulin başlanır.

³Kedi ve köpekler için, 10 günlük gözlem sonunda hayvan sağlıklı ise aşılamaya durdurulur.

⁴Hayvanın hastalık belirtisi göstermesi, kaçması, kaybolması, herhangi bir nedenle ölümü halinde ilk doz aşidan sonra 7 gün içinde immunglobulin uygulanır. 7 günlük süre aşılmışsa, aşı 4 doz olarak uygulanır.

⁵İmmunglobulinin hemen bulunamadığı durumlarda ilk doz aşidan sonra 7 gün içinde yapılmalıdır (3).

Kuduz son derece ölümcül bir zoonoz olduğundan temas sonrası aşılamaya için gerçek bir kontrendikasyon bulunmamaktadır (23). Tekrarlayan dozlarda aşırı duyarlılık reaksiyonları ortaya çıkabilmektedir. Şiddetli allerji/anafilaksi olmadığı sürece gerekli önlemler alınarak şemaya devam edilmelidir. Şiddetli allerji/anafilaksi varlığında hastane şartlarında aşılamaya sürdürülmelidir. Aşının ilk dozunda daha sık olmakla birlikte uygulama sonrası ateş, enjeksiyon yerinde reaksiyonlar görülebilmektedir (77).

13. Polio Aşısı:

Poliovirus Picornaviridae ailesinden enterovirus subgrupuna ait bir RNA virusudur. Avrupa’da ilk salgınlar 19. yy’da raporlanmış olup yüzyıllar boyu birçok

ülkede polio epidemileri bildirilmiştir. Polio aşılarının geliştirilmesiyle polio insidansı hızla azalmıştır (79). İnaktif polio (IPA) ve canlı oral polio (OPA) olarak iki tip aşı bulunmaktadır. Ülkemizde polio aşısı çocukluk çağında rutin olarak uygulanmaktadır. Erişkinlerde ise polionun endemik veya epidemik olduğu bölgelere seyahat edecek kişilere ve göçmenlerle doğrudan temas eden çalışanlar veya göçmenlere hizmet verenlere aşı yapılmaktadır. Aşının önceki dozuna veya aşı bileşenlerinden birisine ağır allerjik reaksiyon (Ör. anafilaksi) geliştirenlerde aşı kontrendikedir. OPA canlı aşı olduğundan immunsuprese kişilerde ve fekal atılım nedeniyle bulaş riskinden dolayı onlarla yakın temastaki kişilere kontrendikedir. Daha çok ilk doz OPA ile olmak üzere canlı aşı uygulanması sonrası nadiren paralitik polio hastalığı gelişebilmektedir (3).

F. Dünya’da ve Türkiye’de Erişkin Dönemde Aşı Önerileri:

Ulusal aşılama programına aşılardan eklenmesi hastalık epidemiyolojisi ve yükü, aşının maliyet etkililiği, ülke kaynakları, sağlık sistemi organizasyonu, aşı etkinliği ve güvenliği ve immunojenisite gibi çeşitli faktörlere bağlı olduğundan bir çok ülke kendi toplumu için bağışıklama rehberi hazırlamaktadır (3,80). ABD’de yaş gruplarına, tıbbi durum ve endikasyonlarına yönelik aşı şemaları aşağıdaki gibidir (Tablo 4 ve Tablo 5).

Tablo 4. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2020 Aşı Önerileri ve Dozları, ACIP

Aşı	19-26 yaş	27-49 yaş	50-64 yaş	≥65
İnaktif(IIV) / rekombinant influenza aşısı(RIV) veya	Her yıl 1 doz			
Canlı attenüe influenza aşısı (LAIV)	Her yıl 1 doz			
Td veya Tdap	1 doz Tdap sonrasında Td veya her 10 yılda bir Tdap			
KKK	Endikasyona göre1 veya 2 doz(1957 ve sonrası doğanlara)			
Varisella(VAR)	2 doz (1980 ve sonrası doğanlara)		2 doz	
Rekombinant zoster (RZV-tercihen) veya Canlı zoster(ZVL)			2 doz	
				1 doz
HPV	Yaşa bağlı olarak 2 veya 3 doz	27-45 yaş arası		
KPA13	1 doz			
				65 yaş ve üstü
PPA23	Endikasyona göre 1 veya 2 doz			1 doz
Hepatit A	Aşıya göre 2 veya 3 doz			
Hepatit B	Aşıya göre 2 veya 3 doz			
Meningokok ACWY	Endikasyona göre 1 veya 2 doz			
Meningokok B		Endikasyona göre 1 veya 2 doz		
	19-23 yaş arası			
Hib	Endikasyona göre 1 veya 3 doz			



Yaş koşullarını sağlayan, aşı olduğuna veya geçmişte hastalığı geçirdiğine dair kanıtı bulunmayanlar erişkinlere önerilir.



Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere önerilir.



Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.



Öneri bulunmamaktadır.

Tablo 5. Erişkinlerde Tıbbi Durum ve Diğer Endikasyonlara Göre 2020 Aşı Önerileri, ACIP

Aşı	Gebelik	İmmunkom promize	HIV enfeksiyonu CD4 sayısı		Aspleni, kompleman yetmezlikleri	Son dönem böbrek yetmezliği	Kalp/ akciğer hastalığı, alkolizm ¹	Kronik karaciğer hastalığı	Diyabet	Sağlık çalışanı ²	Erkeklerle seks yapan erkekler
			<200	≥200							
IIV veya RIV veya LAIV	Her yıl 1 doz										
	TAVSIYE EDİLMEZ					UYARI				Her yıl 1 doz	
Td/ Tdap	Her gebelikte 1doz Tdap	1 doz Tdap, sonra her 10 yılda bir Td veya Tdap									
KKK	TAVSIYE EDİLMEZ			Endikasyona göre 1 veya 2 doz							
VAR	TAVSIYE EDİLMEZ			2 doz							
RZV veya ZVL	ERTELEME				≥ 50 yaşta 2 doz						
	TAVSIYE EDİLMEZ				≥ 60 yaşta 1 doz						
HPV	ERTELEME	26 yaşına kadar 3 doz			26 yaşına kadar 2 veya 3 doz						
PCV13		1 doz									
PPSV23		Yaşa ve endikasyona göre 1, 2 veya 3 doz									
HepA					Aşıya göre 2 veya 3 doz						
HepB							Aşıya göre 2 veya 3 doz				
MenACWY	Endikasyona göre 1		veya 2 doz								
MenB	UYARI	Aşıya ve endikasyona göre 2 veya 3 doz									
Hib		KHN hastalarına 3 doz ³			1 doz						

¹Alkolizmde LAIV için önlem alınmaz.

²İnfluenza, Hepatit B, KKK ve varisella için notlara bakınız.

³Kök hücre nakli.

- Yaş koşullarını sağlayan, aşı olduğuna veya geçmişte hastalığı geçirdiğine dair kanıt bulunmayanlar erişkinlere önerilir.
- Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere önerilir.
- Uyarı- Aşılanma korunmanın faydası yan etki riskinden daha fazlaysa endikedir
- Aşı endike ise doğum sonrasına ertelenir.
- Tavsiye edilmez/ kontrendikedir- aşı uygulanmamalıdır.
- Öneri bulunmamaktadır.

Birleşik Krallık'ta sağlıklı erişkinlere rutin olarak inaktif influenza, asellüler boğmaca, PPA23 ve canlı zoster aşısı uygulanmaktadır (Tablo 6). Ayrıca çocukluk çağında atlanmış aşılardan dozları tamamlanmaktadır.

Çocukluk ve adölesan dönemde uygulanan difteri, tetanos ve polio aşısı için eksik doz varlığında erişkin dönemde kişinin yaşı ne olursa olsun uygun aralıklarla kalan dozlar uygulanmaktadır.

2 doz KKK aşısı yapılmamış genç erişkinlere aşı önerilmektedir. Gebelikte rubellayı önlemek için doğurganlık çağındaki tüm kadınların aşı durumları kontrol edilmektedir. MenC içeren aşı ve HPV aşısı yaptırmamış genç erişkinlere 25 yaşına kadar MenACWY ve HPV aşısı önerilmektedir.

Bunların dışında hepatit B, hepatit A, influenza, Hib, meningokok ve pnömokok gibi belirli infeksiyonlardan kaynaklanan ciddi komplikasyon riski taşıyan yetişkinleri hedefleyen selektif aşılama programları da uygulanmaktadır (81).

Tablo 6. Birleşik Krallık'ta Sağlıklı Erişkinler İçin Rutin Aşı Önerileri

Aşı	Yaş/ endikasyona göre
İnaktif influenza	65 yaş ve üstü her yıl
	Her gebelikte 1 doz
Asellüler boğmaca	Gebeliğin 16. haftasından itibaren 1 doz
PPA23	65 yaş ve üstü 1 doz
ZVL	70 yaş ve üstü 1 doz

Ülkemizde uygulanan aşılama takvimi, Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından belirlenmektedir. Erişkinlerde yaş gruplarına göre aşılanma önerileri Tablo 8'de sunulmuştur. Ülkemizde erişkinlere Td/Tdap, İnfluenza, KPA13, PPA23, Hepatit A, Hepatit B, Zoster, Su çiçeği, KKK, Meningokok, Hib ve HPV aşısı belli bir program dahilinde önerilmektedir.

- Ülkemizde primer aşı serisi tamamlanan tüm erişkinlere 10 yılda bir, çocuklukta aşılanmamış veya eksik aşılanmış, aşılanma durumu bilinmeyen veya son 10 yıl içinde rapel doz uygulanmamış gebelere 4 hafta arayla 2 doz Td aşısı uygulanmaktadır.

- Tüm gebelere hekimin reçetelendirmesi halinde ücretsiz influenza aşısı uygulaması yapılmaktadır.
- 1980 sonrası doğanlar için 2 doz kızamık içeren aşı uygulandığı veya hastalığı geçirdiğine ilişkin kayıt varlığında veya serolojik olarak bağışıklığın gösterildiği durumlar hariç gebelik dönemi dışındaki tüm erişkinlere 4 hafta arayla 2 doz KKK aşısı önerilmektedir.
- Doğurganlık çağındaki tüm kadınlara rubella içeren aşı uygulaması yapılmaktadır.
- 65 yaş ve üzerindeki kişilere konjuge pnömokok aşısı sağlık kurumlarına başvurmaları halinde ve pnömokok hastalığı açısından risk grubunda bulunan erişkinlere polisakkarit pnömokok aşısı reçete edilmesi halinde ücretsiz uygulanmaktadır.
- Mevsimsel grip aşısı 65 yaş ve üstü kişilere yılda 1 defa önerilmektedir.
- Belirlenmiş risk gruplarına hepatit A, hepatit B, influenza aşıları reçete edilmesi halinde ücretsiz yapılmaktadır.
- Askerlik dönemindeki tüm erlere Td ve meningokok; 1980- 1991 arası doğumlulara ek olarak KKK aşısı yapılmaktadır. Hac ve Umre ziyareti yapacak kişilere seyahat öncesi meningokok aşısı uygulanmaktadır (7).

Geri ödeme kapsamındaki aşılarla ait bilgiler 3 Mart 2020 tarihinde güncellenen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nde ‘Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri’ maddesi altında yer almaktadır (Bakınız Ek:5) (82).

EKMUD'un 2019 yılında yayınlanan kılavuzunda yaş ve risk gruplarına göre aşı önerileri aşağıdaki gibidir (Tablo 7, Tablo 8).

Tablo 7. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2019 Aşı Önerileri ve Dozları, EKMUD

Aşı	19-26 yaş	27-39 yaş	40-49 yaş	50-64 yaş	≥ 65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl 1 doz				
KPA13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPA23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0,1,6. ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0, 6. ay)				
Zoster				1 doz	
Su çiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK ⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 veya 2 doz ⁸				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1-2,6. Ay) ⁹				

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; Hib: Haemophilus influenzae tip b aşısı;

HPV: Human papilloma virus aşısı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı;

KPA13: Konjuge pnömokok aşısı; PPA23: Polisakkarit pnömokok aşısı.

Tabloya ait açıklamalar Ek-5'te yer almaktadır.



Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.



Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.



Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

Tablo 8. Erişkinlerde Risk Gruplarına Göre 2019 Aşı Önerileri, EKMUD

Aşı	KHN ¹	İmmu Komp. Hasta.	Aspleni ²	SOT ³	Romato. Hast. ⁴	HIV inf. (CD4<20 0/mm ³) ⁵	HIV inf. (CD4≥20 0/mm ³) ⁵	Sağlık çalışanı ⁶	Gebe ⁷
Td/Tdap									
İnfluenza									
PCV13									
PPSV23									
Hep B									
Hep A									
Zoster									
Su çiçeği									
KKK									
Meningo kok									
Hib									
HPV									

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; Hib: Haemophilus influenzae tip b aşısı; HPV: Human papilloma virus aşısı; KHN: Kök hücre nakli; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; KPA13: Konjuge pnömokok aşısı; PPA23: Polisakkarit pnömokok aşısı; SOT: Solid organ transplantasyonu

Tabloya ait açıklamalar Ek-5'te yer almaktadır.

-  Uygulanması önerilir.
-  Diğer risk faktörleri, endikasyonlar ve yaş faktörüne göre uygulanması önerilir.
-  Kontrendikedir.
-  Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

G. Erişkin Bağışıklamada Karşılaşılan Engeller:

İlaçların aksine aşının etkileri hem bireysel, hem de toplumsal düzeyde gerçekleşmektedir. Aşıyla önlenabilir her hastalık için ulaşılacak yüksek aşılama oranları, toplum düzeyinde bağışıklığın sağlanması ve sürdürülebilmesi açısından önem taşımaktadır (83). Bireylerin sağlıklı yaşlanma ile engellilikten uzak, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilir ileri yaşa ulaşabilmesi için aşılarından faydalanması önemlidir.

Ancak erişkin yaş grubunda bağışıklama oranları, çeşitli nedenlerle hedeflenenin altında seyretmektedir (84).

Erişkin bağışıklamanın istenen düzeyde olmamasına bireyin kendisinden, sağlık çalışanlarından, sosyal güvenlik sisteminden, kitle iletişim araçları ve politikalardan kaynaklanan pek çok neden katkıda bulunmaktadır. Erişkin bağışıklamanın istenen düzeyde olmamasına aşının kişilerin önceliği olmaması, bilgi yetersizliği, aşı kararsızlığı veya korkusu, maliyet, erişilebilirlik ve sistemsel engeller gibi birçok faktör katkıda bulunmaktadır. Erişkin dönemde bağışıklamanın hem hastalar hem de hekimler tarafından öncelikli görülmemesi, erişkin bağışıklamaya dair bilgilerin yetersizliği aşılama önündeki en büyük engellerdendir. Bağışıklamayla hastalıklardan korunmanın çocukluk dönemine ait bir kavram olduğu algısı oldukça yaygındır. Sağlık çalışanlarına erişkinlerin aşı olmama sebepleri sorulduğunda sağlıklı kişilerin aşıya ihtiyacı olmadığı inancının etkili olduğu görüşü belirtilmektedir. Hastalar ise genellikle bağışıklamanın faydalarının ve rapel dozlara neden ihtiyaç duyulduğunun farkında değildirler. Ayrıca aşı olmaya istekli kişiye riçin cepten harcamalar önemli bir engeldir. Kişilerin aşı kayıtlarının olmayışı veya eksik olması nedeniyle hastanın bağışıklama durumunun hastanın bilgisine dayanması hafıza faktörü de göz önüne alındığında bağışıklanmada birçok kaçırılmış fırsata veya fazladan aşılamaya neden olmaktadır (85).

Sağlık çalışanlarının erişkin bağışıklamada aşılardan endikasyon ve kontrendikasyon bilgilerine hakim olmayışı, konu hakkında yeterli eğitim almamış sağlık çalışanları, aşının uygulanmasında kaçırılmış fırsatlar, bağışıklama durum sorgulamasının az sayıda hastaya yapılması, hastalarla aşılardan yararları ve risklerini tartışmak için zaman ayrılması sağlık hizmeti sunumundaki başlıca engelleri oluşturmaktadır (85). Macaristan'da aşılardan yararlılığına ilişkin birinci basamak sağlık profesyonellerinin görüş ve davranışlarını inceleyen bir araştırmada, doktorların neredeyse üçte birinin ve hemşirelerin yarısının aşılardan yararlı ve değerli olduğuna ikna olmadığı bulunmuştur (86).

Koruyucu hekimliğin en etkili uygulamalarından birisi olan aşılardan güvenilir ürünler olmakla birlikte, toplumda bazı gruplar ve kişilerce güvenliği ve gerekliliği açısından her geçen gün daha fazla sorgulanmaktadır. Bunun sonucunda dünyada, “aşı karşıtlığı-aşı reddi” kavramları ortaya çıkmıştır (87). 2012 yılında aşılara kuşkuyla

yaklaşan kişilerin giderek artması nedeniyle DSÖ tarafından ‘Aşı Kararsızlığı Çalışma Grubu’ (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuştur. DSÖ aşı kararsızlığını bağışıklama hizmetlerinin varlığına rağmen bazı aşılarda uygulanmasını geciktirme veya bazı aşılarda hiç yaptırmama olarak tanımlarken tüm aşılarda uygulanmasına izin vermemek ise aşı reddi olarak tanımlanmıştır (88).

“Aşı karşıtlığı-aşı reddi” kavramı, etkisi daha zayıf olmak üzere, eskiden beri hep varolmuştur. Günümüzde aşı karşıtları fikirlerini, medya ve özellikle internet aracılığıyla sosyal medya üzerinden hızla yayma olanağı bulmaktadır (87). “Aşı karşıtlığı-aşı reddi” günümüzde aşılama programlarının başarısına karşı önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Çünkü bu kavramlar, aşılama oranlarının düşmesine ve aşıyla önlenabilir hastalıklara bağlı salgın riskinin artmasına yol açmaktadır (89).

“Aşı karşıtlığı-aşı reddi” karmaşık ve çok katmanlı, sosyal bir davranış olgusudur. Zamana, yaşanan ülke ve bölgeye, yaşanan döneme, yaşa, sosyoekonomik düzeye, öğrenim düzeyine veya farklı aşılara göre farklılıklar gösteren global bir sorundur. Bu olgu ile baş edebilmek için, öncelikle sorunun büyüklüğünü ve nedenlerini belirlemek gerekmektedir. DSÖ Bağışıklama Konusunda Stratejik Danışma Grubu’na göre aşı karşıtlığı-aşı reddinin nedenleri bağlamsal etkiler, bireysel etkiler ve grup etkileri, aşı/aşılamaya özel konular olarak 3 grupta incelenmektedir (83). (Tablo 9)

Tablo 9. DSÖ Bağışıklama Konusunda Stratejik Danışma Grubu'na göre Aşı Karşıtlığı-Aşı Reddinin Nedenleri

Bağlamsal Etkiler Tarihi, sosyokültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumsal/ekonomik veya siyasi faktörler	İletişim ve medya ortamı
	Toplumda etkili liderler, bağışıklama programına erişimi kontrol edenler, aşılama karşıtı veya yandaş lobiler
	Tarihi etkiler
	Din/kültür/cinsiyet/sosyoekonomik etkiler
	Siyaset/politikalar
	Coğrafi engeller
	İlaç endüstrisine dair algılar
Bireysel Etkiler ve Grup Etkileri Aşıya dair kişisel algıdan veya sosyal çevre/arkadaş çevresinin etkilerinden kaynaklanan etkiler	Aşılarmaya dair kişisel, ailevi ve/veya topluluksal deneyimler (ağrı dâhil)
	Sağlık ve korunmaya dair inançlar, tutumlar
	Bilgi/farkındalık
	Sağlık sistemine ve sunucularına olan güven ve kişisel deneyim
	Risk/yarar (algılanan, deneyimlenen)
	Sosyal norm olarak bağışıklamanın kabulü veya tersine olarak ihtiyaç Duymama /zararlı bulma
Aşı/Aşılarmaya Özel Konular Doğrudan aşıyla veya aşılarmayla ilişkili olanlar	Risk/Yarar (epidemiyojik ve bilimsel kanıt)
	Mevcut aşının yerine yeni bir aşının veya yeni bir aşı formülasyonunun veya aşıya dair yeni bir tavsiyenin sunulması
	Uygulama şekli
	Aşılama programının tasarımı/Sunulma şekli (örn. rutin program mı yoksa kitlesel bir kampanya mı?)
	Aşı ve/veya aşılama ekipmanının güvenilirliği ve/veya kaynağı
	Aşılama takvimi
	Maliyetler
	Aşıya dair tavsiyenin gücü ve/veya bilginin temeli ve/veya sağlık personelinin tutumu

Temelde “aşı karşıtlığı-aşı reddi” nedenleri çocukluk dönemi ve erişkinlik dönemi aşılarmalarında benzer olmasına rağmen, yaş grubu nedeniyle erişkin dönemindekilerde nedenler biraz daha farklılaşabilmektedir. Avrupa’da aşı reddi ve tereddüt nedenleri ve çözümlerine ilişkin olarak vurgu yapılan nedenler: yüksek bireysel risk algısı, aşı deneyimleri nedeniyle gözlenen komplikasyonlar, sağlık profesyonellerine güvensizlik ve psikolojik faktörlerdir (90). Özellikle Almanya ve İngiltere’de sosyoekonomik gelişim ve eğitim düzeyi aşı oranları, aşı reddi ve tereddüt

ile ilgili önemli faktörler olarak bulunmuştur. Aşılamayı reddedenlerin çoğunlukla yüksek gelir düzeyinde olduğu, eğitim düzeylerinin de ulusal ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur (91,92).

65 yaş üzerindeki siyahi Amerikalılarda pnömokok ve influenza aşlarına karşıtlığın iredelendiği nitel bir çalışmada; aşılanan katılımcıların çoğu aşıları önleyici bir tedbir olarak görürken, aşılanmamış grup aşıları sağlıkları ile ilgisiz olarak görmektedir. Ek olarak aşılanmamış gruptaki katılımcıların çoğu, aşıların hastalığa neden olduğuna inanmaktaydı (93).

İngiltere’de yapılan başka bir nitel araştırmada, erişkinlerin influenza aşısına karşıtlığı araştırılmıştır. Görüşme yapılan katılımcıların influenzadan korunma, bulaşma ve önleme konularında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmada influenza aşısı alımı ile ilgili karar vermelerini neyin etkilediğine dair kişisel kilit bilgilerden üç ana tema belirlenmiştir. Bunlar: modern tıbbı güven ya da güvensizlik, aşılamada önceki deneyim ve gripten algılanan risk. Aşı karşıtlığını önlemek için erişkinlerin kişisel değerlendirme, anlayış ve yaşam tecrübelerine önem vermek gerektiği, daha önce yaşanan olumsuz sağlık hizmeti tecrübelerinin karşıtlığa neden olduğu bulunmuştur (94).

V. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınlarına yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma araştırma yöntemi ile yapılmıştır.

B. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 10 Aralık 2019 ile 17 Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye, Geriatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Genel Pediatri Polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye, Geriatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Genel Pediatri Polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınları oluşturmaktadır.

1. Araştırmanın Niceliksel Bileşeni için Örneklem Seçimi

OpenEpi programı kullanılarak evren büyüklüğünün bilinmediği ve literatürde erişkin bağışıklama oranları aşının türüne göre farklılık gösterdiğinden dolayı prevalans %50 kabul edilerek tip 1 hata 0.05 alındığında minimal örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Kayıplar da göz önüne alındığında 400 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak 2020 n-COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışma erken sonlandırılmış ve toplam 327 kişiye ulaşılmıştır. Hedeflenen örneklem %81,8'i ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Seçilen beş polikliniğine 01 Ağustos 2019 ile 31 Ekim 2019 tarihleri arasındaki üç aylık dönemde başvuran hasta sayıları Geriatri Polikliniğinde 2.334, Kadın Hastalıkları ve Doğum Genel Polikliniğinde 5.029, Genel Dahiliye Polikliniğinde 13.092, Genel Pediatri Polikliniğinde 6.712, Genel Cerrahi Genel Polikliniğinde 7.491 kişidir.

Beş polikliniğe başvuran hasta sayıları üzerinden bir ağırlıklandırmaya gidilerek her poliklinikten çalışmaya dahil edilmesi gereken katılımcı sayısı belirlenmiştir. Araştırmaya Geriatri Polikliniğinden 27, Kadın Hastalıkları ve Doğum Genel Polikliniğinde 58, Genel Dahiliye Polikliniğinde 151, Genel Pediatri Polikliniğinde 77,

Genel Cerrahi Polikliniğinden 87 kişi dahil edilmesi planlanmıştır; fakat çalışmanın erken sonlandırılması nedeniyle en son veri toplanması planlanan Genel Pediatri Polikliniğinden 4 katılımcıya ulaşılmıştır.

2. Araştırmanın Niteliksel Bileşeni için Örneklem Seçimi

Görüşülecek kişilerin seçilmesinde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma için kişiler maksimum çeşitlilik örnekleme ile seçilmiştir. Bu örneklemede seçim; bağışıklanma durumu (gönüllü/zorunlu/yok), kişilerin kronik hastalık varlığı (hastalık var/yok), eğitim durumu (ortaokul ve altı/lise ve üstü) cinsiyet durumu kriterleri ile belirlenmiştir. Zorunlu aşılama seyahat, askerlik esnasında ve yaralanma sonrasında bağışıklama olarak tanımlanmıştır. Toplam 18 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. 2020 n-COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışma erken sonlandırılmış ve toplam 12 kişiye ulaşılmıştır.

D. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü onam formunu imzalayanlar
- 18 yaş üzeri kişiler
- Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde polikliniklere başvuran hasta yakınları

E. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı reddedenler
- İletişim engeli olanlar
- Kognitif fonksiyon bozukluğu tanısı(alzheimer, demans) olan kişiler

F. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

1. Niceliksel Bileşenin Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Veriler anabilim dalında görevli olunmayan çalışma günlerinde belirlenen polikliniklere başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü kişilerle yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak elde edilmiştir. Hasta yakını numaratördeki her 5. hastanın yakını çalışmaya dahil edilecek şekilde seçilmiştir. Örneğin numaratördeki birinci, altıncı, onbirinci hasta yakınları çalışmaya dahil edilmiştir.

Anketin her bir bireye uygulanma süresi, pilot çalışma ile 15-20 dakika olarak hesaplanmıştır. Anket bitiminde araştırmaya katılan kişilere erişkin aşılama hakkında ayrıntılı bilgilendirmeler yapılmıştır.

Görüşmede kullanılan 26 soruluk anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara kullanımları, bulaşıcı hastalıklar açısından daha riskli olan 6 yaş altı veya 65 yaş ve üstü kişilerle aynı evde yaşayıp yaşamadıkları, sahip oldukları kronik hastalıklar, kullandıkları ilaçlar, genel aşı bilgileri, 18 yaşından sonra aşı olup olmadıkları, oldularsa hangi aşığı, neden ve nerede oldukları, aşı olmadıysa nedenleri, aşıların koruyuculuğu ve yan etkileri hakkındaki düşünceleri şeklinde sorular sorulmuştur (bkz. Ek-1).

2. Niteliksel Bileşenin Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Niceliksel veri toplanması sırasında katılımcılardan kabul edenlerle anketi takiben aynı gün içerisinde görüşme gerçekleştirilmiş, eğer uygun değilse daha sonra derinlemesine görüşme yapabilmek amacıyla telefon numaraları istenmiştir. Görüşmeler, yarı yapılandırılmış olup, katılımcılarla birlikte belirlenen zamanlarda, 20-30 dk süren yüz yüze ve izin verildiğinde ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme formu, literatür taranarak hazırlanan sorulardan oluşmaktadır (bkz. Ek-2).

G. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri erişkin dönemde bağışıklanma, erişkin bağışıklamaya dair tutum ve bilgi durumudur.

Araştırmada bireylerin erişkin dönemde bağışıklanma bilgi, tutum ve davranışlarını etkilediği düşünülen bağımsız değişkenler: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma, gelir ve sosyal güvence durumu, evde 6 yaş altı ve/veya 65 yaş üstü kişilerle yaşama durumu, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumu, sigara kullanma durumu, genel sağlık algısı durumu, katılımcının ailesindeki kişilerin bağışıklanma durumu, aşılar hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgi alma durumu, aşıların koruyuculuklarına dair algı durumudur.

Katılımcıların çalışma durumu ankette çalışıyor/çalışmıyor/emekli olarak belirtilmiş olup, veri analizinde emekliler hem sürekli gelirlerinin olması hem de çalışma hayatı sırasında mesleki riskler nedeniyle aşı yaptırmış olabileceği için çalışan grubuna dahil edilmiştir.

Katılımcıların gelir durumu çok iyi/ iyi/ orta/ kötü/ çok kötü şeklinde seçeneleştirilmiş olup, analiz esnasında gelir durumunu çok iyi ve iyi olarak tanımlayanlar “iyi”, orta, kötü ve çok kötü olarak tanımlayanlar ise “kötü” gelire sahip olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılardan genel sağlık durumunu mükemmel, çok iyi ve iyi olarak tanımlayanlar analiz esnasında “iyi”, orta ve kötü tanımlayanların ise “kötü” sağlık algısına sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Katılımcıların aşı yaptırdığı yer sorgusunda aile sağlığı merkezi, eczane, toplum sağlığı merkezinde aşı yaptıranlar birinci basamak sağlık kurumu, devlet hastaneleri, üniversite ve eğitim araştırma hastanesi ise kamu hastanesi şeklinde gruplandırılmıştır.

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların aşının erişilebilirliğini 5 üzerinden puanlanması istenmiş (5: çok kolay, 1: çok zor), analiz esnasında 4 ve 5 puan verenlerin aşıya erişimi “kolay”, 1, 2 ve 3 puan verenlerin ise “zor” olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılardan aşıların hastalıklardan korunmada yararını 5 üzerinden puanlanması istenmiş (5: çok yararlı, 1: yararı yok), analiz esnasında 4 ve 5 puan verenler “koruyucu”; 1, 2 ve 3 puan verenler “koruyucu değil” olarak değerlendirilmiştir.

H. Verilerin Analizi:

1. Nicel Veri Analizi

Tanımlayıcı istatistikler ve sürekli veriler ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum- maksimum değerleri ile; sayımla belirlenen veriler ise yüzde oranlar ile birlikte sunulmuştur.

Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında kategorik veriler için Ki-kare, Fisher’s Exact, Likelihood testleri kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırmasında istatistiksel anlamlılık saptandığında, anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

İstatistiksel olarak anlamlılık için %95 güven aralığında 0,05’in altında bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler için İstanbul Üniversitesi tarafından lisanslı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) programı, 21.0 sürümü kullanılmıştır.

2. Nitel Veri Analizi:

Araştırmamızda katılımcılara ait ses kayıtları yazıya döküldükten sonra, kodlar belirlenip tematik içerik analizi yapılmıştır. Temalar ile ilgili alıntılar ifadenin sıklığına ve çarpıcı olup olmadığına göre yapılmıştır.

Nitel veri analizinde Google Döküman ve Microsoft Office Word programları kullanılmıştır.

İ. Araştırma Etiği ve İzinleri

Araştırmanın etik kurul izni 08 Aralık 2019 tarih ve 1287 sayı ile İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (bkz. Ek-3).

Etik kurul izninin alınmasını takiben İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'ne başvurulmuş 09 Aralık 2019 tarih 253608 sayı ile araştırma izni alınmıştır (bkz. Ek- 4).

VI. BULGULAR

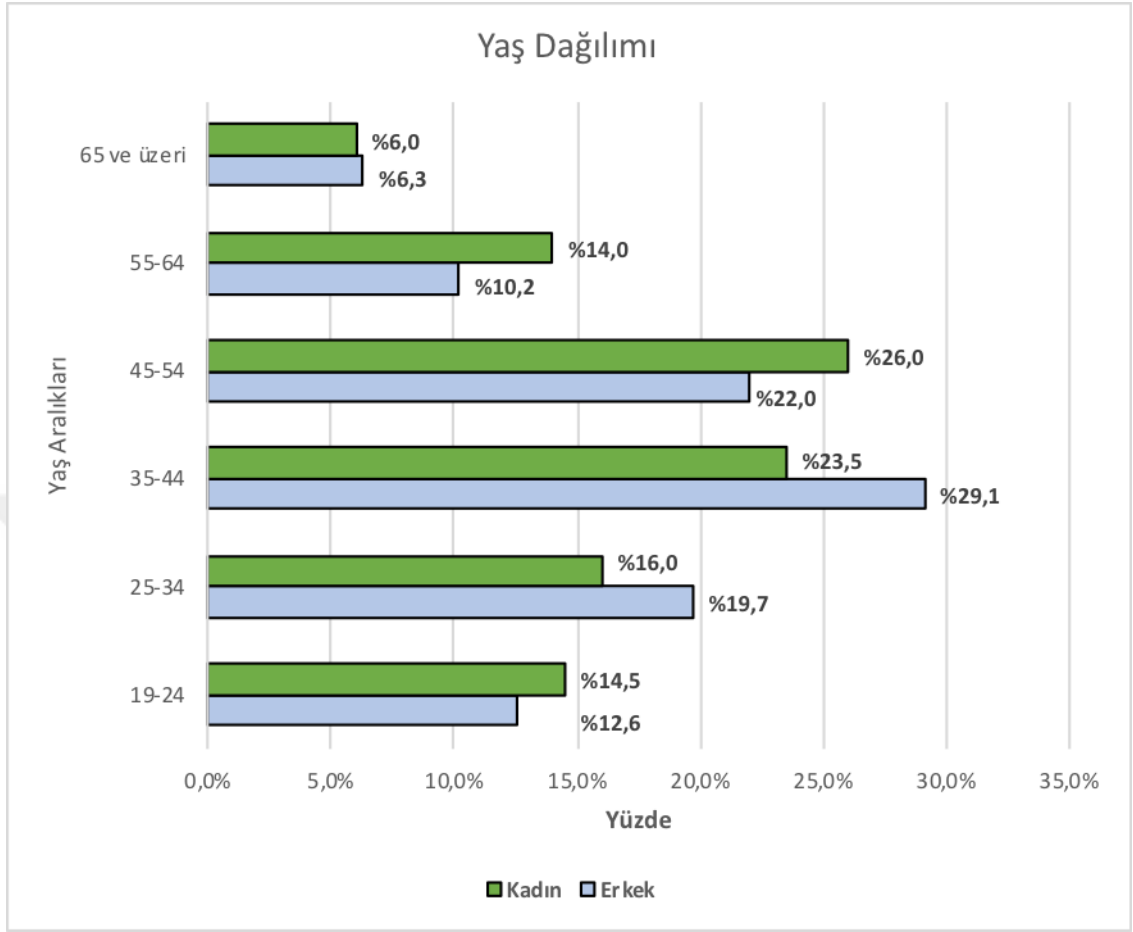
A. NİCEL BULGULAR

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma süresi boyunca 327 kişiden veri toplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin %61,2'si (n=200) kadın, %38,8'i (n=127) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $42,1 \pm 14,0$ yıl olup, ortanca yaş 42,0 yıl (en küçük yaş 19,0, en büyük yaş 83,0) olarak hesaplanmıştır (Tablo 10 , Şekil 1). Kadınların ve erkeklerin yaş ortalaması sırasıyla $42,4 \pm 14,2$ yıl ve $41,6 \pm 13,7$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %70,0'i (n=229) evli olup, %28,1'i (n=95) lise ve %23,5'i (n=77) lisans ve lisans üstü eğitim almıştır. Araştırma grubunun %40,7'si (n=133) evde 6 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük bir aile üyesiyle yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni ve Eğitim Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=327)	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	200	61,2
Erkek	127	38,8
Yaş Grupları		
19-24	45	13,8
25-34	57	17,4
35-44	84	25,7
45-54	80	24,5
55-64	41	12,5
65 ve üzeri	20	6,1
Medeni Durum		
Evli	229	70,0
Bekar	98	30,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	9	2,8
Sadece Okuryazar	8	2,4
İlkokul mezunu	77	23,5
Ortaokul mezunu	61	18,7
Lise mezunu	95	29,1
Lisans ve Üstü mezun	77	23,5



Şekil 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Katılımcıların %46,5'i (n=152) çalışmadığını ifade ederken, %10,4'ü (n=34) emeklidir. Araştırmaya katılan kişilerin %6,7'sinin (n=22) sosyal güvencesi yokken, %8,5'i (n=28) gelir durumunu kötü ve çok kötü olarak nitelendirmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Çalışma, Sosyal Güvence ve Gelir Durumu Algılarının Dağılımı

	Sayı (n=327)	Yüzde
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	141	43,1
Çalışmıyor	152	46,5
Emekli	34	10,4
Sosyal Güvence		
SGK	264	80,7
Yeşil Kart	39	11,9
Özel Sigorta	2	0,6
Sosyal Güvencesi Yok	22	6,7
Gelir Durumu Algısı		
Çok İyi	6	1,8
İyi	87	26,6
Orta	206	63,0
Kötü	24	7,3
Çok Kötü	4	1,2

Araştırmaya katılanların %26,9'u (n=88) sigara kullanmakta ve %35,8'i (n=117) en az bir kronik hastalığa sahiptir. En sık %15,0 (n=49) ile kronik kardiyovasküler hastalıklar görülürken, bunu %8,9 (n=29) ile diyabetes mellitus ve %7,6 (n=25) ile kronik akciğer hastalıkları takip etmektedir. Katılımcıların %30,3'ü (n= 99) kronik hastalıkları nedeni ile devamlı ilaç kullanmakta olup, %37,1'i (n=121) sağlık durumunu orta ve kötü olarak değerlendirmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Sigara Kullanımı, Kronik Hastalık, Devamlı İlaç Kullanımlarının Dağılımı ve Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

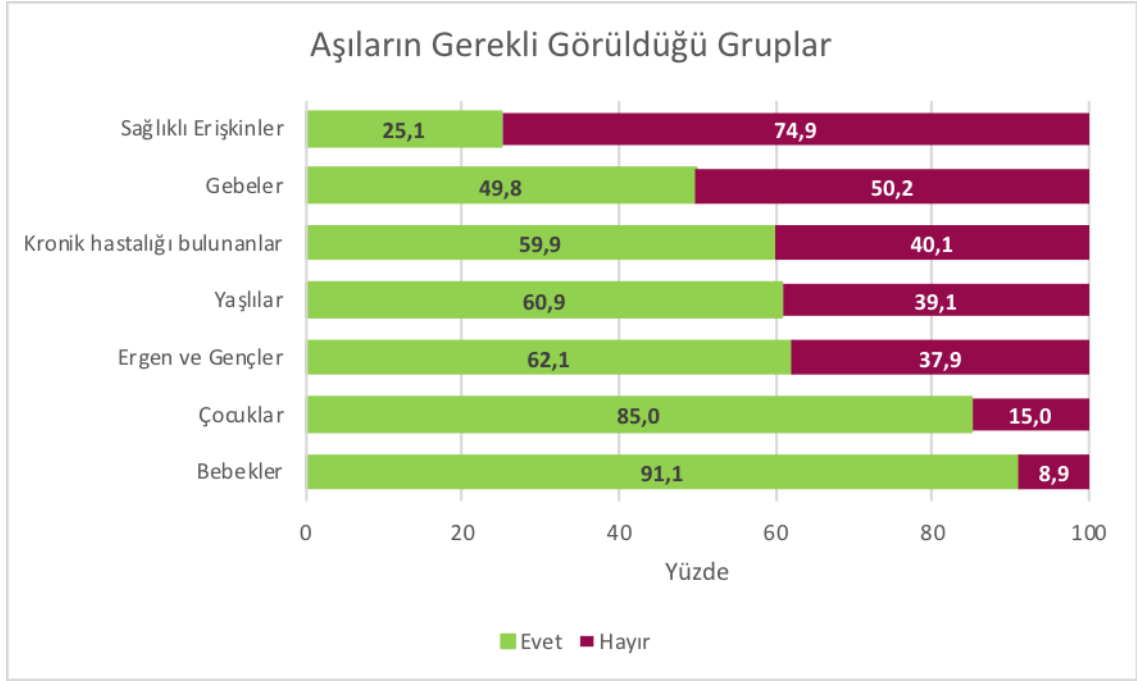
	Sayı (n=327)	Yüzde
Sigara Kullanımı		
Kullanıyorum	88	26,9
Kullanmıyorum	191	58,4
Bıraktım	48	14,7
Kronik Hastalık *		
Yok	210	64,2
Kronik Kardiyovasküler Hastalıklar	49	15,0
Diyabetes Mellitus	29	8,9
Kronik Akciğer Hastalıkları	25	7,6
Tiroid Bezi Bozuklukları	20	6,1
Kanser	8	2,4
Nöropsikiyatrik Hastalıklar	8	2,4
Kronik Böbrek Hastalığı	5	1,5
Kronik Karaciğer Hastalıkları	5	1,5
Kronik Kan Hastalıkları	1	0,3
Diğer	9	2,8
Devamlı İlaç Kullanımı		
Var	99	30,3
Yok	228	69,7
Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi		
Mükemmel	9	2,8
Çok İyi	38	11,6
İyi	159	48,6
Orta	112	34,3
Kötü	9	2,8

* Kronik hastalığı olanlara göre sayı ve yüzde alınmıştır.

