



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN
HEKİMLERİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA AŞI UYGULAMALARI
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE BU KONUDAKİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mukaddes Pekgenç Abatay

Ankara, 2017



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN
HEKİMLERİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA AŞI UYGULAMALARI
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE BU KONUDAKİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mukaddes Pekgenç Abatay

TEZ DANIŞMANI

Uzm. Dr. İrep Karataş Eray

Ankara, 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile her konuda yol gösteren, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Uğurlu'ya, her türlü bilimsel katkı ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Yusuf Üstü'ye

Tezimin hazırlanması sürecinde ve uzmanlık eğitimim süresince hoşgörüsü ve sabırla, destek ve yardımlarını hiç esirgemeyen, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam, tez danışmanım Sayın Uzm. Dr. İrep Karataş Eray'a

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Sayın Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keskin ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu'na

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini aile sıcaklığına dönüştüren aynı bölümde beraber çalıştığım dostlarım, Uzm. Dr. Dilara GENÇ, Uzm. Dr. Sevil Özdemir, Dr. Nefise Şen, Dr. Oğuz Ali Özşahin'e, bölümümdeki diğer tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum diğer birimlerden kıymetli hocalarıma, uzmanlarımıza, asistan arkadaşlarıma ve anketleri doldurarak çalışmama katkı sağlayan bütün meslektaşlarıma, mesleğime dair kendisinden bir şeyler öğrendiğim herkese,

Kendilerinden fedakârlık ederek binbir emekle bizleri bugünlere getiren, her zaman yanımda olan güzel aileme,

Can yoldaşım, ruh eşim ve hayattaki en büyük desteğim Kerim Abatay'a

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Mukaddes PEKGENÇ ABATAY

Ağustos, 2017

ÖZET

Giriş ve Amaç: Aşılama; temiz su kaynakları, güvenli gıda temini ve hijyen kurallarına uyumun yanısıra, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve eliminasyonu için vazgeçilmezdir. Aşılama kavramı hem dünyada hem de ülkemizde genellikle çocukluk dönemine özgü bir uygulama olarak görülmekte ve yaşlı aşılamaları ihmal edilmektedir. Bu çalışmada hekimlerin yaşlı bağışıklaması ile ilgili tutumlarını ortaya koymak, yaşlı bağışıklaması ile ilgili farkındalık yaratmak ve hedeflenen düzeylerin altında olan aşılanma oranlarını arttırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 253 gönüllü hekim dahil edildi. Çalışma kapsamında sosyodemografik veriler ve hekimlerin 65 yaş ve üstü hastalarda aşılama ile ilgili bilgi yeterliliğini, tutum ve davranışlarını değerlendiren sorulardan oluşan anket formu uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programının 24.0 versiyonu kullanıldı. İstatistiksel analizde Pearson chi-square testi kullanılmıştır ve $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin aşılarla ilgili bilgi yeterliliğinin değerlendirmesinde, influenza için %61,7'si, pnömokok için %58,1'i, tetanoz için %41,3'ü, zona için %13'ü bilgisini yeterli görmekteydi. Hekimlerin çok az bir kısmı, 65 yaş ve üstü hastalarının aşılanma durumunu sorguluyordu. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu influenza ve pnömokok aşılarının, yaklaşık olarak yarısına yakın bir kısmı da tetanoz aşısının 65 yaş ve üstü hastalara önerildiğini bildiğini belirtti. Buna rağmen, hekimlerin sadece %40,3'ü influenza aşısını, %32'si pnömokok aşısını, 65 yaş ve üstü tüm hastalarına öneriyordu, %47,8'i yaralanma durumunda tetanozu öneriyordu. Kılavuz takip eden hekimler influenza, pnömokok ve tetanoz aşılarıyla ilgili bilgilerini daha yüksek oranda yeterli görmekteydi. Aşı önermeyen hekimlerin çoğunluğu hasta yoğunluğu sebebiyle ve önceliği tedavi edici hekimliğe verdiği için aşığı hastalarına önermediğini belirtmiştir. Araştırmamızda hekimlerin çok az bir kısmı aşılarla ilgili bir eğitime katılmıştır. Eğitim almamış hekimlerin çoğunluğu aşılarla ilgili eğitim almak istediğini belirtmiştir.

Sonuç: 65 yaş ve üstü hastalara önerilen aşılarla ilgili, hekimlerin büyük bir kısmının kendi bilgilerini yeterli görmediği gözlemlendi. Katılımcıların çok az bir kısmı hastaların

aşılama durumlarını sorguluyor ve aşı önerisinde bulunuyordu. Hekimin inanışları, aldığı eğitimler, güncel kılavuz takibi ve öz bağışıklaması ile ilgili durumların, hastalarına yönelik aşılama davranışında etkili olduğu tahmin edilmektedir. Gelecekte hekimlerin yaşlı aşılması ile ilgili tıbbi bilgilerini geliştirmek ve güncellemek üzere çeşitli eğitimlere ihtiyaç vardır. Ayrıca hekimlerin tutum ve davranışlarını değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik çok yönlü etkinliklere gereksinim vardır. Aşılama oranları, aşılamaı destekleyen, elektronik tıbbi kayıtlar ve hatırlatıcılar (aşı karnesi) gibi müdahaleci çabalar yoluyla iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: 65 yaş ve üstü, Yaşlı, Aşılama, Bağışıklama, Hekimler, bilgi düzeyi, Tutum ve davranış

ABSTRACT

Assessment of Knowledge, Attitudes and Practices of Physicians in Ankara Atatürk Training and Research Hospital Towards Vaccination in Elderly

Introduction and Objectives: Vaccination is necessary for controlling and eliminating life-threatening infectious diseases together with adequate levels of good hygiene, sanitation, nutrition and clean water. Both in the world and in our country, vaccination is often accepted as an application specific to childhood, and immunization of the elder has been neglected. In this study, it was aimed to reveal the attitudes of the physicians about the elderly immunization, to raise awareness about it and to increase the vaccination rates below the targeted levels.

Materials and Methods: 253 voluntary physicians working at Ankara Atatürk Training and Research Hospital were included in the study. Within the scope of the study, a questionnaire containing questions about the sociodemographic data and about the knowledge efficiency, attitudes and behaviors of physicians on vaccination for patients 65 years old and over was administered. For evaluating the data, 24.0 version of SPSS program was used. Pearson chi-square test was used for statistical analysis and P value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: When we look at the knowledge sufficiency evaluation of the physicians about themselves; 61.7% (n:156), 58.1% (n:147), 41.3% (n:104) and 13% (n:33) of them found their knowledge sufficient enough respectively for influenza, pneumococcus, tetanus and for zoster. A small proportion of physicians were questioning the vaccination of patients 65 years of age and older. A majority of physicians stated that they knew that influenza and pneumococcal vaccines were recommended for people 65 years of age or older and nearly half of them stated the same for tetanus vaccination. However, only 40.3% (n:102) and 32% (n:81) of the physicians recommended influenza and pneumococcal vaccinations respectively to all patients aged 65 years and older., and also 47.8%(121) offered tetanus vaccination in case of injury. Physicians following the guidelines found themselves more knowledgeable about influenza, pneumococcal and tetanus vaccinations. Physicians also

reported that the main barriers for not offering vaccination to the elder were; workload in limited time and giving the first order to acute and chronic medical care rather than preventive care. In our study, a small proportion of physicians have participated in an education about the vaccination of the elder and the majority of physicians stated that they need training on vaccination.

Conclusion: It was observed that majority of the physicians did not feel knowledgeable enough on vaccinations recommended for patients over 65 years of age. Few of the participants were interested in the vaccination status of the patients at clinical visits and only a small percentage of them recommended vaccines to patients. It is presumed that physicians' beliefs, trainings, following up the guidelines and self-immunization status are effective on their vaccination behaviors about the patients. Various training sessions to improve and update the medical knowledge of physicians about the elderly vaccination are needed in the future. There is also need for multifaceted activities to change and improve the attitudes and behaviors of physicians. Vaccination rates can be improved by interventionist efforts that support vaccination, such as electronic medical records and reminders (certificate of immunization).

Keywords: Aging; elderly; vaccination; immunization; physicians; knowledge; attitude; practices

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	vii
TABLO DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Yaşlılarda Aşılama	4
2.1.1 İnfluenza (Grip) Aşısı	7
2.1.2 Pnömonokok Aşısı	8
2.1.3 Tetanoz-Difteri Aşıları	10
2.1.4 Herpes Zoster (Zona) Aşısı	11
2.1.5 Hepatit B Aşısı	12
2.1.6 Suçiçeği (Varisella) Aşısı.....	12
2.1.7 Hepatit A Aşısı.....	13
2.1.8 Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) Aşısı.....	14
2.1.9 Meningokok Aşısı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
4. BULGULAR	17
4.1.Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bilgiler ve Çalışmaya Verdikleri Cevaplar	17
4.2. Katılımcıların Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi	23

5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER	55
8.1 EK-1 ANKET FORMU	55
8.2 EK-2 ETİK KURUL ONAYI	58
9.ÖZGEÇMİŞ	59

KISALTMALAR

WHO: Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization

ACIP: Başıklama Uygulamaları Danışma Komitesi, The Advisory Committee on Immunization Practices

KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısı

EKMUD: Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği

CDC: Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri

HA: Hemaglutinin

NA: Nöraminidaz

PPSV23: Pneumococcal Polysaccharide Vaccine, polisakkarit aşısı

PCV13: Pneumococcal Conjugate Vaccine, konjuge aşısı

Td: Tetanoz ve erişkin tip difteri toksoidi

TIG: Tetanoz İmmünglobulin

VZV: Varicella-Zoster Virüsü

HBV: Hepatit B Virusü

HAV: Hepatit A virüsü

HIV: Human Immunodeficiency Virus, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1: Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları (Erişkin bağışıklama Rehberi, EKMUD (Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği) 2016)	5
Tablo 2.2: 19 Yaş ve Üstü Yetişkinler İçin Önerilen Aşılama Takvimi ABD 2017	6
CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri)	6
Tablo 2.1.1: Yaşlılık döneminde pnömokok aşısı uygulamaları (EKMUD 2016)	9
Tablo 2.1.2: Tetanoz şüpheli yaralanmalarda temas sonrası profilaksi (EKMUD 2016)	10
Tablo 4.1.1: Katılımcıların Cinsiyet, Medeni Durum, Uzmanlık Alanı ve Unvanlarına Dair Tanımlayıcı Bulgular	17
Tablo 4.1.2: Bireylerin Çalışma Yılları, Birinci Basamakta Çalışma Durumları ve 65 yaş ve üstü Hasta Muayene Etme Durumları	18
Tablo 4.1.3: Doktorların 65 yaş ve Üstü Hastalara Önerilen Aşılarla Dair Verdikleri Cevaplar	19
Tablo 4.1.4: Katılımcıların Muayene Sırasında 65 yaş ve Üstü Hastaların Aşılama Durumlarını Sorgulamaları ve Aşı Önerilerine Dair Bulgular	20
Tablo 4.1.5: Katılımcıların Tetanoz, Zona ve Hepatit B Aşısı Önerme Durumları	21
Tablo 4.1.6: Doktorların Aşı Önermeme Nedenleri, Yakın Çevrelerine Aşı Yaptırmaları ve Aşı Bilgi Düzeylerine Ait Bulgular	22
Tablo 4.1.7: Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile İlgili Eğitimleri, Takip Ettikleri Kılavuzlar ve Yaşlılıkta Aşı Karnesi Oluşturulması Düşüncelerine Ait Bulgular	23
Tablo 4.2.1: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömomokok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	24

Tablo 4.2.2: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonokok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	25
Tablo 4.2.3: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	25
Tablo 4.2.5: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	27
Tablo 4.2.6: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	27
Tablo 4.2.7: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki.....	28
Tablo 4.2.8: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	29
Tablo 4.2.9: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonokok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	29
Tablo 4.2.10: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	30
Tablo 4.2.11: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	30
Tablo 4.2.12: 65 Yaş üstü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	31
Tablo 4.2.13: 65 Yaş Sütü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonokok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.2.14: 65 Yaş Sütü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.2.15: 65 Yaş Sütü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki	33

Tablo 4.2.16: Uzmanlık Alanı ile İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	33
Tablo 4.2.17: Uzmanlık Alanı ile Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	34
Tablo 4.2.18: Uzmanlık Alanı ile Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	34
Tablo 4.2.19: Uzmanlık Alanı ile Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35
Tablo 4.2.20: Uzmanlık Alanı ile Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35
Tablo 4.2.21: Çalışma Süresi ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
Tablo 4.2.22: Çalışma Süresi ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
Tablo 4.2.23: Çalışma Süresi ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	37
Tablo 4.2.24: Çalışma Süresi ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	37
Tablo 4.2.25: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
Tablo 4.2.26: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
Tablo 4.2.27: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
Tablo 4.2.28: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39

Tablo 4.2.29: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
Tablo 4.2.30: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40
Tablo 4.2.31: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40
Tablo 4.2.32: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40
Tablo 4.2.33: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	41
Tablo 4.2.34: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
Tablo 4.2.35: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
Tablo 4.2.36: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
Tablo 4.2.37: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
Tablo 4.2.38: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
Tablo 4.2.39: Uzmanlık Alanı ve Erişkin Bağışıklamayı Klinik Uygulamanın Parçası Durumunda Görme Arasındaki İlişki.....	43

1.GİRİŞ ve AMAÇ

WHO (Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization) bağışıklamayı, kişiyi hastalık ya da enfeksiyondan koruma olarak tanımlar. Bağışıklama ile hayatı tehdit eden enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve eliminasyonu sağlanır ve her yıl 2-3 milyon ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Aşılama; temiz su kaynakları, güvenli gıda temini ve hijyen kurallarına uyum yanında enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve eliminasyonu için vazgeçilmezdir (1). En uygun maliyetli sağlık yatırımlarından biridir.

