

TC
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN AŞI HAKKINDAKİ
DAVRANIŞ, BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Banu SARIGÜL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2019

TC
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN AŞI HAKKINDAKİ
DAVRANIŞ, BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Banu SARIGÜL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2019

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği ABD uzmanlık
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Dr Banu SARIGÜL'ün **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/04/2019

TEZ KONU BAŞLIĞI

**AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN AŞI HAKKINDAKİ
DAVRANIŞ, BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Tez Jürisi Üyeleri:
Adı Soyadı

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

.....
imzası

Doç. Dr. Önder SEZER

.....

Dr. Öğr. Üyesi H. Yusuf Ertekin

.....

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim
Kurulunun 02/05/2019 tarih ve 1..J.S..1..05.. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. Tamer DEMİR.
Dekan
Dekan

TEŞEKKÜR

ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD bünyesinde bulunduğum süreçte eğitimime ve aile hekimi bakış açısını kazanmama katkıda bulunan Aile Hekimliği ABD öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN'e

Klinik pratiğin yanında bilimsel araştırmalara da dahil olmamız konusunda bizi yüreklendiren ve yol gösteren mesleğimiz dışında kişisel ve sosyal gelişimimiz konusunda da desteğini esirgemeyen sayın anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'e,

Bilgi ve deneyimi ile tez çalışmama farklı bir bakış açısı katan Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Çetin Toraman'a,

Tez sınavım jüri üyesi çok değerli Doç. Dr. Önder Sezer'e,

Aile hekimliği eğitim sürecinin bir parçası olan klinik rotasyonlarda bilgi ve deneyimlerini paylaştan, beraber çalıştığım başta Kardiyoloji ABD olmak üzere tüm hocalarım ve asistan arkadaşlarıma,

Aile hekimliği uzmanlığı eğitim sürecinde tanıdığım ve beraber çalışma fırsatı bulduğum, sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, hayatımın her parçasına ayrı bir anlam ve değer katarak bu küçük ve güzel şehri unutulmaz yapan aile hekimliğinin çok sevgili asistanlarına,

Yanı başımda ya da uzakta nerede olurlarsa olsunlar sevgilerini daima yanımda hissettiğim ve güç aldığım, yaşadıkları onca zorluğa rağmen beni daima destekleyen ve aldığım kararlarda arkamda duran biricik aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi, saygı ve minnetle...

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin erişkin ve çocuk aşılması konusundaki davranış, bilgi ve tutumlarını incelemektir.

Yöntem: Kesitsel desendeki bu çalışmaya Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.10.2017-31.03.2018 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri 500 kişi katılmıştır. Erişkin ve çocukluk çağı aşılması ile ilgili inceleme yapmak için araştırmacılar tarafından anket formu hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formu ve oluşturulan anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır.

Bulgular: On sekiz yaşından sonra en az bir kez aşı yaptırma oranı %47,7 (n=237) idi. En çok yaptırılan aşılardan tetanoz, influenza ve hepatit B aşılardı. Aşı yaptırma nedenleri en sık gebelik, meslek ve yaralanmalar idi. Katılımcıların %12,2'si (n=61) aşı yaptırmaları önerildiği halde kabul etmemişti. Erişkin aşısını yaptırmayı reddetme nedenleri aşının gereksiz olduğunun düşünülmesi, yan etki endişesi, güvenli bulunmaması idi. Katılımcıların %49,2'sinin (n=246) çocuğu vardı. Çocuğu olan katılımcıların %15'i (n=37) çocuğuna özel aşı yaptırmıştı. Çocuğuna herhangi bir aşının uygulanmasını reddeden katılımcıların oranı %7,7 (n=19) idi. Reddetme nedenleri ise aşı hakkındaki bilgisizlik ve aşuya güven duymamakla ilişkili idi. Tutum soruları ile yapılan açıklayıcı faktör analizi ile 17 soruluk aşı karşıtlığı ölçeği oluşturuldu. Yapılan regresyon analizinde erkek cinsiyette olmak, düşük eğitim seviyesine sahip olmak, gelir durumunun kötü olması, çocuk sayısında artış ve alkol kullanmamak aşı karşıtlığı puanında artış ile ilişkili bulundu.

Sonuçlar: Erişkin bağışıklama oranları tüm dünyada düşük seyretmekle birlikte çalışmamızda gelişmiş ülkelere göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %7,7'sinin daha önce en az bir aşıyı reddettiği görülmüştür. Aşuyu reddetme davranışının aşı ile ilgili bilgisizlik ve aşuya güven duymamaktan kaynaklandığı gözlemlenmiştir.

Anahtar kelimeler: aşı, erişkin bağışıklaması, çocuk, aşı tereddütü, aşı reddi

ABSTRACT

Objective: The aim of our study is to evaluate the behaviors, knowledge and attitude of adult and childhood vaccination in individuals who apply to the Family Medicine outpatient clinic in Medicine Faculty Hospital.

Method: This cross-sectional study was conducted with 500 people over 18 years admitted to family medicine outpatient clinic from 01.10.2017 to 31.03.2018. The questionnaires to evaluate about adult and childhood vaccination was prepared by researchers. Sociodemographic data form and questionnaires were applied to participants in face to face interviews.

Results: At least one vaccination rate after 18 years was %47,7(n=237). The most commonly received vaccines were tetanus, influenza and hepatitis B. Most common reasons of adult vaccinations are pregnancy (%7,4), occupation (%5,8) and injuries (%5,4). Of the participants; %12,2 hadn't approved when they were suggested vaccination. Causes of to refuse adult vaccination are vaccines were thought unnecessary and unsafe and concerned about adverse reactions. 246 (%49,2) participants had one or more children. Of the participants who had child; %15 (n=37) were vaccinated their children with paid vaccines. The most commonly received paid vaccines were rotavirus and influenza. Of the participants; %7,7 hadn't approved when were suggested vaccination for their children. Parents' causes of to refuse vaccination were originated having insufficient knowledge about the vaccine and thinking vaccines are unnecessary. Using regression analysis, male gender, low education level, poor income, increasing number of children and not using alcohol were found to be related to increase in vaccination scale score. An anti-vaccine scale was developed from the attitude questions with explanatory factor analysis.

Conclusion: Although adult immunization rates are low all over the world, was found lower from developed countries in our study. It was observed that 7,7% of the parents who participated in our study rejected at least one vaccine before. It was observed that the vaccine rejection behavior originated from lack of knowledge about the vaccine and lack of confidence in the vaccine.**Keywords:** vaccine, adult vaccination, childhood, vaccine hesitancy, vaccine refuse

İÇİNDEKİLER

DİZİN	SAYFA NUMARASI
İç kapak	
Kabul-onay sayfası	
Özet ve anahtar sözcükler	v
İngilizce özet (Abstract ve keywords).....	vi
İçindekiler.....	viii
Kısaltmalar ve simgeler dizini	xi
Şekiller dizini	xiii
Tablolar dizini	xiv
1. Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Bağışıklama ve Aşı.....	4
2.2. Aşı ve Aşılama Programlarının Kısa Tarihi.....	5
2.3. Aşı ve Aşılamanın Etkileri.....	6
2.4. Genişletilmiş Bağışıklama Programı	8
2.5. Ülkemizde Çocuk ve Erişkinlere Uygulanan Aşılar.....	11
2.5.1. BCG Aşısı (Verem Aşısı).....	11
2.5.2. Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşıları.....	11
2.5.3. Poliomyelit (Çocuk Felci) Aşısı.....	12
2.5.4. Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık Aşısı	13
2.5.5. Haemophilus İnfluenza Tip b Aşısı	13
2.5.6. Pnömonokok Aşısı	13
2.5.7. Meningokok Aşısı.....	14
2.5.8. Hepatit A Virüs Aşısı	14
2.5.9. Hepatit B Virüs Aşısı	14

2.5.10. Suçiçeği (VaricellaZoster) Aşısı	15
2.5.11. HerpesZoster Aşısı	15
2.5.12. Grip (İnfluenza) Aşısı.....	15
2.5.13. Human Papilloma Virüs (HPV) Aşısı.....	16
2.5.14. Rotavirüs Aşısı	16
2.6. Birinci Basamakta Koruyucu Hekimlik ve Aşı.....	17
2.6.1. Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri ile İlgili Mevzuat	18
2.7. Aşılamanın Karşısındaki Engeller.....	19
2.7.1. Aşı Karşıtı Düşüncelerin Tarihçesi.....	20
2.7.2. Aşı Karşıtlığı Tanımları ve Kapsamı	21
2.7.3. Ülkemizde Aşı Karşıtlığı ve Hukuki Durum	25
2.7.4. Türkiye’de Aşı Karşıtlığının Sıklığı ve Nedenleri.....	25
3. Gereç ve Yöntem.....	28
3.1. Evren ve Örneklem.....	28
3.2. Veri Toplama Araçları	29
3.2.1. Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeğinin Hazırlanması.....	29
3.3. Uygulama	34
3.4. İzin ve Onamlar	34
3.5. İstatistiksel Analiz	35
4. Bulgular	36
4.1. Tanımlayıcı Analizler	36
4.2. Değişkenlerin Analizi.....	49
4.2.1. Katılımcıların erişkin aşı yaptırma oranları	49
4.2.2. Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme.....	53
4.2.3. Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu.....	57
4.2.4. Çocuğuna aşı yapılmasını reddetme durumu.....	62

4.2.5. Aşı ile ilgili tutum sorularının analizi.....	67
4.2.6. Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeği ile ilişkili analizler....	70
5. Tartışma	77
6. Sonuçlar.....	93
7. Kaynakça	96
8. Ekler	
Ek 1 Sosyodemografik Veri Formu ve Aşı ile İlgili Anket Formu.....	105
Ek 2 Etik Kurul Onayı	113



KISALTMALAR VE SİMGELER

AAM	Amerikan Mikrobiyoloji Akademisi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKD	Aşı karşıtı düşünce
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
ÇOMÜ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
DaBT	Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz
DBT	Difteri-boğmaca tetanoz aşısı
DNA	Deoksiribonükleik asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
dT	Erişkin tip difteri-tetanoz aşısı
EKMUD	Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HAV	Hepatit A virüs
HBIG	Hepatit B İmmün globulini
HBsAg	Hepatit B yüzey antijeni
HBV	Hepatit B virüs
Hib	Haemophilus influenza tip b
HPV	Human papilloma virüs
Ig	İmmünglobulin
IM	İntramusküler
İPA	İnaktif polio aşısı
KKK	Kızamık, kabakulak, kızamıkçık
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin test
KPA	Konjuge pnömokok aşısı

M	Madde
OPA	Oral polio aşısı
PPA	Polisakkarit pnömokok aşısı
PPD	Pürifiye protein derivesi
RVA	Rotavirüs aşısı
SC	Subkutan
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	Toplum sağlığı merkezi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.: Grup Bağışıklığı ve Etkileri.....	8
Şekil 2.2.: Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi	9
Şekil 2.3.: Erişkin Bağışıklama Rehberi (2016) uyarınca yaş gruplarına göre erişkin bağışıklama programı	10
Şekil 2.4.: Erişkin Bağışıklama Rehberi (2016) uyarınca hastalık gruplarına göre erişkin bağışıklama programı.....	10
Şekil 2.5.: Aşının tam kabulü ve tamamen reddi arasında yer alan aşı tereddüdünün sürekliliği.....	22
Şekil 2.6.: Türkiye’de yıllara göre çocuklarına aşı yaptırılmasını reddeden bireylerin sayısı.....	26

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1: Yaralanmalarda Tetanoz aşısı (Td) ve immünglobini(Ig) uygulama şeması	12
Tablo 2.2: Aşı Karşıtlığı Matriksi.....	24
Tablo 3.1: Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri.....	28
Tablo 3.2: Madde toplam korelasyonları ve faktör analizi giriş yük değerleri.....	32
Tablo 3.3: Faktörler ve faktörleri oluşturan maddelerin yük değerleri.....	33
Tablo 3.4: Alt faktörlerin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı.....	34
Tablo 4.1: Katılımcıların eğitim durumları.....	36
Tablo 4.2: Katılımcıların mesleklerinin dağılımı	37
Tablo 4.3: Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı	39
Tablo 4.4: “Aşı yaptıрма kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların dağılımı.....	40
Tablo 4.5: Katılımcıların erişkin dönemde aşı yaptıрма nedenlerinin dağılımı.....	41
Tablo 4.6: Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşılar ve dağılımları ..	42
Tablo 4.7: Aşı sonrası katılımcılarda gelişen yan etkilerin dağılımı	42
Tablo 4.8: Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi ifadeleri ile aşığı reddetme nedenleri.....	43
Tablo 4.9: Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar.....	44
Tablo 4.10: Çocuğu olan katılımcıların rutin aşı takvimindeki aşılara ek olarak yaptırdıkları aşıların dağılımı.....	45
Tablo 4.11: Ebeveynlerin çocuklarına önerildiği halde yaptırmadıkları aşıların dağılımı.....	45
Tablo 4.12: Çocuklarda aşı sonrası gelişen yan etkilerin dağılımı	46

Tablo 4.13: Çocuklarına aşı yapılmasını reddeden ebeveynlerin anket sorularına verdikleri cevaplar.....	47
Tablo 4.14: Katılımcıların kronik hastalıkları ile aşı yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	50
Tablo 4.15: “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların erişkin aşı yaptırma oranları ile ilişkisi.....	51
Tablo 4.16: Katılımcıların kronik hastalıkları ile kendilerine aşı yaptırmayı reddetme durumları arasındaki ilişki	54
Tablo 4.17: “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile ilişkisi.....	58
Tablo 4.18: Katılımcıların kronik hastalıkları ile çocuklarına rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumları arasındaki ilişki	59
Tablo 4.19: “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile ilişkisi.....	62
Tablo 4.20: Katılımcıların kronik hastalıkları ile çocuklarına aşı yapılması önerisini reddetme durumları arasındaki ilişki.....	63
Tablo 4.21: Katılımcıların aşılama hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevaplar.....	65-67
Tablo 4.22: Ölçek ve alt faktörlerinin sürekli değişkenlerle ilişkisi.....	68
Tablo 4.23: Ölçek puanı ile ikili değişkenler arasındaki ilişki.....	70-71
Tablo 4.24. “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen yanıtlar ile AKD ölçek puanı ilişkisi.....	72
Tablo 4.25. Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği regresyon analizi verileri.....	74

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sık görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek enfeksiyon etkenlerine karşı geliştirilen aşular, modern tıbbın halk sağlığına ve koruyucu sağlık hizmetlerine en büyük katkılarından biridir. Dünya çapında uygulanan bağışıklama programları sayesinde 2010-2015 yılları arasında en az 10 milyon ölümün önlenđi tahmin edilmektedir. Pnömoni, diyare, boğmaca, kızamık ve çocuk felci gibi hastalıklar ile ilişkili milyonlarca ölüm ve engelliliğin önüne geçen Küresel Aşılama Programı tüm halk sağlığı programları arasında en başarılısıdır ve maliyet etkindir.(1)

Küresel Aşılama Programı ile paralel olarak ülkemizde de özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmek amacıyla Genişletilmiş Bağışıklama Programı(GBP) başlatılmıştır. Ülkemizde uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programının ilk hedefi her bir antijen için ülke genelinde %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamaktır. (2)

Çocukluk çağı aşılama oranları yüksek seyretmesine rağmen yetişkin aşılama oranları düşüktür. Erişkin dönemde de aşı ile önlenbilir hastalıklar nedeni ile mortalite ve morbidite gözlenmektedir. Toplumun bu konuda bilinçsiz olması nedeni ile yetişkinlerin aşılama oranlarını yükseltmek konusunda hekimlere önemli rol düşmektedir. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturan; hizmet almak isteyenler arasında ayırım yapmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen birinci basamak sağlık hizmetini sunan aile hekimliği bu hedefin gerçekleşmesinde kilit rodedir.(3) Bu nedenle aile hekimlerinin aşılama, halkın aşılamaya yaklaşımı ve aşılamanın önündeki engeller gibi etkenlerin farkında olmaları önem taşımaktadır.

Aşılama da belirlenen hedefe ulaşmayı lojistik, sağlık sistemi, sağlık çalışanları ve ebeveynler ile ilişkili çeşitli faktörler etkilemektedir.(4) Bu konudaki önemli engellerden biri de aşı karşıtı hareket ve düşünceler ile insanların aşılama hakkındaki korku, endişe ve olumsuz kanılarıdır.

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, böylece mortalite ve morbiditenin önemli oranda azalmasında aşuların büyük payının olmasına rağmen aşı karşıtı düşünceler tüm dünyada yayılmaya devam etmektedir. Aşı karşıtı düşünceler, aşının keşfi ile ortaya çıkmıştır ve çiçek aşının uygulanmaya başladığı dönemden bu yana çeşitli şekillerde varlığını göstermektedirler. Aşı karşıtları, aşuların etkinliğine karşı şüpheli yaklaşmakta, aşuların ciddi yan etki ve çeşitli olumsuz durumlara neden olabileceğini savunmaktadırlar. Çeşitli akut ve kronik sağlık problemlerinin etiolojisinde aşuları sorumlu tutan bu insanlar küresel bağışıklama kampanyalarına da karşı çıkmaktadırlar.(5)

Aşılanmaya karşı olan kesim farklı açılardan değerlendirildiğinde, bireylerin aşı hakkındaki korku, kaygı ve olumsuz kanıları; aşı yapılırken oluşan acıdan, iğneden, sonrasında oluşabilecek ağrıdan kaçınmak gibi basit nedenlerin yanında bilimsel temele dayandığı iddia edilen çeşitli argümalardan dolayı da oluşabilmektedir. Aşı karşıtı düşüncelerin kaynağında ise bilgisizlik, yanlış bilgilendirme, istatistiklerin derinlemesine değerlendirilememesi, var olan verilerin inkarı, aşı yan etkisi olduğu düşünülen nadir ve kanıtlanmamış durumlar ile özellikle medya aracılığı ile duyulan basit varsayımların sorgulanmadan kabul edilmesi yatmaktadır.(6) Böylece hekimler aşulara karşı güvensizlik ve aşılanmanın reddedilmesi ile karşı karşıya kalmaktadır.

Ülkemizde aşılama hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilmektedir. Gerek çocuk gerekse erişkin bağışıklaması konusunda istenilen hedeflere ulaşabilmek için hekimler ve sağlık çalışanlarının, aşılamanın önündeki önemli ve giderek daha çok karşılaşılan bir engel olarak aşı karşıtı düşüncelerin farkında olması, bireylerin aklındaki soru işaretlerine anlaşılır, doğru ve etkili yanıt verebilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma ile polikliniğimize başvuran bireylerin aşı karşıtı düşünceler ve kampanyalardan haberdar olma ve etkilenme durumlarını, aşı-aşılama tutum ve davranışlarını, çocukluk ve erişkin dönem aşuları hakkındaki düşüncelerini belirlemeyi ve bunların ilişkilerini saptamayı amaçladık. Böylece bağışıklama hedeflerine ulaşmak konusunda engel oluşturabilecek düşünce ve hareketlere karşı farkındalığın artması, halkın bu konudaki endişe ve olumsuz kanılarının

giderilmesi için doğru zamanda doğru bilgilendirme ve yaklaşım geliştirmeye katkı sağlamayı planladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bağışıklama ve Aşı

Mikroorganizmalar, antijenleri aracılığı ile immün sistemi uyarır ve mikroorganizmaya spesifik humoral veya hücrel immün yanıt oluşur. Böylece bağışıklık sistemi aynı mikroorganizma ile karşılaştığında bu mikroorganizmaya karşı daha etkili yanıt vererek bireyde enfeksiyon hastalığı oluşmasını engeller. İmmün sistemin mikroorganizmalara karşı verdiği edinsel immün yanıt mekanizmaları pasif ve aktif bağışıklığın ortaya çıkmasını sağlamıştır.(7)

Pasif bağışıklık, etken mikroorganizma ile daha önce karşılaştın ve bağışıklık geliştiren insan veya hayvanın serumundan elde edilen antikorların tedavi veya koruma amacıyla başka bir canlıya verilmesi ile sağlanır. Antikorların plasental geçisi veya kirli yaralanmalarda tetanos antitoksini verilmesi buna örnektir. Pasif bağışıklığın süresi verilen antikorların ömrü ile ilişkilidir ve genellikle birkaç ayla sınırlıdır.(8)

Aktif bağışıklık, doğal ve yapay aktif bağışıklık olarak ikiye ayrılır. Doğal aktif bağışıklık, bireyin enfeksiyon ajanı veya onun toksin gibi virülans faktörleri ile ilk karşılaştıma sonrası oluşan immün yanıttır. Yapay aktif bağışıklık ise birey henüz enfeksiyon etkeni ile karşılaşmadan, bireye aşı uygulanması ile oluşturulur.(9) Aktif bağışıklık genellikle uzun süreli koruyuculuk sağlar.(8)

Bakteri ve virüsler öldürülerek veya toksinleri ve yapısal elemanları zayıflatılarak oluşturulan biyolojik ürünlere aşı denir.(10) Bireye aşı uygulaması ile aşının elde edildiği mikroorganizmaya karşı aktif bağışıklık gelişir. Bireylerin etkenle karşılaştıma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılanması ile enfeksiyon bulaşı ve yayılmasının önüne geçilerek hastalık hızı azaltılabilir.(2) Aşı uygulaması sonrası oluşan antikorlar aşının tipi ve bireyin immün yapısına bağlı olarak zamanla azalabileceğinden bazı aşılarında rapel doz uygulanması gerekmektedir.(8)

Aşılar iki gruba ayrılır: (3)

a. Canlı – atenüe aşılar

Laboratuvar ortamında etken mikroorganizmanın hastalık yapma özelliği ortadan kaldırılır ancak mikroorganizma vücutta çoğalabilir ve bağışıklık hücrelerini uyarabilir.(3) Canlı aşıların genellikle tek doz uygulanması yeterlidir.(8) Gebelere ve bağışıklığı baskılanmış bireylere uygulanmaz.(2) Oral polio, kızamık, kabakulak, kızamıkçık aşıları bu aşılar örnek olarak sayılabilir.

b. İnaktif aşılar

Mikroorganizmanın tamamı veya bir kısmından üretilmiş aşılardır. Etken vücutta çoğalamaz.(3) Etkene karşı oluşan antikor titreleri zamanla düşeceğinden rapel doz gereklidir. (8) Difteri, tetanoz, boğmaca, hepatit B aşıları örnek olarak verilebilir.

2.2 Aşı ve Aşılama Programlarının Kısa Tarihi

İlk aşılama uygulamaları çiçek hastalığına karşı Orta Asya'da ortaya çıkmış, Çin ve Hindistan'dan Anadolu'ya gelmişti. Anadolu'da çiçek aşısı iki şekilde yapılabiliyordu. Birincisi çiçek hastalarının yaralarından hazırlanan tozun deriye uygulanması şeklindeydi ve bu yöntem Hindistan'dan Anadolu'ya yayılmıştı. İkincisi ise Anadolu Yörükleri tarafından inek çiçek yaralarından hazırlanarak uygulanıyordu ve yüzyıllardır bilinen bir yöntemdi.(11)

Avrupa'da ineklerdeki çiçek yaralarından hazırlanan aşı ile ilgili çalışmalarını "Variola Aşısının Etkileri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma" adı ile yayınlayan Edward Jenner (1749-1823), çiçek aşısının İngiltere'de uygulanmasını sağlamıştır. Çiçek aşısının hastalığı önlemede ve mortaliteyi azaltma konusundaki başarısı görülünce diğer bulaşıcı hastalıklar için de aşı uygulanma fikri ortaya çıkmıştır. Çiçek aşısından yaklaşık 100 yıl sonra Pasteur tarafından kuduz hastalığına karşı aşığı icat etmiştir. 1800'lerin sonu 1900'lerin başında poliomyelit salgınının Avrupa'da başlayıp Amerika ve Avustralya'ya kadar yayılması ile aşı geliştirme çalışmaları başlamış, 1950'li yıllarda Jonas Salk ve Albert Sabin tarafından poliomyelite karşı iki farklı tipte aşı elde edilmiştir.(11)

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde sanitasyonun önemi ve aşılamanın etkinliği keşfedildikten sonra Jenner'den günümüze birçok enfeksiyon hastalığına karşı aşı geliştirilmiş, bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlanmaların önüne geçilmiştir.

Anadolu'da Osmanlı Dönemi'nde 1885 yılında ülkede çiçek aşısı uygulanmasına dair kanun çıkarılmıştır. 1900'lerin başından itibaren tifo, kolera, dizanteri, veba, verem gibi bulaşıcı hastalıkların ülkemizde üretimi ve uygulaması yapılmaya başlanmıştır. Ancak 1996'da difteri-boğmaca-tetanoz (DBT) ve kuduz aşısı, 1997'de verem (BCG) aşısının üretiminin bırakılması ile ülkemizde aşı üretimi sona ermiştir.(12) Bununla birlikte ülkemizde Genişletilmiş Aşılama Programı(GBP) kapsamında birçok aşı devlet tarafından ücretsiz olarak uygulanmaktadır.

2.3 Aşı ve Aşılamanın Etkileri

Günümüzde aşı sayesinde çiçek hastalığı eradike edilmiş, kuduz, tetanoz, difteri, çocuk felci gibi birçok bulaşıcı hastalığın sıklığı azalmıştır.(13) Bir popülasyona aşı uygulama kararı verilirken hastalığın o toplumdaki sıklığı ve toplumsal yaşamı nasıl etkilediği, aşının kullanılabilirliği, sağlık alt yapısı ve kaynakları değerlendirilir. Aşının faydalarını göz önüne koymak ve ulusal bir aşı politikası belirleyebilmek için aşı etkisi güçlü çalışmalarla ortaya konmuş olmalıdır.(14)

Aşı etkisi, aşının etkinliği ve aşının etkililiği parametreleri ile tanımlanabilir.(15)

Aşı etkinliği; ideal koşullar altında aşılanan bireylerde aşısızlara göre hastalık insidansında azalma yüzdesidir.

Aşı etkililiği; ideal şartlarda yeterli etkinliği gösterilmiş olan aşının, toplumda uygulanma süreci ile ilgili olarak, hastalıktan ne kadar koruduğunu gösterir. Böylece saha koşullarında aşığı ve uygulamayı etkileyebilecek doz şeması, taşıma, saklama gibi etkenlerle ilişkili olarak aşı değerlendirilmiş olur.

Aşı etkisi ayrıca direk etki, indirek etki, toplam etki ve genel etki başlıkları altında da incelenebilir. (15)

Direk etki; aşı etkililiği gibi aşılılarda aşısızlara göre hastalık insidansında yüzde olarak azalmaz. Yalnızca aşı olmaktan kaynaklanan hastalık sıklığında azalmayı göz önüne aldığından aşının biyolojik etkisi olarak da tanımlanabilir.

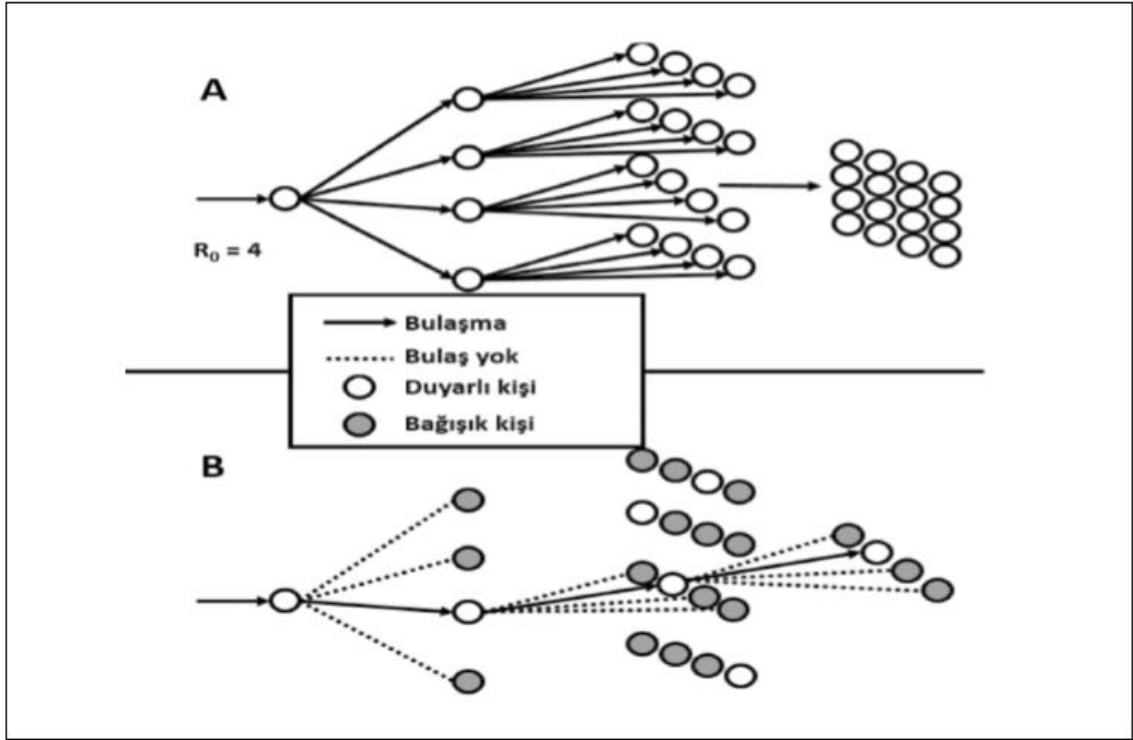
İndirek etki; bağışıklama sonucu bulaşın azalması ile görülen toplumsal etkidir. Kitle bağışıklığı veya toplumsal etki olarak da tanımlanabilir. Aşının kapsayıcılığı, aşılana popülasyonun dağılımı gibi durumlardan etkilenir.

