

TC
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN
BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA
VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgür ÖZERDOĞAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Coşkun BAKAR

Çanakkale/2020

TC
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN
BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA
VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgür ÖZERDOĞAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Coşkun BAKAR

Çanakkale/2020

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı uzmanlık çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Arş. Gör. Dr. Özgür ÖZERDOĞAN'ın **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:06.04.2020

TEZ KONU BAŞLIĞI

Çanakkale İl Merkezi 18 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Erişkin Bağışıklaması Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyi Ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Coşkun BAKAR

Tez Jürisi Üyeleri:
Adı Soyadı

Prof. Dr. Coşkun BAKAR

Prof. Dr. Gamze ÇAN

Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK

İmzası

.....
.....
.....

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 16.04.2020 tarih ve 1...15.1.2020 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tamer DEMİR
Dekan



ÖZET

Amaç: Ülkemizde ve dünyada çocukluk çağı aşılamaında önemli kazanımlar elde edilmesine rağmen erişkin bağışıklaması halen yeterli düzeyde değildir. Bu çalışmada Çanakkale ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri nüfusun erişkin aşılamaı bilgi, tutum, davranış durumlarının ve uygulanan eğitimin etkinliğinin saptanması amaçlandı.

Yöntem: Araştırmanın ilk aşaması kesitsel, ikinci aşaması müdahale tipteydi. Saha çalışmaları Ağustos ve Ekim 2019'da yapıldı. Evren Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez Beldesi'nde yaşayan erişkin nüfustu. Birinci aşamada 686 kişiye ulaşıldı. Katılımcılara Aile Sağlığı Merkezleri'nde soru formu uygulandı. İkinci aşamada Çanakkale Merkez İlçesi'nde Altınıyılar Yaşam Merkezi'nde ve Sosyal Yaşam Evleri'nde, 115 kişiye erişkin bağışıklaması eğitimi verildi. Eğitim öncesinde ve sonrasında soru formu uygulandı. Soru formlarındaki verilerle erişkin bağışıklaması bilgi, tutum, davranış puanı hesaplandı. Analizlerde $p < 0,05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

Bulgular: Birinci aşamada katılımcıların %77,0'ı erişkin aşılamaını gerekli görmekteydi, %72,4'ü erişkinlikte en az bir aşı yaptırmıştı. Yaptırılan aşular en sık tetanoz (%55,1), influenza (%26,8) ve hepatit B (%8,2) idi. Aracı değişken olarak "erişkin dönemde aşı önerilmesi"nin kullanıldığı PATH analizinde, doğrudan etkide aşı yaptırma üzerine etkisi gösterilen değişkenlerin (erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu hariç) etkisi dolaylı etkide ortadan kalktı. İkinci aşamada eğitim öncesinde katılımcıların %64,3'ü, sonrasında %96,6'sı erişkin aşılamaını gerekli görmekteydi. Eğitim sonrası, anlamlı düzeyde bilgi ve tutum puanları istatistiksel olarak artmıştı.

Sonuç: Çalışma bulgularımıza göre erişkinlikte aşılama sıklıkları yetersizdir. Aşı önerilmesi, aşı yaptırmayı artırmaktadır. Her fırsatta topluma aşılamanın önerilmesi, halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumu sırasında bilgilendirme, toplum eğitimleri, broşürler, afişler, medya, kamu spotları, değer gören figürlerin konu üzerine olumlu açıklamaları bu amaçla kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin, aşı, bağışıklama, eğitim, Çanakkale

ABSTRACT

Introduction: Although important gains have been achieved in childhood vaccination in our country and in the world, adult immunization is still not sufficient. In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitude, behavior status of adult population aged 18 years and above living in Çanakkale province and the effectiveness of the education applied on the subject.

Material and Method: The first stage of the research was cross-sectional, the second stage was intervention type. Field studies were carried out between August and October 2019. Target population was the adult population living in the central district of Çanakkale and Kepez Town. In the first stage, 686 people were reached. A questionnaire was applied to the participants in Family Health Centers. In the second stage, 115 people were given adult immunization training at Altınyıllar Life Center and Social Life Houses in the Central District of Çanakkale. A questionnaire was applied before and after the training. Adult immunization information, attitude and behavior score were created with the data in the questionnaires. A p value less than 0.05 was considered as statistically significant.

Results: In the first stage, 77.0% of the participants required adult vaccination, 72.4% had any vaccination in adulthood. The most reported vaccinations were tetanus (55.1%), influenza (26.8%) and hepatitis B (8.2%). In the PATH analysis, in which the vaccination recommendation was used as an intermediary variable, the effect of the variables that were shown to have a direct effect on vaccination (except in the case of having a vaccine in adulthood) disappeared in the indirect effect. In the second stage, 64.3% of the participants before the training and 96.6% of the participants afterwards require adult vaccination. After the training, a significant level of knowledge and attitude scores were increased.

Conclusion: As a result of our study, frequency of vaccination in adulthood is insufficient. Vaccination recommendation increases vaccination. It is necessary to recommend to the public at every opportunity, to inform the public. Information, community trainings, brochures, posters, media, public spots, and positive explanations of valued figures on the subject can be used for this purpose.

Key Words: Adult, vaccine, immunization, education, Canakkale



TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında verilerin toplanması ve istatistik programına girilmesi aşamalarında emeği geçen 16.07.2019-25.08.2019 ve 09.09.2019-11.10.2019 tarihlerinde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda staj yapmış olan intörn hekimlere, verilerin toplanışında katkıları olan Cevatpaşa, Conkbayırı, Köşdere, Barbaros, Fatih Sultan Mehmet, Kepez Aile Sağlığı Merkezleri hekimlerine ve personeline, Sosyal Yaşam Evlerinde görevli Sosyal Hizmet Uzmanı Erdal Akkol, Sosyal Hizmet Uzmanı Hatice Okyar ve görevli diğer personellere, Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde görevli Yönetici-Sosyolog Işıl Çalışkan, Psikolog Duygu Geyik, Fizyoterapist Serap Apaydın ve görevli diğer personellere, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli Arş. Gör. Dr. Esen Eker, Arş. Gör. Dr. Hakan Kartal, Arş. Gör. Dr. Buse Yüksel'e, verilerin analizinde katkısı olan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda görevli Dr. Öğretim Üyesi Çetin Toraman'a ve bağlı kurumlarında çalışmamıza olanak tanıyan Çanakkale Belediyesi ile Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İç kapak.....	i
Kabul-onay sayfası.....	ii
Özet ve anahtar sözcükler.....	iii
İngilizce özet (Abstract ve Key words).....	iv
Teşekkür	vi
İçindekiler	vii
Kısaltmalar ve simgeler dizini.....	ix
Şekiller dizini.....	x
Tablolar dizini.....	xi
1. Giriş ve amaç.....	1
2. Genel bilgiler.....	5
2.1. Bağışıklama tarihçesi.....	5
2.2. Aşı etkinliği (koruyuculuk oranı).....	12
2.3. Aşının sahadaki etkinliği.....	12
2.4. Aşı hizmetlerinin toplumsal boyutu: toplum bağışıklığı.....	13
2.5. Türkiye’de aşı ile önlenbilir hastalıklarda olgu sayısı değişimleri.....	15
2.6. Erişkin bağışıklamasının önemi.....	25
2.7. Erişkin dönemde önerilen aşular.....	29
2.8. Türkiye’de erişkin yaş grubuna uygulanan aşular.....	43
3. Gereç ve yöntem.....	47
3.1. Araştırma bölgesi.....	47
3.2. Araştırmanın tipi.....	51
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	51
3.4. Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar.....	54
3.5. Araştırmanın veri formu.....	57
3.6. İstatistiksel analiz.....	59
3.7. Etik ve yasal izinler.....	64
4. Bulgular.....	65
4.1. Birinci aşama.....	65
4.2. İkinci aşama.....	114

5. Tartışma.....	135
5.1. Araştırmanın 1. aşamasında elde edilen verilerin değerlendirilmesi.....	135
5.2. Araştırmanın 2. aşamasında elde edilen verilerin değerlendirilmesi.....	155
6. Sonuç ve neriler.....	159
7. Araştırmanın kısıtlılıkları.....	161
8. Kaynaklar.....	163
9. Ekler.....	176



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

BCG: Bacillus Calmette Guerin

DBT: Difteri, tüm hücre boğmaca, tetanoz

Td: Tetanoz, difteri

Tdap/ DaBT: Tetanoz, difteri, asellüler boğmaca

KKK: Kızamık, kızamıkçık, kabakulak

PCV13: 13 valanlı pnömokokal konjuge aşı

PPSV23: 23 valanlı pnömokokal polisakkarit aşı

Hib: Haemophilus influenzae tip b

HPV: Human papilloma virüs

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

ACIP: İmmünizasyon Uygulamaları Danışma Komitesi

MCV4: Konjuge meningokok aşısı

MPSV4: Polisakkarit meningokok aşısı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1. Lady Mary Montagu'nun mektuplarından örnekler
- Şekil 2. Dünya Sağlık Asamblesi WHA 33.3 Kararı
- Şekil 3. Vahşi çocuk felci hastalığı eradikasyon belgesi
- Şekil 4. Türkiye'de yıllara göre kızamık olgu sayıları
- Şekil 5. Türkiye'de yıllara göre kızamıkçık olgu sayıları
- Şekil 6. Türkiye'de yıllara göre konjenital rubella sendromu olgu sayıları
- Şekil 7. Türkiye'de yıllara göre kabakulak olgu sayıları
- Şekil 8. Türkiye'de yıllara göre difteri olgu sayıları
- Şekil 9. Türkiye'de yıllara göre boğmaca olgu sayıları
- Şekil 10. Türkiye'de yıllara göre total tetanoz olgu sayıları
- Şekil 11. Türkiye'de yıllara göre yenidoğan tetanozu olgu sayıları
- Şekil 12. Türkiye'de yıllara göre çocuk felci olgu sayıları
- Şekil 13. Araştırma bölgesi
- Şekil 14. Çanakkale ili cinsiyet ve yaş aralığına göre nüfus dağılımı, 2017
- Şeki 15. Çanakkale il merkezi cinsiyet ve yaş aralığına göre nüfus dağılımı, 2017
- Şekil 16. Çalışmada kullanılan örneklem formülü
- Şekil 17. Çalışma grubunun belirli özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu arasındaki ilişki- aracı değişken olarak erişkin dönemde aşı önerilme durumu, PATH Analizi
- Şekil 18. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019
- Şekil 19. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Aşı ile önlenabilir bazı hastalıklarda bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı ve hastalığın önlenmesi için gerekli aşı kapsayıcılık oranları

Tablo 2. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları

Tablo 3. Erişkinlerde risk gruplarına göre 2016 aşı önerileri

Tablo 4. Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez beldesi mahallelerine göre nüfusun ve örneklem büyüklüğünün dağılımı

Tablo 5. PATH analizi için model uyumluluğu parametreleri

Tablo 6. Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı ile eğitim öncesi erişkin bağışıklama davranış puanı

Tablo 7. Çalışma grubunun cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı mahalle, eğitim ve sosyal medyayı kullanma durumu, Çanakkale, 2019

Tablo 8. Çalışma grubunun meslek, şu an çalışma, sosyal güvence durumu ve gelir algısı, Çanakkale, 2019

Tablo 9. Çalışma grubunun kronik hastalık ve bağışıklık sistemini baskılayacak tedavi veya hastalık durumu, Çanakkale, 2019

Tablo 10. Katılımcının kendisi ve çocuklarındaki alerji durumu, Çanakkale, 2019

Tablo 11. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli olduğu düşünülen aşular, Çanakkale, 2019

Tablo 12. Erişkin dönemde aşı yaptırma kararında önemli görülen görüş ve öneriler, Çanakkale, 2019

Tablo 13. Aşı yan etkilerinden korku ve aşılama ile çevresini koruma düşüncesi, Çanakkale, 2019

Tablo 14. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 15. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde influenza aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 16. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde tetanoz aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 17. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde difteri aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 18. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde boğmaca aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 19. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde pnömokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 20. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 21. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde kızamık aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 22. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde meningokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Tablo 23. Erişkin ve çocukluk dönemlerinde aşı yapılmış olma durumu, Çanakkale, 2019

Tablo 24. Erişkin dönemde yaptırılan aşilar ve uygulanma zamanları, Çanakkale, 2019

Tablo 25. Erişkin dönemde yaptırılan aşilar için ücret ödeme, yan etki ile karşılaşma durumu ve aşı yaptırma gerekçesi, Çanakkale, 2019

Tablo 26. Erişkin dönemde aşı sonrası oluşan yan etkiler, Çanakkale, 2019

Tablo 27. Erişkin dönemde aşı önerilme ve önerilen aşiyı yaptırma durumu, Çanakkale, 2019

Tablo 28. Erişkin dönem aşısı yaptırmayı reddetme nedenleri, Çanakkale, 2019

- Tablo 29. Katılımcıların çocuklarının aşı durumu, aşı kartı mevcudiyeti, çocuğa önerilen aşıyı red ve aşı yan etki durumu, Çanakkale, 2019
- Tablo 30. Katılımcıların çocuklarına önerildiğinde reddettiği aşilar ve reddetme nedenleri, Çanakkale, 2019
- Tablo 31. Katılımcıların çocuklarına uygulanan aşilar sonrası karşılaştığı yan etkileri, Çanakkale, 2019
- Tablo 32. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019
- Tablo 33. PATH analizi sonucunda elde edilen regresyon tahminleri
- Tablo 34. Erişkin dönem aşilaması konusundaki düşünceler, Çanakkale, 2019
- Tablo 35. Erişkin dönem aşilaması hakkındaki bilgi kaynakları, Çanakkale, 2019
- Tablo 36. Erişkin dönem aşilamasında ücretlendirme hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019
- Tablo 37. İnfluenza aşısı hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019
- Tablo 38. Tetanoz aşısı hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019
- Tablo 39. Çalışma grubunun cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu, Çanakkale, 2019
- Tablo 40. Çalışma grubunun yaşadığı mahalle, çocuk durumu, erişkin bağışıklaması konusunda eğitim almış olma, bilgi sahibi olma durumu ve bilgi kaynakları, Çanakkale, 2019
- Tablo 41. Çalışma grubunun erişkin dönemde aşı yaptırma durumu ve yaptırılan aşilar, Çanakkale, 2019
- Tablo 42. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli görülen aşilar- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019
- Tablo 43. Aşiların yan etkilerinden kaynaklı korku durumu, aşı reddi tutum ve davranışı- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019
- Tablo 44. Katılımcıların kendilerine ve çocuklarına önerildiğinde reddettiği aşilar ve aşı reddi nedenleri- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019
- Tablo 45. Erişkin aşilaması konusundaki önermelere verilen cevaplar- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019
- Tablo 46. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli görülen aşilar- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Tablo 47. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku durumu, katılımcıların kendilerine ve çocuklarına önerildiğinde reddebileceği aşılar ve nedenleri- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Tablo 48. Erişkin aşılması konusundaki önermelere verilen cevaplar- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Tablo 49. Eğitim öncesi bağışıklama davranış puanı, Çanakkale, 2019

Tablo 50. Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Tablo 51. Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Tablo 52. Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama tutum puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Tablo 53. Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Tablo 54. Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Tablo 55. Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü ile eğitim sonrasında kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşı yoluyla bağışıklama, hayatı tehdit eden bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve ortadan kaldırılması için en etkili halk sağlığı stratejisidir ve her yıl yaklaşık 2 ila 3 milyon ölümün aşılama ile önlendiği tahmin edilmektedir (1). Yaygın toplum aşılması ile çiçek hastalığının yeryüzünden eradike edilmesi ve polio insidansının zaman içerisinde %99'dan daha fazla oranda azaltılmış olması aşular sayesinde elde edilen başarılarıdır (2). 1988 yılında 125 ülke polio açısından endemik ve 350.000 civarında çocuk felci vakası görülmekte iken, polio aşı çalışmaları sayesinde 2018 yılında sadece iki ülkeden (Afganistan ve Pakistan) toplam 33 vaka bildirilmiştir (3).

Dünya Sağlık Asamblesi'ne üye 194 ülke tarafından, mevcut aşılarla herkesin daha adil bir şekilde erişmesi ve 2020 yılına kadar milyonlarca ölümün bu sayede önlenmesi amacıyla Mayıs 2012'de Küresel Aşı Eylem Planı onaylanmıştır (4). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı öncülüğünde dünya liderleri tarafından 2015 yılında duyurulan ve Ocak 2016'da yürürlüğe giren Sürdürülebilir Kalkınma için Küresel Hedefler 'Sağlıklı bireyler' başlığı altında yer alan 3.3 no'lu alt hedefte; AIDS, tüberküloz, sıtma, ve ihmal edilen tropikal hastalıkların 2030 yılına kadar sona erdirilmesi ve hepatit, su yoluyla bulaşan hastalıklar ile diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi yer almaktadır. Bebek ve çocuk ölümleriyle ilgili olan bölümde ise 2030 yılına kadar yenidoğan ve 5 yaş altındaki çocuklarda önlenebilir ölümlerin sonlandırılması hedeflenmektedir. Bu hedeflerin sağlanması ve sürdürülebilmesi de büyük oranda bağışıklama hızlarında yaratılacak başarıya bağlıdır. 3.3 no'lu hedefte yer alan hastalıkların bir kısmının etkin bir aşı ile korunma yöntemi bulunmaktadır. AIDS gibi bazılarında ise etkin aşı bulma çalışmaları devam etmektedir (5). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention: CDC) tarafından bağışıklama, 20. yüzyılda halk sağlığı açısından elde edilen en büyük başarı olarak gösterilmektedir (6). Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çözüme kavuşturmayı planladığı 'Küresel Sağlık İçin 10 Tehdit'ten biri olarak aşı karşıtlığını göstermektedir (7). Bu durum da bağışıklama ile elde edilen

büyük başarının sürekliliğinde ve geliştirilmesinde aşı karşıtlığının önemli bir tehdit olarak karşımızda bulunduğunu işaret etmektedir.

Ülkemizde DSÖ tarafından önerilen Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) 1980'li yılların başından bu yana uygulanmaktadır. Bu program sayesinde kızamık, çocuk felci, difteri gibi hastalıkların morbidite ve mortalitesinde düşüşler görülmüş; bu durum bebek ve çocuk ölüm hızlarını azaltmıştır. Örneğin küresel düzeyde 1990'daki beş yaş altı ölüm hızı 1000 canlı doğum başına 93 iken, 2018'de binde 39'a düşmüştür (8). Aynı olay ülkemiz için de geçerlidir. 1990 yılında ülkemizde beş yaş altı ölüm hızı binde 82'lerde iken (9), 2018'de binde 11,4'e gerilemiştir (10). Bu başarının en önemli belirleyicisi 1980'li ve 1990'lı yıllarda yoğun bir şekilde uygulanan ve 2000'li yıllarda devam ettirilen GBP'dir. Ancak tüm dünyada yenidoğan ve çocukluk dönemi aşıları konusunda bir farkındalık mevcutken, erişkin dönem aşılama hususunda bunu söylemek zordur (11-15). Oysa ki aşı ile bağışıklama yaşam boyu devam etmelidir. Çünkü bağışıklık oluşturan aşıların bazıları hastalığa karşı yaşam boyu koruma sağlayabiliyorken, bazıları (tetanoz, difteri gibi) kısmi koruma sağlamaktadır. Bu nedenle bireylerin çocukluk dönemi aşıları tamamlanmış olsa dahi, erişkin dönemde de aşılanmanın devamı gerekmektedir. Ayrıca çocukluk döneminde aşılanamayan kişilerin bu hastalıklar açısından duyarlı olması, toplu yaşam alanlarında aşı ile önlenebilir hastalıklarla karşı karşıya kalınmasının kolaylaşması gibi durumlar çocukluk dönemi sonrasında da aşılanmanın devam etmesini gerekli kılmaktadır (16).

Ülke için çocukluk çağı aşı uygulamalarında olduğu gibi işleyen bir sistemin olmayışı ve halkın erişkin bağışıklaması konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilememesi gibi sorunlar erişkin aşılanmasının başarılı olmasını engellemektedir (16). Erişkin dönem bağışıklamasındaki sorunlar nedeniyle mortalitesi çok yüksek (>%50) olan tetanoz halen ülkemizde görülebilmektedir (16,17). Bununla birlikte ülkemizde eliminasyonu amaçlanan kızamığın sıklığının arttığı dönemler de olmuştur (18). Ülkemizde pekçok insan erişkin dönem aşılanmasından haberdar değildir ve aşı ile önlenebilen hastalıklara karşı

aşılammıştır (19). Erişkin bireylerin aşılamaındaki eksiklikler özellikle kronik hastalığı ve komorbiditeleri olan bireyleri enfeksiyonlara karşı savunmasız hale getirmektedir. Yaşam sürelerinin artması ile birlikte kişilerin immün sistemleri zayıflamakta ve çocukluk çağında uygulanan aşuların etkinliği de giderek azalmaktadır. Ayrıca organ nakilleri, medikal cihaz uygulamaları, kanserlerin tedavi edilebilir hale gelmesi gibi durumlar erişkin bağışıklamasında özel hasta gruplarını ortaya çıkartmıştır. Bunun yanında dünya üzerinde seyahat ve göçlerin artması seyahat aşılamaalarını gerekli kılmıştır (16).

Ülkemizde 15-49 yaş kadınlarda ve yaşlılarda birkaç aşı uygulaması dışında yetişkinlik dönemine yönelik sistematik bir bağışıklama programı bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar da toplumun bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığına işaret etmektedir (19-21). Avrupa ülkeleri için de durumun daha farklı olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Avrupa'da yapılan çok merkezli bir araştırmada, çoğu Avrupa ülkesinin erişkin aşılama verilerinin eksikliği nedeniyle 24 ülke için inceleme yapılabilmış ve influenza aşısı yaptırma sıklığı medyan değeri %44,7 (minimum %1-maksimum %77,4) olarak bildirilmiştir. Erişkin dönem influenza aşılama sıklığı en yüksek olan ülkeler ise Hollanda ve Birleşik Krallık olarak saptanmıştır (22). ABD'de her yıl yaklaşık 42.000 erişkin ve 300 çocuk aşı ile önlenabilir hastalıklardan dolayı ölmektedir (23). Dünya geneline baktığımızda hiçbir ülkede çocukluk döneminde elde edilen başarı, erişkin dönem aşılamaına yansıtılmamıştır (16).

Bu araştırma da Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından planlanan bir uzmanlık tezi olup, Çanakkale il merkezinde on sekiz yaş ve üzeri grupta erişkin dönem aşılama hakkında bilgi, tutum ve davranış durumlarının incelenmesi, erişkin dönem bağışıklanmasını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması ve Çanakkale il merkezindeki on sekiz yaş ve üzeri katılımcılara bu konu üzerine verilen eğitim çalışmaları ile halkın bilgilendirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, düzenlenen eğitim çalışmalarında, katılımcılara eğitim öncesi ve sonrası soru formu uygulanarak eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın iki adet kısa vadeli amacı vardır;

1. anakkale ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri nüfusun erişkin bağışıklaması konusundaki bilgi, tutum ve davranış durumlarının saptanması,
2. Erişkin bağışıklaması konusunda 18 yaş ve üzeri yetişkinlere yönelik hazırlanmış olan eğitimin bilgi düzeyi açısından etkinliğinin saptanmasıdır.

Uzun vadede ise; elde edilen sonuçlar doğrultusunda erişkin dönem bağışıklanmasına yönelik çeşitli stratejilerin belirlenebilmesi ve bu konuda ulusal düzeyde verilebilecek eğitimler için örnek eğitim materyali oluşturulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağışıklama tarihçesi

İnsanoğlu enfeksiyon hastalıkları ve neden oldukları salgınlardan korunabilmek amacıyla her zaman arayış içerisinde olmuştur. Bazı hastalıkları geçirenlerin daha sonra o hastalığa yakalanmadığı ile ilgili ilk düşünceler milattan önceye dayanmaktadır. Antik Yunanlı tarihçi Thucydides çiçek hastalığı geçiren kişilerin tekrar aynı hastalığa yakalanmadıklarını gözlemlediğini yazmıştır; ancak aşı veya benzeri bir uygulamadan bahsetmemektedir. Yedinci yüzyılda Hintli Budistlerin yılan zehiri içerek yılan sokmasına karşı bağışıklık kazanmaya çalıştığı, onuncu yüzyıldan itibaren başlayarak Çin'de çiçek hastalığından korunmak için çeşitli yöntemlerin denendiği de bilinmektedir. Çiçek hastalığından korunmak amacıyla Çinliler o dönemde çiçek hastalığını daha hafif geçiren kişilerin püstüllerinden bir materyal alıp hastalık geçirmemiş kişilerin derisini çizerek enfekte etmişlerdir. Bu sayede çiçek hastalığı geçirmemiş kişiyi sağlamken bağışık hale getirmeye çalışmışlardır (variolasyon). Zamanla variolasyon tekniğinde de değişimler olmuş ve on sekizinci yüzyılda teknik hızla yayılmaya başlamıştır. Çin'den Orta Asya'ya oradan da Kafkaslara geçmiştir. Çiçek hastalığı mortalitesi %20-30'larda iken variolasyon sonrası komplikasyona bağlı mortalite %4'lere düşmüştür (24-26). Variolasyonun Avrupa'ya geçişi ise 18. Yüzyıla tekabül etmektedir. İngiltere Büyükelçisinin eşi Lady Mary Montagu 1700'lü yılların başında ülkesine yazdığı mektuplarda (27) (Şekil 1) İstanbul'da çiçek hastalığına karşı uygulanan variolasyon yöntemini anlatmış ve İngiltere'de duyurulması için çalışmıştır. Daha sonrasında ise Avrupa ve Amerika'da uygulanmaya başlamıştır. Variolasyon Jenner çiçek aşısını buluncaya dek pek çok kişiye uygulanmıştır (28).

geçtim. Birinde yattığımız evin yanındaki evde iki kişi öldüğü halde benden gizlemeye himmet ettiler.

Bizim aşçı yamağı da bu hastalığa yakalandı. Fakat beni şiddetli bir nezle geçiriyor diye kandırdılar. Doktorumuzu kendisine bakması için bıraktık. İkisi de dün gayet sıhhatli olarak geldiler. Adamın hastalığının veba olduğunu şimdi öğrendim. Bu hastalık havayı bozmuyor. Çok kişi de kurtuluyor. Türkiye'yi bu hastalıktan kurtarmak öyle zannediyorum ki İtalya veya Fransa'nınkinden daha kolay olacak. Tehlikesi az olduğu için hastalığa pek önem vermiyorlar. Hastalığa karşı hastalık. Türkiye'de bilinmeyen, bizim memleketimizde tutulduğumuz hastalıklara bunu tercih ediyorlar.

Bu hastalıkla ilgili bir şey anlatayım, siz de mutlaka burada bulunmak istersiniz. Bizde pek çoy yaygın ve çok zalimane olan çiçek hastalığını burada keşfettiler bir aşı ile önüyorlar. Bir çok kocakarının sanatları sırf bu ameliyatı yapmak. Aşılama için en uygun zaman sıcakların sonu, sonbaharın başlangıcı. O zaman aile reisleri ailelerinde çiçek hastalığına tutulmuş kimse olup olmadığını öğreniyor ve bir kaç aile toplanıyorlar. Sayıları onbeş onaltıyı bulan aile toplulukları bu aşıcı kocakarlardan birini çağırıyorlar ve ceviz kabuğu içine doldurulmuş çiçek hastalığı aşısını hangi damardan açılmasını isterlerse, o damarı büyük bir iğne ile açtıktan ve iğnenin ucu kadar aşığı buraya koyduktan sonra yarayı bağlıyor ve üzerine bir ceviz kabuğu yapıştırıyorlar. Bütün bu ameliye sırasında en küçük bir acı hissedilmiyor. Aynı şeyi dört beş damara daha yapıyorlar. Rumlar haç taklidi yapmak

için birer tane kollarına bir tane de alınlarına yaptırıyorlar, ama bunun neticesi fena. Çünkü bu ufak yaralar yer ediyor. Aşı için vücudun kapalı yerleri seçiliyor. Aşılama çocuklar sekiz gün kadar oynuyorlar, bir şey olmuyor, daha sonra bir sıtmaya tutuluyorlar ki iki gün, üç gün yatakta yatıyorlar. Yüzlerinde yirmi, otuz siville çıkıyor. Fakat sekiz gün içinde hiç hastalığa tutulmamış gibi oluyorlar. Açılan yaralar hastalıkları boyunca akıp çiçeğin zehrini atıyor, başka taraflara yayılmasına mani oluyor. Her sene binlerce çocuğa aynı ameliye yapılıyor. Fransa Sefiri, başka yerde yapılan banyolar gibi, burada da eğlence olsun diye herkes çiçeğe yakalanıyor, diyor. Aşıdan kimse olmuyor. Aşının faydasına inandığım için sevgili yavruma da yaptırmaya karar verdim. Vatanımı çok sevdiğim için aşının oraya da girmesini çok isterim. Doktorların, kendi menfaatlerini insanlığın iyiliğine feda edebilecek ve gelirlerinin büyük bir kısmını gözden çıkarabilecek kadar fedakâr olabileceklerine inansam bunu onlara yazmaktan geri durmazdım. Bilâkis onları kızdıracağımı zannediyorum. Büyük bir hata işlemiş olursam tehlikeli olur. Maamafih, İngiltere'ye döndüğüm zaman onlara bir harp ilân ederim. Kahramanca gayretimi takdir ediniz, v.s.....

Şekil 1. Lady Mary Montagu'nun mektuplarından örnekler (27)

Tarihçiler, modern anlamda aşı uygulanması tarihçesini Edward Jenner ile başlatmaktadırlar. İnek çiçeğine yakalananların daha sonra çiçek hastalığı geçirmediği Edward Jenner'ın dikkatini çekmiştir. Bunun üzerine inek çiçeği geçiren bir kadının döküntülerinden birkaç damla sıvı alıp daha önce inek çiçeği veya çiçek hastalığı geçirmemiş sağlıklı bir genç çocuğun koluna enjekte etmiştir. Altı hafta sonra ise, Jenner aynı kişiye çiçek döküntülerinden aldığı sıvıyı enjekte etmiş ve çocuğun çiçek hastalığına yakalanmadığını görmüştür. Böylece Jenner daha az tehlikeli bir mikroorganizma kullanarak kişiyi asıl tehlikeli hastalıktan koruma yolunu bulmuştur ve 1798 yılında çiçek aşısı çalışmalarını yayınlamıştır. Uyguladığı yöntemde de vacca (Latince inek anlamında) ve vaccinia'dan (inek çiçeği anlamında) esinlenerek vaccination adını vermiştir (29-31). Sonrasında aşı uygulamaları yaygınlaşmış ve variolasyon uygulaması terk edilmeye başlanmıştır. Günümüzde ise çiçek hastalığı aşı sayesinde eradike edilmiş, yani hastalık etkeni ile birlikte dünyadan yok edilmiştir. Doğal çiçek hastalığı en son 1977 yılında Ali Maow Maalin isimli Somali'de çalışan bir hastane aşçısında görülmüştür. Bu kişi çiçek hastalığı açısından iyileşmiştir. Laboratuvar kaynaklı en son çiçek vakası ise 1978 yılında Janet Parker isimli bir kişide görülmüştür. İngiltere'deki Birmingham Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp fotoğrafçısı olan bu kişi Tıbbi Mikrobiyoloji Departmanının bir katında çalışması nedeniyle doğrudan temas ile çiçek hastalığına yakalanmıştır ve çiçek hastalığı nedeniyle ölen son vakadır (32,33). Dünya Sağlık Asamblesi'nin 8 Mayıs 1980'de kabul edilen kararı (WHA 33.3) ile de çiçek hastalığının ortadan kaldırılması küresel hedefine ulaşıldığı açıklanmıştır (34) (Şekil 2).



WORLD HEALTH ORGANIZATION

THIRTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY

GENEVA, 5-23 MAY 1980

RESOLUTIONS AND DECISIONS
ANNEXES

GENEVA
1980

WHA33.3 Declaration of global eradication of smallpox

The Thirty-third World Health Assembly, on this the eighth day of May 1980;

Having considered the development and results of the global programme on smallpox eradication initiated by WHO in 1958 and intensified since 1967;

1. DECLARES SOLEMNLY THAT THE WORLD AND ALL ITS PEOPLES HAVE WON FREEDOM FROM SMALLPOX, WHICH WAS A MOST DEVASTATING DISEASE SWEEPING IN EPIDEMIC FORM THROUGH MANY COUNTRIES SINCE EARLIEST TIMES, LEAVING DEATH, BLINDNESS AND DISFIGUREMENT IN ITS WAKE, AND WHICH ONLY A DECADE AGO WAS RAMPANT IN AFRICA, ASIA AND SOUTH AMERICA;
2. EXPRESSES ITS DEEP GRATITUDE TO ALL NATIONS AND INDIVIDUALS WHO CONTRIBUTED TO THE SUCCESS OF THIS NOBLE AND HISTORIC ENDEAVOUR;
3. CALLS THIS UNPRECEDENTED ACHIEVEMENT IN THE HISTORY OF PUBLIC HEALTH TO THE ATTENTION OF ALL NATIONS, WHICH BY THEIR COLLECTIVE ACTION HAVE FREED MANKIND OF THIS ANCIENT SCOURGE AND, IN SO DOING, HAVE DEMONSTRATED HOW NATIONS WORKING TOGETHER IN A COMMON CAUSE MAY FURTHER HUMAN PROGRESS.

Hbk Res., Vol. II (3rd ed.), 1.10.4

(Eighth plenary meeting, 8 May 1980)

- 1 -

Şekil 2. Dünya Sağlık Asamblesi WHA 33.3 Kararı (34)

Jenner'in çiçek aşısından sonra 1885'te Louis Pasteur tarafından kuduz aşısı, 1896 yılında tifo ve kolera aşıları, 1 yıl sonra da veba aşısı keşfedilmiştir. Sonrasında ise difteri, boğmaca, tetanoz ve tüberküloz gibi hastalıklara yönelik aşılar geliştirilmiştir. Günümüzde kullandığımız diğer pek çok aşı ise ikinci dünya savaşı sonrasında keşfedilmiştir. Ayrıca bu dönemde daha öncesinde kullanılan bazı aşılarda farklı formları (asellüler boğmaca gibi) da geliştirilmiştir (24,35).

Aşılama ile elde edilen en büyük başarı olarak çiçek hastalığının dünyadan eradike edilmesi gösterilebilir. Bunun yanında vahşi çocuk felci de eradike edilme aşamasındadır. Çocuk felci aşısı (Salk'ın geliştirdiği inaktive polio virüs aşısı) 1955 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Sabin'in geliştirdiği attenüe poliovirüs aşısı ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde keşfedilmesine rağmen ABD'de uzun yıllar rutin uygulamaya alınmamış, Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerinde başarıyla uygulandıktan sonra 1960'da ABD'de lisans alabilmiştir (24,35,36). Ülkemizin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesinde, uygulanan aşılama programları sayesinde 1998 yılından beri vahşi çocuk felci görülmemektedir (37) (Şekil 3).

CERTIFICATE

WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPEAN REGION

REGIONAL COMMISSION FOR THE CERTIFICATION
OF POLIOMYELITIS ERADICATION

THE COMMISSION CONCLUDES,
FROM EVIDENCE PROVIDED
BY THE NATIONAL
CERTIFICATION COMMITTEES
OF THE 51 MEMBER STATES,
THAT THE TRANSMISSION OF
INDIGENOUS WILD POLIOVIRUS
HAS BEEN INTERRUPTED
IN ALL COUNTRIES OF THE REGION.
THE COMMISSION ON THIS DAY
DECLARES THE EUROPEAN REGION
POLIOMYELITIS FREE.


DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

DIRECTOR GENERAL, WHO REGIONAL OFFICE
FOR EUROPE

COPENHAGEN, XX JUNE 2002

Şekil 3. Vahşi çocuk felci hastalığı eradikasyon belgesi (37)

Ülkemizdeki aşı çalışmaları ise Osmanlı dönemine dayanmaktadır. Çiçek hastalığına karşı 1700'lü yıllarda çeşitli variolasyon metodlarının uygulandığı bilinmektedir. 1800'lü yılların başında ise Jenner metoduyla çiçek aşısı uygulanmaya başlanmıştır. Çiçek aşısının uygulaması için 1885'te dünyada ilk kez "Çiçek Nizamnamesi" adıyla kanun çıkarılmış, aşı yaptırmayan kişiler askeri ve yatılı okullara alınmamıştır. Haziran 1886'da Dr. Mirliva Alexander Zoeros, Dr. Hüseyin Remzi ve veteriner Hüseyin Hüsnü Louis Pasteur'un yanına eğitime gönderilmişlerdir ve 1887 Ocak ayında kuduz aşısı Türkiye'ye getirilmiştir; ilk kuduz aşısı Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane`de üretilmiştir. Aynı yıl Daül-Kelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi (Kuduz Tedavi Müessesesi) kurulmuştur. Bu kurum doğunun ilk, dünyanın üçüncü kuduz merkezidir. Bakteriyolojihane-i Şahane 1892 yılında kurulmuştur. 1896'da difteri, 1897'de sığır vebası, 1903'de kızıl serumları, 1911'de tifo, 1913'te kolera, dizanteri ve veba aşıları Türkiye'de ilk defa hazırlanıp uygulanmıştır. Tifus aşısı dünyada ilk kez 1916 yılında Dr. Reşat Rıza Kor tarafından geliştirilmiştir. Aşı Kafkas Cephesinde savaşan askerlere Erzurum'da Dr. Refik Saydam tarafından uygulanmıştır (28,35).

Cumhuriyet döneminde ise 27 Mayıs 1928 tarihinde Refik Saydam Hıfzısıhha Müessesesi kurulmuştur. 1940'lı yıllara kadar tifo, tifüs, difteri, kolera, boğmaca, tetanoz, kuduz aşıları gibi pek çok aşı seri üretimle oluşturulmuştur. 1968'de kurulan serum çiftliğinde tetanoz, gazlı gangren, difteri, kuduz, şarbon akrep serumları da üretilmiştir. Ülkede hastalıkların yok olması sonrası 1971'de tifüs, 1980'de çiçek aşısı üretimine son verilmiştir. Kurum çağın gereklerine uygun aletlerle yenilenmediği için 1996'da DBT ve kuduz aşısı, 1997'de BCG aşı üretiminin kesilmesiyle ülkemizdeki aşı üretimi de sona erdirilmiştir. Şu an ülkemizde aşılardan satın alınarak temin edilmektedir. 2013 yılından itibaren ise Türkiye'de aşı üretiminin yeniden başlatılması için çalışmalar başlatılmıştır (28,35). Cumhuriyet döneminde 1930'larda Çiçek, 1937'de Difteri-Boğmaca, 1952'de BCG, 1963'de Oral çocuk felci, 1968'de Difteri-Boğmaca-Tetanoz ve 1970'de de kızamık aşılmasına başlandığı görülmektedir. Ancak bu dönemlere ait aşılama oranları yüksek değildir. Özellikle 1974 yılında DSÖ'nün GBP önerisiyle ülkelerdeki çocukluk çağı aşılama oranlarında hem uygulanan antijen

sayısında hem de aşılama sıklıklarında önemli bir artış sağlanmıştır. GBP kapsamında ülkemizde 1981 yılında altı hastalığa (BCG, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci ve kızamık) karşı aşı yapılmakta iken, şu an BCG, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, hepatit B, hepatit A, pnömokok, haemophilus influenzae tip b, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği için olmak üzere 13 hastalığa karşı aşı yapılmaktadır. Ülkemizde 1981-83 yılları arasında çocukluk dönemi aşılama oranları BCG, DBT-3 ve kızamık için sırasıyla %47, %50 ve %64 iken, şu an %96, %98 ve %96'dır (16,38).

2.2. Aşı etkinliği (koruyuculuk oranı)

Aşı etkinliği, söz konusu hastalık için aşının koruma olasılığını ifade eder. Aşıların rutin hizmete sokulmasındaki en temel kriterdir. Aşı olan ve olmayanlarda hastalığın görülme sıklığı yani atak hızları kullanılarak hesaplanır: $[(\text{Aşı olmayanlarda atak hızı} - \text{Aşı olanlarda atak hızı}) / \text{Aşı olmayanlarda atak hızı}] * 100$ (39).

2.3. Aşının sahadaki etkinliği

Aşının etkinliğine dair bilgi randomize kontrollü çalışmalar ile elde edilir. Ancak aşının topluma uygulanması sonrasında aynı etkinlik ortaya çıkmayabilir. Bu nedenle aşı programlarındaki her aşının saha etkinliğinin sürveyans ile takip edilmesi gerekmektedir. Aşının etkinliği formülü, aşının sahadaki etkinliğini saptamak için de kullanılır. Aşının sahadaki etkinliğinin düşük olması genellikle aşılama hizmetlerinde bir takım sorunlar olduğuna işaret etmektedir: Soğuk zincirde aksama, aşı yanlış uygulamaları (enjeksiyon tekniği), aşılanan çocukların yaşına bağlı sorunlar ve aşı şemasının eksikliğinden dolayı (eksik doz vb.) beklenen serokonversiyonun sağlanamaması gibi (39).

2.4. Aşı hizmetlerinin toplumsal boyutu: toplum bağışıklığı

Bağışıklamanın etkisi bireysel ve toplumsal düzeydedir. Bireysel etkiler immünolojik yanıt gelişimi ve hastalıktan koruma şeklinde olabilir. Hastalığın bulaşıcılık derecesinin ve süresinin azalması, hatta aşılamanın davranışsal etkileri yoluyla bulaşın azalması ise aşının toplumsal düzeyde etkisidir (40). Toplumsal bağışıklık ya da diğer bir kullanımıyla 'kitle bağışıklığı', herhangi bir enfeksiyona karşı toplumda belirli bir oranda kişinin bağışık kılınması durumudur ve aşıyla ya da aşısız tüm kişilerin o hastalığa karşı korunmasını ifade etmektedir. Toplumsal bağışıklığı sağlamak için toplumun ne kadarının aşılmasının gerektiği ise enfeksiyon etkenine göre değişmektedir (41).

Toplumda çeşitli nedenlerle her zaman aşılınmayan kişiler vardır: Kansere gibi hastalıkların tedavisi nedeniyle bağışıklık sistemi bozulmuş olanlar, doğuştan bağışıklık sistemi hastalığı olan çocuklar, ağır beslenme bozukluğu olan çocuklar gibi.

Bunun dışında aşıların koruyuculuk oranlarına bağlı olarak aşı olduğu halde bağışıklık geliştirmeyen kişiler de her zaman olacaktır (%1-5 oranında). Hem çeşitli nedenlerle aşılınamayanlar hem de aşı olduğu halde bağışıklık geliştiremeyenler olduğu için, toplumun bir kısmı hastalığa karşı korunmasız kalacaktır. Bu durum, etkenlere karşı bağışık olanların oranlarının düşmesine yol açar ve toplumda ilgili hastalığın insidansı artabilir, hatta salgınlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle aşı olması kontrendike olan kişilerin dışında kalanların tamamına ulaşılarak aşılama çalışmaları gereklidir (39). Kısmen aşılanmış toplumlarda aşılamanın erken etkisi ile duyarlıların hızla azalması hastalığın görülüşünde azalmaya neden olur. Bu döneme 'balayı dönemi' denmektedir. Toplum kısmen aşılanmış olduğu için zamanla duyarlılar birikecektir. Bu durum da 'balayı sonrası' dönem olarak bilinmektedir. Duyarlı kişilerin birikmesi sonucunda bu durum salgınlarla sonuçlanabilir (40). Bu nedenle aşılama çalışmalarının sürekliliği de büyük önem arz etmektedir.

Mevcut hiç bir aşı %100 koruyuculuğa sahip değildir (primer aşı başarısızlığı) ve aşılar ile gelişen bağışık yanıt zamanla kaybolur (sekonder aşı başarısızlığı). Bu nedenle toplumdaki aşılama düzeyleri ile bağışıklık düzeyleri aynı olamaz. Örneğin bir toplumun %90'ının aşılama olmuş olması (kapsayıcılık oranı %90), o toplumdaki bağışıklıkların oranının da %90 olduğu anlamına gelmez. Eğer bu toplumda aşının sahadaki etkinliği %90 ise, o zaman toplum $0,90 \times 0,90 = 0,81$ oranında (%81) bağışık demektir. Bu bağlamda mevcut aşı ile toplumun büyük çoğunluğunun aşılama ve aşılama sürekliliğinin sağlanması, toplumdaki bağışık kişi sayısının yüksek tutulmasını sağlayacak ve olası salgınları önleyecektir (40).

Aşı ile önlenebilen bazı bulaşıcı hastalıklarda salgını önlemek için, her bir yerleşim yerinde erişilmesi şartıyla ulaşılması gerekli aşı kapsayıcılık oranları Tablo 1'de (42) gösterilmiştir.

Tablo 1. Aşı ile önlenebilir bazı hastalıklarda bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı ve hastalığın önlenmesi için gerekli aşı kapsayıcılık oranları

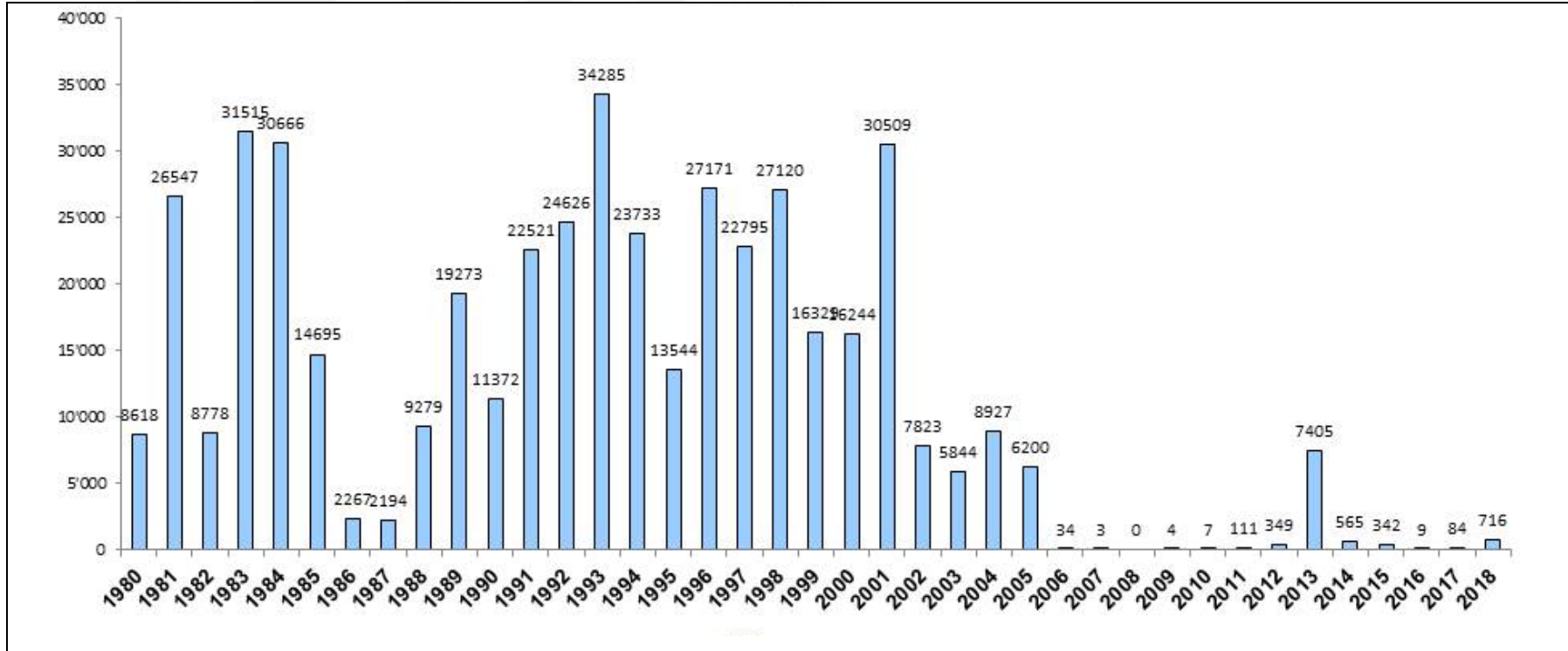
Hastalık	Bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı	Toplum bağışıklığı için/ salgını önlemek için ulaşılması gereken en az aşı oranı (%)
Difteri	6-7	85*
Kızamık	12-18	83-94
Kabakulak	4-7	75-86
Boğmaca	12-17	92-94
Çocuk felci	5-7	80-86
Kızamıkçık	6-7	83-85
Su çiçeği	5-7	80-85

*: 4 en az doz

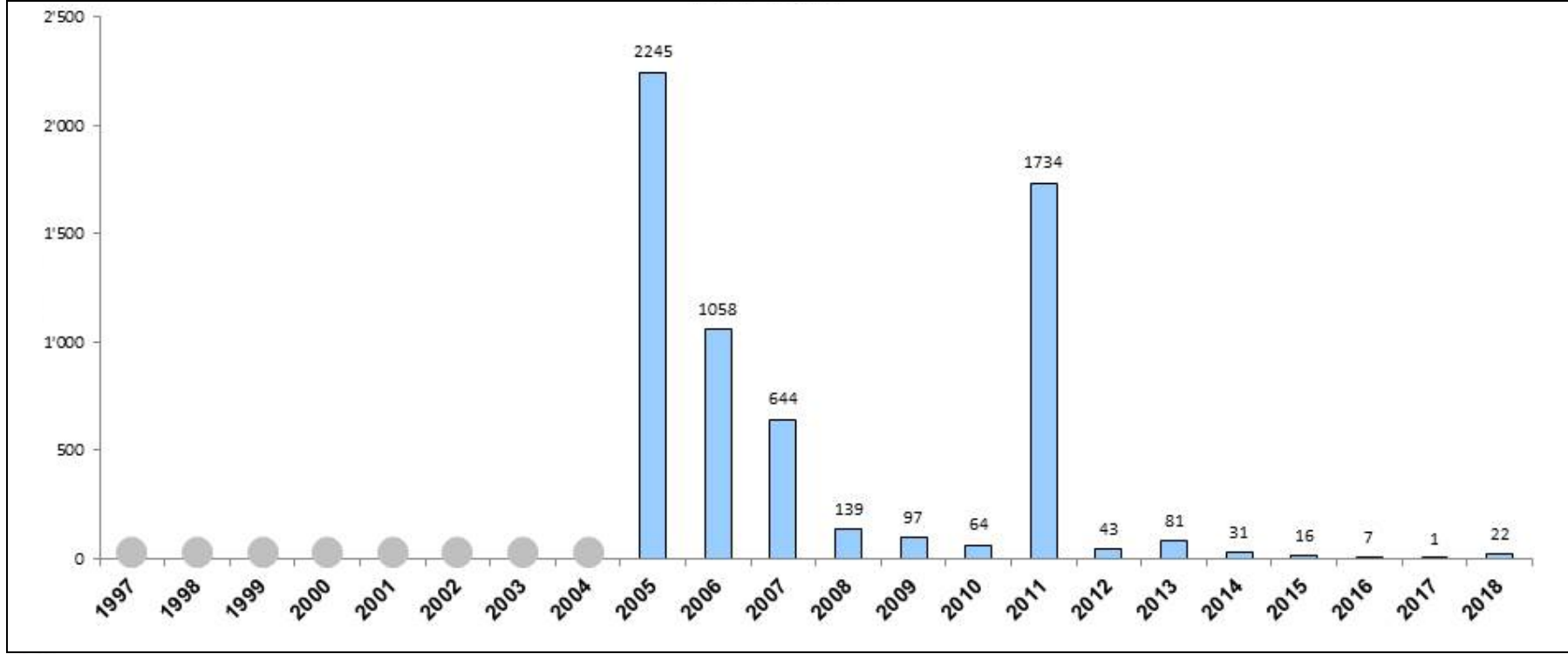
2.5. Türkiye’de aşı ile önlenbilir hastalıklarda olgu sayısı değişimleri

Ülkemizde aşılama çalışmalarını sonucunda yıllar içerisinde aşı ile önlenbilir hastalıklarda dikkat çekici şekilde düşüşler gerçekleşmiştir. Türkiye’de yıllar içerisinde aşı ile önlenbilir hastalıklardaki olgu sayısı değişimleri Şekil 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12’de gösterilmiştir (43-51).