2. Katılımcıların Bağışıklanmayla İlgili Bilgi ve Tutumları

2.1. Katılımcıların Aşıların Gerekli Olduğunu Düşündüğü Gruplar

Katılımcılara toplumda aşıların kimlere gerekli olduğu sorulduğunda; % 91,1'i (n=298) bebeklere, %60,9'u (n=199) yaşlılara, %25,1'i (n=82) ise sağlıklı erişkinlere gerekli olduğunu belirtmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Aşıların Gerekli Görüldüğü Gruplar

Araştırmaya katılanların aşıların gerekli olduğu gruplar sorulduğunda, verdikleri yanıtların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı irdelenmiştir. Katılımcıların %91,1'i (n=298) aşıların bebekler için gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Aşı gerekliliği ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin, bebeklere aşının gerekli olduğunu belirtme oranının istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu bulunmuştur (χ^2 :10,225, p:0,001). (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Özellikleri ile Bebeklere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Bebeklere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
Sosyodemografik Özellikler	Gerekli (n=298)		Gerekli Değil (n=29)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	180	90,0	20	10,0	0,816	1	0,366
Erkek (n=127)	118	92,9	9	7,1			

Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	93	91,2	9	8,8	3,990	3	0,263*
35-49 (n=129)	117	90,7	12	9,3			
50-64 (n=76)	68	89,5	8	10,5			
65 ve üstü (n=20)	20	100,0	0	0,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	17	92,6	212	7,4	1,974	1	0,160
Bekar (n=98)	86	87,8	12	12,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	142	91,6	13	8,4	0,847	1	0,771
Lise ve Üstü (n=172)	156	90,7	16	9,3			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	157	89,7	18	10,3	0,936	1	0,333
Çalışmıyor (n=152)	141	92,8	11	7,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	87	93,5	6	6,5	0,939	1	0,332
Kötü (n=234)	211	90,2	23	9,8			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	110	94,0	7	6,0	1,877	1	0,171
Yok (n=210)	188	89,5	22	10,5			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	82	93,2	6	6,8	0,777	2	0,678*
Hayır (n=191)	172	90,1	19	9,9			
Bıraktım (n=48)	44	91,7	4	8,3			
Genel Sağlık Durumu							
Mükemmel/çok iyi/iyi (n=206)	187	90,8	19	9,2	0,087	1	0,768
Orta/ kötü (n=121)	111	91,7	10	8,3			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	218	94,4	13	5,6	10,225	1	0,001

Koruyucu Değil (n=96)	80	83,3	16	16,7
-----------------------	----	------	----	------

*Likelihood Ratio

Çocuklara aşının gerekli olup olmadığına ilişkin katılımcıların verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 14'te değerlendirilmiştir. Aşı gerekliliği ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; aşının koruyucu olduğunu düşünenlerin, çocuklara aşının gerekli olduğunu belirtme oranının istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu bulunmuştur (χ^2 :13,042, p:0,001). (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Özellikleri ile Çocuklara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Çocuklara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=278)		Gerekli değil (n=49)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	169	84,5	31	15,5	0,107	1	0,743
Erkek (n=127)	109	85,8	18	14,2			
Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	88	86,3	14	13,7	0,537	3	0,918*
35-49 (n=129)	109	84,5	20	15,5			
50-64 (n=76)	65	85,5	11	14,5			
65 ve üstü (n=20)	16	80,0	4	20,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	194	84,7	35	15,3	0,054	1	0,817
Bekar (n=98)	84	85,7	14	14,3			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	131	84,5	24	15,5	0,058	1	0,810
Lise ve Üstü (n=172)	147	85,5	25	14,5			

Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	146	83,4	29	16,6	0,744	1	0,388
Çalışmıyor (n=152)	132	86,8	20	13,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	84	90,3	9	9,7	2,874	1	0,090
Kötü (n=234)	194	82,9	40	17,1			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	100	85,5	17	14,5	0,030	1	0,863
Yok (n=210)	178	84,8	32	15,2			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	76	86,4	12	13,6	0,210	2	0,900
Hayır (n=191)	161	84,3	30	15,7			
Bıraktım (n=48)	41	85,4	7	14,6			
Genel Sağlık Durumu							
İyi (n=206)	171	83,0	35	17,0	1,758	1	0,185
Kötü (n=121)	107	88,4	14	11,6			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	207	89,6	24	10,4	13,042	1	<0,001
Koruyucu değil (n=96)	71	74,0	25	26,0			

*Likelihood Ratio

Ergen ve genç erişkinlerde aşı gerekliliğine ilişkin katılımcıların verdikleri cevaplar, sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde, %37,9'u (n=124) aşının gerekli olduğunu ifade etmiştir. Erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre daha fazla oranda, ergen ve genç erişkinlere aşının gerekli olduğunu belirtmiştir (χ^2 :4,275, p:0,039). Yaş grupları açısından ergen ve genç erişkinlere aşı gerekliliği değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (χ^2 :9,160, p:0,027). Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, 19-34 yaş grubunda 35-49 yaş grubuna göre ergen ve genç erişkinlerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bekarlarda evlilere göre, ergen ve genç erişkinlerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek

bulunmuştur (χ^2 :5,991, p:0,014). Diğer sosyodemografik parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur(Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Özellikleri ile Ergen ve Genç Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Ergen ve Genç Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=124)		Gerekli değil (n=203)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	67	33,5	133	66,5	4,275	1	0,039
Erkek (n=127)	57	44,9	70	55,1			
Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	49	48,0	53	52,0	9,160	3	0,027
35-49 (n=129)	38	29,5	91	70,5			
50-64 (n=76)	31	40,8	45	59,2			
65 ve üstü (n=20)	6	30,0	14	70,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	77	33,6	152	66,4	5,991	1	0,014
Bekar (n=98)	47	48,0	51	52,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	58	37,4	97	62,6	0,031	1	0,859
Lise ve Üstü (n=172)	66	38,4	106	61,6			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	65	37,1	110	62,9	0,97	1	0,756
Çalışmıyor (n=152)	59	38,8	93	61,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	40	43,0	53	57,0	1,430	1	0,232
Kötü (n=234)	84	35,9	150	64,1			

Kronik Hastalık							
Var (n=117)	78	37,1	132	62,9	0,151	1	0,698
Yok (n=210)	46	39,3	71	60,7			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	34	38,6	54	61,4	1,732	2	0,421
Hayır (n=191)	68	35,6	123	64,4			
Bıraktım (n=48)	22	45,8	26	54,2			
Genel Sağlık Durumu							
İyi (n=206)	78	37,9	128	62,1	0,001	1	0,978
Kötü (n=121)	46	38,0	75	62,0			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	94	40,7	137	59,3	2,569	1	0,109
Koruyucu Değil (n=96)	30	31,3	66	68,8			

Yaşlılara aşının gerekli olup olmadığına ilişkin katılımcıların verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 16'da sunulmuştur. Yaşlılara aşı gerekliliği ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayan katılımcıların olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla sayıda, yaşlıların aşılmasının gerekli olduğunu düşünmektedir (χ^2 :6,514, p:0,011). Diğer sosyodemografik özelliklerde istatistiksel fark bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Özellikleri ile Yaşlılara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Yaşlılara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=199)		Gerekli değil (n=128)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	128	64,0	72	36,0	2,136	1	0,144
Erkek (n=127)	71	55,9	56	44,1			

Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	56	54,9	46	45,1	2,282	3	0,516
35-49 (n=129)	81	62,8	48	37,2			
50-64 (n=76)	49	64,5	27	35,5			
65 ve üstü (n=20)	13	65,0	7	35,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	140	61,1	89	38,9	0,025	1	0,874
Bekar (n=98)	59	60,2	39	39,8			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	94	60,6	61	39,4	0,006	1	0,941
Lise ve Üstü (n=172)	105	61,0	67	39,0			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	103	58,9	72	41,1	0,632	1	0,427
Çalışmıyor (n=152)	96	63,2	56	36,8			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	59	63,4	34	36,6	0,364	1	0,546
Kötü (n=234)	140	59,8	94	40,2			
Kronik Hastalık							
Var (n=210)	117	55,7	93	44,3	6,514	1	0,011
Yok (n=117)	82	70,1	35	29,9			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	47	53,4	41	46,6	2,828	2	0,243
Hayır (n=191)	121	63,4	70	36,6			
Bıraktım (n=48)	31	64,6	17	35,4			
Genel Sağlık Durumu							
İyi (n=206)	128	62,1	78	37,9	0,383	1	0,536
Kötü (n=121)	71	58,7	50	41,3			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	138	59,7	93	40,3	0,411	1	0,521

Koyucu Değil (n=96)	61	63,5	35	36,5
---------------------	----	------	----	------

Kronik hastalığı olanlara aşı gerekliliğine ilişkin katılımcıların verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 17’de sunulmuştur. Lise ve üzeri eğitim alanlar, ortaokul ve altı eğitim alanlara göre, istatistiksel olarak anlamlı daha fazla oranda kronik hastalığı olanların aşıya gereksinimi olduğunu bildirmiştir (χ^2 :5,012, p:0,025) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Özellikleri ile Kronik Hastalığı Olanlara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Kronik Hastalığı Olanlara Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=196)		Gerekli değil (n=131)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	124	62,0	76	38,0	0,911	1	0,340
Erkek (n=127)	72	56,7	55	43,3			
Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	66	64,7	36	35,3	3,015	3	0,389
35-49 (n=129)	79	61,2	50	38,8			
50-64 (n=76)	41	53,9	35	46,1			
65 ve üstü (n=20)	10	50,0	10	50,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	136	59,4	93	40,6	0,096	1	0,756
Bekar (n=98)	60	61,9	38	38,8			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	83	53,5	72	46,5	5,012	1	0,025
Lise ve Üstü (n=172)	113	65,7	59	34,3			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	103	58,9	72	41,1	0,183	1	0,668
Çalışmıyor (n=152)	93	61,2	59	38,8			

Gelir Algısı							
İyi (n=93)	58	62,4	35	37,6	0,319	1	0,572
Kötü (n=234)	138	59,0	96	41,0			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	125	59,5	85	40,5	0,042	1	0,837
Yok (n=210)	71	60,7	46	39,3			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	49	55,7	39	44,3	1,161	2	0,560
Hayır (n=191)	119	62,3	72	37,7			
Bıraktım (n=48)	28	58,3	20	41,7			
Genel Sağlık Durumu							
İyi (n=206)	129	62,6	77	37,4	1,668	1	0,196
Kötü (n=121)	67	55,4	54	44,6			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	141	61,0	90	39,0	0,397	1	0,529
Koruyucu Değil (n=96)	55	57,3	41	42,7			

Gebelik döneminde Sağlık Bakanlığı Maternal Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı dahilinde Td aşısı önermektedir. Gebeler döneminde aşı gerekliliğine ilişkin katılımcıların verdiği yanıtların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı irdelendiğinde; cinsiyetler, yaş grupları, çalışma durumu ve aşının koruyuculuğu algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkekler (χ^2 :27,971, p:<0,001), çalışmayanlar (χ^2 :4,191p:<0,041) ve aşının koruyucu olduğu algısı taşıyanlar (χ^2 :13,013, p:<0,001), diğer gruplara göre daha fazla oranda gebelik döneminde aşıların gerekli olduğunu ifade etmiştir. Gebelere aşı gerekliliği açısından yaş grupları arasında ilk aşamada istatistiksel olarak önemli fark bulunmasına karşın (χ^2 :8,920, p:0,030), hangi yaş grubunun fark yarattığını bulmaya yönelik yapılan Bonferonni'de fark bulunamamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Özellikleri ile Gebelere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Gebelere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=163)		Gerekli değil (n=164)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	40	31,5	87	68,5	27,971	1	<0,001
Erkek (n=127)	123	61,5	77	38,5			
Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	45	44,1	57	55,9	8,920	3	0,030
35-49 (n=129)	76	58,9	53	41,1			
50-64 (n=76)	36	47,4	40	52,6			
65 ve üzeri (n=20)	6	30,0	14	70,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	122	53,3	107	46,7	3,592	1	0,058
Bekar (n=98)	41	41,8	57	58,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	81	52,3	74	47,7	0,685	1	0,408
Lise ve Üzeri (n=172)	82	47,7	90	52,3			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	78	44,6	97	55,4	4,191	1	0,041
Çalışmıyor (n=152)	85	55,9	67	44,1			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	45	48,4	48	51,6	0,111	1	0,739
Kötü (n=234)	118	50,4	116	49,6			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	108	51,4	102	48,6	0,587	1	0,444
Yok (n=210)	55	47,0	62	53,0			

Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	37	42,0	51	58,0	4,071	2	0,131
Hayır (n=191)	104	54,5	87	45,5			
Bıraktım (n=48)	22	45,8	26	54,2			
Genel Sağlık Durumu							
İyi (n=206)	101	49,0	105	51,0	0,149	1	0,699
Kötü (n=121)	62	51,2	59	48,8			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	130	56,3	101	43,7	13,013	1	<0,001
Koruyucu Değil (n=96)	33	34,4	63	65,6			

Bazı durumlarda sağlıklı kişilere de aşı yapmak gerekmektedir. Bu konuda katılımcıların yaklaşımını değerlendirildiğinde; yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, genel sağlık algısı ve aşı koruyuculuk algısı alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 18). Yaş grupları açısından yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda, 50-65 yaş grubunda 19-34 yaş grubuna göre sağlıklı erişkinlerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bekarlarda evlilere göre sağlıklı erişkinlerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranı yüksektir ($\chi^2:13,978$, $p<0,001$). Lise ve üzeri eğitim alanlarda ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre sağlıklı kişilerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranı daha yüksektir ($\chi^2:12,556$, $p<0,001$). Genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlarda, kötü olarak tanımlayanlara göre sağlıklı kişilerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranı daha yüksektir ($\chi^2:4,860$, $p<0,027$) (Tablo 19).

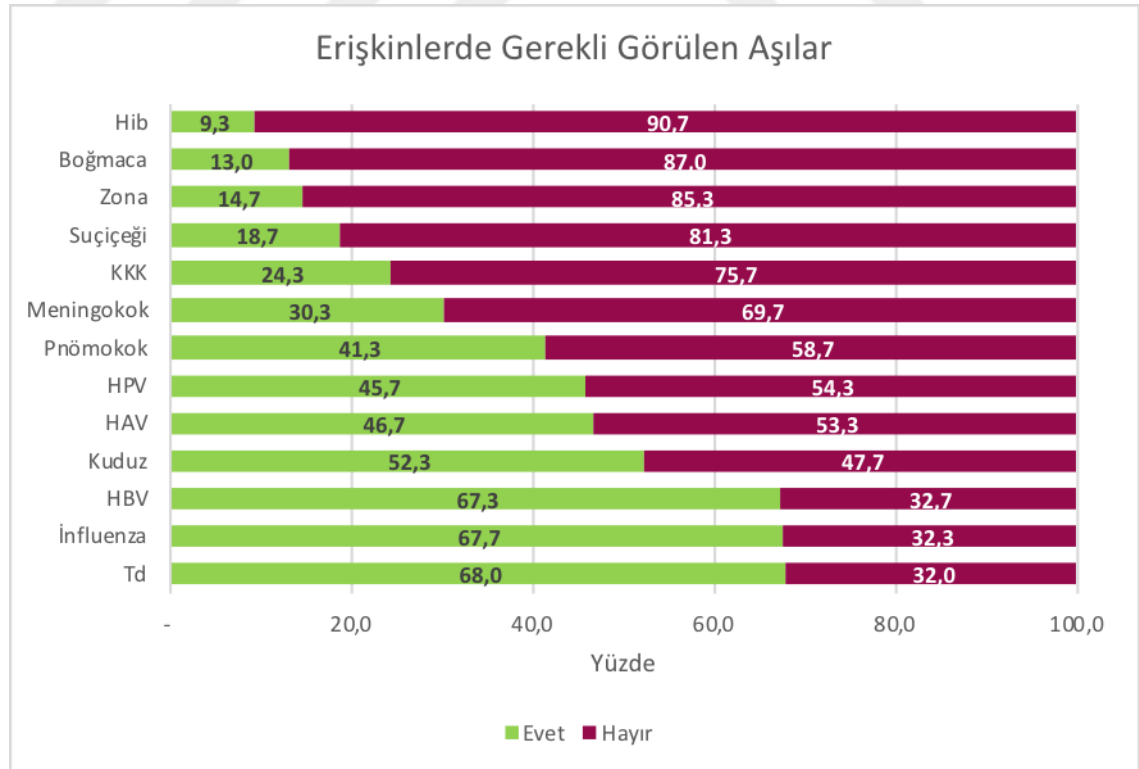
Tablo 19. Katılımcıların Özellikleri ile Sağlıklı Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Sağlıklı Erişkinlere Aşı Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=82)		Gerekli değil (n=245)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	32	25,2	95	74,8	0,002	1	0,968
Erkek (n=127)	50	25,0	150	75,0			
Yaş Grupları							
19-34 (n=102)	36	35,3	66	64,7	9,018	3	0,029
35-49 (n=129)	28	21,7	101	78,3			
50-64 (n=76)	13	17,1	63	82,9			
65 ve üstü (n=20)	5	25,0	15	75,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	44	19,2	185	80,8	13,978	1	<0,001
Bekar (n=98)	38	38,8	60	61,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	25	16,1	130	83,9	12,556	1	<0,001
Lise ve Üstü (n=172)	57	33,1	115	66,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	40	22,9	135	77,1	0,987	1	0,320
Çalışmıyor (n=152)	42	27,6	110	72,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	26	28,0	67	72,0	0,574	1	0,449
Kötü (n=234)	56	23,9	178	76,1			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	58	27,6	152	72,4	2,020	1	0,155
Yok (n=210)	24	20,5	93	79,5			

Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	18	20,5	70	79,5			
Hayır (n=191)	51	26,7	140	73,3	1,372	2	0,504
Bıraktım (n=48)	13	27,1	35	72,9			
Genel Sağlık Algısı							
İyi (n=206)	60	29,1	146	70,9			
Kötü (n=121)	22	18,2	99	81,8	4,860	1	0,027
Aşı							
Koruyucu (n=231)	67	29,0	164	71,0			
Koruyucu Değil (n=96)	15	15,6	81	84,4	6,461	1	0,011

2.2. Katılımcıların Erişkinlerde Gerekli Olduğunu Düşündüğü Aşılar

Katılımcılara 18 yaş üzerindeki kişilere gerekli aşılar sorulduğunda %8,3'ü (n=27) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 18 yaş üstü kişilere gerekli gördüğü aşılarla ilgili bilgi durumları grafikte gösterilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların Erişkinlere Yapılmasını Gerekli Gördüğü Aşıların Dağılımı

Katılımcıların “18 yaş üstü kişilere influenza aşısının gerekliliğiyle” ilgili verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı yapıldığında, hiçbir alt başlıkta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=203)		Gerekli Değil (n=97)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	123	65,8	64	34,2	0,812	1	0,368
Erkek (n=113)	80	70,8	33	29,2			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	64	67,4	31	32,6	5,530	3	0,137*
35-49 (n=121)	79	65,3	42	34,7			
50-64 (n=70)	47	67,1	23	32,9			
65 ve üstü (n=14)	13	92,9	1	7,1			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	143	68,4	66	31,6	0,179	1	0,672
Bekar (n= 91)	60	65,9	31	34,1			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	102	72,9	38	27,1	3,232	1	0,072
Lise ve Üstü (n=160)	101	63,1	59	36,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	105	67,3	51	32,7	0,019	1	0,890
Çalışmıyor (n=144)	98	68,1	46	31,9			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	60	70,6	25	29,4	0,463	1	0,496
Kötü (n=215)	143	66,5	72	33,5			

Riskli yakın							
Evet (n=122)	82	67,2	40	32,8	0,019	1	0,889
Hayır (n=178)	121	68,0	57	32,0			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	73	67,7	35	32,4	0,001	1	0,984
Yok (n=192)	130	67,6	62	32,3			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	59	71,1	24	28,9	1,635	2	0,441
Hayır (n=173)	112	64,7	61	35,3			
Bıraktım (n=44)	32	72,7	12	27,3			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	127	66,5	64	33,5	0,331	1	0,565
Kötü (n=109)	76	69,7	33	30,3			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	149	70,3	63	29,7	2,261	1	0,133
Koruyucu Değil (n=88)	54	61,4	34	38,6			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=140)	98	70,0	42	30,0	2,613	2	0,271
Hayır (n=137)	87	63,5	50	36,5			
Bilmiyor (n=23)	18	78,3	5	21,7			

*Likelihood Ratio

Katılımcıların “18 yaş üstü kişilere Td aşısının gerekliliğiyle” ilgili verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri incelendi. Sadece aşıların koruyucu olduğuna dair algısı olanların, olmayanlara göre daha fazla oranda Td aşısı gereklidir yanıtı verdiği bulunmuştur (χ^2 :4,542, p:0,033) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Td Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Td Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=204)		Gerekli Değil (n=96)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	128	67,3	59	31,6	0,046	1	0,830
Erkek (n=113)	76	68,4	37	32,7			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	68	71,6	27	28,4	1,067	3	0,785
35-49 (n=121)	79	65,3	42	34,7			
50-64 (n=70)	48	68,6	22	31,4			
65 ve üzeri (n=14)	9	64,3	5	35,7			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	142	67,9	67	32,1	0,001	1	0,974
Bekar (n=91)	62	68,1	29	31,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	98	70,0	42	30,0	0,483	1	0,487
Lise ve Üstü (n=160)	106	66,3	54	33,8			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	104	66,7	52	33,3	0,266	1	0,606
Çalışmıyor (n=144)	100	69,4	44	30,6			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	62	72,9	23	27,1	1,331	1	0,249
Kötü (n=215)	142	66,0	73	34,0			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	77	71,3	31	28,7	0,843	1	0,359
Yok (n=192)	127	66,1	65	33,9			

Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	126	66,0	65	34,0	0,997	1	0,318
Kötü (n=109)	78	71,6	31	28,4			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	152	71,7	60	28,3	4,542	1	0,033
Koruyucu Değil (n=88)	52	59,1	36	40,9			

“18 yaş üstü kişilere boğmaca aşısının gerekliliğiyle” ilgili katılımcıların verdikleri cevapların, sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 22’de sunulmuştur. Yapılan analizlerin sonucuna göre bekarlar arasında, evlilere göre 18 yaş üstünde boğmaca aşısı gereklidir diyenler daha fazla sayıdadır (χ^2 :5,309, p:0,021).

Tablo 22. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Boğmaca Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Boğmaca Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=39)		Gerekli değil (n=261)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	22	11,8	165	88,2	0,670	1	0,413
Erkek (n=113)	17	15,0	96	85,0			
Yaş grupları							
19-34 (n=95)	17	17,9	78	82,1	3,105	3	0,376*
35-49 (n=121)	12	9,9	109	90,1			
50-64 (n=70)	8	11,4	62	88,6			
65 ve üzeri (n=14)	2	14,3	12	85,7			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	21	10,0	188	90,0	5,309	1	0,021
Bekar (n=91)	18	19,8	73	80,2			

Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	17	12,1	123	87,9	0,171	1	0,680
Lise ve Üstü (n=160)	22	13,8	138	86,3			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	17	10,9	139	89,1	1,270	1	0,260
Çalışmıyor (n=144)	22	15,3	122	84,7			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	10	11,8	75	88,2	0,160	1	0,689
Kötü (n=215)	29	13,5	186	86,5			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	28	13,2	184	86,8	0,028	1	0,868
Koruyucu Değil (n=88)	11	12,5	77	87,5			

*Likelihood Ratio

Çalışmada erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla oranda “18 yaş üstü kişilere KKK aşısının gereklidir” dediği bulunmuştur (χ^2 :6,964, p:0,008) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde KKK Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde KKK Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=73)		Gerekli değil (n=227)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	36	19,3	151	80,7	6,964	1	0,008
Erkek (n=113)	37	32,7	76	67,3			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	25	26,3	70	73,7	0,358	3	0,946
35-49 (n=121)	29	24,0	92	76,0			
50-64 (n=70)	16	22,9	54	77,1			
65 ve üzeri (n=14)	3	21,4	11	78,6			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	47	22,5	162	77,5	1,274	1	0,259
Bekar (n=91)	26	28,6	65	71,4			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	37	26,4	103	73,6	0,626	1	0,429
Lise ve Üzeri (n=160)	36	22,5	124	77,5			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	33	21,2	123	78,8	1,784	1	0,182
Çalışmıyor (n=144)	40	27,8	104	72,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	27	31,8	58	68,2	3,557	1	0,059
Kötü (n=215)	46	21,4	169	78,6			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	33	27,0	89	73,0	0,824	1	0,364
Hayır (n=178)	40	22,5	138	77,5			

Kronik Hastalık							
Var (n=108)	28	25,9	80	74,1	0,232	1	0,630
Yok (n=192)	45	23,4	147	76,6			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	21	23,1	70	76,9	0,112	1	0,738
Yok (n=209)	52	24,9	157	75,1			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	18	21,7	65	78,3	0,965	2	0,617
Hayır (n=173)	42	24,3	131	75,7			
Bıraktım (n=44)	13	29,5	31	70,5			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	42	22,0	149	78,0	1,568	1	0,210
Kötü (n=109)	31	28,4	78	71,6			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	52	24,5	160	75,5	0,015	1	0,903
Koruyucu Değil (n=88)	21	23,9	67	76,1			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	33	23,6	107	76,4	0,238	2	0,888
Hayır (n=137)	35	25,5	102	74,5			
Bilmiyor (n=23)	5	21,7	18	78,3			

Pnömonokok aşısının “18 yaş üstü kişilere gerekliliğiyle” ilgili verilen yanıtlar sosyodemografik özelliklere göre irdelendiğinde, hiçbir alt başlıkta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=124)		Gerekli Değil (n=176)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	79	42,2	108	57,8	0,171	1	0,680
Erkek (n=113)	45	39,8	68	60,2			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	32	33,7	63	66,3	4,291	3	0,232
35-49 (n=121)	53	43,8	68	56,2			
50-64 (n=70)	31	44,3	39	55,7			
65 ve üzeri (n=14)	8	57,1	6	42,9			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	85	40,7	124	59,3	0,125	1	0,724
Bekar (n=91)	39	42,9	52	57,1			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	60	42,9	80	57,1	0,251	1	0,616
Lise ve Üstü (n=160)	64	40,0	96	60,0			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	58	37,2	98	62,8	2,313	1	0,128
Çalışmıyor (n=144)	66	45,8	78	54,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	37	43,5	48	56,5	0,236	1	0,627
Kötü (n=215)	87	40,5	128	59,5			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	47	38,5	75	61,5	0,669	1	0,413
Hayır (n=178)	77	43,3	101	56,7			

Kronik Hastalık							
Var (n=108)	51	47,2	57	52,8	2,413	1	0,120
Yok (n=192)	73	38,0	119	62,0			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	41	45,1	50	54,9	0,746	1	0,388
Yok (n=209)	83	39,7	126	60,3			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	31	37,3	52	62,7			
Hayır (n=173)	70	40,5	103	59,5	2,769	2	0,250
Bıraktım (n=44)	23	52,3	21	47,7			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	77	40,3	114	59,7	0,225	1	0,635
Kötü (n=109)	47	43,1	62	56,9			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	82	38,7	130	61,3	2,099	1	0,147
Koruyucu Değil (n=88)	42	47,7	46	52,3			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	56	40,0	84	60,0			
Hayır (n=137)	61	44,5	76	55,5	1,805	2	0,406
Bilmiyor (n= 23)	7	30,4	16	69,6			

Katılımcıların “18 yaş üstü kişilere HBV aşısının gerekliliğiyle” ilgili soruya verdikleri cevapların, sosyodemografik özelliklere göre dağılımı değerlendirildiğinde; yaş grupları (χ^2 :12,660, p:0,005) ve eğitim düzeyi (χ^2 :4,161, p:0,041) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaş gruplarında yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucu, 50-64 yaş grubunda 65 yaş ve üzerine göre HBV bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05). Eğitim düzeyi açısından ise; lise ve üzeri eğitim alanlarda, ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre 18 yaş üstünde HBV aşısını gerekli görenlerin oranı daha yüksektir (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit B Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Hepatit B Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=202)		Gerekli değil (n=98)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	126	67,4	61	32,6	<0,001	1	0,982
Erkek (n=113)	76	67,3	37	32,7			
Yaş grupları							
19-34 (n=95)	59	62,1	36	37,9	12,660	3	0,005
35-49 (n=121)	82	67,8	39	32,2			
50-64 (n=70)	56	80,0	14	20,0			
65 ve üzeri (n=14)	5	35,7	9	64,3			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	140	67,0	69	33,0	0,038	1	0,846
Bekar (n=91)	62	68,1	29	31,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	86	61,4	54	38,6	4,161	1	0,041
Lise ve Üzeri (n=160)	116	72,5	44	27,5			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	112	71,8	44	28,2	2,941	1	0,086
Çalışmıyor (n=144)	90	62,5	54	37,5			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	60	70,6	25	29,4	0,571	1	0,450
Kötü (n=215)	142	66,0	73	34,0			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	76	70,4	32	29,6	0,708	1	0,400
Yok (n=192)	126	65,6	66	34,4			

Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	124	64,9	67	35,1	1,390	1	0,238
Kötü (n=109)	78	71,6	31	28,4			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	146	68,9	66	31,1	0,774	1	0,379
Koruyucu Değil (n=88)	56	63,6	32	36,4			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	99	70,7	41	29,3	2,475	2	0,290
Hayır (n=137)	86	62,8	51	37,2			
Bilmiyor (n=23)	17	73,9	6	26,1			

“18 yaş üstü kişilere HAV aşısının gerekliliğiyle” ilgili katılımcıların verdiği yanıtlar, sosyodemografik özelliklere göre irdelendiğinde; erkeklerin (χ^2 :3,898, p:0,048), lise ve üzeri eğitim alanların (χ^2 :6,912, p:0,009) ve riskli yakını olmayanların (χ^2 :9,284, p:0,002) istatistiksel olarak anlamlı daha fazla gerekli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=140)		Gerekli değil (n=160)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	79	42,2	108	57,8	3,898	1	0,048
Erkek (n=113)	61	54,0	52	46,0			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	44	46,3	51	53,7	7,696	3	0,053*
35-49 (n=121)	62	51,2	59	48,8			
50-64 (n=70)	32	45,7	38	54,3			
65 ve üzeri (n=14)	2	14,3	12	85,7			

Medeni Durum							
Evli (n=209)	91	43,5	118	56,5	2,705	1	0,100
Bekar (n=91)	49	53,8	42	46,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	54	38,6	86	61,4	6,912	1	0,009
Lise ve Üzeri (n=160)	86	53,8	74	46,3			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	79	50,6	77	49,4	2,063	1	0,151
Çalışmıyor (n=144)	61	42,4	83	57,6			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	44	51,8	41	48,2	1,239	1	0,266
Kötü (n=215)	96	44,7	119	55,3			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	44	36,1	78	63,9	9,284	1	0,002
Hayır (n=178)	96	53,9	82	46,1			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	52	48,1	56	51,9	0,149	1	0,700
Yok (n=192)	88	45,8	104	54,2			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	40	44,0	51	56,0	0,386	1	0,535
Yok (n=209)	100	47,8	109	52,2			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	44	53,0	39	47,0	1,881	2	0,390
Hayır (n=173)	77	44,5	96	55,5			
Bıraktım (n=44)	19	43,2	25	56,8			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	90	47,1	101	52,9	0,043	1	0,835
Kötü (n=109)	50	45,9	59	54,1			
Aşı							

Koruyucu (n=212)	105	49,5	107	50,5	2,378	1	0,123
Koruyucu Değil (n=88)	35	39,8	53	60,2			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	65	46,4	75	53,6	0,309	2	0,857
Hayır (n=137)	63	46,0	74	54,0			
Bilmiyor (n=23)	12	52,2	11	47,8			

*Likelihood Ratio

“18 yaş üstü kişilere HPV aşısının gerekliliğiyle” ilgili katılımcıların verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo ‘da verilmiştir. Cinsiyeti kadın olan katılımcıların, erkek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek oranda gereklidir yanıtı verdiği bulunmuştur (χ^2 :7,704, p:0,006). Bir diğer anlamlılık olan sosyodemografik kriter, çalışma durumudur. Çalışmayanlarda 18 yaş üzerine HPV aşısı gereklidir diyenler, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksektir(χ^2 :8,064, p:0,005). Çalışmayanlarda çalışan ve emeklilere göre 18 yaş üstü kişilere HPV aşısını gerekli görenlerin oranı daha yüksektir. Algılanan gelir düzeyi ile 18 yaş üstünde HPV aşısının gerekliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (χ^2 :8,274, p:0,004). Gelir durumunu iyi olarak tanımlayanlarda, kötü olarak tanımlayanlara göre (χ^2 :8,110, p:0,004); aşıların koruyucu olduğunu düşünenler düşünmeyenlere göre daha fazla oranda “18 yaş üstü kişilere HPV aşısı gereklidir” demiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde HPV Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde HPV Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=137)		Gerekli Değil (n=163)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	97	51,9	90	48,1	7,704	1	0,006
Erkek (n=113)	40	35,4	73	64,6			

Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	44	46,3	51	53,7	2,355	3	0,489*
35-49 (n=121)	59	48,8	62	51,2			
50-64 (n=70)	30	42,9	40	57,1			
65 ve üzeri (n=14)	4	28,6	10	71,4			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	96	45,9	113	54,1	0,020	1	0,888
Bekar (n=91)	41	45,1	50	54,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	56	40,0	84	60,0	3,397	1	0,065
Lise ve Üzeri (n=160)	81	50,6	79	49,4			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	59	37,8	97	62,2	8,064	1	0,005
Çalışmıyor (n=144)	78	54,2	66	45,8			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	50	58,8	35	41,2	8,274	1	0,004
Kötü (n=215)	87	40,5	128	59,5			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	52	42,6	70	57,4	0,768	1	0,381
Hayır (n=178)	85	47,8	93	52,2			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	43	39,8	65	60,2	2,329	1	1,127
Yok (n=192)	94	49,0	98	51,0			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	37	40,7	54	59,3	1,320	1	0,251
Yok (n=209)	100	47,8	109	52,2			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	35	42,2	48	57,8	0,619	2	0,734
Hayır (n=173)	82	47,4	91	52,6			

Bıraktım (n=44)	20	45,5	24	54,5			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	88	46,1	103	53,9	0,035	1	0,852
Kötü (n=109)	49	45,0	60	55,0			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	108	50,9	104	49,1	8,110	1	0,004
Koruyucu Değil (n=88)	29	33,0	59	67,0			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	66	47,1	74	52,9			
Hayır (n=137)	60	43,8	77	56,2	0,359	2	0,835
Bilmiyor (n=23)	11	47,8	12	52,2			

*Likelihood Ratio

Katılımcılara “18 yaş üstü kişilere meningokok aşısının gerekliliğiyle” ilgili soru sorulduğunda, verdikleri yanıtlar Tablo-‘da sunulmuştur. Çalışmayanların çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla oranda bu aşının gerekli olduğunu ifade ettiği bulunmuştur (χ^2 :4,375, p:0,036) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Meningokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Meningokok Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=91)		Gerekli değil (n=209)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	61	32,6	126	67,4	1,229	1	0,268
Erkek (n=113)	30	26,5	83	73,5			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	32	33,7	63	66,3	2,481	3	0,479*
35-49 (n=121)	36	29,8	85	70,2			
50-64 (n=70)	21	30,0	49	70,0			
65 ve üzeri (n=14)	2	14,3	12	85,7			

Medeni Durum							
Evli (n=209)	60	28,7	149	71,3	0,861	1	0,353
Bekar (n=91)	31	34,1	60	65,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	38	27,1	102	72,9	1,264	1	0,261
Lise ve Üzeri (n=160)	53	33,1	107	66,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	39	25,0	117	75,0	4,375	1	0,036
Çalışmıyor (n=144)	52	36,1	92	63,9			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	28	32,9	57	67,1	0,382	1	0,537
Kötü (n=215)	63	29,3	152	70,7			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	30	24,6	92	75,4	3,209	1	0,073
Hayır (n=178)	61	34,3	117	65,7			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	33	30,6	75	69,4	0,004	1	0,950
Yok (n=192)	58	30,2	134	69,8			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	26	28,6	65	71,4	0,192	1	0,661
Yok (n=209)	65	31,1	144	68,9			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	22	26,5	61	73,5	0,795	2	0,672
Hayır (n=173)	55	31,8	118	68,2			
Bıraktım (n=44)	14	31,8	30	68,2			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	51	26,7	140	73,3	3,281	1	0,070
Kötü (n=109)	40	36,7	69	63,3			
Aşı							

Koruyucu (n=212)	71	33,5	141	66,5	3,409	1	0,065
Koruyucu Değil (n=88)	20	22,7	68	77,3			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	44	31,4	96	68,6	2,175	2	0,337*
Hayır (n=137)	43	31,4	94	68,6			
Bilmiyor (n=23)	4	17,4	19	82,6			

*Likelihood Ratio

Katılımcılara gerekliliği sorulan diğer aşılar Hib, suçiçeği, zona ve kuduz aşılardır. Bu dört aşının gerekliliğiyle ilgili verilen cevaplar ve sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 29, Tablo 30, Tablo 31ve Tablo 32).