Toplam etki; Aşılı toplum ile aşı olmamış toplum arasında aşından kaynaklanan koruyuculuğu gösterir. İndirekt etki ile direkt etkinin toplamıdır.

Genel etki, aşı programı olan bir toplumda aşının aşılı bireylerdeki toplam etkisi ile aynı toplumdaki aşılınmamış bireylerdeki indirekt etkisi hesaplanarak aşı programı olmayan bir toplumla karşılaştırılır. Aşı hem bireysel bağışıklanmayı sağlar hem de aşılınmamış kişilerin, aşılana kişiler nedeniyle, hastalık etkeni ile temaslarının azalması sonucu, toplumda o hastalığın görülme hızının azalması demek olur ki buna toplumsal bağışıklık (herd immunity) denir.

Grup bağışıklığı; aşılama oranları belli bir oranın üzerine çıktığında etken mikroorganizmanın toplumda bulaşının önlenmesidir. Aşılama oranları arttıkça grup bağışıklığı oluşacak, etkenin korunmasız popülasyona ulaşma riski azalacak ve hastalığın kontrolü kolaylaşacaktır.(4)Bulaşıcı hastalıkların her birinin, grup bağışıklığının sağlanmasında farklı bir eşiği vardır. Örneğin KKK (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) aşısı için, duyarlı nüfusunun yaklaşık %95'ini aşılama, aynı toplumda veya bölgede aşılınmamış olan %5'lik nüfusu da hastalığa karşı korumaktadır.(16)

Tamamen duyarlı bir grupta bulaşıcı hastalığa sahip bir bireyin diğer bireylere hastalığı bulaştırması sonucu meydana gelen yeni hasta bireylerin sayısı temel çoğalma/üreme sayısı olarak ifade edilir. Şekil 2.1.'de üst kısımda aşılınmamış ve hastalığa duyarlı bir toplumda etkenin tüm topluma bulaştığı ve hastalık sıklığının arttığı görülmektedir. Alt kısımda ise toplumun %75'inin aşılandığı durumda toplumun büyük çoğunluğunun hastalıktan korunduğu ve hastalık sıklığının aynı kaldığı görülmektedir. Toplumda aşılana kişi sayısının artırıldığı durumda ise hastalık sıklığı giderek azalacaktır.(17)



Şekil 2.1: Grup Bağışıklığı ve Etkileri (17. kaynaktan alınmıştır))

2.4 Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde birçok ülkede 1956 yılında çiçek hastalığı eradikasyon programı başlatılmış, 1978'de çiçek hastalığının eradike edildiği bildirilmiştir. Çiçek aşısının hastalığı önlemedeki başarısının üzerine 1974 yılında DSÖ öncülüğünde katılımcı devletlerle birlikte Genişletilmiş Aşılama Programı(GBP) planlanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Böylece dünya çapında birçok insanın farklı hastalıklara karşı bağışıklanması sağlanmıştır. Ülkemizde GBP aktif bir şekilde uygulanmaktadır.

Ülkemizde GBP kapsamında çocukluk çağında difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, BCG, poliomyelit, hepatit B, hepatit A, pnömokok, suçiçeği ve Haemofilus influenza tip b'ye karşı aşılama yapılmaktadır.(2) T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (Şekil 2.2) sunulmuştur. (18)

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
 KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
 KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
 DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
 OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)
 Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
 R: Rapel (Pekiştirme)

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Şekil 2.2. :Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi(18)

Genişletilmiş bağışıklama programının temel amacı her bebeğin bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklığının sağlanmasıdır. Aşılama ülkenin her yanında eşit olarak yapılmalı, aşısız ve eksik aşıllı çocuklar saptanıp aşılanmalıdır.(2)

Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından ülkemizdeki GBP'nin ilk hedefi her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak olarak belirlenmiştir.(2)

Çocukluk aşılamaları kadar önemli bir diğer konu da erişkin bağışıklamasıdır. Etkili tedaviler, yaşam şartlarında düzelme ve koruyucu hekimlik sayesinde bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi giderek yükselmektedir. Çocukluk aşılarının koruyuculuğunun ömür boyu sürmemesi, bazı erişkinlerin çocuklukta aşılanmamış veya eksik aşılanmış olması gibi nedenlerle erişkinler de aşı ile önlenemez hastalıklara karşı duyarlıdırlar.

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 1 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
Suçiçeği 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) ⁹				

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-asetülüler boğmaca; Hib: *Haemophilus influenzae* tip b aşısı; HPV: Human papilloma virus aşısı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; PCV13: Konjuge pnömokok aşısı; PPSV23: Polisakkarit pnömokok aşısı.

■ Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.
■ Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.
□ Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

Şekil 2.3.: Erişkin Bağışıklama Rehberi (2016) uyarınca yaş gruplarına göre erişkin bağışıklama programı (10)

Aşı	KHN ¹	İmm. Komp. Hasta.	Aspleni ²	SOT ³	Romato. hast. 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									
Suçiçeği									
KKK									
Meningokok									
Hib									
HPV									

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-asetülüler boğmaca; Hib: *Haemophilus influenzae* tip b aşısı; HPV: Human papilloma virus aşısı; KHN: Kök hücre nakli; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; PCV13: Konjuge pnömokok aşısı; PPSV23: Polisakkarit pnömokok aşısı; 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.

Şekil 2.4.: Hastalık gruplarına göre erişkin bağışıklama programı (Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2016) (10)

Günümüzde erişkinlerde aşı ile engellenebilir hastalıklardan ölüm sayısı çocukluk çağının en az iki yüz katıdır.(19) Bu nedenle erişkin dönemde de aşı uygulaması düzenli şekilde devam etmelidir. Ancak ne ülkemizde ne de dünyada çocukluk dönemi aşı programlarının başarısı erişkin dönemde gösterilememiştir.

Erişkin aşılamaları erişkinlerin yaş durumlarına ve riskli hastalık gruplarına göre belirlenir. Ülkemizde 2016 yılında Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği öncülüğünde uzmanlar Erişkin Bağışıklama Rehberi hazırlamışlar ve 2016 yılında bu rehber revize edilmiştir. Rehberde erişkin dönemde önerilen aşular Şekil 2.3 ve 2.4'te verilmiştir. (10)

Her yaşa uygun aşılama tüm dünyada kabul edilen yeni aşılama hedefidir. Ülkemizde erişkin aşıları yaş ve risk gruplarına göre Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme kapsamındadır. Erişkin aşıları ulaşılabilir durumdadır ancak aşılama oranları istenilen seviyenin altındadır. Bu nedenle hekimlerin erişkin hastalarına aşı önerisinde bulunması, hastalarını bu konuda bilgilendirmeleri ve rol model olmaları çok önemlidir. (19)

2.5 Ülkemizde Çocuk ve Erişkinlere Uygulanan Aşular

2.5.1 BCG Aşısı (Verem Aşısı)

Aşı 2. ayda sol omza intradermal uygulanmakla birlikte 0-3 aylar arasında da uygulanabilir. 3 aydan büyüklere PPD (pürifiye protein derivesi) testi uygulanır, test negatif ise aşı yapılır. Test pozitif saptanırsa birey verem hastalığı açısından değerlendirilmelidir.(20) Canlı aşı olduğundan konjenital veya kazanılmış immün yetmezlik, immüsupresif tedavi, lenfoma, lösemi, jeneralize malign hastalık, aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji ve gebelik durumlarında kontrendikedir. (2)

2.5.2 Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşıları

Çocukluk çağında beşli karma aşının (difteri, asellüler boğmaca, tetanoz-inaktifpolio- Haemophilus influenza tip b: DaBT- İPA- Hib) içinde 2, 4, 6. Aylarda

im (intramüsküler) veya sc (cilt altı) yolla uygulanır. 18. Ayda ilk rapel dozu, ilköğretim 1. Sınıfta difteri- asellüler boğmaca- tetanoz –inaktif polio (DaBT – İPA) olarak 2. rapel dozu, 8. sınıfta erişkin tip difteri-tetanoz aşısı (dT) şeklinde 3. rapel dozu uygulanır. DaBT- İPA- Hib aşısı 6 yaşından sonra uygulanmamalıdır. Gebelik döneminde gebeliğin 4. ayında uygulanır.(20) Yaralanmalarda tetanoz profilaksisi tablo 2.4'te açıklanmıştır. Erişkinlik döneminde her 10 yılda bir rapel doz yapılmalıdır. Difteri ve tetanoz toksoid aşı, boğmaca inaktif aşısıdır.(10) Aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji durumu varsa uygulanmamalıdır. Ağır hastalık durumlarında hastalık iyileştikten sonra uygulanmalıdır.(2)

Tablo 2.1 Yaralanmalarda Tetanoz aşısı (Td) ve immünglobini(Ig) uygulama şeması (Erişkin Bağışılama Rehberi, 2016)				
Bağışıklama durumu	Temiz minor yaralanmalar		Diğer yaralanmalar*	
	Td	Tetanoz Ig****	Td	Tetanoz Ig
Tetanoz aşılama durumu bilinmiyor veya 3 dozdan az aşılanmış	Evet	Hayır	Evet	Evet
>3 doz aşı	Hayır**	Hayır	Hayır***	Hayır

*Kirli, dışkı, salya teması, kesi yarası, yanık, donma, yabancı cisim batması, ısırık, kurşun yarası **Son dozun üzerinden geçen süre >10 yıl ise Td yapılmalıdır.***Son dozun üzerinden geçen süre >5 yıl ise Td yapılmalıdır. ****Ig: İmmünglobulin

2.5.3 Poliomyelit (Çocuk Felci) Aşısı

Canlı ve inaktif aşı olmak üzere iki türü vardır. Canlı aşı (OPA), oral yolla 6. ve 18. aylarda; inaktif aşı (İPA) ise 2, 4, 6. aylarda beşli karma aşı içerisinde uygulanır, ilköğretim 1. sınıfta DaBT – İPA olarak rapel dozu yapılır.(20) 18 yaşından büyük olup çocukken polio aşısı yapılmamışsa 3 doz İPA, çocukluk aşısı yapılmış ama poliomyelit açısından riskli bölgeye seyahat edenlere veya poliovirüs ile karşılaşma olasılığı olan laboratuvar ve sağlık çalışanlarına ise 1-3 doz İPA uygulanmalıdır.(10) Aşının

herhangi bir bileşenine karşı alerji varlığında kontrendikedir, ciddi hastalık durumlarında ise hastalık iyileştikten sonra yapılmalıdır.(2)

2.5.4 Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık Aşısı

Canlı aşıdır, 6. ay ve ilköğretim 1. sınıfta uygulanır. Zamanında aşılanmamış ya da eksik aşılanmış çocuk ve erişkinlere 1 ay ara ile 2 doz KKK aşısı uygulanmalıdır. Ateş, döküntü, ağrı, öksürük, huzursuzluk ve aseptik menenjit gibi yan etkiler gözlenebilir. (20) Aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji, konjenital veya kazanılmış immün yetmezlik, immünsupresif tedavi, lenfoma, lösemi, jeneralize malign hastalık ve gebelik durumlarında kontrendikedir. (2)

2.5.5 Haemophilus influenzae Tip b aşısı

Polisakkarit yapıda bir aşı olan Hib aşısı 2, 4, 6. aylarda beşli karma aşı içerisinde uygulanır, 18. ayda rapel doz yapılır.(20) Splenektomi planlanan hastalara operasyondan en az 14 gün önce tek doz, kemik iliği transplantasyonundan 6-12 ay sonra 3 doz uygulanır. Bu endikasyonların yanında kompleman ve immünglobülin eksikliği, kemoterapi veya radyoterapi tedavisi sırasında da uygulanmalıdır. Aşının herhangi bir bileşenine alerji öyküsü varsa kontrendikedir.(10)

2.5.6 Pnömonokok Aşısı

23 valanlı polisakkarit (PPA) ve 13 valanlı konjuge (KPA) olmak üzere iki tür ölü pnömonokok aşısı vardır. Çocukluk dönemi aşı takviminde KPA 2, 4 ve 6. Aylarda bir doz, 12-18 ayları arasında rapel doz şeklinde uygulanmaktadır.(20) Konjuge aşı T hücrelerini uyarırken, polisakkarit aşı B hücrelerini uyararak bağışıklık oluşmasını sağlar. 2 yaş altında polisakkarit yapıdaki antijenlere karşı

etkin bağıışıklık sağlanamadığından PPA uygulanması önerilmez.(10, 20) Antikor yanıtının daha güçlü olması için konjuge aşıdan sonra polisakkarit aşısı yapılması önerilir. Erişkin dönemde invaziv pnömokok enfeksiyonlarını azaltmak için özellikle riskli hasta gruplarında pnömokok aşılması önemlidir. Erişkinlerde polisakkarit aşısı 5 yıl ara ile olmak üzere 3 kereye kadar uygulanabilir, konjuge aşının 1 kez uygulanması yeterlidir.(10)Pnömokok aşısı riskli grup ve aşının türüne göre farklı zaman aralıkları ile uygulanabilir. Ciddi alerji durumu dışında bilinen bir kontrendikasyonu yoktur.

2.5.7 Meningokok Aşısı

Konjuge ve polisakkarit olmak üzere iki tipi olan meningokok aşısı rutin aşı takviminde yer almamaktadır. Polisakkarit tip aşının 2 yaş altında kullanımı önerilmez. Yurtta kalan adölesanlara 11-12 yaşlarında ilk doz 16-18 yaşlar arasında ise rapel doz önerilir.(20) Erişkin yaş grubunda ise aspleni, geç kompleman (C5-9) komponent yetmezlikleri, bakımevlerinde yaşayanlar, yurtta kalan öğrenciler, rutin olarak *N.meningitis* suşları ile karşılaşan laboratuvar çalışanları, askeri personel, meningokokal hastalığın orta veya yüksek endemik olduğu bölgelerde yaşayan veya buralara seyahat edenlere uygulanması önerilir. Tek doz subkutan (SC) veya intramüsküler (IM) yapılır. Yüksek ateş ve şiddetli hastalık varsa aşılamaya ertelenebilir.(10)

2.5.8 Hepatit A Virüs Aşısı

İnaktif aşı olan HAV aşısı 18. ve 24. ayda olmak üzere 2 doz olarak IM yolla uygulanır.(20) Hepatit A açısından orta – yüksek endemisite bölgelerine seyahat edecek olanlara ya da bu bölgelerde yaşayanlara, kronik karaciğer hastalığı, karaciğer transplantasyonu, uyuşturucu bağıımlılığı, risk altındaki meslek gruplarına HAV aşısı uygulanmalıdır.(21) Aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji varlığında kontrendikedir, ciddi hastalık durumlarında ise hastalık iyileştikten sonra yapılmalıdır.(10)

2.5.9 Hepatit B Virüs Aşısı

Rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen HBV aşısı rutin aşı takviminde 3 doz olarak 0, 1. ve 6. aylarda IM yolla uygulanmaktadır.(20) Sağlık çalışanları, hemodiyaliz hastaları, uyuşturucu bağımlıları, ailesinde HBV taşıyıcısı bulunan aşısız bireyler, kronik karaciğer hastalığı, endemik bölgelere seyahat, toplu kalınan yerlerde yaşayanlar (asker, cezaevi, yetiştirme yurtlarında kalanlar), HBV taşıyıcısı kişilerin organik çıkartıları ile temas riski bulunan erişkinler aşılanmalıdır. Erişkin dönem aşıları 3 doz olarak 0, 1. ve 6. aylarda uygulanır. Aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji varlığında kontrendikedir, ciddi hastalık durumlarında ise hastalık iyileştikten sonra yapılmalıdır. HbsAg pozitif kişi ile cilt/mukoza yoluyla temas olması durumunda ilk 6-24 saat içerisinde Hepatit B immunglobülin G (HBIG) 0,06 mL/kg dozda IM olarak uygulanmalı ve eş zamanlı olarak aşılama başlanmalıdır.(10)

2.5.10 Suçiçeği (Varicella Zoster) Aşısı

Doğum sonrası 12. Ayda SC yolla uygulanan canlı tip aşıdır.(20) Bulaş riski yüksek olan yetişkinler (sağlık çalışanları, öğretmenler, kreş çalışanları, askeri personel gibi) 1 ay ara ile iki doz şeklinde suçiçeği aşısı ile aşılanmalıdır.(10) Canlı aşı olduğundan gebelere uygulanmaz. Aşının herhangi bir bileşenine karşı alerji, konjenital veya kazanılmış immün yetmezlik, immünsupresif tedavi, lenfoma, lösemi, jeneralize malign hastalık durumlarında kontrendikedir.(2)

2.5.11 Herpes Zoster Aşısı

Canlı aşıdır, SC tek doz uygulanır. Suçiçeği veya zona öyküsü olsun olmasın 60 yaş üstü tüm bireylere önerilir. Bunun yanında zona geçirme riski bulunan diyabetes mellitus, romatoid artrit gibi kronik hastalığı olanlara ve huzurevinde kalan yaşlılara da uygulanmalıdır. Kontrendike olduğu durumlar; ciddi alerjik reaksiyon öyküsü, lösemi, lenfoma ve diğer malignitelere eşlik eden immün yetmezlik durumu, 2 haftadan fazla immünsüpresif dozda kortikosteroid

kullanımı, aktif tüberküloz, gebelik ve 38,5 C'nin üzerinde ateşin eşlik ettiği hastalıklardır.(10)

2.5.12 Grip (İnfluenza) Aşısı

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından influenza aşısı yıllık global influenza surveyanslarına dayanarak, takip eden influenza mevsimi için hazırlanır.(21) DSÖ tarafından grip aşısı uygulanması önerilen bireyler risk gruplarına göre ayrılmıştır. En öncelikli grubu gebeler oluşturur ve bu aşı gebeliğin her döneminde yapılabilir. Sağlık çalışanları, 6-59 aylık çocuklar ve 65 yaş üstü bireyler öncelikli grubu oluşturur. Bunların dışında kronik hastalık veya yaşadıkları çevre gibi etkenler nedeni ile yüksek risk grubunda olan bireyler de grip aşısı ile aşılanmalıdır. Grip aşısı her yıl genellikle Ekim-Kasım aylarında olmak üzere IM yolla uygulanır. Başlıca canlı ve inaktive olmak üzere çok çeşitli grip aşıları bulunmaktadır. Canlı aşı gebelere ve immun yetmezlik durumlarında uygulanmaz. İnaktive aşı bu hasta gruplarında uygulanabilir. Ateşli hastalık dönemlerinde ertelenmeli, hastalık iyileştikten sonra uygulanmalıdır. Ciddi alerjik reaksiyon durumunda uygulanmaz.(10)

2.5.13 Human Papilloma Virüs Aşısı

Human Papilloma virüs (HPV) aşıları kansere en çok neden olan HPV 16 ve 18'e karşı üretilmektedir. 2, 4, ve 9 valanlı olmak üzere 3 tip HPV aşısı bulunmaktadır.(10) HPV aşıları 9-26 yaşları arasında yapılabilir. Üst yaş sınırı bulunmamakla birlikte seksüel aktivite başlamadan aşı dozlarının tamamlanması önemlidir. 11-12 yaşları ilk dozun uygulanması için tercih edilebilir. Aşı öncesi HPV DNA testleri ve serolojik testler önerilmemektedir.(22) Dört ve dokuz valanlı aşı 0, 2 ve 6. Aylarda, iki valanlı aşı ise 0, 1 ve 6. Aylarda IM yoldan yapılmalıdır. Ciddi alerjik reaksiyon durumunda yapılmamalıdır. Gebelikte uygulanması ile ilgili yeterli veri olmadığından gebelere uygulanması önerilmez.(10)

2.5.14 Rotavirüs Aşısı

Oral yolla uygulanan canlı tip aşıdır. Ulusal aşı takvimimizde aşı 2, 4. ve 6. aylarda yapılmaktadır.(20) İlk RVA 6-15 hafta arasında; en erken ≥ 6 haftada, en geç 15. haftanın bitiminden önce uygulanmalıdır. Rotavirüs aşılıları arasında 4-10 hafta süre olmalıdır. Kazanılmış veya konjenital immün yetmezlik, immünsupresyon durumu, ateşli hastalık, amfoterisin B, aminoglikozid antibiyotikler ve monosodyumglutamat alerjisi olan çocuklara uygulanmamalıdır. (23)

2.6 Birinci Basamakta Koruyucu Hekimlik ve Aşı

Birinci basamağın temel taşlarından biri olan aile hekimliği hastaların sağlık sistemiyle ilk karşılaşma noktasını oluşturur. Bireylere ayırım yapmaksızın kapsamlı bütüncül bir yaklaşımda bulunmak ve onları biyopsikososyal olarak değerlendirmenin yanında toplumun sağlık ve iyilik durumunun geliştirilmesi de aile hekimlerinin sorumlulukları arasındadır.(3) Prof. Dr. Nusret Fişek'in ifadeleriyle: "Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada yürütülmelidir. Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir."(24) Birincil koruma, aile hekimliği ve toplum sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturur. Bu amaçla yapılan girişimler topluma uygun, etkili olmalı ve sağlam kanıtlara dayandırılmalıdır.(25)Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık oluşmadan önlemeyi ön plana alan sağlık hizmetleridir.(26)

Koruyucu sağlık hizmetleri 5 grupta incelenebilir:(27)

a. Temel (Primordiyal) Korunma: Toplumun sosyoekonomik ve kültürel olarak kalkınmasıyla hastalıklarda rol oynayan etmenlerin azalması veya yok olmasıdır. Hastalığa özgül değildir, genel yaşama ilişkin önlemlerdir.

b. Birincil (primer) korunma: Hastalık biyolojik olarak başlamadan önce çeşitli önlemlerle hastalığın oluşmasını engellemektir. Çevre ve insanların olumsuz etkenlere maruz kalmasının önlenmesi, bağışıklama, kazaları önlemek için alınan önlemler, hiç sigara içmemek gibi.

c. İkincil (sekonder) korunma: Hastalıkların erken teşhis edilerek tedavi edilmeleridir.

d. Üçüncül (tersiyer) korunma: Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra tedavi, komplikasyon ve sekellerin önlenmesi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar.

e. Sağlığın geliştirilmesi: Toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesinin sağlanmasıdır. Halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını kapsar.

Sanitasyon ve aşılama geçmişten günümüze en etkili koruyucu sağlık hizmeti olmuş, bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlamış, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemiştir. Gerek çocukluk dönemi aşılması gerekse erişkin aşılması uygulamalarını yakın takip etmek, etkin bir şekilde uygulamak, bu konudaki gelişmeleri takip etmek her aile hekiminin sorumlulukları arasındadır.

2.6.1 Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri ile İlgili Mevzuat

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 7. maddesinde aşılama konusunda aile hekimliğinin sorumlulukları belirtilmiştir. "Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlıkça yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi (TSM) tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılar için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir."(28)

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi'nde ise "Aile hekimliği sisteminin yürütüldüğü illerde Genişletilmiş Bağışıklama Programının başarı ile

yürütülebilmesi için her aile hekiminin kayıtlı kişileri özellikle bebek, çocuk ve gebeleri düzenli takip etmesi gerekir. Her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı bu konuda bir ekip oluşturur ve sağlık ocağı sistemindeki benzeri çalışmaları yürütür. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişiler için aşı sorumlusu iken aile sağlığı elemanı da soğuk zincir sorumlusu olarak görevlidir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu genelge kapsamında “Sağlık Ocağı Düzeyinde Yapılacak İşler” bölümünde bulunan görevleri, mevcut Aile Hekimliği ile ilgili mevzuat çerçevesinde yerine getirirler. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları GBP'nin belirlenen hedeflere uygun olarak yürütülmesinden Toplum Sağlığı Merkezlerine karşı sorumludur ve TSM'ler tarafından denetlenirler.” şeklinde aile hekiminin görev ve sorumluluğu belirtilmiştir.(2)

Mevzuatta da belirtildiği üzere aile hekimleri kendisine bağlı olan nüfusu düzenli takip ederek bağışıklanması gereken bireylerin aşılama işlemlerini koordine eder, aşılarda saklanması ve soğuk zincir ile ilgili önlemleri alır, ulusal aşılama hedeflerine ulaşılması için TSM ile birlikte çalışır.

Ülkemizde GBP Genelgesi'nde ulusal bağışıklama hedefleri; her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak, 12–23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşı hâle getirmek, 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşı çocukları tespit edip aşılamak, okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak, tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak, ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek, maternal ve neonatal tetanozu elimine etmek, 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü elimine etmek, Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak, Difteri, Boğmaca, Hepatit B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak, aşı güvenliğini sürdürmek, kayıt bildirim sistemini güçlendirmek, toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.(2)

Toplumsal bağışıklığın sağlanması için sadece çocukluk dönemi aşılması yetmez, erişkin dönem aşılmasının da etkin ve düzenli olarak uygulanması gerekmektedir. Amerikan Mikrobiyoloji Akademisi'nin (American Academy of Microbiology, AAM) 2012'de yayınladığı Erişkin Aşıları Raporu'na göre, ABD'de

her yıl 40 bin erişkin, aşı ile önlenebilecek hastalıklar yüzünden ölmektedir. (29) Günümüz erişkinlerine çocukluk dönemlerinde bazı aşular rutin aşı takviminde olmadığından yapılmamış, eksik uygulanmış ya da aşuların koruyucuk süreleri aşılmış olabilir. Bu durum başlıca kronik hastalık, yaşlılık ve alkolizm, madde kullanımı gibi etkenler nedeniyle bulaşıcı hastalıklar açısından riskli bireyler olmak üzere tüm erişkinlerin aşılanması gerekliliğini doğurur. Bu amaçla ülkemizde erişkinlere ait bağışlama rehberi ilk defa 2009 yılında Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) tarafından hazırlanmış, 2016 yılında revize edilmiştir.

2.7 Aşılamanın Karşısındaki Engeller

Ülkemizde 2007 yılına kadar aşılanma oranları %75 civarında iken 2007 ve sonrasında bu oranlar hedeflenen düzey olan %95'e çıkarılmıştır.(30) 2007 öncesi dönemde aşılanma oranlarının düşük olmasının nedenleri arasında coğrafi konum ve iklim şartları, kayıt tutma sistemindeki yetersizlikler, kanun kaynaklı tedbirlerin ve sağlık sunanlar için mali teşviklerin olmaması gibi nedenler ön plandadır.(31) Ülkemizde bağışıklama konusunda devlet tarafından alınan önlemler ve sağlık sistemindeki düzenlemelerle aşılamanın önündeki konum ve sistem ile ilgili problemler ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. 2008 yılında çıkan 25.02.2008 tarih ve 6111 sayılı daimi genelge ile bağışıklama hedef ve hizmetleri tekrar gözden geçirilmiş, planlama ve örgütlenmesi yapılmıştır. Hedeflenen aşılanma oranlarına ulaşılmasına rağmen ülkemizde 2010 yılından beri 'aşı karşıtlığı', 'aşı reddi' ve 'aşı tereddüdü' kavramları ortaya çıkmıştır. Günümüzde bağışıklamanın önündeki en önemli engeli aşı karşıtlığı oluşturmaktadır.

