

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARININ
AŞI DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI DÜZEYİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cihan COŞKUNTUNCEL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2022

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARININ
AŞI DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI DÜZEYİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cihan COŞKUNTUNCEL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2022

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında bilgisini, tecrübelerini ve vaktini esirgemediği için ve uzmanlık eğitimim sũresince katkılarından ötürũ tez danıŐmanım Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'e,

Tez sınavım jũri üyeleri çok değerli Dr. ÖĞretim Üyesi Murat TEKİN'e ve Dr. ÖĞretim Üyesi Önder Sezer'e,

Uzmanlık eğitim sürecinde tanıdığım ve beraber çalışma fırsatı bulduğum, bu güzel Őehirde geçirdiğim sũreyi çok daha anlamlı ve renkli kılan, mesai arkadaşından çok daha öte omüaile asistanlarına,

Hayatım boyunca nerede olurlarsa olsunlar desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim, bugünlere gelmemde emeiği büyük olan babam, annem ve biricik kardeŐime,

Bu Őehrin bana kazandırdığı en değerli kişi olan, hayatımın en kıymetlisi, fikirleri ve desteğisiyle her zaman yanımda olan sevgili eŐim Dilay DÜZCE COŞKUNTUNCEL'e,

Sonsuz sevgi, sayĐı ve teŐekkürlerimi sunarım.

Dr. Cihan COŞKUNTUNCEL

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	v
TABLOLAR ve ŞEKİLLER	vi
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Aşı ve Bağışıklama	4
2.1.1Bağışıklamanın tanımı ve tipleri.....	4
2.1.2. Aşının tanımı ve tipleri	5
2.1.3 Aşı ve Aşılamanın Tarihçesi	8
2.1.4.Genişletilmiş Bağışıklama Programı	10
2.1.5.Türkiye’de Aşı Uygulamalarında Güncel Durum.....	11
2.1.6. Birinci Basamakta Koruyucu Hekimlik ve Aşı Hizmetleri	14
2.2. Aşı Karşıtlığı.....	15
2.2.1. Aşı Tereddütü ve Aşı Reddi Kavramları	15
2.2.2. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler.....	17
2.2.3. Aşı Karşıtı Kampanya	18
2.2.4 Dünyada ve Türkiye’de Aşı Reddi	22
2.2.5. Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddine Yaklaşımı	24
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Evren ve Örneklem	27

3.2. Veri Toplama Araçları	27
3.3. Uygulama	28
3.4. İzin ve Onamlar	29
3.5. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
4.1. Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeği İle İlişkili Bulgular	71
5. TARTIŞMA	89
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	98
KAYNAKLAR	101
EKLER	112
Ek 1 – Anket Formu	112
Ek 2 – Etik Kurul Onayı	118
Ek 3 – Başhekimlik Onayı	119

ÖZET

Amaç: Üniversite hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ile aşı karşıtlığı düzeylerini saptamayı ve aşı tereddütlerinin hangi nedenlerden kaynaklandığını bulmayı amaçladık.

Yöntem: Kesitsel desendeki bu çalışmaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan 891 hastane personeli katılmıştır. Katılımcıların kendileri ve varsa çocuklarıyla ilgili aşılama tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla araştırmacıların oluşturduğu sosyodemografik veri formu ile Sarıgül ve ark. tarafından geliştirilmiş olan "Aşı Karşıtlığı Değerlendirme Ölçeği" katılımcılara dağıtıldı ve doldurmaları istendi.

Bulgular: On sekiz yaşından sonra aşı yaptırma oranı %74,6 idi. En çok yaptırılan aşılarda tetanoz-difteri, hepatit B ve influenzaydı. Katılımcıların %10,2'si (n=91) aşı yaptırmaları önerildiği halde kabul etmemişti. Aşı yaptırmayı reddetme nedenleri aşı olmayı gerek görmemek, aşı içeriğine güvenmemek ve yan etki endişesi idi. Katılımcıların %44,3'ünün (n=395) çocuğu vardı. Çocuğuna herhangi bir aşının uygulanmasını reddeden katılımcı oranı %4,1 (n=16) idi. Aşı karşıtlığı ölçeği ile yapılan analizlerde Kadın cinsiyette olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, yüksek gelir algısına sahip olmak, kırsalda yaşamak ve çocukluk aşılarının uygulanmamış olması aşı karşıtlığı puanında artış ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamıza katılan üniversite hastanesi çalışanlarının %10,2'sinin önerilen bir aşığı reddettiği görülmüştür. Katılımcıların tümü çocuklarına rutin çocuk takvimi aşılarını eksiksiz yaptırmış olsa da ek aşı önerildiğinde %4,1 oranında tereddüt yaşayan ve reddedenler de bulunmaktadır. Bu oranlar yapılmış diğer çalışmalarla benzerdir. Her çalışmada sıklık sırası değişse de aşı tereddütü genel olarak aşı yan etkilerine karşı duyulan korkudan ve aşı içeriğine olan güvensizlikten kaynaklanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aşı, aşı karşıtlığı, aşı reddi, aşı tereddütü, sağlık çalışanı

ABSTRACT

Objective: We aimed to determine the vaccination behaviors and anti-vaccination levels of university hospital staff and to find out the reasons for vaccination hesitations.

Method: 891 hospital personnel working at Çanakkale Onsekiz Mart University Medical Faculty Hospital participated in this cross-sectional study. Sarıgül et al. The “Vaccination Anti-Vaccination Assessment Scale” developed by was distributed to the participants and they were asked to fill in.

Results: The rate of vaccination after the age of 18 was 74.6%. The most frequently administered vaccines were tetanus-diphtheria, hepatitis B and influenza. Although 10.2% (n=91) of the participants were advised to get vaccinated, they did not accept it. The reasons for refusal to get the vaccine were not seeing the need to be vaccinated, not trusting the vaccine content, and fear of side effects. 44.3% (n=395) of the participants had children. The rate of participants who refused to apply any vaccine to their child was 4.1% (n=16). In the analyzes made with the anti-vaccination scale, it was found that being female, having a low education level, having a high income perception, living in the countryside, and not having childhood vaccinations were associated with an increase in the anti-vaccination score.

Conclusion: It was observed that 10.2% of university hospital employees participating in our study refused a recommended vaccine. Although all of the participants had their children fully vaccinated, there were also those who hesitated and refused at a rate of 4.1% when additional vaccines were offered. These rates are similar to other studies. Although the order of frequency varies in each study, vaccine hesitancy is generally caused by fear of vaccine side effects and distrust of vaccine content.

Keywords: Vaccine, vaccine opposition, vaccine rejection, vaccine hesitancy, healthcare worker

KISALTMALAR ve SİMGELER

AKD: Aşı karşıtlığı Değerlendirme Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BCG: Bacillus Calmette Guerin

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

DaBT: Difteri Aselüler Boğmaca Tetanoz

DNA: Deoksiribonükleik asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

GBS: Gullian Barre Sendromu

Hib: Haemophilus Influenzae Tip b

HPV: Human Papilloma Virus

İPA: İnaktif Polio Aşısı

KKK: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

OPA: Oral Polio Aşısı

Td: Tetanoz - Difteri

WONCA: Dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği

TABLolar ve ŞEKİLLER

Tablo 2.1 Bakteri aşılarının sınıflandırılması

Tablo 2.2 Virüs aşılarının sınıflandırılması

Tablo 2.3 T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi AŞı Takvimi 2020

Tablo 2.4 Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2019 aşı önerileri ve dozları

Tablo 2.5 Erişkinlerde risk gruplarına göre 2019 aşı önerileri

Tablo 2.6 AŞı kabulünü etkileyen Faktörler

Tablo 3.1 Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri

Tablo 4.1 Katılımcıların eğitim durumları

Tablo 4.2 Personel Gruplarının Sınıflandırılması

Tablo 4.3 Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırdıkları aşılar

Tablo 4.4 Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma nedenleri

Tablo 4.5 Katılımcıların medeni durumlarına göre 18 yaşından sonra aşı olma durumları

Tablo 4.6 Katılımcıların yaşadığı bölgeye göre 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları

Tablo 4.7 Personel gruplarının 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları

Tablo 4.8 Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları

Tablo 4.9 Katılımcıların cinsiyete göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları

Tablo 4.10 Katılımcıların medeni durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları

Tablo 4.11 Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları

Tablo 4.12 Personel gruplarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşular için tutumları

Tablo 4.13 Katılımcuların çocukluk aşularının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşularla ilgili tutumları

Tablo 4.14 Katılımcuların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarının, 18 yaşından sonra yaptırılan aşularla ilişkisi

Tablo 4.15 Katılımcuların çocukluk aşularının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşularla ilgili tutumları

Tablo 4.16 Katılımcuların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarına göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldığı

Tablo 4.17 Katılımcuların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarına göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldığı

Tablo 4.18 Katılımcuların çocukluk aşularının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşular için kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları

Tablo 4.19 Katılımcuların 18 yaşından sonra yaptırılan aşularla ilgili tutumlarına göre aşı olma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları

Tablo 4.20 Katılımcuların daha önce yaptırdıkları aşılarda karşılaştıkları yan etkiler

Tablo 4.21 Katılımcuların aşı sonrası ateşinin olma durumuna göre medeni durumları

Tablo 4.22 Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşıdan sonra ateş gelişme durumu

Tablo 4.23 Katılımcuların aşı sonrası ağrısının olma durumuna göre medeni durumları

Tablo 4.24 Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşidan sonra ağrı gelişme durumu

Tablo 4.25 Katılımcıların aşı sonrası cilt bulgularının olma durumuna göre medeni durumları

Tablo 4.26 Katılımcıların daha önce yaptırdıkları bir aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumlarına göre aşı yaptırma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları

Tablo 4.27 Aşı yaptırması önerildiğinde reddeden katılımcıların kaşmayı reddetme sebepleri

Tablo 4.28 Katılımcıların aşıları neden reddettiğine yönelik yöneltilen sorulardan hangi faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu

Tablo 4.29 Katılımcıların medeni durumlarına göre önerilen aşıyı reddetme durumları

Tablo 4.30 Personel gruplarına göre önerilen aşıları reddetme durumları

Tablo 4.31 Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre önerilen bir aşıyı reddetme durumları

Tablo 4.32 Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların dağılımı (n=891)

Tablo 4.33 Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların anketin alt gruplarına ve anket toplam puanına göre maksimum, minimum, ortalama ve standart sapma değerleri

Tablo 4.34 Ölçeğin alt grupları ve tümüne verilen puanlar arasında anlamlı fark olan personel grupları

Tablo 4.35 Ölçeğin alt grupları ve tümüne verilen puanlar arasında çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre anlamlı fark olanlar

Tablo 4.36 Ölçeğin alt gruplarına ve tümüne verilen puanlar arasında katılımcılara aşı yaptırmayı önerildiğinde kabul etme durumlarına göre anlamlı fark olanlar

Tablo 4.37 Katılımcıların çocuklarına yaptırdıkları ek aşılar

Tablo 4.38 Katılımcıların çocuklarına aşı yaptırdıklarında karşılaştıkları yan etkiler

Tablo 4.39 Katılımcıların çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde reddetme nedenleri

Tablo 4.40 Katılımcıların çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde, neden reddettiğine yönelik yöneltilen sorulardan hangi faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu

Şekil 2.1-Aşıların tam kabulü ile tümünün reddi arasındaki aşı tereddütü süreci

Şekil 4.1 Yaş ortalamalarına göre katılımcıların kimlerden görüş öneri aldıkları

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Aşılar bağışıklık sistemimizi güçlendirmenin, hastalıklardan korunmanın hatta hayat kurtarmanın en basit, güvenli ve etkili bir yoludur. Tarih boyunca difteri, tetanoz, boğmaca, grip, kızamık gibi yirmiden fazla hastalığa karşı aşı geliştirilmiş olup bu aşılar her yıl üç milyondan fazla insanın hayatta kalmasını sağlamıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyanın her noktasında aşılamaı artırmak için çalışmakta ve uluslararası önerilerde bulunmaktadır.(1)

Ülkemizde de DSÖ'nün önerisi üzerine "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" doğrultusunda aşı programı oluşturulup uygulanmaktadır. Bu programda amaç aşı ile önlenebilen enfeksiyon hastalıklarından korunmak ve oluşabilecek sakatlıkların, ölümlerin önüne geçmektir. Program dahilinde ülkemiz genelinde aşılama oranlarının %97'nin üzerinde tutulması hedeflenmektedir. Bu hedef aşı uygulanmış kişilerin dışında aşılamaı olmayan bireyleri korumak adına da çok önemlidir. Aşılamaı olmayan kişi sayısı arttığı zaman "sürü bağışıklığı" kavramı oluşmayacak ve vaka artışı ile salgınların görülme ihtimali doğacaktır.(2)

Aşılamaı birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük görev düşmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu yönergede koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hem çocuk hem erişkin bağışıklama programlarının yürütülmesinde aile hekimleri görevlendirilmiştir. Birinci basamağın en önemli halkasını oluşturan aile hekimleri hastalarla tıbbın ilk temas noktasında yaş, cinsiyet gibi ayrımlar yapmadan kişinin tüm sağlık problemleriyle ilgilenen uzman hekim grubudur. Bu sebeple hastaları aşılar hakkında bilgilendirecek ve aşılarla ilgili endişelerini giderebilecek kişiler yine aile hekimleri olacaktır.(3,4)

Aşının keşfinin hemen ardından aşı karşıtı düşüncelerde kendini göstermeye başlamıştır. O yıllarda henüz "aşı reddi" kavramının evrensel bir tanımı olmasa da çeşitli sebepler öne sürerek aşığı reddeden ve bu düşünceleri insanlara yaymaya çalışan kişiler ortaya çıkmıştır. Günümüzde var olan hiçbir

aşının kabul edilmemesi durumu aşı reddi olarak tanımlanmaktadır. Aşı karşıtı düşüncelerin özellikle son on yıl içerisinde artış göstermesi ile DSÖ 2014 yılında literatüre yeni bir terim kazandırarak “Aşı Tereddütü Raporu’nu” yayınlamıştır. Böylece aşıları tamamen reddedenler ile birçok nedenden ötürü aşı olmayı geciktiren veya bir kısım aşıları reddedenler; “aşı tereddütü” kavramıyla birbirinden ayrılmıştır.(5)

Aşı karşıtı kampanyalar 19. yüzyıldan bu yana var olmuş ve çok fazla değişikliğe uğramadan günümüze kadar varlığını sürdürmüştür. Aşıların idiyomatik hastalıklara neden olduğu, yan etkilerinin kasıtlı olarak gizlendiği, ilaç firmalarının ticari kaygılarını taşıdığı, otoimmün hastalıklara zemin hazırladığı, içerdiği cıva veya alüminyum gibi maddelerin insanları zehirleyeceği, otizm yapacağı, dinen uygun olmadığı ve kısırlık yapacağı vb. sebeplerle aşı karşıtı gruplar kendilerine taraftar toplamaya devam etmektedirler.(6,7)

Sağlık çalışanları, toplumun büyük bir kesimi tarafından aşılar hakkında bilgi alınabilecek en güvenilir kaynak olarak görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar çok düşük oranlarda olsa bile sağlık çalışanlarının aşıda tereddütlerinin olduğunu ortaya koymuştur. Aşı tereddütü olan az sayıdaki sağlık çalışanının hastalarına aşıları tavsiye etmeleri konusunda sıkıntılar yaşanabileceğinden, bu tereddütlerin giderilmesi önem arz etmektedir. Teknolojinin gelişmesi, sosyal medyanın yaygınlaşması ile beraber hastalar hekime başvurmadan önce internet üzerinden edindikleri aşı karşıtı bilgileri yine hekimlerine danışmaktadırlar. Bu nedenle sağlık çalışanları aşı tereddüdüne dair güncel gelişmeleri takip etmeli ve aşı karşıtı kişilere yaklaşım konusundaki donanımlarını artırmalıdır.(8,9)

Bu çalışma ile Üniversite hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ve aşı karşıtlığı düzeylerini saptamayı amaçladık. Böylece bağışıklama hedeflerine ulaşmak konusunda engel oluşturabilecek düşünce ve hareketlere karşı farkındalığın artmasını, bu konudaki endişe ve olumsuz kanılarının giderilmesi

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



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Aşı ve Bağışıklama

2.1.1Bağışıklamanın tanımı ve tipleri

Kişinin enfeksiyon hastalıklarından korunması amacıyla immün sisteminin uyarılması bağışıklama olarak tanımlanır. Bağışıklığı aşılama yoluyla "aktif" ve immünglobulinler aracılığı ile "pasif" yolla ortaya çıkarmak mümkündür.(10)

Pasif bağışıklık, hastalığı daha önce geçirmiş bir insan veya hayvan serumundan elde edilen antikorların, hastalığı tedavi etmek veya hastalıktan korumak amacı ile başka bir canlıya uygulanmasıdır.(11) Pasif yolla kazanılan bağışıklığın etkisi uygulandığı zamanda maksimum seviyede hafta ve aylar içerisinde antikorlar kademeli olarak parçalanacak ve etki azalacaktır. Pasif bağışıklığın etkisi kaybolduğunda kişi tekrar hastalığa duyarlı hale gelir.(12)

Aktif bağışıklığın oluşması için bireyin hastalığa yakalanması ve etken mikroorganizmaya karşı antikor üretmesi veya hastalığa yakalanmadan önce aşılama gerekmektedir.(11) Birkaç nedenden ötürü aktif bağışıklama, pasif bağışıklamadan üstün kabul edilir. En önemli özelliklerinden birisi koruyuculuğunun çoğu kez ömür boyu sürmesidir. Pasif bağışıklıkta destek aşılama ihtiyacı duyulurken uzun süreli koruyuculuğu nedeniyle aktif bağışıklıkta buna gerek yoktur. Birkaç istisna dışında, aktif aşılama karşı ciddi reaksiyonlar nadirdir. Pasif bağışıklamada kullanılan hayvan serumları nedeniyle anafilaksiye varan yan etkiler daha sık görülür. Aktif Bağışıklamanın koruyucu etkinliği pasif bağışıklamanın üzerindedir ve çoğu durumda %100'e yaklaşır. Son olarak aktif bağışıklama, pasif bağışıklamaya göre daha ekonomiktir.(12)

2.1.2. Aşının tanımı ve tipleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre aşı; canlıları, zararlı mikroorganizmalarla temas etmeden önce korumanın ve bu etkenlere karşı immün sistemi güçlendirmenin basit, güvenli ve etkin bir yoludur.(1) Zamanında ve doğru yollarla uygulandığında, organizmada belirli enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklığı sağlar. Aşılar patojenin kendisinden veya belli bir kısmından hazırlanan süspansiyonlar olup immün sistemi uyarmak amacı ile ağıza, burun içine, cilt altına veya kas içine uygulanabilen biyolojik ürünlerdir.(10) Aşı olduktan sonra vücuda alınan mikroorganizmanın kendisi veya onun bir parçası bağışıklık sistemimiz tarafından tanınır ve hafızaya alınır. Böylece etkenle sonraki karşılaşmalarda hızlıca yanıt geliştirilerek hastalığın hiç ortaya çıkmaması veya hafif geçirilmesi sağlanmış olur.(13)

Aşı bireyi sadece hasta olmaktan korumaz. Hastalığın başka kişilere bulaşma olasılığını da azaltır. Bir toplulukta ne kadar çok insan aşılanırsa patojenin bulaşabileceği insan sayısı o denli azalacaktır. Bir toplumun büyük bir kısmının aşılanmasıyla oluşan ve bulaşın azaltılması yoluyla aşıya ulaşamayanları da hastalıktan koruması durumuna sürü bağışıklığı denir. Sürü bağışıklığı insandan insana bulaşan patojenlerde etkili iken tetanoz gibi çevreden bulaşan patojenlerde etkili olmayacaktır.(1)

Aşıları, üretilirken kullanılan antijenin türüne göre pek çok sınıfta incelemek mümkündür. Temelde canlı veya inaktif etken içermelerine göre iki gruba ayrılır. Canlı aşılar, virüs ya da bakterilerin laboratuvar koşullarında atenüasyon (zayıflatma) işleminden geçirilmesi ile üretilir. Canlı aşı ile vücuda giren patojen çoğalabilir ve immün sistemi uyarır ancak hastalık oluşturmaz. İmmün sistemi zayıf olanlara ve gebelere uygulanamayan canlı aşıların tek dozu çoğunlukla yeterli bağışıklığı sağlar. Bu grupta bulunan aşılar ısı ve ışıktan etkilenmektedir. Türkiye'de uygulanmakta olan canlı aşılar Bacillus Calmette-Guerin aşısı (BCG), oral polio aşısı (OPA), kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı (KKK) ve suçiçeği aşılarıdır. İnaktif etken içeren ölü aşılar

patojenin tamamını (tüm hücreli aşı) veya bir kısmını (fraksiyone – alt birimli aşı) içermesine göre sınıflandırılır. Tüm hücreli inaktif aşılar da etken mikroorganizma ısı veya kimyasallarla inaktive edilir. Ancak bu işlem sırasında immün yanıtın oluşmasını sağlayan antijenler korunur. Türkiye’de uygulanan aşılar da hepatit A aşısı ve inaktif polio aşısı bu gruptadır. Fraksiyone aşılar ise protein veya polisakkarit temeline dayanan subunit aşılar da ve etkenin toksini temel alınarak üretilen toksoid aşılar da oluşmaktadır. Ülkemizde uygulanmakta olan subunit aşılar hepatit B, pnömokok, Haemophilus Influenza Tip b (Hib), ve aselüler boğmacadır. Risk gruplarına tavsiye edilen meningokok ve grip aşılar da yine bu gruptadır. Toksoid aşılar mikroorganizma toksinlerinin kimyasal işlemlerden geçirilmesi ile elde edilen aşılar dır. Toksikitesini kaybeden ancak immün sistemi uyarma yeteneği korunmuş bu aşılar a ülkemizde de uygulanan difteri ve tetanoz aşıları örnek verilebilir.(10,14)

Günümüzde ileri teknoloji ve genetik mühendisliği desteği ile hazırlanan yeni nesil aşı çalışmaları devam etmektedir. “Rekombinant vektör aşıları” yeni nesil aşı tiplerinden birisidir. Bu aşılar; patojenin genomu içerisinden, ilgili antijeni kodlayan kısım alınarak, vektör olarak seçilmiş zayıflatılmış bir virüsün veya bakterinin genomuna aktarılması ile elde edilir. “DNA aşılarında” ise mikroorganizmanın antijenini kodlayan DNA parçasına bir transkripsiyon başlatıcı bölge eklenip bakteri plazmidine aktarımı sağlanır. Böylece vücuda enjekte edilen bu plazmidin içerdiği DNA kısmına özel protein sentezlenmiş olur. Bir diğer aşı tipide “Sentetik peptit aşılar dır”. Bu aşılar da etken mikroorganizmanın antijen özellikli proteinlerine ait aminoasit dizilimleri çıkarılır ve tamamen laboratuvar ortamında bu peptitler oluşturulur. (10)

En güncel aşı çalışmaları tüm dünyayı etkileyen covid-19 üzerine yapılmaktadır. Çalışılmakta olan aşı türleri arasında canlı atenüe aşı, inaktif virüs aşısı, protein bazlı aşı, viral vektör aşısı ve DNA aşıları bulunmaktadır.(15)

Tablo 2.1-Bakteri aşılarının sınıflandırılması			
Bakteri Aşıları			
Canlı	Ölü		
Tüberküloz (BCG)* Tifo (oral form)	Tüm Hücreli İnaktif Aşılar	Fraksiyonel Aşılar	
	Kolera Şarbon Boğmaca Veba Tifo	Protein ve Polisakaritçerenler(Subunit Aşılar)	Toksoid Aşılar
		Aselüler Boğmaca (protein temelli)* H. İnfluenza Tip b (konjugepolisakkaritemelli)* Pnömonokok (polisakkaritemelli)* Meningokok Tip b (protein temelli)** MeningokokA,C,W ve Y(konjugepolisakkarit temelli)* *	Tetanoz* Difteri*
*Türkiye'de rutin aşı takviminde uygulanan aşılar **Türkiye'de risk gruplarına önerilen aşılar			
Tablo 2.2-Virüs aşılarının sınıflandırılması			
Virüs Aşıları			
Canlı	Ölü		
Çiçek aşısı İnfluenza (intranazal form) Kızamık (KKK aşısı komponenti)* Kızamıkçık (KKK aşısı komponenti)* Kabakulak (KKK aşısı komponenti)* Oral Polio (OPA)* Su Çiçeği* Rotavirüs Sarıhumma	Tüm Hücreli İnaktif Aşılar	Fraksiyonel Aşılar	
		Hepatit A* İnfluenza (intramuskular ve intradermal form) İnaktifPolio* Kuduz	Hepatit B (protein temelli rekombinantaşı)* HPV (protein temelli tetralan aşısı) İnfluenza (protein temelli trivalan ve tetralanaşı)**
*Türkiye'de rutin aşı takviminde uygulanan aşılar **Türkiye'de risk gruplarına önerilen aşılar			

2.1.3 Aşı ve Aşılamanın Tarihçesi

Bağışıklık ile ilgili düşüncelerin tarihi oldukça eskidir ve milattan önce 400 ile 500 yılları arasına dayanmaktadır. Antik Yunan döneminde çiçek hastalığını atlatan hastaların tekrar aynı hastalığı geçirmediği yazılmıştır. Ancak aşı ile ilgili bir bilgidен bahsedilmemiştir. İlk yazılı kaynaklar onbeşinci yüzyılda çiçek aşısı hakkındadır. Bu kaynaklarda Çinlilerin uyguladığı “variolyasyon” yönteminden bahsedilmekteydi. Bu teknikte hasta kişinin cildindeki püstüllerden pamukla alınan örnekler veya cilt skuamları henüz hastalığa yakalanmamış kişilerin burnuna uygulanıyordu. Bir başka yöntem ise çiçek hastalığını geçirip iyileşmiş çocukların kıyafetlerinin, henüz hastalığa yakalanmamış çocuklara giydirilmesi yöntemi idi. Bu uygulamalar sonucunda hastalık daha hafif atlatılıyor, daha kısa sürüyor, cilt lezyonları iz bırakmıyor ve hastalığa bağlı mortalite oranları %20’lerden %2’lere kadar düşüyordu. Onsekizinci yüzyılda oldukça yaygınlaşan bu yöntem Çin’den Orta Asya ve Kafkaslar’a yayılmıştır. Anadolu’ya göç eden Türkler sayesinde de bulunduğumuz coğrafyada ilk variolyasyon uygulamaları başlamıştır.(16)

İlk aşı uygulaması ise 1796 da İngiliz doktor Edward Jenner’in sığır çiçeği hastalığına yakalanmış olan bir sütçü kızının elindeki püstülden elde ettiği sıvıyı, başka bir çocuğun kolundaki iki farklı yüzeysel kesiğe uygulamasıyla başlamıştır. Jenner uygulamalarının başarılı gitmesi üzerine araştırmalarının sonuçlarını bir kitapta yayınlamıştır. Böylece aşı uygulamaları onsekizinci yüzyılın sonuna doğru İngiltere’den tüm Avrupa’ya yayılmıştır. Ondokuzuncu yüzyılda Amerika ve Avrupa’da çiçek aşısının yaptırılmasını mecbur kılan yasalar gündeme gelmiştir. 1974 yılında DSÖ’nün genişletilmiş bağışıklama programı sonrasında çiçek vakaları azalmış ve son vaka 1977’de Somali’de görüldükten sonra hastalık eradike edilmiştir.(16,17)

Henüz virüs veya bakterilerin tanınmadığı 1885 yılında Fransız mikrobiyolog Louis Pasteur, kuduz virüsünün bir köpekten maymuna ve daha sonra başka bir maymuna geçtiğinde virülansın her bir geçişte azaldığını fark etti.