Tablo 29. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hib Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Hib Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=28)		Gerekli değil (n=272)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	17	9,1	170	90,9	0,034	1	0,853
Erkek (n=113)	11	9,7	102	90,3			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	12	12,6	83	87,4	1,795	3	0,616*
35-49 (n=121)	9	7,4	112	92,6			
50-64 (n=70)	6	8,6	64	91,4			
65 ve üzeri (n=14)	1	7,1	13	92,9			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	15	7,2	194	92,8	3,786	1	0,052
Bekar (n=91)	13	14,3	78	85,7			

Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	11	7,9	129	92,1	0,676	1	0,411
Lise ve Üzeri (n=160)	17	10,6	143	89,4			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	12	7,7	144	92,3	1,034	1	0,309
Çalışmıyor (n=144)	16	11,1	128	88,9			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	8	9,4	77	90,6	0,001	1	0,977
Kötü (n=215)	20	9,3	195	90,7			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	7	5,7	115	94,3	3,141	1	0,076
Hayır (n=178)	21	11,8	157	88,2			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	10	9,3	98	90,7	0,001	1	0,974
Yok (n=192)	18	9,4	174	90,6			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	10	11,0	81	89,0	0,423	1	0,515
Yok (n=209)	18	8,6	191	91,4			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	8	9,6	75	90,4	1,287	2	0,526
Hayır (n=173)	14	8,1	159	91,9			
Bıraktım (n=44)	6	13,6	38	86,4			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	21	11,0	170	89,0	1,715	1	0,190
Kötü (n=109)	7	6,4	102	93,6			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	20	9,4	192	90,6	0,009	1	0,926
Koruyucu Değil (n=88)	8	9,1	80	90,9			
Ailede Aşı Olma Durumu							

Evet(n=140)	13	9,3	127	90,7			
Hayır (n=137)	13	9,5	124	90,5	0,016	2	0,992*
Bilmiyor (n=23)	2	8,7	21	91,3			
Toplam (n=300)	28	9,3	272	90,7			

*Likelihood Ratio

Tablo 30. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Suçiçeği Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Suçiçeği Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=56)		Gerekli değil (n=244)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	31	16,6	156	83,4	1,427	1	0,232
Erkek (n=113)	25	22,1	88	77,9			
Yaş grupları							
19-34 (n=95)	19	20,0	76	80,0	1,850	3	0,604*
35-49 (n=121)	24	19,8	97	80,2			
50-64 (n=70)	12	17,1	58	82,9			
65 ve üzeri (n=14)	1	7,1	13	92,9			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	34	16,3	175	83,7	2,611	1	0,106
Bekar (n=91)	22	24,2	69	75,8			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	30	21,4	110	78,6	1,319	1	0,251
Lise ve Üzeri (n=160)	26	16,3	134	83,8			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	31	19,9	125	80,1	0,311	1	0,577
Çalışmıyor (n=144)	25	17,4	119	82,6			

Gelir Algısı							
İyi (n=85)	15	17,6	70	82,4	0,081	1	0,776
Kötü (n=215)	41	19,1	174	80,9			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	21	17,2	101	82,8	0,286	1	0,593
Hayır (n=178)	35	19,7	143	80,3			
Kronik Hastalık							
Var (n=108)	22	20,4	86	79,6	0,323	1	0,570
Yok (n=192)	34	17,7	158	82,3			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	18	19,8	73	80,2	0,107	1	0,744
Yok (n=209)	38	18,2	171	81,8			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	18	21,7	65	78,3	1,004	2	0,605
Hayır (n=173)	29	16,8	144	83,2			
Bıraktım (n=44)	9	20,5	35	79,5			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	33	17,3	158	82,7	0,668	1	0,414
Kötü (n=109)	23	21,1	86	78,9			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	35	16,5	177	83,5	2,215	1	0,137
Koruyucu Değil (n=88)	21	23,9	67	76,1			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	28	20,0	112	80,0	0,700	2	0,705*
Hayır (n=137)	25	18,2	112	81,8			
Bilmiyor (n=23)	3	13,0	20	87,0			

*Likelihood Ratio

Tablo 31. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Zona Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Zona Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=44)		Gerekli değil (n=256)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	29	15,5	158	84,5	0,281	1	0,596
Erkek (n=113)	15	13,3	98	86,7			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	13	13,7	82	86,3	1,081	3	0,782*
35-49 (n=121)	16	13,2	105	86,8			
50-64 (n=70)	13	18,6	57	81,4			
65 ve üzeri (n=14)	2	14,3	12	85,7			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	26	12,4	183	87,6	2,729	1	0,099
Bekar (n=91)	18	19,8	73	80,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	21	15,0	119	85,0	0,023	1	0,879
Lise ve Üzeri (n=160)	23	14,4	137	85,6			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	21	13,5	135	86,5	0,377	1	0,539
Çalışmıyor (n=144)	23	16,0	121	84,0			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	16	18,8	69	81,2	1,638	1	0,201
Kötü (n=215)	28	13,0	187	87,0			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	17	13,9	105	86,1	0,088	1	0,767
Hayır (n=178)	27	15,2	151	84,4			

Kronik Hastalık							
Var (n=108)	19	17,6	89	82,4	1,154	1	0,283
Yok (n=192)	25	13,0	167	87,0			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	16	17,6	75	82,4	0,887	1	0,346
Yok (n=209)	28	13,4	181	86,6			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	12	14,5	71	85,5	0,524	2	0,769
Hayır (n=173)	24	13,9	149	86,1			
Bıraktım (n=44)	8	18,2	36	81,8			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	25	13,1	166	86,9	1,045	1	0,307
Kötü (n=109)	19	17,4	90	82,6			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	27	12,7	185	87,3	2,153	1	0,142
Koruyucu Değil (n=88)	17	19,3	71	80,7			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	21	15,0	119	85,0	0,809	2	0,667*
Hayır (n=137)	21	15,3	116	84,7			
Bilmiyor (n=23)	2	8,7	21	91,3			
Toplam (n=300)	44	14,7	256	85,3			

*Likelihood Ratio

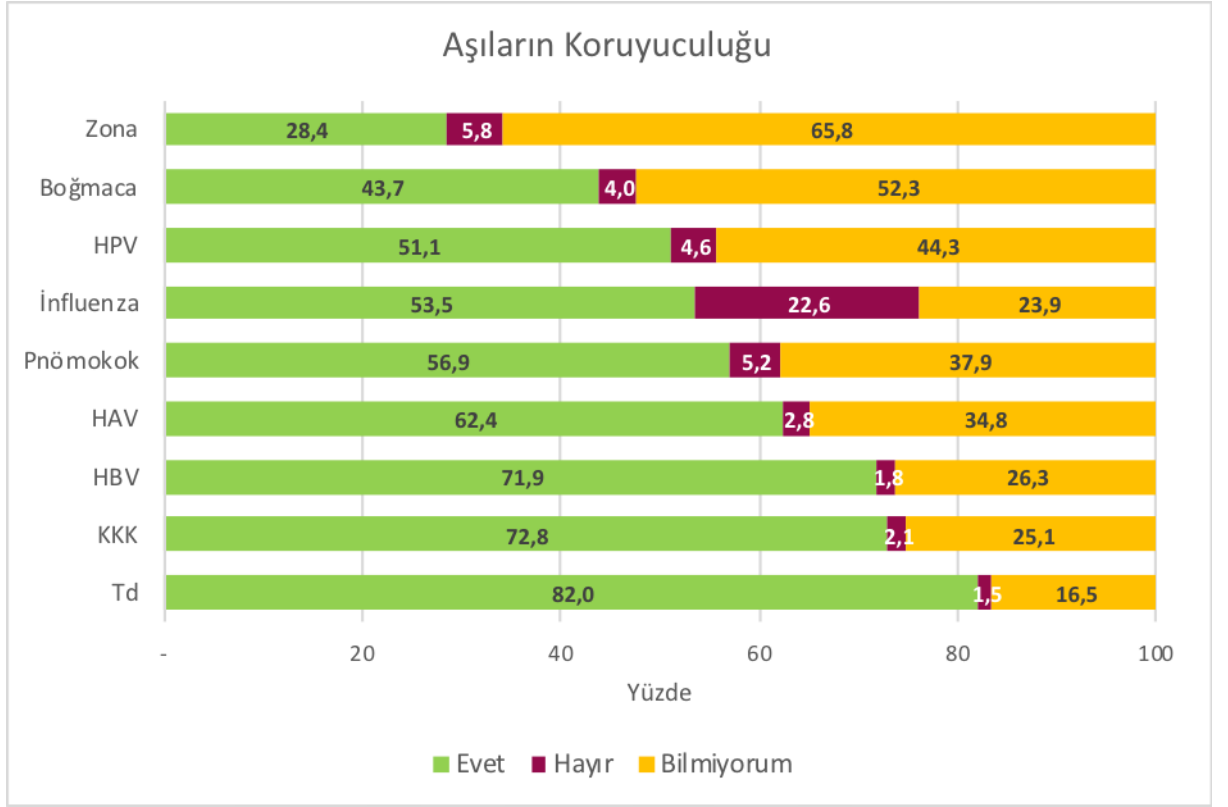
Tablo 32. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Kuduz Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Kuduz Aşısının Yapılmasının Gerekli Olduğunu Düşünme							
	Gerekli (n=157)		Gerekli Değil (n=143)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=187)	91	48,7	96	51,3	2,681	1	0,102
Erkek (n=113)	66	58,4	47	41,6			
Yaş Grupları							
19-34 (n=95)	57	60,0	38	40,0	4,626	3	0,201
35-49 (n=121)	56	46,3	65	53,7			
50-64 (n=70)	38	54,3	32	45,7			
65 ve üzeri (n=14)	6	42,9	8	57,1			
Medeni Durum							
Evli (n=209)	103	49,3	106	50,7	2,571	1	0,109
Bekar (n=91)	54	59,3	37	40,7			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=140)	77	55,0	63	45,0	0,748	1	0,387
Lise ve Üzeri (n=160)	80	50,0	80	50,0			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=156)	77	49,4	79	50,6	1,153	1	0,283
Çalışmıyor (n=144)	80	55,6	64	44,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=85)	49	57,6	36	42,4	1,342	1	0,247
Kötü (n=215)	108	50,2	107	49,8			
Riskli yakın							
Evet (n=122)	65	53,3	57	46,7	0,074	1	0,786
Hayır (n=178)	92	51,7	86	48,3			

Kronik Hastalık							
Var (n=108)	61	56,5	47	43,5	1,164	1	0,281
Yok (n=192)	96	50,0	96	50,0			
İlaç Kullanımı							
Var (n=91)	50	54,9	41	45,1	0,357	1	0,550
Yok (n=209)	107	51,2	102	48,8			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=83)	47	56,6	36	43,4	2,409	2	0,300
Hayır (n=173)	84	48,6	89	51,4			
Bıraktım (n=44)	26	59,1	18	40,9			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=191)	92	48,2	99	51,8	3,657	1	0,056
Kötü (n=109)	65	59,6	44	40,4			
Aşı							
Koruyucu (n=212)	112	52,8	100	47,2	0,072	1	0,789
Koruyucu Değil (n=88)	45	51,1	43	48,9			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet(n=140)	79	56,4	61	43,6	4,685	2	0,096
Hayır (n=137)	63	46,0	74	54,0			
Bilmiyor (n=23)	15	65,2	8	34,8			

2.3. Aşıların Koruyuculuğu Hakkında Düşünceleri

Bu bölümde katılımcıların bazı aşılar için “Hastalıktan koruyucudur.” ifadesine verdiği cevaplar sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler dikkate alınmadan bakıldığında, araştırmaya katılanların %82,0’si (n=82) Td aşısının , %28,4’ü (n=93) zona aşısının hastalıktan koruyucu olduğunu belirtmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Katılımcıların Aşıların Koruyuculuğu ile İlişkili Düşüncelerinin Dağılımı

Katılımcıların influenza aşısının koruyuculuğuna ilişkin algısı ile sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların Özellikleri ile İnfluenza Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

İnfluenza Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=175)		Hayır/bilmiyorum (n=152)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	105	52,5	95	47,5	0,214	1	0,644
Erkek (n= 127)	70	55,1	57	44,9			

Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	61	59,8	41	40,2	3,359	3	0,340
35-49 (n= 129)	69	53,5	60	46,5			
50-64 (n=76)	36	47,4	40	52,6			
65 ve üstü (n=20)	9	45,0	11	55,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	76	49,0	79	51,0	2,382	1	0,123
Lise ve Üzeri (n=172)	99	57,6	73	42,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	54	58,1	39	41,9	1,080	1	0,299
Kötü (n=234)	121	51,7	113	48,3			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	64	54,7	53	45,3	0,103	1	0,749
Yok (n= 210)	111	52,9	99	47,1			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	51	58,0	37	42,0	1,333	2	0,514
Hayır (n=191)	101	52,9	90	47,1			
Bıraktım (n=48)	23	47,9	25	52,1			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=206)	118	57,3	88	42,7	3,172	1	0,075
Kötü(n=121)	57	47,1	64	52,9			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	83	56,5	64	43,5	1,045	2	0,593
Hayır (n=155)	80	51,6	75	48,4			
Bilmiyor (n=25)	12	48,0	13	52,0			

Td aşısının koruyuculuğuna ilişkin katılımcıların algılarıyla, sosyodemografik özellikler irdelendiğinde; lise ve üzeri eğitim alanlar daha fazla oranda Td aşısının koruyucu olduğunu ifade etmiştir(χ^2 :5,353, p:0,021) (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların Özellikleri ile Td Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Td Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=268)		Hayır/bilmiyorum (n=59)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	159	79,5	41	20,5	2,103	1	0,147
Erkek (n= 127)	109	85,8	18	14,2			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	83	81,4	19	18,6	7,368	3	0,061
35-49 (n= 129)	109	84,5	20	15,5			
50-64 (n=76)	64	84,2	12	15,8			
65 ve üstü (n=20)	12	60,0	8	40,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	119	76,8	36	23,2	5,353	1	0,021
Lise ve Üzeri (n=172)	149	86,6	23	13,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	82	88,2	11	11,8	3,395	1	0,065
Kötü (n=234)	186	79,5	48	20,5			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	126	85,7	21	14,3	3,070	2	0,215*
Hayır (n=155)	121	78,1	34	21,9			
Bilmiyor (n=25)	21	84,0	4	16,0			

*Likelihood Ratio

Katılımcıların boğmaca aşısının koruyuculuğuna ilişkin algılarının, sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 35'te verilmiştir. Kronik hastalık olanlar, olmayanlara göre daha fazla oranda boğmaca aşısının koruduğunu ifade etmiştir (χ^2 :6,349, p:0,012).

Tablo 35. Katılımcıların Özellikleri ile Boğmaca Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Boğmaca Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=143)		Hayır/bilmiyorum (n=184)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	88	44,0	112	56,0	0,015	1	0,902
Erkek (n= 127)	55	43,3	72	56,7			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	36	35,3	66	64,7	5,246	3	0,155
35-49 (n= 129)	60	46,5	69	53,5			
50-64 (n=76)	39	51,3	37	48,7			
65 ve üstü (n=20)	8	40,0	12	60,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	59	38,1	96	61,9	3,845	1	0,050
Lise ve Üzeri (n=172)	84	48,8	88	51,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	46	49,5	47	50,5	1,735	1	0,188
Kötü (n=234)	97	41,5	137	58,5			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	62	53,0	55	47,0	6,349	1	0,012
Yok (n= 210)	81	38,6	129	61,4			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	66	44,9	81	55,1	2,724	2	0,256
Hayır (n=155)	70	45,2	85	54,8			
Bilmiyor (n=25)	7	28,0	18	72,0			

Pnömonokok aşısının koruyuculuğu sorulduğunda, verilen yanıtların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 36’da gösterilmiştir. Genel sağlık algısı iyi olanlar, kötü olanlara göre daha fazla oranda pnömonokok aşısının koruyuculuğu olduğunu ifade etmiştir (χ^2 :4,166, p:0,041).

Tablo 36. Katılımcıların Özellikleri ile Pnömonokok Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Pnömonokok Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=186)		Hayır/bilmiyorum (n=141)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	109	54,5	91	45,5	1,190	1	0,275
Erkek (n= 127)	77	60,6	50	39,4			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	53	52,0	49	48,0	7,293	3	0,063
35-49 (n= 129)	82	63,6	47	36,4			
50-64 (n=76)	44	57,9	32	42,1			
65 ve üzeri (n=20)	7	35,0	13	65,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	80	51,6	75	48,4	3,334	1	0,068
Lise ve Üzeri (n=172)	106	61,6	66	38,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	59	63,4	34	36,6	2,280	1	0,131
Kötü (n=234)	127	54,3	107	45,7			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	73	62,4	44	37,6	2,257	1	0,133
Yok (n= 210)	113	53,8	97	46,2			

Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	44	50,0	44	50,0			
Hayır (n=191)	109	57,1	82	42,9	4,459	2	0,108
Bıraktım (n=48)	33	68,8	15	31,3			
Genel Sağlık Algısı							
İyi (n=206)	126	61,2	80	38,8	4,166	1	0,041
Kötü (n=121)	60	49,6	61	50,4			

Katılımcıların HPV aşısının koruyuculuğuna ilişkin algılarıyla sosyodemografik özellikleri incelendi. Gelir düzeyi algısı iyi olanlar, daha fazla oranda HPV aşısının koruduğunu düşünmektedir(χ^2 :4,349, p:0,037). Diğer sosyodemografik özelliklerde bir fark bulunmamıştır(Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların Özellikleri ile HPV Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

HPV Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=167)		Hayır/bilmiyorum (n=160)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	109	54,5	91	45,5	2,424	1	0,119
Erkek (n= 127)	58	45,7	69	54,3			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	50	49,0	52	51,0	2,487	3	0,478
35-49 (n= 129)	72	55,8	57	44,2			
50-64 (n=76)	37	48,7	39	51,3			
65 ve üzeri (n=20)	8	40,0	12	60,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	71	45,8	84	54,2	3,268	1	0,071
Lise ve Üstü (n=172)	96	55,8	76	44,2			

Gelir Algısı							
İyi (n= 93)	56	60,2	37	39,8	4,349	1	0,037
Kötü (n=234)	111	47,4	123	52,6			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	80	54,4	67	45,6	1,202	2	0,548
Hayır (n=155)	75	48,4	80	51,6			
Bilmiyor (n=25)	12	48,0	13	52,0			

HBV aşısının koruyuculuğuna ilişkin katılımcı algıları, sosyodemografik özelliklere göre irdelendiğinde; 65 yaş ve üzerindekiilerin, 35-49 yaş ve 50-64 yaş gruplarına göre daha az sayıda HBV aşısının koruyucu olduğunu düşünmektedir (χ^2 :9,969, p:0,019). Bir diğer anlamlı çıkan parametre eğitim düzeyidir. Lise ve üzeri eğitim alanlar, ortaokul ve altı eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla HBV aşısının koruduğunu ifade etmiştir (χ^2 :12,564, p<0,001) (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların Özellikleri ile Hepatit B Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Hepatit B Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=235)		Hayır/bilmiyorum (n=92)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	140	70,0	60	30,0	0,886	1	0,346
Erkek (n= 127)	95	74,8	32	25,2			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	70	68,6	32	31,4	9,969	3	0,019
35-49 (n= 129)	96	74,4	33	25,6			
50-64 (n=76)	60	78,9	16	21,1			
65 ve üzeri (n=20)	9	45,0	11	55,0			

Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	97	62,6	58	37,4	12,564	1	<0,001
Lise ve Üzeri (n=172)	138	80,2	34	19,8			
Gelir Algısı							
İyi (n= 93)	74	79,6	19	20,4	3,815	1	0,051
Kötü (n=234)	161	68,8	73	31,2			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	110	74,8	37	25,2			
Hayır (n=155)	108	69,7	47	30,3	1,191	2	0,551
Bilmiyor (n=25)	17	68,0	8	32,0			

Katılımcıların HAV aşısının koruyuculuğuna ilişkin algıları irdelendiğinde; yaş grupları, eğitim düzeyi ve algılanan gelir parametrelerinde fark bulunmuştur. 65 yaş ve üzerindeki, 50-64 yaş grubuna göre daha az oranda HAV aşısının koruyucu olduğunu düşünmektedir(χ^2 :7,893, p:0,048). Lise ve üzeri eğitim alanlarda, ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre(χ^2 :9,807, p:0,002); gelir düzeyini ortanın üstü olarak tanımlayanlar, orta ve altı olarak tanımlayanlara göre (χ^2 :4,079, p:0,043) daha yüksek oranda HAV aşısının koruyucu olduğunu düşünmektedir (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların Özellikleri ile Hepatit A Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Hepatit A Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=204)		Hayır/Bilmiyorum (n=123)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	123	61,5	77	38,5	0,172	1	0,678
Erkek (n= 127)	81	63,8	46	36,2			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	62	60,8	40	39,2	7,893	3	0,048
35-49 (n= 129)	83	64,3	46	35,7			
50-64 (n=76)	52	68,4	24	31,6			
65 ve üstü (n=20)	7	35,0	13	65,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	83	53,5	72	46,5	9,807	1	0,002
Lise ve Üzeri (n=172)	121	70,3	51	29,7			
Gelir Algısı							
İyi (n= 93)	66	71,0	27	29,0	4,079	1	0,043
Kötü (n=234)	138	59,0	96	41,0			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	96	65,3	51	34,7	1,763	2	0,414
Hayır (n=155)	95	61,3	60	38,7			
Bilmiyor (n=25)	13	52,0	12	48,0			

Değerlendirmeye alınan diğer aşı KKK aşısıdır. 65 yaş ve üzerindeki katılımcılar, 35-49 ve 50-64 yaş gruplarına göre daha az oranda HAV aşısının koruyucu olduğunu düşünmektedir(χ^2 :16,428, p:0,001) (p<0,05) (Tablo 40).

Tablo 40. Katılımcıların Özellikleri ile KKK Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

KKK Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=238)		Hayır/bilmiyorum (n=89)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	145	72,5	55	27,5	0,021	1	0,885
Erkek (n= 127)	93	73,2	34	26,8			
Yaş grubu							
19-34 (n= 102)	71	69,6	31	30,4	16,428	3	0,001
35-49 (n= 129)	95	73,6	34	26,4			
50-64 (n=76)	64	84,2	12	15,8			
65 ve üzeri (n=20)	8	40,0	12	60,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	106	68,4	49	31,6	2,874	1	0,090
Lise ve üzeri (n=172)	132	76,7	40	23,3			
Gelir Algısı							
İyi (n= 93)	73	78,5	20	21,5	2,140	1	0,143
Kötü (n=234)	165	70,5	69	29,5			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	112	76,2	35	23,8	2,093	2	0,351
Hayır (n=155)	107	69,0	48	31,0			
Bilmiyor (n=25)	19	76,0	6	24,0			

Araştırma grubunun zona aşısının koruyuculuğuna ilişkin algılarıyla sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Lise ve üzeri eğitim alanlarda, ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre (χ^2 :4,972, p:0,026); gelir düzeyini ortanın üstü olarak tanımlayanlarda, orta ve altı olarak tanımlayanlara göre (χ^2 :6,734, p:0,009) zona aşısının koruyucu olduğunu düşünenlerin oranı daha yüksektir(Tablo 41).

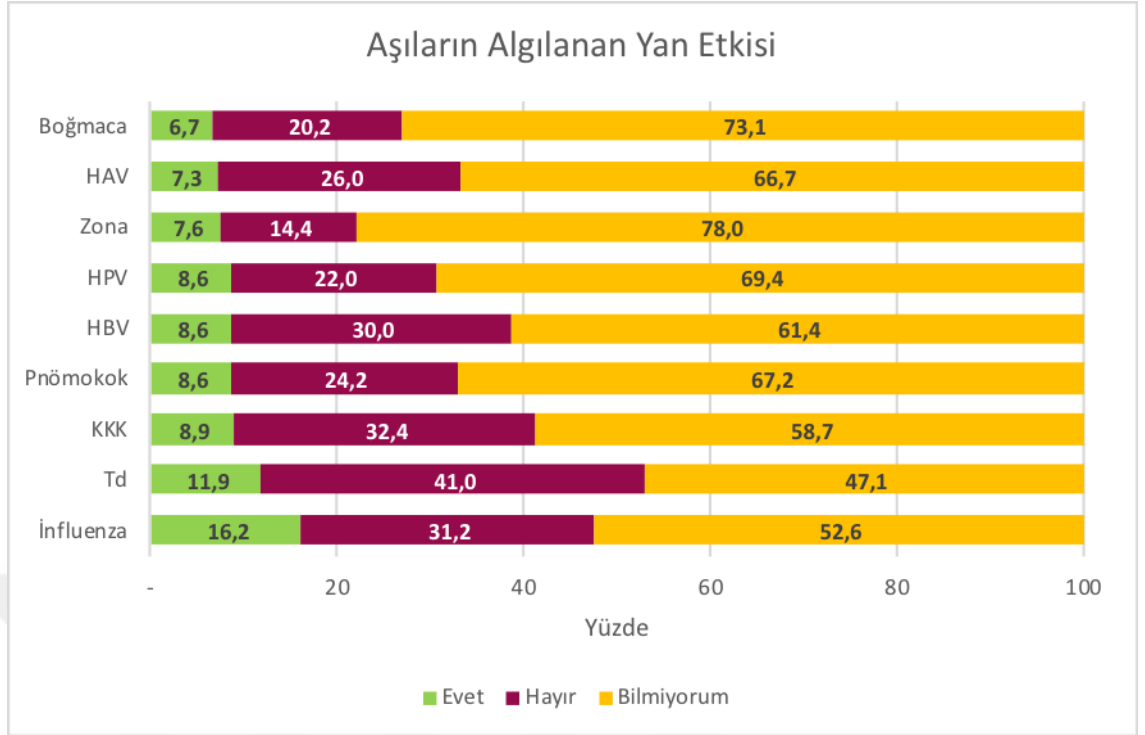
Tablo 41. Katılımcıların Özellikleri ile Zona Aşısının Koruyuculuğuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Zona Aşısının Koruyucu Olduğunu Düşünme							
	Evet (n=93)		Hayır/bilmiyorum (n=234)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n= 200)	54	27,0	146	73,0	0,525	1	0,469
Erkek (n= 127)	39	30,7	88	69,3			
Yaş grupları							
19-34 (n= 102)	25	24,5	77	75,5	2,813	3	0,421*
35-49 (n= 129)	38	29,5	91	70,5			
50-64 (n=76)	26	34,2	50	65,8			
65 ve üzeri (n=20)	4	20,0	16	80,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n= 155)	35	22,6	120	77,4	4,972	1	0,026
Lise ve Üzeri (n=172)	58	33,7	114	66,3			
Gelir Algısı							
İyi (n= 93)	36	38,7	57	61,3	6,734	1	0,009
Kötü (n=234)	57	24,4	177	75,6			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	51	34,7	96	65,3	6,054	2	0,048*
Hayır (n=155)	38	24,5	117	75,5			
Bilmiyor (n=25)	4	16,0	21	84,0			

*Likelihood Ratio

2.4. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri Hakkında Düşünceleri

Katılımcıların bazı aşılar için ‘Yan etkisi bulunmaktadır.’ ifadesine verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların %16,2’si (n=53) influenza aşısının, %11,9’u (n=39) Td aşısının yan etkisi bulunduğunu belirtmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri ile İlişkili Düşüncelerinin Dağılımı

Katılımcıların araştırma kapsamındaki aşıların yan etkilerine ilişkin verdikleri cevaplar, sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi ile influenza (χ^2 :7,516, p:0,006), Td (χ^2 :8,409, p:0,004), boğmaca (χ^2 :5,759, p:0,016), pnömokok (χ^2 :8,285, p:0,004), HPV (χ^2 :9,010, p:0,029), hepatit B (χ^2 :10,720, p:0,001), hepatit A (χ^2 : 9,813, p:0,002) ve zona aşısının (χ^2 :8,151, p:0,04) yan etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitim alanlarda, ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre influenza, Td, boğmaca, pnömokok, HPV, hepatit B, hepatit A ve zona aşısının yan etkisi olduğunu düşünenlerin oranı daha yüksektir (Tablo 42).

Katılımcıların KKK aşısının yan etkilerine ilişkin verdikleri cevaplarla sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 42).

Tablo 42. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Bazı Aşıların Yan Etkilerine İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Belirtilen Aşının Yan Etkisi Vardır																				
	İnfluenza				Td				Boğmaca				Pnömonokok				HPV			
	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p
Cinsiyet																				
Kadın (n= 200)	30 (15,0)	170 (85,0)	0,553	0,457	26 (13,0)	174 (87,0)	0,565	0,452	13 (6,5)	187 (93,5)	0,043	0,836	16 (8,0)	184 (92,0)	0,208	0,648	18 (9,0)	182 (91,0)	0,126	0,723
Erkek (n= 127)	23 (18,1)	104 (81,9)			13 (10,2)	114 (89,8)			9 (7,1)	118 (92,9)			12 (9,4)	115 (90,6)			10 (7,9)	117 (92,1)		
Yaş																				
19-34 (n= 102)	20 (19,6)	82 (80,4)	3,600	0,308*	16 (15,7)	86 (84,3)	3,416	0,332*	11 (10,8)	91 (89,2)	5,889	0,117*	15 (14,7)	87 (85,3)	7,526	0,057*	15 (14,7)	87 (85,3)	9,010	0,029*
35-49 (n= 129)	16 (12,4)	113 (87,6)			12 (9,3)	117 (90,7)			4 (3,1)	125 (96,9)			6 (4,7)	123 (95,3)			5 (3,9)	124 (96,1)		
50-64 (n=76)	15 (19,7)	61 (80,3)			10 (13,2)	66 (86,8)			6 (7,9)	70 (92,1)			6 (7,9)	70 (92,1)			7 (9,2)	69 (90,8)		
65 ve üzeri (n=20)	2 (10,0)	18 (90,0)			1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)		
Eğitim Durumu																				
Ortaokul ve Altı (n= 155)	16 (10,3)	139 (89,7)	7,516	0,006	10 (6,5)	145 (93,5)	8,409	0,004	5 (3,2)	150 (96,8)	5,759	0,016	6 (3,9)	149 (96,1)	8,285	0,004	6 (3,9)	149 (96,1)	8,285	0,004
Lise ve Üzeri (n=172)	37 (21,5)	135 (78,5)			29 (16,9)	143 (83,1)			17 (9,9)	155 (90,1)			22 (12,8)	150 (87,2)			22 (12,8)	150 (87,2)		
Gelir Algısı																				
İyi (n= 93)	19 (20,4)	74 (79,6)	1,706	0,192	12 (12,9)	81 (87,1)	0,118	0,731	8 (8,6)	85 (91,4)	0,728	0,394	9 (9,7)	84 (90,3)	0,206	0,650	10 (10,8)	83 (89,2)	0,796	0,372
Kötü (n=234)	34 (14,5)	200 (85,5)			27 (11,5)	207 (88,5)			14 (6,0)	220 (94,0)			19 (8,1)	215 (91,9)			18 (7,7)	216 (92,3)		

	Hepatit B				Hepatit A				Zona				KKK			
	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p
Cinsiyet																
Kadın (n= 200)	16 (8,0)	184 (92,0)	0,208	0,648	14 (7,0)	186 (93,0)	0,087	0,768	13 (6,5)	187 (93,5)	0,957	0,328	18 (9,0)	182 (91,0)	0,011	0,916
Erkek (n= 127)	12 (9,4)	115 (90,6)			10 (7,9)	117 (92,1)			12 (9,4)	115 (90,6)			11 (8,7)	116 (91,3)		
Yaş																
19-34 (n= 102)	13 (12,7)	89 (87,3)	4,266	0,234*	12 (11,8)	90 (88,2)	5,445	0,142*	11 (10,8)	91 (89,2)	2,499	0,476*	12 (11,8)	90 (88,2)	2,905	0,407*
35-49 (n= 129)	7 (5,4)	122 (94,6)			5 (3,9)	124 (96,1)			7 (5,4)	122 (94,6)			8 (6,2)	121 (93,8)		
50-64 (n=76)	7 (5,4)	69 890,8)			6 (7,9)	70 (92,1)			6 (7,9)	70 (92,1)			8 (6,2)	68 (89,5)		
65 ve üzeri (n=20)	1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)			1 (5,0)	19 (95,0)		
Eğitim Durumu																
Ortaokul ve Altı (n= 155)	5 (3,2)	150 (96,8)	10,720	0,001	4 (2,6)	151 (97,4)	9,813	0,002**	5 (3,2)	150 (96,8)	8,151	0,04	9 (5,8)	146 (94,2)	3,419	0,064
Lise ve Üzeri (n=172)	23 (13,4)	149 (86,6)			20 (11,6)	152 (88,4)			20 (11,6)	152 (88,4)			20 (11,6)	152 (88,4)		
Gelir Algısı																
İyi (n= 93)	11 (11,8)	82 (88,2)	1,770	0,183	10 (10,8)	83 (89,2)	2,226	0,136	9 (9,7)	84 (90,3)	0,760	0,383	10 (10,8)	83 (89,2)	0,571	0,450
Kötü (n=234)	17 (7,3)	217 (92,7)			14 (6,0)	220 (94,0)			16 (6,8)	218 (93,2)			19 (8,1)	215 (91,9)		

*Likelihood Ratio **Fisher's Exact Tes

2. 5. Katılımcıların Aşıların Yararı Hakkında Düşünceleri ve Aşılar ile İlgili Mevcut Bilgi Kaynakları

Araştırmaya katılanların %70,7'si (n=231) aşıların hastalıklardan korunmada yararlı olduğunu, %29,4'ü ise (n=96) yararı olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %80,7'si (n=264) “bağışıklamanın hastalıklara bağlı komplikasyonları ve hastalıkla ilişkili hastane başvurularını azaltacağı” ifadesine katıldığını, %14,1'i (n=46) ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların Aşıların Hastalıklardan Korunmada Yararına Ait Skor Dağılımları ve Hastaneye Yapılan Başvurulara Etkisi Hakkında Düşünceleri (5: çok yararlı 1:yararı yok)

Aşıların Koruyuculuk Skoru	Sayı (n=327)	Yüzde
5	135	41,3
4	96	29,4
3	82	25,1
2	10	3,1
1	4	1,2
Hastane Başvuru Durumu		
Azaltır	264	80,7
Azaltmaz	17	5,2
Bilgim Yok	46	14,1
Toplam	327	100

Araştırmaya katılanlar aşılarla ilgili mevcut bilgisini en çok sağlık çalışanından edinmiştir. Bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 44'te sunulmuştur.

Tablo 44. Katılımcıların Aşılar ile İlgili Bilgi Kaynakları

	Sayı (n=327)	Yüzde
Sağlık Çalışanı	208	63,6
Aile ve Yakın Çevre	169	51,7
Radyo, Televizyon ve Gazete	138	42,2
İnternet	108	33,0
Okul	17	5,2
Bilgisi yok	13	4,0

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda ‘evet’ diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

Katılımcıların aşılar ile ilgili bilgi kaynakları ile aşıların hastalıklardan korunmada yararlı olduğunu düşünme durumları incelendi. Sağlık çalışanlarından aşı bilgisi edinme ile aşıların algılanan yararı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (χ^2 :5,234, p:0,022). Sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilenlerde aşıların hastalıklardan korunmada yararlı olduğunu düşünenlerin oranı daha yüksektir (Tablo 45).

Tablo 45. Katılımcıların Aşılar ile İlgili Bilgi Kaynakları ile Aşıların Koruyuculuğu Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Aşıların Koruyucu Olduğunu Düşünme							
Aşı Bilgisini Edindiği Kaynak	Evet (n=231)		Hayır (n=96)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Sağlık Çalışanı							
Evet (n=208)	156	75,0	52	25,0	5,234	1	0,022
Hayır (n=119)	75	63,0	44	37,0			
Aile ve Yakın Çevre							
Evet (n=169)	122	72,2	47	27,8	0,404	1	0,525
Hayır (n=158)	109	69,0	49	31,0			
Radyo, Televizyon ve Gazete							
Evet (n=138)	97	70,3	41	29,7	0,014	1	0,905
Hayır (n=189)	134	70,9	55	29,1			
İnternet							
Evet (n=108)	81	75,0	27	25,0	1,477	1	0,224
Hayır (n=219)	150	68,5	69	31,5			
Okul							
Evet (n=17)	11	64,7	6	35,3	0,305	1	0,590*
Hayır (n=310)	220	71,0	90	29,0			

*Fisher's Exact Test

3. Katılımcıların Bağışıklanma Davranışları

Araştırmaya katılanların %70,3'ü (n= 230) 18 yaşından sonra en az bir kez aşı yaptırmıştır. En çok yaptırılan aşı %60,9(n=199) ile Td aşısıdır. Zona aşısı yaptıran katılımcı bulunmamaktadır (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcıların Erişkin Dönemde Herhangi Bir Aşı ile Bağışıklanma Durumu ve Yapılan Aşılarla İlişkin Bilgiler

	Sayı (n=327)	Yüzde
Bağışıklama Durumu		
Evet	230	70,3
Hayır	97	29,7
Aşı Türü*		
Td	199	60,9
İnfluenza	57	17,4
Meningokok	50	15,3
HBV	41	12,5
KKK	15	4,6
Kuduz	15	4,6
HAV	8	2,4
Pnömonokok	7	2,1
HPV	3	0,9
Hib	3	0,9
Sarıhumma	3	0,9
Boğmaca	2	0,6
Suçiçeği	1	0,3
Zona	0	0

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda ‘evet’ diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

Katılımcıların 18 yaşından sonra herhangi bir aşı yaptırma durumları sosyodemografik değişkenler açısından irdelendiğinde; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanım durumu, aşının koruyucu olduğuna dair algı, ailede aşı olanların varlığı ve sağlık çalışanı tarafından aşı bilgisi alma açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Erkek cinsiyette kadınlara göre (χ^2 :8,407, p:0,004), 35-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre (χ^2 :17,031, p:0,001), evlilerde bekarlara göre (χ^2 :30,592, p: <0,001), çalışanlarda çalışmayanlara göre(χ^2 :16,851, p: <0,001), sigarayı bırakanlarda kullanmayanlara göre(χ^2 :8,441, p:0,015), aşıları koruyucu olarak tanımlayanların koruyucu olduğunu

düşünmeyenlere göre(χ^2 :7,826, p:0,005), ailesindeki erişkinlerde aşı olanlarda olmayanlara göre(χ^2 :15,559, p<0,001) ve sağlık çalışanı tarafından aşı bilgisi alanlarda almayanlara göre(χ^2 :29,817, p<0,001) bağışıklanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Herhangi Bir Aşı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Herhangi Bir Aşı ile Bağışıklanma Durumu							
	Yaptıran (n=230)		Yaptırmayan (n=97)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	129	64,5	71	35,5	8,407	1	0,004
Erkek (n=127)	101	79,5	26	20,5			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	61	59,8	41	40,2	17,031	3	0,001
35-49 (n=129)	107	82,9	22	17,1			
50-64 (n=76)	50	65,8	26	34,2			
65 ve üzeri (n=20)	12	60,0	8	40,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	182	79,5	47	20,5	30,592	1	<0,001
Bekar (n=98)	48	49,0	50	51,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	106	68,4	49	31,6	0,537	1	0,464
Lise ve üzeri (n=172)	124	72,1	48	27,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	140	80,0	35	20,0	16,851	1	<0,001
Çalışmıyor (n=152)	90	59,2	62	40,8			

Gelir Algısı							
İyi (n=93)	72	77,4	21	22,6	3,125	1	0,077
Kötü (n=234)	158	67,5	76	32,5			
Riskli yakın							
Evet (n=133)	99	74,4	34	25,6	1,806	1	0,179
Hayır (n=194)	131	67,5	63	32,5			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	86	73,5	31	31,4	0,876	1	0,349
Yok (n=210)	144	68,6	66	26,5			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	65	73,9	23	26,1	8,441	2	0,015
Hayır (n=191)	124	64,9	67	35,1			
Bıraktım (n=48)	41	85,4	7	14,6			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=206)	149	72,3	57	27,7	1,061	1	0,303
Kötü (n=121)	81	66,9	40	33,1			
Aşı Koruyuculuk							
Koruyucu (n=231)	173	74,9	58	25,1	7,826	1	0,005
Koruyucu Değil (n=96)	57	59,4	39	40,6			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	116	78,9	31	21,1	15,559	2	<0,001*
Hayır (n=155)	93	60,0	62	40,0			
Bilmiyor (n=25)	21	84,0	4	16,0			
Sağlık Çalışanından Aşı Bilgisi Alma							
Evet (n=208)	168	80,8	40	19,2	29,817	1	<0,001
Hayır (n=119)	62	52,1	57	47,9			

*Likelihood Ratio

18 yaşından sonra aşı yaptırmayan katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri irdelendiğinde, en sık nedenin %54,1(n=53) ile “sağlık çalışanları tarafından önerilmediği” gerekçesi bildirilmiştir. Diğer nedenlerin dağılımı Tablo 48’de sunulmuştur.