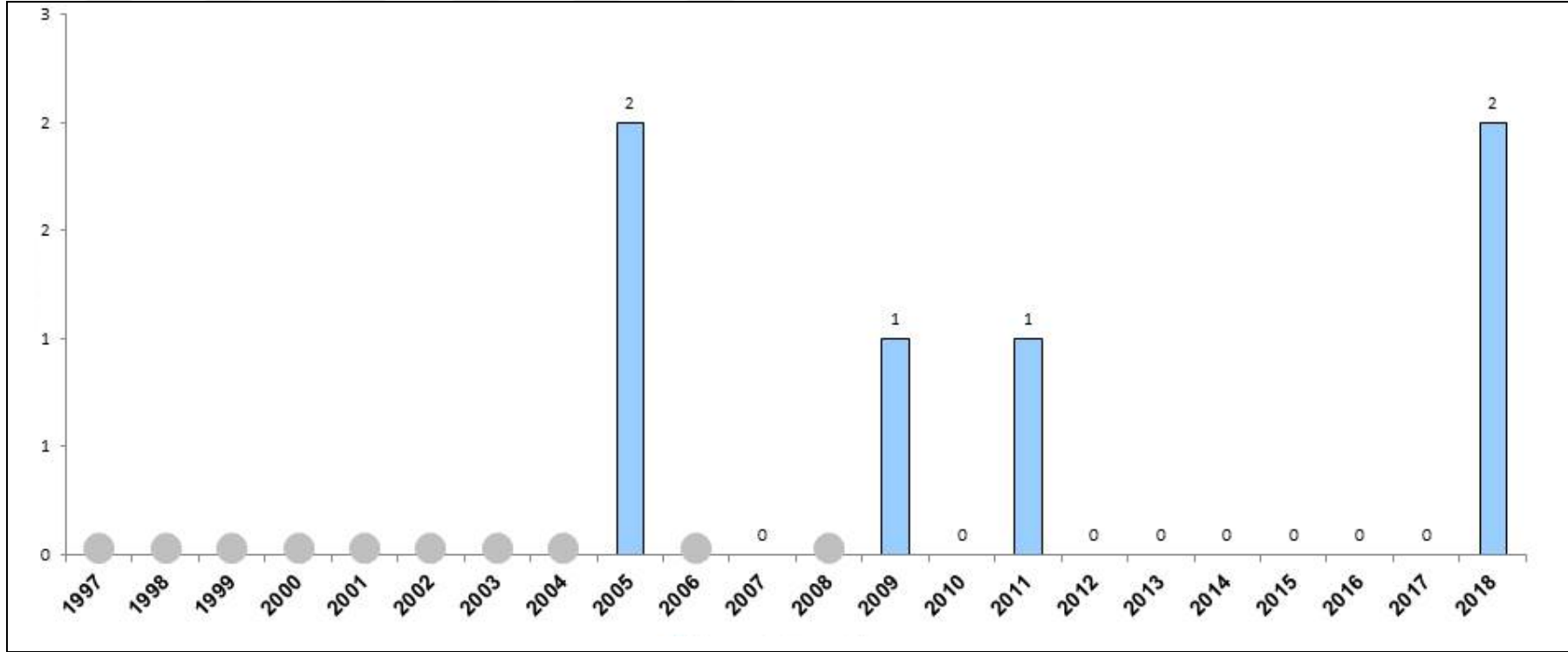


Şekil 4. Türkiye’de yıllara göre kızamık olgu sayıları (43)



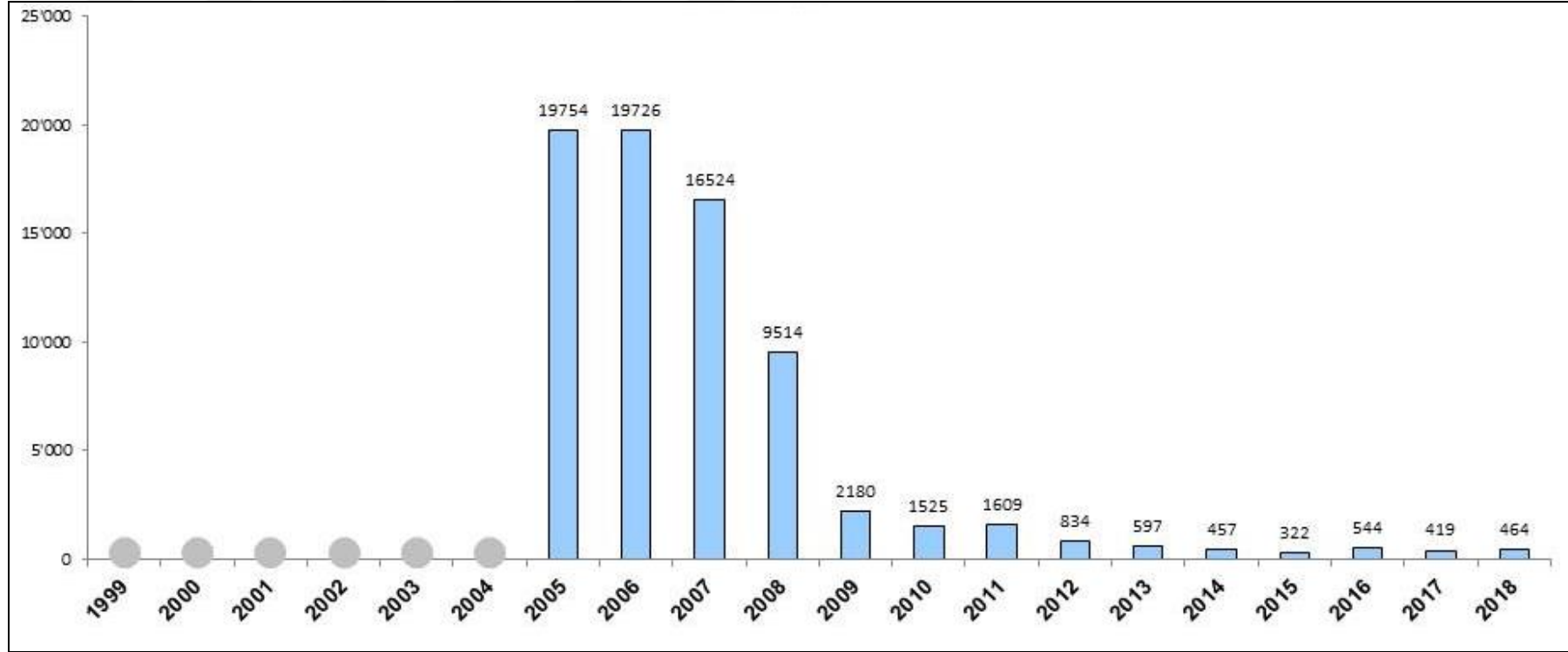
● Rapor edilen vaka yok

Şekil 5. Türkiye'de yıllara göre kızamıkçık olgu sayıları (44)



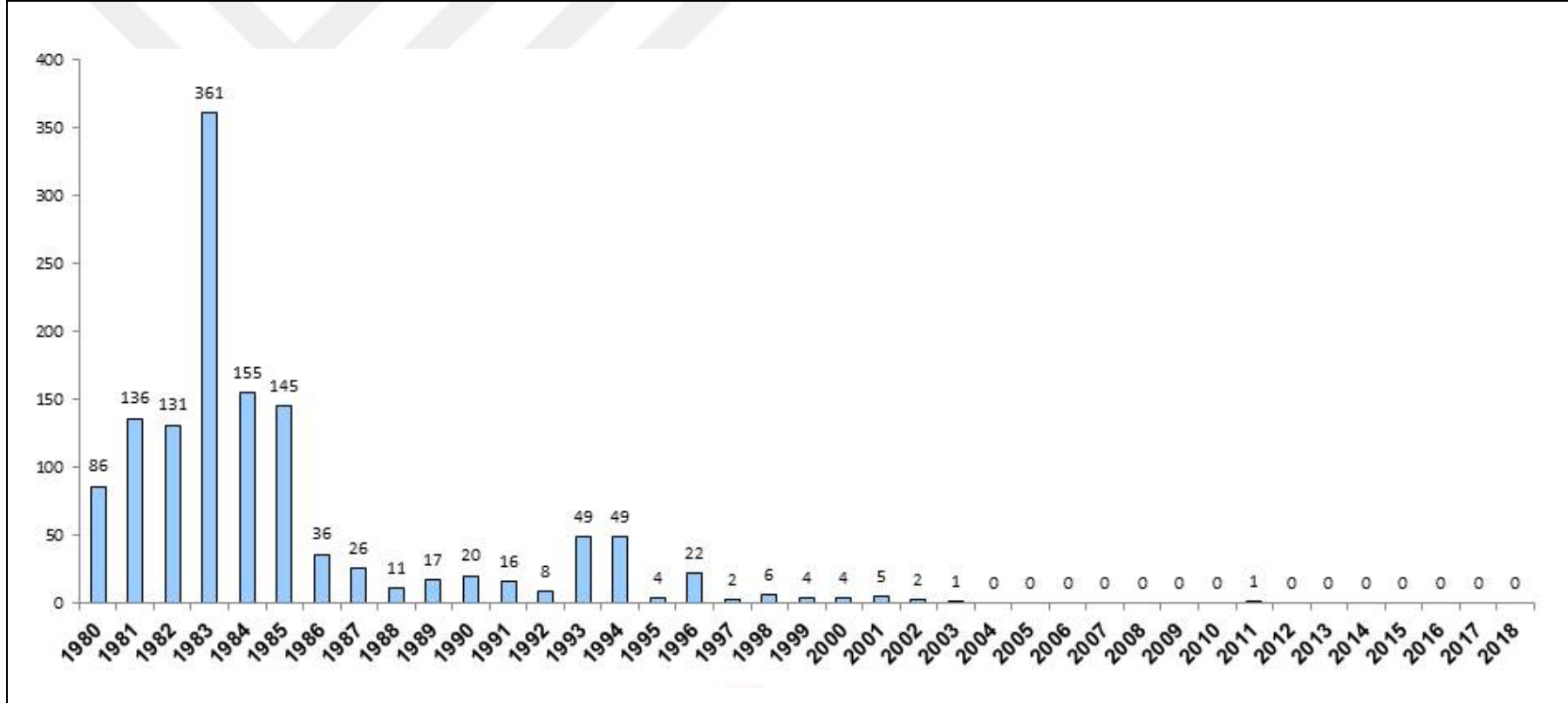
● Rapor edilen vaka yok

Şekil 6. Türkiye'de yıllara göre konjenital rubella sendromu olgu sayıları (45)

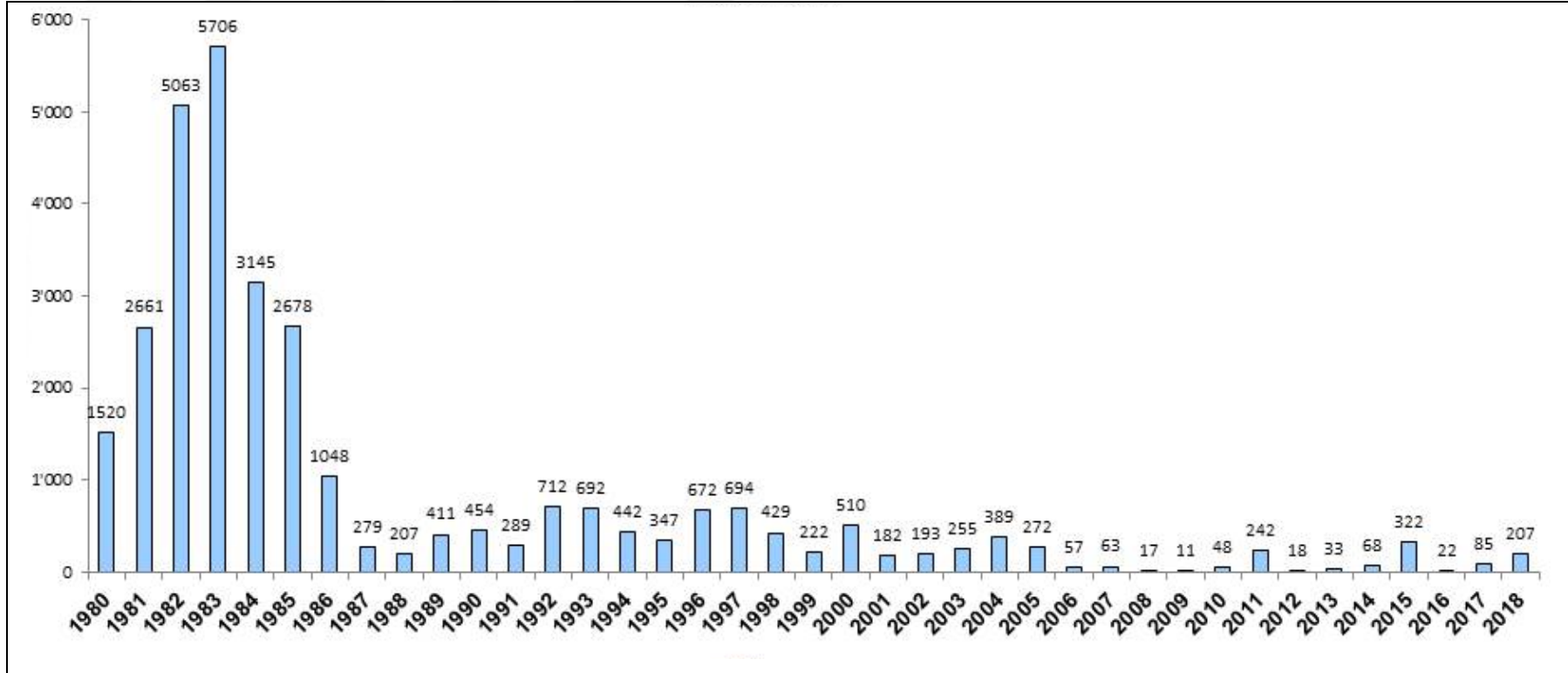


● Rapor edilen vaka yok

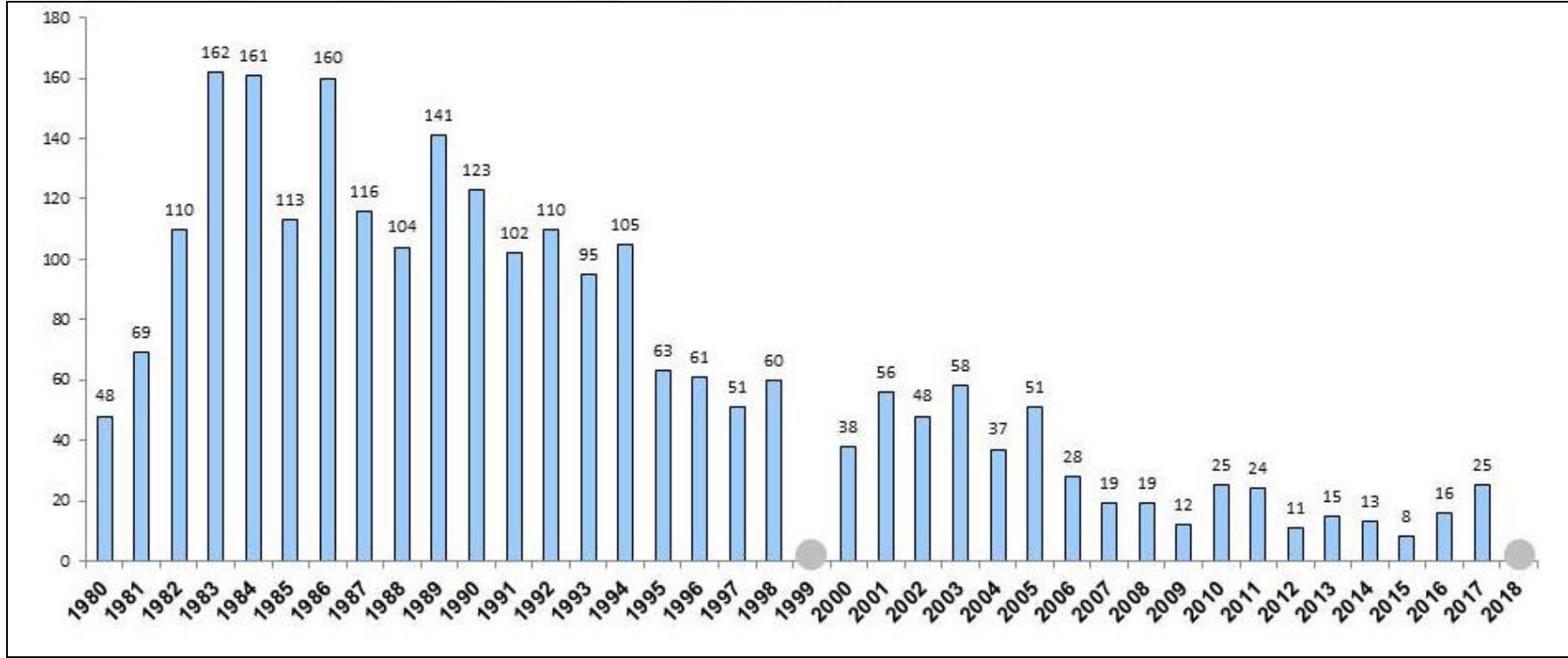
Şekil 7. Türkiye'de yıllara göre kabakulak olgu sayıları (46)



Şekil 8. Türkiye’de yıllara göre difteri olgu sayıları (47)

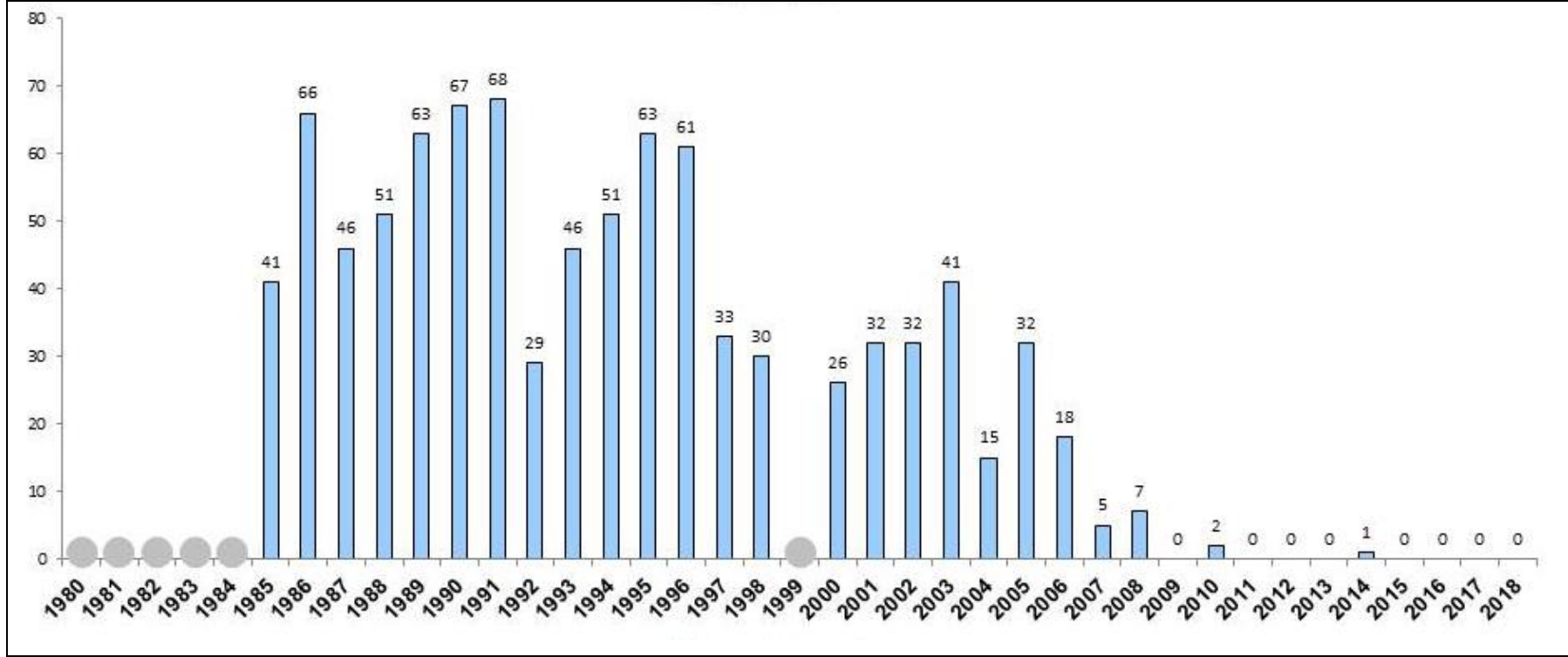


Şekil 9. Türkiye’de yıllara göre boğmaca olgu sayıları (48)



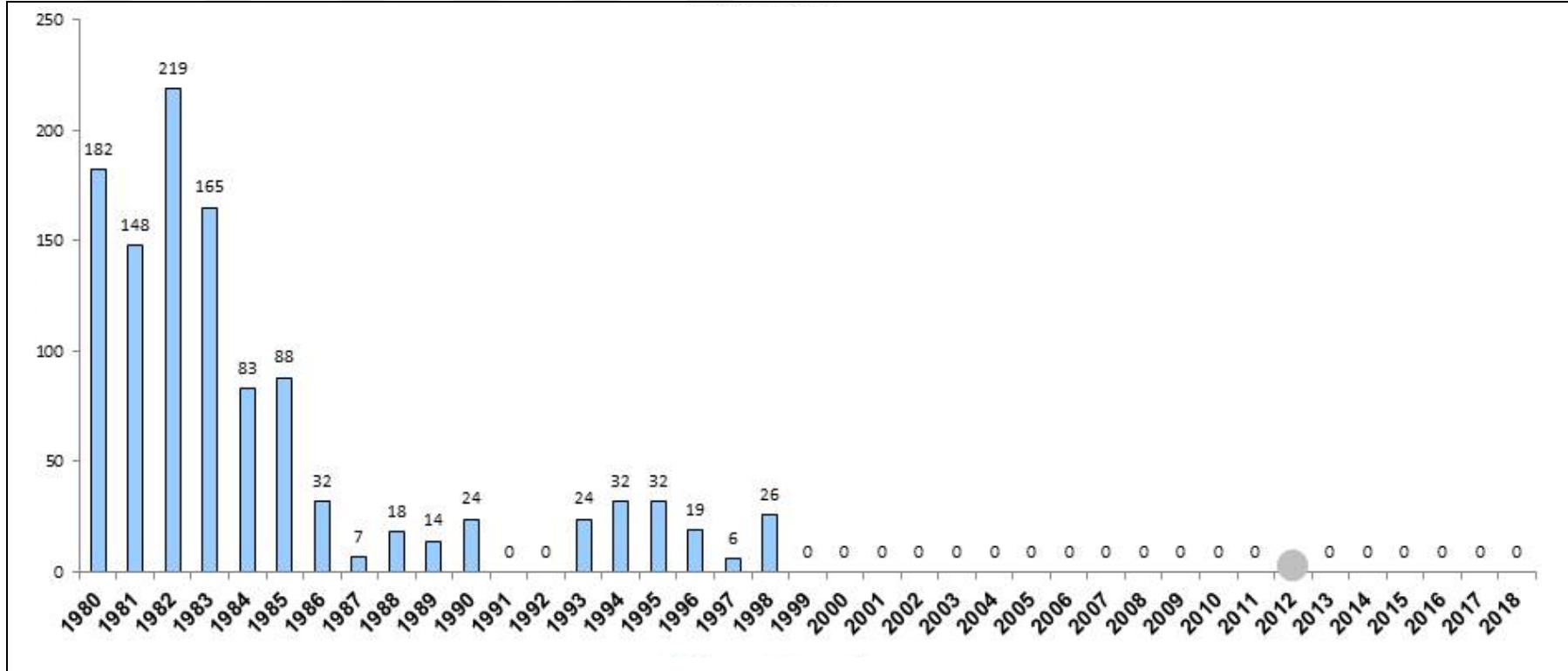
● Rapor edilen vaka yok

Şekil 10. Türkiye’de yıllara göre total tetanoz olgu sayıları (49)



● Rapor edilen vaka yok

Şekil 11. Türkiye'de yıllara göre yenidoğan tetanozu olgu sayıları (50)



● Rapor edilen vaka yok

Şekil 12. Türkiye'de yıllara göre çocuk felci olgu sayıları (51)

2.6. Erişkin bağışıklamasının önemi

İnsan sağlığının korunmasında bazı enfeksiyon hastalıklarına karşı aşı geliştirme çabası ve sonuçları koruyucu sağlık hizmetlerinde çok büyük etki yaratmıştır. On dokuzuncu yüzyılda geliştirilmeye başlayan aşılar 20. Yüzyılda kitlelere ulaşmış ve birçok hastalığa karşı yaygın olarak kullanıma girmiştir. Bu durum özellikle beş yaş altındaki çocukların sağlığında dramatik sonuçlar yaratmıştır. Diğer sosyal belirleyicilerin (sanitasyon, eğitim, beslenme, gelir seviyesinin artması, kentleşme, enerji, ulaşım olanakları gibi) de etkisiyle çocuk ölümleri 50 ila 100 yıllık bir dönemde tarih boyunca hayal edilemeyecek düzeyde azalmıştır. Ancak aşılama sadece çocukluk döneminin sorunu değildir. Hastalıklardan korunma durumunun sürdürülebilmesi yetişkinlik döneminde devam edilecek aşılama programlarına bağlıdır. DSÖ tarafından da belirtildiği gibi aşı reddi ve karşıtlığı ise aşılama konusunda ulaşılan başarıyı tehdit etmektedir. Ülkemizde de her yıl daha fazla insan aşuları reddetmektedir. Bu durum yeni salgın durumları ve belki de genç yaş ölümleri için bir risktir. Bilim insanlarının bu duruma çözümler geliştirmesi gerekmektedir. Bu nedenle yetişkinlerin aşı konusundaki düşünceleri ve çözüm önerileri için bir veri tabanı oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Çocukluk çağında uygulanan aşuların koruyuculuğunda sürekliliğinin sağlanabilmesi, çocukluk çağında aşılanamamış kişilerin bu hastalıklara karşı duyarlı olması, çalışma ve sosyal yaşam ortamlarında birçok aşıyla önlenebilir hastalıkla karşı karşıya kalınması, kronik hastalığı ve komorbiditeleri olan bireylerin enfeksiyonlara karşı savunmasız hale gelmesi, erişkin dönemde uygulanacak aşular ile bebek ve yenidoğan ölümlerinin azaltılabilmesi, yeni aşuların uygulamaya girmesi, çeşitli nedenlerle dünyanın farklı yerlerine seyahatlerin ve göçlerin artması gibi nedenlerle erişkin ve yaşlılık döneminde de bağışıklama hizmetlerine devam edilmelidir (16). Ancak ülkemizde bazı risk gruplarına yönelik uygulanan birkaç aşı dışında yetişkin bağışıklama programı bulunmamaktadır. Çalışmalar bu konuda toplum içindeki duyarlılığın da yeterli

olmadığını göstermektedir (19-21). Başarılı bir program ise toplum içerisinde duyarlılık sağlanarak gerçekleştirilebilir.

Birçok ülke kendi toplumu için erişkin dönem bağışıklama şemaları hazırlamıştır. Ülkemizde ise ilk defa 2009 yılında hazırlanmış olan Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Rehberi'nin 2016 güncellemesinde erişkin yaş grubunda ve risk gruplarında önerilen aşı şemaları Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir (16).



Tablo 2. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl bir doz				
PCV13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPSV23 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 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1-2,6.ay) ⁸				

Td: Tetanoz-difteri, Tdap: Tetanoz-difteri-asellüler boğmaca, Hib: Haemophilus influenzae tip b, HPV: Human papilloma virüs, KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak, PCV13: Konjuge pnömokok, PPSV23: Polisakkarit pnömokok

Tüm erişkinlere uygulanması önerilir

Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir

Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir

¹: Primer aşılamaı tamamlamamış erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz, 6 ila 12 ay sonra da 3.doz Td önerilmektedir, ²: Rapellerden birinin Tdap olması önerilmektedir, ³: Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok aşısının (PCV13 ve PPSV23) da yapılması önerilmektedir -Tercihen önce tek bir doz PCV13, en az bir yıl sonra PPSV23 ve 5 yıl sonrasında PPSV23 rapeli önerilmektedir. PPSV23'ün üçüncü rapelinin de 65 yaş ve sonrasında yapılması önerilmektedir -Riskli grupta yer almayan erişkinlerde her iki pnömokok aşısı (PCV13 ile PPSV23) arasında en az 1 yıl süre olmalıdır. Ancak, risk grubunda olan 19-64 yaş arası kişilere ve 65 yaş ve üzeri kişilerden immünyetmezlik, aspleni, BOS kaçağı veya koklear implant olanlara ilk önce PCV13 uygulanmışsa en az 8 hafta sonra PPSV23 uygulanabilir. İlk önce PPSV23 uygulanmışsa da en az bir yıl sonra PCV13 uygulanmalıdır, ⁴: Altmış beş yaş ve üzeri kişilere; -Altmış beş yaşından önce herhangi bir pnömokok aşısı ile aşılanmamışlarsa, önce PCV13 ve en az bir yıl sonra PPSV23 uygulanmalıdır -Altmış beş yaşından önce sadece PPSV23 ile aşılanmışlarsa, son dozdan en az 1 yıl sonra PCV13, PCV13'den en az 1 yıl sonra ve PPSV23'den en az 5 yıl sonra olacak şekilde PPSV23 uygulanmalıdır -Altmış beş yaşından önce sadece PCV13 ile aşılanmışlarsa, en az bir yıl sonrasında PPSV23 uygulanmalıdır -Altmış beş yaşından önce hem PCV13 hem de PPSV23 uygulanmışsa, PCV13 dozundan en az 1 yıl, PPSV23 dozundan en az 5 yıl sonra olmak üzere tek bir doz PPSV23 uygulanmalıdır, ⁵: Serolojik olarak bağışıklığı gösterilemeyenlere önerilmektedir, ⁶: Bin dokuz yüz seksen (1980) yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan erişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilmektedir. Bu yıldan önce doğanlar bağışık kabul edilebilirler, ⁷: Yakın 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 durumlarında en az 28 gün arayla 2 doz aşı önerilmektedir, ⁸: HPV, kuadrivalan ve dokuz valanlı aşılarda 0,2,6.ay; bivalan aşı 0,1,6.ay şeklinde önerilmektedir

Tablo 3. Erişkinlerde risk gruplarına göre 2016 aşı önerileri

Aşı	KHN ¹	İmmün Kompromize Hasta	Aspleni ²	SOT ³	Romatolojik hastalık ⁴	HIV enf. ⁵ (CD4<200/mm ³)	HIV enf. ⁵ (CD4≥200/mm ³)	Sağlık çalışanı ⁶	Gebe ⁷
Td/Tdap									
İnfluenza									
PCV13									
PPSV23									
Hepatit B									
Hepatit A									
Zoster									
Su çiçeği									
KKK ⁶									
Meningokok									
Hib									
HPV									

Td: Tetanoz-difteri, Tdap: Tetanoz-difteri-asellüler boğmaca, Hib: Haemophilus influenzae tip b, HPV: Human papilloma virüs, KHN: Kök hücre nakli, KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak, PCV13: Konjuge pnömokok, PPSV23: Polisakkarit pnömokok, SOT: Solid organ transplantasyonu

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

¹: Allojeneik ve otolog kök hücre nakli sonrasında; -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 aşılıları önerilmektedir -3.-6. aylar arasında 3 doz PCV13'ü takiben 12. ve 24. ayda PPSV23 ile rapel önerilir -24. ayda 1 veya 2 doz KKK uygulanabilir. Daha erken yapılması ise kontraendikedir, ²: Terapötik splenektomi yapılacak olgulara splenektomiden en az 2 hafta önce pnömokok, meningokok ve Hib aşılması önerilmektedir. Acil splenektomilerde ise aşılama 14. gün ve sonrasında yapılabilir, ³: Nakil öncesi ve sonrasında aşılama önerilmektedir. Genel kural olarak primer bağışıklamanın transplantasyon öncesinde yapılması önerilmektedir. Transplantasyon sonrası ilk 6 ayda bağışıklanmaya immün cevabın yetersiz olduğu kabul edilmektedir, ⁴: İmmünsupresif/immünmodulator ajanları kullanan hastalarda canlı aşılama (KKK, Suçiçeği, Zona aşılıları) kontraendikedir. İnaktive aşılamanın daha etkin olabilmesi için tedavi başlanmadan en az 2 hafta önce yapılması önerilmektedir. İlaç kesildikten sonra iki istisna dışında beklemeye gerek yoktur. Sadece rituksimab kesildikten sonra en az 6 ay, abatasept kesildikten sonra en az 2 hafta beklenmelidir, ⁵: PCV13 herhangi bir CD4 sayısında yapılabilir, fakat PPSV23 CD4 sayısı ≥200/mm³ olana kadar ertelenmesi tercih edilebilir. İmmün rekonstrüksiyon sağlandıktan sonra aşılama durumunun bir kez daha gözden geçirilmesi, gerekirse belli aşılamanın tekrarı sağlanmalıdır, ⁶: Polio, meningokok, tifo, kuduz aşılıları sadece mikroorganizma ile temas riski olan mikrobiyolog gibi laboratuvar çalışanlarında önerilmektedir, ⁷: Gebelikte canlı aşılama için kontrendikasyon durumudur. Canlı aşılama, planlanan gebelikten en az bir ay önce uygulanmalıdır

2.7. Erişkin dönemde önerilen aşular

2.7.1. Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşuları

Difteri etkeni corynebacterium diphtheriae, boğmaca etkeni bordetella pertussis ve tetanoz hastalığı etkeni clostridium tetani isimli bakterilerdir (39,52). Difteri ile tetanoz toksoid, boğmaca ise inaktive aşulardır. Sadece tetanoz toksoidli aşı; pediatrik DT ve erişkinler için Td (tetanoz ve difteri toksoidi içermekte); pediatrik DBT (tetanoz, difteri ve tüm hücre boğmaca aşularını içermekte) ile pediatrik DaBT ve erişkinler için Tdap (tetanoz, difteri ve asellüler boğmaca aşularını içermekte) olmak üzere çeşitli formları bulunmaktadır. Asellüler boğmaca aşısının yan etkileri daha azdır, bu nedenle tercih edilmektedir (16).

Difteri tarih boyunca yıkıcı salgınlar yapmıştır ve en çok korkulan hastalıklardan olmuştur. Şu an için, Avrupa'nın çoğu ülkesinde difteri neredeyse eliminasyon noktasına gelmiştir. Yakın tarihte ise, 1982-1985 ve 1990- 1995 yılları arasında, Rusya ve Ukrayna başta olmak üzere pek çok ülkenin etkilendiği difteri nedeni epidemiler yaşanmıştır. Sağlık çalışanlarının, askerlerin, toplumla teması yüksek olan kamu çalışanlarının, öğretmenlerin, alkoliklerin ve evsizlerin difteri açısından aşılınmaları özellikle önemlidir. Yüksek risk grubunda olan 25 yaş üzeri kişilerde difteri toksoidi içeren bir aşı ile (tercihen Td) aşılama önerilmektedir (16).

Erişkinlerde (gebelerde dahil) Td kullanılabilir. Erişkinlerde en azından bir dozun Tdap şeklinde uygulanması önerilmektedir. Difteri hastalığının geçirilmiş olması bağışıklık bırakmaz, bu nedenle bu hastalığı geçirip iyileşen kişilere de aşı uygulanmalıdır (16,52).

Ülkemizde 2004 yılında bir difteri vakası görülmüştür, 8 yıl boyunca difteri vakasının görülmediği bir dönem yaşanmıştır ancak 2011'de bir difteri vakası daha görülmüştür. Bu vaka ülkemizde görülen son difteri vakasıdır. Bu tarihten günümüze difteri vakası görülmemektedir (16).

Boğmaca salgınları ilk olarak 16. yüzyılda tanımlanmıştır ve organizma ilk olarak 1906'da izole edilmiştir. Aşının 1940'larda bulunması ve yaygın olarak kullanılmasıyla aşı öncesi döneme göre insidans %80'den daha fazla oranda azalmıştır (53). Ancak Amerika gibi bazı ülkelerde adolesanlar ve genç erişkinlerde boğmaca vakalarının arttığı zamanlar gözlenmiştir. Erişkinlerde bazen sadece uyku bozukluğu ile bile seyredebileğinden tanı koymak zorlaşmaktadır. Bu nedenle iki haftadan uzun devam eden öksürük şikâyetinde boğmaca ayırıcı tanıda unutulmamalıdır (16).

Boğmaca antikorları zamanla azalmaktadır. Bu nedenle 2011'de "Küresel boğmaca girişimi" başlatılmıştır. Bu projeye önce adolesan sonrasında yetişkin bağışıklaması kararı verilmiştir. Ancak "Koza projesi" olarak da bilinen bu uygulama ülkemizde yoğun bir kullanım alanı bulamamıştır (16).

ABD'de gözlenen boğmaca epidemilerinde en fazla olgu ve hastaneye yatışın 6 aydan küçük bebeklerde olduğu, bunların da büyük çoğunluğunun 3 aydan küçük olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle erişkinlere Tdap aşı uygulaması önerilmektedir. İçeriğindeki antijenin zayıf olması nedeniyle primer aşılama Tdap kullanılmaz, rapel için kullanılabilir. Ülkemizde 2007'den itibaren DaBT-İPA-Hib beşli karma aşısı şeklinde asellüler boğmaca aşısı bebeklere uygulanmaktadır (16).

Doğumdan itibaren çok ölümcül olan tetanoz hastalığına yakalanma riski söz konusudur. Bu nedenle gebelik sırasında hem de bebeklerde aşılama yapılmaktadır. Ülkemizde "Maternal Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı" yürütülmektedir. Bu sayede neonatal tetanoz ülkemizde görülmemektedir. Ancak ileri yaşlarda tetanoz olguları görülebilmektedir. Çünkü ilerleyen yaşla birlikte genel olarak CD4+ ve T-hücrelerine bağlı immün yanıt ve aşının koruyucu etkisi azalmaktadır. (16).

Çoğunlukla yaralanmalar sonrası yara kirlilik durumu, tetanoz aşılama durumu ve bu aşının ne kadar zaman önce uygulandığına göre aşı ve

immunglobulin uygulamasına karar verilmektedir. Tetanoz hastalığı da difteridekine benzer şekilde bağışıklık bırakmaz. Bu nedenle hastalıktan iyileşen kişilere de aşı önerilmektedir (16).

Tetanoz-difteri primer bağışıklaması tamamlanmamış veya hiç aşı uygulanmamış yetişkinlerde, primer aşı şeması başlanmalı ya da eksik dozlar tamamlanmalıdır (16).

Erişkinlerde primer bağışıklama dört hafta arayla iki doz, ikinci dozdan 6–12 ay sonra üçüncü doz şeklinde üç doz Td ile yapılmalıdır. Aşı intramusküler olarak deltoid kasa uygulanır (16).

Primer bağışıklama serisini tamamlamış olan erişkinlerde Td rapeli (10 yılda bir) önerilmektedir. Bu rapellerden birinin de Tdap şeklinde olması uygundur. Çünkü tetanoz antitoksin seviyeleri zamanla azalmaktadır; bazı kişiler ömür boyu korunabilirken, son dozdan 10 yıl sonra çoğu kişide sadece minimum koruyucu düzeyde antitoksin saptanmaktadır. Son dozu son 10 yıl içinde olan tamamen bağışıklanmış kişilerde meydana gelen tetanoz vakaları ise oldukça nadirdir (54).

Aşı durumu bilinmeyen ya da Tdap aşısı daha önce uygulanmamış tüm erişkin bireylere, tetanoz ve difteri aşılması durumuna ve aşı aralığına bakılmaksızın Tdap uygulanır (16).

Primer tetanoz aşılama şemasını Td aşısı ile tamamlamamış olan kişilerde Tdap ile aşılama başlanabilir ya da eksik kalan aşı dozları tamamlanır (16).

Doğurganlık çağındaki (15–49 yaş) 5 doz Td aşısı uygulanmış olan kadınlarda da 10 yıl arayla Td bağışıklamasına devam edilmelidir (16).

Postpartum dönemde 12 aydan küçük bebekle yakın temas içinde olunacağından, önceki Td ya da Tdap aşı durumuna bakılmadan her gebelikte

Tdap uygulaması önerilmektedir. Gebeliğin 27-36. Haftaları Tdap uygulanması için ideal dönemdir (16).

On iki aydan küçük bebeklerle temas olasılığı yüksek ve daha önce Tdap aşısı uygulanmamış sağlık çalışanlarına da Tdap önerilmektedir (16).

Yaralanma sonrasında yara kirlilik durumu ve önceki tetanoz aşısı durumuna göre tetanoz aşısı ve/veya immünglobulin uygulaması önerilmektedir (16).

2.7.2. İnfluenza (Grip) aşısı

İnfluenza A mevsimsel salgın ve pandemilere, İnfluenza B mevsimsel salgınlara neden olmaktadır. İnfluenza C ise sporadik olgulara ve kısıtlı bölgesel salgınlara yol açmaktadır ve klinik olarak daha hafif seyretmektedir (16). Grip çoğunlukla bir ila iki hafta içerisinde tedavisiz iyileşmektedir ancak çok küçük yaşta olanlar, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi hassas gruplarda ağır seyredebilmektedir. Gripten korunmanın bilinen en etkin yolu ise aşıdır. Sağlıklı erişkinlerde dolaşımdaki virüslerle aşı içindeki virüslerin örtüşmesi halinde koruculuğun %70-90 civarında olduğu bildirilmektedir (16,55,56).

İnaktive, yüksek doz içerikli, canlı ve rekombinan aşılardan gibi çeşitli grip aşısı kullanılmaktadır. Grip aşısı bir önceki sezonun suşlarından hazırlanmaktadır ve aşının içeriği DSÖ'nün aşı komitesi tarafından Şubat ayında Kuzey yarımküre için, Eylül ayında ise Güney yarımküre için açıklanmaktadır (16).

Özellikle şu gruplar influenza için risk altındadır ve aşılanmaları önemlidir (16):

- Beş yaşın altındakiler (özellikle 2 yaş altı, 6. aydan itibaren)
- Altmış beş yaşından büyükler
- Hamileler

- Bakım evinde yaşayan kişiler
- Kronik sağlık sorunu olan kişiler
- Kronik pulmoner hastalığı olanlar
- Kardiyovasküler (hipertansiyon hariç) hastalığı olanlar
- Böbrek hastalığı olanlar
- Karaciğer hastalığı olanlar
- Kan hastalığı olanlar
- Endokrin hastalığı (diabetes mellitus gibi) olanlar
- Metabolik hastalığı olanlar
- Nörolojik veya nörogelişimsel bozukluğu olanlar
- Bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler (Hastalık veya ilaca bağlı)
- On dokuz yaşından küçük ve uzun süre aspirin tedavisi alan kişiler
- Morbid obezler
- Sağlık çalışanları
- İnfluenza açısından riskli gruptaki bireylere bakım veren veya aynı evi paylaşanlar

2.7.3. Pnömonok Aşısı

Hastalığın etkeni Streptococcus pneumoniae adlı bakteridir. Etken ilk olarak 1881'de Pasteur tarafından izole edilmiştir. Etken hasta kişinin veya taşıyıcının solunum salgıları ile bulaşır. Sağlıklı bireylerde pnömokok taşıyıcılığı da çok yaygın görülmektedir. (39,57).

Özellikle şu kişilerde pnömokok aşısı yaptırılması çok önemlidir (16):

- Astım dışında herhangi bir kronik pulmoner hastalığı olanlar
- Kronik kardiyovasküler hastalığı olanlar
- Diabetes mellitusu olanlar
- Kronik karaciğer hastalığı olanlar ya da nefrotik sendromlu kişiler
- Fonksiyonel ya da anatomik asplenisi olanlar (Elektif splenektominin en az iki hafta öncesinde bağışıklama önerilmektedir)

- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Koklear implantlılar
- Beyin omurilik sıvısı kaçağı olanlar
- HIV tanısı olanlar
- Bakım evinde kalanlar
- Lösemi, multiple myelom, Hodgkin hastalığı gibi hematolojik hastalıkları olanlar
- Yaygın malignitesi olanlar
- Uzun süreli bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi alanlar
- Solid organ transplantasyonu öyküsü olanlar

2.7.4. Hepatit A Aşısı

Hastalığın etkeni bir RNA virüsü olan pikornavirüstdür. İnsan, hastalığın bilinen tek kaynağıdır. Enfekte kişinin semptomların başlangıcından 2 hafta önce ve 1 hafta sonra bulaştırıcılığı vardır. Bulaş yolu fekal-oraldir (39,58).

Üç farklı Hepatit A aşısı (inaktive, canlı attenüe ve kombine) bulunmaktadır, intramusküler uygulanır (16).

Hepatit A enfeksiyonu açısından şu kişiler riskli gruptur ve özellikle aşılanmaları önerilmektedir (16):

- Hepatit A'nın orta/yüksek derecede endemik olduğu yerlere seyahat edenler
 - Uyuşturucu bağımlıları
 - Çocuk kliniklerinde, yuva ve kreşlerde çalışan personel gibi enfeksiyon riskinin arttığı mesleklerde çalışanlar
 - Kronik karaciğer hastalığı olan seronegatif kişiler
 - Özel bakım gerektiren entelektüel yetenekleri bozulmuş hastalar ve bu kişilere hizmet veren sağlık/ bakım personelleri
 - Yuva ve kreşlerdeki personel ve çocuklar

- Kanalizasyon işçileri
- Seronegatif temizlik işçileri ve gıda hazırlama işinde çalışanlar
- Solid organ ve kemik iliği transplantasyonu adayları/alıcıları ve pıhtılaşma faktör konsantreleri alanlar
- Hepatit A ile enfekte primatlarla veya araştırma laboratuvarında çalışanlar

2.7.5. Hepatit B Aşısı

Hepatit B hepadnaviridae familyasından bir DNA virüsüdür. İnsan, hastalığın bilinen tek kaynağıdır. Virüs ile enfekte vücut sıvılarına parenteral veya mukozal olarak maruz kalma ile bulaş gerçekleşmektedir. Hepatit B virüsü çok bulaşıcıdır, örneğin HIV ile karşılaştırıldığında 50-100 kat daha bulaşıcıdır (39,59). Aşı rekombinasyon teknolojisi ile üretilmektedir (16).

Hepatit B aşısının özellikle önerildiği gruplar şunlardır (16):

- Hasta veya hasta çıkartıları ile teması sağlık personelleri
- Tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi, sağlık meslek yüksekokulu vb. öğrencileri
- Hemodiyaliz hastaları
- Sık kan ve kan ürünü kullananlar
- Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar
- Hepatit B taşıyıcısı kişi ile aile içi teması olanlar
- Çok sayıda cinsel partneri olanlar
- Homoseksüeller
- Kronik karaciğer hastalığı olan kişiler (Hepatit B dışında)
- Cezaevleri ve ıslahevlerinde olanlar
- Hepatit B'nin endemik olduğu bölgelere seyahat edenler
- Berber-kuaförler, manikür-pedikürcüler
- Zihinsel özürlü bakımevlerinde bulunan kişiler
- Yetiştirme yurtlarında bulunanlar
- İtfaiye personeli

- Yüksek risk altındaki askerler, polis memurları
- Kaza, afet durumlarında ilk yardım uygulayanlar

2.7.5.1. Hepatit B temas sonrası profilaksisi

Enfekte kişiden seronegatif kişiye deri ve mukoza yoluyla bulaş sonrası ilk 6-24 saat içinde Hepatit B immünglobulini (0.06 mL/kg) intramusküler şekilde uygulanmalıdır. Eş zamanlı olarak aşılama da başlanmalıdır (16).

Anne HBsAg pozitif ise, doğumdan sonra ilk 6-12 saat içinde bebeğe aşıya ilaveten Hepatit B immünglobulin uygulanmalıdır (16).

Hepatit B enfeksiyonlu kişilerle cinsel ilişki durumunda, en geç 14 gün içinde Hepatit B immünglobulin ve aşı yapılmalıdır (16).

2.7.6. Suçiçeği (Varicella zoster) aşısı

Bir DNA virüsüdür ve herpesvirüs grubunun bir üyesidir. Hastalık solunum yoluyla bulaşır. Diğer herpesvirüsler gibi, varicella zoster de gizli bir enfeksiyon olarak birincil (ilk) enfeksiyondan sonra vücutta kalma kapasitesine sahiptir. Herpes zoster (zona) da gizli varicella zoster enfeksiyonunun yeniden aktivasyonunun sonucudur (39,60). Canlı zayıflatılmış aşıdır ve az miktarda neomisin ve jelatin içerir, 1 ay süreyle iki doz olarak uygulanmaktadır (16).