2.7.1 Aşı Karşıtı Düşüncelerin Tarihçesi

Aşı karşıtı düşünceler, aşının keşfi ile ortaya çıkmıştır. Edward Jenner tarafından çiçek aşısı keşfedildiğinde bazı din adamları bunu Tanrı'ya karşı gelmek olarak değerlendirmiştir.(32) 1850'li yıllarda, İngiltere'deki çiçek salgınında detaylı bilgilendirme yapılmadan hükümet tarafından zorunlu aşı uygulaması başlatılmış, aşı olmayı reddedenlere ceza verilmiştir, bunun üzerine

aşılama çalışmaları tepki çekmiştir.(33) 1878'de İngiltere'de zorunlu aşılama karşıtları ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmasını reddetmelerini insanlık hakkı olarak savunmuşlar, parlamentonun da bu yönde hareket etmesini talep etmişler ve aşiyı reddedenlerin cezalandırılmasına karşı çıkmışlardır.(32) Zamanla çiçek hastalığında azalma, toplumun bilinçlenmesi ve çeşitli devlet politikaları ile aşıya karşı direnç azalmıştır.(33) Bununla birlikte 1898'de "vicdani retçi" kavramı İngiliz yasalarına girmiş ve aşıdan muafiyete izin verecek şekilde yasa düzenlemesi yapılmıştır.(32)

1872'de İsveç'te aşılama faaliyetleri yaygınken Stockholm kentinde aşı reddi nedeni ile aşılama oranları %40'ın altına düşmesi üzerine Stockholm'de çiçek hastalığı salgını görülmüştür. Aşılama oranları yüksek olan bölgelerde büyük salgınlar görülmezken aşılana karşı çıkan kesimde büyük bir salgının olması üzerine halkın aşılar karşı ön yargıları azalmış, aşılama oranları artmıştır.(34)

1870'lerde Amerika'da çiçek hastalığı salgını ortaya çıkınca devlet aşılama çalışmalarına başlamıştır. Aşılama çalışmalarını takiben aşı karşıtı fikirler ve topluluklar ortaya çıkmış ve bu kuruluşların etkisi ile birçok Amerika eyaletinde zorunlu aşılama yasaları kaldırılmıştır.(35)

1990'lardan itibaren dünyada aşı karşıtı düşünce etkisini daha çok göstermeye başlamıştır. İngiliz Andrew Wakefield ve arkadaşlarının "Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children" adlı makalesi Lancet dergisinde 1998 yılında yayınlanmış ve kızamık-kabakulak- kızamıkçık (KKK) aşısında bulunan thiomersalin otizm ve otizm spektrum bozuklukları ile ilişkili olduğunu iddia edilmiştir.(36) Bu makale aşı karşıtlarının dikkatini çekmiştir. Bunun üzerine makale tıbbi kurumlar tarafından tekrar değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda araştırmacının yanlı olduğu, bilimsel olarak hatalı değerlendirmeler içerdiği saptanmış ve makale dergiden geri çekilmiştir. Çeşitli çalışmalarda bu savın doğru olmadığı kanıtlanmıştır. KKK aşısından thiomersal çıkarılmadan önce ve çıkarıldıktan sonrasının karşılaştırıldığı çalışmalarda otizm oranlarında bir değişiklik olmadığı gösterilmiştir.(37) Kamuoyu bu konu ile ilgili gelişmeleri bilimsel ortamda takip

edip değerdendiremediğinden ve aşı karşıtı argümanlar medyatik, toplum tarafından takip edilen insanlar tarafından da dillendirildiğinden özellikle medya aracılığı ile bu düşünceler yayılmaya ve daha çok kişi tarafından kabul görmeye devam etmiştir.

Son 20 yılda, özellikle de son 8 yılda aşı karşıtı düşüncelerin artması üzerine DSÖ 2012 yılında 'Aşı Tereddüdü Çalışma Grubu' (Vaccine Hesitancy Working Group) adı ile aşı reddini araştırmak için bir çalışma grubu kurmuştur.(38) Bu çalışma grubu tarafından 2012 ve 2014 yıllarında aşı reddi ve tereddüdü ile ilgili rapor yayınlanmıştır. Bu raporlarda aşı tereddüdü ve reddi kavramları ile bu kavramlar arasındaki farklar tanımlanmıştır, aşı ile ilgili tutumların belirlenmesi için soru formları önerilmiştir. Aşı tereddüdü ve reddini azaltmak için önerilerde bulunulmuştur.

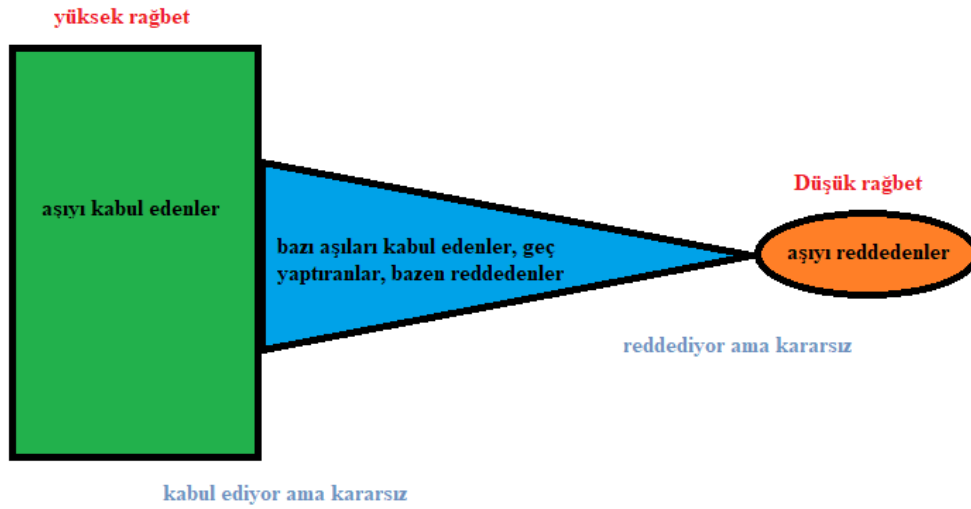
2.7.2 Aşı Karşıtlığı Tanımları ve Kapsamı

Aşı reddi bireylerin tüm aşıları reddetmesi ve aşı yaptırmama davranışı göstermesidir. Aşı tereddüdü; aşının ulaşılabilir olmasına rağmen aşının reddedilmesi veya kabulünün gecikmesidir. (38) Toplumlarda aşı kabulü aşı karşıtlığına göre daha yüksek oranda görülür. Aşı karşıtları heterojen bir grup oluşturur. Aşıların bir kısmını kabul ederken bazılarını yaptırmayabilirler, aşığı geciktirebilirler veya aşı yapılmasını tamamen reddedebilirler.(Şekil 2.2) (39)

Belli bir toplumda tahmin edilenden daha az aşılanma oranlarına ulaşılması o toplumda aşı tereddüdünün var olduğunu düşündürmelidir. Bununla birlikte mevcut hizmetlerin yetersiz olduğu, sağlık sistemini etkileyen durumların varlığı, bireylerin aşığı reddetme fırsatlarının olmadığı durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar varlığında aşılanma oranlarındaki düşüklüğün ilk nedeni olarak aşı karşıtlığı düşünülmemelidir.(38)

Aşı tereddüdünün belirleyicilerini ortaya koymak için 2011 yılında DSÖ Aşı İletişim Çalışma Grubu'na "3 Cs" modeli önerilmiştir. 3Cs modelinin başlıkları memnuniyet (complacency), kolaylık (convenience), güven (confidence)'dir.

Burada memnuniyet kavramı aşı ile önlenebilen hastalıkların sıklığındaki azalmayı; kolaylık aşıların mevcut olması ve ulaşılabilirliğini; güven ise aşının içeriğine, aşıları öneren kurumlara ve uygulayan sağlık sistemine olan güveni ifade eder.(40) Bu başlıklardan herhangi birindeki değişiklik bireylerin kendisine ve çocuklarına aşı yaptıрма davranışını etkileyebilir.



Şekil 2.5. Aşının tam kabulü ve tamamen reddi arasında yer alan aşı tereddüdünün sürekliliği (39)

Tıbbi bir kontrendikasyon olması, dini inançların bağışıklamaya karşı olması, kişisel, ahlaki veya felsefi düşünceler nedeni ile bireyin aşılarla inanmaması gibi nedenlerle bireyler kendilerine veya çocuklarına bağışıklama yapılmasını reddedebilir.(41, 42) Bütün aşılama programları tıbbi kontrendikasyon durumlarında aşının yapılmaması gerektiğini vurgular. Bazı ülkelerde bağışıklamaya karşı dini veya felsefi inançları olan bireylere de aşı uygulanmaz. Bununla birlikte bu ülkelerde aşı ile önlenebilir hastalık oranı muafiyet sağlamayan ülkelere göre daha yüksektir.(43,44)

Aşı karşıtlığı daha kapsamlı şekilde Aşı Karşıtlığı Matrisi başlıkları altında incelenebilir (Tablo 2.6).(39) Böylece aşı karşıtlığının nedenleri, bireylerin aşılarla bakış açısı, sağlık sistemindeki aksaklıklar değerlendirilerek aşı karşıtlığının belli bir toplumdaki nedenleri daha iyi anlaşılabilir ve bu durum toplum tarafından kabul görecektir şekilde düzeltilebilir. Aşı karşıtlığını anlamak ve sistematize etmek açısından bu matris 3 ana başlıktan oluşur:

- a. Bağlamsal etkiler
- b. Bireysel ve grup etkileri
- c. Aşı ve aşılama özgü sorunlar

2.7.3 Ülkemizde Aşı Karşıtlığı ve Hukuki Durum

Ülkemizde çocuklarına genişletilmiş aşı takvimi kapsamındaki herhangi bir aşıyı yaptırmak istemeyen ebeveynler 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre velayetin layığıyla yerine getirilememesi söz konusu olacağından Aile ve Sosyal İl Müdürlüklerine bildirilmekte, bu çocuklar korunmaya muhtaç çocuk kapsamında değerlendirilmekteydi.(45) Ancak zorunlu aşı uygulamasının bireyin vücut bütünlüğünü koruma hakkına aykırı olduğunu savunanlar mevcuttu. Zorunlu aşı uygulaması konusundaki Çocuk Koruma Kanunu kapsamında alınan karar için Anayasa Mahkemesi'ne yapılan bireysel başvuru ve 24.12.2015 tarihli, 29572 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 11.11.2015 tarihli ve bireysel başvuru no:2013/1789 sayılı kararı ile Anayasa Mahkemesi zorunlu aşı uygulamasının Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkını ihlal ettiğine karar vermiştir.(46) Bu karar üzerine Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan 19.01.2016 tarih ve 21001706 sayılı düzenlemede zorunlu aşının reddi durumunda sağlık tedbiri kararı alınabilmesi için bu durumun Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bildirilmesi gerekliliği kaldırılmıştır. Aşı uygulamasına izin verilmemesi durumunda Aile Hekimliği Uygulaması Performans Değerlendirmesi İtiraz Nedenleri ve Sunulması Gereken Evraklar kapsamında yer alan aşı yapılmasına izin verilmediğini

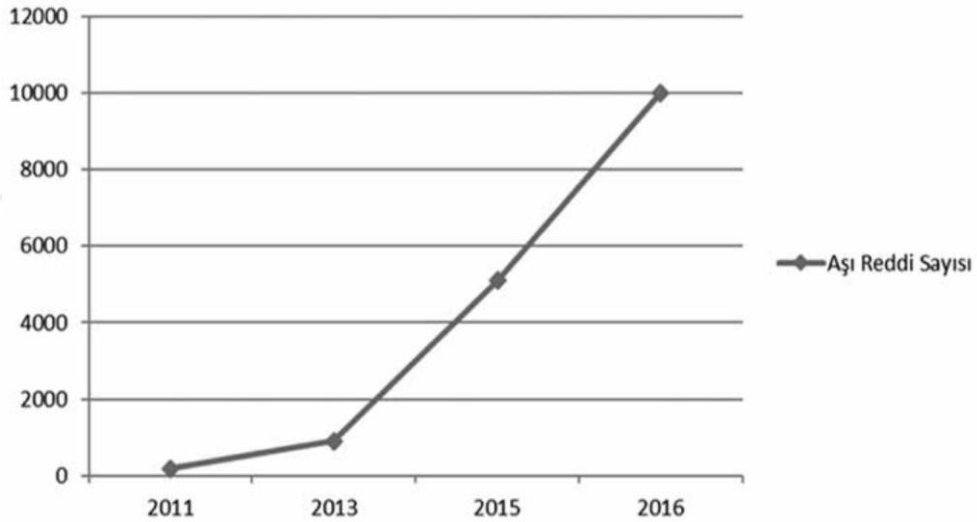
ifade eden formun doldurulması yeterli görülmüştür.(47) Bu kararlar birlikte ülkemizde aşı reddi de giderek artmaya devam etmektedir.

BAĞLAMSAL ETKİLER (Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi / kurumsal, ekonomik veya politik faktörlerden kaynaklanan etkiler)	<ul style="list-style-type: none">• İletişim ve medya ortamı• Etkili liderler, bağışıklama programları, aşılama veya aşılama amaçlı lobiler.• Tarihsel etkiler• Din / kültür / cinsiyet / sosyo-ekonomik• Siyaset / politikaları• Coğrafi etkenler• İlaç endüstrisinin algılanması
BİREY VE GRUP ETKİLERİ (Kişisel algı ve sosyal ortamdan kaynaklanan etkiler)	<ul style="list-style-type: none">• Ağrı dahil olmak üzere kişisel, aile ve/veya toplum üyelerinin aşı ile ilgili deneyimi• İnançlar, sağlık ve korunma ile ilgili tutumlar• Bilgi / farkındalık• Sağlık sistemi ve sağlayıcılarına güven ve kişisel deneyim.• Risk / fayda (algılanan, sezgisel)• Sosyal norm olarak bağışıklama hakkındaki düşünceler (gerekli, gerekli değil gibi)
AŞI VE AŞILAMAYA ÖZGÜ SORUNLAR (Doğrudan aşı ve bağışıklama ile ilgili)	<ul style="list-style-type: none">• Risk / Fayda (epidemiolojik ve bilimsel kanıt)• Yeni bir aşının, yeni bir formülasyonun ya da mevcut bir aşı için yeni bir tavsiyenin uygulanması• Aşılama programının tasarımı (Rutin program veya kitle aşı kampanyası gibi)• Aşı ve/veya aşılama ekipmanının güvenilirliği ve/veya kaynağı• Aşılama programı• Maliyetler• Sağlık meslek mensuplarının tavsiye ve/veya bilgi tabanının ve/veya tutumunun gücü

2.7.4 Türkiye'de Aşı Karşıtlığının Sıklığı ve Nedenleri

Türkiye'de aşığı reddeden aile sayısı 2011 yılında 183 iken, 2013'de 913, 2015'te 5091 ve 2016'da 10,000'in üzerine çıkmıştır.(38) Türkiye'de aşı reddi sayısını gösteren grafik verilmiştir (Şekil 2.5). Türkiye Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği tarafından yapılan açıklamada ise 2017 çocuklarına aşı yaptırmayan aile sayısının 23 bine çıktığı belirtilmektedir.(48)

Beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre 2008 yılında 15 aya kadar tam aşılanmış bebeklerin yüzdesi %74.6 iken 2013 yılında bu yaş grubunda aşılanma oranı %70,0'a düşmüştür. (49-50)



Şekil 2.6.: Türkiye'de yıllara göre çocuklarına aşı yaptırılmasını reddeden bireylerin sayısı (38. kaynaktan alınmıştır.)

DSÖ verilerine göre 2017 yılında ülkemizde rutin aşı takviminin uygulanması konusundaki tereddüdün birinci nedeni aşı içeriklerine güvenilmemesi, ikinci nedeni doğrudan aşıya güvenilmemesi, üçüncü nedeni ise dini nedenlerdir. (31)

Ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmak istememelerinin başlıca nedenleri olarak aşının yararına inanmamak, aşının sağlık için riskli olduğunu düşünmek, aşıya güvenmemek, aşının otizm, kısırlık gibi sağlık problemlerine yol açacağı inancı, bulaşıcı hastalıkların yaygın olmaması nedeniyle aşının gereksiz olduğunun düşünülmesi, aşı içeriğine veya aşı üreticilerine güvenmemek, aşı yan etkilerinden korkmak sayılabilir.(38,51) Aşı karşıtları sosyal medya ve web siteleri üzerinden büyük kitlelere ulaşabilmektedirler. Bununla birlikte dini-siyasi- felsefi etkili kişilerin aşı karşıtı yanlısı söylem ve davranışları da aşı karşıtlığının giderek artmasında etkili olmaktadır.(38)

Aşı karşıtlığı sonucu olarak aşı yaptırmama, aşığı geciktirme, aşılarını eksik yaptırma durumları hem bireyin kendisinin hem de toplumun aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunamamasına yol açmaktadır. Bu hastalıkların, önlenebilir olmasına rağmen, giderek morbidite ve mortaliteleri artmaktadır. Ülkemizde görülen kızamık salgını bu durumun önemli bir örneğidir. Ülkemizde DSÖ verilerine göre laboratuvar doğrulaması yapılmış 2013 yılında 7397 kızamık vakası olması üzerine kızamık aşılması artırıldı ve zamanı 12. aydan 9. aya çekilmiştir. Bunun üzerine kızamık vakaları giderek azalarak 2016 yılında 9 vakaya kadar düşmüştür. Ancak giderek artan aşı reddi ve aşı karşıtlığı nedeni ile aşılama oranlarının düşmesiyle kızamık vaka sayısı 2018 yılında tekrar artarak 566'ya çıkmıştır.(52)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuruların kendileri ve eğer çocukları varsa çocukları ile ilgili aşılama tutum ve davranışlarını ve bunların sosyodemografik verilerle olan ilişkisini araştırmak amacıyla planlanan bu çalışma kesitsel desende yürütülecektir.

3.1 Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. 01.10.2017 – 31.03.2018 tarihleri arasında Aile Hekimliği polikliniğe başvuran ve çalışmaya alınma ölçütlerine uyan bireyler çalışmaya katılımları için davet edileceklerdir. Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ölçütleri Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1: Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri	
Çalışmaya alınma ölçütleri	Çalışma dışı bırakma ölçütleri
1- 18 yaş ve üzerinde olmak 2- ÇOMÜ Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurmak	1- Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi)

Örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlar için örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplandı. Çanakkale merkez nüfusu (Kepez beldesi dahil) 149513 kişi, 20 yaş ve üzerinde 112948 kişi bulunmaktadır. Aşılama oranı, tutum ve davranışı konusunda birden fazla etmen araştırılacağı için sıklık 0,5, evren oranına göre istenen sapma değeri $\alpha=0,05$ ve güven aralığı %95 alınmıştır. Örneklem hesabı ile en az 383 kişi belirlenmiştir. Çalışmanın 500 katılımcı ile yürütülmesine karar verilmiştir. Belirtilen tarihlerde hedeflenen birey sayısına ulaşamazsa veri toplama süresi uzatılacak, bu sayıya ulaşılan değin çalışmaya katılımcı alınmaya devam edilecektir.

3.2 Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda 22 soruluk sosyo-demografik veri formu ile bağışıklama ve aşılar hakkında bilgi, tutum ve davranışları değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının ikinci bölümünü oluşturan bağışıklama ve aşı ile ilgili olan anket formu bireylerin aşılanma davranışlarını soran 4, çocuklu bireylerin çocuklarına aşı yaptıрма durumunu sorgulayan 5 soru içermektedir. Anketin devamında bağışıklama ve aşı hakkındaki bilgi ve tutumu değerlendirmek için kullanılmak üzere beşli Likert tipinde hazırlanan 34 soruluk bölüm bulunmaktadır. Anket formu Ek-1'de verilmiştir.

Sosyo-demografik veri anketi katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, bazı günlük alışkanlıklarını, tıbbi öykülerini, kullandıkları ilaçları sorgulamaktadır. Bu form hazırlanırken erişkin aşılanması konusundaki risk durumlarının, aşı kontrendikasyonu olan bireylerin saptanması da amaçlanmıştır.

Bağışıklama ve aşı ile ilgili olan kısımda çocukluk aşılarını yaptıрма durumu, ebeveynlerin kendilerine ve çocuklarına aşı yaptıрма durumu, aşı reddi olup olmadığı sorgulanmıştır. Anketin bilgi ve tutum soruları hazırlanırken aşı tereddütü ve aşı reddini saptayabilmek bireylerin yetişkin ve çocukluk dönemi bağışıklamasına bakış açısını değerlendirmek amacıyla DSÖ "Report Of The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy" raporunda yer alan ve tablo 2.6.'da yer verilen aşı tereddütü matriksinden faydalanılmıştır. Matrikste yer alan ana başlıklar çerçevesinde bilgi ve tutum ifadeleri oluşturulmuştur.(39) Aşı reddini araştırmak amacıyla toplumda yaygın olarak rastlanılan aşı karşıtı ifadeler de bu kısımda yer verilmiştir.(38)

3.2.1 Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeğinin Hazırlanması

ÇOMÜ Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde aşı reddi ve aşı karşıtı düşünce varlığının araştırıldığı çalışmamızda bireylerin aşı karşıtı tutumları hakkında bilgi edinmek için 34 soruluk anket formu hazırlanmıştır. (Bu form Ek-1'de sunulmuştur) Bu form polikliniğimize başvuran on sekiz yaş ve üzeri 500 kişiye Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan formun tutum sorularını içeren bölümünü 2

kişinin eksik yaptığı görülmüştür. Bu nedenle tutum sorularını içeren analizler 498 katılımcı üzerinden yapılmıştır. Formun uygulandığı bireylerin sosyodemografik özellikleri, kendilerine ve varsa çocuklarına aşı yaptırma veya aşığı reddetme durumları bulgular bölümü tanımlayıcı analizler başlığı altında ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çalışma kapsamında Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeğini geliştirmek için öncelikle ölçülmesi planlanan 'aşı karşıtı düşünce' kapsamında aşı reddi ve aşı tereddüdü kavramları, 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu tarafından yayımlanan rapordan yola çıkılarak tanımlanmıştır. AKD Ölçeği on sekiz yaş ve üzeri bireylere yönelik olarak geliştirilmiştir. Polikliniğimize başvuran on sekiz yaş ve üzeri bireylerin aşı karşıtı tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ölçeğin amacı ve hedef kitlesi belirlendikten sonra DSÖ'nün Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu raporunda belirtilen Aşı Tereddüdü Matriksi temel alınarak ölçek maddeleri hazırlanmıştır. Hazırlanan maddeler ÇOMÜ Tıp Fakültesinden üç uzmanın görüşüne sunulmuş, görüş ve önerileri alınarak ölçeğin deneme hali oluşturulmuştur. Ölçek beşli Likert şeklinde planlanarak katılımcı yanıtları 'kesinlikle katılmıyorum', 'katılmıyorum', 'fikrim yok', 'katılıyorum' ve 'kesinlikle katılıyorum' şeklinde düzenlenmiştir.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, farklı sosyoekonomik düzeylerden 10 kişiyle deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

Otuz dört maddeden oluşan taslak form Kasım 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 498 kişiye uygulanmıştır. Uygulama sonrası AKD Ölçeğinin çalışma yapısını ortaya koymak amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılarak ölçek yeniden şekillendirilmiştir. Ölçeğin son hali ile Cronbach Alpha güvenilirlik düzeyi hesaplanmıştır.

İstatistiksel analizlerle ölçek yapısının ortaya konulması ve güvenilirlik değerlerinin saptanması için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. İlk olarak veri setinin açıklayıcı faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test ve Bartlett Sphericity testleri kullanılmıştır. Veri setinin faktör analizi için KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması gerekmektedir. Bartlett testinde anlamlı p değerinin saptanması ise faktör analizi için ölçek yapısının uygun olduğunu ve verilerin çok değişkenli normal dağılımını göstermektedir. Analiz sonucunda AKD Ölçeğinin KMO değeri 0,885, Bartlett testi sonucu $\chi^2=3618,511$; $p<0,001$ olarak saptanmış ve veri setinin açıklayıcı faktör analizine uygun olduğu gösterilmiştir. Ölçeği oluşturan faktörlerin daha net bir hal almasını sağlamak için varimax eksen döndürmesi (rotation) yapılmıştır. (53,54)

Açıklayıcı faktör analizine başlanmadan önce madde toplam korelasyonları incelenerek maddelerin ölçeğe sunduğu katkı belirlenmiştir. Düşük madde korelasyonu gösteren 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34. sorular ölçekten çıkarılarak kalan 17 madde ile açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 3.2'de toplam korelasyonları uygun olan maddelerin toplam korelasyonları ve faktör analizi giriş yük değerleri sunulmuştur.

Açıklayıcı faktör analizi uygulanan 17 maddeye varimax eksen döndürmesi yapılmış ve üç faktör oluştuğu gözlenmiştir. Oluşan faktörlere göre dağılan maddelerin gösterdiği yük değerleri tablo 3.3'de sunulmuştur.

Ölçeğin son halini oluşturan 17 madde üç faktör altında toplanmaktadır. (Tablo 3.3) Bu 3 faktör incelendiğinde madde 1, 2, ve 20'nin tek faktör altında toplandığı gözlenmiştir ve bu maddelerin aşılardan yararları ile ilgili olduğu saptanmıştır. Madde 3, 4, 6, 7, 11, 12 tek faktör altında toplanmaktadır ve bu ifadelerin aşılardan olumsuz yargılar ile ilgili olduğu saptanmıştır. Tek faktör altında toplanan madde 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 27'nin ise aşılardan kaçınma tutumu ile ilgili olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.2 Madde toplam korelasyonları ve faktör analizi giriş yük değerleri

Maddeler	Madde toplam korelasyonu	Giriş yük değerleri
M1. Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlar.	0,359	0,810
M2. Aşılar bulaşıcı hastalıkların salgınlara dönüşmesini engeller.	0,341	0,811
M3. Aşılar yetişkinler için uygun değildir, sadece çocuklara uygulanır.	0,584	0,503
M4. Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü/ölümcül olmadığı için aşılama gereksizdir.	0,668	0,553
M6. Aşılar para tuzağıdır	0,347	0,342
M7. Aşılar kronik/ otoimmün hastalıklara neden olur.	0,572	0,558
M11. Çocukluk çağı aşıları otizme neden olur.	0,534	0,483
M12. Çocukken aşılarım yapıldığı için yetişkinlikte aşılanmama gerek yok.	0,474	0,530
M16. Herkes çocuğunu aşılatıyor, çocuğum bulaşıcı hastalıklar açısından tehlikede değil bu nedenle çocuğumu aşılatmasam da olur.	0,650	0,542
M17. Aşı uygulanırken çocuğum ağladığı/ acı çektiği için çocuğuma aşı yaptırmak istemezdim.	0,654	0,592
M19. Bulaşıcı hastalıkların az görüldüğü bir bölgede yaşıyorum, bu nedenle aşıların hepsini yaptırmak istemiyorum.	0,653	0,520
M20. Aşıların bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellediğini bildiğimden aşılarımı yaptırdım	0,324	0,362
M23. Aşı ve aşı uygulaması benim inancım ile uyuşmadığı için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum	0,670	0,688
M24. Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlıştır.	0,589	0,610
M25. TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	0,655	0,565
M26. Aşıların otoimmün/kronik hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümünden aşı olmaktan kaçınıyorum.	0,674	0,555
M27. Aşı sırasında uygulanan iğneden/acıdan korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	0,554	0,577

Tablo 3.3 Faktörler ve faktörleri oluşturan maddelerin yük değerleri

Faktör	Maddeler	Yük değerleri	
Faktör I	M1. Aşilar bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlar.	0,897	
	M2. Aşilar bulaşıcı hastalıkların salgınlara dönüşmesini engeller.	0,895	
	M20. Aşiların bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellediğini bildiğimden aşılarımı yaptırırım	0,376	
Aşının yararları			
Faktör II	M12. Çocukken aşılarım yapıldığı için yetişkinlikte aşılanmama gerek yok.	0,708	
	M7. Aşilar kronik/ otoimmün hastalıklara neden olur.	0,689	
	M11. Çocukluk çağı aşıları otizme neden olur.	0,630	
	M3. Aşilar yetişkinler için uygun değildir, sadece çocuklara uygulanır.	0,616	
	M6. Aşilar para tuzağıdır	0,576	
	M4. Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü/ölümcül olmadığı için aşılanmak gereksizdir.	0,564	
Olumsuz yargılar			
Faktör III	M23.Aşı ve aşı uygulaması benim inancım ile uyuşmadığı için aşı yaptırmaktan kaçınırım	0,810	
	M24. Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlıştır.	0,773	
	M27. Aşı sırasında iğneden/acıdan korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınırım.	0,756	
	M17. Aşı uygulanırken çocuğum ağladığı/ acı çektiği için çocuğuma aşı yaptırmak istemezdim.	0,716	
	M25. TV, radyo, gazetelerde aşiların zararlı olduğunu duyduğumdan aşı yaptırmaktan kaçınırım.	0,684	
	M16. Herkes çocuğunu aşılatıyor, çocuğum bulaşıcı hastalıklar açısından tehlikede değil bu nedenle çocuğumu aşılatmasam da olur.	0,656	
	M26. Aşiların otoimmün/kronik hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden aşı olmaktan kaçınırım.	0,635	
	M19.Bulaşıcı hastalıkların az görüldüğü bir bölgede yaşıyorum, bu nedenle aşiların hepsini yaptırmak istemiyorum.	0,611	
	Aşıdan kaçınma		

Oluşan üç faktörün iç tutarlılık güvenilirlik düzeyini saptamak için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı analizi yapılmıştır. Elde edilen güvenilirlik değerleri tablo 3.4'te sunulmuştur.