Tablo 48. 18 Yaşından Sonra Aşı Yaptırmayan Katılımcıların Aşı Yaptırmama Nedenleri*

Yaptırmama nedenleri	Sayı (n=97)	Yüzde
Sağlık çalışanları tarafından önerilmedi	53	54,6
Risk grubunda değilim	37	38,1
Aşılar hakkında bilgi sahibi değilim	31	32,0
Vakit bulamadım	11	11,3
İğneden korkuyorum	6	6,2
Yan etkisi olduğunu düşünüyorum	5	5,2
Kişisel inancım nedeniyle olmadım	3	3,1
Ücretli olduğu için	2	2,1
Allerjim olduğu için	2	2,1
Koruyucu olmadığını düşünüyorum	2	2,1
Diğer**	2	2,1

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda ‘evet’ diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir

18 yaşından sonra Td aşısı olan kişilerin % 49,2’si (n=98) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. Bunların %37,7’si(n=75) gebelik nedeniyle aşı olurken, aşı olanların % 95,4’ü(n=190) Td aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir (Tablo 49).

Tablo 49. Erişkin Dönemde Td Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=199)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
1. Basamak Sağlık Kurumu	98	49,2
Kamu Hastaneleri	44	22,1
TSK	43	21,6
Özel Hastane	9	4,5
İşyeri	5	2,5
Aşı Olma Nedeni		
Gebelik	75	37,7
Yaralanma/temas sonrası korunma	56	28,1
Zorunlu askerlik aşısı	43	21,6
İş Gereği	17	8,5
Korunma amacıyla	4	2,0
Seyahat nedeniyle	2	1,0
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	2	1
Aşıya Erişim		
Kolay	190	95,4
Zor	9	4,5

18 yaşından sonra Td aşısı olanlar arasında; kadınlar erkeklere göre (χ^2 :13,343, $p<0,001$), 34-50 yaş grubunda olanlar diğer yaş gruplarına göre (χ^2 :33,480, $p<0,001$), evliler bekarlara göre (χ^2 :26,056, $p<0,001$), çalışanlar çalışmayanlara göre (χ^2 :12,401, $p<0,001$) ve aşıları koruyucu olarak tanımlayanlar koruyucu olmadığını düşünmeyenlere göre (χ^2 :6,724, $p:0,010$) Td aşısı olma oranı daha yüksektir (Tablo 50).

Tablo 50. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=199)		Olmayan (n=128)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	106	73,2	94	47,0	13,343	1	<0,001
Erkek (n=127)	93	53,0	34	26,8			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	50	49,0	52	51,0	33,480	3	<0,001
35-49 (n=129)	102	79,1	27	20,9			
50-64 (n=76)	41	53,9	35	46,1			
65 ve üzeri (n=20)	6	30,0	14	70,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	160	69,9	69	30,1	26,056	1	<0,001
Bekar (n=98)	39	39,8	59	60,2			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	92	59,4	63	40,6	0,279	1	0,597
Lise ve üzeri (n=172)	107	62,2	65	37,8			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	122	69,7	53	30,3	12,401	1	<0,001
Çalışmıyor (n=152)	77	50,7	75	49,3			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	62	66,7	31	33,3	1,842	1	0,175
Kötü (n=234)	137	58,5	97	41,5			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	71	60,7	46	39,3	0,002	1	0,962
Yok (n=210)	128	61,0	82	39,0			

Aşı							
Koruyucu (n=231)	151	65,4	80	34,6	6,724	1	0,010
Koruyucu Değil (n=96)	48	50,0	48	50,0			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	96	65,3	51	34,7	4,881	2	0,087
Hayır (n=155)	85	54,8	70	45,2			
Bilmiyor (n=25)	18	72,0	7	28,0			

18 yaşından sonra influenza aşısı olan katılımcıların %78,9'u (n=45) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. Aşı olanların %36,6'sı (n=22) sağlık çalışanı tavsiye ettiği için, %33,3'ü (n=19) influenzadan korunmak için aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %91,2'si (n=52) influenza aşısına erişimin kolay olduğunu belirtmiştir (Tablo 51)

Tablo 51. Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Aşı Olunan Yer	Sayı (n=57)	Yüzde
1. Basamak Sağlık Kurumu	45	78,9
Kamu Hastaneleri	7	12,3
İşyeri	4	7,0
Özel Hastane	1	1,8
Aşı Olma Nedeni		
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	22	36,6
Hastalıktan korunma	19	33,3
Kronik Hastalık	8	14,0
İş	5	8,8
Gebelik	2	3,5
Seyahat	1	1,8
Aşıya Erişim		
Kolay	52	91,2
Zor	5	8,8

18 yaşından sonra influenzaya karşı bağışıklananların; lise ve üzeri eğitim alanların ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre (χ^2 :4,198, p:0,040), çalışanların çalışmayanlara göre(χ^2 :4,799, p:0,028), kronik hastalığı olanların olmayanlara göre (χ^2 :8,532, p:0,003) ve ailesindeki erişkinlerde aşı olanların olmayanlara göre (χ^2 :14,626, p:0,001) daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 52).

Tablo 52. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=57)		Olmayan (n=270)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	35	17,5	165	82,5	0,002	1	0,967
Erkek (n=127)	22	17,3	105	82,7			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	11	10,8	91	89,2	7,824	3	0,050
35-49 (n=129)	24	18,6	105	81,4			
50-64 (n=76)	15	19,7	61	80,3			
65 ve üzeri (n=20)	7	35,0	13	65,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	44	19,2	185	80,8	1,687	1	0,194
Bekar (n=98)	13	13,3	85	86,7			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	20	12,9	135	87,1	4,198	1	0,040
Lise ve üzeri (n=172)	37	21,5	135	78,5			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	38	21,7	137	78,3	4,799	1	0,028
Çalışmıyor (n=152)	19	12,5	133	87,5			

Gelir Algısı							
İyi (n=93)	19	20,4	74	79,6	0,812	1	0,368
Kötü (n=234)	38	16,2	196	83,8			
Riskli yakın							
Evet (n=133)	24	18,0	109	82,0	0,059	1	0,809
Hayır (n=194)	33	17,0	161	83,0			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	30	25,6	87	74,4	8,532	1	0,003
Yok (n=210)	27	12,9	183	87,1			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	13	14,8	75	85,2	2,404	2	0,301
Hayır (n=191)	32	16,8	159	83,2			
Bıraktım (n=48)	12	25,0	36	75,0			
Genel Durum Algısı							
İyi (n=206)	35	17,0	171	83,0	0,075	1	0,784
Kötü (n=121)	22	18,2	99	81,8			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	45	19,5	186	80,5	2,296	1	0,130
Koruyucu Değil (n=96)	12	12,5	84	87,5			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	36	24,5	111	75,5	14,626	2	0,001
Hayır (n=155)	14	9,0	141	91,0			
Bilmiyor (n=25)	7	28,0	18	72,0			

Çalışmada 18 yaşından sonra meningokok aşısı olan kişilerin %70'i (n=35) TSK'da, %28'i (n=14) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. Aşı olanlardan %2,0'si (n=1) aşı olduğu yeri hatırlamamaktadır. Aşı olanların %70'i (n=35) askerlikte zorunlu olarak, %30'u (n=15) ise seyahat nedeniyle bağışıklandığını ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %100'ü (n=50) meningokok aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir (Tablo 53).

Tablo 53. Erişkin Dönemde Meningokok Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=50)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
TSK	35	70,0
1. Basamak Sağlık Kurumu	14	28,0
Hatırlamıyor	1	2,0
Aşı Olma Nedeni		
Zorunlu askerlik aşısı	35	70,0
Seyahat nedeniyle	15	30,0
Aşıya Erişim		
Kolay	50	100,0

Katılımcıların 18 yaşından sonra meningokok aşısı olma ile sosyodemografik özellikler irdelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre (χ^2 :46,292, $p<0,001$) ve çalışanlarda çalışmayanlara göre (χ^2 :8,106, $p:0,004$) meningokok aşısı olma oranı daha yüksektir (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Meningokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Meningokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=50)		Olmayan (n=277)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	9	4,5	191	95,5	46,292	1	<0,001
Erkek (n=127)	41	32,3	86	67,7			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	15	14,7	87	85,3	5,995	3	0,112*
35-49 (n=129)	26	20,2	103	79,8			
50-64 (n=76)	6	7,9	70	92,1			
65 ve üzeri (n=20)	3	15,0	17	85,0			

Medeni Durum							
Evli (n=229)	36	15,7	193	84,3	0,109	1	0,741
Bekar (n=98)	14	14,3	84	85,7			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	18	11,6	137	88,4	3,077	1	0,079
Lise ve üzeri (n=172)	32	18,6	140	81,4			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	36	20,6	139	79,4	8,106	1	0,004
Çalışmıyor (n=152)	14	9,2	138	90,8			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	12	12,9	81	97,1	0,572	1	0,450
Kötü (n=234)	38	16,2	196	83,8			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	15	12,8	102	87,2	0,858	1	0,354
Yok (n=210)	35	16,7	175	83,3			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	39	16,9	192	83,1	1,541	1	0,214
Koruyucu Değil (n=96)	11	11,5	85	88,5			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	27	18,4	120	81,6	4,775	2	0,092
Hayır (n=155)	17	11,0	138	89,0			
Bilmiyor (n=25)	6	24,0	19	76,0			

*Likelihood Ratio

18 yaşından sonra HBV aşısı olan kişilerin %68,3'ü (n=28) birinci basamak sağlık kurumunda, %12,2'si (n=5) özel hastanede aşı olmuştur. HBV aşısı olanların %46,3'ü (n=19) sağlık çalışanı tavsiye ettiği için, %19,2'si (n=8) iş gereği aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %92,7'si (n=38) aşına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir (Tablo 55).

Tablo 55. Erişkin Dönemde hepatit B Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=41)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
1. Basamak Sağlık Kurumu	28	68,3
Kamu Hastaneleri	6	14,7
Özel Hastane	5	12,2
TSK	1	2,4
Havalimanı	1	2,4
Aşı Olma Nedeni		
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	19	46,3
İş Gereği	8	19,5
Korunma amacıyla	5	12,2
Gebelik	3	7,3
Kronik hastalık	2	4,9
Seyahat nedeniyle	2	4,9
Zorunlu askerlik aşısı	1	2,4
Ailesinde HbsAg(+)lığı	1	2,4
Aşıya Erişim		
Kolay	38	92,7
Zor	3	7,3

Araştırma grubunun 18 yaşından sonra HBV aşısı olma durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı değerlendirildiğinde; lise ve üzeri eğitim alanlarda, ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre HBV aşısı olanların oranı daha yüksektir (χ^2 :4,631, p:0,031) (Tablo 56).

Tablo 56. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde hepatit B Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde hepatit B Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=41)		Olmayan (n=286)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	26	13,0	174	87,0	0,100	1	0,752
Erkek (n=127)	15	11,8	112	88,2			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	12	11,8	90	88,2	5,893	3	0,117*
35-49 (n=129)	18	14,0	111	86,0			
50-64 (n=76)	11	14,5	65	85,5			
65 ve üzeri (n=20)	0	0	20	100,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	30	13,1	199	86,9	0,220	1	0,639
Bekar (n=98)	11	11,2	87	88,8			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	13	8,4	142	91,6	4,631	1	0,031
Lise ve üzeri (n=172)	28	16,3	144	83,7			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	27	15,4	148	84,6	2,868	1	0,090
Çalışmıyor (n=152)	14	9,2	138	90,8			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	11	11,8	82	88,2	0,060	1	0,807
Kötü (n=234)	30	12,8	204	87,2			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	16	13,7	101	86,3	0,215	1	0,643
Yok (n=210)	25	11,9	185	88,1			

Genel Sağlık Algısı							
İyi (n=206)	27	13,1	179	86,9	0,164	1	0,685
Kötü (n=121)	14	11,6	107	88,4			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	28	12,1	203	87,9	0,125	1	0,724
Koruyucu Değil (n=96)	13	13,5	83	86,5			
*Likelihood Ratio							

18 yaşından sonra KKK aşısı olan kişiler en fazla %86,7 (n=13) ile TSK'da aşı olmuştur. %86,7'si (n=13) askerlik nedeniyle aşı olduğunu ve %100 (n=15)'ü aşıya erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir (Tablo 57).

Tablo 57. Erişkin Dönemde KKK Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

Aşı Olunan Yer	Sayı (n=15)	Yüzde
TSK	13	86,7
Kamu Hastanesi	1	6,7
Özel Hastane	1	6,7
Aşı Olma Nedeni		
Zorunlu Asker Aşılması	13	86,7
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	1	6,7
Seyahat Nedeniyle	1	6,7
Aşıya Erişim		
5	15	100

Katılımcıların 18 yaşından sonra KKK aşısı olma durumları sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre (χ^2 :15,140, $p<0,001$), 35-49 yaş grubunun 50 yaş üzerine göre (χ^2 :11,504, $p:0,003$) ve çalışanlarda çalışmayanlara göre (χ^2 :10,019, $p:0,001$) daha yüksek oranda KKK aşısı yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 58).

Tablo 58. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde KKK Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde KKK Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=15)		Olmayan (n=312)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	2	1,0	198	99,0	15,140	1	<0,001*
Erkek (n=127)	13	10,2	114	89,8			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	5	4,9	97	95,1	11,504	2	0,003**
35-49 (n=129)	10	7,8	119	92,2			
50 ve üzeri (n=96)	0	0,0	96	100,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	10	4,4	219	95,6	0,085	1	0,777*
Bekar (n=98)	5	5,1	93	94,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	4	2,6	151	97,4	2,711	1	0,118*
Lise ve Üstü (n=172)	11	6,4	161	93,6			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	14	8,0	161	92,0	10,019	1	0,001*
Çalışmıyor (n=152)	1	0,7	151	99,3			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	2	2,2	91	97,8	1,763	1	0,248*
Kötü (n=234)	13	5,6	221	94,4			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	13	6,2	197	93,8	3,447	1	0,095*
Yok (n=210)	2	1,7	115	98,3			

Aşı							
Koruyucu (n=231)	12	5,2	219	94,8	0,664	1	0,566*
Koruyucu Değil (n=96)	3	3,1	93	96,9			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	8	5,4	139	94,6	2,582	2	0,275**
Hayır (n=155)	7	4,5	148	95,5			
Bilmiyor (n=25)	0	0,0	25	100,0			

*Fisher's Exact Test **Likelihood Ratio

18 yaşından sonra kuduz aşısı olan kişilerin % 73,3'ü (n=11) kamu hastanesinde aşı olduğu, %100'ü (n=15) temas sonrası profilaksi nedeniyle aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %93,3'ü (n=14) kuduz aşısına erişimin kolay, %6,7 (n=1) zor olduğunu belirtmiştir (Tablo 59).

Tablo 59. Erişkin Dönemde Kuduz Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=15)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
Kamu Hastanesi	11	73,3
1. Basamak Sağlık Kurumu	3	20,0
Özel Sağlık Kurumu	1	6,7
Aşı Olma Nedeni		
Temas Sonrası Korunma	15	100
Aşıya Erişilebilirlik		
Kolay	14	93,3
Zor	1	6,7

Katılımcıların 18 yaşından sonra kuduz aşısı olma ile sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 60).

Tablo 60. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Kuduz Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Kuduz Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=15)		Olmayan (n=312)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	9	4,5	191	95,5	0,009	1	0,925
Erkek (n=127)	6	4,7	121	95,3			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	8	7,8	94	92,2	3,964	3	0,265*
35-49 (n=129)	3	2,3	126	97,7			
50-64 (n=76)	3	3,9	73	96,1			
65 ve üstü (n=20)	1	5,0	19	95,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	8	3,5	221	96,5	2,088	1	0,158**
Bekar (n=98)	7	7,1	91	92,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	5	3,2	150	96,8	1,248	1	0,264
Lise ve Üstü (n=172)	10	5,8	162	94,2			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	7	4,0	168	96,0	0,297	1	0,586
Çalışmıyor (n=152)	8	5,3	144	94,7			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	7	7,5	86	92,5	2,566	1	0,141**
Kötü (n=234)	8	3,4	226	96,6			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	4	3,4	113	96,6	0,568	1	0,568**
Yok (n=210)	11	5,2	199	94,8			

Aşı							
Koruyucu (n=231)	15	6,5	216	93,5	6,533	1	0,007**
Koruyucu değil (n=96)	0	0,0	96	100,0			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	8	5,4	139	94,6	0,444	2	0,801*
Hayır (n=155)	6	3,9	149	96,1			
Bilmiyor (n=25)	1	4,0	24	96,0			

*Likelihood Ratio **Fisher's Exact Test

Katılımcılar arasında 18 yaşından sonra HAV aşısı olan kişilerin %62,5'i (n=5) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olurken, aşılananların %37,5'i (n=3) seyahat, %25'i (n=2) hastalıktan korunma, %12,5'i (n=1) askerlikte zorunlu olarak, %12,5'i (n=1) sağlık çalışanı tavsiye ettiği için, %12,5'i (n=1) iş gereği aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %100'ü (n=8) HAV aşısına erişimin kolay olduğunu belirtmiştir (Tablo 61).

Tablo 61. Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=8)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
1. Basamak Sağlık Kurumu	5	62,5
Özel Hastane	1	12,5
TSK	1	12,5
Diğer(havalimanı)	1	12,5
Aşı Olma Nedeni		
Seyahat nedeniyle	3	37,5
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	2	25,0
İş Gereği	1	12,5
Zorunlu asker aşılması	1	12,5
Hastalıktan korunma	1	12,5
Aşıya Erişim		
Kolay	8	100,0

Araştırmaya katılanların 18 yaşından sonra HAV aşısı olma durumu ile sosyodemografik özellikleri irdelendiğinde; yaş grupları ile HAV aşısı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (χ^2 :11,504, p:0,003). Ancak yapılan bonferroni düzeltilmesinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Gelirini iyi olarak tanımlayanların, kötü olarak tanımlayanlara göre HAV aşısı olma oranı daha yüksektir (χ^2 :14,055, p0,001). (Tablo 62).

Tablo 62. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Hepatit A Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=8)		Olmayan (n=319)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	4	2,0	196	98,0	0,430	1	0,716*
Erkek (n=127)	4	3,1	123	96,9			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	2	2,0	100	98,0	6,950	2	0,031**
35-49 (n=129)	6	4,7	123	95,3			
50 yaş ve üstü (n=96)	0	0,0	96	100,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	6	2,6	223	97,4	0,096	1	1,000*
Bekar (n=98)	2	2,0	96	98,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	1	0,6	154	99,4	4,006	1	0,070*
Lise ve Üstü (n=172)	7	4,1	165	95,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	6	3,4	169	96,6	1,521	1	0,293*
Çalışmıyor (n=152)	2	1,3	150	98,7			

Gelir Algısı							
İyi (n=93)	7	7,5	86	92,5	14,055	1	0,001*
Kötü (n=234)	1	0,4	233	99,6			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	6	2,9	204	97,1	0,415	1	0,716*
Yok (n=210)	2	1,7	115	98,3			
Genel Sağlık Algısı							
İyi (n=206)	3	1,5	203	98,5	2,287	1	0,151*
Kötü (n=121)	5	4,1	116	95,9			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	7	3,0	224	97,0	1,124	1	0,445*
Koruyucu değil (n=96)	1	1,0	95	99,0			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	3	2,0	144	98,0	0,332	2	0,847**
Hayır (n=155)	4	2,6	151	97,4			
Bilmiyor (n=25)	1	4,0	24	96,0			

*Fisher's Exact Test **Likelihood Ratio

Pnömonokok aşısı olan katılımcıların %71,5'i (n=5) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. Aşı olan kişilerin % 42,9'u (n=3) sağlık çalışanı tavsiye ettiği için aşılanırken, aşı olanların %100'ü (n=7) pnömonokok aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir (Tablo 63).

Tablo 63. Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı Olan Katılımcıların Aşı Oldukları Yer, Aşı Olma Nedeni ve Aşıya Erişim Durumu

	Sayı (n=7)	Yüzde
Aşı Olunan Yer		
1. Basamak Sağlık Kurumu	5	71,5
Özel Hastane	1	14,3
Kamu Hastanesi	1	14,3
Aşı Olma Nedeni		
Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	3	42,9
Kronik Hastalık	3	42,9
Seyahat nedeniyle	1	14,3
Aşıya Erişim		
Kolay	7	100,0

Katılımcılar arasında kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre (χ^2 :12,839, p:0,001) ve sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanlar iyi olarak tanımlayanlara göre (χ^2 :7,281, p:0,011) pnömonokok aşısını daha fazla yaptıрма oranına sahiptir (Tablo 64).

Tablo 64. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=7)		Olmayan (n=320)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	6	3,0	194	97,0	1,815	1	0,255*
Erkek (n=127)	1	0,8	126	99,2			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	1	1,0	101	99,0	4,290	3	0,232**
35-49 (n=129)	2	1,6	127	98,4			
50-64 (n=76)	2	2,6	74	97,4			
65 ve üzeri (n=20)	2	10,0	18	90,0			

Medeni Durum							
Evli (n=229)	5	2,2	224	97,8	0,007	1	1,000*
Bekar (n=98)	2	2,0	96	98,0			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve Altı (n=155)	5	3,2	150	96,8	1,656	1	0,263*
Lise ve üzeri (n=172)	2	1,2	170	98,8			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	3	1,7	172	98,3	0,327	1	0,709*
Çalışmıyor (n=152)	4	2,6	148	97,4			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	2	2,2	91	97,8	0,001	1	1,000*
Kötü (n=234)	5	2,1	229	97,9			
Kronik Hastalık							
Var (n=117)	7	6,0	110	94,0	12,839	1	0,001*
Yok (n=210)	0	0,0	210	100,0			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	1	1,1	87	98,9	3,404	2	0,182**
Hayır (n=201)	3	1,6	188	98,4			
Bıraktım (n=48)	3	6,3	45	93,8			
Genel Sağlık Algısı							
İyi (n=206)	1	0,5	205	99,5	7,281	1	0,011*
Kötü (n=121)	6	5,0	115	95,0			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	6	2,6	225	97,4	0,897	1	0,344
Koruyucu Değil (n=96)	1	1,0	95	99,0			
Sağlık Çalışanından Aşı Bilgisi Alma							
Evet (n=208)	6	2,9	202	97,1	1,510	1	0,429*
Hayır (n=119)	1	0,8		99,2			

*Fisher's Exact Test **Likelihood Ratio

18 yaşından sonra HPV aşısı olan 3 kişiden %33,3'ü (n=1) birinci basamak sağlık kurumunda, %33,3'ü (n=1) özel hastanede aşı yaptırdığını ifade ederken, %33,3'ü (n=1) aşı olduğu yeri hatırlamamaktadır. Aşı olan kişilerin %66,7'si (n=2) sağlık çalışanı tavsiye ettiği için, %33,3'ü (n=1) hastalıktan korunmak için aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %100'ü (n=3) HPV aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir. HPV aşısı olan katılımcılardan %100'ü (n=3) kadın olup, %66,7'si (n=2) evlidir. HPV aşısı olan katılımcıların %100'ü (n=3) lise ve üzeri eğitimi bulunmaktadır. Hiçbirinin kronik hastalığı bulunmamaktadır.

18 yaşından sonra Hib aşısı olan kişilerin %100'ü (n=3) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. %66,7'si (n=2) seyahat nedeniyle, %33,3'ü (n=1) hastalıktan korunmak için aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerin %66,7'si (n=2) Hib aşısına erişimin kolay, %33,3'ü (n=1) ise zor olduğunu belirtmiştir. Hib aşısı olan kişilerin %33,3'ü (n=1) erkek olup, %100'ü (n=3) evlidir. %66,7'si (n=2) lise ve üzeri eğitime sahiptir. Hepsinin kronik hastalığı bulunmaktadır.

Katılımcılar arasında sarı humma aşısı olan kişilerin %100'ü (n=3) birinci basamak sağlık kurumunda aşı olmuştur. %100'ü (n=3) seyahat nedeniyle aşı olduğunu ifade ederken, aşı olan kişilerin %33,3'ü (n=1) sarı humma aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir.

18 yaşından sonra boğmaca aşısı olan 2 kişi de kadın olup, lise ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Katılımcılardan birisinin kronik hastalığı bulunmakta, birisi birinci basamak sağlık kurumunda diğeri ise özel hastanede bağışıklanmıştır. Katılımcılardan biri seyahat nedeniyle, diğeri ise hastalıktan korunmak için aşı olduğunu belirtmiştir. Aşı olan her iki katılımcı da, boğmaca aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada 1 kadın katılımcı seyahat nedeniyle özel hastanede suçiçeği aşısı yaptırdığını ve aşıya erişiminin kolay olduğunu ifade etmiştir. Bu katılımcı lise ve üzeri eğitime sahip olup, kronik bir hastalığı bulunmaktadır.

3.1. Katılımcıların Erişkin Dönemde Endikasyon Dahilinde Bağışıklanma Durumu

Araştırmaya katılanların %6,1'i (n=20) her yıl influenza aşısı olmaktadır. Her yıl mevsimsel grip aşısı olmayanların %68,4'ü (n=210) "ihtiyaç duymama, hastalığı hafif atlatma", %10,1'i (n=31) "influenza aşısının koruyucu olmadığını düşünmeleri", %5,5'i (n=17) "zaman yokluğu, ihmalkarlık" nedenleriyle bağışıklanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 65).

Tablo 65. Katılımcıların Her Yıl İnfluenza Aşısı Olma Durumu ve Olmama Nedenleri

	Sayı	Yüzde
Her Yıl İnfluenza Aşısı Olma Durumu (n=327)		
Evet	20	6,1
Hayır	307	93,9
Aşı olmama nedenleri (n=307)		
Hasta olmama/hastalığı hafif atlatma	210	68,4
Koruyucu olmaması	31	10,1
Zamansızlık/ihmalcilik	17	5,5
Yan etki/Yabancı madde/ticari	15	4,9
Bilgisi yok	15	4,9
Sağlık çalışanları tarafından önerilmemesi	12	3,9
Ücretli olduğu için	3	1,0
Doktoru yaptırmamasını söylemiş	2	0,7
Aşıya erişememe	2	0,7

Katılımcıların her yıl influenzaya karşı bağışıklanmaları, sosyodemografik özelliklere göre irdelenmiştir. Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (χ^2 :10,857, p:0,001), sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların iyi olarak tanımlayanlara göre (χ^2 :4,833, p:0,028) ve aşılar hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilenlerde bilgilendirilmeyenlere göre (χ^2 :6,410, p:0,014) influenza aşısı yaptırma oranı daha yüksektir (Tablo 66).

Tablo 66. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=20)		Olmayan (n=307)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	12	6,0	188	94,0	0,012	1	0,912
Erkek (n=127)	8	6,3	119	93,7			
Yaş grupları							
19-34 (n=102)	3	2,9	99	97,1	6,810	3	0,078*
35-49 (n=129)	9	7,0	120	93,0			
50-64 (n=76)	4	5,3	72	94,7			
65 ve üzeri (n=20)	4	20,0	16	80,0			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	15	6,6	214	93,4	0,251	1	0,617
Bekar (n=98)	5	5,1	93	94,9			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve altı (n=155)	6	3,9	149	96,1	2,587	1	0,108
Lise ve üzeri(n=172)	14	8,1	158	91,9			
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	12	6,9	163	93,1	0,360	1	0,549
Çalışmıyor (n=152)	8	5,3	144	94,7			
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	7	7,5	86	92,5	0,450	1	0,502
Kötü (n=234)	13	5,6	221	94,4			
Riskli yakın							
Evet (n=133)	7	5,3	126	94,7	0,284	1	0,594
Hayır (n=194)	13	6,7	181	93,3			

Kronik Hastalık							
Var (n= 117)	14	12,0	103	88,0	10,857	1	0,001
Yok (n=210)	6	2,9	204	97,1			
İlaç Kullanımı							
Var (n=99)	13	13,1	86	86,9	12,169	1	<0,001
Yok (n=228)	7	3,1	221	96,9			
Genel Sağlık Algısı							
İyi	8	3,9	198	96,1	4,833	1	0,028
Kötü	12	9,9	109	90,1			
Aşı							
Koruyucu (n=231)	18	7,8	213	92,2	3,849	1	0,073**
Koruyucu Değil (n=96)	2	2,1	94	97,9			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	12	8,2	135	91,8	4,872	2	0,100
Hayır (n=155)	5	3,2	150	96,8			
Bilmiyor (n=25)	3	12,0	22	88,0			
Sağlık Çalışanından Aşı Bilgisi Alma							
Evet (n=208)	18	8,7	190	91,3	6,410	1	0,014**
Hayır (n=119)	2	1,7	117	98,3			

*Likelihood Ratio **Fisher's Exact Test

Katılımcıların her yıl influenzaya karşı bağışıklanmaları bazı endikasyonlara göre değerlendirilmiştir. 65 yaş ve üzerinde 65 yaş altına göre (χ^2 :7,151, p:0,026), kronik akciğer hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre (χ^2 :22,576, p<0,001) her yıl influenza aşısı yaptıрма oranı daha yüksektir (Tablo 67).

Tablo 67. Risk Grupları ile Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde Her Yıl İnfluenza Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=20)		Olmayan (n=307)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Yaş							
65 altı (n=307)	16	5,2	291	94,8	7,151	1	0,026*
65 ve üzeri (n=20)	4	20,0	16	80,0			
Kronik Akciğer Hastalığı							
Var (n=25)	7	28,0	18	72,0	22,576	1	<0,001*
Yok (n=302)	13	4,3	289	95,7			
DM							
Var (n=29)	4	13,8	25	86,2	3,266	1	0,089*
Yok (n=298)	16	5,4	282	94,6			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	3	3,4	85	96,6	1,850	2	0,396**
Hayır (n=191)	13	6,8	178	93,2			
Bıraktım (n=48)	4	8,3	44	91,7			

*Fisher's Exact Test **Likelihood Ratio

Katılımcıların pnömokoka karşı bağışıklanmaları bazı endikasyonlara göre değerlendirilmiştir (Tablo 68). Yaş, kronik akciğer hastalığı, diabetes mellitus ve sigara kullanımı ile pnömokoka karşı bağışıklanma açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 68. Risk Grupları ile Erişkin Dönemde Pnömonokok Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Pnömonokok aşısı					χ^2	df	p
Olan (n=7)		Olmayan (n=320)					
Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde				
Yaş							
65 altı (n=307)	5	1,6	302	98,4	3,570	1	0,062*
65 ve üzeri (n=20)	2	10,0	18	90,0			
Kronik Akciğer Hastalığı							
Var (n=25)	2	8,0	23	92,0	4,436	1	0,093*
Yok (n=302)	5	1,7	297	98,3			
DM							
Var (n=29)	2	6,9	27	93,1	3,436	1	0,121*
Yok (n=298)	5	1,7	293	98,3			
Sigara Kullanımı							
Evet (n=88)	1	1,1	87	98,9	3,404	2	0,182**
Hayır (n=191)	3	1,6	188	98,4			
Bıraktım (n=48)	3	6,3	45	93,8			

*Fisher's Exact Test **Likelihood Ratio

Katılımcıların %32,1'i (n=105) her 10 yılda bir Td rapeli olmuştur. Her on yılda bir Td aşısı olmayanların %57,7'si (n=128) “gerek görmeme, yaralanmama”, %26,6'sı (n=59) “aşının rapeli hakkında bilgi sahibi olmama” nedenleriyle bağışıklanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 69).

Tablo 69. Katılımcıların 10 Yılda Bir Td Aşısı Olma Durumları ve Olmama Nedenleri

	Sayı	Yüzde
Aşı Olma Durumu (n=327)		
Evet	105	32,1
Hayır	222	67,9
Aşı olmama nedenleri (n=222)		
Yaralanmamış/gerek görmemiş	128	57,7
Bilgisi yok	59	26,6
Sağlık çalışanları tarafından tavsiye edilememesi	14	6,3
Vakitsizlik/ihmalkarlık	13	5,9
Yan etki/içerik/ticari/koruyucu değil	6	2,7
SGK'lı değil-ücret nedeniyle	1	0,4
Aşıya ulaşamama	1	0,4

Katılımcıların on yılda bir Td aşısı olma durumları, sosyodemografik özelliklere göre irdelendiğinde; yapılan bonferroni düzeltmesi sonucu Td rapeli olmanın ilerleyen yaşla beraber azaldığı saptanmıştır ($\chi^2:60,506$, $p:<0,001$), bekarların evlilere göre ($\chi^2:4,866$, $p:0,027$), lise ve üstü eğitim alanların ortaokul ve altı eğitim görenlere göre ($\chi^2:7,795$, $p:0,005$), çalışmayanlarda çalışanlara göre ($\chi^2:4,765$, $p:0,029$) Td rapeli olma oranı daha yüksektir (Tablo 70).

Tablo 70. Katılımcıların Özellikleri ile Erişkin Dönemde 10 Yılda Bir Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumunun Karşılaştırılması

Erişkin Dönemde 10 Yılda Bir Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=105)		Olmayan (n=222)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
Kadın (n=200)	67	33,5	133	66,5	0,456	1	0,499
Erkek (n=127)	38	29,9	89	70,1			

Yaş grupları							
19-34 (n=1029)	59	57,8	43	42,2			
35-49 (n=129)	40	31,0	89	69,0	60,506	3	<0,001
50 yaş ve üzeri (n=96)	6	6,3	90	93,7			
Medeni Durum							
Evli (n=229)	65	28,4	164	71,6			
Bekar (n=98)	40	40,8	58	59,2	4,866	1	0,027
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve altı (n=155)	38	24,5	117	75,5			
Lise ve üzeri (n=172)	67	39,0	105	61,0	7,795	1	0,005
Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=175)	47	26,9	128	73,1			
Çalışmıyor (n=152)	58	38,2	94	61,8	4,765	1	0,029
Gelir Algısı							
İyi (n=93)	34	36,6	59	63,4			
Kötü (n=234)	71	30,3	163	69,7	1,180	1	0,277
Aşı							
Koruyucu (n=231)	75	32,5	156	67,5			
Koruyucu Değil (n=96)	30	31,3	66	68,8	0,046	1	0,830
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=147)	47	32,0	100	68,0			
Hayır (n=155)	51	32,9	104	67,1	0,240	2	0,887
Bilmiyor (n=25)	7	28,0	18	72,0			
Sağlık Çalışanından Aşı Bilgisi Alma							
Evet (n=208)	73	35,1	135	64,9			
Hayır (n=119)	32	26,9	87	73,1	2,338	1	0,126

Araştırmaya katılan kadınların %73,5'i (n=147) en az bir gebelik geçirmiştir. %59,2'si (n=87) gebe iken Td aşısı olduğunu belirtmiştir (Tablo 71).

Tablo 71. Kadın Katılımcıların Gebelikleri Süresince Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu

	Sayı (n=147)	Yüzde
Td İle Bağışıklanma		
Evet	87	59,2
Hayır	59	40,1
Hatırlamıyorum	1	0,7

Katılımcıların gebelikleri süresince Td aşısı olma durumları, sosyodemografik özelliklere göre irdelendiğinde; 19-49 yaş arasındaki kadınların 50 yaş ve üzerinelere göre (χ^2 :48,749, $p<0,001$), lise ve üstü eğitim alanların ortaokul ve altı eğitim görenlere göre (χ^2 :6,007, $p:0,014$), aşılar hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilenlerde bilgilendirilmeyenlere göre (χ^2 :17,837, $p <0,001$) Td aşısı olma oranı daha yüksektir (Tablo 72).

Tablo 72. Kadın Katılımcıların Özellikleri ile Gebelikleri Süresince Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu

Gebelik süresince Td Aşısı ile Bağışıklanma Durumu							
	Olan (n=87)		Olmayan/ Bilmeyen (n=60)		χ^2	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Yaş grupları							
19-34 (n=19)	16	84,2	3	15,8	48,749	3	<0,001*
35-49 (n=70)	56	80,0	14	20,0			
50-64 (n=46)	14	30,4	32	69,6			
65 ve üzeri (n=12)	1	8,3	11	91,7			
Eğitim Durumu							
Ortaokul ve altı (n=93)	48	51,6	45	48,4	6,007	1	0,014
Lise ve üzeri (n=54)	39	72,2	15	27,8			

Çalışma Durumu							
Çalışıyor (n=52)	33	63,5	19	36,5	0,610	1	0,435
Çalışmıyor (n=95)	54	56,8	41	43,2			
Gelir Algısı							
İyi (n=42)	30	71,4	12	28,6	3,650	1	0,056
Kötü (n=105)	57	54,3	48	45,7			
Aşı							
Koruyucu (n=104)	66	63,5	38	36,5	2,693	1	0,101
Koruyucu Değil (n=43)	21	48,8	22	51,2			
Ailede Aşı Olma Durumu							
Evet (n=69)	40	58,0	29	42,0	0,359	2	0,836*
Hayır (n=72)	44	61,1	28	38,9			
Bilmiyor (n=6)	3	50,0	3	50,0			
Sağlık Çalışanından Aşı Bilgisi Alma							
Evet (n=104)	73	70,2	31	29,8	17,837	1	<0,001
Hayır (n=43)	14	32,6	29	67,4			
*Likelihood Ratio							

Araştırmaya katılanların %6,4'ü (n=21) seyahat nedeniyle aşı yaptırmış olup, %71,4'ü (n=15) meningokokka karşı bağışıklanmıştır (Tablo 73).

