



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TRABZON İLİ ORTAHİSAR İLÇESİ 1., 2. ve 3.
BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN AŞI YAPTIRMA İLE İLGİLİ
BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARI**

Meryem SARAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Murat TOPBAŞ

TRABZON – 2019

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Meryem SARAÇ'ın hazırladığı "Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1. 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Murat TOPBAŞ

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Murat TOPBAŞ

Prof. Dr. Gamze ÇAN

Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ

Tarih: 18/06/2019

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../2019

Meryem SARAÇ

İthaf

Yüksek lisans tezimi varlığını her zaman yanımda hissettiğim biricik babama ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve bu tezin tüm aşamalarında, bilgi birikimini, desteğini ve özellikle de değerli zamanını hiçbir zaman benden esirgemeyen saygıdeğer hocam, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Murat TOPBAŞ'a gösterdiği ilgi ve yardımlarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Bilgisi, desteği ve güler yüzüyle her daim yanımda olan ve hiçbir yardımı bizden esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Gamze ÇAN'a ve sayın Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın analiz ve raporlanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve kendilerini tanımaktan mutluluk duyduğum başta Dr. Kübra ŞAHİN olmak üzere, Dr. Cansu AĞRALI GÜNDOĞMUŞ ve tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalının kıymetli asistanlarına desteklerinden dolayı teşekkürü borç bilirim.

Tez dönemim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim günübirlik cerrahi servisinin başta hemşire arkadaşlarım olmak üzere tüm ekibine teşekkürü borç bilirim. Tezimin her aşamasında ve her türlü sıkıntıda verdiği katkı ve yardımlarından dolayı çok kıymetli arkadaşım, kız kardeşim Zeynep GÜL'e, bilgi ve birikimlerini içtenlikle paylaşan sevgili gelinimiz Gül ÖZMEN'e sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Kıymetli ailem, annem Asiye, kardeşlerim Sevinç, Ayşegül ve Sefa ÖZMEN'e ve sevgili eşim Erkan SARAÇ'a bu süreçte her türlü sıkıntıda yanımda oldukları için minnetlerimi sunarım. Ve zamanımın büyük çoğunluğunu tezim için geçirerek ilgilenemediğim çocuklarım sevgili Ahmet Arda SARAÇ ve Asya Ada SARAÇ'a özürlerimi sunarım.

Meryem SARAÇ

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ	xiii
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aşının Tanımı ve Tarih İçindeki Gelişimi, Aşı Türleri, Aşıların İçerikleri	4
2.1.1. Aşının Tanımı	4
2.1.2. Aşının Tarih İçindeki Gelişimi	4
2.1.3. Aşı Türleri	6
2.1.3.1. Canlı Zayıflatılmış Aşılar	6
2.1.3.2. Ölü Aşılar	6
2.1.3.3. Toksoid Aşılar	6
2.1.3.4. Subunit Aşılar	6
2.1.3.5. Rekombinant Aşılar	6
2.1.4. Aşıların İçeriği	7
2.1.4.1. Adjuvanlar	7
2.1.4.2. Stabilizatör	7
2.1.4.3. Formaldehit	7
2.1.4.4. Thiomersal	7
2.1.4.5. Antibiyotikler	8
2.1.4.6. Jelatin	8
2.2. Bağışıklama Nedir	8
2.2.1. Aktif Bağışıklama	9
2.2.2. Pasif Bağışıklama	9
2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Gbp)	9
2.3.1. Gbp Hedefleri	9

2.3.2. Gbp Kapsamındaki Hedeflere Yönelik Bugüne Kadar Uygulanan Programlar	10
2.4. Bağışıklamanın Halk Sağlığı Açısından Önemi	11
2.5. Çocukluk Çağı Aşıları	13
2.5.1. Çocukluk Dönem Aşılamada Antijen Sayısındaki Artış	14
2.5.1.1. Rotavirus Aşısı (Rv)	16
2.5.1.2. İnfluenza Aşısı (Iv)	17
2.5.1.3. Human Papillomavirus Aşısı (Hpv)	17
2.5.1.4. Tetanoz-Difteri-Aselüler Boğmaca Aşısı (Tdap)	17
2.5.1.5. Meningokok Aşısı (Kma)	17
2.5.2. Tam Aşılı Çocuk	18
2.5.3. Eksik Aşılı Çocuk ve Kaçırılmış Fırsatlar	18
2.6. Erişkin Aşılması	20
2.6.1. 65 Yaşın Üstünde Olanlar ve Aşılama	25
2.6.2. Kronik Hastalıkları Olanlar ve Aşılama	25
2.6.3. İmmün Yetmezliği Olan Hastalar ve Aşılama	26
2.6.4. Seyahat Aşılması	26
2.6.5. Gebelik ve Aşılması	27
2.6.5.1. Gebelikte İnfluenza Aşı Uygulaması	30
2.6.5.2. Gebelikte Tetanoz Aşısı Uygulaması	30
2.6.6. Sağlık Çalışanı ve Aşılması	34
2.6.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yapılması Gereken Aşılar	35
2.7. Aşılama Sonrası İstenmeyen Etkiler (Asie)	38
2.8. Aşı Reddi	39
3. GEREÇ ve YÖNTEM	45
3.1. Araştırmanın Tipi	45
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	45
3.4. Veri Toplama Araçları	46
3.4.1. Anket Formu	46
3.5. Verilerin Kategorizasyonu	46
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
3.7. Etik Kurul Onayı	49