Aşılanma kavramı hem dünyada hem de ülkemizde genellikle çocukluk dönemine özgü bir uygulama olarak görülmekte, bu nedenle erişkin aşılamaları hedeflenen düzeylerin çok gerisinde kalmaktadır. Amerika'da ACIP (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi, The Advisory Committee on Immunization Practices) adı verilen kuruluş çok sayıda veriyi toplayarak aşı önerileri yapmakta, her yıl önerilerini güncellemektedir. Birçok ülke aşı politikaları için bu önerilerden yararlanmaktadır (2).

Beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla, dünyada yaşlı nüfus artmaktadır. Yaşlanma, her türlü çevreye uyum yeteneğinde azalma olarak tanımlanmıştır. Yaşlılar hem kronik hastalıkla birliktelik, hem de immün sistemin gerilemesiyle aşıyla korunabilen enfeksiyon hastalıklarına karşı risk altındadır. Bu nedenle yaşlılar aşılama için önemli bir hedef nüfusu oluşturmaktadır. Aşılanma sağlıklı yaşlanma için en uygun araçlardan biridir (3). Aşı maliyeti aşılanma önündeki engellerden biridir. Yaşlılarda aşıyla korunabilen enfeksiyonlar yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Bunun yanısıra yaşlı hastalara uygulanan tedavi, tetkik, ilaç, hastaneye yatış maliyeti ile karşılaştırıldığında; aşılama günümüzde enfeksiyon hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında en maliyet etkin araçlardan biridir (4).

Birincil koruma veren hekimler için, hastaların aşılanma durumlarını değerlendirmek ve aşı önerilerini yapmak için gerekli araçlar mevcuttur. Ayaktan tedaviye gelen hastalara aşı hatırlatması gibi basit bir sistem kullanılabilir. Çoğu ülkede mevcut olan aşı kayıt sistemleri ve elektronik kayıt sistemleri ile aşı gereksinmelerine destek sağlanabilir. Birincil bakım veren sağlık uzmanları ve diğer klinik uzmanların aşı ile önlenebilir hastalıklar ve bunların

sekellerinden hastaları koruma sorumluluğu vardır (2).

Literatür tarandığında yaşlılık dönemindeki aşılama oranları hedeflenen düzeylerin çok altındadır. Meksika’da 60 yaş ve üstüne yapılan bir kesitsel çalışmada %56,5’inin influenza, %44,3’ünün pnömokok, %61,8’inin tetanoz aşılı olduğu belirtilmiş (5). Türkiye de Akdeniz Üniversitesinde yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü katılımcıların mevsimsel grip aşısı yaptırma oranı % 55,6, tetanoz için % 27,8, pnömokok aşısı için %11,1 olarak belirlenmiştir (6). İsviçre de 260,700 yaşlı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların % 18,8 ‘inin pnömokok aşılı olduğu saptanmıştır (7).

Sağlık uzmanları tarafından yetişkin bir hastaya yapılan öneriler aşılama için etkili bulunmuştur (8). Yapılan çalışmalarda hastaların aşılarla ilgili bilgi eksikliği ve hekimleri tarafından bilgilendirilmediği gözlemlenmiştir. Hastalara bilgilendirme yapıldığında aşılama oranlarının arttığı görülmüştür. Johnson ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada katılımcıların tetanoz, influenza ve pnömokok aşılarını yaptırmama nedenleri araştırılmıştır. Çalışmaya alınan erişkinlerin %60’ı sağlıklı ve aşıya ihtiyacı olmadığını, %58’i doktorunun kendisini bilgilendirmediğini, %40’ı ise aşının yan etkileri yüzünden çekinceleri olduğunu belirtmiştir (9). Ünal ve arkadaşları eğitimle aşılama oranlarını değerlendirdiği çalışmada, eğitimin aşılama oranlarını artırdığını, verilen eğitim sonrası pnömokok aşısı yaptırma oranının % 11,6’dan %45,5’e yükseldiği gözlemlenmiştir (10).

Araştırmalarda düşük aşılama nedenleri arasında en sık hekim bilgi eksikliği, aşı temini zorluğu, zaman eksikliği, aşının maliyeti ve hekimlerin önceliği tedavi edici hekimliğe vermesi sayılmaktadır. En önemli faktörün; doktorun hastalarına aşılamayı önermemesi olduğu düşünülmektedir. Yetişkin aşılamada kaçırılmış fırsatlarda en sık neden; hekimlerin hastaları bu konuda yeterince motive etmemesidir (11, 12).

Bu bilgiler ışığında yaşlılara da bağışıklama hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Ülkemizde genel popülasyona hitap eden hekimler aşılama konusunda merkezi role sahiptir. Bu çalışmada hekimlerin yaşlı bağışıklaması ile ilgili tutumlarını ortaya koymak, yaşlı bağışıklaması ile ilgili farkındalık oluşturmak ve hedeflenen düzeylerin altında olan aşılama oranlarını arttırmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezi:

H₀: Hekimlerin 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili bilgi eksikliği yoktur.

H₁: Hekimlerin 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili bilgi eksikliği vardır.

H₀: Hekimlerin 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili tutum ve davranışları uygun değildir.

H₁: Hekimlerin 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili tutum ve davranışları uygundur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılarda Aşılama

WHO'ya göre kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri yaşlı olarak kabul edilir. Ülkemizde 1985 yılında yaşlı nüfus ülke nüfusunun %4,2'sini oluşturmakta iken, şu anda ülkemizin %8,3 ü 65 yaş ve üzeri nüfustur (13). Bu da bize hızla artan yaşlı nüfusu daha iyi tanıyıp, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanmalarını sağlama sorumluluğunu getirmektedir. Tüm dünyada yaşam beklentisi uzamakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. ABD'de 2014 yılına kadar yaşlı nüfusta %10'luk bir artış olmuştur. 2060 yılı için yaşlı kesimin, nüfusun %28,4'lük bir kısmını oluşturacağı beklenmektedir (14).

Yaşlanma ile bağışıklık sisteminin gelişim ve fonksiyonunda değişimler olmaktadır. İmmün yaşlanma sonucu antimikrobiyal bağışıklıkta zayıflama sonucu solunum yolu enfeksiyonlarına duyarlılık, kronik viral enfeksiyonların reaktivasyonu(zona) gelişir. Ayrıca aşya karşı yanıtta azalma veya bozulma görülür. 40 yaş altındakilerde hepatit B aşısına %95 oranında koruyucu antikor cevabı oluşurken, 65 yaş üzerinde bu oran %75 civarına düşer (15). Yaşlılarda yüksek düzeyde anti-idiotip antikor bulunması nedeniyle tetanoz toksoidine karşı antitoksin oluşumu gençlere göre belirgin düşüktür; dendritik hücrelerin toll-like reseptör fonksiyonunda azalma nedeniyle influenza aşısına yanıt da düşüktür (16).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlılık döneminde özellikle yapılması önerilen üç aşı pnömokok, influenza ve herpes zoster aşılardır. Gerektiği zaman yaşlılara, erişkin dönemde olduğu gibi başka aşılarda (tetanoz, hepatit B, meningokok, hepatit A, KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak)) yapılması önerilebilir (3).

65 yaş ve üzeri yaşlılara ACIP tarafından, tüm dünyada önerilen aşılarda influenza, pnömokok, zona ve tetanoz aşısıdır. Risk grubundaki yaşlı bireylerde bu aşılarda ilaveten önerilen aşılarda; KKK aşısı, hepatit A, hepatit B aşısı, meningokok aşısıdır (17).

Tablo 2.1 Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2016 Aşı Önerileri ve Dozları (Erişkin Bağışıklama Rehberi, EKMUD (Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği) 2016)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl bir doz				
PCV13³	1 doz				1 doz
PPSV23³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz
Hepatit B⁵	3 doz (0,1,6.ay)				
Hepatit A⁵	2 doz (0,6.ay)				
Zoster				1 doz	
Suçiçgeği⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; PCV13: Konjuge pnömokok aşısı; PPSV23: Polisakkarit pnömokok aşısı

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

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

2-Rapellerden birinin Tdap olması önerilir.

3-Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok (PCV13 ve PPSV23) aşısının da yapılması önerilir.

4-65 yaş ve üzeri erişkinlere daha önce (65 yaşından önce)

5-Serolojik olarak bağışık olduğu gösterilemeyenlere önerilir.

6-1980 yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan yetişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilir. 1980 yılından önce doğanlar bağışık kabul edilebilir.

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

Tablo 2.2 19 Yaş ve Üstü Yetişkinler İçin Önerilen Aşılama Takvimi ABD 2017

CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri)

Aşı	19-21 yaş	22-26 yaş	27-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
İnfluenza	Yılda bir doz				
Td/Tdap	1 kez Tdap yerine Td rapel; takiben her 10 yılda bir Td rapel				
KKK	Endikasyona göre 1 veya 2 doz				
Su çiçeği	2 doz				
Zoster				1 doz	
PCV13					1 doz
PPSV23	Endikasyona göre 1 veya 2 doz				1 doz
Hep A	2 veya 3 doz				
Hep B	3 doz				
Meningokok	2 veya 3 doz				

- Tüm erişkinlere önerilir.
- Risk gruplarına önerilmektedir.
- Önerilmez.

Bu aşıları ve neden önerildiğini, yaşlı aşılamasındaki önemlerini daha iyi anlamak için bu aşılarla ilgili bilgiler aşağıda sıralanmıştır.

2.1.1 İnfluenza (Grip) Aşısı

Grip, influenza virüsünün neden olduğu, damlacık ve temas yoluyla bulaşan bir solunum yolu hastalığıdır. İnfluenza virüsleri geç sonbahardan ilkbahar başlangıcına kadar yaygın olarak görülür. İnfluenza virüsleri ile enfekte birçok kişi sekelsiz iyileşir. Buna rağmen yaşlı kişilerde, çok küçük çocuklarda kronik hastalığı olanlarda ciddi komplikasyonlara ve ölümlere neden olur (18).

İnfluenza virüsleri orthomyxoviridae ailesinde yer alır. HA (hemaglutinin) ve NA (nöraminidaz) yüzey glikoproteinlerine göre alt tiplere ayrılır. Üç alt türü (A, B, C) mevcuttur. Grip, influenza A ve B virüslerinin neden olduğu bulaşıcı, akut solunum yolu hastalığıdır. Altta yatan hastalığın alevlenmesine veya sekonder bakteriyel enfeksiyonlara neden olabilir. Aşılama influenza virüs enfeksiyonunu önlemeye yönelik en iyi müdahaledir (19). Risk grubunda yer alan, ancak aşılanmamış bir kişide ise %0,1-0,4 oranında mortal seyredabilmektedir. İnfluenza nedeni ile hastaneye en çok yatışı yapılan yaş grubu ise 65 yaş üstüdür sonraki diğer iki grup ise 50-64 yaş ve 0-4 yaşır (20).

Günümüzde grip için hem inaktif hem de canlı atenüe aşılar mevcuttur. Ülkemizde inaktif aşılar ruhsatlıdır. Bir önceki yıl epidemiyeye yol açan iki tip A ve bir tip B HA kökeni içeren trivalan inaktif aşısı ve fazladan bir tip B HA içeren quadrivalan aşıları mevcuttur (21).

ACIP kontrendikasyonu olmayan, altı aydan büyük herkese influenza aşısını önermektedir (13). WHO ise erişkinler için; influenzaya bağlı komplikasyon gelişme riski olan kişilere, sağlık çalışanlarına, 5 yaş altı ve 50 yaş üstü bireylere bakım verenlere önermektedir. Ulusal aşı kılavuzumuza göre ülkemizde 65 yaş üstü bireylere ve 65 yaş altı risk faktörü bulunanlara önerilmektedir.

Aşı koruyuculuğu yaşla azalmasına rağmen, yaşlı kişiler aşılamadan fayda görmektedir, hastalığın hafif geçirilmesi sağlanmaktadır. Akut ateşli hastalık geçirmekte olanlara ve önceki aşı sonrası anaflaksi geçirenlere aşı yapılmamalıdır. Yumurta alerjisi olan bireyler ise grip aşısı öncesi alerji uzmanına yönlendirilmelidir (21). İnfluenza inaktif aşısının 65 yaş altındaki sağlıklı bireylerde %60 efektif olduğu, yaşlılarda hospitalizasyonu önlemekte %50-60, ölümü engellemede %80 efektif olduğu gösterilmiştir (22).

65 yaş ve üzeri kişilerde gribe bağlı ölüm oranı belirgin olarak artmaktadır. 1976-2007 mevsimlerinde influenza ilişkili yaklaşık 21,098 ölüm bildirilmiştir. Ölümlerin yaklaşık %90'ı 65 yaş üstü yetişkinlerde olmuştur. 2010-11 yılı ile 2012-13 sezonlarında 65 yaş ve üstü influenza ilişkili ölümler %71-85 sıklıkta görülmüştür. 2010 yılından beri ACIP tarafından kontrendikasyonu olmayan altı aylıktan büyük tüm kişilere yıllık influenza aşısı önerilmektedir (20).

Aşı uygulandıktan iki hafta sonra koruyuculuk başlar. Aşılama için en uygun zaman kasım ayıdır (Ekim başı-Aralık sonu). Erken uygulanması antikor titrasyonunun virüs dolaşımına girmeden önce düşmesine, geç uygulanması, koruyucu antikor gelişiminden önce virüs maruziyetine neden olabilir (23).