Şu kişiler özellikle risk altındadır ve aşılınmaları önemlidir (16):

- Sağlık personeli, immünkompromize bireylerin aile temaslıları gibi yüksek riskli kişilerle yakın teması olan kişiler
- Küçük çocukların öğretmenleri, çocuk bakımı yapanlar, kreş personelleri, yatılı okul öğrencileri, askeri personel, aynı evde çocukla birlikte yaşayan ergen

ve erişkinler, doğurma çağındaki gebe olmayan kadınlar ve uluslararası yolculuk yapanlar gibi bulaş veya temas riski yüksek kişiler

2.7.7. Herpes Zoster (Zona) Aşısı

Varicella zoster virüsü birincil enfeksiyondan sonra duyusal arka kök gangliyonunda veya kranial sinir ganglionlarında latent olarak kalabilmektedir. Sonrasında latent varisella zoster virüsünün reaktivasyonu ile herpes zoster gelişmektedir (61). Yaşam boyu zoster gelişme riskinin en az %32 olduğu tahmin edilmektedir. Artan yaş ve hücrel immünsüpresyon en önemli risk faktörleridir (60). Bu hastalığa karşı kullanılan aşı canlı attenüe aşıdır. Subkutan tek doz olarak uygulanmaktadır. Aşı Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration: FDA) tarafından 2006'da 60 yaş ve üzeri için onay almıştır, 2011'de ise bu sınır 50 yaşa indirilmiştir. Bununla birlikte, İmmünizasyon Uygulamaları Danışma Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practices: ACIP) şu anda aşı tedariki ve bu yaş grubunda daha düşük zoster riski nedeniyle 60 yaşından küçük kişilerin aşılmasını önermemektedir. Varicella zoster ve zona zoster geçirme öyküsünden bağımsız olarak 60 yaş üzerindeki tüm bireylere önerilmektedir. Kronik hastalığı olan kişiler zona açısından artmış riske sahiptirler. Bu nedenle özellikle aşılınmaları önemlidir. Aşının koruyuculuk süresi veya rapel doz gerekip gerekmediği bilinmemektedir (16,60).

2.7.8. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşılıarı

Kızamık paramyxoviridae ailesinden, morbillivirus genusu, zarflı, tek zincirli bir RNA virüsüdür. Kızamıkçık virüsü, togavirüs ailesi, rubivirüs genusu olarak adlandırılır ve zarflı RNA virüsüdür. Kabakulak ise paramyxoviridae ailesinden, ribulavirüs cinsinden, negatif polariteli, tek zincirli bir RNA virüsüdür. Üç hastalık da insandan insana damlacık yoluyla ve enfekte bireyin burun, boğaz sekresyonları aracılığıyla bulaşır (39,62-64). Bu virüslere karşı kullanılan aşılabilir canlı attenüe aşılarıdır. Subkutan olarak uygulanırlar. Monovalan ve KKK şeklinde kombine formları vardır (16).

Aşı ile indüklenen kızamık antikorlarının titresi, hastalığın geçirilmesiyle oluşan titreden düşük olmasına rağmen; hem serolojik hem de epidemiyolojik kanıtlar aşı kaynaklı bağışıklığın çoğu insanda ömür boyu görüldüğünü göstermektedir. Antikor kaybettiği görülen çoğu aşılanmış kişi, yeniden aşılamaya üzerine anamnestik bir bağışıklık tepkisi göstermektedir, bu da muhtemelen hala bağışık olduklarını gösterir. Yeniden aşılamaya bazı kişilerde antikor titresini artırabilse de, mevcut veriler artmış titrenin sürdürülemeyebileceğini işaret etmektedir. Bazı çalışmalar, başarılı aşılamadan sonra ikincil aşı yetmezliğinin (bağışıklık isteyen) ortaya çıkabileceğini, ancak bunun nadiren meydana geldiğini ve kızamık iletiminde ve salgınlarında sadece küçük bir rol oynadığını göstermektedir (62).

Klinik çalışmalarda, aşılananların % 95'i veya daha fazlasının tek bir dozdan sonra kızamıkçık bağışıklığı geliştirdiği saptanmıştır. Aşılanan kişilerin %90'ından fazlası en az 15 yıl boyunca hem klinik rubella hem de viremiye karşı korunmaktadır. Takip çalışmaları, bir doz aşının uzun süreli, muhtemelen ömür boyu koruma sağladığını göstermektedir. Bunun yanında çeşitli raporlar, düşük seviyelerde saptanabilir antikor olan aşılanmış kişilerde maruz kalmayı takiben viremik reenfeksiyonun olabileceğini göstermektedir. Bu durumun sıklığı bilinmemekle beraber nadir olduğu düşünülmektedir. Nadiren, aşı kaynaklı bağışıklığı olan kadınlar arasında klinik reenfeksiyon ve fetal enfeksiyon bildirilmiştir. Hamile kalmadan önce kızamıkçık bağışıklığının serolojik kanıtlarını belgeleyen kadınlardan doğan bebeklerde nadir olarak konjenital rubella sendromu meydana gelmiştir (63).

Kabakulak için tek bir doz kişilerin yaklaşık %94'ünde (%89 ila %97) ölçülebilir kabakulak antikoru geliştirmektedir. Aşının bir doz ile %78 (%49- %92), iki doz ile ise %88 (%66- %95) civarında etkinliğinin olduğu saptanmıştır (64).

Şu gruplar özellikle risk altındadır ve aşı önerilmektedir:

- Kızamık (1980 yılından sonra doğanlar için) veya kızamıkçık aşısı uygulandığına veya hastalığı geçirdiğine dair kaydı veya güvenilir öyküsü olmayan erişkinlere en az 1 doz KKK aşısı yapılmaktadır. Her bir antijen için bağışık olduğu laboratuvar tetkikleriyle gösterilir ise aşılama gerektirmez (16).

Şu hallerde en az 28 gün ara ile 2 doz KKK aşısı uygulanmalıdır (16):

- Yakın zamanda kızamık, kızamıkçık, kabakulağa maruz kalındıysa veya salgın durumu varsa

- Bir sağlık kuruluşu veya bakım evinde çalışma

- Yükseköğrenim kurumlarında eğitim görme

- Temas riskinin yüksek olduğu bölgelere uluslararası seyahat planlama

2.7.8.1. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) temas sonrası profilaksisi

Kızamık geçiren hastayla teması olan duyarlı kişilere ilk 72 saat içinde KKK aşısı uygulanması korunma için yeterli olabilmektedir. Bir yaş üzerindeki temaslılarda immünglobulin yerine KKK aşısı tercih edilmelidir. Ev içi yakın temaslılarda ise immünglobulin uygulanması gerekmektedir. İmmünsüpresif kişilerde ve hamilelerde temas sonrası profilakside aşı kullanılmamalıdır, immünglobulin uygulanmalıdır (16).

Standart immünglobulin temas sonrası ilk 6 gün içinde uygulandığında etkili olmaktadır. Aşı, immünglobulin uygulamasından 3-6 ay sonra yapılmalıdır (16).

Temas sonrası profilakside KKK aşısı kabakulak ve kızamıkçık için etkili değildir. Kızamıkçık temaslı hamilelerde immünglobulin uygulanması hastalığın hafif geçirilmesini sağlar, fakat viremiyi, fetal enfeksiyonu, konjenital rubellayı engellememektedir (16).

2.7.9. Meningokok Aşısı

Neisseria meningitidis aerobik, gram-negatif bir diplokoktur. Polisakkarit kapsülleri en önemli virulans faktörüdür. İnsanlarda en çok invaziv hastalık yapan serotipleri A, B, C, Y, X ve W-135'tir (65).

Polisakkarit aşilar: Bivalan ve tetravalan formları mevcuttur. Üç yıl boyunca %85 koruyuculuğu vardır. İki yaşın altında etkisizdir. Tetravalan aşı uygulamasını takiben 7-10 gün içerisinde yeterli düzeyde antikor yanıtı oluşmaktadır. Riskli gruplarda aşı tekrarı gerekebilmektedir (16).

Konjuge aşilar: A, C, Y ve W-135 polisakkaritlerinin difteri toksoidine (CRM 197) kovalent bağlar ile bağlanmasıyla elde edilmiş aşılardır. MenACWY-D'nin dokuz aylıktan itibaren 23. aya kadar üç ay ara ile iki doz, erişkinde ise tek doz uygulanması önerilmektedir (16).

Konjuge aşıda hafıza bağışıklık yüksektir. Bu sayede meningokok taşıyıcılığı önlenmektedir (16).

Meningokok aşısı için risk grubu olan ve özellikle aşı yaptırması önerilen kişiler şunlardır (16):

- Anatomik ya da fonksiyonel asplenisi olanlar (Elektif splenektominin en az iki hafta öncesinde bağışıklama önerilmektedir)
- C5-9 komponent yetmezlikli kişiler
- Bakımevlerinde yaşayanlar
- Yurtta kalan öğrenciler
- Rutin olarak *Neisseria meningitis* suşları ile karşılaşan laboratuvar çalışanları
- Askeri personel

- Hastalığın hiperendemik veya epidemik olduğu ülkelerde yaşıyanlar ya da o bölgeye seyahat edecek kişiler (özellikle bölgesel popülasyonla temasları uzun sürecekse)

Konjuge meningokok aşısı (MCV4), 55 yaş ve altındaki bir erişkine endikasyonlardan herhangi biri olmasa da uygulanabilir, polisakkarit aşısı (MPSV4) ise diğerk alternatiftir. Daha önce polisakkarit aşısı uygulanmış ancak enfeksiyon için yüksek risk altındaki yetişkinlere beş yıl sonra aşılama tekrarı önerilmektedir (16).

2.7.10. Human Papilloma Virüs (HPV) Aşısı

Human papilloma virüsü, papillomaviridae ailesinden, zarfsız sferik protein kapside sahip, çift sarmallı bir DNA virüsüdür. Kontamine yüzeylerden, cilt lezyonlarından ve doğum kanalından olmak üzere birçok şekilde bulaşlabilmektedir (66,67). HPV aşıları, serviks kanserinden %70-80, genital siğillerden ise %90 koruma sağlamaktadır. HPV 16 ve 18 nedenli serviks kanserlerinin önlenmesinde %100 etkilidir. HPV aşıları rekombinasyon tekniğı ile üretilmektedir. Piyasada bivalan (HPV 16 ve 18'e karşı), kuadrivalan (HPV 6,11,16 ve 18'e karşı) ve 9 valanlı (HPV 6,11,16,18,31,33,45,52 ve 58'e karşı) aşılar bulunmaktadır. Aşılar intramusküler yolla uygulanmaktadır. Kuadriavalan ve 9 valanlı aşı erkek ve kadınlarda, iki valanlı aşı ise kadınlarda önerilmektedir (16).

Aşı ile sağlanan koruyuculuğun ne kadar sürdüğü tam olarak bilinmemektedir. Bazı çalışmalar aşının en az 5 yıl koruyucu olabileceğini bildirmektedir. Kuadriavalan ve 9 valanlı aşı 0, 2 ve 6. aylarda, bivalan aşı ise 0,1 ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz uygulanmaktadır. DSÖ, 2 dozun 3 doz kadar etkili olduğunu belirtmektedir (16).

Seksüel aktivite başlamadan aşı şemasının tamamlanmış olması aşı etkinliğini artırıcı bir faktördür. Ancak aşı için bir üst yaş sınırı yoktur. Seksüel

olarak aktif ancak HPV ile enfekte olmamış kadınlar aşından tam olarak fayda görürler. Daha önceden enfekte olmuş kadınlarda ise aşı etkinliği düşer. Seksüel aktivitesi olan, genital siğilleri, anormal smear testi ya da HPV DNA testi pozitif olan kadınlarda da aşı önerilmektedir. Aşı uygulanmış olsa da diğer HPV tipleriyle kanser gelişebileceğinden Pap smear taramasına devam edilmesi gerekmektedir (16). CDC önerilerinde özellikle 13-21 yaş erkekler, 26 yaşından itibaren tüm bağışıklığı zayıflamış erkekler (HIV enfeksiyonu dahil) özellikle önerilmekte ve 22-26 yaş arası da uygulanabilir denmektedir (68).

2.7.11. Haemophilus influenzae tip b (Hib) Aşısı

Hemofilus influenzae gram-negatif kokobasildir. Polisakkarit, virulansla ilişkili başlıca faktördür. Sistemik enfeksiyonlardan %90'ının üzerinde H. influenzae'nin 6 kapsül tipinden biri olan tip b (Hib), sorumludur (39,69). Lisanslı 3 farklı konjuge Hib aşısı bulunmaktadır (16).

Bebeklerde kullanım için lisanslanmış Hib konjugat aşıları yüksek derecede immünojeniktir. Bebeklerin% 95'inden fazlasında birincil serilerden sonra koruyucu antikor seviyeleri gelişmektedir. Klinik etkinliğin % 95 ila % 100 olduğu tahmin edilmektedir. Tamamen aşılanmış bir bebekte invaziv Hib hastalığı pek yaygın değildir (69).

Özellikle aşı önerilen, invaziv Hib hastalığı riski artmış kişiler şunlardır (16):

- Fonksiyonel veya anatomik asplenisi olanlar (Elektif splenektominin en az iki hafta öncesinde bağışıklama önerilmektedir)
- İmmünglobülin yetmezlikli hastalar
- Kompleman eksikliği olanlar
- Kök hücre transplantasyonu öyküsü olanlar
- Malignite nedeniyle kemoterapi veya radyoterapi alan kişiler

HIV enfeksiyonu olan kişilerde aşının immünojenitesi, enfeksiyon aşamasına göre değişmektedir. Aşının invaziv hastalık riski artmış popülasyonlarda etkinlik çalışmaları yapılmamıştır (69).

2.8. Türkiye’de erişkin yaş grubuna uygulanan aşilar

Ülkemizde GBP kapsamında yetişkinlere uygulanan aşı çalışmaları şunlardır (70):

2.8.1. Erişkin Tip Tetanoz Aşısı

Bağışıklanma durumu kayıt altında olmayan tüm erişkinlerde 3 doz Td aşısı ile primer aşılama, primer aşılama tamamlandıktan sonra da 10 yılda bir Td aşısı ile rapel önerilmektedir.

2.8.2. Doğurganlık Çağı Kadın/Gebe Aşılamaları

Çocukluk çağında aşılanmamış, aşılanma durumu bilinmeyen, aşıları eksik ya da tam aşılanmış fakat son 10 yıl içinde rapel dozu uygulanmamış tüm hamilelere Td aşısı önerilmektedir. Hiç aşılanmamış hamilelere 4 hafta ara ile en az iki doz Td aşısı uygulanması ve ikinci dozun doğumdan en az iki hafta önce tamamlanması gerekmektedir.

Reçete edilmesi durumunda gebeler için influenza aşısı ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Gebeliğin her döneminde aşı uygulanabilmektedir.

2.8.3. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) Aşısı

Bin dokuz yüz seksenden sonra doğanlarda iki doz kızamık içeren aşı, 2006 yılından sonra doğanlarda ise KKK aşısı yapıldığı ya da hastalığın geçirildiği kayıt altındaysa ya da laboratuvar sonuçlarıyla bağışıklık gösteriliyorsa aşılama

gerekli değildir. Bunların dışında, tüm erişkinlere (gebelik dönemi hariç) dört hafta ara ile birer doz KKK aşısı uygulanmalıdır.

Türkiye’de 2006 yılından önceki kızamık aşıları kızamıkçık aşısı ile kombine değildir. Bu nedenle 2006’dan önce aşılanmış kişiler kızamıkçık hastalığına karşı korunmamaktadır. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlara (gebelik dönemi hariç) ve iki doz KKK aşısı yapıldığına dair kaydı bulunmayan tüm yetişkinlere KKK aşısı uygulanması gerekmektedir. Talepleri halinde, KKK aşısı uygulanmamış tüm erişkinlere, dört hafta arayla iki doz aşı aile hekimleri tarafından ücretsiz olarak uygulanmaktadır.

2.8.4. Pnömonokok Aşısı

Ülkemizde konjuge pnömokok aşısı sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır. Polisakkarit pnömokok aşısının ise SUT kapsamında tanımlanmış olan risk gruplarında, reçete edilmesi durumunda ücreti karşılanmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında tanımlanmış risk gruplarında ise reçete edilmesi durumunda polisakkarit aşısının bedeli karşılanmaktadır.

2.8.5. Grip Aşısı

Yaşlı popülasyonda ve yaşlı bakımevi, huzurevinde kalan kişilerde, bu hallerini belgelendirmeleri durumunda sağlık raporu aranmadan yılda bir defa grip aşısı bedeli karşılanmaktadır.

Kronik akciğer ve kalp ve diğer kronik hastalıkları olan erişkinlerde hastalıklarını belgelendiren sağlık raporuna binaen reçete edildiği takdirde yılda bir defa grip aşısı bedeli karşılanmaktadır.

Ayrıca tüm sağlık çalışanlarının aşılabilmesi amacıyla T.C Sağlık Bakanlığı’nca yaklaşık miktarda influenza aşısı alınmakta ve illere dağıtılmaktadır.

2.8.6. Hepatit A Risk Grubu Aşılamları

Hepatit A Kontrol Programı kapsamında belirlenen tüm risk gruplarına ücretsiz olarak Hepatit A aşısı uygulanmaktadır.

2.8.7. Hepatit B Risk Grubu Aşılamları

Hepatit B Kontrol Programı kapsamında belirlenen tüm risk gruplarına ücretsiz olarak Hepatit B aşısı uygulanmaktadır.

Belirlenen risk grupları dışındaki kişilerde ise, doktoru tarafından yüksek riskli bulunup aşı yaptırılması gerekli görülürse Hepatit B aşısı ücretsiz olarak uygulanabilmektedir.

2.8.8. Sağlık Çalışanı Aşılması

Sağlık personeli, sağlık alanında çalışan diğer personel (sağlık alanındaki temizlik işçileri gibi), sağlık alanında eğitim gören ve sağlık kurumlarında staj yapan öğrenciler mesleki maruziyet nedeniyle risk altında olan gruplardır. Bu nedenle de bu gruplarda çeşitli aşı uygulamaları yapılmaktadır.

2.8.9. Asker Aşılamları

Ülkemizde, askerlik döneminde Td ve menenjit aşuları uygulanmaktadır. Bunlara ek olarak 1980-1991 yılları arasında doğan ve silahlı altına alınan askerlere ise KKK aşısı uygulanmaktadır.

2.8.10. Seyahat Aşılamları

Seyahat edilen ülkede görülen bulaşıcı hastalıklara göre, DSÖ'nün önerileri doğrultusunda Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne bağlı seyahat sağlığı birimlerinde seyahat aşılamları yapılmaktadır.

2.8.11. Hac-Umre Aşılamları

Hac ve umre ziyareti yapacak kişilere rutin olarak meningokok aşısı uygulanmaktadır.



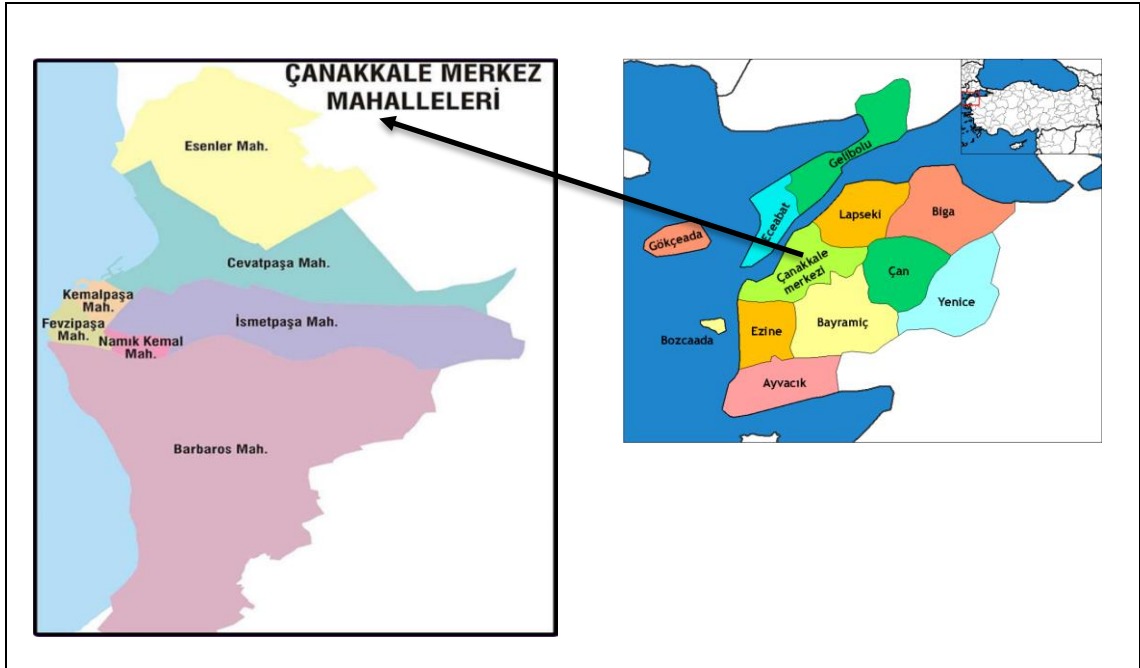
3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı; Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki on sekiz yaş ve üzeri bireylerin erişkin dönem bağışıklanması hakkındaki bilgi, tutum ve davranış durumlarının incelenmesi ve erişkin bağışıklaması konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Bu amaçla araştırma iki aşamalı olarak planlanmıştır.

3.1. Araştırma bölgesi

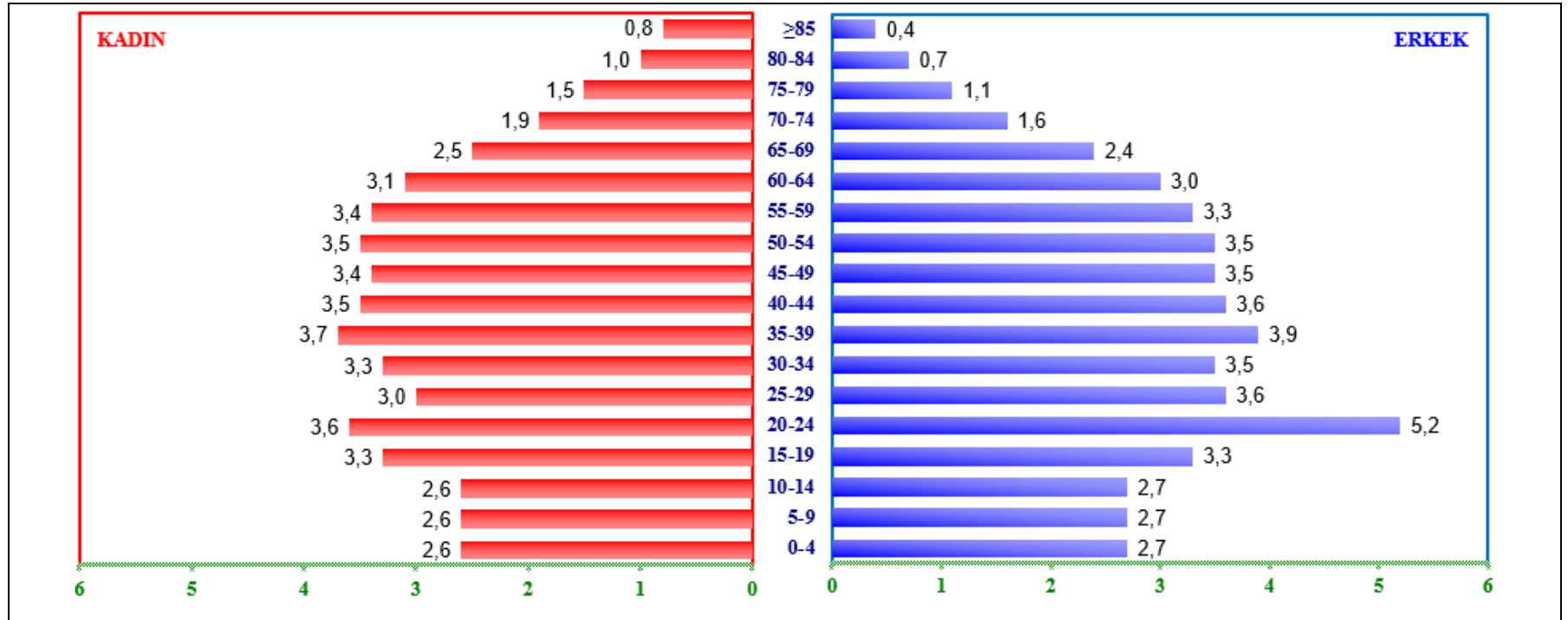
Çanakkale ili Anadolu'nun Kuzeybatısında, Biga Yarımadası ile Trakya'nın güneyinde bulunan Gelibolu Yarımadası üzerinde yer alır (71) (Şekil 13). Çalışmanın araştırma bölgesi, Çanakkale merkez ilçesidir (Çanakkale Kepez beldesi çalışmaya dahil edilmiştir, köyler ise çalışma dışı bırakılmıştır). Araştırma bölgesinde Çanakkale merkez ilçesinin 7 (72) (Şekil 13), Kepez beldesinin ise 3 mahallesi bulunmaktadır.



Şekil 13. Araştırma bölgesi (71,72)

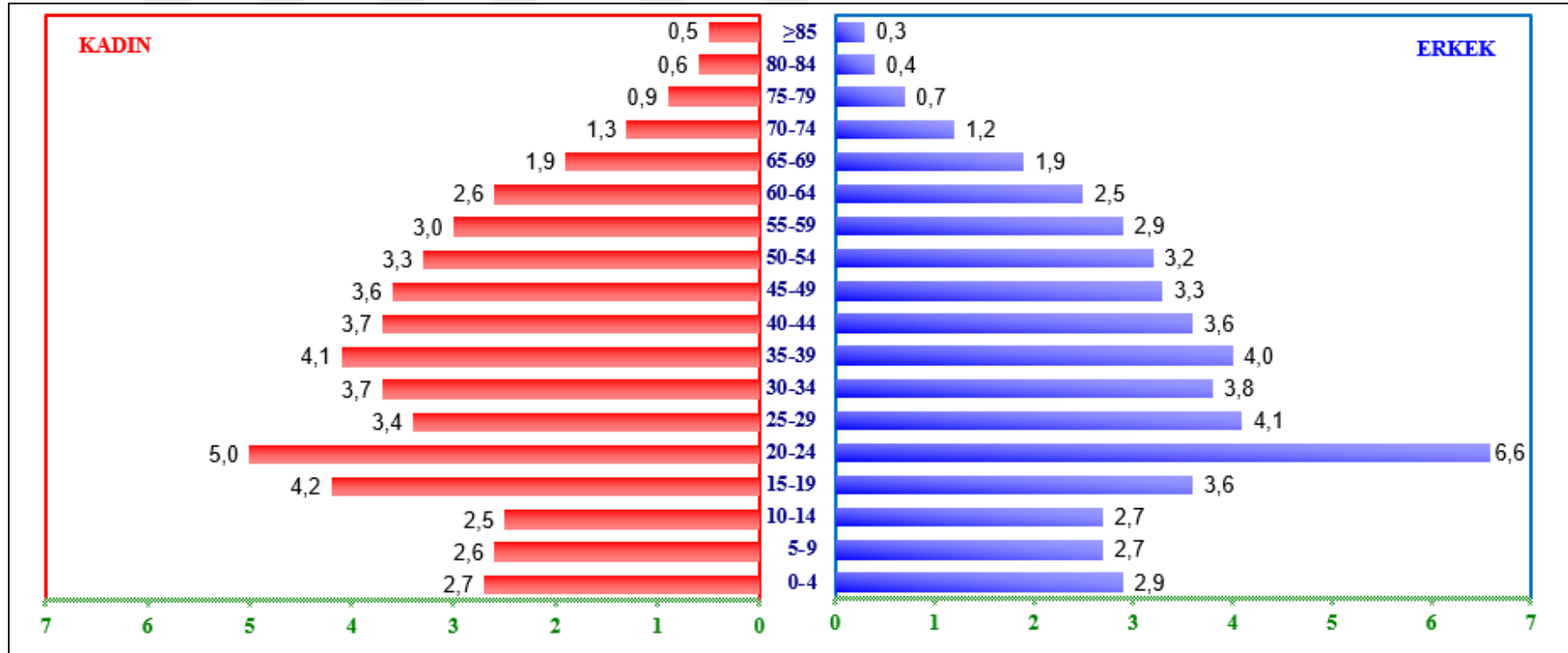
3.1.1. Demografik yapı

Çanakkale ili 2017 yılı nüfusu 530.417'dir. Bu nüfusun %50,7'i (269.160) erkek, %49,3'ü (261.257) kadın; %85,9'u (455.552) altmış beş yaş altı ve %14,1'i (74.865) altmış beş yaş ve üzeridir (73). Çanakkale ili 2017 yılı nüfusunun cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Şekil 14'te gösterilmiştir.



Şekil 14. Çanakkale ili cinsiyet ve yaş aralığına göre nüfus dağılımı, 2017 (73)

Çanakkale il merkezi 2017 yılı nüfusu (Çanakkale merkez ilçesine bağlı köyler dahil) 175.032'dir. Bu nüfusun %50,4'ü (88.211) erkek, %49,6'sı (86.821) kadın; %90,3'ü (157.981) altmış beş yaş altı ve %9,7'si (17.051) altmış beş yaş ve üzeridir (73). Çanakkale il merkezi 2018 yılı nüfusunun cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Şekil 15'te gösterilmiştir.



Şekil 15. Çanakkale il merkezi cinsiyet ve yaş aralığına göre nüfus dağılımı, 2017 (73)

Çanakkale il merkezi 2017 mahalle nüfusu 66.518'i (%50,0) erkek, 66.336'sı (%50,0) kadın olmak üzere toplam 132.854'tür. Bu kişilerin 107.442'si (%80,9) on sekiz yaş ve üzeri gruptur. Çanakkale Kepez Beldesi 2017 mahalle nüfusu 12.824'ü (%50,2) erkek, 12.720'si (%49,8) kadın olmak üzere toplam 25.544'tür. Bu kişilerin 19.451'i (%76,2) on sekiz yaş ve üzeri gruptur. Çanakkale il merkezi 2017 köy nüfusu ise 8.869'u (%53,3) erkek, 7.765'i (%46,7) kadın olmak üzere toplam 16.634'tür (73). Çanakkale il merkezinde 2017 yılında 525'i erkek (%55,4), 423'ü kadın (%44,6) olmak üzere toplam 948 ölüm gerçekleşmiştir (10). İl merkezi 2017 yılı toplam doğum sayısı 993'ü erkek (%50,5), 972'si kadın (%49,5) olmak üzere 1.965'tir (74). Çanakkale il genelinde 2017 yılında gerçekleşen 4.492 ölümün ilk üç nedenini; %47,2 (2.118) ile dolaşım sistemi hastalıkları, %18,2 (816) ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ve %11,0 (496) ile solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (75).

Araştırmanın 1. aşamasında Çanakkale merkez ilçesindeki (Çanakkale Kepez beldesi çalışmaya dahil edilmiştir, köyler ise çalışma dışı bırakılmıştır) on sekiz yaş ve üzeri bireylerin erişkin bağışıklaması konusunda bilgi, tutum ve davranış durumunun belirlenmesi amacıyla veri toplanmıştır. Bu aşamada Çanakkale il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) veri toplanması amacıyla kullanılmıştır.

Araştırmanın 2. aşamasında ise Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nde (Troia, Esenler, Barbaros) halkı erişkin bağışıklaması hakkında bilgilendirmek amacıyla on sekiz yaş ve üzeri bireylere eğitim çalışmaları yapılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrasında katılımcılara soru formu uygulanarak eğitimlerin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmaya bu kurumlardan hizmet alma koşulu aranmaksızın Çanakkale il merkezinde (Kepez beldesi çalışmaya dahil edilmiştir) ikamet etmekte olan onsekiz yaş ve üzeri bireyler katılabilmiştir. Çanakkale Belediyesi bünyesinde hafta içi 08.30-17.30 saatlerinde faaliyet gösteren Altınyıllar Yaşam Merkezi Çanakkale il merkezinde ikamet eden altmış beş yaş ve üzeri bireyler tarafından, Sosyal Yaşam Evleri ise

Çanakkale il merkezinde ikamet eden herkes tarafından kullanılabilen Çanakkale Belediyesi kurumlarıdır.

3.2. Araştırmanın tipi

Araştırmanın 1. aşaması kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Bu aşamada, Çanakkale merkez ilçesi (Çanakkale Kepez Beldesi çalışmaya dahil edilmiştir, köyler ise çalışma dışı bırakılmıştır)nde ikamet etmekte olan onsekiz yaş ve üzeri bireylerin erişkin bağışıklaması konusunda bilgi, tutum ve davranış durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın 2. aşaması müdahale tipinde bir epidemiyolojik çalışmadır. Bu aşamada, seçilmiş olan gönüllü bir gruba erişkin bağışıklaması konusunda eğitim verilmiştir ve verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

3.3.1. Araştırmanın 1. aşaması için evren ve örneklem

Çalışmanın bu aşamasında evreni, Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez beldesi mahallelerinde ikamet etmekte olan onsekiz yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evren oranını (hızını) tahmin etmek için kullanılan örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır (76) (Şekil 16). Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki on sekiz yaş ve üzeri bireylerin erişkin dönem bağışıklaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranış durumlarının incelendiği bu aşamada olayın görülüş sıklığı, hızın bilinmediği durumlarda alınan $P=0.50$ değeri olarak alınmıştır ($Z_{\alpha/2}$: 1,96, alfa değeri 0,05, sapma %5) ve evren değeri (N) için 2017 yılı Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez beldesi mahallelerinde ikamet etmekte olan 18 yaş ve üzeri nüfus (126.893) (73) kullanılmıştır. Sonuç olarak ulaşılmaması gereken minimal örneklem sayısı 384 kişi olarak belirlenmiştir.

Hesaplanan minimal örneklem büyüklüğüne ulaşmak için iki aşamalı örneklem belirleme tekniği kullanılmıştır. İlk olarak örneklem büyüklüğü tabakalı örneklem seçim yöntemiyle araştırma bölgesindeki mahallelerin onsekiz yaş ve üzeri nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez Beldesine dağıtılmıştır. Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez beldesi mahallelerinde ikamet etmekte olan 18 yaş ve üzeri nüfus ve bu bölgeler için ulaşılmaması gereken minimal örneklem sayıları Tablo 4'te gösterilmiştir. İkinci olarak bütün mahalleri temsil edebilecek ASM'ler seçilmiş ve ASM'lere başvuran kişilere olasılıksız örnekleme yöntemiyle gönüllük esasına göre ulaşılmıştır.

$$n = \frac{N [Z^2_{\alpha/2} P(1-P)]}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

n: Örneklem büyüklüğü (384)
N: Evren büyüklüğü (126.893)
Z_{α/2}: İstenilen yanılma düzeyinde iki yönlü hipoteze göre T tablosundan elde edilen sabit değer (1,96)
P: İncelenecek olayın görülme sıklığı (%50,0)
d: İncelenecek olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

Şekil 16. Çalışmada kullanılan örneklem formülü (76)

Tablo 4. Çanakkale merkez ilçesi ve Kepez beldesi mahallelerine göre nüfusun ve örneklem büyüklüğünün dağılımı

Bölge	Mahalle adı	Nüfus (≥18 yaş)	Yüzde	Minimal Örneklem sayısı ^b	Ulaşılan kişi sayısı
Çanakkale merkez ilçesi	Barbaros	44.374	35,0	135	235
	Cevat Paşa	22.328	17,6	68	103
	Esenler	20.957	16,5	64	119
	Fevzi Paşa	1.467	1,2	5	21
	İsmet Paşa	15.802	12,4	48	100
	Kemal Paşa	1.558	1,2	5	7
	Namık Kemal	956	0,8	4	7
Kepez beldesi ^a	Boğazkent	6.115	15,3	59	94
	Cumhuriyet	9.779			
	Hamidiye	3.557			
TOPLAM		126.893	100,0	388	686

^a: Kepez beldesi için, bu beldeye bağlı üç mahalledeki 18 yaş ve üzeri nüfusun toplamı üzerinden hesaplamalar yapılmıştır, ^b: Hesaplanan minimal örneklem büyüklüğü olan 384 kişi üzerinden her mahalle için minimal örneklem sayısı hesaplanmıştır

3.3.2. Araştırmanın 2. aşaması için evren ve örneklem

Araştırmanın bu aşamasında herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Erişkin bağıışıklaması konusunda verilen eğitimlerden haberdar olup çalışmaya katılmaya gönüllü olan, Çanakkale il merkezinde ikamet eden onsekiz yaş ve üzeri tüm katılımcılara ulaşılması amaçlanmıştır.

3.4. Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

3.4.1. Araştırmanın 1. aşamasının uygulanması ve uygulayanlar

Araştırmanın 1. Aşaması ASM'lerde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamındaki mahalleler için hesaplanan örneklem sayılarına ulaşabilmek amacıyla Çanakkale merkez ilçesinde bulunan ASM'lerden (77), bu mahalleleri temsil edebilecek birer ASM belirlenmiştir. Bütün mahalleri temsil edebilecek toplam 6 ASM seçilmiştir. Çalışmanın bu kurumlarda yürütülebilmesi amacıyla çalışma öncesi ASM'ler ziyaret edilerek sözlü olarak bilgilendirme yapılmıştır. Çalışma Çanakkale merkez ilçesinde bulunmakta olan Cevatpaşa ASM (Esenler Mahallesi), Conkbayırı ASM (Cevatpaşa Mahallesi) ve Köşdere ASM (İsmetpaşa Mahallesi)'de 05-06.08.2019 tarihlerinde; Barbaros ASM (Barbaros Mahallesi), Fatih Sultan Mehmet ASM (Namık Kemal Mahallesi) ve Kepez ASM (Kepez Beldesi)'de 07-08.08.2019 tarihlerinde, saat 09.00-17.00 sularında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde, bu aile sağlığı merkezlerine başvuran onsekiz yaş ve üzeri toplam 1311 kişinin 686'sına (%52,3) ulaşılmıştır. Çalışmaya katılamama nedenleri arasında soru formu uygulamasını kabul etmeme, Çanakkale Merkez İlçesi'ne bağlı köylerde veya araştırma bölgesi dışında herhangi bir yerde ikamet ediyor olma gibi durumlar bulunmaktadır.

Araştırmanın bu aşamasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı öğretim ve araştırma görevlileri gözetiminde, çalışma döneminde bu Ana Bilim Dalı'nda staj yapmakta olan intörn hekimler tarafından, çalışmanın yürütüldüğü ASM'lerde yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcılara 10-15 dakikada soru formu uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara çalışmanın amaç ve yöntemi hakkında intörn hekimlerce bilgi verilmiş, katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılanlar bu araştırmanın ikinci aşamasında yürütülecek olan erişkin bağışıklaması eğitimi hakkında bilgilendirilmiştir. Bu eğitimlere katılabileceğini/katılmak istediğini belirten katılımcılardan eğitimlerin tarih ve yapılacağı yerleri kendilerine bildirebilmek amacıyla telefon numaraları alınmıştır (toplam 274

kişiden telefon numarası alınmıştır; 269 kişiden cep telefonu ve 5 kişiden ikamet yerinin telefonu).

3.4.2. Araştırmanın 2. aşamasının uygulanması ve uygulayanlar

Araştırmanın 2. aşaması Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi, çalışmanın yürütüleceği Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri ziyaret edilerek sözlü olarak kurumlara bilgilendirme yapılmıştır.

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla; çalışmanın birinci aşamasından itibaren (Ağustos 2019'dan itibaren), Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki Altın Yıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nde erişkin bağışıklaması konusunda eğitim verileceği, bu kurumlardan faydalanan on sekiz yaş ve üzeri bireylere bu kurumların çalışanları tarafından duyurulmuştur. İnsanların gönüllü olarak eğitimlere katılmaları istenmiştir ve bu konuda teşvik edilmişlerdir. Bu kurumların faaliyet saatleri içerisinde 45-60 dakika aralığında erişkin bağışıklaması konusunda eğitim çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca, çalışmanın birinci aşamasında ASM'lerde soru formu uygulanan katılımcılara erişkin bağışıklaması hakkında eğitim yapılacağı bilgisi verilmiştir. Bu eğitimlere katılabileceğini/ katılmak istediğini belirten katılımcılardan eğitimlerin tarih ve yapılacağı yerleri kendilerine bildirebilmek amacıyla telefon numaraları alınmıştır. Telefon numaraları alınmış 269 kişiye özel cep telefonu numaralarına çekilen SMS mesajları ile eğitim yer ve tarihleri konusunda bilgi verilmiştir (Bkz. Ek 1), 5 kişi ise ikamet yerinin telefonunu vermesinden dolayı bu numaralardan aranarak bu hususta bilgilendirilmişlerdir.

Çalışma kapsamında erişkin bağışıklaması hakkında toplam 7 adet halkı bilgilendirme eğitimi yapılmıştır (Verilen eğitimlerin tamamı aynı eğitim materyalinin kullanıldığı standardize edilmiş eğitimlerdir). Verilen eğitimlerin tarih ve saat aralıkları, eğitimlere kimlerin katıldığı/katılabildiği ve eğitimlerin gerçekleştirildiği kurumlar şu şekildedir:

Eğitim 1: 02.10.2019, saat 14.00-15.00 arası, Altınyıllar Yaşam Merkezi'nden hizmet alan altmış beş yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Altınyıllar Yaşam Merkezi'nde

Eğitim 2: 03.10.2019, saat 14.00-15.00 arası, Altınyıllar Yaşam Merkezi'nden hizmet alan altmış beş yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Altınyıllar Yaşam Merkezi'nde

Eğitim 3: 08.10.2019, saat 14.00-15.00 arası, Barbaros Sosyal Yaşam Evi'nden hizmet alan ve/veya telefon numaraları aracılığıyla eğitim hakkında kendisine bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan on sekiz yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Barbaros Sosyal Yaşam Evi'nde

Eğitim 4: 09.10.2019, saat 11.00-12.00 arası, Troia Sosyal Yaşam Evi'nden hizmet alan on sekiz yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Troia Sosyal Yaşam Evi'nde

Eğitim 5: 10.10.2019, saat 14.00-15.00 arası, Esenler Sosyal Yaşam Evi'nden hizmet alan ve/veya telefon numaraları aracılığıyla eğitim hakkında kendisine bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan on sekiz yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Esenler Sosyal Yaşam Evi'nde

Eğitim 6: 11.10.2019, saat 09.30-10.30 arası, Barbaros Sosyal Yaşam Evi'nden hizmet alan on sekiz yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Barbaros Sosyal Yaşam Evi'nde

Eğitim 7: 11.10.2019, saat 13.30-14.30 arası, Esenler Sosyal Yaşam Evi'nden hizmet alan on sekiz yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara, Esenler Sosyal Yaşam Evi'nde

Her katılımcı sadece bir adet eğitim çalışmasına katılmıştır. Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nde yapılan eğitimlerde toplam 115 kişiye ulaşılmıştır.

Çalışmada kullanılan eğitim materyali uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan ve tez danışmanı Prof. Dr. Coşkun Bakar tarafından hazırlanmıştır. Eğitim materyali; 'aşılar ve nasıl etki ettikleri, aşı tarihçesi, aşılardan insanlığa sağladığı yararlar, erişkin aşılması ve ücretlendirmesi, Erişkin Bağışıklama Rehberi'nde (16) önerilen aşılardan konularını içermektedir (Bkz Ek 2).

Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nde on sekiz yaş ve üzeri bireylere erişkin bağışıklaması konusunda verilen eğitimler uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden katılımcılara eğitim öncesi Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan tarafından çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Eğitimler yaklaşık olarak 45-60 dakika sürmüştür. Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcılara soru formları (ön test ve son test) uygulanmıştır. Soru formları Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı öğretim ve araştırma görevlileri gözetiminde, çalışma döneminde bu Ana Bilim Dalı'nda staj yapmakta olan intörn hekimler tarafından, çalışmanın yürütüldüğü kurumlarda yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcılara 5-10 dakikada uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın veri formu

3.5.1. Araştırmanın 1. aşamasında kullanılan veri formu

Araştırmanın 1. aşamasının verileri, araştırmanın bu aşamasının gerçekleştirildiği ASM'lere başvuran onsekiz yaş ve üzeri bireylere soru formu uygulanarak elde edilmiştir. Soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile her bir soru formu uygulaması 10-15 dakika sürecek şekilde katılımcılara uygulanmıştır. Soru formu; sosyodemografik özellikleri, güncel sağlık durumuyla alakalı soruları ve

erişkin dönem bağışıklaması hakkında bilgi, tutum ve davranış sorularını içermektedir (Bkz Ek 3).

Soru formu uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan ve tez danışmanı Prof. Dr. Coşkun Bakar tarafından 18 yaş ve üzeri kişilerin erişkin bağışıklaması bilgi, tutum ve davranış durumlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Çalışma öncesinde soru formunu uygulayacak olan tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerine (intörn hekimler) Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan tarafından bir ön eğitim verilmiştir. Ön-eğitim sonrasında soru formu ön denemeleri rastgele seçilen 10 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile intörn hekimler tarafından uygulanmıştır ve görüşmeler sırasında ekip izlenmiştir. Soru formu ön denemeleri tamamlandıktan sonra, soru formundaki sorular yeniden gözden geçirilmiş, eksik veya hatalı sorular düzeltilerek soru formuna son şekli verilmiştir. Soru formunu uygulayacak olan ekip ön deneme süresince izlenmiş, tespit edilen hatalar, ihtiyaçlar ve eksiklikler giderilerek program standardize edilmiştir.

3.5.2. Araştırmanın 2. aşamasında kullanılan veri formu

Araştırmanın 2. Aşamasının verileri eğitim öncesinde ve sonrasında eğitime katılan on sekiz yaş ve üzeri bireylere soru formları (ön test ve son test) uygulanarak elde edilmiştir. Soru formları yüz yüze görüşme yöntemi ile her bir soru formu uygulaması 5-10 dakika sürecek şekilde katılımcılara uygulanmıştır. Verilen eğitim öncesi uygulanan ön test; sosyodemografik verileri ve erişkin dönem bağışıklaması hakkında bilgi, tutum ve davranış sorularını içermektedir (Bkz Ek 4). Verilen eğitim sonrası uygulanan son test ise erişkin dönem bağışıklaması hakkında bilgi ve tutum sorularını içermektedir (Bkz Ek 5).

Soru formları (ön-test ve son-test) uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan ve tez danışmanı Prof. Dr. Coşkun Bakar tarafından, erişkin bağışıklaması konusunda uygulanan eğitimin etkinliğinin değerlendirilebilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Çalışma öncesinde soru formlarını uygulayacak olan

intörn hekimlere Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan tarafından bir ön eğitim verilmiştir. Ön-eğitim sonrasında soru formları ön-denemeleri rastgele seçilen 10 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile intörn hekimler tarafından uygulanmıştır ve görüşmeler sırasında ekip izlenmiştir. Soru formları ön denemeleri tamamlandıktan sonra, soru formlarındaki sorular yeniden gözden geçirilmiş, eksik veya hatalı sorular düzeltilerek soru formlarına son şekli verilmiştir. Soru formlarını uygulayacak olan ekip ön deneme süresince izlenmiş, tespit edilen hatalar, ihtiyaçlar ve eksiklikler giderilerek program standardize edilmiştir.

3.6. İstatistiksel analiz

3.6.1. Araştırmanın 1. aşaması için istatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen verilerin girişi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 sürümünde yapıldıktan sonra veriler kontrol edilmiştir. Analizler SPSS, STATA 14 ve SPSS AMOS (Analysis of Moment Structures) programları kullanılarak yapılmıştır.

3.6.1.1. SPSS programı kullanılarak yapılan analizler

Verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Erişkin bağışıklaması konusundaki tutum ve davranış durumlarının çalışma grubunun belirli özellikleri ile karşılaştırmasında; kategorik verilerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır.

3.6.1.2. STATA 14 ve SPSS AMOS programları kullanılarak yapılan analizler

Bu programlar kullanılarak PATH (Yol) analizi uygulanmıştır. PATH analizinde bir ya da birden çok bağımlı değişken üzerinde bir ya da birden çok bağımsız değişkenin etkileri regresyon katsayısı olarak incelenebilmektedir. Normal regresyondan farklı olarak bir aracı (mediatör) değişken etkisi incelenmek

isteniyorsa regresyon eşitlikleri yerine PATH analizi kullanmak gerekmektedir. Bu analizde model uyumluluğunu değerlendirmek için kullanılan parametreler Tablo 5'te gösterilmiştir (Çalışmada uygulanan PATH analizi bu parametrelere göre uygundur).

Çalışmanın bu aşamasında elde edilen veriler ile uygulanan analizlerde p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 5. PATH analizi için model uyumluluğu parametreleri

Uyum İndeksi	Kabul Edilebilir Sınırlar	Mükemmel Uyum Sınırları	Kaynak
RMSEA (Root mean Square Error of Approximation)	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	(78-81)
RMR (Root Mean Square Residual)	$0,05 < RMR \leq 0,08$	$0 \leq RMR \leq 0,05$	(78,81-84)
GFI (Goodness of Fit Index)		0,90 ve üzeri	(78,83)
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)		0,90 ve üzeri	(78, 82-84)
NFI (Normed Fit Index)		0,95 ve üzeri	(79,81,83,85,86)
IFI (Incremental Fit Index)	$0,90 \leq IFI \leq 0,94$	0,95 ve üzeri	(79,81,85,86)
CFI (Comperative Fit Index)	$0,90 \leq CFI \leq 0,94$	0,95 ve üzeri	(78,79,81,85,86)
χ^2/sd	$2 < \chi^2/sd \leq 5$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	(83,87,88)

3.6.2. Araştırmanın 2. aşaması için istatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 sürümüne aktarılmıştır. Veriler kontrol edildikten sonra analizler bu program kullanılarak yapılmıştır. Verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Verilen eğitim öncesi ve sonrasında uygulanan ön-test ve son-test soru formlarından erişkin bağışıklaması bilgi ve tutum puanı (eğitim öncesi ve eğitim sonrası); verilen eğitim öncesi uygulanan ön-test soru formundan erişkin bağışıklaması davranış puanı (eğitim öncesi) oluşturulmuştur (Tablo 6). Puan arttıkça bilgi, tutum ve davranış düzeyi artmaktadır.