3.8. Kurum İzinleri	49
3.9. Araştırmanın Planı	49
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	50
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	93
7. KAYNAKLAR	94
EKLER	106
Ek 1. Kurum İzni	107
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	112
Ek 3. Anket Formu	113
Ek 4. Etik Kurul Onayı	116
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. İnsan aşılarının geliştirilmesinin tarihçesi	5
Tablo 2. Aşıların bileşenleri	8
Tablo 3. Aşı ile önlenebilir hastalıkların aşılama öncesi 1980-1984 ve 2010-2014 yılları vaka sayıları	13
Tablo 4. Ulusal aşı takviminde olmayan ancak yapılması önerilen diğer aşılar	18
Tablo 5. Bir yaş üstü hiç aşılanmamış çocuklar için aşılama şeması	19
Tablo 6. Yıllara göre aşılanma hızları	20
Tablo 7. Türkiye çıkışlı seyahatlerde ek olarak önerilebilecek aşılar	27
Tablo 8. Gebelere rutin olarak uygulanması önerilen aşılar (CDC)	29
Tablo 9. Gebelikte risk varlığında önerilen aşılar (CDC)	29
Tablo 10. Gebelikte uygulanması kontrendike aşılar (CDC)	29
Tablo 11. Primer immünizasyon için Td uygulama takvimi	33
Tablo 12. Ülkemizde 15-49 yaş arası doğurganlık çağın kadınlar için aşılama takvimi	33
Tablo 13. Sağlık çalışanları için aşılama önerileri (CDC)	36
Tablo 14. Katılımcıların mesleklerinin ISCO – 08’e göre sınıflandırılması	47
Tablo 15. Soru formunda yer alan tutum sorularının puanlandırılması	48
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik ve kişisel özellikleri	52
Tablo 17. 5 yaş altı çocuğu olan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşıların yüzdeleri	55
Tablo 18. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşıların yüzdeleri	56
Tablo 19. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşıların yüzdeleri	56
Tablo 20. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşıların yüzdeleri	57
Tablo 21. Çocukların aşılanma durumları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	58
Tablo 22. Çocukların aşılanma durumları ile hemşirelerin tutum ölçek puanının karşılaştırılması	59

Tablo 23. 5 yaş altı çocuğu olan hemşirelerin çocuklarına aşı yaptırmama nedenleri (n=138)	59
Tablo 24. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre erişkin aşı uygulamalarındaki hedef gruplara verdikleri cevaplar	62
Tablo 25. Hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları	63
Tablo 26. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları	63
Tablo 27. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları	64
Tablo 28. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları	65
Tablo 29. Katılımcıların çalıştıkları basamaklara göre sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşılar verdikleri cevaplar	66
Tablo 30. Çalıştıkları basamaklara göre şu ana kadar yaptırdıkları aşılar	67
Tablo 31. Göreve başladığından beri önerilen aşıları yaptırmayanların yaptırmama nedenleri	68
Tablo 32. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin görev yerlerine göre aşılama durumları	69
Tablo 33. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin görev yerlerine göre aşılama durumları	70
Tablo 34. Hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı	71
Tablo 35. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı	72
Tablo 36. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı	73
Tablo 37. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı	74
Tablo 38. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile çocuklarına aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması	76
Tablo 39. Hemşirelerin görev yerleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması	77
Tablo 40. Hemşirelerin eğitim durumları ile çocuklarına aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması	78

Tablo 41. Hemşirelerin tutum sorularına verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması	80
Tablo 42. Hemşirelerin kendilerine aşı yaptıрма durumları ile bazı bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	81



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Yıllara ve aşı takvimine göre uygulanan aşı antijen sayısındaki değişim	15
Şekil 2. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi ulusal aşı takvimi	16
Şekil 3. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları	24
Şekil 4. Araştırma planı	50
Şekil 5. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşılarla verdikleri cevaplar	54
Şekil 6. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılarla verdikleri cevaplar	61
Şekil 7. Katılımcılara göre sağlık çalışanlarının yaptırmaları gereken aşılar	65

SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltma

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACIP	Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi
ASİE	Aşılama Sonrası İstenmeyen Etkiler
BCG	Bacillus Calmette-Guerin veya verem aşısı
BDK	Bağışıklama Danışma Kurulu
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
CDC	Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
DaBT-İPA	Dörtlü Karma Aşı (Difteri-Boğmaca-Tetanoz- Çocuk Felci/DaBT-İPA)
DaBT-İPA-Hib	Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip B aşısı
DNA	Deoksiribo Nükleik asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECDC	Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control)
EKMUD	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GVAP	Global Aşı Eylem Planı
HBV	Hepatit B virus
Hep.A	Hepatit A Aşısı
Hep.B	Hepatit B Aşısı
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
Hib	Haemophilus influenzae tip b. Aşısı
HPV	Human Papillomavirus Aşısı
ISCO	International Standard Classification of Occupations
KKK	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
KMA	Konjuge menengokok aşısı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KPA	Konjüge Pnömokok Aşısı
MNT	Maternal ve Neonatal Tetanos
MT	Maternal tetanos
NT	Neonatal tetanos
OPA	Oral Polio Aşısı
PCV13	Konjuge Pnomokok Aşısı
PPSV23	Polisakkarit Pnömokok Aşısı
Ppd	Tüberkülin Deri Testi
RV	Rotavirüs
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Td	Erişkin Tipi Difteri- Tetanos Aşısı
Tdap	Tetanoz-Difteri-Aselüler Boğmaca Aşısı
TCT	Tüberkülin Cilt Testi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi

ÖZET

Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1., 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları

