



T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

ANNELERİN ÇOCUKLUK VE ERİŞKİN DÖNEMİ AŞILARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ VE KENDİ VE ÇOCUKLARI İÇİN AŞI
YAPTIRIP YAPTIRMAMA NEDENLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Semra ÇIKLAR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğretim Üyesi Pınar DÖNER GÜNER

HATAY-2019

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**ANNELERİN ÇOCUKLUK VE ERİŞKİN DÖNEMİ AŞILARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ VE KENDİ VE ÇOCUKLARI İÇİN AŞI
YAPTIRIP YAPTIRMAMA NEDENLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Semra ÇIKLAR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğretim Üyesi Pınar DÖNER GÜNER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANNELERİN ÇOCUKLUK VE ERİŞKİN DÖNEMİ AŞILARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ VE KENDİ VE ÇOCUKLARI İÇİN AŞI
YAPTIRIP YAPTIRMAMA NEDENLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Semra ÇIKLAR

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Dr.Öğretim Üyesi Pınar DÖNER GÜNER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Doç. Dr. Erhan YENGİL
2. Dr. Öğretim Üyesi Pınar DÖNER GÜNER
3. Dr. Öğretim Üyesi Şule SÜRMELEBEY GÜMÜŞTAKIM.....

I.İÇİNDEKİLER

I.İÇİNDEKİLER.....	I
II. TABLO LİSTESİ.....	IV
III. ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
IV. KISALTMALAR LİSTESİ.....	VII
V. TEŞEKKÜR.....	X
VI. ÖZET.....	XI
VII. ABSTRACT.....	XII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tarihçe.....	3
2.2. Türkiye’ de Aşı Tarihi ve Gelişimi.....	3
2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı.....	4
2.4. Ülkemizde Çocukluk ve Erişkin Dönem Aşılıarı.....	6
2.4.1. Bcg Aşısı.....	6
2.4.2. Hepatit B Aşısı.....	7
2.4.3. DaBT (Difteri, Boğmaca, Tetanoz) Aşısı.....	9
2.4.4. Pnömonokok Aşısı.....	12
2.4.5 Haemophilus İnfluanzae Tip B Konjuge Aşısı.....	14
2.4.6. Polio Aşılıarı.....	15
2.4.7 Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık Aşılıarı.....	17
2.4.8. Hepatit A Aşısı.....	20
2.4.9. Suçiçeği (Varisella Zoster Virus) Aşısı.....	22
2.4.10. Rotavirüs Aşısı.....	23
2.4.11. Meningokok Aşısı.....	24
2.4.12. Herpes Zoster (Zona) Aşısı.....	26

2.4.13. Mevsimsel Grip Aşısı (İnfluenza Aşısı).....	27
2.4.14. Human Papillomavirüs Aşısı	29
2.4.15. Kuduz Aşısı.....	30
2.4.16. Tifo Aşısı	31
2.4.17. Sarıhumma Aşısı	31
2.4.18. Japon Ensefaliti Virüs Aşısı.....	32
2.4.19. Günümüzde Kullanılan Aşıların Tipleri, Pozolojisi Ve Uygulama Yolları	32
2.5. Çocuklarda Aşı Uygulamalarının Sonuçları	33
2.6. Erişkin Aşılmasının Önemi	34
2.7. Ülkemizde Erişkin Aşı Uygulamaları	36
2.8. Özel Erişkin Gruplarında Aşılama.....	36
2.8.1 Tüm Erişkinlerde Önerilen Aşılar.....	36
2.8.2. Gebelik Öncesi Dönemde Aşılama Önerileri.....	37
2.8.3. Gebelerde Önerilen Aşılar	37
2.8.4. Emzirme ve Aşılama.....	37
2.8.5. Öğretmenler ve Gündüz Bakım Evlerinde Çalışanlar İçin Aşı Önerileri.....	37
2.8.6. Ülkemizde Askeri Birliklerde Uygulanan Aşılar	38
2.8.7. Seyahat Aşı Önerileri.....	38
2.8.8. Sağlık Çalışanlarında Öneriler	39
2.8.9. Kronik Hastalıkları Olan Kişilerde Aşılama Önerileri.....	40
2.8.10. Yaşlılık Döneminde Aşılama Önerileri.....	40
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Birinci Aşama: Niceliksel Bölüm	42
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	42
3.1.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	42
3.1.3. Veri Analizi ve İstatistik	43
3.1.4 Etik Onay	43
3.2.İkinci Aşama: Niteliksel Bölüm.....	43

3.2.1. Araştırmanın Tipi.....	43
3.2.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	43
3.2.3. Veri Analizi.....	44
4.BULGULAR.....	45
4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması.....	45
4.2. Araştırmanın İkinci Aşaması	71
5. TARTIŞMA	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
7.KAYNAKLAR	100
8.EKLER.....	111
Ek 1: Çalışma Anketi.....	111
Ek 2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	119
9. ÖZGEÇMİŞ	121

II. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. 2009 Genelgesi Genişletilmiş Bağışıklama Programı Hedefleri	5
Tablo 2. Türkiye’de Ulusal Aşı Takvimi 2019	5
Tablo 3. Gebelerde Tetanoz Aşı Takvimi	12
Tablo 4. Yaralanmalarda Tetanoz Profilaksisi	12
Tablo 5. Aşı Tipleri, Pozoloji ve Uygulama Yolları	32
Tablo 6. Erişkin Dönemde Tamamlanmamış Aşılama İçin En Sık Nedenler	35
Tablo 7. T.C Sağlık Bakanlığı Erişkin Aşı Çizelgesi	36
Tablo 8. Öğretmenler ve Gündüz Bakım Ekibi İçin Önerilen Aşılar	38
Tablo 9. Seyahat aşıları	39
Tablo 10. Katılımcılara İlişkin Özellikler	45
Tablo 11. Babalara İlişkin Özellikler	47
Tablo 12. Aileye İlişkin Özellikler	48
Tablo 13. Annelerin Aşı İle İlgili Bilgi Durumları	49
Tablo 14. Annelerin Aşı Yan Etki Durumlarını Bilme Düzeyleri.....	50
Tablo 15. Annelerin Özelliklerine Göre Gebelikte Aşı Olma Durumu.....	51
Tablo 16. Ücretli Aşılarla İlişkin Bilgiler.....	52
Tablo 17. Annelerin Özelliklerine Göre Ücretli Aşı Olduğunu Bilme Durumu	54
Tablo 18. Annelerin Özelliklerine Göre Ücretli Aşı Yaptırma Durumu.....	56
Tablo 19. Annelerin Özelliklerine Göre Çocuk Aşılarının Ailenin İsteğine Bırakılması.....	58
Tablo 20. Çocuk Aşıları İle İlgili Sorular ve Yanıtları.....	60
Tablo 21. Annelerin Erişkin Aşıları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu ve Yaptırmama Nedenleri.....	61
Tablo 22. Annelere İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Aşıları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	63
Tablo 23. Annelere İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Dönemde Aşı Yaptırma Durumu	65
Tablo 24. Babalara İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Dönemde Aşı Yaptırma Durumu	67

Tablo 25. Katılımcıların Erişkin Dönem Aşısı Yaptırma Nedenleri.....	69
Tablo 26. Erişkin Aşuları İle İlgili Sorular ve Yanıtları.....	70
Tablo 27. Araştırmanın İkinci Aşamasına Katılan Annelerin Bilgileri.....	71



III. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Yıllara Göre AŞılama Hızları Yüzdeleri	33
Şekil 2. Annelerin Meslekleri	46
Şekil 3. Ailenin Gelir Düzeyi	47
Şekil 4. Çocuğa cretli AŞı Yaptırma Durumu	53
Şekil 5. Ğrenim Durumuna Göre cretli AŞıdan Haberdar Olma Durumu	55
Şekil 6. Mesleğe Göre Annelerin cretli AŞı Yaptırma Durumu.....	57
Şekil 7. Annelerin Ulusal Takvimdeki AŞıları Bilme Düzeyleri	59
Şekil 8. Erişkin Dönem AŞıları Hakkında Bilgi Sahibi Olup AŞı Yaptırmama Nedeni	62
Şekil 9. Ğrenim Durumuna Göre Annelerin Erişkin Dönem AŞılarından Haberdar Olma Durumu	64
Şekil 10. Katılımcıların Erişkin Dönem AŞısı Yaptırma Durumu.....	66
Şekil 11. Annelerin Erişkin Dönem AŞılarının Yaptırma Oranları.....	68

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACIP	: İmmünizasyon Uygulamaları Öneri Komitesi
AFP	: Akut Flask Paralizi
Anti HBs	: Hepatit B Antikoru
Anti-HAV IgM	: Hepatit A Antikoru İmmünglobülin M
Anti-HAV IgG	: Hepatit A Antikoru İmmünglobülin G
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Tüberküloz Aşısı
BOS	: Beyin-Omurilik Sıvısı
C.Diphtheriae	: Corynebacterium diphtheriae
DaBT	: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz
DBT	: Difteri-Boğmaca-Tetanoz
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerika Gıda ve İlaç Dairesi
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HA veya H	: Hemaglutinin
HAV	: Hepatit A Virüsü
HBIG	: Hepatit B İmmünglobülin
HBV	: Hepatit B Virüsü
HbsAg	: Hepatit B Yüzey Antijeni
HBcA g	: Hepatit B Kor Antijeni
HBeAg	: Hepatit B e Antijeni
HCC	: Hepatosellüler Karsinom
HDCV	: İnsan Diploid Hücre Aşısı
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
Hib	: Hemofilus influenza Tip b
HPV	: İnsan Papilloma Virüsü Aşısı

HPV2	: İnsan Papilloma Virüsü 2 valanlı aşı
HPV4	: İnsan Papilloma Virüsü 4 valanlı aşı
ID	: İnter dermal
IM	: İnter müsküler
IPA	: İnaktif Polio Aşısı
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı
KKKV	: Kızamıkçık, Kabakulak, Suçıçeği Aşısı
KKS	: Konjenital Kızamıkçık Sendromuna
KPA	: Konjuge Pnömonok Aşısı
LAIV	: Canlı Attene İnfluenza Aşısı
MCV4	: Meningokok Konjuge Kuadrivalan Aşı
MPSV4	: Meningokok Polisakkarid Aşı
MMR	: Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık
NA veya N	: Nöraminidaz
NK	: Doğal Öldürücü Hücreler
OPA	: Oral Polio Aşısı
PCV	: Konjuge pnömonokok aşısı
PPD	: Pürifiye Protein Derivesi
PPSV23	: Polisakkarit Pnömonokok Aşısı
R	: Rapel (pekiştirme dozu)
RIG	: Kuduz İmmnglobulini
RNA	: Ribonükleik Asit
RV1	: Monovalan Rota Virüs Aşısı
RV5	: Beş valanlı Rota Virüs Aşısı
TCT	: Tüberkülin Cilt Testi
Td	: Erişkin tipi difteri-Tetanoz Aşısı
Td1	: Tetanoz ve erişkin tip difteri toksidi 1.doz
TIV	: Trivalan İnaktif Grip Aşısı
TİG	: Tetanoz İmmünglobulin
TT	: Tetanoz Toksoid aşısı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

VZIG : Varisella Zoster Virus İmmünglobulin
VZV : Varisella Zoster Virus
yy. : yüzyıl



V. TEŞEKKÜR

Mustafa Kemal Üniveristesi Tıp Fakültesi'nde geçen asistanlık dönemimde eğitimime katkıda bulunan, sadece teorik ve pratik tıp bilgileri değil, çalışma ahlakı ve disiplini adına çok şey öğreten ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Cahit Özer' e,

Hepimizin yanında olduğunu her daim hissettiren hocamız Doç. Dr. Erhan Yengil' e,

Araştırmanın planlanmasında, yürütülmesinde sabır ve anlayışla beni destekleyen, çalışmalarımnda yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım sayın hocam Dr.Öğretim Üyesi Pınar Döner Güner' e,

Çalışmalarımnda benden yardımlarını esirgemeyen değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Verilerimin toplanması sırasında birlikte çalıştığım intörn doktor arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde önemli pay sahibi olan değerli anneme ve babama,

Desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen değerli eşim Dr. İsa Armağan Çıklar'a,

Tez sürecinde ihmal etmemeye çalıştığım sevgili kızım Azra Betül'e teşekkür ederim.

Dr.Semra Çıklar

VI. ÖZET

ANNELERİN ÇOCUKLUK VE ERİŞKİN DÖNEMİ AŞILARI HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE KENDİ VE ÇOCUKLARI İÇİN AŞI YAPTIRIP YAPTIRMAMA NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Annelerin aşıya karşı tutumunun nedenleri, buna sebep olan etmenleri, aşı yaptırma konusundaki çekincelerini, çocuk ve erişkin aşıları konusundaki bilgi düzeyinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı ve kalitatif tasarıma sahip olan bu çalışma Ağustos 2018 –Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Annelere çocukluk ve erişkin dönem aşıları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 350 anne katılmıştır. Annelerin %60.3'ü ücretli aşılar hakkında bilgi eksikliğinin olduğunu ifade etti. En sık bilinen ve yaptırılan ücretli aşılar grip (%13.1) ve rota (%9.7) aşısıydı. Annelerin ulusal aşı takviminde en sık bilgi sahibi olduğu aşılar sırasıyla KKK (%14.3), suçiçeği (%14.53) ve tetanoz (%13.92) aşısıydı. En fazla yaptırılan erişkin dönem aşıları tetanoz (%52.63), grip (%15.57) ve hepatit B (%9.89) aşılarıdır. Erişkin aşılarını yaptırmama önündeki en büyük engel bilgi yetersizliği (%60.3) olarak saptandı. Görüşmelerin analizine göre katılımcılar çocukları için aşıların gerekli olduğunu vurguladılar. Erişkin dönem aşıları hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını ve gerekli olup olmadığı konusunda tereddütlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuçlar: Çalışmada annelerin çocukluk ve erişkin dönemi aşıları ile ilgili bilgi düzeyleri sıklıkla orta derecede, özel aşılarla (ücretli aşılar) ilgili bilgi düzeylerinin büyük oranda düşük olduğu saptandı. Bunu etkileyen faktörleri sorguladığımızda aşılar konusundaki bilgi eksikliğinin buna neden olabileceği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Aşıları, Erişkin Aşıları, Ücretli Aşılar

VII. ABSTRACT

DETERMINING THE KNOWLEDGE, BEHAVIOR AND ATTITUDE OF MOTHERS ON CHILD AND ADULT VACCINES AND EVALUATING THEIR REASONS TO OR NOT TO HAVE THEMSELVES AND THEIR CHILDREN VACCINATED

Aim: The aim of this study was to investigate the causes of the mothers' attitudes towards the vaccine, the factors causing this, the concerns about vaccination, and the level of knowledge of children and adults.

Methods: This study had a cross-sectional, descriptive and qualitative design and was carried out between August 2018–May 2019. A questionnaire and a semi-structured in-depth interview form were applied to mothers, who questioned their knowledge, attitude and behavior about child and adult vaccines.

Results: 350 mothers participated in the study. 60.3% of the mothers stated that they had a lack of information on paid vaccines. The most commonly known and received paid vaccines were influenza (13.1%) and rotavirus vaccines (9.7%). The vaccines from the national vaccination schedule that the mothers most commonly had knowledge of were measles-mumps-rubella (MMR) (14.3%), varicella (14.53%) and tetanus (13.92%) vaccines, respectively. The most commonly received adult vaccines are tetanus (52.63%), influenza (15.57%) and hepatitis B (9.89%) vaccines. The largest obstacle to not receiving adult vaccines was found to be lack of knowledge (60.3%). According to the analysis of the interviews, the participants emphasized the necessity of vaccines for their children. They stated that they did not have sufficient knowledge on adult vaccines and that they were uncertain about their necessity.

Conclusion: In the study, the level of knowledge of the mothers on child and adult vaccines was found to be commonly moderate, and their level of knowledge on special vaccines (paid vaccines) was found to be significantly low. Considering the factors affecting this, it was observed that the lack of knowledge on vaccines could cause this.

Key Words: Child Vaccinations, Adult Vaccines, Paid Vaccines

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bulaşıcı hastalıklarla başa çıkmada aşılarda bulunması dönüm noktası olmuştur. Aşılamanın başlamasıyla en çok öldüren hastalıkların başında gelen pek çok enfeksiyon hastalığının prevalansı hızla azalmıştır (1). Toplumun sağlığını korumada yaşamsal öneme sahip olan aşılarda genellikle çocukluk çağında başarı ile yürütülürken erişkin dönemde yeterli oranda ilgi görmemektedir (2).

Ülkemizde uygulama ve hedefe ulaşma bakımından çocukluk bağışıklaması oldukça iyi bir konumda ancak kayıt sorunları nedeniyle erişkin çağda aşı gereksiniminin değerlendirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır (3). Aşı kampanyalarına rağmen hala her yıl önemli sayıda aşı ile korunabilen enfeksiyon hastalıklarına bağlı hastane yatışları ve ölümler görülmektedir (1).

Aşılamada bebek ve çocuklarla yakından ilişkilidir. Bebeklik ve çocukluk çağında yapılan pek çok aşının koruyuculuğu erişkin dönemde azalmakta ve yeniden aşılanmaları gerekmektedir. Ülkemizde erişkin dönemde aşılamada çok önemlidir bunun nedeni olarak çocukluk döneminde bazı kişilerin aşılanmamış olması ve uygulanan bazı aşılarda ömür boyu bağışıklık sağlayamaması gösterilebilir (4). Pnömonokok pnömoni ve gripin yaşlı ve risk grubu erişkinlerde; ayrıca kızamık, suçiçeği, hepatit A gibi bazı hastalıkların erişkinde daha ağır seyretmesi, kızamıkçığın gebelerde yüksek düzeydeki teratojenik sonuçlara yol açması erişkinlerde aşılamada önemini artırmaktadır (5).

Aşının hayat kurtarıcı özelliği yadsınamaz bir gerçek olarak karşımızda dururken, aşılar da yararlanmayı etkileyen faktörleri, bağışıklama hizmetlerine karşı toplumdaki bakış açısını sorgulamak için bu araştırma planlandı.

Bu araştırmada; aşıya karşı tutumun nedenleri, buna sebep olan etmenleri, aşı yaptırmada konusundaki çekincelerini, annelerin çocuk ve erişkin aşıları konusundaki bilgi düzeyinin incelenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağışıklamayı, aşı yoluyla kişiyi hastalık ya da enfeksiyondan koruma olarak tanımlar (6). Diğer bir tanım da bir enfeksiyon etkeninin vücuda verilmesiyle oluşturulan, enfeksiyona direnç durumuna immünizasyon veya bağışıklama denir (7).

Moleküler anlamda bağışıklama patojenlerde bulunan antijenik yapıdaki epitoplara zararsız immünojenler halinde immün sisteme tanıtılmasıdır (8). Aşı, belirli bir hastalığa karşı özgün koruma sağlamak amacıyla hazırlanmış immünobiyolojik preparattır. Bir aşı tipik olarak, bir hastalığa neden olan mikroorganizmaya benzemektedir ve genellikle zayıflatılmış ya da öldürülmüş enfeksiyon ajanları, toksinler ya da yüzey proteinlerinden birini içerir. Aşı içeriğindeki materyal immün yanıtı uyarır ancak hastalık oluşturmaz (7).

Bağışıklık doğal ve edinilmiş bağışıklık olarak 2 ana gruba ayrılır. Genetik faktörlerle, anatomik engellerle, vücut sıvılarındaki koruyucu faktörlerle, hücresel faktörlerle, anneden fetüse geçen antikorlarla oluşan bağışıklığa Doğal Bağışıklık denir. Etkene özgüllük göstermeyen ve uyarıyı izleyen dakikalar içinde harekete geçen erken savunma sistemini makrofajlar, nötrofiller, dendritik hücreler ve doğal öldürücü hücreler (NK), sitokinler, kemokinler, C reaktif protein gibi akut faz proteinleri ve kompleman sistemi oluşturur.

Edinsel (kazanılmış) bağışıklık kişinin vücudunun kendi savunma gücü ile oluşan özel savunma durumudur. Etkene özgüllük gösteren ve harekete geçme süresi günlerle ifade edilen belirli bir hazırlık aşaması gerektiren edinsel bağışıklığın yapıtaşları B ve T lenfositlerdir. Edinsel bağışıklığın aktif ya da pasif bağışıklık olarak 2 tipi vardır. Geçirilmiş enfeksiyonlarla ya da aşılama ile oluşan bağışıklık aktif bağışıklıktır. Bu tür bağışıklıklar genellikle uzun sürelidir. Plasentadan ve anne sütünden geçen antikorlarla ya da bir başka canlının vücudunda gelişen antikorların kişiye verilmesi ile oluşan bağışıklık tipi pasif bağışıklıktır (7).

2.1. Tarihçe

İlk bağışıklama çalışmaları Hintli budistlerin 7.yy'da bazı yılanların zehirini vücut bağışıklığını uyarması için içmeyi denemesi ve bunun vücutta antitoksin etki yarattığını saptamasıyla başlamıştır. Ama hala tam olarak aşının ilk kaynağının nerde ortaya çıktığı bilinmemekte olup, Asya'nın merkezinde bir bölgede 1000'li yılların başlarında başlayıp Doğu Çin, Batı Türkiye, Afrika ve Avrupa'ya yayıldığı düşünülmektedir.

Çiçek aşısı Osmanlı İmparatorluğu'nda da uygulanmaktaydı. İngiliz Sefiresi Lady Mary Wortley Montague, İstanbul'a 1717 yılında gelmiş ve yerleştirme (engrafting) adı verilen tekniği gözlemlemiş ve 1721'de İngiltere'ye döndüğünde tanıtmıştır. Daha sonra Louis Pasteur tavuk kolerasına neden olan Pasteurella Multocida bakterisine karşı ikinci aşı ve ilk bakteri aşısı olan aşığı bulmuştur (1880). Pasteur sayesinde günümüz laboratuvar ortamında geliştirilen hastalığa neden olan etkenden aşı oluşturulması, atenüasyon ve pasajlar yoluyla modifikasyon yöntemleri bilim dünyasına kazandırılmıştır. 1881'de yaptığı deneyle ikinci bakteri aşısı olma özelliği olan şarbon aşısını bulan, Pasteur olmuştur. 1885 yılında Pasteur geliştirdiği kuduz aşısını halka ve tıp camiasına tanıtmış, köpekler tarafından ısırılan Joseph Meister ve Jean Baptiste Jupille'e aşığı uygulamış ve ikisi de hayatta kalabilmeyi başarmıştır.

19.yy.'ın sonlarına gelindiğinde; Richard Pfeiffer, Wilhelm Kolle ve Almroth Wright bağımsız çalışarak ölü tifo aşısını bulmuşlardır. Jaime Ferran ve Waldemar Haffkine 1883'te kolera etkenini izole etmiş ve daha sonra aşısını yapmışlardır. 20.yy.'a gelinirken Emil Von Behring, 1891'de bir çocuğu difteri antitoksiniyle iyileştirmiştir. Behring bu çalışmasıyla 1901'de ilk Nobel Tıp Ödülü'nü almaya hak kazanmıştır (9).

2.2. Türkiye' de Aşı Tarihi ve Gelişimi

Ülkemizde aşı çalışmaları 1801 yılında Jenner metoduna göre Çiçek aşısı uygulaması başladıktan 3 yıl sonra Osmanlı devletinde aşı uygulamalarının başlaması ile başlamıştır. Çiçek aşısının uygulaması için 1885'te dünyada ilk olan

“Çiçek Nizamnamesi” adıyla kanun çıkarılmış, aşı yaptırmayan kişiler askeri ve yatılı okullara alınmamıştır (10).

1886 yılında kuduz aşısının üretilip uygulanması için Pasteur Enstitüsüne eğitim için gönderilen hekim ve veterinerler ile 1887 Ocak ayı başında kuduz aşısı Türkiye’ye getirilmiş; ilk kuduz aşısı Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane’de üretilmiştir. Aynı yıl Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur. 1892’de ilk çiçek aşısı üretimi başlamıştır. 27 Mayıs 1928 tarihinde toplum sağlığını koruma çalışmaları yapmak amacıyla Refik Saydam Hıfzısıhha Müessesesi kurulmuştur. Enstitü koruyucu hekimlik bağlamında aşı ve serum üretim çalışmalarına başlamıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında tüm Türkiye’nin aşı gereksinimini karşılayan kurum dünyaya da aşı ihraç etmiştir (10).

2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma ihtimalinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılaraq bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile sürdürülen önemli bir temel sağlık hizmetidir.

Genelgede; ulusal aşı takvimi, okul aşılama, hiç aşılanmamış çocuk aşıları ile gebeler gibi özel gruplardaki aşılama, aşı uygulama kuralları ile aşı kayıt ve bildirimlerinin nasıl yapılacağı, aşıların yan etkileri, kontrendikasyonları, aşı uygulama şekilleri, aşı lojistiği ile aşı sorumlularının belirlenmesi gibi çok önemli konulara yer verilmiştir. Genelgede yer alan genişletilmiş bağışıklama programı için hedefler Tablo 1’de gösterilmiştir. Aynı genelge ile Aile Hekimliği düzeyinde yapılacak işlere atıfta bulunularak; “Aile hekimliği sisteminin yürütüldüğü illerde Genişletilmiş Bağışıklama Programının (GBP) başarı ile yürütülebilmesi için her aile hekiminin kayıtlı kişileri özellikle bebek, çocuk ve gebeleri düzenli takip etmesi gerekir” denmektedir (11).

Genelgenin 2009’da yayınlanmasından bir yıl sonra Aile hekimliği tüm ülkede uygulanmaya başlanmış bu süreçle beraber sağlık ocaklarının sürdürüle geldiği bağışıklama hizmetini aile hekimleri Aile Sağlığı Merkezlerin (ASM) de yürütmeye başlamıştır (12).

Tablo 1. 2009 Genelgesi Genişletilmiş Bağışıklama Programı Hedefleri (11)

2009 GENELGESİNDEKİ GBP HEDEFLERİ
• Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
• 12–23 aylık bebeklerin %90’ını tam aşıli hale getirmek,
• 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılama,
• 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 ve Streptokokus pnömoniya’ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkları kontrol altına almak,
• Aşı güvenliğini sürdürmek,
• Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
• Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir

Tablo 2’ de Aile sağlığı merkezlerinde Sağlık Bakanlığı’nca ulusal bağışıklama programı ile belirlenen çocukluk döneminde uygulanması önerilen aşılama verilmştir (13).

Tablo 2. Türkiye’de Ulusal Aşı Takvimi 2019 (13)

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

1 Yaş Üstü Hiç Aşılanmamış Çocuklarda Aşılama Şeması

A) 6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması (12-71 ay):

- İlk karşılaşma DaBT-İPA-Hib, Hep B, ppd* ile TCT**
- İlk karşılaşmadan 2 gün sonra KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG
- İlk karşılaşmadan 2 ay sonra DaBT-İPA-Hib, Hep B
- İlk karşılaşmadan 8 ay sonra DaBT-İPA-Hib, Hep B, OPA

Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşuları ile devam edilecektir.

*ppd: pürifiye protein derivesi

**TCT: Tüberkülin Cilt Testi

B) 6 yaş üzerinde ve daha önce hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması (72 ay ve üzeri):

- İlk karşılaşma Td, OPA, Hep B, KKK
- İlk karşılaşmadan 1 ay sonra Td, OPA, Hep B, KKK
- İlk karşılaşmadan 8 ay sonra Td, OPA, Hep B

Aradan uzun bir süre geçmiş olsa bile, aşı takviminde belirtilen aralıklara göre aşuları tamamlanamamış çocuklarda önceki aşı dozlarının tekrar yapılmasına gerek yoktur. Aşılamaya bırakılan yerden devam edilir, eksik aşıları çocuk saptandığında yaşına uygun olarak yukarıdaki şemalara göre aşuları tamamlanır (11).

2.4. Ülkemizde Çocukluk ve Erişkin Dönem Aşuları

2.4.1. Bcg Aşısı

Etkeni Mycobacterium Tuberculosis basili olan Tüberküloz (Tbc) yıllar boyunca dünyada milyonlarca ölüme yol açan ve halen devam eden hastalıklardan biridir (14). Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri M. Tuberculosis ile enfekte olmakla

birlikte, enfeksiyon bunlarda %90-95 oranında latent kalmakta ve kişiler asemptomatik olmaktadır. Diğer %5-10'luk kısımda aktif enfeksiyon ortaya çıkmaktadır (14,15)

BCG aşısı canlı ve atenüe özellikli olup DSÖ tarafından 1974'te GBP'ye dahil edilmiştir. Aşı akciğer tbc önlemeye çok etkili olmasa da (%0-80) özellikle tüberküloz menenjitine karşı koruyuculuğu (%40-80) daha yüksektir (16).

Aşı 2-8°C'de 1-2 yıl donmadan saklanabilir. Sulandırıldıktan sonra ömrü 4-6 saat olup ışığa ve ısıya hassas olduğu için kalan kısmı atılmalıdır. Aşının uygulanması sol deltoid bölgeye intradermal, 0-12 aylık bebeklere 0.5 ml, bir yaş ve daha büyük çocuklara 1 ml olarak yapılmalıdır (17). Aşı takvimimizde 2. ayın sonunda tek doz olarak yapılmaktadır (13).

Aşıdan sonra yapılan bölgede 2-8 hafta arasında süren püstül meydana gelir ve aşı skarı oluşturarak iyileşir. Aşı yan etkileri; osteit, bölgesel lenfadenopati, aşı yapılan yerde yavaş iyileşen ülser, yaygın BCG enfeksiyonu, anafloktoid reaksiyonlar, bölgesel lenf bezlerinde büyüme, süpüratif lenfadenit ve absedir (17).

İmmün yetmezlik durumları ve gebelikte kontrendikedir. Risk grubunu çoklu ilaç direncinin ve tüberküloz bulaş riskinin yüksek olduğu bölgelerde çalışan sağlık personeli, göçmenler, riskli bölgelere uzun süreli seyahat, aktif tüberkülozlu ile yakın temasta olan ve PPD negatif olanlar oluşturur (18).

2.4.2. Hepatit B Aşısı

1971 yılında Hepatit B aşısı için çalışmalar başlamıştır. 1980'li yılların ortalarında maya ve memeli hücrelerinde HbsAg ekspresyonu oluşturulmuş ve major HBsAg kısmını içeren ikinci nesil rekombinant cansız aşılar üretilmeye başlanmıştır. İlerleyen yıllarda antikor yanıtının arttırmak için bu aşılar preS1 ve preS2 proteinleri de eklenerek yeni rekombinant aşılar hazırlanmıştır (19,20,21). Bu aşı ilk defa 1991'de İtalya'da uygulanmaya başlamıştır (22). Hepatit B aşısının uygulanmasından sonra hepatit B taşıyıcılığı, hepatit B'ye bağlı kronik karaciğer hastalığı ve hepatosellüler karsinom (HCC) oranlarında ciddi azalmalar görülmesinden sonra 1997 yılında DSÖ tüm dünyada rutin olarak tüm yenidoğan ve çocukların aşılması ve aşı takvimine girmesini önermiştir (23).

Günümüzde tüm yaş gruplarında 0, 1 ve 6. aylarda olmak üzere 3 dozluk aşı çizelgesi uygulanmaktadır (24). Aşının uygulanması kas içine olup tek dozunda HBsAg protein miktarı çocuklar için 1.5-20 µg olup erişkinler için bunun iki katı olması yeterli yanıt oluşturmaya açısından gereklidir. İmmün sistemi baskılanmış bazı hastalarda (hemodiyaliz hastaları gibi) aşı yanıtlarının yeterli olması için 40 µg olarak iki katı dozda kullanılması gerekmektedir (25,26). Eğer herhangi bir nedenle aşılamaya da aksama olursa özellikle 2. dozdan sonra ara uzamışsa tekrar başa dönülmez aşılamaya kaldığı yerden devam edilir. Eğer doz aralıklarının azaltılması gerekirse (örneğin; staja başlayacak sağlık çalışanı veya ailede herhangi bir birey akut hepatit B enfeksiyonu tanısı almış ise) üç dozun birer ay arayla verilmesi de mümkündür. Ancak bu durumda yeterli serokonversiyon oluşmayacağı için ek bir rapel dozuna ihtiyaç vardır.

Aşı 2-8°C'de ve dondurulmadan üretim tarihinden itibaren dört yıl boyunca özelliğini yitirmeden güvenle saklanabilir (21,27). Rapel doz uygulanımı günümüzde hala tartışmalı bir konudur. Piyasada uygulanan hepatit B aşısı propektüslerinde üç doz uygulamadan beş yıl sonra antikör titre kontrolü yapılması ve negatif olması durumunda rapel doz yapılması gerektiği belirtilmektedir. Ancak genel kabul gören bir kanıya göre; takvime göre üç doz aşılanmış immün sistemi normal olan bireylerde buna gerek olmadığı, bu bireylerde Anti-Hbs (Hepatit B antikoru)'leri kaybolursa bile, hepatit B virüsü ile karşılaştıklarında anamnestic reaksiyon gereği bellek B lenfositler ortaya çıkacağı için koruyuculuğun devam ettiği kabul edilmektedir (28,29).

Yapılan bir çalışmada üç doz aşı uygulaması sonrası rapel dozu uygulanan ve uygulanmayan iki grubun 20 yıl sonra karşılaştırılmasında antikör kalıcılığı ve bellek özelliği bakımından fark görülmemiş olup, rapel dozuna ihtiyaç olmadığı savunulmuştur (30). DSÖ'nün önerilerine göre, üç doz aşıyla aşı şemasına göre aşılanan çocuklar ve erişkinler, damar içi uyuşturucu kullanan, yoğun cinsel aktif bireyler ve sağlık personelleri için rapel doza ihtiyaç olmadığı, fakat immün yetmezliği olan veya çeşitli nedenlerle immün sistemi baskılanmış hastaların antikör titreleri kaybolduğu zaman rapel doz gerektiği bildirilmiştir (28).

Aşının içeriğindeki herhangi bir maddeye karşı anafilaktik reaksiyon hikayesi mevcut ise Hepatit B aşısı kontrendikedir. Yan etkileri enjeksiyon alanında olabilen

lokal reaksiyonlar, halsizlik, üşüme, titreme, grip benzeri semptomlar, miyalji, artralji de seyrek olarak bildirilmiştir.

Temas sonrası profilakside Hepatit B aşısının kullanımı değişmektedir. Deri ve mukoza aracılığıyla HbsAg pozitif kişiden aşı olmamış kişiye temas/bulaş ardından ilk 6-24 saat içinde HBIG (Hepatit B İmmünglobülin) 0.06 mL/kg dozda intra müsküler (İM) olarak yapılmalı ve yanında üç doz aşılama başlatılmalıdır. Anne HBsAg pozitifse, doğumun ardından bebeğe ilk 6-12 saat içinde aşının yanında HBIG uygulanmalıdır. Akut veya kronik hepatit B enfeksiyonu olan bireylerle cinsel birliktelik olması durumunda, en geç 14 gün içinde HBIG ve aşı uygulanmalıdır (31).

ACIP, Hepatit B aşısı HBV enfeksiyonu açısından risk altında olan tüm aşılanmamış erişkinlere ve HBV enfeksiyonundan korunmak isteyen herkese önermektedir (32). Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar, çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar, sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda olanlar, diyaliz hastaları, bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler, hepatit-B taşıyıcıları ile yakın teması olan kişiler, hepatit-B taşıyıcısı annelerin bebekleri, yetiştirme yurtları, ıslahevi ve cezaevinde yaşayanlar risk grubunu oluşturur (33).

2.4.3. DaBT (Difteri, Boğmaca, Tetanoz) Aşısı

Difteri aşısı toksoid aşıdır ve intra müsküler (IM) olarak uygulanır. Pediatrik ve erişkin formları vardır. Erişkin formu yedi yaşından büyüklere uygulanır (34).

Günümüzde ulusal aşı takvimimizde; 2, 4, 6 ve 18. aylarda olmak üzere toplam 4 doz DTaB-IPV-Hib aşısı yapılmaktadır. İlkokul 1. sınıfta DaBT-IPV aşısı IM olarak deltoid kasa uygulanır. 1, 2 ve 3. dozlar arasında en az dörder hafta olmalı, 3. ile 4. doz arasında en az altı ay olmalıdır. Boğmaca aşısına karşı bir kontrendikasyon mevcut ise aşılama DT aşısı ile devam edilir. Eğer çocuk ilk dozu (DTB veya DTaB) bir yaşından önce almışsa dört doz DT yapılmalı, bir yaşından sonra almışsa 2.ve 3. doz arasında en az 6-12 ay olacak şekilde üç doz DT yapılmalıdır. Çocuğa dört doz (DT, DTB veya DTaB) aşısı dört yaşından önce yapılmışsa 4-6 yaş arasında pekiştirme dozu yapılmalı, 4. doz dört yaşından sonra yapılmışsa pekiştirme dozu yapılmasına gerek olmamaktadır (31, 35, 36).

Aşı uygulanan bölgede ödem, ağrı, eritem, kaşıntılı nodüller, granülom, steril abse, ateş gibi yan etkiler olabilmektedir. Önceki aşılama da anafilaksi veya ensefalopati gelişmiş kişilerde aşı kontrendikedir (37).

Boğmaca aşısının tam hücreli ve asellüler olmak üzere 2 tipi vardır. Tam hücreli aşının yan etkileri oldukça fazla olduğundan 1970'lerde asellüler boğmaca aşısı çalışmaları başlamış olup 1985'ten itibaren bu aşı kullanılmaya başlamıştır. Ülkemizde 2008 yılından itibaren tam hücre aşısından vazgeçilip asellüler boğmaca aşısına geçilmiştir (38,39,40). Tetanoz ve difteri toksoid, boğmaca ise inaktif aşı özelliğindedir. 2008 yılından itibaren Ulusal Aşı Takvimi'nde DaBT-IPV-Hib olarak uygulanmaktadır (31).