Tablo 73. Katılımcıların Seyahat Nedenli Aşılama Durumu ve Olunan Aşı Bilgisi

	Sayı	Yüzde
Yurtdışı Seyahat Aşılması (n=327)		
Evet	21	6,4
Hayır	306	93,6
Olunan Aşı (n=21)*		
Meningokok	15	71,4
HAV	4	19,0
Sarı humma	3	14,3
HBV	2	9,5
Hib	2	9,5

Td	2	9,5
Boğmaca	1	4,8
Pnömonokok	1	4,8
KKK	1	4,8
İnfluenza	1	4,8
Suçiçeği	1	4,8

* Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda ‘evet’ diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir

B. NİTEL BULGULAR

Derinlemesine görüşmeler 3’ü 18 yaşından sonra hiç aşı yaptırmamış, 4’ü gönüllü olarak aşı yaptırmış, 5’i ise gebelik/yaralanma gibi bir durumu takiben bağışıklanmış 12 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Tablo 74’te katılımcılara ait sosyodemografik özellikler verilmiştir.

Tablo 74. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

18 yaşından sonra aşı olma durumu	Yaş	Cinsiyet	Eğitim durumu	Kronik Hastalık
Hayır	67	Erkek	Ortaokul	DM
Gebelikte Td	57	Kadın	Lise	DM
Yaralanma sonrası Td	36	Kadın	Lisans	Yok
Hayır	20	Kadın	Lise	Yok
Yaralanma sonrası Td	43	Kadın	Lisans	Yok
Askerlik/yaralanma sonrası Td	50	Erkek	Ortaokul	KAH
Gönüllü Td aşısı	51	Erkek	Ortaokul	Yok
Gönüllü HBV, zorunlu Td aşısı	33	Erkek	Lise	Yok
Gönüllü influenza, gebelikte Td	37	Kadın	Lisans üstü	Astım
Gönüllü influenza	69	Kadın	İlkokul	Remisyonunda lenfoma
Yaralanma sonrası Td	50	Erkek	Ortaokul	Yok
Hayır	51	Kadın	İlkokul	Yok

Katılımcılarla yapılan görüşmeler analiz edildiğinde erişkin bağışıklamasıyla ilgili görüşmeler toplam beş tema altında toplanmıştır (Tablo 75).

Tablo 75. Katılımcılarla Görüşmelere Ait Tema ve Kodlar

Temalar	Kategoriler	Kodlar
Erişkin aşıları hakkında genel bilgi		Korunma yöntemi
Aşı ile önlenebilir hastalık duyarlılığı	Bulaşıcı hastalık riskleri	Bağışıklık sistemi Riskli gruplar Kalabalık yaşam Yetersiz sağlık davranışları
	Bulaşıcı hastalıklardan korunma	Bağışıklık sistemi Sağlığı geliştiren/koruyan davranışlar
Aşı ile önlenebilir hastalık ciddiyeti		Mortalite Tedavi gerektirme durumu Tedavisinin olması
Aşıların yararları		Hastalıklardan korunma Hafif geçirme
Aşı kabulünü etkileyen faktörler	Engeller	Yan etki Aşı içeriği Medya Ücret İhmalkarlık Geçmiş deneyimler
	Kolaylaştırıcı faktörler	Sağlık bakanlığı Doktorlar Fayda Geçmiş deneyimler

1. Erişkin Aşıları Hakkında Genel Bilgi

Katılımcıların hepsi aşıların kişilerin hasta olmalarını önleyen bir uygulama olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların çocukluk çağı bağışıklamasına daha fazla aşına oldukları, çocuğu olanların çocukluk dönemi aşılarını tam yaptırdıklarını belirttikleri; fakat erişkin bağışıklama hakkında bilgilerinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bir katılımcı bulaşıcı hastalıklar ve korunma yöntemi olarak aşılar hakkında toplumda bilgi eksikliği olduğunu düşünmektedir.

“Aşıların faydalı iyi olduğu kanaatindeyim. Yani aşılarından, bayağı televizyondan internet'ten duyuyoruz, çocuk ölümleri azalmış dünyada, ülkemizde. Yani yapılan aşılar sonucunda sakatlıklar, eskiden hep öyle duyardık biz, menenjit vardı çocuklarda. Çocuklar menenjit geçirirdi kalıcı hasar bırakırdı, aşıları olduktan sonra sayısı, oranı azaldı hep.” (51 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak Td aşısı olmuş)

“Erişkin aşıları hakkında çok bilgim yok, kendim gerekli görmediğim için erişkinlik döneminde yaptırmadım; ama çocukluk zamanında çocuklarıma yaptırdım. Kendi çocukluk aşılarım da tamam ama erişkinlik zamanında gerek görmedim.” (57 yaşında, kadın, DM(+) gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Bence erişkinlerde herkese yapılır mı bilmiyorum. Sonuçta aşı dediğimiz şey yabancı bir maddenin vücuda şey yapılması; ama bazı vücutlar kaldırabilir; ama emin değilim. Genel olarak erişkinlere ve çocuklara bence yapılır. Herkese her şey yapılmaz erişkin dönemde.” (20 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Ben yetişkinler açısından çok büyük sorun olduğunu düşünmüyorum. Daha çok ihtiyari aşılar olduğunu düşünüyorum. Sanki çocuklukta yapılan aşılar zaruri ve önleyici, yetişkin aşılarının daha az koruyucu ve ihtiyari olduğunu, olsa da olur olmasa da olur şeklinde düşünüyorum... Buradaki sorun bence toplumsal olarak aşıdan ziyade, burada bu hastalığın bulaşıcı olduğu ile ilgili yeterince bilgi verilmiyordur. Belki aşıya gelinceye kadar sanırım öyle bir tereddüt var. Yani o yüzden bunun aşısı olduğu ve aşıyla önlenebilecek bir hastalık olduğuna dair bilgilendirme verilmesi gerekiyordur.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

Katılımcıların erişkin dönemde aşıların kimlere uygulanacağı konusunda yanlış veya eksik bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Çoğu katılımcı hastalıklarla mücadelede bağışıklık sisteminin önemli olduğunu, bebekler, çocuklar ve yaşlılarda bağışıklık sistemi daha güçsüz olduğu için aşı uygulamasına ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir.

“Erişkin aşıları yaşlılara yapılıyor bu tür hastalıklardan korumak için.” (51 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Şöyle aşının mutlaka mutlaka yani bir faydasının olacağına ben inanıyorum. Hele bilhassa yaşlılıkta onun olumlu olacağına inanıyorum... Yaşlılıkta zatürre aşısının olmasını isterim, bunun yapılmasını isterim ben. Erişkinlere bağışıklığımızı yitirdiği için hiç olmazsa biraz koruyucu olur o yüzden isterim.” (69 yaşında, kadın, remisyonunda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

“Erişkin aşısında önemli olan kısım sanırım bağışıklık kazandırmak. Böylelikle bağışıklığı daha düşük olan insanlar ki yaşlılar, gebeler gibi, bunlar hastalıkla

karşılaşırlarsa kontrol altına alabilmek için herhalde. Çok ağır vakalara sebebiyet vermemek açısından herhalde.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

“Erişkinlikte genelde gençlere olsun. Çünkü onların hastalığa bulaşma oranları daha çok; çünkü aktifler sağa sola geziyorlar kalabalık ortamlarda. Onların olmasını gerekli görüyorum. Çocuklara tabii ki öneriyorum, ben kendim olmasını düşünüyorum. Ondan sonra yaşlılarda zaten aşı durumunun olduğunu zannetmiyorum, onun haricinde yaşlılar haricinde herkes.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

Katılımcıların erişkin dönemde uygulanan aşılar ve ödeme kapsamı hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu görülmüştür.

“Erişkin dönemde tavsiye edilen aşılar hakkında bilgim yok... Çevremde de erişkin dönemde aşı yaptıran olmadı.” (50 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Erişkin aşılardan zannediyorum zatürre ve tetanos. Bunlar dışında başka bilgim yok. Tetanos kesik, hani herhangi bir kesik durumunda yapılıyor diye biliyorum. Çünkü ben de yaptırmıştım. Zatürre aşısı ağır gribal enfeksiyonlarda yapılır diye biliyorum; ama çok da fazla bir bilgiye sahip değilim. Sanıyorum biraz orta yaş üstüne yapılıyor diye biliyorum zatürre aşısı. Aşıların hepsi ücretsiz diye biliyorum, çünkü ben tetanos aşısını ücretsiz yaptırdım diye hatırlıyorum.” (36 yaşında, kadın, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Erişkin dönemde, hamilelik döneminde tavsiye edilen tetanos aşısı var ve de rahim ağzı kanseri ile ilgili aşılar, hepatit B ile ilgili aşılar söyleniyor. Hepatit B herkese yapılıyor, tetanos aşısı hamilelerde yapılıyor ve de gerekli durumlarda yapılıyor. İşte bir çivi batması ya da kesilme durumunda tetanos aşısı yapılıyor onu öyle biliyorum. Bir de rahim ağzı kanseri aşısı ile ilgili medyadan duyduklarım var. Hani yapılması gerektiği ile ilgili, özellikle genç kızlara yapılması gerektiği söyleniyor... Aşıların ücretli olup olmaması ile ilgili çok bilgim yok. Herhalde rahim ağzı aşısı, tetanos gibi aşılar ücretsiz. Tetanos aşısını ben de yaptırdım elim kesilmişti, ücretsiz aşılar.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Erişkinlikte grip aşısı tetanos ondan sonra hepatit A, hepatit B, kızamık aşıları yani bağışıklık sistemine yönelik aşılar tavsiye ediliyor.... Mesela ben kendim hepatit A, B aşısında ücret alındığını duydum; ama ben aile sağlığı hekimliğinde bir kısmında bana yardımcı oldular. İlkinde almadılar, 6 ay sonrasında bir daha çağırdılar, almadılar. Bir yıl

sonra çağırıldılar, onda bir tek para alındı bende. Kimisinde alınıyor kimisinde alınmıyor yardımcı oluyorlar genelde.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit A ve hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

“Kadınlarda tam olarak ismini bilmemekle beraber rahim kanserine karşı olan bir aşı olduğunu biliyorum, erişkin dönemde önerilen grip aşısı olduğunu biliyorum, 60 yaşından sonra tetanos galiba pardon verem aşısı mıydı bir aşı daha tavsiye edildiğini biliyorum. Onun dışında bilmiyorum. Bir de hamilelikte tetanos galiba öneriliyor... Herhalde erişkin aşıları ücretsizdir tam bilmiyorum ama benim fikrimi soruyorsanız herhalde ücretli olduğunu düşünürdüm.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

“İnsan sağlığını garanti etmek adına yapılan bir uygulama. Tetanos, boğmaca, zatürre, aklıma gelen erişkin aşıları bunlar... Tahmin ediyorum ki bu aşılar ücretsiz çok da bilgim yok ama ücretsiz olmalı.” (67 yaşında, erkek, DM(+), 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Bilhassa yaşlılıkta zatürre aşısının olmasını isterim, bunun yapılmasını isterim ben... Ama yalnız herhalde zatürre aşısının ücretli olduğunu biliyorum, o yüzden ben yaptırmadım hiç.” (69 yaşında, kadın, remisyonda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

2. Aşıyla Önlenebilir Hastalık Duyarlılığı:

Katılımcılar belirli yaş gruplarında bağışıklık sisteminin işlevlerinde farklılıklar olduğunu ve bu durumun bağışıklanmada önem taşıdığını belirtmiştir. Yaşlı ve kronik hastalığı olmayanların hastalığa duyarlılıkları düşüktür.

“Yaşlılıkta insanların dirençleri, vücut dirençleri, daha azaldığı için öyle sanıyorum desteklemek gerekiyor çocuklarda olduğu gibi. Ondan dolayı aşılar gerekli diye düşünüyorum... Daha çok yaşlandığım zaman mesela bir grip aşısı yaptırmayı bir zatürre aşısı yaptırmayı düşünüyorum.” (58 yaşında, kadın, DM(+), gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Hani sadece aklıma grip aşısı geliyor, gribi geçirebileceğimi düşünüyorum. Grip aşısı da özellikle kronik hastalığı olanlar, yaşlılar ve çocuklar için öneriliyor. Bunun dışında ben kendim için gerekli görmüyorum, kendime yaptırmıyorum. Kendimi riskli hissetmiyorum.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Burada en önemli olan konu vücudun bağışıklık sistemi ne kadar güçlü ise, o kadar az hasarla geçirirsin. Bağışıklık sistemin zayıfsa, o zaman durumun vahim demektir.” (50 yaşında, erkek, KAH(+), askerlikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“...Erişkinlere bağışıklığımızı zayıfladığı için, hiç olmazsa biraz koruyucu olur. O yüzden isterim 65'in üzerinde olunca.” (69 yaşında, kadın, remisyonda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

Katılımcılardan bazıları kalabalık yaşam şartları ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde gerekli davranış biçimlerinin uygulanmaması nedeniyle bulaşıcı hastalıklardan korunulamayacağını düşünmektedir.

“Bulaşıcı hastalıklardan şu anki şartlarda, istediğimiz kadar şey yapsak da pek korunabileceğimizi düşünmüyorum. Çünkü açık ortamda, kapalı ortamda insanlar birlikte yaşıyorlar. Birinde olan bir mikrop, isterseniz de istemeseniz de aldığınız havadan bulaşacaktır edecektir. Hava ile bulaşan hastalıklardan bahsediyorum, solunum yoluyla gelebilecek hastalıklardan bahsediyorum, onun pek önüne geçebileceğimize de inanmıyorum”. (50 yaşında, erkek, KAH(+), askerlikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Genelde toplu alanları kullanıyoruz, toplu taşımayı kullanıyoruz, orada dikkat edilebilir. Öksüren, aksıran özellikle eliyle kapatmıyordur. Oradan uzaklaşmak gerekir aslında. Aslında öksürürken bile, biz toplumda öksürmesini bilmiyoruz. Ya dirseğine doğru veya avucunun içi ile ağzını kapatması lazım, hiçbirini yapmıyor. Direkt öksürüyor bir otobüste, bence düşünün örneğin herkese yayılıyor”. (51 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak Td aşısı olmuş)

Katılımcılar aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklardan bağışıklık sistemini güçlü tutmak amacıyla sağlıklı beslenerek, egzersiz yaparak, sigara kullanmayarak, kişisel bakım ve hijyene dikkat ederek, hastalardan uzak durarak ve aşı yaptırarak korunabileceklerini belirtmektedir.

“Bulaşıcı hastalıklardan korunma hakkında hiçbir fikrim yok. Aşının dışında hiçbir korunma önlemi yok, o aşıları da yaptırmamız gerekiyor bence.” (51 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Bakım, temizlik, vücut direncinin artırılması için yiyeceklerimize dikkat etmek gerekir. Hijyene dikkat etmek gerekir, temizliğe dikkat ederek bol güneşli ortamlarda bulunarak, açık havada ve spor yaparak.” (57 yaşında, kadın, DM(+)) gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Elimden geldiğince hijyene önem vermeye çalışıyorum. Ne bileyim, bulunduğumuz yaşadığımız ortamı temiz tutmaya çalışıyoruz. Aile içerisinde küçükleri yönlendirip onların hijyenini sağlayıp birbirimize bulaşmasını engellemeye çalışıyoruz. Çocuklarımıza da

temizliğin öneminden bahsediyoruz.” (50 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Kendimde bulaşıcı bir hastalık kapma ihtimalini görmüyorum. Çünkü sık sık muayenelere gidiyorum, gittiğim zaman yani kendimle alakalı en ufak şeyleri söylüyorum. Ne yapabilirim diye, ne önerirsiniz diye. Doktor tavsiyesine dikkat etmeye uymaya çalışıyorum, yani bir şey söylüyorsa doktorun bana aşı vesaire hap gibi şeyler onları kullanıyorum. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada birincisi kişisel bakım. Kendi işyerimizde de bunların eğitimleri veriliyor, internet üzerinden telefon uygulamamız var. Oradan daha yeni el yıkama olsun, diş fırçalama olsun başka şekilde vücut sağlığı ile alakalı eğitimler var. Onlara çok özen gösteriyoruz yani. Dikkat etmeye çalışıyoruz ve yediğimiz içtiğimiz şeylere dikkat etmeye çalışıyoruz. Yani bunları da yaparsak koruyacağını düşünüyorum. ...Onunla alakalı sigaranın muhtemelen zatürre ile alakası olduğunu düşünüyorum. Bundan dolayı sigara kullanmıyorum, 3 yıldır sigara içmiyorum. İçilen ortamdan uzak durmaya çalışıyorum, yanımda olan kişileri muhakkak uyarıyorum başka yere geçmesini öneriyorum kendi alanıma giriyorsa, diğerlerinde de kesinlikle ben oturmuyorum içeri.” (33 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak hepatit A ve hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

“Aşılar hastalık geçirme ihtimalimi düşürür... Bulaşıcı hastalıklardan korunmada aşı en başta önemli, sonra genel olarak hijyen tarzı şeyler ve dikkat etmek, bolca vitamin.” (20 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı yaptırmamış)

“Bulaşıcı hastalıklardan nasıl kendimi koruyorum? Bugüne kadar hiç düşünmediğim bir konuydu. Yani gripli olan bir insandan hızlı uzaklaşmak, hijyenik olmaya gayret etmek. Bunun dışında dediğim gibi, gripli olan bir insandan daha uzak durarak kendimi koruma altına almaya çalışıyorum. Bol bol elimi yıkarım huylarımdan biri de bu.” (67 yaşında, erkek, DM(+), 18 yaşından sonra aşı olmamış)

3. Aşı İle Önlenebilir Hastalıkların Ciddiyeti

Katılımcılar hepatit B, pnömokok, tetanos ve boğmacanın ölümcül hastalıklar olması nedeniyle çok ciddi hastalıklar olduğunu, influenzanın ise tedavisiz kısa sürede atlatılabileceğini ve bu yüzden önemsiz bir hastalık olduğunu düşünmektedir.

“Aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkların insan sağlığı açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum. Örneğin bir zatürre ölümcül hastalık. Bundan korkmayalım da hangisinden korkalım?”(67 yaşında, erkek, DM(+), 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Sarılık ve zatürre hastalıkları ciddi boyutta önemli hastalıklar ama gribin çok da, tabii ki ciddi sonuçlara varan grip de söz konusu ama, zatürre kadar önemli olmadığını düşünüyorum. Bu ciddiyeti öldürücü bir sonuca varır mı varmaz mı? Zatürrede sonuçlar bazen kötü olabiliyor bildiğim kadarıyla.” (36 yaşında, kadın, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Aşı ile önlenabilir hastalıklar hakkında gereği yapılmadığı zaman, gerçekten tehlikeli olduklarını düşünüyorum, özellikle tetanosun. Çünkü tetanos konusunda çok bilinçli değiliz bence; çünkü kimse önemsemiyor; ama geçen gün çevremde biri tetanos yüzünden öldüğünü söyledi... ama zannettiğimizden daha ciddi hastalıklar bence. Ölüme yol açabiliyorlar.” (20 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Bulaşıcı hastalıklar başa geldiğinde ciddi hastalıklar ama çok yaygın olan hastalıklar değil. Yani toplumsal olarak çok bir tehlikesi yok, artık şans eseri bulaşır diye düşünüyorum.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Grip hastalığını o kadar çok ciddiye almam. Tetanos önemli, zatürre de önemli. Önemli olması ileriki boyutları önüne geçmezsen, ölümcül noktalara kadar ilerleyebileceğini biliyorum.” (50 yaşında, erkek, KAH(+), askerlikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Grip o kadar ciddi değil, tamam şiddetli geçtiği zaman 3 gün, 4 gün, 5 gün yatakta kalabiliyorsunuz. Ama ilaçlarınızı kullandıktan sonra, kendinize iyi baktıktan sonra, gıdanıza dikkat ettikten sonra geçiyor... Boğmaca, sarılık hep çocuklarda ortaya çıkan hastalıklar bunlar. Aşuları da var. Bunlar ciddi hastalıklar tabii. Bunların ölümcül sonuçları olabilir.” (51 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak Td aşısı olmuş)

“Bulaşıcı hastalıkların çok ciddi olduğunu biliyorum. Çünkü hafif bir tetanos ile ilgili bir yere sürdükten sonra bir şeyler okudum, aşı olup olmama kararı verirken. Korkunç şeyler okudum. Aslında çok korkunç, çok kötü hastalıklar olduğunu düşünüyorum. Okuduklarımdan sonra bilgim var yani.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

“Zatürre mesela çok ciddi, bir hepatit B çok ciddi, ama mesela bir grip bana göre çok ciddi bir hastalık değil. Çünkü ilaçsız da bir gribi atlatabiliriz, ama bir zatürre, hepatit B böyle değil.” (57 yaşında, kadın, DM(+), gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“...Ama grip artık tedavi edilebilir bir hastalık.” (36 yaşında, kadın, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Çok ciddi hastalıklar bunlar. Yani zatüre olsun, boğmaca olsun, hafife alınacak sarılık falan tedbir alınmazsa çok ciddi sonuçları olacağını düşünüyorum yani tedavi anlamında.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

4. Bağışıklanmanın Yararları

Katılımcılar genel olarak bağışıklama ile hastalığın hafif geçirileceğini veya hastalıktan koruyucu olduğunu düşünmektedir. Bir katılımcı erişkin aşılarının koruyuculuğu ile ilgili fikir sahibi değildir. İki katılımcı ise, özellikle medya organlarında aşılar ile ilgili yapılan haberler sonrası kafa karışıklığı yaşadığını belirtmiştir.

“İnsan sağlığını garanti etmek adına yapılan bir uygulama... İlkokuldan beri hatırladığımız kızamık aşısı vardı. Ne bileyim öyle bir rahatsızlık yaşamadık. Aşıların varlığı sonuç veriyor ki, aşı olmalı diye düşünüyorum.” (67 yaşında, erkek, DM(+), 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Aşılar koruyucu yaptırılmalı; ama mesela rahim ağzı aşısı. Ben mesela onu gerekli görmüyorum kendim. Onun çok partner değiştirenlerde olduğunu duydum ben. Bazı şeyler de şartlara göre. Bizim toplumda, daha muhafazakar bir şeyimiz var... Onun için mesela bir rahim ağzı aşısı olmayı düşünmem; çünkü gerek yok. ...Yani aşılar hastalığı önlemez ama, daha hafif geçirmenizi sağlar diye düşünüyorum.” (57 yaşında, kadın, DM(+)) gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Aşıların %100 koruyucu olduklarına inanıyorum. Yoksa aşı olmayan ülkelerde veya aşı kullanmayan ülkeler de bu kadar salgın hastalık baş göstermezdi.” (36 yaşında, kadın, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Aşılar hakkında genel bilgilerim koruyucu oldukları, aslen hastalık öncesinde yapılması gerektiği. Çünkü hastalık sırasında yapılırsa, hastalığa fayda etmeyeceğini biliyorum. Koruyucu olarak yine yapılan bir şey ve aslında her yaş grubunun yapması yaptırması gereken bir şey... Aşılar gerçekten koruyucular, bu kadar koruyucu olmasalar, zaten bu konunun üzerine bu kadar gidilmez veya durulmaz. Sonuçta buna büyük bir bütçe ayrılıyordur bence. Bu kadar büyük, önemli ciddi koruyucu işe yarayan bir şey olmasa kimsenin bu kadar çok bütçe ayıracağını düşünmüyorum buna.” 20 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Aşıların yararlı olduğunu düşünüyorum... Son günlere kadar aşıların koruyuculuğu hakkında emindim. Ama son günlerde, yan etkileri ile ilgili ve içinde kullanılan maddelerin zararı ile ilgili haberler duyuyorum. O biraz tabii beni

düşündürüyor, ne kadar doğru ve etkisi ne kadar fazla.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“... Okuma yazmayı öğrendiğimizden beri, öncesinde de, ailemizden aşılardan hastalıklardan koruyucu olduğu, onunla birlikte hasta olmadan da seni birçok şeyden koruduğunu, ettiğini biliyorum... Koruyuculuğuna inanırım, ama ileriki yaşlarda bence vücut kendi bağışıklığı ile korunmalı... Bebeklerde, çocuklarda aşılardan koruyacağını düşünüyorum ama ileriki zamanlarda tetanos korur, onu biliyorum. Diğerleri hususunda pek de fikrim yok açıkçası, tam net cevap veremeyeceğim.” (50 yaşında, erkek, KAH(+), askerlikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Aşıların faydalı, iyi olduğu kanaatindeyim... Tetanos, işyeri güvenliği sağlığı açısından çok iyi. İşyerinde daha güvenilir, sağlıklı, sağlık şartlarını sağlamak amacıyla yapılıyor. İşyerinde kaza olabilir, paslı metaller oluyor, çiviler olur, sacılar olur. Ki bizde var mesela, bizim orada otomotiv atölyeleri var. Orada çok fazla paslı şey var, herkes oldu... Aşıların koruyuculuğunu olumlu buluyorum, hastalıklardan koruyucudur. Çünkü baştan söyledim. Ölüm oranları bayağı azaldı, bu da aşılardan sayesinde oldu.” (51 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak Td aşısı olmuş)

“Aşıların, mesela 5 üzerinden 5 koruyacağına inanıyorum. Ama şüpheli olduğum, yani sadece böyle çok televizyonda medyatik şeylere aslında bakanlığın bizzat belli bir, yani bir kanalı olmuş olsa, çok ya birebir devamlı bu karışıklığı giderebilir. İnsanlarda kafa karışıklığı kalmaz.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

“Ben yurtdışında, Almanya’da master yaparken sağlık sigortamın kapsamındaydı grip aşısı ve işte aile hekimine gidip yaptırabiliyordunuz. Almanya çok soğuktu ve böyle bir imkan olduğunu düşündüğüm için ve bunu çok ağır atlatmamak için, yalnız olduğum için de, gidip 2 sene boyunca, her sene o kapsamda grip aşısı oldum ve gerçekten de grip olmadım. Bu arada gerçekten, onun dışında hamileliğinde tetanos aşısı oldum, ondan önce de oldum ve çok güvenerek oldum. Onu güvenli bir kapı olarak ve önleyici olduğuna %100 emin olarak yaptırdım. Durum bu, tecrübelerim bu şekilde... Aşıların koruyuculuğu hakkında, aslında herhangi bir tereddütüm yok... İnsanların aşının koruyuculuğu hakkında herhangi bir şüphesinin olduğunu düşünmüyorum.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

“Ben grip aşısı daha önce oldum, iki sene yaptırdım. İlk yıl yaptırdığım da hastalanmadım. İkinci yıl da aşı yaptırdığımda, yaptırdıktan 1 hafta sonra hastalandım. Hem de yani çok ağır geçirdim. Ya hastalanacaktım aşımı da üzerine yaptırdım, aşının da

zaten onun mikrop olduğunu ben zaten biliyorum. Üst üste olunca ondan dolayı da ağır geçirmiş olabilirim. Onun da etkisi olmuş olabilir. O yüzden, yani ben %100 aşının koruyacağını sanmıyorum; ama belki %50-60 koruyabilir aşı... Koruyucu olabilir. Şöyle insan hastalansa bile, fazla yani uzun süreceğini sanmıyorum hastalığı aşılanırsa. Hiç olmazsa hafif geçirir.” (69 yaşında, kadın, remisyonda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

“Aşıların faydası var bence. Faydası olmazsa, belli bir yaşa kadar çocuklara aşı yapılıyor, ondan sonra bir daha hiç hasta olmuyorlar. Demek ki koruyor.” (50 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

5. Aşı kabulünü etkileyen faktörler:

Katılımcıların çoğu aşıların yan etkilerinin olabileceğini; fakat kişiye sağladığı yarar düşünüldüğünde bunu gözdardı ettiklerini belirtmiştir. En sık yan etkiler kol ağrısı, ateş olarak tanımlanmıştır. Bazı katılımcılar tarafından aşıların içeriği hakkında tereddütler olduğu ve yapılan enjeksiyona bağlı yan etkiler gelişebileceği belirtilmiştir.

“Aşının mutlaka olası yan etkileri vardır, mutlaka vardır. Sonuçta vücudunuza bir mikrop giriyor. Ben şimdi sağlıkçı değilim, nasıl etkileri olduğunu bilmem. Ama sonuçta bir mikrop giriyor, mutlaka eksisi vardır. Ama artısı daha fazla olduğu için, koruyucu tedavi veriyorsunuz. Tabii ki onu göz ardı etmem, vurulması gerekir.” (57 yaşında, kadın, DM(+) gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Yan etkileri hakkında sadece ateş bebeklerde olur diye biliyorum. Ama ne kadar doğru, onu da bilmiyorum. Onun da zaten çok kısa süreli olduğuna inanıyorum. Hani fayda ve zarar dengesini düşündüğümüz zaman, kesinlikle aşıların yapılmasını gerekli görüyorum. Şimdi dediğim gibi aşı olduğumuzdaki sonuçlar ve aşı olmadığımız zamanki sonuçları bir potada eritirsek ki, tabii ki aşı olduğumuzdaki kazanımlarımız daha önde. Bu yüzden de, bu şekilde karar aldım. Aşıların her zaman koruyucu olduğunu düşünüyorum ve bu şekilde de hareket etmeye çalışıyorum.” (36 yaşında, kadın, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Son aşımı uzun yıllar önce oldum, tetanosdu. Ondan öncekileri hatırlamıyorum. Küçükken kuduz aşısı olmuşluğum var, onu biliyorum öyle. Tetanos aşısı deneyim olarak, çok rahattı okulda yapılıyor rahat bir deneyimdi. Ama bir arkadaşımın kolunun çok ağrıdığını hatırlıyorum, ertesi gün falan. Aşıların yan etkisi hakkında çok fikir sahibi değilim, ama ilaç da alıyoruz. İlaçların da yan etkisi oluyor, aşıların da yan etkisi olabilir, bu çok normal. Bence aşı yaptırmak her zaman daha iyi. Çünkü hani o hastalığın ileride

aşı yaptırdığınızda bir yan etkisinden doğacak bir hastalık olabilir; ama hastalığın olma ihtimali bence çok emin değilim, alanım bu değil; ama bence hastalık için yaptıracağınız aşidan daha kesin değil. Tam açıklayamadım ama, kar zarar dengesi diyebiliriz.” (20 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

“Ama son günlerde yan etkileri ile ilgili ve içinde kullanılan maddelerin zararı ile ilgili haberler duyuyorum. O biraz tabii beni düşündürüyor. Ne kadar doğru ve etkisi ne kadar fazla. Kimisinde otistik durumlar oluşturmuyormuş çocuklarda. O yüzden biraz soru işaretleri başladı. Ondan net değilim ama, net değilim.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“İşyerinde tetanos aşısı oldum. Hiçbir sıkıntısı olmadı. İlk birincisinde vurulduk. İkincisinde vurulduğumuz zaman, kolda 2-3 gün ağrı oldu. Aşıların yan etkileri hakkında fikrim yok.” (51 yaşında, erkek, kronik hastalığı yok, gönüllü olarak Td aşısı olmuş)

“Ben en son tetanos aşısı oldum. Onun belli bir yaş önceliğinde olması gerekiyormuş. Ben tam hatırlamadığım için, tekrar işyerimizde böyle bir talep olduğu, aşı olunması gerektiği mecburiyeti oldu. Yani biraz bazen kolda sıkıntılı oluyor, ama ben burada sağlığımı düşünüyorum. Diğer şeyler benim için ikinci, üçüncü planda kalıyor.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

“Burada aslında kişilere, en azından tedirgin olanlara verilmesi gereken güvence. Ben aşı karşıtı değilim, ama bir dönem gerçekten çok araştırdım. Aşı karşıtı insanların da ya da tereddütle bakan insanların da, aslında kaygısı aşıların önleyiciliği, koruyuculuğu değil de aşının içerisindeki, aşının içeriğinde gizlenen bir kısmı olduğu ve tam olarak bunların kişilere açıklanması gerektiği ile ilgiliydi. Eğer bence de aşıların koruculuğundan ziyade, aşıların içeriğinin ne olduğu anlatılırsa, bu yönden insanların içi rahatlatılırsa, ulaşılabilecek kitlenin daha fazla artacağını ve aşı karşıtlarının sakinleşeceğini ve özellikle aşı karşıtı olmayıp, arada olan kişilerin çok fazla sakinleşeceğini düşünüyorum. Ayrıca halk sağlığı açısından da kişilerin bu tedirginliklerinin gidilmesi gerekiyor.” (37 yaşında, kadın, astım (+), gönüllü olarak influenza, gebelikte Td aşısı olmuş)

“Yakın çevremde hiç bulaşıcı hastalık geçiren birine rastlamadım, ama duymuştum. Aşı ile alakalı şöyle de bir sıkıntı var. Yanlış iğne vurma, sakat bırakma gibi vakalar duydum yani arkadaş çevremden. Yanlış iğne vurulmuş çocuğa veya bir gence, bir kadına ve sakat kaldığını duydum. Bunların da riskleri var yani bu anlamda.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

Bir katılımcı pnömokok aşısının ücretli uygulandığını düşündüğünden, aşılama istemesine rağmen bağışıklanmadığını belirtti.

“Erişkinlere bağışıklığımız zayıfladığı için hiç olmazsa biraz koruyucu olur, o yüzden isterim. 65'in üzerinde olunca. Ama yalnız herhalde, zatürre aşısının ücret olduğunu biliyorum o yüzden ben yaptırmadım hiç.” (69 yaşında, kadın, remisyonunda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

Katılımcılar medyada yer alan haberler nedeniyle, özellikle son dönemde aşılar hakkında şüpheye düştüklerini belirtmiştir.

“Hamileliğimden dolayı birkaç doz tetanos aşısı oldum ve en son da parmağımı kestiğimden dolayı tetanos aşısı oldum. Bir sıkıntısını görmedim yaşamadım...Ben kendi deneyimlerimden, çocuklarımdan gördüğüm, aşılarda bir yan etkisi söz konusu olmadı çok şükür, yakın çevremde de yaşamadım. Medyadan takip ediyorum, hani olan etkilerden bahsediyorlar öyle bir bilgi var. Ama kendi çevremde yaşamadım. Medyada çocuklarda otizme sebep olduğunu duydum, otistik durumlar ortaya çıkıyormuş. Tetanos aşısını yaptırmada şöyle; ilkokuldan beri tetanos aşısı oluyorum. Hiçbir yan etkisini ve zararını görmedim. Çocukluğumuzdan beri oluyoruz. Ondan dolayı güveniyorum, güvendiğimden dolayı da oluyorum.” (43 yaşında, kadın, bilinen hastalığı yok, gebelikte ve yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Medyada, genelde doktorlar kafamızı karıştırıyor. Özel sektör diyebilirim genelde. Özel hastanede çalışan doktorlar var. En basitinden diyetisyen doktorlar, kalp doktorları, eklem doktorları. 10 doktordan 8'i, çok abartılı olmasın, birbirini tutmuyor yani söyledikleri. İki tanesi belki birbirini destekleyici, ben de o destekleyici şeylere inanıyorum. Kendimde bir şey varsa birebir muayene olup, doktora soruyorum.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

18 yaşından sonra hiç aşı yaptırmayan bir katılımcı, aşılama sebebinin ihmalkarlık olduğunu belirtmiştir.

“Şimdiye kadar aşılama hiç aklımıza gelmedi. İhmalkarlık da oldu onu söyleyebilirim. Ben bugün için, grip aşısı dahi olmuş bir insan değilim. Radyo, televizyon, gazetelerden bunu tekrarlayan seferlerde duyuyoruz. Ama dediğim gibi işte ihmalkarlık.” (67 yaşında, erkek, DM(+), 18 yaşından sonra aşı olmamış)

Bir katılımcımız kötü bir influenza aşısı deneyimi yaşadığı için influenza aşısı yaptırmama kararı aldığını belirtmiştir.

“Ben grip aşısı daha önce oldum, iki sene yaptırdım. İlk yıl yaptırdım da hastalanmadım. İkinci yıl da aşı yaptırdığımda, yaptırdıktan 1 hafta sonra hastalandım.

Hem de yani çok ağır geçirdim... Ben şu anda 69 yaşındayım, 65 yaşında ilk aşımı yaptırdım. 66 da da hastalanınca, bir daha yaptırmadım aşı. (69 yaşında, kadın, remisyonda lenfoma(+), gönüllü olarak influenza aşısı olmuş)

Katılımcılardan biri, sağlık çalışanları tarafından aşı olması yönünde bilgilendirilmediği için hiç aşı yaptırmadığını, önerilseydi yaptıracığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar da benzer şekilde, sağlık çalışanlarının tavsiyesi ile 18 yaşından sonra aşı olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca bağışıklanmada, sağlık çalışanlarının yanında sağlık bakanlığının da etkisinin önemli olduğunu söyleyen katılımcılar vardır.

“Tetanos aşısının hamilelik zamanı gerekli olduğunu söylediler. O zaman vurulmuştum. Bunu vurulmam gerektiği söylendi ve ben de aşımı yaptırdım.” (57 yaşında, kadın, DM(+) gebeliği esnasında Td aşısı olmuş)

“Ülkemizde ve dünyada bir salgın olma durumunda, kesinlikle sağlık bakanımız ne diyorsa, o şekilde hareket ederim. Çok güvenilir kurumlarımız var, aslında onların şeyine göre hareket ederim. Şu anda zaten onların yönlendirmelerine göre, medyadan kendim de takip ediyorum. Domuz gribi, kuş gribi diye o zamanda aşı önerildiğini ben duymadım; ama genelde sağlık bakanlığı olsun veya onun altındaki müsteşarların basın açıklamalarını, onların korunmaya yönelik şeyleri ne ise, ona göre hareket ediyorum, onları dinliyorum, onlara göre ben kendim tedbir alıyorum.” (33 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, gönüllü olarak hepatit B, işyerinde mecburi Td aşısı olmuş)

“O zaman ayağıma paslı çivi batmıştı. Aynı anda hastaneye gittim, pansumanımı yaptırdım. Zaten hastane yönlendirdi. Tetanos aşısı yapmamız lazım diye. Ondan sonra bir sıkıntı yaşamadık.” (50 yaşında, erkek, bilinen hastalık yok, yaralanma sonrası Td aşısı olmuş)

“Ben 18 yaşından sonra hiç aşı yaptırmadım. Yani gerek duymadım, hem de hiç kimse bana önermed, şu şeyi yaptıрман gerekiyor diye. Hastaneye veya doktora gittiğimde, hiç kimse bana böyle bir öneride bulunmadı. O yüzden ben de hiç gerek duymadım. Önerilseydi, hastalıklara karşı koruyucu olduğunu bildiğim için tabii ki yaptıırırdım ben.” (51 yaşında, kadın, kronik hastalığı yok, 18 yaşından sonra aşı olmamış)

VII. TARTIŞMA

Erişkinlerde bağışıklama sağlık kuruluşuna başvuru sayısını ve hastaneye yatışı azaltmak, daha az antibiyotik kullanımı ile dirençli mikroorganizmalarla olabilecek infeksiyonları azaltmak, mortalite oranını düşürmek ve daha nitelikli bir yaşam, sağlıklı yaşlanma anlamına gelmektedir. Yapılan çalışmalar ile bağışıklamanın kişilerin sağlığına katkısı ortaya konmuş iken erişkinlik döneminde sıklıkla tedavi edici sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması ile en önemli koruyucu hizmetlerden biri olan bağışıklamaya daha az önem verilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 18 yaş üstü hasta yakınlarının bağışıklanma durumları, kişilerin aşılarla karşı tutumları ve erişkin aşılama karşılaşılan engeller değerlendirilmiştir.

