

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ERİŞKİN AŞI KONUSUNDA FARKINDALIK, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Onur Dikmen

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2019







SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ERİŞKİN AŞI KONUSUNDA FARKINDALIK, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Onur Dikmen

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Parıldar

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2019

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Kliniğindeki öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez yazım sürecimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Hülya PARILDAR'a,

Asistanlığım süresince desteğini hiçbir zaman esirgememiş olandeğerli hocam Doç. Dr. Haluk MERGEN'e,

Bilgi ve deneyimiyle eğitimlerimize büyük katkıları olan değerli hocalarım Doç. Dr. Yasemin Kılıç ÖZTÜRK, Doç. Dr. Umut Gök BALCI, Uz. Dr. Tevfik Tanju YILMAZER, Uzm. Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ ve Uzm. Dr. Bakiye Nurdan TEKGÜL'e

Tezimin hazırlık,istatistik ve yazım aşamasında bana bilgi birikim ve tecrübeleriyle büyük katkısı olan Uzm. Dr. Fadime AKIN'a

Klinik'te beraber çalıştığım sevgili asistan hekim arkadaşlarıma,

Desteklerini her zaman hissettiğim değerli ailem'e

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Onur Dikmen

İzmir, 2019

KISALTMALAR

ACIP **:** Advisory Committee on Immunization

CDC **:** Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

DTaP : Difteri, Tetanoz, asellüler Boğmaca,

DTP : Difteri, Tetanoz , Boğmaca

DT : Difteri, Tetanoz

HAV : Hepatit A Virüsü

HBV **:** Hepatit B Virüs

HIV **:** Human Immunodeficiency Virus

Hib **:** Hemophilus influenza tip b

HPV **:** Human Papilloma Virus

KKK **:** Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık Aşısı

Td **:** Tetanoz, Difteri aşısı

Tdab **:** Tetanoz, difteri, asellüler boğmaca aşısı

VZV **:** Varicella Zoster Virus

WHO **:** World Health Organization

DM **:** Diabetes Mellitus

KVS **:** Kardiyovasküler sistem hastalıkları

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER ..... **i**
KISALTMALAR ..... **ii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**
GRAFİKLER LİSTESİ ..... **viii**
ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **ix**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2.GENEL BİLGİLER **1**
2.1. BAĞIŞIKLAMA ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.1.1. Aşı, aşılama ile ilgili genel bilgiler ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.1.2..Aşılar topluma önerilmeden önce hangi süreçlerden geçer? 3
2.1.3. Aşı tipleri ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.1.4. Aşıların içeriği ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.1.5. Aşıların olası yan etkileri..... **Error! Bookmark not defined.**
2.1.6. Pasif bağışıklama ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.2. ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILMASI GEREKEN AŞILAR 5
2.2.1. Difteri, tetanoz, boğmaca (DTP) aşıları 5
2.2.2. Grip (influenza) aşısı 6
2.2.3. Pnömokok aşısı 6
2.2.4. Hepatit A aşısı 8
2.2.5. Hepatit B aşısı 8
2.2.6. Su çiçeği (varisella zoster) aşısı 10
2.2.7. Herpes zoster (zona) aşısı 11

2.2.8. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları 11
2.2.9. Meningokok aşısı 12
2.2.10. Human papilloma virüs aşısı.....13
2.2.11. Kuduz aşısı.....14
2.2.12. Tetanoz aşısı 15
2.2.13. Haemophilus influenzae tip b (Hib) Aşısı 16
2.3. ÖZEL ERİŞKİN GRUPLARINDA AŞILAMA 16
2.3.1. Hematolojik ve immünsupresif hastalıklarda bağışıklama.....16
2.3.2. Splenektomi planlanan, yapılan veya asplenik hastalarda bağışıklama 17
2.3.3. Gebelikte aşılama.....18
2.3.4. Yaşlılık döneminde aşılama.....19
2.3.5. DEHB'nda Tanı 19
2.3.5. Sağlık çalışanlarında aşılama.....19
2.2.6. Seyahat aşılaması 20

3. YÖNTEM VE GEREÇLER 21
3.1. Araştırma Tipi 21
3.2. Araştırma Evreni 21
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi 21
3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....21
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri 21
3.6. Verilerin Toplanması.....22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 23
3.8. Etik Onay 23

4. BULGULAR.....24

5. TARTIŞMA.....44

6. SONUÇLAR.....53

6.1. Sonuçlar 53

6.2. Öneriler 56

7. KAYNAKLAR 57

8. EKLER.....65

9. ÖZGEÇMİŞ 69

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Risk durumlarına göre pnömokok aşıları 7
Tablo 2. Gebelikte aşılama önerileri 18
Tablo 3. DSÖ'nün sağlık çalışanlarının bağışıklanmasına yönelik önerileri 19
Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı bulguları 24
Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumları 25
Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerinin dağılımları 26
Tablo 7. Katılımcıların sürekli ilaç kullanımına ilişkin bulgular 27
Tablo 8. Katılımcıların aşı yaptırma durumları 27
Tablo 9. Katılımcıların yaptırdıkları aşıların dağılımı 27
Tablo 10. Katılımcılardan aşı yaptırma kararını etkileyen nedenler 28
Tablo 11. Katılımcılardan aşı yaptıranların aşı yaptırdıkları yerlerin dağılımı 29
Tablo 12. Katılımcılardan aşı yaptıranların aşı sonrası yan etki durumları 30
Tablo 13. Katılımcılardan aşı yaptırmayanların yaptırmama nedenleri 30
Tablo 14. Katılımcıların aşı ile ilgili bilgi kaynakları 31
Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre erişkin dönemdeki aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması 31
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre erişkin dönemdeki aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması 33
Tablo 17. Katılımcıların sağlığa ilişkin durumlarının erişkin dönem aşı yaptırma durumlarıyla karşılaştırılması 35
Tablo 18. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerine göreerişkin aşı yaptırma durumları 35
Tablo 19. Katılımcıların sigara kullanma durumları ile erişkin aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması 36
Tablo 20. Katılımcıların kronik hastalık sayısı ile yaptırdıkları aşı sayısının karşılaştırılması 36
Tablo 21. Katılıcımların sürekli ilaç kullanım durumlarına göre aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması 37
Tablo 22. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin 18 yaş üstü dönemde yaptırdıklarıaşıların dağılımı 38

Tablo 23. Mesleğe göre bireylerin 18 yaş üstü dönemde yaptırdıkları aşıların dağılımı40
Tablo 24. Katılıcımlarda aşı yaptıran ve yaptırmayanlarda yaş ortalamalarının karşılaştırılması.....41
Tablo 25. Doktor ve hemşirelerin kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, aşı yaptırma veyaptırmama nedenlerinin karşılaştırılması.....42

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerinin dağılımları.....26
Grafik 2. Katılımcıların yaptırdıkları aşıların dağılımı.....28
Grafik 3. Katılımcılardan aşı yaptırma kararını etkileyen nedenler 29
Grafik 4. Katılımcıların aşı ile ilgili bilgi kaynakları 31

ÖZET

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ERİŞKİN AŞI KONUSUNDA FARKINDALIK, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Amaç: Aşılama,enfeksiyon hastalıklarına bağlı sakatlıkları ve ölümleri engelleyen etkili, güvenli ve ucuz bir yöntemdir. Hasta olduktan sonra tedavi etmek zordur ve sakatlıklara neden olabilir. Ancak aşılanmak, ölümcül ve sakatlık nedeni olan hastalıklara karşı korunma yöntemidir, hastalığın oluşmadan önce engellenmesini sağlar. Bizim amacımız, çalışma evrenimizdeki doktor ve hemşirelerin erişkin aşı konusundakifarkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarını öğrenmek, eksiklikleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem:Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır.Doktor ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini, aşılar hakkında farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan 23 sorudan oluşan anket; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahili, cerrahi ve temel bilimlerde çalışan doktor ve hemşirelere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Toplam olarak 222 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bağımlı değişken olan erişkin dönemde aşı yaptırma durumu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Dört gözlü tablolarda beklenen değerlerin beşin altında olduğu durumlarda Fisher kesin testi kullanılmıştır. Erişkin dönemde aşı yaptıran ve yaptırmayanların yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kişilerin %76.6 ile çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Yaş ortalaması standart sapmayla beraber 30.95 ± 7.71 yıl idi. %86.5 ile en çok 25-44 yaş aralığında olduğu, %91,4'ün üniversite/yüksekokul mezunu, %50,5'inin bekar, %50'sinin evde 2 kişi olarak yaşamını sürdürdüğü ve %56,3'ünün gelir durumunun 5000 TL altında ve %23,9'unun kronik bir hastalığı olduğu, %18,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %28,1'inin endokrin sistem hastalığı olduğu belirlenmişti. Araştırmaya katılan kişilerin %74,8'inin 18 yaş ve üzerinde herhangi bir aşı yaptırmış olup, bunların %30,2'sinin hepatit B, %30'unun tetanoz aşısı, %10,7'sinin hepatit A aşısı olduğu saptanmıştı. Aşı yaptıranların %60,4'ü doktor/eczacı önerisiyle, %15,4'ü kesici ve delici alet yaralanmasına maruz kalması nedeniyle, %15'i hamilelik nedeniyle, %5'i çevre önerisiyle aşı yaptırdığını belirtmişti. Katılımcıların aşılarla ilgili bilgilenme kaynaklarını değerlendirdiğimizde, %56,6 ile en sık doktor/eczacı'lar sonrasında %18,6 ile internet, %20,1 ile diğerkaynaklardan bilgi edindikleri saptanmıştı. Aşı yaptırmayan

katılımcıların yaptırmama nedenleri olarak %44,6'sı gerekli olduğunu düşünmemeleri, %12,5'i doktor önermemesi nedeniyle aşı yaptırmadıklarını belirtmişti.Aşı olma durumu hiç sigara kullanmayanlarda %81,2 ile sigara kullanmayanlara oranlar daha yüksek bulunmuştur.Aşı yaptırma oranı doktorlarda %79,8 ile hemşirelerden %69,9 fazladır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsızdı.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımıza göreT.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesindeçalışan doktor ve hemşirelerin aşılar konusundafarkındalığı, bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Aşılanmayı eğitim dışında yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu gibi bazı değişkenlerin etkilediği görülmüştür. Toplumun erişkin aşıları hakkında bilgilendirilmesi ve aşı uygulamalarının arttırılması açısından özellikle bilimsel çalışmaların arttırılması,doktor ve hemşirelere aralıklı olarak aşılama konusunda eğitimler verilmesi ve erişkin aşılamanın önemine medya, internet üzerinden dikkat çekilmesi gerekliliği olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlık çalışanları, Erişkin aşılaması

ABSTRACT

Aim: Vaccination is an effective, safe and inexpensive method that prevents disability and death due to infectious diseases. It is difficult to treat after being ill and can cause disability. However, vaccination is a method of protection against diseases that cause fatal and disability conditions, and prevents the disease before it occurs. Our aim is to determine the awareness, knowledge, attitudes and behaviors of doctors and nurses in our study universe and to identify deficiencies.

Materials and Methods: The data were collected from health employee who attended to internal medicine surgery and basic sciences; using a interview survey consisting of 23 questions about demographic characteristics, information about vaccinations, attitudes and behaviors. The cross-sectional, descriptivestudy was carried out on 222 respondents. Chi-square test was performed to compare adulthood vaccine status and independent variables. The Fisher exact test was used when the expected values were less than five in four-bladed tables. We conducted t-test analyze in comparison of the mean age of those who did or did not receive adulthood vaccination independent groups.

Results:76.6% of the participants were women. The mean age was 30.95 ± 7.71 years with standard deviation. It was found that 86.5% were mostly between the ages of 25-44, 91.4% of them were university / college graduates, 50.5% of them were single, 50% of them lived as 2 people at home and 56.3% of them had income. It was determined that 23.9% had chronic diseases, 18.5% had a continuous drug use, and 28.1% had an endocrine system disease. Of the participants, 74.8% had been vaccinated at the age of 18 years and 30.2% had hepatitis B, 30% had tetanus vaccine and 10.7% had hepatitis A vaccine. As 60.4% of the vaccines were offered by the doctor / pharmacist, 15.4% stated that they were vaccinated due to pregnancy, 15% due to pregnancy, 5% of them had been vaccinated with environmental recommendation. As the information sources of the vaccines, 56.6% of the respondents were informed about the most common physicians / pharmacists and 18.6% of them had internet access and 20.1% of them learned from other sources. 44.6% of the participants who did not make vaccines did not think that they did not think it was necessary. Vaccination was found to be higher in non-smokers with 81.2% than in non-smokers. The rate of immunization was 79.9% in doctors, 69.9% higher than nurses, but this difference was statistically insignificant.

Conclusion: According to our results the awareness, knowledge, attitudes and behaviors of doctors and nurses working at the Ministry of Health Health Sciences University İzmir Tepecik Training and Research Hospital about vaccines were evaluated. Other variables such as age, gender, education, occupation and income status affected vaccination. In order to inform the public about adult vaccines and increase vaccination practices, it has been concluded that increasing the scientific studies, giving trainings to the doctors and nurses intermittently in vaccination, and attracting attention to the importance of adult vaccination through the media and internet.

Keywords: Family medicine, Health workers, Adult vaccination

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılama enfeksiyon hastalıklarına bağlı sakatlıkları ve ölümleri engelleyen etkili bir yöntemdir. Dünyada aşılama, bireylerin doğumdan ölümüne kadar tüm yaşamlarını kapsar(1). Aşılama bulaşıcı hastalıklardan korumada maliyet,etkinlik ve güvenilirlik açısından en iyi yöntemdir ve aşılanmak her bireyin hakkıdır(2).

Çocukluk döneminde sistematik olarak yürütülen aşılama,erişkin dönemde aynı şekilde yürütülememiştir (3). Türkiye'de çocukluk döneminde yapılan aşılamalar amaçlanan yere ulaşmasına karşın, erişkin dönem yapılan aşılamalar kayıt yetersizliğinden ve sistematik olmamasından dolayı sonuçları değerlendirilememektedir(4).

Türkiye'de 2000 yılında S. Pneumonia'ya bağlı alt solunum yolu infeksiyonlarının beşinci en sık ölüm nedeni olduğu saptanmış ve mortalite sebebi olduğu kadar morbiditeye de yol açtığı görülmüştür(5). 2013'te on altı adet randomize çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde, pnömokokkal polisakkarit aşının invaziv pnömokokkal enfeksiyonları azalttığı gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda konjuge pnömokok aşısının kapsadığı serotiplere karşı oluşan bağışıklık yanıtın en az polisakkarit aşıya karşı oluşan yanıt kadar güçlü olduğu saptanmıştır (6).

Hepatit A genellikle kendini sınırlar; fakat nadir de olsa fulminan hepatit ve ölümle sonuçlanma olasılığı vardır. Yetişkin yaş grubunda tek doz aşı uygulamasından 1 ay sonra %100' e yakın düzeylerde koruyucu antikor oluşmaktadır. Yani hepatit A aşıları son derece immünojeniktir (7).

Hepatit B ve virüsün neden olduğu karaciğer kanseri yüzünden CDC verilerine göre 700,000 ile 1,4 milyon kişi mağdur olmaktadır(8).

Erişkinde görülen varicella enfeksiyonunda komplikasyonlar çocukluk çağına gore 25 kez sık rastlanır. En sık ve ciddi komplikasyonlardan biri pnömonidir. Erişkin hastalarda, çocuklara göre varicelladan ölüm riski 23-29 kez daha yüksektir(9).

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak çocukluk çağının bulaşıcı hastalıkları olmakla birlikte kimi durumlarda yetişkinlerde görülebilmektedir ve ölümcül seyreden komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Aşılama ile bu hastalıklara ve komplikasyonlarına karşı yüksek oranlarda koruyuculuk sağlanır (10).

Meningokok hastalıkları yaygın görülen ve ölümcül seyreden tablolara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, meningokok aşısının erişkinlerdeki tek doz uygulama ile yeterli immünojenitegeliştiğini göstermektedir (11).

HPV 16 ve 18 suşları invaziv servikal kanserlerin %70'inden sorumludur. HPV aşıları bu suşların her ikisine karşı etkilidir (12).

Kuduz enfekte hayvanların salyasında bulunan ısırma sonucu bulaşan ve ensefalomyelite yol açan bir virüstür(13). Her yıl, dünya çapında 15 milyondan fazla insan, hastalığı önlemek için temas sonrası aşısı yaptırmaktadır. Bu aşının, yüz binlerce kişinin kuduz nedeniyle ölmesini önlediği tahmin edilmektedir (14).

Buradaki tüm erişkin aşılama örneklerinde hastalıkların önlenmesi tedavi ile kıyaslandığında her zaman için daha etkili ve ucuzdur(7). Ayrıca erişkinlerde yapılan düzenli aşılamalar, mortalite ve morbidite bakımından bu hastalıklardan korunmayı mümkün kılmaktadır(15).

Sağlık hizmetinin sunumunda belki de en önemli konu sağlık çalışanlarının sunulacak hizmet konusunda bilgili ve bilinçli olmasıdır. Bu bağlamda çalışmamız doktor ve hemşirelerin erişkin aşı konusundaki farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmayı ve bu konuda sağlık çalışanlarına yönelik bilgilendirme ve eğitim programlarının önemini ortaya koymayı hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BAĞIŞIKLAMA

2.1.1. Aşı, aşılama ile ilgili genel bilgiler

Aşılar, bağışıklık sistemini harekete geçirerek belli bir hastalığa karşı savunma oluşturan biyolojik ürünlerdir (16). Bireyin bağışıklık sisteminin aşı ile aktif olarak veya immünoglobin ile pasif olarak uyarılmasına bağışıklama denir (15).

Aşılar, antijene özgü antikor üretimi yoluyla humoral ya da hücresel bağışıklık oluşturabilir (16).Aşıların etkisi, çeşitli yollardan (kas içi ve cilt altı gibi) uygulanan zayıflatılmış ya da tamamen aktivitesini yitirmiş mikroorganizmaya ya da bu mikroorganizmanın bazı parçalarına, bağışıklık sistemi yanıtı oluşmasıyla ortaya çıkar (15,16).

Aşılar,hemçocukluk çağı hem de erişkin çağda sağlığı korumak ve bulaşıcı hastalıkları önlemek konusunda maliyet ve güvenilirlik açısından en etkin yöntemdir (17). Hem bireyin bağışıklanmasını sağlar hem de aşılanmamış bireylerin, aşılanan kişiler aracılığıyla, hastalık etkeni ile temasının azalmasını sağlayarak, toplumda hastalığın görülme hızını azaltır ki buna toplumsal bağışıklık denir (18).

Dünya'da kullanılan ilk aşı 1796 yılında Edward Jenner tarafından geliştirilen çiçek aşısıdır. Ülkemizde aşı üretimi alanındaki çalışmalar ilk olarak Osmanlı İmparatorluğu Döneminde başlamıştır (19-20).

2.1.2. Aşılar topluma önerilmeden önce hangi süreçlerden geçer?

Aşılar,diğer biyolojik ürünlergibi lisans alır ve bir aşının geliştirilmesi yıllar süren bir zamana yayılır (16). Üç temel aşaması vardır: keşif, preklinik hayvan deneyleri, insan çalışmaları (21). İnsan çalışmaları dört fazdan oluşur: Faz 1, az sayıda(20-80) sağlıklı gönüllü erişkin üzerinde aşının güvenilirliği ve etkinliği denenir. Faz 2, aşının etkinliği için doz ve uygulama sıklığının hedef nüfus üzerinde araştırılmasıdır (100-200 kişi). Faz 3, Önerilen doz ve uygulama biçiminin kısa ve uzun dönem etkilerinin birkaç bin kişi üzerinde araştırılmasıdır. Faz 3 sonunda aşı lisans alır. Faz 4, aşıya ruhsat verildikten sonra istenmeyen etkilerin araştırılması sürecidir (21).

2.1.3. Aşı tipleri

Dünyada ve Türkiye'de kullanılmakta olan aşı tipleri, viral aşılar (canlı-atenue, inaktive-ölü, subunit) ve bakteriyel aşılar (tam hücreli, toksoid, subunit, polisakkarid) olmak üzere ikiye temel gruba ayrılır (15). Bir başka sınıflama canlı-atenüe ve inaktive aşılar şeklindedir (17). Canlı atenüe aşılarda bakteri veya virüslerin hastalık yapma özelliği kaldırılır fakat bağışıklık oluşturma ve vücutta çoğalma özelliği korunur. İnaktive aşılar ise virüs ya da bakterinin tamamı veya bir kısmı kullanılarak hazırlanırlar (22).