Asellüler aşı toksin ve bakteriyel proteinlerin purifiye edilip daha sonra kimyasal maddeler ile inaktive edilmesiyle elde edilmektedir (41). Aşı yapıldıktan sonra bir hafta içinde ortaya çıkan ve başka bir nedene bağlanamayan ensefalopati olursa boğmaca aşısı kontrendike hale gelir (boğmaca bileşeni çıkarılarak takvime devam edilir). Eğer 48 saat içinde 40.5°C ve daha yüksek ateş, üç saat veya daha fazla durdurulamayan ağlama, kollaps veya şoka benzer durum, üç gün içinde ateşli veya ateşsiz konvülsiyon meydana gelirse bir sonraki doz önlem alınarak uygulanmalıdır (11).

Aşılama da en yüksek oranlara ulaşılmasına rağmen, 2004 yılında 25,827; 2005 yılında ise 25,616 boğmaca olgusu bildirim i yapılmıştır. Son 40 yılda saptanan en yüksek olgu sayılarıdır. Ergen ve erişkinler boğmaca olgularının üçte ikisini oluşturmaktadır (42).

Aşının koruyuculuğu ortalama 5-10 yıl sürer. Rapel aşı uygulanmadığı zaman, antikor seviyesi 5-10 yıl içinde azalır ve koruyuculuk da azalmaktadır. Bu nedenle aşılanmış kişiler ergen ve erişkin dönemine geldiğinde boğmacaya duyarlı olur. Son 20 yılda özellikle ergen ve erişkinlerde dünya genelinde boğmaca insidansı belirgin bir artış göstermiştir. Bu nedenle ABD başta olmak üzere birçok gelişmiş ülke ergen ve yetişkinlere erişkin tip asellüler boğmaca aşılması başlatmıştır (43).

Tetanoza karşı antikorlar zamanla azalır ve bu nedenle yeterli seviyede antikor sağlamak için düzenli aşılama ya ihtiyaç duyulmaktadır (44). Birçok insanda tetanoz ve difteri antitoksin düzeyleri son aşıdan 10 yıl sonra uygun düzeyin altına

inmektedir, bu nedenle tetanoz ve erişkin tipi difteri toksini her 10 yılda bir hatırlatma dozu olarak yapılmalıdır (45).

5 Lf toksoid içeren TT (Tetanoz Toksoid), en fazla ısıya dayanıklı aşılardan olup ve yaygın kullanılan aşılarından biridir. Aşı 2-8°C arasında saklanmalıdır (44). Önerilenden fazla pekiştirici dozların uygulanmasının aşırı antikör üretimine neden olması buna sekonder Artus tip 2 tarzı allerjik reaksiyonlara neden olması önerilenden fazla doz uygulanmasına karşı uyarılara neden olmaktadır. Bu gibi sebeplerden ötürü bağımsız TT aşılarının rolü azalmakta ve kapsamlı koruma için Td / Tdap ile değiştirilmesi önerilmektedir (46).

Yan etkileri enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, eritem, endurasyon, şişme, ağrı, 38°C üzerinde ateş şeklinde sıralanabilir. TT içeren aşıdan sonra altı hafta içinde Guillain-Barre Sendromu oluşur ve nörolojik bulgular kontrol altına alınamazsa Tdab önlem alınarak uygulanmalıdır (40,45).

Aşının iki erişkin formu bulunmaktadır. Td - tetanoz ile difteri kombine ve Tdap; tam doz tetanoz ve azaltılmış doz difteri toksoidi ve asellüler boğmaca aşılarının kombinasyonudur ve altı yaş üzeri kişilerde yapılır (46). ABD İmmünizasyon Danışma Komitesi (ACIP) daha önce aşılanmamış 19 yaş üstü erişkinlere bir doz Tdab aşısı önermektedir (47). Daha önceki aşılanma durumlarına ve aşılamalar arası süreye bakılmaksızın tüm kadınlara her gebeliklerinde (tercihen 27-36 haftalar arasında) bir doz Tdab ya da Td yapılmalıdır.

Daha önce Tdab yapılmayan ya da aşılanma durumu bilinmeyen 11 yaş ve üzerindeki kişilere bir doz Tdab yapılmalı ve daha sonra 10 yılda bir Td yapılmalıdır. 3 dozluk primer aşı serisini tamamlamamış ya da aşılanma durumu bilinmeyen erişkinler bir Tdap dozu içeren primer aşılanma serisi ile aşılanmalı ya da eksik aşıları tamamlanmalıdır (48). Aşılanma durumu bilinmeyenler için ilk 2 doz en az dört hafta arayla, üçüncü doz ilk dozdan 6-12 ay sonra yapılmalıdır. Bu aşıdan sonra ise her 10 yılda bir Td tekrarı önerilir. Gebelerde ise maternal ve neonatal tetanozu önlemek için her gebelikte Tdab ya da Td tekrarlanmalıdır (48). Gebelerde tetanoz aşısı takvimi Tablo 3'te verilmiştir (49).

Allerjik reaksiyon, nörolojik bulgu öyküsü kontrendikasyonlarıdır. Yaralanma sonrasında; yara temizliği, debridman yapılmalıdır. Tetanoz profilaksisinde, insan tetanoz IG 250 IU (İM) bulunamaz ise heterolog antiserum

3000-5000 IU (İM) uygulanır. Tablo 4'te yaralanmalar sonrası uygulanması önerilen Td (Tetanoz ve erişkin tip difteri toksidi) ve TİG (Tetanoz İmmünglobulin) uygulaması verilmiştir (50).

Tablo 3. Gebelerde Tetanoz Aşı Takvimi (49)

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td1	Gebeliğin 4.Ayında İlk karşılaşmada	Yok
Td2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Tablo 4. Yaralanmalarda Tetanoz Proflaksisi (50)

Bağışıklama durumu	Temiz Küçük Yaralanmalar		Bütün Diğer Yaralanmalar	
	Td	TİG	Td	TİG
O güne kadar yapılmış Td sayısı				
Bilinmiyor veya <3 doz	Evet	Hayır*	Evet	Evet
3 doz veya >3 doz	Hayır*	Hayır	Hayır**	Hayır

*Son dozun üzerinden 10 yıldan fazla süre geçmişse= Evet

**Son dozun üzerinden 5 yıldan fazla süre geçmişse= Evet

Td: Tetanoz ve erişkin tip difteri toksidi

TİG: Tetanoz İmmünglobulin

2.4.4. Pnömonokok Aşısı

Streptococcus pneumoniae gram pozitif, kapsüllü, diplokok bir bakteri türüdür. İnsanlarda sinüzit, otit, konjonktivit, non-bakteremik pnömoni, bakteriyemik pnömoni, menenjit ve bakteriyemi gibi enfeksiyonlara neden olmaktadır. Özellikle bakteriyemik pnömoni ve menenjitler 65 yaş ve üstündekiler, çocuklar, asplenik, kronik böbrek yetmezliği, kanser ve primer immün yetmezliği olan hastalarda ciddi morbidite ve ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (51). Kapsüllerindeki

polisakkaritler virülans faktörü olmakla birlikte nötrofillerin fagositozundan kaçabilmeyi sağlar ve bu yüzden üretilen aşuların içinde antijenik yapı olarak kullanılması düşünülmüştür.

Polisakkarit (PPSV23) ve konjuge (PCV13) olmak üzere iki tip pnömokok aşısı bulunmaktadır. Altmışbeş yaş ve üstü yaşlı kişiler, serebrospinal sıvı kaçağı olanlar, koklear implantlılar, fonksiyonel veya anatomik aspleni olanlar, immünesüpresif kişiler (konjenital veya edinsel immün yetersizlik, HIV enfeksiyonu, kronik böbrek yetersizliği, nefrotik sendrom, lösemi, lenfoma, hodgkin hastalığı, multipl miyelom, generalize malignitesi olanlar, immünesüpresif ilaç kullananlar, solid organ transplantasyonu yapılanlar) pnömokok enfeksiyonu için risk grubunu oluşturur. CDC ve ACIP, risk grubunda olan 19-64 yaş arası kişilere PCV13 uygulamasından 8 hafta sonra PPSV23 uygulaması önermektedir (52).

Her iki tip aşı da 0,5 ml İM olarak uygulanır. Erişkinlerde her ikisinin de yapılması önerilir. 50 yaş ve üzeri erişkinlerde pnömokokların neden olduğu pnömoni ve invazif hastalıklara karşı koruma sağlama için tek doz PCV13 uygulanır. Polisakkarit aşı ise en az 5 yıl ara ile en fazla 3 kez tekrarlanabilir (31).

Ülkemizde PPSV23 bedeli aşağıdaki durumlarda ödenir;

- 2 yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular,
- Orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünesüpresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları,
- Kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom,
- Kronik kalp hastalıkları,
- Astım dahil kronik akciğer hastalıkları,
- Siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları,
- Herhangi bir kronik metabolik hastalık (Diabetes mellitus dahil),
- Hemoglobinopati,
- Doğuştan ve edinilmiş kranial defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık

raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir ödenir (53).

Rapor aranmaksızın 65 yaş ve üzerindeki kişilere beş yılda bir defa olmak üzere ücretsiz ödenir (53).

Her iki aşı için de kontrendikasyon olan durum daha önceki dozlarda ciddi alerjik reaksiyon gelişmiş olmasıdır. Ciddi akut hastalığı olanlara durumları düzelen kadar aşı uygulanmamalıdır. PPSV23'ün gebelere uygulanabileceğine dair yeterli çalışma yoktur, ancak kazara aşılanağın yenidoğanlarında olumsuz bir durum bildirilmemiştir. Pnömonokokal hastalık açısından riskli kişilere mümkünse gebelikten önce aşı uygulanmalıdır (52). Uygulama alanında ağrı, ödem ve eritem gibi etkiler her iki aşının da en sık görülen yan etkileridir (31).

Konjuge pnömokok aşısı bebek ve çocukları pnömoni, menejit, otitis media ve sinüzit gibi pnömokok etkenli hastalıklara karşı korumak amacıyla üretilmiştir. DSÖ tüm ülkelerin konjuge pnömokok aşısını rutin aşı takvimine alınmasını öncelikle tavsiye etmektedir. Ülkemizde Aralık 2008 tarihi itibarıyla rutin aşı takvimine alınmıştır. (54).

Ülkemizde konjuge pnömokok aşısı ikinci, dördüncü ve altıncı ayda üç doz halinde uygulanıp, 12. ayda pekiştirici doz uygulanmaktadır (11). Diğer çocukluk çağı aşılarıyla birlikte uygulanabilmektedir (54).

Konjuge aşısının kontrendikasyonu daha önce yapılan dozlarda aşuya veya aşı içeriğindeki maddelere karşı anafilaktik reaksiyon oluşmasıdır (31). Yan etkileri olarak enjeksiyon alanında eritem ve ağrı gibi lokal reaksiyonlar, ishal, kusma, döküntü, ateş, daha az olmak üzere iştah azalması, huzursuzluk, endurasyon, miyalji gibi reaksiyonlar görülebilmektedir (55,56).

2.4.5 Haemophilus İnfluenzae Tip B Konjuge Aşısı

Kapsüllü Haemophilus influenzae, en önemlisi b tipi olan altı farklı serotipe sahiptir. Haemophilus influenzae b (Hib), menenjit, bakteriyemi, pnömoni, selülit, osteomyelit, septik artrit ve epiglotit gibi hastalıklara neden olan önemli bir invaziv patojendir. İnvaziv Hib hastalığının çoğu, doğal koruyucu bağışıklığını 3-4 yaşına kadar kazanmamış ilk iki yaşlarındaki çocuklarda görülür (57). Çocukluk çağı

pnömonisinde prospektif, mikrobiyoloji temelli çalışmaların çoğunda izole edilen ikinci en sık rastlanan organizma H. influenzae tip b'dir (% 10-30) (58).

Tüm Hib aşıları, konvansiyonel aşılardır, bu aşılar Hib kapsüler polisakkarit bir protein taşıyıcısı ile konjuge edilerek üretilir ve ihtiyaç duyulduğunda hayatın ilk yıllarında koruma sağlamaktadır. Aşılar 2-8°C arasında saklanmalı ve önerilen doz 0.5 ml intramüsküler olarak verilmelidir (57).

Aşı ile indüklenen bağışıklık zamanla azalmaktadır. İmmünolojik hafızanın Hib hastalığına karşı korunması için artık yetersiz olduğu da bilindiğinden, pekiştirici dozlara ihtiyaç vardır (58).

Ülkemizde Hib Aşısı doğumdan itibaren ikinci, dördüncü ve altıncı ayda üç doz halinde verilir ve on sekizinci ayın sonunda bir pekiştirici doz olarak uygulanmaktadır. Yan etkiler hafif ve genellikle lokaldir (11).

Hi erişkinlik döneminde rutin önerilen bir aşı değildir. Bazı özel risk gruplarında tek doz olarak yapılır (59). DSÖ; 24 aydan büyük çocuk ve erişkinlerin rutin aşılmasını önermemekle birlikte eğer kaynaklar yeterliyse invaziv Hib hastalığı açısından artmış riski olanlara aşılınmayı önermektedir (60).

HIV ile enfekte kişiler, malign neoplazmaları nedeniyle kemoterapi ve radyoterapi alanlar, kök hücre transplantasyonu yapılmış olanlar, fonksiyonel veya anatomik asplenik kişiler (orak hücreli anemi, postsplenektomi), kompleman yolağının erken komponentinde yetmezlik olanlar, immün yetmezlikli kişiler risk altındadır. Elektif splenektomi yapılacak kişilere eğer bağışık değillerse 7-10 gün öncesinden bir doz aşı yapılmalıdır. İmmünsistem yetmezliği olanlarda aşılar daha az immünojenik olmasına rağmen en azından bir doz konjuge Hib aşısıyla aşılmalıdırlar (60, 61, 62).

2.4.6. Polio Aşıları

Poliovirüs picornoviridae ailesine bağlı bir enterovirüs olup, RNA virüsüdür. Sadece insanlarda konakçı olduğu bilinmekte ve üç serotipi mevcuttur. Virüs fekal-oral ve solunum sekresyonlarına temasla bulaşıp vücuda oral yolla geçer, farinks ve bağırsakta çoğalmaya başlar ve poliomyelit hastalığına neden olur. Kuluçka süresi

hafif vakalarda 3-6 gün sürerken, paralitik poliomyelit vakalarında 3- 35 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Klinik seyir çok farklı şekillerde olabilir.

Enfekte kişilerde %90-95 civarında enfeksiyon asemptomatiktir. Prodromal dönemden 1-10 gün içinde paralitik bulgular belirir, 2-3 günde artar. Şikayetler ateş, ense sertliği, baş ağrısıyla başlar ve istemli kasların paralizisiyle devam eder. Spinal kord, beyin sapı ve motor kortekse yerleşen virus nöron hücrelerini parçalayarak paraliye neden olur. Vakaların %10'unda tam iyileşme sağlanırken, %80'ininde hastalık kalıcı olur ve bu vakalar onda bir oranında mortalite ile sonuçlanmaktadır (63-66).

Canlı ve inaktif formlarda olmak üzere iki tip polio aşısı mevcuttur. 1963 yılında canlı oral polio aşısı (OPA) üretilmiştir. Ülkemizde aynı yıl kullanılmaya başlanılmıştır. İki damla aşı yeterli düzeyde canlı atenüe virüsü bulundurmakta ve ağızdan damla şeklinde uygulanmaktadır. OPA zayıflatılmış poliovirüs tip 1, 2 ve 3'ün bir süspansiyonundan oluşan üç değerlikli bir aşıdır. -20°C sıcaklıkta 2 yıl, 2-8°C'de 6 ay ve oda sıcaklığında 1-3 gün arasında raf ömrüne sahip ısıya çok hassas bir aşıdır. OPA -20°C derecenin altında saklanmalıdır. Aşı taşınacağı zaman buz paketleri olan aşı taşıyıcıları içinde 2-8°C'de taşınmalıdır. Aşının potansiyel etkilerini korumak için çoklu donma çözünme döngülerine girmemelidir. Çözündükten sonra en fazla 6 ay boyunca 2-8°C arasındaki sıcaklıklarda muhafaza edilmelidir (66). İnaktif poliovirüs aşısı (IPV) ile karşılaştırıldığında OPV'nin başlangıcı daha hızlıdır ve bu nedenle OPV, salgın kontrolü için tercih edilen aşıdır (11).

Bilinen veya tahmin edilen immün yetmezlikli kişilerde (agammaglobülinemi, ciddi kombine immün yetmezlik sendromu gibi) lenfoma, lösemi, malign hastalıklar ve alkileyici ajan, kortikosteroid, radyasyon tedavisi nedeniyle immün suprese kişilerde OPV kontrendikedir. Bu hastalara IPV önerilir (11).

1955 yılında inaktif polio aşısı (IPA) üretilmiştir. Aşı 2-8°C'de saklanmalıdır. IPA, diğer tüm çocukluk aşılarıyla birlikte uygulanabilmekte ve serokonversiyonu veya yan etkileri artırmaksızın DTaP, Hib ve Hepatit B aşılarıyla birlikte kullanılabilir. Aşı çok güvenlidir. IPA eser miktarda streptomisin, neomisin ve polimiksin B içerdiğinden alerjik reaksiyonlar, bu antimikrobik maddelere karşı

aşırı duyarlılığı olan kişilerde görülebilmektedir. Aşı subkutan veya IM yolla uygulanabilmektedir. Ülkemizde beşli ve dördü karma aşı içinde uygulandığı için IM olarak uygulanmaktadır (54).

IPV aşısı daha önceki doza ya da polimiksin B, neomisin veya streptomisine karşı ciddi reaksiyon olan kişilerde kontrendikedir (11).

Ulusal aşı şemamıza göre 2, 4, 6 ve 18. ayların sonunda beşli karma aşının içinde ve 1. sınıfta dördü karma aşı içinde rapel doz olarak yapılmaktadır (65,67). Ardışık IPV-OPV aşılması, aşıya bağlı paralitik polio riskini düşürmek ve mukozal bağışıklığı arttırmak amaçlı uygulanmakta ve DSÖ tarafından 2. ayda başlatılması önerilmektedir. Ülkemizde de buna uygun olarak ilk iki dozda IPV karma aşı içinde, 3. ve rapel dozunda IPV ve OPV aynı gün yapılarak bağışıklık sağlanmaktadır (13).

Temel aşılmasını (üç doz) yapmış olan erişkinlerin endemik bölgelere gitmeden önce tek doz OPV ya da inaktive polio (IPV) aşısı yaptırması yeterlidir. Daha önce aşılanmamış erişkinlerin ise IPV ile temel aşılamaı tamamlamaları önerilmektedir. Yeterli bağışıklığın oluşması için en az iki dozun yapılmış olmalıdır.

Canlı polio aşısının kontrendike olduğu durumlar immünsüprese olanlar ve onlarla yakın temasta olanlardır. Aşı salgın sırasında gebelerde kullanılabilir (18).

2.4.7 Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık Aşuları

Aşı ile önlenbilir hastalıklara bağlı ölümler içinde kızamık ilk sırada yer almaktadır (67). Paramyxoviridae ailesine bağlı Morbillivirüs cinsinin bir üyesi olan kızamık virüsünün neden olduğu, çok bulaşıcı ve aşı ile önlenbilir bir hastalıktır.

Hastalık enfekte kişilerin burun veya boğaz salgılarıyla, damlacıklar yoluyla veya doğrudan temasla yayılım gösterebilir. Hava yoluyla yayılma veya burun ve boğaz salgılarıyla kirlenmiş eşyalarla da daha az olmak üzere bulaşıcılığı mevcuttur. Kızamık, en bulaşıcı ve en ölümcül olan hastalıklardan biridir. Canlı atenüe edilmiş kızamık virüsünden yapılmış kızamık aşısının kas içine veya subkutan yolla en az bir ay arayla birer doz verilmesiyle (toplam iki doz) bağışıklık oluşur.

Klinik seyirinde hastalık kuluçka dönemi sonunda öksürük, nezle, konjonktivit, yüksek ateşten oluşan prodromal belirtiler ile başlamaktadır. Ardından ağızda 2. premolar azı dişleri bitişiğinde yanakta kopluk lekeleri oluşur ve tipik

kızamık döküntüsü belirir. Döküntülerden üç gün sonra hastalık gerilemeye başlar ve ilk prodromal bulgulardan yaklaşık 7-10 gün sonra hastanın tamamen iyileşmesi beklenir (68).

Aşı dondurulmuştur veya 2-8°C'de saklanabilmektedir. Yeniden yapılandırılmış aşı ışıktan etkisini kaybeder ve ısıya karşı dayanaksızdır ve herhangi bir koruyucu içermediğinden kontaminasyona duyarlıdır. Bu sebeplerden dolayı sulandırılmış aşı 2-8°C'de muhafaza edilmeli ve 4-6 saat içinde kullanılmalıdır. Bu, çoklu dozlu flakonlar için özellikle geçerlidir.

Doz, subkutan veya intramüsküler, tercihen üst kol / anterolateral uyluğun üstünde 0.5 ml olarak verilir. Kızamık aşısı koruyucu içermediğinden, bulunduğu şişenin kapağı açıldığında kontamine olabilir ve buda flakonda bakteriyel büyümeye neden olabilir. Bu durumda flakonu kontamine eden stafilokoklar gibi bakteriler çeşitli eksotoksin salgılayarak aşı yapılanlarda ciddi şoka neden olabilmektedirler. Toksik şok sendromu hijyenik koşullara uyulması ve aşıların 4-6 saat içinde tüketilmesi ile önlenabilmektedir. Bu yüzden bu süreleri geçmiş aşılar atılmalıdır (57).

Tek başına kızamık, kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) ve kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği (KKKV) şeklinde üç ayrı formda bulunmaktadır. Ülkemizde KKK aşısı kullanılmakta, aşı takvimimizde 12. ay sonunda 1. doz ve ilköğretim 1. sınıfta ikinci dozu olmak üzere toplam iki doz şeklinde uygulanmaktadır (69,70).

Genel kural olarak iki canlı aşı ya aynı anda yapılmalı ya da aralarında en az dört hafta süre olmalıdır ancak bu kural aynı yoldan yapılan aşılar için geçerlidir. OPA ile kızamık aşısının uygulanma yolları farklı olduğu için OPA bu kuralın dışındadır (31).

Enjeksiyon yerinde gerginlik, hafif ağrı, lokal adenopati, hafif ateş, febril konvülsiyon, geçici makülopapüller döküntü, trombotik trombositopenik purpura, anafilaktik reaksiyonlar gibi yan etkiler görülebilmektedir (71). KKK aşısı ile otizm ve inflamatuvar bağırsak hastalığı arasında ilişki saptandığına dair kanıta dayalı bir veri yoktur (72).

Jelatin, neomisin, kızamık veya KKK aşısı içeriğindeki herhangi bir maddeye karşı anafilaktik reaksiyon oluşması aşı için kontrendike durumdur. Bunun yanında

immunsupresyona yol açan durumlar (immün yetmezlik sendromları, malign hastalıklar, lenfoma, lösemi, alkilleyici ve antimetabolit ajan kullanımı, ağır HIV enfeksiyonu vb. gibi) ve gebelik halinde kontrendikasyon oluşmaktadır (11).

Kızamıkçık rubivirüs cinsinden rubella virüsünün etken olduğu 3. hastalık adıyla anılan çocukluk çağı döküntülü hastalıklarından biridir (73). Hastalık %25-50 oranında asemptomatik veya sessiz seyrebilmektedir. İnkübasyon süresi 14-18 gün arasında değişmektedir (74-76). Direkt temas veya damlacık yoluyla bulaş mümkündür. Bulaştırıcılık klinik bulguların 7-14 gün öncesinden başlayarak, döküntü başladıktan bir hafta sonrasına kadar devam eder.

Konjenital rubella sendromunda virüs, göz/lens sıvısı, kan, idrarda bir yıl boyunca bulunabileceği için temas izolasyonu yapılmalıdır (73,75). Klinik olarak 1-5 gün boyunca düşük ateş, posterior servikal, posterior aurikular, preaurikular ve suboksipital lenfadenopatiden sonra tipik döküntüsü başlamaktadır. Döküntüler, pembemsi makülopapüler ayrı yerleşimli, basmakla solan, genelde yüz ve alından başlayarak gövdeye yayılan ve bir günde toparlayan özelliktedir. 72 saat içinde döküntülerin kaybolması beklenir. Erişkin ve ergen kadınlarda artrit ve artralji de görülebilmektedir (74).

Kızamıkçık hafif derecede ekzantematik bir hastalıkken, gebeliğin ilk üç ayında virüsü kapan gebelerde, fetusta; ölü doğum, mental retardasyon, konjenital kalp hastalığı, körlük ve katarakt gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, kızamıkçık aşılmasının esas amacı konjenital kızamıkçık sendromuna (KKS) karşı koruma sağlamaktır (57).

Aşı, donmuş halde kurutulmuş formda veya 2-8°C'de depolama alanında bulundurulmalıdır ve kullanımdan önce steril seyreltici ile yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Yeniden yapılandırılmış aşı ışıktan korunmalı, 2-8°C'de saklanmalı ve 6 saat içinde kullanılmalıdır. Aşı, 0.5 ml olarak subkutanöz yolla uygulanmaktadır. Tek bir aşı dozu, aşılanılanların % 95' inde ömür boyu koruma sağlamaktadır.

Yerel yan etkilerin yanı sıra döküntü, artrit, immünojenik trombositopenik purpura gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Aşılamadan sonra 3 ay boyunca gebelikten kaçınılmalıdır, ancak gebelikte yanlışlıkla aşılanan kadınlarda doğan

bebeklerde konjenital malformasyon riski yüksek değildir. Dolayısıyla gebelikte kazara aşılama, gebeliğin tıbbi sonlandırılmasının bir endikasyon değildir (57).

Kabakulak virüsü, paramyxoviridea ailesinden rubula cinsine ait parotit epididimit gibi enfeksiyonlara yol açan RNA virüsüdür. En sık çocukluk çağında rastlanır. Aşı bulunmadan önceki dönemlerde yıllık insidansı 100-1000/100000 iken aşıdan sonra %99 oranında gerileme görülmüştür (76).

Kabakulak hastalığı damlacık yoluyla, temas yoluyla ve enfekte salgılar ile bulaşabilmektedir (77). Komplikasyonları ensefalit, orşit, işitme kaybı, menenjit, ooforit, mastit ve pankreatit olabilmektedir. Puberte sonrasında erkeklerde enfeksiyondan sonra %20 oranında orşit meydana gelebilir ve bunların %20'si bilateral olabilmektedir. Hamileliğin ilk trimesterinde kabakulak olursa, ¼ oranında spontan abortusa neden olabilmektedir ancak nadiren fetal malformasyona neden olmaktadır (78,79).

Küresel olarak, çoğu ülke tek değerli kabakulak aşısı yerine üçlü KKK (Kızamık Kızamıkçık Kabakulak) aşısı kullanmaktadır. Aşılar ve Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACVIP) kabakulağında kızamıkçık gibi morbiditeye (aseptik menenjit, ensefalit, orşit, ooforit, pankreatit, sağırılık, transvers myelit, yüz felci, akut polididikülit ve serebellar ataksi) sebep olması ve hamile kadınların fetusunda konjenital sendroma neden olmasından dolayı bu aşılardan beraber kullanılmasını tavsiye etmektedir (80).

Üçlü KKK aşısı ülkemizde 12. ayın sonunda uygulanırken ilkököl birinci sınıfta bir pekiştirici doz yapılmaktadır (13).

Sağlık çalışanları, ciddi immün supresyonu olmayan HIV hastaları (immün supresyon döneminde aşıya bağlı yan etki olasılığı arttığı için yapılmamalı), gebelik adayları, hasta bakımıyla uğraşan ve ciddi immün supresyonu olan hastalara bakım verenler, uluslararası seyahat yapanlar, risk grubudur (49).

2.4.8. Hepatit A Aşısı

Hepatit A virüsü (HAV), Picornoviridae ailesine bağlı bir RNA virüsüdür. 40°C'de haftalarca, 10-15 ppm klorda 30 dakika yaşayabilecek kadar dirençlidir.

Bulaşı fekal-oral yolla (kontamine su ve gıdalar, tuvaletler) olur (81). İnkübasyon süresi yaklaşık 15-50 gün sürer ve bu dönem en bulaştırıcı olduğu dönemdir.

Klinik olarak prodromal, ikterik ve iyileşme fazı olmak üzere üç dönemi vardır. İştahsızlık, halsizlik, bulantı-kusma, ateş, ishal veya kabızlık ve karın ağrısı olur. Skleralar veya tüm deri sarı renkli görülmeye başlar. Hepatomegali oluşabilir. Splenomegali olguların %20'sinde görülebilir. Sarılık düzelmeye başlayınca kandaki parametreler normale dönmeye başlar. Parametrelerin düzelmesi yaklaşık üç ayı bulur, bazen 6-12 ay da sürebilmektedir (82).

Hepatit A virüsü (HAV) enfeksiyonu küçük çocuklarda nispeten iyi huylu bir enfeksiyondur. HAV ile enfekte 2 yaş altı çocukların % 85'i ve 2-5 yaş arasındaki çocukların % 50'si anikteriktir ve hiç belirtisi göstermeyebilir veya ateş, halsizlik, ishal, kusma, öksürük gibi spesifik olmayan semptomlara sahip olabilirler. Aksine, Hepatit A'lı yetişkinlerin % 70-95'i semptomatik olup %1'lik bir mortalite göstermektedirler. Altta yatan kronik karaciğer hastalığı olanlarda hastalık şiddeti yaştan bağımsız olarak artmaktadır (57).

Hepatit A aşısı inaktif aşıdır ve deltoid kas içine İM uygulanır. Aşı 2-8°C'de saklanmaktadır. Tüm Hepatit A aşıları, 1 yaşında veya daha büyük yaştaki çocuklarda kullanım için lisanslıdır. Genel olarak, 2 doz inaktive hepatit A aşısı, % 90-95 veya daha fazla koruyucu etkiye neden olur. Tahmini medyan koruma süresinin 45 yıl olduğu tahmin edilmektedir. Bağışıklık, anamnestik tepki nedeniyle ömür boyu sürmektedir. Bu yüzden pekiştirici doz önerilmemektedir (83).

Enjeksiyon alanında lokal ağrı, deride hassasiyet ve kızarıklık en sık görülen yan etkilerdir. Belirtilerin çoğu en geç bir gün içinde kendiliğinden kaybolmaktadır (31). Hepatit A aşısı diğer aşılarda aynı anda farklı bölgelerden uygulanabilir. Gebelikte yapılmasının güvenli olduğuna dair kesin kanıt yoktur. Yüksek enfeksiyon riski olmadıkça gebelikte yapılmamalıdır (11). Ülkemizde 18 ve 24. ayların sonunda toplam iki doz inaktive hepatit A aşısı IM yoldan uygulanmaktadır (13).

HAV enfeksiyonu veya komplikasyonları açısından yüksek riskli gruplar; uluslararası seyahat edenler (özellikle yüksek riskli ülkelerin kırsal bölgelerine gidenler), HAV endemik ülkelere gelen kişilerle temas eden kişiler, pıhtılaşma faktör bozukluğu olanlar, kronik karaciğer hastalığı olanlar, HIV enfeksiyonu

olanlar, riski yüksek hasta grubuyla çalışan sağlık personeli, homoseksüeller, madde bağımlıları risk grubunu oluşturur (84).

ACIP; HAV enfeksiyonu veya HAV enfeksiyonu komplikasyonları açısından artmış risk altındakilerin rutin olarak aşılanmasını önermektedir. 19 yaş ve üzeri kişiler hepatit A aşının erişkin formuyla aşılanmalıdır. Aşı iki doz halinde uygulanmaktadır. Birinci ve ikinci doz hepatit A aşıları arasında en az altı aylık bir aralık olmalıdır. Eğer birinci ve ikinci doz arasındaki süre onsekiz ayı geğerse, doz tekrarı yapmaya gerek yoktur (85).

Ülkemizde Hepatit A aşısı bedeli, Hepatit A seronegatif olan 1 yaş üzeri çocuklarda ve erişkinlerde; kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantresi alanlarda hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez ödenir (53). Aşıya karşı daha önceden olan ciddi alerjik reaksiyon durumunda aşı kontrendikedir. Yan etkileri ise enjeksiyon yerinde ağrı, baş ağrısı ve halsizliktir (84).

2.4.9. Suğiğeği (Varisella Zoster Virus) Aşısı

Suğiğeği, varisella zoster virüsünün etken olduğu çocukluk çağının sık karşılaşılan döküntülü hastalıklarından biridir. Suğiğeği virüsü ayrıca, osteomyelit, pnömoni, nekrotizan fasiitis, sepsis gibi yaşamı tehdit eden sekonder bakteriyel enfeksiyonlara, serebellar ataksi, meningoensefalit, menenjit ve purpura fulminans gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Türkiye’ de aşının takvime girmesi 2013’te geręekleřmiř olup, 12. ayın sonunda tek doz olarak, subkutan yapılmaktadır. Tek dozun etkinliğinin sınırlı kalması ve aşıya rağmen suğiğeği (breakthrough varisella) görölmesi nedeniyle dünyanın biręok ülkesinde iki doz yapılmasına karar verilmiş ve yapılan ęalıřmalarda iki doz aşıyla koruyuculuğun yüksek oranda ve uzun süre sağlandığı bildirilmiştir (86).

Hamileliğin ilk 3 ayında bu enfeksiyon geğirilirse konjenital varisella sendromuna yol ağar. Konjenital varisella sendromu; hipoplastik ekstremite, göz bulguları (mikroftalmi, enoftalmi, korioretinit, katarakt, nistagmus, anizokori, optik atrofi), suğiğeği döküntüsüne bağlı ciltte skarlar, kortikal veya spinal kord atrofi, konvülziyon, mikrosefali, horner sendromu, ensefalit, intrauterin gelişme geriliği, kas

hipoplazisi, gastrointestinal, genitoüriner ve kardiyovasküler anomaliler ile karakterizedir (87).

Suçiçeği aşısının istenmeyen yan etkileri hafiftir. Aşıdan sonra 6 hafta içinde %10 sıklıkla ateş, 1-4 hafta içinde %3-5 sıklıkla makülo-papüler ya da papülo-veziküler döküntü görülebilir. Suçiçeği aşısı konjenital immünyetmezlikler, immünyesupresif tedavi gören kanser hastalarında, lösemi, lenfoma, HIV pozitif hastalarda ve hamilelerde kontrendikedir. Aşı immünyesupresif tedavi bitiminden sonra en az üç ay uygulanmamalıdır.

Aşı yapıldıktan sonraki ilk dört haftada gebe kalınmaması önerilmektedir. Yüksek doz steroid (2 mg/kg/gün üstünde) alanların aşılınması tedavi bitiminden en az bir ay sonra önerilmektedir. İki haftadan fazla steroid tedavisi olan bireylere tedavi bitiminden bir ay geçene kadar aşı yapılmamalıdır. Reye sendromu riski nedeniyle aşı yapıldıktan sonra altı hafta içinde salisilat kullanılmaması önerilmektedir (31).

Risk grubunu sağlık personeli, immün düşkün hastaların aile bireyleri, maruziyet ya da bulaş riski yüksek olanlar, öğretmenler, çocuk bakıcıları, askeri personel, sık seyahat edenler, doğurganlık çağındaki kadınlar oluşturur (88).

2.4.10. Rotavirüs Aşısı

Rotavirüsler, beş yaşın altındaki çocuklarda şiddetli ve dehidrate eden ishale neden olan başlıca nedendir. Düşük gelirli ülkelerde primer rotavirüs enfeksiyonunun % 80' i 1 yaşından küçük bebekler arasında görülürken, yüksek gelirli ülkelerde ilk epizot 2-5 yaşına kadar ertelenebilir (89).

Çocukların çoğu ilk beş yaş içinde en az bir defa rota virüs ile tanışmaktadır (90). 6-24 aylık dönemde rotavirus enfeksiyonları tepe noktasına varmaktadır. Anne sütünün koruyucu etkisi ve anneden geçen antikordardan dolayı ilk üç ayda sık görülmemektedir. Beş yaşın üstündeki çocuklarda rotavirus enfeksiyonları düşük oranda görülür ve çoğu semptomsuz seyretmektedir. Bunun nedeni ilk enfeksiyonun sonraki enfeksiyonlar için koruyuculuk sağlamasıdır. (90, 91).

DSÖ Haziran 2009'da ve 2013'te tüm dünya ülkelerinin ulusal bağışıklama programlarına rotavirus aşısını almalarını önermiştir (92). Ulusal bağışıklama

programlarına acilen alması gereken ülkelerin özellikle beş yaş altı çocuk ölümlerinin %10'undan fazlasından ishalin sorumlu olduğu ülkeler olduğu belirtilmiştir (93). Ülkemizde ise ulusal bağışıklama programında yer almamaktadır (13).

Günümüzde tüm dünyada, lisanslı 2 canlı oral rotavirus aşısı bulunmaktadır. DSÖ infantların rutin olarak rotavirus aşısı ile aşılmasını önermektedir. Beş valanlı rota virus aşısı (RV5) ve monovalan rota virüs aşısı (RV1) arasında tercih yapmamaktadır. Beş valanlı aşı 2, 4 ve 6. aylarda 3 doz olarak uygulanmalıdır. İlk doz 6. haftadan itibaren uygulanabilir. İlk dozun uygulanma zamanı sonraki dozların etkisini etkilememektedir. Dozlar arasında minimum 4 hafta bulunmalıdır. Son doz 8. aydan önce tamamlanmış olmalıdır.