Tablo 3.4 Alt faktörlerin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

Ölçek alt boyutları	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı
<i>Faktör I: Aşının yararları</i>	0,703
<i>Faktör II: Olumsuz yargılar</i>	0,786
<i>Faktör III: Aşıdan kaçınma</i>	0,890
<i>Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği Toplam</i>	0,893

AKD Ölçeğinin toplam Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,893 olup elde edilen 3 faktörün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,703 ile 0,890 arasındadır. Güvenirlik katsayısı değerinin 0,70 üzerinde olması ölçekler için yüksek güvenilirlik kabul edilmekte olup alt faktörlerin güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu tablo 3.4'te görülmektedir. (54)

3.3. Uygulama

01.10.2017 - 31.03.2018 tarihleri arasında ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran bireylerle polikliniğimizde görüşmeler yürütülmüştür. Çalışmanın veri toplama aşaması için sabahdan itibaren başvuran hastalar çalışmaya katılım için davet edilmiş ve çalışma ölçütlerine uygun bulunup katılmayı kabul eden bireylerin sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra görüşme yapılmıştır. Çalışma için hazırlanan anket soruları katılımcılara araştırmacı tarafından uygulanarak kaydedilmiştir. Çalışma için belirlenen katılımcı sayısına ulaşıldığında çalışma ile ilgili veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

3.4. İzin ve Onamlar

Araştırmaya başlamadan önce 29.11.2017 tarihinde 2017-19 nolu çalışmamız için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı alınmıştır (Ek 2). Çalışmaya katılmaları için polikliniklerimize davet edilen hastalara araştırmamız hakkında bilgi verilip sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.5 İstatistiksel Analiz

Veriler dijital ortama aktarıldıktan ve değişken düzeltme ve düzenlemeleri yapıldıktan sonra tanımlayıcı veriler sunulmuş, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler değişken özelliklerine uygun olarak seçilen ki-kare, ortalamaların farkı testleri, korelasyon ve regresyon testleri ile analiz edilmiştir.

Ölçek toplam puanı ve bağımsız değişkenler için regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi için gerekli bağımsız değişken sayısı değişken başına 40 katılımcı kuralından yola çıkılarak hesaplanmıştır.(55) Çalışmamızda 498 katılımcı bulunduğundan maksimum 12 bağımsız değişken olması gerektiği hesaplanmıştır. Ölçek puanını etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, gelir durumu, eğitim durumu, sağlık çalışanı olma, sosyal medya kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalığı, çocuk sayısı bağımsız değişkenleri regresyon modeline dahil edilmiştir. İki den fazla değişkeni olan eğitim durumu değişkeni lise üstü ile lise ve altı olarak gruplandıktan sonra regresyon analizine dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Analizler

Araştırmaya katılan 500 kişinin 299'u (%59,8) kadın, 201'i (%40,2) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $35,2 \pm 14,5$ [18-79] olarak hesaplandı. Yaş ortalaması kadınlarda $34,1 \pm 13,6$ [18-78], erkeklerde $36,8 \pm 15,5$ [18-79] idi ve aralarında anlamlı fark yoktu. ($X^2 = 27402; p > 0,001$) Katılımcıların 269'u (%53,8) evli, 206'sı (%41,2) bekar, 25'i (%5,0) duldu. Katılımcıların 461'i (%92,2) kentte, 39'u (%7,8) kırsal bölgede yaşıyordu.

Katılımcıların 143'ü (%28,6) yükseköğretim mezunuydu. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların eğitim durumları		
Eğitim durumu	Sayı	Yüzde
Okuryazar olmayan	2	0,4
Okuryazar	4	0,8
İlkokul	66	13,2
Ortaokul	23	4,6
Lise	86	17,2
Yükseköğretim	143	28,6
Fakülte	135	27,0
Yüksek lisans ve doktora	41	8,2
Toplam	500	100,0

Katılımcıların 216'sı (%43,2) çalışmıyor, 53'ü (%10,6) emekli iken 231'i (%46,2) aktif çalışıyordu.

Tablo 4.2 Katılımcıların mesleklerinin dağılımı		
Meslek	Sayı	Yüzde
Sağlık Çalışanı	97	19,4
<i>Hasta ile temas halinde olan</i>	46	9,2
Doktor	15	3
Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru	16	3,2
Diğer	15	3
<i>Masabaşı çalışan</i>	51	10,2
Sekreter	16	3,2
Memur	28	5,6
Diğer	7	1,4
Sağlık Çalışanı Olmayan	403	80,6
Öğrenci	147	29,4
Ev hanımı	57	11,4
Memur	33	6,6
Öğretmen	21	4,2
İşçi	19	3,8
Çiftçi	7	1,4
Diğer	119	23,8
Toplam	500	100

Katılımcıların 97'si (%19,4) herhangi bir sağlık kuruluşunda çalıştıklarını beyan etmişti. Bunların arasında doğrudan hasta ile temas halinde olup muayene, tanı ve tedavi sürecine katılan doktor, hemşire, ebe, fizyoterapist, sağlık memuru gibi meslek gruplarına dahil bireylerin sayısı 31 (%6,2), biyolojik atıklarla temas ve bulaşıcı hastalık açısından risk taşıyan temizlik personeli ve hasta bakıcı sayısı 15(%3) idi. Kayıt, veri hazırlama, faturalandırma gibi doğrudan hasta ile temas etmeyen ama herhangi bir sağlık biriminde çalışan birey sayısı ise 51 (%10,2) idi. Sağlık çalışanı olmayan katılımcı sayısı 403 (%80,6) idi. Bunların 147'si (%29,4) öğrenci, 57'si (%11,4) ev hanımıydı. Mesleklerin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Sağlık çalışanı olan 97 katılımcının ortalama çalışma süresi $6,9 \pm 6,9$ [1-35] yıldır.

Katılımcıların 92'si (%18,4) gelir durumunu iyi, 379'u (%75,8) orta, 29'u (%5,8)'i kötü olarak değerlendirmişti.

Katılımcıların 29'u (%5,8) yalnız yaşıyordu. Hanedeki birey sayısı ortalama $3,4 \pm 1,4$ [1-10] idi.

Katılımcıların 269'u (53,8) hiç sigara içmemiş, 84'ü (%16,8) sigarayı bırakmıştı, 147'si (%29,4) ise aktif sigara içicisiydi. Sigarayı bırakan katılımcıların ortalama bırakma süreleri $9,0 \pm 10,5$ [0-45] yıl, ortalama içtikleri sigara miktarı $20,8 \pm 22,4$ [1-90] paket-yıldı. Halen sigara içen katılımcıların içtikleri sigara miktarı $10,1 \pm 9,5$ [1-40] paket-yıldı.

Katılımcıların 293'ü (58,6) alkol kullanmıyordu. Sosyal ortamlarda alkol aldığını belirten katılımcı sayısı 150 (%30,0), düzenli alkol kullandığını belirtenlerin sayısı ise 57 (11,4) idi.

Katılımcıların 365'i (%73,0) aktif sosyal medya kullandığını, 135'i (%27,0) ise sosyal medya kullanmadığını beyan etmişti.

Katılımcıların 370'inin (%74,0) kronik hastalığı yokken 130'unun (26,0) bir veya daha fazla kronik hastalığı vardı. (Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.) Katılımcıların 121'i (24,2) düzenli ilaç kullanıyordu.

Son bir yıl içinde hastaneye yatan katılımcı sayısı 46 (%9,2) idi. Bunların 3'ü (%0,6) enfeksiyon, 20'si (%4,0) operasyon, 5'i (%1,0) gebelik, 5'i (%1,0) fizik tedavi ve rehabilitasyon, 13'ü (%2,6) diğer nedenlerle hastanede yatmıştı.

Katılımcıların 66'sinin (%13,2) alerjisi vardı. Aşı alerjisi olduğunu belirten 1 (%1,5) katılımcı vardı. Katılımcılardan 25'inin (%37,9) ilaç, 13'ünün (%19,7) besin, 7'sinin (%10,6) polen ve 20'sinin (%30,3) diğer alerjenlere karşı alerjisi vardı.

Tablo 4.3 Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı		
Kronik hastalık grubu	Sayı	Yüzde(n=500)
Dolaşım sistemi hastalıkları (Hipertansiyon, venöz yetmezlik, hiperlipidemi...)	62	12,4
Akciğer hastalıkları	21	4,2
Diyabetes mellitus (Tip I ve tip II)	28	5,6
Karaciğer hastalıkları	4	0,8
Üriner sistem hastalıkları (Kronik böbrek yetmezliği)	2	0,4
Bağ doku hastalıkları (Romatoidartrit, sistemik lupuseritematozus gibi)	12	2,4
İmmüsupresyon durumu (İmmüsupresif ilaç kullanımı, hematolojik hastalık..)	1	0,2
Malignite	2	0,4
Organ nakli	2	0,4
Dermatolojik hastalık	9	1,8
Diğer	39	7,8

*bir kişide birden fazla hastalık bulunan durumlar mevcuttur.

Kadın katılımcıların 136'sı (%45,3) hiç gebe kalmamış, 56'sı (%18,8) bir kez gebe kalmış, 57'si (%19,1) iki kez gebe kalmış, 50'si (%16,7) üç ve daha fazla kez gebe kalmıştı.

Çocuğu olan katılımcı sayısı 246 (%49,2) idi. Katılımcıların çocuk sayısı ortalama $0,8 \pm 1,0$ [0-4] idi.

Çocuklarının alerjisi olan katılımcı sayısı 60 (%12) idi. Aşıya alerjisi olan 1 (%1,7) çocuk vardı. Bu grupta en sık görülen alerjenler polen (n=12, %20), besin (n=8, %13,3), ilaç (n=4, %10), diğer (n= 33, %55) idi.

Günlük hayatta çocuklarla karşılaştıklarını, aynı ortamda bulduklarını belirten katılımcı sayısı 456'ydi (%91,2).

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına bakıldığında 451'inin (%90,2) çocukluk aşıları tam, 44'ünün (%8,8) eksik uygulanmış, 5 (%1) katılımcının ise uygulanmamıştı.

Katılımcılara "Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?" sorusu yöneltildi "aile hekimi, uzman hekim, hemşire, eczacı, eş-dost, başkası tarafından önerilmese de aşılarımı takip eder, yaptırım" seçenekleri sunuldu. Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4 "Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?" sorusuna verilen cevapların dağılımı		
	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	341	68,2
Uzman hekim	332	66,4
Hemşire	61	12,2
Eczacı	17	3,4
Eş-dost	17	3,4
Aşılarımı kendim takip eder, yaptırım.	81	16,2

Birden fazla seçeneği işaretleyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcılar arasında 18 yaşından sonra aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4) idi. Tablo 4.5'te katılımcıların erişkin dönemde aşı yaptırma nedenleri verilmiştir. Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşılar ve dağılımları ise Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Katılımcıların 23'ünde (%4,6) aşı yaptırdıktan sonra yan etki gelişmişti. Katılımcılarda görülen yan etkiler tablo 4.7'de listelenmiş ve dağılımı verilmiştir.

"Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?" sorusuna katılımcıların 122'si (%24,4) hiç önerilmedi, 317'si (%63,4) hayır, 61'i (%12,2) evet şeklinde cevap verdi.

Tablo 4.5 Katılımcıların erişkin dönemde aşı yaptıırma nedenlerinin dağılımı		
	Sayı	Yüzde
Aşılarımı düzenli takip eder, yaptıırım.	48	9,6
Gebelik	37	7,4
Belirtilmemiş	37	7,4
Meslek	29	5,8
Yaralanma	27	5,4
Hastalığa karşı bağışıklık geliştirmek için	18	3,6
Askerlik	15	3,0
Hayvan ısırığı, tırmalaması	7	1,4
Hastalığın nedeni ile	5	1,0
1980-1992 doğumlu olanların dozlarının eksik olmasından dolayı	3	0,6
Çocukken yapılmadığı için	3	0,6
Aşı kampanyası sırasında	2	0,4
Diğer *	5	1,0
Toplam	237	47,4
<i>*Diğer: Umre, salgın hastalık, siğil, aile hekimi önerisi</i>		

Aşı önerildiğinde kabul etmeyenlere neden kabul etmediklerini kendi ifadeleri ile belirtip devamında yer alan ve araştırmacılar tarafından hazırlanan dörtlü likert şeklindeki anket sorularını kendilerine en uygun şekilde işaretlemeleri istendi. Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi ifadeleri ile aşığı reddetme nedenleri Tablo 4.8’de, anket sorularına verdikleri cevaplar ise Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Aşı	<i>Aşı yaptıran kişi sayısı</i>	<i>Aşı yaptıran kişi sayısının katılımcı sayısına oranı (%)</i>
İnfluenza	41	8,2
Tetanoz	97	19,4
HBV	38	7,6
Meningokok	14	2,8
Kuduz	9	1,8
KKK	4	0,8
Çiçek	4	0,8
HAV	3	0,6
BCG	1	0,2
HPV	1	0,2
Pnömonokok	1	0,2
Belirtilmemiş	65	13,0

-Erişkin dönemde aşı yaptırmayan kişi sayısı 263 (%52,6)'dır. Birden fazla çeşit aşı yaptıran bireyler mevcuttur.

Yan etki	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Aşı yerinde şişlik, ağrı	7	1,4
Ateş	6	1,2
Döküntü	4	0,8
Senkop	2	0,4
Miyalji	1	0,2
Grip aşısı sonrası gribin geçmemesi	1	0,2
Belirtilmemiş	1	0,2
Toplam	23	4,6

Tablo 4.8 Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi ifadeleri ile aşığı reddetme nedenleri		
Aşı yaptırmama nedeni	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Aşı gerekli değil	8	6,6
Aşının yan etkileri nedeni ile	4	6,6
Aşı güvenli değil	4	6,6
Aşı faydasız	3	4,9
Aşı hakkında bilgim yoktu	3	4,9
Aşı hakkında basında çıkan haberler nedeniyle	3	4,9
Aşı olmak istemiyordum	3	1,6
Grip aşısının bağışıklık sağlayacağına inanmadığım için	2	3,3
Hasta olmadığım için gerek duymuyorum	1	1,6
Hekimler arasındaki fikir ayrılığı nedeni ile aşılar hakkında şüpheye düştüm	1	1,6
Aşının içeriğini açıklayamadıkları için	1	1,6
Aşının sağlık açısından riskli olduğunu düşünüyorum	1	1,6
Aşıdan korkuyorum	1	1,6
Dozları tam olduğu için	1	1,6
Aşıya alerjim var	1	1,6
İşim vardı	1	1,6
Belirtilmemiş	23	37,7
Toplam	61	100

Tablo 4.9 Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar				
Anket soruları	Hiç	Biraz	Epey	Çok
İğneden / acıdan korktuğum için	49	8	4	0
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	20	16	15	10
İnancım ile uyuşmadığından	54	3	2	2
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	61	0	0	0
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	36	19	2	4
Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	34	18	6	3
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	31	18	5	7
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	49	9	3	0
İlaç sanayisine güvenmediğimden	24	24	5	8

Çocuğu olan katılımcıların 245'i (%99,2) çocuklarına çocukluk çağı aşılarını yaptırdıklarını belirtmiş, 1 (%0,4) katılımcı ise çocuğuna rutin aşılarını yaptırmadığını belirtmişti. Bu kişi 70 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, gelir durumu orta idi, mesleğini serbest meslek olarak belirtmişti ve emekliydi. 3 çocuğu vardı. Kendi çocukluk aşıları da eksik uygulanmıştı. Kendisine çocukken yapılmadığı için erişkin dönemde çiçek aşısı uygulanmıştı. Çocuğuna aşı yapılmasının kabul etmeme nedeni olarak 'O dönemde kırsal kesimde yaşıyordum, bilgim yoktu.' şeklinde cevap vermişti.

Çocuğu olan katılımcıların 37'si (%15,0) aşı takvimindeki aşılarla ek olarak rutin aşı takviminde olmayan bir veya daha fazla aşı ile çocuğunu aşılatmıştı. Tablo 4.10'da ebeveynlerin çocuklarına yaptırdıkları ek aşıların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.10 Çocuğu olan katılımcıların rutin aşı takvimindeki aşılar ek olarak yaptırdıkları aşıların dağılımı		
Aşı	Sayı	Yüzde(*)
Rotavirüs aşısı	13	35,1 (5,3)
İnfluenza aşısı	4	10,8 (1,6)
HPV aşısı	2	5,4 (0,8)
Meningokok aşısı	3	8,1 (1,2)
Su çiçeği	2	5,4 (0,8)
HAV	2	5,4 (0,8)
HBV	2	5,4 (0,8)
Pnömonokok	1	2,7 (0,4)
Belirtilmemiş	9	24,3 (3,7)

Çocuğu olan bireyler içindeki yüzdeEbeveynlerin bazıları çocuklarına birden fazla çeşit aşı yaptırmıştır.*

Çocuğu olan katılımcılardan 8'i (%3,3) çocuğuna rutin aşı takviminde olan/yaptırması önerilen bir aşıyı yaptırmamıştı. Tablo 4.11'de ebeveynlerin çocuklarına aşı takviminde olduğu/önerildiği halde yaptırmadıkları aşıların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.11 Ebeveynlerin çocuklarına önerildiği halde yaptırmadıkları aşıların dağılımı		
Aşı	Sayı	Yüzde
KKK	1	12,5 (0,4)
Rotavirüs	1	12,5 (0,4)
Meningokok	1	12,5 (0,4)
Beşli karma aşının rapeli	1	12,5 (0,4)
Belirtilmemiş	4	50 (1,7)
Toplam	8	100 (3,3)

**Çocuğu olan bireyler içindeki yüzde*

Aşı sonrası çocuklarında yan etki geliştiğini belirten 25 (%10,2) katılımcı vardı. Tablo 4.12'de ebeveynlerin çocuklarında belirttikleri yan etkilerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.12 Çocuklarda aşı sonrası gelişen yan etkilerin dağılımı		
Yan etki	Sayı	Yüzde
Ateş	20	80 (8,1)
Alerji	1	4 (0,4)
Aşı yerinde kızarıklık	1	4 (0,4)
Belirtilmemiş	3	12 (1,2)
Toplam	25	100 (10,2)

Çocuğu olan katılımcılar arasında çocuklarına herhangi bir aşının uygulanmasını reddeden ebeveyn sayısı 19 (%7.7) idi.

Çocuğu olan katılımcılara çocuklarına aşı yaptırmayı reddedip reddetmedikleri sorulduktan sonra aşığı reddetme nedenlerini kendi ifadeleri ile yazmaları istendi. Ardından araştırmacılar tarafından dörtlü likert şeklinde hazırlanan anket sorularını cevaplamaları istendi.

Kısırlık yaptığını duyduğu için çocuğuna KKK aşısını yaptırmayan 1 katılımcı hiç okula gitmemişti, ev hanımıydı, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu orta idi. Çocuğunda diğer aşılarından dolayı yan etki gözlemediğini belirtmişti. Aşının yan etkileri olduğunu duyduğu için çocuğuna rotavirüs aşısını yaptırmayan bir katılımcı lise mezunuydu, güvenlik görevlisi olarak çalışıyordu, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu orta idi. Çocuğunda diğer aşılarından dolayı yan etki gözlemediğini belirtmişti. Aşının koruduğu hastalık çocuğunda olmadığı için çocuğuna aşı yaptırmayan bir katılımcı lise mezunuydu, ev hanımıydı, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu orta idi. Çocuğunda diğer aşılarından dolayı yan etki gözlemediğini belirtmişti. Aşıya güvenmediği için çocuğuna aşı yaptırmayan 1 katılımcı fakülte mezunuydu, muhasebeciydi, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu iyi idi. Çocuğunda daha önce aşığıya bağlı alerji geliştiğini belirtmişti. O dönemde kırsal kesimde yaşadığı ve aşı hakkında bilgisi olmadığı için çocuğuna aşı yaptırmayan bir katılımcı ilkokul mezunuydu, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu orta idi. Çocuğunda diğer aşılarından dolayı yan etki gözlemediğini belirtmişti. Soğuk zincire uyulduğundan emin olamadığı için çocuğuna aşı yaptırmayan bir katılımcı doktora mezunuydu,

öğretim görevlisiydi, kentsel bölgede yaşıyordu ve gelir durumu orta idi. Çocuğunda daha önce aşuya bağı ateş gelişmişti. 13 kişi ise çocuğuna neden aşı yaptırmadığı hakkındaki fikrini belirtmemiştir. Bunlardan biri beşli karma aşının rapelini, biri meningokok aşısını çocuğuna yaptırmamıştır. Çocuğuna aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13 Çocuklarına aşı yapılmasını reddeden ebeveynlerin anket sorularına verdikleri cevaplar				
	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Epey</i>	<i>Çok</i>
İğneden / acıdan korktuğum için	16	3	0	0
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	8	3	4	4
İnancım ile uyuşmadığından	14	3	2	0
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	16	3	0	0
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	10	4	3	2
Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	10	6	1	2
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	9	8	2	0
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	13	4	2	0
İlaç sanayisine güvenmediğimden	5	6	4	4

4.2. Değişkenlerin Analizi

4.2.1. Katılımcıların erişkin aşı yaptırma oranları

Katılımcıların erişkin aşı yaptırma oranları kadınlarda %47,5 erkeklerde %47,3 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,003$; $p=0,096$)

Kentsel bölgede yaşayan katılımcıların erişkin aşılarını yaptırma oranı %47,7, kırsal bölgede yaşayanların %43,6 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($X^2=0,246$; $p=0,620$)

Erişkin dönemde aşı yaptıranların yaş ortalaması $32,7 \pm 7,2$ [20-55], aşı yaptırmayanların yaş ortalaması $33,0 \pm 10,5$ [19-69] idi. Aşı yaptırma oranları açısından iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($U = 21423,0$; $p < 0,001$) Erişkin aşı yaptırma durumu ile yaş arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=0,224$; $p < 0,001$)

Erişkin dönemde aşı yaptıranlar ile yaptırmayan arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı fark vardı ve eğitim düzeyi yükseldikçe erişkin aşısı yaptırma oranı artıyordu. ($U = 28071,0$; $\tau_b=0,079$; $p = 0,049$)

Hanedeki birey sayısı açısından kıyaslandığında erişkin dönemde aşı yaptıranlarda ailedeki birey sayısı ortalaması $2,9 \pm 0,1$ [1-5], yaptırmayanların ise $3,0 \pm 1,1$ [1-5] idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($U=24183,5$; $p < 0,001$) Erişkin aşılarını yaptırma durumu ile ailedeki birey sayısı arasında negatif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,180$; $p < 0,001$)

Erişkin dönemde aşı yaptırma oranları gelir düzeyi iyi olanlarda %18,6, orta olanlarda %78,5, gelir düzeyi kötü olanlarda %3,0 idi. Gruplar arasında erişkin aşılarını yaptırma durumu açısından anlamlı fark vardı. ($X^2=6,728$; $p=0,035$) Erişkin aşı yaptırma durumu ile gelir durumu arasında negatif korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,053$; $p=0,223$)

Erişkin dönemde aşı yaptırma oranı çalışanlarda %59,7, çalışmayanlarda %31,5, emeklilerde ise %58,5 idi. Aralarında anlamlı fark vardı. ($X^2=38,677$; $p < 0,001$)

Sağlık çalışanlarının arasında erişkin aşılarını yaptırmaları (%71,1) sağlık çalışanı olmayanlardaki orandan (%41,7) anlamlı yüksekti. ($X^2=27,190$; $p<0,001$) Hasta ile doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanlarının erişkin aşı yaptırmaları (%80,4) ile masabaşı çalışan sağlık çalışanlarının aşı yaptırmaları (%62,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($X^2=3,686$; $p=0,055$) Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri ile erişkin aşı yaptırmaları kıyaslandığında, ortalama çalışma yılları erişkin aşı yaptıranlarda $6,9\pm 6,4$ [1-35] iken aşı yaptırmayanlarda $7,1\pm 8,3$ [1-30] idi ve aralarında anlamlı fark yoktu. ($U=886,5$; $p=0,524$) Sağlık sektöründe çalışma süresi ile erişkin aşılarını yaptırmaları arasında pozitif ve zayıf korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=0,055$; $p=0,524$)

Erişkin dönemde aşı yaptırmaları oranları bekarlarda %34,5, evlilerde %55,4, dularda ise %68,0 idi. Aralarında anlamlı fark vardı. ($X^2=24,965$; $p<0,001$)

Katılımcıların sigara kullanım durumları ile erişkin aşı yaptırmaları durumlarının ilişkisi incelendiğinde erişkin dönemde aşı yaptırmaları oranları hiç sigara kullanmayanlar arasında % 40,9, sigarayı bırakmış olanlar arasında %67,9, aktif sigara içiciler arasında ise %47, 6 idi ve aşı yaptırmaları davranışının gruplar arası dağılımda istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($X^2=18,672$; $p<0,001$)

Katılımcıların alkol kullanım durumları ile erişkin aşı yaptırmaları durumlarının ilişkisi incelendiğinde erişkin dönemde aşı yaptırmaları oranları alkol kullanmayanlar arasında %44,4, sosyal ortamlarda alkol kullananlar arasında %52,7, düzenli alkol kullananlar arasında ise %49,1 idi ve aşı yaptırmaları davranışında gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,817$; $p=0,245$)

Sosyal medya kullananlar ve kullanmayanların erişkin aşı yaptırmaları durumları eşitti ve her iki grupta %47,4 idi. ($X^2=0,0$; $p=1,0$)

Erişkin aşı yaptırmaları durumları kronik hastalığı olanlarda %33,8, olmayanlarda %19,1 idi ve aralarında anlamlı fark vardı. ($X^2=14,085$; $p<0,001$)

Katılımcıların var olan hastalık türü ile aşı yaptırmaları arasındaki ilişki Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14 Katılımcıların kronik hastalıkları ile aşı yaptırma durumları arasındaki ilişki			
Kronik hastalık türü	Erişkin aşılarını yaptırma oranı		İstatistiksel değerler
	Aşı yaptıranlar	Aşı yaptırmayanlar	
Kalp-damar hastalığı	%62,9	%31,7	$X^2=6,823$; $p=0,009$
Solunum sistemi hastalığı	%57,1	%42,9	$X^2=0,835$; $p=0,361$
Diyabetes mellitus	%57,1	%42,9	$X^2=1,129$; $p=0,288$
Böbrek hastalığı	%50,0	%50,0	$X^2=0,005$; $p=0,941$
Karaciğer hastalığı	%0,0	%100,0	$X^2=3,634$; $p=0,126$
Bağ doku hastalığı	%33,3	%66,7	$X^2=1,831$; $p=0,176$
Dermatolojik hastalık	%11,1	%88,9	$X^2=6,327$; $p=0,012$

Düzenli ilaç kullanan katılımcılarda erişkin aşılarını yaptıranların oranı % 64,5, yaptırmayanların oranı ise 35,5 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($X^2=18,640$; $p<0,001$)

Erişkin aşısı yaptırma durumları son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü olanlarda %13,1, olmayanlarda %5,7 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($X^2=8,121$; $p=0,004$)

Erişkin aşısı yaptıranların ortalama çocuk sayısı $1,0\pm 1,0$ [0-4], çocuğu olmayanların ise $0,7\pm 1,0$ [0-4] idi. Erişkin aşısı yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasından çocuk sayısı açısından anlamlı fark vardı. ($U=25352,5$; $p<0,001$) Çocuk sayısı ile erişkin aşılarını yaptırma durumu anlamlı pozitif korele idi. ($\tau_b=0,164$; $p<0,001$)

Daha önce aşı yan etkisi gelişenlerde erişkin dönem aşılarını yaptıranların oranı %65,2, yaptırmayanların oranı ise %34,8 idi, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($X^2=3,070$; $p=0,080$)

Erişkin aşı yaptırma durumu ile “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?” sorusuna verilen cevapların ilişkisi Tablo 4.15’te verilmiştir.