2.1.4. Aşıların içeriği

Aşılarda bağışıklık yanıtından sorumlu olan aktif içerik, aktif maddenin salınımını düzenleyen alüminyum tuzları, koruyucu madde olan tiyomersal, aşı üretimi sırasında aktif maddenin çoğalmasına yardımcı olan hücre kültürleri, aşı içeriğindeki bakterinin üremesini durduran antibiyotikler, canlı virüs aşılarında stabilizör etkisi olan jelatin bulunur (16).

2.1.5. Aşıların olası yan etkileri

Aşı sonrası istenmeyen etkiler beş temel gruba ayrılabilir; aşı yan etkisi (lokal veya sistemik olabilir), uygulama ile ilgili hatalar (steril olmayan enjeksiyon, aşı saklama koşulları veya bayat aşı uygulama ile ilişkilidir), rastlantısal olarak ortaya çıkan etkiler (kitlesel araştırmalar sırasında tesadüfen görülen aşı ile ilişkisiz etkilerdir), enjeksiyon reaksiyonu (iğne korkusu nedeniyle ortaya çıkan baygınlıklardır) ve bilinmeyen reaksiyonlardır (23).

2.1.6. Pasif bağışıklama

Aşı ile sağlanan bağışıklığa aktif, immünoglobinlerle sağlanan bağışıklığa pasif bağışıklama denir (24).Bazı enfeksiyonların engellenmesi için hızlı antikor yanıtı gerekir. Böyle bir hızlı yanıt aşılarla oluşturulamaz ve immünoglobinlerle acil bağışıklık oluşturmak istenir.İmmünoglobinlerin etkisi kısa süreli olup bellek bağışık yanıtı oluşturmazlar (15).

2.2. ERİŞKİN DÖNEMDE YAPILMASI GEREKEN AŞILAR

2.2.1. Difteri, tetanoz, boğmaca (DTP) aşıları

Difteri, boğmaca, tetanoz aşısının 2 formu bulunmaktadır. Td; kombine tetanoz ve difteri ve TdaP; tetanozun tam doz,difteri toksoidinin ise azaltılmış ve asellüler boğmaca aşı kombinasyonudur(25).

Gelişmiş ülkelerde çok az oranda görülen hatta bazılarında hiç rastlanmayan yenidoğan tetanozuna, gelişmekte olan ülkelerde halen rastlanmaktadır(26).

DTaP ve Tdap, difteri, tetanoz ve boğmacaya karşı kombine aşılardır. Büyük harfler daha yüksek dozaj anlamına gelmektedir (27).

DTaP (ayrıca DTPa ve Tdap), boğmaca bileşeninin aselüler olduğu difteri, tetanoz ve boğmaca'ya karşı kombine bir aşıdır. Aselüler aşı, bağışıklığı indüklemek için boğmaca patojeninin seçilmiş antijenlerini kullanır. Tüm hücre aşılarından daha az antijen kullandığı için daha güvenli kabul edilir, ancak aynı zamanda daha pahalıdır. Son araştırmalar, DTP aşısının bağışıklık oluşturmada Dtap'dan daha etkili olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, Dtap'ın daha dar olan antijen tabanının mevcut patojen suşlarına karşı daha az etkili olmasıdır (28).

dTpa (tetanoz toksoidi, azaltılmış difteri toksoidi ve aselüler boğmaca aşısı; Tdap) 10 Haziran 2005 tarihinde yetişkin ve ergenlerde kullanılmak üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde lisans almıştır (29). "d" ve "p", difteri toksoidleri ve boğmaca antijenlerinin daha küçük konsantrasyonlarını göstermekte ve "ap" kısaltmasındaki "a", boğmaca toksoidlerinin aselüler olduğunu göstermektedir. ABD'de iki Tdap aşısı mevcuttur; Sanofi Pasteur tarafından üretilen Adacel 11 ila 64 yaş arası yetişkinlerde kullanım için lisanslanmıştır; GlaxoSmithKline tarafından üretilen Boostrix, 10 ila 64 yaş arası ergenlerde ve yetişkinlerde kullanım için lisanslanmıştır. Ocak 2011'de, ABD'nin bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), tdap'ın 65 yaş ve üstü yetişkinler de dahil olmak üzere her yaştan yetişkinlerde kullanılmasını önerdi (30).

Tdab veya Td aşısı uygulanması sonrası en sık görülen yan etki enjeksiyon yerindeağrı, eritem ve şişliktir. Bunların yanısıra ateş, baş ağrısı, yorgunluk, eklem ağrısı, senkopda gelişebilir. Önceden çok sayıda aşı yapılmış kişilerde Arthus tipi lokal aşırı duyarlılıkreaksiyonu gelişebilir. Arthus reaksiyonu aşı için kontrendikasyon oluşturmaz, önerilendoz aralıklarına uyulması gerekir(31)

2.2.2. Grip (influenza) aşısı

Grip aşıları, influenza virüsleri tarafından enfeksiyona karşı koruyan aşılardır. İnfluenza virüsü hızla değiştiği için aşının yeni bir versiyonu yılda iki kez geliştirilir(32). Aşı etkinlikleri yıldan yıla değişirken, çoğunlukla influenza virüslerine karşı yüksek koruma sağlanır (32,33). Grip aşısının sağlık çalışanlarında kullanılmasıyla nozokomial bulaş, iş kaybı, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının azaldığı görülmüştür (15). Araştırmanın kalitesinin düşük olması nedeniyle iki yaşından küçük ve 65 yaşın altındakilerde aşı etkinliği tam olarak bilinmemekle beraber 65 yaş üstü bireylerde hastaneye yatış ve ölümleri azalttığı görülmüştür (34,35). Aşılanan çocuklar etrafındakileri koruyabilir (32). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve CDC, özellikle yüksek risk altındakiler olmak üzere altı aydan fazla olan tüm insanlar için yıllık aşılama yapılmasını tavsiye etmektedir (32).

Aşılama tavsiye edilen gruplar arasında hamile kadınlar, yaşlılar, altı ay ile beş yaş arası çocuklar, diğer sağlık sorunları olanlar ve sağlık alanında çalışanlar bulunur. Aşılar genellikle güvenlidir.Aşılanan çocukların yüzde beş ile on'unda ateş oluşur; geçici kas ağrıları veya yorgunluk hissi de oluşabilir. Bazı yıllarda, aşı, milyonlarca insanda yaklaşık bir vaka oranında olan ve yaşlı insanlar arasında görülen Guillain-Barré sendromunda artış ile ilşkilendirilmiştir. Aşının önceki versiyonlarına şiddetli alerjisi olanlara verilmemelidir (32). Aşıda inaktif ve zayıflatılmış virüsler birlikte vardır. İnaktif form gebelerde kullanılabilir (32).

2.2.3. Pnömokok aşısı

Pnömokok aşıları, Streptococcus pneumoniae bakterisine karşı aşılardır. Kullanımları bazı pnömoni, menenjit ve sepsis vakalarını önleyebilir. İki tip pnömokokal aşı vardır: konjuge aşılar ve polisakkarid aşıları. Enjeksiyonla ya bir kas içine ya da cildin hemen altında verilir(36). S. Pneumoniae asıl insanları etkileyen bir etkendir. S.Pneumoniae rezervuarı taşıyıcı bireylerin nazofarinksidir. Pnömokok bulaşı hastalardansağlıklı kişilere inhalasyon, sekresyon, damlacıkyoluyla olur (37).

Polisakkarit Pnömokok aşısı; diyabet, kronik akciğer, karaciğer hastalığı, kalp hastalığı,alkolizm, sigara içiciliği olan bireylerdir. İmmünsüprese hastalığıolanlar

(HIV, B, T hücre defekti,kompleman eksiklikleri, malignite, kronik böbrek hastalığı,aspleni,BOS kaçağı olanlar ve 65 yaş üzeri bireylere) 5 yıl geçince revaksinasyon gerekmektedir. Sağlıklı birey ve iki yaştan küçük çocuklarda aşı endikasyonu yoktur. (38).

İki yaş altı çocuklarda rutin aşılama programında olan konjuge pnömokok aşısı 2-4-6.aylarda birer doz daha sonra 12-15 ay arasında ek bir doz şeklinde önerilir. İmmunsuprese, hemoglobinopati, aspleni, BOS kaçağı olan 2 yaş üstü çocuk ve erişkinlerde PPA ile ardışık yapılması önerilir. İki yaşından büyük sağlıklı çocuk ve erişkinlerde KPA gereksizdir. Konjuge aşıların erişkin aşı programındarevaksinasyonu yoktur (39).

Kış ve ilkbahar ayları daha sık izlenen pnömokokkal hastalıklar S. pneumoniae, KOAH alevlenmesi, pnömoni, menenjit, sinüzit, bakteriyemi, otitis mediadır (40).

Tablo 1. Risk durumlarına göre pnömokok aşıları (15)

Risk durumu	**Önce konjuge aşı yapıldıysa polisakkarit aşı için gereken süre**		**Önce polisakkarit aşı yapıldıysa konjuge aşı için gereken süre**	
	19-64 Yaş	**≥ 65 yaş**	**19-64 yaş**	**≥ 65 yaş**
Riskli durum yok*	≥ 1 yıl*	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl*	≥ 1 yıl
-Kronik kalp hastalığı -Kronik akciğer hastalığı -Diabetes mellitus -Alkolizm -Kronik karaciğer hastalığı -Siroz -Sigara içiciliği	≥ 8 hafta	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl
-BOS kaçağı -Kohlear implant	≥ 8 hafta	≥ 8 hafta	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl
-Fonksiyonel ya da anatomik aspleni	≥ 8 hafta	≥ 8 hafta	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl
-Konjenital ya da kazanılmışimmünyetmezlik -HIV enfeksiyonu -Kronik böbrek yetmezliği -Nefrotik sendrom -Lösemi -Lenfoma -Hodgkin hastalığı -Multipl myelom -Yaygın malignite -Solid organ transplantasyonu -İmmünsupresif tedavi	≥ 8 hafta	≥ 8 hafta	≥ 1 yıl	≥ 1 yıl

2.2.4. Hepatit A aşısı

Hepatit A virüsü Picornaviridae ailesinin Hepatovirüs cinsinde bulunmaktadır. Virüs tek bir serotipe sahiptir. Zarfı yokur, 27-28 nm çapında,pozitif polariteli, kübik simetrilik, lineer ve RNA'sı tek sarmallıdır(41).

Fekal oral yolla bulaşan Hepatit A virüsü (HAV) tüm dünyada yaygındır ve özellikle karaciğerde enflamasyon yapar. HAV birey ayırt etmese de sosyo-ekonomik düzey ve kanalizasyon sistemleri kötü olan ülkelerde sık görülür. DSÖ 2014 bulguları 1,4 milyon kişinin 1 yılda HAV enfeksiyonu olduğunu düşündürmektedir. Sağlık ve hijyen şartları kötü olan yerlerde bulunan 10 yaş altı çocukların %90'ı HAV enfeksiyonu kapmaktadır(42)

Hastalığın gerçek insidansını belirlemek, hastalığın tanımlanmamış olması,vakaların bildirilmemiş olmasıyüzünden zordur(43). İnsidansı yüksek olan yerlerde genelde çoçukken enfekte olan insanlar geçirilmiş HAV enfeksiyonu sonrası bağışıklığı ömür boyu sürmektedir(44).

Akut hepatit A'nın üç klinik formu vardır:

1- Asemptomatik form; rastlantısal olarak anti-HAV IgM pozitifliği saptanmasıdır.
2- Subklinik form; Transaminaz yüksekliği mevcuttur,ancak klinik olarak bir sorun mevcut değildir.
3- Semptomatik form; Genelde İkterik olmakla beraber nadiren nonikterik seyreder. Semptomatik formun görülme sıklığı yaşlılarda daha fazladır. (41)

En sık görülen akut viral hepatit etkeni olmakla beraber, anti-HAV IgM pozitif olması akut hepatit A'ya özgüdür. Ayrıca bu hastaların bulaştırıcılıkları mevcuttur. Özellikle HCV pozitif Karaciğer hastalığı olan hastalarda HAV süperenfeksiyonu kötü prognozdur ve fulminan hepatit riski yüksektir (45).

2.2.5. Hepatit B aşısı

Hepatnaviridae ailesinin Ortohepatnavirüs cinsinde bulunan hepatotropik Hepatit B virüsü , zarflı ve kısmen çift sarmallı bir DNA virüsüdür. İnkübasyon süreci 30-180 (ortalama 70 g) gündür. Çocuklarda ve gençler, erişkinlere

görehastalığı daha hafif veya asemptomatik izlenmektedir. Enfeksiyonlarda kronikleşme riski asemptomatik hastalarda daha fazladır. Yenidoğan enfeksiyonlarında %98'e kadar yükselir. Kronikleşen enfeksiyonlardahepatosellüler karsinom ve siroz gelişebilir. Bulantı, kusma halsizlik, yorgunlukhastalığın tipik semptomlarıdır. Sağ üst kadranda ağrı görülebilir (46).

Başlıca kan yolu ile bulaşan HBV, korunmasız cinsel ilişki, ortakkullanılan enjektör, jilet,dövme,akupunktur, manikür, pedikür, gebelikte bebeğe bulaşabilmektedir (42).

1982 yılında üretilmeye başlanan Hepatit Başıları ilk olarak aşılar plazma kökenli olmakla beraberşuansadece rekombinasyon teknolojisiyle üretilenler kullanılmaktadır. 0,1,6. aylarda birer doz aşı yapılması Hepatit B aşısı için hem erişkin hem çocuklarda en optimal antikor cevabı elde edildiği için günümüzde bu şema kullanılmaktadır.Hızlı antikor yanıtıisteniyorsa şema 0,1,2,12.aylar şeklinde de yapılabilmektedir. DSÖ'nün HBV için0,1,6'ıncı ay, 0,1,12'inci ay veya 0,1,2,12'inci ay önermektedir, ama dünyada en fazla kullanılan aşı programı 0,1,6 ay şemasıdır. Ayrıcabazı özel gruplarda0,10,21. günde ve 0,7,28. günlerde birer aşının uygulanabilir ve 12. ayda rapel yapıldığı hızlı aşı programları da kullanılabilmektedir (15).

1982'den beri, dünyada 1 milyardan fazla hepatit B aşısı kullanılmaktadır. Birçok ülkede çocukların ortalama %10'unun kronik hepatit B virüsüyle enfektedir, aşılama sayesinde bu oran %1 civarına çekilmiştir.183 üye devlet 2013 yılından bu yana, hepatit B aşılama programları sayesinde;hepatit B aşısını çocukların %81'ine ulaştırmıştır. Hepatit B'ye karşı Dünya Sağlık Asamblesi'nin aşılama kararını aldıktan sonra, 31 ülkede1992 yılında aşılamada ciddi bir artış gözlenmiştir.93 üye devlet 2013 yılından bu yana, hepatit B aşısı doğumda başlamaktadır (48). Aşılama hepatit B hastalığından uzun zaman korunmayı sağlamaktadır. Hepatit B aşısı, HBV için bütün yaş gruplarına uygulanmaktadır (49).

2.2.6. Su çiçeği (varisella zoster) aşısı

İnsan Herpes virüs familyasına ait Varisella Zoster Virüs‟ü, cift zincirli ve zarflı DNA virüsüdür. Suçiçeği (Primer enfeksiyon) geçirildikten sonra , duyu sinirlerinin arka gangliyonlarda latent biçimde yıllarca kalabilir (50).

VZV'nin tek konağı insandır. Solunum veya direkt temas ile kişilere bulaşır. Üst solunum yollarında ve nazofarenkste replike olan virüs enfekte olan Thücre göçü sayesinde lenf nodlarına yayılır. Primer olarak replikasyonunu lenf nodlarında yapanvirüs, daha sonra retiküloendotelyal sistem veya diğer organlara geçer. Primer viremi ortalama 2 gün sürer. Daha sonra içorganlardavirüs replikasyonu devam eder. İlk temastan sonra 10-21 gün içinde ikinci viremi olur veprodromal belirtiler ortaya çıkar. Virüs ile enfekte olan vücutta yaklaşık 15 gün sonra hedef organ olan deri etkilenir. Komplikasyon gelişmeyen hastalarda klinik bulgular10-14 gün içerisinde yok olur. (50).

Su çiçeğienfeksiyonu açısından aşı önerilen gruplar yüksek riskli kişilerdir (Ör: sağlık personeli, immün süprese hastaların aileleri), bulaş veya temas ihtimali yüksek olanlara (15-49 yaş hamile olmayan kadınlar ve uluslararası gezi yapanlar,öğretmenler, yatılı okulda okuyanlar,bakım personeli, kreşçalışanları, askeri personel, çocukla birlikteaynı evde kalan kişiler) suçiçeği aşısı 2 doz şeklinde 1 ay ara ile yapılmalıdır. 0,5 ml 1350 plak ünite (PFU) içinde Varicella Zoster Virüsü (VZV) vardır (15).

VZV gebelerde ağır seyreder. Son trimesterde zature, erkendoğum, ölüm riski çok fazladır (51). Sero-negatif annede VZV infeksiyonu bebeğe, transplasental, doğumda assendan yol ve doğumdan sonra damlacık/direkt yolla bulaşabilir. Gebeliğin ilk trimestırında bu infeksiyon konjenital varisella sendromu yapar. Konjenital varisella sendromu;kortikal ve spinal kordatrofisi,ensefalit, hipoplastikekstremite, göz bulguları (optik atrofi, mikroftalmi, anizokori,enoftalmi,nistagmus, korioretinit, katarakt), döküntüsüne bağlı cilt skarlar, intrauterin gelişme geriliği, konvülziyon,horner sendromu, mikrosefali,kas hipoplazisi,kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner anomaliler olur ve mortalite oranı %30'dur(52).

2.2.7. Herpes zoster (zona) aşısı

Oka suşundan üretilen ve su çiçeği aşısı ile aynı kökenden gelen ama içerdiği antijenmiktarı 14 kat daha fazla olan vesu çiçeğinden farklı olarak virüsün bazı kısımlarını da içeren aşıdır(53).

Bir yılda içindeCDC verilerine göre Amerika Birleşik Devletlerinde 1 milyon civarında zona görülmektedir. 3 kişiden birisi yaşamı boyunca zonaya yakalanmaktadır. Olguların %50'i 60 yaşın üzerindedir ve en ciddi komplikasyon olan postherpetik nöralji bu kişilerde daha çok görülür (54).

Gebelere, jelâtin veya neomisine karşı alerjisi olanlardazona aşısı kontrendikedir. İmmün suprese olan hastalarda (AIDS, lösemi, lenfoma ve maligniteler) önerilmemektedir (50). Zoster aşısı ve pnömokok aşısı birbirlerinin etkinliğini azalttığıiçin beraber yapılması önerilmez (55).

Zona aşısının nadiryan etkisi vardır. Lokal yan etki olarak en sık ağrı bildirilmiştir (50). Bununharicinde hassasiyet, eritem, şişlik olabilir, ateş çok fazla bildirilmemiştir (56).

2.2.8. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları

Genellikle çocukları etkileyen kızamık, bulaşıcı ve viral bir hastalıktır ve damlacıkla bulaşmaktadır. Bulaştan 10-12 gün sonra infeksiyon belirtileri olmaktadır ve bunlarburun akıntısı, ateş, kanlı gözler ve ağız içinde lekelerdir.Enfeksiyondan birkaç gün sonra, yüzde ve boynunda başlayan döküntüler daha sonra tüm vücuda yayılmaktadır. Spesifik tedavisi bulunmayan kızamık, genellikle 2-3 haftada içinde iyileşir. Ancak immun yetmezlikli kişilerde ağır seyretmektedir. Körlük, ishale bağlı ağır dehidratasyon, ensefalit ve pnömoni gibi ciddikomplikasyonları mevcuttur(57).

KKK (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık Aşısı) aşısının kızamık komponentine bağlı olarak 7-10 gün içerisinde %5-10 oranında kızarıklık ve döküntü olabilirken kabakulak komponentine bağlı olarak da parotit gelişebilir. Kızamıkçık komponenti nedeniyle nadiren artropati gözlenebilir. Çok nadir olarak da konvülsiyon, aseptik menenjit ve trombositopeni gibi daha ciddi yan etkiler görülebilir(58)

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları attenüe(zayıflatılmış) canlı aşı grubundadır.Civciv embriyonu kültüründen kızamık ve kabakulak aşıları, insan diploid hücre kültüründen kızamıkçık aşısı üretilir (15). Bu aşıların monovalan ve kombine [kızamık, kızamıkçık (KK), kızamık, kabakulak, kızamıkçık (KKK); kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği (KKKS);] formları vardır. Birçok yönden kolaylıksağlayan kombine ürünler, ekonomik,kolay yapılabilir, yan etkisinin içeriğindeki aşı arttıkça artmaması ve etkinliğininbozulmaması nedeniylebirçok ülkede uygulanmaya başlanmıştır (59).