Monovalan rota virüs aşısı bebek 6 haftalıkken uygulanabilir. 2 doz arasında en az dört hafta ara olacak şekilde 2. ve 4. aylarda 2 doz halinde uygulanmalıdır. 16 haftada ikinci dozun tamamlanması tercih edilmektedir. İmmün yetersizliği olan bebeklere uygulanmamalıdır (92, 94).

Hafif gastroenteritli ve hafif ateşli olgulara aşı uygulanabilir. Aşı orta-ağır gastroenteritli veya ateşli hastalığı olan infantlarda mevcut durum düzeline kadar ertelenmelidir (95). Bir önceki doza veya aşı içeriğine karşı anaflaktik reaksiyon gelişmiş olan bireylerde aşı kontrendike olmaktadır (96, 97).

2.4.11. Meningokok Aşısı

Meningokok hastalığı, bir diplococcus olan ve bir polisakarit kapsül içerisinde birbirine bitişik düz yüzeylerle duran fasulye şeklinde görünen gram negatif bakteri Neisseria meningitidisten kaynaklanmaktadır.

Meningokoklar genellikle herhangi bir zamanda insan popülasyonun yaklaşık % 10'unun üst solunum yollarında komensal organizmalar olarak bulunurlar. İnsanlar tek doğal barınaktır. Meningokok hastalığı genellikle akut hastalık olarak ortaya çıkar ancak ortalama altı hafta süren kronik seyir de bilinmektedir. Hastalık spektrumu, menenjit, septisemi, pnömoni, miyokardit, perikardit, artrit ve konjunktiviti içermektedir ve zaman zaman yüksek mortalite riski taşıyan

Waterhouse-Friderichsen sendromu olarak adlandırılan şok halini de alabilmektedir (57).

Bilinen 13 serogrup vardır, ancak hastalık yapan izolatların % 90'ı A, B, C, Y ve W-135 serogruplarına aittir. En son hac salgını A ve W-135'e atfedilmiştir. Sanayileşmiş ülkelerde hastalık öncelikli olarak B, C ve Y suşlarından kaynaklanmaktadır. Polisakkarid ve konjuge aşı olmak üzere iki tip meningokok aşısı geliştirilmiştir. Meningokoksik polisakkarid aşı ya bivalent (A, C) ya da dört değerli (A, C, Y, W-135) olup, liyofilize olarak temin edilebilmektedirler, steril su ile yeniden oluşturulan ve 2-8°C'de saklanan aşılar polisakkaritlerin her birinden 50 ug içermektedirler. Bu "T hücrelerinden bağımsız" aşılar immünolojik hafızaya neden olmaz ve iki yaşından küçük çocuklarda yanıt kötüdür. Dolayısıyla bunlar, 2 yaşından büyük yetişkinler ve çocuklar için endikedir. Aşılar güvenlidir ve en yaygın yan etkiler enjeksiyon yerinde lokal ağrı ve kızarıklığıdır (57).

Dünya'da meningokokal hastalıklarının mevcut epidemiyolojisi ve yükü meningokok aşılarının rutin kullanımını gerekli kılmamaktadır. Meningokokal aşılar, yalnızca 2 yaşında veya meningokok hastalığı riski yüksek olduğunda 3 ay veya daha yukarı yaştaki kişilerde bazı yüksek riskli durumlar, örneğin salgınlar / ev teması için önerilmektedir. Konjuge aşılar, özellikle 2 yaşından küçük çocuklarda, herd immünnite vasıtasıyla korunma potansiyeli ve artmış immünojenisite nedeniyle polisakkarid aşılara göre tercih edilmektedir (57).

ACIP konjuge meningokok aşılarının 55 yaş altına, polisakkarit aşılarının 56 yaş ve üzerine uygulanmasını önermektedir. Kalıcı bağışıklık için, özellikle primer risk gruplarında, aşının 5 yılda bir rapelinin yapılması gereklidir.

Endemik bölgelere seyahat edecek olanlar (örn. Hac), ve meningokok ile çalışan laboratuvar personeline tek doz, aspleni; (fonksiyonel ya da anatomik), kompleman yetmezliği olanlar, HIV enfeksiyonu olanlar, askeri birlikler, yatılı okullar gibi enfeksiyon geliştiğinde salgın olasılığı olan gruplara iki doz aşı önerilmektedir (98).

Meningokok hastalığı bulunan hastaların yakın temaslıları hastalığa yakalanma açısından risk taşımaktadır. Sağlık çalışanlarında risk düşük olmakla beraber, ağızdan ağıza solunum yapanların veya endotrakeal sekresyonlarla teması olanların risk taşıdığı unutulmamalıdır (99, 100).

Aşı daha önceki aşı dozunda veya aşı maddelerine karşı ciddi allerjik reaksiyon gösteren gösterenlerde kontrendikedir. Emzirme ve immün baskılanma aşılama için kontrendikasyon değildir. Gebelik eğer aşı yapılması gerekiyorsa engel değildir. Yan etkiler genellikle hafiftir. Ateş, baş ağrısı, enjeksiyon yerinde ağrı ve kızarıklık gibi lokal reaksiyonlar görülebilir, 1-2 günde geçer (101).

2.4.12. Herpes Zoster (Zona) Aşısı

Zona (Herpes zoster), primer varisella infeksiyonundan sonra duyu nöronları içerisinde latent kalan VZV'nin, reaktivasyon sonucu duyu gangliyonları, sinirler ve cildi etkilemesi ile oluşan bir hastalıktır (102).

Zona ile ilişkili faktörler yaş, immün baskılanma, VZV'ye intrauterin dönemde maruz kalma ve 18 aylıktan küçükken suçiçeği geçirmektir (103). Zona'nın yaş ilerledikçe artması, yaşa bağlı VZV immunitésinin azalmasına bağlıdır (102). Hastalık döküntüler ortaya çıkmadan 48-72 saat önce tutulan dermatomda şiddetli ağrı ile başlar. Ağrıya kaşıntı ve duyu bozuklukları (disestezi) eşlik eder. Veziküller büller oluşturacak şekilde birleşme eğilimindedirler (104). Zonanın en ciddi komplikasyonu olan postherpetik nöralji yaşlı kişilerde daha sık görülür (105).

Zona aşısı canlı atenüe bir aşıdır ve tek doz subkutan olarak uygulanmaktadır. Aşı zonanın görülme sıklığını ve postherpetik nöraljiyi azaltmaktadır. İmmünsüprese kişilerde kontrendikedir. Kişi immünsüpresyon tedavisi alacaksa aşı 4 hafta önce yapılmalıdır (106).

ACIP 50-59 yaş arasında zona riskinin daha düşük olması ve aşının etkinliğinin zamanla azalması nedeni ile aşılanmanın 60 yaşında başlamasını önermektedir. ACIP, daha önce Zona geçirmiş olsa dahi 60 yaş üzerindeki kişilere canlı atenüe aşı yapılmasını önermektedir (106). Sağlık çalışanları için zona aşısı özel olarak önerilmemektedir (107). Zona aşısı Türkiye'de 2013 yılında ruhsat almıştır ve geri ödeme kapsamında değildir (108,109).

Zona aşısı genellikle iyi tolere edilmektedir. Yan etki olarak en sık uygulama alanında ağrı bildirilmiştir. Bunun dışında kızarıklık, hassasiyet, ödem de görülmüştür (102).

Zona aşısı; gebelere, jelâtin veya neomisine karşı anaflaktik allerjisi olanlara kontrendikedir. Primer veya kazanılmış immün düşkünlüğü olanlara (lösemi,

lenfoma, kemik iliği ve lenfatik sistemi etkileyen diğer malignensiler), AIDS olanlara ve immünsupresif tedavi alanlara önerilmemektedir (110).

Pnömonokok aşısı zoster aşısının etkinliğini azalttığı için bu iki aşı aynı anda yapılmamalıdır (107).

2.4.13. Mevsimsel Grip Aşısı (İnfluenza Aşısı)

İnfluenza tek zincirli, helikal şekilli ortomiksovirus ailesinden bir RNA virüsüdür (111). İnfluenza virüsünün nükleoprotein, matriks proteini ve yüzey glikoproteinleri olan hemaglütinin, nöraminidaz olmak üzere dört antijeni bulunmaktadır (112).

Nükleoprotein ve matriks proteinlerinin antijenik özelliklerine göre İnfluenza A, İnfluenza B ve İnfluenza C olarak üç cinse ayrılırlar. Yüzey glikoproteinlerini olan hemaglütinin (HA veya H) ve nöraminidaz (NA veya N) yapısına sahiptirler (113). İnfluenza A ve B virüsleri her iki glikoproteini içermesine rağmen İnfluenza C'nin nöraminidaz aktivitesi yoktur. İnfluenza viruslarında antijenik değişiklik esas olarak yüzey glikoproteinlerinin çeşitli determinantlarında görülür (112). Günümüzde İnfluenza A suşlarının insanlarda özellikle HA1(H1), HA2 (H2), HA3 (H3), (ender olarak H5 ve H9) ile NA1(N1) ve NA2(N2) tiplerinin kombinasyonu görülmektedir.

İnfluenza A ciddi hastalığa neden olur ve tüm yaş gruplarını etkiler. Virüs insanları ve hayvanları enfekte edebilir. İnfluenza B genel olarak influenza A'dan daha hafif hastalık tablosuna neden olur ve birincil olarak çocukları etkiler. İnfluenza B, influenza A'ya göre daha stabildir, daha az antijenik drift olur ve bunun sonucu olarak immünolojik stabilite vardır. İnfluenza B sadece insanları etkiler. İnfluenza C'nin vakaları çoğu subklinik olduğundan insanlarda hastalık yaptığı nadiren rapor edilmektedir. Epidemik hastalıklarla ilişkili değildir (111).

Bir solunum yolları enfeksiyonu olan grip, etken virüsün alt solunum yolu epitel hücrelerine yerleşmesi ile başlar. Etkenin neden olduğu ve özellikle akciğerleri tutan doku hasarı meydana gelirken, bir yandan da inflamasyona bağlı ateş, miyalji, baş ağrısı gibi sistemik lezyonlar ortaya çıkar. İnkübasyon periyodu genellikle 2 gündür. Genel olarak enfekte insanların %50'sinde influenza'nın klasik klinik semptomları gelişir. Klasik influenza ani başlayan ateş, miyalji, boğaz ağrısı,

produktif olmayan öksürük ve baş ağrısıyla karakterizedir. Ateş genellikle 38,3°C-38,9°C civarındadır ve halsizlik eşlik eder. Miyalji genellikle sırt kaslarını etkiler. Öksürüğün trakeal epitelin yıkımına bağlı olduğu düşünülmektedir (113).

İnfluenzanın en sık görülen komplikasyonu pnömonidir, çoğunlukla da sekonder bakteriyel pnömonidir (Streptokokkus pnömonia, Hemophilus influenza, ya da Stafilokokkus aureus). Diğer komplikasyonları myokardit, kronik bronşitin ve diğer kronik akciğer hastalıklarının kötüleşmesidir. Ölümün büyük oranı 65 yaş ve üzeri kişilerde görülür (113).

İnfluenza aktivitesi ılıman bölgelerde Aralık sonu ile Mart başı arasında pik yapar (113). Uygulamadan 1-2 hafta sonra aşının koruyucu etkisi başlar. Bu yüzden uygulama için en uygun zaman Ekim ve Kasım aylarıdır. Ancak salgınlar Mart-Nisan aylarına kadar devam edebildiği için hastalığı geçirmediği ve aşı bulunabildiği sürece Ocak ve Şubat aylarında da aşı uygulanabilir (31).

Ülkemizde aşı çizelgesinde olmayan influenza aşısı influenza komplikasyonları için risk grubunda olan kişilere önerilmektedir. Sağlık çalışanları, 65 yaşın üstünde olanlar, bakımevinde yaşayanlar veya orda yaşayanların bakıcıları, kronik hastalığı olanlar (diabetes mellitus, renal hastalık, hemoglobinopati, immünsupresyon, kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), gebe kadınlar (2. veya 3.trimestr), HIV enfeksiyonu olanlar, morbid obezler risk grubunu oluşturur (114).

Kullanımda olan influenza aşıları, Üç valanlı (Trivalan) İnaktif Grip Aşısı (TIV) (İM/İD), Tetravalan İnaktif Grip aşısı (İM/İD), Canlı attenüe influenza aşısı (intranazal) (LAIV)'dir (114).

Ülkemizde grip aşısı bedeli aşağıdaki durumlarda yılda bir defaya mahsus olarak ödenir;

- 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın
- Astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar
- Diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı olanlar
- Kronik renal disfonksiyon olanlar

- Hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar
- 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanlar hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak (53).

Tüm sağlık çalışanlarına 2010 yılından itibaren aşı ücretsiz olarak sağlanmaktadır (31). Aşının kontrendikasyonları allerjik reaksiyon, nörolojik bulgu öyküsüdür. Yan etkileri ise ateş, halsizlik, kas ağrısı gibi sistemik reaksiyonlar ve bunların yanı sıra ürtiker, anjiödem, allerjik astım gibi allerjik reaksiyonlardır (114).

2.4.14. Human Papillomavirüs Aşısı

HPV iki ana grupta incelenir; onkojenik (veya yüksek riskli) ve non-onkojenik (veya düşük riskli). Servikal kanser açısından 15 HPV tipinin (HPV16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) yüksek riskli olduğu, 3'ünün de (26, 53, 66) muhtemel karsinojenik olduğu bildirilmiştir. Yüksek risk grubunda en sık rastlanan tip HPV 16 ve 18'dir ve kadınlardaki servikal kanserlerin %70'inden sorumludurlar. Düşük risk grubundaki HPV'ler içinde de en sık HPV 6 ve 11'e rastlanır ve bu tipler genital siğillerin %90'ından fazlasından sorumludurlar (115).

Çoğu HPV enfeksiyonları asemptomatiktir ve klinik hastalık yapmaz (116). Serviks kanseri rutin kontrollerde veya hastanın yakınmaları üzerine yapılan tetkikler sonucu saptanır. Gelişmiş ülkelerde rutin olarak uygulanan Pap smear testleriyle erken evrelerde tanı ve tedavi olasılığı artmıştır. Hastalar menoraji, metroraji, postmenopozal veya postkoital vajinal kanama yakınmaları ile başvururlar. İleri evrelerde ise akıntı ve invazif kansere bağlı ağrı gibi yakınmalar görülebilir. Erken tanıda Pap smear testi, ileri evrelerde ise kolposkopik muayene ile alınan biyopsi önemlidir (117).

Servikal kanser vakalarının ve ölümlerinin çoğu serviksteki prekanseröz değişimleri Pap smear testi kullanarak tespit etmeyle önlenmektedir. Yaşları 21-65 yaş arası olan kadınların her üç yılda bir Pap smear testiyle taranması önerilmektedir. HPV aşısının kullanılması Pap smear testinin yapılmasını elimine etmez, çünkü servikal kansere neden olan HPV tiplerinin %30'u aşıda bulunmamaktadır (118).

2014 yılında da HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 tiplerine karşı 9 valanlı HPV aşısı FDA tarafından onaylanmıştır (119). Gebelerde kontrendikedir. ACIP Mart 2015’de HPV aşısı için önerilerini güncellemiştir. ACIP’in yeni önerisine göre, 11-12 yaşlarındaki kızların ve daha önce aşılanmamış ya da üç dozluk aşı serisini tamamlamamış 26 yaşına dek kadınların rutin aşılanmaları için 9 valanlı, 4 valanlı ya da 2 valanlı aşılar kullanılabilir. 11-12 yaşındaki erkekler ve daha önce aşılanmamış ya da üç dozluk aşı serisini tamamlamamış 21 yaşına dek erkeklerde rutin aşılanma için 9 valanlı HPV ya da 4 valanlı HPV kullanılabilir. Önceden aşılanmamışlarsa erkeklerle seks yapan ve HIV enfeksiyonu dahil immünitesi baskılanmış 26 yaşına dek erkekler, 9 valanlı HPV ya da 4 valanlı HPV ile aşılanmalıdır. Homoseksüel erkeklere 26 yaşından sonra da aşılanma önerisi vardır. Aşılanma programı üç doz şeklindedir. İlk ve ikinci doz arası minimum 4 hafta, ikinci ve üçüncü doz arası ise minimum 12 hafta olmalıdır (120).

Genital siğil, anormal Pap smear testi ya da HPV DNA testi pozitif olan kadınlara da aşı HPV farklı tiplerine karşı da bağışıklık sağlayacağından aşı uygulanması tavsiye edilmektedir (107).

Aşı henüz karşılaşmamış kişilerde koruyuculuk sağlar daha önceden HPV’ye bağlı olmuş hastalığı tedavi etmez. Sağlık çalışanları için meslekleriyle ilgili olarak HPV aşısı önerilmemektedir (107). Ülkemizde HPV2 aşısı 10-25, HPV4 aşısı ise 9-26 yaş arasında uygulama için ruhsatlıdır. Şu anda ülkemizde HPV aşısının uygulama oranı % 1’in altındadır. Sağlık sigortaları tarafından ödenmemektedir (121, 115).Gebelerde kontrendikedir. Ciddi yan etkisi olmayan güvenilir bir aşıdır. Lokal yan etkileri görülebilir (31).

2.4.15. Kuduz Aşısı

Tüm insan kuduz aşıları ölü virus içerir. İnsan diploid hücre aşısı (Human diploid cell vaccine-HDCV) temel aşı olarak kabul edilmektedir (122). Kuduz bağışıklaması veteriner hekimlere, hayvan bakıcılarına, laboratuvar çalışanlarına, kuduz olasılığı olan hayvanlarla sık temas eden kişilere, kuduzun endemik olduğu ülkelere seyahat edecek olanlara temas öncesi bağışıklama şeklinde uygulanır. Deltoid kas içine 0, 7, 21 ya da 28.gün günlerde toplam üç doz aşı uygulanır.

Temas sonrası bağışıklamada, öncelikle şüpheli bir temas olup olmadığı ve temasın niteliği değerlendirilmelidir. Kuduz şüpheli temas profilaksisinde en önemli adım yara bakımudur. Yaralanma bölgesi akan su altında sabunla yıkanmalıdır.

Temas sonrası bağışıklama yaklaşımı kuduz immünglobulin ve aşısının birlikte verilmesini kapsamaktadır. Bir doz RIG (kuduz immünglobulini) hemen yapılmalıdır. Aynı seansta beş doz kuduz aşısı (0, 3, 7, 14, 28. gün) olmak üzere başlanmalıdır. Daha önceden aşıli kişilere temas sonrası kuduz immün globülin kullanımına gerek yoktur. 0-3. günlerde iki doz aşılama yeterlidir (123).

Yüz ve el ısırıkları, kemik ve eklem penetrasyonu olasılığı olan ısırıklar, protez ekleme yakın yaralar, genital bölge yaralanmaları ile immünyetmezliği olan kişilerde ve tüm insan ısırıklarında antibiyotik profilaksisi verilmelidir. Antibiyotik profilaksisinin üç gün sürdürülmesi önerilir (31).

Gebelik, temas sonrası profilaksiye kontrendikasyon oluşturmaz. Kuduz aşısına ciddi hipersensitivite öyküsü olan kişiler dikkatle aşılanmalıdır (122). Genel anlamda kuduz aşıları güvenlidir ve iyi tolere edilir. Lokal yan etkiler görülebilir (31).

2.4.16. Tifo Aşısı

3 farklı aşısı vardır. Oral aşı (2'şer gün aralarla 3 kez), Vi kapsüler polisakkarid parenteral aşı (tek doz 0,5 ml, IM), inaktif tüm hücre aşısı (4 hafta arayla 2 kez) Salmonella tifi' ye karşı bağışıklık sağlar. Koruyuculuk yaklaşık %50-60 oranındadır. Hindistan, Mısır, Fas, Batı Afrika ve Peru hastalığın en çok görüldüğü ülkelerdir. Meksika, Haiti, Kuzey Afrika ve İran orta riskli bölgelerdir. Bu bölgelere gitmeden 10-14 gün önce uygulanmalıdır (124).

2.4.17. Sarıhumma Aşısı

Ülkemizde riskli bölgelere seyahat edecek kişilere sınır kapısında sarıhumma aşısı uygulanmaktadır. Sarıhumma canlı atenüe virüs içermektedir. Tek doz 0,5 ml ciltaltı yapılır. 10 yılda bir rapel önerilmektedir (124).

2.4.18. Japon Ensefaliti Virüs Aşısı

Bu aşı 17 yaştan büyük erişkinlere 0,5 ml/doz şeklinde, toplam iki doz (0 ve 28. günlerde) olarak intra müsküler uygulanır. Aşılamanın potansiyel maruziyetten sonraki 7 gün içinde tamamlanması gerekmektedir (124).

2.4.19. Günümüzde Kullanılan Aşıların Tipleri, Pozolojisi Ve Uygulama Yolları

Günümüzde kullanılan aşıların tipleri, pozolojisi ve uygulama yolları Tablo 5’de gösterilmiştir (125).

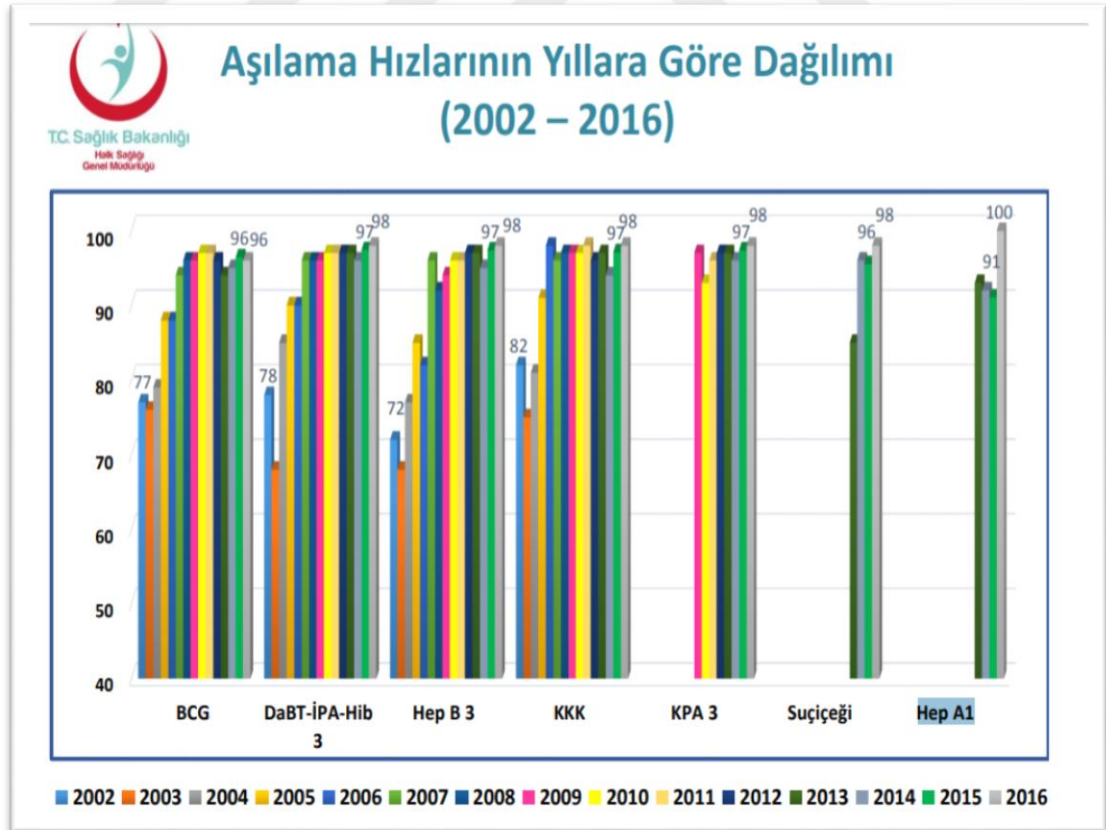
Tablo 5. Aşı Tipleri, Pozoloji ve Uygulama Yolları (125)

AŞILAR	TİPİ	DOZ	UYGULAMA YERİ
Difteri, Tetanoz, Boğmaca (DTaB, DT, Tdab, Td)	Toksoid	0.5 ml	IM
Haemophilus influenza tip b (Hib)	Polisakkarid	0.5 ml	IM
Hepatit A (HepA)	İnaktive ölü aşı	≤18 yaş; 0.5 ml ≥19 yaş; 1.0 ml	IM
Hepatit B (HepB)	Rekombinant	≤19 yaş; 0.5 ml ≥20 yaş; 1.0 ml	IM
Human papillomavirus (HPV)	Rekombinant	0.5 ml	IM
İnfluenza (LAIV)	Canlı atenue aşı	0.2 ml	Intranazal sprey
İnfluenza (IIV), (RIV)	İnaktif aşı	6–35 ay: 0.25 ml	IM
	Rekombinant	≥3 yaş; 0.5 ml	
İnfluenza (IIV) Fluzone (18-64 yaş arası)		0.1 ml	ID
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR)	Canlı atenue aşı	0.5 ml	SC
Konjuge meningokok (MCV)	Konjuge	0.5 ml	IM
Polisakkarit meningokok(MPSV)	Polisakkarid	0.5 ml	SC
Konjuge Pnömokok (PCV)	Konjuge	0.5 ml	IM
Polisakkarit pnömokok(PPSV)	Polisakkarid	0.5 ml	IM/SC
İnaktif polio (IPV)	İnaktif aşı	0.5 ml	IM/SC
Varicella (Suçiçeği)	Canlı aşı	0.5 ml	SC
Zoster (Zona)	Canlı aşı	0.65 ml	SC
Rotavirus (RV)	Canlı aşı	Rotarix: 1.0 ml	ORAL
	Canlı aşı	Rotateq: 2.0 ml	

2.5. Çocuklarda Aşı Uygulamalarının Sonuçları

1989'dan 1998 yılına dek süren Polio Eradikasyon Programı ile polio eradike edilme noktasına gelinmiştir. Türkiye'de son vaka 1998 yılında Ağrı'da görülmüştür. Polio Eradikasyon Programı çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Türkiye'yi 21 Haziran 2002'de "Polio dan Arındırılmış Bölge" sertifikası ile belgelendirmiştir. Poliomyelit vakası artık görülmemekle birlikte Akut Flask Paralizi (AFP) sürveyansı hala devam etmektedir.

2002 yılında başlatılan "Kızamık Eliminasyon Programı" kapsamında; 2003-2005 yılları arasında, "Kızamık Aşı Günleri" gerçekleştirilerek 15 yaş altı 18.216.897 çocuk aşılanmış olup % 96'lık bir aşılama hızına ulaşılmıştır. Kızamık vaka sayılarında dramatik düşüşler yaşanmış olup vaka sayıları 2001 yılında 31 bin, 2002 yılında 7.800 iken, 2007'de üç vakaya kadar gerilemiş, 2008 yılı ilk on aylık döneminde ise hiç yerli vaka bildirilmemiştir (126). Yıllar içinde aşılama hızları da artarak %94-97 oranlarına ulaşmıştır. Şekil 1'de yıllara göre aşılama hızları yüzdeleri verilmiştir (127).



Şekil 1. Yıllara Göre Aşılama Hızları Yüzdeleri (127)

2.6. Erişkin Aşılmasının Önemi

DSÖ 2020 yılı hedefi olarak erişkinlerin aşılmasında %90 hedefini belirlemiştir (128). Son 20-30 yıl içinde yaşam süresinin uzaması, yaş ile ilişkili hastalıkların öne çıkması ve sağlık durumu, çalışma alanı, seyahat gibi özel durumlarda ortaya çıkan enfeksiyon hastalığı risklerinin önlenmesinin önemi anlaşılmış ve erişkinlerde bağışıklama çalışmaları daha çok dikkat çekmiştir (129).

Erişkin bağışıklamasının toplumun sağlık otoritelerinin birincil hedefi olmaması ve çocuk bağışıklamasına göre daha az önemsenmesinden dolayı çocukluk çağı rutin bağışıklama programlarına göre gelişmiş batı ülkelerinde bile hedeflerine tam olarak ulaşamayan bir uygulamadır. (130). Ülkemizde de çocukluk bağışıklaması uygulama ve hedefe ulaşma bakımından oldukça iyi bir konumdadır. Ancak kayıt sorunları nedeniyle erişkin bağışıklamasının değerlendirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır (131).

Erişkin aşılara ilişkin bakanlık düzeyinde bir veri tabanı yoktur. Dünya genelinde de erişkin aşılama oranlarına ilişkin bilgi kısıtlıdır. Ülkemizde çocukluk döneminde bazı kişilerin aşılanamamış olması, uygulanan bazı aşılarda ömür boyu bağışıklık sağlayamaması nedeniyle erişkin dönemde aşılama çok önemlidir (132).

Pek çok batı ülkesi erişkin aşılama konusunda politikalar geliştirmiştir. ABD ve Kanada her yıl çocuk ve erişkinler için aşı şemalarını güncellemektedir (88, 133). ABD’de 2013 verilerine göre pnömokok aşısı yaptırma oranı 19-64 yaş arası kişilerde %21.2, 65 yaş üstü kişilerde %59.7’ dir. Tetanoz, difteri toksoidi ve asellüler boğmaca (Tdap) aşısı yaptırma oranı %17.2’ dir. İnsan papilloma virüsü aşısı (HPV) yaptırma oranı (19-26 yaş arası erişkinlerde) %5.9’ dur (134).

Erişkinlerin aşılama oranlarına ilişkin ulusal verilerimiz kısıtlıdır. Turhan ve arkadaşlarının 65 yaş ve üstü kişilerde pnömokoka karşı aşılama durumuna dair yaptıkları prospektif bir çalışmada çalışmaya katılanların sadece %10,7’sinin pnömokok aşısının farkında olduğu ve sadece %0.9’unun pnömokok aşısı yaptırmış olduğu saptanmıştır (135).

Zeybek ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 65 yaş üzeri kişilerde, influenza, pnömokok ve tetanoz aşılı ile aşılama durumları ve bu aşılama hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda influenza aşısını

katılımcıların %26.8'i, tetanoz aşısını %1.8'inin yaptırdığı ve pnömokok aşısının ise hiç uygulanmadığı saptanmıştır (136).

Birinci basamak hekimlikte immünizasyon büyük önem taşımakta olup, ülkemiz de birinci basamakta çalışan hekimlerin önemli görevleri arasında yer almaktadır (137). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirtilmektedir. Bu yönetmelikte “Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır” olarak 7.madde de ifade edilmektedir (138).

Sağlık Bakanlığı erişkin bağışıklaması için bazı yapılanmaları başlatmıştır. Erişkinlerde başta influenza ve tetanoz olmak üzere aşı ile korunmanın mümkün olduğu birçok hastalık, aşılanmama yüzünden mortal seyredebilmekte olup, çocuklarda olduğu gibi erişkin aşılamasında gerekli yapılanmanın sağlanması, konuyla ilgili kılavuzların hazırlanıp uygulanması gerekmektedir (139). Erişkin dönemde tamamlanmamış aşılama için en sık nedenler Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Erişkin Dönemde Tamamlanmamış Aşılama İçin En Sık Nedenler (140)

• Erişkin aşılamasının öneminin farkında olmayış
• Sağlık çalışanlarında öneri olmaması
• Erişkin aşılaması ve önerilen aşılar konusunda sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği
• Erişkin dönemde aşılanmanın risklerini yanlış değerlendirme ve yorumlama
• Aşı güvenliği ve etkililiği konusunda bilgi eksikliği
• Sağlık bakımı sunulan kliniklerde, hastanelerde çalışan kişilerde aşılama için kaçırılan fırsatlar
• Aşıların sigorta kapsamında olmaması ve ücretinin pahalı olması
• Erişkinler için koordine edilmiş aşılamaların eksikliği
• Düzenleyici ve yasal zorunlulukların olmaması
• Enjeksiyon korkusu
• Güncel kayıtların ve kayıt sisteminin olmaması

2.7. Ülkemizde Erişkin Aşı Uygulamaları

Ülkemizde erişkinlere yönelik olarak, hepatit B, doğurganlık çağı kadınlarına yönelik kızamıkçık ve tetanoz, erişkin tetanoz, sağlık çalışanı, seyahat sağlığı, hac, askerlik dönemi aşuları ile 65 yaş üstü erişkinlere pnömokok ve mevsimsel grip aşuları yapılmaktadır (141). T.C. Sağlık Bakanlığı'nca erişkinlere önerilen aşular Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. T.C Sağlık Bakanlığı Erişkin Aşı Çizelgesi (142)

YAŞ	18-49 YAŞ	50-64 YAŞ	65 >YAŞ
AŞI			
Tetanoz-difteri (Td) aşısı	Her 10 yılda bir rapel doz aşısı*		
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısı	1 veya iki doz aşısı**		
Hepatit B aşısı	3 doz aşısı (0, 1, 6. aylar)**		
İnfluenza aşısı	Yılda bir 1 doz aşısı**		Yılda bir 1 doz aşısı*
Pnömonokok polisakkarid aşısı	1-2 doz aşısı**		1 doz aşısı*
Hepatit A aşısı	2 doz aşısı (0, 6 veya 18. aylar)**		
Suçiçeği Aşısı	2 doz aşısı (0-1 veya 2. aylar)**		
Meningokok aşısı	1 veya daha fazla doz aşısı**		
**RİSK GRUPLARI: Gebeler, HIV enfeksiyonlu hastalar, kanser hastaları, solid organ ve KİT transplantasyonu yapılan hastalar, asplenik hastalar, sağlık personeli, kronik hastalıkları olanlar (diyabetik hastalar, kronik karaciğer, kalp ,akciğer hastaları, son dönem böbrek hastaları)'dır.			

* İmmünitesi sağlam ve kontrendikasyon olmayan bireyleri kapsar.

**Risk faktörü ve kontrendikasyonları olan tüm bireyleri kapsar.

2.8. Özel Erişkin Gruplarında Aşılama

2.8.1 Tüm Erişkinlerde Önerilen Aşular

ACIP tüm yaş gruplarına: her yıl mevsimsel grip aşısı, Td rapeli için bir kereliğine Tdab ve sonrasında on yılda bir Td rapeli, 19-55 yaş arası bir veya iki doz kızamık- kızamıkçık- kabakulak aşısı, yaş sınırı olmaksızın 18 yaş üstü 2 doz halinde suçiçeği aşısı, 19-26 yaş arası kadınlara 3 doz halinde HPV aşısı, 65 yaş üstü

bireylere 13 valanlı pnömokok aşısı en az 4 hafta sonra 23 valanlı pnömokok polisakkarid aşısı (PPSV23) 5 yılda bir PPSV23 tekrarı, 60 yaş üzeri bireylere 1 doz zona aşısı önermektedir (143).

2.8.2. Gebelik Öncesi Dönemde Aşılama Önerileri

Doğurganlık çağındaki kadınlar gebelik öncesinde kızamık, kabakulak, kızamıkçık, poliomyelit, tetanoz ve difteriye bağışık olmalıdır. Perinatal infeksiyon riski nedeniyle bütün gebeler kızamıkçık antikoru ve hepatit B yüzey antijeni yönünden taranmalıdır. Canlı aşılar mümkünse gebelik sonrasına ertelenmelidir (144).

2.8.3. Gebelerde Önerilen Aşılar

Tetanoz, difteri, aselüler boğmaca (Tdab her gebelikte- 27-36. haftalar arasında), inaktif influenza gebelerde rutinde önerilen aşılardır. Gebelikte kontrendike olan aşılar; kızamık, kızamıkçık, kabakulak, zoster, suçiçeği, canlı influenza ve canlı poliovirüs aşılardır (145).

2.8.4. Emzirme ve Aşılama

İnaktif ve canlı aşılardan yapılması emzirmeyi etkilemez. Canlı aşılardaki virusler annede çoğalsalar bile çoğunluğu süte geçmemektedir. Anne sütüne geçen rubella aşısı virüsü bebekte infektivitesini kaybettiği için hastalığa neden olmaz. İnaktif, rekombinant, subunit, polisakkarid ve konjuge aşılar, toksoidler bebekte risk artışına neden olmazlar. Emziren annede tek kontrendike aşı doğrudan temas riski nedeniyle çiçek aşısıdır. Sarıhumma aşısı da zorunlu olmadıkça yapılmamalıdır (145).

2.8.5. Öğretmenler ve Gündüz Bakım Evlerinde Çalışanlar İçin Aşı Önerileri

Öğretmenler öğrencilerini ve kendilerini, bakım evlerinde çalışanlar hastalarının sağlığını ve kendi sağlıklarını koruyabilmeleri için bazı aşılardan özellikle

yaptırmalıdır. Tablo 8’de öğretmenler ve gündüz bakım ekibi için önerilen aşıları gösterilmektedir.

Tablo 8. Öğretmenler ve Gündüz Bakım Ekibi İçin Önerilen Aşılar (146)

AŞI	ÖNERİ
KKK	1957 ve sonrasında doğan erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz KKK 1957’den önce doğanlar bağışık olarak kabul edilmektedir.
Hepatit B	3 doz (0, 1, 6.ay)
Varisella	1980’den sonra doğanlar için 4 hafta ara ile 2 doz varisella aşısı 1980’den önce doğanlar immün
Tdap/Td	Mümkün olur olmaz bir doz Tdap, sonra 10 yılda bir Td
İnfluenza	Her influenza mevsiminde bir doz influenza aşısı

2.8.6. Ülkemizde Askeri Birliklerde Uygulanan Aşılar

Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesine yeni katılan askerlere; kızamık, meningokok ve Td aşısı uygulanmaktadır (147).

2.8.7. Seyahat Aşı Önerileri

Kişiye ve yolculuğa ait özellikler seyahat öncesi aşılama açısından önemlidir ve buna göre değerlendirme yapılmaktadır. Bu risk değerlendirmesinde, yaş, sağlık durumu, hamilelik ve emzirme durumu, immün yetmezlik, alerji öyküsü, aşılama geçmişi gibi kişiye ait özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Gidilen ülke, yolculuğun zamanı, süre, kalınan yer, konaklama, seyahatte yapılan aktiviteler gibi seyahate ait özelliklere dikkat edilmelidir (148).