Birden çok pasaj ile virölansı azaltılmış virüslerden kuduz aşısını üreten Pasteur 1886'ya kadar Avrupa, Rusya ve Amerika'nın birçok yerinden 350 hastayı tedavi etti ve deneyimlerini 1887 yılında makale olarak yayınladı. Louis Pasteur'ün attığı bu adım bakteriyolojinin temellerini oluşturmuş ve enfeksiyon etkenlerinin zayıflatılması (atenüasyon) yolu ile aşı geliştirilmesi fikrinin yaygınlaşmasını sağlamıştır.(16,18)

İnsanlar tarih boyunca karşılaştıkları enfeksiyon hastalıklarından korunmak için aşı üretme ve geliştirme çabasına girmiş ve günümüze kadar bu çalışmalar yoğun bir şekilde devam etmiştir. Geçtiğimiz iki yüzyıl içerisinde canlı, ölü, toksoid ve polisakkarit aşuların geliştirilmesi ile pek çok enfeksiyon hastalığının önüne geçilmiştir. Teknolojinin zaman içerisindeki gelişimi ile DNA aşuları, sentetik peptitler ve rekombinant aşular geleceğe umut olmaya devam etmektedir.(19)

Ülkemizdeki ilk resmi aşı uygulamaları 1885 yılında Osmanlı Dönemi'nde çiçek aşısının kanunlaştırılması ile başlamıştır. 1887 yılında kuduz aşısının ülkeye getirilmesi ile doğunun ilk kuduz enstitüsü kurulmuş ve kuduz aşısının üretimi gerçekleştirilmiştir. 1892 yılında ilk çiçek aşısı üretim evi kurulmuş ve takip eden 10 yıl içerisinde difteri, sığır vebası ve kızıl serumlarının üretimi gerçekleştirilmiştir. Dünyada üretilen ilk tifüs aşısı 1915'te Reşat Rıza Kor ve Dr. Tevfik Salim tarafından geliştirilmiştir. 1927'de verem aşısı, 1931 de ise tetanoz ve difteri aşularının üretimine başlanmıştır. Kurtuluş Savaşı döneminde zor koşullarına rağmen birçok yurtsever hekim ve veteriner hekimin katılımıyla aşı üretimine devam edilmiştir. Cumhuriyetin ilk zamanlarında tifo, tifüs, difteri, verem, kolera, boğmaca tetanoz ve kuduz aşuları üretilmiştir. Ülkede tifüs ve çiçek hastalığının eradike olmasının ardından bu aşuların üretimi bırakılmış, 1996 da difteri – aselüler boğmaca – tetanoz (DaBT), 1997'de BCG aşısının üretiminin sonlandırılması ile ülkemizde aşı üretimi sonlanmıştır. Günümüzde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde akrep ve difteri serumu üretimi devam etmektedir ve hepatit A, hepatit B, suçiçeği, Coronavirüs aşularının milli üretimi hedeflenmektedir.(20–22)

2.1.4.Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunmak ve bu hastalıklara bağlı ölümleri azaltmak amacı ile 1974'te "Genişletilmiş Bağışıklama Programı"nı (GBP) yayınlamıştır.(2)Genişletilmiş Bağışıklama Programı tarafından hedeflenen ilk altı hastalık; difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık, çocuk felci, ve tüberkülozdu. İlerleyen yıllarda DSÖ'nün önerisi ile bu altılıya ek olarak düşük gelirli ülkelerin çoğu da dahil olmak üzere hepatit B ile Haemophilus influenzae tip b aşıları ve bazı ülkelerde artan oranlarda rotavirüs ile konjuge pnömokok aşıları eklenmiştir.(23)

Türkiye'de DSÖ'nün önerileri üzerine 1981 yılında GBP'yi uygulamaya başlamıştır. Bu tarihten sonra aşılama çalışmaları hız kazanmış ve yıllar içerisinde çocuklara uygulanan rutin aşı takvimi genişletilmiştir. (2)

Sağlık Bakanlığı'nın 25.02.2008 tarihinde yayınladığı GBP genelgesinin temelinde desteklediği fikir; aşısız çocuk bırakmamaktır. Bu program ile birlikte; boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, hepatit B ve H. İnfluenza tip b ye bağlı bebek ve çocuk ölümlerinin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın hedefleri; her antijen için ülkenin %95'ini aşılama, bir ile iki yaş arası bebeklerde %90 oranında aşıları tamamlamak, beş yaşını geçmemiş çocuklarda eksik aşıları saptayıp bu aşıları tamamlamak, okul dönemindeki çocukların rapel aşı dozlarını tamamlamak, gebe kalan her kadına tetanoz difteri aşısı uygulamak, poliomyelitin eradikasyonunun devamlılığını sağlamak, maternal ve neonatal tetanozun eliminasyonunu sağlamak, kızamık vakalarını bitirmek ve diğer bulaşıcı hastalıkları aşılar yoluyla kontrol altına almaktır.(24)

2.1.5.Türkiye’de Aşı Uygulamalarında Güncel Durum

Ülkemizde uygulanan çocukluk dönemi aşı takvimi güncellemelerine baktığımızda; 2010’da ilkokul birinci sınıfta tetanoz-difteri (Td) aşısı ve oral polio aşısı (OPV) yerine difteri – aselüler boğmaca – tetanoz ve inaktif polio (DaBT – İPA) aşısının uygulanması, 2011’de aşılarla karekod programına geçilmesi, 13 valanlık konjuge pnömokok aşısına (KPA) geçilmesi, 2012’de hepatit A aşısının, 2013’te ise suçiçeği aşısının takvime eklenmesi, 2013’te aşı elektronik takip sisteminin uygulanması, yurt dışından ülkemize sığınan insanların çocuklarına kendi bağışıklama programımızın uygulanması, 2016’da DSÖ önerisi ile trivalan yerine bivalan OPV aşısına geçilmesi, 2019’da KPA aşısının çocuklukta 2., 4. ve 12. aylarda 2+1 şeklinde uygulamaya geçilmesi son yıllardaki yeniliklerdir.(2)

3 Haziran 2020 tarihinde Bağışıklama Danışma Kurulu’nun tavsiyesi ile önceki yıllarda ilkokul 1. sınıfta uygulanmakta olan KKK aşısının ikinci dozu ile DaBT – İPA aşısının rapel dozu 01.07.2016’dan sonra doğan çocuklara aile sağlığı merkezlerinde (ASM) 48. aylarını (4 yaş) doldurduklarında uygulanması planlanmıştır. Ayrıca önceki yıllarda ilkokul 8. Sınıfta uygulanmakta olan Td aşısının rapel dozunun 01.07.2007’den sonra doğan çocuklara yine ASM’lerde olmak üzere 156. Aylarını (13 yaş) doldurduklarında uygulanması kararı alınmıştır. 1 Temmuz 2020 itibari ile yapılan son değişikliklerle ulusal çocukluk dönemi aşılama takvimine son hali verilmiştir (Tablo 2.3).(25)

Günümüzde en az çocukluk dönemi bağışıklamaları kadar önemsenmesi gereken bir başka konuda erişkin bağışıklamasıdır. Türkiye’de zamanla artan yaşlı nüfus nedeniyle kronik hastalık ve kanser oranları da artış göstermektedir. Bu nedenle erişkin aşılamanın önemi giderek artmaktadır.(26) Yaşlılık döneminde vücut direncinin azalması, enfeksiyonların daha ağır seyri, çocuklukta uygulanmış aşıların bağışıklık yanıtının yaşlılıkla azalması ve yeni geliştirilmiş olan ancak günümüz erişkinlerinin çocukken bu aşıları olmamış olmaları nedeniyle erişkin bağışıklama göz ardı edilmemelidir. İmmünizasyon doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreç olmalıdır. (27)

Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneğinin yayınladığı erişkin bağışıklama rehberinin 2019 yılındaki en güncel yayınına göre erişkin yaş ve risk gruplarına uygulanması önerilen aşular tablo2.4 ve tablo2.5'te verilmiştir.(10)

Tablo 2.3-T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)(25)										
	Doğumda	1.Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu	12. Ayın Sonu	18. Ayın Sonu	24. Ayın Sonu	48. Ay***	13 Yaş
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-HiB			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği*						I				
KKK						I			II	
Hepatit A**							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R
<p>*1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır. **1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır. ***1 Temmuz 2016 sonrasında başlanmak üzere 48. ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. Bu tarihten önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde yine okullarda uygulanacaktır.</p>										

Tablo 2.4-Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2019 aşı önerileri ve dozları(10)					
Aşılar	19-26 yaş	27-39 yaş	40-49 yaş	50-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap	Her 10 yılda bir rapel doz				
İnfluenza	Her yıl 1 doz				
PCV13	1 doz				1 doz
PPSV23	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz
Hepatit B	3 doz (0,1,6.ay)				
Hepatit A	2 doz (0,6.ay)				
Zoster					1 doz
Suçiçeği	2 doz (1 ay arayla)				
KKK	1 veya 2 doz				
Meningokok	1 veya 2 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz(0,1-2,6.ay)				

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; Hib: *Haemophilus influenzae* tip b aşısı; HPV: Human papillomavirus aşısı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; PCV13: Konjugepnömokok aşısı; PPSV23: Polisakkaritpnömokok aşısı.

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

Tablo 2.5-Erişkinlerde risk gruplarına göre 2019 aşı önerileri(10)									
	Kök Hücre Nakli	İmmun Kompleks Hastalıkları	Aspleni	Solid Organ Transplantasyonu	Romatolojik Hastalığı olan	HIV enfeksiyonu (CD4<200 mm3)	HIV enfeksiyonu (CD4≥200 mm3)	Sağlık Çalışanı	Gebe
Td/Tdap	++	++	++	++	++	++	++	++	++
İnfluenza	++	++	++	++	++	++	++	++	++
PCV13	++	++	++	++	++	++	++	+	+
PPSV23	++	++	++	++	++	0	++	+	+
Hepatit B	++	++	+	++	++	++	++	++	++
Hepatit A	++	++	+	+	++	++	++	++	+
Zoster	0	X	+	0	X	X	+	+	X
Suçiçeği	0	X	+	0	X	X	+	++	X
KKK	X	X	+	0	X	X	+	++	X
Meningokok	+	+	++	0	+	+	+	+	+
Hib	++	++	++	0	+	+	+	+	+
HPV	++	+	+	+	+	+	+	+	0

Td: Tetanoz-difteri; Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; Hib: *Haemophilus influenzae* tip b aşısı; HPV: Human papillomavirus aşısı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; PCV13: Konjugepnömokok aşısı; PPSV23: Polisakkaritpnömokok aşısı

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

2.1.6. Birinci Basamakta Koruyucu Hekimlik ve Aşı Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık oluşmaması için tedbirlerin alınmasını, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi, hastalık sonrası danışmanlığı, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini kapsayan sağlık hizmetleri bütünüdür.(28) Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin temel uygulayıcıları, birinci basamakta görev alan ve hastalara bütüncül yaklaşım becerisi ile yaklaşan aile hekimleri olacaktır.

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners-FamilyPhysicians'a (WONCA - Dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği) göre aile hekimliği; yaş, cinsiyet veya herhangi bir özelliğe bakılmaksızın kişinin tüm sağlık problemleriyle ilgilenen ve sağlık sisteminde hastalarla ilk tıbbi temas noktasını oluşturan klinik uzmanlık alanıdır.(4) İlk temas noktasında koruma, aile hekimliğinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Hastaların aile hekimlerine danıştığı konulara bakıldığında bunların büyük bir yüzdesini sağlıklı kalma ve hastalıklardan korunma oluşturmaktadır.(29)

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Sağlık Bakanlığı yönergesine göre koruyucu sağlık hizmetlerini; primordiyal, primer, sekonder ve tersiyer korunma başlıkları altında incelemek mümkündür.(30)

- a. Temel (Primordiyal) Korunma: Bir toplumun hastalık oluşumuna zemin hazırlayan sosyokültürel ve ekonomik özelliklerinin düzeltilmesini kapsamaktadır. Herhangi bir hastalığa spesifik değildir. İnsan hayatına dair genel önlemlerdir.
- b. Birincil (primer) Korunma: Henüz hastalık biyolojik olarak oluşmadan alınan ve hastalığın görülmesini önleyen koruma hizmetidir. Çevresel olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması, aşı hizmetleri, yeterli ve dengeli beslenme, sigara kullanımını önlemek, kişisel hijyen eğitimi ve çocuk yetiştirme eğitimi bu gruba verilebilecek örneklerdendir.

- c. İkincil (sekonder) Korunma: Hastalık oluştuktan sonra, belirtilerin henüz ortaya çıkmadığı veya hafif olduğu zamanda erken tanı koyularak tedaviye başlanmasıdır.
- d. Üçüncül (tersiyer) Korunma: Hastalığın klinik bulguları oturduktan sonra verilebilecek en iyi tedavi hizmetini ve hastalık sekeli oluştuysa kişinin rehabilitasyonunu kapsar.

Birincil korumanın en önemli halkalarından birisi de aşı hizmetleridir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre, bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesi aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri ile ülkemizde de uygulanan GBP uyarınca yapılan aşular toplum sağlığı merkezlerinden ASM'lere gönderilir. Aşuların soğuk zincir önlemleri alınarak tüm halka ulaştırılması noktasında görevli olan hekimler birinci basamağın temsilcisi olan aile hekimleridir.(3) Hem çocuklar hem yetişkinlerin bağışıklamasında görevli olan aile hekimleri hastaların aşularla ilgili sorularını yanıtlamada ilk temas noktası olarak çalışmaktadır. Bu nedenle aşılama oranlarının artırılması, hastaların bilinçlendirilmesi ve bağışıklama hedeflerine ulaşılması bağlamında donanımlı olan aile hekimlerinin sağlık sistemi içerisindeki değeri büyüktür.

2.2. Aşı Karşıtlığı

2.2.1. Aşı Tereddütü ve Aşı Reddi Kavramları

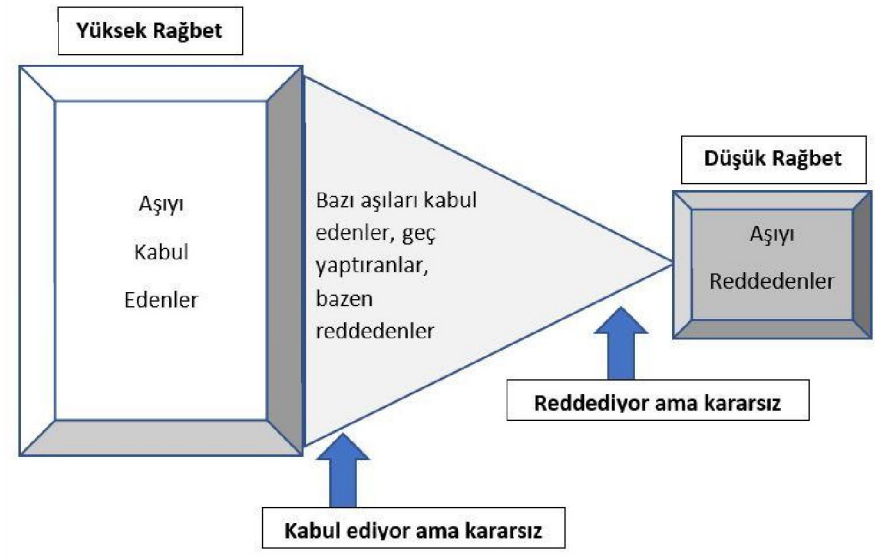
İnsanoğlu tarih boyunca birçok enfeksiyon hastalığı ile karşılaşmış ve bu hastalıkları tedavi etmek veya korunmak için çeşitli yöntemlere başvurmuştur.

Aşı karşıtı düşüncelerin özellikle son on yıl içerisinde yaygınlaşması DSÖ'yü de harekete geçirmiş ve üç yıllık bir çalışma sonucunda 2014 yılında "Dünya Sağlık Örgütü Stratejik Danışma Uzmanlar Grubu" (World Health Organization Strategic Advisory Group of Experts – SAGE) tarafından aşı karşıtı düşünce ile ilgili "Aşı Tereddütü Raporu'nu" (Report Of The SAGE

WorkingGroup On VaccineHesitancy) yayınlamıştır. Bu raporda “aşı tereddütü” ve “aşı reddi” olmak üzere iki temel kavram tanımlanmıştır.(5)

- ❖ Aşı Tereddütü: Aşılama hizmetlerinin var olmasına rağmen bu aşılardan kabul edilmesinin geciktirilmesi veya reddedilmesi durumudur. Aşı tereddütü içinde birçok nedeni barındıran, zamana, yere ve aşılar göre değişen bir kavramdır.
- ❖ Aşı Reddi: Mevcut olan bütün aşıların reddedilmesi anlamına gelir.

Aşı tereddütü çalışma grubu; farklı coğrafyalardaki deneyimler ve terimin literatürlerdeki kullanımları göz önüne alınarak, aşı hizmetlerinin varlığında belirli bir kesimin aşı kabul oranının daha düşük olduğunu ve bunun aşı tereddütünden kaynaklandığını ortaya koymuştur. Aşı tereddütü; aşıların yüksek taleple tümünün kabul edilmesinden, aşıların bir kısmının veya tamamının reddedilmesine kadar uzanan sürekli ve davranışsal bir fenomendir (Şekil 1). Buna rağmen dünya popülasyonuna bakıldığında önerilen aşıların tamamının yaptırılması kabul görmüş bir normdur.(5)



Şekil 2.1-Aşıların tam kabulü ile tümünün reddi arasındaki aşı tereddütü süreci(5)

2.2.2. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler

Son zamanlarda aileler tarafından aşılar karşı endişeler çeşitli nedenlerle basında yer bulmakta ve medya kanalları vasıtası ile paylaşılmaktadır. Aşı uygulamalarına karşı endişelerin giderilmesi, toplumu ciddi etkileri ve ölüm riski olan hastalıklardan korumak adına çok önemlidir.(31)Dünya Sağlık Örgütü bu endişelerin ne gibi sebeplerden kaynaklandığının anlaşılması için “3Cs” modelini ortaya koymuştur. Bu modele göre kişilerin aşılar güvenebilmesi için üç özelliği taşıması gerekmektedir; güven (confidence), memnuniyet (complacency) ve kolaylık (covenience). “Güven” dendiği zaman hem aşının etkinliğine hem aşığı öneren sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemine hem de ihtiyaç duyulan aşıların seçimindeki politikalara olan güven anlaşılmalıdır. “Memnuniyet” aşılama sonucunda hastalıkların azalmasındaki memnuniyeti, “kolaylık” ise aşığı ulaşmadaki kolaylığı, coğrafi erişilebilirliği ve ekonomik anlamda ulaşılabilirliğin kolaylığını ifade etmektedir.(32)

Dünya Sağlık Örgütü bugüne kadar aşılamaı engelleyen düşünceleri göz önüne almış ve 3Cs modeline ek olarak aşı kabulünü etkileyen faktörleri üç ana başlıkta gruplandırmıştır. “Bağlamsal etkiler” başlığı altında o toplumun tarihinden, sosyokültürel yapısından, çevresel etkilerden, sağlık sisteminin yapısından ve ekonomi politikalarından kaynaklanan nedenlere değinmiştir. Bireylerin ve takip ettikleri grupların aşı hakkındaki kişisel algılarına bağlı nedenleri “bireysel ve grup etkileri” olarak adlandırmıştır. Üçüncü grup olan “aşı ve aşılamaı ait etkiler”de ise direkt aşının kendisine veya etkilerine karşı olan endişeleri ele almıştır. Aşı kabulünde etkili bu faktörler Tablo 2.6’da gösterilmiştir.(31)

Tablo 2.6- Aşı kabulünü etkileyen Faktörler		
Bağlamsal Etkiler	Birey ve Grup Etkileri	Aşı ve Aşılınmaya Ait Etkiler
İletişim ve medya araçları	Geçmiş aşı uygulamaları tecrübeleri	Riskler / yararları (bilimsel kanıtlara dayalı)
Toplum üzerinde etkili kişiler ve aşı karşıtı / destekleyicisi lobiler	Sağlık ve önleyici uygulamalara ilişkin inanç ve yaklaşımlar	Yeni aşı veya yeni formülasyonların tanıtımı
Tarihi etkiler	Bilgi / farkındalık	Uygulama şekli
Sosyo-demografik özellikler	Sağlık sistemi ve sağlayıcılara güven, kişisel deneyimler	Aşı programlarının düzenlenmesi / ulaştırma şekli
Politikalar / yasalar	Risk / yarar	Aşı kaynaklarına ulaşım
Coğrafi engeller	Sosyal normlar	Aşılama takvimi
İlaç endüstrisi		Maliyet
		Sağlık çalışanlarının rolü

2.2.3. Aşı Karşıtı Kampanya

Dünya genelinde aşı reddinin en sık nedenlerine bakıldığında, aşılardan içerisindeki kimyasal maddelerden, aşı üretiminde yer alan firmaların ticari kaygılarına bağlı olan güvensizlikten ve bağışıklığın aşılardan ziyade hastalığı geçirerek doğal yollarla sağlandığında daha güçlü olacağı düşüncelerinden kaynaklanmaktadır.(33) Ülkemizde ise aşığı reddetmedeki en sık nedenler; aşı içeriğine olan güvensizlik, aşının yan etkilerinden korkma, dini nedenler, yurtdışında yaşayan bir ailenin ferdi olmak ve medyada yer alan aşı karşıtı haberlerdir.(34)

Aşı karşıtı düşüncelerde ilk sıralarda yer alan aşı içeriğine olan güvensizlik incelendiğinde daha çok aşı üretim aşamalarında kullanılan adjuvanlar, stabilizatörler ve koruyucu maddeler göze çarpmaktadır. Adjuvanlar aşılardaki virüs ve bakteri fraksiyonlarının etkinliğini artırmak amacı ile kullanılan alüminyum hidroksit gibi maddelerdir. Stabilizatörler ise aşının üretiminden uygulanıncaya

kadar olan süreçte aşının stabilitesini korumak amacı ile kullanılan maddelerdir. Özellikle mikrobiyolojik bulaşın önüne geçmek için flakonlarathiomersal ile neomisin, eritromisin gibi koruyucu maddeler eklenmektedir.(35) Bilim okur yazarlığının düşük olduğu ülkelerde aşı içeriğindeki bu kimyasal madde isimleri insanları aşya olan güvensizliğe ve korkuya düşürmektedir. 1930'dan beri aşılar da adjuvan olarak kullanılan alüminyum tuzlarının miktarı toksik etkilerin ortaya çıkması için gerekli dozun çok altındadır.(6) Alüminyum dünyada en çok bulunan metaldir ve yeryüzünde en çok bulunan elementler arasında üçüncü sıradadır. Aşılar olmasa da insanoğlu soluduğu havadan, içtiği sudan ve birçok besin maddesinden günlük 7-9 mg alüminyum almaktadır. Anne sütü ve formula mamalarda dahi alüminyum bulunduğu göze alındığında aşı ile alınan 4 mg alüminyumun fizyolojimize toksik etki oluşturmayacağı açıkça görülmektedir.(36)

Ebeveynler özellikle medyada yer bulan haberler ile birlikte aşılar a 1930'lardan beri koruyucu madde olarak eklenen thimerosalin, çocuklarda otizme neden olmasından endişe duymaktadır. Thimerosal etil cıva bazlı bir koruyucudur. İnsanların farkında olmadan otizm yapmasından endişe duyduğu madde metil cıvadır. Henüz gebelik sürecindeyken uterus ta yüksek metil cıva maruziyeti olan bebeklerin konuşma, dil ve diğer ince nörogelişiminde hafif eksiklik olabileceğine dair çelişkili çalışmalar bulunmaktadır. Ancak özellikle bazı deniz ürünlerinin tüketimi ile alınan metil cıvanın, otizm ile bir ilişkisi olduğu bildirilmemiştir.(37)Thimerosal bir etil cıva bileşiğı olup suda eriyebilir özelliktedir ve yarı ömrü metil cıvadan çok daha kısa olup ortalama 4-9 gün içerisinde sindirim sistemi yoluyla vücuttan atılmaktadır. Bu nedenle düşünöldüğü gibi ardışık aşı dozlarıyla vücutta alınan etil cıva vücutta birikmeyecektir.(6,35,37)

Dünya ekonomisinde büyük bir sektör olan ilaç firmalarının kar elde etme amacından dolayı insanlarda bu firmalar tarafından üretilmiş aşılar a karşı bir tereddüt oluşmaktadır. Bu fikri savunan aşı karşıtı platformlar, doktorlar ile ilaç firmaları arasında bir çıkar ilişkisi olduğunu ve aşıların ilaç firmalarının para kazanmak amacıyla söylediğı yalanlarından öte bir şey olmadığını öne sürerek toplumda bir algı yaratmaya çalışmaktadır. Öncelikle aşı geliştirme çalışmalarının

ilaç sektörünün tekeline olmadığını belirtmek gerekir. Çin, Küba, Amerika ve daha birçok devletin aşı geliştirmek amacıyla kurduğu tamamen bağımsız laboratuvarları ve akademisyenleri mevcuttur. İlaç firmaları ürettikleri diğer ilaçların yanında daha az oranlarda kar ediyor olsalar da bu kazanç DSÖ ve devletler tarafından sıkı bir şekilde denetlenmektedir. Ve unutulmamalıdır ki aşılınmayan kişiler bulaşıcı hastalıklara yakalandıklarında hem o hastalığın ağır etkilerine maruz kalacak hem de tedavilerinde kullanılacak ilaçlardan ilaç firmaları çok daha büyük karlar elde edecektir.(6,36)