Normal dağılıma uygunluk testi sonuçlarına göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanlarının değişiminin incelenmesinde Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanılmıştır. Bağımlı gruplarda kategorik verilerin analizinde Stuart-Maxwell testi kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 6. Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı ile eğitim öncesi erişkin bağışıklama davranış puanı

Bilgi puanı (Eğitim öncesi- Eğitim sonrası) hesaplanışı	
Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır	Evet (1 puan), Bilmiyorum (0 puan), Hayır (-1 puan)
Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar	
Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar	
Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır	
Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenabilir	
Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanmaları gerekir	
Erişkin birinin aşılınması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir	
Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır	
Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır	
Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak/ kronik hastalığı olmak/ gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır	
Aşılar güvenlidir	
Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir	
Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar	

Tablo 6 (devamı).Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı ile eğitim öncesi erişkin bağışıklama davranış puanı

Bilgi puanı (Eğitim öncesi- Eğitim sonrası) hesaplanışı	
Çocukluk döneminde uygulanan aşılardan bireyi ömür boyu hastalık için korur	Hayır (1 puan), Bilmiyorum (0 puan) Evet (-1 puan)
Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılanmasına gerek yoktur	
Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur	
Aşılar sadece çocuklar için gereklidir	
Bilgi puanı (Eğitim öncesi- Eğitim sonrası) (Minimum- Maksimum)	
(-17- 17)	
Tutum puanı (Eğitim öncesi- Eğitim sonrası) hesaplanışı	
Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşı yaptırılması gerekli olduğunu düşünme	Evet (1 puan), Kararsız (0 puan), Hayır (-1 puan)
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) herhangi bir korku durumu	Hiç korkmuyorum (1 puan), Kararsız (0 puan), Az korkuyorum/ Korkuyorum/Çok korkuyorum (-1 puan)
Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetmeyi düşünme durumu	Hayır (1 puan), Kararsız (0 puan), Evet (-1 puan)
Tutum puanı (Eğitim öncesi- Eğitim sonrası) (Minimum- Maksimum)	
(-3- 3)	
Davranış Puanı (Eğitim öncesi) hesaplanışı	
Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) herhangi bir aşı yaptırma durumu	Evet (1 puan), Hayır (0 puan)
Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme durumu	Hayır (1 puan), Evet (0 puan)
Davranış Puanı (Eğitim öncesi) (Minimum- Maksimum)	
(0- 2)	

3.7. Etik ve yasal izinler

Araştırmanın birinci aşaması Çanakkale il merkezindeki altı ASM'de gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu kurumlarda yürütülebilmesi amacıyla Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Bkz. Ek 6) ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan (Bkz. Ek 7) yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması Çanakkale il merkezindeki Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Troia, Esenler, Barbaros Sosyal Yaşam Evleri'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu kurumlarda yürütülebilmesi amacıyla Altınyıllar Yaşam Merkezi ve Sosyal Yaşam Evleri'nin bağlı bulunduğu Çanakkale Belediyesi'nden (Bkz. Ek 8) ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan (Bkz. Ek 7) yazılı izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Birinci aşama

4.1.1. Temel tanımlayıcı özellikler

Çalışma grubu 686 kişiden oluşmakta idi. Kişilerin yaş ortalaması $48,1 \pm 16,5$ (Ortanca: 49, minimum-maksimum: 18-90) yıl idi. Katılımcıların %52,2'si kadın, %81,2'si altmış beş yaş altı, %73,6'sı evli, %34,3'ü Barbaros mahallesi, %17,3'ü Esenler mahallesi, %14,6'sı İsmet Paşa mahallesi ikametli, %37,0'ı üniversite/ yüksek okul/ doktora mezunu, %27,1'i ilkokul mezunu, %23,5'i lise mezunu ve %63,7'si sosyal medyayı aktif olarak kullanmakta idi (Tablo 7).

Kişilerin %25,9'u beyaz yakalı maaşlı, %24,8'i ev hanımı, %33,4'ü tam zamanlı ücretli çalışan ve %55,0'ı gelir durumunu 'orta' olarak algılamakta idi. Katılımcıların %92,7'sinin sosyal güvencesi vardı. Sosyal güvencesi olanların %98,5'inin sosyal güvence kurumu SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), %1,3'ünün özel sigorta idi ve 1 kişinin (%0,2) ise hem özel sigorta hem de SGK sosyal güvencesi olduğu görüldü (Tablo 8).

Kişilerin %54,8'inin herhangi bir kronik hastalığı vardı. Çalışma grubunun %30,5'inde kardiyovasküler hastalık, %18,7'sinde diyabetes mellitus, %3,8'inde astım/bronşit/KOAH (kronik obstruktif akciğer hastalığı) gibi herhangi bir solunum sistemi hastalığı mevcuttu. Katılımcıların %4,5'i uzun dönem steroid tedavisi aldığını beyan etti, %3,5'inin steroid vb. bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gerektiren herhangi bir romatizmal hastalığı mevcuttu ve %2,8'i hayatının herhangi bir döneminde kemoterapi, %2,2'si ise hayatının herhangi bir döneminde radyoterapi tedavisi görmüştü (Tablo 9).

Ayrıca katılımcıların %77,8'i çocuk sahibi idi, çocuk sahibi olan katılımcıların ortalama çocuk sayısı $2,0 \pm 0,9$ (ortanca: 2, minimum-maksimum: 1-10)'du. Kadın katılımcıların ortalama gebelik sayısı $2,1 \pm 1,7$ (ortanca: 2, minimum

maksimum: 0-13) idi. Kişilerin evinde yaşayan ortalama kişi sayısı (kendisi dahil) 2,9±1,2 (ortanca: 3, minimum-maksimum: 1-12) idi.

Tablo 7. Çalışma grubunun cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı mahalle, eğitim ve sosyal medyayı kullanma durumu, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Cinsiyet (n=686)	
Kadın	358 (52,2)
Erkek	328 (47,8)
Yaş (Yıl) (n=686)	
<65	557 (81,2)
≥65	129 (18,8)
Medeni durum (n=686)	
Evli	505 (73,6)
Bekar	119 (17,3)
Dul/Boşanmış	62 (9,1)
Yaşanılan mahalle (n=686)	
Barbaros	235 (34,3)
Cevat Paşa	103 (15,0)
Esenler	119 (17,3)
Fevzi Paşa	21 (3,1)
İsmet Paşa	100 (14,6)
Kemal Paşa	7 (1,0)
Namık Kemal	7 (1,0)
Kepez	94 (13,7)
Eğitim Durumu (n=686)	
Okur yazar değil	7 (1,0)
Okur yazar	10 (1,5)
İlkokul mezunu	186 (27,1)
Orta okul mezunu	68 (9,9)
Lise mezunu	161 (23,5)
Üniversite/ yüksek okul/ doktora mezunu	254 (37,0)
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma durumu (n=686)	
Evet	437 (63,7)
Hayır	249 (36,3)

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 8. Çalışma grubunun meslek, şu an çalışma, sosyal güvence durumu ve gelir algısı, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Meslek (n=686)	
Ev hanımı	170 (24,8)
Öğrenci	37 (5,4)
İşsiz	18 (2,6)
Özel sektör çalışanı	80 (11,7)
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar	41 (6,0)
Beyaz yakalı maaşlılar	178 (25,9)
Mavi yakalı işçiler	90 (13,1)
Özel iş yeri sahibi/ Pazarcı gibi marjinaler/ Kendi hesabına çalışan profesyoneller/ Sanatkarlar	72 (10,5)
Şu anki çalışma durumu (n=686)	
Tam zamanlı ücretli çalışan	229 (33,4)
Yarım zamanlı ücretli çalışan	20 (2,9)
Emekli	176 (25,7)
İşsiz	75 (10,9)
Emekli ama şu an da çalışıyor	16 (2,3)
Ev hanımı	170 (24,8)
Sosyal güvence durumu (n=686)	
Evet	636 (92,7)
Hayır	50 (7,3)
Sosyal güvence kurumu (n=636)^a	
SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)	627 (98,5)
Özel sigorta	8 (1,3)
SGK +Özel sigorta	1 (0,2)
Algıladığı gelir durumu (n=686)	
Çok kötü	33 (4,8)
Kötü	113 (16,5)
Orta	377 (55,0)
İyi	156 (22,7)
Çok iyi	7 (1,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu sosyal güvencesi olan katılımcılar yanıtlamıştır

Tablo 9. Çalışma grubunun kronik hastalık ve bağışıklık sistemini baskılayacak tedavi veya hastalık durumu, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Kronik hastalık varlığı (n=686)	
Evet	376 (54,8)
Hayır	310 (45,2)
Mevcut kronik hastalık (n=686)^a	
Kardiyovasküler hastalık ^b	209 (30,5)
Diyabetes Mellitus	128 (18,7)
Astım/ KOAH/ Bronşit	26 (3,8)
Benign/ Malign kitle	24 (3,5)
Nörolojik hastalık	23 (3,4)
Gastrointestinal hastalık	12 (1,8)
Hematolojik hastalık	10 (1,5)
Kronik böbrek yetmezliği/ Polikistik böbrek hastalığı	6 (0,9)
Diğer	138 (20,1)
Bağışıklık sistemini baskılayacak herhangi bir tedavi/ hastalık varlığı (n=686)^c	
Uzun dönem steroid tedavisi	31 (4,5)
Kemoterapi	19 (2,8)
Radyoterapi	15 (2,2)
Sürekli kan ve kan ürünü alımını gerektirecek herhangi bir hematolojik hastalık	5 (0,7)
Romatolojik hastalık (Steroid vb. bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gerektiren romatizmal hastalıklar)	24 (3,5)
Şu an gebe olunması	10 (1,5)
Diyabetes mellitus	128 (18,7)
Geçirilmiş tüberküloz öyküsü	2 (0,3)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu kronik hastalığı olan katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^b: Hipertansiyon hastalığı, kardiyovasküler hastalık grubu içerisinde kabul edilmiştir, ^c: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Katılımcıların %22,2'sinin herhangi bir etken veya etkenlere karşı alerjisi olduğu belirlendi. Çalışma grubunun %8,7'sinin çevresel etkenlere (sıcak, soğuk, polen, ev tozu akarı vb.), %7,9'unun ilaçlara, %4,4'ünün ise herhangi bir besine karşı alerjisi vardı, 4 kişi (%0,6) aşı alerjisi olduğunu beyan etti. Çocuk sahibi olan kişilerin %22,8'i çocuk/larının herhangi bir etken veya etkenlere karşı alerjisi olduğunu belirtti. Çocuk sahibi olan katılımcıların çocuk/larındaki en sık alerji etkenleri çevresel (%10,5), ilaç (%6,0) ve besin (%4,5) olarak saptandı, 1 kişi (%0,2) çocuğunda aşı alerjisi olduğunu belirtti (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcının kendisi ve çocuklarındaki alerji durumu, Çanakkale, 2019

Alerji durumu (n=686)	n (%)
Evet	152 (22,2)
Hayır	534 (77,8)
Mevcut alerji etkeni (n=686)^a	
Besin	30 (4,4)
İlaç	54 (7,9)
Çevresel etkenler	60 (8,7)
Aşı	4 (0,6)
Alerji etkeni bilinmiyor	12 (1,7)
Katılımcının çocuk/larının alerji durumu (n=534)	
Evet	122 (22,8)
Hayır	412 (77,2)
Katılımcının çocuk/larının mevcut alerji etkeni (n=534)^b	
Besin	24 (4,5)
İlaç	32 (6,0)
Çevresel etkenler	56 (10,5)
Aşı	1 (0,2)
Alerji etkeni bilinmiyor	13 (2,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^b: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için çocuk sahibi olan 534 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

4.1.2. Erişkin dönem aşılama tutum ve davranış durumu

Çalışma grubunun %77,0'ı erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görmekteydi, %11,3'ü kararsızdı, %11,7'si ise gerekli görmüyordu. Katılımcıların %65,6'sı tetanoz, %53,8'i influenza, %53,6'sı kuduz, %52,2'si hepatit B, %47,4'ü hepatit A, %35,9'u pnömokok, %35,7'si human papilloma virüs, %31,6'sı ise meningokok aşısının erişkin dönemde yapılmasını gerekli görmekteydi (Tablo 11).

Tablo 11. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli olduğu düşünülen aşılarda, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu (n=686)	
Evet	528 (77,0)
Hayır	80 (11,7)
Kararsız	78 (11,3)
Yapılmasını gerekli olarak düşündüğü aşı (n=686)^a	
Tetanoz	450 (65,6)
İnfluenza	369 (53,8)
Kuduz	368 (53,6)
Hepatit B	358 (52,2)
Hepatit A	325 (47,4)
Pnömokok	246 (35,9)
HPV (Human Papilloma Virüs)	245 (35,7)
Meningokok	217 (31,6)
Kızamık	172 (25,1)
Varicella zoster	167 (24,3)
Kabakulak	159 (23,2)
Herpes zoster	156 (22,7)
Kızamıkçık	155 (22,6)
Difteri	151 (22,0)
Hib (Haemophilus influenzae tip b)	139 (20,3)
Boğmaca	136 (19,8)
Rotavirüs	1 (0,2)
Tüberküloz	1 (0,2)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli gören katılımcılar yanıtlamıştır ve her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Erişkin dönemde aşı yaptıırma kararında önemli görülen görüş ve öneriler incelendiğinde; en sık sağlık çalışanı (%92,0), okul eğitimi sırasında (%31,6) ve aile/yakın çevre tarafından bilgilendirilmenin (%27,0) önemli görüldüğü belirlendi. Katılımcıların %8'inin hiçbir görüş ve öneri almasa da aşılarını takip edip yaptırdığı saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Erişkin dönemde aşı yaptıırma kararında önemli görülen görüş ve öneriler, Çanakkale, 2019

Önemli görülen görüş/ öneri (n=686)^a	n (%)
Sağlık çalışanı (doktor, hemşire, eczacı vb.)	631 (92,0)
Aile ve yakın çevre	185 (27,0)
İnternet ortamında duymak	80 (11,7)
Televizyon programlarında duymak	115 (16,8)
Kitap/ gazete/ dergi vb. de okumak	121 (17,6)
Okul eğitimi sırasında bilgilendirilmek	217 (31,6)
Hiçbir şekilde aşı yaptıırmayı düşünmemek	2 (0,3)
Hiçbir görüş ve öneri almasa da aşılarını takip edip yaptıırmak	55 (8,0)
İş/ askerlik gibi gerekçeler	3 (0,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Katılımcıların %66'sı aşıların yan etkilerinden hiç korkmadığını beyan etti ve %62,2'si erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek/çocuk/gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünmekte idi (Tablo 13).

Tablo 13. Aşı yan etkilerinden korku ve aşılınma ile çevresini koruma düşüncesi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku durumu (n=686)	
Hiç korkmuyor	453 (66,0)
Az korkuyor	78 (11,4)
Kararsız	23 (3,4)
Korkuyor	111 (16,2)
Çok korkuyor	21 (3,0)
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek/çocuk/gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme durumu (n=686)	
Evet	427 (62,2)
Hayır	172 (25,1)
Kararsız	87 (12,7)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır ve her bir durum için erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan 497 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Bu araştırmada incelenenlerin erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulanmış olup, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda, erişkin dönemde aşı önerilenlerde, erişkin birinin aşılınması ile yakın çevresindeki bebek, çocuk ve gebelerin korunabileceğini düşünenlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla aşıyı gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$). Erkeklerde, 65 yaş altı olanlarda, sağlık çalışanı olan veya sağlık alanında çalışanlarda, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda ve herhangi bir kronik hastalığı olanlarda erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme sıklığı daha fazla saptanmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	270 (75,4)	88 (24,6)	0,314
Erkek (n=328)	258 (78,7)	70 (21,3)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	433 (77,7)	124 (22,3)	0,320
≥65 (n=129)	95 (73,6)	34 (26,4)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	37 (90,2)	4 (9,8)	0,059
Diğer meslek grupları (n=645)	491 (76,1)	154 (23,9)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	206 (76,0)	65 (24,0)	0,632
Lise ve üzeri (n=415)	322 (77,6)	93 (22,4)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	341 (78,0)	96 (22,0)	0,381
Hayır (n=249)	187 (75,1)	62 (24,9)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	290 (77,1)	86 (22,9)	0,913
Hayır (n=310)	238 (76,8)	72 (23,2)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	25 (96,2)	1 (3,8)	0,033
Hayır (n=660)	503 (76,2)	157 (23,8)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	334 (82,7)	70 (17,3)	<0,001
Hayır (n=282)	194 (68,8)	88 (31,2)	

Tablo 14 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	356 (78,6)	97 (21,4)	0,219
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	157 (74,8)	53 (25,2)	
Kararsız (n=23)	15 (65,2)	8 (34,8)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapılıp yapılmadığını bilmiyor (n=609)	471 (77,3)	138 (22,7)	0,387
Hayır (n=19)	16 (84,2)	3 (15,8)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	41 (70,7)	17 (29,3)	
Erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	350 (82,0)	77 (18,0)	<0,001
Hayır (n=172)	126 (73,3)	46 (26,7)	
Kararsız (n=87)	52 (59,8)	35 (40,2)	
Erişkin dönemde yaptırılan aşılar da herhangi bir yan etki ile karşılaşma^a			
Evet (n=50)	42 (84,0)	8 (16,0)	0,772
Hayır (n=447)	363 (81,2)	84 (18,8)	
Çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddetme^b			
Evet (n=26)	18 (69,2)	8 (30,8)	0,583
Hayır (n=508)	386 (76,0)	122 (24,0)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır, ^b: Bu soruyu çocuk sahibi olan katılımcılar yanıtlamıştır, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde influenza aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; erkeklerde, 65 yaş ve üzeri olanlarda, liseye kadar eğitim düzeyinde olanlarda, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda ve erişkin dönemde aşı önerilenlerde istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla influenza aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde influenza aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde influenza aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	171 (47,8)	187 (52,2)	0,001
Erkek (n=328)	198 (60,4)	130 (39,6)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	288 (51,7)	269 (48,3)	0,023
≥65 (n=129)	81 (62,8)	48 (37,2)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	27 (65,9)	14 (34,1)	0,151
Diğer meslek grupları (n=645)	342 (53,0)	303 (47,0)	
Çocuk sahibi olma			
Evet (n=534)	295 (55,2)	239 (44,8)	0,152
Hayır (n=152)	74 (48,7)	78 (51,3)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	161 (59,4)	110 (40,6)	0,017
Lise ve üzeri (n=415)	208 (50,1)	207 (49,9)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	225 (51,5)	212 (48,5)	0,109
Hayır (n=249)	144 (57,8)	105 (42,2)	

Tablo 15 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde influenza aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde influenza aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	209 (55,6)	167 (44,4)	0,299
Hayır (n=310)	160 (51,6)	150 (48,4)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	257 (56,7)	196 (43,3)	0,098
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	101 (48,1)	109 (51,9)	
Kararsız (n=23)	11 (47,8)	12 (52,2)	
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	251 (58,8)	176 (41,2)	0,003
Hayır (n=172)	78 (45,3)	94 (54,7)	
Kararsız (n=87)	40 (46,0)	47 (54,0)	
Diyabetes Mellitus öyküsü			
Evet (n=128)	78 (60,9)	50 (39,1)	0,072
Hayır (n=558)	291 (52,2)	267 (47,8)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	22 (84,6)	4 (15,4)	0,003
Hayır (n=660)	347 (52,6)	313 (47,4)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	234 (57,9)	170 (42,1)	0,009
Hayır (n=282)	135 (47,9)	147 (52,1)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde tetanoz aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; 65 yaş altı olanlarda, erişkin birinin aşılanması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde erişkin dönemde aşı önerilenlerde istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla tetanoz aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde tetanoz aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde tetanoz aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	234 (65,4)	124 (34,6)	0,893
Erkek (n=328)	216 (65,9)	112 (34,1)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	376 (67,5)	181 (32,5)	0,029
≥65 (n=129)	74 (57,4)	55 (42,6)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	33 (80,5)	8 (19,5)	0,057
Diğer meslek grupları (n=645)	417 (64,7)	228 (35,3)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	178 (65,7)	93 (34,3)	0,970
Lise ve üzeri (n=415)	272 (65,5)	143 (34,5)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	287 (65,7)	150 (34,3)	0,955
Hayır (n=249)	163 (65,5)	86 (34,5)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	305 (67,3)	148 (32,7)	0,233
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	133 (63,3)	77 (36,7)	
Kararsız (n=23)	12 (52,2)	11 (47,8)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	34 (58,6)	24 (41,4)	

Tablo 16 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde tetanoz aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde tetanoz aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	239 (63,6)	137 (36,4)	0,217
Hayır (n=310)	211 (68,1)	99 (31,9)	
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	300 (70,3)	127 (29,7)	0,001
Hayır (n=172)	107 (62,2)	65 (37,8)	
Kararsız (n=87)	43 (49,4)	44 (50,6)	
Steroid vb. bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gerektiren romatolojik hastalık öyküsü			
Evet (n=24)	10 (41,7)	14 (58,3)	0,022
Hayır (n=662)	440 (66,5)	222 (33,5)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	107 (70,4)	45 (29,6)	0,158
Hayır (n=534)	343 (64,2)	191 (35,8)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	292 (72,3)	112 (27,7)	<0,001
Hayır (n=282)	158 (56,0)	124 (44,0)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde difteri aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda ve alerjisi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla difteri aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde difteri aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde difteri aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	82 (22,9)	276 (77,1)	0,555
Erkek (n=328)	69 (21,0)	259 (79,0)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	130 (23,3)	427 (76,7)	0,081
≥65 (n=129)	21 (16,3)	108 (83,7)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	9 (22,0)	32 (78,0)	1,000
Diğer meslek grupları (n=645)	142 (22,0)	503 (78,0)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	65 (24,0)	206 (76,0)	0,313
Lise ve üzeri (n=415)	86 (20,7)	329 (79,3)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	97 (22,2)	340 (77,8)	0,877
Hayır (n=249)	54 (21,7)	195 (78,3)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	77 (20,5)	299 (79,5)	0,286
Hayır (n=310)	74 (23,9)	236 (76,1)	

Tablo 17 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde difteri aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde difteri aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	106 (23,4)	347 (76,6)	0,460
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	41 (19,5)	169 (80,5)	
Kararsız (n=23)	4 (17,4)	19 (82,6)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyor (n=609)	135 (22,2)	474 (77,8)	0,768
Hayır (n=19)	5 (26,3)	14 (73,7)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	11 (19,0)	47 (81,0)	
Erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	112 (26,2)	315 (73,8)	0,002
Hayır (n=172)	28 (16,3)	144 (83,7)	
Kararsız (n=87)	11 (12,6)	76 (87,4)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	14 (53,8)	12 (46,2)	<0,001
Hayır (n=660)	137 (20,8)	523 (79,2)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	49 (32,2)	103 (67,8)	0,001
Hayır (n=534)	102 (19,1)	432 (80,9)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	92 (22,8)	312 (77,2)	0,565
Hayır (n=282)	59 (20,9)	223 (79,1)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde boğmaca aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; liseye kadar eğitim düzeyinde olanlarda, gelir durumunu çok kötü/kötü olarak algılayanlarda, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde ve astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla boğmaca aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde boğmaca aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde boğmaca aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	69 (19,3)	289 (80,7)	0,705
Erkek (n=328)	67 (20,4)	261 (79,6)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	113 (20,3)	444 (79,7)	0,528
≥65 (n=129)	23 (17,8)	106 (82,2)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	7 (17,1)	34 (82,9)	0,800
Diğer meslek grupları (n=645)	129 (20,0)	516 (80,0)	
Çocuk sahibi olma			
Evet (n=534)	106 (19,9)	428 (80,1)	0,975
Hayır (n=152)	30 (19,7)	122 (80,3)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	68 (25,1)	203 (74,9)	0,005
Lise ve üzeri (n=415)	68 (16,4)	347 (83,6)	
Algıladığı gelir durumu			
Çok kötü/ Kötü (n=146)	42 (28,8)	104 (71,2)	0,007
Orta (n=377)	62 (16,4)	315 (83,6)	
İyi/ Çok iyi (n=163)	32 (19,6)	131 (80,4)	

Tablo 18 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde boğmaca aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde boğmaca aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	82 (18,8)	355 (81,2)	0,356
Hayır (n=249)	54 (21,7)	195 (78,3)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	74 (19,7)	302 (80,3)	0,917
Hayır (n=310)	62 (20,0)	248 (80,0)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	98 (21,6)	355 (78,4)	0,200
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	33 (15,7)	177 (84,3)	
Kararsız (n=23)	5 (21,7)	18 (78,3)	
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	98 (23,0)	329 (77,0)	0,024
Hayır (n=172)	23 (13,4)	149 (86,6)	
Kararsız (n=87)	15 (17,2)	72 (82,8)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	13 (50,0)	13 (50,0)	<0,001
Hayır (n=660)	123 (18,6)	537 (81,4)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	82 (20,3)	322 (79,7)	0,711
Hayır (n=282)	54 (19,1)	228 (80,9)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde pnömokok aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; erişkin birinin aşılanması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde liseye kadar eğitim düzeyinde olanlarda, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda, alerjisi olanlarda, erişkin dönemde aşı önerilenlerde ve çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddetmeyenlerde istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla pnömokok aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde pnömokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde pnömokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	126 (35,2)	232 (64,8)	0,705
Erkek (n=328)	120 (36,6)	208 (63,4)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	198 (35,5)	359 (64,5)	0,723
≥65 (n=129)	48 (37,2)	81 (62,8)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	20 (48,8)	21 (51,2)	0,107
Diğer meslek grupları (n=645)	226 (35,0)	419 (65,0)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	105 (38,7)	166 (61,3)	0,203
Lise ve üzeri (n=415)	141 (34,0)	274 (66,0)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	157 (35,9)	280 (64,1)	0,962
Hayır (n=249)	89 (35,7)	160 (64,3)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	140 (37,2)	236 (62,8)	0,409
Hayır (n=310)	106 (34,2)	204 (65,8)	

Tablo 19 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde pnömokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde pnömokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	74 (48,7)	78 (51,3)	<0,001
Hayır (n=534)	172 (32,2)	362 (67,8)	
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	172 (40,3)	255 (59,7)	0,007
Hayır (n=172)	51 (29,7)	121 (70,3)	
Kararsız (n=87)	23 (26,4)	64 (73,6)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	16 (61,5)	10 (38,5)	0,010
Hayır (n=660)	230 (34,8)	430 (65,2)	
Algıladığı gelir durumu			
Çok kötü/ Kötü (n=146)	63 (43,2)	83 (56,8)	0,111
Orta (n=377)	126 (33,4)	251 (66,6)	
İyi/ Çok iyi (n=163)	57 (35,0)	106 (65,0)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	164 (40,6)	240 (59,4)	0,002
Hayır (n=282)	82 (29,1)	200 (70,9)	
Katılımcının çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddetme durumu^a			
Evet (n=26)	4 (15,4)	22 (84,6)	0,044
Hayır (n=508)	187 (36,8)	321 (63,2)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, ^a: Bu soruyu çocuk sahibi olan katılımcılar yanıtlamıştır, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde hepatit B aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; altmış beş yaş altı olanlarda, bekarlarda, sağlık çalışanı olanlarda veya sağlık alanında çalışanlarda, çocuk sahibi olmayanlarda, sosyal medyayı aktif olarak kullananlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, bütün çocukluk dönemi aşıları yapılmış olanlarda veya çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmeyenlerde, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, alerjisi olanlarda ve erişkin dönemde aşı önerilenlerde istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla hepatit B aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	191 (53,4)	167 (46,6)	0,523
Erkek (n=328)	167 (50,9)	161 (49,1)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	310 (55,7)	247 (44,3)	<0,001
≥65 (n=129)	48 (37,2)	81 (62,8)	
Medeni durum			
Evli (n=505)	260 (51,5)	245 (48,5)	0,022
Bekar (n=119)	73 (61,3)	46 (38,7)	
Dul/Boşanmış (n=62)	25 (40,3)	37 (59,7)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	32 (78,0)	9 (22,0)	0,001
Diğer meslek grupları (n=645)	326 (50,5)	319 (49,5)	
Çocuk sahibi olma			
Evet (n=534)	262 (49,1)	272 (50,9)	0,002
Hayır (n=152)	96 (63,2)	56 (36,8)	

Tablo 20 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	131 (48,3)	140 (51,7)	0,103
Lise ve üzeri (n=415)	227 (54,7)	188 (45,3)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	250 (57,2)	187 (42,8)	<0,001
Hayır (n=249)	108 (43,4)	141 (56,6)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	179 (47,6)	197 (52,4)	0,008
Hayır (n=310)	179 (57,7)	131 (42,3)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyor (n=609)	328 (53,9)	281 (46,1)	0,047
Hayır (n=19)	7 (36,8)	12 (63,2)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	23 (39,7)	35 (60,3)	
Erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	259 (60,7)	168 (39,3)	<0,001
Hayır (n=172)	80 (46,5)	92 (53,5)	
Kararsız (n=87)	19 (21,8)	68 (78,2)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	92 (60,5)	60 (39,5)	0,020
Hayır (n=534)	266 (49,8)	268 (50,2)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	234 (57,9)	170 (42,1)	<0,001
Hayır (n=282)	124 (44,0)	158 (56,0)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde kızamık aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; altmış beş yaş altı olanlarda, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda ve alerjisi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla kızamık aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde kızamık aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde kızamık aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	93 (26,0)	265 (74,0)	0,568
Erkek (n=328)	79 (24,1)	249 (75,9)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	149 (26,8)	408 (73,2)	0,035
≥65 (n=129)	23 (17,8)	106 (82,2)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	12 (29,3)	29 (70,7)	0,650
Diğer meslek grupları (n=645)	160 (24,8)	485 (75,2)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	76 (28,0)	195 (72,0)	0,147
Lise ve üzeri (n=415)	96 (23,1)	319 (76,9)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	113 (25,9)	324 (74,1)	0,530
Hayır (n=249)	59 (23,7)	190 (76,3)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	84 (22,3)	292 (77,7)	0,069
Hayır (n=310)	88 (28,4)	222 (71,6)	

Tablo 21 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde kızamık aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde kızamık aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	52 (34,2)	100 (65,8)	0,003
Hayır (n=534)	120 (22,5)	414 (77,5)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapılıp yapılmadığını bilmiyor (n=609)	157 (25,8)	452 (74,2)	0,478
Hayır (n=19)	4 (21,1)	15 (78,9)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	11 (19,0)	47 (81,0)	
Erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	125 (29,3)	302 (70,7)	0,002
Hayır (n=172)	36 (20,9)	136 (79,1)	
Kararsız (n=87)	11 (12,6)	76 (87,4)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	13 (50,0)	13 (50,0)	0,006
Hayır (n=660)	159 (24,1)	501 (75,9)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	109 (27,0)	295 (73,0)	0,168
Hayır (n=282)	63 (22,3)	219 (77,7)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

İncelenenlerin erişkin dönemde meningokok aşısı yaptırmayı gerekli görme durumları sorgulandığında; algıladığı gelir durumu çok kötü/ kötü olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde ve erişkin dönemde aşı önerilenlerde istatistiksel olarak anlamlı dercede daha fazla meningokok aşısını gerekli görme tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde meningokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde meningokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	114 (31,8)	244 (68,2)	0,901
Erkek (n=328)	103 (31,4)	225 (68,6)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	184 (33,0)	373 (67,0)	0,101
≥65 (n=129)	33 (25,6)	96 (74,4)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	16 (39,0)	25 (61,0)	0,381
Diğer meslek grupları (n=645)	201 (31,2)	444 (68,8)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	94 (34,7)	177 (65,3)	0,165
Lise ve üzeri (n=415)	123 (29,6)	292 (70,4)	
Algıladığı gelir durumu			
Çok kötü/ Kötü (n=146)	58 (39,7)	88 (60,3)	0,036
Orta (n=377)	106 (28,1)	271 (71,9)	
İyi/ Çok iyi (n=163)	53 (32,5)	110 (67,5)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	141 (32,3)	296 (67,7)	0,637
Hayır (n=249)	76 (30,5)	173 (69,5)	

Tablo 22 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde meningokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde meningokok aşısı yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ^a		p
	Evet	Hayır/Kararsız	
	n (%)	n (%)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	106 (28,2)	270 (71,8)	0,033
Hayır (n=310)	111 (35,8)	199 (64,2)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyor (n=609)	195 (32,0)	414 (68,0)	0,804
Hayır (n=19)	5 (26,3)	14 (73,7)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	17 (29,3)	41 (70,7)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	58 (38,2)	94 (61,8)	0,050
Hayır (n=534)	159 (29,8)	375 (70,2)	
Erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	156 (36,5)	271 (63,5)	<0,001
Hayır (n=172)	47 (27,3)	125 (72,7)	
Kararsız (n=87)	14 (16,1)	73 (83,9)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	142 (35,1)	262 (64,9)	0,018
Hayır (n=282)	75 (26,6)	207 (73,4)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

Çalışma grubunun %63,6'sının çocukluk dönemi aşuları yapılmış idi, %25,5'i ise çocukluk dönemi aşularının yapıldığını ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmediğini belirtti. Katılımcıların %73,2'sinde çocukluk dönemi aşı kartı kişinin kendisinde veya ailesinde bulunmuyordu. Kişilerin %72,4'ü erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olduğunu beyan etti. Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olanların; en sık devlet hastanesi (%43,7), aile sağlığı merkezi (%37,4) ve askeriyede (%14,1) erişkin dönemde aşı yaptırdığı saptandı (Tablo 23).

Tablo 23. Erişkin ve çocukluk dönemlerinde aşı yapılmış olma durumu, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Çocukluk dönemi aşılama durumu (n=686)	
Bütün çocukluk dönemi aşuları yapılmış	434 (63,3)
Çocukluk dönemi aşuları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyor	175 (25,5)
Hayır	19 (2,8)
Bilmiyor/Hatırlamıyor (Hiç birini)	58 (8,4)
Çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunma durumu (n=686)	
Evet	89 (13,0)
Hayır	502 (73,2)
Bilmiyor/Hatırlamıyor	95 (13,8)
Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu (n=686)	
Evet	497 (72,4)
Hayır	189 (27,6)

Tablo 23 (devamı). Erişkin ve çocukluk dönemlerinde aşı yapılmış olma durumu, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde olunan aşının uygulandığı merkez (n=497)^a	
Devlet Hastanesi	217 (43,7)
Aile Sağlığı Merkezi	186 (37,4)
Askeriyede	70 (14,1)
Eczane	52 (10,5)
Özel Hastane	23 (4,6)
Halk sağlığı kurumunun Aile sağlığı merkezleri dışındaki hizmetleri kapsamında	11 (2,2)
Üniversite hastanesi	6 (1,2)
İş yerinde	5 (1,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır ve her bir durum için erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan 497 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çalışma grubunun erişkin dönemde yaptırdığı aşılar incelendiğinde; en sık tetanoz (%55,1), influenza (%26,8) ve hepatit B (%8,2) aşılarının yaptırılmış olduğu görüldü. Kişilerin %9,2'si ise yaptırdığı aşı/ların ismini bilmediğini belirtti. Tetanoz, influenza ve kuduz aşıları en sık son 1-10 yıl içerisinde (sırasıyla %45,2, %41,8 ve %39,3) yaptırılmış idi (Tablo 24).

Tablo 24. Erişkin dönemde yaptırılan aşılar ve uygulanma zamanları, Çanakkale, 2019

Erişkin dönemde yaptırılan aşılar ^a	Toplam	Uygulanma zamanı
	n (%) ^b	n (%)
<i>Influenza</i>		
Her yıl	184 (26,8)	50 (27,2)
Son bir yıl içerisinde		23 (12,5)
1-10 yıl		77 (41,8)
10 yıldan daha uzun süre önce		28 (15,2)
Hatırlamıyor		6 (3,3)
<i>Tetanoz</i>		
Son bir yıl içerisinde	378 (55,1)	67 (17,7)
1-10 yıl		171 (45,2)
10 yıldan daha uzun süre önce		117 (31,0)
Hatırlamıyor		23 (6,1)
<i>Difteri</i>		
Son bir yıl içerisinde	10 (1,5)	1 (10,0)
1-10 yıl		4 (40,0)
10 yıldan daha uzun süre önce		2 (20,0)
Hatırlamıyor		3 (30,0)
<i>Boğmaca</i>		
10 yıldan daha uzun süre önce	5 (0,7)	2 (40,0)
Hatırlamıyor		3 (60,0)
<i>Pnömonokok</i>		
Son bir yıl içerisinde	13 (1,9)	2 (15,4)
1-10 yıl		6 (46,1)
10 yıldan daha uzun süre önce		4 (30,8)
Hatırlamıyor		1 (7,7)

Tablo 24 (devamı). Erişkin dönemde yaptırılan aşilar ve uygulanma zamanları, Çanakkale, 2019

Erişkin dönemde yaptırılan aşilar ^a	Toplam	Uygulanma zamanı
	n (%) ^b	n (%)
Hepatit A		
Son bir yıl içerisinde	14 (2,0)	5 (35,7)
1-10 yıl		6 (42,9)
Hatırlamıyor		3 (21,4)
Hepatit B		
Son bir yıl içerisinde	56 (8,2)	15 (26,8)
1-10 yıl		22 (39,3)
10 yıldan daha uzun süre önce		14 (25,0)
Hatırlamıyor		5 (8,9)
Herpes zoster		
Hatırlamıyor	2 (0,3)	2 (100,0)
Varicella zoster		
Son bir yıl içerisinde	8 (1,2)	1 (12,5)
1-10 yıl		2 (25,0)
10 yıldan daha uzun süre önce		3 (37,5)
Hatırlamıyor		2 (25,0)
Kızamık		
Son bir yıl içerisinde	12 (1,7)	3 (25,0)
1-10 yıl		5 (41,6)
10 yıldan daha uzun süre önce		2 (16,7)
Hatırlamıyor		2 (16,7)
Kızamıkçık		
Son bir yıl içerisinde	11 (1,6)	3 (27,3)
1-10 yıl		5 (45,4)
10 yıldan daha uzun süre önce		1 (9,1)
Hatırlamıyor		2 (18,2)
Kabakulak		
Son bir yıl içerisinde	12 (1,7)	3 (25,0)
1-10 yıl		5 (41,7)
10 yıldan daha uzun süre önce		1 (8,3)
Hatırlamıyor		3 (25,0)

Tablo 24 (devamı). Erişkin dönemde yaptırılan aşilar ve uygulanma zamanları, Çanakkale, 2019

Erişkin dönemde yaptırılan aşilar ^a	Toplam	Uygulanma zamanı
	n (%) ^b	n (%)
<i>Meningokok</i>		
Son bir yıl içerisinde	12 (1,7)	1 (8,3)
1-10 yıl		3 (25,0)
10 yıldan daha uzun süre önce		5 (41,7)
Hatırlamıyor		3 (25,0)
<i>Hib (Haemophilus influenzae tip b)</i>		
Hatırlamıyor	2 (0,3)	2 (100,0)
<i>HPV (Human papilloma virüs)</i>		
1-10 yıl	4 (0,6)	3 (75,0)
Hatırlamıyor		1 (25,0)
<i>Kuduz</i>		
Son bir yıl içerisinde	51 (7,4)	9 (17,6)
1-10 yıl		21 (41,2)
10 yıldan daha uzun süre önce		18 (35,3)
Hatırlamıyor		3 (5,9)
<i>Tüberküloz</i>		
10 yıldan daha uzun süre önce	1 (0,2)	1 (100,0)
<i>Yaptırdığı aşı/ların ismini bilmiyor</i>		
Son bir yıl içerisinde	63 (9,2)	5 (7,9)
1-10 yıl		13 (20,6)
10 yıldan daha uzun süre önce		27 (42,9)
Hatırlamıyor		18 (28,6)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır, ^b: Her bir aşı için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Erişkin dönemde aşı yaptıranların %82,3'ü bu aşılar için ücret ödemediğini, %9,7'si ücret ödediğini, %3,4'ü bazı aşılar için ücret ödediğini, bazı aşılar için ise ücret ödemediğini ve %10,1'i erişkin dönemde yaptırdığı aşı/ lar sonrası herhangi bir yan etki ile karşılaştığını belirtti. Erişkin dönemde aşı yaptıranların aşı yaptırmadaki en sık gerekçeleri; zorunluluk (%42,7), korunma amaçlı (%24,4) ve gebelik (%18,3) idi (Tablo 25).

Tablo 25. Erişkin dönemde yaptırılan aşılar için ücret ödeme, yan etki ile karşılaşma durumu ve aşı yaptıрма gerekçesi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde yaptırılan aşılar için ücret ödeme durumu (n=497)^a	
Evet	48 (9,7)
Hayır	409 (82,3)
Bilmiyor/ Hatırlamıyor	23 (4,6)
Bazı aşılar için ücret ödemiş, bazı aşılar için ise ücret ödememiş	17 (3,4)
Erişkin dönemde yaptırılan aşılar da herhangi bir yan etki ile karşılaşma durumu (n=497)^a	
Evet	50 (10,1)
Hayır	447 (89,9)
Erişkin dönemde aşı yaptıрма gerekçesi (n=497)^{a,b}	
Zorunluluk	212 (42,7)
Korunma amaçlı	121 (24,4)
Gebelik sırasında	91 (18,3)
Askerlik görevi sırasında	70 (14,1)
Kişinin aşılarını düzenli olarak takip edip yaptırmaması	43 (8,7)
İş sebebiyle	39 (7,9)
Hac, umre gibi dini ziyaretler öncesi	15 (3,0)
Yurt dışı ziyaretleri öncesi	6 (1,2)
Doktor önerisiyle	3 (0,6)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır, ^b: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiş olup her bir durum için erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan 497 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Erişkin dönemde aşı yaptıranların %3,4'ünün influenza, %5'inin tetanoz, %0,4'ünün kuduz, %0,4'ünün varicella zoster ve %0,2'sinin hepatit B aşısı sonrası yan etki ile karşılaştığı görüldü. Erişkin dönemde aşı yaptıranların %1'i ise, yan etki ile karşılaştığını ancak uygulanan aşının ismini bilmediğini belirtti. Tetanoz aşısı sonrası yan etki ile karşılaştığını belirten 25 kişinin bildirdiği en sık yan etki kolda ağrı/şişme (%72,0) ve influenza aşısı sonrası yan etki ile karşılaştığını belirten 17 kişinin bildirdiği en sık yan etki ateş (%52,9) idi (Tablo 26).

Tablo 26. Erişkin dönemde aşı sonrası oluşan yan etkiler, Çanakkale, 2019

Aşı ^a	Yan etki ile karşılaşan kişi n (%) ^b	Oluşan yan etki ^a	n (%) ^c
İnfluenza	17 (3,4)	Ateş	9 (52,9)
		Ağrı/ Şişme	5 (29,4)
		Kızarıklık/ Kaşıntı	2 (11,8)
		Halsizlik/ Yorgunluk	2 (11,8)
Tetanoz	25 (5,0)	Ateş	3 (12,0)
		Ağrı/ Şişme	18 (72,0)
		Kızarıklık/ Kaşıntı	2 (8,0)
		Halsizlik/Yorgunluk	2 (8,0)
		Döküntü	1 (4,0)
		Bulantı/ Kusma	1 (4,0)
Kuduz	2 (0,4)	Ateş	1 (50,0)
		Ağrı/ Şişme	1 (50,0)
Hepatit B	1 (0,2)	Ateş	1 (100,0)
Varicella zoster	2 (0,4)	Ağrı/ Şişme	1 (50,0)
		Bulantı/ Kusma	1 (50,0)
Uygulanan aşının ismi hatırlanmıyor	5 (1,0)	Ateş	1 (20,0)
		Ağrı/ Şişme	1 (20,0)
		Kızarıklık/ Kaşıntı	1 (20,0)
		Döküntü	1 (20,0)
		Bulantı/ Kusma	1 (20,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, ^b: Her bir aşı için erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan 497 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^c: Her bir aşı için yan etki gelişen kişi sayısı üzerinden yüzde hesaplanmıştır, 48 katılımcı herhangi bir aşıdan, 2 katılımcı ise iki adet aşıdan yan etki beyan etmiştir

Katılımcıların %58,9'una erişkin dönemde aşı yaptırmayı önerildiği saptandı. Kendisine erişkin dönemde aşı önerilen kişilerin %90,6'sı önerilen aşığı yaptırmıştı (Tablo 27).

Tablo 27. Erişkin dönemde aşı önerilme ve önerilen aşığı yaptıрма durumu, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde aşı önerilme durumu (n=686)	
Evet	404 (58,9)
Hayır	282 (41,1)
Önerilen erişkin dönem aşısını yaptıрма durumu (n=404)^a	
Evet	366 (90,6)
Hayır	38 (9,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Erişkin dönemde kendisine aşı yaptırılması önerilen katılımcılar yanıtlamıştır

Erişkin dönemde kendisine aşı yaptırılması önerilen ve aşı/ları reddettiğini beyan eden katılımcıların red nedenleri sorgulandığında, kişilerin en sık aşıların hastalıklara karşı koruyucu olduğunu düşünmemesi (%26,3), aşı yaptırmayı gerekli görmemesi veya aşıların zararlı olduğunu düşünmesi (%23,7) ve aşı yaptırmaktansa, hastalığı geçirerek bağışıklık kazanacağını düşünmesi (%21,1) nedenli önerilen aşı/ları reddettiği saptandı. Aşı/ları red nedenlerinin %10,5'ini aşı yan etkilerinden korkmak oluşturmaktaydı. Aşı yan etkilerinden korktuğu için önerilen aşı/ları reddettiğini belirten kişiler incelendiğinde ise, bu 4 kişinin %50'sinin aşı sonrası hasta olmaktan korktuğu, %25'inin aşı sonrası ağrıdan korktuğu, %25'inin ise aşı sonrası ağrı ve ateş olmasından korktuğu belirlendi (Tablo 28).