Kontrendikasyonları gebelik, immün yetmezlik, yumurta-neomisin alerjisi varlığıdır(60).

2.2.9. Meningokok aşısı

Bütün dünyada menenjitin ve sepsisinen sık sebepleri arasındaNeisseria meningitidistir. Yılda yaklaşık 500.000 hasta ve 50.000 ölüm bildirilmektedir (61).Sadece insanların nazofarinksinde bulunan N. meningitidis kapsülsüz veya kapsüllü gram negatif diplokok bir bakteridir. Polisakkarit kapsüle göre gruplandırılan meningokoklarda A, B, C, Y ve W-135 serogrupları invaziv hastalıkların çoğunluğunu oluşturulur (62).

İnkübasyon süresi 3 ila 4 gün olan meningokok hastalığı2 ila 10 gün arasında da olabilmektedir (63).

Tüm dünyadaiki çeşit (polisakkarit ve konjuge)meningokok aşısı yaygın olarak kullanılmaktadır. Hem polisakkarit hem konjuge aşı inaktive aşılardır. Meningokok aşılarından polisakkarit aşı, kapsül polisakkaritlerinin saflaştırılması ile elde edilmiş ve konjuge aşı kapsülpolisakkaritinin proteinlere bağlanması ile elde edilmiştir.T-hücre bağımsız olan polisakkarit aşılar, immünolojik hafıza oluşturmadığından ve 2yaş altında kullanılmaz.Polisakkarit antijen bir taşıyıcı proteinebağlanankonjuge aşılar ise T-hücre bağımlıdır. Bu yüzden küçük bebeklerdekullanılır ve bağışıklık oluşturur (64).

Ateşli hastalıkta kontrendikedir. Allerjik reaksiyon nadiren görülebilir. Endemik bölgelere seyahatinde (ör: Hac) ve laboratuar personeline tek doz, aspleni, yatılı okullar, kompleman yetmezliği, HIV enfeksiyonu olanlar, askeri birlikler gibi

salgın olasılığı olan gruplara 2 doz aşı önerilmektedir. Salgınlar sırasında gebelere bile uygulanabilir (65).

2.2.10. Human papilloma virüs aşısı

İnsanlarda,daha sık olmak üzere kadınlarda genital bölgesiğillerine neden olan Human Papilloma Virüs genelde servikste (nadiren vajina ve vulvada) prekanseröz durumlara, bazen de serviks kanserine yakalanma ihtimalini arttırır. HPV, deri bütünlüğünün olmadığıyerlerdenvücuda girip hücre içine yerleşir. Vücuda giren virüs latentdurumda kalıp 8 ay-2 yıl içinde gerileyebilirken bazen hastaların %10'unda servikal intraepitelial neoplazi 1 (CIN 1)'den CIN 3'e doğru ilerleme gösterebilir. ServikalHPV enfeksiyonu bağışıklık yanıtı geç (6-12 hafta sonra) ve zayıf olarak oluştuğunu gösterir. Ancakhastalarıntümündebağışık yanıt oluşmayabilir. Rekombinasyon tekniği ile temin edilenHPVaşıları virüs benzeri kısımlarihtiva ederler. 100'den fazla çeşidi bulunan HPV'nin16 ve 18 tipleri servikal kanser için yüksek riskli, 6 ve 11 tipleri ise düşük riskli tiplerdir. Dört tipiiçerecek şekildetetravalan [Tip 6,11,16,18(Gardasil)] ve iki tipi içerecek şekildebivalan [Tip 16,18(Cervarix)] aşılar mevcuttur. FDA 9 valanlı (6,11,16,18,31,33,45,52,58) aşıyı 2015 şubattaonaylamıştır (15).

Gebelere HPV aşısı önerilmemektedir. Ama aşılamaiçin gebelik testi deönerilmez. Aşı uygulanmaya başladıktan sonra gebelik testi pozitif tespit edilen kadınlara hiçbir müdahale gerek yoktur ancakgeri kalan dozlar gebelik sonrasındayapılmalıdır (66).

DSÖ'nün önerilerine göre9-13 yaş kız çocuklarına seksüel aktivite başlamadan HPV aşıları yapılmalıdır. Ayrıca HPV aşısı için üst yaş sınırı yoktur.Seksüel aktif kadınlarda da HPV ile enfekte olmadıkça aşıdan tam yarar görürler. Ancak daha önceden HPV karşılaşan kadınlarda aşı daha az etkilidir. Yine de seksüel aktivitesi olan tüm kadınların da aşılanması önerilmektedir. Aşı aynı zamanda farklı HPV tiplerine bağışıklık sağladığından anormal smear testi, genital siğil veya HPV pozitif olan tüm kadınlara da aşı tavsiye edilmektedir. Aşı yapılmışbireylerde dahi smear testiyapılması gerekmektedir. Tam olarakaşının koruyuculuk süresi bilinmemekle ancak,koruyuculuğunun en az 5 yıl olduğu bildirilmektedir. Aşı şeması 3 dozdan oluşup 0. 2. ve 6. Aylardadört ve dokuz

valanlı,0. 1. ve 6. Aylarda ise iki valanlı aşı ise IM yapılır. 2 doz aşının 3 doz aşı kadar etkili olduğu DSÖ tarafından bildirilmektedir (15).

2.2.11. Kuduz aşısı

Rhabdoviridiae familyasına üyenörotropik bir virüs olan kuduz virüsü Segmentsiz, tek sarmallı RNA virüsüdür. Hassas bir virüs olan Kuduz virüsü ultraviyole ışına ve ısıya dirençsizdir. Virüs vücuda giriş yerindeki nöromuskuler asetilkolin reseptörlerine bağlanıp daha sonra bağ dokusu ve iskelet kasında çoğalıpperiferik sinirler üzerinden retrograt aksonal transportla göç eder. Eğer merkezi sinir sistemine ulaşırsa ensefalie neden olur. Daha sonra periferik sinirler üzerinden tekrar sentrifugal olarak tükürük, gözyaşı bezi ve birçok dokuya ilerler. Virüs sinirlerin içinde kaldığı sürece immüniteden saklanır (13).

Kuduz profilaksisi 2'ye ayrılır. Kuduz ile temas öncesi profilakside 0.,7., 21. (veya 28.) günlerde toplam 3 doz deltoid kas içine (2 yaş altında çocuklarda uyluk anterolateraline) yapılır. Yeterli antikor yanıtı olmamasınedeniylegluteal bölgeye ya da karın çevresine yapılması önerilmemektedir. Yüksek risk grubunda (kuduz virusu veya aşısı üretiminde çalışanlar gibi) her 6 ayda bir, diğer risk gruplarında 2 yılda bir kuduz antikorları bakılmalıdır. Antikor düzeyi yüksek gelen kişilerde aşı yapılmasına gerek yoktur (67).

Kuduz ile temas sonrası yaklaşım; yara pansumanı, antibiyotik, tetanoz aşı profilaksisi, kuduz aşısı ve kuduz immün globülinini kapsar(67).

Kuduzun enzootik olduğu yerlerde hayvan temasları şu şekilde gruplandırılabilir (1):

Kategori 1: Hayvana dokunma ya da besleme ya da sağlam derininyalanması,

Kategori 2: Çıplak derinin, deri altına geçmeyecek şekilde, hafifçesıyrılması ya da kanama olmadan küçük tırmalama ya da dokuda zedelenme,

Kategori 3: Deriyi zedeleyen ve derialtına geçen tek veya çok sayıda ısırıkve tırmalamalar; mukozaların, açık yaraların hayvanın salyası ile temas etmesi;yaranın kafa, boyun, parmak uçları gibi sinir uçlarının yoğun olduğuyerlerde bulunması,

Kategori 4: Kuduza yakalanma ihtimali olan yabani hayvan türleriyletemasta bulunulması.

Kategori 1 yaralanmalarda temas sonrası profilaksigerekmezken, kategori 2 yaralanmalarda kuduz aşısı, kategori 3 ve 4 ise immünglobulin ve aşıgereklidir. Temassonrası profilakside,tetanoz, yara bakımı ve antibiyotik atlanmamalıdır (15).

2.2.12. Tetanoz aşısı

Clostridiumtetani bakterisinin ekzotoksinden oluşan tetanoz; ölümcül olan akut bir hastalıktır. Gram pozitif anerobik C.tetani kendini rijidite ve spazmlar ile gösterir. Rijidite ve spazmsıklıkla boyun ve çenede başlayıp sonra tüm vucuda yayılır. İki ekzotoksin salgılayanClostridiumtetani; tetanolizin(fonksiyonu bilinmemektedir) ve tetanospazmin(nörotoksindir,klinik seyrinden sorumlu olan toksin)dir. 3 ile 21 gün arasındainkübasyon süresi olan hastalığın neonataltetanoz içinsemptomlar doğumdan 4 ile 14 gün sonra oluşur (40).

- Erişkinler için primer aşılama üç dozdur: Dört hafta ara ile iki doz,ikinci dozdan 6–12 ay sonra üçüncü doz Td aşısı yapılmalıdır. Aşılar deltoidkasa IM yoldan uygulanır.
- Antitoksin düzeyi zamanla azaldığı için primer aşılama serisinitamamlamış olan erişkinlerin her 10 yılda bir Td rapeli ile aşılanması ve burapellerden birinin Tdap olması önerilir.
- Önceden Tdap uygulanmamış olan veya önceki aşı durumubilinmeyen tüm erişkinlere Tdap uygulanır. Bu uygulamada yakın zamandayapılmış tetanoz veya difteri aşılama durumuna ve aşı aralığına bakılmaz.
- Td aşısı ile primer üç doz tetanoz aşılama şemasını tamamlamamışolan kişilere Tdap ile aşı başlanabilir veya eksik kalan aşı dozları tamamlanır.
- Doğurganlık çağında (15–49 yaş) Tablo 1'de belirtildiği şekilde 5 dozTd uygulanmış olan kadınların da 10 yıl aralıklarla Td aşılamasına devamedilir.
- Gebelere de önceki Td veya Tdap aşı durumlarına bakılmaksızın hergebelikte Tdap yapılması önerilmektedir. Bunun nedeni, postpartum dönemde 12 aydan küçük bebekle yakın temasta bulunmalarıdır. Gebelikte Tdap yapılması için ideal dönem 27-36.

gebelik haftalarıdır. Aynı nedenle daha önce Tdap yapılmamış olan ve 12 aydan küçük bebeklerle temas olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarına da Tdap önerilmektedir (15).

2.2.13. Haemophilus influenzae tip b (Hib) Aşısı

Üç farklı konjuge Hib aşısı 6 hafta ile 71 ay arası çocuklar için lisansalmıştır. Aşağıda belirtilen invaziv Hib hastalığı riski artmış erişkin grubunda aşıönerilmektedir:

- Fonksiyonel ya da anatomik aspleni
- İmmünglobülin yetmezlikleri
- Kompleman eksikliği
- Kök hücre transplantasyonu
- Malignite nedeniyle kemoterapi ve/veya radyoterapi alanlar

Splenektomiden 14 gün veya daha öncesinde tek doz yapılmasıönerilmektedir. Hematopoietik kök hücre alıcılarına transplantasyondan 6-12ay sonra en az 4 hafta arayla 3 doz aşı uygulanmalıdır.Aşının herhangi bir komponentine karşı allerji varlığı, bir önceki dozdaallerjik ve anafilaktik reaksiyon durumunda aşı kontraendikedir.Aşı yapılan bölgede kızarıklık, kaşıntı, ısı artışı gibi lokal reaksiyonlardışında ciddi yan etkisi bulunmamaktadır. Son derece nadir olarak alerjikreaksiyon yapabilir (15).

2.3. ÖZEL ERİŞKİN GRUPLARINDA AŞILAMA

2.3.1. Hematolojik ve immünsupresif hastalıklarda bağışıklama

Tetanoz, difteri ve inaktive polio aşıları: Erişkin aşılama endikasyonları geçerlidir fakat kemoterapi sırasında yanıt düşük olacağından kemoterapi sonrasına bırakılmalıdır(68).

Pnömokok aşıları: Splenektomiden ve tedaviden önce konjuge ya da polisakkarid pnömokok aşısı ile aşılama yapılabilir.Bu hastalara 23 valanlı aşı, tedaviden en az 2 hafta önce yapılmalıdır, bu süre tercihan 4-6 hafta olmalıdır. Splenektomi yapılacaksa yine aşının splenektomi öncesinde yapılmasına dikkat edilmelidir(15,68).

***Haemophilus influenzae* tip b (Hib) aşıları:** Erişkin hematolojikmaligniteli hastalarda eğer hematopoietik hücre transplantasyonuyapılmayacaksa büyük risk yoktur ve Hib aşılaması önerilmez(15).

İnfluenza aşıları: İndüksiyon kemoterapisi alan akut lösemihastalarında influenzaya bağlı mortalite ve morbidite riski büyüktür. Buhastalarda enfeksiyon çoğu kez hastane kaynaklıdır. Aynı mevsimde iki aşılama önerilmez. Bütünhematolojik maligniteli hastalarda mevsimsel influenza aşılaması endikedir.Aşılama aile bireylerine ve hastane personeline de önerilir.Bu hastalara influenza aşısı önerilmektedir fakat yanıtın düşük olacağı ve diğer korunma önlemlerine de dikkat edilmesi gereklidir. Aşının Ekim ayı başından Kasım ayı sonuna kadar olan bir dönemde yapılması optimum koruma sağlar. Kemoterapiye başlanılmadan en az 2 hafta önce uygulanmalıdır (15,68).

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşıları: Canlı attenüe aşılar olduklarından immun düşkün erişkin hastalarda kontraendikedir. Ancak tedavi sonlandıktan en az 3 ay sonra ve remisyondaki hastalara yapılabilir (68).

Varisella aşıları: Canlı attenüe aşı olduğundan dolayı immündüşkün erişkin hastalarda kontraendikedir. Ancak tedavi sonlandıktan en az 3 ay sonra ve remisyondaki hastalara yapılabilir(68).

Hepatit A ve B aşıları: İmmün sistemi baskılanmış olgularda(hematolojik maligniteler dahil) hepatit B aşılamasına yanıt oranı yeterliolmamaktadır. Seroprotektif düzeyler değişkenlik göstermekle birlikte,genellikle düşüktür ve %10-35 oranlarında kalmaktadır. Bahsedilen özelliklernedeniyle tedavi altında olan hematolojik maligniteli olgularda hepatit B aşılaması yapılmamaktadır. Aynı özellikhepatit A aşılaması için de sözkonusudur(15).

2.3.2. Splenektomi planlanan, yapılan veya asplenik hastalarda bağışıklama

Splenektomi yapılan veya asplenisi olan hastalara pnömokok, meningokok ve H. influenzae tip B mutlaka uygulanmalıdır. Suçiçeği, mevsimsel grip, tetanoz ve KKKaşılarıönerilirken, durumuna göre hepatit A ve Başıları da tavsiye edilmektedir. Elektif splenektomiden iki hafta önce aşılar tamamlanmış olmalıdır. Preop aşı yapılmadıysa, antikor yanıtının splenektomi sonrası 2 hafta sonra oluşması

yüzünden14. günaşıların yapılması gerekmektedir. Grip aşısının her yıl, meningokok aşısı 5 yılda bir ve pnömokok aşısı beş yılda bir yaptırılması gerekir, H. influenzae tip B konjuge aşının beş yılda bir yapılması ile ilgili yeterli çalışma yoktur. (69).

2.3.3. Gebelikte aşılama

Canlı aşılar gebelikte kontraendikedir. İnfluenza hariç ilk trimestırda tüm aşılar kontraendikedir. Doğum öncesinde tetanoz 2 doz yapılır. 2 doz tetanoz toksoidi neonatal tetanozu en aza indirir. Ancak bu 2 doz doğumdan 3 hf önce yapılmış olmalıdır.Eğer risk fazlaysa polio ve sarı hummadayapılabilir. İnaktive aşılar güvenle yapılabilir. Ancak anneni ateşlenmesi fetusa risk olduğundan önerilmez. Gebeliğin 14. haftası ve sonrasında diğer inaktif aşılar ve HAV, HBV ve pnömokok aşısı yapılabilir.İmmunglobulinler gebelikte gerektiğinde yapılabilir(53). Gebelikte aşılama önerileri Tablo 2'da gösterilmiştir (15).

Tablo 2. Gebelikte aşılama önerileri (15)

Aşılar	Öneriler
Tetanoz-difteri(Td)	16. hafta ile 36. Hafta arasında uygulanır. Uygulama şeması; İlk doz gebeliğin 16.haftasında, 2.doz ilk dozdan en az bir ay sonra, 3.doz 2.dozdan en az 6 ay sonra 4.doz 3.dozdan en az bir yıl sonra 5.doz 4.dozdan en az bir yıl sonra Beş doz aşısı tamamlanmış kadınlarda her gebelikte bir doz aşı tekrarı tavsiye edilir. Mümkünse, Tdap olarak yapılması uygundur.*
İnfluenza	Gebeleri korumasının yanında, oluşan maternalantikorlar plasentadan geçerek bebeği korur.
Hepatit A	Gebelik esnasında rutin uygulama yapılmaz. Yüksekrisk altında olanlara yapılır. Uygulama şeması; 0,6-12. ay.
Hepatit B	Hepatit B'ye bağışıklığı yoksa yapılabilir. Aşı hemanneyi, hem de doğumdan sonra bebeği korur.Uygulama şeması; 0,1,6. ay.
Pnömokok	Fetüs açısından güvenilirliği net değil. Yüksek riskaltındaki kişilere zorunlu ise yapılır. 23 Valanlı tipuygundur. 13 Valanlı ile ilgili bilgi henüz yok.
Meningokok	Tıbbi endikasyon yoksa rutin olarak önerilmez.
İnaktive polio	Tıbbi endikasyon yoksa rutin olarak önerilmez.
Oral polio	Canlı atenüe aşı önerilmez.
KKK	Canlı virüs içerir, önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta gebekalmaması tavsiye edilir. Gebelik durumu bilinmedenyapılmışsa takip edilir, tıbbi küretaj endikasyonu yoktur.
Zona	Canlı atenüe aşı, önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta gebekalmaması önerilir.
Suçiçeği	Canlı atenüe aşı, önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta

	gebekalmaması önerilir.
HPV	Gebelerde yapılmış çalışma az. Güvenli olduğugörülmüş olmasına rağmen hamilelik dönemindetavsiye edilmez.

2.3.4. Yaşlılık döneminde aşılama

Yaşlılıkla bağışıklık sistemindeki gerileme kronik hastalıkta artışa, komplikasyonlara ve ölümlere neden olabilmektedir. Yaşlılıkta doğal ve sonradan kazanılmış immünitedeki değişimler daha fazla olur. Gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresinin yükselmesine bağlı ileri yaşta aşılama konusu önemli hale gelmiştir (70).Pnömokokkal hastalık insidansı ve mortalitesi 50 yaş, belirgin olarak da 65yaş üzerinde artış gösterir. Bu nedenle 65 yaş üzeri bireylere pnömokok aşısı yapılması önerilmektedir (15).

2.3.5. Sağlık çalışanlarında aşılama

Mesleklerini icra ederken en fazla enfeksiyon riskine maruz kalan gruplardan birisi sağlık çalışanlarıdır.Önerilen aşılar, rutin aşılama programındaki aşılar, mesleksel temas ile mesleki temas ile riski artan aşılardır (71).DSÖ'nün sağlık çalışanlarının bağışıklanmasına yönelik önerileri Tablo 3'de gösterilmektedir (72).

Tablo 3. DSÖ'nün sağlık çalışanlarının bağışıklanmasına yönelik önerileri (72)

Antijen	**Sağlık Çalışanlarına Önerilen Aşılar**
Hepatit B	Önceden aşılanmamış, enfeksiyon riski olan kişiler için önerilmektedir (örneğin, kan ve kan ürünlerine maruz kalan bireyler).
Polio	Tüm sağlık personeli polioya karşı birinci aşılama şemasını tamamlamış olmalıdır.
Difteri	Her 10 yılda bir sağlık çalışanlarının yeniden aşılanmasına özen gösterilmelidir.
Kızamık	Tüm sağlıkpersoneli kızamığa karşı aşılanmalıdır ve bu durum belgelenmelidir.
Kızamıkçık	Kızamıkçık aşısı ulusal programa dahil ediliyorsa tüm sağlık personeli kızamığa karşı aşılanmalıdır ve bu durum belgelenmelidir.
Meningokok	Sağlık personelidahil maruz kalma riski olduğu düşünülen kişilere, primer dozdan 3- 5 yıl sonra rapel yapılabilir.
İnfluenza	Sağlık personelleri influenza aşısı için önemli bir gruptur. Yılda tek doz aşı tavsiye edilmektedir.
Suçiçeği	Duyarlı ülkelerdeki sağlık personeline 2 doz suçiçeği aşısı yapılmalıdır (aşılanmamış ve suçiçeği öyküsü olmayan)

2.3.6. Seyahat aşılaması

Seyahat aşılamasında genel kural, en az 10–14 günönce aşıların tamamlanmış olmasıdır. 10-14 gün yeterli bağışıklığın ortaya çıkması ve yan etkilerin gözlenebilmesi açısındanönemlidir. Seyahat aşılaması için gidilecek ülkeler için detaylı bilgiHudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden alınabilir.