Teknolojinin son yıllardaki hızlı ilerleyişi ile beraber neredeyse her yaş grubu akıllı telefon sahibi olmakta, internet erişimi kolaylaşmakta ve sosyal medya kullanımı oldukça yaygın hale gelmektedir. Sosyal medyada yayınlanan içerikler geleneksel medyanın aksine bilimsel incelemeye tabi tutulmamaktadır ve herhangi bir kanıta dayanmayan kişisel görüşleri içerebilir. Geniş kitlelere ulaşmak ve bilgiyi çok hızlı yaymak sosyal medya ile mümkün hale gelmektedir.(38) Günümüzde iletişimin bu kadar hızlı olmasıyla beraber özellikle sosyal medyada çocuklarına aşı yaptırmayı reddederek, onların sağlığını koruduğunu öne süren kişi ve grupların sayısının da arttığı gözlenmektedir.(34) 2017'de video paylaşım platformu olan Youtube içerisinde paylaşılan aşı güvenliği ile ilgili videolar üzerinde yapılan araştırma sonucunda videoların %65'inin aşı karşıtı fikirleri desteklediği görüldü.(39) 2010-2016 yılları arasında Twitter'da "aşı" etiketiyle yapılan paylaşımlar incelendiğinde aşı karşıtı paylaşımların nötr paylaşımlara göre 4,13 kat daha fazla yeniden yanıt (retweet) aldığı tespit edildi.(40) Ayrıca sosyal medya üzerinde yapılan bir çalışmada aşı karşıtı paylaşım yapan sahte hesaplar (bot accounts) otomatik olarak içerik üretmekteydi. Kimlikleri yanlış olan, kışkırtıcı paylaşımlarda bulunan hesapların da (troll hesap) bilgi kirliliğine yol açarak aşılardan güvenliği konusunda şüphelere yol açtığı gözlemlendi.(41) Daha birçok çalışma göstermektedir ki sosyal medya araçlarının kötüye kullanımı aşı karşıtı düşüncelerin yayılmasını kolaylaştırmakta, farkında olmasak da özellikle çocukları, yaşlıları ve sağlık okuryazarlığı düşük bireyleri kolayca etkilemektedir.(38) Bunun önüne geçilmesi için; aşı yaptırılmamış ve sonrasında sorun yaşamış çocuk örnekleri medyada yer

bulmalı, para kazanmak amacıyla aşı karşıtı yayın yapan sosyal medya kanalları kontrol edilmeli ve aşular ile ilgili sade bilgiler içeren sürdürülebilir web siteleri oluşturulmalıdır.(34)

Aşı karşıtı düşüncelerde etkili bir diğer neden de dini sebeplerdir. Özellikle bazı din gruplarının aşı yaptırılmasını uygun görmemesi nedeniyle diyanetten aşılama ile ilgili hutbe verilmesi konusunda destek istenmiştir.(34) Bazı medya ortamlarında yer alan “domuz jelatinli aşular Müslümanları kahrediyor” gibi haberler nedeniyle Müslüman toplumlarda bu aşulara karşı tereddütler artış göstermiştir.(42) Bu konuda çekincesi olan aileler için bazı jelatin içeren aşuların yerine jelatinsiz alternatif aşular bulmak mümkündür. Ayrıca bu jelatinlerin aşulara eklenirken birçok işlemde geçtiği ve domuza ait spesifik hücrelerden arındırıldığı hatta analizlerde domuz DNA’sına bile rastlanmadığı görülmüştür. Bu nedenden ötürü 1995 yılında Dünya İslami Tıp Birimleri Örgütü (ISOM) domuz ürünü içermesi özelliğini kaybeden bu aşuları yaptırmanın sakıncalı olmadığını hakkında ortak bir bildiri imzalamıştır.(36) Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşular içerisinde herhangi bir domuz ürünü bulunmamaktadır.(35)

Aşı karşıtı söylemlerden birisi de aşı sonrası otoimmün hastalık ve GullianBarre Sendromu (GBS) geliştiği iddiasıdır. Otoimmün reaksiyonların gelişiminde enfeksiyöz ajanlara maruz kalmak önemli bir sebeptir. Hatta otoimmün hastalıktan muzdarip birçok kişi tedavi olarak immunsupresif ajanlar kullandıklarından enfeksiyonlara daha açık hale gelmekte ve bu hastalara morbidite ile mortalitenin azaltmak amacıyla aşılama önerilmektedir.(43) Günümüzde otoimmün hastalık oluşumunu tetikleyen genetik ve çevresel birçok etken olduğu bilinmektedir. Ve yapılan çalışmalar aşular ile otoimmün hastalıklar arasında bir ilişki bulunmadığını ortaya koymaktadır. Aşularla beraber verilen immünojenik maddelerin otoimmün yanıt oluşturması ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda ilişki saptanamamıştır. 1976 yılında ABD’de domuz gribi sonrası yapılan aşılama sürecinde, GBS oluşumu ile ilgili iddialar üzerine yapılan çalışmalar sonucunda; aşılama ve grip geçirenlerin GBS’ye

yakalanma oranları, aşılınmış ve sonrasında GBS'ye rastlanmış olanlara göre çok daha yüksek saptanmıştır.(36)

Aşıların kısırlık yaptığına dair iddialar çok eski zamanlarda Orta Doğu ve Afrika ülkeleri tarafından ortaya atılmış olup, batılı ülkelerin nüfus artışını engellemek amacıyla aşıların içerisine maddeler eklendiği iddialarından oluşmaktaydı. Ancak bu iddialarla ilgili herhangi bir kanıt olmamakla beraber bu aşılar aşığı üreten ülkelerin rutin aşılama takvimlerinde de yer almaktadır. Aynı şekilde HPV aşısının içerdiği polisorbata80 maddesine karşı olan infertilite iddialarının gerçek olmadığı ve aşının içerisinde bulunan dozlarda böyle bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür.(36,44)

Aşı karşıtı düşünceye sahip kişi ve gruplar herhangi bir bilimsel veriye dayandırmadan aşılarda fetal dokular bulunması, küretaj materyallerine yer verilmesi veya ağır metaller içermesi vb. söylemlerle çeşitli kanallardan propaganda yapmaya devam etmektedirler. Bunların önüne geçilmesi için doğru ve bilimsel kaynaklardan sağlık okuryazarlığına teşvik sağlanmalı ve bu konudaki eğitimlere önem verilmelidir.

2.2.4 Dünyada ve Türkiye'de Aşı Reddi

İngiltere'de Edward Jenner'in tıp dünyasına aşı kavramını tanıtmaları ile beraber 1800'lerde aşılamalara başlanmış ancak bununla beraber aşı karşıtlığı da kendini göstermiştir. Bir din adamı olan E. Massey hastalıkları önlemenin yanlış olduğunu, hastalıkların tanrı tarafından insanların işledikleri suçlara bir ceza olarak gönderildiğini söyleyerek aşı uygulamalarının şeytana uymaktan farksız olduğunu belirtmiştir.(7)

1840 yılını takiben 13 yıl boyunca yapılan aşılamaların sonucunda 1853 tarihli aşılama yasası çıkarılmış ve bebeklere yaşamın ilk üç ayı içerisinde aşı yaptırmak zorunlu hale getirilmiştir. Aşığı yaptırmayan ebeveynler ise hapse

kadar varan cezalarla yargılanmıştır. Bununla beraber Londra'da ortaya çıkan "Anti Aşı Derneği" (Anti-Vaccination League) ilk aşı karşıtı çalışmalarına başlamıştır. 1867 yılında oluşturulan anayasada aşı yaptırma zorunluluğunun 14 yaşına kadar uzatılmasıyla kişisel hak ve özgürlüklere müdahale edildiği öne sürülerek "Zorunlu Aşı Karşıtları Derneği" (Anti-Compulsory Vaccination League) kurulmuştur.(45) Bu derneğin çıkardığı yayınlar farklı Avrupa ülkelerinde destek bulmuş, özellikle İsveç'te %90'larda olan aşılama oranlarına rağmen Stockholm'de %40 oranına kadar gerilemiştir. Ancak bundan iki yıl sonra (1874) ortaya çıkan salgın ile tekrardan yaygın aşılama geri dönmüştür.(46)1885 yılında İngiltere'nin Leicester şehrinde yapılan aşı karşıtı gösterilerin ardından, bu kişilerin şikayetlerini dinlemek amacı ile bir komisyon oluşturulmuş ve yedi yıllık araştırmalar sonucunda çiçek aşısının koruyucu olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu komisyonun önerisi ile 1898'de oluşturulan yeni aşı yasası ile aşı yaptırmak istemeyenlere verilen cezalar kaldırılarak aşı yaptırmak istemeyen ebeveynler muafiyet sertifikası alma hakkı kazanmıştır.(47,48)

Dönemin aşılama karşıtı liderlerinden İngiliz asıllı William Tebb'in Amerika ziyareti sonrası Amerika'da da aşı reddi oranları giderek artmış ve Amerika Aşı Karşıtı Derneği kurulmuştur. Takip eden yıllarda benzer gruplar baş göstermiş ve aşı karşıtı yayınlar yaparak ülkenin her yerinden taraftar toplamaya devam etmişlerdir.(45)

Tarih boyunca teknoloji ve iletişimdeki gelişmelerle beraber aşı karşıtlığı ile ilgili söylemler geçmişten günümüze yayılmaya devam etmiştir. Özellikle 1990'lı yıllardan sonra aşı reddi kavramı daha çok konuşulur hale gelmiştir. 1998'de Lancet dergisinde İngiliz Andrew Wakefield tarafından yayınlanan bir makalede KKK aşısının otizmle ilişkili olduğu yazılmış ve aşı karşıtı kişiler tarafından oldukça ilgi görmüştür.(49) Bu yayın üzerine birçok çalışma yapılmış ve aşı ile otizm arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. 2010 yılında açılan mahkeme ile makalenin etik ve metodolojik açıdan hatalı olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca toplumu yanlış yönlendirmesi ve tıbbi profesyonelliğe uymaması gerekçeleriyle yayın dergiden kaldırılmıştır.(50)

Geçtiğimiz son 10 yıl içerisindeki aşı reddindeki artış DSÖ'yü harekete geçirmiş ve 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü Stratejik Danışma Uzmanlar Grubu tarafından aşı karşıtı düşünce ile ilgili "Aşı Tereddütü Raporu" yayınlanmıştır.(5) 2019 yılında ise DSÖ "küresel sağlığa on tehdit" başlığı altında dünyayı etkileyen en önemli sağlık sorunlarına değinmiş ve bunlardan birisinin de aşı reddi olduğunu bildirmiştir.(51) Tarih boyunca yaşanan ve DSÖ'nün harekete geçmesine neden olan tüm aşı reddi nedenleri incelendiğinde görülmektedir ki, 21. yüzyıl aşı karşıtı propagandaları 19. yüzyıldakilerle yüksek oranda benzerdir.(7)

Ülkemize baktığımızda 2010 yılına kadar aşı reddi kavramının çok fazla konuşulmadığını görüyoruz. Önceki yıllarda olan aşılama oranlarındaki düşüklükler daha çok coğrafi zorluklardan, iklim koşullarından, kayıt sistemindeki aksaklıklardan ve ekonomik nedenlerden kaynaklanmaktayken, zamanla bu problemlerin giderilmesi ile 2007 yılı itibari ile aşılama oranları %95'lere kadar çıkmıştır.(33)

Aşı reddi ile ilgili en önemli gelişmelerden biri; 2015 yılında Ordu'da yaşayan bir savcının bebeklerine aşı yaptırmaması üzerine yaşanmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar il müdürlüğüne çocuklar için sağlık tedbiri davası açılmıştır. Ancak babanın "bireysel hak ihlali" iddiası ile karşı dava açıp kazanmasının ardından bu olay medya kanallarında "hukuk zaferi" başlıkları ile yer bulmuştur.(52) 2011 ve 2013 yıllarında aşıları reddeden ebeveyn sayısı 183 ve 980 iken medyada ilgi çeken hukuk zaferi haberinin ardından 2015'te 5 bin 400, 2016 yılında ise 12 bin düzeylerine ulaşmıştır. 2018 yılı verilerine göre yirmi üç bine ulaşan aşı reddi vaka sayısının elli bini geçmesi halinde aşı ile önlenbilir hastalıkların tekrar gündeme gelmesi ve salgın ihtimali oldukça yüksektir.(53)

2.2.5. Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddine Yaklaşımı

Sağlık çalışanları hastaları aşılamaya yönlendirmek ve aşılarda hakkında bilgilendirmek bağlamında en güvenilir kaynak olarak anılmaktadır. Bununla

birlikte bazı kanıtlar yüksek düzeyde olmasa da sağlık sektöründe çalışmakta olan bazı insanların da aşı tereddütü olduğunu göstermektedir. Birkaç Avrupa ülkesini kapsayan nitel bir çalışmada sağlık çalışanlarının özellikle aşıların güvenliğine ve ilaç şirketlerinin ticari kaygılarına yönelik aşı tereddütleri olduğunu göstermiştir. Çalışmada birkaç doktorun ise tamamen aşı karşıtı olduğu ve hastalarına aşıları tavsiye etmeme kararı aldığı görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada sağlık alışanlarında aşı reddi oranları çok düşük olsa bile hasta aşılamasını etkileme potansiyeline sahip olduklarından onların aşılamaya olan güvenini artırmak ve aşı tereddütlerini gidermek çok önemlidir.(9)

Doktorların aşı karşıtı hastalarıyla iletişim kurarken dikkat etmeleri gerekenlerle ilgili çeşitli çalışmalar, öneriler ve metotlar bulunmaktadır. 2013 yılında yapılan bir çalışmada aşı tereddütü olan hastaya sorulması gereken soruların İngilizce baş harflerinden oluşan CASE (Corroborate, About me, Science, Explain/Advise) yöntemi önerilmiştir. Bu yöntemde hekim ilk etapta hastanın aşı ile ilgili endişelerine karşı bilimsel gerçeklerle cevap vermemelidir. Bunun yerine hastayı “doğrulmalı” (corroborate) ve hastanın bu endişeyi duymasında yalnız olmadığını söylemelidir. Böylece hekim konuşmaya empati yaparak başlamış olur. Bir sonraki aşama olan “benim hakkımda” (about me) kısmı hekimin bu konu hakkında nasıl uzmanlaştığını, okuduğu makaleleri, katıldığı konferansları içermelidir. Hekim bu noktada çocuğun bakımındaki rolüne de değinmeli ve uygun tavırlarla ebeveynin güvenini kazanmalıdır. Üçüncü aşama olan “bilim” (science) hastaya bilgi aktarmanın olduğu bölümdür. Tereddütleri ortadan kaldırmak için gerekli kilit noktalara değinilmelidir. Son olarak “açıklama ve tavsiye” (explain-advise) kısmında hekim aşılamaya olan ihtiyacı dile getirmeli ve hasta için en iyisinin aşı olduğuna inandığını belirterek aşıyı önermelidir.(54)

Amerikan Pediatri Akademisi aşı tereddütü yaşayan ebeveynlere ocuk doktorları tarafından sadece aşı yaptırma önerisinde bulunulduğunda bile aşıyı kabul etme olasılıklarında artış sağladığını bildirmiş ve bu konuda hekimler için bazı yöntemler önermiştir. Öncelikle hekim ebeveynin endişesini ifade etmesine

izin vermelidir. Karar alma sürecinde ebeveynin iletilen bilgiyi anladığından emin olmak adına hekim hasta ile ilişkilerini kişiselleştirmeli ve ortak karar almalıdır. Hastayla sosyokültürel seviyesine uygun bir biçimde aşıların faydaları ve oluşabilecek olumsuz olaylar tartışılmalıdır. Aşıdan kaynaklanan ölümlerden ziyade hayatı kurtarılan insan sayısı vurgulanmalıdır. Sürü bağışıklığının ne olduğu anlatılmalı ve öneminden bahsedilmelidir. Çoğu ebeveyn sağlık bakımı konusunda bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını tercih ettiğinden hasta iletişimine ve bu önerilere hekimler olarak özellikle dikkat etmemiz gerekmektedir.(55)

Günümüzde ebeveynlerin aklına aşılarla ilgili bir soru takıldığında hekime başvurmadan önce başvurdukları yöntem internet olmaktadır. Herhangi bir arama motoruna aşı tereddütü ile ilgili bir şey yazdıklarında pek çok aşı karşıtı site ile karşılaşmaktadırlar. Hastalar hekimlerine başvurduklarında ise daha çok edindikleri bu yanlış bilgileri savunmaktadırlar. Bu nedenle sağlık çalışanları aşı karşıtlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve aşı tereddütü olan kişilere nasıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiği konusunda donanımlarını artırmalıdırlar.(8)

3.GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel desendeki bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan tüm hastane personelinin kendileri ve eğer varsa çocukları ile ilgili aşılama tutum ve davranışlarını ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştırmak amacı ile yürütülmüştür.

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan doktor, hemşire, öğrenci, teknisyen, idari personel, hasta bakıcı ve temizlik görevlisi dahil olmak üzere tüm hastane personeli oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiştir. Araştırmamız çalışmaya katılmaya onam veren tüm hastane çalışanlarıyla yürütülmüştür. Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri	Çalışma dışı bırakma ölçütleri
1-ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çalışanı olmak	Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi)
2-Çalışmaya onam vermiş olmak	
3-Veri toplama döneminde çalışıyor olmak	

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çalışanlarından 2020 yılı kasım – aralık ayları arasında toplanmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve aşı karşıtlığı değerlendirme

ölçeği kendilerine verilerek doldurması istenmiştir. Hastaların kimlik bilgileri alınmamıştır.

Sosyodemografik veri formu ile katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve bazı günlük alışkanlıkları sorgulanmıştır. Araştırmacılar tarafından bu çalışma için geliştirilen formda 21 soru yer almaktadır. Formda yer alan soru ve direktiflerin okunur anlaşılabilirlik özelliklerinin belirlenmesi için evren dışı 10 kişiye deneme uygulaması yapıp geri bildirimler uyarınca son hali verilmiştir.

Aşı karşıtlığı değerlendirme ölçeği (AKD) 2019 yılında Sarıgül B ve ark. tarafından bireylerde aşı reddi ve aşı karşıtı düşünce varlığını ve bireylerin aşı karşıtı tutumlarını ölçmek için hazırlanmış, geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir. AKD Ölçeği on sekiz yaş ve üzeri bireylere yönelik olarak geliştirilmiştir. Uzun ve kısa formları bulunan ölçekte yanıtlar beşli Likert skalada toplanmaktadır. Toplam 21 madde içeren uzun formun 4 alt bölümü mevcuttur: Faktör I: Aşı yararı ve koruyucu değeri, Faktör II: Aşı karşıtlığı, Faktör III: Aşı olmamak için çözümler, Faktör IV: Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması. Faktör I aşı lehine ifadelerden oluştuğundan ters kodlanmakta, her maddeden alınan puan toplanarak ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Uzun formdan 21 ile 105 arasında değer alınabilmekte, puan arttıkça aşı karşıtlığının arttığı değerlendirilmektedir. Şu ana kadar bir kesme değeri belirlenmemiştir.(56)

3.3. Uygulama

01.11.2020 – 31.12.2020 tarihleri arasında ÇOMÜ Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan 1281 çalışanın tamamına ulaşmak için, personel gruplarının hangi serviste çalıştıkları, nöbet usulü ile çalışanların hangi aralıklarla hastanede buldukları, hastanenin hangi katında ve hangi alanlarında çalıştıkları öğrenildi. Alınan bilgiler doğrultusunda hastanedeki her bir birim gündüz ve gece vardiyaları şeklinde ziyaret edilerek araştırma anket formu çalışanların kendilerine ulaştırıldı ve doldurmaları istendi. Aralık ayında Covid-19 vaka sayılarının artışı nedeni ile 05.12.2020 tarihinde anketin online formu

oluşturuldu ve yüz yüze ulaşamadığımız çalışanlara gönderildi. 21.12.2020 tarihinde toplanılan yüz yüze ve online anketler sayılıp 847 çalışana ulaşıldığı görüldü. 847 anket formunun 8 numaralı “mesleğiniz” ve 9 numaralı “alıştığınız birim” sorularına göre personel gruplarının yüzde kaçına ulaşıldığı hesaplandı. Yapılan sayımlar sonucunda diğer gruplara göre az sayıda kalan; hasta bakıcıların %39’una, temizlik personelinin ise %36’sına ulaşıldığı görüldü. Mobil olarak çalışan bu iki personel grubuna anket uygulamaya devam edildi. Hasta bakıcılardan 25, temizlik personelinden 19 kişiye daha ulaşılmasının ardından toplamda 891 anket elde edilmesiyle 28.12.2020 tarihinde veri toplamaya son verildi.

3.4. İzin ve Onamlar

Araştırmaya başlamadan önce Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun23.09.2020 tarih ve 12-25 nolu kararı ile Onayı alınmıştır (Ek 2). Çalışmamız hastane personeli üzerinde yapılacağından ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır (Ek 3). Çalışmaya katılmaları için tüm hastane personelinden araştırma anket formunu doldurmadan önce bilgi verilip sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin toplanmasının ardından dijital ortama aktarılmıştır. Gerekli düzeltme ve düzenleme işlemlerini takiben tanımlayıcı özellikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Ölçek puanlarının hesaplanmasını takiben elde edilen bağımsız değişkenlerle ilişkileri değişken özelliklerine uygun hipotez testleri ile incelenmiştir. İstatistiksel genel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan 891 kişinin 525'i (%58,9) kadın, 366'sı (%41,1) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $31,3 \pm 8,1$ [en az 18 – en çok 60] idi ve cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu. ($t=-0,053$; $p=0,958$) Kadın cinsiyetteki katılımcıların 5'i (%1,0) gebe idi. Katılımcıların 430'u (%48,3) bekar, 447'si (%50,2) evli, 7'si (%0,8) dul, 7'si (%0,8) boşanmıştı.

Katılımcıların 327'si (%36,7) lisans mezunuydu. Katılımcıların eğitim durumu bilgileri tablo 4.1'de verilmiştir.

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
İlkokul	11	1,2
Ortaokul	7	0,8
Lise	180	20,2
Yüksekokul	94	10,5
Lisans	327	36,7
Yüksek lisans	182	20,4
Doktora	90	10,1
Toplam	891	100,0

Erkek katılımcıların eğitim durumları kadınlardan anlamlı yüksek saptandı ($U=83955,5$; $p<0,001$). Katılımcıların yaşları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon görüldü. ($r=0,225$; $p<0,001$)

Katılımcıların 21'i (%2,4) kırsal bölgede 870'i (%97,4) kentte yaşamaktaydı.

Katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayısı ortalaması $3,6 \pm 1,1$ [en az 1 – en çok 10] idi. Ailede yaşayan birey sayısı açısından kırsalda ve kentte yaşayan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmedi ($t=1,522$; $p=0,144$). Ailede yaşayan birey sayısı ve eğitim durumu arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($r=-0,018$; $p=0,585$). Katılımcıların yaşları ile ailelerinde yaşayan birey sayıları arasında da anlamlı korelasyon görülmedi ($r=-0,016$; $p=0,634$). Ailede yaşayan birey sayısı erkek katılımcılarda ($3,84 \pm 1,19$) kadın katılımcılardan ($3,49 \pm 0,94$) anlamlı yüksekti. ($t=-4,917$; $p<0,001$)

Katılımcılardan gelir durumunu iyi olarak değerlendiren kişi sayısı 128 (%14,4), orta olarak değerlendiren 593 (%66,6), kötü olarak değerlendiren ise 170 (%19,9) idi. Kadın ve erkek katılımcıların gelir durumu algıları arasında anlamlı fark görülmedi. ($U=89628,0$; $p=0,041$) Katılımcıların gelir durumu algıları ile yaşları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. ($r=-0,063$; $p=0,062$) Katılımcıların gelir durumu algıları ile eğitim durumları arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttu. ($r=-0,297$; $p<0,001$). Katılımcıların gelir durumu algıları ile ailede yaşayan birey sayısı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. ($r=-0,059$; $p=0,078$)

Katılımcıların 245'ini akademik personel, 39'unu idari personel, 238'ini sağlık personeli, 20'sini teknik personel, 269'unu diğer personel grupları ve 80'ini tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencileri oluşturmaktaydı. Personel gruplarının ayrıntıları tablo 4.2'de verilmiştir.

Katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri $6,6 \pm 6,2$ [en az 1 – en çok 45] yıldır.

Katılımcıların 30'u (%3,4) sosyal medya uygulamalarını hiç kullanmazken, 16'sı (%1,8) haftada bir, 15'i (%1,7) haftada birden fazla, 143'ü (%16,0) günde bir ve 687'si (%77,1) günde birden fazla olmak üzere sosyal medya uygulamalarını kullanmaktaydı.

Tablo 4.2 Personel Gruplarının Sınıflandırılması				
PERSONEL GRUPLARI		Sayı	Yüzde	Toplam
AKADEMİK PERSONEL	Akademisyen	72	8,1	245 (%27,5)
	Araştırma Görevlisi Doktor	173	19,4	
İDARİ PERSONEL	İdari Personel	39	4,4	39 (%4,4)
SAĞLIK PERSONELİ	Acil Tıp Teknisyeni -Paramedik	7	0,8	238 (%26,7)
	Biyolog	8	0,9	
	Diyetisyen	1	0,1	
	Elektronörofizyoloji Teknikeri (EEG)	2	0,2	
	Fizyoterapist	2	0,2	
	Fizyoterapi Teknikeri	3	0,3	
	Hemşire	175	19,6	
	Laborant	2	0,2	
	Laboratuvar Teknisyeni - Teknikeri	16	1,8	
	Odyolog	2	0,2	
	Optisyen	1	0,1	
	Sağlık Memuru	1	0,1	
	Sağlık Teknikeri (Diyaliz)	1	0,1	
	Sağlık Teknikeri (Eczane Hizmetleri)	1	0,1	
Sağlık Teknikeri (Odyometri)	1	0,1		
Tıbbi Görüntüleme Teknikeri - Teknisyeni	15	1,7		
TEKNİK PERSONEL	Bilgi İşlem Destek Elemanı	7	0,8	20 (%2,2)
	Biyomedikal Cihaz Teknikeri	2	0,2	
	Elektrik Teknisyeni	1	0,1	
	Teknisyen - Tekniker (Teknik Personel)	10	1,1	
DİĞER PERSONEL	Güvenlik Görevlisi	23	2,6	269 (%30,2)
	Hasta Bakıcı	79	8,9	
	Hizmetli	1	0,1	
	Kantin Çalışanı	4	0,4	
	Kırtasiye	2	0,2	
	Temizlik Görevlisi	68	7,6	
TIP FAKÜLTESİ	Veri Giriş Kontrol İşletmeni - Sekreter	92	10,3	80 (%9,0)
	Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencisi	80	9,0	
Toplam		891	100	891 (%100,0)

Kadın ve erkek katılımcılar arasında sosyal medya uygulamalarının kullanım sıklıkları açısından anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=4,293$; $p=0,368$) Ortalama sosyal medya kullanımı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($U=90692,0$; $p=0,052$)

Katılımcıların yaşı arttıkça, sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları azalıyordu. ($r=-0,222$; $p<0,001$) Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları azalıyordu. ($r=-1,02$; $p=0,002$) Ailede yaşayan birey sayısı ile sosyal medya uygulamalarının kullanım sıklıkları arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,030$; $p=0,365$) Katılımcıların gelir durumu ile sosyal medya uygulamalarının kullanım sıklıkları arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r<0,001$; $p=995$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri arttıkça, sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları azalıyordu. ($r=-1,82$; $p<0,001$) Evli katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları bekar katılımcılardan yüksekti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (KW $\chi^2=16,150$; $p=0,001$) Kentte ve kırsalda yaşayan katılımcılar arasında ortalama sosyal medya kullanımları açısından anlamlı fark yoktu. ($U=9241,5$; $p=0,901$) Gelir durumu algılarına göre katılımcılar arasında ortalama sosyal medya kullanımı açısından anlamlı fark yoktu. (KW $\chi^2=4,786$; $p=0,091$)

Çocukluk aşılı uygulanmayan katılımcı sayısı 8 (%0,9) iken, bir kısmı uygulanan 42 (%4,7), tüm aşılı uygulanan 752 (%84,4) idi. Hangi aşılı olduğunu hatırlamayan katılımcı sayısı ise 89'du (%10,0).