Sağlığı geliştirici uygulamaların başında aşılama çalışmaları yer almakta, sağlık personelinin aşılarını yaptırması toplumun aşılamaya ile ilgili güvenini kazanmak için önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin her basamağında bu rolün devam ettiği düşünüldüğünden, bununla birlikte aşı uygulayan ve aşılamaya hizmeti alan grubu temsil etmesi nedeniyle 1. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin aşı yaptırma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları araştırılması amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte yaptığımız çalışmanın evrenini Trabzon Ortahisar ilçesine bağlı 1. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmamıza 387'si kadın (%92.1) ve 33'ü erkek toplam 420 kişi katılmıştır. Katılımcıların 338'i (%81.1) evlidir. Eğitim durumunu %60.5 ile en fazla lisans bölümü oluşturmaktadır. Katılımcılar TC Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde hangi aşıların bulunduğu %86.4'ü kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), %83.8'i karma aşılar, %82.9'u oral polio, erişkine uygulanan aşılar sorusuna, %85.2'si hepatit B, %79.8'i tetanos, %54.3'ü influenza cevabını vermiştir. Çocuklarına aşı yaptırmayanların yaptırmama nedenleri sorulduğunda, zorunlu olmayan hiçbir aşığı yaptırmayı uygun bulmama en fazla gösterilen nedendir. Katılımcıların birinci gebeliklerinde %70.3'ü iki doz tetanos aşısı yaptırmışken neredeyse tamamı influenza aşısı yaptırmamıştır. Katılımcıların %90.7'si sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşılarından Hepatit B'yi öncelikli olarak işaretlemişler ve bugüne kadar %76.7'si Hepatit B, %61.0'ı tetanos aşısını yaptırmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların kendilerine ve çocuklarına aşı yaptırma durumları ile aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri çalıştıkları kurumlarda farklılık göstermekle birlikte özellikle üçüncü basamak sağlık kuruluşunda düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının öncelikle kendilerine aşı yaptırma konusunda bilgi düzeylerini artırma yönünde eğitimler, aşıların önemi olabilecek yan etkilerin ayırt edilmesi konularında, yeterli ve güven yaratan bilgi verilmesi, endişe ve kaygıların önüne geçilmesi gerekmektedir. Böylece toplumdaki aşılama oranlarının daha da artması beklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı reddi, aşı uygulamaları, sağlık çalışanı

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Behaviors of Nurses Working in Trabzon Province Ortahisar District 1st, 2nd and 3rd Stage Health Institution About Vaccination

Vaccination is one of the health promotion practices and vaccination of health personnel plays a key role in achieving the public's trust in this issue. The aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of nurses working in 1st 2nd and 3rd level health institutions related to vaccination because of the fact that this role is considered to be continuing in every step of the services.

The population of this cross-sectional study was composed of nurses working in the 1st, 2nd and 3rd level health institutions of Ortahisar district of Trabzon. A total of 420 people (387 women (92.1%) and 33 men) participated in the study. 338 (81.1%) of the participants were married. The highest level of education is 60.5%. Participants 86.4% of which vaccines were found in the childhood vaccination calendar implemented by the Ministry of Health of Turkey, measles-rubella-mumps (KKK), 83.8% mixed vaccines, 82.9% oral polio, vaccines applied to adults, 85.2% Hepatitis B, 79.8% tetanus and 54.3% influenza were the answer. When I asked the reasons for not having the children who had not been vaccinated, the most common reason for not taking the non-compulsory vaccination is the reason. 70.3% of the first pregnancies of the participants had two doses of tetanus vaccine and almost all did not have an influenza vaccine. 90.7% of the participants have marked Hepatitis B as a priority for health care workers and 76.7% of them had Hepatitis b and 61.0% had tetanus vaccination.

In our study, the level of knowledge of the participants about themselves and their children and the level of knowledge about the vaccines differed in the institutions they work, but were found to be low especially in tertiary health care institutions. First of all, trainings of health workers to increase their knowledge about giving them vaccination, providing sufficient and trusting information about the differentiating side effects that vaccines may have importance should be prevented and worries and concerns should be prevented. Thus, vaccination rates in the society can be expected to increase.

Key Words: Health personnel, vaccination, vaccination practices

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bulaşıcı hastalıkların önlenerek sağlığın sürdürülebilmesi için yapılan en etkili halk sağlığı çalışmalarından biri aşı uygulamalarıdır. Bulaşıcı hastalıkların koruma ve kontrol yaklaşımı, o hastalığın yayılması ile ilgili etkiler, hastalık etkeninin özellikleri gibi faktörler göz önüne alınarak belirlenmektedir.

Örnek verecek olursak, sıtma hastalığının yayılmasını önlemek için esas yaklaşım sıtma hastası bireylerin tespit edilip tedavi edilmesi iken, bir başka enfeksiyon hastalığı tifoda gıda hijyeni gibi hastalığın bulaşma yollarına dair önlemler ön plandadır. Bazı hastalıklar için gerekli olan kontrol yaklaşımı bu hastalıklara karşı bireyleri aşılamadır ve bu hastalıklara “aşıyla önlenebilen hastalıklar” adı verilir. Aşıyla önlenebilen bu hastalıklar çoğunlukla bulaşıcı hastalıklardır. Bağışıklama ile tüm yaş grubu bireyleri, hastalığın oluşma riskinin yüksek olduğu dönemden daha önce aşılayarak bu hastalıkların oluşmasını önlemek amaçlanmaktadır (1).

Toplumda bulaşıcı hastalıklara karşı riskli bireyleri aşılamamanın iki temel amacı vardır. Birincisi, aşı yapılan kişinin kendisini hastalığa karşı korumak iken ikinci amaç ise hastalığın toplumdaki kontrolünü sağlamaktır. Bu iki nedenden dolayı aşılama, en temel koruyucu sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1974'te tüm ülkelere önerdiği aşıyla önlenabilir hastalıklara karşı aşılama programlarını içeren Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), ülkemizde de 1981'de başlatılmış ve ardından 1985'de “Aşı Kampanyası” ile aşılama hizmetlerinin hız kazanmasıyla, bu program genelinde aşısı uygulanan bulaşıcı hastalıkların (Tüberküloz, Difteri, Boğmaca, Kızamık) insidansında önemli azalmalar sağlanmıştır. Ülkemizin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesinde 1998 yılında vahşi çocuk felci hastalığı artık eradike edilmiştir (3). Günümüzde yapılan çalışmalar aşı ile önlenabilir hastalıkların Amerika'daki yıllık maliyetinin 9-26 milyon dolar olduğunu ve bu rakamın %80 (7.1 milyon dolar) kadarının aşılanmamış kişilerin tedavisine harcandığını ortaya koymaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü'nün (Mart 2018) raporuna göre; tüm dünya genelinde yapılan bağışıklama çalışmaları ile yılda 2–3 milyon ölüm engellenmektedir. Son yıllarda yapılan küresel aşılama çalışmaları ile bağışıklama oranı %85 civarında seyretmektedir. Aşılama oranlarının istenen düzeye yükseltilmesi sayesinde yılda 1.5 milyon daha ölümün engelleneceği belirtilmektedir (5). Aşılama çalışmaları sayesinde kızamık,