İmmünglobulin verilen kişiye 3-6 ay canlı aşı yapılmaz, ancak oral tifo (Ty21a)sarıhumma ve için bu aralık gereksizdir. Canlı aşı için bu süre 2 haftadır. Canlı aşılar aynı zamanda veya en azından 4 hafta arayla yapılmalıdır. Canlı-inaktive veya iki inaktiveaşı arasında zaman için sınırlaması yoktur. PPD ile kızamık aşısı ile aynı zamanda veya aşıdan 4 hafta sonra PPD yapılmalıdır. Aşılama şemasında bozukluklar olursa şemayasıfırdan başlamak gereksizdir(15).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırma Tipi

Çalışmanın tasarım tipi kesitsel-tanımlayıcıdır.

3.2.Araştırma Evreni

Çalışmanın evreni Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan tüm doktor ve hemşirelerden oluşturmaktadır. Veri toplama işlemi 01.01.2018-01.03.2018tarihleri arasındave dahil edilme kriterlerine uyan tüm doktor ve hemşireler çalışmaya katılmak üzere davet edilmiştir.

3.3.Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Örneklem sayısının belirlenmesinde, Raosoft programından yararlanılmıştır. Evren 1593, güven aralığı %95, hata payı %5 ve farkındalık düzeyine ilişkin prevalans %36 alınarak örneklem büyüklüğü toplamda 286 olarak belirlenmiştir ancak 222 gönüllü sayısına ulaşılabilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor veya hemşire olmak
- Gönüllü onam vermiş olmak

3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1- 18 yaşından küçük olmak

2-Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmıyor olmak

3-Gönüllü onam vermemek

4- Doktor ve hemşire harici mesleklerde çalışmak

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmada veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve mevcut literatürler baz alınarak hazırlanmış katılımcıların sosyodemografik

özelliklerini, aşılar hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan 23soruluk bir anket formu uygulanmıştır.

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerin erişkin aşılamasının farkında olup olmadığını saptamak bununla birlikte erişkin aşılar hakkındaki bilgi durumlarının,kronik hastalıklarının olup olmadığının ilişkisi de değerlendirilecektir.

(EK-1).Çalışmamızda Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerden 18 yaşından büyük 286 kişiye ulaşılması hedeflendi. Anketimiz hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 222 çalışandahil edildi.

Anket çalışması, 01.01.2018-01.03.2018 tarihleri arasındaTepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 222 doktor ve hemşireye yapılmıştır. Araştırma amacını belirtenbir açıklama ve bilgilendirmenin yer aldığı gönüllü onam formu tüm katılımcılara verilerek onayları alınmıştır. Ardından anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anketin toplam uygulanma süresi katılımcı başına ortalama 10 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması sırasında araştırmacı, katılımcı tarafından sorulan soruları yanıtlamış ve açıklamalarda bulunmuştur. Hiçbir şekilde yönlendirme yapılmamıştır.

Hastalardan anket doldurma yöntemiyle şu bilgiler elde edildi:

Cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evde 18 yaş ve üzeri kaç kişi yaşadıkları, aşılar hakkında bilgilenme kaynakları, kronik hastalık durumu, sürekli kullandıkları ilaçların olup olmadığı, kullandığı ilaç sayısı, çocukluk aşılarını yaptırıp yaptırmadıkları, 18 yaşından sonra aşı yaptırıp yaptırmadıkları, yaptırmışlarsa hangilerini yaptırmış oldukları, aşı yaptırmışlarsa kararlarını belirleyen etmenler, aşıları nerede yaptırdıkları, aşı sonrasında yan etki olup olmadığı aşı yaptırmamışlarsa bu kararlarının neden(ler)i, aşılar için ücret ödeyip ödemedikleri.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı değişkenler kategorik veriler için frekans ve yüzde ile, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapmalar ile sunulmuştur. Bağımlı değişken olan erişkin dönemde aşı yaptırma durumu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Dört gözlü tablolarda beklenen değerlerin beşin altında olduğu durumlarda Fisher kesin testi kullanılmıştır. Erişkin dönemde aşı yaptıran ve yaptırmayanların yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Doktor ve hemşirelerin aşı çeşitlerini yaptırma durumları Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 20.0 versiyonda gerçekleştirilmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8.Etik Onay

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yönetiminin yazılı izni; S.B.Ü.İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 11 Aralık 2017 tarih 14 toplantı no ve 10 numaralı kararı ile alınmıştır (EK-2). Çalışma grubunu oluşturan kişilerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna göre çalışmaya katılmayı kabul etmeleri istenmiştir.

4. BULGULAR

Toplamda 222 sağlık çalışanına anket yapılmıştır. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular Tablo 11'de sunulmaktadır. Katılımcıların %76,6 ile çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Yaş ortalaması standart sapmayla beraber 30,95 ± 7,71 yıl idi. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde %86,5 ile en çok 25-44 yaş, daha sonrasında %8,6 ile 18-24 yaş grubu gelmekteydi. Bu çalışmaya katılanların %49,1'ini doktor, %50,9'nu hemşireler oluşturmaktaydı. Medeni durum değerlendirildiğinde %49,5'unun evli, %50,5'ininbekar olduğu görüldü. Katılımcıların %8,06'sı lise mezunu, %91,4'üyüksek okul/üniversite mezunları yer almaktaydı. Gelir durumları değerlendirildiğinde %56,3'ünün5000TL altı , %43,7'si 5000 TL ve üzeri kazanmaktaydı. Katılımcıların %38,3'ü kalabalık ailede (üç ve üzeri) yaşamaktaydı, %25,7'si ise tek yaşamaktaydı. Evde yaşayan 18 yaş üstü kişi sayısı gruplandığında ise %50'si iki yetişkin şeklinde yaşamaktaydı. Katılımcıların %11,3'ü sigarayı bırakmıştı, %28,8'i halen sigara kullanıyordu, %59,9'u ise hiç kullanmamıştı (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı bulguları

		Sayı (n=222)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	170	76.6
	Erkek	52	23.4
Yaş	18-24 yaş	19	8.6
	25-44 yaş	192	86.5
	45-65 yaş	11	5
Medeni Durum	Evli	110	49.5
	Bekar	112	50.5
Eğitim Durumu	Lise	19	8.6
	Yüksek Okul/Üniversite	203	91.4
Meslek	Doktor	109	49.1
	Hemşire	113	50.9
Bölüm	Dahili Bölümler	164	73.9
	Cerrahi Bölümler	49	22.1
	Temel Bilim	9	4.1
Kaç Yıldır Çalışıyor	<2	59	26.6
	2-5 yıl arası	68	30.6
	>5 yıl	95	42.8
Gelir Durumu	≤5000 tl	125	56.3

	≥5000 tl	97	43.7
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Bir	57	25.7
	İki	80	36.0
	Üç ve üzeri	85	38.3
Evde yaşayan 18 yaş üzeri kişi sayısı	Bir	67	30.2
	İki	111	50.0
	Üç	33	14.9
	Dört ve üzeri	11	5.0
Sigara kullanımı	Bırakanlar	25	11.3
	Kullananlar	64	28.8
	Hiç Kullanmayanlar	133	59.9
Yaş ortalaması ± standart sapma =30.95 ± 7.71 yıl (Min: 19, Max:65)			

Çalışmaya katılanların %23,9'unun kronik hastalığı saptandı (Tablo 12). Kronik hastalık çeşitlerine bakıldığında en sık endokrin sistem hastalıkları (%28,1), daha sonrasında sıklık sırasına göre immünolojik hastalıklar,astım/bronşit/kronik akciğer hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, romatolojikhastalıklar,gastrointestinal sistem hastalıkları, DM ve nöropsikiyatrik hastalıklar gelmekteydi.Bir kişinin birden fazla hastalığı olabildiğinden n=57'dir ve hastalık yüzdeleri bu sayı üzerinden hesaplanmıştır (Tablo 5).

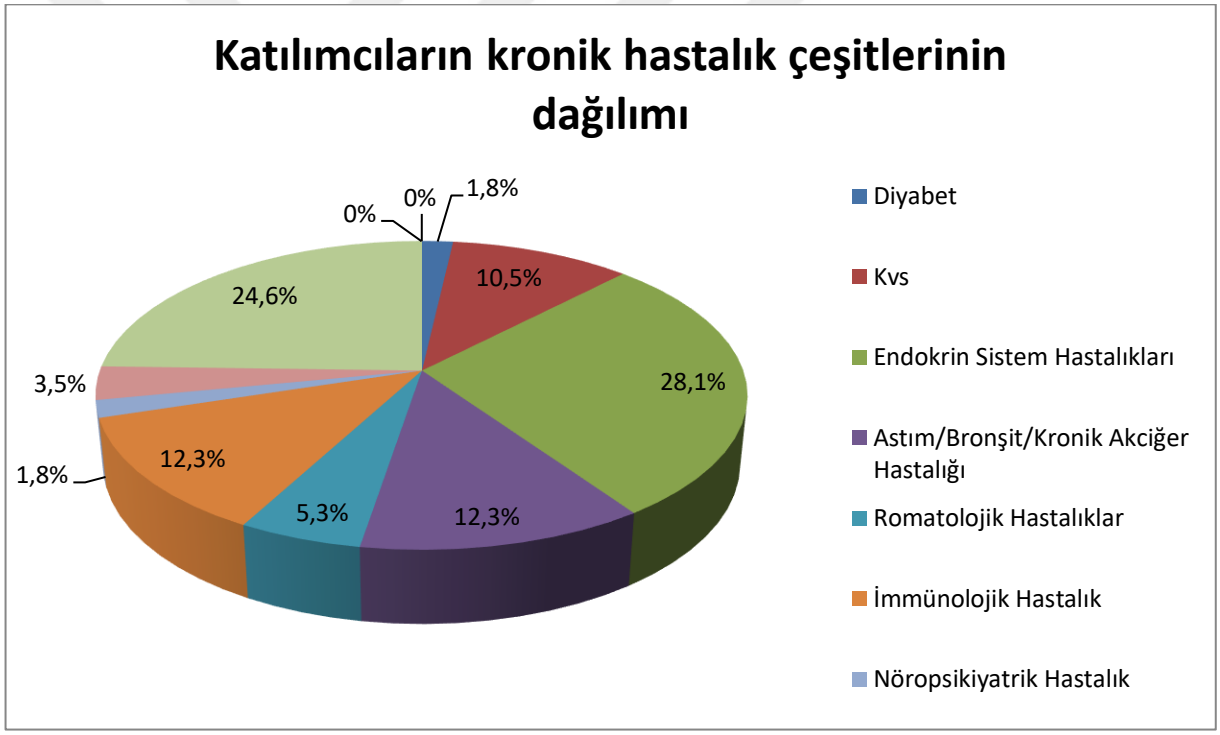
Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumları

		Sayı	**Yüzde**
Kronik hastalık	**Var**	53	23.9
	Yok	169	76.1
Toplam		222	100

Katılımcılarda en sık 3 kronik hastalık dikkati çekmekteydi. En sık üç kronik hastalık grupları endokrin sistem hastalıkları (%28,1), immün sistem hastalıkları(%12,3), veAstım/ Bronşit / Kronik Akciğer (%12,3) hastalıklarıydı. Daha sonrasında sıklık sırasına göre kardiyovasküler sistem hastalıkları, romatolojik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, DM ve nöropsikiyatrik hastalıklar gelmekteydi (Tablo 6)(Grafik 1).

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerinin dağılımları

	Sayı	Yüzde (%)
KVS	6	**10.5**
Diyabet	1	**1.8**
Endokrin sistem hastalıkları	16	28.1
Astım/ Bronşit / Kronik Akciğer hastalığı	7	12.3
Romatolojik hastalık	3	5.3
İmmünolojik hastalık	7	12.3
Nöropsikiyatrik hastalık	1	1.8
Kr böbrek hastalığı	0	**0**
Gastrointestinal sistem hastalığı	2	**3.5**
Diğer	14	**24.6**
Toplam	57	100
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		



Grafik 1. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerinin dağılımları

Katılımcıların %18,5'i sürekli ilaç kullanmaktaydı ve ilaç kullananların çoğunluğu bir ilaç kullananlar oluşturmaktaydı (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sürekli ilaç kullanımına ilişkin bulgular

		Sayı	Yüzde (%)
Sürekli ilaç kullanımı	Var	41	18.5
	Yok	181	81.5
Kullanılan ilaç sayısı	Bir	30	13.5
	İki ve daha fazla	11	5.0
	Hiç kullanmıyor	181	81.5

Çalışmaya katılanların çocukluk aşı yaptırma durumları incelendiğinde %8,1'i bilmediğini, %82,9'u yaptırdığını ve tamamladığını, %9'u yaptırdığını ancaktamamlamadığını ifade etmişti. Erişkin aşı durumları sorgulandığında ise %74,8'i yaptırdığını, %25,2'si yaptırmadığını ifade etmişti (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların aşı yaptırma durumları

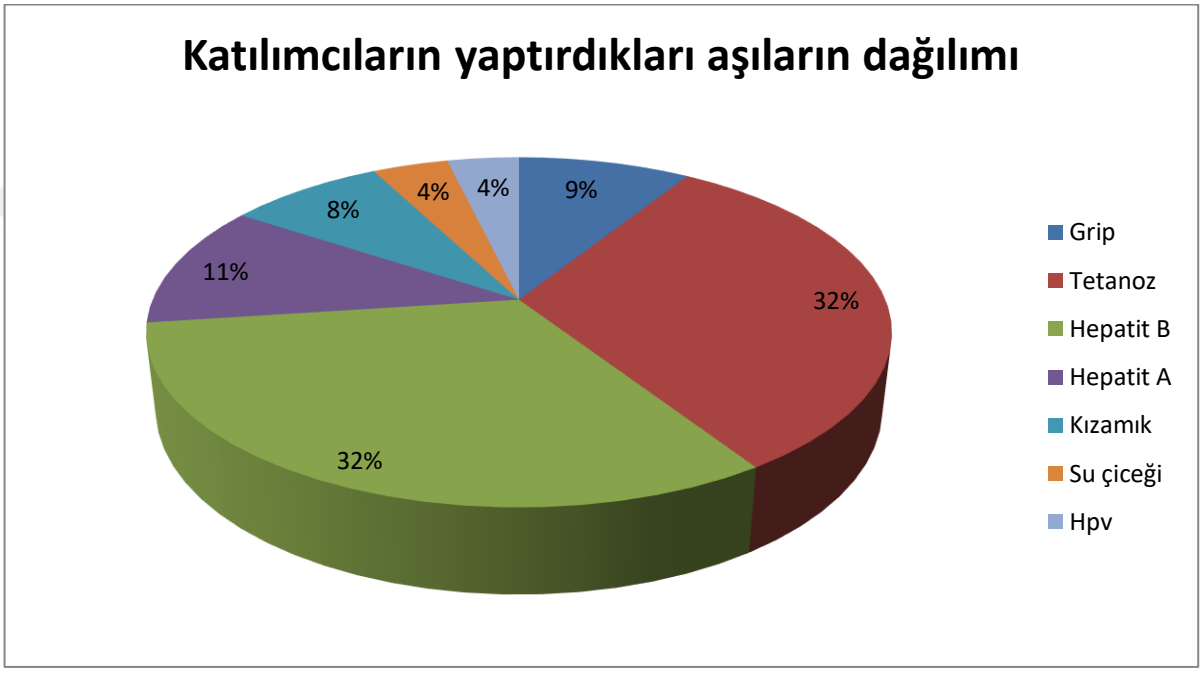
		Sayı	Yüzde (%)
Çocukluk aşı yaptırma durumu	Bilmiyorum	18	8.1
	Yaptırdım, tamamladım	184	82.9
	Yaptırdım, tamamlamadım	20	9.0
Erişkin aşı yaptırma durumu	Yaptırdım	166	74.8
	Yaptırmadım	56	**25.2**

Çalışmaya katılanların yaptırdıkları aşı çeşidi değerlendirildiğinde en sık Hepatit B sonrasında sıklık sırasına göre tetanoz,hepatit A, grip aşısı, kızamık, HPV, kuduz gelmekteydi. Bir kişi birden fazla aşı yaptırabildiğinden n=513'dür ve yüzdeler bu sayıya göre hesaplanmıştır (Tablo 9) (Grafik 2).

Tablo 9. Katılımcıların yaptırdıkları aşıların dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Grip aşısı	43	**8.4**
Tetanoz	154	**30**
Sarı Humma	1	0.2
Tifo	1	0.2
Hepatit B	155	**30.2**
Hepatit A	55	**10.7**
Kızamık	39	**7.6**
Kuduz	15	**2.9**

Pnömokok	5	**1**
Menenjit	1	**0.2**
HerpesZoster	1	0.2
Suçiçeği	19	3.7
Hib	6	1.2
HPV	18	**3.5**
Toplam	513*	100
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		



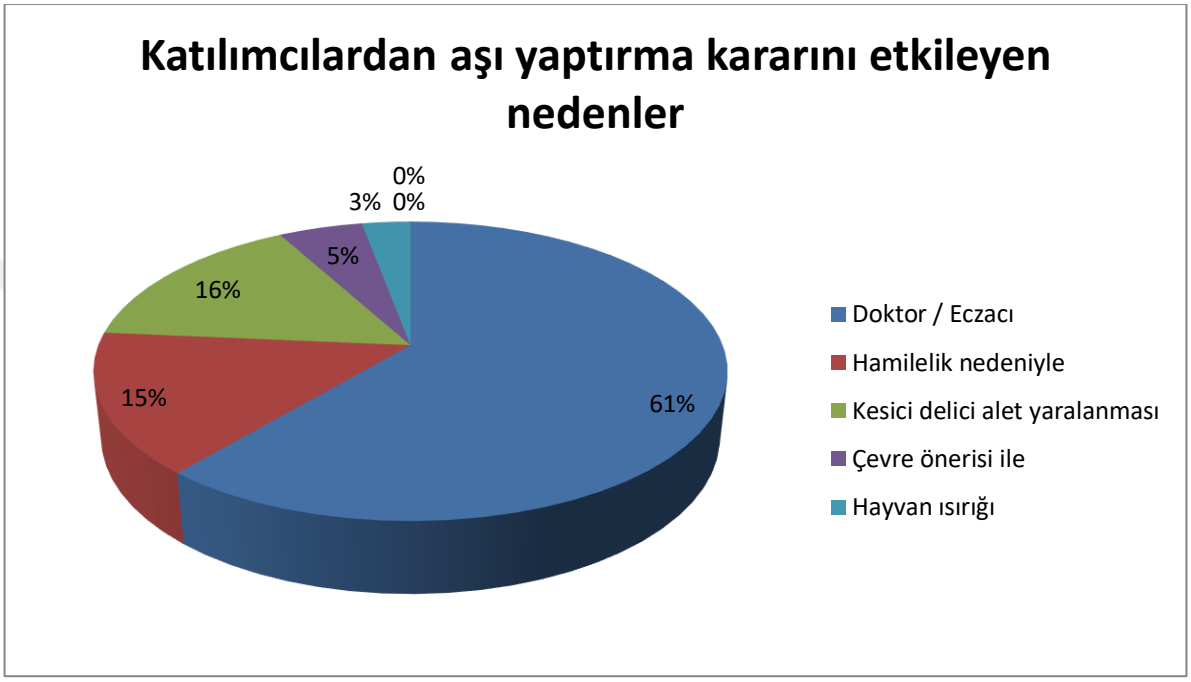
Grafik 2. Katılımcıların yaptırdıkları aşıların dağılımı

Katılımcıların aşı yaptırma kararını etkileyen nedenlere bakıldığında en sık doktor/eczacı önerisi gelmekteydi. Sonrasında sıklık sırasına göre, kesici delici alet yaralanmaları, hamilelik, çevrenin önerisi, hayvan ısırığı ve medya etkisi nedenleri ifade edilmişti (Tablo 10) (Grafik 3).