Kadın katılımcıların 443'ünün (%58,9), erkek katılımcıların 309'unun (%41,1) çocukluk aşılı tam uygulanmıştı. Çocukluk aşılılarının yaptırılma durumları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($\chi^2=0,060$; $p=5,616$) Kadınların çocukluk aşılı olma durumları erkeklere göre anlamlı olarak daha iyiydi. ($U=75586,5$; $p=0,041$)

Katılımcıların yaşları ile çocukluk aşılılarının uygulanma durumu arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,006$; $p=0,861$) Katılımcıların eğitim durumu ile

çocukluk aşılarının uygulanma durumu arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,007$; $p=0,832$) Katılımcıların gelir durumları ile çocukluk aşılarının uygulanma durumu arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,020$; $p=0,573$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süresi ile çocukluk aşılarının uygulanma durumu arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. ($r=-0,078$; $p=0,036$) Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklığı ile çocukluk aşılarının uygulanma durumu arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı. ($r=0,069$; $p=0,049$)

Dul katılımcıların çocukluk aşıları evli ve bekar katılımcılara göre daha yüksek oranda uygulanmıştı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (KW $\chi^2=8,335$; $p=0,040$). Evli ve bekar katılımcılar arasında çocukluk aşılarının uygulanma sıklıkları açısından anlamlı fark yoktu.

Kentte yaşayan katılımcıların çocukluk aşıları kırsalda yaşayan katılımcılara göre daha yüksek oranda uygulanmıştı ve istatistiksel olarak anlamlıydı. (U=9013,0; $p<0,001$)

Gelir durumu algılarına göre katılımcılar arasında çocukluk aşılarının uygulanması açısından anlamlı fark yoktu. (KW $\chi^2=0,999$; $p=0,607$)

Çalışmaya katılan personel grupları arasında çocukluk aşılarının uygulanması açısından anlamlı fark vardı. ($\chi^2=23,467$; $p<0,001$) Sağlık personelinin çocukluk aşıları idari personele göre anlamlı olarak daha yüksekti. İdari personelin çocukluk aşıları akademik personele göre anlamlı olarak daha yüksekti. Diğer personel grubunun çocukluk aşıları idari personele göre anlamlı olarak daha yüksekti. Teknik personelin çocukluk aşıları idari personele göre anlamlı olarak daha yüksekti. 6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin çocukluk aşıları sağlık personeline, akademik personele, teknik personele ve diğer personel grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti.

18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcı sayısı 665 (%74,6) yaptırmayan ise 226 (%25,4) idi.

18 yaşından sonra katılımcıların 367'si (%41,2) tetanoz-difteri (Td) aşısı yaptırmıştı. Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırdıkları aşılar tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3 Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırdıkları aşılar		
Aşı	Kişi Sayısı	Yüzde
Tetanoz – Difteri (Td)	367	41,2
Hepatit B	189	21,2
Grip (İnfluenza)	114	12,8
Hepatit A	34	3,8
Kuduz	21	2,4
Kızamık – Kızamıkçık – Kabakulak (KKK)	16	1,8
Domuz gribi (H1N1)	9	1,0
HPV	7	0,8
Pnömonokok	3	0,3
Menenjit	3	0,3
Su çiçeği	1	0,1

Katılımcıların 129'u (%14,5) 18 yaşından sonra aşı yaptıрма nedeni olarak "sağlık çalışanı olduğum için" yanıtını verdi. Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptıрма nedenleri tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma nedenleri		
Neden	Kişi Sayısı	Yüzde
Sağlık Çalışanı Olduğum İçin	129	14,5
Profilaksi Amacıyla	127	14,3
Yaralanma	121	13,6
Gebelik Öncesi	56	6,3
Askerlik Nedeniyle	19	2,1
İşe Giriş Öncesi	15	1,7
Hayvan Isırması - Tirmalması	13	1,5
Rapel Doz Uygulaması Nedeniyle	12	1,3
İş Yeri Hekimliği Nedeniyle	2	0,2
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	1	0,1
İmmün Yetersizlik	1	0,1
Okul Kaydı Öncesi	1	0,1
Salgın nedeniyle	1	0,1

Kadın katılımcıların 438'i (%83,4) 18 yaşından sonra aşı yaptırırken, erkeklerin 227'si (%62,0) aşı yaptırmıştı. Kadınların, erkeklere göre 18 yaşından sonra aşı yaptırma düzeyleri anlamlı olarak yüksekti. ($\chi^2=52,202$; $p<0,001$)

18 yaşından sonra aşı yaptıranların yaş ortalaması 29,2 iken, yaptırmayanların yaş ortalaması 32,9'du. 18 yaşından sonra aşı yaptıranların yaş ortalaması yaptırmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti. ($t=-4,732$; $p<0,001$)

Bekar katılımcıların 301'i (%70,0), evlilerin 355'i (%79,4), dulların 5'i (%71,4) ve boşanmışların 4'ü (%57,1) 18 yaşından sonra aşı yaptırmıştı. Katılımcıların medeni durumları ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında anlamlı fark vardı. ($\chi^2=11,452$; $p=0,010$) Katılımcıların medeni durumlarına göre 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların medeni durumlarına göre 18 yaşından sonra aşı olma durumları						
		Bekar	Evli	Dul	Boşanmış	Toplam
18 yaşından sonra aşı olmayanlar	Kişi sayısı	129 ^a	92 ^b	2 ^{a,b}	3 ^{a,b}	226
	Yüzde	30,0%	20,6%	28,6%	42,9%	25,4%
18 yaşından sonra aşı olanlar	Kişi sayısı	301 ^a	355 ^b	5 ^{a,b}	4 ^{a,b}	665
	Yüzde	70,0%	79,4%	71,4%	57,1%	74,6%
Toplam	Kişi sayısı	430	447	7	7	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır						

18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcıların eğitim düzeyi aşı yaptırmayanlardan daha yüksekti. (U=61990,5; p<0,001) Katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayısı ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında bir ilişki yoktu. (U=71222,5; p=0,214) Katılımcıların gelir durumu algıları ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında bir ilişki yoktu. (U=74718,0; p=0,878) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında bir ilişki yoktu. (U=53337,5; p=0,172) 18 yaşından sonra aşı yaptırmayan katılımcıların sosyal medya kullanım sıklıkları, aşı yaptıranlardan anlamlı olarak daha yüksekti. (U=69852,0; p=0,031)

Kentte yaşayan katılımcıların 654'ü (%75,2) 18 yaşından sonra aşı yaptırmışken, kırsalda yaşayanların 11'i (%52,4) aşı yaptırmıştı. Kentte yaşayan katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları oranları kırsalda yaşayanlara göre

anlamli yüksekti. ($\chi^2=5,626$; $p=0,018$) Katılımcıların yaşıadığı bölgeye göre 18 yaşıandan sonra aşı yaptıırma durumları tablo 4.6'da belirtilmiştir.

		Kırsal	Kent	Toplam
18 yaşıandan sonra aşı olmayanlar	Kişi sayısı	10	216	226
	Yüzde	47,6%	24,8%	25,4%
18 yaşıandan sonra aşı olanlar	Kişi sayısı	11	654	665
	Yüzde	52,4%	75,2%	74,6%
Toplam	Kişi sayısı	21	870	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmaya katılan akademik personelin 219'u (%89,4), İdari personelin 20'si (%51,3), sağlık personelinin 178'i (%74,8), teknik personelin 14' (%70,0), diğer personel grubunun 197'si (%73,2) ve tıp fakültesi 6. Sınıf ğrencilerinin 37'si (%46,3) aşı yaptıırmiştı. 18 yaşıandan sonra aşı yaptıırma durumları açısından personel grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=73,959$; $p<0,001$) Personel gruplarının 18 yaşıandan sonra aşı yaptıırma durumları tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7 Personel gruplarının 18 yaşından sonra aşı yaptıırma durumları								
		Akademik personel	İdari personel	Sağlık personeli	Teknik personel	Diğer personel	Tıp fak. 6. sınıf öğr.	Toplam
18 yaşından sonra aşı olmayanlar	Kişi sayısı	26 ^a	19 ^{b,c}	60 ^d	6 ^{a,b,c,d}	72 ^{c,d}	43 ^b	226
	Yüzde	10,6%	48,7%	25,2%	30,0%	26,8%	53,8%	25,4%
18 yaşından sonra aşı olanlar	Kişi sayısı	219 ^a	20 ^{b,c}	178 ^d	14 ^{a,b,c,d}	197 ^{c,d}	37 ^b	665
	Yüzde	89,4%	51,3%	74,8%	70,0%	73,2%	46,3%	74,6%
Toplam	Kişi sayısı	245	39	238	20	269	80	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b,c,d} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır								

Çocukluk aşıları uygulanmamış olan katılımcıların 6'sı (%75,0), bir kısmı uygulanmış olanların 27'si (%64,3), tam uygulanmış olanların 561'i (%74,6) ve çocukluk aşılarını hatırlamayanların 71'i (%79,8) 18 yaşından sonra aşı yaptırmıştı. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. ($\chi^2=3,619$; $p=0,306$)

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanması ile 18 yaşından sonra aşı yaptırmaları arasında anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,047$; $p=0,184$)

Katılımcıların 519'u (%58,2) 18 yaşından sonra öneriler uyarınca aşı olma kararı veriyordu. Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları tablo 4.8'de verilmiştir.

	Kişi sayısı	Yüzde
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	217	24,4
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	519	58,2
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	132	14,8
Aşı yaptırmam	23	2,6
Toplam	891	100,0

Aşılarını düzenli olarak takip edip yaptıran kadın katılımcılar 134 (%61,8), erkek katılımcılar 83 (%38,2) kişiydi. 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için kadın ve erkek katılımcıların tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. ($\chi^2=2,326$; $p=0,508$) Katılımcıların cinsiyete göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları tablo 4.9'da verilmiştir.

		Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Öneriler uyarınca aşı olma kararı	Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Aşı yaptırmam	Toplam
Kadın	Kişi sayısı	134	297	82	12	525
	Yüzde	61,8%	57,2%	62,1%	52,2%	58,9%
Erkek	Kişi sayısı	83	222	50	11	366
	Yüzde	38,2%	42,8%	37,9%	47,8%	41,1%
Toplam	Kişi sayısı	217	519	132	23	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=2,326$; $p=0,508$

Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. (KW $\chi^2=6,395$; $p=0,094$)

Katılımcıların yaşı azaldıkça 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde artıyordu. ($r=-0,074$; $p=0,027$) Katılımcıların eğitim düzeyi azaldıkça 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde artıyordu. ($r=-0,218$; $p<0,001$) Katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayısı azaldıkça 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde artıyordu. ($r=-0,116$; $p=0,001$) Katılımcıların gelir durumu azaldıkça 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde artıyordu. ($r=-0,113$; $p=0,001$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,068$; $p=0,055$) Katılımcıların yaşı azaldıkça 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde artıyordu. ($r=-0,074$; $p=0,027$)

Aşılarını düzenli olarak takip edip yaptıran bekar katılımcılar 105 (%48,4), evli katılımcılar 109 (%50,2), dul katılımcılar 1 (%0,5), boşanmış katılımcılar 2 (%0,9) kişiydi. 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=29,424$; $p=0,001$) Katılımcıların medeni durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları tablo 4.10'da verilmiştir.

	Bekar		Evli		Dul		Boşanmış		Toplam	
	Kişi Sayısı	Yüzde	Kişi Sayısı	Yüzde	Kişi Sayısı	Yüzde	Kişi Sayısı	Yüzde	Kişi Sayısı	Yüzde
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırırım	105 _a	48,4%	109 _a	50,2%	1 _a	0,5%	2 _a	0,9%	217	100,0%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	249 _a	48,0%	265 _a	51,1%	2 _a	0,4%	3 _a	0,6%	519	100,0%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	67 _a	50,8%	62 _a	47,0%	3 _a	2,3%	0 _a	0,0%	132	100,0%
Aşı yaptırmam	9 _a	39,1%	11 _a	47,8%	1 _a	4,3%	2 _b	8,7%	23	100,0%
Toplam	430	48,3%	447	50,2%	7	0,8%	7	0,8%	891	100,0%

^{a,b,c,d} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Kırsalda yaşayan katılımcıların 4'ü (%19,0), kentte yaşayan katılımcıların 213'ü (%24,5) aşılarını düzenli olarak takip edip yaptırıyordu. 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için kırsalda ve kentte yaşayan katılımcıların tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=13,712$; $p=0,003$) Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11 Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılardan tutumları				
		Kırsal	Kent	Toplam
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Kişi sayısı	4 ^a	213 ^a	217
	Yüzde	19,0%	24,5%	24,4%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Kişi sayısı	9 ^a	510 ^a	519
	Yüzde	42,9%	58,6%	58,2%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Kişi sayısı	5 ^a	127 ^a	132
	Yüzde	23,8%	14,6%	14,8%
Aşı yaptırmam	Kişi sayısı	3 ^a	20 ^b	23
	Yüzde	14,3%	2,3%	2,6%
Toplam	Kişi sayısı	21	870	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır				

Akademik personelin 94'ü (%38,4), idari personelin 8'i (%20,5), sağlık personelinin 55'i (%23,1), teknik personelin 5'i (%25,0), diğer personel grubunun 37'si (%13,8) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 18'i (%22,5) 18 yaşından sonraki aşılarını düzenli olarak takip edip yaptırıyordu. 18 yaşından sonra yaptırılan aşılardan tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=86,536$; $p<0,001$) Personel gruplarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılardan tutumları tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12 Personel gruplarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşilar için tutumları								
		Akademik personel	İdari personel	Sağlık personeli	Teknik personel	Diğer personel	Tıp fak. 6. sınıf ögr.	Toplam
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Kişi sayısı	94 ^a	8 ^{a,b}	55 ^b	5 ^{a,b}	37 ^b	18 ^{a,b}	217
	Yüzde	38,4%	20,5%	23,1%	25,0%	13,8%	22,5%	24,4%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Kişi sayısı	131 ^a	17 ^{a,b}	138 ^{a,b}	8 ^{a,b}	178 ^b	47 ^{a,b}	519
	Yüzde	53,5%	43,6%	58,0%	40,0%	66,2%	58,8%	58,2%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Kişi sayısı	18 ^a	8 ^{a,b}	42 ^b	6 ^b	47 ^b	11 ^{a,b}	132
	Yüzde	7,3%	20,5%	17,6%	30,0%	17,5%	13,8%	14,8%
Aşı yaptırmam	Kişi sayısı	2 ^a	6 ^b	3 ^a	1 ^{a,b}	7 ^a	4 ^{a,b}	23
	Yüzde	0,8%	15,4%	1,3%	5,0%	2,6%	5,0%	2,6%
Toplam	Kişi sayısı	245	39	238	20	269	80	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Çocukluk aşıları uygulanmayanların 3'ü (%37,5), çocukluk aşılarının bir kısmı uygulananların 6'sı (%14,3), çocukluk aşıları tam uygulananların 184'ü (%24,5) ve çocukluk aşılarını hatırlamayanların 24'ü (%27,0) aşılarını düzenli olarak takip edip yaptırıyordu. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=45,209$; $p<0,001$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13 Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları						
		Çocukluk aşılarının uygulanma durumu				
		Uygulanmadı	Bir kısmı uygulandı	Tam uygulandı	Hatırlamıyorum	Toplam
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Kişi sayısı	3 ^a	6 ^a	184 ^a	24 ^a	217
	Yüzde	37,5%	14,3%	24,5%	27,0%	24,4%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Kişi sayısı	4 ^{a,b}	14 ^b	454 ^a	47 ^{a,b}	519
	Yüzde	50,0%	33,3%	60,4%	52,8%	58,2%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Kişi sayısı	1 ^{a,b}	17 ^b	100 ^a	14 ^a	132
	Yüzde	12,5%	40,5%	13,3%	15,7%	14,8%
Aşı yaptırmam	Kişi sayısı	0 ^{a,b}	5 ^b	14 ^a	4 ^{a,b}	23
	Yüzde	0,0%	11,9%	1,9%	4,5%	2,6%
Toplam	Kişi sayısı	8	42	752	89	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

18 yaşından sonra aşı yaptıranların 190'ı (%28,6), aşı yaptırmayanların 27'si (%11,9) aşılarını düzenli olarak takip edip yaptırıyordu. Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları ile 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=86,155$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarının, 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilişkisi tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14 Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptıırma durumlarının, 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilişkisi				
		18 yaşından sonra aşı yaptıırma durumu		
		Aşı yaptıımadım	Aşı yaptıırdım	Toplam
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptıırırım	Kişı sayısı	27 ^a	190 ^b	217
	Yüzde	11,9%	28,6%	24,4%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Kişı sayısı	166 ^a	353 ^b	519
	Yüzde	73,5%	53,1%	58,2%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptıırdım	Kişı sayısı	14 ^a	118 ^b	132
	Yüzde	6,2%	17,7%	14,8%
Aşı yaptıırmam	Kişı sayısı	19 ^a	4 ^b	23
	Yüzde	8,4%	0,6%	2,6%
Toplam	Kişı sayısı	226	665	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları ile sosyal medya uygulamalarına giriş sıklıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,053$; $p=0,115$)

Çocukluk aşıları uygulanmayanların 3'ü (%37,5), çocukluk aşılarının bir kısmı uygulananların 6'sı (%14,3) ve çocukluk aşıları tam uygulananların 184'ü (%24,5) aşılarını düzenli olarak takip edip yaptııyordu. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=44,493$; $p<0,001$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15 Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları					
		Çocukluk aşılarının uygulanma durumu			
		Uygulanmadı	Bir kısmı uygulandı	Tam uygulandı	Toplam
Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Kişi sayısı	3 ^a	6 ^a	184 ^a	193
	Yüzde	37,5%	14,3%	24,5%	24,1%
Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Kişi sayısı	4 ^{a,b}	14 ^b	454 ^a	472
	Yüzde	50,0%	33,3%	60,4%	58,9%
Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Kişi sayısı	1 ^{a,b}	17 ^b	100 ^a	118
	Yüzde	12,5%	40,5%	13,3%	14,7%
Aşı yaptırmam	Kişi sayısı	0 ^{a,b}	5 ^b	14 ^a	19
	Yüzde	0,0%	11,9%	1,9%	2,4%
Toplam	Kişi sayısı	8	42	752	802
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Katılımcıların çocukluk aşılarını yaptırma durumu ile erişkin aşılarını yaptırma tutumu arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,138$; $p<0,001$)

Aşı olma kararı verirken katılımcıların 442'si (%49,6) aile hekimlerinin, 337'si (%37,8) uzman hekimlerin, 27'si hemşirelerin, 1'i (%0,1) eczacıların ve 7'si (%0,8) yakın tanıdık çevresinin görüş ve önerilerini dikkate alıyordu. Katılımcıların 77'si (%8,6) ise başkaları tarafından önerilmese de aşılarını kendileri takip edip yaptırıyordu.

18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcıların 324'ü (%48,7) aşı olma kararını verirken aile hekimlerinin görüş ve önerilerini dikkate alıyordu.

Katılımcıların aşı yaptıırken, kimlerin görüş ve önerilerini aldığı ile 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=19,154$; $p=0,002$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarına göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldığı tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16 Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumlarına göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldığı				
Aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate alındığı		18 yaşından sonra aşı yaptırma durumu		
		Yaptırmadım	Yaptırdım	Toplam
Aile Hekimi	Kişi sayısı	118 ^a	324 ^a	442
	Yüzde	52,2%	48,7%	49,6%
Uzman hekim	Kişi sayısı	77 ^a	260 ^a	337
	Yüzde	34,1%	39,1%	37,8%
Hemşire	Kişi sayısı	20 ^a	7 ^b	27
	Yüzde	8,8%	1,1%	3,0%
Eczacı	Kişi sayısı	0 ^a	1 ^a	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,1%
Yakın tanıdık çevre	Kişi sayısı	4 ^a	3 ^a	7
	Yüzde	1,8%	0,5%	0,8%
Kendim*	Kişi sayısı	7 ^a	70 ^b	77
	Yüzde	3,1%	10,5%	8,6%
Toplam	Kişi sayısı	226	665	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%

*Başkası tarafından önerilirse de aşılarımı kendim takip eder yaptırım
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Kadınların 275'i (%52,4), erkeklerin 167'si (%45,6) aşı olma kararını verirken aile hekimlerinin görüş ve önerilerini dikkate alıyordu. Cinsiyetler arasında aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteriyordu. ($\chi^2=19,154$; $p=0,002$) Katılımcıların cinsiyete göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları tablo 4.17'de verilmiştir.

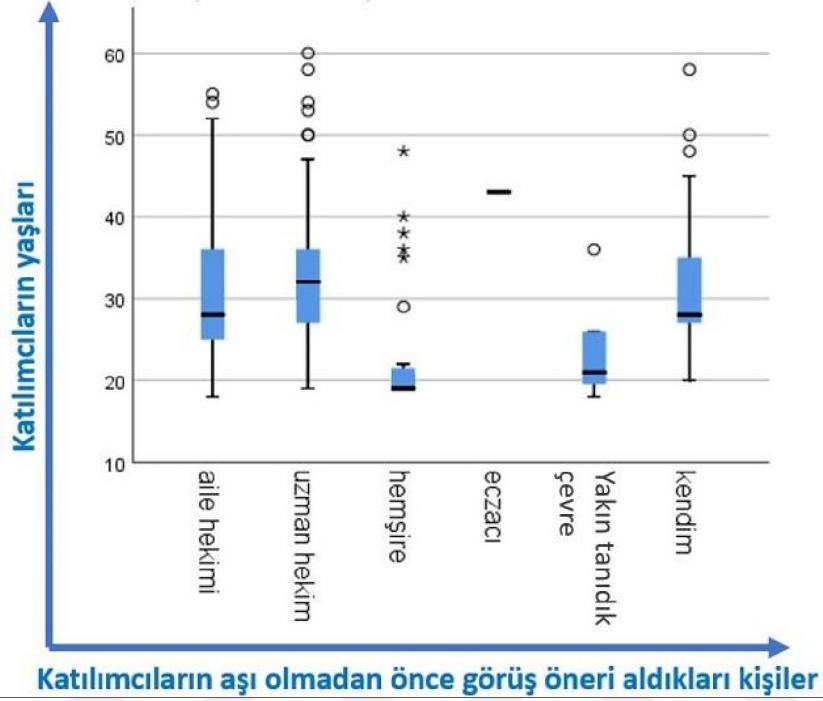
Tablo 4.17 Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırmaya durumlarına göre aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldığı				
Aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate alındığı		Cinsiyet		
		Kadın	Erkek	Toplam
Aile Hekimi	Kişi sayısı	275 ^a	167 ^b	442
	Yüzde	52,4%	45,6%	49,6%
Uzman hekim	Kişi sayısı	177 ^a	160 ^b	337
	Yüzde	33,7%	43,7%	37,8%
Hemşire	Kişi sayısı	24 ^a	3 ^b	27
	Yüzde	4,6%	0,8%	3,0%
Eczacı	Kişi sayısı	1 ^a	0 ^a	1
	Yüzde	0,2%	0,0%	0,1%
Yakın tanıdık çevre	Kişi sayısı	3 ^a	4 ^a	7
	Yüzde	0,6%	1,1%	0,8%
Kendim*	Kişi sayısı	45 ^a	32 ^a	77
	Yüzde	8,6%	8,7%	8,6%
Toplam	Kişi sayısı	525	366	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%

*Başkası tarafından önerilirse de aşılama kendim takip eder yaptırım

^{a, b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Katılımcıların aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıklarına göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. (KW $\chi^2=57,869$; $p<0,001$) Hemşirelerin görüş ve önerilerini dikkate alanların yaş ortalaması aile hekimini ve uzman hekimleri dikkate alanlardan daha yüksekti. Başkası tarafından önerilirse de aşılama kendisi takip edip yaptıranların yaş ortalaması, hemşireleri ve yakın tanıdık çevrelerini dikkate alanlardan daha yüksekti. Eczacıların görüş ve önerilerini dikkate alanların yaş ortalaması, hemşireleri dikkate alanlardan daha yüksekti. Yakın tanıdık çevresinin görüş ve önerilerini dikkate alanların yaş ortalaması aile hekimlerini, uzman hekimleri ve eczacıları dikkate alanlardan daha yüksekti. Uzman hekimlerin görüş ve önerilerini dikkate alanların yaş ortalaması aile hekimini dikkate alanlardan daha

yüksekti. Yaş ortalamalarına göre katılımcıların kimlerden görüş öneri aldıkları şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1 Yaş ortalamalarına göre katılımcıların kimlerden görüş öneri aldıkları

Katılımcıların aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=2,034$; $p=0,844$)

Çocukluk aşıları uygulanmayan katılımcıların 3’ü (%37,5) ve bir kısmı uygulananların 18’i (%42,9) 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için uzman hekimlerin görüş önerilerini dikkate alıyordu. Çocukluk aşıları tam uygulananların 389’u (%51,7) aile hekimlerinin görüş önerilerini dikkate alıyordu. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=2,034$; $p=0,844$) Katılımcıların çocukluk aşılarının

uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18 Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları					
		Çocukluk aşılarının uygulanma durumu			
		Uygulanmadı	Bir kısmı uygulandı	Tam uygulandı	Toplam
Aşı yaptırmadan önce kimlerin görüş ve önerilerini dikkate alındığı					
Aile Hekimi	Kişi sayısı	2 ^a	16 ^a	389 ^a	407
	Yüzde	25,0%	38,1%	51,7%	50,7%
Uzman hekim	Kişi sayısı	3 ^a	18 ^a	266 ^a	287
	Yüzde	37,5%	42,9%	35,4%	35,8%
Hemşire	Kişi sayısı	0 ^a	0 ^a	26 ^a	26
	Yüzde	0,0%	0,0%	3,5%	3,2%
Eczacı	Kişi sayısı	1 ^a	0 ^{a,b}	0 ^b	1
	Yüzde	12,5%	0,0%	0,0%	0,1%
Yakın tanıdık çevre	Kişi sayısı	0 ^{a,b}	3 ^b	3 ^a	6
	Yüzde	0,0%	7,1%	0,4%	0,7%
Kendim*	Kişi sayısı	2 ^a	5 ^a	68 ^a	75
	Yüzde	25,0%	11,9%	9,0%	9,4%
Toplam	Kişi sayısı	8	42	752	802
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır					

18 yaşından sonraki aşılarını düzenli olarak takip edip yaptıran katılımcıların 104’ü (%53,9), öneriler uyarınca aşı olma kararı verenlerin 236’sı (%50,0), zorunlu kaldığı için aşı yaptıranların 60’ı (%50,8) 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için aile hekimlerinin görüş ve önerilerini dikkate alıyordu. 18 yaşından sonraki aşıları yaptırmamayı düşünenlerin 8’i (%42,1) aşı olma kararını verirken uzman hekimlerin görüş ve önerilerini dikkate alıyordu. Katılımcıların 18

yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumları ile aşı olma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=2,034$; $p=0,844$) Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumlarına göre aşı olma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları tablo 4.19'de verilmiştir.