Yolculuk öncesi değerlendirmede rutin aşılama programına göre eksik aşılar varsa tamamlanmalı ya da kişi hiç aşılanmamış ise ilk aşılama serisini tamamlamalıdır. Her yolcu için tavsiye edilen aşılar; sarıhumma (zorunlu), meningokok (zorunlu), tifo, kolera, hepatit A, kuduz, japon ensefaliti aşılarıdır. Yeterli bağışıklık yanıtının oluşabilmesi ve gerekli aşılama şemasının tamamlanabilmesi için yolcular seyahatten en az 4-6 hafta önce Seyahat Sağlığı Merkezlerine başvurmalıdır. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğüne bağlı Seyahat Sağlığı Merkezleri’nde ücretsiz olarak aşılar

yapılmakta ve koruyucu ilaçlar verilmektedir (148). Tablo 9’da seyahatte önerilen aşılarla yer verilmiştir (31).

Tablo 9. Seyahat aşıları (31)

AŞILAR	ÖNERİLER
<i>Rutin aşılar</i>	
Hepatit A	Seyahate 2 haftadan kısa zaman kalmışsa aşı yerine Ig (0.02- 0.06 ml/kg) önerili
Hepatit B	Seyahat öncesi yeterli zaman yoksa 0,7,21.gün ve 12. ayda yapılabilir.
Polio	Polio’nun eradike edilemediği bölgelere gidecek olan ve önceden aşılanmamışlara önerilir.
Tetanoz-Difteri	Seyahat, rapel doz için fırsattır.
Tifo	Oral aşı; antibiyotikler, oral polio aşısı ya da meflokinle birlikte verilmemelidir.
<i>Özel risk durumunda uygulanacak aşılar</i>	
İnfluenza	İnfluenza sezonundan (kuzey yarımkürede aralık-mart ayları arası) önce yapılması önerilir.
Japon ensefaliti	Endemik mevsimde kırsal kesime gidecek ve bir aydan fazla kalacaklara önerilir.
Kene kaynaklı ensefalit	Kene teması riskinin arttığı Nisan-Ekim aylarında endemik bölgelerin kırsal kesiminde kalacaklara önerilir.
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Suçiçeği	Sağlık, yardım organizasyonları, göçmen kampları gibi riskli bölgelere gidecek seronegatiflere önerilir.
Kolera	DSÖ zorunlu görmemekle birlikte bazı ülkeler aşı sertifikası istemektedir.
Kuduz	Bisiklet ya da sırt çantasıyla gezen serüvenciler, bir yaşından büyük çocuklar ve mağara gezginlerinde enfeksiyon riski fazladır.
Pnömonokok	Riskli gruplara önerilir.
Şarbon	Genelde önerilmez. Şüpheli hayvan ürünlerinden uzak durulması önerilir.
Veba	Aşının etkisi ve endikasyonları oldukça sınırlıdır
<i>Özel belge gerektiren aşılar</i>	
Meningokok	Gidilecek bölgede salgın riski varsa önerilir. Suudi Arabistan tüm hacı adaylarından istemektedir.
Sarı humma	Riskli bölgeye gideceklere önerilir. Riskli bölgeden gelenlerden de bazı ülkeler girişte belge istemektedir

2.8.8. Sağlık Çalışanlarında Öneriler

Bütün sağlık personeline ACIP önerilerine göre; KKK, zona aşısı, kan ve kan ürünleriyle temas varsa hepatit B aşısı, yıllık influenza aşısı, erişkinlere rutin olarak önerilen diğer aşılar (Td ve pnömokok aşıları) önerilir (149).

2.8.9. Kronik Hastalıkları Olan Kişilerde Aşılama Önerileri

Diyabet, kronik kalp ve akciğer hastalığı, alkolizm olanlara; Td, yıllık influenza aşısı, pnömokok aşısı, KKK, suçiçeği, zoster gibi canlı aşılar yapılabilir. Risk faktörü varsa, meningokok, pnömokok, hepatit A ve B aşıları yapılması önerilir (150).

ACIP ayrıca; 10 yaş üzeri kişilerde kalıcı immün yetmezlik, anatomik veya fonksiyonel aspleni olan kişilere, N.meningitis ile çalışan mikrobiyologlara Menenjit B salgını esnasında halka Men-B aşısının yapılmasını önermektedir (151).

Kemoterapi alan hastalarda acil durum yoksa aşılamaların kemoterapinin bitiminden en az iki hafta sonra yapılması önerilmektedir (152).

Solid organ transplantasyonu yapılan hastalar, immün sistemi baskılayan ilaç aldıkları için enfeksiyonlara yatkınlıkları artmaktadır. İnfluenza ve pnömokok aşıları korunmada önemlidir. Transplantasyon yapılacak hastalar transplantasyondan en az 2 hafta, ideal olarak 1 ay önce aşılanmalıdır. Bu hastalara canlı virüs aşıları yapılmamalıdır (153).

Kanserli olgularda genel olarak canlı aşılardan kaçınılmalıdır. Endikasyonu olan inaktif aşılar mümkünse kemoterapi, immunsupresif tedavi, splenektomi ve radyasyon uygulamalarından önce verilmelidir. Aşılama ile bağışıklığı baskılayıcı tedavi başlanması arasındaki süre en az iki hafta olmalıdır. İnaktif aşılar kemoterapi sırasında uygulanırsa, bağışıklığın yeniden düzelmesinden sonra aşılama tekrarlanmalıdır (141).

HIV ile infekte olgularda inaktif aşılar güvenlidir. Canlı aşılardan kaçınılmalıdır. İnfekte kişilere Tetanoz, Polio, İnaktif influenza aşısı, Hepatit A, Hepatit B, Pnökokok aşısı ve Meningokok aşısı önerilmektedir. BCG aşısı, uygulama sonrası dissemine tüberküloz olguları bildirildiği için kontrendikedir.

Son dönem böbrek yetmezliği olan olgularda Hepatit B, Pnökokok aşısı, Tetanoz aşısı İnfluenza aşısı (Yılda 1 kez) önerilmektedir (141).

2.8.10. Yaşlılık Döneminde Aşılama Önerileri

Yaşlılık döneminde pnömokok, influenza ve herpes zoster özellikle yapılması önerilen üç aşıdır. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerin influenza aşısını yılda bir kez olmaları önerilmektedir. Pnökokokal hastalık insidansı ve mortalitesi 50 yaş,

belirgin olarak da 65 yaş üzerinde artış gösterir. Bu nedenle 65 yaş üzeri bireylere pnömokok aşısı yapılması önerilmektedir. Mükünse, önce konjuge aşısı (PCV13) ve daha sonra polisakkarid aşının (PPSV23) ardışık olarak uygulanması önerilmektedir. 65 yaşından sonra tek doz PCV13 ve tek doz PPSV23 uygulanması yeterlidir, rapel dozlara gerek yoktur (31).

Konjuge ya da polisakkarid pnömokok aşısı, ayrı bölgelere olmak kaydıyla inaktive influenza aşısı ile eş zamanlı olarak uygulanabilir.

Altmış beş yaş üzeri bireylerde zoster aşısı daha önce hastalığın geçirilme durumuna bakılmaksızın subkutan tek doz olarak önerilmektedir. Kronik hastalığı olanlarda klinik tablo açısından herhangi bir risk oluşturmuyor ise hekim danışmanlığı ve yönlendirmesi ile aşılama yapılabilir. Tüm diğer canlı aşılar gibi herpes zoster aşısı ciddi immüsupresyon durumlarında kontrendikedir (31).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Niceliksel tipteki birinci aşamada Hatay ili merkez ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran annelerin çocuk ve erişkin aşılarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Niteliksel olan ikinci aşama ise yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi ile elde edilen bulguların içerik analizine dayanmaktadır.

3.1. Birinci Aşama: Niceliksel Bölüm

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır.

3.1.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanarak hazırlanan ve 36 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce anket formunun geçerlilik-güvenirliğini sağlamak için üç anne ile görüşülerek pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışmadan sonra anket ve görüşme formlarında gerekli düzenlemeler yapıldı.

Anket annelerin sosyo demografik özellikleri, çocukluk çağı aşıları ve erişkin dönem aşıları olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Bu anket ile bireylerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, çocuk ve erişkin aşıları hakkında bilgi, tutum ve görüşleri, aşı yaptıırıp yaptırmama nedenleri sorgulandı.

Anketler Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼n¼n uygun g¼rd¼ę¼ Hatay ili Merkez İlçeleri' ne bağlı 4 ASM' de gerçekteştirildi. Karaali, Serinyol 1-2, Anayazı Aile Sağlığı Merkezleri'ne herhangi bir nedenle başvuran, anketleri doldurmayı kabul eden, dil sorunu yaşamayan t¼m annelere anket uygulandı. Toplam da 350 anneye ulaşıldı. Anketler Ağustos 2018 –Mayıs 2019 ayları arasında, bireylere çalışma ile ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra y¼z y¼ze g¼r¼řme y¼ntemi ile dolduruldu.

3.1.3. Veri Analizi ve İstatistik

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi ve aynı programda analiz yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%) analizi ve kategorik verilerin analizi için ise Ki-kare test kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'den daha k¼ç¼k değerler önemli olarak kabul edildi.

3.1.4 Etik Onay

Çalışmaya başlamadan önce Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Etik Kurul Komitesi'nden ve Hatay Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Etik Onay Biriminden onay alındı.

3.2.İkinci Aşama: Niteliksel Böl¼m

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, niteliksel (kalitatif) tipte bir çalışmadır.

3.2.2. Veri Toplama Y¼ntemi ve Araçları

Anket formu uygulanan anneler arasından rastgele seçilen 30 anneye yarı yapılandırılmış derinlemesine g¼r¼řme formu uygulandı. G¼r¼řme öncesinde s¼z¼

onay alınmıştır. Görüşme formu aşının gerekliliği, zorunlu çocuk aşıları, aşıların yan etkileri, erişkin aşılarını içeren, yönlendirici olmayan, yansız açık uçlu sorular içermektedir.

Görüşme formu uygulanan her bir kişinin başkalarından etkilenmeden kendi fikirlerini ve deneyimlerini özgürce ifade etmesine önem verildi. Derinlemesine görüşmeler, araştırmacı tarafından özel görüşme odasında 20-45 dakika arasında sürecek şekilde yapıldı. Görüşmelerin tümü onay alındıktan sonra ses kayıt cihazıyla kaydedildi. Katılımcılardan alınan bilgiler doygunluğa ulaştığında (yeni ve farklı veri elde edilemediğinde) çalışma sonlandırıldı.

3.2.3. Veri Analizi

Kayıtlar tüm vurgular ve özel ifadeler içerecek şekilde aynen yazıya aktarıldı. Ses kayıtları çözümlenirken, her hastaya bir kod numarası verilerek kayıt edildi. Görüşmeler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra görüşmeler tekrar tekrar dinlenerek Microsoft Word programında yazıya geçirildi. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanıldı. Veriler defalarca okunup, cümlelerden çıkabilecek kodlar oluşturuldu. Oluşan kodlardan sonra tematik kodlamaya geçildi uygun temalar çıkarıldı. Ardından tüm görüşme verileri kodlandırılıp ve yorumlanarak rapor haline getirildi.

4.BULGULAR

4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmamızın birinci aşamasında Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 350 anneye ulaşılmıştır.

Çalışmamıza katılan 350 katılımcının sosyo-demografik verilerini değerlendirdik. Katılımcıların %5.4'ü (n=19) 20 yaş altında iken, %53.4'ü (n=187) 20-29 yaş arasında, %31.7'si (n=111) 30-39 yaş arasında ve %9.4'ü (n=33) 40 yaş üzerindedir.

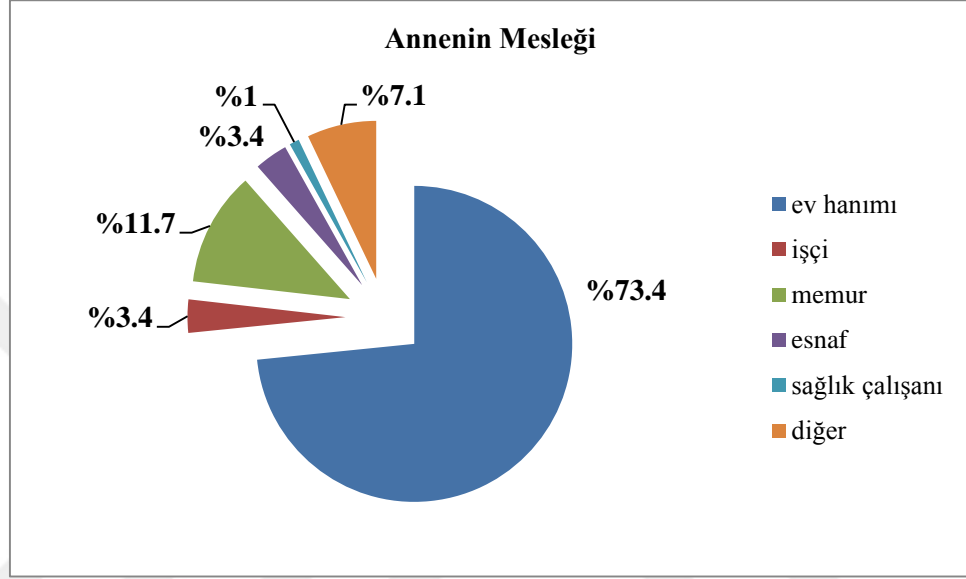
Katılımcıların %73.4'ü (n=257) ev hanımı, %3.4'ü (n=12) işçi, %11.7'si (n=41) memur, %3.4'ü (n=12) esnaf, %1'i (n=3) sağlık çalışanı, %7.1'i (n=25) diğer meslek gruplarındadır.

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde %3.1'i (n=11) okuryazar değil, %30.3'ü (n=106) ilköğretim, %24.6'sı (n=86) ortaöğretim, %28.0'i (n=98) lise, %14'ü (n=49) üniversite mezunudur. Katılımcılara ilişkin özellikler Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Katılımcılara İlişkin Özellikler

Anne	n	%	
Yaş	20 yaş altı	19	5.4
	20-29	187	53.4
	30-39	111	31.7
	40 yaş üzeri	33	9.4
	Toplam	350	100.0
Meslek	Ev Hanımı	257	73.4
	İşçi	12	3.4
	Memur	41	11.7
	Esnaf	12	3.4
	Sağlık Çalışanı	3	1.0
	Diğer	25	7.1
	Toplam	350	100.0
Öğrenim Durumu	Okur Yazar	11	3.1
	Değil		
	İlköğretim	106	30.3
	Ortaöğretim	86	24.6
	Lise	98	28.0
Üniversite	49	14.0	
Toplam	350	100.0	

Katılımcıların %73.4'ü (n=257) ev hanımı, %3.4'ü (n=12) işçi, %11.7'si (n=41) memur, %3.4'ü (n=12) esnaf, %1'i (n=3) sağlık çalışanı, %7.1'i (n=25) diğer meslek gruplarındandır. Şekil 2'de annelerin meslek dağılımları verilmiştir.



Şekil 2. Annelerin Meslekleri

Babaların %1.1'i (n=4) 20 yaş altı iken, %30.9'u (n=108) 20-29 yaş arasında, %50.3'ü (n=176) 30-39 yaş arasında ve %17.7'si (n=62) 40 yaş ve üzerindedir.

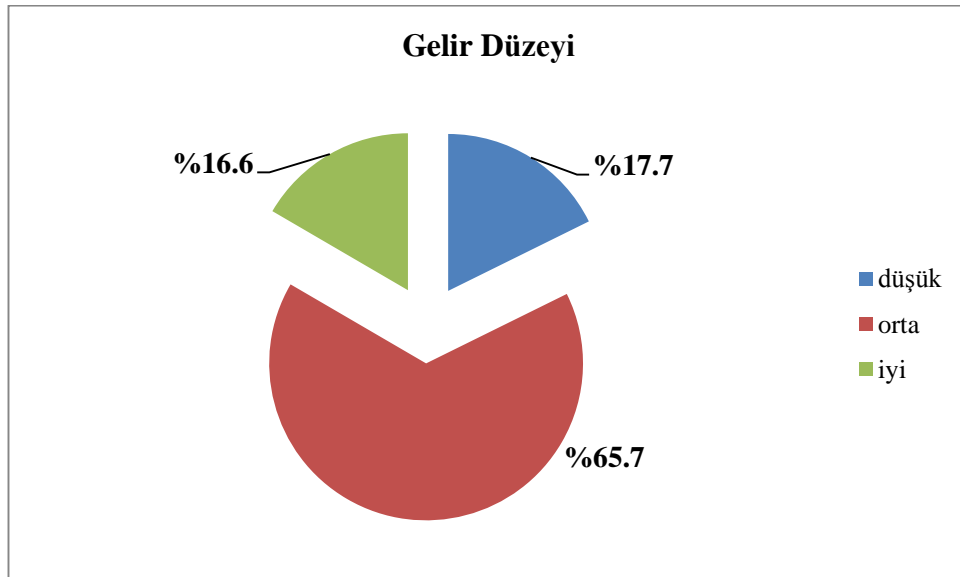
Babaların %3.7'si (n=13) çalışmıyor, %32'si (n=112) işçi, %22'si (n=77) memur, %25.7'si (n=90) esnaf, %1.1'i (n=4) sağlık çalışanı olmakla beraber, %15.4'ü (n=54) diğer meslek gruplarındandır.

Babaların %3.7'si (n=13) okur yazar değil, %17.7'si (n=62) ilköğretim, %21.4'ü (n=75) orta öğretim, %36.9'u (n=129) lise, %20.3'ü (n=71) üniversite mezunudur. Babalara ilişkin özellikler Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Babalara İlişkin Özellikler

Baba		n	%
Yaş	20 yaş altı	4	1.1
	20-29	108	30.9
	30-39	176	50.3
	40 yaş üzeri	62	17.7
	Toplam	350	100
Meslek	çalışmıyor	13	3.7
	işçi	112	32
	memur	77	22
	esnaf	90	25.7
	sağlık çalışanı	4	1.1
	diğer	54	15.4
	Toplam	350	100
Öğrenim durumu	okur yazar değil	13	3.7
	ilköğretim	62	17.7
	ortaöğretim	75	21.4
	lise	129	36.9
	üniversite	71	20.3
	Toplam	350	100

Ailelerin gelir düzeyleri incelendiğinde; %17.7'si (n=62) düşük, %65.7'si (n=230) orta ve %16.6'sı (n=58) iyi gelire sahiptir. Ailelerin gelir düzeyi Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Ailenin Gelir Düzeyi

Ailelerin %22.6'sı (n=79) 1 çocuk, %38.3'ü (n=134) 2 çocuk, %24.9'u (n=87) 3 çocuk, %14.3'ü (n=50) 4 ve üzeri çocuğa sahipti. Ailelere ilişkin özellikler Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Aileye İlişkin Özellikler

Aile	n	%	
Gelir Durumu	düşük	62	17.7
	orta	230	65.7
	iyi	58	16.6
	Toplam	350	100
Çocuk Sayısı	1	79	22.6
	2	134	38.3
	3	87	24.9
	4 ve üzeri	50	14.3
	Toplam	350	100

Annelerin %98'i (n=343) aşıların gerekli olduğunu belirtti. Aşı gerekliliğinin nedenlerini sırasıyla %35.4'ü (n=124) "mikroplara karşı direnç oluşturur", %46.6'sı (n=163) "hastalıklardan korur", %16'sı (n=56) "sağlıklı olmak için" olarak ifade etmiştir.

Aşıların yapılmaması durumunda çocukta görülebilecek zararlar değerlendirildiğinde; %26.6'sı (n=93) "çok çabuk hastalanır", %19.7'si (n=69) "hastalıkları ağır geçirir", %8,9'u (n=31) "enfeksiyon riski artar", %30'u (n=105) "sık sık hasta olur", %10'u (n=35) "bulaşıcı hastalıkları geçirmez" ve %4.9'u (n=17) "bilmiyorum" olarak yanıtladı.

Doğum öncesi aşılar ve yapılma zamanı ile ilgili annelerin %58.3'ü (n=204) bilgi aldığını, %18.3'ü (n=64) bilgi almadığını ve %23.4'ü (n=82) hatırlamadığını ifade etti. Gebelik sırasında takip edilme durumu değerlendirildiğinde; %58.3'ü (n=204) "kadın doğum doktorumun önerdiği sıklıkta gittim", %35.1'i (n=123) "ayda bir defa gittim" ve %6.6'sı (n=23) "hiçbiri" olarak ifade etmiştir.

Annelerin %78'i (n=273) gebelik döneminde aşı yaptırdığını ve %22'si (n=77) aşı yaptırmadığını belirtti. Gebelikte aşı yapılan annelerin %11.4'ü (n=40) yapılan aşırı bilmediğini, %66.6'sı (n=233) gebelik döneminde tetanoz aşısı yapıldığını ifade etti.

Annelerin %97.4'ü (n=341) çocuğunun aşılarının tam olduğunu ve %2.6'sı (n=9) tam olmadığını belirtti. Aşıların tam olmama nedenleri değerlendirildiğinde %0.3'ü (n=1) “aşıdan korktum”, %0.3'ü (n=1) “cenaze dolayısıyla”, %0.3'ü (n=1) “ulaşım sıkıntısı”, %0.3'ü (n=1) “unutuyorum”, %0.3'ü (n=1) hatırlamıyorum, %1.1'i (n=4) “bilmiyorum” olarak ifade etti.

Yeni doğmuş bebeğe ilk aşı ne zaman yapılır? sorusuna annelerin %10'u (n=35) “bilmiyorum”, %65.4'ü (n=229) “doğumda”, %8.9'u (n=31) “bir haftalıkken”, %15.4'ü (n=54) “ bir aylıkken” ve %0.3'ü (n=1) “bir yaşında iken” yanıtını verdi. Annelerin aşı ile ilgili bilgi durumları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Annelerin Aşı İle İlgili Bilgi Durumları

		n	%
Sizce Aşı Gerekli Midir?	Evet	343	98.0
	Hayır	7	2.0
	Toplam	350	100.0
Aşının Gerekliliğinin Nedenleri (n=343)	mikroplara karşı direnç oluşturur	124	35.4
	hastalaktan korur	163	46.6
	sağlıklı olmak için	56	16.0
	Toplam	343	98.0
Aşıların Yapılmaması Durumunda Çocukta Görülebilecek Zararlar	çok çabuk hastalanır	93	26.6
	hastalıkları ağır geçirir	69	19.7
	enfeksiyon riski artar	31	8.9
	sık sık hasta olur	105	30.0
	bulaşıcı hastalıkları geçirmez	35	10.0
	bilmiyorum	17	4.9
	Toplam	350	100.0
Doğum Öncesi Aşı Konusunda Bilgi Alma Durumu	Evet	204	58.3
	Hayır	64	18.3
	Hatırlamıyorum	82	23.4
	Toplam	350	100.0
Gebe İken Kontrole Gitme Sıklığı	kadın doğum doktorumun önerdiği sıklıkta gittim	204	58.3
	ayda bir defa gittim	123	35.1
	Hiçbiri	23	6.6
	Toplam	350	100.0
Gebe İken Aşı Olma Durumu	Evet	273	78.0
	Hayır	77	22.0
	Toplam	350	100.0
Gebelikte Yapılan Aşı (n=273)	Tetanoz	233	66.6
	Bilmiyorum	40	11.4
	Toplam	273	78.0

Tablo 13 Devamı. Annelerin Aşı İle İlgili Bilgi Durumları

Çocuğunuzun Aşuları Tam Mı?	Evet	341	97.4
	Hayır	9	2.6
	Toplam	350	100.0
Aşılarının Eksik Olma Nedeni	aşıdan korktum	1	0.3
	Bilmiyorum	4	1.1
	cenaze dolayısıyla	1	0.3
	Hatırlamıyorum	1	0.3
	ulaşım sıkıntısı	1	0.3
	Unutuyorum	1	0.3
	Toplam	9	2.6
Yeni Doğmuş Bebeğe İlk Aşı Ne Zaman Yapılır?	Bilmiyorum	35	10.0
	Doğumda	229	65.4
	bir haftalıkken	31	8.9
	bir aylıkken	54	15.4
	bir yaşında iken	1	0.3
	Toplam	350	100.0

Katılımcıların %73.7'si (n=258) aşıların yan etkilerinin olduğunu düşünürken, %26.3'ü (n=92) aşıların yan etkilerinin olmadığını düşünmektedir. Katılımcılar yan etki açısından birden fazla seçenek işaretlemiştir. Aşıların yan etkilerinin olduğunu düşünen 258 kişinin %38.4'ü (n=220) aşıların ateş, %7.5'i (n=43) enfeksiyon, %14.7'si (n=84) alerji, %4.5'i (n=26) felç, %15.9'u (n=91) ve %19.0'ı (n=109) kızarıklık gibi yan etkilerinin olduğunu söylemiştir. Annelerin aşı yan etki durumlarını bilme düzeyleri Tablo 14'de gösterilmektedir.

Tablo 14. Annelerin Aşı Yan Etki Durumlarını Bilme Düzeyleri

		n	%
Aşıların Yan Etkileri	evet	258	73.7
	hayır	92	26.3
	Toplam	350	100.0
*Aşıların Yan Etkileri	Ateş	220	38.4
	Enfeksiyon	43	7.5
	Alerji	84	14.7
	Felç	26	4.5
	Ağrı	91	15.9
	Kızarıklık	109	19.0

*Birden fazla seçenek seçilmiştir

Annelerin yaşına göre gebelikte aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.003). 20-29 yaş arası (%82.9) annelerin gebelikte aşı yaptırma oranları diğer yaş grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksektir.

Annelerin öğrenim durumuna göre gebelikte aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.001). Üniversite (%85.7), lise mezunu (%83.7) ve orta öğretim mezunu (%83.7) annelerin gebelikte aşı yaptırma oranları, diğer öğrenim durumuna sahip annelerden anlamlı şekilde yüksektir (p<0.001).

Ailenin gelir düzeyine göre annelerin gebelikte aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.27). Annelerin özelliklerine göre gebelikte aşı yaptırma durumu Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Annelerin Özelliklerine Göre Gebelikte Aşı Olma Durumu

		Gebelikte Aşı Olma Durumu			P
		Evet	Hayır	Total	
Anne		n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş	20 yaş altı	9(%47.4)	10(%52.6)	19(%100)	0.003*
	20-29	155(%82.9)	32(%17.1)	187(%100)	
	30-39	83(%74.8)	28(%25.2)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	26(%78.8)	7(%21.2)	33(%100)	
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	3(%27.3)	8(%72.7)	11(%100)	0.001*
	ilköğretim	74(%69.8)	32(%30.2)	106(%100)	
	ortaöğretim	72(%83.7)	14(%16.3)	86(%100)	
	lise	82(%83.7)	16(%16.3)	98(%100)	
	üniversite	42(%85.7)	7(%14.3)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	düşük	44(%71.0)	18(%29.0)	62(%100)	0.27
	orta	181(%78.7)	49(%21.3)	230(%100)	
	iyi	48(%82.8)	10(%17.2)	58(%100)	

Ki-kare test kullanıldı

* p<0.05

Olguların %39.4’ü (n=138) ücretli aşılarından haberdar iken, %60.6’sı (n=212) ücretli aşıları bilmemektedir. Olgulara bildikleri ücretli aşıların isimleri sorulduğunda %13.1’i (n=46) grip aşısı, %9.7’si (n=34) rota aşısı, %1.4’ü (n=5) rota aşısı ve grip aşısı , %1.7’si (n=6) rota aşısı ve menenjit, %0.3’ü (n=1) genetikle ilgili aşılar,

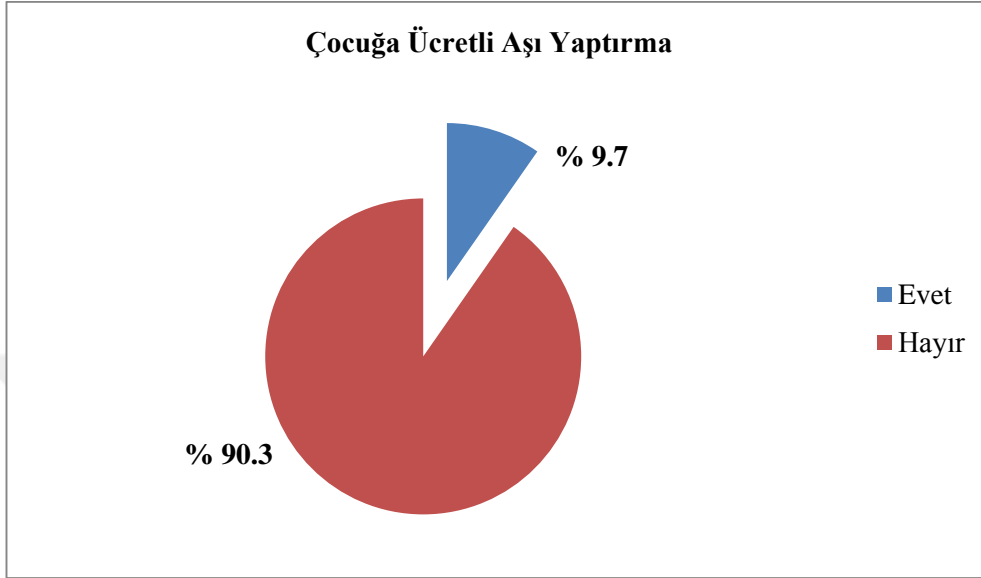
%0.3'ü (n=1) hepatit B ve menenjit, %0.6'sı (n=2) hpv aşısı, %0.9'u (n=3) menenjit aşılarını bildiğini söylerken; %11.4'ü (n=40) ücretli aşılardan isimlerini bilmediğini söylemiştir.

Yaptırılan ücretli aşılardan incelendiğinde; olguların %3.1'inin (n=11) grip, %4.9'unun (n=17) rota, %0.3'ünün (n=1) hem hepatit B hem de menenjit, %0.3'ünün (n=1) hem rota hem de menenjit, %0.3'ünün (n=1) hem rota hem de grip aşılarını yaptırdığı görülmekte iken, %0.9'u (n=3) ne aşı yaptırdığını bilmediğini ifade etmiştir. Çocuğuna ücretli aşı yaptırmadığını söyleyen olguların %58.3'ü (n=204) bilgisi olmadığından, %7.7'si (n=27) maddi imkanları olmadığından, %24.3'ü ise (n=85) gereksiz bulunduğundan dolayı ücretli aşı yaptırmamıştır. Ücretli aşılara ilişkin bilgiler Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. Ücretli Aşılarla İlişkin Bilgiler

		n	%
Ücretli Aşılarla Haberleşen Olma	Evet	138	39.4
	Hayır	212	60.6
	Toplam	350	100.0
Bilinen Ücretli Aşılar	Adını bilmiyor	40	11.4
	Genetikle ilgili aşılardan	1	0.3
	Grip aşısı	46	13.1
	Hepatit B, Menenjit aşısı	1	0.3
	HPV aşısı	2	0.6
	Menenjit aşısı	3	0.9
	Rota aşısı	34	9.7
	Rota aşısı, Grip aşısı	5	1.4
Rota aşısı, Menenjit aşısı	6	1.7	
Çocuğuna Ücretli Aşı Yaptırma	Evet	34	9.7
	Hayır	316	90.3
	Toplam	350	100.0
Yapılan Ücretli Aşılar (n=34)	Adını bilmiyor	3	0.9
	Grip aşısı	11	3.1
	Hepatit B, Menenjit aşısı	1	0.3
	Rota aşısı	17	4.9
	Rota aşısı, Grip aşısı	1	0.3
	Rota aşısı, Menenjit aşısı	1	0.3
Ücretli Aşı Yaptırmama Nedeni (n=316)	Ücretli Aşılarla Hakkında Bilgim Yok	204	58.3
	Maddi Olarak Yaptırabilme İmkanım Yok	27	7.7
	Gerekli Olduğunu Düşünmüyorum	85	24.3

Olguların %9.7'si (n=34) çocuğuna ücretli aşı yaptırmakta iken, %90.3'ü (n=316) yaptırmamaktadır. Annelerin çocuklarına ücretli aşı yaptıırma oranları Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4. Çocuğa Ücretli Aşı Yaptırma Durumu

Annelerin yaşına göre ücretli aşı olduğunu bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.06).

Annelerin mesleklerine göre ücretli aşı olduğunu bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.001). Sağlık çalışanı (%66.7) olan annelerin ücretli aşı olduğunu bilme oranları ev hanımı, işçi, memur ve esnaf meslek grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksektir.

Ailenin gelir düzeyine göre annenin ücretli aşı olduğunu bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.001). Gelir durumu iyi (%55.2) olan annelerin ücretli aşı olduğunu bilme oranları gelir durumu düşük ve orta olan annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelerin özelliklerine göre ücretli aşı olduğunu bilme durumu Tablo 17'de verilmiştir.

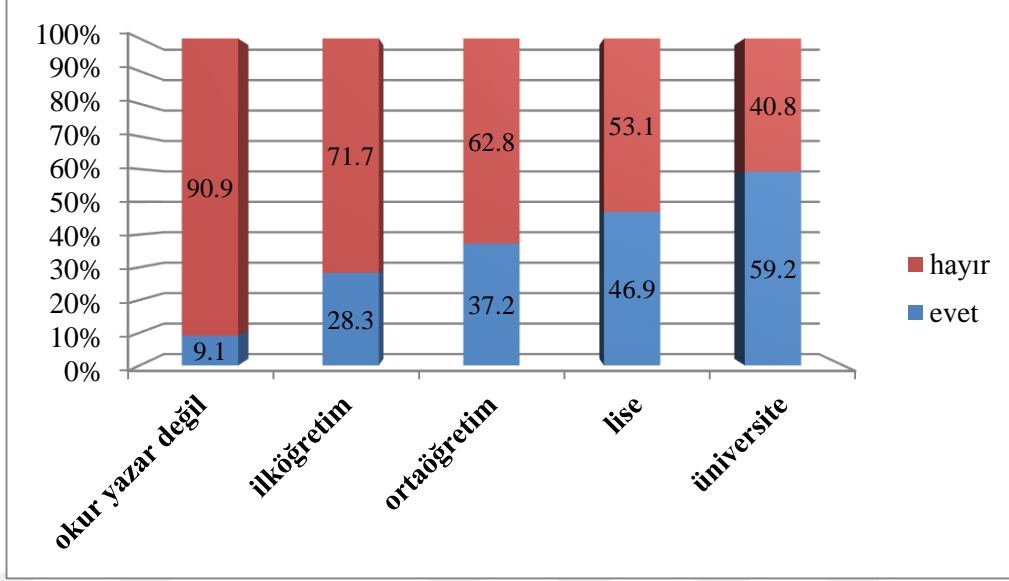
Tablo 17. Annelerin Özelliklerine Göre Ücretli Aşı Olduğunu Bilme Durumu

		Ücretli Aşı Olduğunu Bilme Durumu			p
		Evet	Hayır	Toplam	
Anne		n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş	20 yaş altı	2(%10.5)	17(%89.5)	19(%100)	0.06
	20-29	77(%41.2)	110(%58.8)	187(%100)	
	30-39	44(%39.6)	67(%60.4)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	15(%45.5)	18(%54.5)	33(%100)	
Meslek	ev hanımı	83(%32.3)	174(%67.7)	257(%100)	0.001*
	işçi	8(%66.7)	4(%33.3)	12(%100)	
	memur	23(%56.1)	18(%43.9)	41(%100)	
	esnaf	6(%50.0)	6(%50.0)	12(%100)	
	sağlık çalışanı	2(%66.7)	1(%33.3)	3(%100)	
	diğer	168(%64.0)	9(%36.0)	25(%100)	
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	1(%9.1)	10(%90.9)	11(%100)	0.001*
	ilköğretim	30(%28.3)	76(%71.7)	106(%100)	
	ortaöğretim	32(%37.2)	54(%62.8)	86(%100)	
	lise	46(%46.9)	52(%53.1)	98(%100)	
	üniversite	29(%59.2)	20(%40.8)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	düşük	11(%17.7)	51(%82.3)	62(%100)	0.001*
	orta	95(%41.3)	135(%58.7)	230(%100)	
	iyi	32(%55.2)	26(%44.8)	58(%100)	

Ki-kare test kullanıldı

* p<0.05

Annelerin öğrenim durumuna göre ücretli aşı olduğunu bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.001). Üniversite (%59.2) mezunu annelerin ücretli aşı olduğunu bilme oranları, diğer öğrenim durumuna sahip annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelerin öğrenim durumuna göre ücretli aşıdan haberdar olma durumu Şekil 5’de verilmiştir.



Şekil 5. Öğrenim Durumuna Göre Ücretli Aşidan Haberdar Olma Durumu

Annelerin yaşına göre ücretli aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.187$).

Annelerin öğrenim durumuna göre ücretli aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.002$). Üniversite (%24.5) ve lise mezunu (%11.2) annelerin ücretli aşı yaptırma oranları, diğer öğrenim durumuna sahip annelerden anlamlı şekilde yüksektir.

Ailenin gelir düzeyine göre annelerin ücretli aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.092$).