Tablo 10. Katılımcılardan aşı yaptırma kararını etkileyennedenler

	Sayı	**Yüzde (%)**
Doktor / Eczacı	145	**60.4**
Hamilelik	36	**15**
Kesici delici alet yaralanması	37	**15.4**

Çevre önerisi	12	**5**
Hayvan ısırığı	7	**2.9**
Hac için	0	**0**
Medya etkisi	3	**1.2**
Toplam	240*	100
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		



Grafik 3. Katılımcılardan aşı yaptırma kararını etkileyen nedenler

Beklenildiği üzere en sık aşı yaptırma yeri sağlık kurumu olarak belirtilmişti. Daha sonrasında evde ve diğer seçenekleri gelmekteydi (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcılardan aşı yaptıranların aşı yaptırdıkları yerlerin dağılımı

	Sayı	**Yüzde (%)**
Sağlık kurumunda	204	**97.6**
Evde	2	**1**
Diğer	3	**1.4**
Toplam	209*	**100**
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		

Aşı sonrası yan etkiler değerlendirildiğinde en sık yan etkinin ağrı, sonrasında kırgınlık ve ateş olduğu ifade edilmişti. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunda aşı sonrası yan etki gözlenmediği belirtilmişti. (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcılardan aşı yaptıranların aşı sonrası yan etki durumları

	Sayı	**Yüzde (%)**
Ateş	10	**4.3**
Kızarıklık	7	**3**
Kırgınlık	10	**4.3**
Ağrı	59	**25.1**
Hiçbir sorun yaşamayanlar	149	**63.4**
Toplam	235*	100
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		

Katılımcılardan aşı yaptırmayanların yaptırmama nedenleri incelendiğinde; sık aşının gereksiz olduğunun düşünülmesi ve sonrasında doktorunun önermemesinedenleri ifade edilmişti. Diğer ifade edilen nedenler Tablo 13'de görülmektedir.

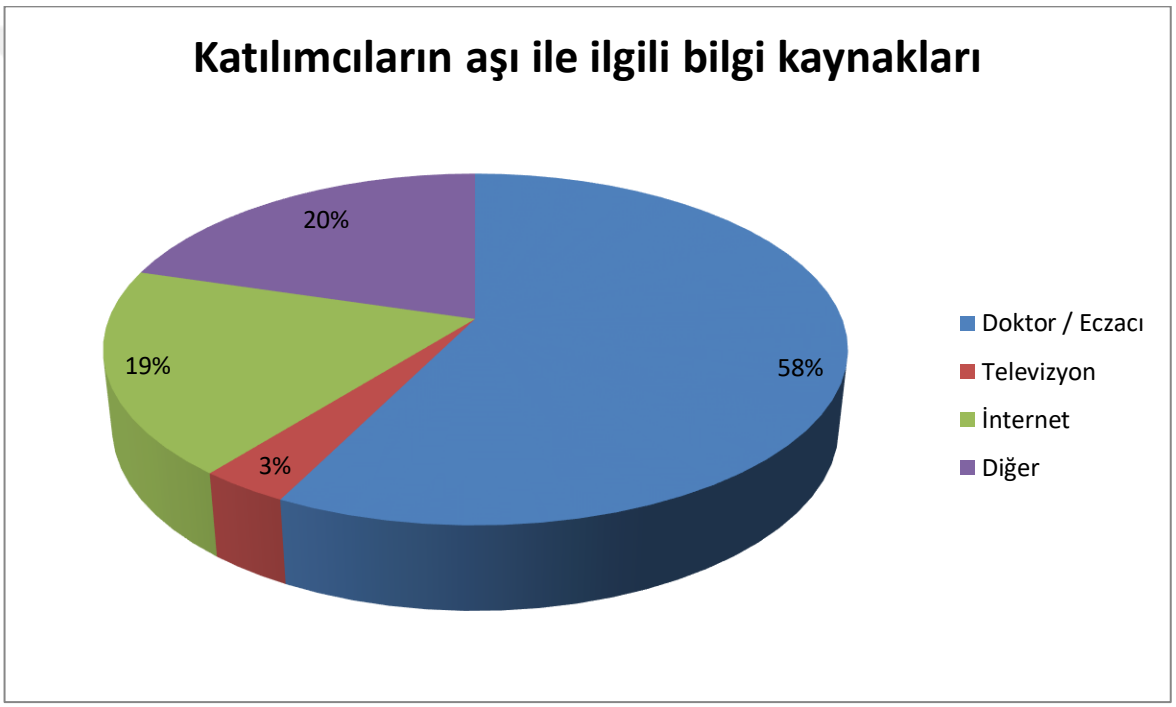
Tablo 13. Katılımcılardan aşı yaptırmayanların yaptırmama nedenleri

	Sayı	**Yüzde**
Aşı hakkında bilgi sahibi olmama	5	8.9
Gerekli olmadığını düşünme	25	44.6
Doktorun önermemesi	7	12.5
Allerji gelişmesi	0	0
Diğer	19	33.9
Toplam	56	100
*Birden fazla yanıt alınmıştır.		

Katılımcıların aşı ile ilgili bilgi kaynakları değerlendirildiğinde; beklendiği üzere en çok doktor ve eczacı tarafından bilgilendirilme olduğu (%56,6) ifade edilmişti. Sonrasındainternet, televizyon, gazete/dergi olduğuşeklinde belirtilmişti. (Tablo 14) (Grafik 4).

Tablo 14. Katılımcıların aşı ile ilgili bilgi kaynakları

	Sayı	Yüzde(%)
Doktor / Eczacı	155	**56.6**
Televizyon	9	**3.3**
İnternet	51	**18.6**
Gazete / dergi	4	**1.5**
Diğer	55	**20.1**
Toplam	274*	100
*Birden fazla şık işaretlenmiştir.		



Grafik 4. Katılımcıların aşı ile ilgili bilgi kaynakları

Tablo 15. Katılımcılarınsosyodemografik özelliklerine göre erişkin dönemdeki aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması

			Meslek		P
			Doktor	**Hemşire**	
Yaş ortalaması			28.41(±4.5)	33.41(±9.2)	0,000
Cinsiyet	**Erkek**	Sayı	41	11	0,000
		Satır yüzdesi	37.6%	9.7%	

	Kadın	Sayı	68	102	
		Satır yüzdesi	62.4%	90.3%	
Medeni Durum	**Evli**	Sayı	39	71	0,000
		Satır yüzdesi	35.8%	62.8%	
	Bekar	Sayı	70	42	
		Satır yüzdesi	64.2%	37.2%	
Sigara	**Kullanan**	Sayı	28	36	0,52
		Satır yüzdesi	25.7%	31.9%	
	Bıraktım	Sayı	14	11	
		Satır yüzdesi	12.8%	9.7%	
	Hiç kullanmadım	Sayı	67	66	
		Satır yüzdesi	61.5%	58.4%	
Gelir durumu	5000 tl altı	Sayı	20	105	0,000
		Satır yüzdesi	18.3%	92.9%	
	5000 tl üstü	Sayı	89	8	
		Satır yüzdesi	81.7%	7.1%	
Erişkin aşı	**Yaptırdı**	Sayı	87	79	0,08
		Satır yüzdesi	20.2%	30.1%	
	Yaptırmadı	Sayı	22	34	
		Satır yüzdesi	79.8%	69.9%	
Çalışma yılı	**2 yıldan az**	Sayı	49	10	0,000
		Satır yüzdesi	45%	8.8%	
	2-5 yıl arası	Sayı	42	26	
		Satır yüzdesi	38.5%	23%	
	5 yıldan fazla	Sayı	18	77	
		Satır yüzdesi	16.5%	68.1%	
Çocukluk aşıları	**Bilmiyorum**	Sayı	4	14	0,005
		Satır yüzdesi	3.7%	12.4%	
	Yaptırdım,tatm amamla	Sayı	96	88	
		Satır yüzdesi	88.1%	77.9%	
	Yaptırdım,tam amlamadım	Sayı	9	11	
		Satır yüzdesi	8.3%	9.7%	
Ki-kare test					

- Doktorların yaş ortalaması 28,41±4,5 yıl, hemşirelerin yaş ortalaması 33,41±9,2'dir. Mesleğe göre yaş ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

vardır. (p=0,000) Hemşirelerin yaş ortalamasının doktorların yaş ortalamasından anlamlı derecede fazla olduğu görüldü.

- Cinsiyete göre doktor ve hemşire olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır (p=0,000). Doktorların %62,4 ü kadın, %37,6'sı erkek, Hemşirelerin ise %90,3'ü kadın olmakla beraber %9,7'si erkek olarak saptandı. Mesleğe göre cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,000).
- Doktorların %35,8'inin,hemşirelerin %62,8'inin evli olduğu saptandı. Evli hemşire oranının evli doktorları oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu görüldü (p=0,000).
- Doktorların %25,7'si, hemşirelerin %31,9'u sigara kullandığını belirtti. Mesleğe göre sigara kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,52).
- Doktorların %81,7'si 5000 tl üzeri almaktayken, hemşirelerin 7,1'i 5000 tl'nin üzerinde almaktaydı. Mesleğe göre gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı(p=0,000).
- Erişkin dönem aşı yaptırma doktorlarda %79,8 iken, hemşirelerde %69,9'du. Doktorlar ve hemşireler arasında erişkin aşı yaptırma oranları açısından istatiksel açıdan fark yoktu (p=0,08).
- Çalışma yılı açısından doktor ve hemşireleri karşılaştırdığımızda doktorların %45'i 2 yıldan az çalışırken, hemşirelerin %68,1'i 5 yıl ve üzerinde çalıştığı görüldü. Meslek ile çalışma yılları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görüldü (p=0,000).
- Meslek ile çocukluk aşılarını yaptırma açısıdan istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir(p=0,05).

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre erişkin dönemdeki aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması

		Yaptıranlar	**Yaptırmayanlar**	***p**
Cinsiyet	Kadın	133	37	**0,03**
		78.2%	21.8%	
	Erkek	33	19	
		63.5%	36.5%	
Yaş	18-24 yaş	9	10	0,07
		47.4%	52.6%	

	25-44 yaş	146	46	
		76.0%	24.0%	
	45-65 yaş	11	0	
		100%	0%	
Medeni durum	Evli	85	25	0,39
		77.3%	22.7%	
	Bekar	81	31	
		72.3%	27.%	
Gelir durumu	1400-4999	90	35	0,28
		72%	28.0%	
	5000 ve üzeri	76	21	
		78.4%	21.6%	
Eğitim durumu	Lise	12	7	0,26**
		63.2%	36.8%	
	Yüksek okul/üniversite	154	49	
		75.9%	24.1%	
Evde yaşayan kişi sayısı	Tek	37	20	0,06
		64.9%	35.1%	
	İki	66	14	
		82.5%	17.5%	
	Üç ve üzeri	63	22	
		74.1%	25.9%	
Evde yaşayan 18 yaş üzeri kişi sayısı	Bir	44	23	**0,021**
		65.7%	34.3%	
	İki	91	20	
		82.0%	18.0%	
	Üç	21	12	
		63.6%	36.4	
	Dört ve üzeri	1	10	
		9.1%	90.9%	
Meslek	Doktor	87	22	**0,08**
		79.8%	20.2%	
	Hemşire	79	34	
		69.9%	30.1%	
*Ki-kare test **Fischer				

- Kadınların %78,2'si, erkeklerin ise %63,5'inin erişkin dönem aşı yaptırmışdı. Kadınların erişkin dönem aşı yaptırma oranları erkelerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazlaydı (p=0,03).
- Medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu,evde yaşayan kişi sayısı ve mesleğe göre aşı yaptırma oranları açısından anlamlı fark yoktur.

Kronik hastalığı bulunanların %75,5'i, kronik hastalığı bulunmayanların %74,6'sı erişkin dönem aşılarını yaptırmıştı. Kronik hastalığı bulunanlarda erişkin dönem aşılarını yaptırma sıklığı fazla olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,89) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sağlığa ilişkin durumlarının erişkin dönem aşı yaptırma durumlarıyla karşılaştırılması

			Erişkin aşılarını yaptırma		Toplam
			Yaptırdım	Yaptırmadım	
Kronik hastalık	Var	Sayı	40	13	53
		Yüzde	75.5%	24.5%	100%
	Yok	Sayı	126	43	169
		Yüzde	74.6%	25.4%	100%
Toplam		Sayı	166	56	222
		Yüzde	74.8%	25.2%	100%
Ki-kare test, p=0,89					

Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerine göre erişkin aşı yaptırma durumları Tablo 18'te sunulmuştur. Erişkin dönem aşı yaptırma kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, romatolojik hastalık, nöropsikiyatrik hastalık, gastrointestinal hastalık, endokrin sistem hastalıklarının bulunma durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların kronik hastalık çeşitlerine göre erişkin aşı yaptırma durumları

		Erişkin aşı yaptırma		***p**
		Yaptırdım	**Yaptırmadım**	
Diyabet	Var	0	**1**	0,25
		0%	100%	
	Yok	166	55	
		75.1%	24.9%	
KVS	Var	2	**0**	0,40
		100%	0%	
	Yok	164	56	
		74.5%	25.5%	
Astım/ Bronşit / Kronik Akciğer hastalığı	Var	7	**0**	0,19**
		100%	0%	
	Yok	159	56	
		74.0%	26.0%	
İmmünolojik hastalık	Var	5	2	1,000**
		71.4%	28.6%	
	Yok	161	54	
		74.9%	25.1%	

Endokrin sistem hastalıkları	Var	12	4	1000**
		75%	25%	
	Yok	154	52	
		74.8%	25.2%	
**Ki-kare test, **Fisher'sexact test				

Erişkin dönem aşı yaptırma oranısigarayı bırakanlarda %64, kullananlarda %65,6 , hiç kullanmayanlarda %81,2 idi. Hiç sigara kullanmadım diyenlerin aşı yaptırma oranları istatiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (p=0,026) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların sigara kullanma durumları ile erişkin aşı yaptırma durumlarınınkarşılaştırılması

			Erişkin aşılarını yaptırma		Toplam
			Yaptırdım	Yaptırmadım	
Sigara	Bıraktım	Sayı	16	9	
		Yüzde	64%	36%	100%
	Kullanıyorum	Sayı	42	22	
		Yüzde	65.6%	34.4	100%
	Hiç kullanmadım	Sayı	108	25	
		Yüzde	81.2%	18.8%	100%
Ki-kare test, **p=0,026**					

Erişkin dönemde birden fazla aşı yaptırma; kronik hastalık sayısı bir olanlarda %77,5, 1'den fazla kronik hastalığı olanlarda %100'dür. Kronik hastalık sayısına göre, yaptırdığı aşı sayısının 1'den fazla olma sıklığı istatistiksel olarak farklı değildi (p=1000) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların kronik hastalık sayısı ile yaptırdıkları aşı sayısının karşılaştırılması

			Yaptırdığı aşı sayısı		Total
			1 aşı	1'den fazla aşı	
Kronik hastalık sayısı	1 kronik hastalık	Sayı	9	31	40
		Satır yüzdesi	22.5%	77.5%	100%
	1'den fazla kronik hastalık	Sayı	0	3	3
		Satır yüzdesi	0%	100%	100%

Total	Sayı	9	34	231
	Satır yüzdesi	20.9%	79.1%	100%
Fischer test, p=1000**				

Erişkin dönem aşı yaptırma; sürekli ilaç kullananlarda %82,9, sürekli ilaç kullanmayanlarda %72,9'dir. Sürekli ilaç kullanımına göre erişkin dönem aşı yaptırma sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur (p=0,18) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılıcımların sürekli ilaç kullanım durumlarına göre aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması

			Erişkin aşı yaptırma		Total
			Yaptırdım	Yaptırmadım	
Sürekli İlaçkullanımı	Var	Sayı	34	7	41
		Satır yüzdesi	82.9%	17.1%	100%
	Yok	Sayı	132	49	173
		Satır yüzdesi	72.9%	27.1%	100%
Total		Sayı	166	56	338
		Satır yüzdesi	74.8%	25.2%	100%
		Sütun yüzdesi	100%	100%	100%
Ki-kare test,p=0,18					

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin 18 yaş üstü dönemde yaptırdıkları aşıların dağılımı Tablo 22'de sunulmuştur.

- Grip aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %22,6, olmayanlarda %18,3'dü. Kronik hastalığı olanlarda grip aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,49).
- Tetanoz aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %67,9, olmayanlarda %69,8'di. Kronik hastalığı olmayanlarda tetanoz aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu(p=0,79).
- Hepatit B aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %66, olmayanlarda %71'di. Kronik hastalığı olmayanlarda Hepatit B aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,49).

- Hepatit A aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %11,3, olmayanlarda %29'dur. Kronik hastalığı olmayanlarda Hepatit A aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi (p=0,009).
- Kızamık aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %28,3, olmayanlarda %13,6'di. Kronik hastalığı olanlarda kızamık aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede fazladır (p=0,01).
- Su çiçeği aşısı yaptırma; kronik hastalığı olanlarda %18,9, olmayanlarda %5,9'du. Kronik hastalığı olanlarda kızamık aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi (p=0,01).

Kronik hastalığı olan ve olmayanlarda kuduz, pnömokok, menenjit, HPV, Hib yaptırma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 22).

Tablo 22. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin 18 yaş üstü dönemde yaptırdıkları aşıların dağılımı

		Kronik hastalık var **N** **%***	**Kronik hastalık yok** **N** **%***	**P**
Grip aşısı	Yaptıran	12	31	0,49
		22.6%	18.3%	
	Yaptırmayan	41	138	
		77.4%	81.7%	
Tetanoz	Yaptıran	36	118	0,79
		67.9%	69.8%	
	Yaptırmayan	17	51	
		32.1%	30.2%	
Hepatit B	Yaptıran	35	120	0,49
		66%	71%	
	Yaptırmayan	18	49	
		34%	29%	
Hepatit A	Yaptıran	6	49	**0,009**
		11.3%	29%	
	Yaptırmayan	47	120	
		88.7%	71%	
Kızamık	Yaptıran	15	23	**0,01**
		28.3%	13.6%	
	Yaptırmayan	38	146	

		71.7%	86.4%	
Kuduz	Yaptıran	6	9	0,12**
		11.3%	5.3%	
	Yaptırmayan	47	160	
		88.7%	94.7%	
Pnömokok	Yaptıran	3	2	0,09**
		5.7%	1.2%	
	Yaptırmayan	50	167	
		94.3%	98.8%	
Menenjit	Yaptıran	1	0	0,07
		1.9%	0%	
	Yaptırmayan	52	169	
		98,1%	100%	
HPV	Yaptıran	5	13	0,77**
		9.4%	7.7%	
	Yaptırmayan	48	156	
		90.6%	92.3%	
Hib	Yaptıran	2	4	0,63
		3.8%	2.4%	
	Yaptırmayan	51	165	
		96.2%	97.6%	
Suçiçeği	Yaptıran	10	10	**0,01****
		18.9%	5.9%	
	Yaptırmayan	43	159	
		81.1%	94.1%	
*Ki-kare test, **Fisher'sexact test, ***Sütun yüzdesi alınmıştır				

- Grip aşısı yaptırma oranı; doktorlarda %28,4, hemşirelerde 10,6 idi. Doktorlarda grip aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti(p=0,001).
- Doktorların %71,6'sı, hemşirelerin %67,3'ü tetanoz aşısı yaptırmıştı. Doktor ve hemşirelerin tetanoz aşısı yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,48).
- Doktorların %74,3'ü, hemşirelerin %65,5'i Hepatit B aşısı yaptırmıştı.Doktor ve hemşirelerin Hepatit B aşısı yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,15).
- Doktorların %40,4'ü, hemşirelerin %9.7'si Hepatit A aşısı yaptırmıştı.Doktorların Hepatit A aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazla idi(p=0,000).

- Doktorların %26.6'sı, hemşirelerin %8'i kızamık aşısı yaptırmıştı.Doktorların kızamık aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazla idi(p=0,000).
- Doktorların %14.7'si, hemşirelerin %3.5'u su çiçeği aşısı yaptırmıştı.Doktorların su çiçeği aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazla idi(p=0,004).
- Doktorların %12.8'i, hemşirelerin %3.5'u HPV aşısı yaptırmıştı.Doktorların HPV aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazla idi(p=0,011).

Doktor ve hemşirelerin Hib aşısı yaptırma açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktu(p=1000 Fischer)(Tablo 23).