kabakulak, kızamıkçık ve tetanos gibi hastalıklarda %99'lara varan azalma sağlanmıştır. Hemophilus influenza tip B etkeni 19.yy sonlarında çocukluk çağı menenjitlerin en önemli etkeni olup, aşılama hizmetleri sayesinde bugün bu etken %99 oranında azaltılabilmektedir. Benzer şekilde rotavirüs, meningokok, pnömokok ve suçiçeği aşıları hastaneye yatışlarda ciddi azalmalara bununla beraber önemli mali kazanımlara yol açmış, bu sayede toplum sağlığı korunması yanında milyarlarca dolar kaynak israfı olması önlenmiştir (6).

Aşılama ile hastalıklara bağlı ölümlerin ve sakatlıkların önemli ölçüde azaltılmış olması, aşılama hizmetlerinin en büyük başarısıdır. Bu başarılarla ek olarak, hastalıklara bağlı oluşan hastaneye yatış veya ayaktan tedavi masrafları, ilaç masrafları, ailelerin iş gücü kayıplarının azalması aşılama programlarına bağlı diğer kazanımlardır. Bu veriler ışığında aşılama hizmetlerinin toplum sağlığı açısından ne denli önemli olduğu ortadadır.

Ancak son yıllarda, DSÖ tarafından tüm dünyada uygulanmakta olan güvenli ve etkili aşılarla rağmen, bağışıklama ile ilgili ulusal aşılama programlarının ve ek aşıların kabul edilebilirliğine yönelik reddetme veya tereddüt olduğu raporlanmıştır (7). Halk sağlığı açısından hem ülkemiz hem de tüm dünya için en önemli halk sağlığı tehditlerinden olan aşı yaptırmama veya erteleme durumu, aşı ile önlenebilen bulaşıcı hastalıkların tekrar artmaya başlayacağı endişesini getirmektedir. Sağlık çalışanlarının ve özellikle aşı uygulamaları yapan profesyonellerin bu duruma yaklaşımı, kendilerine ve çocuklarına aşı yaptıurma davranışlarının örnek olabileceği açıktır.

Ailelerin sağlık profesyonelleri tarafından hastalıklar ve aşılarla ilgili bilgilendirilmesinin toplumun aşılama düzeylerini arttırdığı bilinmektedir. ECDC tarafından 2015 yılında sağlık personeli ile hastaları arasındaki aşı çekingenliğini belirlemek için Avrupa'da gerçekleşen bir çalışmada, sağlık personellerinin aşı bilgilendirmesinde önde gelen güvenilir kaynakların başında olduğu bildirilmiştir (7).

Toplumumuzda da sağlık çalışanlarının ve özellikle hemşirelerin aşı ile ilgili kilit rol oynamalarının yanında hastaların davranışlarını değiştirmek adına önemli etkileri bulunmaktadır. Çalışmamızın hedef grubunun hemşireler olmasının nedeni, sağlık profesyoneli hemşirelerin topluma rol model olmaları yanı sıra aşı uygulayan ve aşılama hizmeti alan grubu temsil etmesidir.

Erişkin aşı uygulamalarında aşı yaptırması gereken riskli gruplardan biri olan Sağlık personelinin aşılama toplumun, ailelerin, bireylerin bu konudaki güvenini kazanmakta önemli rol oynamaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının aşılama, çalıştıkları iş ortamı kaynaklı enfeksiyonlar nedeniyle hastalara, diğer sağlık çalışanlarına, kendi aile bireyleri ile topluma bulaştırma riskini ortadan kaldırmak açısından önem taşımaktadır.

Bu açıdan çalışmamızda elde edeceğimiz bulgular sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili bilgi düzeylerini, aşılama durumlarını saptamak, Sağlık personeli hemşirelerin verdikleri aşılama hizmetinin yanı sıra kendilerine ve çocuklarına aşı yaptırma durumları hem erişkin aşılama hem çocukluk çağı aşılama hem de sağlık çalışanlarının aşılama durumları hakkında bize bilgi verebilmesi açısından önemlidir. Çalışmamıza dahil olacak 1., 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan aktif hemşirelerin yüksek oranda 15-49 yaş doğurganlık çağı kadın kitleyi temsil edebilmesi açısından neonatal tetanos aşı uygulama hızına bakma olanağı da sağlamaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ve birimlerdeki farklılıklar, aşı ile ilgili fikirlerini etkilemesi bakımından aşı uygulama durumlarını kıyaslama olanağı da sağlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aşının Tanımı ve Tarih İçindeki Gelişimi, Aşı Türleri, Aşıların İçerikleri

2.1.1. Aşının Tanımı

Enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede kullanılan en etkili yöntemlerin başında gelen ve tüm dünyada toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için uygulanan maliyet etkin halk sağlığı uygulamalarının temelini aşı uygulamaları oluşturmaktadır (8). Aşıyla önlenebilen hastalıkların bulaşıcı olması, korunabilir veya önlenebilir olması nedeniyle aşılanma ile bireyleri enfeksiyon hastalıklarıyla karşılaşma durumunun olduğu zamandan önce aşılanması sağlanarak bu hastalıklara karşı bağışıklamalarının sağlanması ve sağlığın sürdürülmesi amaçlanmaktadır (1).