2.1.2 Pnömonokok Aşısı

Streptococcus pneumoniae, otitten septisemiye uzanan enfeksiyon tablolarına neden olmaktadır. Kapsül polisakkaridi en önemli virülans faktörüdür, 90'dan fazla serotipi vardır. Pnömonokok hastalıklarının %62'sinden 10 serotip sorumludur (22).

Pnömonokoklar solunum yolunda sık bulunur ve sağlıklı kişilerin %5-%9'unun nazofarenksinden izole edilebilir. Asemptomatik taşıyıcılık oranı yaş, çevre ve üst solunum yolu hastalığı varlığına göre değişebilir. Pnömonokokların neden olduğu pnömoni, menenjit ve septisemi özellikle çocuklarda, yaşlılarda immun yetmezliği olanlarda ve splenektomililerde yaşamı tehdit etmektedir. Aşı ile korunulabilir hastalıklar arasında en fazla ölüme pnömonokok hastalıkları neden olmaktadır (24).

Pnömonokok enfeksiyonları için risk grupları 65 yaş üstü erişkinler, tütün ve alkol bağımlılığı; kronik kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek hastalıkları olanlar, diyabetik hastalar; immün supresyon, aspleni, serebrospinal sıvı kaçaqları, kohlear implantı olanlardır (25, 26).

2007 yılında WHO tarafından yedi valanlı konjuge pnömonokok aşısı rutin aşılama için önerilmiştir. 2008 yılında ulusal aşı şemamıza girmiştir. Yedi valanlı konjuge pnömonokok aşısı tüm dünyada invazif ve invazif olmayan pnömonokokal hastalık insidansında azalma sağlamıştır. İki yıl sonra on valanlı ve on üç valanlı konjuge pnömonokok aşıları üretilmiştir. Türkiye'de 2011 yılında 13 valanlı aşı ulusal aşı şemamıza alınmıştır (3).

İki tip pnömokok aşısı vardır; 23 serotip içeren polisakkarit aşı (PPSV23) ve 13 serotip içeren konjuge aşı (PCV13). Polisakkarit aşıları başlıca B hücre yanıtını uyarmaktadırlar, konjuge pnömokok aşısı hem T hücre hemde B hücre yanıtı oluşturmaktadır. On üç valanlı konjuge pnömokok aşısı; 5 yaş altı çocuklara, 5 yaş üstü risk gruplarına ve 65 yaş üstü yetişkinlere; 23 valanlı polisakkarid aşı ise 2-64 yaş arası risk gruplarına, 19-64 yaş arasında olup sigara kullananlara, astımı olanlara ve 65 yaş üzerindeki herkese önerilmektedir. Mevcut olan aşılar etkili ve güvenlidir. Birçok ülkede pnömokok konjuge aşıların rutin kullanımı ile ciddi hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır (27).

Konjuge aşı pnömoniye karşı, polisakkarit aşı da pnömoninin komplikasyonlarına karşı etkin bir koruma sağladığı için her iki aşı da CDC tarafından 65 yaş ve üstü bireylere önerilmektedir (28).

Tablo 2.1.1 Yaşlılık Döneminde Pnömokok Aşısı Uygulamaları (EKMUD 2016)

≥ 65 yaş immunkompetan birey	Öneri
Pnömokok aşılama öyküsü yok	Önce PCV13, en az bir yıl sonra PPSV23*
65 yaş sonrasında PPSV23 yapılmış	İlk aşıdan en az 1 yıl sonra PCV13
65 yaş öncesinde PPSV23 yapılmış	Son aşıdan en az 1 yıl sonra PCV13 PCV13' den en az bir yıl sonra, son PPSV23 en az 5 yıl sonra PPSV23

*Fonksiyonel ya da anatomik aspleni, BOS kaçağı, kohlear implant ve immün yetmezlik gibi riskli

Durumlarda PVC13 sonrası PPSV23 uygulaması için önerilen süre en az 8 haftadır.

Eğer 65 yaşından önce PCV13 aşısı uygulanmışsa, bir daha PCV13 aşısının uygulanmasına gerek yoktur. Çünkü bir kere PCV13 uygulanması hayat boyu koruma sağlar. Sadece PPV23 uygulanması yeterlidir. PPV23 aşısının etkinliği ise 5 yıldır (28). Ülkemizde yaşa bakılmaksızın yukarıdaki risk grubunda olan erişkin tüm bireylere sağlık kurumlarında ücretsiz aşı yapılmaktadır.

2.1.3 Tetanoz-Difteri Aşıları

Tetanoz toprakta ve hayvan barsaklarında görülen, birçok yüzeyi kirletebilen, clostridium tetaninin sporlarına maruziyet sonucu gelişen bulaşıcı olmayan bir hastalıktır. Bakteri sporlarıyla kirlenmiş yaralarda, anaerobik koşullar altında nörotoksinler tetanoza yol açar. Tetanoz, tetanoz toksoidi içeren aşılar yoluyla engellenebilir. Tetanozdan kurtarılan kişilerin bağışıklıkları yoktur ve tekrar enfekte olabilirler (29).

Ülkemizde ve dünyada yapılmış çeşitli çalışmalarda tetanoz antitoksin düzeyinin yaşla birlikte azaldığı, özellikle 50-60 yaş ve üstü kişilerde oldukça düşük olduğu bildirilmektedir. Etken bakterinin rezervuarı toprak olduğundan tetanoz hiçbir zaman eradike edilemez. Tetanozdan ölüm oranı %10-90 arasında değişmektedir ve olguların çoğu primer olarak aşılanmamış kişilerdir (4).

Son 10 yıl içinde Td (tetanoz-difteri) aşısı uygulanıp uygulanmadığına, uygulandı ise uygulanma zamanına bakılmaksızın 65 yaş ve üzeri olan bireylere 1 doz Td aşısı uygulanmalıdır. 65 yaş ve üzeri bireylerde de CDC'nin önerisi 10 yılda bir rapellerinin yapılmasıdır. Yaş nedeni ek bir tarama ya da ek bir uygulama gerekli görülmemektedir (30).

Herhangi bir yaralanma olduğunda kişinin önceki aşı durumu bilinmiyorsa veya 10 yıldan önceki bir tarihte aşılandı ise ya da anaerob ortamın olduğu kirli bir yaralanma söz konusu ise aşının yanı sıra tetanoz immünglobülin yapılması da ihmal edilmemelidir (4).

Tablo 2.1.2 Tetanoz Şüpheli Yaralanmalarda Temas Sonrası profilaksi (EKMUD 2016)

Bağışıklanma durumu	Temiz yaralanmalar Td	minör TIG	Diğer yaralanmalar Td	bütün TIG
Bilinmiyor / <3 doz	Evet	Hayır	Evet	Evet
>3 doz	Hayır**	Hayır	Hayır ***	Hayır

Td= Tetanoz ve erişkin tip difteri toksoidi

TIG= Tetanoz immünglobulin

*Kirli, dışkı ve salya teması olan yaralanmalar, kesi yaraları, yanıklar, yabancı cisim batmaları, ısırıklar, donma, kurşun yarası.

**Evet, son dozun üzerinden geçen süre >10 yıl ise

*** Evet, son dozun üzerinden geçen süre >5 yıl ise (Daha sık boster doza gerek yoktur.)

2.1.4 Herpes Zoster (Zona) Aşısı

Zona (herpes zoster), primer varisella infeksiyonundan sonra duyu nöronları içerisinde latent kalan virüsün reaktivasyonu sonucu; duyu gangliyonları, sinirler ve cildi etkilemesi ile oluşan bir hastalıktır. Ağrılı akut dönem sonrası, bir komplikasyon olan kronik ağrı halinde postherpetik nevralji tablosuyla günlük aktiviteleri sınırlandırıp yaşam kalitesini düşürebilir. Zona ile ilişkili faktörler yaş, immün baskılanma, varisella virüsüne intrauterin dönemde maruz kalma ve 18 aylıktan küçükken suçiçeği geçirmiş olmaktır (28).

Zonanın ileri yaşta sıklığının artması, yaşa bağlı VZV (varicella-zoster virüsü) immunitésinin azalmasına bağlıdır. Yaşlılıkta zona hastalığı ve sonrasında gelişebilen postherpetik nevralji insidansı ve hastalık şiddeti artar (28). Herpes zosterin en sık görülen komplikasyonu dermatomal ağrı, allodini ve hiperaljezi ile karakterize post herpetik nevraljidir. Klinik çalışmalarda aşılama ile hastalığın insidansında %51, post herpetik nevralji de %5-55 oranında azalma olduğu gösterilmiştir (31). Geniş katımlı retrospektif bir kohort çalışmada zoster aşısı uygulanan; hem ileri yaş sağlıklı bireylerde, hem de diyabet ve koroner arter hastalığı gibi komorbiditesi olan kişilerde zona gelişiminin %55 azaldığı saptanmıştır (32).

Zoster aşısı canlı attenué bir aşıdır. Aşının koruyuculuk süresinin ne kadar olduğu ya da rapel doz gerekip gerekmediği bilinmemektedir (3). ACIP zoster aşısı ile ilgili olarak 2006 yılında altta yatan hastalığı olsun veya olmasın 60 yaştan itibaren aşı kontrendikasyonu olmayan herkese aşı yapılabileceği önerisini getirmiştir. Daha sonra 2011 yılında FDA (the Food and Drug Administration) mevcut klinik çalışmaları göz önüne alarak 50-59 yaş arası kişilere onay vermiştir. Bunun üzerine ACIP 2011 yılında aşı önerisini bu yaş grubuna indirmiştir.

Pnömonokok aşısı zoster aşısının immünojenitesini azalttığı için bu iki aşı birlikte yapılmamalıdır (4).

2.1.5 Hepatit B Aşısı

Dünyada her yıl ortalama bir milyon kişinin HBV (Hepatit B Virüsü) ile ilişkili hastalıklar sonucu yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (33). WHO'nun verilerine göre 240 milyon kişinin hepatit B ile kronik olarak enfekte olduğu ve her yıl 780 binden fazla kişinin hepatit B'ye bağlı hastalıktan (siroz, karaciğer kanseri) öldüğü tahmin edilmektedir (34).

Hepatit B endemisi tanımlı coğrafik alandaki genel popülasyonda HBsAg prevelansı ile tanımlanmaktadır. Yüksek endemik bölgeler HBsAg prevelansı %8'den fazla, orta endemik bölgelerde HBsAg prevelansı %2-%7 arasında, düşük endemik bölgeler ise HBsAg prevelansı %2'den az olan bölgelerdir. Dünya nüfusunun %45'i kronik HBV enfeksiyonunun yüksek prevelansta olduğu coğrafi alanlarda yaşarken; %43'ü orta prevelans, %12'si ise düşük prevelans özelliğindeki alanlarda yaşamlarını sürdürmektedir. Türkiye hepatit B prevalansı açısından orta endemik bir bölgedir (35).

Günümüzde kullanılan hepatit B aşıları üçüncü jenerasyon memeli hücre kültüründen elde edilen rekombinant aşılardır. Aşı 3 doz şeklinde yapılır. İlk aşıdan bir ay sonra ikinci, 6 ay sonra üçüncü doz uygulanır. İlk dozdan sonra doz atlanırsa ikinci doz mümkün olduğunca çabuk yapılır ve üçüncü doz iki ay sonra uygulanır. Son aşıdan 5 yıl sonra serolojik kontrolü yapılarak düşük pozitiflikte hatırlatıcı aşı önerilmektedir (3).

Hepatit B aşısının üç dozundan sonra sağlıklı erişkinlerin %90'ından fazlasında yeterli antikor titresi oluşur. Ancak immün sistemdeki düşüşe bağlı, 40 yaşından sonra yaklaşık %90 yanıt oluşmaktadır. 60 yaş ve sonrasında sadece %75 oranında yeterli antikor titresi gelişir (34).

2.1.6 Suçiçeği (Varisella) Aşısı

Su çiçeği, VZV tarafından oluşturulan bir hastalıktır. VZV alfa herpes virüs ailesinden çift sarmallı DNA virüsüdür, solunum yolundan ve konjunktivalardan bulaşır, nazofarinks mukozası ve bölgesel lenf nodlarında çoğalır. Virüsün rezervuarı sadece insandır (36). VZV'nin neden olduğu su çiçeği çok bulaşıcı bir hastalık olup hastanelerde hastayla doğrudan temas, vezikül sıvısı ve solunum yolu sekresyonlarından yayılan aerosollerin

inhalasyonu ile bulaşmaktadır. Enfekte bireyler döküntüler başlamadan 1-2 gün öncesinden, lezyonlar kabuklanana kadar (4-7 gün) bulaştırıcıdır (37).

Aşının seronegatif erişkinlere dört veya sekiz hafta arayla iki doz şeklinde yapılması önerilmektedir. ACIP'in 2013 aşı önerilerine göre varicella aşısı bağışıklık kanıtı olmayan tüm erişkinlere iki doz aşı şeklinde önerilir, eğer daha önceden ilk dozu uygulanmışsa ikinci doz yapılır.

Suçiçeği için aşılama özellikle hastalığın yüksek risk oluşturacağı kişilerle yakın teması olan kişilere (sağlık personeli, immüitesi baskılanmış kişilerin ev halkı), temas ve bulaştırma riski yüksek olanlara (öğretmenler, çocuk bakım evi çalışanları, askeri personel) önerilir (3).