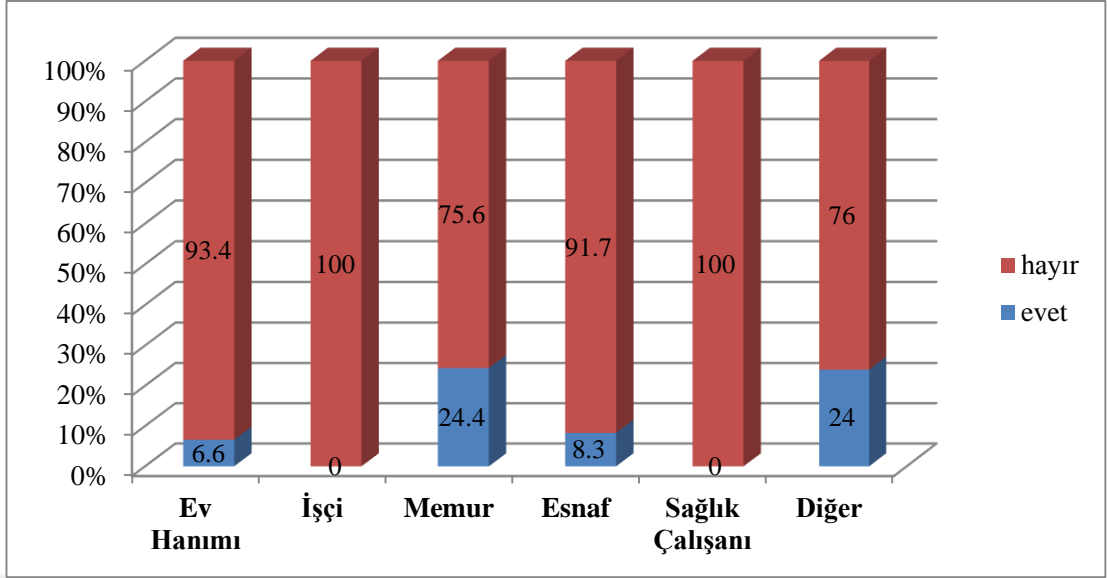
Ailenin çocuk sayısına göre annelerin ücretli aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.93$). Annelerin özelliklerine göre ücretli aşı yaptırma durumu Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Annelerin Özelliklerine Göre Ücretli Aşı Yaptırma Durumu

Anne		Ücretli Aşı Yaptırma			p
		Evet	Hayır	Toplam	
		n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş	20 yaş altı	0(%0.0)	19(%100.0)	19(%100)	0.187
	20-29	18(%9.6)	169(%90.4)	187(%100)	
	30-39	10(%9.0)	101(%91.0)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	6(%18.2)	27(%81.8)	33(%100)	
Meslek	Ev Hanımı	17(%6.6)	240(%93.4)	257(%100)	0.001*
	İşçi	0(%0.0)	12(%100.0)	12(%100)	
	Memur	10(%24.4)	31(%75.6)	41(%100)	
	Esnaf	1(%8.3)	11(%91.7)	12(%100)	
	Sağlık Çalışanı	0(%0.0)	3(%100.0)	3(%100)	
	Diğer	6(%24.0)	19(%76.0)	25(%100)	
Öğrenim Durumu	Okur Yazar	0(%0.0)	11(%100.0)	11(%100)	0.002*
	Değil				
	İlköğretim	5(%4.7)	101(%95.3)	106(%100)	
	Ortaöğretim	6(%7.0)	80(%93.0)	86(%100)	
	Lise	118(%11.2)	87(%88.8)	98(%100)	
	Üniversite	12(%24.5)	37(%75.5)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	Düşük	4(%6.5)	58(%93.5)	62(%100)	0.092
	Orta	20(%8.7)	210(%91.3)	230(%100)	
	İyi	10(%17.2)	48(%82.8)	58(%100)	
Çocuk Sayısı	1	9(%11.4)	70(%88.6)	79(%100)	0.93
	2	13(%9.7)	121(%90.3)	134(%100)	
	3	8(%9.2)	79(%90.8)	87(%100)	
	4 ve üzeri	4(%8.0)	46(%92.0)	50(%100)	
Toplam		34(%9.7)	316(%90.3)	350(%100)	

Ki-kare test kullanıldı * p<0.05

Annelerin mesleklerine göre ücretli aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Memur (%24.4) ve diğer meslek grubunda olan (%24.0) annelerin ücretli aşı yaptırma oranları ev hanımı, işçi, sağlık çalışanı ve esnaf meslek grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelerin mesleğe göre ücretli aşı yaptırma durumu Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6. Mesleğe Göre Annelerin Ücretli Aşı Yaptırma Durumu

Annelerin yaşına göre çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.191$).

Annelerin mesleğe göre çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.592$).

Annelerin öğrenim durumuna göre çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.075$).

Annelerin gelir düzeyine göre çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.462$).

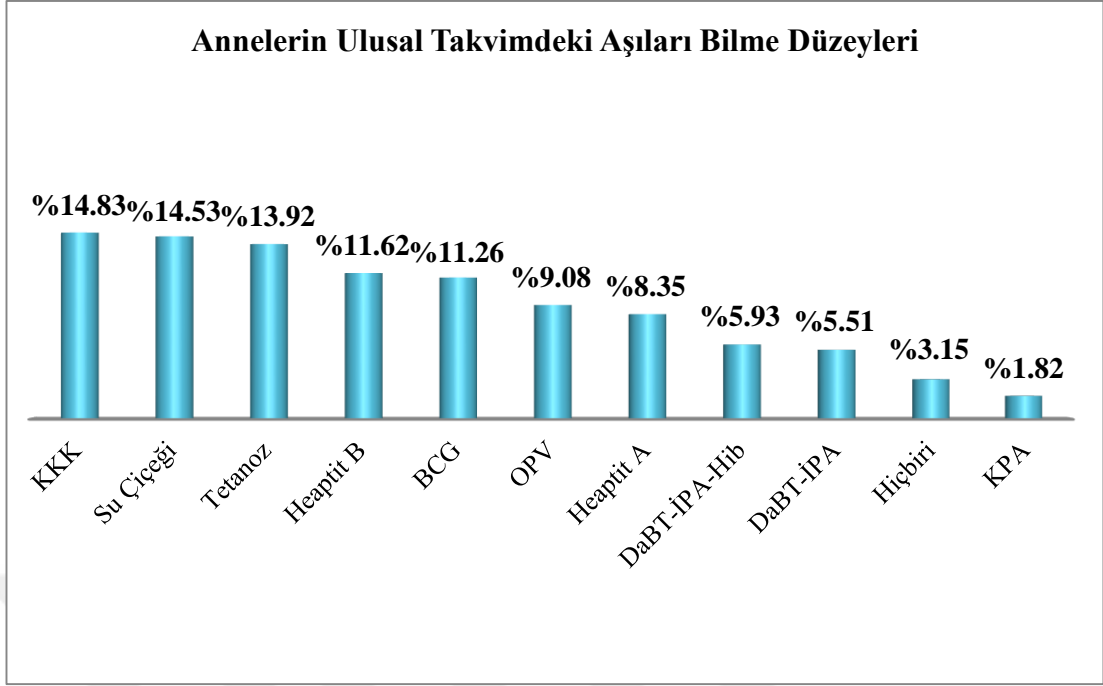
Annelerin çocuk sayısına göre çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.027$). 3 (%24.1) ve 4'ten fazla çocuk sayısı (%24) olan annelerin çocuk aşılarının aile isteğine bırakılması oranları, diğer çocuk sayısına sahip annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelerin özelliklerine göre çocuk aşılarının ailenin isteğine bırakılması Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Annelerin Özelliklerine Göre Çocuk Aşılarının Ailenin İsteğine Bırakılması

Anne	Çocuk Aşılarının Ailenin İsteğine Bırakılması			P	
	Evete	Hayır	Toplam		
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş	20 yaş altı	1(%5.3)	18(%94.7)	19(%100)	0.191
	20-29	32(%17.1)	155(%82.9)	187(%100)	
	30-39	24(%21.6)	87(%78.4)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	9(%27.3)	24(%72.7)	33(%100)	
Meslek	ev hanımı	53(%20.6)	204(%79.4)	257(%100)	0.592
	işçi	3(%25.0)	9(%75.0)	12(%100)	
	memur	5(%12.2)	36(%87.8)	41(%100)	
	esnaf	1(%8.3)	11(%91.7)	12(%100)	
	sağlık çalışanı	0(%0.0)	3(%100.0)	3(%100)	
	diğer	4(%16.0)	21(%84.0)	25(%100)	
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	3(%27.3)	8(%72.7)	11(%100)	0.075
	ilköğretim	29(%27.4)	77(%72.6)	106(%100)	
	ortaöğretim	13(%15.1)	73(%84.9)	86(%100)	
	lise	15(%15.3)	83(%84.7)	98(%100)	
	üniversite	6(%12.2)	43(%87.8)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	düşük	14(%22.6)	48(%77.4)	62(%100)	0.462
	orta	44(%19.1)	186(%80.9)	230(%100)	
	iyi	8(%13.8)	50(%86.2)	58(%100)	
Çocuk Sayısı	1	6(%7.6)	73(%92.4)	79(%100)	0.027*
	2	27(%20.1)	107(%79.9)	134(%100)	
	3	21(%24.1)	66(%75.9)	87(%100)	
	4 ve üzeri	12(%24.0)	38(%76.0)	50(%100)	

Ki-kare test kullanıldı * p<0.05

Annelerin %14.83 KKK, %14.53 suçiçeği, %13.92 tetanoz, %11.62 hepatit B, %11.26 verem, %9.08 çocuk felci, %8.35 hepatit A, %5.93 DaBT-İPA-Hib, %5.51 DaBT-İPA, %1.82'si pnömoni aşısını bildiğini ifade etmekte iken, %3.15'i hiçbir aşığı bilmemektedir. Annelerin ulusal aşı takvimindeki aşıları bilme düzeyleri Şekil 7'de gösterilmektedir.



Şekil 7. Annelerin Ulusal Takvimdeki Aşıları Bilme Düzeyleri

Annelerin çocuk aşıları hakkındaki bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen doğru yanıt oranları: “38C ateşi olan çocuğa aşı yapılmaz” önermesine; 44 (%24) kişi “Yanlış”, “Polio (çocuk felci) ülkemizde artık rastlanmıyor bu yüzden çocuğa çocuk felci aşısı yapılmasına gerek yok” önermesine; 205 (%58.6) kişi “Yanlış”, “Aşı yapıldıktan sonra çocuğun ateşinin olması normaldir” önermesine; 276 (%78.9) kişi “Doğru”, “Difteri, tetanoz, boğmaca gibi birlikte yapılan aşılar ani bebek ölümü sendromuna neden olur” önermesine; 252 (%72) kişi “Yanlış”, “Aşılar henüz bilinmeyen bazı hasar verici ve uzun süreli yan etkilere neden olur” önermesine; 199 (%56.9) kişi “Yanlış”, “Bir çocuğa tek seferde birden fazla aşı yapmak yan etki riskini artırır ayrıca bağışıklık sistemine fazla yüklenme yapar” önermesine; 118 (%33.7) kişi “Yanlış”, “Aşılar civa içerir ve bu yüzden zararlıdır” önermesine; 264 (%75.4) kişi “Yanlış”, “Canlı aşılar otizme neden olur” önermesine; 272 (%77.7) kişi “Yanlış” yanıtını vermiştir. Annelerin çocuk aşıları hakkındaki bilgilerini ayrıntılı bir şekilde irdelemek için yaptığımız tablonun sonuçları da aşağıda Tablo 20’de belirtilmiştir.

Tablo 20. Çocuk Aşıları İle İlgili Sorular ve Yanıtları

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
38C ateşi olan çocuğa aşı yapılmaz.	Doğru	266	%76
	Yanlış	44	%24
Polio (çocuk felci) ülkemizde artık rastlanmıyor bu yüzden çocuğa çocuk felci aşısı yapılmasına gerek yok.	Doğru	145	%41.4
	Yanlış	205	%58.6
Aşı yapıldıktan sonra çocuğun ateşinin olması normaldir.	Doğru	276	%78.9
	Yanlış	74	%21.1
Difteri, tetanoz, boğmaca gibi birlikte yapılan aşilar ani bebek ölümü sendromuna neden olur.	Doğru	98	%28
	Yanlış	252	%72
Aşilar henüz bilinmeyen bazı hasar verici ve uzun süreli yan etkilere neden olur.	Doğru	151	%43.1
	Yanlış	199	%56.9
Bir çocuğa tek seferde birden fazla aşı yapmak yan etki riskini artırır ayrıca bağışıklık sistemine fazla yüklenme yapar.	Doğru	232	%66.3
	Yanlış	118	%33.7
Aşilar civa içerir ve bu yüzden zararlıdır.	Doğru	86	%24.6
	Yanlış	264	%75.4
Canlı aşilar otizme neden olur.	Doğru	78	%22.3
	Yanlış	272	%77.7

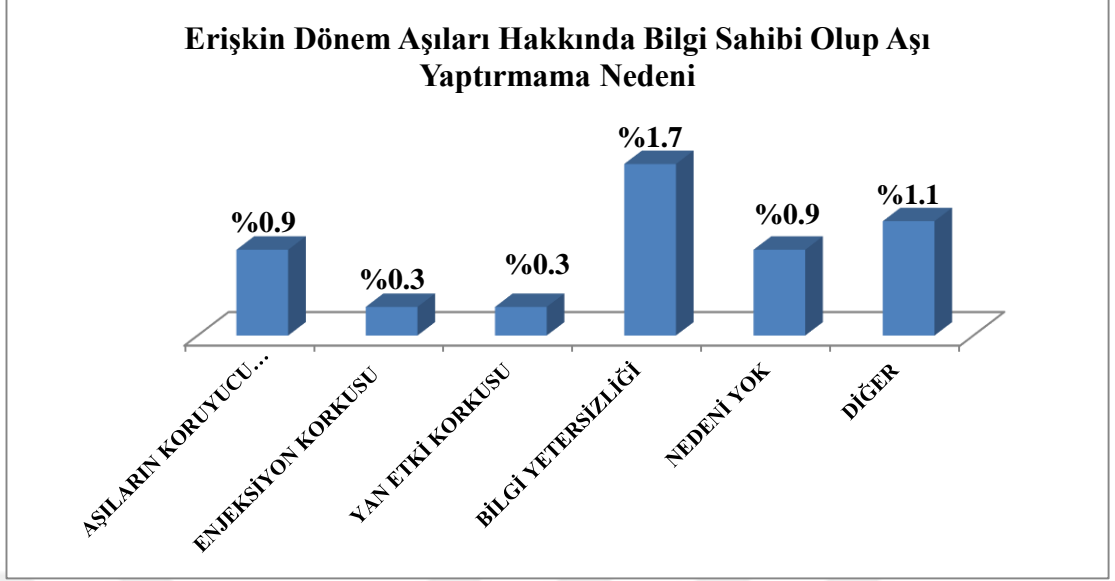
*Önermelerin doğru yanıtları koyu punto ile verilmiştir

Katılımcıların %60.3'ü (n=211) erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olmadığını beyan etmişti. Bilgi sahibi olmama nedenlerini sırasıyla %45.4'ü (n=159) "Herhangi bir kaynaktan bilgilendirilmemek", %6.6'sı (n=23) "Aşilar hakkındaki bilgiye nerden ulaşacağımı bilmemek", %4.6'sı (n=16) "diğer bir neden" ve %3.7'si (n=13) "Bilgi sahibi olmanın gerekli olmadığını düşünmek" olarak ifade etmiştir. Annelerin erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olma durumu Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Annelerin Erişkin Aşları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu ve Yaptırmama Nedenleri

		n	%
Erişkin Dönem Aşları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	139	39.7
	Hayır	211	60.3
	Toplam	350	100.0
Erişkin Dönem Aşları Hakkında Bilgi Sahibi Olmama Nedeni	Herhangi Bir Kaynaktan Bilgilendirilmedim	159	45.4
	Bilgi Sahibi Olmamın Gerekli Olmadığını Düşünüyorum	13	3.7
	Aşılar Hakkındaki Bilgiye Nerden Ulaşacağımı Bilmiyorum	23	6.6
	Diğer	16	4.6
	Toplam	211	60.3
Erişkin Dönem Aşları Hakkında Bilgi Sahibi Olup Aşı Yaptırmama Nedenleri	Aşıların Koruyucu Olmadığını Düşünüyorum	3	0.9
	Enjeksiyon Korkum Var	1	0.3
	Aşıların Yan Etki Yapabileceğinden Çekiniyorum	1	0.3
	Aşılar Hakkındaki Bilgimin Yeterli Olmadığını Düşünüyorum	6	1.7
	Yaptırmak istemiyorum, Bir Nedeni yok/ Açıklamak İstemiyorum	3	0.9
	Diğer	4	1.1
	Toplam	18	5.1

Katılımcıların erişkin dönem aşları konusunda bilgi sahibi oldukları halde aşı yaptırmama nedenlerini sırasıyla %1.7'si (n=6) “Aşılar hakkındaki bilgimin yeterli olmadığını düşünüyorum”, %1.1'i (n=4) “Diğer”, %0.9'u (n=3) “Aşıların koruyucu olmadığını düşünüyorum”, %0.9'u (n=3) “Yaptırmak istemiyorum, bir nedeni yok”, %0.3'ü (n=1) “Enjeksiyon korkum var” ve %0.3'ü (n=1) “Aşıların yan etki yapabileceğinden çekiniyorum” olarak ifade etmiştir. Annelerin erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olup aşı yaptırmama nedeni Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Erişkin Dönem Aşları Hakkında Bilgi Sahibi Olup Aşı Yaptırmama Nedeni

Annenin mesleğine göre erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Memur (%87.8) ve sağlık çalışanı (%66.7) olan annelerin diğer meslek gruplarındaki annelerden erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Annenin yaşa göre erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.353$). Ailenin gelir düzeyine göre erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Gelir düzeyi iyi (%65.5) olan annelerin erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları, gelir düzeyi düşük ve orta olan annelerden anlamlı şekilde yüksektir.

Ailenin çocuk sayısına göre erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.013$). Çocuk sayısı 1 (%53.2) olan annelerin erişkin dönem aşları hakkında bilgi sahibi olma oranları, çocuk sayısı 1'den fazla annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelere ilişkin özelliklere göre erişkin aşları hakkında bilgi sahibi olma durumu Tablo 22'de gösterilmektedir.

Tablo 22. Annelere İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Aşılıarı Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu

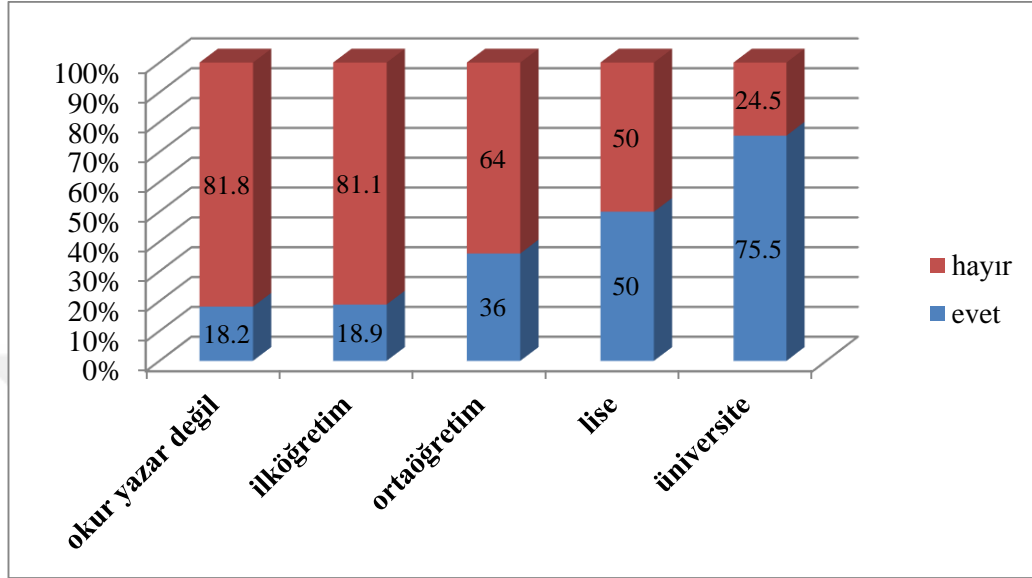
Anne	Erişkin Aşılıarı Hakkında Bilgi Sahibi Olma			P	
	Evet	Hayır	Toplam		
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş	20 yaş altı	4(%21.1)	15(%78.9)	19(%100)	0.353
	20-29	78(%41.7)	109(%58.3)	187(%100)	
	30-39	45(%40.5)	66(%59.5)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	12(%36.4)	21(%63.6)	33(%100)	
Meslek	ev hanımı	83(%32.3)	174(%67.7)	257(%100)	0.001*
	işçi	3(%25.0)	9(%75.0)	12(%100)	
	memur	36(%87.8)	5(%12.2)	41(%100)	
	esnaf	4(%33.3)	8(%66.7)	12(%100)	
	sağlık çalışanı	2(%66.7)	1(%33.3)	3(%100)	
	diğer	11(%44.0)	14(%56.0)	25(%100)	
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	2(%18.2)	9(%81.8)	11(%100)	0.001*
	ilköğretim	20(%18.9)	86(%81.1)	106(%100)	
	ortaöğretim	31(%36.0)	55(%64.0)	86(%100)	
	lise	49(%50.0)	49(%50.0)	98(%100)	
	üniversite	37(%75.5)	12(%24.5)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	düşük	16(%25.8)	46(%74.2)	62(%100)	0.001*
	orta	85(%37.0)	145(%63.0)	230(%100)	
	iyi	38(%65.5)	20(%34.5)	58(%100)	
Çocuk Sayısı	1	42(%53.2)	37(%46.8)	79(%100)	0.013*
	2	46(%34.3)	88(%65.7)	134(%100)	
	3	37(%42.5)	50(%57.5)	87(%100)	
	4 ve üzeri	14(%28.0)	36(%72.0)	50(%100)	
Toplam		139(%39.7)	211(%60.3)	350(%100)	

Ki-kare test kullanıldı

* p<0.05

Annenin öğrenim durumuna göre erişkin dönem aşılıarı hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.001). Üniversite (%75.5) ve lise (%50.0) mezunu annelerin erişkin dönem aşılıarı hakkında bilgi sahibi olma oranları, okur yazar olmayan, ilköğretim ve

ortaöğretim mezunu olan annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annelerin öğrenim durumuna göre erişkin dönem aşılardan haberdar olma durumu Şekil 9’da verilmiştir.



Şekil 9. Öğrenim Durumuna Göre Annelerin Erişkin Dönem Aşılardan Haberdar Olma Durumu

Annenin yaşına göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). 20-29 yaş arası (%84.5), 30-39 yaş arası (%80.2) ve 40 yaş üzeri (%84.8) annelerin erişkin dönemde aşı yaptırma oranları, diğer yaş gruplarındaki annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Annenin öğrenim durumuna göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Üniversite (%91.8) ve lise (%86.7) mezunu annelerin erişkin dönemde aşı yaptırma oranları; ortaöğretim, okur yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan annelerden anlamlı şekilde yüksektir.

Annenin mesleğine göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.021$). İşçi grubunda olan annelerin (%100) diğer meslek gruplarındaki annelerden erişkin dönemde aşı yaptırma oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Ailenin gelir düzeyine göre annenin erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.07). Annelere ilişkin özelliklere göre erişkin dönemde aşı yaptırma durumu Tablo 23'te gösterilmektedir.

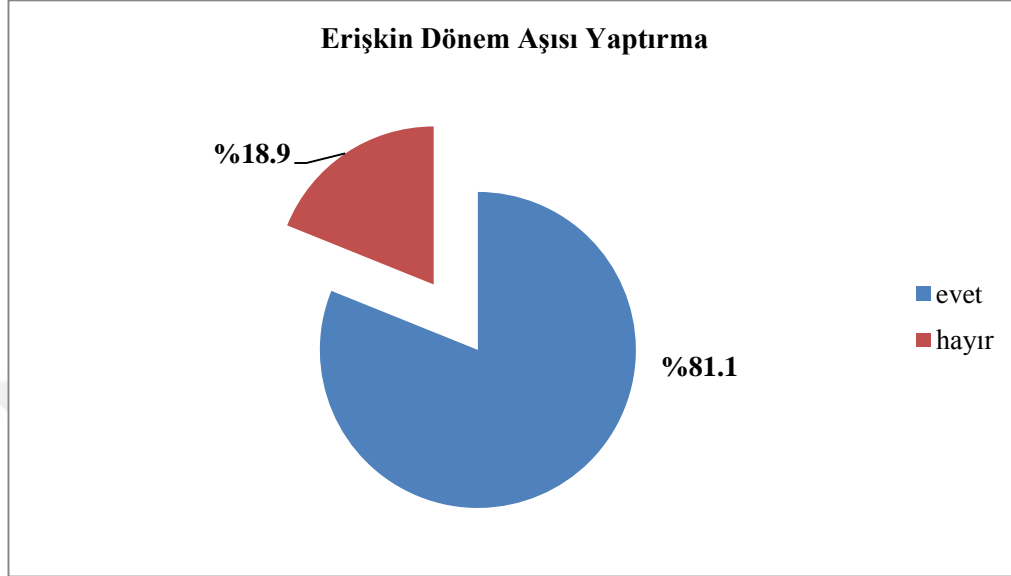
Tablo 23. Annelere İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Dönemde Aşı Yaptırma Durumu

Anne	Erişkin Dönem Aşısı Yaptırma			p	
	Evet	Hayır	Toplam		
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş	20 yaş altı	9(%47.4)	10(52.6)	19(%100)	0.001*
	20-29	158(84.5)	29(15.5)	187(%100)	
	30-39	89(%80.2)	22(%19.8)	111(%100)	
	40 yaş üzeri	28(%84.8)	5(%15.2)	33(%100)	
Meslek	ev hanımı	198(%77)	59(%23)	257(%100)	0.021*
	işçi	12(%100)	0(%0)	12(%100)	
	memur	38(%92.7)	3(%7.3)	41(%100)	
	esnaf	10(%83.3)	2(%16.7)	12(%100)	
	sağlık çalışanı	2(%66.7)	1(%33.3)	3(%100)	
	diğer	24(%96.0)	1(%4.0)	25(%100)	
Öğrenim durumu	okur yazar değil	4(%36.4)	7(%63.6)	11(%100)	0.001*
	ilköğretim	77(%72.6)	29(%27.4)	106(%100)	
	ortaöğretim	73(%84.9)	13(%15.1)	86(%100)	
	lise	85(%86.7)	13(%13.3)	98(%100)	
	üniversite	45(%91.8)	4(%8.2)	49(%100)	
Gelir Düzeyi	düşük	44(%71.0)	18(%29.0)	62(%100)	0.07
	orta	192(%83.5)	38(%16.5)	230(%100)	
	iyi	48(%82.8)	10(%17.2)	58(%100,0)	
Toplam	284(%81.1)	66(%18.9)	350(%100)		

Ki-kare test kullanıldı

* p<0.05

Katılımcıların %81.1'i (n=284) erişkin dönem aşısı yaptırdığını, %18.9'u (n=66) aşı yaptırmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların erişkin dönem aşısı yaptırma durumu Şekil 10'da verilmiştir.



Şekil 10. Katılımcıların Erişkin Dönem Aşısı Yaptırma Durumu

Babanın mesleğine göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.277$).

Babanın yaşına göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). 20 yaş altı (%100) babaların erişkin dönemde aşı yaptırma oranları, diğer yaş gruplarındaki babalardan anlamlı şekilde yüksektir.

Babanın öğrenim durumuna göre erişkin dönemde aşı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Üniversite (%91.5), lise (%85.3) mezunu babaların erişkin dönemde aşı yaptırma oranları, diğer öğrenim durumlarındaki babalardan anlamlı şekilde yüksektir. Babalara ilişkin özelliklere göre erişkin dönemde aşı yaptırma durumunun değerlendirilmesi Tablo 24'te gösterilmektedir.

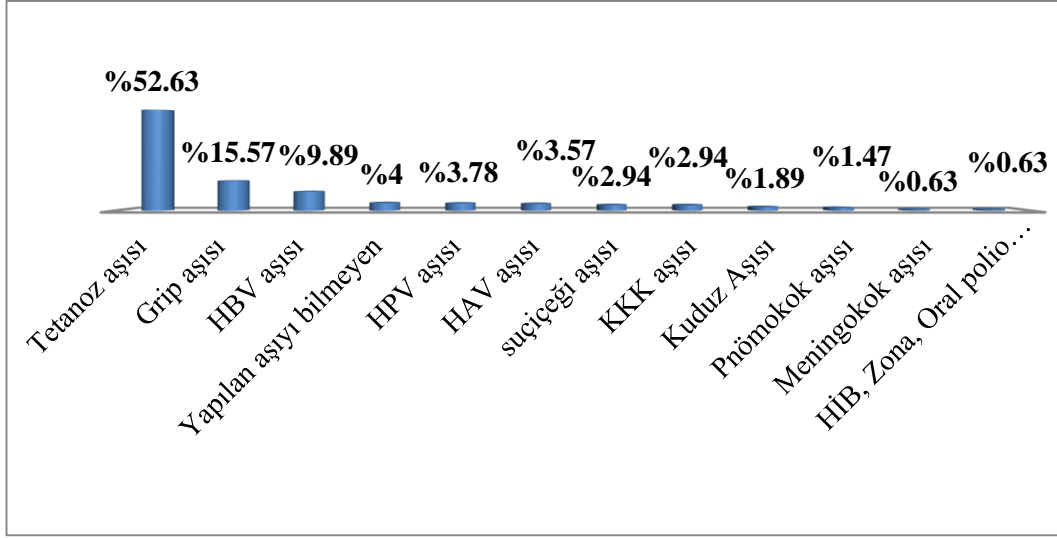
Tablo 24. Babalara İlişkin Özelliklere Göre Erişkin Dönemde Aşı Yaptırma Durumu

Baba	Erişkin Dönem Aşısı Yaptırma			p	
	Evet	Hayır	Toplam		
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş	20 yaş altı	4(% 100)	0(%0)	4(% 100)	0.001*
	20-29	88(%81.4)	20(%18.6)	108(% 100)	
	30-39	140(%79.6)	36(%20.4)	176(% 100)	
	40 yaş üzeri	52(%83.9)	10(%16.1)	62(% 100)	
Meslek	çalışmıyor	8(%61.5)	5(%38.5)	13(% 100)	0.277
	işçi	91(%81.3)	21(%18.7)	112(% 100)	
	memur	67(%87.0)	10(%13)	77(% 100)	
	esnaf	71(%78.9)	19(%21.1)	90(% 100)	
	sağlık çalışanı	4(% 100)	0(%0)	4(% 100)	
	diğer	43(%79.6)	11(%20.4)	54(% 100)	
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	6(%46.2)	7(%53.8)	13(% 100)	0.001*
	ilköğretim	47(%75.8)	15(%24.2)	62(% 100)	
	ortaöğretim	56(%74.7)	19(%25.3)	75(% 100)	
	lise	110(%85.3)	19(%14.7)	129(% 100)	
	üniversite	65(%91.5)	6(%8.5)	71(% 100)	

Ki-kare test kullanıldı

* p<0.05

Katılımcılardan %18.96'sı (n=66) erişkin dönemde hiç aşı yaptırmamıştı. Katılımcıların %52.6'sı (n=250) erişkin dönemde tetanoz aşısı, %15.57'si (n=74) grip aşısı, %9.89'u (n=47) hepatit B aşısı yaptırmış olduğunu ve %4'ü (n=19) erişkin dönemde aşı yaptırdıklarını yalnız aşının adını bilmediklerini belirtmişti. Annelerin erişkin dönem aşılarının yaptırma oranları Şekil 11'de verilmiştir.



Şekil 11. Annelerin Erişkin Dönem Aşılarının Yaptırma Oranları

Çalışmamızda grip aşısı yaptıranların %73'ü (n=54) doktoru önerdiği için, %10.9'u (n=8) yakını önerdiği için, %1.3'ü (n=1) hamile olduğu için, %13.5'i (n=10) eczacısı önerdiği için, %1.3'ü (n=1) internetten elde ettiği bilgilerle aşılandığını belirtmiştir. En az bir kez tetanoz tetanoz aşısı yaptıranların %72'si (n=180) hamile olduğu için, %20'si (n=50) kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığı için, %14.4'ü (n=36) doktoru önerdiği için, %0.4'ü (n=1) hayvan ısırmasına maruz kaldığı için, %0.4'ü (n=1) internetten elde ettiği bilgilerle ve %0.4'ü (n=1) yakını önerdiği için aşı yaptırmıştır. Hepatit B aşısı yaptıranların %95.8'i (n=45) doktorum önerdiği için, %2.1'i (n=1) eczacı önerdiği için ve %2.1'i (n=1) yakınım önerdiği için aşılanmıştır. Hpv aşısı yaptıranların %94.4'ü (n=17) doktoru önerdiği için ve %5.5'i (n=1) eczacısı önerdiği için aşı yaptırmıştır. KKK aşısı yaptıranların %71.4'ü (n=10) doktoru önerdiği için, %21.4'ü (n=3) internetten elde ettiği bilgilerle ve %7.2'si (n=1) yakını önerdiği için aşı yaptırmıştır. Su çiçeği aşısı yaptıranların %71.5'i (n=10) doktoru önerdiği için, %21.4'ü (n=3) internetten elde ettiği bilgilerle ve %7.1'i (n=1) yakını önerdiği için aşı yaptırmıştır. Pnömonok aşısı yaptıranların %71.4'ü (n=5) doktoru önerdiği için ve %28.6'sı (n=2) eczacısı önerdiği için aşı yaptırmıştır. Meningokok aşısı yaptıranların %66.7'si (n=2) hacca gitmek için ve %33.3'ü (n=1) doktoru önerdiği için aşı yaptırmıştır. Kuduz aşısı yaptıranların %77.8'i (n=7) hayvan ısırmasına maruz kaldığı için ve %22.2'si (n=2) doktoru önerdiği için aşı olmuştur. Hepatit A, Zona aşısı, Oral polio aşısı ve Hib aşısını yaptıran katılımcılar da en sık neden olarak doktor önerisiyle yaptırdıklarını

belirtmişlerdir. Katılımcıların erişkin dönem aşısı yaptırma nedenleri Tablo 25’de gösterilmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Erişkin Dönem Aşısı Yaptırma Nedenleri

AŞI	YAPTIRMA NEDENİ	n	Yüzde
Grip Aşısı (n=74)	Doktorum önerdiği için	54	%73.0
	Yakınım önerdiği için	8	%10.9
	Hamile olduğum için	1	%1.3
	Eczacı önerdiği için	10	%13.5
	İnternette elde ettiğim bilgilerle	1	%1.3
Hepatit B Aşısı (n=47)	Doktorum önerdiği için	45	%95.8
	Yakınım önerdiği için	1	%2.1
	Eczacı önerdiği için	1	%2.1
Hpv Aşısı (n=18)	Doktorum önerdiği için	17	%94.4
	Eczacı önerdiği için	1	%5.5
KKK Aşısı (n=14)	Doktorum önerdiği için	10	%71.4
	İnternette elde ettiğim bilgilerle	3	%21.4
	Yakınım önerdiği için	1	%7.2
Tetanoz Aşısı (n=250)	Doktorum önerdiği için	36	%14.4
	Hamile olduğum için	180	%72.0
	Hayvan ısırması olduğu için	1	%0.4
	İnternette elde ettiğim bilgilerle	1	%0.4
	Kesici delici alet yaralanması olduğu için	50	%20.0
	Yakınım önerdiği için	1	%0.4
Suçiçeği Aşısı (n=14)	Doktorum önerdiği için	10	%71.5
	İnternette elde ettiğim bilgilerle	3	%21.4
	Yakınım önerdiği için	1	%7.1
Hepatit A (n=17)	Doktorum önerdiği için	17	%100.0
Kuduz Aşısı (n=9)	Hayvan ısırması olduğu için	7	%77.8
	Doktorum önerdiği için	2	%22.2
Pnömonokok Aşısı (n=7)	Doktorum önerdiği için	5	%71.4
	Eczacı önerdiği için	2	%28.6
Meningokok Aşısı (n=3)	Doktorum önerdiği için	1	%33.3
	Hacca gitmek için	2	%66.7
Oral Polio Aşısı (n=1)	Doktorum önerdiği için	1	%100.0
Zona Aşısı (n=1)	Doktorum önerdiği için	1	%100.0
Hib Aşısı (n=1)	Doktorum önerdiği için	1	%100.0

Erişkin aşıları hakkındaki bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde ise en fazla doğru yanıt: “*Gebelikte tek doz Tetanoz aşısı yapılması önerilir*” n=270 (%77.1), “*Erişkin dönemde Mevsimsel Grip aşısının her yıl Ekim – Kasım ayı ortalarına dek yaptırılması önerilir*” n=267 (%76.3) ve

“Gebelikte Suçiçeği, Zona ve Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısının yapılması önerilir” n=265 (%75.7) önermelerine verilirken en az doğru yanıt; “Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısı erkeklere 19-26 yaşları arasında yaptırılması önerilir” n=41 (%11.7), “Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısının 11-12 yaşındaki hem kız ve hem de erkek çocuklara yaptırılması önerilir” n=47 (%13.4) önermelerine verilmişti. Tablo 26’da erişkin aşıları ile ilgili sorular ve yanıtları yer almaktadır.