Tablo 23. Mesleğe göre bireylerin 18 yaş üstü dönemde yaptırdıkları aşıların dağılımı

		Doktor	**Hemşire**	**P**
		N	**N**	
		%***	**%*****	
Grip aşısı	Yaptıran	31	**12**	0,001
		28.4%	10.6%	
	Yaptırmayan	78	101	
		71.6%	89.4%	
Tetanoz	Yaptıran	78	**76**	0,48
		71.6%	67.3%	
	Yaptırmayan	31	37	
		28.4%	32.7%	
Hepatit B	Yaptıran	81	**74**	0,15
		74.3%	65.5%	
	Yaptırmayan	28	39	
		25.7%	34.5%	
Hepatit A	Yaptıran	44	**11**	**0,000**
		40.4%	9.7%	
	Yaptırmayan	65	102	
		59.6%	90.3%	
Kızamık	Yaptıran	29	**9**	**0,000**
		26.6%	8%	
	Yaptırmayan	80	104	
		73.4%	92%	
Kuduz	Yaptıran	11	**4**	0,052
		10.1%	3.5%	
	Yaptırmayan	98	109	

		89.9%	96.5%	
HPV	Yaptıran	14	**4**	0,011
		12.8%	3.5%	
	Yaptırmayan	95	109	
		87.2%	96.5%	
Hib	Yaptıran	3	**3**	1000**Fischer
		2.8%	2.7%	
	Yaptırmayan	106	110	
		97.2%	97.3%	
Suçiçeği	Yaptıran	16	**4**	**0,000**
		14.7%	3.5%	
	Yaptırmayan	93	109	
		85.3%	96.5%	
*Ki-kare test, **Fisher'sexact test, ***Sütun yüzdesi alınmıştır				

Katılıcımlarda aşı yaptıranların yaş ortalaması 31.41 ve yaptırmayanlarda yaş ortalaması 29.61 idi. Erişkin dönem aşı yaptıranların yaş ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazla idi (p=0,04)(Tablo 24).

Tablo 24. Katılıcımlarda aşı yaptıran ve yaptırmayanlarda yaş ortalamalarının karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Standart sapma	P
Erişkin aşı yaptırma durumu	Yaptırdım	166	31.41	7.9	0,04
	Yaptırmadım	56	29.61	6.6	
Bağımsız gruplarda t testi					

- Doktorların %26.6 kronik hastalık, hemşirelerin %21.2 kronik hastalık vardı. Doktor ve hemşirelerin kronik hastalıklarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu(p=0,34).
- Doktorların %15.6 , hemşirelerin %21.2 sürekli ilaç kullandığını belirtti. Doktor ve hemşirelerin sürekli ilaç kullanımına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu(p=0,27).
- Doktor ve hemşirelerin aşı yaptırmama nedenlerine baktığımızda doktor önermedi, bilgi sahibi olmama, gerekli olduğunu düşünmeme ve diğer oranlarına baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

- Doktorların %76,1'i,hemşirelerin %63,7 si doktor ve eczacıdan aşı hakkında bilgi almıştı. Doktorların doktor ve eczacıdan bilgi alma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazla idi(p=0,04).
- Doktor ve hemşirelerin aşı hakkında bilgi alma nedenlerinde tv, internet, gazete-dergi oranlarına baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu(Tablo 25).

Tablo 25. Doktor ve hemşirelerin kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, aşı yaptırma ve yaptırmama nedenlerinin karşılaştırılması

		Doktor (n=109)(%49,1)	Hemşire (n=113)(%50,9)	Toplam sayı	P
Yaş ortalaması		28.41	33.41		**0,00**
Kronik hastalık	var	29	24	53	0,34
		26.6%	21.2%		
	yok	80	89		
		73.4%	78.8%		
Sürekli ilaç kullanımı	var	17	24	41	0,27
		15.6%	21.2%		
	Yok	92	89		
		84.4%	78.8%		
Aşı yaptırmama nedenleri	Doktor önermedi	4	3	7	0,71** Fischer
		3.7%	2.7%		
	Bilgi sahibi olmama	3	2	5	0,67 Fischer
		2.8%	1.8%		
	Gerekli olduğunu düşünmeme	14	12	26	0,60
		12.8%	10.6%		
	Diğer	11	8	19	0,42
		10.1%	7.1%		
Aşı yaptırma nedeni	Doktor-eczacı	82	63	145	0,002
		75.2%	55.8%		
	Gebelik	4	30	**34**	**0,000**
		3.7%	26.5%		
	Hayvan ısırığı	4	5	9	1000** Fischer
		3.7%	4.4%		
	Kesici ve dilici alet	16	20	36	0,54
		14.7%	17.7%		
	Çevre	7	5	12	0,51

		6.4	4.4		
Aşı bilgi kaynağı	Doktor-eczacı	83	72	**155**	**0,04**
		(76.1%)	(63.7%)		
	Tv	3	6	9	0,49** Fischer
		2.8%	5.3%		
	İnternet	25	26	51	0,99
		22.9%	23%		
	Gazete-dergi	3	1	4	0,36
		2.8%	0.9%		
	Diğer	15	40	**55**	**0,000**
		(13.8%)	(35.4%)		

5. TARTIŞMA

Sağlık personeli özellikle de doktor ve hemşirelerin farkındalık düzeyinin düşük olması,aşıkayıtlarının düzgün olmaması, aşıların güvenliği hakkında bilgi eksikliği,sağlık hizmet olanaklarının yetersizliği, aşılama düzeyinde önemli bir konunun tek bir birimde olmaması ve aşı fırsatlarının kaçırılması yüzünden dünyada erişkin aşılama oranları istenen seviyeye gelememiştir. Bizim ülkemizde de olduğu gibi birçok ülkede çocukluk çağı aşılarını düzgün bir sıraya göre yapılmakta ve kayıtları düzgün tutulmakta; ancak erişkin aşılama konusunda istenilen seviyeye ulaşılamamıştır. Toplumsal olarak durumu tartışıldığında; birçok etken toplumun aşı yaptırma kararını belirlediği görülmektedir. Bu etkenler arasında en sık karşılaşılanlar, bilgi eksikliği, güvensizlik, aşıya ulaşmadaki sorunlar, yan etki, aşı karşıtı haberler ve gruplardır(73).

Erişkin aşılaması, çocukluk çağı aşılamasına göre uygulanması zor bir bağışıklık yöntemidir. Çünkü bağışıklama istenen erişkin grubu yaş açısından, mesleki açıdankronik hastalık ve immun supresyon açısından, gebelik ihtimali veya gebe olması açısından, seyahat açısından heterojen olması nedeniyle farklı uygulamalar gerekmektedir.Diğer yandan doğal afetler, savaşlar gibi büyük ölçüde göçe neden olan olaylar nedeniyle kayıtsız gelen hastalar, aşılama ile ortadan kaldırılmış veya azaltılmış hastalıklar açısından potansiyel risk kaynağıdır ve özel aşılama programlarına ihtiyaç vardır(74). Daha önceden ölümcül seyreden hastalıklardan bazıları tıptaki gelişmeler sayesinde yaşam sürelerinde önemli bir uzama veya şifa ile sonuçlanmaktadır. Bu da aşılama konusunda özel hasta gruplarının meydana gelmesine sebep olmuştur. Dünyanın farklı yerlerine özellikle gezi amaçlı seyahatlerin artması yüzünden seyahat aşılaması da önemli bir hale gelmiştir (15).

Aşı ile önlenebilecek olan hastalıklardan aşı yapılmadığı için her yıl 30000-50000 erişkinin öldüğü tahmin edilmektedir(75). 2013 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada grip hastalığı için yıllık maliyetin 16 milyar dolar pnömokok hastalığı için yıllık maliyetin 5,1 milyar dolar olması ayrıca iş gücü kaybının da bulunması aşılamanın ne kadar değerli olduğunu göstermektedir(76).

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dahili, cerrahi ve temel bilimlerde çalışanve çalışmaya katılmayı

kabuleden doktor ve hemşirelerin erişkin aşıları hakkında farkındalıkları, bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışları değerlendirilmiştir.Toplamda 286gönüllü belirlenmiştir ancak 222 gönüllü sayısına ulaşılmıştır. Çalışmaya katılanların 170(%76,6) kişiile çoğunluğunu kadınlar, 52'si (%23,4)ile erkekler oluşturmaktaydı. Kadıoğlu'nun 2011'de Samsun'da birinci basamağa ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne giriş yapan yetişkin hasta ve yakınlarına yaptığı çalışmaya dahil ettiği 586 kişinin %64,7'sini kadınlar %35,3'ünü erkekler oluşturmaktaydı(77). Zeybek ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı 65 yaş üzeri çalışmada 72"si (%64,3) kadın, 40"ı (%35,7) ise erkekti(78). Litaratüre bakıldığında Kadıoğlu'nun ve Zeybek ve arkadaşlarınınçalışmaları kadın ve erkek oranı açısından çalışmamızı destekler nitelikteydi.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 30,95 ± 7,71 yıl idi. Çalışmadaki katılımcıların yaşa göre dağılımı 18-24 yaş arası 19 (%8,6) kişi, 25-44 yaş arası 192 (%86,5) kişi, 45-65 yaş arası 11(%5) kişi olarak bulunmuştu. Yapılan bir çalışmadayaş ortalaması 43,05 ± 15,06 yıl idi. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı ise 18-24 yaş arası 43 (%12,7) kişi, 25-44 yaş arası 136 (%40,2) kişi, 45-64 yaş arası 123 (%36,4) kişi, 65-74 yaş 28 (%8,3) kişi, 75 ve üzeri olanlar ise 8 (%2,4) kişi olarak belirlenmişti(79). Kadıoğlu'nun yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları 44,09 ±0,6 (18-87)'ydı. Yaş gruplarına göre dağılımı ise 65 yaş ve üzeri 60 (%10,2) kişi,60-64 yaş arası 40 (%6,8) kişi, 50-59 yaş arası 114 (%19,5) kişi, 40-49 yaş arası 125 (%21,3) kişi, 30-39 yaş arası 140 (%23,9) kişi, 18-29 yaş arası 107(%18,3) olarak saptanmıştı (77).

Bu çalışmada medeni durumabakıldığında katılımcıların %49,5'unun evli, %50.5'unun bekar olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre değerlendirildiğinde medeni durum ve erişkin aşılama durumunabakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p=0,39). Diğer çalışmalara baktığımızda yapılan bir çalışmadamedeni durumda katılımcıların %67,8 ile çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre aşılama oranı bekarlarda daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır(p=0,007)(79). Aşık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre gönüllü olan katılımcıların %21'i bekar %79'u evli olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya göre medeni durum ve erişkin aşılama yapılma durumu bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (80).

Bu çalışmaya katılanların aylık gelirleri 125 (%56,3) kişi 5000 tl altında, 97 kişi (%43,7) 5000 üzeri olarak bulunmuştur.Yapılan bir çalışmada bireylerin aylık gelirleri 245 (%72,5) kişi 1400-4999 tl, 74 (%21,9) kişi 1400 tl altı, 19 kişi (%5,6) 5000 tl üzeri olarak gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada gelir durumuaşılanma oranı ters orantılıdır ve bu fark anlamlı olarak saptanmıştır($p<0,001$)(79). Yine Bal ve arkadaşının yaptığı çalışmaya baktığımızda gelir durumu 0-1000 tl arasında olanlar 128 (49,2) kişi, 1001-2000 tl arasında olanlar 98 (%37,7) kişi, 2001 tl ve üzeri olanlar 34 (%13,1) kişi olarak bulunmuştur(81). Szucs ve arkadaşlarının influenza aşılamasıyla ilgili yaptığıçalışmaya göregeliri 1000 avro ve altında olanlarda %29,9, 2000 avro ve üzerinde olanlarda %21 olarak saptanmıştır (82). Bu çalışmada ise gelir durumu ile aşılanma arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni olarak gelir durumu değişse bile her iki grubun da sağlık çalışanı olması ve aşı hakkındaki bilgilerinin benzer olması düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin 57 (%25,7) kişi evde tek kişi, 80 (%36) kişi evde 2 kişi, 85 (%38,3)'ü evde 3 ve üzeri kişi olarak yaşadıklarını belirtmişlerdi. Evde yaşayan 18 yaş ve üzeri kişilere bakacak olursak 111 (%50) kişi 18 yaş ve üzerinde evde yaşayan 2 bireyin olduğunu, 33 (%14,9) kişi 18 yaş ve üzeri evde yaşayan 3 bireyin olduğunu, 11 (%5,0) kişi 18 yaş ve üzerinde evde yaşayan 4 ve üzeri bireyin olduğunu ve 67 (%30,2) kişi ise evde 18 yaş ve üzerinde olan 1 bireyin olduğunu belirtmişlerdi. Yapılan bir çalışmada bireylerin 213 (%63)'ü evde 3 ve üzeri kişi olarak yaşamaktalardı. 95 (%28,1) kişi 2 kişi olarak, 30 (%8,9) kişi ise tek yaşadıklarını belirtmişlerdi. 18 yaş ve üzeri evde yaşayan kişi sayısına bakacak olursak 168 (%49,7) kişi,18 yaş ve üzeri evde yaşayan 2 bireyin olduğunu, 79 (%23,4) kişi 18 yaş ve üzeri evde yaşayan 3 bireyin olduğunu, 58 (%17,2) kişi 18 yaş ve üzerinde evde yaşayan 4 ve üzeri bireyin olduğunu ve 33 (%9,8) kişi ise 18 yaş ve üzerinde evde yaşayan 1 bireyin olduğunu belirtmişlerdi(79). Yapılan bir çalışmada evde yaşayan kişi sayısına göre erişkin dönem aşı yaptırma oranlarında anlamlı fark gözlemlenmekte iken ($p=0,021$), bu çalışmada anlamlı fark gözlenmemiştir. Halka yapılan bir çalışmadaevde yaşayan 18 yaş üzeri kişi sayısına göre erişkin dönem aşı yaptırma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen($p=0,337$), bu çalışmada anlamlı fark vardır($p=0,021$). Bu farkın halk ve

hastanemizde çalışan eğitimli sağlık personeli arasında karşılaştırma yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerden 64 (%28,8) kişi sigara içtiğini, 133 (%59,9) kişi hayatında hiç sigara içmediğini, 25 (%11,3) kişi eskiden sigara içtiğini,daha sonra sigarayı bıraktığını belirtmişti.Yapılan bir çalışmada katılan bireylerden 129 (%38,2) kişi halen sigara kullandığını, 132 (%39,1) kişi hiç sigara kullanmadığını, 77 (%22,8) kişi sigarayı bıraktığını belirtmişti(79). Kadıoğlu'nun 2011 senesinde yapmış olduğu çalışmada katılan bireylerin %29'unun sigara içtiği, %54,4'ünün hiç sigarayı hiç kullanmadığını, %16,6'sının ise sigarayı bıraktığı saptanmıştır (77). Doğanay ve arkadaşlarının yaptığı 1988-2010 yılları arasındaki 31 çalışmanın analizine göre sigara içme sıklığı kadınlarda %8,4–27,8, erkeklerde %27,5–63,8 arasında bulunmuştur(83). Bu çalışmada hiç sigara kullanmadım diyenlerin aşı yaptırma oranları istatiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (p=0,026).

Bu çalışmaya katılan bireylerin çocukluk aşı durumları incelendiğimizde %8,1'i çocukluk aşılarını yaptırıp yaptırmadığını bilmediğini, %82,9'u çocukluk aşılarını yaptırıp tamamladığını, %9,0'ı çocukluk aşılarını yaptırdığını ancaktamamını tamamlamadığını belirtmiştir. Erişkin aşı uygulamasısorgulandığında ise %74,8'ü herhangi bir aşıyı uygulandığı, %25,2'sı hiçbir aşı uygulamadığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada çocukluk aşısınıyaptırma durumları incelendiğinde %32,5'i yaptırdığı aşıları bilmediğini, %63,9'u tüm aşıları yaptırdığını ve tamamladığını, %3,6'sı aşılarınıyaptırdığını ancaktamamen tamamlamadığını ifade etmiştir. Erişkin aşı durumları incelendiğinde ise %31,4'ü herhangi bir aşıyıyaptırdığını, %68,6'sı hiçbir aşı yaptırmadığını belirtmiştir(79). Bal ve arkadaşının Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %47,7'sinin aşı yaptırdığı, %52,3'ünün aşı yaptırmadığı saptanmıştır(81). Aşık ve arkadaşlarının 2012 yılında Antalya ilindeki beş ASM'de yaptıkları çalışma sonucunda, %41'inin hayatının herhangi bir döneminde hiç erişkin aşısı yaptırmamış olduğu, %59'unun ise en az bir kez yaptırmış olduğu saptanmıştır(80). Bu çalışma ile diğer çalışmalar aradaki farklılığın çalışmaların yapıldığı coğrafyanın farklılığından ve sağlık personelinin halka göre eğitimli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumları değerlendirildiğinde katılımcıların %23,7'sinin kronik hastalığı saptandı. Kronik hastalığı olanların %75,5'i, kronik hastalığı olmayanların %74,6'sı erişkin dönem aşılarını yaptırmıştır. Kronik hastalığı olanlarda erişkin dönem aşılarını yaptırma sıklığı fazla olsa bile bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=0,89). Erişkin dönemde bir ve daha fazla aşı yaptırma; kronik hastalık sayısı bir olanlarda %77,5, birden fazla kronik hastalığı bulunanlarda %100'dür. Kronik hastalıksayısına bakıldığında, yaptırdığı aşı sayısının birden fazla olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=1000).Yapılan bir çalışmada bireylerin kronik hastalık durumlarına değerlendirildiğinde katılımcıların %50,88'inin kronik hastalığı saptandı.Kronik hastalığı olanların %34,3'ü, kronik hastalığı olmayanların %28,3'ü erişkin aşılarını yaptırmıştır. Kronik hastalığı olanlarda erişkin aşılarını yaptırma sıklığı fazla olsa bile bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=0,235). Erişkin dönemde birden çok aşı yaptırma; kronik hastalık sayısı bir olanlarda %28,6, birden fazla kronik hastalığı olanlarda %37,0'dır. Kronik hastalıksayısına bakılınca, yaptırılan aşı sayısının birden daha fazla olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=0,174). Bal ve arkadaşının yaptığı çalışmaya görekronik hastalığı olanların%79,8'inin, birden daha fazla kronik hastalığı olanların %57,6'sınınaşı yaptırdığı belirlenmiştir(p>0,05)(81). Kadıoğlu'nun yaptığı çalışmada,65 yaş altındaki kronik hastalığı olan bireylerin %38,1'ininen az bir kez influenza aşısı yaptırdığını, %22,6'sının ise her sene influenza aşısı yaptırdığını belirtmiştir(77). Szucs ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin aşılanma oranının%49,6 olduğunu saptamıştır(82). Bu çalışmda da kronik hastalığı olanların aşı yaptırma oranı kronik hastalığı olmayanlara göre fazla olsada bu oran anlamlı saptanmamıştır.