ACIP'e göre varisella için bağışıklık kanıtı olarak kabul edilen durumlar şunlardır: En azından dört hafta arayla iki doz varisella aşısı yapıldığına ilişkin kayıt varlığı; ABD için sağlık çalışanları ve gebeler hariç 1980 öncesi doğumlu olmak; sağlık çalışanı tarafından doğrulanmış/belgelenmiş varisella enfeksiyonu geçirme öyküsü; sağlık çalışanı tarafından tanı konmuş/ doğrulanmış herpes zoster enfeksiyonu geçirme öyküsü; laboratuvar kanıtı ile doğrulanmış olma (36).

2.1.7 Hepatit A Aşısı

HAV (Hepatit A Virüs) enfeksiyonu viral hepatitlerin en sık görülen şeklidir. Hepatit A hafiften ağır hastalığa neden olabilen, viral karaciğer hastalığıdır. Enfekte yiyecek ve suyla ya da enfekte kişiyle temas sonrası bulaşabilen bir hastalıktır. HAV'ın tek konağı insandır. Genellikle herkes yaşam boyu bağışıklık kazandıran hepatit A'dan sekelsiz iyileşir. İnsanların çok az bir kısmında fulminan hepatit tablosuyla seyredip ölümcül seyredebilir. Hepatit A enfeksiyonu, güvenli su temini yokluğu, kötü hijyen ve sağlık şartları nedeniyle gelişir. Hepatit A'yı önlemek için güvenli ve etkili bir aşı mevcuttur. Güvenli su temini, gıda güvenliği, gelişmiş sanitasyon, el yıkama ve hepatit A aşısı hastalıktan korunma için en etkili yollardır (38).

Son yıllarda hijyen koşullarının düzelmesi, alt yapı koşullarının iyileştirilmesi, daha temiz su ve yiyecek kaynaklarının yaygınlaşması ile virüsün toplumdaki sıklığı azalmış

ancak hastalık tamamen ortadan kalkmamıştır. Akut hepatit A enfeksiyonu özellikle erişkinlerde daha fazla oranda olmak üzere fulminan hepatit etyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu tablo nadir olmakla birlikte (vakaların % 0,2-0,4'ü) prognoz kötüdür ve yaşla mortalite artmaktadır (50 yaşından büyüklerde %2) (4).

Mevcut aşilar inaktif aşılardır. İnaktif hepatit HAV aşısı çocuklukta veya erişkin yaşlarda 6-18 ay ara ile iki doz şeklinde uygulanır. Çocuklukta yapılmışsa erişkin yaşta tekrarlanması gerekmemektedir. Enfeksiyon için risk altındakilere; seyahat edenler, homoseksüel erkekler, uyuşturucu bağımlıları, kronik hepatit hastaları, pıhtılaşma faktör eksikliği olanlar, atık, temizlik ve gıda sektöründe çalışanlara önerilir (39).

2.1.8 Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) Aşısı

Ülkemizde rutin aşılama takviminde bulunan, eradikasyon ihtimali gündeme gelen kızamığın, az sayıda da olsa çocuklukta ve erişkinlikte tekrar görülmesi erişkin aşılamının önemini göstermektedir. Günümüzde KKK üçlü kombine aşı halinde kullanılmaktadır. Tek doz uygulama sonrasında %90-95 oranında koruyucu antikor oluşmaktadır. Oluşan bağışıklık hayat boyu koruyucudur (40).

KKK aşısı canlı bir aşı olduğundan erişkinlere yönelik aşı önerilerinde 1957'den önce doğan kişilerin kızamığa bağışık oldukları kabul edilmekte ve daha sonraki tarihlerde doğan kişilerin herhangi bir kontrendikasyon yoksa bir doz üçlü aşiyı yaptırmaları önerilmektedir (2). KKK aşısı, daha önce bu hastalıkları geçirmemiş olan genç erişkin ve erişkinlere uygulanır, bir ay ara ile yapılan iki doz aşı ile bağışıklık sağlanır. 65 yaş ve üzeri bireylerde seçilmiş risk durumlarında (kronik akciğer, karaciğer, böbrek yetmezliği, splenektomi, kompleman yetmezliği) tek doz KKK aşısı önerilmektedir (41).

2.1.9 Meningokok Aşısı

Meningokok hastalığı dünya genelinde endemik ve epidemik formda görülür. Tek doğal konağı insanlardır. Erişkinlerin ve adolesanların %10 kadarı asemptomatik taşıyıcıdır. Damlacık yoluyla veya direk temasla bulaşmaktadır. Tüm yıl boyunca görülebilmekle birlikte, kışın sonuna doğru ve ilkbaharın başında daha sık görülür (37).

Meningokokların yol açtığı önemli klinik tablo, invazif meningokok enfeksiyonlarıdır, bazen de sepsis şeklinde karşımıza çıkabilir. İnvazif meningokok enfeksiyonlarına bağlı dünyada her yıl 1.200.000 olgu ve 135.000 ölüm bildirilmektedir. Meningokoksemide hastalık saatler içinde ilerleyip, tedavisiz bırakıldığında 24 saat içinde ölümlerle sonuçlanabilir. Bununla birlikte invazif meningokok enfeksiyonları sonrası hastaların %33'ünde uzun süreli sekeller (işitme kaybı, öğrenme güçlüğü, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları gibi) görülebilmektedir (21).

Laboratuvarda meningokok ile çalışanlar, hac ve umre dahil olmak üzere seyahat için Suudi Arabistan'a veya Afrika menenjit kuşağındaki ülkelere gidenler, kompleman eksikliği bulunanlar, HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu bulunanlar, asplenisi olanlar ve beş yaşın altındaki çocuklar invazif meningokok hastalığı için artmış risk grubundadır. Ateşli hastalık kontrendikasyon oluşturur. Nadiren aşırı duyarlılık yapabilir (21).

ACIP 2016 erişkin aşı takvimi ile risk grubundaki erişkinlerde meningokok B aşısı kullanılmasını da önermektedir (42). Türkiye de meningokok aşısı askerlere ve hac ve umre ye gidenlere zorunlu olarak uygulanmaktadır. Askerlere polisakkarit aşısı, hacılara 55 yaş altında konjuge, 55 yaş üstünde polisakkarit aşısı uygulanmaktadır (21).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18/01/2017 tarih ve 23 sayılı Etik Kurul Kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. (Ek-2)

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı olarak, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu hastanede çalışan hekimler çalışma grubumuzu oluşturmaktadır.

Araştırmanın evrenini, randomize olarak ulaşılan 253 hekim oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Araştırma; 18 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü 253 kişiye yapılmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcıların 65 yaş ve üstü hastalarda aşı uygulamaları konusundaki bilgi yeterliliği ile bu konudaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu araştırmada sosyodemografik veriler ve 65 yaş ve üzeri hastalarda aşılama ile ilgili bilgi yeterliliği, tutum ve davranışlarını değerlendiren sorulardan oluşan anket formu literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Anket formunda sosyodemografik veriler ve 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili bilgi yeterliliği, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorular içeren toplam 24 soru bulunmaktadır.

Etik kurul kararı ile onay alındıktan sonra 18 yaş ve üzeri hekimlere araştırma ile ilgili bilgi verilip, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra anketler yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak üç dakika sürmüştür. Veri toplama formları şubat 2017 ile mart 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı bilgileri ve değerlendirmeleri kaydedilmiştir. Kaydedilen veriler SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) programının 24.0 versiyonuyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel bilgiler ortalama \pm standart sapma, minimum, maksimum veya % şeklinde verilmiştir. İstatistiksel analizde pearson chi-square testi kullanılmıştır ve $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bilgiler ve Çalışmaya Verdikleri Cevaplar

Çalışmaya toplam 253 birey katılmıştı. Bireylerin yaş ortalaması 32,48, standart sapması 6,62 idi. En genç birey 24, en yaşlı bireyse 54 yaşındaydı.

Katılımcılardan cinsiyetleri, medeni durumları, uzmanlık alanları ve ünvanlarına ait bulgular tablo 4.1.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1.1: Katılımcıların Cinsiyet, Medeni Durum, Uzmanlık Alanı ve Ünvanlarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

		n	%
Cinsiyet	Kadın	136	53,8
	Erkek	117	46,2
Medeni Durum	Evli	160	63,2
	Bekâr	89	35,2
	Boşanmış	3	1,2
	Eşinden ayrı yaşıyor	1	0,4
	Dul	0	0,0
Uzmanlık Alanı	Aile hekimliği	52	20,6
	Dâhiliye	49	19,4
	Acil Tıp	37	14,6
	Enfeksiyon Hastalıkları	17	6,7
	Göğüs	12	4,7
	Kardiyoloji	13	5,1
	Nöroloji	11	4,3
	Dermatoloji	5	2,0
	FTR	4	1,6
	KBB	12	4,7
	Ortopedi ve Travmatoloji	14	5,5
	Genel cerrahi	11	4,3
	Kadın hastalıkları	16	6,3
	Ünvan	Uzman	81
Asistan doktor		172	68,0

Katılımcıların çalışma yılları, birinci basamakta çalışma durumları ve günlük gördükleri 65 yaş ve üstü hasta sayısı ile ilgili bulgular tablo 4.1.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2: Bireylerin Çalışma Yılları, Birinci Basamakta Çalışma Durumları ve 65 yaş ve Üstü Hasta Muayene Etme Durumları

		n	%
Kaç yıldır çalışıyorsunuz?	0-5 yıl	145	57,3
	6-10 yıl	48	19,0
	11-15 yıl	25	9,9
	16-20 yıl	18	7,1
	20 yıldan fazla	17	6,7
Daha önce birinci basamakta çalıştınız mı?	Evet	165	65,2
	Hayır	88	34,8
Bir günde ortalama 65 yaş ve üstü kaç hasta görürsünüz?	0-5 hasta	28	11,1
	6-10 hasta	58	22,9
	11-15 hasta	40	15,8
	16-20 hasta	32	12,6
	20’den fazla	95	37,5

65 yaş üstü hastalara önerilen aşılarla ilgili sorulara verilen cevaplar şöyleydi: Doktorların %94,9’u influenza, %87,4’ü pnömokok aşısının önerildiğini düşünmekteydi. Doktorların %35,2’si zona aşısıyla ilgili fikirlerinin olmadığını belirtti. Katılımcıların %42,7’si tetanoz, %40,3’ü de hepatit B aşısının önerildiğini düşünmekteydiler (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3: Doktorların 65 Yaş ve Üstü Hastalara Önerilen Aşılarla Dair Verdikleri Cevaplar

		n	%
65 yaş üstü hastalara önerilen aşılar hangileridir?			
İnfluenza	Hayır	3	1,2
	Evet	240	94,9
	Fikrim yok	10	4,0
Pnömonokok	Hayır	11	4,3
	Evet	221	87,4
	Fikrim yok	21	8,3
Zona	Hayır	116	45,8
	Evet	48	19,0
	Fikrim yok	89	35,2
Tetanoz	Hayır	73	28,9
	Evet	108	42,7
	Fikrim yok	72	28,5
Hepatit B	Hayır	84	33,2
	Evet	102	40,3
	Fikrim yok	67	26,5

Katılımcıların %42,7'si muayene sırasında 65 yaş üstü hastaların aşılanma durumlarını sorguladıklarını söylemişlerdi. %40,3'ü 65 yaş üstü hastalarının tamamına influenza aşısı önermekteydi. Doktorların %42,7'si pnömokok aşısını sadece ek hastalığı olanlara önerdiklerini belirtmiştir (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4: Katılımcıların Muayene Sırasında 65 Yaş ve Üstü Hastaların Aşılama Durumlarını Sorgulamaları ve Aşı Önerilerine Dair Bulgular

		n	%
Muayenem sırasında 65 yaş ve üstü hastalarımın aşılama durumunu sorgularım?	Her zaman	9	3,6
	Çoğunlukla	40	15,8
	Sık sık	23	9,1
	Ara sıra	108	42,7
	Hiçbir zaman	73	28,9
65 yaş ve üstü hastalarınıza influenza aşısını önerir misiniz?	Hastalarımın tamamına öneririm	102	40,3
	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	98	38,7
	Mevsimsel grip salgını olursa öneririm	10	4,0
	Hastanın talebi olursa gündeme alırım	35	13,8
	Önermem	8	3,2
65 yaş ve üstü hastalarınıza pnömokok aşısını önerir misiniz?	Hastalarımın tamamına öneririm	81	32,0
	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	108	42,7
	Pnömoni geçirme öyküsü varsa öneririm	13	5,1
	Hastanın talebi olursa gündeme alırım	34	13,4
	Önermem	17	6,7

Katılımcıların %47,8'i yaralanma durumu varsa tetanoz aşısını önerdiklerini bildirmişlerdi. %50,2'si hastalara zona aşısı önermemekteydi. Katılımcıların %41,4'ü sadece ek hastalığı olanlara hepatit B aşısı önermekteydiler (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.5: Katılımcıların Tetanoz, Zona ve Hepatit B Aşısı Önerme Durumları

		n	%
65 yaş ve üstü hastalarınıza tetanoz aşısını önerir misiniz?	Hastalarımın tamamına öneririm	43	17,0
	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	14	5,5
	Yaralanma durumu varsa öneririm	121	47,8
	Hastanın talebi olursa gündeme alırım	36	14,2
	Önermem	39	15,4
65 yaş ve üstü hastalarınıza zona aşısını önerir misiniz?	Hastalarımın tamamına öneririm	21	8,3
	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	35	13,8
	Hastam zona geçirdiyse öneririm	18	7,1
	Hastanın talebi olursa öneririm	52	20,6
	Önermem	127	50,2
65 yaş ve üstü hastalara hepatit B aşısını önerir misiniz?	Hastalarımın tamamına öneririm	58	22,9
	Sadece riskli/ek hastalığı olanlara öneririm	104	41,4
	Hastanın talebi olursa gündeme alırım	40	15,8
	Önermem	51	20,2