Tablo 4.15 “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların erişkin aşı yaptırma oranları ile ilişkisi			
	<i>Erişkin aşı yaptırma oranları</i>		<i>İstatiksel değerler</i>
	<i>Yaptırım</i>	<i>Yaptırmam</i>	
Aile hekimi	%45,2	%52,2	$X^2=2,156$; $p=0,142$
Uzman hekim	%49,1	%44,0	$X^2=1,140$; $p=0,286$
Hemşire	%55,7	%46,2	$X^2=1,937$; $p=0,164$
Eczacı	%58,8	%47	$X^2=0,921$; $p=0,337$
Eş-dost	%47,1	%47,4	$X^2=0,001$; $p=0,997$
Aşılarımı kendim takip eder, yaptırım.	%69,1	%43,2	$X^2=18,316$; $p<0,001$

4.2.2. Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme oranları yaş ortalaması $30,7 \pm 5,5$ [20-40], kabul edenlerin ise $33,1 \pm 8,7$ [19-69] idi, aralarında anlamlı fark vardı. ($U=8048,0$; $p=0,038$) Aşı reddetme durumu ile yaş arasında negatif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,089$; $p=0,038$)

Kadınların %15,6'sı erkeklerin %17'si daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmemişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,139$; $p=0,709$)

Medeni durum açısından incelendiğinde bekarların %19,3'ü, evlilerin %15,1'i, dulların %4,8'i daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmemişti, gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=3,257$; $p=0,196$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenler ile kabul edenlerin arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı. ($U=7548,5$; $p=0,003$) Eğitim durumu ile erişkin aşı kabulü arasında pozitif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=0,076$; $p=0,050$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenler ile kabul edenlerin arasında gelir durumu açısından anlamlı fark yoktu. ($U=9228,5$; $p=0,450$)

Kırsal bölgede yaşayanların %7,7'si, kentsel bölgede yaşayanların %16,8'i daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmemişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=1,471$; $p=0,281$)

Aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin beraber yaşadıkları birey sayısı ortalama $2,8 \pm 1,0$ [1-4], kabul edenlerin ise $2,9 \pm 1,0$ [1-5] idi ve aralarında anlamlı fark yoktu. ($U=9265,0$; $p=0,594$) Hanedeki birey sayısı ile aşığı reddetme durumu arasında zayıf negatif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b = -0,025$; $p=0,594$)

Çalışanların %13,5'i, çalışmayanların %18,8'i, emeklilerin ise %12,8'i daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmemişti, gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,107$; $p=0,349$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme oranları sağlık çalışanlarında %20,5, sağlık çalışanı olmayanlarda %14,8 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=1,580$; $p=0,209$) Aşığı reddetme oranları hasta başı çalışanlarda %23,8'i, masa başı çalışanlarda %17,4 idi. Aşığı reddetme açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,556$; $p=0,456$)

Aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen sağlık çalışanı katılımcıların ortalama sağlık sektöründe çalışma süreleri $4,6\pm 3,1$ [1-11] yıl, kabul edenlerin ise $7,3\pm 5,0$ [1-30] yıldır ve aralarında anlamlı fark yoktu. ($U=480,5$; $p=0,119$) Aşı önerisini kabul etmeme durumu ile sağlık sektöründe çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu. ($\tau_b = -0,143$; $p=0,119$)

Hiç sigara içmeyenlerin %18,9'u, sigarayı bırakanların %13'ü, aktif sigara içicilerin ise %12,9'una kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmemişti, gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,259$; $p=0,323$)

Alkol kullanmayanların %17,1'i, sosyal ortamlarda alkol tüketenlerin %14,3'ü, düzenli alkol kullananların ise %16,7'si kendisine aşı yapılmasını reddetmişti, bu gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,445$; $p=0,801$)

Sosyal medya kullananların % 13,7'si, kullanmayanların ise %17,0'si kendisine aşı yapılmasını kabul etmemişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,601$; $p=0,438$)

Aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin çocuk sayısı ortalama $0,7\pm 0,8$ [0-2], kabul edenlerin ise $0,8\pm 0,8$ [0-2] idi ve aralarında anlamlı fark vardı. ($U=8059,0$; $p=0,027$) Çocuk sayısı ile aşı yaptırmayı kabul etmeme arasında negatif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,107$; $p=0,027$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme durumu kronik hastalığı olanlarda %14,6, kronik hastalığı olmayanlarda %16,7 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,259$; $p=0,611$)

Katılımcıların var olan hastalık türü ile kendilerine aşı yaptırmayı reddetme durumları arasındaki ilişki Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16 Katılımcıların kronik hastalıkları ile kendilerine aşı yaptırmayı reddetme durumları arasındaki ilişki			
Kronik hastalık türü	Erişkin aşısını reddetme oranı		İstatistiksel değerler
	Kronik hastalık var	Kronik hastalık yok	
Kalp-damar hastalığı	%10,4	%17,0	$X^2=1,330$; $p=0,249$
Solunum sistemi hastalığı	%29,4	%15,5	$X^2=2,318$; $p=0,128$
Diyabetes mellitus	%7,1	%12,5	$X^2=1,384$; $p=0,500$
Böbrek hastalığı	%0,0	%16,2	$X^2=0,193$; $p=1,0$
Karaciğer hastalığı	%33,3	%16,0	$X^2=0,661$; $p=0,441$
Bağ doku hastalığı	%0,0	%16,5	$X^2=1,774$; $p=0,365$
Dermatolojik hastalık	%12,5	%16,2	$X^2=0,080$; $p=1,0$

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme oranları düzenli ilaç kullananlarda %11,5, kullanmayanlarda %17,7 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,082$; $p=0,149$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme oranları son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü olanlarda %21,2, olmayanlarda %15,7 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,688$; $p=0,407$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin %20'si çocuğuna aşı takviminde olmayan bir aşı yaptırmıştı, %80'i ise ekstra aşı yaptırmamıştı, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=1,670$; $p=0,434$)

Daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme oranları aşı yan etkisi öyküsü olanlarda %27,3, olmayanlarda %15,4 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,140$; $p=0,143$) Bununla birlikte aşığı reddetme durumu

ile aşı nedenli yan etki ile karşılaşma durumu arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=0,399$; $p<0,001$)

“Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; aşı yapılmasını reddedenlerin %13,5 ‘i aile hekimi önerisi ile aşı yaptırırım seçeneğini işaretlemiş, %21,3’ü bu seçeneği işaretlememişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($X^2=3,708$; $p=0,054$); aşı yapılmasını reddedenlerin %18,4’ü uzman hekim önerisi ile aşı yaptırırım seçeneğini işaretlemiş, %11,7’si bu seçeneği işaretlememişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($X^2=2,792$; $p=0,128$); %10,6’sı hemşire önerisi ile aşı yaptırırım seçeneğini işaretlemiş, %16,9’u bu seçeneği işaretlememişti, iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($X^2=1,119$; $p=0,273$); %25,0’i eş-dost önerisi ile aşı yaptırırım seçeneğini işaretlemiş, 15,8’i bu seçeneği işaretlememişti ($X^2=0,719$; $p=0,420$); %13,0’ü aşılarımı kendim takip eder yaptırırım seçeneğini işaretlemiş, %16,8’i ise bu seçeneği işaretlememişti, aralarında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,597$; $p=0,440$)

4.2.3. Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları kadınlarda %16,1, erkeklerde %13,2 idi. İki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,388$; $p=0,533$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların yaş ortalaması $36,2\pm 8,4$ [26-55], yaptırmayanların ise $36,8\pm 8,5$ [26-69], iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=3205,0$; $p=0,097$). Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile katılımcıların yaşları arasında negatif ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,088$; $p=0,097$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları evlilerde %16,3, dullarda %4,8 idi, aralarında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,714$; $p=0,257$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların çocuk sayılarının ortalaması $1,2\pm 0,4$ [1-2], yaptırmayanların ise $1,5\pm 0,5$ [1-2], iki grup arasında anlamlı fark mevcuttu. ($U=3026,5$; $p=0,021$). Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile katılımcıların çocuk sayıları arasında negatif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,141$; $p=0,021$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranı kırsal bölgede yaşayanlarda %4,5, kentte yaşayanlarda %16,1 aralarında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,083$; $p=0,215$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların beraber yaşadıkları birey sayısı $3,1\pm 0,7$ [2-4], yaptırmayanların ise $3,3\pm 0,6$ [2-4] idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=3565,5$; $p=0,426$). Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile katılımcıların beraber yaşadıkları birey sayısı arasında pozitif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,047$; $p=0,426$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı fark vardı.($U=2688,0$; $p=0,003$). Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile katılımcıların eğitim durumu arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardı. ($\tau_b=-0,171$; $p=0,003$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların gelir durumları arasında anlamlı fark yoktu.($X^2=3,438$; $p=0,265$).Çocuğuna ekstra aşı yaptırma oranı iyi gelir düzeyi olanlarda %18,9, orta gelir düzeyinde %81,1 idi ve gelir düzeyi kötü olanlar içinde çocuğuna ekstra aşı yaptıran yoktu. Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumu ile katılımcıların gelir durumu arasında negatif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,069$; $p=0,265$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıranların oranı çalışanlarda %12,7, çalışmayanlarda %15,2, emeklilerde %17,4 idi, gruplar arasında anlamlı fark yoktu.($X^2=0,431$; $p=0,806$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları sağlık çalışanlarında %30,9, sağlık çalışanı olmayanlarda %10,5 idi, iki grup arasında anlamlı fark vardı ve çocuklarına ekstra aşı yaptırma oranı sağlık çalışanlarında daha yüksekti.($X^2=13,959$; $p<0,001$) Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranı hasta başı çalışanlarda %40,0, masabaşı çalışanlarda %25,7 idi. Çocuğuna ekstra aşı yaptırma açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=1,216$; $p=0,270$)

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların sağlık sektöründe ortalama çalışma yılı aşı yaptıranlarda $11,2\pm 9,9$ [3-35] iken, yaptırmayanlarda $8\pm 7,3$ [1-30], iki grup arasında anlamlı fark yoktu.($U=247,5$; $p=0,168$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları hiç sigara içmeyenlerde %11,7, sigaryı bırakanlarda %18,3, aktif sigara içenlerde %17,3 idi. Bu gruplar arasında anlamlı fark yoktu.($X^2=1,780$; $p=0,411$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırmaya oranı alkol kullanmayanlarda %10,8, alkol kullananlarda %22,7 idi, iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($X^2=6,335$; $p=0,012$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırmaya oranları sosyal medya kullananlarda %19,3, sosyal medya kullanmayanlarda %7,1 idi, iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($X^2=6,475$; $p=0,011$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptıran katılımcıların "Aşı yaptırmaya kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı ve p değerleri Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17 "Aşı yaptırmaya kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?" sorusuna verilen cevapların çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırmaya durumu ile ilişkisi			
	<i>Çocuğuna ek aşı yaptıranlar</i>	<i>Çocuğuna ek aşı yaptırmayanlar</i>	<i>İstatistiksel değerler</i>
Aile hekimi	%13,0	%19,5	$X^2=1,729$; $p=0,189$
Uzman hekim	% 17,7	%9,8	$X^2=2,688$; $p=0,101$
Hemşire	%17,6	%14,6	$X^2=0,210$; $p=0,647$
Eczacı	%0,0	%15,5	$X^2=1,276$; $p=0,259$
Eş-dost	%20,0	%14,9	$X^2=0,098$; $p=0,561$
Aşılarımı kendim takip eder, yaptırım.	%21,1	%13,9	$X^2=1,271$; $p=0,260$

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırmaya oranı kronik hastalığı olanlarda %16,8, olmayanlarda %13,9'du, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,393$; $p=0,531$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü olanlarda %17,9, olmayanlarda %14,7 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,196$; $p=0,585$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları düzenli ilaç kullanımı olanlarda %16,7, olmayanlarda %14,1 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,294$; $p=0,588$).

Katılımcıların var olan kronik hastalıklarının türü ile çocuklarına rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumları arasındaki ilişki Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18 Katılımcıların kronik hastalıkları ile çocuklarına rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma durumları arasındaki ilişki			
Kronik hastalık türü	Çocuğuna rutin aşı takvimindeki aşılarla ek aşı yaptırma oranı		İstatistiksel değerler
	Hastalık var	Hastalık yok	
Kalp-damar hastalığı	%20,8	%13,5	$X^2=1,726$; $p=0,189$
Solunum sistemi hastalığı	%7,7	%15,5	$X^2=0,580$; $p=0,698$
Diyabetes mellitus	%16,4	%14,9	$X^2=0,055$; $p=0,815$
Bağ doku hastalığı	%12,5	%15,1	$X^2=0,042$; $p=0,838$
Dermatolojik hastalık	%14,3	%15,1	$X^2=0,003$; $p=1,0$

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları aşı yan etkisi olanlarda %10,0, olmayanlarda %15,3'dü, iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($X^2=0,207$; $p=0,649$).

Çocuğuna rutin aşı takvimine ek en az bir ekstra aşı yaptırma oranları erişkin aşısı yaptıranlarda %4,7, yaptırmayanlarda %22,9'du. İki grup arasında anlamlı fark vardı. ($X^2=15,535$; $p<0,001$)

4.2.4. Çocuğuna aşı yapılmasını reddetme durumu

Çocuğuna aşı yapılmasını reddetme oranı kadınlarda %7,7, erkeklerde %7,7 idi. İki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,000$; $p=0,989$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların yaş ortalaması $36,0\pm 6,7$ [26-40], kabul edenlerin ise $36,7\pm 8,6$ [26-69] iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=1717,5$; $p=0,140$). Çocuğuna aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme durumu ile katılımcıların yaşları arasında negatif korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,078$; $p=0,140$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranları evlilerde %8,1, dıllarda %4,8 idi, aralarında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,648$; $p=0,723$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların çocuk sayılarının ortalaması $1,5\pm 0,6$ [1-2], yaptırmayanların ise $1,4\pm 0,5$ [1-2], iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=2144,5$; $p=0,965$). Çocuğuna aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeme durumu ile katılımcıların yaşları arasında negatif korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,003$; $p=0,965$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların tamamı kentsel bölgede yaşıyordu, kır veya kentte yaşamak istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmuyordu. ($X^2=2,022$; $p=0,233$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların beraber yaşadıkları birey sayısı $3,5\pm 0,6$ [3-4], kabul edenlerin ise $3,2\pm 0,6$ [2-4], iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=1792,5$; $p=0,198$). Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile katılımcıların beraber yaşadıkları birey sayısı arasında pozitif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,076$; $p=0,198$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcılarla kabul edenler arasında eğitim durumları açısından anlamlı fark yoktu. ($U=1682,0$; $p=0,104$). Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile katılımcıların eğitim durumu arasında pozitif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,092$; $p=0,104$)

Çocuğuna aşı yapılmasını reddetme oranı gelir düzeyi iyi olanlarda %37,5, orta olanlarda %37,5, kötü olanlarda %25,0 idi. Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcılarla kabul edenler arasında gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($X^2=5,551$; $p=0,062$). Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile katılımcıların gelir durumu arasında negatif korelasyon vardı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=-0,008$; $p=0,901$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı çalışmayanlarda %5,5, çalışanlarda %9,7, emeklilerde %4,3 idi, gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=1,892$; $p=0,388$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı sağlık çalışanlarında %7,3, sağlık çalışanı olmayanlarda %7,9 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,020$; $p=0,887$) Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden sağlık çalışanlarının %8,6'sı hasta ile doğrudan temas halinde çalışırken, %5,0'i masabaşı çalışıyordu. Aşığı reddetme açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,241$; $p=0,624$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden sağlık çalışanı katılımcıların ortalama çalışma yılı $8,2\pm 6,2$ [2-15] iken, kabul edenlerin $9,1\pm 7,38,4$ [1-35] idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($U=98,0$; $p=0,896$). Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile sağlık sektöründe çalışma süresi arasında pozitif korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($\tau_b=0,15$; $p=0,896$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı hiç sigara içmeyenlerde %10,8, sigarayı bırakanlarda %5,0, aktif sigara içenlerde ise %5,3 idi. Bu gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,710$; $p=0,213$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı hiç alkol almayanlarda %8,2, alkol alanlarda %6,8 idi. İki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,158$; $p=0,691$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı sosyal medya kullananlarda %5,9, kullanmayanlarda %8,7 olup iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,618$; $p=0,432$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı ve p değerleri Tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19 “Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen cevapların çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme durumu ile ilişkisi			
	<i>Aşığı reddenler</i>	<i>Aşığı reddetmeyenler</i>	<i>İstatistiksel değerler</i>
Aile hekimi	%5,3	%13,0	$X^2=4,357$; p=0,037
Uzman hekim	% 9,8	%3,7	$X^2=2,852$; p=0,091
Hemşire	%5,9	%8,0	$X^2=0,188$; p=0,655
Eczacı	%0,0	%7,9	$X^2=0,603$; p=1,0
Eş-dost	%0,0	%7,9	$X^2=0,427$; p=1,0
Aşılarımı kendim takip eder, yaptırım.	%5,3	%8,2	$X^2=0,382$; p=0,746

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı kronik hastalarda %7,4, olmayanlarda %7,9 olup iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,027$; $p=1,0$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddetme oranı son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü %10,7, olmayanlarda %7,3 idi, iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,397$; $p=0,462$).

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların oranı düzenli ilaç kullananlarda %7,8, kullanmayanlarda %7,7 olup iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,001$; $p=0,981$).

Katılımcıların var olan kronik hastalıklarının türü ile çocuklarına aşı yapılması önerisini reddetme durumları arasındaki ilişki Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20 Katılımcıların kronik hastalıkları ile çocuklarına aşı yapılması önerisini reddetme durumları arasındaki ilişki			
Kronik hastalık türü	Aşı yapılması önerisini reddetme oranı		İstatistiksel değerler
	Hastalık var	Hastalık yok	
Kalp-damar hastalığı	%5,7	%8,3	$X^2=0,403$; $p=0,772$
Solunum sistemi hastalığı	%7,7	%7,7	$X^2=0,0$; $p=1,0$
Diyabetes mellitus	%0,0	%100	$X^2=2,226$; $p=0,230$
Bağ doku hastalığı	%12,5	%7,6	$X^2=0,265$; $p=0,479$
Dermatolojik hastalık	%14,3	%7,5	$X^2=0,435$; $p=0,509$

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların oranı çocuğunda aşı yan etki öyküsü olanlarda %21,1, olmayanlarda %78,9 olup iki grup arasında anlamlı fark yoktu. ($X^2=2,675$; $p=0,112$)

Çocuğuna aşı yapılması önerisini reddeden katılımcıların oranı erişkin aşısını yaptıranlarda %7,1, yaptırmayanlarda %8,5 idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($X^2=0,154$; $p=0,695$)

Çocuğuna aşı yapılmasını reddeden katılımcıların %26,3'ü kendisine aşı yaptırılmasının hiç önerilmediğini, %26,3'ü kendine aşı yaptırması önerildiğinde kabul ettiğini, %47,4'ü ise kendine aşı yapılması önerildiğinde reddettiğini

belirtmişti. Bu gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($X^2=33,812$; $p<0,001$)



4.2.5. Aşı ile ilgili tutum sorularının analizi

Katılımcıların aşılama hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4.21 Katılımcıların aşılama hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevaplar						
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ortalama ±SD
Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlar.	1 (%0,2)	8(%1,6)	20 (%4,0)	225 (%45,0)	244 (%49,0)	1,4±0,7
Aşılar bulaşıcı hastalıkların salgınlara dönüşmesini engeller.	1(%0,2)	6(%1,2)	32 (%6,4)	223 (%44,6)	236 (%47,4)	1,4±0,7
Aşılar yetişkinler için uygun değildir, sadece çocuklara uygulanır.	177 (%35,5)	193 (%38,8)	62 (%12,4)	43 (%8,6)	23 (%4,6)	- 0,9±1,1
Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü/ölümcül olmadığı için aşılama gereksizdir.	196 (%39,4)	193 (%38,8)	57 (%11,4)	31 (%6,2)	21 (%4,2)	- 1,0±1,1
Aşıların içinde toksik maddeler var.	36 (%7,2)	63 (%12,7)	282 (%56,6)	89 (%17,9)	28 (%5,6)	0,0±0,1
Aşılar para tuzağıdır.	163 (%32,7)	196 (%39,4)	88 (%17,2)	36 (%7,2)	15 (%3,0)	- 0,9±1,0
Aşılar kronik/ otoimmün hastalıklara neden olur.	73 (%14,7)	174 (%34,9)	203 (%40,8)	33 (%6,6)	15 (%3,0)	- 0,5±0,9
Aşıların yan etkilerinden korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	153 (%30,7)	222 (%44,6)	40 (%8,0)	59 (%11,8)	24 (%4,8)	- 0,8±1,1
Çocukların aşılama gereklidir.	9 (%1,8)	12 (%2,4)	13 (%2,6)	187 (%37,6)	277 (%55,6)	- 0,6±1,0
Çocuğuma aşılarını zorunlu olmasaydı yaptırmazdım.	164 (%32,9)	196 (%39,4)	76 (%15,2)	37 (%7,4)	25 (%5,0)	- 0,5±1,1
Çocukluk çağı aşıları otizme neden olur.	110 (%22,1)	126 (%25,3)	229 (%46,0)	19 (%3,8)	14 (%2,8)	0,7±1,0

Tablo 4.21 Katılımcıların aşılama hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevaplar						
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ortalama \pm SD
Çocukken aşılarım yapıldığı için yetişkinlikte aşılammama gerek yok.	93 (%18,7)	180 (%36,1)	134 (%26,9)	74 (%14,9)	17 (%3,4)	0,8 \pm 1,0
Yetişkinlere uygulanmak üzere geliştirilmiş aşılar mevcuttur.	12 (%2,4)	32 (%6,4)	157 (%31,5)	193 (%38,8)	104 (%20,9)	0,7 \pm 1,1
Yetişkinler bazı özel hastalıklar veya riskler varsa aşılanır	14 (%2,8)	39 (%7,8)	100 (%20,1)	226 (%45,4)	119 (%23,9)	- 1,1 \pm 1,0
Yetişkin dönem aşıları zorunlu olsaydı yaptırırdım.	22 (%4,4)	54 (%10,8)	91 (%18,3)	194 (%39,0)	137 (%27,5)	- 1,1 \pm 1,0
Herkes çocuğunu aşılatıyor, çocuğum bulaşıcı hastalıklar açısından tehlikede değil bu nedenle çocuğumu aşılatmasam da olur.	186 (%37,3)	219 (%44,0)	52 (%10,4)	21 (%4,2)	20 (%4,0)	- 1,0 \pm 1,0
Aşı uygulanırken çocuğum ağladığı/ acı çektiği için çocuğuma aşı yaptırmak istemezdim.	196 (%39,4)	214 (%43,0)	44 (%8,8)	27 (%5,4)	17 (%3,4)	- 1,1 \pm 1,0
Çocukluk çağı aşılarının bir kısmının gereksiz olduğunu düşünüyorum.	167 (%33,5)	209 (%42,0)	74 (%14,9)	36 (%7,2)	12 (%2,4)	- 1,0 \pm 1,0
Bulaşıcı hastalıkların az görüldüğü bir bölgede yaşıyorum, bu nedenle aşıların hepsini yaptırmak istemiyorum.	181 (%36,3)	223 (%44,8)	46 (%9,2)	33 (%6,6)	15 (%3,0)	- 1,1 \pm 1,0
Aşıların bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellediğini bildiğimden aşılarımı yaptırıyorum.	15 (%3,0)	15 (%3,0)	39 (%7,8)	228 (%45,8)	201 (%40,4)	1,2 \pm 0,9
Yetişkinlerin düzenli olarak aşılama gerekir.	23 (%4,6)	72 (%14,5)	204 (%41,0)	127 (%25,5)	72 (%14,5)	0,3 \pm 1,0
Geleneksel yöntemler (bitki çayı vs), vitamin ve mineral destekleri beni bulaşıcı hastalıklardan korur.	96 (%19,3)	157 (%31,5)	104 (%20,9)	113 (%22,7)	28 (%5,6)	- 0,4 \pm 1,2
Aşı ve aşı uygulaması benim inancım ile uyuşmadığı için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	258 (%51,8)	188 (%37,8)	24 (%4,8)	17 (%3,4)	11 (%2,2)	- 1,3 \pm 0,9
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlıştır.	271 (%54,4)	168 (%37,8)	20 (%4,8)	22 (%4,4)	17 (%3,4)	- 1,3 \pm 1,0

Tablo 4.21 Katılımcıların aşılama hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevaplar						
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ortalama \pmSD
TV, radyo, gazetelerde aşılardan zararlı olduğunu duyduğumdan aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	211 (%42,4)	184 (%36,9)	47 (%9,4)	33 (%6,6)	23 (%4,6)	- 1,1 \pm 1,1
Aşıların otoimmün/kronik hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden aşı olmaktan kaçınıyorum.	163 (%32,7)	195 (%39,2)	103 (%20,7)	21 (%4,2)	16 (%3,2)	- 0,9 \pm 1,0
Aşı sırasında uygulanan iğneden/acıdan korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	234 (%47,0)	200 (%40,2)	23 (%4,6)	24 (%4,8)	17 (%3,4)	- 1,2 \pm 1,0
Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanmaktansa bu hastalıkları geçirip doğal bağışıklık kazanmayı tercih ederim.	173 (%34,7)	182 (%36,5)	65 (%13,1)	53 (%10,6)	25 (%5,0)	- 0,9 \pm 1,2
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşünüyorum.	110 (%22,1)	227 (%45,4)	83 (%16,7)	56 (%11,2)	22 (%4,4)	- 0,7 \pm 1,1
Sağlık çalışanları ve hekimimden aşılarda yeterince bilgi alabilseydim aşı yaptırmaktan çekinmezdim.	63 (%12,7)	112 (22,5)	83 (%16,7)	175 (%35,1)	65 (%13,1)	0,1 \pm 1,3
Aşı yaptıracığım sağlık merkezi daha yakın olsaydı aşılarımı yaptırırdım.	113 (%22,7)	189 (%38,0)	65 (%13,1)	100 (%20,1)	31 (%6,2)	- 0,5 \pm 1,2
Sağlık çalışanları ve hekimlerle daha iyi iletişim kurabilseydim aşı yaptırmaktan çekinmezdim.	95 (%19,1)	146 (%29,3)	63 (%12,7)	147 (%29,5)	47 (%9,4)	- 0,2 \pm 1,3
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	178 (35,7)	226 (%45,4)	45 (%9,0)	37 (%7,4)	12 (%2,4)	- 1,1 \pm 1,0
İlaç sanayisine güvenmediğimden aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	118 (%23,7)	188 (%37,8)	99 (%19,9)	53 (%10,6)	40 (%8,0)	- 0,6 \pm 1,2

Anket sorularına verilen cevaplar sayı ve yüzde olarak tabloda verilmiştir. (n=498) SD: Standart sapma

4.2.6. Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeği ile ilişkili analizler

Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği alt faktörlerinin ve ölçeğin toplam puanı hesaplandı. Faktör 1 ortalama puanı $13,0 \pm 1,7$ [7-15], faktör 2 ortalama puanı $13,5 \pm 4,5$ [6-30], faktör 3 ortalama puanı $14,9 \pm 6,0$ [8-40], ölçek ortalaması $15,5 \pm 10,3$ [-1-55] idi.

Yaş ile ölçek toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardı. ($r=0,168$ $p<0,001$) Ailedeki birey sayısı ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,048$ $p=0,281$) Çocuk sayısı ile ölçek toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardı. ($r=0,225$ $p<0,001$) Sağlık sektöründe çalışılan süre ile ölçek toplam puanı arasında korelasyon yoktu. ($r=-0,085$ $p=0,408$)

Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği ve alt faktörleri ile sürekli değişkenler arasında yapılan korelasyon analizi sonucu elde edilen korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri tablo 4.22'de verilmiştir.