Tablo 4.19 Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla ilgili tutumlarına göre aşı olma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları						
		Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumları				
		Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırım	Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm	Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım	Aşı yaptırmam	Toplam
Aile Hekimi	Kişi sayısı	104 ^a	236 ^a	60 ^a	7 ^a	407
	Yüzde	53,9%	50,0%	50,8%	36,8%	50,7%
Uzman hekim	Kişi sayısı	54 ^a	187 ^b	38 ^{a,b}	8 ^{a,b}	287
	Yüzde	28,0%	39,6%	32,2%	42,1%	35,8%
Hemşire	Kişi sayısı	1 ^a	21 ^a	3 ^a	1 ^a	26
	Yüzde	0,5%	4,4%	2,5%	5,3%	3,2%
Eczacı	Kişi sayısı	0 ^a	0 ^a	1 ^a	0 ^a	1
	Yüzde	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,1%
Yakın tanıdık çevre	Kişi sayısı	1 ^{a,b}	0 ^b	4 ^a	1 ^a	6
	Yüzde	0,5%	0,0%	3,4%	5,3%	0,7%
Kendim*	Kişi sayısı	33 ^a	28 ^b	12 ^{a,b}	2 ^{a,b}	75
	Yüzde	17,1%	5,9%	10,2%	10,5%	9,4%
Toplam	Kişi sayısı	193	472	118	19	802
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Katılımcıların 81'inde (%9,1) daha önce yaptırdığı bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıkarken, 810'u (%90,9) herhangi bir yan etki ile karşılaşmamıştı. Katılımcıların daha önce yaptırdıkları aşılarla karşılaştıkları yan etkiler tablo 4.20' de verilmiştir.

Tablo 4.20 Katılımcıların daha önce yaptırdıkları aşılarla karşılaştıkları yan etkiler		
Yan Etki	Kişi Sayısı	Yüzde
Ateş	32	3,6%
Aşı Yerinde Ağrı	27	3,0%
Cilt Bulguları*	16	1,8%
Halsizlik – Yorgunluk- Kırgınlık	8	0,9%
Miyalji	3	0,3%
Anafilaksi	1	0,1%
* Cilt Bulguları: ciltte sertlik, kaşıntı, kızarıklık, döküntü, şişlik, ödem		

Kadınların 30'unda (%5,7), erkeklerin 51'inde (%13,9) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıkmıştı. Erkeklerde, yaptırılan aşılarla karşı yan etki oluşma sıklığı kadınlardan anlamlı daha yüksekti. ($\chi^2=17,632$; $p<0,001$) Anket formunu dolduran ve daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıktığını belirten 30 kadının 4'ü hangi yan etkilerin oluştuğunu belirtmemişti. Daha önce yaptırdığı bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıkan katılımcıların yaş ortalaması $31,4\pm 9,6$, herhangi bir yan etki ile karşılaşmayanların yaş ortalaması $31,3\pm 7,9$ 'du. Aşı sonrası yan etki oluşma durumları ile katılımcıların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu. ($t=-0,057$; $p=0,955$)

Medeni durumu bekar olan katılımcıların 37'sinde (%8,6), evlilerin 42'sinde (%9,4), dulların 1'inde (%14,3) ve boşanmışların 1'inde (%14,3) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıkmıştı. Katılımcıların medeni durumları ile yaptırdıkları aşılarla sonra yan etki ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,631$; $p=0,889$)

Aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumu ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktu. ($U=29104,0$; $p=0,083$) Aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumu ile katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktu. ($U=29469,0$; $p=0,110$) Aşı sonrası yan etki görülmeyen katılımcıların gelir durumları yan etki görülenlere göre daha iyiydi. ($U=25164,5$; $p<0,001$) Aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumu ile katılımcıların meslek hayatındaki çalışma sürelerinin ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktu. ($U=25745,5$; $p=0,579$) aşı sonrası herhangi bir yan etki ile karşılaşan katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları, herhangi bir yan etki ile karşılaşmayanlardan daha yüksekti. ($U=29383,5$; $p=0,035$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların 1'i (%4,8), kentte yaşayan katılımcıların 80'i (%9,2) daha önce yaptıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirtti. Katılımcıların daha önce yaptırdığı bir aşıya karşı yan etki gelişme durumu ile yaşadıkları bölge arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,488$; $p=0,485$)

Akademik personelin 32'si (%13,1), idari personelin 4'ü (%10,3), sağlık personelinin 13'ü (%5,5), teknik personelin 1'i (%5,0), diğer personel grubunun 24'ü (%8,9) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 7'si (%8,8) daha önce yaptıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirtmişti. Personel grupları arasında daha önce yaptıkları bir aşıya karşı yan etki gelişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=8,955$; $p=0,111$)

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten 26 kadının 12'sinde (%46,2), erkeklerin ise 20'sinde (%39,2) ateş yan etkisi ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen ateş sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,341$; $p=0,559$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 24'ünde (%68,6) ve evlilerin 8'inde (%20) aşı sonrası ateş ortaya çıkmıştı. Dul ve boşanmış katılımcıların aşı sonrası ateş yan etkisi olmamıştı. Katılımcıların aşı sonrası ateşinin olma durumu ile medeni durumları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=19,592$; $p<0,001$) Katılımcıların aşı sonrası ateşinin olma durumuna göre medeni durumları tablo 4.21’de verilmiştir.

		Bekar	Evli	Dul	Boşanmış	Toplam
Aşı sonrası ateş var	Kişi sayısı	11 ^a	32 ^b	1 ^{a,b}	1 ^{a,b}	45
	Yüzde	31,4%	80,0%	100,0%	100,0%	58,4%
Aşı sonrası ateş yok	Kişi sayısı	24 ^a	8 ^b	0 ^{a,b}	0 ^{a,b}	32
	Yüzde	68,6%	20,0%	0,0%	0,0%	41,6%
Toplam	Kişi sayısı	35	40	1	1	77
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Aşı sonrası ateş yan etkisi ile karşılaşmayan katılımcıların eğitim düzeyleri, ateş yan etkisi ile karşılaşanlardan daha iyiydi. ($U=170,0$; $p<0,001$) Aşı sonrası ateş yan etkisi ile karşılaşan katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalaması ateş yan etkisi ile karşılaşmayanlardan daha yüksekti. ($U=376,0$; $p<0,001$) Aşı sonrası ateş yan etkisi ile karşılaşan katılımcıların gelir durumları ateş yan etkisi ile karşılaşmayanlardan daha iyiydi. ($U=394,0$; $p<0,001$) Aşı sonrası ateş yan etkisi ile karşılaşmayan katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri ateş yan etkisi ile karşılaşanlardan daha yüksekti. ($U=195,0$; $p<0,001$) Aşı sonrası ateş yan etkisi ile karşılaşma durumu ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=671,0$; $p=0,385$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 3’ünde (%9,4), idari personelin 1’inde (%33,3), sağlık personelinin 6’sında (%54,5), diğer personel grubunun 19’unda (%79,2) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 3’ünde (%42,9) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı ateş

gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşıya karşı ateş gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=28,476$; $p<0,001$) Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşıdan sonra ateş gelişme durumu tablo 4.22'te verilmiştir.

Tablo 4.22 Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşıdan sonra ateş gelişme durumu							
Daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra ateş gelişme durumu		Akademik personel	İdari personel	Sağlık personeli	Diğer personel	Tıp fak. 6. sınıf öğr.	Toplam
		Ateş gelişmedi	Kişi sayısı	29 ^a	2 ^{a,b}	5 ^b	5 ^b
	Yüzde	90,6%	66,7%	45,5%	20,8%	57,1%	58,4%
Ateş gelişti	Kişi sayısı	3 ^a	1 ^{a,b}	6 ^b	19 ^b	3 ^{a,b}	32
	Yüzde	9,4%	33,3%	54,5%	79,2%	42,9%	41,6%
Toplam	Kişi sayısı	32	3	11	24	7	77
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten kadınların 7'sinde (%26,9), erkeklerin 20'sinde (%39,2) ağrı yan etkisi ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen ağrı sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,143$; $p=0,285$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 3'ünde (%8,6) ve evlilerin 24'ünde (%60) aşı sonrası ağrı ortaya çıkmıştı. Dul ve boşanmış katılımcıların aşı sonrası ağrı yan etkisi olmamıştı. Katılımcıların aşı sonrası ağrısının olma durumu ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=22,792$; $p<0,001$) Katılımcıların aşı sonrası ağrısının olma durumuna göre medeni durumları tablo 4.23'de verilmiştir.

Tablo 4.23 Katılımcıların aşı sonrası ağrısının olma durumuna göre medeni durumları						
		Bekar	Evli	Dul	Boşanmış	Toplam
Aşı sonrası ağrı yok	Kişi sayısı	32 ^a	16 ^b	1 ^{a,b}	1 ^{a,b}	50
	Yüzde	91,4%	40,0%	100,0%	100,0%	64,9%
Aşı sonrası ağrı var	Kişi sayısı	3 ^a	24 ^b	0 ^{a,b}	0 ^{a,b}	27
	Yüzde	8,6%	60,0%	0,0%	0,0%	35,1%
Toplam	Kişi sayısı	35	40	1	1	77
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır						

Aşı sonrası ağrı yan etkisi ile karşılaşan katılımcıların eğitim düzeyleri, ateş yan etkisi ile karşılaşanlardan daha iyiydi. (U=158,5; p<0,001) aşı sonrası ağrı yan etkisi ile karşılaşma durumu ile katılımcıların ailelerindeki birey sayıları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=659,0; p=0,858) Aşı sonrası ağrı yan etkisi ile karşılaşmayan katılımcıların gelir durumları ağrı yan etkisi ile karşılaşanlardan daha iyiydi. (U=323,0; p<0,001) Aşı sonrası ağrı yan etkisi ile karşılaşan katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri ağrı yan etkisi ile karşılaşmayanlardan daha yüksekti. (U=105,0; p<0,001) Aşı sonrası ağrı yan etkisi ile karşılaşma durumu ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=657,5; p=0,749)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 20'sinde (%62,5), sağlık personelinin 3'ünde (%27,3), diğer personel grubunun 2'sinde (%8,3) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 2'sinde (%28,6) daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra ağrı gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşı sonrası ağrı gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=20,153$; p<0,001) Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşıdan sonra ağrı gelişme durumu tablo 4.24'te verilmiştir.

Tablo 4.24 Personel gruplarına göre daha önce yaptırılan bir aşıdan sonra ağrı gelişme durumu							
Daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra ağrı gelişme durumu		Akademik personel	İdari personel	Sağlık personeli	Diğer personel	Tıp fak. 6. sınıf öğr.	Toplam
		Ağrı gelişmedi	Kişi sayısı	12 ^a	3 ^{a,b}	8 ^{a,b}	22 ^b
	Yüzde	37,5%	100,0%	72,7%	91,7%	71,4%	64,9%
Ağrı gelişti	Kişi sayısı	20 ^a	0 ^{a,b}	3 ^{a,b}	2 ^b	2 ^{a,b}	27
	Yüzde	62,5%	0,0%	27,3%	8,3%	28,6%	35,1%
Toplam	Kişi sayısı	32	3	11	24	7	77
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten kadınların 8'inde (%30,8), erkeklerin 8'inde (%15,7) yan etki olarak cilt bulguları ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen cilt bulguları sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=2,380$; $p=0,123$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 7'sinde (%20,0), evlilerin 7'sinde (%17,5), dulların 1'inde (%100), ve boşanmışların 1'inde (%100) aşı sonrası cilt bulguları ortaya çıkmıştı. Katılımcıların aşı sonrası cilt bulgularının olma durumu ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($\chi^2=7,899$; $p=0,048$) Katılımcıların aşı sonrası cilt bulgularının olma durumuna göre medeni durumları tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4.25 Katılımcıların aşı sonrası cilt bulgularının olma durumuna göre medeni durumları						
		Bekar	Evli	Dul	Boşanmış	Toplam
Aşı sonrası cilt bulguları yok	Kişi sayısı	28 ^a	33 ^a	0 ^a	0 ^a	61
	Yüzde	80,0%	82,5%	0,0%	0,0%	79,2%
Aşı sonrası cilt bulguları var	Kişi sayısı	7 ^a	7 ^a	1 ^a	1 ^a	16
	Yüzde	20,0%	17,5%	100,0%	100,0%	20,8%
Toplam	Kişi sayısı	35	40	1	1	77
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır

Aşı sonrası cilt bulguları oluşması ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=427,0; p=0,432) Aşı sonrası cilt bulguları oluşmayan katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayıları ortalamaları daha yüksekti. (U=281,0; p=0,007) Aşı sonrası cilt bulguları oluşması ile katılımcıların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=444,0; p=0,534) Aşı sonrası cilt bulguları oluşması ile katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=380,500; p=0,945) Aşı sonrası cilt bulguları oluşması ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (U=446,500; p=0,372)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 7'sinde (%21,9), idari personelin 1'inde (%33,3), sağlık personelinin 3'ünde (%27,3), diğer personel grubunun 3'ünde (%12,5) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 2'sinde (%28,6) daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra cilt bulguları gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşı sonrası cilt bulguları gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,850$; p=0,763)

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten kadınların 6'sında (%23,1), erkeklerin 2'sinde (%3,9) halsizlik-yorgunluk-kırgınlık yan etkisi ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen halsizlik-yorgunluk-kırgınlık sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=6,787$; $p=0,09$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 5'inde (%14,3) ve evlilerin 3'ünde (%7,5) aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık ortaya çıkmıştı. Dul ve boşanmış katılımcıların aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık yan etkisi olmamıştı. Katılımcıların aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık olma durumu ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,161$; $p=0,762$) Aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık oluşması ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=252,0$; $p=0,681$) Aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık oluşması ile katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=234,500$; $p=0,468$) Aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık oluşması ile katılımcıların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=238,0$; $p=0,475$) Aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık oluşması ile katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=109,500$; $p=0,251$) Aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık oluşması ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=273,0$; $p=0,932$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 3'ünde (%9,4), idari personelin 1'inde (%33,3), sağlık personelinin 2'sinde (%18,2) ve tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin 2'sinde (%28,6) daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra halsizlik-kırgınlık-yorgunluk gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşı sonrası halsizlik-kırgınlık-yorgunluk gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=7,717$; $p=0,103$)

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten kadınların 2'sinde (%7,7), erkeklerin 1'inde (%2,0) miyalji yan etkisi ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen miyalji sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,511$; $p=0,219$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 1'inde (%2,9) ve evlilerin 2'sinde (%5,0) aşı sonrası miyalji ortaya çıkmıştı. Dul ve boşanmış katılımcıların aşı sonrası miyalji yan etkisi olmamıştı. Katılımcıların aşı sonrası miyaljisinin olma durumu ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,312$; $p=0,958$) Aşı sonrası miyalji gelişmesi ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=94,0$; $p=0,646$) Aşı sonrası miyalji gelişmesi ile katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=49,500$; $p=0,090$) Aşı sonrası miyalji gelişmesi ile katılımcıların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=101,0$; $p=0,767$) Aşı sonrası miyalji gelişmesi ile katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=94,0$; $p=0,880$) Aşı sonrası miyalji gelişmesi ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=89,0$; $p=0,321$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 2'sinde (%6,3) ve sağlık personelinin 1'inde (%9,1) daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra miyalji gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşı sonrası miyalji gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=2,645$; $p=0,619$)

Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten kadınların hiçbirinde anafilaksi gelişmezken, erkeklerin 1'inde (%2,0) anafilaksi ortaya çıkmıştı. Aşı sonrası gelişen anafilaksi sıklığında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,517$; $p=0,472$) Aşı sonrası hangi yan etkilerin ortaya çıktığını belirten bekar katılımcıların 1'inde (%2,9) aşı sonrası anafilaksi ortaya çıkmıştı. Bekar, dul ve boşanmış katılımcıların aşı sonrası anafilaksi yan etkisi olmamıştı. Katılımcıların aşı sonrası anafilaksi gelişme durumu ile medeni

durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,216$; $p=0,749$) Aşı sonrası anafilaksi gelişmesi ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=27,0$; $p=0,611$) Aşı sonrası anafilaksi gelişmesi ile katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=19,0$; $p=0,371$) Aşı sonrası anafilaksi gelişmesi ile katılımcıların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=30,0$; $p=0,686$) Aşı sonrası anafilaksi gelişmesi ile katılımcıların meslek hayatındaki ortalama çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=22,5$; $p=0,553$) Aşı sonrası anafilaksi gelişmesi ile katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($U=33,0$; $p=0,700$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten akademik personelin 1'inde (%3,1) daha önce yaptırdıkları bir aşıdan sonra anafilaksi gelişmişti. Personel grupları ile daha önce yaptırılan bir aşı sonrası anafilaksi gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,425$; $p=0,840$)

Katılımcılardan çocukluk aşıları uygulanmamış olanların 1'i (%12,5), bir kısmı uygulanmış olanların 3'ü (%7,1), tam uygulananların 75'i (%10,0) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirtmişti. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarla yan etki ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,423$; $p=0,809$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları bir kısmı uygulanmış olan katılımcıların 1'inde (%33,3) ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olanların 31'inde (%43,7) aşı sonrası ateş yan etkisi görülmüştü. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra ateş görülmesi durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,423$; $p=0,809$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları bir kısmı uygulanmış olan katılımcıların 1'inde (%33,3) ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olanların 24'ünde (%33,8) aşı sonrası ağrısı olmuştu. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra ağrı olması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,507$; $p=0,776$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları bir kısmı uygulanmış olan katılımcıların 1'inde (%33,3) ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olanların 15'inde (%21,1) aşı sonrası cilt bulguları görülmüştü. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra cilt bulguları görülmesi durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,530$; $p=0,767$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları uygulanmamış olan katılımcıların 1'inde (%100) ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olanların 7'sinde (%9,9) aşı sonrası halsizlik-yorgunluk-kırgınlık görülmüştü. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra halsizlik-yorgunluk-kırgınlık görülmesi durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=8,782$; $p=0,012$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olan katılımcıların 3'ünde (%4,2) aşı sonrası miyalji görülmüştü. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra miyalji görülmesi durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,176$; $p=0,916$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve çocukluk aşıları tam uygulanmış olan katılımcıların 1'inde (%1,4) aşı sonrası anafilaksi gelişmişti. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra anafilaksi gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,057$; $p=0,972$)

18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcıların 75'i (%11,3), 18 yaşından sonra aşı yaptırmayanların 6'sı (%2,7) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmışlardı. 18 yaşından sonra aşı yaptıranların daha önce yaptırdıkları aşılarında yan etki ile karşılaşma sıklıkları 18 yaşından sonra aşı yaptırmayanlara göre daha fazlaydı. ($\chi^2=15,177$; $p<0,001$)

18 yaşından sonra aşı yaptıрма durumu ile daha önce yaptırmış oldukları aşılarından sonra ateş, ağrı, cilt bulguları, halsizlik-yorgunluk-kırgınlık, miyalji gelişme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. (sırasıyla $\chi^2=0,005$; $p=0,942$, $\chi^2=0,533$; $p=0,465$, $\chi^2=0,002$; $p=0,965$, $\chi^2=5,036$; $p=0,025$, $\chi^2=0,217$; $p=0,642$)

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten ve 18 yaşından sonra aşı yaptırmamış katılımcıların 1'inde (%20,0) aşı sonrası anafilaksi gelişmişti. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olanlarda daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı anafilaksi gelişmemişti. 18 yaşından sonra aşı yaptırmayanların aşı anafilaksi gelişme sıklığı 18 yaşından sonra aşı yaptıranlara göre daha fazlaydı. ($\chi^2=14,589$; $p<0,001$)

Katılımcıların daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki oluşma durumu ile 18 yaşından sonraki aşılar için tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=29262,0$; $p=0,070$)

Aşı yaptıрма kararı verirken aile hekimlerinin görüş ve önerilerini dikkate alan 28 katılımcı (%6,3), uzman hekimlerin görüş ve önerilerini dikkate alan katılımcıların 43'ü (%12,8), hemşirelerin görüş ve önerilerini dikkate alan katılımcıların 1'i (%3,7), eczacıların görüş ve önerilerini dikkate alan katılımcıların 1'i (%100) ve başkaları tarafından önerilmese de kendisi takip edip yaptıran katılımcıların 8'i (%10,4) daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmışlardı. Katılımcıların aşı yaptıрма kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile daha önce yaptırdıkları bir aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=21,356$;

p=0,001) Katılımcıların daha önce yaptırdıkları bir aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumlarına göre aşı yaptırma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26 Katılımcıların daha önce yaptırdıkları bir aşı sonrası yan etki ile karşılaşma durumlarına göre aşı yaptırma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları								
		Aşı yaptırma kararı verirken kimlerin görüş ve önerilerinin dikkate alındığı						
Daha önce yaptırılan aşidan sonra yan etki gelişme durumu		Aile hekimi	Uzman Hekim	Hemşire	Eczacı	Yakın Tanıdık Çevre	Kendim	Toplam
Yan etki yok	Kişi Sayısı	414 ^a	294 ^{b,c}	26 ^{a,c}	0 ^b	7 ^{a,b,c}	69 ^{a,b,c}	810
	Yüzde	93,7%	87,2%	96,3%	0,0%	100,0%	89,6%	90,9%
Yan etki var	Kişi Sayısı	28 ^a	43 ^{b,c}	1 ^{a,c}	1 ^b	0 ^{a,b,c}	8 ^{a,b,c}	81
	Yüzde	6,3%	12,8%	3,7%	100,0%	0,0%	10,4%	9,1%
Toplam	Kişi Sayısı	442	337	27	1	7	77	891
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b,c} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltilmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

Aşı yaptırması önerildiğinde kabul eden katılımcı sayısı 729 (%81,8) reddeden katılımcı sayısı 91 (%10,2) iken kendisine hiç aşı yaptırması önerilmeyen katılımcı sayısı 71 (%8,0) idi.

Aşı yaptırması önerildiğinde reddeden katılımcıların aşığı reddetme sebepleri tablo 4.27'de verilmiştir.

Tablo 4.27 Aşı yaptırması önerildiğinde reddeden katılımcıların kaşısını reddetme sebepleri			
Red sebebi	Kişi sayısı	Red sebebi	Kişi sayısı
Aşı olmayı gerekli görmediğim için	13	Alerjik bir bünyem olduğu için	1
Aşı içeriğine güvenmediğim için	11	Önceden yaptırdığım aşı korumadığı için	1
Aşıların yan etkileri nedeniyle	9	Aşı olursam hastalığı daha ağır geçiririm	1
Aşıların koruyuculuğuna inanmadığım için	5	Aşı olmaktan korktuğum için	1
Aşı olmak için uygun kriterde değilim	3	Hastalığı akut geçiriyor olduğum için	1
Aşılar hakkında yeterli bilgi yok	2	Virüsler sürekli değiştiği için aşılar korumuyor	1
Aşı üreticisine güvenmediğim için	2	Çok sık hasta olduğum için	1
Birden çok aşı önerildiği için kararsızlık	2	Aşının yeni üretilen bir aşı olması nedeniyle	1
Aşırı öneren kişiye güvenmediğim için	2		
Hastalığı geçirerek bağışık olmak istediğim için	1		

Katılımcıların aşıları neden reddettiğine yönelik yöneltilen sorulardan hangi faktörlerin ne ölçüde etkili olduğunu belirten 88 katılımcı tablo 4.28'de verilmiştir.

Tablo 4.28 Katılımcıların aşıları neden reddettiğine yönelik yöneltilen sorulardan hangi faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu						
Aşığı reddetme nedeni		Hiç	Biraz	Epey	Çok	Toplam
İğneden / acıdan korktuğum için	Kişi sayısı	9	67	4	8	88
	Yüzde	10,2	76,1	4,5	9,1	100,0
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	Kişi sayısı	4	22	35	27	88
	Yüzde	4,5	25,0	39,8	30,7	100,0
İnancım ile uyuşmadığımdan	Kişi sayısı	12	59	9	8	88
	Yüzde	13,6	67,0	10,2	9,1	100,0
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	Kişi sayısı	16	71	1	0	88
	Yüzde	18,2	80,7	1,1	0,0	100,0
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	Kişi sayısı	10	57	13	8	88
	Yüzde	11,4	64,8	14,8	9,1	100,0
Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	Kişi sayısı	10	40	30	8	88
	Yüzde	11,4	45,5	34,1	9,1	100,0
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	Kişi sayısı	11	37	27	13	88
	Yüzde	12,5	42,0	30,7	14,8	100,0
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	Kişi sayısı	16	65	7	0	88
	Yüzde	18,2	73,9	8,0	0	100,0
İlaç sanayisine güvenmediğimden	Kişi sayısı	10	32	23	23	88
	Yüzde	11,4	36,4	26,1	26,1	100,0

Aşı yaptırılması önerilen katılımcılardan aşığı reddedenlerin 59 kişisi (%12,2) kadın, 32 kişisi (%9,5) erkekti. Aşı yaptırılması önerildiğinde katılımcıların aşığı reddetme durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=1,429$; $p=0,232$)

Aşı yaptırması önerilen 820 kişiden aşı yaptırmayı kabul edenlerin yaş ortalaması $31,4\pm 8,2$, aşığı reddedenlerin yaş ortalaması $32,2\pm 7,6$ idi. Katılımcılara aşı yaptırması önerildiğinde reddetme durumları ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu. ($t=-0,895$; $p=0,371$)

Aşı yaptırılması önerilen katılımcılardan bekar olanların 36'sı (%9,1), evli olanların 50'si (%12,1), dulların 2'si (%40,0) ve boşanmışların 3'ü (%42,9) önerilen aşıyı reddetmişti. Aşı yaptırılması önerildiğinde katılımcıların reddetme durumları ile medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=13,392$; $p=0,004$) Katılımcıların medeni durumlarına göre önerilen aşıyı reddetme durumları tablo 4.29'da verilmiştir.