Erişkin dönem aşı yaptırma; sürekli ilaç kullananlarda %82,9, sürekli ilaç kullanmayanlarda %72,9'dir. Sürekli ilaç kullanımına göre erişkin dönem aşı yaptırma sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur (p=0,18)

Çalışmaya katılanların yaptırdıkları aşı tipi değerlendirildiğinde en sık Hepatit B155 (%30,2) kişi sonrasında sıklık sırasına göre tetanoz 154 (%30,2) kişi,hepatit A 55 (%10,7) kişi, grip aşısı 43 (%8,4) kişi, kızamık 39 (7,6) kişi, HPV 18 (%3,5) kişi, kuduz 15 (%2,9) kişi gelmekteydi.Yapılan bir çalışmada katılanların

yaptırdıkları aşılar değerlendirildiğinde en sık tetanoz aşısı 188 (%55,29) kişi, sonrasında sıklık sırasına göre hepatit B 57 (%16,76) kişi, grip aşısı 55 (%16,18) kişi, hepatit A aşısı 22 (%6,47) kişi, kuduz aşısı 8 (%2,35) kişi, menenjit aşısı 4 (%1,18) kişi, HPV aşısı 2 (%0,59) kişi, pnömokok 1 (%0,29) kişi olarak gelmektedir(79). Bal ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmaya göre çalışmaya dahil olanların %34,2'si grip aşısı, %12,7'si tetanoz aşısı, %4,2'si sarı humma aşısı, %1,9'u tifo aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Diğer aşıları yaptırma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır(81). Aşık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre ise erişkin aşısı yaptıranların %45,7'sinin tetanoz, %29,6'sının influenza, %17'sinin hepatit B, %3,4'ünün pnömokok ve %4,3'ünün diğer aşıları yaptırdıklarını belirlemişlerdir(80). Kadıoğlu'nun yapmış olduğu çalışmaya göre ise, %56,8'inin tetanoz, %26.6'sının influenza, %18,6'sının hepatit B, %2,2'sinin ise pnömokokal polisakkarit aşılarını en az bir kez yaptırmış olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin %3,1'inin kuduz aşısı, %3,4'ünün kızamıkçık aşısı, %3,12inin menenjit aşısı, %5,1'inin domuz gribi aşısı, %0,3'ünün KKK aşısı ve %0,2'sinin suçiçeği aşısını yaptırdığı saptanmıştır(77). Çalışma sonuçlarımız ve diğer yapılan çalışmalar en çok yapılan aşıların tetanoz, grip aşısı ve hepatit B aşısı olduğunu göstermektedir. Bir çok çalışmada tetanoz aşısı ve grip aşısı ilk sırada yer alırken,bu çalışmada ilk sırada Hepatit B aşısı yer almıştır. Bunun nedeninin sağlık çalışanlarının Hepatit B enfeksiyonunun hastalardan bulaşma olasılığı ve aşı gibi kolay bir yolla bunun önüne geçebileceklerinin farkında olmaları olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların aşı hakkındaki bilgi kaynaklarınabakıldığında doktor ve eczacı tarafından bilgilenme en fazla oranda (%56,6) ifade edilmiştir. Bilgilenme kaynakları olarak51 (%18,6) kişi ile internet, 9 (%3,3) ile kişi televizyon, 4 (%1,5) ilegazete/dergi cevaplarıverilmiştir.Yapılan bir çalışmada katılımcıların aşı hakkındaki bilgi kaynaklarına bakıldığında; yine doktor ve eczacı tarafından bilgilenme 200 (%51,95) kişiyle en sık ifade edilmiştir. Sonrasında 78 (20,26) kişi televizyon, 38 (%9,87) kişi internet, 28 (%7,27) kişi çevre,24 (%6,23) kişigazete/dergi, 14 (%3,64) kişi mesleki bilgi kaynaklı ve 3 (%0,78) kişi eğitim kaynaklı cevaplarını verdiği saptanmıştır(79). Zeybek ve arkadaşlarının Ankara'da sağlıklı erişkin polikliniğine gelen altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılanmayı değerlendirdikleri çalışmalarında influenza aşısı yaptıranlar hakkında bilgi edinme

kaynakları olarak %43 yakın çevre ve medya sayesinde, %37 doktor/eczacıdanolduğunu belirtmişlerdir (78). Skowronski ve arkadaşlarının Kanada'da yaptığı erişkin dönemde tetanoz, boğmaca, difteri aşısıyla ilgili araştırmalarında bireylerin %54'ü doktor veya diğer sağlık çalışanlarından, %27'si yazılı kaynaklardan, %20'si tv-radyo gibi yazılı olmayan kaynaklardan, %10'u okul veya işyerinde, %6'sı internetten veya yakın çevrelerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir(84). Bıyık'ın Ankara'da eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 65 yaş üzeri kişilerin pnömokok aşılanma oranını arttırma çalışmasına göre çalışmaya katılanların erişkin aşıları hakkında bilgi edindiği kaynaklar incelendiğinde 103 (%59,5) kişinin doktor veya diğer sağlık çalışanlarından, 42 (%24,3) kişininçevreden, 20 (%11,6) kişinin tv-radyo vb. yazılı olmayan basın kaynaklarından, 8 (%4,6) kişinin eczaneden bilgi edindiği belirlenmiştir(85). Birçok çalışmada olduğu gibibu çalışmada da katılımcılarımızın erişkin aşıları hakkında bilgi kaynaklarının çoğunluğunu doktor/eczacılar oluşturmaktadır.

Bu çalışmada aşı yaptırma kararını belirleyen nedenlere bakıldığında en sık 145 (%60,4) kişiyle doktor/eczacı önerisi gelmektedir. Sonrasında sıklık sırasına göre 37 (%15,4) kişi kesici delici alet yaralanmaları, 36 (%15) kişi hamilelik nedeniyle, 12 (%5) kişi çevre önerisiyle, 7 (%2,9) kişi hayvan ısırığı, 5 (%1,74) kişi hacca gitmek için, 3 (%1,2) kişimedya etkisi sebeplerini ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada aşı yaptırma kararını etkileyen nedenlere bakıldığında en sık 134 (%46.69) kişiyle doktor/eczacı önerisi,sonrasında sıklık sırasına göre 66 (%23) kişi hamilelik, 55 (%19,16) kişi kesici delici alet yaralanmaları, 14 (%4,88) kişi çevre önerisiyle, 9 (%3,14) kişi hayvan ısırığı, 5 (%1,74) kişi hacca gitmek için, 4 (%1,39) kişimedya etkisi nedenlerini ifade etmişlerdir(79). Bal ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada ise %66,1'i doktor önerisi, %11,3'ü kesici ve delici yaralanması nedeni ile, %11,3'ü hacca gitmesi nedeni ile, %7,3'ü hamile olduğu, %1,6'sı hayvan ısırmasına maruz kaldığı, %1,6'sı yakını önerdiği ve %0,8'i de eczacı önerdiği için aşı yaptırdığını belirtmiştir(81). Szucs ve arkadaşlarının Almanya, İspanya ve İtalya'da 2002/2003 ve 2003/2004'de, Fransa ve İngiltere'de2001/2002 ve 2002/2003'de influenza dönemlerindeki 14 yaş üzerindeki kişilerin influenza aşılanmaları ile ilgili yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan üyelerin %55,8'i influenzanın ciddi bir hastalık olduğunu düşündüğü, %55,2'si hemşirenin ve aile hekiminin aşıyı

önerdiklerini ve %36,1'i diğer aile üyelerineetkeni bulaştırmak istemedikleri için aşı yaptırdıkları bulunmuştur (82). Burada daolduğu gibi sağlık çalışanlarının önerisi, aşı yaptırma kararını etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Ülkemizde ise Kadıoğlunun yapmış olduğu çalışmada, en az bir kez tetanoz aşısı yaptıranların %40,3'ünün delici-kesici alet yaralanması sebebiyle, %30'unun hamilelik sebebiyle, %20,2'sinin koruyucu amaçlı, %4,9'unun hayvan ısırması sebebiyle, %3,7'sinin okul aşılaması sebebiyle, %0,4'ünün askerlik sebebiyle ve %0,4'ünün aşı kampanyası sebebiyleaşı yaptırdığını belirlemiştir (77). Türkiye'de yapılan erişkin aşı çalışmalarında aşılarınen sık yaralanma ve zorunluluknedeniyle yapıldığı belirtilmektedir. Doktor/eczacı önerisinin ise aşı yaptırma nedenleri arasında çok önemli bir yer tuttuğu çok belirgindir.

Bu çalışmada aşı yaptırmama nedenleriincelendiğinde en sık, aşının gerekli olduğunu düşünmediğim için 25 kişi(44,6), sonrasında doktorum önermediği için 7(%12,5), daha sonrasındaaşı hakkında bilgi sahibi olmadığım için 5(%8,9) nedenlerini belirtmiştir.Yapılan bir çalışmada aşı yaptırmayan bireylerin nedenleriincelendiğinde üç cevap üzerinde sıklıkla durulmuştur. En sık cevap aşı bilgisizliği olarak belirtilmiştirve 119 (%33,81) kişi,sonrasında aşının gereksiz olduğunu belirtmesi 115 (%32,67) kişi ve daha sonra doktorun önermemesi 96 (%27,27) kişi nedenleriniifade etmiştir(79). Bal ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmaya göre ise %47,8'i aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığı için, %46,3'ü gerekli olduğunudüşünmediği için, %7,4'ü doktoru önermediği için yaptırmadığını belirtmiştir(81).Szucs ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre ise, katılımcıların %33,3'ünün grip olacağını düşünmediği için, %27,3'ünün aile hekimi önermediği için aşı yaptırmadığını saptamışlardır(82). Görüldüğü üzere bilgi eksikliği, aşının gereksiz olduğunu düşünme ve hastalığa yakalanmayacağı inancı aşı yaptırmama nedenleri arasında en üst sıralarda yer almaktadır. Bu çalışmada da bu yönde sonuçlara ulaşılmıştır.

Aşı yaptırdıktan sonraki yan etkilere bakıldığında en sık yan etki 59 (%25,1) kişi ağrı olarak belirtmiştir, daha sonrasında 10 (%4,3) kişi ateş, 10 (%4,3) kişi kırgınlık ve 7 (%3) kişi kızarıklık olarak belirtmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunda 149 (%63,4) kişi aşı sonrası hiçbir yan etki görülmemiştir. Bu

çalışmada yan etki değerlerine bakılınca katılımcıların aşı yan etkisi nedeniyle aşı yaptırmadıkları düşüncesinden uzaklaştırmaktadır.

Bu çalışmada sağlık çalışanları en sık hepatit B aşısı 155 kişi (%30,2),daha sonra sıklık sırasına göre tetanoz aşısı 154 kişi (%30),hepatit A aşısı55 kişi (%10,7), grip aşısı 43 kişi (%8,4), kızamık aşısı 39 kişi (%7,6), HPV aşısı 18 kişi (%3,5), kuduz aşısı 15 kişi (%2,9) gelmekteydi. Hepatit B aşısı yaptıran doktor sayısı 81 kişi (%74,3), hemşire sayısı 74 kişi (%65,5); tetanoz aşısı yaptıran doktor sayısı 78 kişi (%71,6), hemşire sayısı 76 kişi (%67,3); hepatit A aşısı yaptıran doktor sayısı 44 kişi (%40,4), hemşire sayısı 11 kişi (%9,7); grip aşısı yaptıran doktor sayısı 31 kişi (%28,4), hemşire sayısı 12 kişi (%10,6)'dir. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarından hepatit B aşısı yaptıran hasta sayısı 346 kişi (%70,8); tetanoz aşısı yaptıran 358 kişinin (%73,2); hepatit A aşısı117 kişi (%24,0); grip aşısı 99 kişi (%20,4);KKK aşısı yaptıran 137 kişinin (%28,0) vardır.Hepatit B aşısı yaptıran doktor sayısı 82 kişi (%82,8), hemşire sayısı 124 kişi (%74,7); tetanoz aşısı yaptıran doktor sayısı 78 kişi (%78,8), hemşire sayısı 144 kişi (%86,8); hepatit A aşısı yaptıran doktor sayısı 22 kişi (%22,2), hemşire sayısı 26 kişi(%15,7); grip aşısı yaptıran doktor sayısı 63 kişi (%64,9), hemşire sayısı 144 kişi (%86,7)'dir (86).Yapılan bu çalışmaya göre aşılanma oranının yüksek bulunmasının nedeninin yaş ortalamasının yüksek olması düşünülmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerin erişkin aşılamasının farkındalığı, bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek için yaptığımız çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.
- Toplamda araştırmaya 222 gönüllü olmuştur. Katılımcıların %76,6 ile çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur.
- Yaş ortalaması standart sapmayla beraber 30,95 ± 7,71 yıl idi. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde %86,5 ile en çok 25-44 yaş; daha sonrasında %8,6 ile 18-24 yaş grubu gelmekteydi.
- Bu çalışmaya katılanların %49,1'ini doktor, %50,9'unu hemşireler oluşturmaktaydı. Medeni durum değerlendirildiğinde %49,5'unun evli, %50,5'ininbekar olduğu görüldü. Katılımcıların %8,6'sı lise mezunu, %91,4'ü yüksek okul/üniversite mezunları yer almaktaydı.
- Gelir durumları değerlendirildiğinde %56,3'ünün 5000TL altı , %43,7'si 5000 TL veüzeri kazanmaktaydı.
- Çalışmaya katılanların %23,9'unun kronik hastalığı saptandı (Tablo 12). Kronik hastalık çeşitlerine bakıldığında en sık endokrin sistem hastalıkları (%28,1), daha sonrasında sıklık sırasına göre immünolojik hastalıklar,astım/bronşit/kronik akciğer hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, romatolojikhastalıklar,gastrointestinal sistem hastalıkları, DM ve nöropsikiyatrik hastalıklar gelmekteydi.
- Çalışmaya katılanların en sık hepatit B aşısı 155 kişi (%30,2), daha sonra sıklık sırasına göre tetanoz aşısı 154 kişi (%30), hepatit A aşısı55 kişi (%10,7), grip aşısı 43 kişi (%8.4), kızamık aşısı 39 kişi (%7,6), HPV aşısı 18 kişi (%3,5), kuduz aşısı 15 kişi (%2,9) yaptırmıştır.
- Çalışmaya katılanların aşı yaptırma kararını belirleyen nedenlere bakıldığında en sık 145 (%60,4) kişiyle doktor/eczacı önerisi gelmektedir. Sonrasında sıklık sırasına göre 37 (%15,4) kişi kesici delici alet yaralanmaları, 36 (%15) kişi hamilelik nedeniyle, 12 (%5) kişi çevre önerisiyle, 7 (%2,9) kişi hayvan ısırığı, 5 (%1,74) kişi hacca gitmek için, 3 (%1,2) kişi medya etkisi sebeplerini ifade etmişlerdir.

- Kadınların %78,2'si, erkeklerin ise %63,5'i erişkin dönem aşı yaptırmıştı. Kadınların erişkin dönem aşı yaptırma oranları, erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazlaydı (p=0,03).
- Kronik hastalığı bulunanların %75,5'i, kronik hastalığı bulunmayanların %74,6'sı erişkin dönem aşılarını yaptırmıştı. Kronik hastalığı bulunanlarda erişkin dönem aşılarını yaptırma sıklığı fazla olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,89).
- Erişkin dönem aşı yaptırma; sürekli ilaç kullananlarda %82,9, sürekli ilaç kullanmayanlarda %72,9'di. Sürekli ilaç kullanımına göre erişkin dönem aşı yaptırma sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur (p=0,18).
- Doktorların yaş ortalaması 28,41±4,5, hemşirelerin yaş ortalaması 33,41±9,2'dir. Mesleğe göre yaş ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır(p=0,000). Hemşirelerin yaş ortalaması doktorların yaş ortalamasından anlamlı derecede fazla olduğu görüldü.
- Cinsiyete göre doktor ve hemşire olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır(p=0,000). Doktorların %62,4 ü kadın, %37,6'sı erkek, Hemşirelerin ise %90,3'ü kadın olmakla beraber %9,7'si erkek olarak saptandı. Mesleğe göre cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı(p=0,000).
- Doktorların %35,8'inin, hemşirelerin %62,8'inin evli olduğu saptandı. Evli hemşirelerin oranı evli doktorların oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu görüldü.(p=0,000).
- Doktorların %25,7'si, hemşirelerin %31,9'u sigara kullandığını belirtti. Mesleğe göre sigara kullanma açısında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,52).
- Doktorların %81,7'si 5000 tl üzeri almaktayken, hemşirelerin 7,1'i 5000 tl'nin üzerinde almaktadır. Mesleğe göre gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı(p=0,000).Doktorların geliri, hemşirelerden fazlaydı.
- Erişkin dönem aşı yaptırma doktorlarda %79,8 iken, hemşirelerde %69,9'dur. Doktorlar ve hemşireler arasında erişkin aşı yaptırma oranları açısından istatiksel açıdan fark yoktur (p=0,08).

- Çalışma yılı açısından doktor ve hemşireleri karşılaştırdığımızda doktorların %45'i 2 yıldan az çalışırken, hemşirelerin %68,1'i 5 yıl ve üzerinde çalıştığı görüldü. Meslek ile çalışma yılları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görüldü (p=0,000).
- Meslek ile çocukluk aşılarını yaptırma açısıdan istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi(p=0,05).
- Grip aşısı yaptırma; doktorlarda %28,4, hemşirelerde 10,6'dır. Doktorlarda grip aşısı yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir(p=0,001).
- Doktorların%71,6'sı, hemşirelerin %67,3'ü tetanoz aşısı yaptırmıştır. Doktor ve hemşirelerin tetanoz aşısı yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,48).
- Doktorların%74,3'ü, hemşirelerin %65,5'i Hepatit B aşısı yaptırmıştır.Doktor ve hemşireler arasında Hepatit B aşısı yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu(p=0,15).
- Doktorların%40,4'ü, hemşirelerin %9.7'si Hepatit A aşısı yaptırmıştır. DoktorlarınHepatit A aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazlaydı(p=0,000).
- Doktorların%26.6'sı, hemşirelerin %8'i kızamık aşısı yaptırmıştır.Doktorlarınkızamık aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazlaydı(p=0,000).
- Doktorların%14.7'si, hemşirelerin %3.5'u su çiçeği aşısı yaptırmıştır.Doktorlarınsu çiçeği aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazlaydı(p=0,004).
- Doktorların%12,8'i, hemşirelerin %3.5'u HPV aşısı yaptırmıştır.DoktorlarınHPV aşısı yaptırma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazlaydı(p=0,011).
- Doktor ve hemşirelerin Hib aşısı yaptırma açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktur(p=1000 Fischer).
- Doktorların %26.6 kronik hastalık, hemşirelerin %21.2 kronik hastalık vardır. Doktor ve hemşirelerin kronik hastalıklarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu(p=0,34).

- Doktorların %15,6, hemşirelerin %21,2sürekli ilaç kullandığını belirtti. Doktor ve hemşirelerin sürekli ilaç kullanımına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu(p=0,27).
- Doktor ve hemşirelerin aşı yaptırmama nedenlerine baktığımızda; doktorun önermemesi, bilgi sahibi olmama, gerekli olduğunu düşünmeme ve diğer oranlarına baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.
- Doktorların %76,1'i, hemşirelerin %63,7'sidoktor ve eczacıdan aşı hakkında bilgi almıştır. Doktorların, doktor ve eczacıdan bilgi alma oranları hemşirelerden anlamlı derecede fazlaydı (p=0,04).
- Doktor ve hemşirelerin aşı hakkında bilgi alma nedenlerinde tv, internet, gazete-dergi oranlarına baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.

6.2.ÖNERİLER

- Doktor ve hemşirelerin erişkin aşılaması konusunda farkındalığı ve aşılanma oranlarını arttırmak için şunlar yapılabilir:
- Tüm bireyler için eğitim, aşılanmayı öneren yazılı ve yazılı olmayan tanıtıcı broşürler oluşturulması
- Doktor ve hemşireler için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin arttırılması, kaynakları arttırma ve ulaşımını kolaylaştırma
- Erişkin aşılama konusunda tüm sağlık çalışanlarının koordineli çalışması ve hangi sağlık kurumuna ne şekilde başvurmuş olursa olsun(hasta yakını da olsa) fırsat olarak değerlendirilip aşılama yapması/yaptırması/önermesi
- Aşılara kolay ve ücretsiz ulaşılabilmesi
- Aşı reddi konusunda tüm kaynakların bilirkişiler tarafından hazırlanması ve aşı karşıtı grupların yapılan çalışmalar ve kaynaklarla söylemlerinin asılsız olduğunun medya ve kamuoyuna sunulması, sağlık ve tüm kurumlarda anlatılması/ilan edilmesi
- Periyodik muayene,danışmanlıkve bağışıklama hizmetleri konusunda sağlık çalışanlarında farkındalığınarttırılması amaçlı yeni strajilerinin geliştirilmesi/hizmet olanaklarının arttırılması

7. KAYNAKLAR

1. Ünalır E, Ünalır MO, Şengonca H, Vardar F. Ulusal Aşı Bilgi Sistemi: Bir Durum değerlendirilmesi veYaklaşım Önerisi. Erişim: http://ab.org.tr/ab10/bildiri/79.pdf. Erişim Tarihi: 30.11.2018.
2. Arısoy ES, Ceyhan M, Çiftçi E. The National Vaccination Schedule in Previously Healthy Children: The Practical Recommendations about Additional Vaccines. J Pediatr Inf. 2014;8:1-6.
3. Immunization and Infectious Diseases, [Internet] [cited 30/12/2018] Available from:http://www.healthypeople.gov/2020/topics-bjectives/topic/immunization-and-infectious-diseases
4. Beyazova U, Aktaş F. Çocukluk çağı aşılamaları ve erişkin bağışıklaması. Gazi Tıp Dergisi 2007;18(2): 47-65.
5. Özışık L., Yekedüz E., Tanrıöver D.M., Helvacı Ö., Başaran Ç.N., Ünal S. Risk Altındaki Erişkinlerin Pnömokok ve İnfluenza Aşılanma Oranları ve Aşıya Karşı Tutumları. Flora Dergisi 2016. 21(1), 15-20.
6. Taylan M. Pnömokok Aşıları. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2014. 2(1), 98-105.
7. Avcı H.H. ve ark. Türkiye'de Yeni Bir Aşı Uygulaması: Hepatit A. Avrasya Aile Hekimliği Dergisi, 2014. 3, 9-14.
8. Centers for Disease Control and Prevention, Vaccine-Preventable Adult Diseases. Erişim tarihi: 01.12.2018 (http://www.cdc.gov/vaccines/adults/vpd.html)
9. Kurugöl Z. Su Çiçeği Aşısı Ülkemiz Rutin Aşı Takvimine Alınmalı mı? Klinik Gelişim Dergisi. 2012;25: 32-35. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_1/7.pdf
10. Özkök S. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği ve Aşılamalarında Güncel Durum. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2016. 32(Ek sayı), 20-23.
11. Somer A., Acar M. Meningokok Aşıları. Çocuk Dergisi, 2017. 17(3), 93-98.
12. HPV Enfeksiyonları ve HPV Aşıları, Güncel Durum. TAJEV Bülteni Dergisi, 2008. 2, 3-14.