Tablo 28. Erişkin dönem aşısı yaptırmayı reddetme nedenleri, Çanakkale, 2019

Aşığı red nedenleri^a (n=38)	n (%)
Aşıların hastalıklara karşı koruyucu olduğunu düşünmemek	10 (26,3)
Aşı yaptırmayı gerekli görmemek/ aşıların zararlı olduğunu düşünmek	9 (23,7)
Aşı yaptırmaktansa, hastalığı geçirerek bağışıklık kazanacağını düşünmek	8 (21,1)
Aşı yan etkilerinden korkmak	4 (10,5)
Aşı yaptırmak için zaman ayıramamak	4 (10,5)
İğneden/ acıdan korkmak	3 (7,9)
Aşıların ilaç firmalarına para kazandırmak amaçlı olduğunu düşünmek	3 (7,9)
Aşının pahalı olması	2 (5,3)
TV, radyo, gazete vb. de aşıların zararlı olduğunu duymuş olmak	1 (2,6)
Doktor, hemşire gibi sağlık personelleri ve/veya eczacı tarafından zararlı olduğunu duymuş olmak	1 (2,6)
Aşığı bulamamak	1 (2,6)
Hatırlamıyor	1 (2,6)
Korkulan aşı yan etkileri (n=4)^b	
Ağrı	1 (25,0)
Ağrı ve ateş	1 (25,0)
Aşı sonrası hasta olmak	2 (50,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde kendisine aşı yaptırılması önerilen ve aşığı reddettiğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır, birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için aşığı reddeden 38 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^b: Bu soruyu erişkin dönemde kendisine aşı yaptırılması önerilen ve aşı yan etkilerinden korktuğu için aşığı reddettiğini beyan eden 4 katılımcı yanıtlamıştır, her bir durum için bu 4 katılımcı üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çocuk sahibi olan katılımcıların %56,6'sının çocuk/larının aşı kartı olduğu, %24,0'ının aşı kartı olmadığı; %96,1'inin çocuk/larının çocukluk dönemi aşılarının yapıldığı; %4,9'unun çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddettiği ve %17,4'ünün çocuk/larında aşı sonrası yan etki ile karşılaştığı saptandı (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların çocuklarının aşı durumu, aşı kartı mevcudiyeti, çocuğa önerilen aşığı red ve aşı yan etki durumu, Çanakkale, 2019

Katılımcının çocuk/larının aşı kartı mevcudiyeti (n=534)^a	n (%)
Evet	302 (56,6)
Hayır	128 (24,0)
Bilmiyorum	104 (19,4)
Katılımcının çocuk/larının, çocukluk dönemi aşı durumu^a (n=534)	
Evet	513 (96,1)
Hayır	5 (0,9)
Bilmiyorum	16 (3,0)
Katılımcının çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddetme durumu (n=534)^a	
Evet	26 (4,9)
Hayır	508 (95,1)
Katılımcının çocuk/larında aşı sonrası yan etki durumu (n=534)^a	
Evet	93 (17,4)
Hayır	428 (80,1)
Bilmiyorum	13 (2,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu çocuk sahibi olan katılımcılar yanıtlamıştır

Çocuk sahibi olan katılımcıların %1,9'u influenza, %1,5'i rotavirüs, %0,8'i menenjit, %0,2'si kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısını reddetmişti ve %0,8'i ise reddettiği aşının ismini bilmiyor/ hatırlamıyor idi. Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısının reddedilme nedeni çevresinde bu hastalıkları görmemek (%100,0); menenjit aşılarının reddedilme nedenleri ücreti (%75) ve etkili olduğunu düşünmemek (%25); influenza aşısının reddedilme nedenleri etkili olduğunu düşünmemek (%90) ve daha önce influenza aşısı sonrası yan etki yaşamış olmak (%10), rotavirüs aşısının reddedilme nedenleri etkili olduğunu düşünmemek (%62,5) ve ücreti (%37,5) olarak saptandı. Reddedilen ancak ismi bilinmeyen ya da hatırlanmayan aşılardan ise etkili olduğu düşünülmediği (%75) ve ücreti (%25) nedeniyle reddedildiği belirlendi (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların çocuklarına önerildiğinde reddettiği aşılardan ve reddetme nedenleri, Çanakkale, 2019

Reddedilen aşı ^a	n (%) ^b	Reddetme nedeni ^a	n (%) ^c
Kızamık-kızamıkçık-kabakulak	1 (0,2)	Çevresinde bu hastalıkları görmemek	1 (100,0)
Menenjit	4 (0,8)	Ücreti	3 (75,0)
		Etkili olduğunu düşünmemek	1 (25,0)
İnfluenza	10 (1,9)	Daha önce influenza aşısı sonrası yan etki yaşamış olmak	1 (10,0)
		Etkili olduğunu düşünmemek	9 (90,0)
Rotavirüs	8 (1,5)	Ücreti	3 (37,5)
		Etkili olduğunu düşünmemek	5 (62,5)
Aşının ismini bilmiyor/ Hatırlamıyor	4 (0,8)	Ücreti	1 (25,0)
		Etkili olduğunu düşünmemek	3 (75,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu çocuk sahibi olan ve çocuk/larına önerilen aşı/ları reddettiğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır, birden fazla cevap alınabilmiştir- bir katılımcı iki aşıyı birden reddetmiştir, ^b: Her bir aşı için, çocuk sahibi olan 534 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^c: Her bir aşının reddedilme sayısı üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çocuk sahibi olan ve aşı sonrası çocuk/larında yan etki geliştiğini beyan eden katılımcılar sorgulandığında; aşı sonrası en sık görülen yan etkinin ateş (%86,0) olduğu saptandı (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların çocuklarına uygulanan aşılardan sonrası karşılaştığı yan etkileri, Çanakkale, 2019

Oluşan yan etki^a (n=93)	n (%)
Ateş	80 (86,0)
Ağrı/ Şişme/ Kızarıklık/ Kaşıntı/ Yanma/ Morarma	20 (21,5)
Halsizlik/ Yorgunluk/ Huzursuzluk	5 (5,4)
İştahsızlık	1 (1,1)
Bulantı/ Kusma	1 (1,1)
Döküntü	2 (2,2)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu çocuk sahibi olan ve aşı sonrası çocuk/larında yan etki geliştiğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır, birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çocuk/larında aşı sonrası yan etki geliştiğini belirten 93 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çalışma grubunun erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu sorgulandığında; altmış beş yaş altı olanlarda, sağlık çalışanı olanlarda veya sağlık alanında çalışanlarda, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda, sosyal medyayı aktif olarak kullananlarda, erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görenlerde, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, alerjisi olanlarda ve erişkin dönemde aşı önerilmiş olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla aşı yaptırma tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın (n=358)	251 (70,1)	107 (29,9)	0,152
Erkek (n=328)	246 (75,0)	82 (25,0)	
Yaş (Yıl)			
<65 (n=557)	413 (74,1)	144 (25,9)	0,039
≥65 (n=129)	84 (65,1)	45 (34,9)	
Medeni durum			
Evli (n=505)	376 (74,5)	129 (25,5)	0,143
Bekar (n=119)	80 (67,2)	39 (32,8)	
Dul/Boşanmış (n=62)	41 (66,1)	21 (33,9)	
Meslek			
Sağlık çalışanı/ Sağlık alanında çalışanlar (n=41)	38 (92,7)	3 (7,3)	0,005
Diğer meslek grupları (n=645)	459 (71,2)	186 (28,8)	
Çocuk sahibi olma			
Evli (n=534)	391 (73,2)	143 (26,8)	0,396
Hayır (n=152)	106 (69,7)	46 (30,3)	
Eğitim Durumu			
Liseye kadar (n=271)	178 (65,7)	93 (34,3)	0,001
Lise ve üzeri (n=415)	319 (76,9)	96 (23,1)	

Tablo 32 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	
Sosyal güvence durumu			
Evet (n=636)	463 (72,8)	173 (27,2)	0,571
Hayır (n=50)	34 (68,0)	16 (32,0)	
Algıladığı gelir durumu			
Çok kötü/ Kötü (n=146)	103 (70,5)	43 (29,5)	0,845
Orta (n=377)	275 (72,9)	102 (27,1)	
İyi/ Çok iyi (n=163)	119 (73,0)	44 (27,0)	
Sosyal medyayı aktif olarak kullanma			
Evet (n=437)	330 (75,5)	107 (24,5)	0,017
Hayır (n=249)	167 (67,1)	82 (32,9)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet (n=376)	270 (71,8)	106 (28,2)	0,679
Hayır (n=310)	227 (73,2)	83 (26,8)	
Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme			
Evet (n=528)	405 (76,7)	123 (23,3)	<0,001
Hayır (n=80)	41 (51,2)	39 (48,8)	
Kararsız (n=78)	51 (65,4)	27 (34,6)	
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku			
Hiç korkmuyor (n=453)	335 (74,0)	118 (26,0)	0,291
Az korkuyor/ Korkuyor/ Çok korkuyor (n=210)	148 (70,5)	62 (29,5)	
Kararsız (n=23)	14 (60,9)	9 (39,1)	
Çocukluk dönemi aşılama durumu			
Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapılmış/ Çocukluk dönemi aşıları yapılmış ama tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyorum (n=609)	444 (72,9)	165 (27,1)	0,648
Hayır (n=19)	14 (73,7)	5 (26,3)	
Bilmiyorum/Hatırlamıyor (Hiç birini) (n=58)	39 (67,2)	19 (32,8)	

Tablo 32 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	
Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme			
Evet (n=427)	330 (77,3)	97 (22,7)	<0,001
Hayır (n=172)	120 (69,8)	52 (30,2)	
Kararsız (n=87)	47 (54,0)	40 (46,0)	
Çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunma durumu			
Evet (n=89)	64 (71,9)	25 (28,1)	0,140
Hayır (n=502)	372 (74,1)	130 (25,9)	
Bilmiyor/Hatırlamıyor (n=95)	61 (64,2)	34 (35,8)	
Diyabetes Mellitus öyküsü			
Evet (n=128)	92 (71,9)	36 (28,1)	0,872
Hayır (n=558)	405 (72,6)	153 (27,4)	
Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları öyküsü			
Evet (n=26)	17 (65,4)	9 (34,6)	0,550
Hayır (n=660)	480 (72,7)	180 (27,3)	
Uzun dönem steroid tedavisi alma öyküsü			
Evet (n=31)	21 (67,7)	10 (32,3)	0,693
Hayır (n=655)	476 (72,7)	179 (27,3)	
Kemoterapi tedavisi alma öyküsü			
Evet (n=19)	12 (63,2)	7 (36,8)	0,510
Hayır (n=667)	485 (72,7)	182 (27,3)	
Radyoterapi tedavisi alma öyküsü			
Evet (n=15)	9 (60,0)	6 (40,0)	0,379
Hayır (n=671)	488 (72,7)	183 (27,3)	

Tablo 32 (devamı). Çalışma grubunun özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	
Steroid vb. bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gerektiren romatolojik hastalık öyküsü			
Evet (n=24)	16 (66,7)	8 (33,3)	0,680
Hayır (n=662)	481 (72,7)	181 (27,3)	
Alerji durumu			
Evet (n=152)	123 (80,9)	29 (19,1)	0,008
Hayır (n=534)	374 (70,0)	160 (30,0)	
Erişkin dönemde aşı önerilme			
Evet (n=404)	383 (94,8)	21 (5,2)	<0,001
Hayır (n=282)	114 (40,4)	168 (59,6)	
Katılımcının çocuk/larının alerji durumu^a			
Evet (n=122)	85 (69,7)	37 (30,3)	0,314
Hayır (n=412)	306 (74,3)	106 (25,7)	
Katılımcının çocuk/ları için önerilen aşı/ları reddetme durumu^a			
Evet (n=26)	20 (76,9)	6 (23,1)	0,834
Hayır (n=508)	371 (73,0)	137 (27,0)	
Katılımcının çocuk/larında aşı sonrası herhangi bir yan etki ile karşılaşma durumu^a			
Evet (n=93)	72 (77,4)	21 (22,6)	0,360
Hayır (n=428)	308 (72,0)	120 (28,0)	
Bilmiyorum (n=13)	11 (84,6)	2 (15,4)	

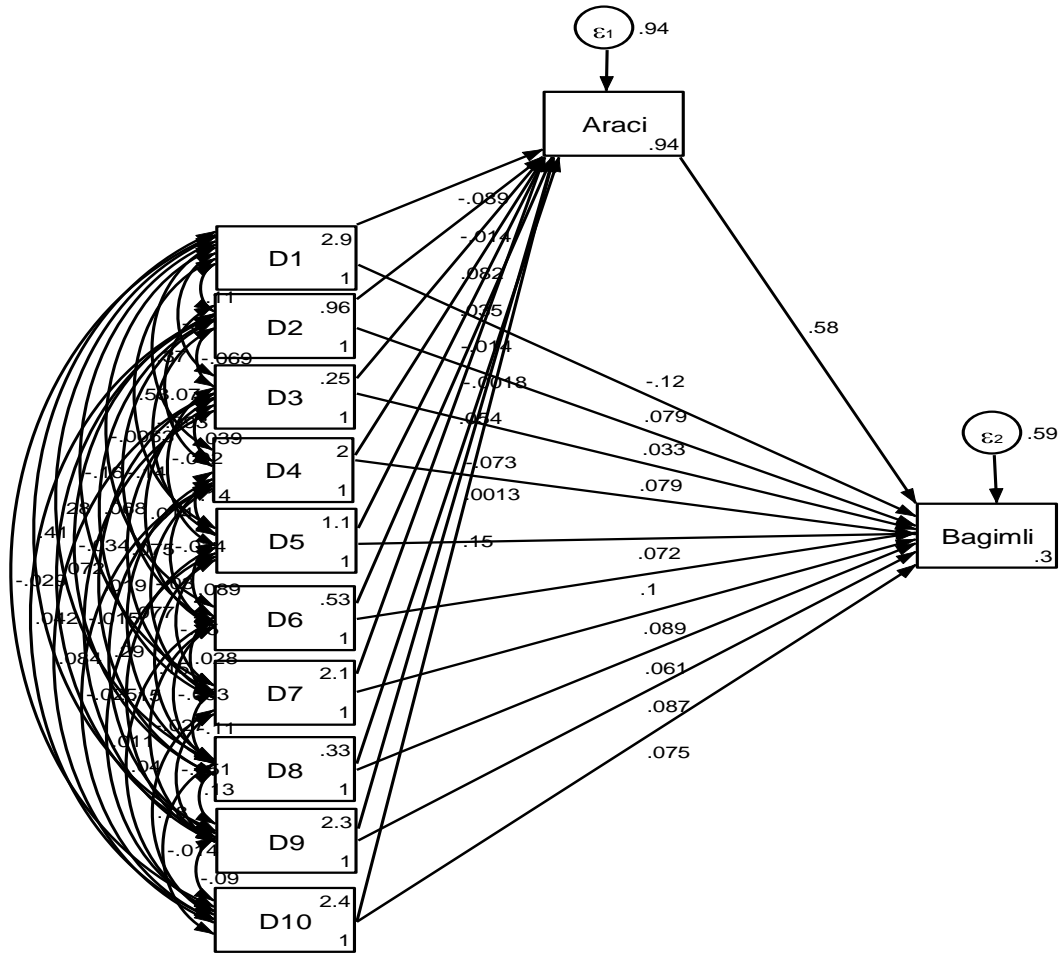
n: Sayı, %: Satır yüzdesi, ^a: Bu soruyu çocuk sahibi olan katılımcılar yanıtlamıştır, p: Ki-kare testi

Çalışma grubunun belirli özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu arasındaki ilişki aracı değişken olarak erişkin dönemde aşı önerilme durumu kullanılarak PATH analizi ile incelendi (Şekil 17).

Doğrudan etkilerde; yaşın azalması, erkek olma, evli olma, kronik hastalık varlığı, alerji varlığı, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme, çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunmaması, erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme ve erişkin dönemde aşı önerilmiş olması aşı yaptırma durumunu artıran faktörler olarak saptandı ($p<0,05$) (Tablo 33).

Aracı değişken olarak erişkin dönemde aşı önerilme durumunun kullanıldığı modelde (dolaylı etki) ise; sağlık çalışanı/sağlık alanında çalışan olma ve erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme aşı yaptırma durumunu artıran faktörler olarak saptandı ($p<0,05$) (Tablo 33).

Doğrudan etki ve dolaylı etki birlikte incelendiğinde; doğrudan etkide yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, alerji durumu, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme durumu ve çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunma durumu, bağımlı değişken olan erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu için anlamlı açıklayıcı değişkenlerken ($p<0,05$) aracı değişken kullanılan modelde bu değişkenlerin açıklayıcı olma özelliğinin ortadan kalktığı tespit edildi ($p>0,05$). Doğrudan etkide meslek, bağımlı değişken için anlamlı açıklayıcı bir değişken değil iken ($p>0,05$), aracı değişken kullanılan modelde meslek, bağımlı değişken için anlamlı pozitif bir açıklayıcı değişken olarak saptandı ($p<0,05$) (Tablo 33). Baron ve Kenny tam aracı değişkeni, açıklayıcı değişken ile açıklanan değişken arasındaki ilişkiyi sıfıra indirme özelliği gösteren değişken olarak belirtmektedir (89). Uygulanan PATH analizinde bu değişkenler tam aracı değişken özelliği göstermektedir.



Bağımsız değişkenler şu şekilde kodlanmıştır, D1: Yaş (sürekli değişken), D2: Cinsiyet (kadın:0, erkek:1), D3: Meslek (diğer meslek grupları:0, sağlık çalışanı/ sağlık alanında çalışanlar:1), D4: Medeni durum (bekar:0, dul/boşanmış:1, evli:2), D5: Kronik hastalık varlığı (hayır:0, evet:1), D6: Alerji durumu (hayır:0, evet:1), D7: Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme durumu (kararsız:0, hayır:1, evet:2), D8: Çocukluk dönemi aşılama durumu (Bütün çocukluk dönemi aşılarım yapmış/ çocukluk dönemi aşıları yapmış ama tamamının yapılıp yapılmadığını bilmiyor:0, Hiç birini bilmiyor/hatırlamıyor :1, hayır:2) , D9: Çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunma durumu (evet:0, bilmiyor/hatırlamıyor:1, hayır:2), D10: Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu (hayır:0, kararsız:1, evet:2) kullanılmıştır Aracı: Erişkin dönemde aşı önerilme durumu (hayır:0, evet:1) aracı değişken olarak kullanılmıştır

Bağımlı: Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu (hayır:0, evet:1) bağımlı değişken olarak kullanılmıştır

χ^2 :18,104, sd:4, χ^2 /sd: 4,526, RMR:0,004, GFI: 0,996, AGFI:0,916, NFI :0,983, IFI: 0,987, CFI: 0,986, RMSEA: 0,072

Şekil 17. Çalışma grubunun belirli özellikleri ile erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu arasındaki ilişki- aracı değişken olarak erişkin dönemde aşı önerilme durumu, PATH Analizi

Tablo 33. PATH analizi sonucunda elde edilen regresyon tahminleri

		Etki katsayısı	SH	Z	p
Doğrudan etki	Araci----->Bagimli	0,5231	0,0275	19,03	<0,001
	D1----->Bagimli	-0,0031	0,0011	-2,81	0,005
	D2----->Bagimli	0,0704	0,0273	2,58	0,010
	D3----->Bagimli	0,0618	0,0566	1,09	0,275
	D4----->Bagimli	0,0458	0,0187	2,45	0,014
	D5----->Bagimli	0,0648	0,0319	2,03	0,043
	D6----->Bagimli	0,1088	0,0321	3,38	0,001
	D7----->Bagimli	0,0562	0,0192	2,92	0,003
	D8----->Bagimli	0,0647	0,0329	1,96	0,050
	D9----->Bagimli	0,0552	0,0208	2,66	0,008
	D10----->Bagimli	0,0491	0,0201	2,45	0,014
Dolaylı etki	D1----->Araci----->Bagimli	-0,0014	0,0008	-1,72	0,085
	D2----->Araci----->Bagimli	-0,0071	0,0198	-0,36	0,719
	D3----->Araci----->Bagimli	0,0894	0,0413	2,17	0,030
	D4----->Araci----->Bagimli	0,0116	0,0136	0,85	0,394
	D5----->Araci----->Bagimli	-0,0072	0,0232	-0,31	0,755
	D6----->Araci----->Bagimli	-0,0011	0,0234	-0,05	0,961
	D7----->Araci----->Bagimli	0,0194	0,0140	1,39	0,165
	D8----->Araci----->Bagimli	-0,0449	0,0240	-1,87	0,061
	D9----->Araci----->Bagimli	0,0005	0,0151	0,03	0,974
	D10----->Araci----->Bagimli	0,0564	0,0147	3,83	<0,001

D1: Yaş, D2: Cinsiyet, D3: Meslek, D4: Medeni durum, D5: Kronik hastalık varlığı, D6: Alerji durumu, D7: Erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme durumu, D8: Çocukluk dönemi aşılarının yapılmış olma durumu, D9: Çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunma durumu, D10: Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu, Araci: Erişkin dönemde aşı önerilme durumu aracı değişkeni, Bagimli: Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu bağımlı değişkeni, SH: Standart hata, Z: Kritik oran, p: İstatistiksel anlamlılık düzeyi

4.1.3. Erişkin dönem aşılama bilgi durumu

Çalışma grubunun erişkin dönem aşılama konusundaki fikirleri sorgulandığında, kişilerin %51,2'sinin 'Erişkin aşıları konusunda bilgim var, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmiyorum', %38,3'ünün 'Erişkin aşıları konusunda bilgim var, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmiyorum' ve %6,0'ının 'Erişkin aşılarını tam olarak biliyorum' yanıtını verdiği belirlendi (Tablo 34).

Tablo 34. Erişkin dönem aşılama konusundaki düşünceler, Çanakkale, 2019

Erişkin dönem aşılama konusundaki fikirler (n=686)^a	n (%)
Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılmalıdır, tüm erişkinlerin aşılmasına gerek yoktur	263 (38,3)
Erişkin aşıları konusunda bilgim var, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmiyorum	351 (51,2)
Erişkin aşılarını tam olarak biliyorum	41 (6,0)
Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur	24 (3,5)
Aşılar sadece çocuklar için gereklidir	19 (2,8)
Tüm erişkinler aşılmalıdır	27 (3,9)
Sadece salgın durumunda gereklidir	3 (0,4)
Herhangi bir fikrim yok	30 (4,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Erişkin dönem aşılması hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde, en sık doktor, hemşire, eczacı gibi sağlık personellerinin (%57,3) bilgi kaynağı olduğu saptandı. Kişilerin %24,3'ünün bu konuda herhangi bir bilgi kaynağı yok idi, %20,4'ünde aile/ yakın çevre, %17,9'unda televizyon, %17,2'sinde ise internet bilgi kaynağı idi (Tablo 35).

Tablo 35. Erişkin dönem aşılması hakkındaki bilgi kaynakları, Çanakkale, 2019

Bilgi kaynakları (n=686) ^a	n (%)
Herhangi bir bilgi kaynağı yok	167 (24,3)
Aile ve yakın çevre	140 (20,4)
İnternet	118 (17,2)
Televizyon	123 (17,9)
Kitap/ gazete/dergi vb.	85 (12,4)
Doktor, hemşire, eczacı gibi sağlık personelleri	393 (57,3)
Okul eğitimi sırasında edinilen bilgiler	112 (16,3)
Hizmet içi eğitimler/ seminerler	10 (1,5)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çalışma grubunun erişkin dönem aşılmasında ücretlendirme hakkındaki düşünceleri sorgulandığında, %36,4'ünün bu konuda herhangi bir fikri olmadığı, %28,4'ünün tüm erişkin aşılarının devlet tarafından karşılandığını düşündüğü, %26,8'inin bazı aşılarda ücretlerinin devlet tarafından karşılandığını düşündüğü ve %10,6'sının ise bazı hastalığı bulunan kişilerin, gebelerin, yaşlıların vb. aşılarının devlet tarafından karşılandığını düşündüğü saptandı (Tablo 36).

Tablo 36. Erişkin dönem aşılamaında ücretlendirme hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019

Erişkin dönem aşılamaında ücretlendirme hakkındaki düşünceler (n=686)^a	n (%)
Tüm erişkin aşuları devlet tarafından karşılanmaktadır	195 (28,4)
Bazı aşuların ücretleri devlet tarafından karşılanmaktadır	184 (26,8)
Bazı hastalığı bulunan kişilerin, gebelerin, yaşlıların vb. aşuları devlet tarafından karşılanmaktadır	73 (10,6)
Erişkin aşularının ücretlerini kişiler kendileri ödemektedir	29 (4,2)
Sadece sağlık çalışanlarının erişkin aşularını devlet karşılamaktadır	3 (0,4)
Fikrim yok	250 (36,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çalışma grubunun influenza aşısı hakkındaki düşünceleri sorgulandığında; kişilerin %48,0'ı 'Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller', %47,2'si 'Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar', %17,6'sı 'Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum', %11,7'si 'Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere, yaşlılara, gebelere vb. yapılması gerekir', %11,2'si 'Fikrim yok/Kararsızım' ve %1,5'i de 'Sadece çocuklarda koruyucudur' cevabını vermiştir (Tablo 37).

Tablo 37. İnfluenza aşısı hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019

Aşı hakkındaki düşünce^a (n=686)	n (%)
Sadece çocuklarda koruyucudur	10 (1,5)
Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller	329 (48,0)
Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar	324 (47,2)
Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum	121 (17,6)
Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere, yaşlılara, gebelere vb. yapılması gerekir	80 (11,7)
Fikri yok/Kararsız	77 (11,2)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Çalışma grubunun tetanoz aşısı hakkındaki düşünceleri sorgulandığında; kişilerin %80,6'sı 'Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller', %38,8'i 'Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar', %9,0'ı 'Fikrim yok/Kararsızım', %8,3'ü 'Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere veya yaralanma, mesleki gereklilik vb. durumlarda yapılması gerekir', %1,6'sı 'Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum' ve %0,3'ü de 'Sadece çocuklarda koruyucudur' cevabını vermiştir (Tablo 38).

Tablo 38. Tetanoz aşısı hakkındaki düşünceler, Çanakkale, 2019

Aşı hakkındaki düşünce^a (n=686)	n (%)
Sadece çocuklarda koruyucudur	2 (0,3)
Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller	553 (80,6)
Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar	266 (38,8)
Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum	11 (1,6)
Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere veya yaralanma, mesleki gereklilik vb. durumlarda yapılması gerekir	57 (8,3)
Fikri yok/Kararsız	62 (9,0)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmıştır ve her bir durum için çalışma grubu olan 686 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

4.2. İkinci aşama

4.2.1. Temel tanımlayıcı özellikler ile erişkin bağışıklaması eğitimi öncesi (bilgi, tutum ve davranış) ve sonrası (bilgi ve tutum) durumu

Çalışma grubu 115 kişiden oluşmakta idi. Kişilerin yaş ortalaması $57,9 \pm 16,7$ (Ortanca: 65, minimum-maksimum: 18-87) yıl idi. Katılımcıların %84,3'ü kadın, %50,4'ü altmış beş yaş ve üzerinde, %66,1'i evli, %90,4'ü çocuk sahibi, %44,3'ü Barbaros mahallesi, %22,6'sı Esenler mahallesi, %16,5'i Cevat Paşa mahallesi ikametli, %31,3'ü üniversite/ yüksek okul/ doktora mezunu, %28,7'si ilkokul mezunu ve %20,9'u lise mezunu idi. Katılımcıların %29,6'sı daha önce erişkin dönem aşılması hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti. Erişkin dönem aşılması hakkındaki bilgi kaynakları olarak; %20,0'ı doktorları, %7,0'ı televizyonu, %6,1'i doktor dışı diğer sağlık personellerini, %6,1'i aldığı okul eğitimini ve %3,5'i interneti belirtti. Kişilerin %8,7'si erişkin dönem aşılması hakkında daha önce eğitim almıştı ve %62,6'sı erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmıştı. Çalışma grubunun %33,9'u erişkin dönemde influenza, %31,3'ü tetanoz ve %6,1'i kuduz aşısı yaptırdığını belirtti (Tablo 39, Tablo 40 ve Tablo 41).

Tablo 39. Çalışma grubunun cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve yaşadığı mahalle, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Cinsiyet (n=115)	
Kadın	97 (84,3)
Erkek	18 (15,7)
Yaş (Yıl) (n=115)	
<65	57 (49,6)
≥65	58 (50,4)
Medeni durum (n=115)	
Evli	76 (66,1)
Bekar	10 (8,7)
Dul/Boşanmış	29 (25,2)
Eğitim Durumu (n=115)	
Okur yazar	1 (0,8)
İlkokul mezunu	33 (28,7)
Orta okul mezunu	21 (18,3)
Lise mezunu	24 (20,9)
Üniversite/Yüksek okul/Doktora mezunu	36 (31,3)
Yaşanılan mahalle (n=115)	
Barbaros	51 (44,3)
Cevat Paşa	19 (16,5)
Esenler	26 (22,6)
İsmet Paşa	14 (12,2)
Kemal Paşa	1 (0,9)
Kepez	4 (3,5)

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 40. Çalışma grubunun çocuk durumu, erişkin bağışıklaması konusunda eğitim almış olma, bilgi sahibi olma durumu ve bilgi kaynakları, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Çocuk sahibi olma (n=115)	
Evet	104 (90,4)
Hayır	11 (9,6)
Erişkin dönem aşılması hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=115)	
Evet	34 (29,6)
Hayır	81 (70,4)
Erişkin dönem aşılması hakkında bilgi kaynakları (n=115)^a	
Doktorlar	23 (20,0)
Doktor dışı diğer sağlık personelleri (hemşire, eczacı vb)	7 (6,1)
Kitap/ gazete/ dergi	3 (2,6)
Okul eğitimi sırasında	7 (6,1)
İnternet	4 (3,5)
Televizyon	8 (7,0)
Aile/ yakın çevre	2 (1,7)
Erişkin dönem aşılması hakkında eğitim almış olma durumu (n=115)	
Evet	10 (8,7)
Hayır	101 (87,8)
Fikri yok/ Hatırlamıyor	4 (3,5)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönem aşılması hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Tablo 41. Çalışma grubunun erişkin dönemde aşı yaptıırma durumu ve yaptıırılan aşılar, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptıırılmış olma durumu (n=115)	
Evet	72 (62,6)
Hayır	43 (37,4)
Erişkin dönemde yaptıırılan aşılar (n=115)^a	
İnfluenza	39 (33,9)
Tetanoz	36 (31,3)
Kuduz	7 (6,1)
Pnömonokok	5 (4,3)
Hepatit B	5 (4,3)
Meningokok	5 (4,3)
Yaptıırdığı aşıının ismini bilmiyor	6 (5,2)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptıırılmış olduğunu beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Uygulanan eğitim öncesi; katılımcıların %64,3'ü erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünmekteydi. Çalışma grubunun %59,1'inin tetanoz, %57,4'ünün influenza, %44,3'ünün hepatit B, %40,0'inin kuduz, %37,4'ünün pnömokok, %33,0'ının hepatit A ve %32,2'sinin ise human papilloma virüs aşısının erişkin dönemde yapılmasını gerekli gördüğü belirlendi. Kişilerin %50,4'ü aşıların yan etkilerinden hiç korkmamaktaydı, %13,0'ı kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddedebileceğini belirtti ve %12,2'si şimdiye kadar kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşıyı reddetmişti. Çalışma grubunun %7,8'inin influenza, %1,7'sinin pnömokok, %1,7'sinin varicella zoster, %1,7'sinin kızamık, %0,9'unun tetanoz, %0,9'unun boğmaca, %0,9'unun hepatit A, %0,9'unun hepatit B, %0,9'unun kızamıkçık, %0,9'unun oral polio aşısını kendisine veya çocuklarına önerildiğinde reddettiği belirlendi. Kişilerin %1,7'si ise reddettiği aşı/ların ismini bilmemekteydi. Çalışma grubundaki aşı reddi nedenleri incelendiğinde ise; aşıyı gerekli görmeme (%4,3), aşının koruyuculuğuna inanmama (%3,5), alerji olabileceğini düşünme (%0,9), aşıların tarihlerinin geçtiğine yönelik söylenti (%0,9), çocukluk dönemi aşılarını yaptırdığı için gerekli görmeme (%0,9), aşı/ların yan etkilerinden korkma (%0,9) ve oral polio aşısı için dördüncü doz yapılmasının istenmesi (%0,9) aşı reddi nedenleriydi (Tablo 42, Tablo 43 ve Tablo 44).

Tablo 42. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli görülen aşular- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme (n=115)	
Evet	74 (64,3)
Hayır	12 (10,4)
Kararsız	29 (25,3)
Erişkin dönemde yapılması gerekli olduğu düşündüğü aşular (n=115)^a	
İnfluenza	66 (57,4)
Tetanoz	68 (59,1)
Difteri	14 (12,2)
Boğmaca	15 (13,0)
Pnömonokok	43 (37,4)
Hepatit A	38 (33,0)
Hepatit B	51 (44,3)
Herpes zoster	31 (27,0)
Varicella zoster	21 (18,3)
Kızamık	19 (16,5)
Kızamıkçık	15 (13,0)
Kabakulak	20 (17,4)
Meningokok	25 (21,7)
Hib (Haemophilus influenzae tip b)	20 (17,4)
HPV (Human papilloma virüs)	37 (32,2)
Kuduz	46 (40,0)
Tüberküloz	1 (0,9)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Tablo 43. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku durumu, aşı reddi tutum ve davranışı- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) korku (n=115)	
Hiç korkmuyor	58 (50,4)
Az korkuyor	24 (20,9)
Kararsız	6 (5,2)
Korkuyor	21 (18,3)
Çok korkuyor	6 (5,2)
Kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddetme düşüncesi (n=115)	
Evet	15 (13,0)
Hayır	71 (61,7)
Kararsız	29 (25,3)
Şimdiye kadar kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşıyı reddetme durumu (n=115)	
Evet	14 (12,2)
Hayır	101 (87,8)

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 44. Katılımcıların kendilerine ve çocuklarına önerildiğinde reddettiği aşılar ve aşı reddi nedenleri- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Kişinin kendisine veya çocuklarına önerilip reddettiği aşılar (n=115)^a	
İnfluenza	9 (7,8)
Tetanoz	1 (0,9)
Boğmaca	1 (0,9)
Pnömonokok	2 (1,7)
Hepatit A	1 (0,9)
Hepatit B	1 (0,9)
Varicella zoster	2 (1,7)
Kızamık	2 (1,7)
Kızamıkçık	1 (0,9)
Oral polio	1 (0,9)
Reddedtiği aşı/aşıların ismini bilmiyor	2 (1,7)
Aşı reddi nedenleri (n=115)^b	
Alerji olabileceğini düşünme	1 (0,9)
Aşıların tarihlerinin geçtiğine yönelik söylenti	1 (0,9)
Oral polio aşısı için dördüncü doz yapılmasının istenmesi	1 (0,9)
Aşının koruyuculuğuna inanmama	4 (3,5)
Gerekli görmeme	5 (4,3)
Çocukluk dönemi aşılarını yaptırdığı için gerekli görmeme	1 (0,9)
Yan etkilerinden korkma	1 (0,9)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu şimdiye kadar kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşığı reddettiğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, ^b: Bu soruyu şimdiye kadar kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşığı reddettiğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Uygulanan eğitim öncesi katılımcıların 'Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır' önermesine %86,1'inin, 'Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar' önermesine %71,3'ünün, 'Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar' önermesine %89,6'sının, 'Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır' önermesine %67,0'ının, 'Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenabilir' önermesine %78,3'ünün, 'Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir' önermesine %69,6'sının, 'Erişkin birinin aşılınması yakınındaki bebek, çocuk ve gebeleri hastalıklardan koruyabilir' önermesine %67,0'ının, 'Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır' önermesine %53,0'ının, 'Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır' önermesine %88,7'sinin, 'Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak, kronik hastalığı olmak, gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır' önermesine %67,8'inin, 'Aşılar güvenlidir' önermesine %56,5'inin, 'Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir' önermesine %36,5'inin, 'Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar' önermesine %87,0'ının 'Evet' yanıtını verdiği; 'Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur' önermesine %30,4'ünün, 'Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılmasına gerek yoktur' önermesine %37,4'ünün, 'Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur' önermesine %61,7'sinin, 'Aşılar sadece çocuklar için gereklidir' önermesine ise %85,2'sinin 'Hayır' yanıtını verdiği saptandı (Tablo 45).

Tablo 45. Erişkin aşılaması konusundaki önermelere verilen cevaplar- Eğitim öncesi, Çanakkale, 2019

Önermeler	Evet	Hayır	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır (n=115)	99 (86,1)	6 (5,2)	10 (8,7)
Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar (n=115)	82 (71,3)	6 (5,2)	27 (23,5)
Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar (n=115)	103 (89,6)	2 (1,7)	10 (8,7)
Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır (n=115)	77 (67,0)	4 (3,5)	34 (29,6)
Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenabilir (n=115)	90 (78,3)	9 (7,8)	16 (13,9)
Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir (n=115)	80 (69,6)	4 (3,5)	31 (27,0)
Erişkin birinin aşılanması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir (n=115)	77 (67,0)	12 (10,4)	26 (22,6)
Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır (n=115)	61 (53,0)	5 (4,3)	49 (42,6)
Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır (n=115)	102 (88,7)	3 (2,6)	10 (8,7)
Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak/ kronik hastalığı olmak/ gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır (n=115)	78 (67,8)	2 (1,7)	35 (30,4)
Aşılar güvenlidir (n=115)	65 (56,5)	3 (2,6)	47 (40,9)
Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir (n=115)	42 (36,5)	4 (3,5)	69 (60,0)
Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur (n=115)	55 (47,8)	35 (30,4)	25 (21,7)
Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar (n=115)	100 (87,0)	2 (1,7)	13 (11,3)
Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılanmasına gerek yoktur (n=115)	41 (35,7)	43 (37,4)	31 (27,0)
Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur (n=115)	16 (13,9)	71 (61,7)	28 (24,3)
Aşılar sadece çocuklar için gereklidir (n=115)	10 (8,7)	98 (85,2)	7 (6,1)

n: Sayı, %: Satır yüzdesi

Uygulanan eğitim sonrası; katılımcıların %96,6'sı erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünmekteydi. Çalışma grubunun %91,3'ünün tetanoz, %90,4'ünün pnömokok, %87,8'inin influenza, %85,2'sinin hepatit B, %80,0'ının hepatit A, %72,2'sinin meningokok, %70,4'ünün human papilloma virüs, %70,4'ü kuduz, %68,7'si boğmaca, %65,2'si herpes zoster, %61,7'si kızamık, %61,7'si difteri, %58,3'ü haemophilus influenzae tip b, %54,8'i kızamıkçık, %53,9'u kabakulak, %53,0'ı varicella zoster aşısının erişkin dönemde yapılmasını gerekli gördüğü belirlendi. Kişilerin %74,9'u aşıların yan etkilerinden hiç korkmamaktaydı ve %0,9'u (1 katılımcı) kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddedebileceğini belirtti. Kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddedebileceğini belirten katılımcının reddetmeyi düşündüğü aşılar; varicella zoster, kızamık ve kızamıkçık idi. Aşı reddi gerekçesi ise, hastalığı çocukken geçirdiği için bir daha bu hastalıklara yakalanacağını düşünmemekti (Tablo 46 ve Tablo 47).

Tablo 46. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu ve gerekli görülen aşilar- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme (n=115)	
Evet	111 (96,6)
Hayır	2 (1,7)
Kararsız	2 (1,7)
Erişkin dönemde yapılması gerekli olduğu düşündüğü aşilar (n=115)^a	
İnfluenza	101 (87,8)
Tetanoz	105 (91,3)
Difteri	71 (61,7)
Boğmaca	79 (68,7)
Pnömonokok	104 (90,4)
Hepatit A	92 (80,0)
Hepatit B	98 (85,2)
Herpes zoster	75 (65,2)
Varicella zoster	61 (53,0)
Kızamık	71 (61,7)
Kızamıkçık	63 (54,8)
Kabakulak	62 (53,9)
Meningokok	83 (72,2)
Hib (Haemophilus influenzae tip b)	67 (58,3)
HPV (Human Papilloma Virüs)	81 (70,4)
Kuduz	81 (70,4)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soru için birden fazla cevap alınabilmiştir ve her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

Tablo 47. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı korku durumu, katılımcıların kendilerine ve çocuklarına önerildiğinde reddedebileceği aşılardan ve nedenleri- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Değişkenler	n (%)
Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) korku (n=115)	
Hiç korkmuyor	86 (74,9)
Az korkuyor	19 (16,5)
Kararsız	3 (2,6)
Korkuyor	5 (4,3)
Çok korkuyor	2 (1,7)
Kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşığı reddetme düşüncesi (n=115)	
Evet	1 (0,9)
Hayır	108 (93,9)
Kararsız	6 (5,2)
Kişinin kendisine veya çocuklarına önerildiğinde reddetmeyi düşündüğü aşılardan (n=115)^a	
Varicella zoster	1 (0,9)
Kızamık	1 (0,9)
Kabakulak	1 (0,9)
Kendisine veya çocuklarına önerildiğinde reddetmeyi düşündüğü aşılardan için aşı/ları reddetmeyi düşünme gerekçesi (n=115)^b	
Hastalığı çocukken geçirdiği için bir daha hastalığa yakalanacağını düşünmemek	1 (0,9)

n: Sayı, %: Yüzde, ^a: Bu soruyu kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşığı reddedebileceğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır ve birden fazla cevap alınabilmiştir, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır, b: Bu soruyu kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşığı reddedebileceğini beyan eden katılımcılar yanıtlamıştır, her bir durum için çalışma grubu olan 115 kişi üzerinden yüzde hesaplanmıştır

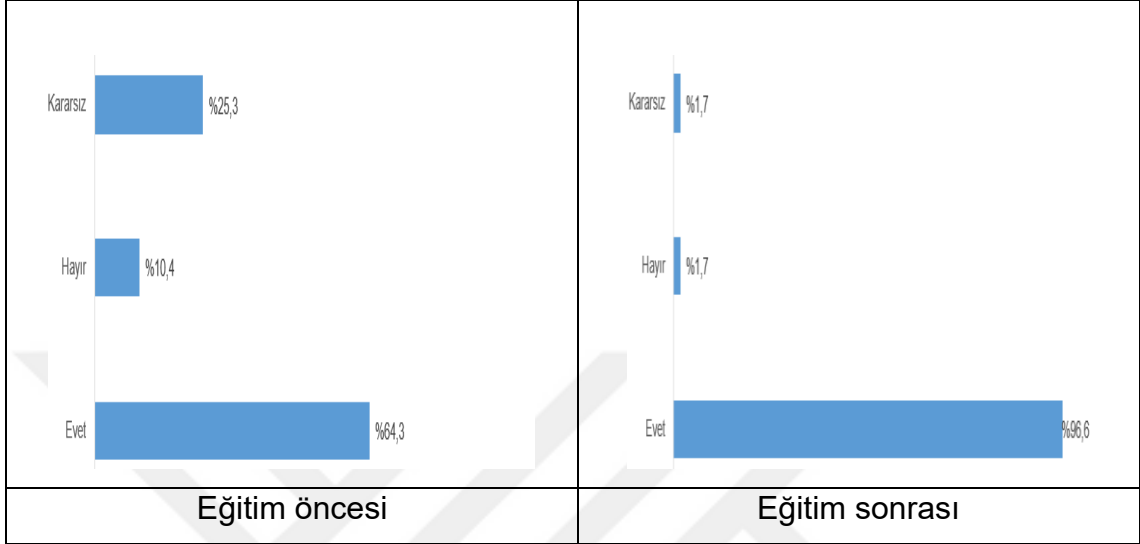
Uygulanan eğitim sonrası katılımcıların 'Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır' önermesine %99,1'inin, 'Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar' önermesine %94,8'inin, 'Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar' önermesine %99,1'inin, 'Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır' önermesine %93,9'unun, 'Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenebilir' önermesine %98,3'ünün, 'Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanmaları gerekir' önermesine %97,4'ünün, 'Erişkin birinin aşılınması yakınındaki bebek, çocuk ve gebeleri hastalıklardan koruyabilir' önermesine %95,7'sinin, 'Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır' önermesine %88,7'sinin, 'Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır' önermesine %99,1'inin, 'Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak, kronik hastalığı olmak, gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır' önermesine %93,9'unun, 'Aşılar güvenlidir' önermesine %94,8'inin, 'Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir' önermesine %86,1'inin, 'Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar' önermesine %100'ünün 'Evet' yanıtını verdiği; 'Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur' önermesine %77,4'ünün, 'Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılmalıdır, tüm erişkinlerin aşılmasına gerek yoktur' önermesine %82,6'sının, 'Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur' önermesine %95,7'sinin, 'Aşılar sadece çocuklar için gereklidir' önermesine ise %97,4'ünün 'Hayır' yanıtını verdiği saptandı (Tablo 48).

Tablo 48. Erişkin aşılanması konusundaki önermelere verilen cevaplar- Eğitim sonrası, Çanakkale, 2019

Önermeler	Evet	Hayır	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır (n=115)	114 (99,1)	1 (0,9)	0 (0,0)
Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar (n=115)	109 (94,8)	3 (2,6)	3 (2,6)
Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar (n=115)	114 (99,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır (n=115)	108 (93,9)	2 (1,7)	5 (4,3)
Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenir (n=115)	113 (98,3)	0 (0,0)	2 (1,7)
Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir (n=115)	112 (97,4)	1 (0,9)	2 (1,7)
Erişkin birinin aşılanması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir (n=115)	110 (95,7)	4 (3,5)	1 (0,9)
Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır (n=115)	102 (88,7)	4 (3,5)	9 (7,8)
Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır (n=115)	114 (99,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak/ kronik hastalığı olmak/ gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır (n=115)	108 (93,9)	0 (0,0)	7 (6,1)
Aşılar güvenlidir (n=115)	109 (94,8)	0 (0,0)	6 (5,2)
Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir (n=115)	99 (86,1)	2 (1,7)	14 (12,2)
Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur (n=115)	23 (20,0)	89 (77,4)	3 (2,6)
Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar (n=115)	115 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılanmasına gerek yoktur (n=115)	16 (13,9)	95 (82,6)	4 (3,5)
Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur (n=115)	2 (1,7)	110 (95,7)	3 (2,6)
Aşılar sadece çocuklar için gereklidir (n=115)	0 (0,0)	112 (97,4)	3 (2,6)

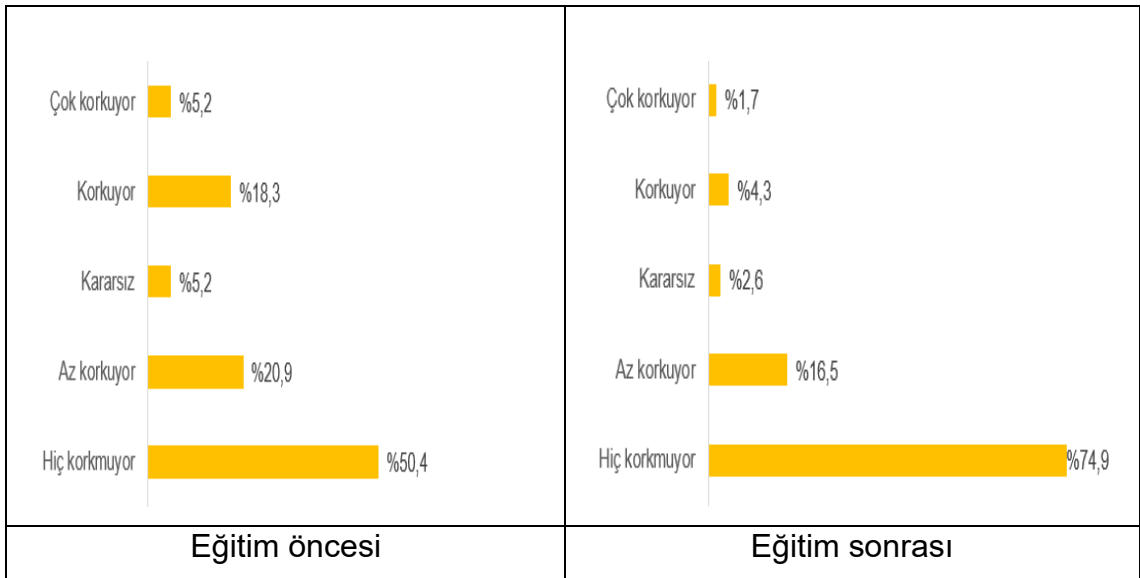
n: Sayı, %: Satır yüzdesi

Uygulanan eğitim öncesi katılımcıların %64,3'ü erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görürken, eğitim sonrası bu oran %96,6'ya yükselmiştir (Şekil 18).



Şekil 18. Erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Uygulanan eğitim öncesi katılımcıların %50,4'ü aşılardan kaynaklı korkuların etkilerinden kaynaklı hiç korkusu olmadığını belirtirken, eğitim sonrası bu oran %74,9'a yükselmiştir (Şekil 19).



Şekil 19. Aşılardan kaynaklı korku durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Çalışma grubunun eğitim öncesi bağışıklama davranış puanı ortalaması $1,5\pm 0,6$ (Ortanca: 2, minimum-maksimum: 0-2) idi (Tablo 49).

Tablo 49. Eğitim öncesi bağışıklama davranış puanı, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Ort±SS	Ortanca (Minimum-Maksimum)
Eğitim öncesi bağışıklama davranış puanı (n=115)	1,5±0,6	2,0 (0,0-2,00)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

4.2.2. Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum değişimi

Çalışma grubunun eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı değişimi incelendiğinde; eğitim sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı ortanca değerleri daha yüksek belirlenmiş olup bu durumlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 50).

Tablo 50. Eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Eğitim				p
	Öncesi		Sonrası		
	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Bilgi puanı	9,7±4,1	11,0 (-6,0-16,0)	15,4±2,1	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Tutum puanı	1,1±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, p: Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi puanı değişimi incelendiğinde; bütün gruplarda eğitim sonrası erişkin bağışıklama bilgi puanı ortanca değerleri daha yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 51).

Tablo 51. Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağıışıklama bilgi puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Eğitim				p
	Öncesi		Sonrası		
	Bilgi puanı		Bilgi puanı		
	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsiyet					
Kadın (n=97)	9,4±4,1	10,0 (-6,0-16,0)	15,4±2,1	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Erkek (n=18)	11,3±4,2	13,0 (3,0-16,0)	15,7±1,7	16,0 (11,0-17,0)	<0,001
Yaş (Yıl)					
<65 (n=57)	9,6±3,7	10,0 (-3,0-16,0)	15,9±1,8	17,0 (7,0-17,0)	<0,001
≥65 (n=58)	9,9±4,6	11,0 (-6,0-16,0)	15,0±2,3	15,0 (7,0-17,0)	<0,001
Medeni durum					
Evli (n=76)	10,1±4,1	11,0 (-6,0-16,0)	15,6±1,9	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Bekar (n=10)	8,6±4,7	8,5 (-3,0-15,0)	15,6±1,6	16,0 (13,0-17,0)	<0,001
Dul/Boşanmış (n=29)	9,2±4,2	10,0 (0,0-16,0)	14,9±2,6	15,0 (7,0-17,0)	<0,001
Çocuk sahibi olma					
Evet (n=104)	9,8±4,1	11,0 (-6,0-16,0)	15,4±2,1	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Hayır (n=11)	8,9±4,6	9,0 (-3,0-15,0)	15,9±1,6	17,0 (13,0-17,0)	0,003
Eğitim Durumu					
Liseye kadar (n=55)	9,0±5,0	10,0 (-6,0-16,0)	15,1±2,4	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Lise ve üzeri (n=60)	10,4±3,0	11,0 (3,0-16,0)	15,7±1,7	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Erişkin dönem aşılaması hakkında bilgi sahibi olma durumu					
Evet (n=34)	10,8±3,3	11,5 (4,0-16,0)	15,8±1,2	16,0 (13,0-17,0)	<0,001
Hayır (n=81)	9,3±4,4	10,0 (-6,0-16,0)	15,3±2,3	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu					
Evet (n=72)	10,3±4,3	11,0 (-6,0-16,0)	15,3±2,3	16,0 (7,0-17,0)	<0,001
Hayır (n=43)	8,7±3,7	9,0 (-3,0-15,0)	15,7±1,7	16,0 (10,0-17,0)	<0,001

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, p: Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnekleme Testi

Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama tutum puanı değişimi incelendiğinde; bütün gruplarda eğitim sonrası erişkin bağışıklama bilgi puanı ortanca değerleri daha yüksekti ve erkeklerin tamamında eğitim sonrası erişkin bağışıklama tutum puanı değeri 3,0 idi ($p < 0,05$) (Tablo 52).

Tablo 52. Çalışma grubu özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama tutum puanı değişimi, Çanakkale, 2019

Değişkenler	Eğitim				p
	Öncesi		Sonrası		
	Tutum puanı		Tutum puanı		
	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsiyet					
Kadın (n=97)	0,9±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,3±1,1	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Erkek (n=18)	2,2±0,9	3,0 (1,0-3,0)	3,0	3,0	0,008
Yaş (Yıl)					
<65 (n=57)	0,9±1,6	1,0 (-3,0-3,0)	2,2±1,1	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
≥65 (n=58)	1,3±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,6±0,9	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Medeni durum					
Evli (n=76)	1,1±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Bekar (n=10)	0,9±1,7	0,5 (-1,0-3,0)	2,3±1,2	3,0 (0,0-3,0)	0,026
Dul/Boşanmış (n=29)	1,2±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	0,001
Çocuk sahibi olma					
Evet (n=104)	1,1±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Hayır (n=11)	0,7±1,6	0,0 (-1,0-3,0)	2,4±1,1	3,0 (0,0-3,0)	0,011
Eğitim Durumu					
Liseye kadar (n=55)	0,9±2,0	1,0 (-3,0-3,0)	2,5±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Lise ve üzeri (n=60)	1,3±1,3	1,0 (-1,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Erişkin dönem aşılması hakkında bilgi sahibi olma durumu					
Evet (n=34)	1,3±1,6	1,5 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	0,001
Hayır (n=81)	1,0±1,7	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumu					
Evet (n=72)	1,2±1,8	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,0	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001
Hayır (n=43)	0,9±1,5	1,0 (-3,0-3,0)	2,4±1,1	3,0 (-1,0-3,0)	<0,001

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, p: Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

Eğitim öncesinde erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünenlerin %98,6'sının, gerekmediğini düşünenlerin %83,3'ünün, bu konuda kararsız olanların ise %96,6'sının eğitim sonrasında erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli gördüğü saptandı. Eğitim öncesinde erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünen 1 kişinin eğitim sonrası bu konuda kararsız olduğu tespit edildi. Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$) (Tablo 53).