Tablo 26. Erişkin Aşıları İle İlgili Sorular ve Yanıtları

Sorular	Yanıtlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erişkin dönemde Mevsimsel Grip aşısının her yıl Ekim – Kasım ayı ortalarına dek yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	267 83	%76.3 %23.7
Erişkin dönemde Tetanoz aşısının her 10 yılda bir hatırlatma dozu şeklinde yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	199 151	%56.9 %43.1
Gebelikte tek doz Tetanoz aşısı yapılması önerilir	Doğru Yanlış	270 80	%77.1 %22.9
Gebelikte Suçiçeği, Zona ve Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısının yapılması önerilir	Doğru Yanlış	85 265	%24.3 %75.7
Eğer su çiçeği geçirmediyseniz erişkin dönemde Su çiçeği aşısının yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	200 150	%57.1 %42.9
Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısının 11-12 yaşındaki hem kız ve hem de erkek çocuklara yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	47 303	%13.4 %86.6
Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısının bayanlara 19-26 yaşları arası yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	246 104	%70.3 %29.7
Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısı erkeklere 19-26 yaşları arasında yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	41 309	%11.7 %88.3
Zona aşısının eğer engel bir sağlık sorunu yoksa 60 yaş üstünde tek doz olarak yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	117 233	%33.4 %66.6
Erişkin dönemde Zatürre (pnömokok) aşısının zatürre geçirme riski yüksek olan kişilerde yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	250 100	%71.4 %28.6
Erişkin dönemde KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) aşısının 19-60 yaşları arasında yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	156 194	%44.6 %55.4
Askeri personel-yurt bakım evleri, yuva ve kreşlerdeki personele hastalık geçirilmemişse Hepatit A aşısı yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	171 179	%48.9 %51.1
Diyaliz hastalarına hastalık geçirilmemişse Hepatit B aşısının yaptırılması önerilir	Doğru Yanlış	219 131	%62.6 %37.4

*Önermelerin doğru yanıtları koyu punto ile verilmiştir

4.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın birinci aşamasında ulaştığımız 350 anneden rastgele seçilmiş 30 anne araştırmanın ikinci aşamasına dahil edilmiştir. Katılımcıların 16'sı 20-29 yaş arası, 14'ü 30 yaş üzerindedir. Katılımcıların 19'u ev hanımı, 1'i işçi, 3'ü memur, 4'ü esnaf, 3'ü sağlık çalışanı olarak saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde 1'i okuryazar değil, 10'u ilköğretim, 7'si ortaöğretim, 3'ü lise ve 9'u üniversite mezunudur. Katılımcıların yaş, öğrenim durumları, meslekleri, çocuk sayısı ve gelir düzeyi Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Araştırmanın İkinci Aşamasına Katılan Annelerin Bilgileri

Özellikler	Sayı (n)	
Yaş	20 yaş altı	0
	20-29 yaş	16
	30-39 yaş	13
	40 yaş üzeri	1
Öğrenim Durumu	okur yazar değil	1
	ilköğretim	10
	ortaöğretim	7
	lise	3
	üniversite	9
Meslek	ev hanımı	19
	işçi	1
	memur	3
	esnaf	4
	sağlık çalışanı	3
Çocuk Sayısı	1	8
	2	13
	3	7
	4	2
Gelir Düzeyi	Düşük	7
	Orta	20
	İyi	3

Görüşmeler yarı yapılandırılmış olup bir rehber soru formu kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler, araştırmacı tarafından özel görüşme odasında 20-45 dakika arasında sürecek şekilde yapıldı. Veriler defalarca okunup, cümlelerden çıkabilecek kodlar oluşturuldu. Oluşan kodlardan sonra tematik kodlamaya geçilerek uygun temalar çıkartıldı. Bulgular sunulurken yanıtlardan sonra parantez içinde kişilerin röportaj numarası, yaşı ve öğrenim durumu belirtildi.

Tema 1. Aşılama İle İlgili Tutum Ve Davranışlar

Aşılama ile ilgili tutum ve davranışlar temasından doktora güven, aşya güven,aşı yapılmaması sonucu olabilecek sıkıntılar,aşının tipine/çeşidine göre önem verilmesi, aşı hakkında doktorlar arası fikir ayrılığı,sağlık sistemine ve doktora güvensizlik, sosyal medyaya etkisi, aşı saklama koşulları ve sosyal çevre etkisi kodları çıkarıldı.

Doktora güven

Görüşme yapılan hastaların çoğu aşılama konusunda doktora güvendiğini belirtti. Sağlık çalışanlarının aşı konusunda bilgilerine ve tecrübelerine önem verdiklerini ifade ettiler.

“Doktor daha iyi bilir. Herkes kendi alanını daha iyi bilir ya onlar aşının zorunlu olduğunu düşünüyorsa bir bildikleri vardır diye düşünüyorum. Ondan dolayı zorunlu olmasından yanayım.”(R1, 24, Üniversite Mezunu)

“Benim hiç aklıma yatmaz doktor dışında birinden bilgi almak. Sadece yani çocuğum hastalandığı anda direk doktora başvururum.” (R2,29,İlköğretim)

“Sağlıkçılara soruyorum sadece doktor değil inanın bazen bir hemşire doktordan daha bilgili ya da bir hasta bakıcı duyduğu gördüğü izlenimler bile etkiliyor.”(R5, 39, Lise Mezunu)

“Doktordan sağlıkçılardan bilgi almak isterim. İnternette pek araştırma yapmıyorum. Ama yapsam da sağlık çalışanı ile oranlarsam internete güvenim daha az düşük ihtimal.”(R13, 28, Ortaöğretim)

“Tüm sağlıkçılar aşı yapılmasını istiyor. Bir can kurtarmış oluyorlar.”(R15, 36, İlköğretim)

“İsteyen de çocuğun sağlığı için istiyor. Keyfi olarak sağlıkçılar aşı yapar mı?” (R16, 27, İlköğretim)

“Doktorlarımız öyle uygun görüyor. Bizde itiraz etmiyoruz çünkü sağlıkları için yapılıyor aşılar.” (R25, 28, İlköğretim)

“Doktorlar çocukların kötü bir şey geçirmesini istemez. Doktorlar istiyorsa bir bildikleri vardır onlara güveniyorum.” (R 29,25, Üniversite Mezunu)

Aşıya güven

Hastalar aşılarına güvendiklerini belirtti. Özellikle bakanlık tarafından yapılan aşılarına daha fazla güvenildiğini ve aşının hastalıklara karşı koruyucu olduğunu dile getirdiler.

“Açıkçası bir oran vermek gerekirse şuan ki görüşüm çocukken bu tarz söylentiler bu kadar yaygın değildi. O zaman belki bir %90-100 derdim ama şuan bu görüşüm %60-70 ler de öyle diyeyim.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Devletin çocuklara korumak için sunduğu salgın hastalıklardan korumak için olan aşılarına güveniyorum.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Yaşadığım olaydan dolayı aşıya güvenim tam. Ben kızıma rota aşısı yaptırdım abisine yaptırmadım. Kızımın rota virüsü 2 gün sürdü abisinin 8 gün sürdü ve hastanede yatmak zorunda kaldık. Kızım da aşından dolayı hastaneye yatmaya gerek kalmamıştı.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Benim aşılarına güvenim tam. Devletin verdiği aşıya niye güvenmeyelim ki.” (R18, 35, İlköğretim)

“Devletin yaptırdığı sağlık ocağında yapılanlara güveniyorum. Ama özellere güvenmiyorum.” (R22, 32, Ortaöğretim)

Aşı yapılmaması sonucu olabilecek sıkıntılar

Annelerin çoğu çocuklarının aşı olmaması sonucunda sık hastalanacağını, dirençlerinin düşük olacağını ve hastalık geçirirlerse süresinin uzun olacağını ifade ettiler.

“Mesela aşı yapılmayınca bir çocuk felci olsun bunu geçirenleri duydum. Çokta araştırmadım ama küçükken bir salgın olduğunu söylediler yıllar önce ve ona bağlı çocuk felci geçirdiklerini söylediler. Üzücü bir durum.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Aşı vurulmadığı zaman hastalık süresi daha uzun olabilir ama aşı olursa süresi daha kısa olabilir.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Aşı gereklidir. Sonuçta aşı olmadığı zaman bulaşıcı hastalıklar artacak.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Her türlü bağışıklığı düşer. Çabuk hasta olur. En ufak şeyde vücut direnci düştüğü için hasta olur. Çabuk hastalık kapar.” (R13,28,Ortaöğretim)

“İleriye dönük fiziksel olsun mikrop olsun üreyebilir, çoğalabilir. Bunun önlemini biz alamayız o yüzden yaptırıyorum aşımı. Bebekken hep yaptırdım. Eskiden görülen hastalıklar görülüyor. Felç göremiyoruz mesela.” (R21, 33, İlköğretim)

“Suçiçeği, kabakulağı ağır geçirecektir. Sık sık hasta olur direnci düşük olur.” (R22, 32, Ortaöğretim)

“Yani çocuklar daha korumasız olur. Mikroplara virüslere karşı korunmasız olur. Bağışıklığı zayıf olur. Cepheye silahsız gitmek gibi bir şey (hasta gülerek yanıt verdi).” (R24, 28, Üniversite Mezunu)

“Hastalıkları hafif atlatırken ağır geçirir bence. Görmediğimiz yeni hastalıklar da ortaya çıkabilir.” (R28, 36, Ortaöğretim)

Aşının tipine/çeşidine göre önem verilmesi

Yapılan görüşmelerde annelerin bazı aşıları daha önemli gördüğü gibi bir ayrımla karşılaşmıştır. Özellikle kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşılarının önemli olduğunu vurguladılar. Bir kişi ise yapılan aşılar içinde karma aşının daha önemli olduğunu ifade etmiştir.

“Mesela benim kardeşim suçiçeği geçirdi buna bağlı ensefalit oldu ölümden döndü. Şimdi diğer hastalıklar gibi kızamık, kızamıkçık sonuçta beyinde uzun dönemde etki yapıyor. Bu aşılar önemli.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Kızamık kızamıkçık kabakulak yapılması gerekiyor. Pnömonokok, menenjit tüberküloz bunlar yapılmalı çünkü bunlar hep büyük hastalıklar. Aşının yan etkileri

bu hastalıkların yanında çok küçük kalıyor. O yüzden yapılmalı bence.’’(R9, 28, Üniversite Mezunu)

‘‘Kızamık aşısı, suçiçeği aşısı onlar büyük ihtimalle işe yarıyor diye düşünüyorum önemli aşılardır. Ama grip aşısı değil.’’ (R 29,25, Üniversite Mezunu)

‘‘Bir karma aşı yapılabilir. Ama sürekli birkaç ayda bir aşıya karşıyım. Bir karma aşı yeterli olur.’’ (R11, 35, Ortaöğretim)

Aşı hakkında doktorlar arası fikir ayrılığı

Aşı hakkında bilgi karmaşası olduğunu ifade eden hastalar özellikle hekimler arası fikir ayrılığından dolayı tereddütlerinin olduğunu söylediler. Bu durumun aşı yaptırma konusunda tedirginliğe neden olacağını ifade ettiler.

‘‘Uzmanlara göre aşı yapılmalı ama şimdi bazı uzmanlar da hayır diyor. Uzmanlar kendi aralarında tartışıyor zaten. Ben aşı yapılmazsa zarar olmayacağını düşünüyorum.’’ (R11, 35, Ortaöğretim)

‘‘Şöyle bir şey var bazı doktorlar farklı bazıları farklı şey söylüyor. Buda şüphe oluşturuyor. Görüş farklılığı olunca korkarım. Hepsi aynı şeyi söylüyorsa o konuda tedirgin olmam.’’ (R 29,25, Üniversite Mezunu)

Sosyal medya etkisi

Anneler sağlık çalışanlarından bilgi almalarına rağmen diğer kaynaklardan da bilgi arayışına girdiklerini ifade etmişlerdir. Bu diğer kaynakların genellikle sosyal medya ve internet olduğunu dile getirmişlerdir. Annelerin bazılarının diğer kaynaklardan elde ettiği bilgilere güvendiği bir kısmının da güvenmediği görülmüştür. Kitle iletişim araçlarında dolaşan aşı hakkında haber ve yorumların da aşıya yaklaşımda önemli olduğunu vurgulamışlardır.

‘‘İnternette araştırırım kesinlikle internet vazgeçilmezimiz (gülerek yanıtladı) Şuana kadar beni fazla yanıltan bilgi olmadı internette.’’ (R1,24, Üniversite Mezunu)

“İnternet deyince doktorların profesörlerin paylaştığı makaleleri okuyorum. Doktora teyit etmek amaçlı soruyorum ama niye bu kadar soruyorsun deyip sıkılıyorlar.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Aşığı yaptırdıktan sonra ne aşısı olduğunu öğrenip hemşiremizden eve gidince internette araştırıyorum. Eğer yan etki olacaksa okumaya çalışırım. Yan etki olursa ne yapmalıyım onu araştırırım. Yani aslında pek güvenmemek lazım. Ama genelde doktorların yazdığı şeyleri okumaya çalışıyorum. Hastanelerin sayfasına giriyorum. 2 yıl önce bana rahim ağzı kanseri aşısı yaptırmam gerektiği söylendi. İnternette araştırdıktan sonra baya korktum çünkü aşidan sonra ani ölümler beyin kanaması yaşayan insanlar varmış onu okumuştum endişelenmiştim. Öyle bir şey varsa ne yapacağım diye düşünüyordum ama gerek kalmadı sonra yaptırmaya. İnternette yalan yanlış çok bilgi var. Doktorumla konuştum vurulmana gerek yok deyince rahatladım.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Aşının içinde cıva var gibi haberler oluyor ama ben televizyonda çıkan habere inanmıyorum açıkçası. Bunları duyup aşı yaptırmadığım olmadı.” (R7, 22, Üniversite Mezunu)

“İnternette her bilgiye hemen ulaşabilirim. Kendi aile hekimime her zaman ulaşamayabilirim. Çocukta sıkıntı olunca ilk başvurduğum yer internet.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Bu aşı yurt dışından geliyormuş işte kısırlık, zeka geriliği yapıyormuş öyle haberler oluyor. İnsan ister istemez endişe duyuyor. Ateş kızarıklık gibi ufak tefek şeyler olacaksa çok sıkıntı değil ama aşidan kaynaklı vücutta kalıcı hasara neden olacaksa yani korkuyorum.” (R9, 28, Üniversite Mezunu)

“Ben internete çok güvenen biri değilim. Bu işin uzmanları varken kalkıp oradan bir şey okuyup yapan biri değilim hiçbir zamanda olmadım. İnternet bana fuzuli geliyor.” (R10, 31, Lise Mezunu)

“Yani internet bazen hatta çoğunlukla yanıltıcı olabiliyor. Ben internete fazla güvenmiyorum. Bire bir doktordan duymak daha iyi oluyor.” (R14, 32, İlköğretim)

“Aşı ile ilgili medya haberlerini saçma buluyorum.. Aşı olmasa yani önceden ölüm daha çoktu. Ben çocukken baya ölüm çoktu şimdi o kadar yok aşılar sayesinde.”
(R18, 35, İlköğretim)

“İnternetten tetanoz aşısını araştırdım ve tek bir yere bakmıyorum. Birçok yere bakıyorum ondan sonra genel bir kaniya varıyorum.”(R29,25, Üniversite Mezunu)

Sağlık sistemine ve doktora güvensizlik

Katılımcı annelerden biri mevcut sağlık sistemine ve doktorlara güvenin eskisi gibi olmadığını dile getirdi.

“Şuan öyle bir duruma geldik doktorlara bile artık çok güven yok. Doktora güven eskisi gibi değil. Sürekli bir şeyler duyuyoruz. Bir komşumuzun oğlu mr çekilecekti anestezi verilmiş çocuk ölü çıktı böyle olunca tereddüt ediyorum. Çocuğun hiçbir şeyi yoktu. Bende hamile iken aşı yaptırdım. Sağlık ocağından aradılar. Hiçte sormadım ne aşısı niye yapıyor. Ama şimdi ki gibi değildi doktora güven vardı. Şimdi korkuyoruz her şeyi soruyoruz eskisi gibi güven yok.” (R27, 28, Ortaöğretim)

Aşı saklama koşulları

Annelerden biri aşının saklama koşullarının da aşı gibi önemli olduğunu ve aile sağlığı merkezlerinin bu konuda hassas olması gerektiğini vurguladı.

“Sağlık ocağı yakınımızda gelen aşıları korumak için jeneratör almışlar buzdolabı almışlar dereceleri var. Elektrik gittiğinde jeneratör var. Herhangi bir derecede azalma olursa haber veriyor hemşire evden geliyor. Aşı için bunlara önem veriliyorsa aşı çok güzel.”(R5,39,Lise Mezunu)

Aşılama ile ilgili sosyal çevre etkisi

Görüşmelerin analizinde aşılama ile ilgili sosyal çevrenin etkili olduğu görülmüştür. Annelerin aşı yaptıran diğer annelerin görüşlerine değer verdiği ve aşı yaptırmaya kararını etkilediği saptanmıştır.

“Aşılar zorunlu olmasaydı o zaman faydalarına bakardım. Yaptıranlara bakardım. Ona göre davranırdım.” (R1,24, Üniversite Mezunu)

“Dedikodulara kulak asılıyor ve yaptırmıyorlar. Mesela aşı ile mikrobu vücudunuza enjekte ediyorlar çocuğunuz bu mikroptan ölebilir bunlara inanıyorlar etkisinde kalıyor ve aşığı ret ediyor. Çocuğunu aşığı götürmüyor.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Çevremdekilere aşı ile ilgili bir şey sorarsam kafam karışıyor herkes bir şey diyor.” (R12, 38, İlköğretim)

“Gribi ağır geçiririm. Onu atlattıktan sonra yaptırdım 2-3 yıl grip olmadım ama daha sonra iyi olmadığını duydum. Arkadaşlarım söyledi. Grip geçirmek gerekiyor vücut için dediler sonra hiç yaptırmadım.” (R22, 32, Ortaöğretim)

“Ya köyde yaşıyoruz bazı ailelerde takmıyor. Biri bir şey diyor hepsi ona inanıyor. Biri yaptırdı şöyle oldu diye korkutuyor o zaman hiç biri yaptırmak istemiyor.” (R27, 28, Ortaöğretim)

“Çevremde baktım hamile olanlar aşığı gidiyor. Güvendim bende yaptırdım.” (R28, 36, Ortaöğretim)

“Doktordan hemşireden bide etrafımda yaptıran kişilerden bilgi alırım. Aşığı yapıp da uygulanmış olan kişilerden de bilgi almak isterim. Her ikisi de önemli. Mesela gebelikte tetanoz aşığı vuruldum. Tanıdığım vurulduğu için.”(R 29,25,Üniversite Mezunu)

Tema 2. Aşı Yaptırma Kararında Ailelerin Karara Katılımı

Aşı yaptırma kararında ailelerin karara katılımı temasından aşının aile isteğine bırakılması,sağlıkları konusunda söz sahibi olabilme ve aşı yaptırmayan aileye karşı olumsuz tutum kodları oluşturuldu.

Aşının aile isteğine bırakılması

Günümüzde aşılardan yapılmasının tamamen aile isteğine bırakılması konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Yaptığımız görüşmelerde çoğu anne aşı yaptırma kararının aile isteğine bırakılmaması gerektiğini ifade etmiştir.

“Kesinlikle aile istediğine bırakılmasın ne gerekiyorsa o yapılsın yapılması gerekiyorsa yapılacak. Ama kar zarar oranı tartılsın daha faydalı olacaksa yapılsın

tabi ki de neden yapılmasın niye çocuklar hasta olsun ki.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“1800’ler den itibaren çocuk ölümleri ne kadar çoktu şimdi ne kadar. Çocuklar daha korunaklı daha sağlıklı daha sağlıklı bir nesil oluştu. Bence aşının da bunda etkisi var bu nedenle istekle olmamalı.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Bence isteğe bırakılmamalı. Sağlık bakanlığı uygun görüyorsa demek ki çocuklar için gerekli. Bu konuda bilinçsiz birçok aile var bence. Bakanlık uygun görüyorsa yapılsın.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Bence aileye bırakılmasın. Çünkü sonuçta aşı yaptırmadı çocuklar gelecekte ne olacak hasta olacaklar. Aşının tam bir koruyuculuğu olacak mı şüpheliyim. Çünkü sürekli böyle hastalarla karşılaştığı zaman ya da form değiştirdiği zaman bizim aşlarımız koruyucu olacak mı? Bide mesela nasıl acil durumda kalbi durana müdahale ediyorsak ailesine sormuyorsak bence aşlar da koruyucu hekimlik açısından aciliyet.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Aile isteğine bırakılırsa çok fazla yaptırmayan olur. Bu hastalıkların bazıları salgına da neden olabiliyor bu yüzden bırakılmamalı.” (R9, 28, Üniversite Mezunu)

“Aile isteğine bırakılsın. Çünkü şuan o kadar aşı var ki o kadar hastalıkta var. Eski nesil yıllarca yaşardı aşı yoktu doktor yüzü görmezlerdi. Şimdi aşı çoğaldıkça hastalıkta çoğaldı her çeşit hastalık görülmeye başladı. Bana kalsa yaptırmam ben çocuklarıma yaptırmadım. Çocuklarıma 1 kere aşı yaptırdım. Düzenli yaptırmadım. Çok şükür hiçbir sıkıntı yaşamadım çocuklarım sapa sağlam.” (R11, 35, Ortaöğretim)

“Bunun kanseri var kızamığı var her şeyi var verem aşısı var. Kendi evladının sağlığını düşünen insan yaptırır bence.” (R16,27,İlköğretim)

“Bence zorunlu olması daha iyi. Çünkü isteğe bağlı oldu mu herkes aksatacak aşılar gitmeyecek yaptırmayacak.” (R17, 27, Ortaöğretim)

“Bugüne kadar hep bebekken yaptırdık zaten. Ama olumsuz bir şey yaşamadığım için herkes yaptırmalı diye düşünüyorum.” (R21, 33, İlköğretim)

“Aşı yaptırmak istemeyenlerin sayısı artıyor. Bu da yurt dışından duyulan şeylere çok inanmaktan oluyor.” (R24, 28, Üniversite Mezunu)

“Herkes yaptırsın kendi sağlıkları için bu. Zaten sağlıklı olmazsa araştırılmamış bilgi edilmemiş olsaydı yaptırılmazdı. Bence herkes yaptırılmalı. Hiç kimsenin zarar gördüğünü duymadım yani herkes yaptırsın çocuğuna.” (R25,28,İlköğretim)

“Çocuğa aşı yaptırmak istememe gibi bir durum olmamalı.” (R26, 21, Lise Mezunu)

Sağlıkları konusunda söz sahibi olabilme

Anneler aşılardan isteğe bağlı yapılması sonucunda bazı hastalıkların görülme ihtimalinin artacağını ve aşı yaptıran kişilerinde risk altında olabileceğini savunmuşlardır.

“Sizin çocuğunuz hastalanıyor okulda benim çocuğuma da bulaşma ihtimali var. Aşı olduğu için hafif atlatsa bile ben çocuğumu hastalanmasını istemiyorum başka ailenin istememesi bilinçsizliği yüzünden. Bulaşıcı hastalıklar artabilir.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Kızamık örnek vereyim. Onun yan etkilerinden kalıcı sakatlıklar olabilir. Menenjit gibi beyin hasarı olabilecek sıkıntılar olabilir. Hastalıkların kendisi çocuk açısından riskli. Bu tarz büyük sıkıntılardan ateş, kızarıklık gibi ufak tefek sıkıntılar yaşaması problem değil.” (R9, 28, Üniversite Mezunu)

“Bulaşıcı şeylerden aşı koruyor diye biliyoruz. Ama aşı olmayan da bulaşıcı bir şey var ise ona bulaşır diye tedirgin olurum bulaşır mı diye.” (R10, 31, Lise Mezunu)

“Çocuklar da ölüm oranı hastalık oranı yükselir. Ama devlet herkese yaptırsa en azından felç falan görülmez.” (R18, 35, İlköğretim)

“Hastalıklar olabilir. Suçiçeği olur kızamık olur bunlar daha çok olur.” (R20, 37, İlköğretim)

“Toplumda büyük sıkıntılar olur. Çünkü aşı yaptırmamız gerektiğini doktor söylüyor. E o zaman doktora gidince doktor diyecek ki istiyorsanız yaptırın o zaman

çok çelişkiler olur. Bizler çok bilinçli değiliz bu konuda. Ama önlem almak gibidir aşı.” (R21, 33, İlköğretim)

“Unutulan hastalıklar gün yüzüne çıkar. Bu riskli bir durum.” (R24, 28, Üniversite Mezunu)

Aşı yaptırmayan aileye karşı olumsuz tutum

Kendi isteği ile çocuğuna aşı yaptırmayan ailelere karşı tutumların yapılan analiz sonucunda çeşitli olduğu görülmüştür.

“Beni çok ilgilendirmez sağlık ocağının takip etmesi gereken bir durum.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Konuşmak isterim aydınlatmak isterim. Gerekirse bir doktorla hemşire ile konuşmasını sağlarım. Ama yani dinlemiyorsa yapacak bir şey yok.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Yani ben işlerin peşine o kadar düşen bir insan değilim sonuçta aşı yapmayan bir insan bizim toplumdan ise tedirgin olmam ama Suriyeli bir insan aşısız ise bu beni tedirgin eder.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Tedirgin olurum. Aileye neden yaptırmadıklarını çocuklarının hastalığı mı var onu sorardım.” (R14, 32, İlköğretim)

“Veli ile görüşürüm yani. Çocuğuma zarar olacağını düşünmüyorum çünkü aşıları tam. Yaptırması için görüşmek isterim.” (R22, 32, Ortaöğretim)

“Yaptırmayana karşı bir tepkim olmaz.” (R25,28,İlköğretim)

“Ben böyle ailelerin çocuklarına karşı düşüncesiz olduğunu düşünüyorum. Çocuk hasta olacak sonuçta. Ama imkanları yoktur sağlık ocağına gidiş geliş ona bir şey diyemem.” (R26, 21, Lise Mezunu)

“Kendi tercihleri sonuçta ben karışamam.” (R 29,25,Üniversite Mezunu)

Tema 3. Aşılama İle İlgili Olumlu Yaklaşımlar

Aşılama ile ilgili olumlu yaklaşımlar temasından hastalıklarda artış,kronik hastalığı olanların aşı yaptırmasının desteklenmesi ve riskli meslek gruplarının önerilen aşıları yaptırmasının gerekliliği kodları oluşturuldu.

Hastalıklarda artış

Anneler aşıların önemli olduğunu ve aşılar olmaz ise görülmeyen hastalıkların artacağını vurgulamışlardır.

“Çocuk felci artık yok mesela aşı olmazsa bu hastalıklar tekrardan görülme ihtimali var.”(R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Çoğu hastalık artık görülüyor aşılar olmazsa tekrardan görülebilir bu durum çok riskli.” (R9, 28, Üniversite Mezunu)

“Aşı yapılmayınca artık görülmeyen hastalıklarda artış olur. Mesela Suriye den dolayı kızamık vakaları artış gösterdi. Biz göç idaresine aşı yapmaya gitmiştik.” (R24, 28, Üniversite Mezunu)

Katılımcılar aşıların bulaşıcı hastalıkları önlediğini ve aşıların olmaması durumunda bulaşıcı hastalıkların artacağını söylemişlerdir.

“Aşıların yani ne bileyim faydası olduğunu düşünüyorum. Aşı olmayınca hastalık olabileceğini düşünüyorum. Onları koruduğunu düşünüyorum. Kendim yaşadım mesela bende hepatitlerimi vuruyorum kreşte çalışıyorum bulaşıcı hastalık olabilir.” (R1,24,Üniversite Mezunu)

“Şimdi bulaşıcı hastalıklar o kadar çok ki korkarım çocuğuma bir şey bulaşır diye. Bir gribi düşünün hepsine geçiyor bırakın öbür hastalıkları. Bunun veremi var çeşit çeşit hastalığı var.” (R15,36,İlköğretim)

“Aşı olmazsa bulaşıcı hastalık olur. Hastalık artar.”(R19, 24, Okuryazar Değil)

Kronik hastalığı olanların aşı yaptırmasının desteklenmesi

Günümüzde en çok tartışılan aşılarından biri de grip aşısıdır. Annelerin bazıları olumlu düşünceye sahip olup özellikle kronik hastalığı olanların yaptırması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Aslında faydalı olarak görüyorum. Çevremdeki birçok kişi de aşı yaptırdı. Aşıdan sonra çok sıkıntı yaşayan görmedim. Biri hiç grip geçirmedi. Kışın sürekli rahatsız olurdu aşığı olduktan sonra çok ağır hastalık geçirmedi.” (R10, 31, Lise Mezunı)

“Grip olmak biraz da faydalı bence ama bir yanda yaşlı ve hastalığı olanlar var onlar grip olursa zor oluyor. Aşı yaptırınlar.” (R12, 38, İlköğretim)

“Grip aşısı iyi yani sürekli gribe düştüğümüz için. Ama aşı yaptırmadım hiç.” (R18, 35, İlköğretim)

“Çok sık grip var bu aşı olmalı. Özellikle kışta büyükler olmalı. Sonuçta biz grip oluyoruz çocuklarımıza bulaştırıyoruz. Öyle isterim korunmayı.” (R19, 24, Okuryazar Değil)

Riskli meslek gruplarının önerilen aşıları yaptırmasının gerekliliği

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde anneler özellikle bağışıklığı zayıf olanların, yaşlıların, kalabalık ortamda yaşayanların, astım ve bronşit gibi ek hastalığı olanların erişkin dönem aşılarını yaptırması gerektiğini vurgulamışlardır. Bazı meslek gruplarının da risk altında olduğunu ve onlarında aşılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

“Ben öğretmenim ben daha çok enfeksiyona maruzum. Siz doktorsunuz bizden daha çok risk altındasınız. Bu tarz kişilere yapılması daha uygun diye düşünüyorum.” (R4, 41, Üniversite Mezunı)

“Bağışıklığı kuvvetli olmayan sık sık hastalan rahatsızlanan insanların, hastalık geçirince durumu kötü olacaklara aşı yapılmalı. Bide kalabalık ortama girenlere de aşı yapılmalı. Örneğin hac oraya gidenlerde her türlü bulaşıcı hastalık olabilir grip olabilir maske ile dolaşmalılar. Yurtlarda da öğrenciler birbirinin eşyasını kullandığı için daha fazla bulaşıcı hastalık olabilir.” (R7, 22, Üniversite Mezunı)

“Bakanlığın önerdiklerine yapılabilir. Yaşlılar, sık bronşit olan çocuk, astımı olan mesela bu hastalığı geçirdiklerinde ağır geçirmeleri veya ölüme varacak şekilde sık hasta olmaları ve bu aşıların bunları koruması açısından onlara yapılsın. Mesela

ben sağlık çalışanı olduğum için hepatit b aşısı yaptırdım.’’ (R8, 32, niversite Mezunu)

‘‘Babama yaptırtıyorum her sene grip aşısı. Bronşiti falan var ama kendime yaptırmıyorum. Belki 65 yaş üstü olunca düşünebilirim.’’ (R9, 28, niversite Mezunu)

‘‘Mesela grip aşısı astımlı olanlara, bronşit olanlar olsun ama diğerlerine gerek yok. Astımı olan bide üstüne grip geçirirse ağır olur.’’ (R11, 35, Ortaöğretim)

‘‘Kaynanama yapılıyor mesela grip aşısı. Hafif geçiriyor grip olunca. şekeri var tansiyonu var ne hastalık dersen var. Bu yüzden aşı yapılıyor bide 60 yaşından yukarıya ondan yapılıyor.’’ (R12, 38, İlköğretim)

‘‘Yaşlıların vücut direnci düşük onlara yapılmalı bence. Çocuklarda hassas belki onlara da yapılabilir. Hastanede temizlik işisiyim. Sağlık ortamı enfekte olabiliriz çabuk direncimiz düşüp hasta olabiliriz. Hatta başıma geldi iğne battı ama kullanılmamış iğneydi ama yine de tedirgin oldum. Aşım vardı hepatit tekrarı nerilmedi.’’ (R13,28,Ortaöğretim)

‘‘Koruyucu iğneler orta yaşlılara yapılmalıdır.’’ (R14, 32, İlköğretim)

‘‘Ben kuafrm. Ağda falan yapıyoruz ya da başka işlemler kan olabiliyor bazen bize de bulaşabilir o yüzden. Eldiven kullanıyorum ama insan bir şey bulaşır diye korkuyor. Hepatit b var. Ben yaptırmadım ama yaptırmam gerekiyor.’’ (R22, 32, Ortaöğretim)

‘‘Eşim marangoz sürekli kesici şeyler yapılıyor ona sürekli iğne yapıyorlar tetanoz aşısı galiba. Mikrop kapmasın diye.’’ (R27, 28, Ortaöğretim)

Tema 4. Aşılama ile ilgili olumsuz yaklaşımlar

Aşılama ile ilgili olumsuz yaklaşımlar temasından aşı yapılsa da hastalık oluyor düşüncesi,hastalık geçirerek bağışıklık kazanır düşüncesi,aşıya çocukların ihtiyacı var erişkinlerin ihtiyacı yok düşüncesi,göçmenlerden hastalık kapma endişesi,aşı içeriğine güvenmeme,erişkin aşıları konusunda bilgi eksikliği ve farkındalık,grip aşısına güvensizlik ve gereksiz görme kodları oluşturuldu.

Aşı yapılsa da hastalık oluyor düşüncesi

Annelerin bir kısmı aşılamaya sonrasında bazı hastalıkların arttığını ve bu durumun kendilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bazı hastalıkların aşılardan sonra ortaya çıktığını ya da daha çok görülmeğe başladığını belirtmişlerdir.

“Umreye giderken aşı yaptılar ağızımdan damlattılar bide koluma yaptılar. Ama ondan sonra sürekli rahatsız hissediyorum kendimi aşılardan mı hava değişikliğini bilmiyorum. Aşı nedeni olduğuna inanıyorum.”(R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Eşim aşı yaptırdı daha kötü oldu. Sürekli baş ağrısı oluyor.”(R7, 22, Üniversite Mezunu)

“Hastalıklar asıl aşılarından sonra ortaya çıktı. Daha önceki insanlar bir kere aşı yaptırdı o da karma aşı yaptırdılar. Şimdi her hastalık için aşı var ama hastalıklarda bir o kadar çoğaldı.”(R11, 35, Ortaöğretim)

“Aşı yaptırdığım sene iki çocuğum da astıma yakalandı. Grip olunca biliyorsunuz ki burun akar balgam olur çıkarırlar. Ben grip aşısını yaptırdım iki çocuğumda da burun tıkanıklığı oldu hala da düzelmediler. Astım oldular.”(R14, 32, İlköğretim)

“Grip aşısı yaptırdım çocuğuma daha kötü oldu. Yaptırdıktan sonra alerjik astımı oldu.”(R 29,25, Üniversite Mezunu)

Anneler çocuklarına aşı yapılırsa da tekrar hastalık geçirme durumundan dolayı tereddütleri olduğunu ifade ettiler. Aşıya rağmen hasta olmasının aşı yaptırmaya kararında etkili olabileceğini belirttiler.

“Canlı aşılar minimal düzeyde mikrop veriyoruz ama tekrar bu hastalığı geçirme durumu oluyor.”(R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Grip aşısı az bir kısmı kapsıyor yine grip geçirebiliyorlar insanlar. O yüzden yaptırmaya konusunda tereddütlerim var. Rota yaptırdım. İshal süreci yaşayabilir yazıyordu. Bu beni düşündürdü yani zaten ishal yaşayacaksa yaptırmam mı diye

düşünmüştüm. Ama sonra daha büyük salgın gibi zehirli ishal açısından korur diye yaptırdım.’’(R9, 28, Üniversite Mezunu)

‘‘Benim direncim çabuk düşürüyor çabuk hasta oluyorum o yüzden grip aşısı düşündüm. Ama yan etkilerini duydum fikrim değişti. Mesela aşı olsak da tekrar grip olabiliyoruz. O yüzden yaptırmadım.’’(R13,28,Ortaöğretim)

‘‘Aşılar suçiçeği kabakulak bunlara karşı etkili değil aşıları yapınca yine oluyor çocuk. Ama hafif atlatıyor.’’(R23,32, İlköğretim)

Hastalık geçirerek bağışıklık kazanır düşüncesi

Araştırmamızda bazı anneler doğal bağışıklığın çocuklar için aşılarla elde edilen bağışıklıktan daha iyi olduğuna inanmaktadır. Hastalığın geçirilmesi çocuğun bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcı olacağı düşüncesi katılımcı anneler de karşılaşılan bir görüştür.

‘‘Rota yaptırdım. İshal süreci yaşayabilir yazıyordu. Bu beni düşündürdü yani zaten ishal yaşayacaksa geçirip bağışıklık kazanabilir yaptırmam mı diye düşünmüştüm.’’ (R9, 28, Üniversite Mezunu)

‘‘Ben aşı olmadan da kızamık kızamıkçık gibi hastalıklara karşı kendi vücudunun savaşp bağışıklık kazanmasından yanayım. Sonuçta herşeye yapay yoldan ulaşmamak lazım doğal bağışıklık önemli.’’ (R11, 35, Ortaöğretim)

‘‘Aileler genelde çocuk normal yoldan bağışıklık kazansın diye düşünüyor. Doğal bağışıklık kazansın diyorlar. Mesela benim çocuğum rotaya karşı doğal bağışıklık kazandı ama çok ağır geçirdi.’’ (R24, 28, Üniversite Mezunu)

Aşıya çocukların ihtiyacı var erişkinlerin ihtiyacı yok düşüncesi

Anneler çoğunlukla çocukların aşılarla ihtiyacı olduğunu fakat erişkinlerin kendilerini hastalıktan koruyabileceği için aşıya ihtiyaçları olmadığını belirttiler.

‘‘Çocukların bünyesi daha zayıf olduğundan dolayı aşı zorunlu olmalı. Ama büyükler kendi istedikleri gibi hareket edebilirler bence. Hem kendilerini daha iyi de koruyabilirler.’’(R1,24,Üniversite Mezunu)

“Büyükler kendilerine bakabilir beslenebilirler mesela sigara içmesinler alkol içmesinler kendilerini zararlı şeylerden korusunlar ama çocuk öyle değil. Çocuklar savunmasız onların ihtiyacı var.”(R5,39,Lise Mezunu)

“Küçükken aşı yapıyor onlar korur bence erişkine gerek yok.”(R7, 22, Üniversite Mezunu)

“Büyük kişiler bilir mesela sağlıkları için neler yapacaklarını. Ama çocuklar küçük.”(R19,24, Okuryazar Değil)

“Büyüklerde aşya gerek yok bence.” (R21, 33, İlköğretim)

Göçmenlerden hastalık kapma endişesi

Araştırmamıza katılan anneler Hatay ilinde ikamet etmekteydi. Hatay ili konumu gereği Suriye’den göç alan bir ilimizdir. Yapılan görüşmelerin analizinde annelerin göçmenler konusunda tedirgin olduğu ve aşlarının tam olup olmadığı noktasında emin olamadıkları için salgınlardan, bulaşıcı hastalıkların artmasından endişe duydukları tespit edildi.