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

İstanbul İli Maltepe İlçesinde 2018 yılında erişkinlerin erişkin aşıları hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili yapılan bir araştırmada, katılımcıların yaş ortalamasının $43,4 \pm 15,8$ yıl (en küçük yaş 18, en büyük yaş 87), %69,8'inin kadın, %55,5'inin 36-64 yaş aralığında ve %75,4'ünün evli olduğu saptanmıştır (95). Bu araştırma da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42,1 \pm 14,0$ yıl (en küçük yaş 19, en büyük yaş 83), median yaş 42 olup, %61,2'si kadın, %62,7'si 35-64 yaş aralığında ve %70'i evlidir. 2019 yılı için Türkiye'de median yaş 32,4 olup, erkekler nüfusun %50,8'ini oluştururken, 15 yaş üstü bireylerin %62,8'i evlidir (96). Çalışmamızda TÜİK verilerine göre median yaştan daha yüksek saptanmasının nedeni çalışmamıza katılanların 18 yaş üzeri olması, kadın oranının yüksekliği ise erkeklerin istihdama daha yüksek oranda katılması ile polikliniklere başvuran hastalara kadınların daha sık refakat etmesi nedeniyle olabilir.

TÜİK 2019 verilerine göre İstanbul'daki 15 yaş ve üzeri nüfusun %48,5'i lise ve üzeri eğitim görmüş olup, bu çalışmadaki katılımcıların da %52,6'sının en son bitirdiği okulun lise ve üzeri olduğu bulunmuştur (96). İstanbul'da ve Ankara'da 2018 yılında aile sağlığı merkezleri (ASM)'nde yapılan benzer araştırmalarda, lise ve üzeri eğitim almış nüfus sırasıyla 58,2 ve 65,2 olarak bulunmuştur (95,97). Bu çalışmadaki oranın TÜİK verilerinden daha yüksek olması, İstanbul ve Ankara'daki çalışmalardan daha düşük olması, örneklemelerin farklı yerleşim birimlerinde, farklı örneklemelerde ve farklı zamanlarda yapılmasına bağlı olabilir.

Ankara’da 2018 yılında yapılan bir araştırmada çalışanların ve emeklilerin oranı sırasıyla %41,6 ve %12,2 iken; Çanakkale’de 2020 yılında yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %7,3’ünün sosyal güvencesi olmadığı, algılanan gelir durumunun %23,7 oranında iyi olarak tanımlandığı bulunmuştur (97,98). Bu çalışmaya katılanların %43,1’i çalışmakta ve %10,4’ü emekli olup, %6,7’sinin sosyal güvencesi bulunmamakta ve %28,4’ü gelir durumunu iyi olarak tanımlamaktadır. Türkiye genelinde Ocak 2020’de sigortalı nüfus oranı %85, 15 yaş üzeri istihdam oranı %44 ve 2019 yılında emeklilerin 18 yaş ve üzeri nüfusa oranı %14,9 olarak raporlanmıştır (99). Sosyal güvencesi bulunmayan katılımcıların SGK istatistiklerine göre çalışmamızda daha az oranda olması, güvencesi bulunmayan hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıklarını düşündürmektedir. Araştırmaya katılanların hasta yakını olduğunu düşündüğümüzde refakat edenlerin yaşça daha küçük olacağı ve çalışma grubunda emeklilerin oranının az olacağı düşünülebilir.

2. Katılımcıların Bağışıklanmayla İlgili Bilgi ve Tutumları

2.1. Katılımcıların Aşıların Gerekli Olduğunu Düşündüğü Gruplar

Bağışıklama en etkili ve başarılı halk sağlığı müdahalelerinden biri olmasına rağmen, büyük gelişmiş ekonomilerde bile aşıyla önlenabilir hastalıklar nedeniyle her yıl çoğunluğu erişkin olmak üzere yaklaşık 30,000 kişi hayatını kaybetmektedir (100) . Dünya’da ABD, Avustralya, Kanada, Fransa, Almanya, İrlanda, İspanya, Birleşik Krallık gibi sayılı ülkelerde erişkin bağışıklama ile ilgili kapsamlı kılavuzlar yayınlanmıştır (101). Çoğu ülkede aşilar için hedeflenen oranlara ise ulaşılammıştır. Örneğin Avrupa’da 65 yaş ve üzerindeki popülasyonun %75’inin influenzaya karşı bağışıklanması hedeflenirken, 2017 yılında bu oran %44 olarak bulunmuştur (102). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı riskli gruplara yönelik aşıların ücretsiz sunumunu sağlamaktadır; ancak erişkin bağışıklamaya yönelik resmi bir rehber oluşturulmamıştır. Bu bağlamda 2019 yılında 15 yaş üstü nüfusta son bir yıl içinde influenza ile bağışıklanma %2,2 olarak raporlanmıştır (103). Antalya’da 2013 yılında ASM’lerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %37’si yalnızca kronik hastalıkları bulunan erişkinlerin aşılannası gerektiğini; Ankara’da 2018 yılında ASM’lerde yapılan çalışmada ise katılımcıların %28,0’ı 65 yaş üstünün bağışıklanmasının gerekli olduğunu, %32,3’ü ise gebelikte aşı yapıldığını belirtmiştir (97,104). Ankara’da 2019 yılında yapılan başka bir çalışmada ise; katılımcıların %77,8’i erişkinlere, %62,3’ü 65 yaş ve üzerine bağışıklamanın gerektiğini ifade etmiştir (105). Bu çalışmada ise katılımcıların %25,1’i sağlıklı erişkinlerin, %49,8’i gebelerin, %59,9’u kronik hastalığı bulunanların ve %60,9’u ise yaşlıların bağışıklanmasını gerekli görmektedir. Ülkemizde ve dünyada yapılan pek çok çalışmanın

gösterdiği gibi, katılımcılar erişkin bağışıklanmasının gerekli olduğunu çeşitli oranlarda ifade etmektedir. Ancak halen dünyada ve ülkemizde aşı ile önlenabilir hastalıklardan ölüm oranının azımsanmayacak düzeylerde olduğu göz önüne alınırsa, bu oranların yeterli olmadığı düşünülmektedir. Özellikle katılımcıların yalnız dörtte birinin sağlığın korunmasında en önemli uygulamalardan biri olan bağışıklamanın sağlıklı erişkinlerde gerekli olduğunu düşünmesi dikkat çekicidir. Bu duruma çocukluk çağı rutin aşı programları sayesinde birçok hastalığın unutulma eğiliminde olması ve yetişkinlerin kendilerini risk altında algılamamaları neden olabilir (106). Çalışmamıza katılanların erişkinlerde bağışıklamanın gebelik, yaşlılık, kronik hastalık varlığı gibi kişinin hastalıklara daha duyarlı olduğu dönemlerde gerekli olduğunu düşündüğü saptanmıştır.

Çalışmada bağışıklamanın çeşitli gruplara göre gerekli görülme durumunu etkileyen sosyodemografik faktörler irdelenmiştir. Katılımcıların sırasıyla %91,1'i ve %85,0'ı aşıların bebekler ve çocuklar için gerekli olduğunu ifade etmiş olup; aşının koruyucu olduğunu düşünenler düşünmeyenlere göre daha fazla oranda aşı bebeklere gereklidir demiştir. DSÖ'nün küresel sağlığın başlıca 10 tehdidi içinde belirlediği aşı kararsızlığı ile ilgili ABD'de 2019 yılında yapılan bir çalışmada yan etki, güvenlik ve *aşı etkinliği* konusundaki endişelerin ebeveynleri aşı kararsızlığına ittiği raporlanmıştır (107). Bizim çalışmamızda da aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin bebek ve çocuklara aşı yapılması gerektiği görüşünü paylaşması ABD'deki çalışmayı destekler niteliktedir.

Bebek ve çocuklarla kıyaslandığında, daha az katılımcı (%62,1) aşıların ergen ve gençlere gerekli olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgu hem ülkemizde hem de dünyada aşıların çocukluk çağına ait bir koruyucu sağlık hizmeti olarak algılandığını destekler niteliktedir. Alt özellikler irdelendiğinde, erkek katılımcılar, 19-34 yaş grubundakiler ve bekarlar diğer gruplara göre, ergen ve genç erişkinlerin bağışıklanmasının daha fazla gerekli olduğunu düşünmektedir. 2013 yılında ABD'de 2582 üniversite öğrencisiyle yürütülen bir araştırmada erkeklerin rutin koruyucu sağlık hizmeti alma sıklığı kadın öğrencilere kıyasla daha az bulunmuştur (108). Çalışmalar arasındaki farklılıklar yapıldıkları yerleşim birimleri, farklı örneklem ve farklı zamanlarda yapılmasına bağlı olabilir.

Yaşlılara aşı gerekliliği ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; diğer sosyodemografik özelliklerde fark çıkmazken sadece kronik hastalığı olmayan katılımcıların oranlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla sayıda, yaşlıların aşılmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu konuyu irdeleyen bir literatüre ulaşılamamıştır. Ancak bu bulgu sağlığın korunması ve geliştirilmesi perspektifinden irdelendiğinde; kronik hastalığı olmayanların sağlıklı olma, sağlıklı yaşlanma algılarının

diğerlerine göre daha fazla olduğu düşünülebilir. Diğer yandan asıl kronik hastalığı olan yaşlıların koruyucu olması açısından bağışıklanmaya ve bu konudaki doğru bilgilendirmeye daha fazla gereksinimi varken, bu durumun tersinin çıkması, kronik hastalığı olanlara bilgi ve tutumlarını değiştirecek sağlık eğitimlerinin verilmesi gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Kronik hastalığı olanlara aşı gerekliliği sorulduğunda, lise ve üzeri eğitim alan katılımcıların ortaokul ve altı eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla oranda kronik hastalığı olanların aşuya gereksinimi olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalık varlığında aşı endikasyonu bilgisine sahip olmanın, eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Kronik hastalığı bulunanlar ile bulunmayanlar arasında kronik hastalıklarda aşı gerekliliği ile ilgili fark saptanmaması, bilinen hastalığı olan bireylerin bağışıklanma hakkında bilgi eksikliklerinin olduğunu düşündürmektedir.

Gebelik döneminde Sağlık Bakanlığı Maternal Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı dahilinde gebelere Td aşısı önermektedir. Gebelik döneminde aşı gerekliliğine ilişkin katılımcıların verdiği yanıtların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı irdelendiğinde; kadınların, çalışmayanların ve aşının koruyucu olduğu algısı taşıyanların diğer gruplara göre daha fazla oranda gebelik döneminde aşının gerekli olduğunu ifade etmiştir. Kadın katılımcılara gebelik süresince rutin olarak Td aşısı önerildiği düşünüldüğünde, kadınların gebelikte aşı bilgisine daha fazla sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Bazı koşullarda sağlıklı kişilere de aşı yapmak önerilmektedir. Katılımcıların bu konudaki yaklaşımları değerlendirildiğinde bazı alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. 50-64 yaş grubunda 19-34 yaş grubuna göre, bekarlarda evlilere göre, lise ve üzeri eğitim alanlarda ortaokul ve altında eğitime sahip olanlara göre, genel sağlık durumunu orta üstü olarak tanımlayanlarda orta ve altı olarak tanımlayanlara göre sağlıklı kişilerin bağışıklanmasını gerekli görenlerin oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda yaş ve koruyucu hizmet kullanımı arasındaki ilişki birbirinden farklı olarak bulunmuştur. Bazı çalışmalarda yaşlı bireylerin gençlere göre koruyucu hizmetlerden daha sık faydalandığı raporlanırken, kimi çalışmalarda yaş ve koruyucu sağlık hizmeti kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır (109). Bizim çalışmamızda da, genç erişkinlere göre daha yüksek yaştakilerin sağlıklı kişilerin bağışıklanmasını gerekli gördüğü saptanmıştır. Literatürde evliliğin genel olarak sağlığı teşvik eden davranışlara ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumuna olumlu katkıda bulunduğu raporlanmaktayken, çalışmamızda bekarların sağlıklı erişkinlerin bağışıklanmasını gerekli gördüğü bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda genel sağlık durumu algısı ile koruyucu hizmetlerden faydalanma arasındakı ilişki kesin olarak tanımlanamamıştır. Bazı çalışmalarda sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların daha çok koruyucu hizmet aldığı, bazı çalışmalarda ise sağlığını kötü olarak tanımlayanların daha çok influenza aşısı ve servikal kanser taraması yaptırdığı, mamografi, pap smear, prostat taramasını ise daha az yaptırdığı belirlenmiştir (109).

Eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanların, kronik hastalık varlığında bağışıklama yapılmasını daha fazla gerekli gördüğü belirlenmiştir. Kadınlarda, çalışmayanlarda ve aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerde gebeleri bağışıklamanın; bekarların, eğitim durumu lise ve üzerinde olanların, sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların ve aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin ise sağlıklı erişkinlerde bağışıklama yapılmasının daha fazla gerekli gördüğü belirlenmiştir. Erişkin bağışıklamanın gerekli görüldüğü gruplar çalışmalar arasında farklılık gösterse de, tüm çalışmalarda aşılamaı gerekli görenlerin oranı düşüktür (98,105). Bu durum katılımcıların erişkin bağışıklamayla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılanların erişkinlerde bağışıklamanın gebelik, yaşlılık, kronik hastalık varlığı gibi, kişinin hastalıklara daha duyarlı olduğu dönemlerde gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Katılımcılar erişkin dönemde bulaşıcı hastalıklardan korunmada en çok, bağışıklık sistemini kuvvetlendirmek için beslenmeye dikkat etme ve egzersiz yapmanın önemini belirtmiş, bağışıklanma daha geri planda kalan bir önlem olarak göze çarpmıştır. Birleşik Krallık'ta erişkin bağışıklama ile ilgili yapılan niteliksel bir çalışmada da katılımcıların egzersiz, dengeli beslenme, sigara kullanmama ve orta derecede alkol tüketimini sağlıklı yaşam davranışları olarak tanımladıkları, aşıları sağlıklı yaşam ile ilişkilendirmedikleri görülmüştür (100).

2.2. Katılımcıların Erişkinlerde Gerekli Olduğunu Düşündüğü Aşılar

Çalışmada katılımcıların %8,3'ü erişkinlik döneminde gerekli olan aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık onda birinin aşılar gibi önemli bir konuda bilgi sahibi olmadığını ifade etmesi; örgün ve yaygın eğitim olanakları, medya, internet gibi bilgi kaynakları yoluyla konunun daha fazla irdelenmesi gerektiğini göstermektedir. Katılımcılar erişkinlerde en sık Td (%68,0), influenza (%67,7), hepatit B (%67,3) ve kuduz (%52,3) aşılarının gerekli olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada benzer olarak en sık gerekli görülen aşılar: tetanos (%65,6), influenza (%53,8), kuduz (%53,6), hepatit B (%52,2) olarak belirlenmiştir (98). Td aşısının ülkemizde askerlik, gebelik

ve yaralanmalarda geniş kitlelere uygulanıyor olması, influenzanın tüm dünyada yıllık salgınlar meydana getirmesi ve sıklıkla medyada yer bulması, kuduz aşısının riskli yaralanmalar sonrası hem çocuk hem erişkin yaş grubunda uygulanması ve ülkemizin HBV sıklığı açısından orta derecede endemik bölge olması gibi nedenlerle bu aşılarla aşinalığın fazla olabileceği ve bu yüzden katılımcılarca daha fazla gerekli görüldüğü düşünülebilir.

Çalışmada erişkin dönemde en fazla gerekli görülen aşı %68,0 ile Td aşısıdır. Bunun nedeni Td aşısının günlük pratikte erişkinlere en sık uygulanan aşılarından biri olması, dolayısıyla katılımcıların Td aşısı ile ilgili farkındalıklarının daha fazla olması olabilir. Cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve genel sağlık algısı ile erişkinlikte Td aşısını gerekli görme arasında bir ilişki saptanmamıştır. Aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin Td bağışıklamasını daha fazla gerekli gördüğü belirlenmiştir. Bu bulgu koruyucu sağlık hizmet algısı iyi olanların, erişkin aşılanmalarına ilgisinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların %67,7'si 18 yaş üzerine influenza aşısı yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Ancak erişkin dönemde influenza aşısını gerekli görme açısından cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. İnfluenza virüsleri ile oluşan grip; akut, ciddi, epidemi hatta pandemiye neden olan bir infeksiyon hastalığıdır. İnfluenza salgınları dünya genelinde mevsimsel olarak tekrarlanmakta, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. İnfluenza aşısı, risk faktörü bulunan kişilerde altta yatan hastalığın kötüleşmesini, morbidite ve mortalitenin artmasını engelleyen önemli bir silahtır (110). DSÖ başlıca gebelere olmak üzere 6-59 aylık çocuklar, yaşlılar, spesifik kronik hastalığı bulunanlar ve sağlık çalışanlarına her yıl influenza aşısı önermektedir (111). Erişkin dönemde influenza aşısının gerekliliği ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki saptanmaması, toplumun influenza aşısı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyi açısından sosyodemografik özelliklerinin önem taşımadığını düşündürmektedir.

Bordetella pertussis'in neden olduğu ve yüksek oranda bulaşıcı bir infeksiyon hastalığı olan boğmaca, tüm yaş gruplarını etkileyebilmektedir. Boğmaca hastalığının önemli bir halk sağlığı problemi olarak tüm dünyada halen devam etmesi, hastalığın kontrolünde aşılama ön plana çıkartmaktadır (112). Çalışmamızda erişkin dönemde boğmaca aşısını gerekli görenlerin oranı %13,0 olarak tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada erişkinlerin aşılanma ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünmesinin aşıları gerekli görme durumunu etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır. Bu tez çalışmasında yaşlı

ve/veya 6 yaşından küçük çocukla beraber yaşama ile influenza, boğmaca ve pnömokok aşısını gerekli görme arasında bir ilişki saptanmamıştır (99). Halbuki özellikle yenidoğanların boğmacadan korunabilmesinde kabul görmüş koza stratejisinin amacı, enfeksiyona duyarlı kişinin ortamında patojenlerin bulaşma riskini en aza indirmektir (113). Sağlık çevrelerince sıklıkla üzerinde durulan koza stratejisi için ulusal bir programın olmayışı, Tdap aşısının kolay bulunmayan, ücretli bir aşı olması gibi nedenlerle erişkinlere önerilmeyişi ile bireylerin asellüler boğmaca aşısı ile ilgili farkındalıklarının oluşmadığı ve boğmaca aşısını gerekli görmedikleri düşünülmektedir.

Ülkemizde kızamık aşılması 1970'li yıllardan itibaren uygulanmakta olsa da, 1990'lı yıllardan beri ülkenin genelinde yaygın ve uygun dozda bağışıklama mümkün olmuştur. 1980-1990 arası doğumlulara ise tek doz KKK aşısı yapılmıştır. Bu nedenle özellikle 1970-1991 arası doğumlular kızamık hastalığına duyarlı kabul edilmektedir (114). Bu sebeple erişkin dönemde aşı yapılmamış veya tek dozla bağışıklanmış erişkinlerin aşılması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılanların %24,3'ü KKK aşısını erişkin dönemde gerekli gördüğünü belirtmiştir. Erkekler KKK aşısı ile bağışıklanmayı daha fazla gerekli görmektedir. Ülkemizde 1980-1990 arası doğumlular askerlikte rutin olarak 1 doz KKK aşısı olmaktadır. Bu nedenle erkeklerin erişkin dönemde KKK aşısına aşına olduğu ve daha fazla gerekli gördüğü düşünülebilir.

Pnömokok aşısı erişkin dönemde 19-64 yaş arasında spesifik kronik hastalığı olanlara ve 65 yaş üzeri herkese endike olup, SUT kapsamında ücretsiz uygulanmaktadır (3,82). Çalışmamıza katılanların %41,3 erişkinlere pnömokok aşısının gerektiğini belirtmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve genel sağlık algısı ile erişkinlikte pnömokok aşısını gerekli görme arasında bir fark saptanmamıştır. Özellikle toplumda sık görülen kronik akciğer hastalıkları, DM hastası olan katılımcılar ile aşı gerekliliği arasında ilişki bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da diyabetik hastalarda pnömokoka karşı bağışıklanma %0,1- 7,5 arasında değişmektedir (115,116). İneli ve ark.nın çalışmasında kronik akciğer hastalığı olanların pnömokoka karşı hiç aşılanmadığı, Özsu ve ark. çalışmasında ise KOAH hastalarının hayatları boyunca en az 1 defa pnömokoka karşı bağışıklanma oranı %15,0 olarak raporlamıştır (116,117). Bu konuyla ilgili hem toplumun hem de risk gruplarının bilgi düzeylerinin artırılması önem taşımaktadır.

Hepatit A aşısının gerekli olduğunu ifade edenler erkekler, lise ve üzeri eğitim alanlar ve riskli yakını olmayanlardır. Benzer şekilde Hepatit B aşısının gerekli olduğunu ifade edenler 50-64 yaş grubundakiler, lise ve üzeri eğitim alanlardır. Eğitim düzeyinin yüksekliği, sağlığın korunması ve geliştirilmesi bilincinde önemli bir etkidir. Sağlığın teşviki ve

geliştirilmesi; insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığa yönelik ön koşullardan biri de eğitimidir (118). 2020 yılında Eskişehir’de yapılan bir araştırmada, ilkokul ve altı öğrenim durumuyla yetersiz bağışıklama bilgi düzeyinin ilişkili olduğu saptanmıştır (119).

Ülkemizde dünyadaki kadar yaygın olmasa da, serviks kanseri kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Günümüzde servikal kanser gelişimi için HPV’nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin virüsle karşılaşma oranını arttırdığı veya viral persistansın karsinogenik süreci hızlandırmada önemli olduğu bildirilmektedir. HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon kaynağı olup, cinsel yönden aktif erişkinlerin %70’inden fazlası hayatlarının herhangi bir döneminde bu ajana maruz kalmakta, bunların da %70’inden fazlası 15–24 yaş aralığında bulunmaktadır. Kanser gelişmeden önce herhangi bir belirti ve bulgu görülmediği için, kişi HPV taşıdığının farkında değildir. HPV’den korunmak için bireylerin uygun protokolle HPV aşısı olması önerilmektedir (120). Çalışmamızda kadınların ve çalışmayan katılımcıların HPV aşısını daha gerekli gördüğu saptanmıştır. 2013 yılında Antalya’da yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlara oranla HPV aşısı hakkında daha az fikir sahibi olduğu saptanmıştır (104). Bu farklılığın ülkemizde aşının sadece kadınlara önerilmesi nedeniyle olabileceği düşünölmektedir. Çalışmayan katılımcılar çalışanlara göre HPV aşısını daha gerekli görmektedir. Ülkemizde kadınların çalışma hayatında erkeklere göre daha az aktif olması nedeniyle böyle bir ilişki saptandığı burada asıl etkili olan faktörün cinsiyet olduğu düşünölebilir. Gelir durumunu iyi olarak tanımlayanlarda aşıyı gerekli görenler daha fazladır. Bunun nedeni HPV aşısının geri ödeme kapsamında olmaması olabilir.

Erişkin dönemde spesifik kronik hastalığı olan kişilere önerilen meningokok, Hib aşılarını gerekli görme ile cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni erişkin dönemde bu aşıların toplumun çok az bir kısmını ilgilendirmesi dolayısıyla bilgi eksikliği olabilir.

Erişkinlikte suçiçeği aşısı hastalık öyküsü olmayanlara ve çocuklukta varicella zoster aşısı uygulanmayanlara 2 doz olarak önerilmektedir (3). Çalışmamızda suçiçeği aşısını gerekli görme ile cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır. 2014 yılında Manisa’da 1250 katılımcı ile yapılan çalışmada erişkinlikte varisella seroprevalansı en fazla 40-44 yaş grubunda(%100,0), en düşük 75-79 yaş grubunda (%93,8) raporlanmıştır (121). Yüksek seroprevalans gözönüne alındığında aşının hekimlerce önerilmediği, dolayısıyla toplumun tüm kesimlerinin aşının gerekliliği hakkında bilgilerinin olmadığı çıkarımı yapılabilir.

Ülkemizde 50 yaş ve üzerindeki herkese önerilen herpes zoster aşısını gerekli görme ile cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Zoster aşısı ücretli bir aşı olup, ülkemizde bulunması zor bir aşıdır. Bu nedenle rutin olarak önerilememekte ve yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu nedenle toplumun t zona aşısı hakkında bilgisinin olmadığı düşünülebilir.

Tek endikasyonu şüpheli hayvan ısırıkları olan kuduz aşısını gerekli görme ile cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Aşının yapılmasında yaş grubu, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık varlığı endikasyon dahilinde olmadığı için ilişki saptanmadığı çıkarımı yapılabilir.

Araştırmamızda katılımcıların pnömokok, tetanos, hepatit B, boğmaca gibi hastalıkları daha ciddi, mortal ve mutlaka tedavi gerektiren hastalıklar olarak algıladıkları, bu sebeple bu hastalıklara karşı bağışıklanmaya olumlu baktıkları; mevsimsel gribin ise ilaçsız da geçirilebileceği, hayatı tehdit eden bir hastalık olmadığı ve bu nedenle aşıya ihtiyaç duymadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda kronik hastalığa sahip bazı katılımcıların da, aynı görüşe sahip olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların çoğu influenzanın yüksek riskli gruplarda hayati tehlike oluşturacağını, az kısmı hastalığı ağır geçirebileceğinden endişe ettiğini bildirmiştir. Özellikle influenza aşısı olmayanlar kendilerini hastalıkla başa çıkabilecek şekilde tanımlamaktadır (100). Sağlık inanç modelinin bileşenlerinden olan ciddiyet algısı “bir hastalığın sonuçlarına karşı bireyde oluşan ciddiyet veya şiddetin algılanması” şeklinde tanımlanmakta ve bu algının kişilerin sağlık bilgisinden etkilendiği bilinmektedir. Bireyler hastalığın genel kapsamı hakkında bilgi sahibi ise, algısı da buna bağlı olarak değişecektir (122). Bu bağlamda ülkemizde 2019 yılında gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı araştırmasında, toplumun sadece %30,1’inin mükemmel-yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (123). Sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması önem teşkil etmektedir. Bazı kadın katılımcıların HPV aşısını bildiği saptanmış; ancak bir katılımcı ülkemizde muhafazakar aile yapısı dolayısıyla tek eşlilik olduğunu ve HPV aşısını gerekli görmediğini ifade etmiştir. Halbuki İstanbul’da 10. sınıf öğrencilerini de dahil eden bir araştırmaya göre erkek çocukların %35’i ve kızların %5’i cinsel ilişkide bulunduklarını, ilişkide bulunan erkeklerin %38’i ve kızların %46’sı herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarını veya yeterince güvenilir olmayan yöntemlere başvurduklarını belirtmişlerdir (124).

2.3. Katılımcıların Aşıların Koruyuculuğu Hakkında Düşünceleri

Katılımcıların %91,7'si aşıların gerekli olduğunu ifade ederken, “Hastalıktan koruyucudur.” ifadesine katılanların oranı herbir aşı için farklı bulunmuştur. Bu ifadeye katılım yüzdesi sırasıyla Td (%82,0), KKK (%72,8), hepatit B (%71,9), hepatit A (%62,4), pnömokok (%56,9), influenza (%53,5), HPV (%51,1), boğmaca (%43,7) ve herpes zoster (%28,4)'dir. Bu sonuç katılımcıların aşıların gerekli olduğuna inandıklarını, ancak koruyuculuk açısından farklı düzeylerde güvensizlik yaşadıklarını göstermektedir.

En çok koruyucu olduğuna inanılan aşı Td aşısıdır. Lise ve üzeri eğitim alan katılımcılar, bu aşının daha fazla oranda koruyucu olduğunu ifade edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça Td aşısı ile ilgili koruyuculuk inancının artması, bu aşının yaşamın ilk yıllarından itibaren 8. sınıfa dek yapılması, daha fazla bilinir olması ve eğitim düzeyinin farkındalığı arttırmasına bağlı olabilir.

Katılımcıların dörtte üçü KKK aşısının koruyucu olduğunu belirtirken, yaş grupları açısından 50-64 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak bu aşının daha fazla koruyucu olduğunu düşünmektedir. Kızamık aşısının 1970'li yıllardan itibaren ülkemizde kullanılmasıyla birlikte kızamık vakalarındaki belirgin azalışa bu yaş grubunun tanıklık etmesinin, KKK aşısının koruyucu olduğu algısında artışa neden olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların %71,9'unun koruyucu olduğunu düşündüğü hepatit B aşısında; 65 yaş ve üzerindeki diğer yaş gruplarına göre aşının daha az koruyucu olduğunu düşünmesi ilginçtir. Bir diğer anlamlı çıkan parametre ise eğitim düzeyidir. Lise ve üzeri eğitim alanlar, ortaokul ve altı eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla aşının hastalıktan koruduğunu ifade etmiştir. Bu iki bulgunun hepatit B aşısının diğer çocukluk çağı aşılarına göre daha geç, 1998 yılında, aşı tablosuna eklenmesinin ve eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de artması sonucu olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların HAV aşısının koruyuculuğuna ilişkin algıları irdelendiğinde 65 yaş ve üzerindeki diğer yaş gruplarına göre daha az oranda koruyucu olduğunu düşünmesi; lise ve üzeri eğitim alanlarda, gelir düzeyini ortanın üstü olarak tanımlayanlarda daha yüksek oranda koruyucu olduğunu düşünmesi, hepatit B aşısında olduğu gibi HAV aşısında GBP'na 2012 yılında girmesi nedeniyle ileri yaş grubu arasında pek bilinmemesi, eğitim düzeyi yüksek olanlar ve gelir düzeyini orta üstü tanımlayanların bilgi düzeyinin artması sonucu olduğu söylenebilir.

Streptococcus pneumoniae (pnömokok) enfeksiyonları, özellikle küçük çocuklar ve 65 yaş üzeri erişkinler olmak üzere, tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

DSÖ'nün 2006 yılından itibaren çocukluk çağı aşılannmaları içine alınmasını önerdiği pnömokok aşıları, ülkemizde 2008 yılından sonra genişletilmiş GBP içine alınmıştır. Bu sayede dünyada ve ülkemizde çocuklardaki pnömokok hastalık yükü önemli ölçüde azalmaya başlamıştır (125,126). Ancak ülkemizde erişkinlerde rutin bir aşılama programı uygulanamadığı ve yeterli ilgi görmediği için, pnömokok kaynaklı hastalık yükü halen yüksektir. Çalışmada da katılımcıların sadece üçte ikisinin pnömokok aşısının koruduğuna ilişkin düşünceye sahip olması, genel sağlık algısı iyi olanların kötü olanlara göre daha fazla oranda pnömokok aşısının koruyucu olduğunu ifade etmesi bu bilgileri destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların yarısı influenza aşısının koruyucu olduğunu ifade etmiştir. 2014 yılında İngiltere'de yapılan bir araştırmada en fazla bilinen aşının influenza aşısı olmasına rağmen, etkinliğine güvenilmediği, bunun sebebinin de "Aşının içeriğinin her yıl yeterli düzeyde test edilmeden değiştirilip kullanıma sunulması" olduğu ileri sürülmüştür (127). 2019 yılında ABD'de, 2018'de İstanbul'da yapılan çalışmalarda da benzer şekilde erişkinlerin sırasıyla %27,0'si ve %28,9'u influenza aşısının etkisiz olduğunu düşündüğü bulunmuştur (95,127). 2020 yılında ABD'de yapılan araştırmada ebeveynlerin %6,0'sı rutin çocukluk çağı aşıları için kararsız olduğunu belirtirken, bu oran influenza aşısı için %26,0 olarak saptanmıştır (128). Araştırmada aşının koruyuculuğunun yetersiz olması kaygısının, influenza aşı kararsızlığının en büyük bileşeni olduğu belirtilmiştir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı boğmaca ve HPV aşısının, dörtte üçü ise herpes zoster aşısının koruyuculuğu hakkında fikir sahibi değildir. Çalışmada gelir düzeyi algısı iyi olanlar daha fazla oranda HPV aşısının koruduğunu düşünmekte; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre daha fazla oranda boğmaca aşısının koruduğunu ifade etmekte; lise ve üzeri eğitim alanlar ile gelir düzeyini ortanın üstü olarak tanımlayanlar da daha fazla oranda zona aşısının koruyucu olduğunu düşünmektedir. Yapılan benzer çalışmalarda herpes zoster (%47-%20) ve HPV (%30-%28,6) aşısının koruyuculuğunun değişken oranlarda bilinmediği görülmüştür (104). Herpes zoster, HPV ve erişkin tip boğmaca aşıları erişkin dönemde önerilmelerine rağmen geri ödeme kapsamında olmayıp, ülkemizde yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu nedenle katılımcıların bu aşılar da koruyuculuk algısının yüksek eğitim ve gelir düzeyi ile kronik hastalık varlığı ile ilintili olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada katılımcıların hepsi aşıları faydalı olarak tanımlamış, bazı katılımcılar influenza aşısının %100 koruyucu olmadığını belirtmiştir. Yaşlılarda influenza ve pnömokok aşısının kişiyi hastalıktan koruyacağı düşüncesi yaygındır. Tetanos aşısı ise katılımcıların koruyuculuğu hakkında hem fikir olduğu bir aşıdır. Fakat tetanos aşısının gebelikte veya yaralanmayı takiben uygulanması, hastalıktan korunmada önleyici olarak görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda da katılımcıların influenza ve pnömokok aşısını yaşlılıkla ilişkili gördüğü ve tetanos aşısının koruyucu rapeller yerine yaralanmayı takiben korunma amaçlanarak acil servislerde sıklıkla uygulandığı raporlanmıştır (100).

2.4. Katılımcıların Aşıların Yan Etkileri Hakkında Düşünceleri

Çalışmada en fazla yan etkiye sahip olduğu düşünülen aşı %16,2 ile influenza aşısı iken, en az yan etkisi olduğu düşünülen aşı %6,7 ile boğmaca aşısıdır. 2017 yılında Avrupa toplumlarında algılanan aşı risklerine yönelik yapılan bir sistematik derlemede farklı aşılar ve ülkeler için farklı endişeler tanımlanmıştır. Fransa’da HBV aşısının multiple skleroza neden olduğu endişesi yayınlarda sıklıkla yer alırken, Birleşik Krallık’ta KKK aşısı ve otizm krizi baskın olarak yer almıştır. İnfluenza aşısı için tanımlanan yan etkiler hafif ve aşının gribe benzer bir hastalığa neden olduğu inancıyken, HPV aşısı için tanımlanan yan etkiler ise genellikle uzun süreli ve şiddetlidir. Tüm aşılar için genel olarak toplumların aşı güvenilirliği ile ilgili belirsizlikler sonucu endişelendiği raporlanmıştır (129). Bu noktada endişeleri gözardı etmeden toplumların aşıların riskleri ve yararları hakkında geniş ve güncel olarak bilgilendirilmesi ve aşı kapsamı ve kabulünü arttırmak için güven tesis edici stratejilerin hayata geçirilmesi önerilebilir. Çalışmada koruyuculukları hakkında en az bilgi sahibi olunan aşılarla, yan etkisi en yüksek oranda bilinmeyen aşılar aynıdır: herpes zoster (%78), boğmaca (%73,1) ve HPV(% 69,4). Ülkemizde uygulanması yaygın olmadığı için, kişilerin bu aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda lise ve üzerinde eğitim alanların influenza, Td, boğmaca, pnömokok, HPV, hepatit A, hepatit B ve herpes zoster aşılarının daha fazla yan etkisi olduğunu düşündüğü görülmüştür. Aşı güvenilirliği ve eğitim düzeyi arasında çelişkili yayınlar bulunmaktadır. Daha az eğitim almış ebeveynlerin, aşı güvenilirliği hakkında daha çok endişe ettiğine dair yayınlar bulunmaktadır (130). 2011 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada ise, daha yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin aşı güvenilirliği hakkında yaklaşık 4 kat daha fazla endişe duyduğu saptanmıştır (131). Bu araştırmada eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla oranda aşıların yan etkisi olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Katılımcılardan bazıları aşıların yan etkisi hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtirken; diğer kısmı erişkin yaş grubunda aşının kolda ağrı yapabileceğini, ama kar zarar dengesi gözetildiğinde aşıların yan etkilerinin önem teşkil etmediğini, kullanılan ilaçlarında yan etkilerinin bulunduğunu belirtmiştir. Özellikle tetanos aşısı için çocukluklarından beri yaptırdıklarını ve çok güvenilir bir aşı olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da bireylerin tetanos aşısının güvenilir olduğuna dair yaygın inançları olduğu raporlanmıştır

(100). Literatürde önceki aşı deneyimlerinin bağışıklanma sürecinde kişinin davranışlarına yön veren güçlü bir faktör olduğu belirtilmektedir (132). Çalışmada bir katılımcı 2 yıl üst üste influenza aşısı olduğunu, ikinci aşığı takiben çok ağır bir grip geçirdiğini ve o zamandan beri influenza aşısı olmadığını belirtmiştir. Aşı yan etkileri olarak son dönemde tüm dünyada görülme sıklığı artan çocukluk çağına ait otizm spektrum bozukluğu, atopi, barsak sorunları olabildiğini hatta annelerin bu hastalıkları aşının yaygın kullanımıyla bağdaştırdığını ifade eden bir katılımcı, okuduğu ve dinlediği makaleler, konferanslarda sağlık çalışanlarının sıklıkla bireylere bilgi aktardığını iletmıştır. Literatürde sağlık çalışanlarının bağışıklamaya olumlu yaklaşımlarının, hastaların aşı kararını almalarında çok etkili olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda bağışıklama konusunda sadece toplumun değil, sağlık çalışanlarının da sürekli eğitimlerle güncellenmesi önem taşımaktadır (101).