Tablo 53. Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme durumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme durumu (Eğitim ncesi)	Erişkin dönemde aşı yaptırılması gerektiğini düşünme durumu (Eğitim sonrası)			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
Evet n (%)	73 (98,6)	0 (0,0)	1 (1,4)	<0,001
Hayır n (%)	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	
Kararsız n (%)	28 (96,6)	0 (0,0)	1 (3,4)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Stuart-Maxwell Testi

Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşıyı reddetme tutumu, eğitim öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,180$). Eğitim öncesinde kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddedebileceğini belirtenlerin, eğitim sonrası %93,3'ünün olumlu yönde karar değiştirdiği, %6,7'sinin ise bu konuda kararsız olduğu görüldü. Eğitim öncesinde kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddetmeyeceğini beyan edenlerin tamamının eğitim sonrası aynı fikirde olduğu saptandı. Eğitim ncesi bu konuda kararsız olanların %79,3' eğitim sonrası, önerilecek aşıyı reddetmeyeceğini belirtti. Eğitim öncesinde kendisi veya çocukları için önerilecek herhangi bir aşıyı reddetme konusunda kararsız olan 1 kişi eğitim sonrası önerilecek aşıyı reddedebileceğini belirtti (Tablo 54).

Tablo 54. Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumunun eğitim öncesi ve sonrası değişimi, Çanakkale, 2019

Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu (Eğitim öncesi)	Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu (Eğitim sonrası)			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
Evet n (%)	0 (0,0)	14 (93,3)	1 (6,7)	0,180
Hayır n (%)	0,0 (0,0)	71 (100,0)	0,0 (0,0)	
Kararsız n (%)	1 (3,4)	23 (79,3)	5 (17,2)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Stuart-Maxwell Testi

Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü ile eğitim sonrasında kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Eğitim öncesinde kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü olanların, eğitim sonrası %64,3'ünün olumlu yönde tutum geliştirdiği, %35,7'sinin ise bu konuda kararsız olduğu görüldü. Eğitim öncesinde kendisi veya çocukları için önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü olmayan 1 kişi eğitim sonrası önerilecek aşığı reddedebileceğini belirtirken, 1 kişi de bu konuda kararsız olduğunu belirtti (Tablo 55).

Tablo 55. Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü ile eğitim sonrasında kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu karşılaştırması, Çanakkale, 2019

Kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü (Eğitim öncesi)	Kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme tutumu (Eğitim sonrası)			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
Evet n (%)	0 (0,0)	9 (64,3)	5 (35,7)	0,001
Hayır n (%)	1 (1,0)	99 (98,0)	1 (1,0)	

n: Sayı, %: Satır yüzdesi, p: Stuart-Maxwell Testi

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın kısa vadeli amaçları; Çanakkale ilinde yaşayan on sekiz yaş ve üzeri bireylerin erişkin aşılması konusunda bilgi, tutum, davranış durumlarının belirlenmesi ve bu konuda on sekiz yaş ve üzeri kişilere uygulanan eğitimlerin etkinliğinin saptanmasıdır. Uzun vadede ise; araştırma sonuçları doğrultusunda politika belirleyicilere veri sunulabilmesi, erişkin bağışıklamasına yönelik stratejilerin belirlenebilmesi ve bu hususta ulusal düzeyde verilebilecek eğitimler için örnek eğitim materyali oluşturulabilmesi amaçlanmıştır.

5.1. Araştırmanın 1. aşamasında elde edilen verilerin değerlendirilmesi

5.1.1. Erişkin dönem aşılmasını gerekli görme

Çalışmaya katılanların %77'si erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görürken %11,3'ü bu konuda kararsızdır, %11,7'si ise erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görmemektedir. Ankara'da ASM'lerde yürütülen başka bir çalışmada on sekiz yaş ve üzeri katılımcıların %50,5'inin erişkin dönem aşılmasını gerekli gördüğü, %9,9'unun gerekli görmediği saptanmıştır (21). Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran on sekiz yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada ise kişilerin %84,3'ü erişkin dönem aşılmasını gerekli gördüğünü belirtmiştir (90). Çalışmalar erişkin dönem aşılarını gerekli görme durumunun değişken olduğunu göstermektedir. Ancak farklılıklara rağmen yetişkinlerin erişkin bağışıklamanın gerekliliği konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada da incelenenlerin %37'si üniversite mezunu olmasına rağmen erişkin bağışıklamasını gerekli görme durumu yeterli düzeyde değildir. Bu durum eğitim sisteminde bağışıklamayla ilgili yeterli bilgilendirmenin yapılamadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda erişkin dönemde gerekli görülen aşılar; en sık tetanoz (%65,6), influenza (%53,8), kuduz (%53,6) ve hepatit B (%52,2) aşıları olarak

saptanmıştır. Antalya ilinde ASM'lerde, 19-64 yaş aralığındaki bireylerde yürütülen bir çalışmada en fazla bilinen erişkin aşıları influenza (%32), tetanoz (%30) ve hepatit B (%12) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada kuduz aşısının bilinme sıklığı ise %1 olarak saptanmıştır (20). Tetanoz ve kuduz aşıları genellikle yaralanmalar sonucu uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon programı çerçevesinde ve askerlik sırasında da aşı uygulamaları mevcuttur. Çeşitli dönemlerde influenza salgınları görülmekte olup bu durum sıkça medyaya yansımaktadır. Ayrıca kan yoluyla bulaşan Hepatit B hastalığı açısından Türkiye orta endemik bir ülkedir (91). Bu gibi durumlar bu aşılar konusunda daha fazla bilgi sahibi olma sonucunu doğuruyor olabilir. Bilgi sahibi olunan aşıların da daha fazla gerekli görüldüğü düşünülebilir. Ayrıca Çanakkale, özellikle belirli bölgelerinde hayvancılığın yoğun olduğu bir ildir. Hayvancılığın yoğun olması özellikle kuduz aşısı konusunda daha fazla bilgi sahibi olma ve dolayısıyla bu aşığı da yoğun bir şekilde gerekli görme tutumunu doğurmuş olabilir.

Aşıları gerekli görme olumlu tutumunun davranışa yansımalarının daha rahat olacağı düşünülebilir. Bu amaçla çalışmamızda aşı/ları gerekli görme durumunu etkileyen faktörler tek değişkenli analizlerle incelenmiştir. Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı bulunanlarda, erişkin dönemde kendisine aşı önerilmiş olanlarda, erişkin birinin aşılanması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme durumu daha fazla saptanmış ve bu durumlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığıyla erişkin dönem aşılanmasını gerekli görme durumları arasında ise fark saptanmamıştır. Oysa ki gerek yaşlanmaya gerekse kronik hastalık durumuna bağlı olarak bağışıklık sistemi zayıflamakta ve bu gruplar enfeksiyonlara yatkın hale gelmektedir. Bu nedenle bu gruplarda aşılanma özellikle önemlidir (16). Bu durum risk gruplarına yönelik eğitim uygulamalarının önemini artırmaktadır.

Aşılar için gerekli görme durumu tek değişkenli analizler ile incelendiğinde ise; erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme bütün aşılar için, erişkin dönemde kendisine aşı önerilmiş olma ise çoğu aşı için aşığı gerekli görme durumunu etkileyen faktör olarak saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar da kişilere sağlık çalışanları tarafından aşı önerilmesinin aşı yaptırmadaki en önemli faktörlerden biri olduğunu göstermektedir (92-94). Aşılama ile çevresini koruyabileceğini düşünenlerde aşığı gerekli görme durumunun fazla saptanması ise özellikle grip ve boğmaca gibi hastalıklar için önemlidir. Örneğin, ülkemizde yaygın kullanım alanı bulamamış olan 'koza stratejisi'nde erişkin dönem ve belirli hassas gruplardaki aşılama ile yenidoğanlarda boğmaca için dolaylı bir bağışıklık sağlanması amaçlanmaktadır (95).

Çalışmamızda erkeklerde, yaşlı grupta, eğitim durumu liseye kadar olanlarda, astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda influenza aşısını gerekli görme sıklığı daha fazla saptanmıştır. Yaşlı popülasyon ve kronik pulmoner hastalığı (astım, KOAH, kistik fibrozis) olanlar grip hastalığı için riskli gruplar olup aşılama önemli. DSÖ yaşlı popülasyonda risk faktörü aranmaksızın influenza ve pnömokok aşılarını önermektedir (96). Ülkemizde de SGK 24.03.2013 tarihli SUT'a binaen uzman hekim raporu aranmaksızın yaşlı popülasyonda yılda bir kez influenza ve beş yılda bir kez pnömokok aşıları karşılanmaktadır (97). Uygulanan ücret politikası yaşlı popülasyonda bu aşı özelinde bilinç durumunun daha yüksek belirlenmesinde etkili olabilir. Ayrıca yaşlı popülasyonda ve solunum sistemi hastalığı olanlarda influenza hastalığı prognozu daha ağır seyredebilmektedir. Bu durum da bilinç durumunun artışında etkili olabilir. Çalışma grubumuzun yarısından fazlası influenza aşılama gerekliliğini düşünürken, influenza aşılama sıklığı %26,8 olarak saptanmıştır. İnfluenza aşısı yaptıranların ise %27,2'si her yıl, %12,5'i ise son bir yıl içerisinde aşı yaptırdığını belirtmiştir. Bu durum tutumun davranışa yansımalarının az olduğunu göstermektedir. Oysa ki influenza aşısı için önemli olan her sene düzenli olarak aşının yaptırılıyor olmasıdır. Bu açıdan bakıldığında

da toplumun büyük bir bölümünün influenza aşısı sayesinde sürekli bir koruma sağlayamadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda altmış beş yaş altı grupta tetanoz aşısını gerekli görme durumu daha fazla saptanmıştır. Genç grubun daha aktif olması ve yaralanma gibi durumlarla daha sık karşılaşacağını düşünmesi bu durumu açıklayabilir. Eğitim durumu liseye kadar olanlarda ve algıladığı gelir durumu çok kötü/kötü olanlarda ise boğmaca aşısını gerekli görme durumu daha fazla bulunmuştur. Genellikle toplumdaki bu grupların sosyoekonomik durumlarının kötü olması ve düşük sosyoekonomik durumun bulaşıcı hastalıklar için risk teşkil etmesi bu gruplarda olumlu tutumu artırmış olabilir.

Yaşlı popülasyon pnömokok aşısı için özel bir risk grubudur. Ancak çalışmamızda yaşlı grupta pnömokok aşısını gerekli görme durumu biraz daha fazla saptanmakla birlikte diğer grupla arasında anlamlı fark belirlenmemiştir. Astım, bronşit, KOAH gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda ise pnömokok aşısını gerekli görme durumu daha yüksek saptanmış ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik pulmoner hastalığı olanlar pnömokok nedenli hastalıklar için özel risk grupları olup aşılınmaları önemlidir (16). Ülkemizde KOAH tanılı hastalar üzerinde yürütülmüş çalışmalar %10 ila %15 civarında pnömok aşılama sıklıkları bildirmektedir (98-100). Çalışma grubumuzun da %35,9'u pnömokok aşısını gerekli görmektedir, ancak pnömokok aşılama sıklığı sadece %1,9'dur. Bu nedenle konu hakkında hem özel risk gruplarına hem de halka yönelik bilgilendirme çalışmaları önem arz etmektedir.

Çalışmamızda çocukları için önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü olanlarda pnömokok aşısını gerekli görmeme durumu daha fazladır. Bu durum çocuk aşı reddi ile bireyin kendi erişkin aşılmasını reddetme durumlarının ilişkili olabileceğini göstermektedir. Aşılar konusunda olumsuz tutum geliştirmiş bireyler çocukları için de aşı reddi davranışında daha fazla bulunuyor olabilir. Bu nedenle erişkinlerde geliştireceğimiz olumlu tutum çocuk aşı redlerinin de azalmasına katkı sağlayabilir.

Altmış beş yaş altı grupta, bekarlarda, sağlık alanında çalışanlarda erişkin dönemde hepatit B aşısı yapılmasını gerekli görme durumu daha fazla saptanmıştır. Genç popülasyonun cinsel açıdan daha aktif olması nedeniyle kendini riskli grupta görmesi ve sağlık alanında çalışanların kan yoluyla bulaş riskinin yüksek olması bu durumu ortaya çıkarmış olabilir.

5.1.2. Erişkin dönem aşılması konusundaki bilgi kaynakları

Çalışmamızda şu ana kadar erişkin aşılı konusunda bilgi alınan kişi/yerler sorgulandığında en sık sağlık personelleri (%57,3) cevabı alınmıştır. Kişilerin %24,3'ünün ise herhangi bir bilgi kaynağı yoktur, %20,4'ü aile ve yakın çevresinden, %17,9'u televizyondan ve %17,2'si ise internetten bilgi almıştır. Uzuner ve arkadaşlarının İstanbul bölgesindeki çalışmasında en fazla bilgi alınan kaynaklar medya ve ikinci sırada ASM'ler olarak sıralanmaktadır (19). Aşık ve arkadaşlarının Antalya bölgesindeki çalışması da benzer sonuçlar göstermektedir; doktor ve/veya eczacı tarafından (%27), televizyondan (%16) ve internetten (%10) sıklıkla bilgi alındığı belirlenmiştir (19,20). Konya çalışmasında ise bilgi edinilen kaynaklar sırasıyla doktorlar (%49,3), televizyon-radyo-gazete (%41,1) ve internet (%23,3) olarak belirlenmiştir (90). Mutlu ve arkadaşlarının yaşlı popülasyon üzerinde yaptığı çalışmada ise kişilerin %76,9'u hekimlerden, %4,6'sı diğer sağlık çalışanlarından ve %15,7'si çevresindeki kişilerden bilgi aldığını belirtmiştir. Bu çalışmada medyadan bilgi sahibi olduğunu belirtenler ise çalışma grubunun %2,9'unu oluşturmaktadır (101). Polonya'da yapılan başka bir çalışmada en sık bilgi edinilen kaynaklar medya ve sağlık personelleri olarak bildirilmektedir (102). Yapılan çalışmalar sağlık çalışanları ve medyanın önemli bilgi kaynakları olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu hususta sık sık kurum içi eğitimler ile bilgilendirilmesi ve hastalarına aşı tavsiyesi konusunda yönlendirilmeleri önemlidir. Ayrıca medya da önemli bir bilgi kaynağıdır. Ancak özellikle sosyal medya aracılığıyla elde edilen bilgilerin doğruluğu ve bilimselliği şüphe arz edebilir. Örneğin aşılarda konusunda Youtube'daki Türkçe videoların değerlendirildiği bir çalışmada aşı karşıtı

videoların sayısının özellikle son üç yıl içerisinde arttığı bildirilmektedir (103). Bu açıdan medya hususunda Sağlık Bakanlığının çalışmalar yürütmesi ve bilimsellik arz eden bilgilerin toplumla medya organları aracılığıyla paylaşılması önemlidir.

5.1.3. Erişkin dönem aşıları hakkındaki düşünceler

Çalışma grubumuzun %51,2'si erişkin aşıları konusunda bilgisi olduğunu ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmediğini, %38,3'ü yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinlerin aşılmasını gerektiğini, %6'sı erişkin aşılarını tam olarak bildiğini, %4,4'ü herhangi bir fikri olmadığını, %3,9'u tüm erişkinlerin aşılmasını gerektiğini, %2,8'i aşıların sadece çocuklara uygulanması gerektiğini ve %3,5'i erişkin dönemde kesinlikle aşı gerekmediğini belirtmiştir. Aşık ve arkadaşlarının Antalya çalışmasında ise kişilerin %37'si sadece belirli hastalıkları olanların aşılmasını gerektiğini, %36'sı erişkin bağışıklamasından haberdar olduğunu ancak neler olduğunu tam olarak bilmediğini, %19'u erişkin aşılarını tam olarak bildiğini, %4'ü aşıların sadece çocuklara uygulanması gerektiğini ve diğer %4'ü erişkin dönemde aşılamanın gereksiz olduğunu belirtmiştir (20). Antalya çalışmasının popülasyonu 19-64 yaş aralığı olup bizim çalışma grubumuzla benzer olmamakla beraber; her iki çalışmada da toplumun erişkin aşıları konusunda tam olarak bilgisinin olmadığı, belirli hastalıklar durumunda aşı gerektiği yanlış bilgisinin yaygın olduğu ve erişkin aşılmasını gereksiz görenlerin azımsanmayacak sıklıkta olduğu görülmektedir. Mevcut veriler toplumun bu konu hakkında bilgilendirilmesinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu sırasında halka konu hakkında sürekli bilgi verilmesi, toplum eğitimleri, hekimlere mezuniyet öncesi ve sonrası uygulanan erişkin dönem aşı eğitimlerinin yoğunlaştırılması halkın bu konu hakkında doğru bilgi edinmesinde ve olumlu tutumunda etkili olacaktır.

Katılımcıların influenza aşısı hakkındaki düşünceleri sorgulandığında; %48'i erişkinlik döneminde de koruyucu olduğunu, %47,2'si hastalığın daha hafif geçirilmesini sağladığını, %11,7'si sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere, yaşlılara, gebelere vb. yapılması gerektiğini, %1,5'i sadece çocuklarda koruyucu

olduğunu, %11,2'si bir fikri olmadığını ve %17,6'sı erişkinlikte gerekli olmadığını belirtmiştir. Kişilerin tetanoz aşısı hakkındaki düşünceleri sorgulandığında ise; %80,6'sı erişkinlik döneminde de koruyucu olduğunu, %38,8'i hastalığın daha hafif geçirilmesini sağladığını, %8,3'ü sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere veya yaralanma, mesleki gereklilik vb. durumlarda yapılması gerektiğini, %0,3'ü sadece çocuklarda koruyucu olduğunu, %9'u bir fikri olmadığını ve %1,6'sı erişkinlikte gerekli olmadığını belirtmiştir. Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar tarafından en çok hepatit B ve tetanoz aşısının koruyuculuğuna inanıldığı, influenza aşısının ise koruyuculuğuna en az inanılan aşı olduğu belirtilmektedir (19). Aşık ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların en çok tetanoz aşısını erişkinlikte koruyucu olarak düşündüğü, en az bilinen aşılardan ise zona ve HPV aşısı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcılar tarafından en fazla bilgi sahibi olunan aşı influenza aşısı olmasına rağmen çoğu katılımcının etkinliğinden emin olmadığı görülmektedir (20). Aynı şekilde İngiltere çalışmasında da en çok bilgi sahibi olunan aşı grip aşısı bulunmuştur ancak koruyuculuğuna güvenilmediği bildirilmiştir. Grip aşısı için her yıl değişen suşların yeterince test edilmeden piyasaya sürüldüğü düşüncesinin toplumda yaygın olduğu belirtilmiştir (104). Çalışmamızda da influenza aşısını erişkinlikte gerekli görmeme düşüncesinin tetanoza göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda toplum içerisinde influenza aşısına karşı bir önyargı söz konusudur denilebilir. Virüsün her yıl suşlarının değişmesi nedeniyle aşı etkinliğinin değiştiği düşüncesi bu duruma yol açıyor olabilir. Oysa ki dünyada her yıl 290.000 ila 650.000 kişi grip ve komplikasyonlarından dolayı ölmektedir (105). Aşı grip hastalığı için koruyucu olup sağlıklı erişkinlerde %70 ila 90 koruma sağlamaktadır, yaşlılarda ise influenzaya bağlı ciddi hastalıkları ve komplikasyonları % 60'a ve ölümleri % 80'e kadar azaltmaktadır (96). Toplumda influenza aşısına karşı önyargıların azaltılması aşılama hızını artırabilir. Bu nedenle her fırsatta influenza hastalığı ve komplikasyonlarının topluma anlatılması ve aşının koruyuculuk düzeyi hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

5.1.4. Erişkin dönem aşılama kararında etkili faktörler

Çalışmamızda erişkin dönemde aşı yaptırma kararında en önemli görülen görüş ve öneriler; sırasıyla en fazla sağlık çalışanı görüş/önerisi (%92), okul eğitimi sırasında bilgilendirilme (%31,6) ve aile ve yakın çevre etkisi (%27) şeklindedir. Ankara ilindeki çalışmada ise katılımcılara erişkin aşılama konusunda nereden bilgi almak istedikleri sorulduğunda; doktor (%88,0), ebe/hemşire (%25,4),televizyon (%16,8) ve internet (%8,5) cevapları alındığı bildirilmektedir (21). Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran altmış beş yaş ve üzeri bireylerde yapılan başka bir çalışmada kişileri erişkin aşılama konusunda motive eden durumlar, sırasıyla en fazla doktor tavsiyesi (%70,4), kendi kararı (%23,1) ve aşının sosyal güvence kapsamında ve ücretsiz olması (%4,6) olarak belirlenmiştir (101). Avusturya'da yapılan bir çalışmada erişkin dönemde aşı yaptırma konusunda insanların en fazla aile hekimlerinden edindikleri bilgilere güvendikleri saptanmıştır (106). Yapılan çalışmalar genellikle sağlık çalışanlarından alınan bilgi/tavsiyenin erişkin aşıları konusundaki tutumda önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle aile hekimleri hizmet verdikleri toplum ile yakın temas halindedir. Bu açıdan hastalarıyla temas halinde oldukları her durumda erişkin aşıları konusunda onlara bilgi vermeleri önem arz etmektedir, aksi her durum kaçırılmış fırsat olarak görülmelidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin de konu hakkındaki hassasiyeti erişkin dönem aşılama sıklıklarının artmasına yardımcı olabilir. Yapılan bir çalışmada hekimlerin sadece %20,5'inin mezuniyet sonrasında erişkin aşılama konusunda eğitim aldığı ve büyük çoğunluğunun (%88,5) kendilerine pratik hatırlatma yapılmasını gerekli gördüğü belirlenmiştir (107). Bu bağlamda mezuniyet öncesi ve sonrasında sağlık görevlilerine verilecek eğitimlerin aşılar konusunda topluma doğru bilgilerin aktarılmasında da katkı sağlayacağı düşünülebilir.

5.1.5. Erişkin dönemde aşı yaptırma durumu

Çalışmamızda katılımcıların %72,4'ünün erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırdığı saptanmıştır. Çalışma grubunun en fazla yaptırdığı aşilar sırasıyla; tetanoz (%55,1), influenza (%26,8) ve hepatit B (%8,2) aşilarıdır. Uzuner ve arkadaşlarının İstanbul Maltepe ilçesinde yürütmüş olduğu çalışmada hayatında en az bir kez erişkin dönemde aşı yaptırmış kişiler çalışma grubunun %57,9'unu oluşturmaktadır ve en çok yaptırılan aşilar tetanoz (%42,1), influenza (%23,9) ve hepatit B (%18,2) olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada en az yaptırılan aşı ise %0,3 ile HPV aşısıdır (19). Kadın katılımcılar üzerinde gerçekleştirilen sadece HPV aşısının sorgulandığı başka bir çalışmada aşı yaptırma sıklığı %4,1 saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda da %0,6 ile HPV aşısı en az yaptırılan aşilar arasında gözükmektedir. Ankara'da ASM'lere başvuran on sekiz yaş ve üzeri bireylerde yürütülen bir çalışmada erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olan bireyler popülasyonun %45,1'ini oluşturmaktadır. Bu çalışmada da tetanoz/difteri, influenza ve hepatit B aşiları en fazla yaptırılan aşilardır. Tetanoz aşısı yaptırmış olanların yaklaşık üçte birinde aşı üzerinden 10 yıldan daha uzun süre geçmiştir. Bu çalışmada bir önceki sezon grip aşısı yaptırdığını belirtenlerin sıklığı ise %11,7 olarak saptanmıştır (21). Başka bir çalışmada da yine aynı şekilde tetanoz (%59), influenza (%35,1) ve Hepatit B (%28,1) aşiları en çok yaptırılan aşilar olarak saptanmıştır. Bu çalışmada tetanoz aşısı yaptıranların %53,2'sinin son 5 yıl içerisinde aşı yaptırdığı, influenza aşısı yaptıranların ise %23,4'ünün bu aşiyi her yıl düzenli olarak yaptırdığı bildirilmektedir (90). Antalya'da ASM'lerde gerçekleştirilen bir çalışmada hayatında en az bir kez erişkin dönem aşısı olma sıklığı %59; tetanoz aşısı olma sıklığı %45,7, influenza aşısı olma sıklığı %29,6 ve hepatit B aşısı olma sıklığı %17 olarak saptanmıştır (20). Türkiye İç Hastalıkları Derneği Ege Grubunun 12 binden fazla katılımcı üzerinde erişkin grupta yürüttüğü çalışmada herhangi bir aşı olma sıklığı %27,2 olarak bildirilmektedir. Aşı yaptırma sıklığı tetanoz için %22,8, influenza için %4,5, hepatit B için %4,1 ve pnömokok için %1'dir (109). Kanada çalışmasında ise yetişkinlerin son 10 yıl içerisinde tetanoz aşısı olma sıklığı %54, kesici delici alet yaralanması sonrası tetanoz aşısı olma sıklığı ise %82 olarak bildirilmektedir

(110). Bal ve arkadaşlarının Mersin ilinde bir ASM'de yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada on sekiz yaş ve üstünde herhangi bir aşı yaptırma sıklığı %47,7 olarak bildirilmektedir. En çok yaptırılan aşılardan influenza (%34,2) ve tetanoz (%12,7) aşılardır (111). Mutlu ve arkadaşları yaşlı popülasyonda herhangi bir aşı yaptırma sıklığını %35,6 olarak belirtmektedir. Bu çalışmada katılımcıların %33,9'unun influenza, %9,9'unun pnömokok, %1,3'ünün tetanoz ve %0,7'sinin Hepatit B aşısı yaptırdığı saptanmıştır. İnfluenza aşısı yaptıranların %47,1'i düzenli olarak her yıl yaptırırken, %40,3'ü sadece bir kez yaptırmıştır (101). Vural ve arkadaşlarının altmış yaş ve üzeri kişilerde Antalya'da yürüttüğü çalışmada ise katılımcıların aşı yaptırma sıklıkları influenza için %38,6, tetanoz için %10,7 ve pnömokok için %8,1 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada influenza aşısı yaptıranların %74,8'inin son bir yıl içerisinde aşı yaptırdığı saptanırken tetanoz aşısı yaptıranların %15,6'sında aşı üzerinden on yıldan daha fazla süre geçtiği bildirilmektedir (112). İspanya'da yaşlı popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada influenza aşısı olma sıklığı %68 olarak saptanmıştır (113). CDC tarafından ise Amerika'da 2016-2017 sezonunda erişkinlerin %45,4'üne influenza aşısı uygulandığı belirtilmektedir. Son on yıl içerisinde tetanoz toksoidi içeren herhangi bir aşı olan erişkinlerin sıklığı ise %63,4'tür (114). Araştırmalar da en çok yaptırılan aşılardan genellikle benzerlik göstermekle beraber, yaşlı popülasyon üzerinde yürütülmüş çalışmalarda değişkenlik de görülebilmektedir. Özellikle ülkemiz çalışmalarında bu durumun nedeni influenza ve pnömokok aşılarının bu yaş gruplarında ücretsiz olarak uygulanıyor olması olabilir.

Çalışmamızda tetanoz aşısı erişkin dönemde en çok yaptırılan aşıdır ve bu durum literatürle uyumlu gözükmektedir. Tetanoz aşısı yaptıranların ise %17,7'si son bir yıl içerisinde, %45,2'si de 1-10 yıl içerisinde aşısı yaptırmıştır. Ülkemizde tetanoz aşısı daha ziyade yaralanmalar sonucu acil servislerde uygulanmaktadır. Ayrıca maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon programı çerçevesinde ve askerlik görevi sırasında da aşı uygulamaları yapılmaktadır, bu durumlar da tetanoz aşısı yaptırma sıklığının diğer aşılara göre bir nebze yüksek saptanmasını açıklayabilir. Tetanoz aşısı belirli aralıklarla rapel gerektirmektedir. Yaralanma durumunda da yaralanmanın özelliğine göre tetanoz aşısının son

uygulanma zamanı önemlidir; bu durum sorgulanarak gereğinde aşı uygulanmaktadır. Bizim çalışmamız ve literatürdeki çalışmalar bu süre zarfları içerisinde tetanoz aşısını yaptırmış kişilerin istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Kişiler herhangi bir zamanda oldukları tetanoz aşısı ile ömür boyu koruma sağlayacaklarını düşünüyor olabilirler. Oysa ki zamanla aşının koruyuculuğu azalmaktadır. Bu nedenle her aşı uygulaması sonrası kişilere bu hususta bilgi verilmesi önemlidir.

Çalışmamızda grip aşısı erişkin dönemde en çok yaptırılan ikinci aşıdır. Grip aşısı yaptıranların %27,2'sinin her yıl düzenli olarak aşığı yaptırdığı, %12,5'inin ise son bir yıl içerisinde grip aşısı olduğu belirlenmiştir. Kimi zaman beklediğimizden daha ölümcül grip salgınları görülmesi ve konunun medyadaki yansımaları bu konudaki korkuyu ve ötesinde bilinci artırıyor olabilir. Bu durum da grip aşısı yaptırma sıklığına yansıyor olabilir. Ancak literatürdekine benzer şekilde, grip aşısını her yıl düzenli olarak yaptıranların sıklığı istenen düzeylerde değildir. Grip aşısı, her yıl bir önceki yılın suşlarına göre hazırlanmakta ve uygulanmaktadır. Bu açıdan her sene düzenli olarak grip aşısı yaptırılması önemlidir. Halkın bu konuda da aşı uygulamaları sırasında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışma popülasyonumuzda en çok yaptırılan üçüncü aşı %8,2 sıklık ile hepatit B aşısıdır. Tosun ve arkadaşlarının çalışmasında da ülke genelinde hepatit B aşılama sıklığı %6 olarak bildirilmektedir (115). Hepatit B hastalığının evlilik öncesi taramaları yapılmakta ve insanlar bu konuda bilgilendirilmektedir. Genellikle cinsel yolla bulaşan bu hastalığın kişilerde etyolojik araştırmalar sırasında çoğunlukla araştırılıyor olması hepatit B aşısı yaptırma sıklığı üzerinde etkili olabilir. Ancak aşılama sıklıkları istenenden çok uzaktır. Ayrıca hepatit B aşılama doz sayısı çalışmamızda sorgulanmamıştır. Bu açıdan aşılansın olan kişilerin de ne kadarında seropozitivite olduğu bilinmemektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; hiçbir erişkin aşısında uygulanma sıklığı istenen düzeylerde olmamakla birlikte HPV aşısı gibi aşılarla bu oranlar

daha da düşmektedir. Bizim araştırmamızda da HPV aşısı yaptırma sıklığı %0,6 olarak oldukça düşük saptanmıştır. Cinsel yolla bulaşın sık olduğu HPV enfeksiyonunda hepatit B kadar uygulanma sıklığının saptanmaması düşündürücüdür. HPV aşısı servikal kanserler için koruyucudur ve HPV enfeksiyonun taraması ülkemizde rutin olarak yapılmaktadır. Bunun yanı sıra HPV enfeksiyonu penis kanseri gibi erkekleri daha çok ilgilendiren kanserlerin etiolojisinde de yer almaktadır (116). Yapılan çalışmalarda HPV aşısının erkeklerde de uygulandığını toplumun yarısının bilmediği gösterilmektedir (19). Çin'de yapılan bir çalışmada HPV aşısı yaptırma konusundaki isteksizliğin nedenleri; aşıyı güvenilir bulmama, HPV enfeksiyonu nedenli genital kanserler için kendini riskli grupta görmeme ve aşının ücreti gösterilmektedir (117). HPV aşısı diğer aşılarla göre nispeten daha yakın zamanda kullanıma girmiş bir aşıdır. Bu nedenle toplumda bilinirliği düşük olabilir. Özellikle sağlık çalışanları tarafından her fırsatta topluma konu hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılması önemlidir. Aşının ücreti de HPV aşı uygulamasının istenenin çok altında olmasında etkili olabilir. Aşı ücreti hususunda yapılacak düzenlemeler aşılama hızının artmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çocukluk dönemi aşı durumu sorgulanmıştır. Kişilerin %63,3'ü bütün çocukluk dönemi aşılarının yapıldığını belirtirken, %25,5'i çocukluk dönemi aşılarının yapıldığını ama tamamının yapıp yapılmadığı konusunda bir fikrinin olmadığını belirtmiştir, %2,8'i ise çocukluk dönemi aşılarının yapılmadığını beyan etmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların sadece %13'ü çocukluk dönemi aşı kartının kendisinde veya ailesinde bulunduğunu belirtmiştir. Çocukluk dönemi aşılama durumu ile erişkin dönemde aşı yaptırma durumu arasında ise bir ilişki saptanmamıştır. Bal ve arkadaşlarının yaşlı bireyler üzerinde yürüttüğü çalışmada kişilerin %45,8'inin çocukluk dönemi aşılarını yaptırma durumunu bilmediği, %36,5'inin çocukluk dönemi aşılarının tamamlandığı, %17,7'sinin ise tamamlanmadığı bildirilmektedir (111). Araştırmalar arasındaki farklılıklar iki çalışma grubunun yaş aralığının farklı olmasından kaynaklanabilir. Çocukluk dönemi aşı kartlarının kişilerde

bulunmaması ve erişkin dönemde ise aşı kartlarının olmayışı elde edilen verileri hafıza faktöründen etkilenir hale getirmektedir.

5.1.6. Erişkin dönem aşılmasının uygulandığı merkezler

Çalışmamızda erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olanların aşı uygulattığı merkezler sorgulandığında; en sık devlet hastanesi (%43,7) ve ASM'lerin (%37,4) aşı uygulaması için kullanıldığı saptanmıştır. Ankara ilinde ASM'lere başvuran erişkinler üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların %39,0'ı ASM'lerde, %34,8'i hastanelerde ve %10,9'u toplum sağlığı merkezlerinde aşı uygulaması yaptırdığını belirtmiştir. Çalışma grubuna nerede aşı olmaya daha çok güvenirsiniz diye sorulduğunda ise; sırasıyla en çok hastane (%65,8), ASM (24,4) ve özel doktor (%4,7) cevapları alınmıştır (21). Mersin çalışmasında altmış beş yaş ve üzeri bireylerin en sık sağlık kurumu (%41,7) ve eczanede (%34,2) aşı yaptırdığı bildirilmektedir (111). Çalışmamızda ASM'lere nazaran devlet hastanelerinde daha fazla erişkin dönemi aşısı uygulandığı belirlenmiştir. Devlet hastaneleri ikinci basamak sağlık kurumlarıdır. Aşı uygulamaları ise bir koruyucu sağlık hizmeti olup birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde yapılması daha uygun olacaktır. Böylece ikinci basamak sağlık kurumlarının iş yoğunluğu azaltılabilir ve sağlık sistemimizin işleyişi bu açıdan hızlandırılabilir. Aile hekimlerine hem hastalarına erişkin dönem aşılarını önermeleri hem de bu uygulamaların sevk gereksinimi olmadan kendileri tarafından yapılması hususunda eğitimlerin verilmesi mevcut durumu kolaylaştırabilir. Ankara çalışmasında halkın aşı uygulamasında devlet hastanelerine daha çok güvendiği saptanmıştır. Bu durumun da ayrıntılı düşünülmesi gerekmektedir. Aşı uygulaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha ziyade birinci basamak sağlık kurumlarının işi olduğu halk eğitimlerinde vurgulanmalıdır. Ayrıca çalışmamızda erişkin dönemde en sık uygulanan aşı tetanoz aşısı olarak saptanmıştır. Ülkemizde bu aşının daha ziyade yaralanmalar sonucu hastane acil servislerinde uygulandığı düşünülecek olursa, bu nedenle de devlet hastanesinde aşı uygulanma sıklığı daha yüksek saptanmış olabilir.

5.1.7. Erişkin dönem aşılması yaptırma ve yaptırmama gerekçeleri, aşı reddi durumu

Çalışmamızda erişkin dönemde aşı yaptırmış olanlar sorgulandığında; aşı yaptıranların sıklıkla zorunluluk (kesici delici alet yaralanması, hayvan ısırması gibi) (%42,7), korunma amaçlı (%24,4), gebelik (%18,3) ve askerlik(%14,1) nedeniyle aşı yaptırdığı belirlenmiştir. Katılımcıların %58,9'una erişkin dönemde aşı yaptırmaması önerilmiştir ve aşı önerilen kişilerin %90,6'sı önerilen aşıyı yaptırmadan, %9,4'ünün yaptırmadığı saptanmıştır. Önerilen erişkin dönem aşısını yaptırmadığını belirten katılımcıların ise en sık gerekçeleri; aşılardan hastalıklara karşı koruyucu olduğunu düşünmeme (%26,3), aşı yaptırmayı gerekli görmeme/aşılardan zararlı olduğunu düşünme (%23,7) ve aşı yaptırmaktansa, hastalığı geçirerek bağışıklık kazanacağını düşünme (%21,1) şeklindedir. Aşılardan koruyucu bulmama, gerekli görmeme ve zararlı olduğunu düşünme birlikte düşünülecek olursa aşı reddinde bulunanların yarısının aşılara karşı güvensizliği olduğu söylenebilir. Ankara'da yapılan çalışmada aşı yaptırmama gerekçeleri en sık korunma amaçlı (%55,9), yaralanma nedeni (%26,3), gebelik (%17,5) ve askerlik (%12,3) olarak belirlenmiştir (21). Uzuner ve arkadaşlarının çalışmasında 'Eğer yaptırmadığınız aşı varsa neden yaptırmadınız?' sorusuna en sık alınan cevaplar konu hakkında bilgilendirilmemiş olma (%47,1), aşılardan yaptırmayı gerekli görmeme (%43,2) ve aşılardan yan etkileri olduğunu düşünme (%3,1) şeklindedir (19). Mutlu ve arkadaşlarının altmış beş yaş ve üzeri bireylerde yürütmüş olduğu çalışmada ise aşı yaptırmayan katılımcıların en sık gerekçeleri; aşı yaptırmama gerekliliğini bilmemek (%57,4), aşılardan hastalıkları önlemede etkili olduğuna inanmamak (%9,2) ve yan etkileri konusunda endişelenmek (%12,4)'tir (101). Bolatkale ve arkadaşlarının çalışmasında ise aşı yaptırmama gerekçesi olarak en sık mikroplara karşı direnç oluşturmak (%67,4) cevabı alınmıştır (90). Bal ve arkadaşlarının yaşlı bireyler üzerindeki çalışmasında ise on sekiz yaş ve üzerinde aşı yaptıranların sıklıkla doktor önerisi (%66,1), kesici ve delici alet yaralanması sonrası (%11,3) ve hacca giderken (%11,3) aşı yaptırdığı; altmış beş yaş ve sonrasında aşı yaptıranların ise en sık kesici ve delici alet yaralanmasından dolayı (%46,8), doktor önerisiyle (%39,2) ve hacca gitmek için (%10,1) aşı

yaptırdığı bildirilmektedir. On sekiz yaşından sonra herhangi bir aşı yaptırmamış olanların en sık gerekçeleri aşılarda bilgi sahibi olmamak (%47,8) ve gerekli olduğunu düşünmemek (%46,3) şeklinde bildirilmektedir (111). Çalışmalar bir bütün olarak ele alındığında halkın bilgilendirilmediği için aşı gerekliliği konusunda fikrinin olmadığı, korunma amaçlı rutin olarak aşı yaptıranların az olduğu ve genellikle aşılanmanın kesici delici alet yaralanması, hayvan ısırması, gebelik, askerlik, hac ziyareti gibi çeşit zorunluluklardan kaynaklandığı görülmektedir. Aşı yaptırmayanların gerekçeleri incelendiğinde ise daha ziyade aşılarda bilimsel olmayan yanlış bilgiler dikkati çekmektedir. Bütün bunlar göz önüne alındığında hem halkın bilgilendirilmesine yönelik, hem de halkı bilgilendirecek sağlık personellerine yönelik eğitimler çok önemlidir. Medya kaynakları da bu amaç için kullanılabilir. Bu şekilde aşılarda konusundaki yanlış bilgiler azaltılabilir. Aynı zamanda toplumun görüşlerine önem verdiği figürlerin aşı savunuculuğu yapması ve konu hakkındaki bilimsel bilgi ve verileri toplumla paylaşması yanlış bilgilerin azaltılmasında etkili olabilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi katılımcıların %4,9'unun çocuk/ları için önerilen herhangi bir aşığı reddettiği saptanmıştır. Çalışma popülasyonumuz ASM'lerden hizmet alan bireyler olup, aşı reddi tutumunda bulunan ebeveynlerin aşılanma amaçlı ASM'lere başvurmayacağı düşünülebilir. Ancak buna rağmen çocuk sahibi katılımcılarda %5'lere yakın bir aşı reddi öyküsü saptanmış olup bu durum azımsanmayacak sıklıktadır. Toplumun bilgilendirme çalışmaları çocuk sahibi olan kişilerin aşılarda konusuna bakış açısını da etkileyerek çocukluk dönemi aşı redlerinin de azalmasına katkı sağlayabilir.

5.1.8. Aşı yan etkileri konusundaki düşünceler

Çalışmamızda katılımcıların %66,0'ı aşı yan etkilerinden hiç korkmadığını, %3,4'ü kararsız olduğunu, kalan popülasyon ise korktuğunu belirtmiştir. Erişkin dönemde aşı yaptırmış olanların %10,1'i herhangi bir yan etki ile karşılaşmıştır. Yan etki ile karşılaşılan her bir aşı irdelendiğinde, aşılarda sonrası sıklıkla ateş, enjeksiyon bölgesinde ağrı ve/veya şişme yan etkilerinin görüldüğü belirlenmiştir.

Erişkin dönemde aşı yaptırılması önerilmiş ancak önerilen aşıyı yaptırmamış kişilerin %10,5'inin aşı yan etkilerinden korktuğu için önerilen aşıyı yaptırmadığı saptanmıştır. Bu grupta korkulan aşı yan etkileri ağrı, ateş ve aşı sonrası hasta olmaktır. Ayrıca çocukları olan katılımcıların %17,4'ü aşı sonrası herhangi bir yan etkiyle karşılaştığını belirtmiştir. Bu grupta en sık karşılaşılan yan etki ateş (%86,0)'tir. Ankara'da yürütülen çalışmada erişkin dönemde aşı yaptıran kişilerin %12,0'ında yan etki ortaya çıktığı, bu kişilerin de %24,0'ının yan etki kaynaklı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı bildirilmektedir (21). Konya çalışmasında ise çalışma grubunun %67,7'si aşuların yan etkileri olduğunu düşünmektedir. Düşünülen yan etkiler en sık alerji (%55,5), ateş (%51,5) ve ağrı (%34,6) olarak belirtilmektedir (90). Yaşlı bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise aşı yan etkileri konusunda endişe belirten kişiler çalışma grubunun %12,4'ünü oluşturmaktadır (101). Aşı yan etkilerinden kaynaklı korku aşı reddi durumuna yol açabilen faktörler arasındadır. Aşılar yan etkileri olabilen ürünlerdir. Ancak sağladıkları fayda ve görülen yan etkilerin daha ziyade kısa süre içerisinde kendiliğinden iyileşen şikayetler olduğu düşünülecek olursa bu durum göz ardı edilebilir. Bu durumun halk eğitimlerinde veya sağlık personellerince topluma anlatılması aşı reddi tutumunun azalmasını sağlayabilir. Konya çalışmasında aşı sonrası olabilecek yan etkiler sorgulandığında alerji cevabının önemli bir yüzdeyi oluşturduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise aşı alerjisi olduğunu belirten katılımcı sayısı 4 (katılımcıların %0,6'sı)'tür. Aşı içeriğindeki maddelere karşı alerjik reaksiyon rastlanabilen yan etkilerdendir. Ancak kullanılan her kimyasal ürün için alerji durumu yaşanabilir. Bütün bu açılardan irdelendiğinde aşular güvenilir ürünlerdir. Ayrıca aşı sonrası yan etkiler bir izleme programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından kontrollü bir şekilde izlenmekte olup, gerekli önlemler alınmaktadır. Bu durum hakkında topluma daha fazla bilgi verilebilir.

5.1.9. Erişkin dönem aşularının ücretlendirilmesi ve bu konu hakkındaki düşünceler

Çalışma grubumuzda aşı yaptıranların %82,3'ü herhangi bir ücret ödemediğini, %9,7'si ücret ödediğini ve %3,4'ü bazı aşular için ücret ödediğini, bazıları için ise ücret ödemediğini beyan etmiştir. Katılımcılara erişkin dönem aşularının ücretlendirmesi hakkındaki düşünceleri sorulduğunda ise; %36,4'ünün bu konuda herhangi bir fikri yokken, %28,4'ü tüm erişkin aşularının devlet tarafından karşılandığını düşünmektedir. Kişilerin %26,8'i bazı aşuların ücretlerinin devlet tarafından karşılandığını, %10,6'sı bazı hastalığı bulunan kişilerde, gebelerde, yaşlılarda vb. aşuların devlet tarafından karşılandığını ve %4,2'si ise erişkin aşularının ücretlerinin kişiler tarafından ödendiğini belirtmiştir. İstanbul Maltepe ilçesinde ve Antalya'da yapılan çalışmalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun sadece belirli aşuların devlet tarafından karşılandığını düşündüğü saptanmıştır (İstanbul: %46, Antalya: %40) (19,20). Bolatkale ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %94,3'ünün aşı için cebinden para çıkmadığı, %5,7'sinin ise ödeme yaptığı belirlenmiştir (90). Çalışmamızda erişkin dönem aşı ücretlendirmeleri hususunda bir fikri olmayan katılımcı sayısı çoktur. Bazı aşuların ücretlerinin devlet tarafından karşılandığını ve bazı hastalığı bulunan kişilerde, gebelerde, yaşlılarda vb. aşuların devlet tarafından karşılandığını belirtenler beraber düşünüldüğünde literatür ile uyumlu bir sonuç elde edildiği görülmektedir. Ancak ücretlendirme hususunda da yanlış bilgilerin olabildiği görülmektedir. Bu nedenle de kişiler erişkin aşuları konusunda bilgilendirilirken ücretlendirme konusunun da ayrıntılı bir şekilde anlatılmasında fayda vardır.

5.1.10. Erişkin dönemde aşı yaptırma durumunu etkileyen faktörler ve aşı önerilmesi

Çalışmamızda erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırmış olma durumunu etkileyen faktörler tek değişkenli analizler ile incelendiğinde, altmış beş yaş altında olanlarda, sağlık alanında çalışanlarda, lise ve üzeri eğitim düzeyinde

olanlarda, sosyal medyayı aktif olarak kullananlarda, erişkin birinin aşılınması ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünenlerde, alerjisi olanlarda, erişkin dönemde kendisine aşı önerilmiş olanlarda ve erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görenlerde aşı yaptırma durumu daha yüksek bulunmuş ve bu durumlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Aşığı gerekli görme durumunun aşı yaptırmayı artırması olumlu tutumun olumlu davranışa dönüştüğünü göstermektedir. Cinsiyet ve kronik hastalık varlığıyla erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırma arasında ise fark saptanmamıştır. Literatürde erişkin dönem aşılınmasını etkileyen faktörlerin çeşitlilik gösterebildiği görülmektedir. Kronik hastalık durumu ile erişkin dönem aşılınma sıklıkları arasında önemli bir farklılık saptanmayan çalışmalar olmakla birlikte (19,111), kronik hastalık tipine göre farklılık belirlenen çalışmalar da mevcuttur (101). Mutlu ve arkadaşlarının çalışmasında erişkin dönemde aşı yaptırmış olanlarda KOAH, kronik kalp hastalığı ve kronik böbrek hastalığı bulunma sıklığı anlamlı şekilde yüksek saptanmış, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kronik karaciğer hastalığı ise bir nebze daha yüksek belirlenmekle birlikte istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Özellikle kronik kalp hastalığı olanlarda influenza; kronik akciğer, kalp ve böbrek hastalığı olanlarda ise pnömokok aşısı yaptırma açısından fark saptanmıştır. Bu çalışmada da bizim çalışmamızdakine benzer şekilde cinsiyet değişkeni ile aşı yaptırma durumu arasında herhangi bir ilişki saptanmazken, ilköğretim görmüş olanlarda anlamlı düzeyde aşı yaptırmanın arttığı belirlenmiştir (101). Altmış yaş ve üzeri bireylerde yürütülmüş Antalya çalışmasında eğitim durumu, cinsiyet ve yaş değişkenleri ile influenza, pnömokok ve tetanoz aşılarını yaptırma durumları arasında bir ilişki saptanmamıştır (112). Mersin ilinde yaşlı bireylerin on sekiz yaş ve sonrası aşı yaptırma durumunun cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve meslek değişkenlerinden etkilenmediği, altmış beş yaş ve sonrası aşılınma durumunun ise yaş, cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Altmış beş yaş ve sonrası aşı yaptırmanın çoğunluğu 65-74 yaş aralığında, erkek cinsiyette, ilköğretim ve üstü eğitim düzeyinde saptanmıştır (111). Aşık ve arkadaşlarının Antalya çalışmasında cinsiyet değişkeni erişkin dönemde aşı yaptırma durumunu etkileyen bir faktör olarak

saptanmış; kadınların %70'inin, erkeklerin ise %48'in erişkin dönemde herhangi bir aşı yaptırdığı belirlenmiştir. Bu çalışmada yaş ve eğitim durumuna göre bir farklılık saptanmamıştır (20). Aksakal ve arkadaşlarının Ankara çalışmasında ise cinsiyet ve yaş değişkenlerinin erişkin dönemde aşılama durumunu etkilemediği bildirilmektedir (21). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi değişkenlerin aşı yaptırma davranışına olan etkisinin bulunulan coğrafyanın farklı sosyokültürel özelliklerinden etkilendiği düşünülebilir.