Değişkenler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Ölçek
Yaş (n=498)	$r=-0,101$ $p=0,24$	$r=0,182$ $p<0,001$	$r=0,122$ $p=0,007$	$r=0,168$ $p<0,001$
Ailedeki birey sayısı (n=498)	$r=0,068$ $p=0,129$	$r=-0,012$ $p=0,790$	$r=-0,055$ $p=0,223$	$r=-0,048$ $p=0,281$
Çocuk sayısı (n=498)	$r=-0,122$ $p=0,006$	$r=0,235$ $p<0,001$	$r=0,174$ $p<0,001$	$r=0,225$ $p<0,001$
Sağlık sektöründe çalışılan süre (n=97)	$r=-0,012$ $p=0,908$	$r=-0,025$ $p=0,805$	$r=-0,132$ $p=0,197$	$r=-0,085$ $p=0,408$

Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği toplam puanı sağlık çalışanı olanlarda $15,9 \pm 10,2$ [-1-55], sağlık çalışanı olmayanlarda $13,8 \pm 10,5$ [-1-47] idi, ölçek puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($U=16944,0$, $p=0,49$)

Ölçek toplam puanı sosyal medya kullananlarda $14,9 \pm 10,7$ [-1-55], kullanmayanlarda $16,9 \pm 8,8$ [-1-45] idi, ölçek puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($U=20623,0$, $p=0,007$)

Ölçek toplam puanı kronik hastalığı olanlarda $17,5 \pm 9,5$ [-1-50], kronik hastalığı olmayanlarda $14,5 \pm 6,0$ [8-40] idi, ölçek puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($U=19246,5, p=0,001$)

Ölçek toplam puanı yetişkin aşılarını yaptıranlarda $13,8 \pm 8,9$ [-1-52], yaptırmayanlarda $16,9 \pm 11,2$ [-1-55] idi, ölçek puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($U=26377,5 p=0,005$)

Ölçek toplam puanı çocuğuna aşı yapılmasını reddedenlerde $22,6 \pm 11,1$ [2-41], kabul edenlerde $17,4 \pm 9,9$ [-1-55] idi, ölçek puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardı. ($U=1520,5, p=0,033$)

“Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen yanıtlar ile AKD Ölçeği toplam puanı ve alt faktör puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için nonparametrik Mann-Whitney U testi uygulandı. Değişkenler arasındaki istatistiksel ilişki tablo 4.24’te verilmiştir.

Aşılarımı kendim takip eder yaptırırım diyenlerin ölçek puanı ortalama değeri 10, bu seçeneği işaretlemeyenlerin ortalama değeri ise 16 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($U=10760,0, p<0,001$)

U katsayı ve anlamlılık düzeyleri ile değişkenlere göre ortalama puanlar tablo 4.23’te verilmiştir.

Tablo 4.23 Ölçek puanı ile ikili değişkenler arasındaki ilişki					
Değişkenler		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	AKD Ölçeği
Cinsiyet	Kadın n=299	12,9±1,7	13,2±4,1	14,7±5,7	15,0±9,8
	Erkek n=199	13,1±1,7	14,0±5,1	15,2±6,4	16,1±10,9
		U=28273,0 p=0,335	U=27870,0 p=0,231	U=29114,0 p=0,648	U=28501,0 p=0,427
Yaşadığı yer	Kır n=37	12,8±1,7	14,3±5,1	15,9±6,4	17,4±11,1
	Kent n=461	13,0±1,7	13,4±4,5	14,8±5,9	15,3±10,1
		U=8071,5 p=0,577	U=7665,0 p=0,304	U=7435,5 p=0,192	U=7513,5 p=0,228
Sağlık çalışanı n=97		13,0±1,9	12,3±4,0	14,5±6,2	15,9±10,2
Sağlık çalışanı olmayan n=401		12,9±1,7	13,8±4,6	15,0±5,9	13,8±10,5
		U=18362,0 p=0,380	U=16005,0 p=0,007	U=18093,0 p=0,284	U=16944,0 p=0,49
Sosyal medya kullanıcısı olan n=363		13,1±1,6	13,3±4,8	14,7±6,2	14,9±10,7
Sosyal medya kullanıcısı olmayan n=135		12,5±1,9	13,9±3,8	15,5±5,3	16,9±8,8
		U=19787,5 p=0,001	U=21343,0 p=0,026	U=21415,5 p=0,030	U=20623,0 p=0,007
Kronik hastalığı olan n=130		12,8±1,6	14,3±4,1	16,0±5,6	17,5±9,5
Kronik hastalığı olmayan n=368		13,0±1,7	13,2±4,6	14,5 ±6,0	14,7 ±10,5
		U=21495,5 p=0,078	U=19560,0 p=0,002	U=19677,5 p=0,003	U=19246,5 p=0,001
Düzenli ilaç kullanımı	Var n=121	13,0±1,7	14,1±4,1	15,9±5,8	17,3±9,6
	Yok n=377	12,7±1,7	13,3±4,6	14,6±6,1	14,9±10,4
		U=20391,0 p=0,072	U=19759,0 p=0,026	U=19038,0 p=0,006	U=18974,5 p=0,005

Tablo 4.23. Ölçek puanı ile ikili değişkenler arasındaki ilişki.					
Değişkenler		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	AKD Ölçeği
Son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü	Var n=46	12,8±1,8	14,2±3,9	16,1±5,1	17,5±8,6
	Yok n=452	13,0±1,7	13,4±4,6	14,8±6,1	15,3±10,4
		<i>U=9964,0</i> <i>p=0,633</i>	<i>U=9075,5</i> <i>p=0,154</i>	<i>U=8490,0</i> <i>p=0,039</i>	<i>U=8446,5</i> <i>p=0,036</i>
Yetişkin aşını yaptırma durumu	Evet n=236	13,1±1,7	13,0±4,1	14,0±5,2	13,8±8,9
	Hayır n=262	12,8±1,7	14,0±4,9	15,8±6,5	16,9±11,2
		<i>U=27675,0</i> <i>p=0,038</i>	<i>U=27455,0</i> <i>p=0,030</i>	<i>U=26286,0</i> <i>p=0,004</i>	<i>U=26377,5</i> <i>p=0,005</i>
Aşı yan etkisi öyküsü	Var n=23	13,7±1,2	13,7±4,0	13,9±4,6	13,9±8,1
	Yok n=475	12,9±1,7	13,5±4,6	15,0±6,0	15,5±10,3
		<i>U=4025,0</i> <i>p=0,029</i>	<i>U=5157,5</i> <i>p=0,650</i>	<i>U=5145,5</i> <i>p=0,637</i>	<i>U=5065,0</i> <i>p=0,555</i>
Çocuğuna aşı takvimine ek aşı yaptırma	Var n=37	13,2±1,6	12,9±3,6	14,2±5,2	13,9±8,6
	Yok n=209	12,6±1,8	14,9±4,5	16,2±6,2	18,5±10,2
		<i>U=3160,5</i> <i>p=0,070</i>	<i>U=2889,5</i> <i>p=0,014</i>	<i>U=3091,0</i> <i>p=0,051</i>	<i>U=2830,0</i> <i>p=0,009</i>
Çocuğuna aşı yapılmasını reddetme	Reddeden n=19	11,7±2,3	16,3±5,8	18,0±6,0	22,6±11,1
	Reddetmeyen n=227	12,8±1,7	14,4±4,3	15,7±6,1	17,4±9,9
		<i>U=1566,0</i> <i>p=0,042</i>	<i>U=1708,0</i> <i>p=0,131</i>	<i>U=1611,5</i> <i>p=0,066</i>	<i>U=1520,5</i> <i>p=0,033</i>

Tablo 4.24 “Aşı yaptırmaya kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız ?” sorusuna verilen yanıtlar ile AKD ölçek puanı ilişkisi				
	<i>Faktör 1</i>	<i>Faktör 2</i>	<i>Faktör 3</i>	<i>AKD Ölçeği</i>
Aile hekimi önerisi ile aşı yaptıırım n=340	<i>Md=13,0</i> <i>U=23951,5</i> <i>p=0,046</i>	<i>Md=13,0</i> <i>U=25345,5</i> <i>p=0,310</i>	<i>Md=14,0</i> <i>U=25362,0</i> <i>p=0,314</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=24910,0</i> <i>p=0,192</i>
Uzman hekim önerisi ile aşı yaptıırım n=332	<i>Md=13,0</i> <i>U=24317,5</i> <i>p=0,028</i>	<i>Md=13,0</i> <i>U=23342,5</i> <i>p=0,005</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=26054,0</i> <i>p=0,319</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=25196,5</i> <i>p=0,119</i>
Hemşire önerisi ile aşı yaptıırım n=61	<i>Md=13,0</i> <i>U=12352,5</i> <i>p=0,341</i>	<i>Md=12,0</i> <i>U=12052,0</i> <i>p=0,224</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=14955,0</i> <i>p=0,801</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=14396,5</i> <i>p=0,376</i>
Eczacı önerisi ile aşı yaptıırım n=17	<i>Md=14,0</i> <i>U=4035,0</i> <i>p=0,925</i>	<i>Md=12,0</i> <i>U=3921,0</i> <i>p=0,773</i>	<i>Md=14,0</i> <i>U=4027,5</i> <i>p=0,916</i>	<i>Md=13,0</i> <i>U=4088,0</i> <i>p=0,999</i>
Eş-dost önerisi ile aşılarıımı yaptıırım n=17	<i>Md=13,0</i> <i>U=4001,5</i> <i>p=0,878</i>	<i>Md=13,0</i> <i>U=3803,5</i> <i>p=0,624</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=4080,5</i> <i>p=0,989</i>	<i>Md=15,0</i> <i>U=3932,5</i> <i>p=0,789</i>
Aşılarıımı kendim tarif eder yaptıırım	<i>Md=14,0</i> <i>U=11197,0</i> <i>p<0,001</i>	<i>Md=12,0</i> <i>U=12026,0</i> <i>p<0,001</i>	<i>Md=12,0</i> <i>U=11626,0</i> <i>p<0,001</i>	<i>Md=10,0</i> <i>U=10760,0</i> <i>p<0,001</i>
<i>Md: medyan değer</i>				

Medeni durum ile AKD Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi uygulandı. Medeni durum ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardı. Evli ve bekar katılımcılar arasında AKD Ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=80,6$; $p<0,001$) Bekar-dul ve evli-dul gruplarında ölçek puanı açısından anlamlı fark gözlenmedi.

Sigara kullanımı ile AKD Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi uygulandı. Sigara kullanımı ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardı. Aktif sigara içen ve hiç içmemiş olan katılımcılar arasında AKD Ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=36,675$; $p=0,038$) Sigarayı bırakmış-hiç sigara içmemiş ve sigarayı bırakmış-aktif sigara kullanıcısı gruplarında ölçek puanı açısından anlamlı fark gözlenmedi.

Alkol kullanımı ile AKD Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi uygulandı. Alkol kullanımı ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardı. Alkol kullanmayanlar ile sosyal ortamlarda alkol alan katılımcılar arasında AKD Ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=45,866$; $p=0,005$). Alkol kullanmayanlar ile düzenli alkol kullananlar arasında AKD Ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=73,346$; $p=0,001$) Sosyal ortamlarda alkol kullanan- düzenli alkol alan gruplar arasında ölçek puanı açısından anlamlı fark gözlenmedi.

Ölçek toplam puanı ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sayısı, alkol kullanımı, sosyal medya kullanımı, kronik hastalık varlığı, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık çalışanı olma bağımlı değişkenlerini içeren regresyon analizi yapıldı. Belirtilen değişkenlerle yapılan regresyon modeli anlamlı bulundu. ($\chi^2=7169,304$; $p<0,001$) Nihai modelde dört değişken istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet değişkeninin beta değeri 0,121 ($p=0,007$), eğitim durumunun beta değeri 0,222 ($p<0,001$), gelir durumu beta değeri 0,110 ($p=0,011$), alkol kullanım durumu beta değeri -0,152 ($p=0,001$) olarak saptanmıştır. Modele dahil olan değişkenlerin beta değerleri, anlamlılık düzeyleri ve tolerans değerleri tablo 4.25'te sunulmuştur.

Tablo 4.25. Aşı Karşıtı Düşünce Ölçeği regresyon analizi verileri				
	<i>Beta değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Güven aralığı</i>	
			<i>Alt sınır</i>	<i>Üst sınır</i>
Yaş	-0,89	0,185	-0,156	0,030
Cinsiyet	0,121	0,007	0,684	4,375
Eğitim düzeyi	0,222	0,000	2,997	8,660
Yaşadığı yer	0,016	0,378	-2,704	3,991
Gelir durumu	0,110	0,011	0,554	4,178
Çocuk sayısı	0,124	0,045	0,025	2,469
Sağlık çalışanı olma	-0,004	0,929	-2,344	2,142
Alkol kullanımı	-0,152	0,001	-4,995	-1,339
Sosyal medya	0,004	0,926	-1,955	2,149
Kronik hastalık varlığı	0,058	0,238	-0,898	3,608

5. TARTIŞMA

Aşı her yaştaki bireyin birçok enfeksiyon hastalığından korunmasında önemli bir yere sahiptir ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından sağlık sistemi içerisinde çok değerlidir. Aile hekimlerinin temel uygulama alanlarından biri aşılamadır. Biz de çalışmamızda ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin aşı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamız üçüncü basamak hastane içerisinde yer alan polikliniğimize başvuran 18 yaş ve üstü, çocuğu olan ve olmayan bireyleri kapsamaktadır. Çalışma kapsamında ilk kısmında katılımcıların kendilerine erişkin aşısı yaptırma durumları, erişkin aşısı yaptırma davranışını etkileyen faktörler, aşı yaptırmama nedenleri ve bu konudaki tutumlarının; diğer kısmında ise ebeveynlerin çocuklarına rutin çocukluk çağı aşılarını ve özel aşıları yaptırma durumu, çocuğuna aşı yaptırmayan bireylerin aşı yaptırmama nedenleri ve katılımcıların aşı hakkındaki tutumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına bakıldığında %90,2'sinin çocukluk aşıları tam, %8,8'inin eksik uygulanmış, %1'nin uygulanmamıştı. Bal ve arkadaşlarının çalışmasında çocukluk aşılarının tam olduğunu belirten katılımcıların oranı %36,5, eksik olduğunu belirtenlerin oranı ise %17,7 idi.(56)

Çalışmamızda 18 yaşından sonra en az bir kez aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4) idi. En çok yapılan aşılar tetanoz ve influenzaydı. Katılımcıların 97'si (%19,4) tetanoz, 41'i (%8,2) influenza aşısını yaptırmıştı. Aşık ve ark.'nin birinci basamakta yaptıkları bir çalışmada erişkin aşı yaptırma oranı %59 idi ve en çok yapılan aşılar çalışmamızla benzer şekilde tetanoz (%45,7) ve influenzaydı (%29,6).(29) Uzuner ve ark.'nin birinci basamakta 318 katılımcı ile yaptığı çalışmada erişkin dönemde bir veya daha fazla aşı yaptıran katılımcıların oranı %57,9 idi, en çok yapılan aşılar ise tetanoz (%42,1) ve influenza (%24,1) aşıları idi.(57) Bal ve ark.'nin 65 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada erişkin aşısı yaptırma oranı %47,7 olup en çok yapılan aşılar influenza (%34,2) ve

tetanoz(%12,7) idi.(56) Ülkemizde üçüncü basamak bir hastanede 18 yaş üstü katılımcıların difteri, boğmaca, tetanoz seropozitifitesinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %78'inin tetanoz aşısı olması gerektiği belirtilmiştir.(58) Ülkemiz geneline bakıldığında ise erişkin aşılama oranlarının %2'den az olduğu tahmin edilmektedir. (59) Avrupa'da erişkin aşılama oranlarının değerlendirildiği bir metaanalizde yaşlı popülasyonda influenza aşısı ile aşılama oranının %1-77 (median=%44,7) arasında, pnömokok aşılama oranının ise en yüksek Belçika'da %13 oranında uygulandığı saptanmıştır.(60) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise yetişkin influenza ve pnömokok aşısı uygulaması oranları 65 yaş üstünde influenza %66,2, pnömokok %59,9; 18-65 yaş arasında influenza %47,0, pnömokok %21,2 oranındadır.(61) Bizim çalışmamızda ise pnömokok aşısı yaptırdığını belirtenlerin oranı %0,2 idi. Ülkemizdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında polikliniğimize başvuran 18 yaş üzeri bireylerin erişkin aşı yaptırma oranları benzer olsa da diğer ülkelerdeki çalışmalara göre daha düşüktür. Çalışmamızın poliklinik hastalarında yapılmış olması bu farka neden olmuş olabilir. Bununla birlikte en sık yapılan aşular tüm çalışmalarda tetanoz ve influenzadır. Avrupa ülkelerini kapsayan metaanaliz ile karşılaştırıldığında influenza aşısı yaptırma oranları -ülkelere göre değişmekle birlikte- çalışmamızda daha düşük saptanmıştır. Aşılama oranları ABD'de gerek influenza gerekse pnömokok aşılama oranlarından çalışmamız bulgularına göre oldukça yüksektir.

Çalışmamızda katılımcıların erişkin aşı yaptırma oranları kadınlarda %47,5 erkeklerde %47,3 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Aşık ve ark.'nın çalışmasında kadınların %70'i erkeklerin ise %48'i erişkin aşılarını yaptırmıştı ve gruplar arasında anlamlı fark vardı (p=0,025).(59) Uzuner ve ark.'nın çalışmasında erişkin aşılarını duyma oranı kadınlarda erkeklerden daha yüksekti.(57) La ve ark.'nın erişkin bağışıklamasını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında kadın cinsiyetin erişkin aşısı yaptırma oranını artırdığı saptanmıştır.(61) Çalışmamızda erişkin aşılarını yaptırma açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanamasa da benzer çalışmalar kadınların aşı olma ve aşidan haberdar olma açısından daha yüksek oranlara sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum özellikle gebelik döneminde tetanoz aşısının rutin önerilmesi ve ana-çocuk sağlığı çalışmaları kapsamında kadınların aşı

hakkındaki farkındalığının artmasına bağlı olabilir. Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında fark saptanmamış olmasını çalışmanın üçüncü basamak hastanede yapılması ve katılımcıların %50,8'inin çocuğunun olmaması etkilemiş olabilir.

Erişkin dönemde aşı yaptıranların yaş ortalaması ($32,7 \pm 7,2$), aşı yaptırmayanlardan ($33,0 \pm 10,5$) düşük olup yaş arttıkça erişkin aşısı yaptırma oranı da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artıyordu ($p < 0,001$). Sahan ve ark.'nın ülkemizde tetanoz seropozitivitesini araştırdıkları çalışmalarında tetanoz seropozitivite oranları 21-39 yaş grubunda %95,2, 40-49 yaş grubunda %84,4, >50 yaş grubunda %57,3 olarak belirlenmiş ve yaşla birlikte oranların düştüğü ve aşılama ihtiyacının arttığı gözlenmiştir.(62) Bal ve ark.'nın 65 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumu 65-74 yaş grubunda %73,5, 75-84 yaş grubunda %19,1, >85 yaş grubunda ise %7,4 'dür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.(56) Bal ve ark. çalışmasında aşılama oranının giderek düştüğü gözlenmektedir. Yaş açısından birbirinden farklı grupların incelenmiş olması birbirine zıt sonuçların çıkmasında etkili olabilir.

Çalışmamızda erişkin aşısı yaptırma durumu ile eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Uzuner ve ark.'nın çalışmasında ise eğitim seviyesi arttıkça aşılama oranlarının arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir.(57) Bunun tersine kanser hastalarında erişkin aşılama tutumunun incelendiği başka bir çalışmada kanser tanısı aldıktan sonraki dönemde eğitim seviyesi arttıkça aşı karışıklığının anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir.(63) Aşık ve ark.'nın çalışmasında eğitim seviyesi düşük ve yüksek olan gruplar arasında aşı yaptırma oranları açısından fark bulunmamıştır.(59) Uzuner ve ark.'nın erişkin aşılama ile ilgili çalışmasında erişkin aşılarından haberdar olma oranı lise ve üzeri grupta lise altı gruptan anlamlı olarak daha yüksek olmakla birlikte çalışmada erişkin aşısını yaptırma davranışı ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki belirtilmemiştir.(57) La ve ark.'nın Amerika'da erişkin bağışıklamasını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında eğitim düzeyindeki artışın aşı yaptırma oranını artırdığı saptanmıştır.(61) Eğitim seviyesi diğer faktörlerle birleştiğinde aşı uygulamaları için olumlu veya olumsuz etki gösterebilir.

Çalışmamızda erişkin aşısı yaptırma durumu ile hanedeki birey sayısı arasında anlamlı ilişki saptandı ve birey sayısı arttıkça aşılama oranları azalıyor. Kırsal ya da kentte yaşamak ise aşı yaptırma açısından anlamlı bir fark oluşturmadı. Bal ve arkadaşlarının çalışmasında aynı değişkenler sorgulanmış ne hanedeki birey sayısı ne de yaşanan yerin 18 yaş üstü bağışıklanma durumunu etkilediği gözlenmiştir. (56)

Çalışmamızda gelir durumu orta olanlarda erişkin aşısı yaptırma oranı en yüksekken kötü olanlarda en düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Amerika'da erişkin bağışıklanmasını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada yıllık gelirdeki artış ile aşı yaptırma oranı arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır.(61)

Erişkin aşılarını yaptırma durumu ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki varken alkol kullanımı ile anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışmamızda sigarayı bırakanlarda aşı olma oranı en yüksekken (%67,9), hiç sigara kullanmayanların aşı olma oranları daha düşüktü (%40,9). Sosyal ortamlarda alkol kullanıma diyen grupta aşı olma oranı %52,7 ile en yüksekti. Bal ve ark.'nın çalışmasında ise sigara kullanımı ile erişkin aşılarını yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. (56) Sakamoto ve ark.'nın yaşlı popülasyonda pnömokok aşılama oranlarını araştırdığı çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile aşı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. (64) Hem sigara bırakma hem de aşılama davranışlarının beraber artıyor olması bireylerde olumlu sağlık davranışı oluşturmanın sağlığı korumaya yönelik başka davranışları da etkileyebileceğini gösterebilir.

Çalışmamızda erişkin aşısı yaptırma oranı kronik hastalığı olanlarda (%33,8) olmayanlardan (%19,1) anlamlı yüksekti. Kronik hastalığı olan bireyler erişkin aşılama açısından riskli bireyler olup aşı yaptırması önerilmektedir.(10) Ülkemizde yapılan bir çalışmada dahiliye polikliniklerine başvuran riskli bireylerde aşı yaptırma oranı %27,2 olarak saptanmıştır. Bal ve ark.'nın çalışmasında ise kronik hastalık varlığı, hastalık sayısı ve ilaç kullanımının erişkin bağışıklama oranlarını etkilemediği gözlenmiştir.(56) Altmış beş yaş üstünde aşılama oranlarının araştırıldığı başka bir çalışmada ise kronik hastalık varlığı ile erişkin

aşısı yaptıırma davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.(65) Mutlu ve ark.'nın çalışmasında aşı yaptıran ve yaptırmayanlar arasında kronik kalp, akciğer ve böbrek hastalığı açısından anlamlı fark varken kronik karaciğer hastalığı, diyabet ve hipertansiyon açısından anlamlı fark bulunmamıştır.(66) Helfrizchi ve ark. yaşlı popülasyonda yaptığı bir çalışmada ise aşı olan grupta aşı olmayan gruba göre kronik hastalık sayısı ve sıklığı daha fazla bulunmuştur.(67) Akman ve ark.'nın çalışmasında kronik hastalığı olup düzenli ilaç kullanan bireylerde influenza aşısı yaptıırma oranının anlamlı olarak azaldığı, pnömokok aşısı yaptıırma oranında ise anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. (68)

“Aşı yaptıırma kararınızda aşağıdakilerden hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?” sorusuna katılımcıların %68,2'si aile hekimi, %66,4'ü uzman hekim, %16,2'si ise başkası önermese de kendim takip eder yaptıırırım cevabını vermişti. Çalışmamızda ‘Aşılarının kendim takip eder yaptıırırım’ cevabı erişkin aşısı yaptıran ve yaptırmayanlar katılımcılar arasında anlamlı fark oluştururken, hekim önerisi erişkin aşısı yaptıırma durumu açısından anlamlı fark oluşturmuyordu. Bal ve ark.'nın çalışmasında erişkin aşısını yaptıranların %66,1'i doktoru önerdiği için aşı olduğunu belirtirken aşı yaptırmayanların %7,4'ü doktoru önerisi almadığı için aşı olmadığını belirtmişti.(56) Sakomoto ve ark.'nın çalışmasında yaşlı popülasyonda pnömokok aşılmasını araştırdıkları çalışmalarında bir sağlık personelinde aşı önerisi almanın aşılama oranlarını olumlu yönde etkileyen faktörlerden olduğu saptanmıştır.(64) Tuells ve ark.'nın gebelerde influenza aşılması ile ilgili çalışmalarında influenza aşısı yaptıran gebelerin %94,7'si birinci basamakta aşı hakkında ebe veya aile hekiminden bilgi aldığını ifade ederken aşı yaptırmayanların %31,9'u influenza aşısı hakkında hiç bilgi almadığını belirtmiştir.(69) Avrupa'da 2015'te yapılan erişkin bağışıklama toplantısında 65 yaş üstü bireylerin aşılama oranlarının yükselmesinde en önemli faktörün hekim önerisi olduğu belirtilmiştir.(70) La ve ark.'nın Amerika'da yaptıkları çalışmada sağlık profesyonellerinden aşı hakkında tavsiye almanın aşı yaptıırma oranlarını artırdığına değinilmiştir.(61) Bizim çalışmamızda erişkin aşısı yaptıırma davranışı ile hekim önerisi arasında anlamlı bir ilişki saptanamasa da hekimden aşı hakkında öneri aldığıında aşı yaptııracağını belirten katılımcıların oranı oldukça yüksektir. Bu durum da erişkin aşılama oranlarının artırılmasında

hastalara sağlık profesyonelleri tarafından bilgi verilmesinin önemini göstermektedir. Bunu sağlayabilmek için tıp eğitiminde erişkin bağışıklamasına yer vermek önem kazanmaktadır.(59)

Çalışmamızda erişkin bağışıklaması hakkında katılımcılara yöneltilen bilgi ve tutum sorularına verilen cevaplar şöyleydi: 'Aşılar yetişkinler için uygun değildir, sadece çocuklara uygulanır' ifadesine katılımcıların %74,3'ü katılmıyor, %13,2'si katılıyordu, %12,4 katılımcının ise fikri yoktu; 'Yetişkinlere uygulanmak üzere geliştirilmiş aşılar mevcuttur' ifadesine katılımcıların %8,8'i katılmıyor, %59,7'si katılıyordu, %31,5'inin fikri yoktu; 'Yetişkinler bazı özel hastalıklar veya riskler varsa aşılanır' ifadesine katılımcıların %69,3'ü katılıyor, %10,6'sı katılmıyordu, %20,1'inin fikri yoktu; 'Yetişkin dönem aşıları zorunlu olsaydı yaptırırdım' ifadesine katılımcıların %66,5'i katılıyor, %15,2'si katılmıyordu, %18,3'ünün ise fikri yoktu; 'Yetişkinlerin düzenli olarak aşılanması gerekir.' İfadesine katılımcıların %40'ı katılıyor, %19,1'i katılmıyordu; %41,0'ı ise bu konuda fikri olmadığını belirtmişti. Çalışmamızda katılımcıların erişkin aşısına bakış açıları ve bilgi düzeyleri değişkendi. Erişkin aşıları hakkında bilgi ve tutumun değerlendirildiği ölkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların bu konudaki bilgi düzeyi düşük bulunmuştur. Bu çalışmada tüm toplumun değil riskli erişkinlerin aşılanması gerektiğini düşünöenler katılımcıların %37'si, erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenler katılımcıların %36'sı idi.(29) Akın ve ark.'nın kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada erişkin aşılarının endike olmadığını düşünöenlerin %35'i erişkin aşılarının gereksiz olduğunu veya %23'ü zararlı olduğunu düşünüyordu.(63) Bal ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların erişkin aşıları hakkındaki önerileri sorulmuş, öneride bulunanların %72,2'si aşıların takip edilmesini, %18,9'u bu konuda bilgilendirilmeyi, %6,7'si güvenilir ve etkili aşıların olmasını, %2,2'si ücretsiz olarak aşı yapılmasını önermişti.(56)