Doktorların %23,2'si aşının koruyuculuğu için yeterli veri olmadığından dolayı, %23,9'u aşının yan etkisi olabileceğinden dolayı 65 yaş üstü hastalara aşı önermemektedir. Katılımcıların %50,6'sı 65 yaş üstü akraba ve yakın çevresine aşı yaptırmamıştı. Doktorların %61,7'si influenza aşısı, %58,1'i pnömokok aşısı, %41,3'ü tetanoz, %13'ü zona ve %45,5'i hepatit B aşıları için yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmekteydiler (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.6: Doktorların Aşı Önermeme Nedenleri, Yakın Çevrelerine Aşı Yaptırmaları ve Aşı Bilgi Düzeylerine Ait Bulgular

		n	%
65 yaş ve üstü hastalara aşılamayı önermiyorsanız nedeni/nedenleri nelerdir? (birden fazla şık işaretlenebilir)	Aşının pahalı olması	5	3,5
	Aşının yan etkisinin olması\olabileceği	34	23,9
	Aşının koruyuculuğu için yeterli veri olmaması	33	23,2
	Hastaların aşıya olumlu bakmaması	27	19,0
	Diğer	43	30,3
65 yaş ve üstü akraba ve\veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Evet	125	49,4
	Hayır	128	50,6
65 yaş ve üstü hastalarda önerilen aşılarda önerilen aşılar konusundaki bilgi düzeyinizi değerlendiriniz			
İnfluenza aşısı	Yetersiz	59	23,3
	Yeterli	156	61,7
	Kararsızım	38	15,0
Pnömonokok aşısı	Yetersiz	62	24,5
	Yeterli	147	58,1
	Kararsızım	44	17,4
Tetanoz aşısı	Yetersiz	82	32,5
	Yeterli	104	41,3
	Kararsızım	66	26,2
Zona aşısı	Yetersiz	133	52,6
	Yeterli	33	13,0
	Kararsızım	87	34,4
Hepatit B aşısı	Yetersiz	72	28,5
	Yeterli	115	45,5
	Kararsızım	66	26,1

Bireylerin %80,2 si 65 yaş üstü aşılamayla ilgili bir eğitime katılmamışlardı. %81,2'si ise böyle bir eğitime katılmak istemekteydi. Doktorların %62,8'i aşılamaya için güncel kılavuz takip etmemekteydiler. Güncel kılavuz takip edenler ise en çok EKMUD'u takip etmekteydi. Bireylerin %68,3'ü erişkin bağışıklamayı klinik uygulamanın bir parçası olarak görmekteydi. Doktorların %91,7'si çocuklukta olduğu gibi yaşlılıkta da bir aşı karnesi olması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.7: Katılımcıların 65 Yaş Üstü Aşılamaya İlgili Eğitimleri, Takip Ettikleri Kılavuzlar ve Yaşlılıkta Aşı Karnesi Oluşturulması Düşüncelerine Ait Bulgular

		n	%
65 yaş üstü aşılamaya ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Evet	50	19,8
	Hayır	203	80,2
Önceki soruya cevabınız hayır ise, 65 yaş ve üstü aşılamaya ile ilgili eğitim almak ister misiniz?	Evet	165	81,2
	Hayır	38	18,8
Aşılamaya için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Evet	94	37,2
	Hayır	159	62,8
Cevabınız evet ise takip ettiğiniz kılavuzlar hangisi/hangileridir?	EKMUD	42	16,5
	CDC ACIP	21	8,2
	WHO	26	10,2
	Diğer	5	2,3
Erişkin bağışıklamayı klinik uygulamanızın bir parçası olarak görüyor musunuz?	Evet	172	68,3
	Hayır	80	31,7
Sizce çocuklukta olduğu gibi yaşlılıkta da bir aşı karnesi olmalı mı?	Evet	232	91,7
	Hayır	21	8,3

4.2. Katılımcıların Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi

Katılımcıların uzmanlık alanları ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile Hekimleri diğer branştaki hekimlere göre influenza aşısını daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarını n tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Mevsimsel grip salgını olursa öneririm hastanın talebi gündeme alırım	Önermem veya olursa	P*
Uzmanlık Alanı	Aile hekimliği	31	17	4	0	0.001
	Dahiliye	21	18	9	1	
	Acil Tıp	8	23	6	0	
	Enfeksiyon Hastalıkları	11	5	1	0	
	Diğer dahili bölümler	18	17	7	3	
	Cerrahi bölümler	13	18	18	4	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve 65 yaş üstü hastalara pnömokok aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile Hekimleri diğer branş hekimlerine göre pnömokok aşısını daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.2)

Tablo 4.2.2: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Pnömoni geçirme öyküsü varsa öneririm veya hastanın talebi olursa gündeme alırım	Önermem	P*
Uzmanlık Alanı	Aile hekimliği	25	21	5	1	0.001
	Dahiliye	17	23	9	0	
	Acil Tıp	7	20	9	1	
	Enfeksiyon	11	6	0	0	
	Diğer dahili bölümler	14	21	6	4	
	Cerrahi bölümler	7	17	18	11	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve 65 yaş üstü hastalara zona aşısı önerme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların uzmanlık alanları ve 65 yaş üstü hastalara tetanoz aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile Hekimleri yaralanma durumunda, diğer branştaki hekimlere göre tetanoz aşısını daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm veya hastanın talebi olursa gündeme alırım	Yaralanma durumu varsa öneririm	Önermem	P*
Uzmanlık Alanı	Aile hekimliği	7	9	27	9	0.002
	Dahiliye	10	13	23	3	
	Acil Tıp	11	3	19	4	
	Enfeksiyon	8	2	6	1	
	Diğer dahili bölümler	5	8	23	9	
	Cerrahi bölümler	2	15	23	13	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve 65 yaş üstü hastalara Hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile Hekimleri ek hastalığı olan hastalara hepatit B aşısını, diğer branş hekimlerine göre daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4: Uzmanlık Alanı ile 65 Yaş Üstü Hastalara Hepatit B Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarının tamamına öneririm	Sadece riskli/ek hastalığı olanlara öneririm	Hastanın talebi olursa gündeme alırım	Önermem	P*
Uzmanlık Alanı	Aile hekimliği	16	26	2	8	0.001
	Dahiliye	13	24	10	2	
	Acil	4	15	8	10	
	Enfeksiyon	0	14	0	3	
	Diğer dahili bölümler	12	15	7	11	
	Cerrahi bölümler	13	10	13	17	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma süreleri ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı, pnömokok aşısı, zona aşısı, tetanoz aşısı ve hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların birinci basamakta çalışma durumları ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı, pnömokok aşısı, zona aşısı, tetanoz aşısı ve hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların günlük gördükleri 65 yaş üstü hasta sayısı ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı, pnömokok aşısı, zona aşısı, tetanoz aşısı ve hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptıırma durumları ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre hastalarının tamamına ya da sadece ek hastalığı olanlar influenza aşısı önerenler, çoğunlukla akraba ve yakın çevresine aşı yaptıırılmışlardı (Tablo 4.2.5)

Tablo 4.2.5: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Mevsimsel grip salgını olursa hastanın gündeme alırım	grip öneririm veya talebi olursa	Önermem	P*
65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Evet	60	50	13		2	0.004
	Hayır	42	48	32		6	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumları ve 65 yaş üstü hastalara pnömokok aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumları ve 65 yaş üstü hastalara zona aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre hastalarının tamamına ya da sadece ek hastalığı olanlar zona aşısı önerenler, çoğunlukla akraba ve yakın çevresine aşı yaptırmışlardı (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Hastam zona geçirdiyse veya hastamın talebi olursa öneririm	Önermem	P*
65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Evet	16	24	27	58	0.002
	Hayır	5	11	43	69	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptıırma durumları ve 65 yaş üstü hastalara tetanoz aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre hastalarının tamamına tetanoz aşısı önerenler, çoğunlukla akraba ve yakın çevresine aşı yaptıırmışlardır. Sadece ek hastalığı olanlara veya yaralanma durumu olanlara önerenler ise büyük çoğunlukla akraba ve yakın çevresine aşı yaptıırmamışlardır (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.7: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ile 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarının tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm veya hastanın talebi olursa gündeme alırım	Yaralanma durumu varsa öneririm	Önermem	P*
65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptıırdınız mı?	Evet	32	20	55	18	0.004
	Hayır	11	30	66	21	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptıırma durumları ve 65 yaş üstü hastalara Hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı önerme durumları arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler çoğunlukla hastalarının tamamına aşı önerirken, takip etmeyenler sadece ek hastalık olursa veya mevsimsel grip salgını olursa önermekteydi (Tablo 4.2.8)

Tablo 4.2.8: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Mevsimsel salgını öneririm hastanın olursa alırım	grip olursa veya talebi gündeme	Önermem	P*
Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Evet	56	27	10	1	0.001	
	Hayır	46	71	35	7		

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve 65 yaş üstü hastalara pnömokok aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler çoğunlukla hastalarının tamamına aşı önerirken, takip etmeyenler sadece ek hastalık olursa veya mevsimsel grip salgını olursa önermekteydi ya da önermemekteydi (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.9: Aşılama için Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Pnömoni geçirme öyküsü öneririm hastanın olursa alırım	geçirme varsa veya talebi gündeme	Önermem	P*
Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Evet	46	39	8	1	0.001	
	Hayır	35	69	39	16		

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve 65 yaş üstü hastalara zona aşısı önerme durumları ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler çoğunlukla hastalarının tamamına aşı önerirken, takip etmeyenler hasta zona geçirdiyse önermekteydi ya da önermemekteydi (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.10: Aşılama için Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarının tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Hastam zona geçirdiyse veya hastamın talebi olursa öneririm	Önermem	P*
Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Evet	14	20	24	36	0.001
	Hayır	7	15	46	91	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve 65 yaş üstü hastalara tetanoz aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler çoğunlukla hastalarının tamamına aşı önerirken, takip etmeyenler sadece ek hastalık olursa veya yaralanma durumu varsa önermekteydi ya da hiç önermemekteydi (Tablo 4.2.11).

Tablo 4.2.11: Aşılama için Güncel Kılavuz Takip Etme ve 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarının tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm veya hastamın talebi olursa gündeme alırım	Yaralanma durumu varsa öneririm	Önermem	P*
Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Evet	26	16	40	12	0.007
	Hayır	17	34	81	27	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve 65 yaş üstü hastalara Hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile ilgili eğitim alma ve 65 yaş üstü hastalara influenza aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre eğitim alanlar genellikle hastalarının tamamına influenza aşısını önerirken, eğitim almayanlar sadece ek hastalığı olursa daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2.12: 65 Yaş Üstü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara İnfluenza Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarının tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Mevsimsel grip salgını olursa hastanın talebi gündeme alırım	Önermem	P*
65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Evet	31	15	4	0	0.003
	Hayır	71	83	41	8	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile ilgili eğitim alma ve 65 yaş üstü hastalara pnömokok aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre eğitim alanlar genellikle hastalarının tamamına pnömokok aşısını önerirken, eğitim almayanlar sadece ek hastalığı olursa daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.13).

Tablo 4.2.13: 65 Yaş Üstü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Pnömonok Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Pnömoni geçirme öyküsü varsa öneririm veya hastanın talebi olursa gündeme alırım	Önermem	P*
65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Evet	26	19	5	0	0.002
	Hayır	55	89	42	17	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile ilgili eğitim alma ve 65 yaş üstü hastalara zona aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre eğitim alanlar genellikle zona geçirenlere zona aşısını önerirken, eğitim almayanlar genellikle önermemekteydi (Tablo 4.2.14).

Tablo 4.2.14: 65 Yaş Üstü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Zona Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm	Hastam zona geçirdiyse öneririm veya hastamın talebi olursa öneririm	Önermem	P*
65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Evet	11	10	16	13	0.001
	Hayır	10	25	54	114	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile ilgili eğitim alma ve 65 yaş üstü hastalara tetanoz aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre eğitim alanlar genellikle yaralanma durumu olanlara tetanoz aşısını

önermekteydi. Eğitim almayanlar sadece ek hastalığı olursa veya yaralanma durumu varsa daha fazla önermekteydi (Tablo 4.2.15).

Tablo 4.2.15: 65 Yaş Üstü Aşılama ile İlgili Eğitim ve 65 Yaş Üstü Hastalara Tetanoz Aşısı Önerme Durumları Arasındaki İlişki

		Hastalarımın tamamına öneririm	Sadece ek hastalığı olanlara öneririm veya hastanın talebi olursa gündeme alırım	Yaralanma durumu varsa öneririm	Önermem	P*
65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Evet	17	7	22	4	0.003
	Hayır	26	43	99	35	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü aşılama ile ilgili eğitim alma ve 65 yaş üstü hastalara Hepatit B aşısı önerme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların uzmanlık alanları ve influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile hekimliği, Dahiliye ve Cerrahi bölümler influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi ve en fazla yeterli olduğunu ifade eden alan Aile hekimliğiydi (Tablo 4.2.16).

Tablo 4.2.16: Uzmanlık Alanı ile İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Alanı	İnfluenza aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Aile Hekimliği	3	44	5	0.001
Dahiliye	10	32	7	
Acil Tıp	14	14	9	
Enfeksiyon Hastalıkları	3	14	0	
Diğer Dahili Bölümler	15	23	7	
Cerrahi Bölümler	14	29	10	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile hekimliği, Dahiliye ve Cerrahi bölümler pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi ve en fazla yeterli olduğunu ifade eden alan Aile Hekimliği idi (Tablo 4.2.17).