Erişkin dönemde aşı yaptırmış olma durumunu etkileyen faktörlerin ileri analizler ile daha ayrıntılı incelenebilmesi amacı ile PATH analizi uygulanmıştır. PATH analizindeki doğrudan etkilerde; yaşın azalması, erkek olma, herhangi bir kronik hastalığın bulunması, alerjinin olması, evli olma, erişkin birinin aşılama ile yakınındaki bebek, çocuk ve gebelerin hastalıktan korunabileceğini düşünme, çocukluk dönemi aşı kartının kişinin kendisinde veya ailesinde bulunmaması ve erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme ile aşı yaptırma eğilimi olduğu belirlenmiştir. Dolaylı etkide (aracı değişken: erişkin dönemde aşı önerilme durumu) ise sağlık çalışanı olma ve erişkin dönemde aşı yaptırmayı gerekli görme pozitif açıklayıcı değişkenler olarak saptanmıştır. Doğrudan etkide erişkin dönemde aşı yaptırmayı etkilediği saptanan bağımsız değişkenlerin bir çoğunun etkisi aracı değişken olarak erişkin dönemde aşı önerilme durumu kullanılmasıyla ortadan kalkmıştır. Yani erişkin dönemde kişilere aşı önerilmesi sonucunda çeşitli sosyodemografik faktörlerden (yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi) olabildiğince bağımsız olarak insanlar aşı yaptırma eğilimine girmektedir. Literatür incelendiğinde; erişkin aşılamaının yeterli düzeyde uygulanamamasının çeşitli nedenleri olduğu görülmektedir. Hekimin bilgi eksikliği, yetersiz aşı temini, aşılama maliyeti, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlılığı, daha ziyade tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelme ve en önemlisi aşı önerilmemesi bu nedenler arasında sayılmaktadır (92-94,118). Bu nedenle sağlık çalışanlarının verdikleri hizmet sırasında insanlara erişkin dönem aşılarını önermesi ve bunu bir sorumluluk haline getirmesi çok önemlidir. Sosyal medya, televizyon, kamu spotları halkın bilgilendirilmesi ve erişkin dönem aşılarının önerilmesi amacıyla kullanılabilir. Bu konuda araştırmamızın ikinci aşamasında

olduğu gibi uygulanan halk eğitimi de aşı önerilmesi şeklinde yorumlanabilir. Bu eğitimlerin sıklığının artırılması erişkin dönem aşılama oranlarımızı artırabilir. Türk Tabipler Birliği, Uzmanlık Dernekleri, sivil toplum örgütleri halkın bu konuda bilgilendirilmesi ve insanlara aşı önerilmesi amacıyla çalışmalar yürütebilir.

Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde çalışmamızda elde edilen verilerin desteklendiği görülmektedir, aşı önerilmesi durumunda aşı yaptırma sıklıkları artmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde iki binden fazla kişi üzerinde yapılan bir çalışmada aşılama oranlarının %68,2'sinin doktor önerisi sonrası aşılandığı saptanmıştır (119). Hekimler tarafından hastalara aşı önerilme durumlarının incelendiği çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Ülkemizde hekimlerin erişkin dönem aşılama konusundaki farkındalığının saptanması amacıyla yürütölen bir çalışmada, hekimlerin %90'ının hastalarına aşı önerdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada hekimlerin erişkin dönemde aşılama sıklığı %86 olarak saptanmıştır. Hekimler tarafından en fazla olunan aşular hepatit B (%33), tetanoz (%32) ve influenza (%18) aşularıdır. Hekimlerin hastalarına önerdikleri aşular ise en fazla influenza (%22), pnömokok (%22) ve hepatit B (%22) aşularıdır (107). Ankara il merkezinde aile hekimleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %54,2'sinin erişkin hastalarını aşılama açısından bazen sorguladığı, %22,7'sinin ise nadiren sorguladığı belirtilmektedir. Hekimlerin %51,5'i erişkin dönem aşularını bazen, %24,3'ü ise nadiren önermektedir. Hekimlerin hastalarına en çok önerdikleri aşular ise influenza (%56,7), hepatit B (%39,4) ve tetanoz (%32,2) aşularıdır. Bu çalışmada aile hekimlerine hastalarına niçin her zaman erişkin aşularını önermedikleri sorulduğunda hatırlatıcı/uyarıcı sistem olmayışı (%58,4), bilgi eksikliği/kime hangi aşuyu önereceğini bilmeme (%57,4) ve hastalarının aşılama durumunu bilmeme (%47,1) cevapları alınmıştır (120). Yozgat Bozok Üniversitesi'nde risk grupları içerisinde yer alan (diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, KOAH, kronik böbrek yetmezliği hastaları) yaklaşık üç bin yaşlı birey üzerinde yürütölmüş olan başka bir çalışmada influenza aşılama sıklığı %12,3, pnömokok aşılama sıklığı %3 ve her iki aşuyu yaptıranların sıklığı %2,8 olarak saptanmıştır. İnfluenza aşısı yaptırmamış kişilerin %92,9'u, pnömokok aşısı yaptırmamışların ise

%98,9'u bu aşıların doktorları tarafından kendilerine önerilmediğini belirtmişlerdir. Risk grupları arasında en az pnömokok aşısı yaptıran grup diyabetes mellitus tanılı hastalar olup bu grupta doktor tarafından aşı önerilme durumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Pnömokok aşısı önerilenlerin %73,7'sinin ve influenza aşısı önerilenlerin ise %68,4'ünün önerilen aşığı yaptırdığı saptanmıştır (121). Almanya, İtalya, İspanya, İngiltere ve Fransa'yı kapsayan on dört yaş ve üzerindeki bireylerin influenza aşılama durumlarının araştırıldığı çok merkezli bir çalışmada; katılımcıların %55,8'inin ciddi bir hastalık olarak influenzayı gördüğü, %55,2'sinde aile hekimi veya hemşireler tarafından aşı önerildiği ve %36,1'inin aile bireyelerine hastalığı bulaştırmamak amacıyla aşı yaptırdığı belirlenmiştir (122). Literatürdeki çalışmalar aşı önerilmesinin erişkin dönemde aşı yaptırmada en önemli faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda da PATH analizi ile, kişilere aşı önerildiğinde çoğu sosyodemografik değişkenden bağımsız olarak insanların aşı yaptırmaya davranışına yöneldiği gösterilmiştir.

Sonuç olarak araştırmamızın ilk aşamasında toplum içerisinde erişkin dönem aşıları konusunda yanlış bilgilerin veya bilgilendirilmeme/önerilmeme nedeniyle habersizliğin azımsanmayacak derecede olduğu saptanmıştır. Tetanoz, influenza ve hepatit B aşıları en sık yaptırılan aşılar olarak belirlenmiştir. Diğer aşıların yaptırılma sıklığı ise %2'lerin altındadır. Bu nedenle erişkin dönem aşılama konusunda topluma bilgi verilmesi, öneminin anlatılması ve toplumumuz içerisinde erişkin dönem aşılama sıklıklarının artırılması önem taşımaktadır.

5.2. Araştırmanın 2. aşamasında elde edilen verilerin değerlendirilmesi

Araştırmanın birinci aşamasındaki kesitsel çalışmada kişilere aşı önerilmesi erişkin dönemde aşı yaptırmada en önemli faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Toplum bazlı eğitim çalışmaları da halka bu konuda bilgi verilmesi ve aşı önerilmesi için etkili yollardan biri olabilir. Bu bağlamda araştırmamızın ikinci aşamasında halka erişkin aşıları konusunda eğitim verilerek bilgi

düzeylerinin artırılması ve konu hakkında olumlu tutum geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Literatür incelendiğinde daha ziyade sağlık personelleri ve özel risk grupları üzerinde yapılan eğitim çalışmalarına rastlanmıştır. Denizli'de yürütülen bir çalışmada aile hekimlerine konu hakkında tek günlük bir eğitim verilmiş ve sekizinci ayın sonunda altmış beş yaş ve üzeri kişilerin pnömokok aşılama sıklığının eğitim öncesine göre %47,9 arttığı bildirilmiştir. Hasta ve hekimlerde aşılama konusunda doğru ve yeterli bilgi sağlandığında aşılama sıklıklarının anlamlı derecede arttığı belirtilmiştir (123). Satman ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlere eğitim verilerek diyabetli kişilerin influenza ve pnömokok aşılama durumlarındaki değişim incelenmiştir. Uygulanan eğitimler sonrası aşılama sıklığının influenza için %27'den %63,3'e; pnömokok için ise %9,8'den %40,7'ye yükseldiği bildirilmiştir (124). Altay ve arkadaşlarının 579 diyabet hastasında yürüttüğü bir çalışmada ise eğitim sonrası pnömokok, influenza ve hepatit B aşılama sıklıklarının arttığı (sırasıyla% 1,4'e karşı %12,4, %12,1'e karşı %36,6, %0,5'e karşı %3,8) saptanmıştır (125). Bizim çalışmamızda da verilen eğitim ile erişkin aşılama bilgi ve tutum durumunun olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir. Eğitim ile konu hakkındaki bilgi puanı (maksimum 17) ortanca değeri 11'den 16'ya; tutum puanı (maksimum 3) ortanca değeri ise 1'den 3'e yükselmiştir. Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre (kadınlarda, erkeklerde, yaş gruplarında gibi) eğitim öncesi ve sonrası erişkin bağışıklama bilgi ve tutum puanı değişimi incelendiğinde ise eğitim sonrası bilgi ve tutum puanları daha yüksek saptanmıştır. Yani verilen eğitimden kişinin sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak bütün gruplar olumlu yönde etkilenmiştir.

Çalışmamızda erişkin dönemde aşı yaptırılmasını gerekli görme durumu eğitim öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında, konu hakkında olumsuz tutum sergileyen bireylerin çoğunluğunun eğitim sonrasında fikrinin olumlu yönde değiştiği belirlenmiş ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Eğitim

çalışması erişkin aşıları hakkında bireylerin olumlu tutum geliştirmesinde olabildiğince faydalı bulunmuştur.

Uygulanan eğitim ile eğitim öncesinde kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddedebileceğini belirten 15 kişiden 14'ünün ve bu konuda kararsız olan 29 kişiden 23'ünün fikri eğitim sonrasında olumlu yönde değişmiştir. Ayrıca eğitim öncesinde kendisine veya çocuklarına önerilen herhangi bir aşığı reddetme öyküsü olan 14 kişiden 9'unun eğitim sonrası fikri olumlu yönde değişmiş, 5'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Yani aşı reddinde bulunmuş olan kişilerin tutumu büyük ölçüde eğitim ile değiştirilebilmiştir. Bütün bu durumlar incelendiğinde aşı reddi konusunda olumlu tutum geliştirilmesinde eğitim çalışmamız faydalı bulunmuştur. Bunlarla beraber eğitim öncesinde kendisine veya çocuklarına önerilecek herhangi bir aşığı reddetme konusunda kararsız olan bir kişinin eğitim sonrasında fikrinin olumsuz yönde değiştiği görülmektedir. Ayrıca daha öncesinde aşı reddi öyküsü bulunmayan bir kişi de eğitim sonrasında aşı reddinde bulunabileceğini belirtmiştir. Bu açılardan bakıldığında ise verilen eğitimin geliştirilmesi gereken noktaları olabilir. Uygulanan eğitim çalışmaları sonrasında çalışma popülasyonunun soruları yanıtlanmıştır. Mevcut sorulardan, birkaç kişide bu eğitim çalışmalarının ilaç firmaları vb. tarafından düzenlendiği öngörüsünün olduğu görülmüştür. Eğitimlerin bu şekilde firmalar tarafından desteklenmediği bu kişilere anlatılmıştır. Ancak bu açıdan güvensizlik hisseden kişilerin eğitimden isteyerek fayda görmediği ya da isteyerek olumsuz cevaplar verdiği de düşünülebilir.

Araştırmamızda eğitim öncesi erişkin aşılama bilgi puanı (minimum:-17, maksimum:17) ortalama $9,7 \pm 4,1$ (Ortanca:11, min-maks:-6-16) saptanmıştır. Bu açıdan eğitim öncesinde bu konu hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu söylenebilir. Eğitim öncesinde kişilere daha önce bu konuda bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda da yalnızca %29,6'sının erişkin aşıları konusunda bilgi aldığı görülmüştür. Ayrıca eğitim öncesinde daha önce bu konuda eğitim almış olma durumu sorgulandığında ise sadece %8,7'sinin herhangi bir eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim öncesi tutum puanı (minimum:-3, maksimum:3) da ortalama

1,1±1,7 (Ortanca:1, min-maks:-3-3) saptanmış olup yetersizdir. Bu açıdan bakıldığında bilgi sahibi olmayan ya da daha önce bu konuda eğitim fırsatı bulamamış bireylerin olumlu tutum geliştirmesinin de zor olduğu düşünülebilir. Bu nedenle çalışmamızın bu aşamasında yürüttüğümüz eğitim çalışmasının değerli olduğunu düşünmekteyiz. Bu konuda yürütülmüş olan diğer çalışmalar da bu konudaki bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. İnfluenza, pnömokok ve tetanoz aşılıları için kişilerin kendi kendini değerlendirdiği bilgi formunun kullanıldığı yaşlı popülasyon üzerinde gerçekleştirilen İstanbul çalışmasında en az 1, en çok 10 puan alınabilen skalalar kullanılmıştır. İnfluenza, pnömokok ve tetanoz aşılıları için ortalama bilgi puanları sırasıyla 3,5 ±2,9 (ortanca:2), 1,7 ±1,4 (ortanca:1) ve 2,0 ±2,1 (ortanca:1) saptanmış ve yetersiz olarak değerlendirilmiştir (126).

Araştırmanın birinci aşamasındaki kesitsel çalışmada daha büyük bir popülasyon üzerinde erişkin aşılama ve etkileyen faktörler incelenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasındaki amaç ise bu konuda eğitim verilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesidir. Bu nedenle araştırmanın birinci aşamasında toplum bazlı değerlendirilmeye çalışılan incelemeler (aşı yaptırma durumu gibi) ikinci aşamada da analiz edilmiş olsa da bu hususlar tekrardan tartışılmamıştır. Eğitim öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmeler uygulanan eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bu aşamasında kullanılan eğitim materyalinin toplum eğitimlerinde kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen verilere göre erişkin bağışıklaması sıklığı ve bu konudaki bilgi düzeyi yeterli değildir. Katılımcıların konu hakkında en önemli gördüğü görüş/öneriler sağlık çalışanları tarafından aldıkları bilgilerdir. Bu nedenle hem toplumun bilgilendirilmesine, hem de topluma bilgi verecek sağlık personellerinin bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır. Böylelikle konu hakkında bilimsel olmayan bilgiler düzeltilebilir ve toplumda erişkin bağışıklama hızı yükseltilebilir.

Konu kapsamında, önerilerine en fazla önem verilen ve halkı bilgilendirmesi beklenen sağlık çalışanlarının erişkin aşılama hakkında yeterli bilimsel bilgiye sahip olması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının, özellikle de hekimlerin toplum içinde aşı savunuculuğu görevleri bulunmaktadır. Aşı karşıtlığı tüm dünyada önemli sorunlardan birisidir. Bu çalışmada da çocuklarının aşısını reddetme sıklığı yaklaşık %5 olarak saptanmıştır. Aşı karşıtı olan grubun sağlık sorunu olmadığı zaman ASM'lerden hizmet almak istemeyeceği de düşünülürse bu sayının biraz daha fazla olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitimlerinde erişkin aşılama konusuna daha fazla yer verilebilir.

Sağlık hizmetleri sırasında erişkin bağışıklama bilgisi verilmesi için özel zaman ayrılması önemlidir. Aksi her durum kaçırılan fırsat olarak düşünülmelidir. Bu açıdan sağlık hizmetleri sırasında kullanılan elektronik sistemler üzerinden hatırlatıcı düzenlemelere de yer verilebilir. Böylelikle kişilerin aşılama durumları ve konu hakkında bilgi verildiği sistem üzerinden kaydedilerek takibi kolaylaşabilir. Aynı elektronik sistemler üzerinden veya aşı kartı gibi uygulamalar ile erişkin dönem aşılama durumlarının kayıt altına alınması toplumumuzu bu açıdan izlememizi ve gerekli müdahalelerin yapılmasını kolaylaştıracaktır. Böylelikle aşılama geçmişine göre eksik aşılar belirlenerek tamamlanabilir.

Araştırmanın birinci aşamasında elde edilen veriler doğrultusunda ve yapılan PATH analizinden anlaşıldığı üzere, erişkin dönemde aşı önerilmesi diğer

sosyodemografik faktörlerden olabildiğince bağımsız olarak kişilerin aşı yaptıırma davranışında bulunmasını artırmaktadır. Bu nedenle kişilere erişkin aşılarının anlatılması ve önerilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu açıdan araştırmamızın ikinci aşamasında olduğu gibi toplum eğitimleri düzenlenebilir. Sağlık hizmeti sırasında halka bilgi verecek ve gerekli aşıları önerecek sağlık personellerine kurum içi eğitimler verilebilir. Broşürler, afişler, özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından medya ve sosyal medyanın konu hakkında halkı bilgilendirmek amacıyla kullanılması, kamu spotları topluma aşı önerilmesi amacıyla kullanılabilir. Sağlık kurumlarında 1980'li yıllarda aşı kampanyalarında kullanılan kısa filmler gibi tanıtım filmleri kullanılabilir ve toplumun farkındalığı artırılabilir. Gerekirse sağlık kurumlarında erişkin aşılaması için özel birimler oluşturulabilir ve eğitilmiş personel aracılığı ile halkın bilgilendirilmesi ve aşı uygulamaları sağlanabilir. Toplum tarafından değer gören figürlerin aşı savunuculuğu yapması ve bilimsel verileri toplum ile paylaşması da toplumun farkındalığının artırılması açısından önemlidir.

Bu araştırmada erişkin bağışıklaması konusunda verdiğimiz eğitim, bilgi ve tutum puanını olumlu etkilemiştir. Bu nedenle eğitim yöntemimizin ve materyallerimizin toplum eğitimlerinde sağlık personelleri tarafından kullanılabilceğini düşünmekteyiz.

7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın birinci aşaması kesitsel, ikinci aşaması ise müdahale tipinde epidemiyolojik araştırmalardır. Her iki aşamada da veriler soru formu kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin soru formu ile elde edilmesi her zaman bias durumu için risk teşkil etmektedir. Ülkemizde bazılarının monovalan formu bulunmakla birlikte tetanoz, difteri ve boğmaca aşıları genellikle Td, Tdap gibi şekillerde; kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları da genellikle KKK şeklinde uygulanmaktadır. Kişilerin yaptırdığını beyan ettiği aşuların bazılarında sayısal verilerin bu açıdan dengesiz gözükmesi ya da yaptırdığı aşının ismini hatırlamayan bireylerin bulunması hafıza faktöründen kaynaklı olabilir. Bu nedenle veriler dikkatli irdelenmelidir.

Araştırmanın birinci aşamasında ilimiz koşulları ve mevcut kaynaklar çerçevesinde kişilere olasılıksız örnekleme yöntemiyle, gönüllük esasıyla ASM'lerde ulaşılmıştır. Bu açıdan elde edilen veriler ile toplum üzerine konuşurken dikkatli olunmalıdır. Zira ülkemizde birinci basamak sağlık sisteminin toplum nezdinde kullanımı sıklığı ile ilgili bilgiye sahip değiliz. Ancak ASM'lerde çalışma yapmış olmamıza rağmen, hesaplanan örneklem sayısının olabildiğince yukarısında bir sayıya ulaşmış olmamızın toplum üzerine yorum yapmamızı kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Araştırmanın ikinci aşamasında eğitim öncesi ve sonrası uygulanan soru formları ile eğitim öncesi erişkin aşılama davranış puanı ve eğitim öncesi ve sonrası erişkin aşılama bilgi, tutum puanı tespit edilmiştir. Yapılan incelemelerde eğitimin bilgi ve tutum gelişimi açısından etkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu bilgi ve tutum durumunun zamansal olarak değişimi ya da olumlu tutumun davranışa yansıma durumu çalışmamız ile gösterilememektedir. Eğitimlerden belirli bir süre sonra kişilere tekrardan ulaşılmaları ve soru formları ile bilgi, tutum, davranış durumlarının sorgulanması gibi yöntemlerle eğitim sonrası zamansal değişim ve davranış durumu saptanabilir. Ancak ilimiz koşullarında, eğitimlerde ulaşılan bireylere belirli bir süre sonra tekrardan ulaşılmaları çeşitli

zorluklar içermektedir. Daha önceki benzer çalışma tecrübelerimiz eğitim verilen kişi sayısının çok azına bu şekilde ulaşılabildiğini göstermiştir. Bu nedenle bu yöntem seçilmemiştir.



8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Immunization [Online].
Eriřim:[<https://www.who.int/topics/immunization/en/>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
2. World Health Organization (WHO). The Expanded Programme on Immunization [Online].
Eriřim:[https://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
3. World Health Organization (WHO). Global Polio Eradication Initiative Annual Report 2018 [Online].
Eriřim:[<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Annual-report-2018.pdf>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
4. World Health Organization (WHO). Global Vaccine Action Plan 2011-2020 [Online].
Eriřim:[https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
5. Sürdürülebilir Kalkınma İçin Küresel Amaçlar [Online].
Eriřim:[<https://www.kureselamaclar.org/>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ten Great Public Health Achievements -- United States, 1900-1999 [Online].
Eriřim:[<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
7. World Health Organization (WHO). Ten threats to global health in 2019 [Online].
Eriřim:[<https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020

8. World Health Organization (WHO). Under-five mortality [Online].
Eriřim:[https://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
9. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızında (5YAÖH) azalma [Online].
Eriřim:[<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/unicef-5-yas-alti-olumler.pdf>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
10. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Ölüm istatistikleri [Online].
Eriřim:[<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
11. Swanson KA, Schmitt HJ, Jansen KU, Anderson AS. Adult Vaccination. Hum Vaccin Immunother 2015; 11(1):150–155.
12. Jiang H, Yu D, Ruan F, Xu W, Huang T, Li L, Wang K, Liu S, Zhang H, Jia P, Yang P, Peng Z, Zheng J, Feng L, Yu H. Clinical characteristics of adult influenza inpatients in ten provinces in China and analysis of severe risk factors. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2015; 36(3):216-221.
13. Taheri Tanjani P, Babanejad M, Najafi F. Influenza vaccination uptake and its socioeconomic determinants in the older adult Iranian population: A national study. Am J Infect Control 2015; 43 (5): e1-5.
14. Güleç Balbay E, Tanrıverdi E, Alaşan F, Özmen Süner K. Düzce ilinde kronik obstruktif akciğer hastalığı tanılı hastaların aşılanma sıklığı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013; 3(2): 15-17.
15. Polat HH, Öncel S, Turhan Ö, Akcan A, Eravşar K, Yalçın AN. Influenza vaccination in 65 and over age adults in Antalya/Turkey. Turkish Journal of Geriatrics 2012; 15 (4):371-377.
16. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Erişkin Bağışıklama Rehberi (2. Güncelleme). İstanbul: Arvin Yayınevi, 2016.
17. Doğan G, Kayır S, Akdağlı Ekici A, Aşıcı E. Mortal seyreden tetanoz vakası: olgu sunumu. Kocaeli Medical J 2017; 6(2):52-55.

18. Yapıcı G, Yeniocak Tunç A. Ülkemizde Aşı İle Korunulabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi. Lokman Hekim Dergisi 2019; 9(2):171-183.
19. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel AT, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Erişkinlerin Erişkin Aşılı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care 2018; 12(3):215-225.
20. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşılı. Türk Aile Hek Derg 2013; 17(3):113-118.
21. Aksakal Baran FN, Koçak C, Uğraş Dikmen A, Altun B, Büyükdemirci E. Ankara'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Erişkin Aşılmasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. Flora 2018; 23(3):124-134.
22. Ozisik L, Tanriover MD, Rigby S, Unal S. ADVICE for a healthier life: Adult Vaccination Campaign in Europe. Eur J Intern Med 2016; 33:14–20.
23. Healthy People 2020 [Online].
Erişim:[<http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunization-and-infectious-diseases>].
Erişim Tarihi: 19.01.2020
24. İldırım İ. Aşılamanın Dünü, Bugünü, Yarını. Güncel Pediatri 2003; 1:5-9.
25. Plotkin S. History of Vaccination. Proc Natl Acad Sci U S A 2014; 111(34):12283-12287.
26. Leungh AKC. "Variolation" and Vaccination in Late Imperial China, Ca 1570–1911. Plotkin SA, editor. In: History of Vaccine Development. New York: Springer; 2011:p.5-12.
27. Tercüman 1001 Temel Eser (Çeviren: Kurutluoğlu A). Türkiye Mektupları 1717-1718. Kervan Kitapçılık A.Ş.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de aşının tarihçesi [Online].
Erişim:[<https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-a%C5%9F%C4%B1n%C4%B1n-tarih%C3%A7esi.html>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
29. Riedel S. Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2005; 18(1):21–25.

30. Fenner F. Smallpox Eradication: The Vindication of Jenner's Prophecy. Plotkin SA, editor. In: History of Vaccine Development. New York: Springer; 2011:p.27-32.
31. Morabia A. Edward Jenner's 1798 report of challenge experiments demonstrating the protective effects of cowpox against smallpox. J R Soc Med 2018; 111(7):255-257.
32. World Health Organization (WHO). Statue commemorates smallpox eradication [Online].
Eriřim:[https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/smallpox_20100517/en/].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). History of Smallpox [Online].
Eriřim:[<https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
34. World Health Organization (WHO). Thirty Third World Health Assembly GENEVA, 5 -23 MAY 1980 Resolutions and Decisions Annexes [Online].
Eriřim:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154893/WHA33_1980-REC-1_eng.pdf?sequence=1].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
35. Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve aşıların tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016; 8(2):11-28.
36. Baicus A. History of polio vaccination. World J Virol 2012; 1(4):108-114.
37. Özlü A. Bulaşıcı Hastalıklar Konusunda Yürütölen Çalışmalar [Online].
Eriřim:[<http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/chbhastalik/sunum/AhmetOzlu.pdf>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
38. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni [Online].
Eriřim:[<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
39. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2018.

40. Hekimoğlu CH. Aşı epidemiyolojisi: Aşı ve aşılamanın etkileri için epidemiyolojik ölçütler. Turk Hij Den Biyol Derg 2016; 73(1):55-70.
41. Fine PE. Herd immunity: history, theory, practice. Epidemiol Rev 1993; 15(2):265-302.
42. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2019.
43. World Health Organization (WHO). Number of reported measles cases, Turkey 1980-2018 [Online].
Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURMEASLES_Cases.jpg].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
44. World Health Organization (WHO). Number of reported rubella cases, Turkey 1997-2018 [Online].
Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURRUBELLA_Cases.jpg].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
45. World Health Organization (WHO). Number of reported rubella (CRS) cases, Turkey 1997-2018 [Online].
Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURCRS_Cases.jpg].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
46. World Health Organization (WHO). Number of reported mumps cases, Turkey 1999-2018 [Online].
Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURMUMPS_Cases.jpg].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
47. World Health Organization (WHO). Number of reported diphtheria cases, Turkey 1980-2018 [Online].
Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURDIPHThERIA_Cases.jpg].
Erişim Tarihi: 20.01.2020

48. World Health Organization (WHO). Number of reported pertussis cases, Turkey 1980-2018 [Online].

Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURP_ERTUSSIS_Cases.jpg].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

49. World Health Organization (WHO). Number of reported total tetanus cases, Turkey 1980-2018 [Online].

Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURT_TETANUS_Cases.jpg].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

50. World Health Organization (WHO). Number of reported neonatal tetanus cases, Turkey 1980-2018 [Online].

Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURN_TETANUS_Cases.jpg].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

51. World Health Organization (WHO). Number of reported polio cases, Turkey 1980-2018 [Online].

Eriřim:[http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/JPG/TURP_OLIO_Cases.jpg].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

52. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Diphtheria [Online].

Eriřim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/dip.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

53. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis [Online].

Eriřim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pert.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tetanus [Online].

Eriřim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/tetanus.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

55. Fiore AE, Bridges CB, Cox NJ. Seasonal influenza vaccines. Curr Top Microbiol Immunol 2009; 333:43-82.

56. Koldaş ZL. Yaşlı popülasyonda bağışıklama (aşılama). Turk Kardiyol Dern

Ars 2017; 45(Suppl 5) 124–127.

57. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pneumococcal Disease [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pneumo.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

58. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis A [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepa.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

59. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepb.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

60. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Varicella [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/varicella.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

61. Leung AK, Robson WL, Leong AG. Herpes zoster in childhood. J Pediatr Health Care 2006; 20(5):300-303.

62. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/meas.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

63. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rubella [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/rubella.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

64. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mumps [Online].

Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/mumps.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

65. Somer A, Acar M. Meningokok aşılı. Çocuk Dergisi 2017; 17(3):93-98.

66. Milde-Langosch K, Riethdorf S, Löning T. Association of human papillomavirus infection with carcinoma of the cervix uteri and its precursor lesions: theoretical and practical implications. Virchows Arch 2000; 437(3): 227-233.

67. Avcı GA, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virüsü. Kafkas J Med Sci 2013; 3(3):136–144.

68. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human Papillomavirus [Online].

Eriřim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

69. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Haemophilus influenzae type b [Online].

Eriřim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hib.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yetişkin Aşılama [Online].

Eriřim:[<https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

71. Wikiwand. anakkale'nin ilçeleri [Online].

Eriřim:[https://www.wikiwand.com/tr/%C3%87anakkale%27nin_il%C3%A7eleri].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

72. Sakarya İ. anakkale'de Kentsel Mekânın Metalaştırılması Karşısında Direnen Kentsel Muhalefet. Megaron 2018; 13(3):431-441.

73. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları [Online].

Eriřim:[<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

74. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Doğum İstatistikleri [Online].

Eriřim:[<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

75. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Daimi İkametgaha Göre Seçilmiş lm Nedenlerinin Dağılımı [Online].

Eriřim:[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083].

Erişim Tarihi: 20.01.2020

76. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve saha araştırmalarında örneklem yöntemleri ve örneklem büyüklüğü. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık Ltd. şti, 2005.

77. T.C. Sağlık Bakanlığı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü. Aile Sağlığı Merkezleri [Online].

Eriřim:[<https://canakkaleism.saglik.gov.tr/TR,34956/aile-sagligi-merkezleri.html>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020

78. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods* 2008; 6(1):53-60.
79. Őimřek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş - Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks, 2007.
80. Vieira AL. Interactive LISREL in practice, getting started with a SIMPLIS Approach. London: Springer, 2011.
81. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 1999; 6(1):1-55.
82. Anderson JC, Gerbing DW. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness of fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika* 1984;49(2):155-173.
83. Kline TJB. Psychological testing, a practical approach to design and evaluation. Thousand Oaks: Sage, 2005.
84. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness of fit indices in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin* 1988; 103(3):391-410.
85. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin* 1990; 107(2):238-246.
86. Çokluk Ö, Őekerciođlu G, Büyüköztürk Ő. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi, 2010.
87. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi 1. cilt. Eskişehir: Nisan Kitabevi, 2013.
88. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Pearson Education, 2013.
89. Baron RM, Kenny DA. The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51(6):1173-1182.

90. Bolatkale MK, Kutlu R, Eryılmaz MA. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Erişkin Aşılıarı Hakkındaki Bilgileri ve Aşılanma Durumları. Konuralp Tıp Dergisi 2019; 11(3):362-368.
91. Kayabaş Ü, Bayındır Y, Yoloğlu S, Akdoğan D. Kronik Hepatit B Hastalarının Aile Bireylerinde HBsAg Taraması. Viral Hepatit Dergisi 2007; 12(3):128-132.
92. Zimmerman RK, Santibanez TA, Janosky JE, Fine MJ, Raymund M, Wilson SA, Bardella IJ, Medsger AR, Nowalk MP. What affects influenza vaccination rates among older patients? An analysis from inner-city, suburban, rural, and Veterans Affairs practices. Am J Med 2003; 114(1):31-38.
93. Zimmerman RK, Nowalk MP, Bardella IJ, Fine MJ, Janosky JE, Santibanez TA, Wilson SA, Raymund M. Physician and practice factors related to influenza vaccination among the elderly. Am J Prev Med 2004; 26(1):1-10.
94. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to adult immunization. Am J Med 2008; 121(7 Suppl 2):S28-35.
95. Lavine J, Broutin H, Harvill ET, Bjørnstad ON. Imperfect vaccine-induced immunity and whooping cough transmission to infants. Vaccine 2010; 29(1):11-16.
96. Mehta B, Chawla S, Kumar V, Jindal H, Bhatt B. Adult immunization: the need to address. Hum Vaccin Immunother 2014; 10(2):306-309.
97. Resmi Gazete (24/03/2013, Sayı:28597). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.
98. Bülbül Y, Öztuna F, Gülsoy A, Özlü T. Doğu Karadeniz Bölgesinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Hastalık Özellikleri ve İnfluenza-Pnömokok Aşılama Sıklığı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(1):24-29.
99. Özsu S. KOAH hastalarında influenza ve pnömokok aşılama sıklığı. Solunum Dergisi 2011; 13(1):21-25.
100. Erer OF, Karadeniz G, Gazibaba D, Ürpek G, Yalnız E, Aktoğu SÖ. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında aşılama; gerçekten yaptırtıyor muyuz? İzmir Goğus Hastanesi Dergisi 2013; 27(1):31-39.
101. Mutlu HH, Coşkun FO, Sargın M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaşı ve üstü kişilerde aşılama sıklığı ve farkındalığı. Ankara Med J 2018; 18(1):1-13.

102. Ganczak M, Dmytrzyk-Daniło´w G, Korzen´ M, Drozd-Dačbrowska M, Szych Z. Prevalence of HBV Infection and Knowledge of Hepatitis B Among Patients Attending Primary Care Clinics in Poland. *J Community Health* 2016; 41:635-644.
103. Uzun SU, Mut Usturalı AN. Youtube’deki aşılarla ilgili türkçe videolar neler söylüyor? bir içerik analizi. Abacıgil F (baş editör). 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 26-30 Kasım 2019; Antalya; Türkiye, s:240-242.
104. Wheelock A, Parand A, Rigole B, Thomson A, Miraldo M, Vincent C, Sevdalis N. Socio-psychological factors driving adult vaccination: a qualitative study. *PLoS One* 2014; 9(12): e113503.
105. World Health Organization (WHO). Influenza (Seasonal) [Online]. Erişim:[[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))].
Erişim Tarihi: 28.01.2020
106. Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J. Vaccine hesitancy in Austria: A cross-sectional survey. *Wien Klin Wochenschr* 2017; 129(1-2):59–64.
107. Yürüyen G, Toprak İD, Kutlu Y. Hekimlerde Erişkin Aşılama Farkındalığı. *Bosphorus Med J* 2019; 6(3):89–93.
108. Pehlivanoğlu Özkan EF, Sarı Bilgin H, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2019; 11(4):456-460.
109. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği. Haydi Büyükler Aşıya! [Online]. Erişim:[<http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179>].
Erişim Tarihi: 28.01.2020
110. Government of Canada. Vaccine uptake in Canadian adults: Highlights from the 2016 adult National Immunization Coverage Survey (aNICS) [Online]. Erişim:[<https://www.canada.ca/en/services/health/publications/healthy-living/2016-vaccine-uptake-canadian-adults-survey.html>].
Erişim Tarihi: 28.01.2020
111. Bal H, Börekçi G. Mersin İlindeki Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Altmış Beş Yaş ve Üstü Bireylerin Erişkin Aşılama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *İstanbul Med J* 2016; 17:121-130.

112. Vural R, Yazıcı S, Özen M, Kurşun H. Antalya'da Bir Kliniğe Başvuran 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Aşılama Durumları. *Sted* 2016; 25(2):62-69.
113. Sánchez Muñoz-Torrero JF, Vicente L, Pacheco N, Martín M, Guijarro P, Barquilla P. Influenza vaccination and hospitalization in high risk patients. *Med Clin (Barc)* 2009; 132(1):12-15.
114. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vaccination Coverage among Adults in the United States, National Health Interview Survey, 2017 [Online].
Erişim:[<https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/coverage/adultvaxview/pubs-resources/NHIS-2017.html>].
Erişim Tarihi: 28.01.2020
115. Tosun S, Ayhan MS, İspir B. Ülke genelinde HBV aşılmasının değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 2009; 14(2):63-68.
116. Batur AF. Penis kanserlerine genel bakış. *Üroonkoloji Bülteni* 2014; 13:146-152.
117. Yanru Zhang, Ying Wang, Li Liu, Yunzhou Fan, Zhihua Liu, Yueyun Wang, Shaofa Nie. Awareness and knowledge about human papillomavirus vaccination and its acceptance in China: a meta-analysis of 58 observational studies. *BMC Public Health* 2016; 16:216.
118. Santoli JM, Peter G, Arvin AM, Davis JP, Decker MD, Fast P, Guerra FA, Helms CM, Hinman AR, Katz R, Klein JO, Koslap-Petraco MB, Paradiso PR, Schaffner W, Whitley-Williams PN, Williamson DE, Gellin B, National Vaccine Advisory Committee. Strengthening the supply of routinely recommended vaccines in the United States: recommendations from the National Vaccine Advisory Committee. *JAMA* 2003; 290(23): 3122-3128.
119. Turhan Ö, Polat HH, Öncel S, Akcan A, Eravşar K, Yalçın AN. Pneumococcal Vaccination Status in Adults Sixty-Five Years and Older. *Kuwait Medical Journal* 2010; 42:135-138.
120. Büyükdemirci E, Aksakal Baran FN. Ankara il merkezindeki bazı aile hekimlerinin erişkin aşılama konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. Abacıgil F (baş editör). 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 26-30 Kasım 2019; Antalya; Türkiye, s:294-302.

121. Erbay A, Kader Ç, Ede H, Süher M, Akyol L, İntepe YS, Börekçi E, Yıldırım E, Erbay AR. Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne Başvuran Risk Gruplarında ve ≥ 65 Yaşındaki Erişkinlerde İnfluenza ve Pnömonokok Aşılama Durumu. *Klinik Dergisi* 2018; 31(3): 205-9.
122. Szucs TD, Müller D. Influenza vaccination coverage rates in five European countries-a population-based cross-sectional analysis of two consecutive influenza seasons. *Vaccine* 2005; 23(43):5055-5063.
123. Ünal S, Tanrıöver MD, Taş E, Güner İ, Çetin ÖY, Sayar İ. Aile hekimlerine eğitim verilmesi ve aşılama hedeflerinin belirlenmesinin pnömokok aşılanma oranları üzerine etkileri. *Flora* 2015; 20(1):10-15.
124. Satman I, Akalin S, Cakir B, Altinel S, diaVAX Study Group. The effect of physicians' awareness on influenza and pneumococcal vaccination rates and correlates of vaccination in patients with diabetes in Turkey: an epidemiological Study "diaVAX". *Hum Vaccin Immunother* 2013; 9(12):2618-2626.
125. Altay M, Ateş İ, Altay FA, Kaplan M, Akça Ö, Özkara A. Does education effect the rates of prophylactic vaccination in elderly diabetics? *Diabetes Res Clin Pract* 2016; 120:117-123.
126. Akman M, Sarısoy M, Uzuner A, Çifçili S, Uç D, Güzel S, Dikmen İ. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılanma durumu ve bilgi düzeyleri. *The Journal of Turkish Family Physician* 2014; 5(3):19-23.
127. T.C Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17 [Online].
Erişim:[<https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>].
Erişim Tarihi: 20.01.2020
128. Gür E. Aşı kararsızlığı-aşı reddi. *Türk Pediatri Ars* 2019; 54(1):1-2.

9. EKLER

- EK 1.** Araştırmanın 1. aşamasında telefon numarası alınan kişilere, 2. aşama öncesi gönderilen sms mesajı
- EK 2.** Araştırmanın 2. aşamasında eğitimler için kullanılan power point sunumu
- EK 3.** Araştırmanın 1. aşamasında kullanılan soru formu
- EK 4.** Araştırmanın 2. aşamasında kullanılan ön-test soru formu
- EK 5.** Araştırmanın 2. aşamasında kullanılan son-test soru formu
- EK 6.** Araştırmanın 1. aşaması için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden alınan izin yazısı
- EK 7.** Araştırmanın 1. ve 2. aşaması için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan izin yazısı
- EK 8.** Araştırmanın 2. aşaması için Çanakkale Belediyesi'nden alınan izin yazısı
- EK 9.** Aşılar, aşı tipleri ve enfeksiyon hastalıkları ile ilgili ek tanımlar

EK 1. Araştırmanın 1. aşamasında telefon numarası alınan kişilere, 2. aşama öncesi gönderilen sms mesajı

Saygıdeğer hemşerilerimiz; ÇOMÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı olarak Çanakkale’de yaşayanların erişkin dönemdeki aşılınmaları hakkında Aile Sağlığı Merkezlerinde Ağustos ayının ilk haftasında sizlerle bir anket görüşmesi yaptık. Bu görüşme sırasında konu ile ilgili bir eğitim yapacağımızı bildirmiştik. Bu kapsamda 7-11 Ekim haftasında aşağıda belirtilen tarih, saat ve adreslerde Ana Bilim Dalımız doktorları tarafından sizlere eğitim verilecektir. Size uygun merkez ve saatteki eğitime katılmanız bizi onurlandıracaktır. Eğitimde görüşmek üzere. Saygılarımızla.

Prof. Dr. Coşkun Bakar, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı

Troia Sosyal Yaşam Evi, pazartesi, saat 14:00

Barbaros Sosyal Yaşam Evi, Salı, saat 14:00

Esenler Sosyal Yaşam Evi, Perşembe, saat 14:00

TROİA SOSYAL YAŞAM EVİ- Barbaros Mah. Gazi Sok. No:9 (Ahmet Taner Kışlalı Park İçi) Tel: 0286 218 29 65

BARBAROS SOSYAL YAŞAM EVİ- Barbaros Mah. Aziziye Cad. No: 40/ A (Kardelen Apt.) Barbaros Semt Kütüphanesi yanı Tel: 0286 217 72 12

ESENLER SOSYAL YAŞAM EVİ- Esenler Mah. Demokrasi Cad. No:17 Ses Evleri Karşısı Tel: 0286 212 22 66

EK 2. Araştırmanın 2. aşamasında eğitimler için kullanılan power point sunumu



ERİŞKİN DÖNEMDE AŞILAMA

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Dr. Özgür Özerdoğan

Sunum Planı

- *Aşı nedir ve nasıl etki eder?*
- *Aşı tarihçesi*
- *Aşılar niçin önemli ve insanlığa ne sağladı?*
- *Niçin erişkin aşılaması gerekli?*
- *Ücretlendirme*
- *Aşılarla ilgili bazı önemli sorulara cevaplar*
- *Erişkin bağışıklama rehberinde önerilen aşılar*

1800'ler



Edward Jenner 1796
çiçek aşısını keşfetti

- İngiltere'de yaygın olarak uygulanmaya başladı



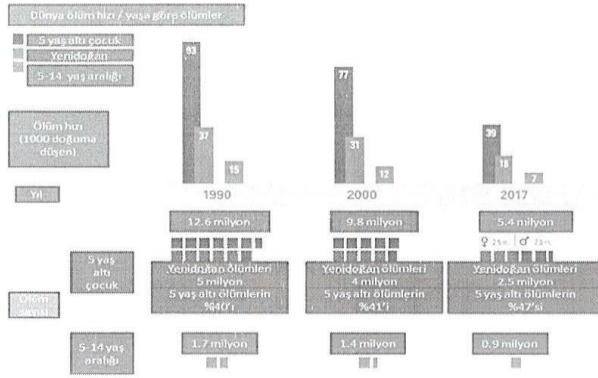
Eğitim materyalinin hazırlanmasında Prof. Dr. Ufuk Beyazova'nın 10.04.2016 tarihinde Çanakkale Tabip Odası'nda yapmış olduğu sunumdan faydalanılmıştır.

Sağlığın korunması

- Birincil : hasta olmadan önce yapılan koruma
 - Aşılar
- İkincil : erken tanı
 - Kanser taraması
- Üçüncül: hastalıkların tedavisi
 - Hastanelerdeki tedavi

- Aşı, insanları hastalıklardan ve onun kötü sonuçlarından koruyabilmek için sağlam ve risk altındaki kişilere uygulanır
- Bu şekilde aşılanan kişi aşılandığı hastalıklara karşı **bağışık yani dirençli olur**

- *Aşı nedir ve nasıl etki eder?*
- Hastalık yapma yeteneğinde olan mikrop ya da mikrop ürünlerinin **HASTALIK YAPMA KARAKTERLERİNDEN ARINDIRILARAK** geliştirilen biyolojik maddelere aşı denir
- Aşı sayesinde vücudumuz mikropları hasta olmadan önce tanır ve onlara karşı bir savunma yöntemi geliştirir. Böylece gerçek mikropla karşılaşıldığında da bu yöntemle savaşır ve kişi hastalığa yakalanmaz ya da daha hafif geçirir
- Aşılar sayesinde çiçek ve çocuk felci hastalıklarını yok edebildik. Kızamık, difteri gibi hastalıkları da kontrol altına almayı başardık
- Aşılar dünyada her yıl görülen milyonlarca çocuk ölümünü ortadan kaldırmamızı sağladı



- **Aşı tarihçesi**
- Aşılamaya hizmetleri yeni bir hizmet değil
- Çiçek aşısı ile ilgili ilk uygulamaların Orta Asya'dan başladığı, buradan Çin'e, Hindistan'a ve 18. yy'da da Osmanlıdan Avrupa'ya geçtiği düşünülmekte
- 1100'lü yıllarda Çinliler'in hastalığı hafif geçiren çocukların burunlarından aldığı cerahatli kabuğu toz haline getirdikten sonra sağlıklı kişilerin burunlarına üfleyerek aşılamaya yaptıkları bilinmektedir
- 19. ve 20. yüzyıl pek çok bulaşıcı hastalığa karşı yeni aşıların üretildiği ve yaygın olarak kullanılmaya başlandığı bir dönem
- Bu süreç günümüzde de bütün hızıyla sürmektedir

- Küresel düzeyde bağışıklama hizmetlerinin ilk başarısı çiçek hastalığının yok edilmesi
- Son çiçek vakası 1977'de Somali'de görülmüştür ve çiçek hastalığı aşılamaya ile dünyadan ilk yok edilen hastalık olmuştur
- Günümüzde bağışıklama hizmetleri ile çocuk felci hastalığı yok edilme noktasına getirilebilmiş ve diğer aşı ile önlenemeyen hastalıkların kontrolünde önemli bir yol alınmıştır
- **Ülkemizde 1998: Son Polio (Çocuk felci) vakası**



Avrupa Bölgesi
Melik Minas (Ağrı)
Türkiye 1998

• **Ülkemizde aşılama çalışmalarının tarihçesi**

- 1930'lar: Çiçek
- 1937: Difteri, Boğmaca
- 1952: BCG
- 1963: Oral Polio (Çocuk felci)
- 1968: DBT (Difteri- Boğmaca- Tetanoz)
- 1970: Kızamık
- 1998: Hepatit-B Aşısı
- 2003: Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2006: MMR aşısı (Kızamık- Kızamıkçık- Kabakulak)
- 2006: Hib aşısı
- 2008: Pentavalan aşısı (asellüler boğmaca, parenteral polio)
- 2005-2008: İliköğretim kohortu Hepatit B
- 2006-2008: İliköğretim kohortu Kızamıkçık aşılamaları
- Konjuge pnömokok aşısı; 2008
- Konjuge pnömokok 13 valan; 2011
- DBT-İPA: 2010
- Hepatit A -Ekim 2012
- Suçiçeği - Şubat 2013

• **Genişletilmiş bağışıklama programı;**

- Amaç: Hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak
- Aşı ile korunulabilir hastalıklardan kaynaklanan hastalık, sakatlık ve ölümlerini önlemek

- Ülkemizde de 1981'de Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)'nin başlatılması ve 1985'de "Aşı Kampanyası" ile bağışıklama hizmetlerine hız verilmiştir
- Ülkemizde de bu program çerçevesinde çocukluk dönemi aşılamaları ile büyük başarı elde edilmiştir
- Ülkemizde 1981 yılında GBP çerçevesinde.... 6 hastalığa (BCG, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Çocuk felci ve Kızamık) karşı aşı yapılırken
- Bu sayı günümüzde programa yeni aşılara eklenmesiye 13'e çıkmıştır (BCG, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Çocuk felci, Hepatit B, Hepatit A, Pnömonokok, Haemophilus influenzae tip b, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği)

- Ülkemizde 1981-83 yılları arasında aşılama oranlarının BCG, DBT-3, Çocuk felci ve Kızamık için sırasıyla %47, %50, %61 ve %64

Tablo 5.1 Yıllara Göre Aşılama Hızları, (%)

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
DaBT 3	78	98	96	97	98	96
BCG	77	96	95	96	96	93
HBV- 3	72	97	95	97	98	96
KKK	82	98	94	97	98	96
KPA 3	-	97	96	97	98	96

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

ÇOCUKLARDA !!!