13. Gençer S. Kuduz ve Tetanoz Profilaksisi, I.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Egitimi Etkinlikleri, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar, Sempozyum Dizisi No:61, Şubat 2008; s: 223-234
14. World Health Organization (WHO). Rabies. Erişim: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/. Erişim Tarihi: 15.12.18.
15. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu. Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2016.
16. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2018. 13-85.
17. Gülcü S., Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018. 8(1), 34-43.
18. Başkan S. ve ark. Pediatrik Hastalarda Uyguladığımız Anestezi ve Analjezi Yöntemleri. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 2018. 8(1), 71-76.
19. CeyhanM. Aşı Tarihi. *Sağlıkta Nabız Dergisi*, 2009;6 (23):14-19.
20. Buzgan T. Ülkemizde aşılama politikaları "Aşı Kitabı" Editörler, Badur S. Bakır M.1. Baskı, s:55-63 Express Basımevi, İstanbul, 2012
21. İlerigelen B, Altıparmak R, Çalışkan S, Gür E., Öztürk R. Ve ark. Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama In: Akkaya N, Camlıoğlu Y, Gür E., Öztürk R. (Eds) Aşı Uygulamalarında Kaçırılmış Aşı Fırsatı ve Aşı Sonrası İstenmeyenEtkiler. 1th ed. İstanbul: Doyuran Matbaası; 2010: 22-3
22. CDC. General recommendations on immunization. Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. 1994; 43(RR-1): 1-38.
23. Çokuğraş H. Aşı Yan Etkileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2007. 59, 33-34.
24. Walter A. O. "Bağışıklama" Cecil Textbook of Medicine, Goldman L.Ausiello D.(eds),Ünal S(çeviri ed) 22. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara; 2006:s.64-74(çeviri)
25. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide 2014, Erişim: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php, Erişim tarihi: 01.12.2018

26. Badiane S, Coll-Seck AM, Diop BM, Ould FA, Sow S:Neonatal tetanus in Dakar. Epidemiologic, clinical and prognostic aspects (apropos of 1159 cases,1979-1989). Bull Soc Pathol Exot 1991;84(5 Pt 5):550-7
27. The difference between Tdap and DTaP; dabigatran versus warfarin. Journal of the American Academy of Pas, 2011. 24(1), 14
28. Higgs, Higgins, Ross, Mills. 'Immunity to the respiratory pathogen Bordatella pertussis' Mucosal Immunol, 2012. 5(5), 485-500.
29. Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adults: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine. MMWR, 2006. 55(17), 1-33.
30. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis (Tdap) vaccine from the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR, 2011. 60(1), 13-5.
31. Cengiz AB. Boğmaca Aşısı "Aşı Kitabı" içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1.Baskı, s:219-230, Express Basımevi, İstanbul, 2012.
32. Vaccines against influenza WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2012. 87(47), 461-76.
33. Effectiveness and harms of seasonal and pandemic influenza vaccines in children, adults and elderly: a critical review and re-analysis of 15 meta-analyses. Hum Vaccin Immunother. 2012. 8(7), 851-62.
34. Influenza, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed.Washington D.C. Public Health Foundation, p: 197-208, 2015.
35. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012. 12(1), 36-44.
36. Pneumococcal vaccines WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2012. 87(14), 129-44.
37. Hacımustafaoğlu M. Pnömokok Aşıları. "Aşı Kitabı" içinde. Editörler, Badur S.Bakır M. 1. Baskı, Express Basımevi, İstanbul, 2012:253-267.
38. Grabenstein JD, Manoff SB. Pneumococcal polysaccharide 23-valent vaccine: long-term persistence of circulating antibody and immunogenicity and safety after revaccination in adults. Vaccine. 2012;30:4435-44.

39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine and 23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine for Adults with Immunocompromising Conditions: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2012;61(40):816-9. https://www.cdc.gov/ mmwr/preview/mmwrhtml/mm6140a4.htm
40. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. Pneumoccal Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology And Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015:279-296.
41. Ceyhan M. Konjuge Pnömokok Aşılarında Son Gelişmeler: 13-Valanlı Konjuge Pnömokok Aşısı, J Pediatr Inf 2011; 5: 68-73.
42. Kılıçturgay K, Badur S. *Viral Hepatit 2001*. 1. Baskı, Ġstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2001:57-85.
43. Yoldaş Ö. Bulut A. Altındiş M. Hepatit A Enfeksiyonlarına Güncel Yaklaşım, Viral Hepatit Dergisi 2012; 18(3): 81-6
44. Centers for Disease Control and Prevention, Screening For Hepatitis During The Domestic Medical Examination For Newly Arrived Refugees, United States, 2014,erişim tarihi: 01.12.2018(http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/hepatitisscreening-guidelines.html)
45. Taylor RM, Davern T, Munoz S, Han SH. Fulminant hepatitis A virus infection in the United States: Incidence, prognosis, and outcomes. Hepatology. 2006;44:1589-97.
46. Akçam F. Hepatit B Virüsü Enfeksiyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2003;12:211-4
47. World Health Organization (WHO). Hepatitis B. Erişim: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/. Erişim Tarihi: 02.12.2018.
48. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B Vaccine. Erişim: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hep-b.html. Erişim Tarihi: 02.12.2018

49. Henry M, Feeder J, Diane M. Herpes Zoster in Otherwise Healthy Children. Pediatr Infect Dis J. 2004; 23(5): 451-7.
50. Özgüneş İ. Varicella Zoster Aşısı, "Aşı Kitabı" içinde. Editörler, Badur S. Bakır M.1. Baskı, s:555-564, Express Basımevi, İstanbul, 2012
51. Azap A. Kurt H. Varicella Zoster Virüs İnfeksiyonları, Ankara Üniversitesi tıpFakültesi Mecmuası, Ankara, Cilt 54, Sayı 4, 2001, s: 357-370
52. Keskin Gözmen Ş. Apa H. Günay İ. Özbek E. Genel F. Bayram S.N. Devrim İ.Neonatal varisella deneyimlerimiz, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2012;2(3):154-160
53. Öztürk R.Erişkinde Bağışıklama,Klinik Gelişim2012;25:49-59.
54. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster andpostherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005;352:2271.
55. Tosun S. Erişkin Aşılaması, Actual Medicine, Temmuz 2013, s:24-38
56. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. Varicella, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology And Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015:353-376.
57. World Health Organization (WHO). Measles. Erişim: http://www.who.int/topics/measles/en/. Erişim Tarihi: 02.12.2018
58. Bayram N, Vardar F. Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı. Salman N,editör. Güncel Aşılama. İstanbul. Medya Tower, 2008; 74-78.
59. Aksaray N, Özgür Ö. Kızamık Aşısı"Aşı Kitabı" içinde. Editörler, Badur S. Bakır M. 1. Baskı, Express Basımevi, İstanbul, 2012:471-477.
60. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) June 14, 2013 / 62(RR04);1-34 Erişim: 79 http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6204a1.htm Erişim tarihi 02.12.2018
61. Kuyucu N. Meningokok Aşıları. Çocukluk çağında meningokok aşılarının etkinliği ve gerekliliği. Ulusal Aşı Çalıştayı. Ankara. 2014:21-5.
62. Cengiz AB. Meningokok Aşıları. Meningokok Enfeksiyonları Tanı, Tedavi ve Korunma. Ankara 2013: 99-113.

63. Meningococcal Disease, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiologyand Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S,eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, p:231-246, 2015
64. Hançerli Törün S. Salman N. İnvaziv Meningokok Hastalığı ve Aşıları, Çocuk Dergisi 13(1), 2013, s:1-5
65. Use of Serogroup B Meningococcal Vaccines in Persons Aged ≥10 Years at Increased Risk for Serogroup B Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015 Erişim: http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6422.pdf#page=8, Erişim tarihi 02.12.2018
66. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommended Adult Immunization Schedule, by Vaccine and Age Group. Erişim: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html. Erişim Tarihi: 02.12.2018.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kuduz Profilaksisi. Kuduz Saha Rehberi. Türkiye 2014
68. Aşçıoğlu S. Türk hematoloji derneği - hematolojide destek tedavileri ve infeksiyonlar kursu. Hematolojik olgularda immunizasyon ilkeleri.Ankara;2007-13
69. Uluğ M et al. Splenektomi yapılan hastaların aşılanmalarının ve bu konudaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal, 2014;27(3):195-198.
70. Türk Geriatri Vakfı. Yaşlılıkta Bağışıklama.[Internet] [cited 03/12/2018]. Available from:http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/index.php/asi-bagisiklama.
71. Doyuk Kartal E**.** Sağlık Personelinde Aşılama ve Kemoprofilaksi. Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics, 2010;3(1):54-61.
72. World Health Organization (WHO). Summary of WHO Position Papers–Immunization of Health Care Workers. [Internet] [cited 07/03/2018]. Available from:http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table4.pdf?ua=1

73. Enfeksiyon Hastalıkları Derneği,2. Ulusal Aşı Çalıştayı Çalıştay Raporu, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği;2016 Available from:http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf
74. Aktaş F. Erişkin Aşılaması: Kimlere, Neden, Nasıl? KLİMİK 2016 - 30. YılKurultayı Özet Kitabı.Antalya s:167-169
75. Abrams WA, Beers HM, Berkow R. Vaccines and Immunization. The Merck Manual at Geriatrics. Second Ed. Merck and Co, Ins., USA, 1995; 1091-1102.
76. John M. McLaughlin, Justin J. McGinnis, Litjen Tan, Annette Mercatante, and Joseph Fortuna. Estimated Human and Economic Burden of Four Major Adult Vaccine-Preventable Diseases in the United States, 2013. The Journal Of Primary Preventatio. J Prim Prev. 2015; 36(4): 259–273.
77. KadıoğluE. Samsun'da bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılama durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2011.
78. Zeybek Y, Tokalak Ġ, Boyacıoğlu S. Altmış beş yaş ve üzeri erişkinlerde aşılanma Durumu. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 152-154.
79. Çam D. hastalarımızın erişkin aşılamakonusundafarkındalığı, bilgi, tutum ve davranışları (tez). İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesiİzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve AraştırmaMerkezi; 2018.
80. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi/Turkish Journal of Family Practice, 2013;17(3): 113-118.
81. Bal H. Mersin İlindeki Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Altmış Beş Yaş ve Üstü Bireylerin Erişkin Aşılama Durumları ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Mersin:Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2016.
82. Szucs TD, Muller D. Influenza vaccination coverage rates in five European countries-a population-based cross-sectional analysis of two consecutive influenza seasons. Vaccine 2005; 23: 5055-63.
83. Doğanay S et al. Türkiye'de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor?. Turkish Journal of Public Health, 2012;10(2):93-115.

84. Skowronski DM, Pielak K, Remple VP, Halperin BA, Patrick DM, Naus M, McIntyre C. Adult tetanus, diphtheria and pertussis immunization: knowledge, beliefs, behavior and anticipated uptake. Vaccine 23, 2004:353
85. Bıyık MV. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Olan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Pnömokok Aşılanma Oranını Artırma Çalışması (Uzmanlık Tezi) Ankara:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi;2017.
86. Güner E. Sağlık Çalışanlarının Aşıyla Korunulabilen Hastalıkları Ve Aşılama İle İlgili Farkındalıkları Ve Aşılama Durumlarının Belirlenmesi. İzmir:Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2016

8. EKLER

EK-1.TEZ VERİ FORMU

Doktorlar ve hemşirelerde erişkin aşı farkındalığı,bilgi,tutum ve davranışları

1) Cinsiyet

A) Kadın B) Erkek

2) Yaş: .....

3) Medeni Durum

A) Evli B) Bekar

4) Eğitim Durumu

A) Ortaokul B) Lise C) Yüksek Okul/Üniversite

5) Meslek Durumu

A) Doktor B) Hemşire

6) Hangi Bölümde Çalışıyorsunuz

A) Dahili tıp bilimleri B) Cerrahi tıp bilimleri C) Temel tıp bilimleri

7) Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz

A) 2 yıldan az B) 2-5 yıl arası C) 5 yıl ve üzeri

8) Gelir Durumu

A) 1400 altı B) 1400-4999 C) 5000 ve üzeri

9) Evinizde Kaç Kişi Yaşıyorsunuz?

A) Tek B) 2 C) 3 ve üzeri

10) Evinizde 18 Yaş Ve Üzerinde Kaç Kişi Yaşıyor?

A) 1 B) 2 C) 3 D) ≥4

11) Sigara Kullanıyor Musunuz?

A) Bıraktım B) Kullanıyorum C) Hiç kullanmadım

12) Aşılar Hakkında Bilgilenme Kaynağınız Hangileri?

A) Doktor/Ecacı B) TV C) İnternet D) Gazete/Dergi E) Diğer

13) Kronik Bir Hastalığınız Varsa İşaretleyiniz

A) Şeker hastalığı B) Kalp hastalığı

C) Astım,bronşit,kronik akciğer hastalığı

D) Kronik böbrek hastalığı E) Kan hastalığı

F) Bağışıklık sistemi boukluğu

G) Diğer……..

14) Sürekli Kullandığınız İlaç Var Mı?

A) Var B) Yok (16. soruya geçiniz)

15) Kullandığınız İlaç Sayısı Nedir?

A) Bir B) Daha fazla

16) Çocukluk Aşılarınızı Yaptırdınız Mı?

A) Bilmiyorum B) Yaptırdım,tamamladım

C) Yaptırdım,tamamlamadım

17) 18 Yaş Üzeri Erişkin Aşışı Yaptırdınız Mı?

A) Yaptırmadım B) Yaptırdım

18) Erişkin Aşılarından Hangilerini Yaptırdınız?

A) Grip B) Tetanoz C) Sarı humma D) Tifo E) Hepatit B

F) Hepatit A G) Kızamık H) Kuduz

I) Zatürre İ) Menenjit J) Herpes Zoster (Zona aşısı) K) Su Çiçeği

L) Hib (Hemophilus Influenza) M) HPV (Rahim ağzı kanseri aşısı)

19) Erişkin Aşılarını Yaptırdıysanız Hangileri Kararınızı Belirledi?

A) Doktor/Eczacı önerdi

B) Hacca gitmek için

C) Hamile olduğum için

D) Hayvan ısırmasına maruz kaldığım için

E) Kesici ve delici yaralanmasına maruz kaldığım için

F) Çevremdeki diğer insanlar önerdi

, G) Medyadan (televizyon vb) etkilendim

20) Aşı Ve/Veya Aşıları Nerede Yaptırdınız?

A) Sağlık kurumu B) Ev C) Diğer

21)Aşı Sonrasında Aşağıdakilerden Herhangi Birini Yaşadınız Mı?

A) Ateş B) Kızarıklık C) Kırgınlık D) Ağrı

E) Hiçbir sorun yaşamadım

22) Yaptırmadıysanız Neden(Ler)İ Hangileri Olabilir?

A) Doktorum önermediği için

B) Aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığım için

C) Gerekli olduğunu düşünmediğim için

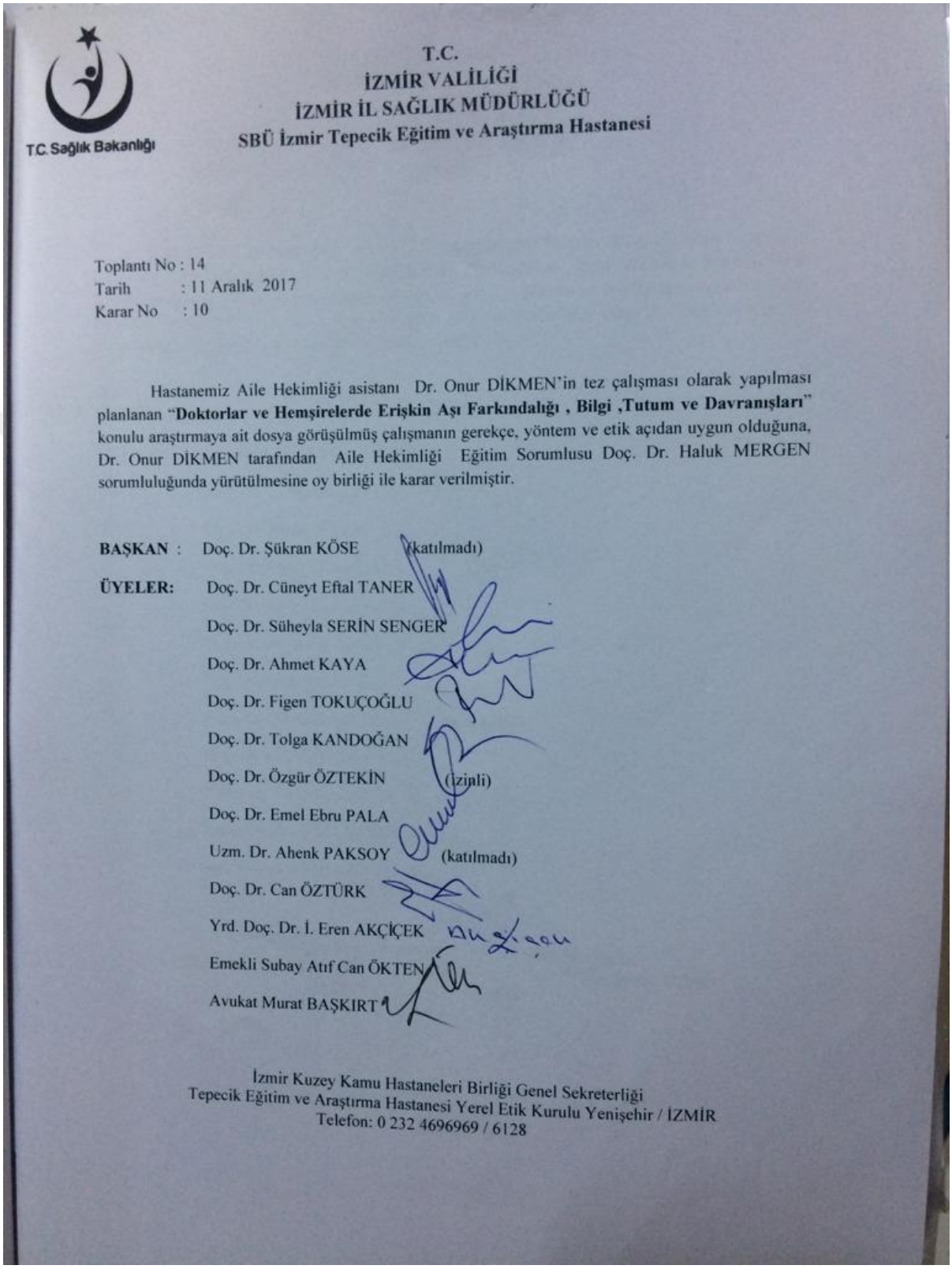
D) Allerji geliştiği için

E) Diğer.....

23) Aşılar İçin Ücret Ödediniz Mi?

A) Ödemedim B) Ödedim

EK 2. ETİK KURUL ONAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 14
Tarih : 11 Aralık 2017
Karar No : 10

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Onur DİKMEN'in tez çalışması olarak yapılması planlanan "**Doktorlar ve Hemşirelerde Erişkin Aşı Farkındalığı , Bilgi ,Tutum ve Davranışları**" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Onur DİKMEN tarafından Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE (katılmadı)

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER
Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (izinli)
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (katılmadı)
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK
Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK
Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Onur DİKMEN

Doğum yeri ve tarihi: Aydın/Merkez / 06.03.1987

İletişim adresi ve telefonu: dr_onurdikmen@hotmail.com / 05333263030

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Aydın Ekrem Çifçi İlköğretim Okulu 1994-1996

Milas Sakarya İlköğretim Okulu 1997-2001

Milas Lisesi Süper Lise2002-2005

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2012

III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2013-2016: Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi,
Acil Tıp Asistan Doktor

2016- Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Asistan Doktor