Tablo 4.2.17: Uzmanlık Alanı ile Pnömomokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Alanı	Pnömomokok aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Aile Hekimliği	4	42	6	0.018
Dahiliye	10	31	8	
Acil Tıp	12	16	9	
Enfeksiyon Hastalıkları	5	11	1	
Diğer Dahili Bölümler	14	22	9	
Cerrahi Bölümler	17	25	11	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile hekimliği, Enfeksiyon hastalıkları ve Cerrahi bölümler, tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi ve en fazla yeterli olduğunu ifade eden alan Enfeksiyon Hastalıkları idi (Tablo 4.2.18).

Tablo 4.2.18: Uzmanlık Alanı ile Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Alanı	Tetanoz aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Aile Hekimliği	10	30	11	0.016
Dahiliye	17	16	16	
Acil Tıp	13	15	9	
Enfeksiyon Hastalıkları	4	11	2	
Diğer Dahili Bölümler	23	12	10	
Cerrahi Bölümler	15	20	18	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve zona aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Enfeksiyon Hastalıkları hariç diğer uzmanlık alanları zona aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir ve en fazla yeterli olduğunu ifade eden alan Enfeksiyon Hastalıklarıydı (Tablo 4.2.19).

Tablo 4.2.19: Uzmanlık Alanı ile Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Alanı	Zona aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Aile Hekimliği	23	11	18	0.001
Dahiliye	29	6	14	
Acil Tıp	21	3	13	
Enfeksiyon Hastalıkları	5	8	4	
Diğer Dahili Bölümler	28	3	14	
Cerrahi Bölümler	27	2	24	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık alanları ve hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre Aile hekimliği, Dahiliye ve Enfeksiyon Hastalıkları, hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi ve en fazla yeterli olduğunu ifade eden alan Aile Hekimliğiydi (Tablo 4.2.20).

Tablo 4.2.20: Uzmanlık Alanı ile Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Alanı	Hepatit B aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Aile Hekimliği	7	33	12	0.007
Dahiliye	15	26	8	
Acil Tıp	12	15	10	
Enfeksiyon Hastalıkları	4	10	3	
Diğer Dahili Bölümler	20	13	12	
Cerrahi Bölümler	14	18	21	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma süreleri ve influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre 10 yıldan fazla çalışanlar, 0-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlara göre daha çok bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu söylemişlerdi (Tablo 4.2.21).

Tablo 4.2.21: Çalışma Süresi ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışma Süresi	İnfluenza aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
0-5 yıl	42	73	30	0.001
6-10 yıl	12	32	4	
10 yıldan fazla	5	51	4	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma süreleri ve pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre 10 yıldan fazla çalışanlar, 0-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlara göre daha çok bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu söylemişlerdi (Tablo 4.2.22).

Tablo 4.2.22: Çalışma Süresi ve Pnömomok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışma Süresi	Pnömomok aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
0-5 yıl	42	66	37	0.001
6-10 yıl	13	31	4	
10 yıldan fazla	7	50	3	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma süreleri ve tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre 10 yıldan fazla çalışanlar, 0-5 yıl çalışanlara göre daha çok bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu söylemişlerdi (Tablo 4.2.23).

Tablo 4.2.23: Çalışma Süresi ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışma Süresi	Tetanoz aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
0-5 yıl	49	45	50	0.001
6-10 yıl	16	26	6	
10 yıldan fazla	17	33	10	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma süreleri ve zona aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların çalışma süreleri ve hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre 10 yıldan fazla çalışanlar ve 6-10 yıl çalışanlar, 0-5 yıl çalışanlara göre daha çok bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu söylemişlerdi (Tablo 4.2.24).

Tablo 4.2.24: Çalışma Süresi ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışma Süresi	Hepatit B aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
0-5 yıl	46	52	47	0.006
6-10 yıl	14	27	7	
10 yıldan fazla	12	36	12	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların birinci basamakta çalışma durumları ve influenza aşısı, pnömokok aşısı tetanoz aşısı, zona aşısı, hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptıırma durumu ve influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre yakın çevre veya akrabasına aşı yaptııranlar, yaptıırmayanlara göre daha çok bilgi düzeyinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.25).

Tablo 4.2.25: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	İnfluenza aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	19	95	11	0.001
Hayır	40	61	27	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumu ve pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre yakın çevre veya akrabasına aşı yaptıranlar, aşı yaptırmayanlara göre bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.26).

Tablo 4.2.26: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Pnömonokok aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	20	92	13	0.001
Hayır	42	55	31	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumu ve tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre yakın çevre veya akrabasına aşı yaptıranlar, aşı yaptırmayanlara göre bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.27)

Tablo 4.2.27: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş ve üstü akraba ve/veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Tetanoz aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	34	65	25	0.002
Hayır	48	39	41	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumu ve zona aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre yakın çevre veya akrabasına aşı yaptıranlar, aşı yaptırmayanlara göre bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.28).

Tablo 4.2.28: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş ve üstü akraba ve\veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Zona aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	62	25	38	0.005
Hayır	71	8	49	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların 65 yaş üstü akraba veya yakın çevreye aşı yaptırma durumu ve hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre yakın çevre veya akrabasına aşı yaptıranlar, aşı yaptırmayanlara göre bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi. Bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu söyleyenler genellikle aşı yaptırmamayı tercih etmişlerdi (Tablo 4.2.29).

Tablo 4.2.29: 65 Yaş Üstü Akraba veya Yakın Çevreye Aşı Yaptırma Durumu ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş ve üstü akraba ve\veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?	Hepatit B aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	27	68	30	0.012
Hayır	45	47	36	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler genellikle bilgilerinin yeterli olduğunu belirttiler (Tablo 4.2.30).

Tablo 4.2.30: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	İnfluenza aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	7	79	8	0.001
Hayır	52	77	30	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler genellikle bilgilerinin yeterli olduğunu, takip etmeyenler ise yetersiz olduğunu ifade belirtti (Tablo 4.2.31)

Tablo 4.2.31: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Pnömonokok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Pnömonokok aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	7	76	11	0.001
Hayır	55	71	33	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler genellikle bilgi düzeyinin yeterli olduğunu, takip etmeyenler ise yetersiz olduğunu ifade ettiler (Tablo 4.2.32).

Tablo 4.2.32: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Tetanoz aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	19	52	22	0.001
Hayır	63	52	44	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve zona aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre kılavuz takip edenler de etmeyenler de genellikle bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.33).

Tablo 4.2.33: Aşılama İçin Güncel Kılavuz Takip Etme ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Zona aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	37	25	32	0.001
Hayır	96	8	55	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama için güncel kılavuz takip etme ve hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre kılavuz takip etmeyenler bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.34).

Tablo 4.2.34: Aşılama için Güncel Kılavuz Takip Etme ve Hepatit B Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?	Hepatit B aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	15	55	24	0.001
Hayır	57	60	42	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama ile ilgili eğitime katılma ve influenza aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre eğitime katılmayanlar daha çok bilgi düzeyinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.35).

Tablo 4.2.35: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve İnfluenza Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	İnfluenza aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	4	42	4	0.001
Hayır	55	114	34	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama ile ilgili eğitime katılma ve pnömokok aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre eğitime katılmayanlar daha çok bilgi düzeyinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.36).

Tablo 4.2.36: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Pnömonok Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Pnömonok aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	6	40	4	0.002
Hayır	56	107	40	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama ile ilgili eğitime katılma ve tetanoz aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Buna göre eğitime katılmayanlar katılanlara göre bilgi düzeyinin yeterli olduğunu daha çok ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.37)

Tablo 4.2.37: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Tetanoz Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Tetanoz aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	14	28	7	0.026
Hayır	68	76	59	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama ile ilgili eğitime katılma ve zona aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre eğitime katılmayanlar katılanlara göre, daha çok bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdi (Tablo 4.2.38)

Tablo 4.2.38: Aşılama ile İlgili Eğitime Katılma ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?	Zona aşısı			P*
	Yetersiz	Yeterli	Kararsızım	
Evet	22	15	13	0.001
Hayır	111	18	74	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Katılımcıların aşılama ile ilgili eğitime katılma ve hepatit B aşısıyla ilgili bilgi düzeyi arasında ilişkide istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$)

Uzmanlık alanı ile erişkin bağışıklamayı klinik uygulamanın parçası görme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre aile hekimliği, dahiliye ve diğer dahili bölümler, diğer uzmanlık alanlarına göre erişkin bağışıklamayı daha fazla klinik uygulamanın parçası olarak görmekteydi (Tablo 4.2.39).

Tablo 4.2.39: Uzmanlık Alanı ve Erişkin Bağışıklamayı Klinik Uygulamanın Parçası Durumunda Görme Arasındaki İlişki

Uzmanlık Alanı	Erişkin bağışıklamayı klinik uygulamanızın bir parçası olarak görüyor musunuz?		P*
	Evet	Hayır	
Aile Hekimliği	50	2	0.001
Dahiliye	38	10	
Acil Tıp	15	22	
Enfeksiyon Hastalıkları	17	0	
Diğer Dahili Bölümler	28	17	
Cerrahi Bölümler	24	29	

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

5. TARTIŞMA

Erişkin bağışıklaması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de güncel bir sorundur. Toplum genelinde çeşitli risk gruplarında oldukları halde mevsimsel influenza ve pnömokok aşılarının çoğu kişi tarafından yeterince bilinmediği ve bu nedenle uygulanmadığı; özellikle yaşlılarda tetanoz aşılamalarının oldukça yetersiz olduğu; yine orta derecede endemik bir ülke olmamız nedeniyle tetkik yapıp seronegatif olduğu saptanan kişilerin hepatit B için aşılama gerektirdiği halde bu uygulamanın da oldukça yetersiz olduğu bilinmekte olup bu konular; erişkin aşılamaında öncelikle ilgilenilmesi gereken konular olarak göze çarpmaktadır.

Aşı uygulamalarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi şüphesiz, hekimlerin aşılama konusundaki bilgi düzeyleri ve hastalarının aşılama konusundaki tutum ve davranışlarıdır. Bu çalışmada, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlerin, 65 yaş ve üstü hastalarda aşı uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerinin yeterliliği açısından kendilerini değerlendirmeleri; yanı sıra, bu konudaki tutum ve davranışlarının ortaya konulması amaçlandı.

Hekimlerin aşılarla ilgili bilgi yeterliliğinin değerlendirmesinde, influenza için %61,7'si, pnömokok için %58,1'i, tetanoz için %41,3'ü, zona için %13'ü ve hepatit B için %45,5'i bilgisini yeterli görmekteydi. İnfluenza, pnömokok ve hepatit B aşılarıyla ilgili bilgilerini daha yüksek düzeyde yeterli gören uzmanlık alanı Aile Hekimliği idi. Zona ve tetanoz aşılarıyla ilgili bilgilerini daha yüksek düzeyde yeterli gören alan ise Enfeksiyon Hastalıkları idi. Bununla beraber tüm hekimleri değerlendirdiğimizde, aşılarla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin oranının %61,7'yi geçmediği tespit edildi. 65 yaş ve üstü aşı uygulamaları ile ilgili olarak hekimlerin kendi bilgi düzeylerini yeterli bulmadıkları gözlemlendi.

Hekimlerin aşı uygulamaları ile ilgili tutumları değerlendirildiğinde, 65 yaş ve üstü hasta başvurularında hekimlerin %3,6'sı her zaman, %15,8'i çoğunlukla, %9,1'i sık sık, %42,7'si ara sıra hastaların aşılama durumunu sorguluyordu, hekimlerin %28,9'u ise başvurusu sırasında 65 yaş ve üstü hastaların aşılama durumunu hiçbir zaman sorgulamıyordu. Benzer şekilde Almanya'da doktor (774) ve asistanlara (563) yönelik yapılan kesitsel bir çalışmada, hekimlerin %21'i aşı endikasyonu bulunan yaşlı hastalarının aşılama durumunu

sorgulamıyordu (44). Aşılama oranları hedeflenen düzeylerde olmasa da, ülkemizdeki oranların çok üzerinde olan ABD’de hekimlerin erişkin aşılamasına yaklaşımı ile ilgili bir çalışmada, dahiliye hekimlerinin %29’u aile hekimlerinin %32’si her muayenesinde hastalarının aşılanma durumlarını değerlendirmekteydi (8). Hekimlerin muayene sırasında yapacağı basit bir aşı sorgulamasının aşılanma oranlarını arttırabileceği tahmin edilmektedir. Bu çalışmada yaşlı aşılaması için anahtar rolünde olan hekimlerin uygun tutum göstermedikleri gözlemlendi.

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu influenza ve pnömokok aşılarının, yaklaşık olarak yarısına yakın bir kısmı da tetanoz ve hepatit B aşısının 65 yaş ve üstü hastalara önerildiğini bildiğini belirtti. 65 yaş ve üstü hastalara bu aşılama önerildiğini bildiği halde, hekimlerin sadece %40,3’ü influenza aşısını, %32’si pnömokok aşısını, 65 yaş ve üstü tüm hastalarına öneriyordu, %47,8’i yaralanma durumunda tetanozu, %41,4’ü ek hastalık ve riskli durumlarda hepatit B aşısını öneriyordu. Hekimlerin aşılama bu yaş grubunda önerildiğini bilmesine rağmen, aşırı düşük oranda önerme davranışları bilgileri ile tutarlı değildi. Literatüre bakıldığında çalışmalarda aşılanma için en önemli faktörün, hekimlerin hastalara yapacağı aşı önerisi olduğu görülmüştür. Bir doktorun aşılanma önerisi ile, aşılanmaya yönelik olumsuz tutumları olan hastalar dahil aşılanma kararı üzerinde etkili olabileceği gösterilmiştir (43-44). Hekimlerin aşıyla önlenemez hastalıklarla ilgili farkındalığının olmaması, tedavi edici hekimliğin yanında yapılması gereken ve asıl olan koruyucu hekimliğin önemsenmemesi buna neden olmuş olabilir. Bunun yanı sıra kliniklerde kullanılan sistemlerde yapılacak düzenlemelerle bu oranlar iyileştirilebilir. Hasta kabulü sırasında oluşturulabilir bir uyarı sistemi, elektronik ortamda yapılacak kayıtlar ve beraberinde hatırlatıcı araçlar ile düzenlenebilir. Ayrıca 65 yaş ve üstü aşılanma uygulamaları için hekime yansıtılacak pozitif performans da aşılanma oranlarında artış sağlayabilir.