Edsall'a göre aşılanma, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde insanlık tarihinin en etkili ve en ucuz maliyetli yöntemidir (9). Bağışıklık sisteminin enfeksiyon hastalıklarına yakalanmasını engelleyen en önemli öncüllerden birisi aşılanma olarak karşımıza çıkmaktadır (10). Aşılanma aktif bağışıklıkla kişinin bağışıklık sisteminin vereceği yanıtı düzenlemek amacıyla hastalık antijenlerinin vücuda verilmesi yöntemidir (11). Buradaki amaç kazanılmış immün yanıtı uyarmak ve hastalık antijenlerine karşı vücudun bellek hücrelerinin oluşumunu sağlamaktır. Aşılamada en önemli ve asıl amaç hastalıklar oluşmadan engellenmesini sağlamaktır. Aşılar halk sağlığı yararına yapılan birçok uygulamaların arasında birinci sırada gelmektedir. Aşılar sayesinde 20. yüzyılın ikinci yarısında toplum sağlığını tehdit eden birçok hastalık eliminasyon noktasına gelmiştir (12).

2.1.2. Aşının Tarih İçindeki Gelişimi

1721 tarihinde İstanbul'da İngiltere Büyükelçisi'nin eşi olan Lady Mary Montagu "İstanbul'da çiçek hastalığına karşı aşı denilen bir şey var" diyerek ülkesine yazdığı bir mektup aşı yapımına ilişkin en eski belgedir (13). Mektup içerisinde Osmanlı Devleti'nin 18.yy başlarında deneysel olarak aşılanma yapıldığı geçmektedir. Osmanlı Devleti ilerleyen dönemde çiçek aşısını önce ordu mensuplarına sonra ise tüm insanlarına zorunlu tutmuş ve dünyadaki aşılamayı zorunlu kılan ilk devlet olmuştur (14). 1796 yılında Edward Jenner tarafından geliştirilmiş, dünya tarihinde kullanılmış ilk aşı çiçek aşısıdır. Dolayısıyla dünya üzerinde aşılanma ile önlenen ilk hastalık da çiçek hastalığıdır (15). Aşılanma yolu bulunana kadar insanlığın ölümle sonuçlanan ve

çokça korkulan çiçek hastalığı, aşının bulunmasıyla birlikte ortaya çıkardığı ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçilmiştir (16).

Edward Jenner’la birlikte ortaya konan çiçek aşısı, yaklaşık 90 yıllık zaman diliminde insanlığın tek aşısı olarak kullanılmış, 1885’de ise Pasteur, insan sağlığına kuduz aşısını sunmuştur. Kuduz aşısını takiben tifo, kolera, veba gibi hastalıkların aşıları izlemiştir (12). İnsan aşılarının tarihsel gelişim süreci Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. İnsan aşılarının geliştirilmesinin tarihçesi (Tolunay’dan, 12)

18. Yüzyıl	Çiçek	1759
	Kuduz	1885
19. Yüzyıl	Tifo	1896
	Kolera	1896
	Veba	1897
	Difteri	1923
	Teatanoz	1926
	Boğmaca	1926
	BCG	1927
	Sarı Humma	1935
	Grip	1936
	Riketsia	1938
	Çocuk Felci (inaktif)	1955
	Kızamık	1963
	Çocuk Felci (canlı)	1955
20. Yüzyıl	Kabakulak	1967
	Kızamıkçık	1969
	Şarbon	1970
	Meningokok (polisakkarid)	1974
	Pnömonokok (polisakkarid)	1977
	Adeno virüs	1950
	Hepatit B	1951
	H. Influenza (polisakkarid)	1985
	H. İnfluenza (konjuge)	1957
	Suçiçeği	1995
	Asellüler Boğmaca	1996
	Rotavirüs	1999
	Pnömonokok (konjuge 7)	2000
	Meningokok (konjuge)	2005
	Zoster	2006
21. Yüzyıl	Japon Ensefaliti	2009
	Pnömonokok (konjuge 1S)	2010
	HPV	2010
	Meningokok B	2015

2.1.3. Aşı Türleri

2.1.3.1. Canlı Zayıflatılmış Aşılar

Zararlı virüs ya da bakterinin zayıflatılmış formudur. Hastalık etkeni bedende çoğalır ancak etkenin zayıflatılması hastalık oluşturmada bağışıklık oluşturmaya sağlar. Canlı aşıların tek dozda bağışıklık oluşturabilme özellikleri vardır. BCG, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği gibi aşılar canlı aşı türlerindendir (2).

2.1.3.2. Ölü Aşılar

Ölü aşılar, hastalığa neden olan mikrobun öldürülmüş halini kullanır. Terimsel olarak kullanılan ölü ifadesi de buradan gelmektedir. Ölü aşılar genellikle canlı aşılar kadar güçlü (koruma) sağlamamaktadır. Bu yüzden hastalıklara karşı sürekli bağışıklık kazanabilmek için zaman içerisinde birkaç doz (güçlendirici dozlar) gerekebilir. Tifo, üretilen ilk öldürülmüş aşılarından biridir (17). Bununla beraber, grip aşısı, çocuk felci aşısı, hepatit a ve kuduz aşıları ölü aşılarından bazılarıdır.

2.1.3.3. Toksoid Aşılar

Toksoid, kimyasal değişikliklerle zararsız duruma getirilen, ancak antijenik özelliklerini kaybetmeyen bir bakteriyel ekzotoksin aşı türüdür. Aşılama yapılması toksin ile reaksiyonu sağlar ve onu etkisiz hale getiren antikorların üretilmesi gerçekleşir. Toksoid aşılar, bakteriler tarafından üretilen ekzotoksinlerin ortaya çıkardığı hastalıklara karşı insan sağlığında savunma oluşturmaya yönelik, çokça etkili bir aşı türüdür. Bu türe örnek olarak tetanos, difteri gibi aşılar verilebilmektedir (3).