Çalışmamızda kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcıların yaşlarının ortalaması anlamlındaha düşük ve eğitim durumları anlamlı daha düşüktü. Diğer sosyodemografik veriler açısından erişkin aşılanmasını kabul edenler ile etmeyenler arasında anlamlı fark yoktu. Aşı yaptırmayı kabul etmeyenlerin kabul etmeme nedenlerinin sorulduğu açık uçlu

soruya verilen başlıca cevaplar; aşının gerekli olmadığı düşünülmesi, yan etkiden korkma, aşıya güvenmeme ve faydasız bulma, bilgi eksikliği idi. Bunun yanında sağlık açısından riskli olduğunun düşünülmesi, medyadan etkilenme, aşı içeriği ile ilgili duyular, aşının hastalıktan korumadığının düşünülmesi gibi nedenler de mevcuttu. Uzuner ve ark.'nın çalışmasında erişkin aşısını yaptırmayan katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre bilgilendirilmemiş olmak, aşıya gerek duymamak, yan etkisi olduğunun düşünülmesi, aşıdan korkmak ve aşı yaptırmak için sebebin olmaması başlıca aşı yaptırmama nedenleri idi. Bunlara ek olarak aşı zamanını tutturamama ve sosyal güvencenin karşılamaması da aşı yaptırmama nedenleri arasındaydı. Aynı çalışmada 'Sosyal güvenceniz karşılasaydı aşılarınızı yaptırır mısınız?' sorusuna katılımcıların %56'sı evet yanıtını vermişti.(57) 2016 yılında yapılan Ulusal Aşı Çalıştayı'nda erişkin aşısı yaptırılmamasının başlıca nedenleri hekimin/sağlık çalışanlarının önermemesi, bilgisizlik, aşıların etkisi ve güvenli olup olmadığı ile ilgili şüpheler, sağlık okuryazarlığının düşük olması, aşının sadece çocuk yaş grubuna uygulandığının düşünülmesi, aşıların fiyat ve geri ödeme sorunları, erişkin aşı şemasının olmaması olarak belirtilmiştir.(71,72) Bal ve ark.'nın çalışmasında aşı yaptırmayan yetişkinlerin aşı konusunda bilgisinin olmadığı, aşının etki ve güvenliği konusundaki çekinceleri olduğu, aşının gerekli olduğunu düşünmedikleri, doktor önerisi almadıkları gözlemlenmiştir.(56) Erdoğan ve ark.'nın çalışmasında hekim önerdiği halde bireylerin aşı yaptırmayı kabul etmemelerinin nedenleri; yan etkilerden korkulması, bireylerin sağlıklı veya yaşlı oldukları için aşının gereksiz olduğunu düşünmeleri, aşılar hakkında fikirlerinin olmaması idi.(73) Mutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcılar aşının doktor tarafından önerilmesi, sosyal güvence kapsamında ve ücretsiz olmasının aşı yaptırmalarında olumlu etki gösterdiğini belirtmişlerdir.(66) Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda görüldüğü üzere erişkin aşısı yaptırmamanın önündeki başlıca engeller bireylerin bilgilendirilmesi ile azaltılabilir. Yılmaz ve ark.'nın geriatric dönem evde bakım hastalarında yaptıkları çalışmada katılımcılara aşılar hakkında bilgi verilmiş ve 4 ay sonraki aşılama durumlarına bakılmıştır. Bilgilendirme öncesi influenza aşısı yaptırma oranı %22,0, pnömokok aşısı yaptırma oranı %6,4 iken bilgilendirme sonrası aşı yaptırma oranları influenza

için %25,1'e, pnömokok içinse iki katından çok artarak %14,9'a çıkmıştır.(74) Japonya'da 65 yaş üzeri grupta pnömokok aşısının rutin aşılama programına alınmasının aşılama oranlarına etkisinin araştırıldığı çalışmada aşılama oranları 2009 yılında %20,9 iken aşılama programı başladıktan iki yıl sonra, 2015 yılının sonunda %40,6'ya çıkmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum erişkin aşılama oranlarının artırılmasında ulusal aşılama programlarının etkili olduğunu göstermektedir.(75)

Aşılar çocuk sağlığının korunması, enfeksiyon hastalıkları kaynaklı bebek ve çocuk ölüm ve sakatlıklarının azaltılmasını sağlamış, etkisi kanıtlanmış önemli araçlardır. Ancak gerek ülkemizde gerekse dünyada aşılama oranları ve güvenirliliği açısından ebeveynlerin kafası karışıktır. Bu durum aşı konusunda çekincelere, aşının geciktirilmesine, bir veya birkaç aşının uygulanmamasına veya aşılama oranlarının tamamen reddine neden olarak toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Buna en güzel örnek ülkemizde artan aşı karşıtlığı ile birlikte kızamık vakalarının da görülme sıklığında artış olmasıdır. Ülkemizde aşı yaptırmayan ailelerin sayısı 2011'de 183 iken sayı gittikçe artarak 2015'te 5091, 2016'da 11470, 2017'de ise 23000'in üzerine çıkmıştır.(76) Aşı reddi grup bağışıklığını kırarak az görülen veya görülmeyen bulaşıcı hastalıkların tekrar ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu konudaki en güncel örnek kızamık eradikasyon programı yürütülmesine rağmen aşı reddi sonucu ülkemizde ve dünyada kızamık vaka sayısı ve hastaneye yatış oranları artmasıdır.(77,78) Aşı karşıtlığının önemli bir probleme dönüştüğünden çalışmamız polikliniğimize başvuran ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmama ve yaptırmama durumlarını ve bu konudaki çekincelerini ortaya koymak açısından faydalı olacaktır.

Çalışmamızda çocuğu olan 246 katılımcı mevcuttu. Bunların sadece biri çocuğunun rutin aşılama oranlarını yaptırmamıştı, yaptırmama nedeni ise kırsal kesimde yaşamış olması ve bu konuda bilgisinin olmaması idi. Çocuğu olan katılımcılara, çocuklarına aşı takviminde olduğu halde yaptırmadıkları bir veya birkaç aşı olup olmadığı sorulduğunda 8'i (%3,3) çocuğuna rutin aşı takviminde olan en az bir aşıyı yaptırmadığını belirtmişti. Bu aşılama oranlarının hangileri olduğu sorulduğunda; ebeveynlerin yarısı çocuklarına hangi aşılama oranlarını yaptırmadıklarını belirtmezken bir

kişi KKK, bir kişi rotavirüs, 1 kişi meningokok, 1 kişi de beşli karma aşı rapelini yaptırmadığını belirtmişti.

Çalışmamızda katılımcılara rutin aşı takviminde olduğu halde yaptırmadıkları aşılardan sorulmasına rağmen katılımcıların ikisi rutin takvimde olmayan meningokok ve rotavirüs aşılarını da bu gruba dahil etti. Annelerin çocukluk aşılı ile bilgi düzeylerinin araştırıldığı, 2009'da yayınlanan bir uzmanlık tezinde %27,1 katılımcının ücretli aşılarından haberdar olmadığı, haberdar olanların bir kısmının ise boğmaca, hepatit B, kızamık aşılarını rutin takvimde olmasına rağmen ücretli aşı olarak tanımladığı görülmektedir.(79) Bu durum ebeveynlerin rutin takvim aşıları ile ücretli aşılar konusunda farkındalığının ve bilgisinin yetersiz olabileceğini göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA-2013) göre aşı kartı ve anne beyanından yola çıkılarak 15-26 aylık çocukların aşılanma durumları araştırılmıştır. Çalışmaya göre bu yaş grubundaki çocukların %74,1'i tam aşılanmış iken %2,9'u ise hiç aşı olmamıştır. Aşılanma durumu ile doğum sırası arasındaki ilişkiye bakıldığında hiç aşılanmamış çocukların oranı dördüncü ve beşinci sırada doğanlarda en yüksek bulunmuştur.(50) Bu durum aşı reddinin yıllara göre artışı ile uyumludur.(38) Bülbül ve ark.'nın sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran çocuklarda yaptıkları çalışmada çocukların %57,3'ü ülkemiz 2010 aşı takvimine ve yaşlarına göre aşıları uygun iken %42,7'sinde ise doz veya zamanlama açısından düzensizlik olduğu görülmüştür.(80) Amerika'da 3 yaş ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerde yapılan çalışmada katılımcıların %95'i çocuğuna en az 1 kez aşı yaptırdığını, %85'i aşı programını önerildiği şekilde takip ettiğini belirtmiştir.(80) Chow ve ark.'nın çocuğu olan katılımcılarda online olarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %92'si güncel aşı şemasına uygun olarak çocuklarını aşılattıklarını bildirmelerine rağmen %52'sinin aşı ile ilgili endişeleri olduğu gösterilmiştir.(81) Alshammari ve ark.'nın çalışmasına katılan ebeveynlerin %13,8'i çocuklarına ilk 5 yıldaki aşılarını yaptırmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %8,9'u aşı sırasında %9,5'i aşı sonrasında çocuklarında çeşitli sorunlar yaşadıklarını belirtirken %23,2'si ise aşı sonrası çocuğunda hastaneye başvurmasını gereken bir yan etki görüldüğünü

belirtmiştir.(82) Bizim çalışmamızda ise aşı sonrası çocuklarında herhangi bir yan etki olduğunu söyleyen ebeveynlerin tüm ebeveynlere oranı %10,2 idi ve en sık görülen yan etki tüm yan etkilerin %80'i olan ateş idi.

Çalışmamızda çocuğu olan katılımcıların 37'si (%14,6) rutin aşı takviminde olmayan bir veya daha fazla aşı ile çocuğunu aşılatmıştı. En çok yaptırılan özel aşilar rotavirüs, influenza ve meningokok aşiları idi. Bunlar dışında HPV, suçiçeği, HAV, HBV ve pnömokok aşiları da yaptırılan özel aşilar arasında idi. HBV, HAV, suçiçeği, pnömokok aşiları rutin aşı takvimine kronolojik olarak daha sonra eklendiğinden katılımcılar bu aşiları çocuklarına özel aşı olarak yaptırmak zorunda kalmış olabilirler. Ebeveynlerin çocuk aşiları hakkındaki bilgi düzeyinin sorgulandığı bir çalışmada %43,9 katılımcı çocuğuna ücretli aşı yaptırdığını belirtirken menenjit, suçiçeği ve hepatit A aşiları en çok yaptırılan ücretli aşilardı.(79) Bülbül ve ark'nın çalışmasında katılımcıların özel aşı yaptırma oranları; %34,1 HAV aşısı, %23,4 suçiçeği aşısı, %0,016 grip aşısı, %0,007 rotavirüs aşısı şeklindedir.(80) Hem bizim çalışmamızda hem de benzer çalışmalarda özel aşı yaptırma oranları rutin çocukluk aşilarına göre daha düşüktür. Bu durum özel aşilar konusundaki farkındalık ve bilgi eksikliğinin yanında aşiların devlet tarafından sağlanmaması, geri ödemesinin olmaması ve opsiyonel olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda çocuğuna özel aşı yaptırma durumu açısından eğitim seviyesi, sağlık çalışanı olma, sosyal medya ve alkol kullanımı dışında anlamlı fark yaratan bir sosyo-demografik veri yoktu. Alkol kullanan veya sosyal medyayı aktif olarak kullandığını belirten katılımcılarda çocuklarına özel aşı yaptırma oranı anlamlı daha yüksekti. Aşı yan etkisi görülmesi, 'Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?' sorusuna verilen cevaplar, katılımcının kronik hastalık varlığı, son 1 yılda hastaneye yatışı, düzenli ilaç kullanım durumları çocuğuna özel aşı yaptırma durumu açısından anlamlı fark yaratmıyordu. Bunun yanında erişkin aşısı yaptırmış olması katılımcıların çocuklarına özel aşı yaptırma durumu açısından anlamlı fark yaratıyordu ve erişkin aşısını yaptıran ebeveynlerde çocuklarına özel aşı yaptırma oranı daha yüksekti.

Çalışmamızda çocuğuna özel aşı yaptıırma durumu ile eğitim düzeyi ve sağlık çalışanı olma durumu arasında anlamlı ilişki vardı. Eğitim düzeyi arttıkça çocuğuna özel aşı yaptıırma oranı artıyordu. Sağlık alışanlarında çocuklarına özel aşı yaptıırma oranı sağlık çalışanı olmayanlara göre yaklaşık 2 kat daha yüksekti. Babadağlı ve ark.'nın çalışmasında da anne babanın eğitim düzeyi arttıkça 3 yaş ve altı çocuklarda aşılanma oranlarının anlamlı düzeyde arttığı gösterilmiştir.(83) Luman ve ark.'nın çalışmasında aşılarında gecikme durumunun eğitim düzeyi düşük anneye sahip çocuklarda daha fazla olduğu gösterilmiştir.(84) Anne ve babanın eğitim düzeyi ocuk sağlığı üzerinde etkili bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyinin yüksek olması ve sağlık çalışanı olma durumu ebeveynlerin özel aşılardan haberdar olma ve bu konuda bilgilerinin olma durumunu etkileyerek aşı yaptıırma oranlarının bu gruplarda daha yüksek saptanmasını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda 'Çocuğunuza aşı uygulanması önerildiğinde reddettiğiniz oldu mu?' sorusuna 19 kişi evet yanıtını vermişti. Sosyodemografik verilerden hiçbiri çocuğuna aşı önerildiğinde reddetme durumu açısından anlamlı fark oluşturmuyordu. Erişkin aşılarını yaptıırmayı reddeden katılımcıların çocuklarına aşı yapılmasını reddetme oranları da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Katılımcıların kendi ifadeleri ile aşı yaptıırmama nedenleri; aşının yan etki veya uzun vadede olumsuz etkiler oluşturacağını düşünmeleri, daha önce yan etki görülmesi, aşıya güvenmemek, çocuğunun hasta olmaması ve aşı hakkında bilgisinin olmaması idi. Araştırmacılar tarafından sorulan aşıyı reddetme nedenleri ile ilgili ifadelere verilen cevaplara göre ise katılımcıların aşıyı reddetme nedenleri en sık ilaç sanayisine güvenilmemesi, yan etkilerden korkulması, aşının etkin korumadığının düşünülmesi, aşı ile ilgili medyadan aldıkları duyumlar ve aşıların kronik hastalıklara neden olacağı inancı idi. Bununla birlikte iğne ve acıdan korkma, sağlık çalışanlarına güvenmeme, inanç ve gelenekler aşı reddetme nedenleri arasında daha az ve etkisizdi.

Babadağlı ve ark.'nın ikinci basamak hastanede yaptıkları araştırmada 18-36 ay arası çocukların %18,9'u eksik aşılanmıştı, hiç aşılanmamış ocuk yoktu. Eksik aşılı çocukların ebeveynlerinin belirttiği aşı yaptıırmama nedenleri;

bilgisizlik, ailevi sorunlar, aşı tarihinde çocuğun hasta olması, sağlık kurumunda aşı olmaması ve aşıya güven duyulmamasıydı. Bunların arasında ailenin bilgisiz olması en çok görülen aşı geciktirme/yaptırmama nedeni idi. Bu çalışmada yapılan regresyon analizine göre eksik aşılanmada etkili olan değişkenler; aşı tarihlerine uymamak, hangi hastalıklara karşı aşı yapıldığını bilmemek ve sosyal güvencenin olmamasıydı.(83)

Chow ve ark.'nın Avustralya'da yapılan online çalışmasında, çalışmaya katılan ebeveynlerin %6'sı çocuklarının eksik aşılı veya aşısız olduğunu belirtmişlerdi. Bu çalışmada ebeveynlerin %94'ü çocukların aşılanmasını desteklerken %4'ü aşıya karşı, %2'si ise tarafsızdı. En son doğan çocuklarına ebeveynlerin %2'si aşı yaptırmazken, %6'sı aşılarını geciktirmişti, bununla birlikte ebeveynlerin %44'ü çocuklarına aşı yaptırsa da aşılarla ilgili çeşitli çekinceleri mevcuttu. Katılımcıların %90'ı aşıların güvenli olduğunu düşünürken %23'ü yeterli testlerin yapılmadığını ve güven vermediğini, %21'i otizme neden olabileceğini ve %22'si de aşıların çocukların bağışıklık sistemini zayıflatabileceğini düşünüyordu.(81) Çalışmamızda katılımcıların aşı hakkında öneri aldıkları kişiler, çocuklarına aşı yapılmasını reddetme davranışı üzerinde anlamlı fark yaratmıyordu. Chow ve ark.'nın çalışmasında ise ebeveynlerin aşı kararı üzerinde, birinci basamak hekiminden/aile hekiminden aşı önerisi almak; diğer uzmanlardan, hükümet ve sağlık otoritelerinden, hemşire ve alternatif sağlık çalışanlarından öneri almaktan daha etkili bulunmuştu. Bu çalışmada aşı takvimine uymama üzerindeki en etkili durumlar aşıya güvenilmemesi ve alternatif sağlık sağlayıcılarından bilgi almaktı.(81)

Luman ve ark.'nın yaptığı Amerika kökenli çalışmada çocukluk aşılarının gecikme durumları incelenmiş ve 2 yaşa kadar olan çocukların %74'ünün, aşı takviminde olan, bir veya daha fazla aşısının ertelenip geciktirildiği gözlemlenmiştir.(84) Bizim çalışmamızda aşı reddi ile sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki saptanmamış olmakla birlikte Luman ve arkadaşlarının çalışmasında evlenmemiş veya düşük eğitim seviyesinde bir anneye sahip olmak, yaşanılan evde birden fazla sayıda çocuk olması, siyahi olmak, aşılama

hizmetinin iki veya daha fazla tedarikçisinin olması durumları çocukluk aşılarının gecikmesi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.(84)

Bozkurt ve ark.'nın aşı reddi ile ilgili derlemelerinde ülkemizde aşı reddinin yıllar içinde artarak 2017 yılında 10000'in üzerine çıktığı belirtilmiştir. Derlemede, aşuların içeriğindeki maddelerin hastalıklara özellikle otizme neden olacağı, aşı üreten firmaların art niyetli olduğu, aşı olmaktansa hastalığı geçirmenin daha iyi olduğu, aşuların çocukların bağışıklık sistemine zarar verdiği, alternatif tedavilerin aşulardan daha güvenli olduğu gibi inanç ve düşünceler ile aşulara güvenmeme, aşı yan etkisinden korkma ve toplumdaki otoriter kişilerin aşular hakkındaki olumsuz söylemleri ülkemizde aşı reddi ve aşı karşıtlığını artıran nedenler olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte aşular konusunda başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin hasta ile iletişimi, doğru ve etkin bilgi paylaşımı ile bireylerin aşular hakkındaki bilgisizliğinden kaynaklanan bu olumsuz yargularla başa çıkılabileceğine değinilmiştir.(38)

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan aşı ve aşı karşıtlığı ile ilgili ifadeler içeren anket formunun açıklayıcı analizi yapılarak 3 faktörlü bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekte birinci faktör aşı hakkında olumlu yargılar içerirken, ikinci ve üçüncü faktör aşı karşıtı bilgi ve tutum ifadeleri içermektedir. Ölçek toplam puanı hesaplanırken ikinci ve üçüncü faktör puanları toplanıp birinci faktör puanı bu toplamdan çıkartılmıştır. Bu nedenle ölçek toplam puanı yükseldikçe aşı karşıtı tutumun arttığı şeklinde yorumlanabilir. Yapılan regresyon analizine göre cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuk sayısı ve alkol kullanımı ölçek puanını etkilemektedir. Eğitim ve gelir düzeyi düştükçe, çocuk sayısı arttıkça ölçek toplam puanı ve aşı karşıtı tutum artmaktadır. Kadınlara göre erkeklerde, alkol alanlara göre almayanlarda ölçek puanı ve aşı karşıtı tutum daha yüksektir. Sağlık çalışanı olma, sosyal medya kullanmak, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, son 1 yılda hastaneye yatış öyküsünün olması değişkenlerinin de yapılan ki-kare analizinde aşı karşıtlığı ölçeği toplam puanında anlamlı fark oluşturduğu gözlenmiştir.

Erişkin aşularını yaptıranlarda ve çocuğuna özel aşı yaptıranlarda ölçek puanları yaptırmayanlara göre anlamlı düşükken, çocuğuna aşı yapılmasını

reddedenlerde ölçek puanları anlamlı derecede yüksekti. Bu veriler ölçekte sorgulanan tutum ile bireylerin aşı ile ilgili davranışlarının uyumlu olduğunu göstermektedir.

Aşılarımı kendim takip eder yaptırım diyen katılımcılarda ölçek puanı bu seçeneği işaretlemeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Hekim önerisi ile aşı yaptırma durumu toplam ölçek puanını anlamlı düzeyde etkilemezken aşılarla ilgili olumlu yargıların toplandığı birinci alt faktörü anlamlı düzeyde etkiliyordu.

Amerika'da Garg ve ark.'nın aşı muafiyeti ile ilgili olarak anneler üzerinde yaptıkları çalışmada araştırmacılar aşı ile ilgili endişeleri sorgulamak için kendi geliştirdikleri 'vaccine worry' ve 'vaccine hassles' skalalarını kullanmışlardır. Skalanın 'vaccine worry' kısmı 4 sorudan, 'vaccine hassles' kısmı ise 5 sorudan oluşmaktadır. Birinci kısımda aşı yaptırmanın kişilerde oluşturduğu endişeler ikinci kısımda aşılarla ilgili kafa karıştıran ve güçlük oluşturan noktalar irdelenmiştir. Çalışmada 'vaccine worry' skalası ortalama puanı 2,7 olup orta düzeyde iken, 'vaccine hassles' skalası ortalama puanı 2,0 olup düşük bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan annelerin %95'inin çocuğu en az 1 kez aşılanmış, %85'i ise güncel aşı programına göre tam aşıdır. Katılımcıları aşı konusunda en çok endişelendiren durumlar aşı yan etkisi, aşıdan dolayı çocuklarının zarar göreceği fikri, aşıların otizm ve öğrenme güçlüğü ile bağlantılı olduğu düşünceleridir. Çocuklara fazla sayıda aşı yapılması, aşı üretim yolları ve aşı fiyatlarının yüksek olması ise katılımcıların aşılar konusunda en çok aklına takılan noktalardır.(86)

Gerek çalışmamızda gerekse benzer çalışmalarda bireylerin aşılar hakkında olumsuz ön yargılarının olduğu görülmektedir. Bu ön yargılar kişilerin aşı yaptırmamasına veya aşı yaptırsa dahi çekincede kalmasına ve uygulanan işleme güven duymamasına neden olmaktadır. Bu ön yargıların arkasındaki en büyük etken ise bireylerin aşılar konusunda doğru ve güvenilir bilgiye sahip olmamalarıdır. Ebeveynler ve çocukların bakımından sorumlu olan bireylerin çocukluk çağı aşılama hakları hakkındaki görüşlerinin araştırıldığı 38 çalışmanın dahil edildiği Cochrane derlemesinde aşı konusundaki çelişkilerde en önemli etkenin

bakım verenlerin bilgi eksikliği olduğu görülmüştür. Derlemede bilgi eksikliğinin, bakım verenlerde aşı konusunda kaygıya ve pişmanlığa neden olduğu belirtilmiştir. Ebeveynlerin aşuların yarar ve zararı hakkında dengeli ve yeterli bilgi istediklerine ve bu bilgilerin sağlık profesyonelleri tarafından açık, basit, özenli, yargılayıcı olmayan ve güvenilir bir dille sunulmasının aşı konusundaki çelişkileri ortadan kaldırmada etkili olabileceğine değinilmiştir. Sağlık çalışanları ile olan olumsuz iletişim aşı karşıtlığını artırabilmektedir. Aşı konusundaki bilgilendirmeni sadece aşı uygulandığı sırada değil aşı uygulanmasından önce farklı bir zamanda verilmesi de önem taşımaktadır. Bu derlemede ebeveynlerin aşular ile ilgili bilgi kaynaklarından hangilerine güveneceklerini bilemedikleri, tarafsız ve doğru bilgi içeren kaynakları ayırt etmekte zorlandıkları da değinilen konular arasındadır.(85)

Saitoh ve ark'nın Japonya'da gebe kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kontrol grubuna sadece aşı broşürü, müdahale grubuna ise aşı konusunda interaktif eğitim verilip gebelerin aşı konusundaki düşünceleri değerlendirilmiştir. Aşamalı olarak perinatal dönemde aşı ile ilgili eğitim verilmesinin anne ve bebek aşılması konusundaki tutumu olumlu etkilediği görülmüştür.(87). Ülkemizde Dişçigil ve ark.'nın yaptığı çalışmada 60 yaş ve üzeri 400 kişiye telefonla ulaşıldıktan sonra aşular ile ilgili anket yapılmış, ardından aşular konusunda bilgi verilmiştir. Katılımcılar 3 ay sonra tekrar aranarak aşılama durumları tekrar değerlendirilmiştir. Görüşme öncesi aşılu birey sayısı 10 iken görüşme sonrası bu sayı 43'e çıkmıştır. Her iki çalışmada da görüldüğü gibi bireylerin aşı konusunda bilgilendirilmesi aşular hakkındaki düşünceleri olumlu etkilemekte ve aşılama birey sayısının artırılmasında önem taşımaktadır.(88)

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Çalışmamız polikliniğimize başvuran sınırlı bir nüfusa yapıldığından nüfusun genelini yansıtmamaktadır. Ülkemizde bağışıklama hizmetleri temel olarak birinci basamakta sunulmaktadır ve biz aile hekimlerinin esas görev alanını birinci basamaktır. Bu nedenle çalışmamızın üçüncü basamak hastaneye başvuran bireylere uygulanmış olup birinci basamağa başvuran bireylere uygulanamamış olması çalışmanın önemli zayıf yönlerinden biridir.

Çalışmamızın güçlü yönleri: Polikliniğimize başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerin aşı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını incelediğimiz çalışmamız katılımcıların hem erişkin aşılanma hem de çocukluk çağı aşılanması hakkındaki tutum ve davranışlarını inceleme fırsatı sunan bir çalışmadır. Çalışmamızda sadece aşılanma düzeyine odaklanılmamış, günümüzde giderek yaygınlaşan ve aşılanma oranlarında düşmeye neden olan önemli bir problem olarak aşı karşıtlığı da irdelenmiştir. Aşı karşıtlığı incelenirken araştırmacılar tarafından hazırlanan ve açıklayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra şekillendirilen 'aşı karşıtlığı ölçeği' kullanılarak bu konunun sistematik bir şekilde incelenmesi sağlanmıştır. Tüm bunlar ele alındığında çalışmamız aşılanma hakkında kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır.

Çalışmamızda erişkin aşılanma oranları ve en sık yaptırılan erişkin aşıları ile aşı yaptırmama nedenleri ülkemizdeki diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur ve gelişmiş ülkelere göre erişkinlerin aşılanma oranları daha düşüktür. Önerilen bir aşığı reddetme durumu ise ülkemizdeki diğer çalışmalara göre daha düşük düzeyde olmakla birlikte çeşitli ülkelere göre bu oranın değiştiği gözlenmektedir. Gerek erişkin aşılanması gerekse çocukluk çağı aşılanması ile ilgili olumsuz tutumların başlıca nedenleri ise aşı hakkındaki bilgisizlik ya da yanlış bilinenler ve ön yargılardır. Bireylerin sağlık profesyonelleri özellikle de hekimler tarafından aşının fayda ve riskleri konusunda zamanında, doğru ve etkili bir şekilde bilgilendirilmesi aşılanma oranlarının artırılmasını sağlayabilir ve aşı karşıtlığının önüne geçebilir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada üçüncü basamak üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin erişkin ve çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumlarını araştırmayı amaçladık. Çalışmaya 299'u (%59,8) kadın, 201'i (%40,2) erkek olmak üzere 500 kişi katıldı. Yaş ortalaması kadınlarda $34,1 \pm 13,6$ [18-78], erkeklerde $36,8 \pm 15,5$ [18-79] idi. Katılımcıların 269'u (%53,8) evli, 206'sı (%41,2) bekar, 25'i (%5,0) duldu. Katılımcıların çocuk sayısı ortalama $0,8 \pm 1,0$ [0-4], çocuğu olmayan katılımcı sayısı ise 254 (%50,8) idi.