Bu çalışmada hekimlerinin %94,6’sı 65 yaş ve üstü hastalara influenza aşısının önerildiğini bilmekte, %61,7’si influenza aşısı ile ilgili bilgisini yeterli görmekte; ama, sadece %40,3’ü 65 yaş ve üstü hastalarının tamamına aşırı önermekteydi. Bizim çalışmamızı destekler biçimde ülkemizde aile hekimlerinin grip aşısıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada, hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%87,5) hastalarını bilgilendirmesi gerektiğini belirtmişti; ama, sadece %19,9u tüm hastalarına grip

aşısını önermekteydi (45). Bağışıklama ile ilgili bu uygun olmayan tutum ve karışıklık, aşı için kaçırılmış fırsatlarla sonuçlanabilmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %49,4'ü 65 yaş ve üstü bireylere önerilen aşılarından en az birini yakın çevresindeki kişilere ve akrabalarına yaptırmıştı. Yine yakın çevresi ve akrabalarına aşı yaptıranlar influenza, pnömokok, tetanoz ve hepatit B aşılarıyla ilgili bilgi düzeylerini daha yüksek düzeyde yeterli değerlendirdi ve bu hekimler hastalarına influenza, tetanoz ve zona aşılarını daha çok öneriyordu. Hekimin inanışları, aldığı eğitimler ve öz bağışıklaması ile ilgili sağlık davranışları hastalarına yönelik aşılama davranışlarını olumlu yönde etkilediği tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda 65 yaş ve üstü hastalara önerilen aşılarından influenza ve pnömokok aşılarını önerildiğini belirten ve hastalarına öneren hekim oranı yüksekti. İnfluenza ve pnömokok aşıları için bilgilerini yeterli gören hekimler çoğunlukta idi. Sonuçları bizim çalışmamıza benzer nitelikte; ABD, Avustralya ve İtalya'da yapılan araştırmalar, hekimlerin yaşlı hastalara influenza ve pnömokok aşısını daha çok önerdiğini göstermiştir (14). Bunun en önemli sebebi grip ve pnömokok semptomları ile hastaneye başvuruların sıklığı olabilir. Ayrıca influenza ve pnömokok hastalıklarının prevalansının yüksek olması ve yaşlılarda önemli morbidite ve mortalite nedeni olmasının da, bu aşıların önerilme oranlarını etkilediği düşünülmektedir.

Kılavuz takip eden hekimler influenza, pnömokok, tetanoz ve hepatit B aşılarıyla ilgili bilgilerini daha yüksek oranda yeterli görmekteydi. Ayrıca bu hekimler tüm hastalarına Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle 65 yaş ve üstü bireylere önerilen tüm aşıları öneriyordu. Araştırmamızın sonuçlarına benzer nitelikte, Avustralya'da hastanede çalışan hekimler ile sahada çalışan aile hekimlerini karşılaştıran bir çalışmada aile hekimleri, diğer hekimlere göre daha çok kılavuz takip etmekteydi ve kılavuz takip eden bu hekimler yaşlılıkta aşılamayı daha çok önemsiyordu (46). Sağlıkla her alanında olduğu gibi aşı uygulamalarında da kanıta dayalı tıp uygulamalarında bulunmak önemlidir. Kılavuz; hastalara en iyi sağlık bakımını vermek için klinisyenin başvuracağı en iyi bilimsel kanıtı veren yol gösterici kaynaktır. Aşılar için güncel kılavuz takibi ile aşı kapsamı iyileştirilebilir.

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu (%68,3) erişkin aşılamayı klinik uygulamalarının bir parçası olarak görmekteydi. Hekimler arasında; aile hekimliği, dahiliye ve diğer dahili

bölümler daha yüksek oranda erişkin bağışıklamayı klinik uygulamalarının bir parçası olarak görmekteydi. Yetişkin aşılmasının tüm hekimlerin sorumluluğunda olduğu benimsenmelidir. Yaşlılarda hastalıkları engellemek, yaşam kalitesini arttırmak ve yaşlılık döneminde sağlık harcamalarını sınırlandırmak için koruyucu sağlık hizmetlerinden aşılama kaçınılmazdır. Aşılama için kendini sorumlu hissetmeyen diğer branş hekimlerin hastalarını aşıları yapılmak üzere aile hekimine yönlendirmekle aşılama kaçırılmış fırsatların önüne geçilebilir.

Her ne kadar “bağışıklama birinci basamak hekiminin sorumluluğundadır” şeklinde bir görüş varsa da (8), bizim çalışmamızda hekimlerin daha önce birinci basamakta çalışma durumları ve 65 yaş üstü hastalara aşıları önerme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Belki de bu çalışma hekimler birinci basamakta çalışırken uygulansaydı daha yüksek oranda aşı önerme oranları tespit edilebilirdi.

Araştırmamızda aşı önermeyen hekimlerin çoğunluğu (%30,3); hasta yoğunluğu ve önceliği tedavi edici hekimliğe verdiği için, %23,9’u da aşının yan etkisi olabileceği için, %23,2’si aşının koruyuculuğu ile ilgili endişesi olduğu için ve %19’u hastalarının aşıyı reddettiği için aşıyı hastalarına önermediğini belirtmiştir. Bizim araştırmamıza benzer nitelikte Kayseri’de yapılan tanımlayıcı bir çalışmada, doktorlar düşük aşılama oranlarının nedenlerini; yetişkin aşılması için hatırlatıcı bir uyarı sistemi yokluğu, zaman eksikliği, tedavi edici hekimliğe öncelik verilmesi ve hastaların aşılamaı reddetmesi olarak belirtmiştir (12). Hekimlerin sürekli poliklinik hizmeti verirken aşıyı anlatacak yeterli vakitlerinin olmaması, yoğun çalışma şartları ve hatırlatıcı sistem yokluğu aşılamaı olumsuz etkilediği tahmin edilmektedir. Bir çalışmada da hekimlerin aşı önerisi yapmama nedenleri arasında unutmaları sık olarak belirtilmiş (47). Hekimlere aşı önerilerini hatırlatacak yöntemler bulunmalıdır. Çalışmamıza katılan hekimlerin önerdiği şekilde yaşlılar için bir aşı karnesi olması iyi bir hatırlatıcı kaynak olabilir. Çocukluk döneminde rutin bir aşı karnesi bulunurken, yaşlılarda böyle bir karnenin olmaması; yaşlılara yapılacak aşıların ve uygulanma zamanlarının bilinmeme nedenlerinden biri olabilir. Oysaki 65 yaş ve üstü hastaların her muayenesi aşılama için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireylere zona aşısı önerildiğini bilen (%19), zona aşısını öneren (%8,3) hekim oranı düşük ve zona aşısıyla ilgili bilgisini yeterli görmeyen hekim

oranı (yetersiz %52,6, kararsız %34,4) yüksekti. Enfeksiyon Hastalıkları hariç diğer uzmanlık alanlarından olan hekimler zona aşısıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade etti. Bu çalışmayla hekimlerin Sağlık Bakanlığı ve ACIP tarafından 65 yaş ve üstüne önerilen aşılarından biri olan, zona aşısıyla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı gözlemlendi. Hekimlerin zona hastalığının şiddeti ve insidansı hakkında kanıta dayalı bilgiler ve sonrasında da zona aşısının etkinliği ve yararları ile ilgili net yönergelere ihtiyacı olabilir. Literatüre bakıldığında aile hekimlerinin zona aşısı ile ilgili tutum ve davranışlarına yönelik çalışmalar sıklıktadır. Zona aşısı endikasyonu taşıyan yaşlılarla en çok karşılaşan hekimlerden özellikle aile hekimlerinin zona aşısı ile ilgili bilgi yeterliliği, tutumları ve davranışları önemlidir. Önerilme oranları bizdekilerin çok üzerinde olmakla beraber, ABD’de de zona aşısı, erişkin aşıları içinde aile hekimleri tarafından en az önerilen aşı olup önerilme oranı %59,1’dir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %59,7’si bu aşı hakkında bilgi sahibiyken, %65,2’si aşığı önermeye olumlu bakmaktaydı (48). Jung ve ark.’nın 60 yaş üzerindeki hastalara yaptıkları anket çalışmasında, katılımcıların %46,9’ u aile hekimlerine danışmadan zona aşısı olmayacaklarını belirtmiştir (49). Bu sonuç, aile hekimlerinin zona aşısı hakkındaki tutumlarının önemini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda hekimlerin %19,8’i aşılarla ilgili bir eğitime katılmıştır. Eğitim almamış hekimlerin çoğunluğu aşılarla ilgili eğitim almak istediğini belirtmiştir. Yaşlı aşılanması için eğitime ihtiyaç vardır. Yurtiçi ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada aşılarla ilgili eğitim alan hekimlerin koruyucu hekimlik uygulamalarını ve erişkin dönem aşılamayı daha çok önemsendiği görülmektedir. Bunun bir sonucu olarak aşılanma oranlarında artışlar olduğu görülmüştür(50, 51). Bizim çalışmamızda daha önce eğitim alan hekimler hastalarına yaşlılık döneminde önerilen aşıları daha yüksek oranda öneriyordu. Literatürde eğitimin aşılanma oranları üzerindeki olumlu etkisini gösteren, çalışmalar mevcuttur; Denizli ilinde yapılan kesitsel bir çalışmada; aile hekimlerine verilen bir günlük aşı eğitimi sonrası, 6 ay sonunda 65 yaş ve üstü hastaların aşılanma durumlarında dört kat artış olduğu saptanmıştır, Isparta’da yapılan deneysel bir çalışmada sağlık çalışanlarına verilen aşı eğitimi sonrası, aşılanma oranlarında iyileşmeler görülmüştür (10, 52).

Tıp fakültelerindeki eğitim müfredatından başlanarak mezuniyet sonrası da devam edecek şekilde, tüm hekimlere yetişkin ve yaşlı aşılması için eğitimler planlanarak aşılarda ilgili farkındalık arttırılabilir. Aşılama ile ilgili bilgi yeterliliği sağlanması için, ulusal derneklerin düzenlediği kongre ve toplantılarda erişkin aşılmasına daha fazla yer verilerek, akılcı ilaç kullanımını gibi erişkin aşılması sunumları da zorunlu hale getirilerek aşılama kapsamında iyileştirmeler sağlanabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları;

Araştırmamızın kısıtlılıklarından biri evrenimizin sadece Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesi bölgesi olması nedeni ile genellenemez olmasıdır. Ayrıca, aşılama bilgisi katılımcıların beyanı ile elde edilmiştir. Dolayısıyla, bilgi düzeylerinin kendi kendine değerlendirilmesi de objektif bir ölçüm olmadığını düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Aşılama, yaşlılarda hastalığı önlemenin önemli bir bileşenidir. Ancak, bu popülasyonda aşılama oranları oldukça düşüktür. Bu yaş grubunda aşı kapsamının iyileştirilmesine açık bir ihtiyaç vardır. 65 yaş ve üstü aşılarını önermede temel belirleyici, hekimlerin bu konulardaki bilgi düzeyleridir. Aşılar hakkında bilgi düzeyi yeterli olan hekimler, aşığı hastalarına daha çok önermektedir.

Gelecekte hekimlerin bu alandaki tıbbi bilgilerini geliştirmek ve güncellemek üzere çeşitli eğitimlerin sürdürülmesinin yanı sıra tutum ve davranışlarını değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik çok yönlü etkinliklere gereksinim vardır. 65 yaş ve üstü hastaların her başvurusu bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Aşılama oranları, aşılamaı destekleyen, elektronik tıbbi kayıtlar ve hatırlatıcılar gibi müdahaleci çabalar yoluyla da iyileştirilebilir. Çocuklara uygulanan aşılar için bir karne olmasına rağmen, erişkinlerde böyle bir kartın olmayışı, yaşlılarda yapılan aşıların yapılmama nedenleri arasında sayılabilir. Yaşlılar için de bir aşı karnesi oluşturulabilir.