“Birçok salgın hastalıklar şimdi bu Suriye ‘den göç olayı biliyorsun birçok insan geldi. Bunlar aşısız bunlarda bizi tehdit ediyor. Onları da düşünüyorum yani o açıdan da salgın olabilir şuan için tehlike mesela. Ben öyle görüyorum.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Etrafımızda bulaşıcı hastalıklar vardır. Havada olsun yanımızda Suriye de savaş var neyle karşılaşacağımızı bilmiyoruz. Bunlardan korunmak için tabi ki aşı olunmalı.”(R5,39,Lise Mezunu)

“Suriye den gelen aşı olmamış çocuklarda var. Ülkemizde de bu yüzden yaygın olmaya başladı çocuk felci. Bunun dışında bulaşıcı hastalık artar. Hastalıklar daha çok artar.”(R6, 28, Ortaöğretim)

“Şuan göç alıyoruz Suriye’den orda olan hastalıklar var kızamık var kızamıkçık var. Halen orda görülüyor. Çocuk felci var. Ben çocuğuma aşı yaptırmazsam bunların bulaş riski fazla. Dışardan gelen insanlarda bu hastalıklar var. Aşı olmazsa onlardan bulaşır.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

Aşı içeriğine güvenmeme

Ailelerin endişe duyduğu konulardan biri de aşı içeriğidir. Annelerden ikisi aşı içeriği konusunda bilgilerinin olmadıklarını ve içeriğinde bulunan maddelerin otizme neden olabileceğini ifade etmişlerdir.

“Aşı için derinlemesine bilgi sahibi de değiliz. Şimdi onların kimyasal yapıları vücutta ne yapacağı konusunda bilgimiz yok. Aşının içinde ne var tam olarak bilmiyoruz.”(R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Aşının içeriğindeki alüminyum falan işte bazı maddeler de çocukta otizme neden olabiliyor.”(R8, 32, Üniversite Mezunu)

Erişkin aşıları konusunda bilgi eksikliği ve farkındalık

Katılımcılar çocuk aşılarının yanı sıra erişkin aşılarını da vurgulamıştır. Çoğu annenin erişkin aşılar hakkında bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır. Bilgi sahibi olan annelerin ise daha çok hamilelikte yapılan tetanoz aşısı ve grip aşısı hakkında bilgi sahibi olduğu gözlenmektedir.

“Büyüklere hangi aşılar yapılıyor onu bilmiyorum. Bunu gebelikte öğrendim.”
(R1,24, Üniversite Mezunu)

“İlk defa sizden duyuyorum erişkin aşısını. Ama grip aşısı var falan onları biliyorum. Ama yeterli bilgim yok.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Tetanoz biliyorum. Başka bilmiyorum.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Hiç araştırmadım bir doğumda sıkıntı olmasın diye yapılan tetanozu biliyorum. Onun dışında aşı yaptırmadım.” (R6, 28, Ortaöğretim)

“Ben büyüklere aşı yapılmıyor diye biliyorum.” (R14, 32, İlköğretim)

“Bilmiyorum fikrim yok.” (R23, 32, İlköğretim)

“Yok hiç duymadım öyle aşılar. Gebelikte yapılan aşığı biliyorum o kadar. Bunu her anne biliyor gebelikte yapıldığını.” (R26, 21, Lise Mezunu)

“Grip aşısı var mesela başka bilmiyorum.” (R28, 36, Ortaöğretim)

“Aşıları tam olarak bilmiyorum. Ama gebe iken arayıp söylediler. Gebelik dışında hiç vurulmadım.” (R 29,25, Üniversite Mezunu)

Grip aşısına güvensizlik ve gereksiz görme

Erişkin dönem aşılarından en sık bilinen tetanoz ve grip aşısıdır. Katılımcıların bazıları grip aşısına güvenmediğini ve gereksiz gördüğünü belirtmiştir.

“Bir ara grip aşısı düşündüm kardeşim doktor ona sordum oda her yıl aşının şeyi değişiyor viral enfeksiyon olduğu için virüsler değişiyor çokta fazla esprisi yok dedi öyle deyince yaptırmadım.” (R4, 41, Üniversite Mezunu)

“Grip aşısında ya işte domuz gribi kuş gribi bunlar hiç bana inandırıcı gelmedi. Bunlar çünkü o sezonun aşısı. Yani popülerlik bana güven vermedi.” (R5,39,Lise Mezunu)

“Grip aşısı var. Yeteri kadar koruyucu olmadığını düşünüyorum. Ben kendime yaptırmam. Hastalığı geçirince ölüm riski olmayacak ve normal geçireceğim için ve tüm tiplere karşı aşılanmadığım için yaptırmaya gerek görmüyorum.” (R8, 32, Üniversite Mezunu)

“Kesinlikle grip aşısına karşıyım. O kişi kendini korumayı bilecek. Mevsimine göre giyinecek mevsimine göre yiyecek. Genelde portakal yesin C vitamini alsın aşıya gerek yok.” (R11, 35, Ortaöğretim)

“Grip aşısı yaptırmıyorum ben. Gerek yok. Yurt dışından geliyor içinde ne olduğunu bilmiyoruz onun için yaptırmıyoruz.” (R17,27, Ortaöğretim)

“Yaptıranlar varmış. Koruyormuş da ama ben yaptırmadım. Yani bence daha ağır oluyor bu sefer de burun akıyor. Akarsa burun daha iyi olur.” (R20, 20, İlköğretim)

“Grip aşısına tam güvenmiyorum. Bazılarına etki ediyor bazılarına etki etmiyor. Açıkçası tam da güvenmiyorum.” (R 29,25, Üniversite Mezunu)

5. TARTIŞMA

Çalışmamız Türkiye’de annelerin koruyucu bağışıklanma ile ilgili olarak hem çocukluk dönemi hem de erişkin dönem aşılarını kapsayan; kalitatif ve tanımlayıcı tipte yapılmış önemli bir çalışmadır.

Anketimize katılan anneler yaş olarak sıklıkla 20-29 yaş grubunda idiler (% 53.4). Annelerin çoğunun eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde idi (% 30.3). Üniversite mezunu olanların oranı %14 ve lise mezunu anne %28 oranında idi. Annelerin çoğu ev hanımı (% 73.4) idi. Göksugür ve Ceraz’ın yaptığı çalışmada annelerin yaş olarak genç yaşta olduğu (ortalama yaş:28.9), çoğunun eğitim düzeyinin ilköğretim seviyesi ve altında (% 69.5) olduğu ve % 81.5 ev hanımı olduğu görüldü (154). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Aşını gerekliliği hususunda annelerin hemen hemen tamamı (% 98) hemfikirdi. Aşının neden gerekli olduğu konusunda sorulan soruya annelerin %46.6’sı hastalıktan korur, %35.4’ü mikroplara karşı direnç oluşturur ve %16.6’sı sağlıklı olmak için yanıtlarını verdiler. Yapılan diğer çalışmalarda da anneler, aşı hastalıktan korur diyerek benzer cevaplar vermişlerdir (155,156). İncili’nin 155 katılımcı ile yaptığı bir tez çalışmasında “Sizce aşı gerekli midir?” sorusuna çalışmamıza benzer olarak %98.1 evet, %1.9 hayır cevabı alınmıştır (157).

Rehman ve ark.’nın yaptığı çalışmada ise; annelerin %80’inin aşılamanın gerekli olduğundan habersiz oldukları görülmüştür (158). Bu durum, anne eğitiminin ve doğru bilgilendirmenin aşılamanın tamamlanması hususunda ne derece önemli olduğunu göstermektedir.

Aşı yapılmama durumunda annelerin % 30’u çocuklarının sık sık hasta olacaklarını, % 26.6’sı çok çabuk hastalanacağını, %19.7’si hastalıkları daha ağır geçireceğini düşünmekteydi.

Çalışmamızda annelerin %97.4’ü çocuğunun aşılarının tam olduğunu ve %2.6’sı tam olmadığını belirtti. Annelerin aşılamanın genel amacını bildikleri ve çocuklarının sağlığını koruma konusunda duyarlı oldukları görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer olarak çocukların %80’in üzerinde tam aşıli bulunmuş ve yine annelerin büyük bir çoğunluğu aşılamanın çocuğu için gerekli olduğunu düşünmüştür (159).

Çalışmamızda annelerin %73.7'si aşının yan etkisi olduğunu düşünüyordu. Yan etkisi olduğunu düşünenlerin %38.4'ü ateş, %19'u kızarıklık, %15.9'u ağrı, %14.7'si alerji, %7.5'i enfeksiyon ve %4.5'i felç gibi yan etkilerinin olabileceğini ifade ettiler. Ankete katılan annelerin %26.3'ü ise aşılardan yan etkilerinin olmadığını düşünmekteydi. Çalışmamıza benzer olarak Göksugür ve Cazer 'ın yaptığı çalışmada da annelerden %63.3'ünün aşılardan yan etkisi olduğunu belirttiklerini, yan etkisi olduğunu belirtenlerin de yan etki olarak %75.7 ile ateşi belirttikleri görülmüştür (154).

“Yeni doğmuş bebeğe ilk aşı ne zaman yapılır?” sorusuna annelerin %65.4'ü doğumda, % 15.4'ü bir aylıkken, %8.9'u 1 haftalıkken, %0.3'ü 1 yaşındayken ve %10'u bilmiyorum cevabının verdi. Doğumda yanıtı doğru cevap veren grup olarak kabul edildi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (AÜTFH)'nde 100 gebe ve yeni doğum yapmış anne ile gerçekleştirilen bir çalışmada annelerin %38'i ilk aşının ne zaman yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir (160). Uzun ve ark.'nın 233 yeni doğum yapmış anne ile yaptıkları benzer bir çalışmada annelerin % 64.4'ü doğru, % 5.6'sı yanlış yanıt vermiş, % 30'u ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır (161). Bizim çalışmamızda da bu oranlara yakın bilgi düzeyi saptanmıştır. Ulusal aşı takvimlerinin uygulamasında, zaman içinde gereksinimlere göre değişiklikler yapılmaktadır, bu nedenle annelerin zaman konusunda yanlışları olabilir, ancak aşının zamanına ilişkin bilginin eksikliği çocuğun aşılardan yararlanmasında potansiyel etkindir (162).

Annelere çocukluk dönemi aşılardan bildikleri sorulduğunda, en çok bilinen aşılardan sırasıyla Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak %14.83, su çiçeği %14.53, tetanoz %13.92, hepatit B %11.62, Bcg (verem) %11.26, oral polio %9.08, hepatit A %8.35, DaBT-İPA-Hib (5'li karma) %5.93, DaBT-İPA (4'lü karma) %5.51 oranında söylenmiştir. En az bilinen aşı %1.82 oranında konjuge pönomokok aşısı (KPA) olmuştur. Kızamık aşısı Aktürk ve ark.'nın çalışmalarında da en sık bilinen aşı olarak bildirilmektedir. Annelerin bildikleri toplam aşı sayısına baktığımızda, %3.15'i hiçbir aşığı bilmediğini ifade etti. Bu oran Aktürk ve ark.'nın çalışmasında %21 tespit edilmiştir (160). Çalışmamızda oranın daha düşük çıkmasının ümit verici olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda annelerin %39.4'ünün Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz uyguladığı aşılardan haberdar olup, %60.6'sının ise ücretli aşılardan haberi olmadığı görüldü. En bilinen ücretli aşı ise; %13.1 ile grip aşısıydı. Göksugür ve Cezar'ın çalışmasında ise; ücretli aşı olduğunu bilen annelerin oranı %70 bulunmuştur (154).

Yaptırılan ücretli aşılardan incelendiğinde; olguların %3.1'inin grip, %4.9'unun rota, %0.3'ünün hem hepatit B hem de menenjit, %0.3'ünün hem rota hem de menenjit, %0.3'ünün hem rota hem de grip aşılarını yaptırdığı görülmekte iken, %0.9'u ne aşı yaptırdığını bilmediğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre özel aşı yaptırmama oranlarını karşılaştırdığımızda anlamlı istatistiksel fark elde edilmiştir ($p=0.002$). İncili'nin araştırmasında ise istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ($p=0.584$) (157). Çalışmamızda literatüre göre farklılık olmasının nedeni olarak, iki çalışma arasındaki zaman farklılığından (9 yıl) kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda annelerin mesleklerine göre ücretli aşı yaptırmama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Özellikle memur ve diğer meslek grubunda olan annelerin ücretli aşı yaptırmama oranları ev hanımı, işçi, sağlık çalışanı ve esnaf meslek grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksektir. Ancak sağlık çalışanı olan annelerin çocuklarına ücretli aşı yaptırmadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kendi çocuğuna aşı yaptırmaması sözkonusu aşuya olan inançlarını göstermesi, aşı uygulamalarının yaygınlaşması bakımından önemlidir.

Özel aşılarla ilgili olarak çalışmamızda gelir düzeyi ile özel aşıları yaptırmama oranlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.092$). İncili'nin tez çalışmasında ise anlamlı istatistiksel fark elde edilmiştir. Bu durum çalışma gruplarının gelir düzeylerinin farklı olması, , özel aşıları bilme oranının az olması ile açıklanabilir. Sonuçlar bize ailelerin çocuklarını aşılama konusunda mevcut ekonomik durumlarından daha çok aşının koruyuculuğu, etkinliği ve güvenliğine göre karar verdiğini düşündürmektedir. Eğer ailelerin bu konulardaki endişeleri giderilmiş ve güveni sağlanmışsa, yeterli bilgi düzeyine erişmişse aşıları kendileri karşılayarak yaptırabileceklerini göstermektedir. Bu durum ailelere çocuk

sağlığı izlemelerinde özel aşılarla ilgili de bilgilendirme yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Çocuk sayısına göre özel aşıları yaptıрма durumunda istatistiksel olarak daha önce yapılmış çalışmaların aksine çalışmamızda anlamlılık bulunmamıştır ($p=0.93$).

Çocuğuna ücretli aşı yaptırmadığını söyleyen olguların %58.3'ü yeterli bilgisi olmadığından, %7.7'si maddi imkanları olmadığından, %24.3'ü ise gereksiz bulunduğundan dolayı ücretli aşı yaptırmamıştır. Rahman ve ark.'nın çalışmasında, annelerin aşıyla korunulabilir hastalıklar hakkındaki bilgi eksikliği aşıların geciktirilmesi ya da yaptırılmamasıyla ilişkili bulunmuştur (163). Bu nedenle annelere öncelikle hastalık ve önemi anlatılmalı, ardından aşısından bahsedilmelidir.

Daha önce yapılan çalışmalarda aşılama durumunu etkileyen faktörler incelendiğinde; Uzuner ve Ark. anne eğitim ve gelir düzeyi, gebelik izlemleri ve bu süreçte annenin tetanoz aşısı olmasını, Aktürk ve Ark. anne eğitim düzeyi ve aylık ortalama gelir düzeyini, Ayçiçek ise anne eğitim düzeyi, yerleşim yeri (kırsal veya kent), sosyoekonomik çevre ve ailenin ekonomik durumunu etkili bulmuştur (160,161). Çalışmamızda annelerin eğitim durumlarına göre çocuklarına özel aşı yaptıрма oranları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.002$). Ancak ailenin gelir düzeyine göre ücretli aşı yaptıрма oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.092$).

Bağışıklık oluşturan aşıların bazıları hastalığa karşı yaşam boyu, bazıları da kısmi koruma sağlamaktadır; bazı aşıların da düzenli olarak yeniden uygulanmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle çocukluk dönemi aşılarını tamamlamış bireylerin erişkin aşılarını da yaptırmaları gerekmektedir (163). Dünyada erişkinlerdeki aşılama oranları çocuklarıkinden daha düşüktür (164,165,166). Erişkin aşılamalarının düşük olmasının nedeni, aşıların genellikle çocukluk döneminde uygulandığına inanılmasıdır (107).

Çalışmamızda katılımcıların %60.3'ü erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olmadığını beyan etmişti. Benzer şekilde Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada da çoğunluğunun erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir (167).

Araştırmamıza katılan annelerin %81.1'i erişkin dönem aşısı yaptırdığını %18.9'u hiç aşı yaptırmadığını ifade etmiştir. Aşık ve ark. 2012 yılında Antalya ilindeki beş

aile sağlığı merkezinde 100 kişi ile yaptıkları çalışma sonucunda, %41'inin hayatının herhangi bir döneminde hiç erişkin aşısı yaptırmamış olduğu, %59'unun ise en az bir kez aşi yaptırmış olduğu saptanmıştır (168).

Araştırmamıza katılanların %52.63' tetanoz aşısı, %15.57'si grip aşısı, %9.89'u hepatit B aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Diğer aşıları yaptırma oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Aşık ve ark. 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında erişkin aşısı yaptıranların %45.7'sinin tetanoz, %29.6'sının influenza, %17'sinin hepatit B, %3.4'ünün pnömokok ve %4.3'ünün diğer aşıları yaptırdıklarını saptamıştır (168). Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada ise, araştırmaya katılanların %56.8'i tetanoz, %26.6'sı influenza, %18.6'sı hepatit B, %2.2'si ise pnömokok aşısını en az bir kez yaptırmıştır (167). Çalışma sonuçlarımız ve diğer yapılan çalışmalar en çok yapılan aşıların tetanoz ve grip aşısı olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda pnömokok, menenjit gibi diğer aşıları yaptıranların sayısı oldukça düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda pnömokok aşısı yaptıranların %71.4' doktoru önerdiği için ve %28.6'sı eczacısı önerdiği için aşi yaptırmıştır. Turhan yaptığı çalışmada pnömokok aşısı yaptıranların %68,2'inin doktor nerisi ile %31.8'inin ise kendi istekleri veya çocuklarının nerisi ile aşılandığını belirtmiştir (169). Çalışmamızda tetanoz aşısı yaptıranların %72'si hamile olduğu için, %20'si kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığı için, %14.4' doktoru önerdiği için, %0.4' hayvan ısırmasına maruz kaldığı için, %0.4' internetten elde ettiği bilgilerle ve %0.4' yakını önerdiği için aşi yaptırmıştır. Kadioğlu yaptığı çalışmada, en az bir kez tetanoz aşısı yaptıranların %40.3'ünün delici-kesici yaralanma nedeniyle, %30'unun gebelik nedeniyle, %20.2'sinin koruyucu amaçlı, %4.9'unun hayvan ısırđı nedeniyle, %3.7'sinin okul aşılması nedeniyle, %0.4'ünün askerlik nedeniyle ve %0,4'ünün aşi kampanyası nedeniyle aşi yaptırdığını belirtmiştir (167).

Bu çalışmada, menenjit aşısı yaptıran bireylerin %66.7'si hac ibadeti nedeniyle zorunlu olarak aşi yaptırdığı belirtilmiştir. Ülkemizde erişkin aşılması ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok yaralanma ve zorunluluk nedeniyle yapıldığı, doktor önerisinin ise aşi yaptırma nedenleri arasında önemli rol oynadığı görülmektedir.

Çocuklara uygulanan aşilar için bir takvim olmasına rağmen, erişkinlerde böyle bir takvimin olmayışı, çocuklarda yapılan tetanoz-difteri gibi aşiların rapel dozlarının zamanında yapılmaması, aşiların ne zaman yapılacağı ve kimlere yapılacağı yeterince bilinmemesi erişkinlerin aşı yaptırmama nedenleri arasında sayılmaktadır (170).

Aşı içerikleri ile ilgili suçlanan maddeler adjuvanlardır. Bu grup içerisindeki suçlamalarda en çok adını duyduğumuz maddeler alüminyum bileşikleridir. Bu bileşiklerin vücutta biriktiğine ve çeşitli kas problemlerine sebebiyet verdiğine dair oluşan söylemler sonucunda aşı içerisindeki alüminyum seviyelerini ölçen araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Deney hayvanları ile yapılan çalışmalarda alüminyumun aşı ya da ağızdan alımı sonrasında vücuttan atılma süresinin 24 saat olduğu, bu süre içerisinde vücutta biriken miktarının güvenli aralıkta olduğu bu söylentilerin çıktığı ilk yıllarda saptanmıştır (171). İlerleyen yıllarda güvenli olduğu başka araştırmalarla teyit edilse bile bu durum ailelerin aşı konusunda endişe duymasına neden olmaktadır. Nitekim anneler ile yaptığımız görüşmelerde de aşı içeriğinde bulunan alüminyumdan dolayı tedirgin olduğunu ifade eden katılımcı olmuştur.

Çalışmamızda bazı anneler hastalığın geçirilmesinin çocuğun bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcı olacağı görüşüne sahipti. Benzer şekilde diğer çalışmalarda da aileler çocukluk döneminde bulaşıcı hastalıkların geçirilmesinin çocuğa uzun vadede faydalı olacağını, büyüdükçe bağışıklık sisteminin güçlenmesine katkı sağlayacağını düşünmektedirler (172).

Katılımcıların ifadelerinden anlaşıldığı üzere otizm ve alerjik reaksiyonların artışı aşılarla bağlanmaktadır. Anneler alerjik astım ve otizm gibi hastalıklarının nedeni olarak aşıyı vurgulamışlardır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında birçok etken mevcut olduğu için sadece aşıdan dolayı bu artışın olduğunu söylemek doğru değildir. Aşı ve hastalıklar arasında ilişki olup olmadığının en iyi kanıtları yapılan kohort çalışmalarıdır. Kanıt düzeyi yüksek iyi planlanmış araştırmalarda aşı-otizm ve aşı-alerjik reaksiyon arasında hastalık insidansını artırdığına dair bir ilişki bulunmamıştır (173,174). ABD’de 2006 yılında yapılan bir çalışmadan anneler benzer şekilde aşı-otizm ilişkisinin aşılama konusunda endişeye neden olacak bir sebep olarak gördüklerini belirtmiştir (175).

Çalışmamıza katılan annelerle yapılan görüşmelerde annelerin aşı tipine göre seçim yaptığı görüldü. Özellikle kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, karma aşuları daha önemli gördüklerini ifade etmişlerdir. Ailelerin aşı ile önlenen hastalıklara bakış açılarına göre aşı seçimi yaptıkları, ayrıca annelerde algılanan hastalık duyarlılığı ve şiddetinin aşı seçimlerinde etkili olduğu başka araştırmalarda da belirtilmiştir (176).

Katılımcı ailelerin çoğu internet üzerinden aşı hakkında bilgi edindiğini dile getirmiştir. İnsanlar akıllarına takılan bütün konular hakkında internet üzerinden hızlıca arama gerçekleştirebilmektedirler. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye’de 10 haneden 8’inde internet erişimi mevcuttur. İnternet kullanılan hanelerde sosyal medya kullanımı %82.4 ve internet üzerinden sağlıkla ilgili arama yapma oranı %65.9 olarak belirlenmiştir (177). İnternet kullanıcılarının büyük çoğunluğu bu yolla sağlıkla ilgili arama yapmaktadır. Doğal olarak ailelerin aşı hakkında bilgi edinmesinde en çok kullanılan yollardan birinin internet olması çok şaşılacak bir durum değildir.

2011 yılında Suriye’de başlayan iç savaş nedeniyle Suriyeli vatandaşlar ülkelerini terk edip başka ülkelere göç etmek zorunda kalmıştır. Bu nedenle ülkemize en fazla Suriyeli mülteciler gelmektedir. Suriyeli mülteci sayısı Şubat 2017 İç İşleri Bakanlığı’nın yaptığı basın açıklamasında 3 milyon 551bin 78 kişi olarak söylenmiştir (178).

Sadece kayıt altına alınabilen mülteci sayısının bu kadar fazla olduğu bir durumda bulaşıcı hastalık riskinin artış göstermesi beklenen bir tablodur. Bunun en net örneğini kızamık hastalığında görmekteyiz. 2011 yılında 11 olan yeni vaka sayısı 2012-2013 yıllarında binli hanelere çıkmıştır. Bu salgını önlemek adına 12. Ayda yapılan kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısına ilave bir doz 9. Ayda yapılmaya başlanmıştır (178).

Mülteci çocuklar Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz bir şekilde rutin çocukluk çağı aşılarını olmaktadır. İstatistiki verilerin dışında kayıt altına alınamayan mültecilerin olduğunu bilmekteyiz, katılımcı anneler de bulaşıcı hastalıklar için mültecileri risk olarak görmekte olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcı anneler ile yapılan röportajların analizinde çoğunun aşılarda bilgi eksikliği olduğu saptandı. Bond ve Nolan’ın annelerin aşılarda hakkındaki

düşüncelerinin değerlendirildiği niteliksel çalışmasında da anneler detaylı bilgiye sahip olmamayı aşılama karşı bir bariyer olarak nitelemişlerdir (179). Aşı eğitimi verilirken, aşılarda içeriğinden, olumlu ve olumsuz tüm etkilerinden ayrıntılı olarak bahsedilmesi annenin aşının yapılması konusunda daha kararlı davranmasını sağlayabilir.

Çalışmamız da yaptığımız analizlere göre anneler sağlık çalışanlarının önerilerine önem verdiğini ve iletişimde önemli olduğunu vurguladılar. Benzer olarak Bond ve Nolan'ın çalışmasında anneler, aşı kararını vermede en önemli engellerden bir diğerinin de sağlık personeli ile iletişimin zayıf oluşu olduğunu belirtmişlerdir (179). Bu engelleri ortadan kaldırmak, hem annelere hem de sağlık personeline yönelik, yanlış bilgi ve inanışları ortadan kaldırmayı ve sağlık personeli ile anneler arasındaki iletişimi arttırmayı hedefleyen eğitimler düzenlemekle olasıdır (179,180).

Yaptığımız röportajlarda anneler aşılarda yurt dışından gelmesinin aşya karşı tutumu olumsuz etkilediğini vurgulamışlardır. Benzer şekilde Aslan'ın ebeveynlerin aşı hakkındaki düşünce ve inanışlarını araştırdığı niteliksel çalışmada da ebeveynler aşılarda ithal olmasının ve ülkemizde üretilmiyor olmasının aşılara güvenmemenin nedenlerinden biri olacağını vurgulamışlardır (181).

Katılımcıların bazıları aşı ile ilgili düşüncelerinin oluşmasında sosyal çevre ve internet gibi faktörlerin etkili olduğunu vurguladılar. Aslan'ın çalışmasında da aşılarda ilgili olumsuz düşüncelerinin oluşmasında, sosyal çevreleri, internet, gazete ve tv haberleri, takip ettikleri yerli ve yabancı web siteleri, sosyal medya grupları ve bu gruplarda yapılan paylaşımlar da önemli rol oynamıştır (181).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle örneklemin Hatay ili ve Antakya ilçesiyle sınırlandırılmış olması ve sadece 4 ASM'ye başvuran bireylerden oluşmuş olması önemli bir kısıtlılıktır. Bu nedenle sonuçlarımız tüm toplumun durumunu yansıtmamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda annelerin çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi düzeyleri sıklıkla orta derecede, özel aşularla (ücretli aşular) ilgili bilgi düzeylerinin büyük oranda düşük olduğu saptandı. Bunu etkileyen faktörleri sorguladığımızda aşular konusundaki bilgi eksikliğinin buna neden olabileceği görüldü. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşı Takvimi'ndeki aşuların yaptırılma oranının büyük oranda yüksek, özel aşuların yaptırılma oranlarının farkedilir oranda düşük olduğu saptandı. Aşular konusunda bilgi seviyesi, çalışma grubunun eğitim seviyesi, mesleği ve gelir düzeyi gibi değişkenlerin aşı yaptırma oranlarının etkilediği görüldü.

Çalışmamızda annelerin erişkin dönem aşuları ile ilgili bilgi eksikliğinin olduğu ve bu durumun en sık nedeninin ise herhangi bir kaynaktan bilgilendirilmemek olduğu tespit edildi. Aşular konusunda ailelere sağlık çalışanları tarafından doğru ve uygun bilgilendirmenin yapılması etkili olacak bir faktör olarak gözükmemektedir. Kişilerin sahip olduğu eksik ya da yanlış bilgilerin öncelikle giderilmesi ve kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Erişkin aşılama mevcut yaş, değişik risk faktörleri dikkate alınarak ihmal edilmemesi gereken önemli bir konu olup yeterli düzeye getirilmeden sadece çocukluk çağı aşulamaları ile aşı ile korunabilir hastalıkların yönetilmesi mümkün görülmemektedir. Buna rağmen erişkin aşılama çocukluk çağı aşılmasına göre daha az bilinmekte ve uygulanmaktadır.

Erişkin aşılama başarı; sağlık otoritesinin hedef kitle ihtiyacı olan aşuları tedarik etmesi, giderlerini karşılaması ve uygulama konusunda yaygın hizmet sunması ve ikna edici olması ile sağlanabilir. Gerekirse özellikle erişkin aşularının yapıldığı birimler açılması ve bu birimlerde erişkin aşılama eğitimi almış personelin kişilerin sağlık durumlarına yönelik aşılama programları oluşturmalarının gerekliliğine inanmaktayız. Erişkin aşılama programı, çocukluk dönemindeki gibi ulusal aşılama programı kapsamına alınıp Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmelidir.

Erişkinler genellikle hasta oldukları zaman doktora gittikleri için her başvuruyu aşılama fırsatı olarak değerlendirmeli, risk grubunda olan bireyler saptanmalı ve hastalar ona göre yönlendirilmelidir. Toplumda öncelikle risk grubundaki kişiler, doğurganlık çağındaki kadınlar ve yaşlılarla başlanarak sonrasında ise tüm erişkinlerin aşılanması sağlanmalıdır.

İnternet ve sosyal medya gibi kaynakların annelerin üzerinde ciddi bir etkisi olduğu, aşılama hakkında çıkan olumsuz haberlerden ailelerin büyük lde etkilendiği fark edilmiştir. Aşı hakkındaki olumsuz haberlerin kişilerin üzerindeki güçlü etkisinin azaltılmasının yollarından biri aşı hakkındaki olumlu yayınların, anlaşılır, sade ve etkili bilimsel bilgilerin yaygınlaştırılması, bu tür yayınların sayısının arttırılması olabilir.

7.KAYNAKLAR

1. National Foundation for Infectious Diseases. Adult Vaccination Saves Lives. 2012, Erişim: www.adultvaccination.org/resources/cta-adult.pdf. Erişim tarihi 15.07.2018
2. Immunization and Infectious Diseases, Erişim: <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunizationand-infectious-diseases>, Erişim tarihi: 13.07.2018.
3. Beyazova U, Aktaş F. Çocukluk çağı aşılamaları ve erişkin bağışıklaması. Gazi Tıp Dergisi 2007;18(2): 47-65
4. Akkaya N, Camcıoğlu C, Gür E, Öztürk R ve ark. Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri no 71. Birinci baskı 2010
5. Ward JI, Cherry JD, Chang S-J, Partridge S. Efficacy of an Acellular Pertussis Vaccine among Adolescents and Adults. N Engl J Med, 353; 15:1555-64
6. WHO health topics, Vaccines, Erişim: <http://www.who.int/topics/vaccines/en/> Erişim tarihi: 10.06.2018
7. Altaş, K, Aşılanmanın ve Pasif Bağışıklamanın İmmünolojik Temelleri, İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Çocuk ve Erişkinde Bağışıklama Sempozyumu 7 - 8 Mayıs 1998, İstanbul, s.9-15
8. Badur S, Yeni Aşılar, Erişim:http://www.turkimmunoloji.org.tr/dokumanlar/immunoloji_kongresi_2011/06_selim_badur_yeni_asilar.pdf, Erişim tarihi:06.07.2018
9. Plotkin S.L., Plotkin S.A. A short history of vaccination. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. Vaccines (sixth edition). London. W.B. Saunders; 2013;1-13.
10. İzgöner AG, Ahmed Cevdet Paşa tarafından yazılmış bazı tıbbi dokümanlar. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1998: 4:23713.
11. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 13.03.2009/7941 ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi Okul Aşılamaları konulu, 11.10.2010 tarihli B100TSH0110005 no'lu Genelgesi.
12. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, Bölüm 1 (25 Mayıs 2010, Resmî Gazete, Sayı: 27591), 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK" ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (2019) <http://asirehberi.saglik.gov.tr/?/asi> (Erişim tarihi 01.04.2019)
14. Kaufmann SH. Tuberculosis vaccine development: strength lies in tenacity. Trends Immunol. 2012 Jul;33(7):373-9. doi: 10.1016/j.it.2012.03.004. Epub 2012 May 3. Review.
15. WHO (2009) Global tuberculosis control : epidemiology , strategy, financing, WHO report 2009.
16. Smith Kc, Starke JR. Bacille-CAlmette-Guerin Vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, eds. Vaccines, 3rd ed. WB Saunders Company, 1999:111-39

17. Rodrigues LC, Mangtani P, Abubakar I. How does the level of BCG vaccine protection against tuberculosis fall over time? *BMJ*. 2011 Sep 29;343:d5974. doi: 10.1136/bmj.d5974.
18. Selma T, Erişkin Aşılama, Erişim: <http://eriskinasi.com/userfiles/file/eriskin.pdf>, Erişim tarihi: 23.08.2018
19. Krugman S, Giles JP, Hammond J. Viral hepatitis, type B (MS-2 strain) prevention with specific hepatitis B immune serum globulin. *JAMA*. 1971 Dec 13;218(11):1665-70.
20. McAleer WJ, Buynak EB, Maigetter RZ, Wampler DE, Miller WJ, Hilleman MR. Human hepatitis B vaccine from recombinant yeast. *Nature*. 1984 Jan 12;307(5947):178-80.
21. Mast EE, Ward JW. Hepatitis B vaccines. In: *Vaccines*. Eds. S Plotkin, W Orenstein, P Offit. 5th Edition, p.205, Saunders Elsevier, China, 2008.
22. Bonanni P. Implementation in Italy of a universal vaccination programme against hepatitis B. *Vaccine*. 1995;13 Suppl 1:S68-71.
23. Kane M. Global programme for control of hepatitis B infection. *Vaccine*. 1995;13 Suppl 1:S47-9.
24. Mahoney FJ, Kane M. Hepatitis B vaccine. In: *Vaccines Plotkin SA, Orenstein WA. Third Edition. WB Saunders Company, USA, 1999: 15882.*
25. Hieu NT, Kim KH, Janowicz Z, Timmermans I. Comparative efficacy, safety and immunogenicity of Hepavax-Gene and Engerix-B, recombinant hepatitis B vaccines, in infants born to HBsAg and HBeAg positive mothers in Vietnam: an assessment at 2 years. *Vaccine*. 2002 Mar 15;20(13-14):1803-8.
26. Averhoff F, Mahoney F, Coleman P, Schatz G, Hurwitz E, Margolis H. Immunogenicity of hepatitis B Vaccines. Implications for persons at occupational risk of hepatitis B virus infection. *Am J Prev Med*. 1998 Jul;15(1):1-8.
27. McMahon BJ, Dentinger CM, Bruden D, Zanis C, Peters H, Hurlburt D, Bulkow L, Fiore AE, Bell BP, Hennessy TW. Antibody levels and protection after hepatitis B vaccine: results of a 22-year follow-up study and response to a booster dose. *J Infect Dis*. 2009 Nov 1;200(9):1390-6. doi: 10.1086/606119.
28. Kane M, Banatvala J, Da Villa G et al (European Consensus Group on Hepatitis B Immunity): Are booster immunisations needed for lifelong Hepatitis B immunity? *Lancet* 2000; 355-561.
29. Wang RX, Boland GJ, van Hattum J, de Gast GC. Long-term persistence of T cell memory to HBsAg after hepatitis B vaccination. *World J Gastroenterol*. 2004 Jan 15;10(2):260-3.
30. Poovorawan Y, Chongsrisawat V, Theamboonlers A, Bock HL, Leyssen M, Jacquet JM. Persistence of antibodies and immune memory to hepatitis B vaccine 20 years after infant vaccination in Thailand. *Vaccine*. 2010 Jan 8;28(3):730-6. doi:10.1016/j.vaccine.2009.10.074. Epub 2009 Nov 3.
31. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Erişkin Dönemde Yapılması Önerilen Aşılar. Arvin Yayınevi 2. Güncelleme, İstanbul 2016, SS:17-43
32. Hepatitis B, Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:149-174, 2015

33. Badur S. Hepatit B Aşısı, "Aşı Kitabı" içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s:385-402, Express Basımevi, İstanbul, 2012
34. Beyazova U, Güler E, Yücel A, Şahin F. Difteria immunity of different age groups in Turkey. *Jpn J Infect Dis* 2002; 55: 52-4.
35. Vitek CR, Wharton M, Diphtheria toxoid. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*. 5 th ed. China: Saunders, 2008:139-56.
36. Wassilak SGF, Roper MH, Kretsinger K, Orenstein WA. Tetanus toxoid. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*. 5 th ed. China: Saunders, 2008:805-39.
37. American Academy of Pediatrics. Active and Passive Immunization. In: Peter G (ed). 2003 Red Book: Report of the committee on infectious diseases, 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003:1-91.
38. Olin P, Rasmussen F, Gustaffson L, et al for the Ad Hoc Group for the study of Pertussis Vaccines: Randomised controlled trial of two-compotent, threecompotent and five-compotent acellular pertussis vaccines compared with whole-cell pertussis vaccine. *Lancet* 1997; 350: 1569.
39. Peter SS, Wiagstaff AJ. Acellular pertussis vaccine: a review of its immunogenicity, protective efficacy and tolerability in the prevention of Bordetella pertussis infection. *Drugs* 1996; 52: 254-75.
40. Edwards KM, Decker MD. Pertussis vaccines. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*. 5 th ed. China: Saunders, 2008:467-517
41. Vitriuel A. 27-27 Nisan 2006, Kartal EAH 1. Aile Hekimliği Günleri Kitapçığı.
42. Tetanus, Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:341-352, 2015
43. Tetanus, Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:341-352, 2015
44. World Health Organization. Electronic address swi. Tetanus vaccines: WHO position paper, February 2017 - Recommendations. *Vaccine*. 2017.
45. CDC. preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2006;55(No.RR-3):1-43.
46. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide 2014, Erişim: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php>, Erişim tarihi: 15.07. 2018
47. WHO health topics, Vaccines, Erişim: <http://www.who.int/topics/vaccines/en/> Erişim tarihi: 10.07.2018
48. Thwaites CL, Beeching NJ, Newton CR. Maternal and neonatal tetanus. *Lancet* 2015; 385:362.
49. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) June 14, 2013 / 62(RR04);1-34 Erişim: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6204a1.htm> Erişim tarihi: 16.07.2018

50. Yen C, Murray E, Zipprich J, Winter K, Harriman K. Missed opportunities for tetanus postexposure prophylaxis, California, January 2008-March 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(9):243-246
51. Pneumococcal vaccines WHO position paper--2012. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012 Apr 6;87(14):129-44.
52. Pneumococcal Disease, Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.* Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p: 279-296, 2015.
53. Kurumca finansmanı sağlanacak bağışıklama hizmetleri, Sosyal Güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliği, Resmi Gazete, Sayı: 27012, 29 Eylül 2008
54. WHO Weekly Epidemiological Record, 23 March 2007, 82nd Year. No. 12, 2007, 82, 93-104.
55. Red Book American Academy of Pediatrics. Pneumococcal infections. In: Pickering LK, Backer CJ, Long SS, McMillan JA (ed). *Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:626-637.
56. Eskola J, Black S, Shinefield H. Pneumococcal conjugate vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA (eds). *Vaccines third ed.* Philadelphia, WB Saunders, 2004,pp:589-624.
57. Vashishtha VM, Choudhury P, Kalra A, Bose A, Thacker N, Yewale VN, et al. Indian Academy of Pediatrics (IAP) recommended immunization schedule for children aged 0 through 18 years--India, 2014 and updates on immunization. *Indian Pediatr.* 2014;51(10):785-800.
58. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ.* 2008;86(5):408-16.
59. Prevention and Control of Haemophilus influenzae Type b Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommendations and Reports, 2014 / 63(RR01);1-14
60. World Health Organization, Weekly epidemiological record, No. 47, 2006, 81, 445– 452
61. Haemophilus İnfluenza Tip b, Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.* Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p: 119134, 2015
62. Beyazova U. Haemophilus İnfluenza Tip b Aşısı, “Aşı Kitabı” içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s: 239-243, Express Basımevi, İstanbul, 2012
63. Sharma H, Yadav S, Lalwani S, Kapre S, Jadhav S, Parekh S, et al. Antibody persistence of two pentavalent DTwP-HB-Hib vaccines to the age of 15-18 months, and response to the booster dose of quadrivalent DTwP-Hib vaccine. *Vaccine.* 2013;31(3):444-7
64. American Academy of Pediatrics. Poliovirus infections In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:644-650.