		Katılımcıların medeni durumları				
		Bekar	Evli	Dul	Boşanmış	Toplam
Önerilen aşıyı kabul edenler	Kişi sayısı	359 ^a	363 ^{a,b}	3 ^{a,b}	4 ^b	729
	Yüzde	90,9%	87,9%	60,0%	57,1%	88,9%
Önerilen aşıyı reddedenler	Kişi sayısı	36 ^a	50 ^{a,b}	2 ^{a,b}	3 ^b	91
	Yüzde	9,1%	12,1%	40,0%	42,9%	11,1%
Toplam	Kişi sayısı	395	413	5	7	820
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

Katılımcıların eğitim seviyeleri ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=31418,5$; $p=0,394$) Katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayılarının ortalamaları ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=30107,0$; $p=0,127$) Katılımcıların gelir durumları ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=32909,5$; $p=0,883$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ortalamaları ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=26685,0$; $p=0,291$) Katılımcıların ortalama sosyal medya kullanımları ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($U=31723,0$; $p=0,347$) 18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcılar kendilerine önerilen aşıyı istatistiksel açıdan daha az reddediyordu. ($U=28898,0$; $p=0,006$) Önerilen aşıyı reddeden katılımcılar daha önce yaptırdıkları aşılarında daha sık yan etki ile karşılaştıklarını bildirdiler ($U=30204,5$; $p=0,006$)

Aşı yaptırmayı önerilen ve kırsalda yaşayan katılımcıların 3'ü (%18,8), kentte yaşayanların 88'i (%10,9) aşıyı reddediyordu. Katılımcıların yaşadıkları yer ile önerilen aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,969$; $p=0,325$)

Aşı yaptırmayı önerilen akademik personelin 18'i (%7,8), idari personelin 6'sı (%16,2), sağlık personelinin 44'ü (%20,2), teknik personelin 4'ü (%22,2), diğer personel grubunun 16'sı (%6,5) ve tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin 3'ü (%4,3) aşıyı reddediyordu. Personel grupları arasında, önerilen aşıları reddetme durumları istatistiksel açıdan anlamlı ve farklıydı. Personel gruplarına göre önerilen aşıları reddetme durumları tablo 4.30'da verilmiştir.

Önerilen aşıyı reddetme durumu		Akademik personel	İdari personel	Sağlık personeli	Teknik personel	Diğer personel	Tıp fak. 6. sınıf ögr.	Toplam
		Reddetmedi	Kişi sayısı	213 ^a	31 ^{a,b}	174 ^b	14 ^{a,b}	230 ^a
	Yüzde	92,2%	83,8%	79,8%	77,8%	93,5%	95,7%	88,9%
Reddetti	Kişi sayısı	18 ^a	6 ^{a,b}	44 ^b	4 ^{a,b}	16 ^a	3 ^a	91
	Yüzde	7,8%	16,2%	20,2%	22,2%	6,5%	4,3%	11,1%
Toplam	Kişi sayısı	231	37	218	18	246	70	820
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizlerin Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

18 yaşından sonra aşı yaptıran katılımcıların 80'i (%12,8), aşı yaptırmayanların 11'i (%5,7) kendilerine aşı yaptırmayı önerildiğinde aşıyı reddetmişti. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcılar kendilerine aşı

yaptırması önerildiğinde 18 yaşından sonra aşı yaptırmayanlara göre önerilen aşıyı daha sık reddediyordu. ($\chi^2=7,455$; $p=0,006$)

Çocukluk aşıları uygulanmamış olan katılımcıların 3 'ü (%42,9), bir kısmı uygulanmış olanların 5'i (%15,6), tam uygulanmış olanların 71'i (%10,1), kendilerine aşı yaptırmayı önerildiğinde aşıyı reddetmişti. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu ile, önerilen bir aşıyı reddetme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($\chi^2=8,622$; $p=0,013$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre önerilen bir aşıyı reddetme durumları tablo 4.31'de verilmiştir.

Tablo 4.31 Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre önerilen bir aşıyı reddetme durumları					
		Çocukluk aşılarının uygulanma durumu			
		Uygulanmadı	Bir kısmı uygulandı	Tam uygulandı	Toplam
Önerilen aşıyı kabul edenler	Kişi sayısı	4 ^a	27 ^{a,b}	629 ^b	660
	Yüzde	57,1%	84,4%	89,9%	89,3%
Önerilen aşıyı reddedenler	Kişi sayısı	3 ^a	5 ^{a,b}	71 ^b	79
	Yüzde	42,9%	15,6%	10,1%	10,7%
Toplam	Kişi sayısı	7	32	700	739
	Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
^{a,b} Her harf kolon oranları için birbirinden farklı bir alt kategoriye temsil eder. Çoklu analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır					

Daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı yan etki geliştiğini belirten katılımcıların 16'sı (%20,3), yan etki gelişmediğini belirten katılımcıların 75'i (%10,1), kendilerine aşı yaptırmayı önerildiğinde önerilen aşıyı reddediyordu. Önceden yaptırdıkları bir aşıda yan etki ile karşılaşan katılımcılar,

karşılaşmayanlara göre aşı yaptırmaları önerildiğinde aşığı daha sık reddediyordu. ($\chi^2=7,428$; $p=0,006$)

4.1. Aşı Karşıtı Düşünce (AKD) Ölçeği İle İlişkili Bulgular

Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların dağılımı tablo 4.32'de verilmiştir.



Tablo 4.32 Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların dağılımı (n=891)						
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	
Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.	18 (%2,0)	23 (%2,6)	103 (%11,6)	263 (%29,5)	484 (%54,3)	
Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.	18 (%2,0)	22 (%2,5)	80 (%9,0)	288 (%32,3)	483 (%54,2)	
Devlet tarafından önerilen aşılarla güvenirim.	21 (%2,4)	37 (%4,2)	166 (%18,6)	324 (%36,4)	343 (%38,5)	
Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.	21 (%2,4)	25 (%2,8)	136 (%15,3)	313 (%35,1)	396 (%44,4)	
Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.	23 (%2,6)	19 (%2,1)	142 (%15,9)	307 (%34,5)	400 (%44,9)	
Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.	84 (%9,4)	92 (%10,3)	270 (%30,3)	215 (%24,1)	230 (%25,8)	
Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.	36 (%4,0)	40 (%4,5)	156 (%17,5)	336 (%37,7)	323 (%36,3)	
Aşı birçok hastalığa neden olabilir.	21 (%2,4)	25 (%2,8)	218 (%24,5)	341 (%38,3)	286 (%32,1)	
Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenele kazanç sağlar.	44 (%4,9)	49 (%5,5)	275 (%30,9)	312 (%35,0)	211 (%23,7)	
Aşıların yararı kadar zararı da vardır.	25 (%2,8)	55 (%6,2)	280 (%31,4)	309 (%34,7)	222 (%24,9)	
Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.	15 (%1,7)	29 (%3,3)	165 (%18,5)	324 (%36,4)	358 (%40,2)	
Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.	13 (%1,5)	17 (%1,9)	63 (%7,1)	323 (%36,3)	475 (%53,3)	
Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.	13 (%1,5)	32 (%3,6)	90 (%10,1)	320 (%35,9)	436 (%48,9)	
Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırıırım.	16 (%1,8)	25 (%2,8)	51 (%5,7)	316 (%35,5)	483 (%54,2)	
Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.	52 (%5,8)	47 (%5,3)	100 (%11,2)	293 (%32,9)	399 (%44,8)	
Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.	8 (%0,9)	17 (%1,9)	45 (%5,1)	297 (%33,3)	524 (%58,8)	
İğneden korktuğum için aşı olmam.	8 (%0,9)	15 (%1,7)	21 (%2,4)	331 (%37,1)	516 (%57,9)	
Dini inancım nedeniyle aşı olmam.	8 (%0,9)	8 (%0,9)	11 (%1,2)	270 (%30,3)	594 (%66,7)	
Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.	8 (%0,9)	12 (%1,3)	32 (%3,6)	293 (%32,9)	546 (%61,3)	
Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.	8 (%0,9)	8 (%0,9)	17 (%1,9)	299 (%33,6)	559 (%62,7)	
Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.	12 (%1,3)	14 (%1,6)	24 (%2,7)	305 (%34,2)	536 (%60,2)	

Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların anketin alt gruplarına ve anket toplam puanına göre maksimum, minimum, ortalama ve standart sapma değerleri tablo 4.33'te verilmiştir.

Tablo 4.33 Katılımcıların aşı karşıtı düşünce anketine verdikleri cevapların anketin alt gruplarına ve anket toplam puanına göre maksimum, minimum, ortalama ve standart sapma değerleri			
	En düşük	En yüksek	Ortalama \pm SS
A alt grubu puan toplamı (Aşının yararı ve koruyuculuğu)	5	25	8,9 \pm 3,8
B alt grubu puan toplamı (Aşı karşıtlığı)	6	30	13,1 \pm 4,6
C alt grubu puan toplamı (Aşıdan kaçınmaya yönelik çözümler)	5	25	8,4 \pm 3,4
D alt grubu puan toplamı (Aşı olmamanın meşrulaştırılmasına yönelik çözümler)	5	25	7,3 \pm 2,8
Ölçek Toplam puanı	21	96	37,8 \pm 11,4
SS: standart sapma			

Kadın katılımcıların ölçeğin A alt grubuna verdiği ortalama puan 9,3 \pm 3,9, erkek katılımcıların ortalama puanı ise 8,5 \pm 3,6 idi. Kadınların ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. (t=2,859; p=0,004)

Kadın katılımcıların ölçeğin B alt grubuna verdiği ortalama puan 13,6 \pm 4,7, erkek katılımcıların ortalama puanı ise 12,4 \pm 4,5 idi. Kadınların ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. (t=3,806; p<0,001)

Kadın katılımcıların ölçeğin C alt grubuna verdiği ortalama puan 8,5 \pm 3,4, erkek katılımcıların ortalama puanı ise 8,3 \pm 3,3 idi. Kadın ve erkeklerin ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu. (t=0,923; p=0,356)

Kadın katılımcıların ölçeğin D alt grubuna verdiği ortalama puan $7,3\pm 2,9$, erkek katılımcıların ortalama puanı ise $7,4\pm 2,8$ idi. Kadın ve erkeklerin ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu. ($t=-0,692$; $p=0,489$)

Kadın katılımcıların ölçek toplam ortalama puanı $38,7\pm 11,9$, erkek katılımcıların ölçek toplam ortalama puanı ise $36,6\pm 10,7$ idi. Kadınların ölçeğin toplamına verdikleri puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. ($t=2,581$; $p=0,010$)

Katılımcıların yaşları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($r=0,012$; $p=0,724$) Katılımcıların yaşları ile ölçeğin B alt grubuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($r=0,023$; $p=0,484$) Katılımcıların yaşları ile ölçeğin C alt grubuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($r=0,065$; $p=0,052$) Katılımcıların yaşları arttıkça ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan toplamları artıyordu. ($r=0,095$; $p=0,005$) Katılımcıların yaşları ile ölçeğin toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($r=0,056$; $p=0,093$)

Katılımcıların medeni durumları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($F=1,050$; $p=0,369$) Katılımcıların medeni durumları ile ölçeğin B alt grubuna verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=3,053$; $p=0,028$) Ancak farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Katılımcıların medeni durumları ile ölçeğin C alt grubuna verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($F=2,364$; $p=0,070$) Katılımcıların medeni durumları ile ölçeğin D alt grubuna verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=4,488$; $p=0,004$) Bu fark evli ve bekar katılımcılardan kaynaklanıyordu ve evli katılımcıların ölçeğin D alt grubuna verdiği puan ortalamaları bekarlara göre daha yüksekti. Katılımcıların medeni durumları ile ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=3,597$; $p=0,013$)

Ancak farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi.

Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça ölçeğin A alt birimine verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,273$; $p<0,001$) Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça ölçeğin B alt birimine verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,258$; $p<0,001$) Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça ölçeğin C alt birimine verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,298$; $p<0,001$) Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça ölçeğin D alt birimine verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,226$; $p<0,001$) Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça ölçeğe verdikleri toplam puanlar azalıyordu. ($r=-0,381$; $p<0,001$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların ölçeğin A alt rubuna verdiği ortalama puan $10,7\pm 4,6$, kentte yaşayan katılımcıların ortalama puanı $8,9\pm 3,8$ idi. Kırsalda yaşayanların ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları kentte yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. ($t=2,127$; $p=0,034$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların ölçeğin B alt rubuna verdiği ortalama puan $14,3\pm 6,4$, kentte yaşayan katılımcıların ortalama puanı $13,1\pm 4,6$ idi. Kırsalda ve kentte yaşayanların B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=1,176$; $p=0,240$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların ölçeğin C alt rubuna verdiği ortalama puan $10,5\pm 5,1$, kentte yaşayan katılımcıların ortalama puanı $8,4\pm 3,3$ idi. Kırsalda yaşayanların ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları kentte yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. ($t=2,807$; $p=0,005$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların ölçeğin D alt rubuna verdiği ortalama puan $8,2\pm 4,4$, kentte yaşayan katılımcıların ortalama puanı $7,3\pm 2,8$ idi. Kırsalda ve kentte yaşayanların D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=1,523$; $p=0,128$)

Kırsalda yaşayan katılımcıların ölçeğin toplamına verdiği ortalama puan $43,7 \pm 14,1$, kentte yaşayan katılımcıların ortalama puanı $37,7 \pm 11,3$ idi. Kırsalda yaşayanların ölçeğin toplamına verdiği ortalama puan kentte yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. ($t=2,398$; $p=0,017$)

Katılımcıların ailelerinde yaşayan birey sayısı ile ölçeğin A ($r=-0,048$; $p=0,151$), B ($r=0,032$; $p=0,345$), C ($r=0,035$; $p=0,301$), D ($r=0,049$; $p=0,147$) alt birimlerine ve ölçek toplamına ($r=0,019$; $p=0,570$) verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu.

Katılımcıların gelir durumu algıları olumlu yönde arttıkça ölçeğin A alt grubuna verdikleri ortalama puan artıyordu. ($r=0,108$; $p=0,001$) Katılımcıların gelir durumu algıları olumlu yönde arttıkça ölçeğin B alt grubuna verdikleri ortalama puan artıyordu. ($r=0,100$; $p=0,003$) Katılımcıların gelir durumu algıları olumlu yönde arttıkça ölçeğin C alt grubuna verdikleri ortalama puan artıyordu. ($r=0,072$; $p=0,032$) Katılımcıların gelir durumu algıları olumlu yönde arttıkça ölçeğin D alt grubuna verdikleri ortalama puan artıyordu. ($r=0,122$; $p<0,001$) Katılımcıların gelir durumu algıları olumlu yönde arttıkça ölçeğin toplamına verdikleri ortalama puan artıyordu. ($r=0,128$; $p=<0,001$)

Personel grupları arasında ölçeğin A ($F=20,102$; $p<0,001$), B ($F=27,517$; $p<0,001$), C ($F=19,609$; $p<0,001$), D ($F=14,253$; $p<0,001$) alt gruplarına ve ölçeğin tümüne ($F=35,036$; $p<0,001$) verdikleri puanlar istatistiksel olarak anlamlı ve farklıydı. Farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde hangi personel grupları arasında anlamlı fark olduğu Tablo 4.34' te gösterilmiştir.

Tablo 4.34 Ölçeğin alt grupları ve tümüne verilen puanlar arasında anlamlı fark olan personel grupları							
	Akademik personel Ortalama Puan ± SS	İdari Personel Ortalama Puan ± SS	Sağlık personeli Ortalama Puan ± SS	Teknik personel Ortalama Puan ± SS	Diğer personel Ortalama Puan ± SS	Tıp. Fak. 6.Sınıf Ortalama Puan ± SS	İstatistik Analizi
A Alt Grubu	1,6±0,4 b,c,d	0,9±0,9 a,f	1,1±0,8 a,f	0,8±1,0	1,0±0,8 a,f	1,4±0,7 b,c,d	F=20,102 p<0,001
B Alt Grubu	-1,2±0,5 b,c,d,e,f	-2,9±0,8 a,e,f	-0,6±0,8 a,f	-0,3±0,8 a	-0,8±0,8 a,b	-0,9±0,7 a,b,c	F=27,517 p<0,001
C Alt Grubu	-1,6±0,4 b,c,d,e,f	-0,8±0,8 a,f	-1,2±0,8 a	-1,0±0,7 a	-1,2±0,6 a	-1,4±0,6 a,b	F=19,609 p<0,001
D Alt Grubu	-1,7±0,4 b,c,e	-1,2±0,9 a,f	-1,5±0,7 a,f	-1,5±0,5	-1,4±0,5 a,f	-1,7±0,4 b,c,e	F=14,253 p<0,001
Ölçeğin Tümü	-6,1±1,2 b,c,d,e,f	-3,1±2,6 a,f	-4,3±2,4 a,f	-3,6±2,1 a,f	-4,4±2,1 a,f	-5,3±1,8 a,b,c,d,e	F=35,036 p<0,001
<p>a :Akademik personel arasında farklı b :İdari personel arasında farklı c :Sağlık personeli arasında farklı d :Teknik personel arasında farklı e :Diğer personel arasında farklı f :Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencileri arasında farklı SS: Standart sapma</p>							

Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,036$; $p=0,313$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süresi arttıkça ölçeğin B alt grubuna verdikleri puanlar da artmaktaydı. ($r=0,080$; $p=0,022$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,060$; $p=0,089$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,045$; $p=0,201$) Katılımcıların meslek hayatındaki çalışma süreleri ile ölçeğin tamamına

verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,050$; $p=0,159$)

Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,018$; $p=0,313$) Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları arttıkça ölçeğin B alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,074$; $p=0,028$) Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları arttıkça ölçeğin C alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,095$; $p=0,005$) Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları ile ölçeğin D alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,001$; $p=0,973$) Katılımcıların sosyal medya uygulamalarını kullanım sıklıkları ile ölçeğin tümüne verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,064$; $p=0,056$)

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde arttıkça ölçeğin A alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,101$; $p=0,004$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde arttıkça ölçeğin B alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,143$; $p<0,001$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde arttıkça ölçeğin C alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,213$; $p<0,001$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde arttıkça ölçeğin D alt grubuna verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,073$; $p=0,039$) Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde arttıkça ölçeğin tümüne verdikleri puanlar azalıyordu. ($r=-0,176$; $p<0,001$)

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($F=7,727$; $p<0,001$) Çocukluk aşılarının uygulanma durumunu hatırlamayanların ölçeğin A alt grubuna verdiği ortalama puanlar çocukluk aşıları tam uygulananlara göre daha yüksekti. Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumları ile ölçeğin B ($F=9,631$; $p<0,001$), C ($F=21,599$; $p<0,001$), D ($F=3,360$; $p=0,018$) alt

gruplarına ve ölçeğin tümüne ($F=16,041$; $p<0,001$) verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. ($F=9,631$; $p<0,001$) Farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde ölçeğin alt gruplarına ve tümüne verilen puanlar arasında çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre anlamlı fark olanlar tablo 4.35' de verilmiştir.

Tablo 4.35 Ölçeğin alt grupları ve tümüne verilen puanlar arasında çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına göre anlamlı fark olanlar					
	Uygulanmadı Ortalama Puan \pm SS	Bir Kısmı Uygulandı Ortalama Puan \pm SS	Tam Uygulandı Ortalama Puan \pm SS	Hatırlamıyorum Ortalama Puan \pm SS	İstatistik Analizi
A Alt Grubu	1,1 \pm 0,9	0,9 \pm 1,0	1,3 \pm 0,7 ^d	0,9 \pm 0,9 ^c	F=7,727 p<0,001
B Alt Grubu	-0,3 \pm 1,1	-0,4 \pm 0,9 ^c	-0,9 \pm 0,7 ^{b,d}	-0,6 \pm 0,9 ^c	F=9,631 p<0,001
C Alt Grubu	-0,7 \pm 1,1	-0,8 \pm 0,7 ^c	-1,4 \pm 0,6 ^{b,d}	-1,0 \pm 0,8 ^c	F=21,599 p<0,001
D Alt Grubu	-1,5 \pm 0,7	-1,4 \pm 0,6	-1,6 \pm 0,5	-1,4 \pm 0,8	F=3,360 p=0,018
Ölçeğin Tümü	-3,6 \pm 3,3	-3,5 \pm 2,4 ^c	-5,2 \pm 2,0 ^{b,d}	-3,9 \pm 2,8 ^c	F=16,041 p<0,001
<p>a :Çocukluk aşılarının uygulanmadığını belirtenler arasında farklı b :Çocukluk aşılarının bir kısmının uygulandığını belirtenler arasında farklı c :Çocukluk aşılarının tamamının uygulandığını belirtenler arasında farklı d :Çocukluk aşılarının yapıma durumunu hatırlamayanlar arasında farklı SS: Standart sapma</p>					

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin A alt grubuna verdiği ortalama puan 9,1 \pm 4,0, aşı yaptırmamış olanların ortalama puanı 8,5 \pm 3,4

idi. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları aşı yaptırmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. ($t=-2,333$; $p=0,020$)

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin B alt rubuna verdiği ortalama puan $13,1\pm 4,7$, aşı yaptırmamış olanların ortalama puanı $13,1\pm 4,6$ idi. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,230$; $p=0,818$)

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin C alt grubuna verdiği ortalama puan $8,5\pm 3,4$, aşı yaptırmamış olanların ortalama puanı $8,4\pm 3,3$ idi. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,513$; $p=0,608$)

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin D alt rubuna verdiği ortalama puan $7,2\pm 3,0$, aşı yaptırmamış olanların ortalama puanı $7,6\pm 2,4$ idi. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=1,731$; $p=0,084$)

18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin tümüne verdikleri ortalama puan $38,0\pm 12,0$, aşı yaptırmamış olanların ortalama puanı $37,4\pm 9,7$ idi. 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların ölçeğin tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,594$; $p=0,553$)

Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde arttıkça, ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları artmaktaydı. ($r=0,237$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı

tutumları olumlu yönde arttıkça, ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları artmaktaydı. ($r=0,252$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde arttıkça, ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları artmaktaydı. ($r=0,223$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde arttıkça, ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları artmaktaydı. ($r=0,183$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra yaptırılan aşılarla karşı tutumları olumlu yönde arttıkça, ölçeğin tümüne verdikleri puan ortalamaları artmaktaydı. ($r=0,299$; $p<0,001$)

Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları olumlu yönde arttıkça ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları artıyordu. ($r=0,068$; $p=0,043$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları ile ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,001$; $p=0,981$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları ile ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=0,019$; $p=0,563$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları olumlu yönde arttıkça ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları azalıyordu. ($r=-0,124$; $p<0,001$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırma durumları ile ölçeğin tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu. ($r=-0,18$; $p=0,590$)

Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırırken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($F=0,126$; $p=0,973$) Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırırken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ölçeğin B alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=4,704$; $p=0,001$) Uzman hekimlerin görüş ve önerilerini dikkate alan katılımcıların ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları, aile hekimlerinin görüş ve önerilerini dikkate alanlardan daha yüksekti. Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırırken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ölçeğin C alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı.

($F=4,010$; $p=0,003$) Ancak farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırırken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ölçeğin D alt grubuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=5,689$; $p<00,1$) Post Hoc analize göre aşı olma kararını kendisi veren katılımcıların ortalama puanı; aile hekimlerinden, uzman hekimlerden ve hemşirelerden görüş ve öneri alanlardan daha düşüktü.

Katılımcıların 18 yaşından sonra aşı yaptırırken kimlerin görüş ve önerilerini dikkate aldıkları ile ölçeğin tümüne verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. ($F=2,885$; $p=0,022$) Ancak farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi.

Daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçeğin A alt rubuna verdiği ortalama puan $9,2\pm 4,6$, yan etki ile karşılaşmamış olanların ortalama puanı $8,9\pm 3,7$ idi. Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile ölçeğin A alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,670$; $p=0,503$)

Daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçeğin B alt rubuna verdiği ortalama puan $13,5\pm 4,3$, yan etki ile karşılaşmamış olanların ortalama puanı $13,1\pm 4,7$ idi. Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile ölçeğin B alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,781$; $p=0,435$)

Daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçeğin C alt rubuna verdiği ortalama puan $8,7\pm 3,4$, yan etki ile karşılaşmamış olanların ortalama puanı $8,4\pm 3,4$ idi. Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları bir aşuya karşı yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile

ölçeğin C alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,588$; $p=0,557$)

Daha önce yaptırmış oldukları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçeğin D alt grubuna verdiği ortalama puan $7,2\pm 3,0$, yan etki ile karşılaşmamış olanların ortalama puanı $7,3\pm 2,8$ idi. Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile ölçeğin D alt grubuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=0,239$; $p=0,811$)

Daha önce yaptırmış oldukları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçeğin tamamına verdiği ortalama puan $38,6\pm 12,8$, yan etki ile karşılaşmamış olanların ortalama puanı $37,7\pm 11,3$ idi. Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları bir aşıya karşı yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile ölçeğin tamamına verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,590$; $p=0,557$)

Katılımcılara aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etme durumları ile ölçeğin A ($F=40,120$; $p<0,001$), B ($F=44,949$; $p<0,001$), C ($F=40,179$; $p<0,001$), D ($F=5,286$; $p=0,005$) alt gruplarına ve ölçeğin tümüne ($F=54,296$; $p<0,001$) verdikleri puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. Farklılığın kaynağını test etmek için yapılan Post Hoc testlerde ölçeğin alt gruplarına ve tümüne verilen puanlar arasında katılımcılara aşı yaptırması önerildiğinde kabul etme durumlarına göre anlamlı fark olanlar tablo 4.36' da verilmiştir.