7. KAYNAKLAR

1. <http://www.who.int/features/ga/84/en/>. Questions and answers on immunization and vaccine safety. (Erişim tarihi 07.07.2017) 2017.
2. Kim, D.K., C.B. Bridges, and K.H. Harriman, Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older: United States, 2016. *Annals of internal medicine*, 2016. 164(3): p. 184-194.
3. Erişkin Bağışıklama Rehberi 2016, İstanbul Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
4. Tosun, S., Erişkin Aşılama. *Actual Medicine* 2013.
5. Trejo-Valdivia, B., et al., National Survey of Vaccination Coverage (Influenza, pneumococcus and tetanus) in Mexican population of 60 years of age and older. *Salud publica de Mexico*, 2012. 54(1): p. 39-46.
6. İNELİ, B.U. 18 Yaş st Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Grşleri ile Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği. Antalya. 2016. (yayınlanmamış)
7. Jimenez-Trujillo, I., et al., Influenza vaccination coverage rates among diabetes sufferers, predictors of adherence and time trends from 2003 to 2010 in Spain. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2013. 9(6): p. 1326-1332.
8. Hurley, L.P., et al., US physicians' perspective of adult vaccine delivery. *Annals of internal medicine*, 2014. 160(3): p. 161-170.
9. Johnson, D.R., K.L. Nichol, and K. Lipczynski, Barriers to adult immunization. *The American journal of medicine*, 2008. 121(7): p. S28-S35.
10. nal, S., et al., Aile hekimlerine eğitim verilmesi ve aşılama hedeflerinin belirlenmesinin pnömokok aşılama oranları üzerine etkileri. *FLORA İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 2015. 20: p. 10-5.
11. Romani, M.H., et al., Family physicians beliefs and attitudes regarding adult pneumococcal and influenza immunization in Lebanon. *Family practice*, 2011. 28(6): p. 632-637.
12. Zeynep, B., N. Melis, and S. Bor, Knowledge and attitude of family physicians regarding adult vaccination. *World Journal of Vaccines*, 2011. 2011.
13. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>. TİK İstatistiklerle Yaşlılar 2016. (Erişim tarihi 16.03.2017) 2017.
14. Lehmann, B.A., et al., The intention of Dutch general practitioners to offer vaccination against pneumococcal disease, herpes zoster and pertussis to people aged 60 years and older. *BMC geriatrics*, 2017. 17(1): p. 122.
15. ztrk, A., et al., Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2016. 10(1).
16. SUNAY, D. and Y. DEMİREL, Yaşlılarda Bağışıklama. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2011. 2(5): p. 70-74.
17. Kim, D.K., et al., Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, United States, 2017* Recommended Immunization Schedule for Adults, United States, 2017. *Annals of Internal Medicine*, 2017. 166(3): p. 209-219.

18. <https://www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm>. İnfluenza (Flu). (Erişim tarihi 06.03.2017) 2016.
19. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>. İnfluenza (Seasonal). (Erişim tarihi 07.06.2017) 2016.
20. Grohskopf, L.A., Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. MMWR. Recommendations and Reports, 2016. 65.
21. KARA, M.B.A., 2. Ulusal Aşı alıştayı. 2016: Ankara.
22. Hamborsky, J. and A. Kroger, Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases, E-Book: The Pink Book. 2015: Public Health Foundation.
23. Wong, K., et al., Estimating influenza vaccine effectiveness in community-dwelling elderly patients using the instrumental variable analysis method. Archives of internal medicine, 2012. 172(6): p. 484-491.
24. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>. Pneumonia. (Erişim tarihi 07.07.2017) 2016.
25. BOSNAK, V.K., et al., Seroprevalences of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV of the Healthcare Workers in the Gaziantep University Sahinbey Research and Training Hospital. Viral Hepatit Dergisi, 2013. 19(1).
26. pnömokok aşıları, in 2. Ulusal Aşı alıştayı, T.C.S. Bakanlığı, EditorEditors. 2016: Ankara.
27. <http://www.who.int/features/qa/84/en/>. Questions and answers on immunization and vaccine safety. (Erişim tarihi 08.07.2017) 2017.
28. Kobayashi, M., et al., Intervals between PCV13 and PPSV23 vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2015. 64(34): p. 944-947.
29. <http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/en/>. Immunization, Vaccines and Biologicals. Tetanus. (Erişim tarihi 08.07.2017) 2017.
30. Control, C.f.D. and Prevention, Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis (Tdap) vaccine in adults aged 65 years and older-Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2012. 61(25): p. 468.
31. Schmader, K.E., et al., Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50–59 years. Clinical infectious diseases, 2012. 54(7): p. 922-928.
32. Tseng, H.F., et al., Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. Jama, 2011. 305(2): p. 160-166.
33. Tosun, S., Türkiye’de viral hepatit B epidemiyolojisi yayınların metaanalizi. Viral Hepatit, 2013. 1: p. 25-80.
34. <http://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisB/en/>. Immunization, Vaccines and Biologicals. Hepatitis B. (Erişim tarihi 06.07.2017) 2017.
35. Toy, M., et al., Age-and region-specific hepatitis B prevalence in Turkey estimated using generalized linear mixed models: a systematic review. BMC infectious diseases, 2011. 11(1): p. 337.

36. Control, C.f.D. and Prevention, Updated recommendations for use of VariZIG-- United States, 2013. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2013. 62(28): p. 574.
37. Atkinson, W., S. Wolfe, and J. Hamborsky, Centers for Disease Control and Prevention Epidemiology and Prevention of Vaccine-preventable Diseases, "Pink Book,". Washington, DC: Public Health Foundation, 2011.
38. <http://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisA/en/>. Immunization, Vaccines and Biologicals. Hepatitis A. (Erişim tarihi 06.05.2017) 2015.
39. Control, C.f.D., Prevention, and A.C.o.I. Practices, Updated recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for use of hepatitis A vaccine in close contacts of newly arriving international adoptees. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2009. 58(36): p. 1006.
40. McLean, H.Q., et al., Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep, 2013. 62(RR-04): p. 1-34.
41. McLean, H.Q., et al., Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports, 2013. 62(4): p. 1-34.
42. Folaranmi, T., et al., Use of serogroup B meningococcal vaccines in persons aged \geq 10 years at increased risk for serogroup B meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2015. 64(22): p. 608-612.
43. Kohlhammer, Y., et al., Determinants of influenza and pneumococcal vaccination in elderly people: a systematic review. Public health, 2007. 121(10): p. 742-751.
44. Özsu, S., et al., KOAH hastalarında influenza ve pnömokok aşılanma sıklığı. Solunum 2011; 13: 21, 2011. 5.
45. Güldal, D., et al., Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2012. 16(4): p. 157-163.
46. Ridda, I., et al., Differences in attitudes, beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. Vaccine, 2008. 26(44): p. 5633-5640.
47. Klett-Tammen, C.J., et al., Advising vaccinations for the elderly: a cross-sectional survey on differences between general practitioners and physician assistants in Germany. BMC family practice, 2016. 17(1): p. 98.
48. Revanli, R.A., et al., Awareness and Attitude of Family Physicians About Human Papilloma Virus and Herpes Zoster Vaccines. KLIMIK JOURNAL, 2016. 29(1): p. 15-20.
49. Jung, J.J., et al., Increasing use of the vaccine against zoster through recommendation and administration by ophthalmologists at a city hospital. American journal of ophthalmology, 2013. 155(5): p. 787-795. e2.

50. Yıldız, O. Yaşlılarda Bağışıklanma Durumu, Hekimlerin Yaşlı Bağışıklanması konusundaki Tutumları ve Yaşlı Bağışıklamasını İyileştirebilecek Önlemler. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İstanbul. 2015. (yayınlanmamış)
51. Nessler, K., et al., Determinants of influenza vaccination coverage rates among primary care patients in Krakow, Poland and the surrounding region. *Vaccine*, 2014. 32(52): p. 7122-7127.
52. Uskun, E., et al., Effectiveness of a training intervention on immunization to increase knowledge of primary healthcare workers and vaccination coverage rates. *Public Health*, 2008. 122(9): p. 949-958.



8. EKLER

8.1 EK-1 ANKET FORMU

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARASTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA AŞI UYGULAMALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE BU KONUDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımcı;

Bu anket hekimlerin 65 yaş ve üstü hastalarda aşı uygulamaları konusundaki bilgi düzeyleri ile bu konudaki tutum ve davranışlarının saptanması amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 24 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 3 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Mukaddes Pekgenç abatay

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğimi, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı, Onaylıyorum (...)

- 1) Kaç yaşındasınız?
- 2) Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli
 - b) Bekâr
 - c) Boşanmış
 - d) Eşinden ayrı yaşıyor
 - e) Dul
- 4) Uzmanlık alanınız ?
- 5) Ünvanınız?
 - a) Uzman
 - b) Araştırma görevlisi\Asistan doktor
- 6) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?
 - a) 0-5 yıl
 - b) 6-10 yıl
 - c) 11 -15 yıl
 - d) 16-20 yıl
 - e) 20 yıldan fazla
- 7) Daha önce birinci basamakta çalıştınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 8) Bir günde ortalama 65 yaş ve üstü kaç hasta görürsünüz?
 - a) 0-5 hasta
 - b) 6-10 hasta
 - c) 11-15 hasta
 - d) 16-20 hasta
 - e) 20 den fazla hasta

9) 65 yaş ve üstü hastalara önerilen aşular hangisi\hangileridir?

İnfluenza a)hayır b)evet c)fikrim yok

Pnömonokok a)hayır b)evet c)fikrim yok

Zona a)hayır b)evet c)fikrim yok

Tetanoz a)hayır b)evet c)fikrim yok

Hepatit B a)hayır b)evet c)fikrim yok

10) Muayenem sırasında 65 yaş ve üstü hastalarımın aşılama durumunu sorgularım?

- a) Her zaman
- b) Çoğunlukla
- c) Sık sık
- d) Ara sıra
- e) Hiçbir zaman

11) 65 yaş ve üstü hastalarınıza influenza aşısını önerir misiniz?

- a) Hastalarımın tamamına öneririm
- b) Sadece ek hastalığı olanlara öneririm
- c) Mevsimsel grip salgını olursa öneririm
- d) Hastanın talebi olursa gündeme alırım
- e) Önermem

12) 65 yaş ve üstü hastalarınıza pnömonokok aşısını önerir misiniz?

- a) Hastalarımın tamamına öneririm
- b) Sadece ek hastalığı olanlara öneririm
- c) Pnömoni geçirme öyküsü varsa öneririm
- d) Hastanın talebi olursa gündeme alırım
- e) Önermem

13) 65 yaş ve üstü hastalarınıza tetanoz aşısını önerir misiniz?

- a) Hastalarımın tamamına öneririm
- b) Sadece ek hastalığı olanlara öneririm
- c) Yaralanma durumu varsa öneririm
- d) Hastanın talebi olursa gündeme alırım
- e) Önermem

14) 65 yaş ve üstü hastalarınıza zona aşısını önerir misiniz?

- a) Hastalarımın tamamına öneririm
- b) Sadece ek hastalığı olanlara öneririm
- c) Hastam zona geçirdiyse öneririm
- d) Hastanın talebi olursa öneririm
- e) Önermem

15) 65 yaş ve üstü hastalara hepatit B aşısını önerir misiniz?

- a) Hastalarımın tamamına öneririm
- b) Sadece riskli/ek hastalığı olanlara öneririm
- c) Hastanın talebi olursa gündeme alırım
- d) Önermem

16) 65 yaş ve üstü hastalara aşılamaı önermiyorsanız nedeni/nedenleri nelerdir?

- a) Aşının pahalı olması
- b) Aşının yan etkisinin olması\olabileceği
- c) Aşının koruyuculuğu için yeterli veri olmaması
- d) Hastaların aşıya olumlu bakmaması
- e) Diğer.....

17) 65 yaş ve üstü akraba ve\veya yakın çevrenize aşı yaptırdınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18) 65 yaş ve üstü hastalarda önerilen aşular konusundaki bilgi düzeyinizi değerlendiriniz;

- | | | |
|------------------|------------|-----------|
| influenza aşısı | a)yetersiz | b)yeterli |
| c)kararsızım | | |
| pnömonokok aşısı | a)yetersiz | b)yeterli |
| c)kararsızım | | |
| tetanoz aşısı | a)yetersiz | b)yeterli |
| c)kararsızım | | |
| zona aşısı | a)yetersiz | b)yeterli |
| c)kararsızım | | |
| hepatit B aşısı | a)yetersiz | b)yeterli |
| c)kararsızım | | |

19) 65 yaş üstü aşılama ile ilgili bir eğitim, seminer ya da konferansa katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

20) Önceki soruya cevabınız hayır ise, 65 yaş ve üstü aşılama ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

21) Aşılama için güncel kılavuz takip eder misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

22) Cevabınız evet ise takip ettiğiniz kılavuzlar hangisi/hangileridir?

- a) Erişkin bağışıklama rehberi (EKMUD)
- b) CDC ACIP (adult immunization work group)
- c) WHO
- d) Diğer.....

23) Erişkin bağışıklamayı klinik uygulamanızın bir parçası olarak görüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

24) Sizce çocuklukta olduğu gibi yaşlılıkta da bir aşı karnesi olmalı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Anketimiz bitmiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

8.2 EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 23

18/01/2017

KONU : 18.01.2017 Tarih ve 23 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY
Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığını Yapmış Olduğunuz "Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekimlerin 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Aşı Uygulamaları Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Bu Konudaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" İsimli Dr. Mukaddes PEKGENÇ ABATAY'ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18/01/2017 tarih ve 23 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

9.ÖZGEÇMİŞ

Mukaddes Pekgenç Abatay 1987 yılında Diyarbakır'ın Bismil ilçesine bağlı Yukarı Salat köyünde doğdu. İlköğretimi Yukarı Salat İlköğretim Okulu ile Antalya'da Vali Saim Çotur ilköğretim okulunda ve lise öğrenimini Antalya'da 75. Yıl Cumhuriyet Lisesi'nde tamamladı. 2005 yılında girdiği Manisa Celal Bayar Tıp Fakültesi'nden 2011 yılında mezun oldu. Aynı yıl Yozgat il merkezinde Yozgat Devlet Hastanesi acil servisinde 2 yıl pratisyen hekim olarak görev yaptı. 2013 yılında kurum içi atama ile Ankara'da Çubuk Devlet Hastanesi acil servisinde pratisyen hekim olarak 10 ay daha görev yaptı. 2014 yılından beri Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. Bu kurallarda anılan ve tüm başvurulan materyalin gerektirdiği sorumluluk bana aittir.

Dr. Mukaddes Pekgenç Abatay