2.1.3.4. Subunit Aşılar

Viral nükleik asitlerin serbestleştirilmesi ile elde edilen ve viral antijenler dışında antijen içermeyen saflaştırılmış aşılar subunit (alt birimli) aşı adı verilir. Bir patojenin çeşitli potansiyel alt birimlerinin antijenik özellikleri, hangi özel kombinasyonların doğru yol içinde etkili bir immün tepkisi üreteceğini belirlemek için detaylı bir şekilde incelenmesi gerektiğinden, bu hassasiyetin bir maliyeti vardır (3, 18).

2.1.3.5. Rekombinant Aşılar

Beyazova ve Aktaş çalışmalarında rekombinant DNA aşılarının; bir virüs, bakteri ya da protozoanın immünojenik özelliğini belirleyen bir geninin ayrılıp, sonra bir

bakteri, maya ya da memeli hücrelerine rekombinant DNA tekniği ile klonlanarak oluştuğunu belirtmiştir. Hepatit B aşısı günümüzde oldukça bir rekombinant aşı türüdür (3).

2.1.4. Aşıların İçeriği

Aşıların hazırlanış sürecinde kullanılan birçok madde vardır. Bir aşının en önemli kısmını su oluşturur. Birçok aşıda su miktarı 0.5 ml iken, aşının su harici içeriği ise birkaç miligramı geçmemektedir. Aşılarda aktif içerik olarak bahsedilen bakteriyel ya da viral antijen miktarı ise mikrogramlarla ölçülmektedir (19). Aşılarla eklenen maddeler içinde adjuvan, tiomersal, jelatin, insan serum albumini, rekombinant insan serum albumini, sorbitol, sukroz, laktoz, mannitol, gliserol vb. maddeler vardır. Ayrıca oral yolla alınan aşıların içeriğinde, tat düzenleyici olarak sukroz gibi maddeler de kullanılmaktadır. Aşılar, antijenleri ve aşı yapımının etkili olmasını sağlayan maddeleri içerir (19).

2.1.4.1. Adjuvanlar

Aşıların etkinliğini üst düzeye çıkarıcı, bakteri ve virüs bileşenleri ile kullanılan maddelerdir. Sağlık Bakanlığının aşı içeriğine yönelik açıklamasında; aşılarımızda adjuvan olarak genellikle alüminyum hidroksit kullanılmaktadır (2).

2.1.4.2. Stabilizatör

Aşılar uygulanıncaya kadar stabilitesini korumayı sağlayan maddelerdir (19).

2.1.4.3. Formaldehit

Bakteriyel toksinleri temizleyici etkisi vardır ve aşı hazırlanırken, virüsleri inaktive etmek için kullanılır (20).

2.1.4.4. Thiomersal

Birden fazla dozda aşıların bulaşma riskini önlemek amacıyla kullanılan maddelerdir. Çeşitli nedenler ve thiomersal'in bir etil cıva bileşeni olması, zaman içerisinde kullanıcılar tarafında bazı ön yargılar yaratmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı thiomersal kullanımının herhangi bir sağlık sorununa sebebiyet vermediğini ve bir yan etki durumunun olmadığını açıklamıştır (21).

2.1.4.5. Antibiyotikler

Aşıların içerisinde bulunan bakterilerin üremesini durdurmak antibiyotikler ile sağlanmaktadır (2).

2.1.4.6. Jelatin

Canlı virüs aşılarında çeşitli nedenlerle (ısı artışı gibi) etkenin çoğalıp patojen olmasının önüne geçmek adına stabilizör görevi gören maddelerdir. Jelatinler; balık, tavuk gibi hayvanlardan edinilen maddelerdir. Hayvanlardan alınan bu maddelere karşı sağlık bakanlığınca yapılan açıklamada Türkiye’de kullanılan aşılarda domuz ürünleri bulunmamaktadır (2).

Ülkemizde kullanılan aşıların bileşenlerine dair Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün sayfasında aşağıdaki Tablo 2 verilmiştir (21).

Tablo 2. Aşıların bileşenleri (T.C. Sağlık Bakanlığı’dan, 21)

	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Beşli Karma	Alüminyum	0.25 mg/ml	0.20-0.45 mg/ml
	Sükroz	42.6 mg	31.9-53.1 mg
	Formaldehit	10.30 mik. gr/ml	4-15 mik.gr/ml
KPA	Alüminyum	0.25 mg/ml	0.2-0.3 mg/ml
Dörtlü Karma	Alüminyum	0.32 mg/ml	0.20-0.45 mg/ml
	Formaldehit	9.33 mg/ml	4-15 mg/ml
Hepatit B	Alüminyum	0.60 mg	<1.25
	Thiomersal	%0.0097 w/v	%0.0115 w/v
Td	Thiomersal	0.034 mg/0,5 ml	< 0.05 mg/0.5 ml
	Formaldehit	0.0019 g/lt	≤ 0.2 g/lt
Kuduz	Thiomersal	68.7 mik.gr/vial	59.5-80.5 mik.gr /vial
Hepatit A	Alüminyum	0.43 mg/ml	0.35-0.62 mg/ml

2.2. Bağışıklama Nedir

Koruyucu halk sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturan bağışıklama hizmetleri, bulaşıcı enfeksiyonlardan korunmadaki en etkili halk sağlığı hizmetlerindendir. Bağışıklama; “kişinin bağışıklık sistemini doğal olamayan yollarla harekete geçirerek

enfeksiyonlara karşı korumayı sağlama” olarak tanımlanmaktadır (3). Bağışıklama hizmetlerinin ana amacı; toplumdaki bireylerde başta bebek ve çocuklar olmak üzere aşılama ile korunabilir enfeksiyon hastalıklarının önüne geçerek, ölümlerin ve sakatlıkların engellenmesidir. Temel amaç aşılammamış çocuk bırakmamaktır (1). Bağışıklama günümüzde aktif bağışıklama ve pasif bağışıklama olmak üzere iki farklı yolla kazanılmaktadır.