2.5. Katılımcıların Aşıların Yararı Hakkında Düşünceleri ve Aşılar ile İlgili Mevcut Bilgi Kaynakları

Çalışmaya katılanların %70,7'si aşıların hastalıklardan korunmada orta üstü yararlı olduğunu, %80,7'si bağışıklanma ile hastalıklara ait komplikasyonların ve hastaneye başvuruların azaldığını belirtmiştir. 2011 yılında ABD'de gebelerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %98'i bazı hastalıkların önlenmesinde aşıların gerekli olduğunu belirtmiştir (133). Ülkeler arası, zamansal ve aşılar arası farklılıkların aşıların yararları ile ilgili tutumları etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda aşılar hakkında mevcut bilgilerini katılımcıların üçte ikisi sağlık çalışanlarından, yarısı aile, yakın çevrede ve, radyo, televizyon ve gazetelerden ve üçte biri internetten edindiğini belirtmiştir. Uzuner ve ark.nın benzer bir çalışmasında aşı bilgisinin en sık medyadan (%33,0) daha sonra ASM (%28,0)'lerden edinildiği bulunmuştur (95). Antalya'da yapılan araştırmada ise; katılımcıların %27'si en sık sağlık çalışanlarından, %21'i televizyon, gazete gibi kaynaklardan, %10'u internet ve %9'u aile ve yakın çevreden aşıyla ilgili bilgi edindiğini belirtmiştir (104). Çalışmaların çoğunda en sık bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanları gösterilmiştir. Çalışmamızda da aşılar hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiğini ifade edenler arasında, her yıl influenza ve gebelikte Td aşısı olma oranları yüksek bulunmuştur. Araştırmalar erişkin bağışıklamasında sağlık çalışanlarının tavsiyelerinin aşılanmada çok güçlü motivasyon oluşturduğunu göstermektedir (134). Yapılan çalışmalarda bağışıklanmayı destekleyen bir hekim tavsiyesi ile bağışıklanmaya olumsuz bakan hastaların %63 oranında, bağışıklanmaya olumlu bakan hastaların ise %84'e ulaşan oranlarda aşı yaptırdığı raporlanmıştır (135). Bu durum erişkin aşılanma oranlarını iyileştirmek

ve kaçırılan fırsatların sayısını azaltmak amacıyla, sağlık çalışanlarının erişkin bağışıklanma hakkında bilgilerinin sürekli eğitimlerle güncellenmesinin önemini göstermektedir. 2014 yılında Denizli’de aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada aile hekimlerine yönelik erişkin aşılanma prensipleri ve özellikle pnömokok aşısına ilişkin tek günlük bir bilimsel eğitim programının ardından şehirde 65 yaş ve üzerinde %11,6 olarak saptanan pnömokok aşılanma oranının, 6. ayda %45,5’e ve 8. ayda %59,5’e yükseldiği bulunmuştur (136). Radyo, televizyon, gazete ve internet gibi kitle iletişim araçları da katılımcıların sıklıkla yararlandıkları kaynaklar arasındadır. Kitle iletişim araçları, bağışıklama politikalarını toplumun tüm kesimlerine iletmek için kullanılabilecek en iyi araçlardan birisidir (137). Bu araçların hedefe yönelik kullanımlarıyla, toplumu bilgilendirmeye ek olarak yanlış bilgilerin yayılımının önlenmesi de önemlidir.

3. Katılımcıların Bağışıklanma Davranışları ve Erişkin Dönemde Endikasyon Dahilinde Bağışıklanma Durumu

Araştırmaya katılanların dörtte üçü 18 yaşından sonra en az bir kez aşı olmuştur. En fazla yaptırılan aşılar sırasıyla Td (%60,9), influenza (%17,4), meningokok (%15,3) ve hepatit B (%12,5) aşılardır. Pnömomokok aşısı yapılma oranı ise %2,1 olarak bulunmuştur. Aşık ve ark.nın 2013’te yaptığı araştırmada katılımcıların %41’i hiç erişkin aşısı olmadığını belirtirken, en sık tetanos (%45,7), influenza (%29,6), hepatit B (%17) ve pnömokok (%3,4) aşıları yaptırılmıştır (104). İstanbul Maltepe’de yapılan çalışmada ise katılımcıların %57,9’u 18 yaşından sonra en az 1 defa aşı olduğunu belirtirken, en sık tetanos (%42,1), influenza (%24,0) ve hepatit B (%18,2) aşıları yapılmıştır. Pnömomokok aşılama oranı ise %4,7 olarak bulunmuştur (95). Bizim çalışmamızda %15,3 olarak saptanan meningokok aşılama oranı ise; Maltepe’de %1,2, Ankara’da 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada %5,0 olarak bulunmuştur (95,97). Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu’nun 12.235 kişiyle yaptığı çalışmada, katılımcıların %72,8’i erişkin dönemde hiç aşı olmamıştır. En sık yapılan aşılar ise sırasıyla tetanos (%22,8), influenza (%4,5), hepatit B (%4,1) ve pnömokok (%1,0)’tur (115). Yapılan çalışmalarda en sık tetanos aşısının uygulandığı, bunu influenza, hepatit B ve pnömokok aşılarının takip ettiği görülmektedir. Bu durum ülkemizde erişkin bağışıklanmanın koruyucu bir hizmetten ziyade zorunlu/mecburi hallerde uygulandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların bağışıklanma davranışlarına sosyodemografik özelliklerin etkisi irdelendiğinde; çalışmamızda erkek cinsiyetin, 35-49 yaş arasında olanların, evlilerin, çalışanların, hiç sigara kullanmayanlara göre sigarayı bırakanların, aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin ve ailesinde erişkin dönemde aşılananların olduğu katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptıırma oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ve kronik hastalık durumu ile, 18 yaşından sonra bağışıklama arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde erişkin dönemde bağışıklanmayı etkileyen faktörler farklılık göstermektedir. 2013 yılında Antalya’da yapılan çalışmada erişkin dönemde kadınların daha çok aşı yaptırdığı belirlenmiş, bağışıklanma ile yaş ve eğitim durumu arasında ise ilişki saptanmamıştır (104). 2018 yılında İstanbul’da yapılan bir çalışmada cinsiyet, yaş grupları ve eğitim durumları ile bağışıklanma durumu arasında farklılık belirlenmemiştir (138). 2019 yılında yapılan başka bir çalışmada ise benzer şekilde erkeklerde, 35-44 yaş arasında ve çalışanlarda erişkin aşısı yaptıırma oranı yüksek iken, kronik hastalık durumu ile ilişki saptanmamıştır (105). 2018 yılında Ankara’da 1401 kişinin katılımıyla ASM’de yapılan bir çalışmada ise cinsiyet, yaş grupları, medeni durum ve kronik hastalık durumu ile ilişki saptanmazken, üniversite ve üzeri eğitim alanların ve memurların 18 yaşından sonra daha çok aşı yaptırdığı belirlenmiştir (97). Çanakkale’de yapılan bir çalışmada da kronik hastalık ile ilişki saptanmazken erişkin birinin aşılanması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenelerde bağışıklanma daha yüksek bulunmuştur (98). Çalışmalardaki farklılıklar farklı yerleşim birimlerinde, farklı örneklerde ve farklı zamanlarda yapılmasına bağlı olabilir.

18 yaşından sonra hiç aşı yaptıırmamış katılımcıların yarısının “sağlık çalışanları tarafından aşı yaptıırması konusunda tavsiye almadığını”, üçte birinin “risk grubunda olmadığını” ve “aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığını”, onda birinin “vakit bulamadığını”, ve “iğneden korktuğunu”, %5,2’sinin “yan etkisi olduğunu düşündüğünü”, %3,1’inin “kişisel inancı nedeniyle”, %2,1’inin “ücretli olduğu”, “allerjisi olduğu” ve “koruyucu olmadığını düşündüğü” için aşı yaptıırmadığını ifade etmesi düşündürücüdür. Yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Maltepe’de yapılan çalışmada katılımcıların %47,1’i “konu hakkında bilgilendirilmediğini”, %43,2’si ise “aşıları yaptıırmaya gerek duymadığını”; %3,1’i “aşıların yan etkisi olduğunu düşündüğünü”; %2,8’i “aşıdan korktuğu için yaptıırmadığını”; %2,2’si “bir sebebi olmadığını” belirtmiştir (95). 2020 yılında Eskişehir’de yapılan bir çalışmada katılımcıların %38,0’i “aşıya sağlıklı olduğu için ihtiyaç duymadığını”, %26,7’si “aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığını”, %3,0’ü “iğneden korktuğunu”, %1,5’i “maliyetli olduğunu”, %1,3’ü “yan etkiden korktuğunu” ve “koruyucu olmadığını düşündüğünü”, %1,1’i

“allerjisi olduğunu”, %0,3’ü “ücretli olduğunu”, %26,6’sı ise “diğer nedenlerle” son 10 yılda aşı yaptırmadığını dile getirmiştir (119). Çalışmalarda büyük oranda aşılınmama nedenleri bilgi sahibi olmama, sağlıklı olma/risk grubunda olmama/ihtiyaç duymama, sağlık çalışanlarının aşı yaptırmaları konusunda tavsiye vermemesi şeklindedir. Ayrıca aşılarda koruyuculuğu ve güvenilirliği hakkında şüpheler de yer almaktadır. Topluma sağlık çalışanları tarafından bağışıklanmayla ilgili, spekülasyonlardan uzak, kanıta dayalı bilgilendirme yapılması bu noktada önem teşkil etmektedir. Literatürde bağışıklama bilgi düzeyi ile bağışıklama hizmetlerine karşı tutum ve davranışlar arasında pozitif ilişki olduğu raporlanmaktadır (119). Ayrıca sağlık çalışanlarının aşı önerisi yapmalarının güçlü bir motivatör olduğu da bilinmektedir (134).

Araştırmamızda katılımcıların üçte ikisinin en sık olarak Td aşısı yaptırdığı belirlenmiştir. Literatürde benzer olarak en sık yapılan aşının Td olduğu raporlanmıştır. Bolatkale ve ark. 2019 yılında bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hasta ve yakınlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada Td aşısı yaptırma oranı benzer olarak %59,0 olarak bildirilmişken, Maltepe’de yapılan çalışmada bu oran %42,1 olarak belirtilmiştir (95,139). Çalışmamızda Td aşısının en sık %49,2 ile koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlandığı birinci basamak sağlık kurumunda, %22,1 ile kamu hastanesinde, %21,6 ile TSK bünyesinde yapılması; en sık gebelik (%37,7), yaralanma/temas sonrası profilaksi (%28,1) ve askerlik(%21,6) nedeniyle yapılması dikkat çekici bir bilgidir. Çünkü ülkemizde Td bağışıklamasının koruyucu bir hizmetten ziyade yaralanma, hayvan ısırması, gebelik veya askerlik gibi zorunlu sayılabilecek sebeplerle gerçekleştirildiği görülmektedir. Katılımcıların yalnız %3’ünün sağlık çalışanı tavsiyesi ve hastalıktan korunma amacıyla aşı yaptırdığını bildirmesi de bu bilgiyi destekler niteliktedir. Ayrıca çalışmamızda 18 yaşından sonra Td aşısı olanların %95,4’ü aşıya erişimini kolay olarak tanımlanmasında, bu hizmeti kamu kurumlarından almasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Bolatkale ve ark.nın çalışmasında Td ile bağışıklanmanın en sık sebebi bu çalışmadakine benzer şekilde %58,2 ile yaralanma/temas sonrası profilaksi, %21,1 gebelik, %19,8 askerlik, %0,9 korunma olarak bildirilmiştir (139). Ankara’da 2017’de bir üniversitenin aile hekimliği polikliniğine başvuran hasta ve yakınlarıyla yapılan çalışmada erişkinlikte Td aşısı yaptırdığını belirtenlerin %44,3’ü yaralanma, %28,5 korunma amaçlı, %21’i gebelik, %6,2’si hayvan ısırığı nedeniyle tetanos aşısı yaptırmıştır. Ankara çalışmasında koruma amacıyla yaptıranların fazla bulunması, bu çalışmada sağlık çalışanlarının da yer alması nedeniyle olabilir (140).

Çalışmamızda katılımcıların üçte birinin her 10 yılda bir Td rapeli yaptırdığı saptanmıştır. Bolatkale ve ark.nın çalışmasında son 5 yılda tetanos aşısı yaptıranların oranı

%53,2 olarak raporlanmıştır (139). Erişkin aşı kartlarının kullanımının yaygın olduğu Almanya’da 2013 yılında 18-79 yaş arası 7793 katılımcı ile yapılan çalışmada, son 10 yıl içinde tetanos ile bağışıklanma oranı %71,4 olarak bulunmuştur (141). Bağışıklama oranları arasındaki bu farklar çalışmaların yapıldığı ülkelere ve burada uygulanan aşılama politikalarına, katılımcıların sosyoekonomik durumuna göre değişebilmektedir.

Çalışmamızda 10 yılda bir Td rapeli olmama sebepleri arasında %57,7 oranında ‘yaralanmama/gerek görmeme’, %26,6 ‘bilgi sahibi olmama’, %6,3 ‘sağlık çalışanları tarafından önerilmemiş olması’ %5,9 ‘vakit bulamama/ihmalkarlık’, %2,7 ‘yan etki/ koruyucu olmama/ ticari olma vb endişeler’, ve ücretli olması ve aşıya kırsalda yaşama nedeniyle erişememe belirtilmiştir. Bu sonuçlar katılımcıların çoğunun, Td aşısının yaralanmayı takiben yapıldığıyla ilgili hatalı bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca aşı hakkında bilgisi olmadığını ve sağlık çalışanları tarafından rapel aşı hakkında öneri almadığını bildirenler de göz önüne alındığında, Td rapeli yaptırmayanların aşı hakkında bilgisinin olmadığı veya hatalı bilgiye sahip olduğu söylenebilir. Eskişehir’de 2020’de yapılan bir çalışmada “tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.” cümlesine katılımcıların %40,1’i ‘evet’, %44,9’u ise ‘bilmiyorum’ cevabını vermiştir (119). Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim alanlarda Td rapelinin daha sık yapıldığı saptanmıştır. Artan yaşla birlikte, 10 yılda bir Td bağışıklanması arasında ters orantılı bulunmuşken, bekarlarda ve çalışmayanlarda 10 yılda bir Td aşısı olma oranı daha yüksektir. Genç nüfusta okul aşılarının, erkeklerin askerlikte zorunlu aşı olmalarının ve kadınlara gebelikte Td aşısının sağlık çalışanları tarafından tavsiye edilmesinin etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların, 35-49 yaş arasında olanların, evlilerin, çalışanların ve aşıların koruyucu olduğunu düşünenlerin 18 yaşından sonra daha fazla Td aşısı olduğu belirlenmiştir. 2017 yılında Ankara’da 18-65 yaş arası katılımcılarla yapılan bir çalışmada; cinsiyet ve yaş gruplarının erişkin dönemde Td ile bağışıklanmada etkisi olmadığı bulunmuştur (140). Almanya’da 2011 yılında 21262 kişiyle yapılan bir çalışmada ise kadınların ve genç yaştakilerin Td ile daha az aşılandıkları saptanmıştır (141). 2017 yılına ait erişkin aşı kapsamı sürveysinde ABD’de son 10 yılda tetanos toksoidi içeren herhangi bir aşı yaptırma oranı %63,4 olarak raporlanmış olup, yaş grupları arasında farklılık gözlenmemiştir (142). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar arasındaki farklılıklar; katılımcıların yaş dağılımı, öğrenim düzeyi, ülkenin ve toplumun aşılarmaya bakış açısı, çalışmaların yapıldığı ülke, katılımcıların sosyoekonomik durumu gibi faktörlere göre değişkenlik gösterebilir.

Araştırmaya katılan kadınların dörtte üçü en az bir gebelik geçirmiştir. Ancak gebeliklerinde sadece yarısı Td aşısı olduğunu ifade etmiştir. Bu durum sosyodemografik

özelliklere göre irdelendiğinde; 19-49 yaş arasındaki kadınların, lise ve üstü eğitim alanların, aşılar hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilenlerin daha fazla Td aşısı olduğu bulunmuştur. Ülkemizde 1994 yılında başlatılan maternal ve neonatal tetanos eliminasyon programı çerçevesinde gebeler hamilelikleri boyunca 2 doz Td aşısı olmaktadır (36). 2018 TNSA'da annelerin %81'ine son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumları için, gerçekleştirdikleri doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında tetanos aşısı yapıldığı raporlanmıştır (143). Ülkemizde tetanos kontrol programının 1994 yılında yürürlüğe girdiği düşünüldüğünde ve hatırlama faktörü de gözönüne alındığında, 50 yaşından küçüklerin daha fazla aşı yaptırmış olabileceği düşünülebilir. Diğer yandan hafıza faktörü ve yaşı büyük katılımcıların hamilelikleri sırasında tetanos kontrol programının olmayışı gibi nedenlerle çalışmamızda oran 2018 TNSA'dan daha düşük bulunmuş olabilir. Çalışmamızda 19-49 yaş arasındakiler ile eğitim durumu lise ve üstü olanların gebeliklerinde daha fazla bağışıklandığı saptanmıştır. 2020 yılında Pakistan'da yapılan bir çalışmada da eğitim, gelir durumu ile bağışıklanma arasında ilişki saptanmazken, antenatal ziyaret sayısı ilişkili bulunmuştur (144). İki ülke arasındaki bu fark, ülkelerde uygulanan programlara sağlık çalışanlarının ne kadar destek verdiği, koruyucu sağlık hizmet kalitesi ve sayısı gibi faktörlere bağlı olabilir.

İnfluenza ani ortaya çıkan ateş, baş ağrısı, miyalji ve halsizliği takiben prodüktif olmayan öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi solunum yolu semptomlarının eşlik ettiği komplike olmayan olgularda 2-5 gün içinde iyileşmenin görüldüğü bir enfeksiyondur. Risk faktörü taşıyan kişilerde en sık görülen komplikasyon primer ve sekonder pnömonidir. Sekonder bakteriyel pnömoni genellikle 65 yaş üzeri hastalarda gözlenmektedir. İnfluenza aşısı, risk faktörü bulunan kişilerde altta yatan hastalığın daha da kötüleşmesinin, morbiditenin ve mortalitenin azaltılmasında önemli bir uygulamadır. Bu nedenlerle risk faktörü olan kişiler ile 65 yaş ve üzerindekiilerin her yıl influenza aşısı yaptırmaları ödeme kapsamına alınmıştır (101). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda en az bir kez influenza aşısı yaptıрма sıklığı %23,9 ile %29,6 arasında olduğu bulunmuştur (95,98,104). Çalışma grubunda lise ve üzeri eğitim alanlar, çalışanlar, kronik hastalığı olanlar ve ailesindeki erişkinlerde aşı olanlar daha fazla influenza aşısı olduğunu belirtirken; katılımcıların %6,1'inin 65 yaş ve üzeri olmasına, %35,8'inin de kronik bir hastalığı olmasına ve %93,2'sinin sosyal güvencesi olmasına karşın, sadece %17,4'ünün influenza aşısı yaptırdığını ifade etmesi düşündürücüdür. 18 yaşından sonra en az bir kez influenza aşısı olanların %78,9'u 1. basamak sağlık kurumlarında, %12,3'ü kamu hastanelerinde, %7,0'ı işyerinde, %1,8'i ise özel hastanede bağışıklanmıştır. Bu durum erişkinlerde influenza bağışıklamasının koruyucu sağlık hizmetlerine uygun olarak sıklıkla birinci basamakta verildiğini

göstermektedir. İnfluenza bağışıklamasının en sık nedenleri sağlık çalışanı tavsiyesi, hastalıktan korunma, kronik hastalığa sahip olma olarak belirtilmiştir. Erişkin bağışıklamada sağlık çalışanlarının motivasyonlarının önemi bilinmektedir. Aşı olan katılımcıların %91,2'si aşıya erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir.

Her yıl düzenli influenza aşısı yaptıranların sıklığı çeşitli çalışmalarda %6,1-10,8 arasındadır (98,116,140). Bu araştırmada da her yıl influenza aşısı olduğunu ifade edenlerin sıklığı %6,1'dir. Çalışmamızda 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların sadece beşte biri her yıl influenzaya karşı bağışıklandığını ifade etmiştir. Manisa'da 65 yaş ve üzeri 641 katılımcıyla yapılan bir çalışmada bu oran %22,3 olarak saptanmıştır (145). Çalışmamızda diyabet ve kronik akciğer hastalarının her yıl influenza aşısı olma oranı sırasıyla %13,8 ve %28,0 bulunmuş olup, kronik akciğer hastalarının daha sık olarak yıllık influenza aşısı yaptırdığı belirlenmiştir. Belirtilen risk gruplarına aşılardan ücretsiz uygulanmakta olmasına rağmen bağışıklanmanın çok düşük olması irdelenmesi gereken bir konudur. Çalışmada kronik hastalığı olanların, sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların her yıl influenza aşısı yaptırmaları oranı daha yüksek olduğu bulunmuştur. İnfluenza aşısının kronik hastalığı olanlara sağlık çalışanları tarafından tavsiye edilerek yapıldığı bilindiğinden, bu durum beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda sağlık çalışanları tarafından aşılardan hakkında bilgilendirildiğini ifade eden katılımcıların her yıl mevsimsel grip aşısını daha sık yaptırdığı saptanmıştır. Bu bulgu bağışıklanmada sağlık çalışanlarının tutumlarının ve bu konuda yapacakları sağlık eğitiminin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Her yıl mevsimsel grip aşısı olmayanların üçte ikisi "ihtiyaç duymama, hastalığı hafif atlama", onda biri "influenza aşısının koruyucu olmadığını düşünmeleri" gibi nedenlerle bağışıklanmadıklarını ifade etmişlerdir. Tüm bu bulgular ve ifadeler, influenza aşısı hakkında katılımcıların bilgi eksiği olduğunu göstermektedir.

Dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden birisi olan ve Neisseria meningitidis'in neden olduğu meningokokkal hastalıklar, asemptomatik taşıyıcılıktan yaşamı tehdit eden invazif meningokok hastalığına kadar geniş bir yelpazede hastalığa neden olmaktadır. Meningokokkal hastalık sıklığı yaşam boyu 3 dönemde artış göstermektedir. Bu dönemler plasental antikorların tükendiği 1 yaş altı bebeklik dönemi, nazofarengeal taşıyıcılığın yüksek olduğu adolesan dönem ve immün sistemin zayıfladığı 65 yaş üstü yaşlılık dönemidir. Günümüzde Neisseria meningitidis'e karşı geliştirilen aşılardan meningokokkal hastalıklar aşısı ile önlenemeyen enfeksiyöz hastalıklardan biri olmuştur (146). Çalışmamızda en sık yapılan üçüncü aşı %15,3 ile meningokok aşısıdır. İneli ve ark.nın çalışmasında bu oran %0,9, Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise %1,8 olarak belirtilmiştir (105,116). Ülkemizde meningokok aşısının TSK, hac ve umre aşılamları

kapsamında zorunlu uygulandığı düşünüldüğünde, meningokok aşısının daha sık uygulanmış olması gerekmektedir. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın yalnız 2019 yılı için 490.000 doz aşı temin ettiği raporlanmıştır (147). Yapılan çalışmalarda hafıza faktörü ve özellikle askerlikte hangi aşılardan yapıldığının ayrıntılı sorgulanmaması gibi nedenlerle meningokok aşısı yaptırma oranı beklenenden düşük çıkmış olabilir. Çalışmamızda meningokok aşısı olanların %70'i askerlik, %30'u ise seyahat nedeniyle bağışıklanmıştır. Erkeklerin kadınlara ve çalışanların çalışmayanlara göre daha fazla meningokok aşısı ile bağışıklandığı saptanmıştır. Aşının askerlikte erkeklere yapılması ve ülkemizde kadınların iş gücüne katılımının erkeklere oranla düşük (%29,7- Mayıs 2020, TUİK) olması nedeniyle erkeklerde ve çalışanlarda aşının daha sık uygulandığı düşünülebilir. Menenjitte karşı bağışıklananların hepsi aşıya erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmamızda 18 yaşından sonra en sık yaptırılan dördüncü aşı %12,5 ile hepatit B aşısı olarak bulunmuştur. Ülkemizde hepatit B aşısı ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen sıklıklar çalışmamıza benzerdir; Çanakkale'de yapılan bir çalışmada %8,2, Ankara'da yapılan başka bir çalışmada %16,7, Aksakal ve ark.nın çalışmasında ise %12,3 olarak bulunmuştur (97,98,105). Aşı hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ve risk grubu dışında aşının önerilmemesi/ücretli olması bağışıklanma oranlarının düşük olmasını açıklayabilir. Lise ve üzerinde eğitim alanların hepatit B aşısı ile daha fazla bağışıklandığı saptanmıştır. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarına yönelimin arttığını göstermektedir. Ankara'da yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde eğitim ile hepatit B bağışıklanması ilişkili bulunmuştur (105). Katılımcıların %12,2'sinin hepatit B aşısını özel hastanede yaptırmaması, kamuda hepatit B aşılamaının ücretsiz olduğu konusunda bilgi sahibi olduğunu gösterebilir. Aşı olan katılımcıların yaklaşık yarısının "sağlık çalışanının tavsiye etmesi" ile aşılamaını, diğer aşılar da olduğu gibi sağlık çalışanlarının konu hakkındaki önemini göstermesi açısından önemlidir.

18 yaşından sonra katılımcıların sadece 15'i KKK aşısı olmuştur (%4,6). Aksakal ve ark. yaptığı çalışmada bu oran %1,5, Çanakkale çalışmasında ise %1,7 olarak belirtilmiştir (97,98). Çalışmamızda KKK aşısı olanların %86,7'si TSK'da aşılanmıştır. Ülkemizde askerlikte üç temel aşı yapılmaktadır. Bunlar; Td aşısı, meningokok aşısı ve 1980-1991 yılları arasında doğan ve silah altına alınan askerlere yapılan KKK aşısıdır. Çünkü askerlikte çeşitli nedenlerle infeksiyonlara ve salgın hastalıklara maruz kalma riski toplumun geri kalanına göre daha fazladır (114). Yapılan çalışmalarda hafıza faktörü ve özellikle askerlikte hangi aşılardan yapıldığının ayrıntılı sorgulanmaması gibi nedenlerle KKK aşısı yaptırma oranı beklenenden düşük çıkıyor olabilir. KKK aşısı olma durumları sosyodemografik özelliklere

göre incelendiğinde bu bilgilerle uyumlu olarak; erkeklerin, 35-49 yaş grubunun ve çalışanların daha yüksek oranda KKK aşısı yaptırdığı saptanmıştır.

Tarihin bilinen en eski hastalığı olan kuduz, hem insan hem de hayvan sağlığını olumsuz etkileyen ve önlenabilir bir hastalıktır. Dünyada birkaç ada ülkesi hariç her yerde görülmektedir. Çoğu Asya ve Afrika ülkelerinde, tamamen yakını köpek ısırması ile meydana gelen kuduz olguları nedeniyle dünyada her yıl yaklaşık 60.000 kişi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde endemik olan kuduz nedeniyle her yıl yaklaşık 250.000 kuduz riskli temas bildirimi yapılmakta, yılda ortalama 1-2 kuduz vakası görülmektedir. Kuduz riskli temas olgularında standart infeksiyon kontrol önlemleri yanında, yaranın büyüklüğü, bulaş durumu, beyne yakınlığı gibi parametreler değerlendirilerek sağlık bakanlığının standart tedavi protokolünün uygulanması gerekmektedir. Ölümcül bir hastalık olması nedeniyle, bu tedavi protokolünde olmazsa olmaz kuduz aşısıdır (77). Çalışmada 18 yaşından sonra kuduz aşısı olan 15 kişinin dörtte üçü kamu hastanesinde, tamamı temas sonrası profilaksi nedeniyle aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olan kişilerden sadece birinin (%6,7) dahi kuduz aşısına ulaşımın zor olduğunu belirtmesi, mortalitesi yüksek bir hastalık için irdelenmesi gereken bir konudur.

Özellikle erişkin dönemde mortal seyredabilen HAV infeksiyonundan korunmada hijyen ile beraber en önemli korunma yöntemi bağışıklamadır. 2012 yılında çocukluk çağı aşı takvimine giren hepatit A aşısı, erişkin dönemde sadece risk gruplarına ücretsiz olarak uygulanmaktadır (82). Çalışmamıza katılanların yalnız %2,5'i erişkin dönemde hepatit A aşısı olduğunu ifade etmiştir. Çanakkale çalışmasında bu oran benzer şekilde %2,0 olarak, Aksakal ve ark. çalışmasında ise %6,3 olarak bulunmuştur (97,98). Çalışmamızda gelirini iyi olarak tanımlayanların HAV aşısı olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni aşının ücretli olması olabilir.

Ülkemizde erişkin dönemde 65 yaş ve üzerindekiiler ile 18-64 yaş arasında spesifik kronik hastalığı olanlara ücretsiz olarak uygulanmakta olan pnömokok aşısının çalışmamızda uygulanma sıklığı %2,1, yaşlılarda %10,0, kronik akciğer hastalığı ve diyabeti olanlarda sırasıyla %8,0 ve %6,9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda risk gruplarında aşılama oranı daha yüksek bulunsun da hala yetersiz olup, gruplar arası istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. İneli ve ark. yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerinde pnömokok aşısı yaptırma oranı %11,1 olarak belirtilmiştir (116). Yapılan çalışmalarda diyabetik hastalarda pnömokok aşısı ile aşılama oranları %0,1 ve 7,5; kronik akciğer hastalarında ise %0,0 ile %17,2 arasında raporlanmıştır. (115,116,148). Çalışmalarda bulunan farklı sonuçlar araştırmaların yapıldığı yıl, bölge ve örneklem farkından kaynaklanabilmektedir. Aşı yaptıranların %71,5'i

birinci basamak sağlık kurumunda, yaklaşık yarısı sağlık çalışanı tavsiyesiyle bağışıklanmıştır. Aşı olanların hepsi pnömokok aşısına erişimin kolay olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar arasında sağlık durumunu orta ve altı olarak tanımlayanlar ile kronik hastalığı bulunanlar pnömokok aşısını daha fazla yaptırma oranına sahiptir. Bu durum bize kronik hastalığı olan ve sağlık durumu algısı kötü olan katılımcıların bilgilendirilmeleri dahilinde aşı yaptırmaya daha gönüllü olacaklarını düşündürmektedir.

Serviks kanseri bağışıklamayla önlenebilen tek jinekolojik kanser türüdür. Çalışmamızda 18 yaşından sonra HPV aşısı olma oranı %0,9 olarak bulunmuştur. Ülkemizde serviks kanseri kontrolünde sekonder korunma yöntemi olan tarama programları yaygın olarak yürütölmekteyken, primer korunma yöntemi olan bağışıklamanın bu kadar az ilgi çekmesi dikkat çekicidir. Aşının yakın zamanda kullanıma girmesi dolayısıyla kişilerin bilgi sahibi olmadıkları ve 3 doz uygulanıp her doz için de cepten harcamalar ile maliyetinin yüksek oluşu gibi nedenlerle uygulanmasının az olduğu düşünölebilir. Aşının teşvikinde ücretlerin azaltılması ve sağlık çalışanlarının bu konuda toplumu bilgilendirmesi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda sarı humma ve Hib aşılarını 3'er kişi yaptırmıştır. Sarı humma aşısı seyahat sağlığında önemli olan bir aşı olup aşılananların hepsi seyahat nedeniyle, birinci basamak sağlık kuruluşunda bağışıklandıklarını bildirmiştir. Hib aşısının ise spesifik kronik hastalıklarda ve bazı ölkelere seyahat nedeniyle endikasyonu bulunmaktadır. Çalışmamızda iki kişi seyahat bir kişi ise hastalıktan korunma amacıyla aşı olduğunu belirtmiştir.

Dünyada ve ölkemizde tüm erişkinlere ve her gebeliklerinde kadınlara 1 doz Tdap aşısı önerilmektedir. Çalışmamıza katılanların yalnızca %0,6'sı boğmacaya karşı bağışıklanmıştır. Maltepe ve Çanakale çalışmasında bu oran sırasıyla %1,8- 0,7 olarak bulunmuştur (95,98). Aşının endike olduğu kitle düşünöldüğüde erişkin tip boğmacaya karşı bağışıklanmanın çok yetersiz olduğu görölmektedir. Oysa ki özellikle yenidoğan döneminde boğmaca çok ciddi mortalite ve morbidite sebebidir. Aşının yakın zamanda kullanıma girmesi, ücretli olması gibi nedenlerle bağışıklanma yetersiz olabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının toplumu bilgilendirmesi de önemlidir.

VIII. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Bu araştırmanın en güçlü yanı karma yöntem kullanılmasıdır. Çalışmanın niceliksel bölümünde daha büyük örneklemden veri toplanırken, aynı zamanda araştırmanın niteliksel bölümü için katılımcılar belirlenip görüşme sağlanmıştır. Araştırmanın niteliksel kısmındaki yarı yapılandırılmış görüşmeler, sağlık inanç modeli çerçevesinde tasarlanmıştır. Bu kısımda katılımcıların aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıklar ve aşılar hakkındaki düşünce ve tutumları irdelenmiş, bağışıklanma veya bağışıklanmama davranışlarına yol açan etkenler ile ilgili derinlemesine bilgi toplanmıştır.

Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi polikliniklerine başvuran hasta yakınlarıyla yapılması nedeniyle topluma genellenememesidir. Ayrıca 2020 nCOVID-19 pandemisi nedeniyle çalışmayı erken sonlandırmak zorunda kalınması dolayısıyla, önceden belirlenen örneklemin %81,8'ine ulaşılmıştır. Bu oran niceliksel kısım için literatürde kabul edilebilir bir oran olsa da niteliksel kısımda kısıtlı sayıda katılımcıya ulaşabilmemiz nedeniyle bazı temalar ortaya çıkmamış olabilir.

Çalışmamızda veri toplamanın yüzyüze görüşmeler şeklinde yapılması, her ne kadar görüşmeler açık ve kişileri yargılayıcı olmayacak şekilde yürütülmeye çalışılsa da bazı katılımcıların zaman zaman soruları kendisinden beklenen şekilde cevaplamaya mecbur hissedebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bilgilerin hafızaya dayalı olması nedeniyle, hafıza faktörü verilen cevapları etkileyebilir. Araştırmamız tanımlayıcı olması nedeniyle de nedensel bir ilişki verememektedir.

IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada bireylerin erişkin bağışıklamasında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bağışıklama oranlarının da olması gerekenden düşük olduğu bulunmuştur. Erişkin aşılanmasında bireye ait faktörlerin yanı sıra organizasyonel, sağlık çalışanları, sağlık sistemi ve sosyokültürel faktörlerin de önem taşıdığı bilinmektedir. Erişkin bağışıklaması kişilerin kendi sorumluluklarına bırakılamayacak kadar önem teşkil etmektedir. Çalışmamızda en sık aşı olmama nedeni, aşının sağlık çalışanları tarafından önerilmemesi ve kişilerin aşılar hakkında bilgi sahibi olmamasıdır. Erişkin bağışıklamada sağlık çalışanları topluma rol model olmalıdır. Çalışanların bu konuda sürekli eğitimler ile bilgilerinin güncellenmesi ve farkındalıklarının artırılması önem taşımaktadır. Ayrıca verilecek olan bu eğitimler, bağışıklamaya karşı olumsuz algısı ve tutumu olan sağlık çalışanlarının ve toplumun, bu tutumlarını değiştirmede faydalı olacak şekilde yapılandırılmalıdır. Yapılan her muayenede hastalara bağışıklanma durumlarının sorulması ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesi, aşı randevularının oluşturulması, elektronik olarak aşı hatırlatıcı programların kullanılması, erişkin dönem için aşı kartlarının kullanımının yaygınlaşması ve aşılarda ücretsiz uygulanması ile bağışıklanma oranları artırılabilir.

Çalışmamızda hastaların aşılarda içerikleri ve yan etkileri hakkında şüphelerinin olduğu ve bu şüphelerin bağışıklanma kararını etkilediği görülmüştür. Yakın çevresi ve kendisinde aşılarla dair bir olumsuzluk yaşamasa bile, günümüzde kişilerin bilgi edinmede sıklıkla kullandığı medya organlarında aşılarla yönelik yapılan olumsuz söylemler sonrasında, bu tereddütlerin olduğu görülmüştür. Bu bağlamda toplumun aşılarda, aşılarda yararları, içerikleri ve yan etkileri hakkında açık, şeffaf ve kanıta dayalı olarak bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Aşılar hakkında bilgilendirmeler Sağlık Bakanlığı ve sağlık çalışanları aracılığıyla yapılabileceği gibi, sivil toplum kuruluşları ve toplumun güvendiği ve sevdiği kişilerce de gerçekleştirilebilir. Ayrıca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli rolü olan sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi de, bağışıklama hizmetlerinin kullanımını arttıracaktır.

Ülkemizde erişkin çağı bağışıklama takviminin, GBP’da olduğu gibi organize edilememiş olması, erişkin bağışıklamasında kayıtların tutulmaması gibi eksiklikler erişkinlerin aşılanmasını olumsuz etkilemektedir. Bağışıklama Danışma Kurulu, bağışıklama konusunda çalışmaları olan akademisyenler gibi bağışıklama ile ilgilenen konunun otörleri

tarafından önerilecek yol haritaları, kılavuzlar, bilgilendirmelerle erişkin bağışıklama oranlarının artırılması hedeflenebilir.

Sonuç olarak erişkin bağışıklaması, çok boyutu olan ve bu nedenle de birden fazla düzeyde müdahaleye ihtiyaç duyan bir alandır. Bu alandaki sorunlar küresel düzeyde benzer olabileceği gibi, her ülkenin kültürel özelliklerine göre farklılıklar da gösterebilir. Etkili müdahale alanlarının belirlenmesi için, nedenlerin tam ve kesin ortaya konulması amacıyla yapılacak, ülkemizi temsil edebilecek düzeyde planlanacak, niteliksel ve niceliksel araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Sorunlar belirlendikten sonra, toplumun ve tüm sağlık çalışanlarının desteğini alacak bir program dahilinde, erişkin aşılama yüzdelerinin artırılmasına çalışılmalı ve programın dinamik olması sağlanmalıdır.



X. KAYNAKÇA

1. Hirshon J. M. et al. Health Systems and Services: The Role of Acute Care. Bull World Health Organ. 2013 May 1;91(5):386-388.
2. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
3. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği-Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Ankara, 2019.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended adult immunization schedules for persons aged 0 through 18 years and adults aged 19 years and older-United States, 2013. MMWR Surveill Summ 2013;62(Suppl 1):S1.
5. Immunization and Infectious Diseases, Available at: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunization-and-infectious-diseases>. Erişim: Nisan 14, 2020.
6. Akçakaya N, Camcioğlu Y, Gür E, Öztürk R. Çocuk Ve Erişkinde Aşılama. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No: 71 İstanbul, 2010 s. 63.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı. Available at: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html>. Erişim: Mart 10, 2020.
8. Tabak F. Erişkin Yaş Döneminde Aşılama; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Çocuk ve Erişkinde Bağışıklama (Aşılama ve İmmünglobulin Kullanımı) Sempozyumu 7 - 8 Mayıs 1998, İstanbul, s. 33-45
9. Deniz G. Doğal İmmün Sistemin Hücresel Elemanları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Bağışıklık Sistemi ve Yetersizlikleri Sempozyum Dizisi No: 80, 2013; s.25-28.
10. UK Government. Green Book Chapter 1: Immunity and How Vaccines Work. December 2018. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/815159/Greenbook_chapter_1_Immunity_and_how_vaccines_work.pdf. Erişim: Kasım 11, 2019.