65. Sutter RW, Kew OM, Cochi SL, Aylward RB. Poliovirus vaccine-live. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. Vaccines (sixth edition). London. W.B. Saunders; 2013;598-645.
66. (No authors listed). Polio vaccines: WHO position paper-March,2016. Wkly Epidemiol Rec. 2016;91:145-168.
67. John TJ, Vashishtha VM. Eradicating poliomyelitis: India's journey from hyperendemic to polio-free status. Indian J Med Res. 2013;137(5):881-94.
68. Vidor E, Plotkin SA: poliovirus vaccine-inactivated. In. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. Vaccines (sixth edition). London. W.B. Saunders; 2013;573-597.
69. Katz SL, Measles (rubeola). In Kraugman's Infectious Diseases of Children, 11th ed, Gershon AA, Hotez PJ, Katz SL (Eds), Mosby, Philadelphia 2004. P.353-71.
70. Zepp F, Behre U, Kindler K, Laakmann KH, Pankow-Culot H, MannhardtLaakmann W, Beckers F, Descamps D, Willems P. Immunogenicity and safety of a tetravalent measles-mumps-rubella-varicella vaccine co-administered with a booster dose of a combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis-hepatitis B inactivated poliovirus-Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine in healthy children aged 12-23 months. Eur J Pediatr. 2007 Aug;166(8):857-64.
71. Black SB, Cimino CO, Hansen J, Lewis E, Ray P, Corsaro B, Graepel J, Laufer D. Immunogenicity and safety of measles-mumps-rubella, varicella and Haemophilus influenzae type b vaccines administered concurrently with a fourth dose of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine compared with the vaccines administered without heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. Pediatr Infect Dis J. 2006 Apr;25(4):306-11.
72. Drutz JE, Duryea TK, Edwards MS, Torchia MM (Eds). Measles, mumps and rubella immunization in infants, children and adolescents. <https://www.uptodate.com/contents/measles-mumps-and-rubella-immunization-in-infants-children-and-adolescents?> (Erişim tarihi 13.06.2018)
73. WHO. Measles vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2009;84(35):349-60.
74. Edwards MS, Hirsch MS, Bloom A(Eds) Rubella. <https://www.uptodate.com/contents/rubella> (Erişim tarihi 13.03.2018)
75. CDC Rubella. In: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 12th Ed, Atkinson W, Wolfe C, Hamborsky (Eds), Public Health Foundation, Washington, DC 2011.
76. American Academy of Pediatrics. Rubella. In: Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds) American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2015.p.688-95.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Mumps Cases and Outbreaks. <https://www.cdc.gov/mumps/outbreaks.html> (erişim tarihi 13.03.2018).
78. Gupta RK, Best J, MacMahon E. Mumps and the UK epidemic 2005. BMJ 2005; 330: 1132-5.
79. WHO. Mumps virus vaccines. Wkly Epidemiol Rec 2007; 82: 51-60.
80. CDC. [Available from: <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/mmr/mumps/en>.

81. Badur S. Hepatit A aşısı. Aşı yaşam 2010;2:6,30-35.
82. Hatipoğlu N, Yalçın I. Hepatitler. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, N. Salman, A. Somer, I: Yalçın (eds) Akademi Yayınevi, İstanbul. 2. Baskı, 2015, s.228-235.
83. WHO position paper on hepatitis A vaccines: June 2012-recommendations. Vaccine. 2013;31(2):285-6.
84. Live attenuated hepatitis A vaccine Releve Epidemiologique Hebdomadaire, WHO. Weekly epidemiological record., No 30, 2010 pp:289-90
85. Hepatitis A, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:135-148, 2015
86. Kurugöl Z. "Suçiçeği Aşısının Özellikleri Nelerdir?" 30 Soruda Aşı kitabı, Editörler Badur S, Camcioğlu Y. 1. Basım s:183-187, Selen Yayıncılık, İstanbul, 2017.
87. Keskin Gözmen Ş. Apa H. Günay İ. Özbek E. Genel F. Bayram S.N. Devrim İ. Neonatal varisella deneyimlerimiz, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2012; 2(3):154-160
88. Prevention of Varicella—Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices MMWR. Erişim: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>2007, Erişim tarihi: 12.06.2018
89. Kotloff KL, Nataro JP, Blackwelder WC, Nasrin D, Farag TH, Panchalingam S, et al. Burden and aetiology of diarrhoeal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study. Lancet. 2013;382(9888):209-22.
90. Bishop RF, Barnes GL, Cipriani E, Lund JS. Clinical immunity after neonatal rotavirus infection: a prospective longitudinal study in young children. N Engl J Med 1983; 309: 72-6.
91. Velazquez FR, Matson DO, Calva JJ, et al. Rotavirus infections in infants as protection against subsequent infections. N Engl J Med 1996; 335: 1022-8. [CrossRef] 9. Adams WR, Kraft LM. Epizootic diarrhea of infant mice: identification of the etiologic agent. Science 1963; 141: 359-60.
92. Rotavirus vaccines. WHO position paper. <http://www.who.int/wer/2013/wer8805.pdf?ua> adresinden 16/06/2018 tarihinde erişilmiştir.
93. National and Regional Rotavirus Vaccine Introductions. <http://rotacouncil.org/toolkit/national-and-regionalrotavirus-introductions/> adresinden 22/06/2018 tarihinde erişilmiştir.
94. Rotavirus infections. In: Red Book 2012: Report of the Committee on Infectious Diseases. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS (eds). 29th ed. Elk Grove Village IL, American Academy of Pediatrics. 2012; p. 626-9.
95. Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. N Engl J Med 2006; 354: 23-33.
96. Matson DO. Rotavirus vaccines for infants. <http://www.uptodate.com/contents/rotavirus-vaccines-for-infants> adresinden 14/07/2018 tarihinde erişilmiştir.
97. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children, Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices

- (ACIP). <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5802a1.htm> adresinden 14/07/2018 tarihinde erişilmiştir.
98. Centers for Disease Control and Prevention, Recommended Adult Immunization Schedule, United States, 2016 erişim tarihi: 07.04.2016 (<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedulebw.pdf>)
99. Tosun S. Erişkin Aşılması, Actual Medicine, Temmuz 2013, s:24-38
100. Özsürekçi Y. Ceyhan M. Meningokok Aşısı, “Aşı Kitabı” içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s:245-250, Express Basımevi, İstanbul, 2012
101. Meningococcal Disease, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:231-246, 2015
102. Korten V. HIV/VZV Aşılı, ANKEM Derg 2010;24(Ek 2), s:46-50
103. Varicella, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015, p:353-376
104. Azap A. Kurt H. Varicella Zoster Virüs İnfeksiyonları, Ankara Üniversitesi tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara, Cilt 54, Sayı 4, 2001, s: 357-370
105. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005; 352:2271.
106. Varicella, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015, p:353-376
107. Tosun S. Erişkin Aşılması, Actual Medicine, Temmuz 2013, s:24-38
108. Kaya H.P. ‘Prof. Dr. Serhat Ünal: Zona hastalığından korunmak için tek doz aşı yeterli!’. Erişim tarihi: 10.08.2018 (<https://www.medikalakademi.com.tr/zonahastaligidan-korunmak-icin-tek-doz-asi-yeterli/>)
109. MSD, Zostavax kısa ürün bilgisi, erişim tarihi: 10.08.2018 ([http://www.msd.com.tr/Style%20Library/CountrySite/Turkey/Turkish/pdfs/ZOSTAVAX 0.65ml SC Enj Susp Haz Icer Flakon ve Coz Icer Kull Haz Enj KUB.pdf](http://www.msd.com.tr/Style%20Library/CountrySite/Turkey/Turkish/pdfs/ZOSTAVAX%200.65ml%20SC%20Enj%20Susp%20Haz%20Icer%20Flakon%20ve%20Coz%20Icer%20Kull%20Bilgi%20KUB.pdf))
110. Özgüneş İ. Varicella Zoster Aşısı, “Aşı Kitabı” içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s:555-564, Express Basımevi, İstanbul, 2012
111. Influenza, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p: 197-208, 2015.
112. Artuk Ç. İnfluenza Viruslar. “Temel ve Klinik Mikrobiyoloji” içinde. Ed: Ustaçelebi Ş, Güneş Kitabevi, Ankara, s: 919-935, 1999
113. Badur S. Grip Aşısı. “Aşı Kitabı” içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s:341-361, Express Basımevi, İstanbul, 2012
114. Glezen WP. Clinical practice. Prevention and treatment of seasonal influenza. N Engl J Med 2008;359:2579.
115. Doğan B. Karabudak Ö. HPV ve Herpes Zoster Aşılı, Türkderm 2008; 4 2, s: 108- 112

116. Human papillomavirus, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015, p:175-196
117. Somer A. Hançerli Törün S. Human Papillomavirüs Aşısı, “Aşı Kitabı” içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, s: 431-437, Express Basımevi, İstanbul, 2012
118. Human papillomavirus, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015, p:175-196
119. U.S. Food and Drug Administration (FDA) approves Gardasil 9 for prevention of certain cancers caused by five additional types of HPV. Erişim: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm426485.html>. Erişim tarihi: 16.08.2018.
120. Petrovsky E, Bocchini JA, Hariri S, Chesson H et al. Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR, 2015;64(11): 300-304
121. HPV Aşılıarı, Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu, s:44-48 Ankara, 2014
122. Gençer S. Kuduz ve Tetanoz Profilaksisi, I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar, Sempozyum Dizisi No:61, Şubat 2008; s: 223-234
123. Nesanır N. Türkiye'de Henüz Çözülemeyen Bir Sorun: Kuduz Riskli Temas Olguları, STED, 2006, cilt 15, sayı 12, s: 202-205
124. Vaccine-preventable diseases and vaccines, Erişim: http://www.who.int/ith/ITH_chapter_6.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 22.08.2018
125. Administering Vaccines: Dose, Route, Site, and Needle Size, Erişim: www.immunize.org/catg.d/p3085.pdf, Erişim tarihi: 10.08.2018
126. Ceyhan M, “Aşı tarihi”, Nabız Dergisi, 2013; 17
127. Topaç O. Ülkemizde Aşı Uygulamaları Genişletilmiş Bağışıklama Programı 6. Puader Kongresi, Ekim 2017
128. Healthy People 2020. Erişim: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/topic/immunization-and-infectious-diseases>, Erişim tarihi: 20.07. 2018.
129. Eren OÖ, Güven GS, Akova M. Güncel Bilgiler Işığında Erişkinlerde Aşılama. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2006; 13(2): 86-92
130. Williams WW, Lu PJ, O'Halloran A, et al. Vaccination coverage among adults, excluding influenza vaccination –. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(4):95-102., United States, 2013
131. Beyazova U, Aktaş F. Çocukluk çağı aşılamaları ve erişkin bağışıklaması. Gazi Tıp Dergisi 2007;18(2): 47-65
132. Adult Immunization Schedules United States, 2016. Erişim: <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combinedschedule.pdf>. Erişim tarihi: 02.02.2016.
133. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide 2014, Erişim: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2015

134. Williams WW, Lu PJ, O'Halloran A, et al. Vaccination coverage among adults, excluding influenza vaccination – United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(4):95-102.
135. Turhan Ö, Polat HH, Öncel S, Akcan A. et al. Pneumococcal Vaccination Status in Adults Sixty-Five Years and Older, *Kuwait Medical Journal* 2010; 42 (2): 135-138
136. Zeybek Y, Tokalak İ, Boyacıoğlu S. Altmış beş yaş ve üzeri erişkinlerde aşılama Durumu. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7 (3): 152-154.
137. Akkaya N, Camcıoğlu C, Gür E, Öztürk R ve ark. Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri no 71. Birinci baskı 2010
138. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539
139. Usluer G. Haydi Büyükler Aşıya!, I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:61, Subat 2008; s.209-214
140. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide 2014, Erişim: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php>, Erişim tarihi: 15.07. 2018
141. Asuman İ, Özel Gruplarda Bağışıklama, Erişim: www.klimik.org.tr/wpcontent/uploads/2013/03/Asuman-Inan.pdf, Erişim tarihi: 31.08.2018
142. T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Erişkinlerde Bağışıklama Bölümü; syf: 64, 2015
143. Recommended Adult Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, by Vaccine and Age Group United States, 2016 Erişim: <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>, Erişim Tarihi: 29.07.2018
144. Ünal S. Erişkin Aşılama Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi, 2013
145. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), CDC, Guidelines for Vaccinating Pregnant Women 2014. Erişim: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.html>. Erişim tarihi: 29.07.2018
146. Adult occupational Immunizations Massachusetts Recommendations and Requirements for 2018 Erişim: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/immunization/guidelinesadult.pdf>, Erişim tarihi: 09.08. 2018
147. T.S.K. Aşı Uygulama Yönergesi, (MY 33- 2), Erişim: http://askerihukuk.net/FileUpload/ds158941/File/madde_5770_saglik_isleri.pdf, Erişim tarihi: 14.08.2018
148. Seyahat Aşıları, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Erişim: <http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar>, Erişim tarihi: 25.08.2018
149. Healthcare Personnel Vaccination Recommendations, Erişim: <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>, Erişim tarihi: 09.08. 2018.
150. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, et al. 2013 IDSA Clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis* 2014; 58:e44.

151. Use of Serogroup B Meningococcal Vaccines in Persons Aged ≥ 10 Years at Increased Risk for Serogroup B Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015 Erişim: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6422.pdf#page=8>, Erişim tarihi 12.08.2018
152. Hibberd PA, Boeck M, Poplack DG, Thorner AR. Immunizations in patients with cancer. Erişim: <http://www.uptodate.com/contents/immunizations-inpatients-with-cancer>. Erişim tarihi: 20.07.2018
153. Danziger Isakov L, Kumar D, AST Infectious Diseases Community of Practice. Vaccination in solid organ transplantation. *Am J Transplant* 2013; 13 Suppl 4:311.
154. Göksüğü, SB., ve Ceraz, A. (2006). Annelerin aşı bilgi düzeyleri, çocukların aşılama durumu ve bunları etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. TCSB Haydarpaşa Numune Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
155. Schoeps, A., Ouédraogo, N., Kagoné, M., Sié, A., Müller, O., Becher, H. (2013). Socio-Demographic Determinants of Timely Adherence to BCG, Penta3, Measles, and Complete Vaccination Schedule in Burkina Faso. *Vaccine*. 32, 96-102.
156. Tagbo, BN., Eke, CB., Omotowo, BI., Onwuasigwe, CN., Onyeka, EB. and Mildred, UO. (2014). Vaccination Coverage and Its Determinants in Children Aged 11 - 23 Months in an Urban District of Nigeria. *World Journal of Vaccines*, 4, 175-183.
157. İncili D, Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar ile İlgili Bilgi Düzeyleri, (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul-2009
158. Rehman, US., Siddiqui, AR., Ahmed, J., Fatmi, Z., Shah, SM. , Rahman, A., Yousafzai, MT (2017). Coverage and predictors of routine immunization among 12-23 months old children. *Int J Health Sci (Qassim)*, 11(1), 16.
159. Odusanya, OO., Ewan, FA., Francois, PM., and Vincent, IA.(2008). Determinants of Vaccination Coverage in Rural Nigeria. *BMC Public Health*, 8, 381.
160. Aktürk Y, Ceyhan AG, Ekıner AS, Kurtay G. Gebe kadınların ve yeni doğum yapmış annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi düzeyi.in: VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Kitabı. Bursa; 2004. p.107.
161. Özmert Elif N., Dünyada ve Türkiyede Aşılama Takvimindeki Gelişmeler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51:168-17
162. <http://www.asidanisma.com> adresinden erişilmiştir.
163. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Genelge 2009/17.
164. Öztürk R. Erişkinde bağışıklama. *Klinik Gelişim* 2012; 25: 49-59.
165. Sukumaran L, McCarthy NL, Kharbanda EO, McNeil MM, Naleway AL, Klein NP, et al. Association of Tdap vaccination with acute events and adverse birth outcomes among pregnant women with prior tetanus-containing immunizations. *JAMA* 2015; 314: 1581-7.
166. Taheri Tanjani P, Babanejad M, Najafi F. Influenza vaccination uptake and its socioeconomic determinants in the older adult Iranian population: a national study. *Am J Infect Control* 2015; 43: e1-5.
167. Kadioğlu E. Samsun'da bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılama durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi,

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, 2011.
168. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşılırları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Türk Aile Hekimliği Dergisi http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/04/TAHD_2013003005.pdf
 169. Turhan Ö. Pnömonokok aşısı. Kuwait Medical Journal 2010; 42: 135-8.
 170. Leblebicioğlu H. Erişkinde aşılama. ANKEM Dergisi 2003; 17: 175-9.
 171. Golub MS, Donald JM, Gershwin E, Keen CL. Effects of aluminum ingestion on spontaneous motor activity of mice. Neurotoxicology and Teratology 1989;11(3): 231-235.
 172. McKee C, Bohannon K. Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. J Pediatr Pharmacol Ther 2016;21(2):104-109.
 173. McKeever TM, Lewis SA, Smith C, Hubbard R. Vaccination and allergic disease: A birth cohort study. Public Health 2004;94(6):985-989.
 174. Felice C, Leoncini S, Signorini C, Cortelazzo C, Marchigiani E, Ciccoli, Hayek J. Measles mumps and rubella vaccination and autism: Misperception/miscommunication vs. scientific evidence. Results of a blinded anonymous Italian survey. Journal Of The Siena Academy Of Sciences 2016;8.
 175. Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. Pediatrics 2006;117(5):1532-41.
 176. Bond L, Nolan T, Pattison P, Carlin J. Vaccine preventable diseases and immunisations: A qualitative study of mothers' perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. BMC Public Health 1998;22(4):441-446
 177. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> (Erişim Tarihi: 10.10.2017)
 178. Habertürk, İnternet Sayfası <http://www.haberturk.com/gundem/haber/1391973-suleyman-soyly-multecisayisi-3-milyon-551-bin-78-kisi> (Erişim Tarihi: 22.10.2017)
 179. Int J Epidemiol, 1996 ;25;4:885-893.
 180. WHO Weekly Epidemiological Record, 23 March 2007, 82nd Year. No. 12, 2007, 82, 93-104.
 181. Aslan S. Türkiye'de aşıllara karşı çıkan ebeveynlerin aşıllar hakkındaki düşünceleri ve inanışları: Kalitatif çalışma. Uzmanlık tezi, T.C. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2018.

8.EKLER

Ek 1: Çalışma Anketi

“ANNELERİN, ÇOCUK VE ERİŞKİN DÖNEMİ AŞILARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” ANKETİ

• Bu anket, Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı tarafından; sizlerin çocuklarınız ve kendiniz için uygulanması önerilen aşular hakkındaki bilgi durumunuz ve görüşleriniz hakkında bilgi almak amacı ile hazırlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A.AİLELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ SORULAR

1) HASTANIN ADI SOYADI :

2) CİNSİYETİ: 1)KADIN () 2) ERKEK ()

3) ANNE YAŞI:

1)20 yaş altı () 2) 20-29 yaş () 3) 30-39 yaş () 4) 40 yaş üzeri ()

4) BABA YAŞI:

1)20 yaş altı () 2)20-29 yaş () 3)30-39 yaş () 4)40 yaş üzeri ()

5) ANNE MESLEK:

1)EV HANIMI () 2)İŞÇİ () 3)MEMUR () 4)ESNAF ()

5)SAĞLIK ÇALIŞANI () 6)DİĞER()

6) BABA MESLEK:

1)ÇALIŞMIYOR () 2)İŞÇİ () 3)MEMUR () 4)ESNAF ()

5)SAĞLIK ÇALIŞANI() 6)DİĞER ()

7) ANNE ÖĞRENİM DURUMU:

- 1)OKURYAZAR DEĞİL () 2)İLKÖĞRETİM () 3)ORTAÖĞRETİM ()
4)LİSE () 5)ÜNİVERSİTE ()

8) BABA ÖĞRENİM DURUMU:

- 1)OKURYAZAR DEĞİL () 2)İLKÖĞRETİM () 3)ORTA ÖĞRETİM ()
4)LİSE () 5)ÜNİVERSİTE ()

9) KENDİ GELİR DÜZEYİZİ NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

- 1)DÜŞÜK () 2)ORTA() 3)İYİ ()

- 10) AİLE ÇOCUK SAYISI:** 1) 1 () 2) 2 () 3) 3 () 4) 4 ve üzeri ()

B.ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI İLE İLGİLİ SORULAR

- 12) SİZCE AŞI GEREKLİ MİDİR:** 1)EVET () 2)HAYIR ()

13) YANITINIZ EVET İSE AŞININ GEREKLİLİĞİNİN NEDENLERİ?

- 1)MİKROPLARA KARŞI DİRENÇ OLUŞTURUR ()
2)HASTALIKTAN KORUR ()
3)SAĞLIKLI OLMAK İÇİN ()

14) AŞILARIN YAPILMAMASI DURUMUNDA ÇOCUKTA GÖRÜLEBİLECEK ZARARLAR?

- 1)ÇOK ÇABUK HASTALANIR () 4)SIK SIK HASTA OLUR ()
2)HASTALIKLARI AĞIR GEÇİRİR () 5) BULAŞICI HASTALIKLARI GEÇİRMEZ ()
3)ENFEKSİYON RİSKİ ARTAR () 6) BİLMİYORUM ()

15) DOĞUM ÖNCESİ AŞI KONUSUNDA BİLGİ ALMA DURUMUNUZ?

- 1) EVET () 2)HAYIR () 3) HATIRLAMİYORUM()

16) GEBE İKEN KONTROLE GİTME SIKLIĞINIZ?

1)KADIN DOĞUM DOKTORUMUN ÖNERDİĞİ SIKLIKTA GİTTİM ()

2)AYDA BİR DEFA GİTTİM ()

3)HİÇBİRİ ()

17) GEBE İKEN AŞI OLMA DURUMUNUZ?

1) EVET ()

2)HAYIR ()

18) YANITINIZ EVET İSE GEBELİKTE YAPILAN AŞI NEDİR?

1)TETANOZ ()

2)BİLMİYORUM ()

19) ÇOCUĞUNUZUN AŞILARI TAM MI?

1)EVET ()

2)HAYIR ()

20) ÇOCUĞUNUZUN AŞILARI EKSİK İSE NEDENİ NEDİR?

21) YENİ DOĞMUŞ BEBEĞE İLK AŞISI NE ZAMAN YAPILIR?

1)BİLMİYORUM ()

2) DOĞUMDA ()

3) BİR HAFTALIKKEN ()

4)2 HAFTALIKKEN ()

5) BİR AYLIKKEN ()

6)BİR YAŞINDAYKEN ()

22) AŞI YAN ETKİSİ VAR MIDIR?

1)EVET ()

2)HAYIR ()

23) YANITINIZ EVET İSE AŞININ YAN ETKİLERİ NELERDİR?

1)ATEŞ () 2) ENFEKSİYON () 3)ALERJİ () 4) FELÇ () 5)AĞRI ()

6)KIZARIKLIK ()

24) ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE UYGULANAN AŞAĞIDAKİ AŞILARDAN HANGİSİ YA DA HANGİLERİ HAKKINDA BİLGİNİZ VAR?

1)HEPATİT A AŞISI

7)KKK(KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK) AŞISI

2)HEPATİT B AŞISI	8)ORALPOLİO AŞISI(ÇOCUK FELCİ)	
3) TETANOZ AŞISI	9) 5 Lİ KARMA AŞI(DaBT-İPA-Hib)	
4) SUÇİÇEĞİ AŞISI	10) 4 LÜ KARMA AŞI(DaBT-İPA)	
5) BCG (VEREM) AŞISI	11) HİÇBİRİ	
6) KONJUGE PNÖMOKOK AŞISI		

25) AŞAĞIDAKİ SORULARI DOĞRU YANLIŞ OLARAK CEVAPLAYINIZ

a. 38C ateşi olan çocuğa aşı yapılmaz.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

b. Polio (çocuk felci) ülkemizde artık rastlanmıyor bu yüzden çocuğa çocuk felci aşısı yapılmasına gerek yok.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

c. Aşı yapıldıktan sonra çocuğun ateşinin olması normaldir.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

d. Difteri, tetanoz, boğmaca gibi birlikte yapılan aşular ani bebek ölümü sendromuna neden olur.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

e. Aşular henüz bilinmeyen bazı hasar verici ve uzun süreli yan etkilere neden olur.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

f. Bir çocuğa tek seferde birden fazla aşı yapmak yan etki riskini arttırır ayrıca bağışıklık sistemine fazla yüklenme yapar.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

g. Aşular civa içerir ve bu yüzden zararlıdır.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

h. Canlı aşilar otizme neden olur.

1)DOĞRU () 2)YANLIŞ ()

26) SAĞLIK BAKANLIĞI RUTİN AŞILAMA PROGRAMI İÇİNDE YER ALMAYAN VE AİLENİN KENDİ İSTEĞİ ÜZERİNE YAPILAN ÜCRETLİ AŞILARDA OLDUĞUNU BİLİYOR MUSUNUZ?

1)EVET () 2)HAYIR ()

27) YANITINIZ EVET İSE BİLDİĞİNİZ ÜCRETLİ AŞI HANGİSİDİR?:

.....

28) ÇOCUKLARINIZA HİÇ ÜCRETLİ AŞI YAPTIRDINIZ MI?

1)EVET () 2) HAYIR ()

29) YANITINIZ EVET İSE ÜCRETLİ AŞILARDAN HANGİSİNİ YAPTIRDINIZ?:

30) YANITINIZ HAYIR İSE ÜCRETLİ AŞI YAPTIRMAMA NEDENİNİZ NEDİR?

1)ÜCRETLİ AŞILAR HAKKINDA BİLGİM YOK ()

2)MADDİ OLARAK YAPTIRABİLME İMKANIM YOK ()

3)GEREKLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNMÜYORUM ()

31) ZORUNLU ÇOCUK AŞILARI AİLELERİN İSTEĞİNE BIRAKILSIN MI?

1)EVET () 2)HAYIR ()

C.ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILAN AŞILAR HAKKINDA SORULAR

32) ERİŞKİN DÖNEMDE (18 YAŞ ÜSTÜNDE) YAPILAN AŞILAR HAKKINDA BİLGİNİZ VAR MI?

- 1)EVET () 2)HAYIR ()

33) YANITINIZ HAYIR İSE NEDENİ NEDİR?

- 1)HERHANGİ BİR KAYNAKTAN BİLGİLENDİRİLMEDİM ()
2)BİLGİ SAHİBİ OLMAMIN GEREKLİ OLMADIĞINI DÜŞÜNÜYORUM ()
3)AŞILAR HAKKINDAKİ BİLGİYE NERDEN ULAŞACAĞIMI BİLMİYORUM
()
4)DİĞER ()

**34) ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILAN AŞILAR HAKKINDA BİLGİNİZ VAR
ANCAK YAPTIRMADIYSANIZ SİZİN İÇİN EN ÖNEMLİ NEDENİ
NEDİR?(BİR TANE İŞARETLEYİNİZ)**

- 1)AŞILARIN KORUYUCU OLMADIĞINI DÜŞÜNÜYORUM ()
2)ENJEKSİYON KORKUM VAR ()
3)AŞILARIN MALİYETİ YÜKSEK OLDUĞU İÇİN YAPTIRAMIYORUM ()
4)BAZI AŞILARA KARŞI ALERJİM VAR ()
5)ÖDEME KAPSAMINDA OLMADIĞI İÇİN YAPTIRAMIYORUM ()
6)AŞILARIN YAN ETKİ YAPABİLECEĞİNDEN ÇEKİNİYORUM ()
7)AŞILAR HAKKINDAKİ BİLGİMİN YETERLİ OLMADIĞINI
DÜŞÜNÜYORUM ()
8)YAPTIRMAK İSTEMİYORUM, BİR NEDENİ YOK/ AÇIKLAMAK
İSTEMİYORUM()
9)DİĞER ()

**35) ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILAN AŞAĞIDAKİ AŞILARDAN HANGİSİNİ
YA DA HANGİLERİNİ YAPTIRDINIZ?**

1) MEVSİMSEL GRİP AŞISI	9) HEPATİT B AŞISI	
2) TETANOZ (TdaP) AŞISI	10) Hib AŞISI	
3) SUÇİÇEĞİ AŞISI	11) ZONA AŞISI	
4) KKK (KIZAMIK-KIZIMIKÇIK-KABAKULAK) AŞISI	12) ORAL POLİO AŞISI	
5) RAHİM AĞZI KANSERİ (HPV) AŞISI	13) KUDUZ AŞISI	
6) MENENJİT (MENİNGOKOK) AŞISI	14) DİĞER (KOLERA, TİFO, ŞARBON, VEBA, SARI HUMMA)	
7) ZATÜRRE (PNÖMOKOK) AŞISI	15) HİÇBİRİ	
8) HEPATİT A AŞISI		

36) ERİŞKİN DÖNEMDE AŞI YAPTIRDIYSANIZ EN ÖNEMLİ NEDENİ HANGİSİDİR?

YAPTIRDIĞINIZ AŞILAR	ŞIK	ŞIKLAR
		a) DOKTORUM ÖNERDİĞİ İÇİN
		b) KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMASINA MARUZ KALDIĞIM İÇİN
		c) HACCA GİTMEK İÇİN
		d) HAMİLE OLDUĞUM İÇİN
		e) HAYVAN ISIRMASINA MARUZ KALDIĞIM İÇİN
		f) YAKINIM ÖNERDİĞİ İÇİN
		g) ECZACI ÖNERDİĞİ İÇİN
		h) İNTERNETTEN EDİNDİĞİM BİLGİLER NEDENİ İLE

37) AŞAĞIDAKİ SORULARI DOĞRU YANLIŞ OLARAK CEVAPLAYINIZ

a. Erişkin dönemde MEVSİMSEL GRİP aşısının her yıl Ekim – Kasım ayı ortalarına dek yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

b. Erişkin dönemde TETANOZ aşısının her 10 yılda bir hatırlatma dozu şeklinde yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

c. Gebelikte tek doz TETANOZ aşısı yapılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

d. Gebelikte SUÇİÇEĞİ, ZONA ve KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK aşısının yapılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

e. Eğer su çiçeği geçirmediyseniz erişkin dönemde SUÇİÇEĞİ aşısının yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

f. Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısının 11-12 yaşındaki hem kız ve hem de erkek çocuklara yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

g. Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısının bayanlara 19-26 yaşları arası yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

h. Rahim ağzı kanseri (HPV) aşısı erkeklere 19-26 yaşları arasında yaptırılması önerilir:

1) DOĞRU () 2) YANLIŞ ()

ı. Zona aşısının eğer engel bir sağlık sorunu yoksa 60 yaş üstünde tek doz olarak yaptırılması önerilir:

1)DOğRU () 2) YANLIş ()

j. Erişkin dönemde Zatürre (pnömokok) aşısının zatürre geçirme riski yüksek olan kişilerde yaptırılması önerilir:

1)DOğRU () 2)YANLIş ()

k. Erişkin dönemde KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) aşısının 19-60 yaşları arasında yaptırılması önerilir:

1) DOğRU () 2) YANLIş ()

l.Askerî personel-yurt bakım evleri, yuva ve kreşlerdeki personele hastalık geęirilmemiőse Hepatit A aşısı yaptırılması önerilir:

1) DOğRU () 2.) YANLIş ()

m.Diyaliz hastalarına hastalık geęirilmemiőse Hepatit B aşısının yaptırılması önerilir:

1)DOğRU () 2) YANLIş ()

Ek 2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIş DERİNLEMESİNE GÖRÜşME FORMU

1.AőİNİN GEREKLİLİğİ KONUSUNDA NE DÜşÜNÜYORSUNUZ?

2.AşILARIN YAPILMAMASI DURUMUNDA SİZCE ÇOCUğUNUZA NE GİBİ ZARARLARI OLUR?

- Çevrenizde aşı yapılmayıp olumsuz bir durum yaşayan var mı?

3.AşILARIN YAN ETKİLERİ HAKKINDA NE DÜşÜNÜYORSUNUZ?

- Yan etki yaőadınız mı?
- Yaőadıysanız nasıl başa çıktınız?

- Yaşadığınız yan etki aşığı yaptırmamızda olumsuz etkisi oldu mu?
- Yan etki konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?
- Bilginiz var ise bilgiye nerden ulaştınız?(internet arkadaş)
- Yan etki konusunda ne tür bilgiye ulaştınız?
- Bu bilgiler sizi endişelendirdi mi? Aşı yaptırmamanıza neden oldu mu?
- Bazen tv da aşı yan etkisi hakkında haberler çıkıyor endişe edip aşı yaptırmadınız oluyor mu?

4.ZORUNLU ÇOCUK AŞILARININ AİLELERİN İSTEĞİNE BIRAKILMASI HAKKINDA NE DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

- Çocuk aşıları zorunlu olmaz ise ne gibi sıkıntılar olabilir?
- Peki sizin çocuğunuza aşı yapıldı sınıfında aşı yapılmayan çocuk var kafa karışıklığı olur mu endişelenir misiniz?
- Aşı yaptırmayan aileye karşı tavrınız nasıl olur aile ile iletişime geçer misiniz?
- Aşılar zorunlu olmaz ise aileler bulaşıcı hastalıkların artmasından korkuyor sizinde böyle bir düşünceniz var mı?

5.ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILAN AŞILAR HAKKINDA GÖRÜŞLERİNİZ NELERDİR?

- Erişkin aşıları hakkında yeterli bilginiz var mı?
- Var ise bilgiye nerden ulaştınız?
- Yok ise bilgi almak ister miydiniz? Nerden bilgi almak isterdiniz?
- Hiç erişkin aşısı yaptırdınız mı?
- Neden yaptırdınız?
- Erişkin aşılarının da çocuk aşıları gibi zorunlu olmasını ister miydiniz?
- Zorunlu olsa yaptırır mıydınız?

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Semra ÇIKLAR, 02.03.1990 tarihinde Sakarya'nın Akyazı ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini; İnönü İlköğretim Okulu (1997- 2005) ve Sakarya Akyazı Anadolu Lisesinde (2005- 2009) Sakarya da tamamladı. 2015 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 28.09.2015-15.02.2016 tarihleri arasında mecburi hizmet kapsamında Sakarya Akyazı Toplum Sağlığı Merkezine atandı. 26.02.2016-23.12.2016 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalında asistanlık eğitiminin bir kısmını aldı. Ardından 06.01.2017-24.12.2017 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalında eğitimine devam etti. 11.01.2018 tarihinden itibaren Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalında asistanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