- Çocuklarımızdaki bu yüksek aşılama sıklıkları
- **Erişkinlerde de böyle mi?**
- **Peki, erişkinlerde de aşılama gerekiyor mu?**

• ***Niçin Erişkin Aşılama?***

- Çocukluk çağında yapılan aşılarla koruyuculuğun sürekliliğinin sağlanması
- Çocukluk çağında yapılmamış aşıların uygulanması
- Yeni aşıların uygulamaya girmesi
- Bebeklerin korunabilmesi, yenidoğan ölümlerinin azaltılması

• ***Niçin erişkin aşılması gerekli?***

- Zamanla çocukluk döneminde olunmuş aşıların koruyuculuğu azalıyor ya da kayboluyor
- **HATIRLATMA DOZLARI GEREKİYOR**
- Ya da bazı aşılar çocukluk dönemimizde aşılama programında yoktu, zaten aşıli değiliz

• ***Niçin Erişkin Aşılama?***

- Sadece erişkinde uygulanabilen aşılar
- Seyahat öncesi bireyin altta yatan sağlık koşullarına göre gereklilik
- Mesleki gereklilik (Sağlık personelleri/ berber-kuaförler gibi)
- Yeni ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklarından korunma
- Artan antibiyotik direnci nedeni



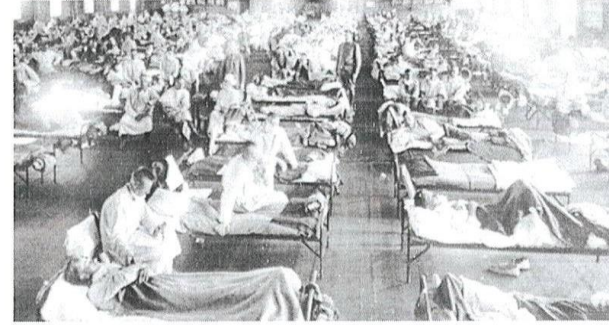
- Aşılama, aşılanan kişiyi hastalığa karşı direk korur
- Dolaylı olarak da, hastalığın yayılımını azalacağı için aşılanmayan kişileri de korur

- *Birkaç enfeksiyon hastalığı için örnek.....*

- Ortam mikropların yayılması için belirli açılardan artık daha elverişli
- Dünya'nın dört bir tarafına iş ve turistik ziyaretler yapılmakta
- Ülkeler arası zorunlu veya zorunlu olmayan göçler yaşanmakta
- Bu durumlar da bulaşıcı hastalıkların bir bölgeden başka bir bölgeye rahatça taşınmasına neden olabilmekte

- Aşılanmamış çocukların yanı sıra erişkinler de risk altında
- Özellikle 65 yaş üzeri kişilerde aşı ile korunmanın mümkün olduğu grip ve zatürre önemli bir ölüm nedeni olarak öne çıkıyor
- Zatürre tüm dünyada enfeksiyon nedenli en sık üçüncü ölüm nedeni (Dünya genelinde her yıl 2 milyondan fazla ölüme yol açmakta)

- Grip her yıl 1 milyar kişide enfeksiyon oluşturmaktadır ki, bu dünya nüfusunun yaklaşık %20'si
- Yıllık yaklaşık 500.000 olguda ölümcül seyretmekte



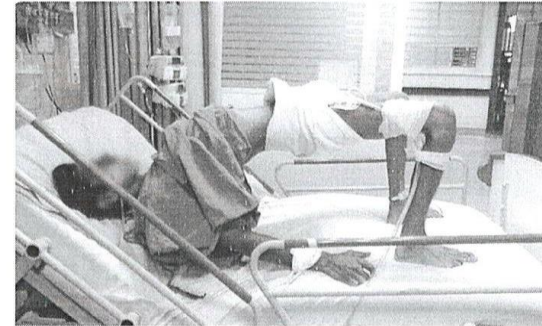
- 'Viral hepatitler' karaciğerin en sık görülen hastalıkları
- Siroz, karaciğer yetmezliği ve karaciğer kanserine ilerleyerek ölüme neden olabilmekte
- Ülkemizde de kronik hepatit, siroz ve karaciğer kanseri vakalarının yarısından fazlası viral hepatitlere bağlı
- Karaciğer nakillerinin de yaklaşık %60'ını viral hepatitlere bağlı karaciğer yetmezliği oluşturmaktadır
- Dünya Sağlık Örgütü 2015 (DSÖ) verilerine göre dünyada viral hepatite bağlı 1,34 milyon ölüm gerçekleşmekte

- Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında açıkladığı rapora göre tetanoz nedeniyle dünya genelinde her yıl 213.000 ölüm olmaktadır
- Tetanoz nedeniyle meydana gelen ölümlerin %14'ünü anne tetanoz vakaları oluşturmaktadır
- 2014 yılında Avrupa Birliği'nde bildirilen tetanoz vakalarının ise %65'ini erişkinler oluşturmaktadır



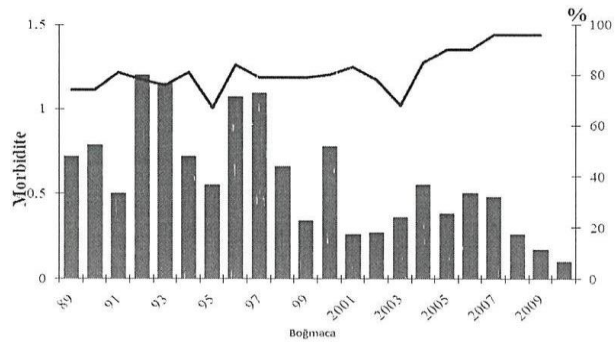
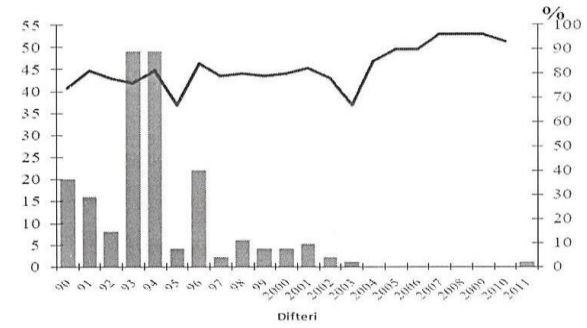
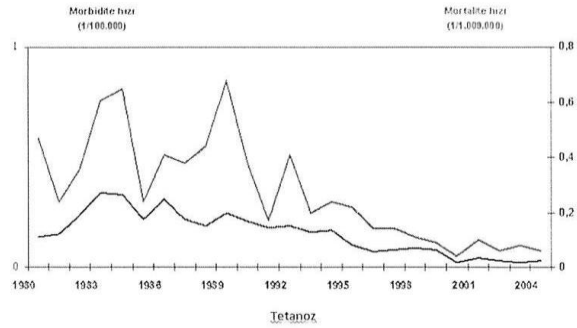
- 1980'lerde her 1000 canlı doğumdan 6.7'si neonatal (yenidoğan) tetanozu....
- Tetanoza karşı bağışıklık yalnız aşılama ile mümkün olmaktadır. Geçirilen tetanoz hastalığı bağışıklık oluşturmamaktadır
- Anne ve yenidoğanların tetanozdan korunması amacıyla uygulanan program sayesinde, anne ve yenidoğan döneminde tetanoz vakaları ülkemizde görülmemekle birlikte erişkin dönemde vakalar görülebilmektedir
- Örneğin; 2017 yılında 2'si ölümlle sonuçlanan toplam 25 tetanoz vakası görülmüş olup, vakaların tamamı aşısızdır

- Maternal ve Neonatal (Anne ve Yenidoğan) Tetanoz Eliminasyon Programı ile büyük başarıya ulaşıldı
- Tüm gebe kadınlara en az iki doz, yüksek riskli bölgelerde doğurganlık çağındaki tüm kadınlara en az üç doz tetanoz aşısı uygulanması
- Tüm gebe kadınlara temiz doğum olanaklarının sağlanması
- Maternal (Anne) ve Neonatal (Yenidoğan) ların etkin bir şekilde tetanoz mikrobiyotasından izlenmesi





- Boğmaca....Son yıllarda erişkin yaş grubunda da görülmekte ve erişkin yaş grubundaki boğmaca vakaları çocuklar için de önemli bir enfeksiyon kaynağı olmakta
- Difteri....Yakın tarihte dahi salgınları mevcut... Özellikle 1990'lardaki eski Sovyetler Birliği ülkelerindeki salgınlar...Çoğu gelişmiş ülkede, çocuk yaş grubundaki yüksek aşılama kapsayıcılığının etkisiyle difteri vakaları erişkin yaş gruba doğru kaymakta
- Kızamıkçık hastalığına karşı aşılanmak; hastalık gebelik döneminde geçirildiğinde konjenital kızamıkçık sendromuyla sonuçlanması nedeniyle çok önemli
- Dünyada her yıl 100 bin bebek konjenital kızamıkçık sendromu ile doğmaktadır
- Doğan bebeklerin kalp rahatsızlığı, katarakt ve körlük, ciddi zekâ geriliği gibi ağır sekeller ile dünyaya gelmesine neden olmakta
- Ülkemizde kızamık aşılması 1970'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlamış olsa da ancak 1990'lı yıllardan itibaren tüm illerde yaygın ve yüksek dozda aşılama başarısına ulaşılmıştır
- Dolayısıyla özellikle 1980-1991 yılları arasında doğan erişkin grup başta olmak üzere 1970-1991 yılları arasında doğan tüm erişkinler arasında aşısızlık oranı yüksek olduğundan bu yaş grubundaki erişkinler kızamık hastalığına karşı çok hassas....
- Ve bahsettiğimiz bu hastalıklar ve daha niceleri
- **AŞI İLE ÖNLENEBİLMEKTE**



- Sağlıklı erişkinlerin rutin aşılanmaları yanı sıra bazı durumlarda sahip olunan riskler nedeniyle özel bağışıklama da söz konusudur:
- Gebeler
- Uluslararası seyahat edenler
- Bazı meslekler (sağlık çalışanları)
- 65 yaş üstü kişiler
- Bazı kronik hastalıklar (diyabet, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı ve hemodiyaliz uygulanan hastalar)
- İmmün yetmezliği/baskılanması olanlar
- Kronik hastalara bakım hizmeti verenler (bakım evlerinde/ evde)
- Yüksek riskli kişilerle aynı evde yaşayanlar
- Doğal afetlerden etkilenenler, sığınmacılar ve göçmenler



• **Ülkemizde erişkinlere yönelik aşı uygulamaları**

- Hepatit B Aşılması
- Sağlık Çalışanı Aşılması
- Erişkin Tetanoz Aşılması
- Askerlik Dönemi Aşılması
- Seyahat Sağlığı Aşılması
- Hac Aşılması
- Pnömonokok (Zatürre) ve Grip aşısı uygulaması
- Doğurganlık çağı kadınlara tetanoz aşılması
- Doğurganlık çağı kadınlara kızamıkçık aşılması

• **Asker Aşılamaı...**

- TSK'de görev yapan askerler, çeşitli nedenlerle enfeksiyonlara ve salgın hastalıklara maruz kalma açısından toplumun geri kalanına göre daha fazla risk taşırlar
- Ülkemizdeki askerlik dönemindeki tüm erlere
- Erişkin tip tetanoz-difteri (Td)
- Menenjit aşıları
- 1980-1991 yılları arasında doğan ve silah altına alınan askerlere ise ilave olarak kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) uygulanmakta

• **Ücretlendirme**

- Ülkemizde erişkin dönem aşılarınızı Aile Sağlığı Merkezleri'nde ve diğer sağlık kuruluşlarında uygulatabilirsiniz
- Ülkemizde yürütölen erişkinlere yönelik aşı uygulamaları kapsamında 65 yaş üstü, gebeler, sağlık çalışanları, belirli hastalığı olanlar, hastalık ya da ilaç kullanımı nedeniyle bağışıklık sistemi zayıflamış kişiler gibi belli özel risk grupları için aşılardan ücretleri karşılanabilmekte

• **Seyahat Aşılamaı...**

- Seyahat eden kişilerin yolculuk ettiğı ülkedeki bulaşıcı hastalık riskine uygun olarak aşılamaı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne bağılı seyahat sağlığı birimlerinde uygulanmakta

• **Hac-Umre Aşılamaı...**

- Ülkemizde rutin olarak Hac ve Umre ziyareti yapacak olan bireylere ülkeden ayrılmadan önce meningokok aşısı uygulanması sağlanmakta




- **Aşılar güvenli midir?**
- **EVET, aşılar güvenlidir**
- Ülkemizdeki tüm ruhsatlı aşılar, birden fazla aşamada dikkatli bir şekilde test edildikten sonra onaylanır ve kullanıma geçtikten sonra da sıklıkla yeniden değerlendirilir
- Bir aşının istenmeyen bir yan etki gösterdiği ile ilgili birçok kaynaktan toplanan tüm veriler bilim insanları tarafından değerlendirilmektedir.
- Aşı sonrası istenmeyen etkilerin büyük bir çoğunluğu ağrı ve hafif ateş gibi geçici etkilerdir. Ciddi bir yan etkinin izlendiği nadir olgular, ivedilikle araştırılmaktadır
- Zaten ülkemizde aşıların istenmeyen etkileri hakkında bir bildirim sistemi vardır ve tüm aşılar (yurt dışındakiler dahil) uygulama sonrası da yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir

• PEKİ GERÇEKTEKİ DURUM NE???

- AŞILAR, SON YÜZYILLARDA TIP ALANINDAKİ EN BÜYÜK BAŞARIMIZ
- AŞILAR SAYESİNDE ÇOĞU HASTALIĞI ENGELLEDİK YA DA AZALTTIK
- ANCAK, **TIBBİ DESTEĞİ OLMAYAN AÇIKLAMALAR İLE AŞI REDDİNİ SAVUNANLAR ÇIKABİLMEKTE**

- **Aşı karşıtı girişimler**
- 1907 tarihinde ABD'de J. Pitcairn ilk Aşı- karşıtlığı Konferansını düzenledi
- 1908 de Philadelphia'da Amerikan Aşı karşıtları Derneği (Anti-Vaccination League of America) kurdu
- Aynı dönemde Brezilya'da O.Cruz aşılarla karşı direniş (Revolta da Vacina) hareketini başlattı

- 
- 1976 yılında ABD’de grip salgını süresinde uygulanan aşılama sonrası..... GBS (sinir sistemiyle ilgili bir sorun, kas zayıflığına, refleks kaybına, kollarda, bacaklarda, yüzde ya da vücudun diğer kısımlarında hissizliğe neden olabilmekte) olgularında artma olduğu ileri sürüldü
 - Araştırıldı ve durum hiç de öne sürüldüğü gibi değildi!
 - **SONUÇ:** Aşılanan kişiler arasında 1/100.000 oranında GBS tanısı görüldü
 - **AŞILANANLARDA** topluma nazaran GBS daha az görülmekteydi
 - Aşılanmamış olup grip geçirenlerde daha yüksek oranlarda GBS saptandı

- 1998 de Andrew Wakefield imzalı bir yazı bir tıp dergisinde yayınlandı
- Otizm tanısı olan **SADECE 12 çocuğun** barsak biyopsileri incelendiğinde; kızamık aşısının otizm yapabileceği iddia edildi
- **ARAŞTIRILDI VE DURUMUN BÖYLE OLMADIĞI ANLAŞILDI !**
- Danimarka’da 1991-98 arasında doğmuş **500 000 çocuk** incelendi... Aşılanmış ve aşılanmamış çocuklarda otizm aynı sıklıktaydı
- Kanada’da **28 000 çocuk** üzerine yapılan bir çalışma... kızamıkla otizm ilişkisi yok
- Finlandiya’da 1987-1996 arasında doğmuş **1.8 milyon** aşıllı çocukta 174 istenmeyen etki.....Aralarında otizm yok

- 1980 lerin başında Rusya’da Dr. AV Pichnochkov DBT (Difteri, Boğmaca, tetanoz) aşısının çocuklarda lösemiye yol açtığını, sistemlerini bozduğunu ortaya attı
- TV, radyolar, gazeteler olayı medyaya taşıdı
- Ana babalar aşıya olan güvenlerini yitirdiler. DBT aşı oranları %30 a düştü.
- **SONUÇ:** Avrupadaki en büyük difteri salgını çıktı. Boğmaca en yüksek oranlara ulaştı ve **BİNLERCE CAN KAYBI YAŞANDI**

- Çalışmalar sonucu aşı ve otizm arasında ilişki gösterilemedi
- Bilimsel dergi yazıyı kaldırdı
- Yazar Weakfield meslekten men edildi



- 2012'de İngiltere'de 2000 kızamık olgusu görüldü....Aşısız çocuklarda kızamık 22 kat, boğmaca 6 kat fazla
- 2013'te Türkiye'de 7000 den fazla kızamık olgusu görüldü. Olguların yaklaşık 1/3'ü henüz aşılanmamış bebekler
- 2014'te Avrupa'da 31.685 kızamık olgusu bildirildi....%83 'ü aşılanmamış kişiler

- Suriye'de savaş boyunca çocuklara aşı yapılamadı
- Poliomyelit hastalığı yıllar önce yok edildiği halde savaşın 3. yılında polio salgını çıktı
- Hastaların tümü 3 yaş altında bebek ve çocuklar
- Türkiye riskli bölgelerinde yeniden aşı kampanyası yapmak zorunda kaldı

- **Hastalığı geçirmek mi, aşılanmak mı daha iyi bağışıklık sağlar?**
- Aşılar, hastalığın oluşturacağı bağışıklık sistemini benzer şekilde uyarak bağışıklık sağlar
- Hastalık sakatlık ve ölümlerle sonuçlanabilir
- Aşıların ise istenmeyen etkileri bu kadar ağır değildir

Tablo 13. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları (ÖZET TABLO)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz				
Influenza	Her yıl 1 doz				
PCV13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPSV23 ⁴	2 doz (5 yıl arayla)				
Hepatit B ⁵	3 doz (0,1,6 ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0,6 ay)				
Zoster	1 doz				
Suçluveği ⁶	2 doz (1 ay arayla)				
KKK ⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1,2 ay)				

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aşılabilir boğmaca; Hib: Haemophilus influenzae tip b aşısı; HPV: Human papilloma virus aşısı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-boğmaca aşısı; PCV13: Konjugat pnömokok aşısı; PPSV23: Polivaleant pnömokok aşısı

¹ Tüm erişkinlere uygulanması önerilir

² Risk faktörleri veya enfeksiyon olan erişkinlere öncelikli olarak önerilir

³ Özet bir aşı olan aP hastaları ve bıkıların istatistiklerine göre uygulanabilir



- Ancak; gebelik, belirli hastalık durumları vb. bazı riskli durumlarda bazı aşılar uygulanabilirken, bazı aşılar uygulanamaz
- Ya da, bazı durumlarda belirli aşılar elzemdir
- Bu nedenle erişkin dönem aşıları için bir sağlık kuruluşundan bilgi alınması kesinlikle şarttır

- ***Her yaşın aşısı vardır ve yaşam boyu aşılanma sağlıklı bir toplum için gereklidir***



**ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE
ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN
BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ, TUTUM,
DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA
VERİLEN EĞİTİMİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ANKET FORMU

Uygulama Tarihi	:	
Anketör	:	
Kontrolü yapan kişi	:	
Anket no	:	

ÇANAKKALE – 2019



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012
----------	---------	--------------	----	------------------	----------------

1. Çalışmanın adı: Çanakkale İl Merkezi 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Erişkin Bağışıklaması Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi (1. Aşama)

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Prof. Dr. Coşkun Bakar – Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD – 286 218 0018 – 2208

Arş. Gör. Dr. Özgür Özerdoğan- Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD – 286 218 0018 – 2031

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Bu çalışmanın amacı, Çanakkale Merkez İlçesi'nde onsekiz yaş ve üzeri grupta erişkin dönem aşılama hakkında bilgi, tutum ve davranış durumlarının incelenmesi ve erişkin bağışıklamayı etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Bu çalışma kapsamında Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilere çalışma hakkında bilgi verilmekte ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere erişkin bağışıklaması konusunda bilgi, tutum, davranış durumunu inceleyen soru formu uygulanmaktadır. Çalışma Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim elemanları ve burada staj yapmakta olan intörn doktorlar (son sınıf öğrencileri) ile birlikte yürütülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları tıpta uzmanlık tezi olarak sunulacaktır. Ayrıca, bilimsel dergi ve kongrelerde de makale ve sunum olarak sunulacaktır. Sunumlarda asla kişisel veriler kullanılmayacaktır. Çalışmadaki sorulara yanıt veren katılımcıların kimlik bilgileri araştırmacılar tarafından saklanacak olup asla üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Çanakkale Merkez İlçesi'ndeki çalışma için seçilmiş Aile Sağlığı Merkezleri'nden birine başvuran 18 yaş ve üzeri birey olduğunuz için seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım? Hayır, çalışmaya katılırsanız da istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışma kapsamında size gözetim altında (okuma yazma bilmeyenlere yüz yüze görüşme yöntemi ile) bir soru formu uygulanacaktır. Çalışma Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim elemanları ve burada staj yapmakta olan intörn doktorlar (son sınıf öğrencileri) ile birlikte yürütülmektedir.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönlere/riskleri olacak mı? Hayır.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı? Yapılan değerlendirmelerin sizi ilgilendiren sonuçları anında sizinle paylaşılacaktır.

9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı? Hayır.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Araştırmacılar tarafından saklanacaktır.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Sonuçları öğrenmek istediğiniz takdirde bize ulaşarak bilgi alabileceksiniz.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Bu çalışmanın sonuçları tıpta uzmanlık tezi olarak sunulacaktır. Bilimsel dergi ve kongrelerde de makale ve sunum olarak sunulacaktır. Sunumlarda asla kişisel veriler kullanılmayacaktır.

13. Daha ayrıntılı bilgi için,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı

14. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ (1. AŞAMA)

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız.*

İmza:
Adı / Soyadı:
Tarih:

Tanık; İmza:
Adı / Soyadı:
Tarih:

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ SORULAR

1. İsim soyisim :.....

2. Cinsiyetiniz : 1. Kadın 2. Erkek

3. Yaş :.....

4. Medeni Durumunuzu belirtiniz : 1. Evli 2. Bekar

3. Dul/Boşanmış

5. Çocuğunuz var mı?: 1. Evet (**sayısını belirtiniz.....**) 2. Hayır

6. Kaç kez gebe kaldınız? :..... (**Sadece kadınlar yanıtlayacak**)

7. Yaşadığınız mahalleyi belirtiniz

1. Barbaros Mah.	4. Fevzi Paşa Mah	7. Namık Kemal Mah.
2. Cevat Paşa Mah.	5. İsmet Paşa Mah.	8. Kepez
3. Esenler Mah.	6. Kemal Paşa Mah.	9. Diğer..... (belirtiniz)

8. En son bitirdiğiniz okulu belirtiniz.

1. Okur yazar değil	3. İlkokul mezunu	5. Lise mezunu
2. Okur yazar	4. Orta okul mezunu	6. Üniversite/Yüksek okul/Doktora mezunu

9. Mesleğiniz:

1. Ev Hanımı	6. Özel sektör çalışanı
2. Öğrenci	7. Memur
3. İşsiz	8. Sağlık çalışanı
4. İşçi	9. Diğer.....(belirtiniz) (özel meslek grupları için kullanılacak)
5. Özel iş yeri sahibi	

10. Şu anki çalışma durumunuz:

1. Tam zamanlı ücretli çalışan	3. Emekli	5. Emekli ama şu an da çalışıyor
2. Yarım zamanlı ücretli çalışan	4. İşsiz	6. Ev hanımı

11. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

12. Yanıtınız evet ise belirtiniz:

1. SGK
2. Özel sigorta
3. Diğer..... (belirtiniz)

13. Evinizde kaç kişi yaşıyor? **(kendisi dahil)** :.....

14. Gelir durumunuz size göre nasıl ?

1. Çok Kötü	2. Kötü	3. Orta	4. İyi	5. Çok İyi
-------------	---------	---------	--------	------------

15. Sosyal medyayı aktif olarak kullanır mısınız?

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

16. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı ?

1. Evet(belirtiniz)	2. Hayır
---------------------------	----------

17. Bağışıklık sisteminizi baskılayacak herhangi bir tedavi aldınız mı ya da bağışıklık sisteminizi baskılayacak herhangi bir hastalığınız/ durumunuz var mı? **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1. Uzun dönem steroid tedavisi (Kortizol vb.)
2. Kemoterapi (Bazı kanser tedavisi ilaçları)
3. Radyoterapi (Işın tedavisi)
4. Kök hücre nakli yapılmış olması
5. Aspleni (Dalağın olmaması, operasyon ile dalağın alınmış olması)
6. Solid organ transplantasyonu (Organ nakli)
7. Sürekli kan ve kan ürünü alımını gerektirecek herhangi bir hematolojik hastalık (Kan hastalığı)
8. Romatolojik hastalık (Steroid vb. bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gerektiren romatizmal hastalıklar)
9. HIV (AIDS) enfeksiyonu
10. Şu an gebe olunması
11. Diğer..... (belirtiniz)

AŞI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI

1. Sizce, erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşı yaptırmak gerekli midir?

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

2. Soru 1' e yanıtınız evet ise, yapılması gerekli olduğunu düşündüğünüz aşıları belirtiniz
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Grip (influenza)	10. Kızamık
2. Tetanoz	11. Kızamıkçık
3. Difteri	12. Kabakulak
4. Boğmaca	13. Meningokok (Menenjit aşısı)
5. Zatüre (pnömokok)	14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)
6. Hepatit A	15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)	16. Kuduz
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)	17. Diğer.....
9. Suçiçeği (Varicella zoster)	(belirtiniz)

3. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) herhangi bir korkunuz var mı?

1- Hiç korkmuyorum	2- Az korkuyorum	3- Kararsızım	4- Korkuyorum	5- Çok korkuyorum
--------------------	------------------	---------------	---------------	-------------------

4. Sizce, erişkin birinin aşılanması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir mi?

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

5. Çocukluk döneminde aşılarınız yapıldı mı?

1. Evet, bütün çocukluk dönemi aşılarım yapıldı
2. Evet, ama çocukluk dönemi aşılarımın tamamının yapıp yapılmadığını bilmiyorum
3. Hayır
4. Bilmiyorum/ Hatırlamıyorum (Hiçbirini)

6. Çocukluk dönemi aşı kartınız sizde veya ailenizde bulunuyor mu?

1. Evet	2. Hayır	3. Bilmiyorum/ Hatırlamıyorum
---------	----------	-------------------------------

7. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası), herhangi bir aşı yaptırdınız mı?

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

8. Soru 7'ye yanıtınız evet ise, yaptırmış olduğunuz aşı/aşılıarı nerede yaptırdınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	4. Eczane
2. Devlet Hastanesi	5. Diğer..... (belirtiniz)
3. Özel Hastane	

9. Soru 7'ye yanıtınız evet ise, erişkin dönemde (18 yaş sonrası) yaptırmış olduğunuz aşı/aşılıarı ne zaman yaptırdığınızı belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir- Süre belirtilerek işaretlenmelidir)

Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılar	Her yıl	Son bir yıl içerisinde	1-10 yıl	10 yıldan daha uzun süre önce	Hatırlamıyorum
1. Grip (influenza)					
2. Tetanoz					
3. Difteri					
4. Boğmaca					
5. Zatüre (pnömokok)					
6. Hepatit A					
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)					
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)					
9. Suçiçeği (Varicella zoster)					
10. Kızamık					
11. Kızamıkçık					
12. Kabakulak					
13. Meningokok (Menenjit aşısı)					
14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)					
15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)					
16. Kuduz					
17. Yaptırdığım aşının ismini bilmiyorum					
18. Diğer.....(belirtiniz)					

10. **Soru 7'ye yanıtınız evet ise**, erişkin dönemde (18 yaş sonrası) yaptırmış olduğunuz aşılar için herhangi bir ücret ödediniz mi?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum/ Hatırlamıyorum
4. Bazı aşılar için ücret ödedim, bazı aşılar için ise ücret ödemedim

11. **Soru 7'ye yanıtınız evet ise**, aşı/aşılar yaptırdığınızda herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?

1. Evet	a. Hangi aşı ?	a. Hangi aşı ?.....
	b. Oluşan yan etki/ler ?.....	b. Oluşan yan etki/ler ?.....
2. Hayır		

12. **Soru 7'ye yanıtınız evet ise**, aşı yaptırdığınızdaki gerekçeyi belirtiniz (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	
2. Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım (hayvan ısırması, kesici delici alet yaralanması vb.)	a. Hangi aşı/aşılar ?..... b. Niçin gerekti ?.....
3. Askerlik görevim sırasında uygulandığı için	a. Hangi aşı/aşılar ?.....
4. Gebeliğim sırasında uygulandığı için	a. Hangi aşı/aşılar ?.....
5. Hac, umre gibi dini ziyaretler öncesi uygulandığı için	a. Hangi aşı/aşılar ?.....
6. Yurt dışı ziyaretleri öncesi uygulandığı için	a. Hangi aşı/aşılar ?.....
7. Diğer.....(farklı bir gerekçeniz varsa belirtiniz)	a. Hangi aşı/aşılar ?.....

13. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşı yaptırmış olun ya da olmayın, aşı yaptıрма kararınızda hangisinin görüş ve önerileri sizin için önemli olurdu? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Sağlık çalışanı (doktor, hemşire, eczacı vb.)
2. Aile ve yakın çevrem
3. İnternet ortamında duymam
4. Televizyon programlarında duymam
5. Kitap/ gazete/ dergi vb. de okumam
6. Okul eğitimim sırasında bilgilendirilmem
7. Hiçbir şekilde aşı yaptırmam
8. Hiçbir görüş ve öneri almasam da aşılarımı takip eder, yaptırım
9. Diğer.....(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

14. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılama konusunda fikrinizi belirtiniz **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1. Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılanmasına gerek yoktur
2. Erişkin aşıları konusunda bilgim var, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmiyorum
3. Erişkin aşılarını tam olarak biliyorum
4. Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur
5. Aşılar sadece çocuklar için gereklidir
6. Diğer.....(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

15. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılama konusundaki bilgi kaynaklarınızı belirtiniz **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1. Daha önce erişkin aşılamasını hiç duymadım
2. Aile ve yakın çevrenin bilgilendirmesi
3. İnternet yardımıyla
4. Televizyon yardımıyla
5. Kitap/ gazete/dergi vb. okuyarak
6. Doktor, hemşire gibi sağlık personelleri ve/veya eczacı tarafından bilgilendirilerek
7. Okul eğitimim sırasında edindiğim bilgiler yardımıyla
8. Diğer (farklı bir kaynak varsa belirtiniz)

16. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılamada ücretlendirme hakkındaki düşüncelerinizi belirtiniz **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1. Tüm erişkin aşıları devlet tarafından karşılanmaktadır
2. Bazı aşıların ücretleri devlet tarafından karşılanmaktadır
3. Bazı hastalığı bulunan kişilerin aşıları devlet tarafından karşılanmaktadır
4. Erişkin aşılarının ücretlerini kişiler kendileri ödemektedir
5. Sadece sağlık çalışanlarının erişkin aşılarını devlet karşılamaktadır
6. Fikrim yok
7. Diğer(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

17. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) size aşı yaptırılması hiç önerildi mi?

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

18. **Soru 17'ye yanıtınız evet ise**, önerilen aşıyı yaptırdınız mı?

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

19. Soru 18'e yanıtınız hayır ise, aşı yaptırmayı reddetme nedeninizi belirtiniz (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. İğneden/ acıdan korktuğum için
2. Aşı yan etkilerinden korktuğum için:(yan etkileri belirtiniz)
3. Dini inancımdan dolayı
4. TV, radyo, gazete vb. de aşılardan zararlı olduğunu duyduğum için
5. Doktor, hemşire gibi sağlık personelleri ve/veya eczacı tarafından zararlı olduğunu duyduğum için
6. Aşıları uygulayacak olan sağlık çalışanlarına güvenmediğim için
7. Aşıların ilaç firmalarına para kazandırmak amaçlı olduğunu düşündüğüm için
8. Aşıların hastalıklara karşı koruyucu olduğunu düşünmediğim için
9. Aşı yaptırmaktansa, hastalığı geçirerek bağışıklık kazanacağımı düşündüğüm için
10. Diğer(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

20. Bildiğiniz aşı/ ilaç/ besin vb. alerjiniz var mı?

1. Evet : (belirtiniz)	2. Hayır
------------------------------	----------

21. Çocuğunuz/larınız var ise, bildiğiniz aşı/ ilaç/ besin vb. alerjileri var mı? (**Çocuk sahibi olanlar yanıtlayacak**)

1. Evet : (belirtiniz)	2. Hayır
------------------------------	----------

22. Çocuğunuz/larınız var ise, aşı kartları bulunuyor mu? (**Çocuk sahibi olanlar yanıtlayacak**)

1. Evet	2. Hayır	3. Bilmiyorum
---------	----------	---------------

23. Çocuğunuz/larınız var ise, çocukluk aşıları (8. Sınıfa kadar) uygulandı mı? (**Çocuk sahibi olanlar yanıtlayacak**)

1.Evet	2.Hayır	3.Bilmiyorum
--------	---------	--------------

24. Çocuğunuz/larınız var ise, çocuğunuz/larınıza yapılması önerilen aşı/aşıları reddettiğiniz oldu mu? (**Çocuk sahibi olanlar yanıtlayacak**)

1. Evet	a. Hangi aşı ?.....	c. Hangi aşı ?.....
	b. Reddetme nedeni ?.....	d. Reddetme nedeni ?.....
2. Hayır		

25. Çocuğunuz/larınıza aşı yapıldığında herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı? (**Çocuk sahibi olanlar yanıtlayacak**)

1. Evet(belirtiniz)	2. Hayır	3. Bilmiyorum
---------------------------	----------	---------------

26. Grip aşısı hakkındaki düşüncelerinizi belirtiniz (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Sadece çocuklarda koruyucudur
2. Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller
3. Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar
4. Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum
5. Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere yapılması gerekir
6. Fikrim yok
7. Diğer(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

27. Tetanoz aşısı hakkındaki düşüncelerinizi belirtiniz (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Sadece çocuklarda koruyucudur
2. Erişkinlik döneminde de koruyucudur, hastalığı engeller
3. Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar
4. Erişkinlikte gerekli olduğunu düşünmüyorum
5. Sadece bazı hastalıkları olan erişkinlere yapılması gerekir
6. Fikrim yok
7. Diğer(farklı bir düşünceniz varsa belirtiniz)

EK 4. Araştırmanın 2. aşamasında kullanılan ön-test soru formu

ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ (2. AŞAMA)- ÖN TEST

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ SORULAR

1. İsim soyisim :.....

2. Cinsiyetiniz : 1. Kadın 2. Erkek

3. Yaş :.....

4. Medeni durumunuzu belirtiniz : 1. Evli 2. Bekar

3. Dul/Boşanmış

5. Çocuğunuz var mı?: 1. Evet 2. Hayır

6. Yaşadığınız mahalleyi belirtiniz

1. Barbaros Mah.	4. Fevzi Paşa Mah	7. Namık Kemal Mah.
2. Cevat Paşa Mah.	5. İsmet Paşa Mah.	8. Kepez
3. Esenler Mah.	6. Kemal Paşa Mah.	9. Diğer.....(belirtiniz)

7. En son bitirdiğiniz okulu belirtiniz.

1. Okur yazar değil	3. İlkokul mezunu	5. Lise mezunu
2. Okur yazar	4. Orta okul mezunu	6. Üniversite/Yüksek okul/Doktora mezunu

8. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılama hakkında daha önce **bilgi sahibi oldunuz mu?**

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

9. **Soru 8'e cevabınız evet ise**, erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılama ile ilgili bilgilerinizi nereden aldınız? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Doktorlar	5. İnternet
2. Doktor dışı diğer sağlık personelleri (hemşire, eczacı vb)	6. Televizyon
3. Kitap/ gazete/ dergi	7. Aile/ yakın çevre
4. Okul eğitimim sırasında	8. Diğer.....(belirtiniz)

10. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşılama hakkında daha önce bir **eğitim aldınız mı?**

1. Evet	2. Hayır	3. Fikrim yok / Hatırlamıyorum
---------	----------	--------------------------------

11. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası), herhangi bir aşı yaptırdınız mı?

1. Evet.....(belirtiniz)	2. Hayır
--------------------------	----------

AŞI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI

1. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşı yaptırılması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

2. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) yapılması gerekli olduğunı düşündüğünüz aşıları belirtiniz (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Grip (influenza)	10. Kızamık
2. Tetanoz	11. Kızamıkçık
3. Difteri (Kuşpalazı)	12. Kabakulak

4. Boğmaca	13. Meningokok (Menenjit aşısı)
5. Zatüre (pnömokok)	14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)
6. Hepatit A	15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)	16. Kuduz
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)	17. Erişkin dönemde aşı yapılmasına gerek yoktur
9. Suçiçeği (Varicella zoster)	18. Diğer..... (belirtiniz)

3. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) herhangi bir korkunuz var mı?

1- Hiç korkmuyorum	2- Az korkuyorum	3- Kararsızım	4- Korkuyorum	5- Çok korkuyorum
--------------------	------------------	---------------	---------------	-------------------

4. Kendiniz veya çocuklarınız (var ise) için önerilen herhangi bir aşıyı **reddeder misiniz?**

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

5. Şimdiye kadar kendiniz veya çocuklarınız (var ise) için önerilen herhangi bir aşıyı **reddettiniz mi?**

1. Evet	2. Hayır
---------	----------

6. **Soru 5'e cevabınız evet ise, hangi aşı veya aşıları reddettiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1. Grip (influenza)	10. Kızamık
2. Tetanoz	11. Kızamıkçık
3. Difteri (Kuşpalazı)	12. Kabakulak
4. Boğmaca	13. Meningokok (Menenjit aşısı)
5. Zatüre (pnömokok)	14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)
6. Hepatit A	15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)	16. Kuduz
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)	17. Reddettiğim aşı/aşıların ismini bilmiyorum
9. Suçiçeği (Varicella zoster)	18. Diğer..... (belirtiniz)

7. **Soru 5'e cevabınız evet ise, aşı veya aşıları reddetme nedeninizi belirtiniz**

.....
.....

8. Aşağıdaki önermeler için size uygun olan cevabı işaretleyiniz.

ÖNERMELER	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır			
2. Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar			
3. Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar			
4. Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır			
5. Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenebilir			
6. Yaptığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir			
7. Erişkin birinin aşılması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir			
8. Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır			
9. Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır			
10. Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak/ kronik hastalığı olmak/ gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır			
11. Aşılar güvenlidir			
12. Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir			
13. Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur			
14. Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar			
15. Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılanmalıdır, tüm erişkinlerin aşılanmasına gerek yoktur			
16. Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur			
17. Aşılar sadece çocuklar için gereklidir			

EK 5. Araştırmanın 2. aşamasında kullanılan son-test soru formu

**ÇANAKKALE İL MERKEZİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASI BİLGİ,
TUTUM, DAVRANIŞ DÜZEYİ VE BU KONUDA VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(2. AŞAMA)- SON TEST**

İsim soyisim :.....

AŞI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI

1. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) aşı yaptırılması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

2. Erişkin dönemde (18 yaş sonrası) yapılması gerekli olduğunuzu düşündüğünüz aşıları belirtiniz
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Grip (influenza)	10. Kızamık
2. Tetanoz	11. Kızamıkçık
3. Difteri (Kuşpalazı)	12. Kabakulak
4. Boğmaca	13. Meningokok (Menenjit aşısı)
5. Zatüre (pnömokok)	14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)
6. Hepatit A	15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)	16. Kuduz
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)	17. Erişkin dönemde aşı yapılmasına gerek yoktur
9. Suçiçeği (Varicella zoster)	18. Diğer..... (belirtiniz)

3. Aşıların yan etkilerinden kaynaklı (ağrı, ateş vb.) herhangi bir korkunuz var mı?

1- Hiç korkmuyorum	2- Az korkuyorum	3- Kararsızım	4- Korkuyorum	5- Çok korkuyorum
--------------------	------------------	---------------	---------------	-------------------

4. Şu an size veya çocuklarınıza (var ise) bir aşı yapılması önerilse reddeder misiniz?

1. Evet	2. Hayır	3. Kararsızım
---------	----------	---------------

5. Soru 4'e cevabınız evet ise, hangi aşı veya aşıları reddedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Grip (influenza)	10. Kızamık
2. Tetanoz	11. Kızamıkçık
3. Difteri (Kuşpalazı)	12. Kabakulak
4. Boğmaca	13. Meningokok (Menenjit aşısı)
5. Zatüre (pnömokok)	14. Hib (Haemophilus influenzae tip b) (Menenjit aşısı)
6. Hepatit A	15. HPV (Human Papilloma Virüs) (Rahim ağzı aşısı)
7. Hepatit B (Kan ve cinsel yolla bulaşan sarılık)	16. Kuduz
8. Zona (Herpes zoster) (Gece yanığı-Kuşak hastalığı)	17. Diğer.....(belirtiniz)
9. Suçiçeği (Varicella zoster)	

6. Soru 4'e cevabınız evet ise, aşı veya aşıları reddetmeyi düşünme nedeninizi belirtiniz

.....
.....

7. Aşağıdaki önermeler için size uygun olan cevabı işaretleyiniz.

ÖNERMELER	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Aşılar genel olarak hasta olmadan önce (sağlıklı iken) uygulanır			
2. Aşılarda kullanılan mikroplar zayıflatılmış olup, insan vücudunda hastalık yapmazlar			
3. Aşılar, hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmamızı sağlarlar			
4. Aşılar sayesinde dünyadan tamamen ortadan kaldırılan ya da kontrol altına alınan hastalıklar vardır			
5. Aşılar sayesinde hastalıkların neden olduğu sakatlık ve ölümler önlenebilir			
6. Yaptırdığımız aşıların zamanla koruyucu etkisi azalır ve bu nedenle belirli aralıklarla tekrarlanmaları gerekir			
7. Erişkin birinin aşılınması yakınındaki bebek/çocuk/gebeleri hastalıklardan koruyabilir			
8. Ülkemizde erişkinlere yönelik çeşitli aşı uygulama programları vardır			
9. Başka ülkelere seyahat, hac-umre ziyaretleri öncesi uygulanması gereken aşılar vardır			
10. Ülkemizde belirli risk grupları (65 yaş üstü olmak/ kronik hastalığı olmak/ gebe olmak vb.) için ücretsiz uygulanan aşılar vardır			
11. Aşılar güvenlidir			
12. Ülkemizde aşıların istenmeyen yan etkilerinin izlendiği bir bildirim sistemi bulunmaktadır ve tüm aşılar uygulama sonrası yaptıkları yan etkiler bakımından takip edilmektedir			
13. Çocukluk döneminde uygulanan aşılar bireyi ömür boyu hastalık için korur			
14. Aşılar, hastalığın etkileri görülmeden kişinin hastalığa karşı bağışık yani dirençli olmasını sağlar			
15. Yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinler aşılmalıdır, tüm erişkinlerin aşılmasına gerek yoktur			
16. Erişkinlikte aşı yapılmasına gerek yoktur			
17. Aşılar sadece çocuklar için gereklidir			

ÇALIŞMAMIZA KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİ

EK 6. Araştırmanın 1. aşaması için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden alınan izin yazısı



T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANAKKALE
ÖZEL TEŞHİS VE TEDAVİ, ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI,
ÖZEL YAŞAKLI VE SAĞLIK MESLEKLERİ BİRDİMİ
07/05/2019 13:00 - 18231034 - 604.99 - E.417
00092995721

Sayı : 18231034-604.99
Konu : Tıpta Uzmanlık Tezi Hk.

Sayın Arş.Gör.Dr.Özgür ÖZERDOĞAN
ÇOMÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

İlgi : 22/04/2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ve ekleri ile Müdürlüğümüze gönderilen "**Çanakkale İl Merkezi 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Erişkin Bağışıklaması Bilgi,Tutum, Davranış Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi**" başlıklı tıpta uzmanlık tez çalışmanız kapsamında Çanakkale Merkez İlçede baulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma yapma talebiniz 06/05/2019 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ali TAŞÇI
İl Sağlık Müdürü

Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

Telefon: Faks No: 02862170074

e-Posta: gulsemin.alpaslan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: canakkaleism.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a510361c-040c-48d9-97a5-6bed23824b09 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Gülsemin ALPASLAN

EBE

Telefon No: 0 (286)217 11 58/1516

**EK 7. Araştırmanın 1. ve 2. aşaması için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan izin yazısı**



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.04.04-E.1900030522
Konu : Başvuru İncelemesi (Arş. Gör. Dr.
Özgür ÖZERDOĞAN)

21/02/2019

Sayın Arş. Gör. Dr. Özgür ÖZERDOĞAN

Yürüttüçülüğünü yapmış olduğunuz "Çanakkale İl Merkezi 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Erişkin Bağışıklaması Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2019-E.1900004930 no'lu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 20.02.2019 tarih ve 04-03 no'lu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 20.02.2019

Karar No: 2019-04

Karar03)2011-KAEK-27/2019-E.1900004930 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Arş. Gör. Dr. Özgür ÖZERDOĞAN'ın çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR"** kararı verilmiştir.(Prof. Dr. Coşkun BAKAR araştırmada yer aldığından dolayı bu araştırma önerisi için oy kullanmamıştır.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Coşkun BAKAR
Kurul Başkanı V.

EK 8. Araştırmanın 2. aşaması için Çanakkale Belediyesi'nden alınan izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı:24.09.2019-E.28382



**T.C.
ÇANAKKALE BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Destek Hizmetleri Müdürlüğü**

Sayı : 84302748-813.01.01.02

23.09.2019

Konu : Araştırma Hakkında Toplantı Salonu
Kullanımı

**T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı'na**

İlgi:

a) 20.09.2019 tarih 52990927-900 sayılı yazınız,

İlgili yazınızda belirtmiş olduğunuz "Çanakkale İl Merkezi On Sekiz Yaş ve Üzeri Kişilerin Erişkin Başışıklanması Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi" başlıklı faaliyetlerinizi 30 Eylül 2019- 30 Ekim 2019 tarihleri arasında Muhtarlar Evinde mesai saatleri içerisinde yürütmeniz uygun görülmüştür.

Gereğini arz/rica ederim.

Z. Özleyiş ÇETİN
Belediye Başkanı a.
Belediye Başkan Yardımcısı

Muhtarlık İşleri Birim Sorumlusu : H. Evrim AKMAN
Destek Hizmetleri Müdürü : Meral HARPUR

İstispa Mah. Demircioğlu Cad. No:132
Belediye Binası ÇANAKKALE
Telefon No: (0 286) 444 17 17
e-Posta: evrimakman@canakkale.bel.tr İnternet Adresi: www.canakkale.bel.tr

Bilgi için: H. Evrim AKMAN
Strateji Geliştirme Birim Sorumlusu
Dahili No: 1212 - 1346

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<http://ehys.canakkale.bel.tr/dogrula> adresinden, 8CQK17MDNFUE - 512418 kodlarıyla sorgulayabilirsiniz.



EK 9. Aşılar, aşı tipleri ve enfeksiyon hastalıkları ile ilgili ek tanımlar

Aşı: Virulansı azaltılan ya da öldürülen mikroorganizmaların doğrudan kendisinden ya da belirli kısımlarından hazırlanan ve organizmaya uygun yolla uygulandığında canlının enfeksiyon hastalıklarından korunmasını sağlayacak bağışıklık yanıtını oluşturan maddelerdir (16).

Bağışıklama: Bireyin bağışıklık sistemini yapay yollarla uyarma ve bu sayede kişiye enfeksiyon hastalıklarına karşı direnç kazandırma işlemidir (16).

Bağışıklık kavramını da iki ana grupta toplamak mümkündür:

A- Doğal (natural) bağışıklık: İnsanlar diğer canlılardaki pek çok hastalığa karşı doğal olarak bağışıklıdır. Örneğin maymunlardaki çiçek (monkey pox) hastalığı insanlara bulaşmaz ya da insanlardaki çiçek, çocuk felci, kızamık gibi hastalıklar hayvanlara bulaşmaz. Bu duruma doğal bağışıklık denmektedir (24).

B- Edinsel (kazanılmış) bağışıklık: Aktif ve pasif bağışıklık olarak ikiye ayrılmaktadır. Aktif bağışıklık hastalığı geçirerek veya hastalık etkenine karşı aşılanarak sağlanırken, pasif bağışıklık insan veya hayvan serumu, özel yöntemlerle saflaştırılmış insan gamma globulini veya anneden bebeğe plasenta yoluyla geçen immunglobulinlerle sağlanmaktadır. Yani aşılama, bir aktif bağışıklama yoludur (24).

Eliminasyon: Planlı çabalar sonucunda, belirlenmiş bir coğrafi alanda belirli bir hastalığın görülmemesi ancak etkenin varlığını sürdürmesi durumudur (16,39).

Eradikasyon: Hastalığın etkeni ile birlikte yeryüzünden yok edilmesini ifade eder (16,39).

Çiçek hastalığı, DSÖ tarafından yürütülmüş bir program sayesinde yeryüzünden eradike edilmiş tek hastalıktır. Ancak her hastalık eradikasyon için uygun değildir. Örneğin, polio virüsünün dış ortama dayanıksız oluşu gibi özellikleri nedeniyle

eradikasyonu mümkünken kızamığın eradikasyonu mümkün değildir. Bundan dolayı kızamıkta hedef eliminasyondur (39). Kızamık hastalık yükünü dünya çapında azaltmak amacıyla 1989'da Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990'da Dünya Çocuk Zirvesi'nde bazı hedefler belirlenmiştir. Aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin % 95, morbiditesinin %90 azaltılması hedeflenmiştir. DSÖ Amerika Bölgesi'nde 2000, Avrupa Bölgesi'nde ve Doğu Akdeniz Bölgesi'nde ise 2010 yılına kadar kızamık eliminasyonu hedeflenmiştir. Kızamık eliminasyon programı çerçevesinde Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak; ülkeye kızamık importasyonu sonucu gelen virüslerin yerleşmesini engellemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemek hedeflenmiştir. Bu amaca yönelik olarak da bağışıklamada tüm bölgelerde her iki dozda da >%95'e ulaşmak ve 9 ay – 14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulaması gibi stratejiler belirlenmiştir (127).

Endemi (yaygın): Bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığın belirli bir coğrafyada ya da toplulukta sürekli görülmesi durumudur (16).

Epidemi (salgın): Bir hastalığın ya da sağlıkla ilgili olayın belli bir bölgede beklenenden daha fazla görülmesini ifade eder (16).

Pandemi: Salgının birden çok ülkeye veya kıtaya yayılması durumudur (16).

Serokonversiyon hızı: Hastalık etkenine yönelik spesifik antikorları oluşturarak aşıya yanıt veren kişilerin yüzdesidir (16).

Seroproteksiyon hızı: Aşı uygulandıktan sonra koruma sağlayacak düzeyde antikor üreten kişilerin yüzdesidir (16).

Soğuk zincir: Bir aşının etkinliğini üretiminden kişilere uygulanana kadar koruyan ve yeterli miktarda etkin aşının ihtiyacı olanlara ulaşmasını sağlayan, insan ve malzemedir (16).

Aşı etkinliği (koruyuculuk oranı): Aşının hastalığı önleme olasılığını ifade eder. Aşı olan ve olmayanlardaki atak hızları üzerinden hesaplanır (39).

Dünyada ve Türkiye’de halen kullanılmakta olan temel aşı tipleri (16):

-Viral aşilar: Attenué canlı viral aşilar/ İnaktive-ölü aşilar/ Subunit (alt birimli) viral aşilar/ Rekombinan antijen aşiları

-Bakteriyel aşilar: Tam hücreli bakteriyel aşilar/ Toksoid aşilar/ Subunit bakteri aşiları/ Polisakkarit aşilar/ Konjuge polisakkarit aşilar

Farklı aşı tiplerinin birbirleriyle kombine edildiği formlar da mevcuttur. Ancak aşı etkileşimi nedeniyle antikor cevabı etkilenebilir, bu nedenle uygun kombinasyonlar hazırlanmalıdır. Ayrıca çeşitli mikroorganizmalara karşı rekombinan vektör aşiları, sentetik peptid aşilar, DNA aşiları çalışmaları da devam etmektedir (16).

Aşı kararsızlığı: Aşıya ulaşılabilirlik mümkün olmasına rağmen bazı aşiların uygulanmasını kabul etmede gecikme veya bazı aşiların uygulanmasına izin vermeme durumudur (128).

Aşı reddi: Tüm aşiları reddetme durumudur (128).