Tablo 4.36 Ölçeğin alt gruplarına ve tümüne verilen puanlar arasında katılımcılara aşı yaptırmayı önerildiğinde kabul etme durumlarına göre anlamlı fark olanlar

	Kabul eden Ortalama Puan ± SS	Kabul etmeyen Ortalama Puan ± SS	Hiç önerilmeyen Ortalama Puan ± SS	İstatistik Analizi Ortalama Puan ± SS
A Alt Grubu	1,3±0,7 ^{b,c}	0,6±1,0 ^{a,c}	0,9±0,9 ^{a,b}	F=40,120; p<0,001
B Alt Grubu	-0,9±0,7 ^b	-0,2±0,9 ^{a,c}	-0,5±0,9 ^b	F=44,949; p<0,001
C Alt Grubu	-1,4±0,6 ^b	-0,8±0,9 ^{a,c}	-1,0±0,9 ^b	F=40,179; p<0,001
D Alt Grubu	-1,6±0,5	-1,4±0,7	-1,4±0,7	F=5,286; p=0,005
Ölçeğin Tümü	-5,2±1,9 ^b	-3,0±2,8 ^{a,c}	-3,8±2,4 ^b	F=54,296; p<0,001

^a :Aşı yaptırmayı önerildiğinde kabul eden katılımcılar arasında farklı

^b : Aşı yaptırmayı önerildiğinde kabul etmeyen katılımcılar arasında farklı

^c :Aşı yaptırmayı önerilmemiş olan katılımcılar arasında farklı

SS: Standart sapma

Araştırmaya katılan ve çocuğu olan 395 katılımcının 355'i (%89,9) çocuklarının çocukluk çağı aşılarının tümünü eksiksiz takip edip yaptırırken, 40'ı (%10,1) çocuklarının çocukluk çağı aşılarını takip etmeyip aile hekimleri arayınca yaptırmaktaydı.

Araştırmaya katılan ve çocuğu olan 395 katılımcının 321'i (%81,3) çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşı yaptırmazken, 74'ü (%18,7)

çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşı yaptırmıştı. Katılımcıların çocuklarına yaptırdıkları ek aşıları tablo 4.37’de gösterilmiştir.

Aşı	Kişi Sayısı
Rotavirüs	44
Menenjit	27
Grip (influenza)	7
Pnömonokok	3
suçiçeği	2
Oral Polio (OPA)	1
Hepatit A	1
Hepatit B	1
Kızamık – Kızamıkçık – Kabakulak (KKK)	1

Araştırmaya katılan ve çocuğu olan 395 katılımcının hiçbiri aşı takviminde var olan bir aşıyı çocuğuna yaptırmayı reddetmemişti.

Araştırmaya katılan ve çocuğu olan 395 katılımcının 43’ü (%10,9) çocuğuna aşı yaptırdığında bir yan etki ile karşılaşmıştı. Katılımcıların çocuklarına aşı yaptırdıklarında karşılaştıkları yan etkiler tablo 4.38’de gösterilmiştir.

Yan etki	Kişi Sayısı
Ateş	36
Ağrı	6
Cilt bulguları	5
Halsizlik	5
Huzursuzluk	1

Araştırmaya katılan ve çocuğu olan 395 katılımcının 379'u (%95,9) çocuklarına aşı yaptırılması önerildiğinde kabul ederken, 16'sı (%4,1) önerilen aşığı reddetmişti. Katılımcıların çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde reddetme nedenleri tablo 4.39'da verilmiştir.

Red nedeni	Kişi Sayısı
Yan Etkileri Nedeniyle	4
Pahalı Olduğu için	1
Aşının Koruyuculuğuna Güvensizlik	1
Gerek Duymadığım için	1
Ağır Metal İçerdiği için	1
Doğal Olmaması	1

Katılımcıların çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde, neden reddettiğine yönelik yöneltilen sorulardan hangi faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu tablo 4.40'da verilmiştir.

Aşığı reddetme nedeni		Hiç	Biraz	Epey	Çok
İğneden / acıdan korktuğum için	Kişi sayısı	0	14	1	0
	Yüzde	0	93,3	6,7	0
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	Kişi sayısı	0	8	5	2
	Yüzde	0	53,3	33,3	13,3
İnancım ile uyuşmadığından	Kişi sayısı	2	12	1	0
	Yüzde	13,3	80,0	6,7	0
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	Kişi sayısı	2	13	0	0
	Yüzde	13,3	86,7	0	0
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	Kişi sayısı	2	9	2	2
	Yüzde	13,3	60,0	13,3	13,3
Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	Kişi sayısı	1	8	4	2
	Yüzde	6,7	53,3	26,7	13,3
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	Kişi sayısı	2	8	4	1
	Yüzde	13,3	53,3	26,7	6,7
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	Kişi sayısı	2	13	0	0
	Yüzde	13,3	86,7	0	0
İlaç sanayisine güvenmediğimden	Kişi sayısı	1	7	4	3
	Yüzde	6,7	53,3	26,7	20,0

Çocuklarının çocukluk çağı aşılarının tümünü eksiksiz takip edip yaptıranlar ile takip etmeyip aile hekimleri arayınca yaptıran katılımcıların ölçeğın A, B, C D alt gruplarına verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. (Sırasıyla $t=-0,71$; $p=0,944$, $t=-1,837$; $p=0,067$, $t=0,831$; $p=0,407$)

Çocuklarının çocukluk çağı aşılarının tümünü eksiksiz takip edip yaptıranlar ile takip etmeyip aile hekimleri arayınca yaptıran katılımcıların ölçeğın tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($t=-0,710$; $p=0,478$)

Çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşıyı yaptıran katılımcıların ölçeğın A alt grubuna verdikleri ortalama puan, aşı yaptırmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. ($t=-2,505$; $p=0,014$)

Çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşıyı yaptıran katılımcıların ölçeğın B alt grubuna verdikleri ortalama puan, aşı yaptırmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. ($t=-4,187$; $p<0,001$)

Çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşıyı yaptıranlar ile yaptırmayan katılımcıların ölçeğın C ve D alt gruplarına verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. (sırasıyla $t=-9,995$; $p=0,322$, $t=1,374$; $p=0,170$)

Çocuklarına aşı takviminde olmayan bir aşıyı yaptıran katılımcıların ölçeğın tümüne verdikleri ortalama puan, aşı yaptırmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. ($t=-2,276$; $p=0,025$)

Çocuklarına aşı yaptırdıklarında bir yan etki ile karşılaşan katılımcılar ile yan etki ile karşılaşmayan katılımcıların ölçeğın A ve D alt gruplarına verdikleri

ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. (sırasıyla $t=-1,517$; $p=0,136$, $t=-1,418$; $p=0,163$)

Çocuklarına aşı yaptırdıklarında bir yan etki ile karşılaşan katılımcıların ölçeğin B ve C alt gruplarına verdikleri puan ortalamaları, yan etki ile karşılaşmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. (sırasıyla $t=-3,199$; $p=0,001$, $t=-2,729$; $p=0,009$)

Çocuklarına aşı yaptırdıklarında bir yan etki ile karşılaşan katılımcıların ölçeğin tümüne verdikleri puan ortalaması, yan etki ile karşılaşmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. ($t=-2,796$; $p=0,007$)

Çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcılar ile kabul edenlerin ölçeğin A ve D alt gruplarına verdikleri ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. (sırasıyla $t=-1,762$; $p=0,098$, $t=-1,466$; $p=0,144$)

Çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcıların ölçeğin B ve C alt gruplarına verdikleri puan ortalaması, kabul edenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. (sırasıyla $t=-2,998$; $p=0,003$, $t=-2,683$; $p=0,017$)

Çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcıların ölçeğin tümüne verdikleri puan ortalaması, kabul edenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksekti. ($t=-2,681$; $p=0,017$)

5.TARTIŞMA

Aşılar çocuk ve erişkin yaş grubu fark etmeksizin bağışıklık sistemini güçlendirmenin, enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en etkili yoludur. Bir enfeksiyon hastalığını dünya üzerinden tamamen eradike etmek ancak aşı yolu ile mümkün olabilir. Ancak son yıllarda aşı karşıtlığındaki artış dünya gündeminde önemli bir toplum sorunu haline gelmeye başlamış ve aşı ile önlenabilir hastalıkların eradikasyonu evresinden tekrar görülme evresine geçilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda biz sağlık çalışanlarına her zamankinden daha büyük rol düşmektedir. Sağlık çalışanları bireylerin aşı ile ilgili tereddütlerini en iyi anlayabilecek ve çözüm üretebilecek kişilerdir. Sağlık çalışanlarında oluşabilecek aşı tereddütü ve aşı karşıtlığı düşünceleri bu toplum sorununun çözümünde oluşabilecek en büyük engellerdendir. Ebeveynlerin ve çocuklara bakım sağlayan bireylerin çocuklarına aşı yaptırma kararlarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir cochrane derlemesinde 38 farklı çalışma incelenmiş ve aşı tereddütünde en önemli etkenin bilgi eksikliği olduğu görülmüştür. Bilgi eksiklikleri nedeni ile aşılama kararlarında endişe ve pişmanlık duyduklarını ifade eden ebeveynler, bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarına yüksek düzeyde güven duyduklarını ve aşılar hakkında açık, basit, özenli, yargılayıcı olmayan ve güvenilir bilgi alabildiklerinde bu endişelerinin ortadan kalkabileceğini ifade etmişlerdir.(57) Bu nedenle başarılı aşılama programlarını sürdürmek için, aşı konusunda tereddütlü olan sağlık çalışanlarını belirlemek, tereddütlerinin nedenlerini anlamak ve buna yönelik özel stratejiler geliştirmek kritik öneme sahiptir. Ne yazık ki yapılan bazı çalışmalar sağlık çalışanlarının da aşı karşıtı fikirleri destekleyebileceğini göstermektedir.(6,53) Biz de çalışmamızda ÇOMÜ Sağlık uygulama ve araştırma hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ile aşı karşıtlığı düzeylerini saptamayı ve aşı tereddütlerinin hangi nedenlerden kaynaklandığını bulmayı amaçladık.

Çalışmamız üçüncü basamak hastanemizde çalışmakta olan tüm personel gruplarını kapsamaktadır. Çalışmamızın ilk kısmında katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma ve erişkin aşısı yaptırma durumları ile erişkin dönemde aşı olma kararlarını etkileyen faktörlere, aşı olma kararlarında kimleri dikkate

aldıklarına, neden aşı yaptırmadıklarına ve bu konudaki tutumlarına yer verilirken, ikinci kısımda çocukları olan personellerin, çocuklarına çocukluk çağı aşılarını yaptırma ve reddetme durumları, neden reddettikleri ve bu konudaki tutumları ele alınmıştır.

Çalışmamızda 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcı oranı %74,6 idi. En çok yaptırılan aşılar tetanoz-difteri, hepatit B ve influenzaydı. Katılımcıların %41.2'si tetanoz-difteri, %21.2'si hepatit B ve %12.8'i influenza aşısını yaptırmıştı. Aşık ve ark' nın belirledikleri ASM'lere başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, katılımcıların %59'u hayatının belli bir döneminde erişkin aşısı yaptırmıştı ve en çok yapılan aşılar çalışmamıza benzer şekilde tetanoz (%45.7), influenza (%29.6) ve hepatit B (%17) aşıları idi.(58) Uzuner ve arkadaşlarının belirledikleri ASM'lere başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, katılımcıların %57,9'u hayatlarında en az bir kez erişkin aşısı yaptırmıştı. En fazla yaptırılan aşılar ise tetanoz (%42,1) ve influenza (%24,1) idi.(59) Bal ve ark'nın bir ASM' ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptıkları çalışmada katılımcıların %47,7'si erişkin aşılarını yaptırdığını belirtmiştir ve en çok yaptırdıkları aşılar influenza (%34,2) ve tetanoz (%12,7) olmuştur.(60) Karacaer ve ark' nın çalıştıkları hastanede sağlık çalışanlarında yaptıkları bir çalışmada influenza aşısını her yıl yaptıranlar, katılımcıların %20,1'ini, 2-3 yılda bir yaptıranlar %8,2'sini, sadece bir kez yaptıranlar %25,1'ini ve hiçbir zaman yaptırmayanlar %46,6'sını oluşturmaktaydı.(61) Türkistanlı ve ark'nın bir üniversite hastanesinin sağlık çalışanlarının bağışıklanma durumunu saptamak için yaptıkları çalışmada, hepatit b aşısı düzenli uygulanmış olanlar; katılımcıların %50,4'ünü, tetanoz aşısı düzenli uygulanmış olanlar ise katılımcıların %30,8'ini oluşturmaktaydı.(62) Avrupa'da erişkin aşılaması ile ilgili yapılan çok merkezli ADVICE araştırmasında aşı yaptırmama oranı medyanı %44,7 (min:%1, max:%77,4) saptanmıştır.(63) Ülkemizde 2020 yılında üçüncü basamak bir hastanenin iç hastalıkları polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalarda yapılan bir çalışmada, katılımcıların influenza/pnömonokok/tetanoz-difteri/herpes zoster aşılarından en az biri ile aşılanma oranı %53,7 olarak saptanmıştır.(62) Yine ülkemizde 2019 yılında 65 yaş ve üstü hastalarda yapılan çalışmada erişkin yaşta herhangi bir aşı ile

aşılınmış olma oranı %46 olarak saptanmış ve en sık yaptırılan aşılardan influenza (%40) ve pnömokok (%9) olduğu gösterilmiştir.(64) Diğer çalışmalarla kıyaslandığında bizim çalışmamızda 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların oranı daha yüksektir. Çalışmamızın üniversite hastanesi çalışanlarında yapılmış olması bu farka neden olmuş olabilir. Hepatit B aşısının diğer çalışmalara göre daha yüksek oranda yapılmış olması da yine çalışmamıza katılmış olan ve hepatit b bulaşma ihtimali yüksek işlemlerle uğraşan sağlık çalışanlarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kendisine aşı yaptırmayı önerildiğinde reddeden katılımcı sayısı 91 (%10,2) idi. Neden reddettiklerine dair yönelttiğimiz açık uçlu soruya cevap olarak en sık; aşı olmayı gerek görmediklerini, aşı içeriklerine güvenmediklerini ve aşılardan yan etkileri nedeniyle aşı olmadıklarını belirtmişlerdi. Diğer başlıca nedenler ise aşılardan hakkında yeterli bilgi olmaması, aşı üreticisine güvenmeme ve aşıyı öneren kişiye güvenmeme idi. Ayrıca araştırmacılar tarafından sorulan aşıyı reddetme nedenleri ile ilgili ifadeler verilen cevaplara göre ise katılımcıların aşıyı reddetme nedenleri en sık aşılardan yan etkilerinden korkulması ve ilaç sanayisine güvenilmemesi idi. Şimşek ve ark.'nın Ankara'da aile hekimliği kliniklerinde çalışmakta olan 360 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %7,4'ü kendilerine erişkin tip aşı yaptırmakta tereddüt yaşadığını belirtmiştir. Aşı tereddütü yaşayan hekimlere tereddüt nedenleri sorulduğunda en sık aşı yan etkileri nedeniyle olduğunu ayrıca aşının etkin olmadığını düşünme ve aşı içeriği ile ilgili şüphe duyma olarak bildirmişlerdir.(65) Arıcan ve ark.'nın bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan doktor, hemşire ve yardımcı sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %10,5'i kendisine veya çocuğuna aşı yaptırmayı doğru bulmadığını belirtmiştir. Sarıgül ve ark.'nın üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı bir çalışmada aşı tereddütü yaşayan bireylerin en sık tereddüt nedenleri; aşının gereksiz olduğunu düşünme, aşılardan yan etkilerinin olması ve aşının güvenli olmaması şeklindeydi.(66) İneli ve ark.'nın 18 yaş üstü erişkinlerde yapmış olduğu bir çalışmada, erişkin aşı yaptırmada tereddüt en sık; bilgi yetersizliğinden, yan etki korkusundan ve aşılardan koruyucu olmadığı

düşüncesinden kaynaklanmaktaydı. Tekdemir ve ark.'larının dört farklı ASM'ye başvuran 1440 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %5,5'inin aşı karşıtı olup aşılamaı reddettiği, %16,3'ünün ise aşı kararsız olduğu ve aşı tereddütü yaşadığı görülmüştür. (67) Avrupa'da çok merkezli olarak; Hırvatistan, Yunanistan, Fransa ve Romanya'da hekimler arasında aşı tereddütünü daha iyi anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada farklı uzmanlık dallarından 65 hekimle görüşülmüştür. Tüm ülkelerdeki en önemli endişenin aşı güvenliği ve etkinliği ile ilgili olduğu saptanmıştır. Bunun yanında katılımcılardan bazıları yan etki riski nedeni ile aşılamaı reddettiğini belirtmiştir. Ayrıca birçok doktor aşılama konusuna yüksek düzeyde güven duyuyor olsa da sağlık otoritelerine, finansal çıkarlara ve ilaç şirketlerine duyulan güvensizlik de dikkat çekmekte idi. Bazı doktorların ise aşıya tamamen karşı oldukları ve aktif olarak hastalarına aşılamaı tavsiye etmedikleri görülmüştür. Sağlık çalışanlarının toplum aşılamaını etkileme potansiyelleri nedeni ile aşılama konusunda güvenlerini artırmaları bu konudaki bilgilerini geliştirmeleri gerektiği belirtilmiştir.(9) Çalışmamızda erişkin aşısı reddetme oranları diğer çalışmalara benzerdi. En sık reddetme nedenleri sıklık sırası her çalışmada farklı olsa da genel olarak; aşı yan etkilerinden korkma ve aşı içeriğine güvenmeme şeklinde idi.

Çalışmamızda daha önce yaptırdıkları bir aşıya karşı bir yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların %20 si kendilerine önerilen bir aşıyı reddetmişti. Bu oran daha önce herhangi bir yan etki ile karşılaşmamış olan katılımcılarda (%10,1) daha düşüktü. Ayrıca önerilen aşıyı reddeden katılımcılar istatistiksel olarak önceden yaptırdıkları aşılarında daha sık yan etki ile karşılaştıklarını bildirmişlerdi. Bu durum bireylerin beklenti anksiyetesi yaşamalarından ve önceki deneyimlerinden yola çıkarak daha ciddi yan etkilerle karşılaşma korkusundan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda 18 yaşından sonra aşı yaptırması önerildiğinde reddetme durumlarını personel gruplarına göre ayırdığımızda en fazla reddeden gruplar sırası ile; teknik personel (%22,2), sağlık personeli (%20,2) ve idari personel (%16,2) idi. Bu grupların dışında kalan akademik personelin %7,8'i ve tıp fakültesi

6. Sınıf öğrencilerinin %4,3'ü 18 yaşından sonra önerilen bir aşıyı reddetmişti. Ülkemizde bir tıp fakültesinde, 1. Sınıf ve 6. Sınıf tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada, erişkin dönem aşılarını yaptırma oranları tıp fakültesi eğitiminin sonuna gelmiş olan 6. Sınıf öğrencilerinde tıp eğitimine henüz başlamış olan 1. Sınıf öğrencilerine göre anlamlı yüksek saptanmıştır.(68) Bizim çalışmamızda da üniversite hastanesindeki öğretim görevlileri ile asistan doktorların oluşturmuş olduğu akademik personel grubu ile tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin daha düşük oranda reddetme davranışı sergilemesi, tıp fakültesi eğitimleri boyunca aşılarla ilgili çok daha kapsamlı eğitim programları almış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına bakıldığında; %84,4'ünün tüm aşıları ve %4,7'sinin aşılarının bir kısmı uygulanmış, %0,9'unun ise aşıları uygulanmamıştı. Katılımcıların kalan %10'luk kısmı ise çocukluk aşılarının uygulanma durumunu hatırlayamamıştı. Sarıgül ve arkadaşlarının üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %90,2 sinin aşıları tam, %8,8'inin eksik uygulanmış iken, %1'inin çocukluk aşıları uygulanmamıştı.(66) Bal ve arkadaşlarının bir ASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü vatandaşlarda yaptıkları çalışmada çocukluk aşılarının tam yapıldığını belirtenler; katılımcıların %36,5'ini, eksik olduğunu belirtenler ise %17,7'sini oluşturmaktaydı.(60) Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye ile ilgili yayınladığı son aşılamaya verilerine göre 2019 yılı çocuk aşılamaya oranları, hemen hemen her aşı için %95'in üzerinde saptanmıştır.(69)

Çalışmamızda çocukluk aşıları tam uygulanmış olan katılımcıların %10,1'i erişkin dönemde kendilerine önerilen bir aşıyı reddederken, bu oran çocukluk aşıları uygulanmamış olan katılımcılarda %42,9 olup, istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Bu farkın nedeni çocuklarına çocukluk dönemi aşılarını tam uygulatan ailelerin aşı konusunda daha bilinçli olmasından ve ileriki dönemde bu konuda çocuklarına aile içerisinde daha iyi bir eğitim vererek aşı karşıtlığı fikrinden uzaklaşmalarını sağlamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların aşı karşıtlığı düşünce varlığını ve aşı karşıtlığı tutumlarını ölçmek amacıyla 2019 yılında B.Sarıgül ve ark.'ları tarafından geliştirilen "Aşı Karşıtlığı Değerlendirme Ölçeği (AKD)" kullanıldı. Bir kesme değeri bulunmayan ölçeğe katılımcıların verdiği toplam puan arttıkça aşı karşıtlığının da arttığı değerlendirilmektedir. Çalışmamızda AKD ölçeğine verilen puanlar ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında; kadın katılımcıların ölçeğin toplamına verdikleri ortalama puanlar, erkeklere göre anlamlı yüksek saptandı. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça ölçeğe verdikleri toplam puanlar azalmaktaydı. Gelir durumu algısı olumlu yönde artan katılımcıların ölçeğin toplamına verdikleri puan artıyordu. Kırsalda yaşayanların ölçeğin toplamına verdikleri ortalama puanlar, kentte yaşayanlara göre anlamlı yüksekti. Çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumlu yönde artan katılımcıların ölçeğin tümüne verdikleri puanlar azalıyordu. Katılımcıların yaşları, meslek hayatındaki çalışma süreleri, sosyal medya kullanım sıklıkları, 18 yaşından sonra erişkin aşısı yaptırmış olma durumları ve daha önce yaptırdıkları bir aşıda yan etki ile karşılaşmış olma durumları ile ölçeğin toplamına verdikleri puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sonuç olarak bizim çalışmamızda kadın cinsiyette olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, yüksek gelir algısına sahip olmak, kırsalda yaşamak ve çocukluk aşılarının uygulanmamış olması aşı karşıtlığı ile korele olduğu bulunmuştur.

Cinsiyetlere bakıldığında; Sarıgül ve ark.'nın aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada aşı yaptırma oranları cinsiyetler arasında anlamlı farklılık görülmez iken(66), La ve ark.'nın çalışmasında kadın cinsiyette olmanın erişkin aşısı yaptırma oranını arttırdığı görülmüştür. (70)

Eğitim düzeylerine bakıldığında; Uzuner ve ark. çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça aşılama oranlarının çalışmamıza benzer bir şekilde arttığı saptanmıştır.(59) La ve ark.'nın Amerika'da erişkin bağışıklamasını etkileyen faktörler üzerine yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça aşı yaptırma oranlarının arttığını gösterilmiştir ve çalışmamıza benzerdir.(70) Sarıgül ve ark.'nın ve Aşık ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda ise eğitim seviyesi ile aşı

yaptırma oranları arasında anlamlı fark görülmemiştir.(58,66) Eğitim düzeyi diğer faktörlerle birleştirilğinde aşı karşıtlığı üzerine değişken etkiye neden olabilir.

Ayrıca çalışmaya katılan personel grupları karşılaştırıldığında akademik personel ile tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin ölçek toplamına verdiği puanlar diğer gruplara göre anlamlı düşük saptanmış ve tıp fakültesi eğitimi almış olan bu katılımcıların diğer gruplara göre daha az aşı karşıtı olduğu görülmüştür. Diğer gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Çalışmamızda çocuğu olan katılımcıların hiçbiri çocuğuna rutin aşı takviminde var olan bir aşığı yaptırmayı reddetmemiştir. Ancak çocuğu olan 395 katılımcıya çocuklarına aşı yaptırmayı önerildiğinde 16'sının (%4,1) önerilen aşığı reddettiği görülmüştür. Amerika'da aile hekimlerinin aşı tutumlarını ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmış olan bir çalışmada 226 aile hekimi ile görüşülmüş ve bağışıklama uygulamalarını değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Katılımcıların ankete verdikleri cevaplara göre %5'inin çocukluk çağı rutin aşıları her zaman önerme fikrini desteklemediği saptanmıştır. (57) Arıcan ve ark.'nın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada ulusal aşılama programındaki aşıların çocuklar için koruyucu olmadığını düşünenler katılımcıların %2,6'sını oluşturmaktaydı. Rutin aşıların çocuklar için uygun olmadığını düşünen katılımcıların oranı ise %3,4 ve aşıların zorunlu olarak uygulanmaması gerektiğini düşünenler de %6,4 oranındaydı.(6) İsviçre'de hekimlerin kendi çocuklarına aşı yaptırmayı yaklaşımlarını değerlendirmek amacı ile 1017 hekim ile yapılan bir anket çalışmasında, katılımcıların %93'ü mevcut resmi aşı önerilerine katılıyor ve bunları kendi çocuklarına uygulayacaklarını belirtmişlerdi.(71) Şimşek ve ark.'nın Ankara'da aile hekimliği kliniklerinde çalışmakta olan doktorlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada katılımcıların çocuklarına zorunlu aşıları uygulama oranı %98,9 olarak saptanmıştır.(65) Çalışmamıza katılan personelin tümü çocuklarına rutin aşı takvimindeki aşıların hepsini yaptırıyor ve çalışanların çoğu çocuğuna yapılması önerilen aşığı kabul ediyor olsa da, tereddüt yaşayan ve önerilen aşığı reddedenler de bulunmaktadır. Ve tereddüt yaşayanların oranı diğer çalışmalara benzer orandadır.

Çalışmamızda çocuğu olan katılımcılardan çocuklarına aşı yaptırdıklarında bir yan etki ile karşılaşmış olanların AKD ölçeğine verdikleri puan ortalaması, yan etki ile karşılaşmayan katılımcılara göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Yani çocuklarına aşı yaptırdıklarında yan etki ile karşılaşmış olan ebeveynlerin daha çok aşı karşıtı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda çocuklarına aşı yaptırılması önerildiğinde reddeden ebeveynlerin reddetme nedenleri sorgulandığında en sık yan etkiler nedeni ile reddettiklerini belirtmişlerdir. Karşılaşılan en sık yan etkilerin; ateş. Ağrı ve cilt bulguları olduğu saptanmıştır. Şimşek ve ark.'nın çalışmasında çocuklarına aşı yaptırma konusunda tereddüt yaşayan ebeveynlerin en sık tereddüt nedeni %40 oranında aşı yan etkisi olduğu görülmüştür ve katılımcıların karşılaştığı en sık yan etkilerin grip benzeri semptomlar, aşırı duyarlılık reaksiyonları ve döküntülü cilt lezyonları olduğu görülmüştür.(65) İşler ve ark.'nın 462 anne üzerinde yaptığı bir çalışmada çocuklarında aşı sonrası en sık ateş ve ciltte kızarıklık şişlik gibi yan etkiler oluştuğunu belirtmiştir.(72) Yapılan çalışmalar bize hayati riske neden olabilecek yan etkilerden ziyade çoğunlukla kısa süreli ve ateş, ciltte kızarıklık benzeri hafif yan etkilerle karşılaşıldığını göstermektedir. Hayati tehdit etmeyen bu yan etkiler nedeni ile ebeveynlerin aşı tereddütü yaşamaması aşılarından sonra oluşabilecek yan etkiler konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Çalışmamız sadece ÇOMÜ sağlık uygulama ve araştırma hastanesinde çalışmakta olan personel gruplarına uygulandığı için tüm toplum genelini yansıtmamaktadır. Çalışmanın kapsamının artırılması açısından başka üniversite hastaneleri çalışanları da çalışmaya dahil edilebilirdi. Personel gruplarına göre aşılarda hakkında bilgi düzeyleri de değerlendirilip karşılaştırılabilirdi. Korelasyon analizlerine ek olarak regresyon analizi de kullanılarak elde edilen veriler arası nedensellik açısından da incelenebilirdi.