Katılımcıların 451'inin (%90,2) çocukluk aşıları tam, 44'ünün (%8,8) eksik uygulanmış, 5 (%1,0) katılımcının ise uygulanmamıştı. On sekiz yaşından sonra aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4) idi. Tetanoz, influenza ve HBV aşıları yetişkin dönemde en çok yaptırılan aşılarıydı. Yetişkinlerin en sık aşı yaptırma nedenleri ise gebelik, bulaşıcı hastalıklar açısından riskli meslek grubunda olma ve yaralanmalardı. Katılımcıların 23'ünde (%4,6) aşı yaptırdıktan sonra yan etki gelişmişti, en sık görülen yan etkiler ise aşı yerinde şişlik, ağrı olması, ateş yüksekliği ve döküntü idi. Gerek erişkin aşısı yaptırma oranları gerekse en sık yapılan aşılar açısından çalışmamızda ülkemizdeki benzer çalışmalarla uyumlu sonuçlar elde edilmişti.

"Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?" sorusuna katılımcıların 122'si (%24,4) hiç önerilmedi, 317'si (%63,4) hayır, 61'i (12,2) evet şeklinde cevap verdi. Katılımcıların en sık kabul etmeme nedenleri -kendi ifadeleri ile- aşının gereksiz olduğunu düşünmeleri, yan etkiler ve aşıya güvenmemeleri idi. İğne korkusu, gelenek ve inançlar ile sağlık çalışanlarına güvenmeme durumu ise aşı yaptırmayı kabul etmeme davranışını en az etkileyen durumlardı. Erişkin aşılarının kabul edilmemesinin başlıca nedenleri bilgisizlik, aşıların etkisi ve güvenli olup olmadığı ile ilgili şüpheler, aşının sadece çocuk yaş grubuna uygulandığının düşünülmesi, aşıların fiyat ve geri ödeme sorunları, erişkin aşı şemasının olmamasıydı.

Çocuğu olan 246 katılımcıdan sadece birinin çocuğuna çocukluk çağı aşıları uygulanmamıştı. Bu katılımcı aşı yaptırmama nedeni kırsal bölgede yaşaması ve bu konuda bilgisinin olmamasıydı. Çocuğu olan katılımcıların 37'si

(%14,6) aşı takvimindeki aşılara ek olarak rutin aşı takviminde olmayan bir veya daha fazla aşı ile çocuğunu aşılatmıştı. En çok yaptırılan özel aşılarda rotavirüs, influenza ve meningokok aşılardı. Çocuğu olan katılımcılardan 8'i (%3,3) çocuğuna rutin aşı takviminde olan en az bir aşıyı yaptırmamıştı. Bu oran benzer çalışmalara göre bizim çalışmamızda daha düşüktü. Aşı sonrası çocuklarında yan etki geliştiğini belirten 25 (%10,2) katılımcı vardı. Çocuklarda en sık görülen yan etki ateş yüksekliği idi.

Çocuğu olan katılımcılar arasında çocuklarına herhangi bir aşı uygulaması önerilen ve bu öneriyi reddeden ebeveyn sayısı 19 (%7,7) idi. Araştırmacılar tarafından sorulan aşıyı reddetme nedenleri ile ilgili ifadelerle verilen cevaplara göre ise katılımcıların aşıyı reddetme nedenleri en sık ilaç sanayisine güvenilmemesi, yan etkilerden korkulması, aşının etkin korumadığının düşünülmesi, aşı ile ilgili medyadan aldıkları duyurular ve aşılarda kronik hastalıklara neden olacağı inancı idi.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan aşı karşıtlığı ölçeğine uygulanan regresyon analizinde eğitim ve gelir düzeyi düşüktüçe, çocuk sayısı arttıkça ölçek toplam puanı ve aşı karşıtı tutum artıyordu. Kadınlara göre erkeklerde, alkol alanlara göre almayanlarda ölçek puanı ve aşı karşıtı tutum daha yüksekti. Sağlık çalışanı olmak, sosyal medya kullanmak, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, son 1 yılda hastaneye yatış öyküsünün olması değişkenlerinin de yapılan ki-kare analizinde aşı karşıtlığı ölçeği toplam puanında anlamlı fark oluşturduğu gözlenmişti.

Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda ebeveynlerin aşı yaptırmama veya aşı konusundaki çekincelerinin nedenleri benzerdi. Aşının yan etki veya uzun vadede olumsuz etkiler oluşturacağını düşünmeleri, daha önce yan etki görülmesi, aşıya güvenmemek, çocuğunun hasta olmaması ve aşı hakkında bilgisinin olmaması gibi nedenler aşı yaptırmama kararını olumsuz etkiliyor veya ebeveynlerin kaygı duymasına neden oluyordu. Bu ön yargıların temelindeki faktör ise bireylerin doğru ve güvenilir bilgiye ulaşamamaları idi. Bireyler aşılarda olumlu/olumsuz etkileri hakkında doğru ve yeterli bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar.

Bu bilgilerin sağlık profesyonelleri tarafından açık, yargılayıcı olmayan ve güvenilir bir dille uygun zamanda sunulması önem taşımaktadır.



KAYNAKÇA

1. WHO. Global Vaccine Action Plan 2011–2020 Cenevre: WHO Press, 2013.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Aşılama Programı Genelgesi. Sayı: B100TSH0110005. Tarih: 13.03.2009/7941.
3. Basak O, Akturk Z. Topsever P. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2003.
4. Türk Tabipler Birliği. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. ANKARA: Türk Tabipler Birliği Yayınları,2018.
5. Badur S. Aşı karşıtı gruplar ve aşılarla karşı yapılan haksız suçlamalar. ANKEM Dergi 2011;25(Ek 2):82-86.
6. Poland GA, Jacobson RM. The clinician's guide to the anti-vaccinationists' galaxy. Human Immunology 2012;73(8):859-866.
7. Guyton A, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji 4.Baskı.Volüm 1. ANKARA:Güneş Tıp Kitapevi, 2011. p:439-450.
8. Akşit S. Aşılarla ilgili genel kurallar. Klinik Gelişim. 2012;25:4-11.
9. Abbas AK, Lichtman AH,Pillai S. Temel İmmünoloji: İmmün Sistemin İşlevleri ve Bozuklukları 4. Baskı. ANKARA:Güneş Tıp Kitapevi, 2015.
10. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu. Erişkin Bağışıklama Rehberi ANKARA:Bilimsel Tıp Yayınevi,2016
11. Yurdakök M. Aşılar ANKARA:Güneş Tıp Kitapevi,I-II;Aşılamanın tarihi. Katkı Pediatri Dergisi 2006;28(5-6):530-553.
12. T.C.Sağlık Bakanlığı. (2018).Türkiye'de aşının tarihçesi [Online].
Erişim: (<https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-ashinin-tarihçesi.html>.)
Erişim Tarihi:22.12.2018
13. Arita I, Francis D, Saijo M. Manual of security sensitive microbes and toxins. Arita I, Francis D, Saijo M, editors. Chapter 21:Variola viruses.1st ed. Boca Raton:CRC Press;2014:p.243-257.

14. Weinberg GA, Szilagyi PG. Vaccine epidemiology: efficacy, effectiveness, and the translational research roadmap. *The Journal of Infectious Diseases*. 2010; 201(11):1607-1610.
15. Hekimoğlu, CH. Aşı epidemiyolojisi: Aşı ve aşılamanın etkileri için epidemiyolojik ölçütler. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*. 2016; 73(1):55-70.
16. Avcı, E. Çocukluk Dönemi Aşılarına İlişkin Karşılaştırmalı Bir Analiz: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. Ankara: Özgürlük Araştırmaları Derneği, 2017.
17. Kutlu HH, Altındış M. Aşı Karşıtlığı. *Flora*. 2018; 23(2):47-58.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi [Online].
Erişim: [<https://www.saglik.gov.tr/TR,21088/sagliga-asilanin.html>]
Erişim Tarihi: 22.12.2018
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. 3. Ulusal Aşı Çalıştayı: Çalıştay Raporu, Ankara, 2018.
20. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018; 8(1): 34-43
21. Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk, R. Çocuk ve erişkinlerde aşılama. İSTANBUL: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2010; 71:27-30.
22. Dede M. Profilaktik HPV aşıları: güncel yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2010; 52(148-156).
23. Halsey NA, Abramson JS, Chesney PM, Fisher MC, Gerber MA, et.al. Prevention of rotavirus disease: guidelines for use of rotavirus vaccine. *Pediatrics*. 1998; 102(6):1483-1491
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi, 2012.p:112-223.
25. Özenç S, Parlak A, Yeşilkaya Ş. Aile Hekimliğinde Genel Prensipler.[online]
Erişim : <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1573.pdf>

26. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkişi ve nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(1):44-50.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü(2005) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge [Online].
Erişim:http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240
Erişim Tarihi:25.12.2018
28. T.C. Sağlık Bakanlığı (2013) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği[Online]
Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIisiki=0&sourceXmlSearch>
Erişim Tarihi: 25.12.2018
29. Aşık Z., Çakmak T., Bilgili P. Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.2013;17(3), 113-118.
30. WHO (2018). WHO Vaccine-preventable diseases: monitoring system.2018 Global summary[Online].
Erişim:http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR&commit=OK
Erişim Tarihi: 26.12.2018
31. WHO.State of the world's vaccines and immunization.3th ed. Cenevre, 2009.
32. Wolfe, R.M. ,Sharp, L.K. Anti-vaccinationists past and present. BMJ: British Medical Journal. 2002; 325(7361):p.430-432.
33. Boom JA, Cunningham RM. Understanding and Managing Vaccine Concerns. Medicine Pediatrics SpringerBriefs in Child Health,2014.
34. Nelson MC, Rogers J. The right to die? Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm. Social History of Medicine. 1992; 5(3):369-388.
35. Kaufman M. The American anti-vaccinationists and their arguments. Bulletin of the History of Medicine. 1967; 41(5):463-478.

36. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, et al. RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet.1998:
37. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. New England Journal of Medicine. 2002; 347(19):1477-1482.
38. Bozkurt HH. Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. Kafkas J Med Sci. 2011; 8(1):71-76.
39. WHO.(2014). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy[Online].
Erişim :
https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
Erişim Tarihi: 02.01.2019
40. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine, 2015;33(34): 4161-4164.
41. Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, Dehart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. New England Journal of Medicine. 2009; 360(19):1981-1988.
42. Diekema DS. Personal belief exemptions from school vaccination requirements. Annual review of public health. 2014; 35:275-292.
43. Thompson JW, Tyson S, Card-Higginson P, Jacobs RF. et al. Impact of addition of philosophical exemptions on childhood immunization rates. American Journal of Preventive Medicine. 2007;32(3):194-201.
44. Boom JA, Healy CM, Drutz JE.(2019) Standard childhood vaccines: Parental hesitancy or refusal[Online].
Erişim:<https://www.uptodate.com/contents/standard-childhood-vaccines-parental-hesitancy-or-refusal>
Erişim: 02.01.2019
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Halk Sağlığı Kurumu. Aşı Uygulamalarının Reddi. Sayı: 21001706. Tarih: 19.01.2016.
46. Anayasa Mahkemesi(2015).Zorunlu Aşı Uygulamasına İlişkin Halime Sare Aysal Kararı [Online].

Erişim: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/haberler/bireysel-basvuru-basin-duyurulari/zorunlu-asi-uygulamasina-iliskin-halime-sare-aysal-karari-basin-duyurusu/>

Erişim tarihi:02.01.2019

47. İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu [Online].

Erişim: http://www.batmanhsm.gov.tr/upload/formlar/EK-7_izlem-asi_durumu_bilgilendirme_onam_formu.pdf

Erişim: 02.01.2019

48. Azap A (2018). Çocuklarına Aşı Yaptırmayanların Sayısı 23 Bine Çıktı [Online].

Erişim: <https://www.klimik.org.tr/2018/03/30/prof-dr-alpay-azap-cocuklarina-asi-yaptirmayan-aile-sayisi-23-bine-cikti/>

Erişim tarihi:01.03.2019

49. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi(2009).

50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi(2014).

51. Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Orhon FS et al. Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. The Indian Journal of Pediatrics. 2019;86(1):38-43.

52. WHO (2018). Number of measles laboratory confirmed [Online].

Erişim: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=483636>

Erişim: 01.03.2019

53. Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Pegem , 2013:1-360.

54. Özdamar, K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. Nisan Kitapevi Yayınları. 2016. 1-280

55. Pallant J. SPSS Kullanma Kılavuzu. 2. baskı ANKARA: Anı Yayıncılık. 2015. p:166

56. Bal H., Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler. İstanbul Med J. 2016; 17: 121-30
57. Uzuner A., Arabacı Ş., Yüceel A. İ., Kocatürk A. C, et al. A. Knowledge, Attitude and Behaviors of Adults About Adulthood Immunization. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018; 12(3), 215-225.
58. Tanrıöver M. D., Soyler C., Ascioğlu S., Cankurtaran M., et al. Low seroprevalance of diphtheria, tetanus and pertussis in ambulatory adult patients: the need for life long vaccination. European journal of internal medicine. 2014; 25(6), 528-532.
59. Toprak D., Akan H., Köksal İ., Sargın M. Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3), 166-174.
60. Özişik L., Tanrıöver M. D., Rigby S., Unal S. European Federation of Internal Medicine ADVICE Working Group. ADVICE for a healthier life: Adult Vaccination Campaign in Europe. European journal of internal medicine. 2016;33, 14-20.
61. La E. M., Trantham L., Kurosky S. K., Odom D., Aris E., Hoge C. An analysis of factors associated with influenza, pneumococcal, Tdap, and herpes zoster vaccine uptake in the US adult population and corresponding inter-state variability. Human vaccines & immunotherapeutics. 2018;14(2), 430-441.
62. Sahan S., Demirbilek Y., Sönmez C., Temel F., Sencan, I. The research of the tetanus seropositivity levels in registered family physicians in Ankara province, Turkey, 2017. Japanese Journal of Infectious Diseases, 2018. DOI:10.7883/yoken.JJID.2018.222
63. Akın S., Dizdar O., Özişik L., Tanrıöver M. D., Kamisli S., Erman M., Hayran M. Vaccination Attitudes Among Patients with Cancer Receiving Chemotherapy. International Journal of Hematology&Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2016;26(3).
64. Sakamoto A., Chanyasanha C., Sujirarat D., Matsumoto N., Nakazato M. Factors associated with pneumococcal vaccination in elderly people: a

- cross-sectional study among elderly club members in Miyakonojo City, Japan. BMC public health. 2018; 18(1), 1172.
65. Yıldız O. Yaşlılarda bağışıklanma durumu, hekimlerin yaşlı bağışıklaması konusundaki tutumları ve yaşlı bağışıklanmasını iyileştirebilecek önlemler. Uzmanlık Tezi . Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. İstanbul, 2015.
66. Mutlu H. H., Coşkun F. O., Sargın M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Aşılama Sıklığı ve Farkındalığı. Ankara Medical Journal.2018;18(1), 1-13.
67. Hellfritsch M., Thomsen R. W., Baggesen L. M., Larsen F. B., Sørensen H. T., Christiansen C. F. Life style, socioeconomic characteristics, and medical history of elderly persons who receive seasonal influenza vaccination in a tax-supported health care system. Vaccine.2018;35(18), 2396-2403.
68. Akman, M., Uzuner A., Uç D., Dikmen, İ., Sarısoy M., Güzel S., Çifçili S. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılama durumu ve bilgi düzeyleri. The Journal of Turkish Family Physician.2014; 5(3), 19-23.
69. Tuells J., Rodríguez-Blanco N., Torrijos J. L. D., Vila-CandelR., Bonmati A. N et al.. Vaccination of pregnant women in the Valencian Community during the 2014-15 influenza season: a multicentre study. RevistaEspañola de Quimioterapia. 2018; 31(4), 344.
70. International Federation On Ageing (IFA). Adult Immunization Advocacy Summit Rome Meeting Draft Report. TORONTO:2015
71. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2013.[Online]
Erişim:<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202013.pdf>
Erişim tarihi: 28.06.2018
72. Ulusal Aşı Çalıştayı, Çalıştay Raporu. ANKARA:2016.[Online]
Erişim: <http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf>
Erişim Tarihi: 27.06.2018

73. Erdoğdu H. İ., Catak, B. Influenza, pneumococcal and herpes zoster vaccination rates amongst people aged 65 years and older and related factors. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi.2018; 21(4).
74. Yılmaz T., Yılmaz T. E., Ceyhan Ş., Kasım İ., Kaya A., Odabaş Ö. K., et al. Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Geriatrik Hastaların İnfluenza ve Pnömonokok Aşısı ile Aşılama Durumları ve Doktor Önerisinin Etkisi. Ankara Medical Journal.2018;3, 391-401.
75. Naito T., Yokokawa H., Watanabe A. Impact of the national routine vaccination program on 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine vaccination rates in elderly persons in Japan. Journal of Infection and Chemotherapy.2018;24(6), 496-498.
76. Aşı Reddiyle Salgınlar Kapıda.2018 [Online]
Erişim:<https://www.klimik.org.tr/2018/04/25/asi-reddiyle-salginlar-kapida/>
Erişim tarihi: 24.03.2019
77. Dünyada Aşı Karşıtlığını Artıran Aşı Karşıtı 8 Bilgi.2019.[Online]
Erişim:<https://www.klimik.org.tr/2019/02/13/dunyada-kizamik-salginini-riskini-artiran-asi-karsiti-8-yanlis-bilgi/>
Erişim tarihi:24.03.2019
78. Türkiye’de 3 Ayda 55 Kızamık Vakası.2018[Online]
Erişim:<https://www.klimik.org.tr/2018/04/24/turkiyede-3-ayda-55-kizamik-vakasi/>
Erişim tarihi: 24.03.2019
79. İncili H.D. Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar İle İlgili Bilgi Düzeyleri. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.2009.
80. Bülbül M., Ergüven M., Yasa O., Tombalak N. A. Sağlam çocuk polikliniğimize başvuran çocukların rutin aşı ve diğer aşıların uygulama oran ve düzeninin değerlendirilmesi. Medeniyet Medical Journal,2013;28(4), 171-178.
81. Chow M.Y.K., Danchin M., Willaby H. W., Pemberton S., Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood

- vaccinations in Australia: a national online survey. *Australian Family Physician*. 2017;46(3), 145.
82. Alshammari T.M., Subaiea G.M., Hussain T., Moin A., Yusuff K.B. Parental perceptions, attitudes and acceptance of childhood immunization in Saudi Arabia : A crosssectional study. *Vaccine*. 2018;36,23-38
83. Babadağlı F., Gökçay G., Ertem H. V., Bulut, A. Yalova Devlet hastanesine başvuran 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*.2007;7(4), 233-239.
84. Luman E. T., Barker L. E., Shaw K. M., McCauley M. M., Buehler J. W., Pickering L. K. Timeliness of childhood vaccinations in the United States: days under vaccinated and number of vaccines delayed. *JAMA*.2005; 293(10), 1204-1211.
85. Ames H. M., Glenton C., Lewin, S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(2).
[DOI: 10.1002/14651858.CD011787.pub2]
86. Garg R., Meraya A., Murray P. J., Kelly K. Illness Representations of Pertussis and Predictors of Child Vaccination Among Mothers in a Strict Vaccination Exemption State. *Maternal and Child Health Journal*.2018;22(1), 137-146.
87. Saitoh A., Saitoh A., Sato I., Shinozaki T., Kamiya, H., Nagata, S. Improved parental attitudes and beliefs through stepwise perinatal vaccination education. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*.2017;13(11), 2639-2645.
88. Dişçigil G., Korkmaz B. How Does Telephone Consultation Effect Immunization Rates of the Elderly? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*.2019;13(1), 8-13.

EK 1

Sosyodemografik veri formu

A. Sosyodemografik veriler

1. Doğum tarihiniz: 19.....

2. Cinsiyetiniz :

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

Okur Yazar değil Okur Yazar İlkokul Ortaokul

Lise Yüksek okul Fakülte

Yüksek lisans Doktora

toplam kaç sınıf okudunuz?

5. Yaşadığınız bölge :

Kır Kent

6. Ailedeki birey sayısı :

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ?

İyi Orta Kötü

8. Mesleğiniz :

9. Sağlık çalışanı iseniz :

Birim :

Hizmet süresi : yıl

10. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor Emekli İşsiz

11. Sigara Kullanımı :

- Hiç içmemiş
- Bırakmış yıldır içmiyor, yıl paket/gün içmiş
- İçiyor yıl paket/gün

12. Alkollü içki kullanımı :

- Hayır hiç kullanmam
- Evet, sadece sosyal ortamlarda kullanırım
- Evet kullanırım
- ayda 1-3 kez
- haftada 1-5 kez
- hemen hemen hergün

13. Sosyal medyayı aktif olarak kullanır mısınız?

- Evet Hayır

14. Kronik hastalığınız var mı?

Hayır

Evet

Kalp damar hastalığı (Hipertansiyon, kalp kapak hast, koroner arter hast...)

Kronik akciğer hastalığı (Astım, KOAH, bronik bronşit...)

Tip 1 diyabet

Tip 2 Diyabet

Kronik böbrek hastalığı

Aspleni/ splenektomi (Dalağın olmaması/ dalağın ameliyatla alınması)

Kronik karaciğer hastalığı

İmmüsupresyon

Bağ doku hastalığı (Romatoidartrit, SLE, ankilozanspondilit, Behçet h,...)

Malignite öyküsü

Organ nakli öyküsü

Morbidobezite

Kohlearimplant / BOS kaçağı

Dermatolojik hastalık (.....)

Diğer :

.....

15. Düzenli kullandığınız ilaç varsa yazınız.

.....

.....

16. Son 1 yılda hastaneye yatmanızı gerektirecek bir sağlık sorunuz oldu mu?

Hayır Evet (*Nedeni:*
.....)

17. Aşı / ilaç / besin vsallerjiniz var mı?

Yok Var
(*belirtiniz.....*)

18. (Sadece kadınlar için) Kaç kez gebe kaldınız ?

19. Kaç çocuğunuz var ?

20. Çocuğunuzun / çocuklarınızın allerjিদurumu :

Allerjisi yok Allerjisi var :

21. Günlük hayatta çocuklarla karşılaşıyor musunuz ?

Evet Hayır

22.Çocukluk aşılarınız uygulandı mı?

Uygulanmadı Eksik uygulandı Tam uygulandı.

B. Aşı ile ilgili Tutum ve Davranışlar

Bu bölümde yetişkin aşılarınızı yaptırıp yaptırmadığınızı ve bu kararınızı etkileyen nedenleri değerlendirmeyi hedefledik. Eğer çocuğunuz varsa 5. sorunun alt gruplarında çocuğunuzu aşılatma durumunu ve etkileyen faktörleri değerlendiren soruları da cevaplayınız.

1. Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- Aile hekimim
- Uzman hekim
- Hemşire
- Eczacı
- Eş – dost
- Başkası tarafından önerilmese de aşılarımı takip eder, yaptırım.

2. 18 yaşından sonra aşı yaptırdınız mı?

- Hayır
- Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım.
- Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım.

Hangi aşığı yaptırdınız?

Niçin aşı yaptırdığınız gerekti?

3. Daha önce aşı yaptırdığınızda herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?

- Hayır
- Evet (Oluşan yan etkiyi belirtiniz
:.....)

4. Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?

Hiç önerilmedi.

Hayır

Evet

Kabul etmemenizin en önemli sebebi neydi?

.....

Kabul etmemenizde aşağıdakiler ne kadar etkiliydi?

İğneden / acıdan korktuğum için

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların yan etkisinden korktuğum için

Hiç Biraz Epey Çok.

İnancım ile uyuşmadığından

Hiç Biraz Epey Çok.

Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan

Hiç Biraz Epey Çok.

TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden

Hiç Biraz Epey Çok.

Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden

Hiç Biraz Epey Çok.

İlaç sanayisine güvenmediğimden

Hiç Biraz Epey Çok.

5. Çocuğunuz varsa;

Çocuklarınıza çocukluk çağı aşılarını yaptırdınız mı?

Evet Hayır

Çocuğunuza aşı takviminde olmayan bir aşı yaptırdınız mı?

Evet (*belirtiniz*)

Hayır

Aşı takviminde olduğu halde çocuğunuza aşı yapıldığını reddettiğiniz oldu mu?

Evet (*hangi aşı?*)

Hayır

Çocuklarınıza aşı yaptırdığınızda yan etki ile karşılaştınız mı?

Evet (*belirtiniz.....*)

Hayır

Çocuklarınıza aşı yapılmasını önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?

Hayır (Diğer soruya geçiniz)

Evet

Kabul etmemenizin en önemli sebebi neydi?

.....

Kabul etmemenizde aşağıdakiler ne kadar etkiliydi?

İğneden / acıdan korktuğum için

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların yan etkisinden korktuğum için

Hiç Biraz Epey Çok.

İnancım ile uyuşmadığından

Hiç Biraz Epey Çok.

Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan

Hiç Biraz Epey Çok.

TV, radyo, gazetelerde aşuların zararlı olduğunu duyduğumdan

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümünden

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümünden

Hiç Biraz Epey Çok.

Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden

Hiç Biraz Epey Çok.

İlaç sanayisine güvenmediğimden

Hiç Biraz Epey Çok.

Aşı hakkındaki düşüncelerinizi merak ediyoruz. Bu nedenle aşağıdaki ifadeleri hazırladık. İfadeleri okuyunuz ve verilen yanıt seçeneklerinden size en uygun olana karşılık gelen kutucuğu işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşılar yetişkinler için uygun değildir, sadece çocuklara uygulanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşılar para tuzağıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü/ölümcül olmadığı için aşılanmak gereksizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşıların içinde toksik maddeler var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocukken aşılarım yapıldığı için yetişkinlikte aşılanmama gerek yok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yetişkinlere uygulanmak üzere geliştirilmiş aşılar mevcuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşılar kronik/ otoimmün hastalıklara neden olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocukluk çağı aşıları otizme neden olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocukların aşılanması gereklidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşılar bulaşıcı hastalıkların salgınlara dönüşmesini engeller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yetişkinler bazı özel hastalıklar veya riskler varsa aşılanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğuma aşılarımı zorunlu olmasaydı yaptırmazdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşıların yan etkilerinden korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yetişkin dönem aşıları zorunlu olsaydı yaptırırdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herkes çocuğunu aşılatıyor, çocuğum bulaşıcı hastalıklar açısından tehlikede değil bu nedenle çocuğumu aşılatmasam da olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşı sırasında uygulanan iğneden/acıdan korktuğum için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşı uygulanırken çocuğum ağladığı/ acı çektiği için çocuğuma aşı yaptırmak istemezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşı ve aşı uygulaması benim inancım ile uyuşmadığı için aşı yaptırmaktan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşıların bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellediğini bildiğimden aşılarımı yaptırıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı yaptırmaktansa geleneksel yöntemleri (bitki çayı vs) kullanmayı tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı yaptırmaktansa vitamin/mineral desteği almayı tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlıştır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV, radyo, gazetelerde aşuların zararlı olduğunu duyduğumdan aşı yaptırmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşuların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümünden aşı olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yetişkinlerin düzenli olarak aşılması gerekir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşuların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılansaktansa bu hastalıkları geçirip doğal bağışıklık kazanmayı tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocukluk çağı aşularının bir kısmının gereksiz olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı hastalıkların az görüldüğü bir bölgede yaşıyorum, bu nedenle aşuların hepsini yaptırmak istemiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşı yaptıracığım sağlık merkezi daha yakın olsaydı aşularımı yaptırırdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık çalışanları ve hekimimden aşular hakkında yeterince bilgi alabilseydim aşı yaptırmaktan çekinmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden aşı yaptırmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç sanayisine güvenmediğimden aşı yaptırmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık çalışanları ve hekimlerle daha iyi iletişim kurabilseydim aşı yaptırmaktan çekinmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.140806
Konu : Başvuru İncelemesi

01.12.2017


Sayın Prof.Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğumuz "Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerin Aşı Hakkındaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.134422 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 29/11/2017 tarih ve 19-14 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :29.11.2017 14:00
Karar No :2017-19

Karar-14)2011-KAEK-27/2017-E.134422 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Proje araştırmacılarından Arş. Gör. Dr. Banu SARIGÜL'ün sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. Hakkı Engin AKSULU
Başkan