11. Clem A. S. Fundamentals of Vaccine Immunology. Journal of Global Infectious Diseases. 2011; 3(1):73-78.
12. Şenol E. İnfeksiyon Hastalıklarının Tedavisi ve Önlenmesinde Pasif Bağışıklama. Flora Dergisi, 2003.
13. WHO. Immunization. Available at: <https://www.who.int/topics/immunization/en/>. Erişim: Ekim 31, 2019.
14. Kutlu H.H, Altındış M. Aşı Karşıtlığı. Flora Dergisi. 2018;23(2):47-58.
15. Beşirbellioğlu B. Antimikrobiyal Aşılar. Tıbbi Mikrobiyoloji. 6. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık, 2014:147-54.
16. Leung A. K. C. History of Vaccine Development: Variolation and Vaccination in Late Imperial China, ca 1570-1911 syf: 5-6.
17. The Immunisation Advisory Centre. Vaccine Development. Available at: <https://www.immune.org.nz/vaccines/vaccine-development>. Erişim: Haziran 1, 2020.
18. Ceyhan M. Kızamık Aşısı ve Ülkemizdeki Durum. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 206-208.
19. Mercan B. 19. yy.'da Osmanlı'da Çiçek Salgınları ve Çiçek Hastalığı ile Mücadele. 2017. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih ABD Yüksek lisans tezi.
20. Hammarsten J.F, Tattersall W, Hammarsten J.E. Who Discovered Smallpox Vaccination? Edward Jenner or Benjamin Jetsy? Trans AM Clin Climatol Assoc. 1979; 90: 46.
21. Yavuz M. Aşı Karşıtlığı. Toplum ve Hekim. 2018a; 33, 163-164.
22. Riedel S. Edward Jenner and The History of Smallpox and Vaccination. Proc Bayl Univ Med Cent. 2005 Jan; 18(1): 21–25.
23. Plotkin S. A, Plotkin S. A. A Short History of Vaccination. Plotkin's Vaccines 7th Edition. 2018
24. WHO. Available at: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/two-out-of-three-wild-poliovirus-strains-eradicated>. Erişim: Ekim 30, 2019.
25. Clemmons N.S, Gastanaduy P.A, Fiebelkorn A.P, et al. Centers for Disease Control

- and Prevention (CDC). Measles–United States, January 4–April 2, 2015.
26. Eskiocak M., Marangoz B. Türkiye’de Başıklama Hizmetlerinin Durumu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2019 s. 81.
27. WHO Vaccine- Preventable Diseases: Monitoring System. 2019 Global Summary. Available at: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR&commit=OK. Erişim: Haziran 1, 2020
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı. Available at: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/41-asi-turleri.html>. Erişim: Kasım 11, 2019.
29. Valenzuela P, Medina A, Rutter WJ, Ammerer G, Hall BD. Synthesis and Assembly of Hepatitis B Virus Surface Antigen Particles in Yeast. Nature 1982 Jul 22;298(5872):347-50.
30. Van den Biggelaar, A. H. J, & Poolman, J. T. Live-Attenuated and Inactivated Whole-Cell Bacterial Vaccines. Vaccine Analysis: Strategies, Principles and Control, 2014 s.139–186.
31. WHO. Vaccine Safety Basics. Available at: <https://vaccine-safety-training.org/inactivated-whole-cell-vaccines.html>. Erişim: Kasım 19, 2019.
32. CDC. Principles of Vaccination. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/prinvac.pdf>. Erişim: Nisan 1, 2020
33. Arısoy et al. Clinical Practical Recommendations for Turkish national Vaccination Schedule For Previously Healthy Children (national vaccination schedule) and Vaccines Not Included In The Schedule. 2015. J Pediatr Inf 2015; 9: 1-11.
34. Koruk S. T, şeyhanoğlu A. S. et al. Sekelsiz İyileşen Hiç Aşılanmamış Bir Tetanos Olgusu. Klimik Dergisi. 2013; 26: 31-33.
35. WHO. Protecting All Against Tetanus. Guide To Sustaining Maternal and Neonatal Tetanus Elimination(MNTE) and Broadening Tetanus Protection For All Populations. 2019.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı. Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi, 2006.

37. Gözdemir E, Kaygusuz İ. Gebelikte Tetanoz Aşısı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;6(3):159-167.
38. Otur G. ve ark., Boğmaca Enfeksiyonunun Tanı ve Tedavisi. Çocuk Dergisi 2014; 14(3):100-107.
39. Tanrıover M. D, Soyler C, Ascioglu S, Cankurtan M, Unal S. Low Seroprevalence of Diphtheria, Tetanus and Pertussis in Ambulatory Adult Patients: The Need For Lifelong Vaccination. Eur J Intern Med. 2014 Jul;25(6):528-32.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi. Available at: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>. Erişim: Mart 10, 2020.
41. CDC. Recommended Adult Immunization Schedule for Ages 19 Years or Older. United States 2020. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf>. Erişim: Mart 10, 2020.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Uygulanması Gerekli Aşılar ve Uygulama Şemaları. 2020. Available at: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BECNH1F1F>. Erişim: Mayıs 14 2020.
43. CDC. Types of Influenza Viruses. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>. Erişim: Şubat 6, 2020.
44. Meşe S, Uyanık A, Asar S, Ağaçfıdan A, Yenen O. Ş. İnfluenza Referans Laboratuvarı 2015-2016 Grip Sürveyansı Verileri. Türk Mikrobiyol Cem Derg 46(4):172-180, 2016.
45. WHO. Influenza Vaccination. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/vaccination>. Erişim: Şubat 10, 2020.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı. Mevsimsel Grip Hastalığı ve Grip Aşısı. Available at: https://grip.gov.tr/depo/Afis_brosur/yeni_afis_brosur/thumb_brosur_21_68927.pdf. Erişim: Şubat 20, 2020.
47. CDC. Seasonal Influenza Vaccine Safety. Available at: https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccine_safety.htm. Erişim: Şubat 11, 2020.

48. Akan H. Erişkinlerde Pnömonokok Bağışıklaması. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 8 Sayı: 5 Eylül- Ekim 2016.
49. Cafiero-Fonseca E. T, Stawasz A, Johnson S. T, Sato R, Bloom DE. The Full Benefits of Adult Pneumococcal Vaccination: A Systematic Review. PLoS ONE. 2017;12(10).
50. Vadlamudi, NK, Parhar K, Altre Malana KL, Kang A, Marra F. Immunogenicity and Safety of The 13-valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Compared to 23-valent Pneumococcal Polysaccharide in Immunocompetent Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Vaccine. 2019 Feb 14;37(8):1021-1029.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı. Risk Grubu Aşılamaları. Available at: <https://asirehberi.saglik.gov.tr/uploads/2017-genelgeler/risk/2-risk-grubu-asilamaları-ek-risk-grubu-asilamaları-1-2.html>. Erişim: Mart 03, 2020.
52. Green C. et al. A Simple Approach to Pneumococcal Vaccination in Adults. J Glob Infect Dis. 2018 Jul-Sep; 10(3): 159–162.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023, Ankara.
54. Jefferies M, Rauff B, Rashid H, Lam T, Rafiq S. Update on Global Epidemiology of Viral Hepatitis and Preventive Strategies. World J Clin Cases. 2018 Nov 6; 6(13): 589–599.
55. Aksaray N. Türkiye’de Uygulanan Aşı Takvimi. Türkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics. 2004;2(3):340-2.
56. Toy et al. Age- and Region-specific Hepatitis B Prevalence In Turkey Estimated Using Generalized Linear Mixed Models: A Systematic Review. BMC Infectious Diseases 2011, 11:337.
57. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı Hepatit B Hastalığı. Available at: <https://asi.saglik.gov.tr/liste/4-hepatit-b-hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1-nedir.html>. Erişim: Mart 15, 2020.
58. Hazneci E. Varisella Zoster Virus Enfeksiyonları. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2013;6(2):21-31.
59. CDC. Vaccines and Preventable Diseases, Varicella Vaccine Recommendations.

Available

at:

<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/varicella/hcp/recommendations.html>.

Erişim:

Mart 17, 2020.

60. Özer M, Büyükçam A, Bayhan C, Özsürekci Y, Kara A. Türk Tıp Öğrencileri Arasında Suçiçeği Aşısı Kabulü ve Aşı İlişkili Yan Etkiler Konusundaki Tutumlar. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2016; 59: 55-60.
61. Karaahmetoğlu G, Acar A, Öncül O, Özyurt M, Görenek L. İmmun Sağlam Fakat Yoğun Emosyonel Stres Altında Olan İki Olguda Zona Zoster Sonrası Gelişen Aseptik Menenjit ve Hepatit Tablosu. Turk Hij Den Biyol Derg. 2013;70(3):157-62.
62. Johnson R. et al. Herpes Zoster Epidemiology, Management and Disease and Economic Burden In Europe: A Multidisciplinary Perspective. Ther Adv Vaccines 2015, Vol. 3(4) 109–120.
63. Warren-Gash C, Forbes H, Breuer J. Varicella and Herpes Zoster Vaccine Development: Lessons Learned. Expert Rev Vaccines. 2017; 16(12): 1191–1201.
64. UK Government Green Book Chapter 28a: Shingles (herpes zoster). Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/503773/2905109_Green_Book_Chapter_28a_v3_0W.PDF. Erişim: Mart 20, 2020.
65. CDC. Vaccine Safety: Shingles (Herpes Zoster) Vaccines. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/vaccines/shingles-herpes-vaccine.html>. Erişim: Mart 20, 2020.
66. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome and Mumps, 2013: Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2013 Jun 14;62(RR-04):1-34.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Kızamık Eliminasyon Programı. Available At: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/63360,kizamik-eliminasyon-ustyazi-ismpdf.pdf?0>. Erişim: Mart 26, 2020.
68. Özdemir H, Çiftçi E. Meningokok Aşıları. J Pediatr Inf 2014; 8: 178-86.
69. Kara M, Somer A. Meningokok Aşıları. Çocuk Dergisi 2019;19(2):51-59.

70. CDC. Vaccine Safety: Meningococcal Vaccines. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/vaccines/meningococcal-vaccine.html>. Erişim: Mart 30, 2020.
71. Avcı G, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virusu. Kafkas J Med Sci 2013; 3(3):136–144.
72. FDA. Available at: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years-old>. Erişim: Nisan 2, 2020.
73. CDC. Vaccine Safety: Human Papillomavirus (HPV) Vaccine. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/vaccines/hpv-vaccine.html>. Erişim: Nisan 2, 2020.
74. CDC. Vaccine Safety: Haemophilus Influenza Type B(Hib) Vaccines. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/vaccines/hib-vaccine.html>. Erişim: Nisan 9, 2020.
75. Karadaş M. A. ve ark. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne Başvuran Kuduz şüpheli Hayvan Temaslı Hastaların Değerlendirilmesi. Acta Medica Alanya 2018;2:3.
76. WHO. Rabies. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>. Erişim: Nisan 11, 2020.
77. T. C. Sağlık Bakanlığı. Kuduz Profilaksi Rehberi 2019, Ankara.
78. Apanga P. A, Awoonor-Williams J. K, Acheampong M, Adam M. A. A Presumptive Case of Human Rabies: A Rare Survived Case in Rural Ghana. Front Public Health. 2016; 4: 256.
79. CDC. The Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases. Chapter 18: Poliomyelitis. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/polio.html>. Erişim: Nisan 13, 2020.
80. Kanitz EE et al. Variation in Adult Vaccination Policies Across Europe: An Overview From VENICE Network on Vaccine Recommendations, Funding and Coverage. Vaccine. 2012 Jul 27;30(35):5222-8.
81. The UK Immunisation Schedule, Green Book. 2019. Available at:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/831680/Greenbook_chapter_11_UK_Immunisation_schedule.pdf.

Erişim: Haziran 1, 2020.

82. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT). Available at: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_2_0200603_20. Erişim: Haziran 1, 2020.
83. WHO, Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy. Available at: (https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf). Erişim: Haziran 1, 2020.
84. Ecartot F, Maggi S, Michel J.P. Strategies to Improve Vaccine Uptake throughout Adulthood. *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*. 234–248).
85. Ventola L. Immunization in the United States: Recommendations, Barriers and Measures to Improve Compliance: Part 2: Adult Vaccinations. 2016, P&T 41(8):492-506.
86. Kun E, Benedek A, Mészner Z. Vaccine hesitancy among primary healthcare professionals in Hungary. *Orv Hetil*. 2019;160 (48):1904–14.
87. Yavuz M. Aşı Karşıtlığının Tarihçesi. *Toplum ve Hekim*. 33(3); 187-194, 2018;
88. Gür E. Aşı kararsızlığı - Aşı Reddi. *Türk Pediatri Ars* 2019; 54(1): 1–2.
89. Aker AA. Aşı Karşıtlığı. *Toplum ve Hekim*. 33(3); 175-186, 2018
90. Habersaat KB, Jackson C. Understanding vaccine acceptance and demand-and ways to increase them. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Dec 4.
91. Bocquier A, Ward J, Raude J, Peretti-Watel P, Verger P. Socioeconomic differences in childhood vaccination in developed countries: a systematic review of quantitative studies. *Expert Rev Vaccines*. 2017;16(11):1107–18.
92. McKee C, Bohannon K. Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2016;21(2):104–09.
93. Harris LM, Chin NP, Fiscella K, Humiston S. Barrier to Pneumococcal and Influenza Vaccinations in Black Elderly Communities: Mistrust. *JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION*. 98(10), 2006, 1678-1684.

94. Telford R, Rogers A. What influences elderly peoples' decisions about whether to accept the influenza vaccination? A qualitative study. Health Education Research. 18(6), 2003,743-753.
95. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel Aİ, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Erişkinlerin Erişkin Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. TJFMPC, 2018;12 (3): 215-225).
96. TÜİK 2019. Available at: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>. Erişim: Ağustos 10, 2020
97. Baran Aksakal FN, Koçak C, Uğraş Dikmen A, Altun B, Büyükdemirci E. Ankara'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş üstü Kişilerin Erişkin Aşılamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. FLORA 2018;23(3):124-134.
98. Özerdoğan Ö. Çanakkale İl Merkezi 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Erişkin Bağışıklaması Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi, 2020. Uzmanlık Tezi.
99. SGK 2020. Available at: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr>. Erişim: Ağustos 10, 2020
100. Wheelock A, Parand A, Rigole B, Thomson A, Miraldo M, et al. (2014) Socio-Psychological Factors Driving Adult Vaccination: A Qualitative Study. Plos ONE 9(12): e113503
101. Ozisik L, Tanriover MD, Rigby S, Unal S; European Federation of Internal Medicine ADVICE Working Group. ADVICE for a healthier life: Adult Vaccination Campaign in Europe. Eur J Intern Med. 2016;33:14-20
102. Eurostat 2017. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191209-2>. Erişim: 10.08.2020
103. TÜİK 2019. Available at: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. Erişim: Ağustos 10, 2020
104. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin Erişkinlik Dönemi Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Türk Aile Hek Derg 2013;17(3):113-118.
105. Coşkun A. Erişkinlerin Bağışıklama Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, 2019. Uzmanlık Tezi.

106. Carrillo-Santistev P, Lopalco PL. Measles still spreads in Europe: Who is responsible for the failure to vaccinate? Clin Microbiol Infect. 2012;18(Suppl 5):50–56.
107. Kempe A, Saville AW, Albertin C, et al. Parental Hesitancy About Routine Childhood and Influenza Vaccinations: A National Survey. Pediatrics. 2020;146(1):e20193852
108. Bhattacharya LK, Gerbie MV, Tan TQ (2013) Knowledge and Utilization of Recommended Preventative Vaccines among Young Adults. J Vaccines Vaccin 4: 179.
109. Rotarou, E.S., Sakellariou, D. Determinants of Utilisation Rates of Preventive Health Services: Evidence From Chile. BMC Public Health 18, 839 (2018).
110. Kaygusuz S. Grip ve Aşı. KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(3):329-344).
111. WHO Immunization, Vaccines and Biologicals. Available at: https://www.who.int/immunization/newsroom/newsstory_seasonal_influenza_vaccination_pregnancy/en/. Erişim: Ağustos 10, 2020
112. TTB. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi, İkinci Baskı. 2019, Ankara.
113. Nitsch-Osuch A (2017) Cocoon strategy of vaccinations: benefits and limitations. In: Vaccines Farhat Afrin F, Hemeg H, Ozbak H (Eds). Available at: <https://doi.org/10.5772/intechopen.68890>. Erişim: Ağustos 10, 2020.
114. T. C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı. Yetişkin Aşılamaları. Available at: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yetiskin-asilama.html>. Erişim: Ağustos 10, 2020.
115. 22. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Ege Çalışma Grubu. Available at: <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179>. Ağustos 10, 2020.
116. İneli B, Akdeniz M, Kavukçu E. The Assessment of the Knowledge About Adult Vaccine and Vaccination Coverage In Adults Aged 18 and Older In Turkey. International Journal of Scientific and Technological Research. ISSN 2422-8702 Vol.5, No.5, 2019.
117. Özsu S, Uçar E, Arslan Y, Maden E, Bilgiç H. The Frequency of Influenza and Pneumococcal Vaccination In COPD. Eurasian. Pulmonol. 2011; 13(1): 21-25.
118. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferansından Bildiriler. 2009.

119. Çam C, Ünsal A, Arslantaş D, Kılınç A, Öztürk Emiral G. Erişkinlerin Aşı ve Bağışıklama Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Osmangazi Journal of Medicine, 2020.
120. FDA. Available at: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years-old>. Erişim: Ağustos 10, 2020.
121. Hekimoğlu CH; Ozbek ÖA; Emek M; Öktem MA; Köroğlu G; Sertel M; et al. Seroprevalence and social determinants of varicella in Turkey. East Mediterr Health J. 2018;24(3):295–301.
122. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014,7(3), 230-237.
123. T.C. Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü. Available at: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>. Erişim: Ağustos 10, 2020.
124. Efetürk T, Karabacak O. Adölesan Dönemde Cinsel Sağlık: Riskli Cinsel Davranışlar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2013;4(1):71-80.).
125. Castiglia P. Recommendations for pneumococcal immunization outside routine childhood immunization programs in Western Europe. Adv Ther. 2014; 31(10): 1011-44.
126. Orhon Şimşek F, Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış, Sosyal Pediatri Özel Sayısı Mart 2020; 6-14.
127. Lutz, C. S., Fink, R. V., Cloud, A. J., Stevenson, J., Kim, D., & Fiebelkorn, A. P. (2019). Factors associated with perceptions of influenza vaccine safety and effectiveness among adults, United States, 2017–2018. Vaccine.
128. Kempe et al. Parental Hesitancy About Routine Childhood and Influenza Vaccinations: A National Survey. PEDIATRICS Volume 146, number 1, July 2020.
129. Karafillakis E, Larson H. The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. Volume 35, Issue 37, 5 September 2017, Pages 4840-4850.
130. Gowda C, Dempsey A. The Rise (and Fall?) of Parental Vaccine Hesitancy. [Hum Vaccin Immunother](https://doi.org/10.1007/s12281-013-9471-1). 2013 Aug 1; 9(8): 1755–1762.).

131. Opel, D. J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Solomon, C., Zhao, C., Catz, S., & Martin, D. (2011). Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine*, 29(38), 6598–6605.
132. Nagata et al. Nagata, J.M., Hernández-Ramos, I., Kurup, A.S. et al. Social Determinants of Health and Seasonal Influenza Vaccination in Adults ≥ 65 Years: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Data. *BMC Public Health* 13, 388 2013.
133. Fisher BM, Scott J, Hart J, Winn VD, Gibbs RS, Lynch AM. Behaviors and perceptions regarding seasonal and H1N1 influenza vaccination during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(6 Suppl 1):S107-S111.
134. CDC Adult Vaccination Resources. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/adults/index.html>). Erişim: Ağustos 11, 2020.
135. Centers for Disease Control and Prevention. Adult Immunization: Knowledge, Attitudes, and Practices. DeKalb and Fulton Counties, Georgia, 1988. *MMWR* 1988;37:657-61.
136. Ünal S, Tanrıöver M. D, Taş E, Güner İ, Çetin Ö. Y, Sayar İ. Aile Hekimlerine Eğitim Verilmesi ve Aşılama Hedeflerinin Belirlenmesinin Pnömonokok Aşılanma Oranları Üzerine Etkileri. *Flora* 2015;20 (1): 10-15.
137. Arede et al. Combating Vaccine Hesitancy: Teaching the Next Generation to Navigate Through the Post Truth Era. *Frontiers in Public Health*. doi.org/10.3389/fpubh.2018.00381.
138. Egici et al., Evaluation of Factors Affecting Adult Immunization. *Haydarpaşa Numune Med J* 2018;58(3):128–132.
139. Bolatkale M, Kutlu R, Eryılmaz M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Erişkin Aşıları Hakkındaki Bilgileri ve Aşılanma Durumları. *Konuralp Medical Journal*. 2019; 11(3): 362-368.
140. Candan H. Bir Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Erişkin Aşıları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Mevcut Erişkin Aşılanma Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi. 2017. Uzmanlık Tezi.
141. Müller P, Schitnz R. Vaccination Coverage In German Adults, Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). Robert Koch Institute, 2013.
142. CDC. Vaccination Coverage Among Adults In The United States, National Health Interview Survey, 2017. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/imz->

- managers/coverage/adultvaxview/pubs-resources/NHIS-2017.html. Erişim:Ağustos 11, 2020.
143. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Available at: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. Erişim: Ağustos 11, 2020.
144. Iqbal S, Ali I, Ekmekcioglu C, Kundi M. Increasing Frequency of Antenatal Care Visits May Improve Tetanus Toxoid Vaccination Coverage in Pregnant Women in Pakistan. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 16:7, 1529-1532.
145. Elbi H, Değer T. Söke’de 65 yaş ve Üzeri Kişilerde Grip Aşısı ile Bağışıklama Durumu. CBU-SBED, 2018, 5(2):28-32.
146. Ayper Somer, Manolya Acar. Meningokok Aşıları. Çocuk Dergisi 2019;19(2):51-59.
147. Diyanet İşleri Başkanlığı 2019 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara syf 107.
148. Özışık L, Yekedüz E, Tanrıöver M, Helvacı Ö, Başaran N, Ünal S. Risk Altındaki Erişkinlerin Pnömonokok ve İnfluenza Aşılanma Oranları ve Aşıya KARşı Tutumları. Flora 2016;21(1):15-20.

XI. EKLER

EK 1. NİCEL ANKET FORMU

Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Bağışıklanma Durumlarının ve Tutumlarının Belirlenmesi

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Dr. Şadiye Selin Duruş tarafından, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve protokol hükümleri dahilinde, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'ın danışmanlığında tıpta uzmanlık tezi araştırması olarak yürütülmektedir.

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanelerine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınlarının bağışıklanma durumlarının belirlenmesi, kişilerin aşılarla karşı tutumlarının ve erişkin aşılama karşılaşılan engellerin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, size yüz yüze görüşme ile bazı sorular sorup cevaplarını alarak uygulanacaktır. Anketteki veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışma sonuçlarının güvenilir olmasını sağlayacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

1. Doğum yılınız
2. Cinsiyetiniz? a) Erkek b) Kadın
3. Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar
4. Eğitim durumunuz?
 - a) Okumam yazmam yok.
 - b) Okumam yazmam var.
 - c) İlköğretim mezunuyum.
 - d) Lise mezunuyum.
 - e) Üniversite ve üstü mezunuyum.
5. Çalışma durumunuz?
 - a) Çalışıyorum(belirtiniz:.....)
 - b) Çalışmıyorum
 - c) Emekliyim
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Yok
 - b) SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu)
 - c) Yeşil kart
 - d) Özel sigorta
7. Evinizde 6 yaşından küçük çocuk veya 65 yaş ve üzeri birey var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
8. Genel olarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Orta
 - d) Kötü
 - e) Çok kötü
9. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet(.....yıldır/günde.....paket)
 - b) Kullanmıyorum
 - c) Bıraktım. Ne kadar süre önce bıraktığınızı belirtiniz:.....
10. Bilinen bir hastalığınız var mı?
 - a) Hayır, yok
 - b) Evet
 - ☐ Kronik Kalp Hastalıkları(Belirtiniz:.....)
 - ☐ Kronik Karaciğer Hastalığı(Belirtiniz:.....)
 - ☐ Kronik Böbrek Hastalığı(Belirtiniz:.....)
 - ☐ Kronik Akciğer Hastalıkları(Belirtiniz:.....)
 - ☐ Kronik Kan Hastalığı(Belirtiniz:.....)
 - ☐ Diabetes Mellitus(Şeker)
 - ☐ Kanser
 - ☐ Diğer

11. Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?
 a) Evet(Belirtiniz.....)
 b) Hayır
12. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
 a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
13. Sizce aşılar kimlere gereklidir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.
 a) Bebeklere e) Kronik hastalığı olanlara
 b) Çocuklara f) Gebelere
 c) Ergenler ve genç erişkinlere g) Sağlıklı yetişkinlere
 d) Yaşlılara h) Diğer.....
14. 18 yaş üstü kişilere gerekli olduğunu düşündüğünüz aşıları belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.
 a) Grip(Influenza) aşısı h) Rahim ağzı kanseri(HPV) aşısı
 b) Tetanos- Difteri Toksoid aşısı i) Menenjit(Meningokok) aşısı
 c) Boğmaca aşısı j) Haemophilus İnfluenza(Hib) aşısı
 d) Kızamık-Kızamıkçık- Kabakulak(KKK) aşısı k) Suçiçeği aşısı
 e) Zatürre(Pnömonokok) aşısı l) Zona aşısı
 f) Hepatit B aşısı m) Kuduz aşısı
 g) Hepatit A aşısı n) Bilmiyorum
15. 18 yaşınızdan beri hiç aşı yaptırdınız mı?
 a) Evet b) Hayır(lütfen 17. soruya geçiniz)
16. 15. Soruya yanıtınız evet ise, lütfen 18 yaşınızdan bu yana yaptırdığınız aşıları, aşıyı olduğunuz yeri, aşıyı yaptırdığınızı tavsiye eden kişiyi ve nedenini belirtiniz. Aşıya ulaşımınızın kolaylığını 1'den 5'e 1 oldukça zor, 5 çok kolay olacak şekilde skorlayınız.

	a) Yaptırdığınız aşı	b) Yaptırdığınız yer ¹	c) Tavsiye eden kişi ²	d) Nedeni ³	e)Ulaşım kolaylığı ⁴
Grip					
Tetanos-difteri					
Boğmaca					
Hepatit B					
Zatürre					
Kızamık Kızamıkçık Kabakulak					
Hepatit A					
Suçiçeği					
Rahim ağzı kanseri(HPV)					
Haemophilus İnfluenza tip B					
Menenjit					
Zona					
Kuduz					
Diğer					

1 Aşığı nerede oldunuz? [Aile Sağlığı Merkezi(ASM), Özel Hastane, Devlet Hastanesi, Eğitim Araştırma Hastanesi/Üniversite Hastanesi, Eczane, Askeri birlik, İş yeri, Diğer(lütfen belirtiniz)]

2 Aşığı yaptırtmanızı kim tavsiye etti?[Aile hekimi, Uzman hekim, Acil hekimi, Askeri hekim, İş yeri hekimi, Aile sağlığı çalışanı, Hemşire, Eczacı, Diyanet, Diğer(lütfen belirtiniz)]

3 Aşılama nedeniniz nedir? [Sağlık çalışanları tarafından tavsiye edilmesi, Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak amacıyla, Kronik hastalığa sahip olma, Gebelik, İş gereği, Yaralanma nedeniyle, Temas sonrası koruma amacıyla, Ücretsiz olduğu için, Aile üyelerinin korunması amacıyla, Seyahat nedeniyle, Diğer(lütfen belirtiniz)](Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

4 Aşıya ulaşımınız kolay mıydı? [Oldukça Zor 1 2 3 4 5 Çok Kolay]

17. Erişkin döneminde aşı yaptırmadıysanız nedenlerini belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- | | |
|--|--|
| a) Sağlık çalışanları tarafından önerilmedi. | g) Aşılar hakkında bilgi sahibi değilim. |
| b) Yan etkisi olduğunu düşünüyorum. | h) İğneden korkuyorum. |
| c) Koruyucu olmadığını düşünüyorum. | i) Kişisel inancım nedeniyle olmadım. |
| d) Vakit bulamadım. | j) Allerjim olduğu için |
| e) Risk grubunda değilim. | k) Diğer (Belirtiniz.....) |
| f) Ücretli olduğu için. | |

18. Lütfen aşağıdaki ifadeleri her bir aşı için değerlendiriniz (Her bir ifadeyi Katılıyorum, Katılmıyorum, Fikrim yok şeklinde cevaplayınız).

	Grip	Tetanos-Difteri	Boğmaca	Zatürre	Rahim ağzı kanseri	Hepatit B	Hepatit A	Zona	KKK
a) Hastalıktan koruyucudur.									
b) Yan etkisi bulunmaktadır.									

19. Her yıl grip(influenza) aşısı oluyor musunuz?

- a) Evet
b) Hayır (Nedenini belirtiniz.....)

20. 10 yılda bir tetanos-difteri aşısı oluyor musunuz?

- a) Evet
b) Hayır (Nedenini belirtiniz.....)

21. Gebeliğinizde tetanos aşısı yaptırdınız mı? (Kadın katılımcılar için)

- a) Evet (Kaç doz belirtiniz.....)
b) Hayır

22. Yurt dışına seyahat nedeniyle aşı yaptırdınız mı?

- a) Evet (Hangi aşı belirtiniz.....)
b) Hayır

23. Ailenizin erişkin bireylerinden aşılanan var mı?

- a) Evet
b) Hayır

24. Sizce aşılar hastalıklardan korunmada ne derece yararlıdır? (Lütfen ilgili skalayı doldurunuz)

Yararı yok 1 2 3 4 5 Çok yararlı

25. Sizce aşılar hastalığa bağlı olumsuz sonuçları ve hastalıkla ilişkili hastane başvurularını azaltır mı?

- a) Evet
b) Hayır
c) Bilgim yok

26. Aşılar hakkında mevcut bilgilerinizi nereden edindiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Doktorumdan
b) Radyo, televizyon ve gazetelerden
c) İnternetten
d) Aile ve yakın çevreden
e) Bilgim yok
f) Diğer.....

Not: Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim. İleride bu konu hakkında sizinle daha ayrıntılı görüşmek istersek iletişim bilgileriniz nelerdir?

EK 2. NİTEL ANKET FORMU

Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Bağışıklanma Durumlarının ve Tutumlarının Belirlenmesi Nitel Görüşme Formu

I. GİRİŞ VE TANISMA

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Dr. Şadiye Selin DURUŞ tarafından, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve protokol hükümleri dahilinde, Prof. Dr. Sevgi CANBAZ danışmanlığında tıpta uzmanlık tezi araştırması olarak yürütülmektedir.

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınlarının bağışıklanma durumlarının belirlenmesi, kişilerin aşılarla karşı tutumlarının ve erişkin aşılama karşılaşılan engellerin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, size yüz yüze görüşme ile bazı sorular sorup cevaplarını alarak uygulanacaktır. Bu çalışmada toplanan kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler kimliğinizi tanımlamayacak şekilde tablolar halinde yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak olup bilimsel yayın dışında kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışma sonuçlarının güvenilir olmasını sağlayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Kişi Hakkında Genel Bilgiler

İsminiz:

Doğum tarihiniz:

Cinsiyetiniz:

Eğitim durumunuz:

Mesleğiniz:

Kronik hastalıklar:

Erişkinlik döneminde yaptırmış olduğunuz aşılar:

(Yukarıdaki bilgileri kaydettikten sonra, görüşülen kişi ses kaydına izin vermişse lütfen kaydı başlatın)

II. GÖRÜŞME SIRASINDA ELE ALINACAK KONULAR

A. Aşılar Hakkında Genel Bilgi

1. Erişkin dönemde hangi aşılar tavsiye edilmektedir?
2. Erişkin aşıları kimlere, neden yapılır, ödeme kapsamında mıdır?

B: Aşıyla Önlenebilir Hastalıklarla İlgili Algılanan Duyarlılık

1. Aşıyla önlenebilir bir hastalık geçirme ihtimalinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. Bulaşıcı hastalıklardan korunma nasıl sağlanabilir? Siz kendinizi aşıyla önlenebilir hastalıklardan nasıl korursunuz?

C. Aşıyla Önlenebilir Hastalıklar Hakkında Algılanan Ciddiyet

1. Zatürre, grip, boğmaca, tetanos, sarılık gibi bulaşıcı hastalıklar hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu hastalıkların ciddiyetini nasıl değerlendiriyorsunuz? Neden?
2. Eğer böyle bir hastalığa yakalanırsanız nasıl bir yaklaşımda bulunursunuz?
3. Çevrenizde aşıyla önlenebilir bir hastalık geçiren olduysa neler yaşadıklarını anlatır mısınız?

4. Ülkemizde ve Dünya’da salgın olması durumunda aşı yaptıırma konusunda ne düşünürsünüz?

D. Aşılar Hakkında Algılanan Etkinlik

1. Aşıların koruyuculuğu hakkında ne düşünüyorsunuz?

E. Aşılarla İlgili Algılanan Engeller

1. Aşı olma deneyiminizden bahseder misiniz?
2. Aşılar ve olası yan etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. Aşılanma/aşılanmama kararını nasıl aldınız? Bu kararı alırken neler etkili oldu?

III. KAPANIŞ

Görüşmecinin sorusu varsa yanıtlanır, teşekkür edilerek görüşme sonlandırılır.



EK 3. ETİK KURUL İZNİ



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1287

Tarih : 08.11.2019

Konu: Prof. Dr. Sevgi CANBAZ hk.

Sayın Prof. Dr. Sevgi CANBAZ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : Halk Sağlığı Anabilim Dalının 25/10/2019 gün ve 220616 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Şadiye Selin DURUŞ' un yürüteceği 2019/1041 dosya numaralı "İstanbul'da Bir İlçede Yaşayan Erişkinlerin Bağışıklanma Durumunun ve Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 23/08/2019 tarih ve 14 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş.

İlgili değişiklik isteminiz, Değişiklik Bilgi Formu, Çalışmanın adı "Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Bağışıklanma Durumlarının ve Tutumlarının Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi, Araştırma sırasında kullanılan dokümanlara ilişkin değişiklik, Araştırmanın gerçekleştirme şekli veya yönetimindeki değişikliği hakkında, kurulumuzun 08/11/2019 tarih ve 18 sayılı toplantısında görüşülerek değişiklikler de etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

EK 4. BAŞHEKİMLİK İZİNİ

1 / 1

Tarih ve Sayı: 09/12/2019-253608



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı :80994572-622.03-
Konu :Dr.Şadiye Selin DURUŞ'un Tez
Çalışma İzni

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :15.11.2019 tarih, 235352 sayılı yazınız

İlgide kayıtlı Dr. Şadiye Selin DURUŞ'un tez çalışması izni ile ilgili yazınız incelenmiş olup, Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ümmihan İŞOĞLU
Başhekim

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=B66LFJFY2>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Ayşe AY Dahili : 35018

İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Çapa/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38 Faks : 0 212 414 20 25/0 212 635 11 93
e-posta : iubilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5. ERİŞKİN AŞILAMA TAKVİMİ, EKMUD 2019

Tablo 7'nin açıklamaları

¹Primer aşılamaı tamamlamamış erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz ve 6-12 ay sonra 3. doz Td önerilir.

²Rapellerden birinin Tdap olması önerilir.

³Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok (KPA13 ve PPA23) aşısının da yapılması önerilir.

- Tercihen önce tek bir doz KPA13, en az bir yıl sonra PPA23 ve 5 yıl sonrasında PPA23 rapeli. PPA23 ün üçüncü rapelinin de 65 yaş ve sonrasında yapılması önerilir.
- Riskli grupta yer almayan erişkinlerde her iki pnömokok aşısı (KPA13 ile PPA23) arasında en az 1 yıl süre olmalıdır. Ancak, risk grubunda olanlara ilk önce KPA13 uygulanmışsa en az 8 hafta sonra PPA23 uygulanabilir.
- Her iki PPA23 dozunun arasında en az 5 yıl süre olmalıdır.

⁵Serolojik olarak bağışık olduğu gösterilemeyenlere önerilir.

⁶1980 yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan yetişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilir. 1980 yılından önce doğanlar bağışık kabul edilebilir.

⁷Yakın zamanda kızamık, kızamıkçık veya kabakulağa maruz kalma ya da salgın durumunda, bir sağlık kuruluşunda ya da bakım evinde çalışma, yükseköğrenim kurumlarında eğitim görme, temas riskinin yüksek olduğu uluslararası seyahat planlaması durumunda en az 28 gün arayla 2 doz aşı önerilir.

⁸Meningokok A,C,Y,W135 endikasyon durumuna göre bir veya 2 doz uygulanmalıdır. Risk devam ediyorsa 5 yılda bir rapel yapılmalıdır. Konjuge meningokokal B aşısı MenB-4C ise bir ay ara ile 2 doz, MenB-FHbp ise 0, 1-2, 6 aylarda olmak üzere 3 doz uygulanmaktadır.

⁹HPV, kuadrivalan ve dokuz valanlı aşılar 0, 2, 6. ay; bivalan aşı 0,1 , 6. ay şeklinde uygulanır.

Tablo 8'in açıklamaları:

¹Allojenik ve otolog KHN sonrası;

- 4-6.aylarda yıllık 1 veya 2 doz İnfluenza (inaktive) aşısı
- 6-12.aylar arasında 3 doz Td/Tdap aşısı
- 6-12.aylar arasında 3 doz konjuge Hib (3 doz), 1 doz konjuge meningokok, 3 doz rekombinan Hepatit B aşıları önerilir.
- 3.-6.aylar arasında 3 doz KPA13'ü takiben 12. ve 24.ayda PPA23 ile rapel yapılır.
- 24.ayda 1 veya 2 doz KKK uygulanabilir. Daha erken yapılması kontraendikedir.

²Terapötik splenektomi yapılacak olgulara splenektomiden en az 2 hafta önce pnömokok, meningokok ve Hib bağışıklanması önerilir. Acil splenektomilerde ise aşılama 14. gün ve sonrasında yapılabilir.

³Nakil öncesi ve sonrasında aşılama önerilir. Genel kural olarak primer bağışıklamanın transplant öncesinde yapılması önerilir. Transplant sonrası ilk 6 ayda bağışıklanmaya immün cevabın yetersiz olduğu kabul edilmektedir.

⁴İmmüsupresif/immünmodulator ajanları kullanan hastalarda canlı aşılar (KKK, Suçiçeği, Zona aşıları) kontraendikedir, bu yüzden tedavi başlanmadan en az 4 hafta önce yapılmış olmalıdır. Tedavi sonrası canlı aşı uygulayabilmek için de biyolojik ajanın yarı ömrünün en az 5 katı zaman geçmelidir. İnaktive aşılarda daha etkin olabilmesi için tedavi başlanmadan en az 2 hafta önce yapılması önerilir. İlaç kesildikten sonra 2 istisna dışında beklemeye gerek yoktur. Sadece rituksimab ve belimumab kesildikten sonra en az 6 ay beklenmelidir.

⁵KPA13 herhangi bir CD4 sayısında yapılabilir, fakat PPA23 CD4 sayısı $\geq 200/\text{mm}^3$ olana kadar ertelenmesi tercih edilebilir. İmmün rekonstrüksiyon sağlandıktan sonra aşılama durumunun bir kez daha gözden geçirilmesi, gerekirse belli aşılarda tekrarı sağlanmalıdır.

⁶Polio, meningokok, tifo, kuduz aşıları sadece mikroorganizma ile temas riski olan mikrobiyolog gibi laboratuvar çalışanlarına önerilmektedir.

⁷Gebelikte canlı aşılar kontraendikedir. Canlı aşılar, planlanan gebelikten en az bir ay önce uygulanmalıdır.

EK 6. FINANSMANI SAĞLANAN KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ:

Sağlık Bakanlığı “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri; kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karşılanır.

Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce her Eylül ilâ Şubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

Pnömonokok aşısı bedeli (polisakkarit); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir karşılanır. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

Hepatit A aşısı bedeli; Kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantresi alan ve hepatit A seronegatif olan; 1 yaş üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karşılanır.