Çalışmamızın güçlü yönleri: Çalışmamız tek bir üniversite hastanesinde yapılmış olsa da tüm çalışanların %70'i çalışmaya dahil edilmiştir. 891 çalışan üzerinde yapılmış olması, örneklem sayısının yüksek tutulmuş olması

Çalışmamızın değerini artırmaktadır. Tüm hastane personeli üzerinde yaptığımız çalışmamız, katılımcıların hem erişkin hem de çocukluk ağı aşılması hakkındaki tutum ve davranışlarını inceleme fırsatı sunan bir çalışmadır. Çalışmamız aşılanma düzeyinin yanında özellikle son on yılda artış gösteren aşı karşıtlığı fikrine de odaklanmıştır. Bunun için çalışmamızda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “aşı karşıtlığı leği” kullanılmıştır ve daha önce benzer bir çalışmada kullanılmamış olan bu ölçek sonradan yapılacak çalışmalar için de bir örnek teşkil etmektedir. Çalışmamız tüm dünyada etkisini sürdürmekte olan covid 19 pandemisi başlamadan önce planlanmış ve veri toplama süreci covid 19 aşı çalışmalarının hız kazandığı dönemde devam etmiştir. Çalışmamız bu süreçte sağlık çalışanlarının aşı tereddütü hakkındaki fikirlerinin incelenmesi konusunda değerlidir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada üniversite hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ile aşı karşıtlığı düzeylerini saptamayı ve aşı tereddütlerinin hangi nedenlerden kaynaklandığını bulmayı amaçladık. Çalışmaya 525'i (%58,9) kadın, 366'sı (%41,1) erkek olmak üzere 891 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 31,3 ± 8,1 [18–60] idi. Katılımcıların 430'u (%48,3) bekar, 447'si (%50,2) evli, 7'si (%0,8) dul, 7'si (%0,8) boşanmıştı. Çocuğu olan katılımcı sayısı 395 (%44,3) idi.

Katılımcıların 752'sinin (%84,4) çocukluk aşıları tam, 42'sinin (%4,7) eksik uygulanmış, 8 (%0,9) katılımcının ise uygulanmamıştı. Kalan 89 (%10,0) katılımcı ise çocukluk aşılarının uygulanma durumunu hatırlamıyordu. On sekiz yaşından sonra aşı yaptıran katılımcı sayısı 665 (%74,6) idi. Tetanoz-Difteri, Hepatit B ve İnfluenza aşıları erişkin dönemde en çok yaptırılan aşılarıydı. Katılımcıların en sık aşı yaptırmama nedenleri ise sağlık çalışanı olmak, profilaksi ve yaralanmalardı. Katılımcıların 81'inde (%9,1) önceden yaptırdıkları bir aşıya karşı en az bir yan etki ortaya çıkmıştı ve en sık karşılaşılan yan etkiler ateş, aşı yerinde ağrı ve cilt bulguları idi. Diğer çalışmalarla kıyaslandığında bizim çalışmamızda 18 yaşından sonra aşı yaptırmış olan katılımcıların oranı daha yüksek saptanmıştır.

“Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?” sorusuna katılımcıların 729'u (%81,8) hayır, 91'i (%10,2) evet ve 71'i (%8,0) hiç önerilmedi olarak yanıt verdi. Katılımcıların en sık kabul etmeme nedenleri kendi ifadeleri ile; aşı olmayı gerekli görmediğim için, aşı içeriğine güvenmediğim için ve aşıların yan etkileri nedeni ile idi. Ayrıca Önceden yaptırdıkları bir aşıda yan etki ile karşılaşan katılımcılar, karşılaşmayanlara göre aşı yaptırmaları önerildiğinde aşığı daha sık reddediyordu. ($\chi^2=7,428$; $p=0,006$) Sağlık çalışanlarına güvenmeme, gelenek ve inançlar, iğne korkusu ile tv-radyo-gazetelerin aşı karşıtı haberleri, aşı yaptırmayı kabul etmeme davranışını en az etkileyen durumlardı.

Çocuğu olan 395 katılımcının hepsi çocuğuna çocukluk çağı aşılarının tümünü eksiksiz yaptırmıştı. Bu katılımcıların 74'ü (%18,7) aşı takvimindeki aşılarla ek olarak rutin aşı takviminde yer almayan bir aşı yaptırmıştı. En çok yaptırılan özel aşılar rotavirüs, menenjit ve influenza aşıları idi. Araştırmaya katılan ve çocuğuna aşı yaptırdığında bir yan etki ile karşılaşan kişi sayısı 43 (%10,9) idi. Çocuklarda görölen en sık yan etki ise ateş yüksekliği idi.

Katılımcılardan çocuğu olanlar arasında çocuklarına herhangi bir aşı uygulaması önerildiğinde reddeden ebeveyn sayısı 16 (%4,1) idi. Reddetme nedenlerine yönelik sorulan açık uçlu soruya en sık aşıların yan etkileri nedeni ile reddettikleri cevabını vermişlerdi. Araştırmacılar tarafından hazırlanan reddetme nedenleri ile ilgili ifadelere verilen cevaplara göre en sık ilaç sanayisine güvenmemeleri, aşı yan etkilerinden korkmaları, tv-radyo-gazetelerdeki aşı karşıtı haberler ve aşı sonrası gelişebilecek otoimmün hastalıklar nedeni ile önerilen bir aşıyı reddetmişlerdi.

Çalışmamızda kullandığımız aşı karşıtlığı ölçeğine uygulanan analizlerde katılımcıların eğitim düzeyi düştükçe, gelir durumu algısı olumlu yönde arttıkça ve çocukluk aşılarının uygulanma durumu olumsuz yönde arttıkça ölçek toplam puanı ve aşı karşıtı tutum artıyordu. Erkeklerle göre kadınlarda ve kentte yaşayanlara göre kırsalda yaşayanlarda ölçek puanı ve aşı karşıtı tutum daha yüksekti. Ayrıca çocuğu olan katılımcılardan çocuğuna aşı yaptırdığında bir yan etki ile karşılaşmış olan katılımcıların ölçek puanı ve aşı karşıtı tutumu daha yüksekti.

Çalışmamızda üniversite hastanesi çalışanlarının erişkin aşılama oranları ölkemizde toplum üzerinde yapılmış diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Önerilen bir aşıyı reddetme durumu ise diğer çalışmalara benzer orandadır. Katılımcıların tümü çocuklarına rutin çocuk takvimi aşılarını eksiksiz yaptırmış olsa da ek aşı önerildiğinde tereddüt yaşayan ve reddedenler de bulunmaktadır ve diğer çalışmalarla benzer orandadır. Her çalışmada sıklık sırası

değişse de aşı tereddütü genel olarak aşı yan etkilerine karşı duyulan korkudan ve aşı içeriğine olan güvensizlikten kaynaklanmaktadır.

Aşı tereddütü ve aşı karşıtlığı güncel bir toplum sorunudur. Dünya sağlık örgütünün 2019 yılında yayınladığı raporda sağlığı tehdit eden en önemli sorunlardan biri olarak aşı karşıtı hareket ele alınmıştır. Aşı karşıtlığının önüne geçilmesi konusunda sağlık çalışanlarına büyük sorumluluk düşmektedir. Bu nedenle aşı tereddütü olan veya aşı karşıtlığını destekleyen sağlık çalışanlarının belirlenmesi, aşılarda güncel bilgiler, yaklaşımlar ve yasal sorumluluklar konusunda eğitim programları hazırlanması sağlanabilir. Çocuk ve erişkin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi bağlamında koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilebilir. Rutin çocuk aşılama takvimleri yanında erişkin aşılama takvimlerinin de rutin uygulanması düşünülebilir. Aşılarda güncel bilgilendirmeler daha interaktif çalışan web siteleri ve sosyal medya uygulamaları üzerinden yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO) (2020). Vaccines and immunization: What is vaccination? [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>]
2. Şimşek Orhon F. Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. Osmangazi Tıp Dergisi [Electronic Journal],2020. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/948265>]
3. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>]
4. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı – WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları [Electronic Journal],2011. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf]
5. World Health Organization (WHO) (2014). Report of the Sage Working Group on. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf]
6. Arıcan I. Sık Rastlanılan Aşı Karşıtı İddialara Yanıtlar. Toplum ve Hekim. 2018 Mayıs; 33(3):195–206.
7. Badur S. Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar. ANKEM Dergisi [Electronic Journal],2011. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim

Adresi:

https://www.ankemdernegi.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_25_Ek2_82_86.pdf

8. Kutlu HH, Altındış M. Aşı karşıtlığı. Flora Dergisi [Electronic Journal],2018. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: http://www.floradergisi.org/managete/fu_folder/2018-02/2018-23-02-047-058.pdf]

9. Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Würz A, Takacs J, Suk J, Celentano LP, Kramarz P, Larson HJ. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. Vaccine. 2016 Sep 22;34(41):5013-5020. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.08.029. Epub 2016 Aug 26. PMID: 27576074.

10.Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mşkrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberi 2019. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://www.ekmud.org.tr/emek/rehber/indir/97>]

11.Akşit S. Aşılarda İlgili Genel Kurallar. Klinik Gelişim Dergisi. [Electronic Journal],2012. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_1/2.pdf]

12. Parenthood IP, Opas R, Bacon J, Wylie JM, Berg A, Planning F. Immunization Against Infectious Disease Active immunization programs are endangered. 1978;200(May).

13.Türk Tabipler Birliği (TTB). Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Türk Tabipler Birliği Yayınları - [Electronic Journal],2019. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf]

14. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı (2020). [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/41-asi-turleri.html>]

15. World Health Organization (WHO) (2020). Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines (2021). [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)]

16. Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi [Electronic Journal],2016. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45376/487032>]

17. Morgan AJ, Parker S. Translational mini-review series on vaccines: The Edward Jenner Museum and the history of vaccination. Clin Exp Immunol. 2007 Mar;147(3):389-94. doi: 10.1111/j.1365-2249.2006.03304.x. PMID: 17302886; PMCID: PMC1810486.

18. Wang Y, Guo S. Research Progress of Rabies Vaccine. J Appl Virol. 2012;1(1):10–8.

19. Aytar M. Rekombinant Aşılar. Elektronik Mikrobiyoloji Dergisi [Electronic Journal],2019. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Mehmet-Aytar/publication/337155206_Rekombinant_Asilar/links/5dc85745299bf1a47b2cb220/Rekombinant-Asilar.pdf?origin=publication_detail]

20. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aşı Portalı (2018). Türkiye’de Aşının Tarihçesi. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-a%C5%9F%C4%B1n%C4%B1n-tarih%C3%A7esi.html>]

21. Türk Tabipler Birliği (TTB) (2003). Aşı Pazarı Can Pazarı [Online]. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_pazari_can_pazari.pdf]
22. Satman İ. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). Türkiye’de aşı ve serum üretiminin tarihçesi (2020).
23. Galimska J. The expanded programme on immunization calendar in Poland. Vaccine. 2000 Feb 18;18 Suppl 1:S41-3. doi: 10.1016/s0264-410x(99)00461-2. PMID: 10683544.
24. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2008). [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genelge/1117gbpgenelge2008pdf.pdf>]
25. T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Aşı Takvimi. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>]
26. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). Yetişkin Aşılama. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html>]
27. Alpay Y, Ağalar C. Erişkin Bağışıklama. Flora Dergisi [Electronic Journal],2016. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: http://www.floradergisi.org/managete/fu_folder/2016-03/2016-21-03-095-104.pdf]
28. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(1):44-50.

29. Rakel RE, Rakel DP. Rakel Textbook Of Family Medicine Ninth Edition. Chapter 1, 2019.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında sağlık bakanlığı yönergesi. [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240]

31. Argüt N, Yetim A, Gökçay EG. The Factors Affecting Vaccination Acceptance. Çocuk Dergisi [Electronic Journal],2016. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://cdn.istanbul.edu.tr/file/JTA6CLJ8T5/74422FC7B270409A83B47305AEC67F0D>]

32. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015 Aug 14;33(34):4161-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25896383.

33. Bozkurt HB. An Overview of Vaccine Rejection and Review of Literature. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi [Electronic Journal], 2018. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/kafkas/pdfs/KJMS_8_1_71_76.pdf]

34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. 3. Ulusal Aşı Çalıştayı: Çalıştay Raporu, Ankara, 2018.

35. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Aşı İçerikleri [Online]. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html>]

36. Kader Ç. Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2019;4(3):377-88.

37. DeStefano F. Thimerosal-containing vaccines: evidence versus public apprehension. *Expert Opin Drug Saf.* 2009 Jan;8(1):1-4. doi: 10.1517/14740330802489748. PMID: 19236212.
38. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother.* 2020 Nov 1;16(11):2586-2593. doi: 10.1080/21645515.2020.1780846. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32693678; PMCID: PMC7733887.
39. Basch CH, Zybert P, Reeves R, Basch CE. What do popular YouTube™ videos say about vaccines? *Child Care Health Dev.* 2017 Jul;43(4):499-503. doi: 10.1111/cch.12442. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28105642.
40. Blankenship EB, Goff ME, Yin J, Tse ZTH, Fu KW, Liang H, Saroha N, Fung IC. Sentiment, Contents, and Retweets: A Study of Two Vaccine-Related Twitter Datasets. *Perm J.* 2018;22:17-138. doi: 10.7812/TPP/17-138. PMID: 29911966; PMCID: PMC6004971.
41. Broniatowski DA, Jamison AM, Qi S, AlKulaib L, Chen T, Benton A, Quinn SC, Dredze M. Weaponized Health Communication: Twitter Bots and Russian Trolls Amplify the Vaccine Debate. *Am J Public Health.* 2018 Oct;108(10):1378-1384. doi: 10.2105/AJPH.2018.304567. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30138075; PMCID: PMC6137759.
42. Gıda ve İhtiyaç Maddeleri Denetleme ve Sertifikalandırma Derneği (GİMDES) (2017). Domuz Jelatinli Aşılar Müslümanları Kahrediyor. [Online] [Erişim Tarihi: 31.01.2021] [Erişim Adresi: <http://www.gimdes.org/domuz-jelatinli-asilar-muslimanlari-kahrediyor.html>]
43. Shoenfeld Y. Infections, vaccines and autoimmunity. *Lupus.* 2009 Nov;18(13):1127-8. doi: 10.1177/0961203309351081. PMID: 19880557.

44. Aker A, Ataç Ö. Aşı Karşıtlığı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi [Electronic Journal], 2014. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/777/Asi-karsitligi.aspx>]
45. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002 Aug 24;325(7361):430-2. doi: 10.1136/bmj.325.7361.430. PMID: 12193361; PMCID: PMC1123944.
46. Nelson MC, Rogers J. The right to die? Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm. *Social History of Medicine : the Journal of the Society for the Social History of Medicine*. 1992 Dec;5(3):369-388. DOI: 10.1093/shm/5.3.369. PMID: 11645870.
47. Swales JD. The Leicester anti-vaccination movement. *Lancet*. 1992 Oct 24;340(8826):1019-21. doi: 10.1016/0140-6736(92)93021-e. PMID: 1357411.
48. Williamson S. Anti-vaccination leagues. *Arch Dis Child*. 1984 Dec;59(12):1195-6. doi: 10.1136/adc.59.12.1195. PMID: 6395811; PMCID: PMC1628897.
49. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, Thomson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*. 1998 Feb 28;351(9103):637-41. doi: 10.1016/s0140-6736(97)11096-0. Retraction in: *Lancet*. 2010 Feb 6;375(9713):445. Erratum in: *Lancet*. 2004 Mar 6;363(9411):750. PMID: 9500320.
50. Karakaya I. Otizm ve Aşılar Arasında Bir İlişki Var mı? *Toplum ve Hekim* 2018; 33-3: 213-6 .

51. World Health Organization (WHO) (2019). Ten threats to global health in 2019 [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>]

52. Yüksel GH, Topuzoğlu A. Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Dergisi [Electronic Journal], 2019. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/715414>]

53. Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk, R. Çocuk ve erişkinlerde aşılama. İSTANBUL: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2010;71:27-30.

54. Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. Minn Med. 2013 Apr;96(4):49-50. PMID: 23926833.

55. American Academy of Pediatrics (2019). Vaccine Hesitant Parents. [Online] [Erişim Tarihi: 03.02.2021] [Erişim Adresi: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/immunizations/Pages/vaccine-hesitant-parents.aspx>]

56. KILINÇARSLAN MG, SARIGÜL B, TORAMAN Ç, şAHİN EM. Development of Valid and Reliable Scale of Vaccine Hesitancy in Turkish Language. Konuralp Tıp Derg. 2020;12(3):420–9.

57. Cynthia A. Bonville, Joseph B. Domachowske, Donald A. Cibula & Manika Suryadevara (2017) Immunization attitudes and practices among family medicine providers, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 13:11, 2646-2653, DOI: 10.1080/21645515.2017.1371380

58. Aşık Z., Çakmak T., Bilgili P.: Erişkinlerin Erişkinlik Dönemi Aşılı Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(3):113-118.
59. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel Aİ, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Knowledge, Attitude and Behaviors of Adults About Adulthood Immunization. Turkish J Fam Med Prim Care. 2018;12(3):215–25.
60. Bal H, Borekci G. Investigation of the Adult Vaccination Status and Influencing Factors in People Aged 65 Years and Over Registered in A Family Health Center in Mersin City. Istanbul Med J. 2016;121–30.
61. Karacaer Z, Öztürk İİ, Çiçek H, Şimşek S, Duran G, Görenek L. Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. TAF Prev Med Bull. 2015;14(5):353–63.
62. Türkistanlı E, Şenuzun FE, Karaca BS, San AT, Aydemir G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu. Ege Tıp Dergisi [Electronic Journal], 2000. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <http://egetipdergisi.com.tr/en/download/article-file/349856>]
63. Ozisik L, Tanriover MD, Rigby S, Unal S; European Federation of Internal Medicine ADVICE Working Group. ADVICE for a healthier life: Adult Vaccination Campaign in Europe. Eur J Intern Med. 2016 Sep;33:14-20. doi: 10.1016/j.ejim.2016.04.021. Epub 2016 May 12. PMID: 27185062.
64. Doğan Varan H, Deniz O, Kaya S, Kızıllarslanoğlu MC, Göker B. Geriatri Polikliniğine Başvuran Yaşlı Hastalarda Erişkin Aşılama ve Kansere Taraması Yaygınlığının ve Farkındalığının Değerlendirilmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastan Derg. 2019;52(3):251–6.

65.Şimşek E. Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde Çalışan Doktorların Aşı Karşıtlığı Konusundaki Görüş, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, 2020.

66.Sarıgül B. Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerin Aşı Hakkındaki Davranış, Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, TC Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale, 2019

67. Tekdemir L, Öztürk A, Balcı E, Dursun R (2019). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Aşı Karşıtlığı Durumu. International 21 National Public Health Congress [Online]. [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/index>]

68.Nahmatov H. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde Eğitim Alan 1. Sınıf ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Erişkin Aşılama Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Doktora Tezi, T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, 2019.

69. World Health Organization (WHO) (2019 WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2019 revision [Online] [Erişim Tarihi: 28.11.2021] [Erişim Adresi: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tur.pdf]

70. La EM, Trantham L, Kurosky SK, Odom D, Aris E, Hoge C. An analysis of factors associated with influenza, pneumococcal, Tdap, and herpes zoster vaccine uptake in the US adult population and corresponding inter-state variability. Hum Vaccin Immunother. 2018 Feb 1;14(2):430-441. doi: 10.1080/21645515.2017.1403697. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29194019; PMCID: PMC5806688.

71. Posfay-Barbe KM, Heining U, Aebi C, Desgrandchamps D, Vaudaux B, Siegrist CA. How do physicians immunize their own children? Differences among

pediatricians and nonpediatricians. Pediatrics. 2005 Nov;116(5):e623-33. doi: 10.1542/peds.2005-0885. PMID: 16263976.

72. İşler A, Esenay FI, Kurugöl Z. Annelerin Aşılar Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Ege Pediatri Bülteni. 2007;14-1(1):1-6.



EKLER

Ek 1 – Anket Formu

Bu veri formu Dr. Cihan COŞKUNTUNCEL'in Aile Hekimliği uzmanlık tezi olarak Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi"nde yürütülmekte olan "üniversite hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ve aşı karşıtlığı düzeyi "başlıklı bilimsel araştırma için yapılmaktadır.Katılmak tamamen gönüllülüğünüze bağlıdır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Lütfen soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlayınız. Tüm soruları yanıtlamanız bizim için çok önemlidir. Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1.Yaşınız
2.Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın Gebelik durumu: <input type="checkbox"/> Gebe <input type="checkbox"/> Gebe değil
3.Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış
4.Eğitim durumunuz	<input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek okul <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek lisans <input type="checkbox"/> Doktora
5.Yaşadığınız bölge	<input type="checkbox"/> Kırsal <input type="checkbox"/> Kent

6.Ailedeki birey sayısı
7.Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
8.Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Akademisyen <input type="checkbox"/> Arş. Gör. Dr. <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Hemşir/Hemşire / Ebe <input type="checkbox"/> Teknisyen <input type="checkbox"/> İdari Personel <input type="checkbox"/> Hasta Bakıcı <input type="checkbox"/> Temizlik Görevlisi <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz:.....)
9.Çalıştığınız birim ve hizmet süreniz	Birim : Hizmet süresi : yıl
10.Sosyal medya uygulamalarına (facebook, instagram, twitter, forumlar vs.) ne sıklıkta giriş yapıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Haftada birden fazla <input type="checkbox"/> Günde bir <input type="checkbox"/> Günde birden fazla
11. Çocukluk aşılarınız uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Uygulanmadı <input type="checkbox"/> Bir kısmı uygulandı <input type="checkbox"/> Tam uygulandı <input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum
12. 18 yaşından sonra aşı yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Hangi aşığı yaptırdınız? Niçin aşı yaptırdığınız gerektiği?

13. 18 yaşından sonra yaptırılan aşılar için tutumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Aşılarımı düzenli olarak takip eder yaptırırım. <input type="checkbox"/> Öneriler uyarınca aşı olma kararı veririm. <input type="checkbox"/> Zorunlu kaldığım için aşı yaptırdım. <input type="checkbox"/> Aşı yaptırmam.
14. Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/ hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Aile hekimim <input type="checkbox"/> Uzman hekim <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Eczacı <input type="checkbox"/> Eş – dost <input type="checkbox"/> Başkası tarafından önerilmese de aşılarımı kendim takip eder, yaptırırım.
15. Daha önce aşı yaptırdığınızda herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Oluşan yan etkiyi belirtiniz:
16. Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hiç önerilmedi. <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

16. soruya cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız.

- Kabul etmemenizin en önemli sebebi neydi?
.....
- Kabul etmemenizde aşağıdakiler ne kadar etkiliydi?

İğneden / acıdan korktuğum için	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
İnancım ile uyuşmadığından	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok

Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
İlaç sanayisine güvenmediğimden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok

Aşı hakkındaki düşüncelerinizle ilgili aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve verilen yanıt seçeneklerinden size en uygun olana karşılık gelen kutucuğu işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A1	Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Devlet tarafından önerilen aşılaraya güvenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1	Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Aşı birçok hastalığa neden olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	Aşıların yararı kadar zararı da vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6	Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1	Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2	Bağıışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1	İğneden korktuğum için aşı olmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bundan sonraki soruları çocuğunuz varsa yanıtlayınız.

17.Çocuklarınıza çocukluk çağı aşılarını yaptırıyor musunuz / yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Tüm aşıları eksiksiz takip edip yaptırdım <input type="checkbox"/> Takip etmedim Aile Hekimimiz arayınca yaptırdım. <input type="checkbox"/> Aşıların bir kısmını seçip sadece onları yaptırdım. <input type="checkbox"/> Aşıların hiçbirini yaptırmadım.
18.Çocuğunuza aşı takviminde olmayan bir aşı yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet(Belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> Hayır
19.Aşı takviminde olduğu halde çocuğunuza aşı yapıldığını reddettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet(Hangi aşı?.....) <input type="checkbox"/> Hayır
20.Çocuklarınıza aşı yaptırdığınızda yan etki ile karşılaştınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> Hayır
21.Çocuklarınıza aşı yapılmasını önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

21. soruya cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız.

- Kabul etmemenizin en önemli sebebi neydi?
.....
- Kabul etmemenizde aşağıdakiler ne kadar etkiliydi?

İğneden / acıdan korktuğum için	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Aşıların yan etkisinden korktuğum için	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
İnancım ile uyuşmadığından	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Geleneklerimize göre aşı yaptırmak yanlış olduğundan	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
TV, radyo, gazetelerde aşıların zararlı olduğunu duyduğumdan	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Aşıların otoimmün hastalıklara neden olabileceğini düşündüğümden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Aşıların bulaşıcı hastalıklardan etkin bir şekilde korumadığını düşündüğümden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
Sağlık çalışanlarına güvenmediğimden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok
İlaç sanayisine güvenmediğimden	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Epey	<input type="checkbox"/> Çok

Ek 2 – Etik Kurul Onayı



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.01.04-E.2000149848 01/10/2020
Konu : Başvuru İncelemesi (Prof. Dr.
Erkan Melih ŞAHİN)

Sayın Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Yürüttüğünüzü yapmış olduğumuz "Üniversite hastanesi çalışanlarının aşı davranışları ve aşı karışıklığı düzeyleri" başlıklı 2011-KAEK-27/2020-E.2000118620 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 23.09.2020 tarih ve 12-25 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi:23.09.2020
Karar No :2020-12

Karar-25)2011-KAEK-27/2020-E.2000118620 no'lu araştırma ile ilgili olarak, Proje yürütücüsü Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'nin çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR**" kararı verilmiştir.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Kurul Başkanı

Ek 3 – Başhekimlik Onayı



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 27222899-811.99-E.2000167689
Konu : Kurum İzni Hk.

28/10/2020

DAğITIM YERLERİNE

Anabilim Dalımızda görevli Araş. Gör. Dr. Cihan COŞKUNTUNCEL'in uzmanlık bitirme tezi için "Üniversite Hastanesi Çalışanlarının Aşı Davranışları ve Aşı Karşıtlığı Düzeyleri" isimli çalışmayı hastanemizde yapabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Muammer KARAAVVAZ
Başhekim