2.2.1. Aktif Bağışıklama

Aktif bağışıklamada iki durum söz konusudur. Aktif doğal bağışıklık hastalığın geçirilmesiyle, aktif kazanılmış bağışıklık ise aşı ile alınan antijene karşı vücutta antikor oluşmasıyla kazanılan bağışıklamadır. Antikor oluşumu genellikle birkaç hafta sürer ve oluşan antikorlar çok uzun sürelerce bağışıklığı sürdüren hatta insanı hastalığa karşı yaşam boyu korumaya alan bağışıklamayı sağlar (3).

2.2.2. Pasif Bağışıklama

Pasif bağışıklamada; vücuda çeşitli yollarla verilen immünglobulinlerle elde edilen doğal bağışıklama ve vücuda hastalığa özgün antikorlar verilerek elde edilen pasif kazanılmış bağışıklama olmak üzere iki durum söz konusudur. Pasif şekilde elde edilen bağışıklık birkaç hafta veya ayı geçmemektedir (3).

Aşı ile korunabilir hastalıkların mortalite ve morbiditesini azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı geliştirilmiştir.

2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

Genişletilmiş bağışıklama programı, Boğmaca, Difteri, Tetanos, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkların toplumdaki ölüm ve hastalık sıklığını azaltmak, bu bulaşıcı hastalıkları toplumda kontrolünü sağlamak veya tamamıyla toplumdan eradike etmek için risk altındaki popülasyona enfeksiyon etkeniyle karşılaşmalarından önce ulaşp bağışıklamalarını sağlamak için uygulanan aşı uygulama hizmetlerini içerir (1).

2.3.1. GBP Hedefleri

GBP hedefleri Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesinde aşağıdaki gibi sıralanmıştır (1).

- Her bir antijende %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak.
- 12-23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşıli hale getirmek.
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak.
- 5 yaş altı (0-59 aylık) eksik aşıli ya da aşısız çocukları belirleyerek aşılarını tamamlamak.
- Her il düzeyinde %90 aşılama oranlarına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak.
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak.
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak.
- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanos dozunu uygulamak.
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek.
- Toplum katılımını sağlamak.

2.3.2.GBP Kapsamındaki Hedeflere Yönelik Bugüne Kadar Uygulanan Programlar

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Rubella Sendromunun Kontrolü Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı
- Difteri Kontrol Programı
- Boğmaca Kontrol Programı
- Tüberküloz Kontrol Programı
- Kabakulak Kontrolü Programı
- İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Kontrolü Programı
- Hepatit A Kontrol Programı
- Suçiçeği Kontrol Programı
- Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) İzleme Sistemi programı uygulanmıştır (23, 24).

2011-2020 Küresel Aşı Eylem Planında bağışıklama çalışmalarında tüm dünyada başarılı olmak için; 2015 ve 2020 için çocuk felcinden arındırılmış bir dünya, küresel ve bölgesel eliminasyon hedeflerinin karşılanması, her bölge, ülke ve toplumda aşı

kapsayıcılık hedeflerinin karşılanması, yeni ve gelişmiş aşı ve teknolojileri geliştirmek ve sunmak, çocuk ölümlerinin düşürülmesi için Binyıl Kalkınma Hedeflerinde amaç 4 hedefinin aşılması olmak üzere beş amaç etrafında toplanmıştır (3).

2.4. Bağışıklamanın Halk Sağlığı Açısından Önemi

Aşılama, bireyleri virüs ya da bakteri nedenli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırmak için zayıflatılmış veya öldürülmüş virüs ya da bakteri etkeninin bireye enjekte edilmesidir (3). Bağışıklık kazandırma ise bireyin genellikle bir aşı ile bulaşıcı bir enfeksiyona karşı dirençli veya bağışıklığının geliştirildiği süreçtir. Bu farkla aşılamayı, aşılardan yapılması olarak tanımlanırken, bağışıklık sağlama ise aşılama sonucu kişinin bağışık olmasını ifade etmektedir (2).

Aşıların hastalıklara karşı oluşturduğu koruma farklıdır, bazı aşılardan takvime uygun tamamlandığında bireyin tüm yaşamı boyunca koruma sağlayabiliyorken, bazıları ise kısmen koruma sağlayabilir ve uzun süreli korumanın sağlanması için belli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Aşılanma bireysel olarak hastalıklara karşı bağışıklama sağlarken diğer yandan toplumdaki aşılarını yaptırmamış kişilerin, aşılarını tamamlamış diğer kişiler nedeniyle, toplumdaki hastalık etkeninin ve temaslarının azalması ile birlikte, toplumda o enfeksiyon hastalığının görülme hızı azalmaktadır. Bu duruma “Toplumsal Bağışıklık (Herd Immunity)” denir (19). Toplumsal bağışıklık (herd immunity) sayesinde immün yetmezlik gibi kişinin enfeksiyona en yatkın olduğu diğer sağlık sorunları nedeniyle aşı yaptıramayan insanlar da korunabilmektedir (19).

Yani toplumsal bağışıklıkla, toplumda aşılanan gruplar sayesinde hastalık etkeninin dolaşımının kırılması ile aşı yaptırmamış korunmasız olan bireylere etkenin ulaşması azalarak dolaylı olarak aşısız bireylerinde korunması sağlanmaktadır. Buradan çıkarılacak en kuvvetli sonuç aşılama sadece aşı yaptıran bireyleri korumakla kalmaz aynı zamanda da bireyin çevresindeki kişileri de bulaşıcı hastalıklara karşı korumaktadır.

Bağışıklama hizmetleri ile hastalıklar önlenirken yaşam kalitesi artmakta, sakat kalmalar önlenirken üretkenlik çoğalmakta, uygulanması ve ulaşılması kolay olduğundan sağlıkla ilgili harcamalar azalmaktadır. Bu nedenle aşılama çalışmalarına daha önem verilmiş, aşıya ayrılan bütçe 2005 yılında 17 milyon dolar iken bu rakam 2013’de 300 milyon dolara yükselmiştir (25).

Sağladığı yararlarla ve maliyetlere bakıldığında aşılarda toplum hizmetine sunulan en uygun sağlık hizmeti olduğu görülmektedir.

Bu nedenle bağışıklama, bulaşıcı olan ve aşıyla önlenabilen enfeksiyon hastalıklarının toplumdaki ölüm veya hastalık görülme sıklığını düşürmede topluma sunulan, bireysel, toplumsal ve ülke düzeyinde oldukça önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Dünya genelinde yapılan aşılama çalışmaları ile ülkemizde ve dünyada önceleri mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek olan birçok enfeksiyon hastalığı ya ortadan kaldırılmış ya da hastalığa bağlı ölüm ve sakat kalmalar önemli ölçüde azalmıştır (26). Bu konuda dünya genelinde verilebilecek en güzel örnek çiçek hastalığıdır. Çiçek hastalığının eradike edilmesi tüm dünyada bağışıklamanın ilk başarısı olarak ifade edilmektedir. Küresel düzeyde yapılan bağışıklama çalışmaları ile son çiçek vakası 1977’de görülmüştür. Ülkemizde de polio eradikasyon programı sonrasında en son vaka Kasım 1998’de saptanmamış ve Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından poliosuz ülke ilan edilmiş Avrupa’nın diğer 50 ülkesi arasına alınmıştır. Ülkemizde başarılı olan bir diğer bağışıklama hizmeti ise Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan kızamık eliminasyon programıdır (4). Bu program dahilinde 1970 yılında başlayan aşılama çalışmaları, 1981 yılında Ulusal aşılama kampanyasına dahil edilmesi, bunu takip eden 2010 yılında Kızamık Eliminasyon programı ile bağışıklamanın önemli ölçüde artmasıyla hastalığın insidansı 1960’larda 57.9 iken 2014 yılında 0.65’ kadar gerilemiştir (27).

1986’ da “Dünya Çocuklarının Durumu Raporu’nda” ülkemizde 1981-1983 yılları içinde aşılama oranlarının BCG, DBT-3, Çocuk felci ve Kızamık için sırasıyla %47, %50, %61 ve %64 olduğu bildirilirken 2000 yılı raporunda %73, %79, %79 ve %76, 2014 yılı raporunda ise %96, %97, %97 ve %98 olduğu bildirilmektedir. Buna bağlı olarak aşı ile önlenabilir hastalıkların aşılama öncesi 1980-1984 ve 2010-2014 yılları vaka sayılarındaki azalma Tablo 3’de verilmiş olup hastalıkların eliminasyonu ve eradikasyonunda aşılama hizmetleriyle oluşturulan bağışıklamanın toplum sağlığı açısından ne denli önemli olduğu görülmektedir (3, 26).

Tablo 3. Aşı ile önlenabilir hastalıkların aşılama öncesi 1980-1984 ve 2010-2014 yılları vaka sayıları (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’den 26)

Hastalık	Aşılama Öncesi Vaka Sayısı*	1980-1984 Vaka Sayısı*	2010-2014 Vaka Sayısı*	Azalma Yüzdesi
Difteri	1236 (1932-1936)	173	0.2	100
Boğmaca	10761 (1963-1967)	1619	49	99.5
Tetanos	Bildirimi yapılmamıştır. (1963-1967)	110	11	90
Çocuk felci	501 (1958-1961)	159	0	100
Kızamık	50144 (1965-1969)	21224	1689	96.6

* 5 Yıllık ortalama vaka sayısıdır

Mayıs 2012’de Dünya Sağlık Asamblesi’nin kabul ettiği ve 194 Üye Devlet tarafından onaylanan Küresel Aşı Eylem Planı (GVAP), aşılama ile küresel ulaşım 2020 yılına kadar aşı uygulamaları ile enfeksiyon kaynaklı hastalıklardan birçok ölümün önlenmesini amaçlamaktadır. Ülkelerdeki ayrı ayrı gelişmelere ve global düzeyde yeni aşı girişine rağmen, kızamık, kızamıkçık ve maternal ve neonatal tetanoz başta olmak üzere aşı ile korunabilen hastalıkların eliminasyonu için GVAP hedeflerinin tümü programın gerisinde kalmıştır (28).

2.5. Çocukluk Çağı Aşları

Aşılar tüm bireylerin sağlığını korumada, bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarını kontrol altına almada maliyet ve güvenilirlik bakımından en etkili yöntemdir. Dünya da başta az gelişmiş ülkeler olmak üzere hemen her yıl aşılama yapıldığında önlenilecek birçok hastalıktan 2-3 milyona yakın çocuğun öldüğü belirtilmektedir (7). Eğer global düzeyde aşı uygulama kapsamı genişletilirse bu kayıpların 1,5 milyona yakınının önlenileceği düşünülmektedir. Bağışıklama çalışmalarının en temel amacı ise aşılammış çocuk bırakmamaktır (1). Dünya Sağlık Örgütü 1974’te aşıyla önlenilebilir tüm hastalıklara karşı aşılama programlarını içeren Genişletilmiş Bağışıklama Programı’nı (GBP) tüm ülkelere önermiştir. Ülkemizde de 1981’de GBP çalışmalarının başlatılması ve bunu takip eden 1985’de “Aşı Kampanyası” dahilinde aşılama

hizmetleri hız kazanmış, bu program ile aşısı yapılan hastalıkların (Tüberküloz, Difteri, Boğmaca, Kızamık) sıklığında ciddi düşüşler sağlanmıştır. Ülkemizin de 1998 yılı itibarı ile vahşi çocuk felci hastalığı eradike edilmiştir (3).

Bağışıklama Danışma Kurulu (BDK)'nın her yıl en az iki kere toplanarak belirlenen bilimsel önerileri ışığında ulusal aşılama politikalarını ve hedeflerini belirlemekte, ülkemizdeki bağışıklama hizmetlerinin verilmesinde önemli katkı sağlamaktadır (1). Bu nedenle çocukluk dönemi ulusal aşı takvimi (çizelgesi) sürekli değiştirilerek yenilenmekte ve aşılama programları genişletilerek uzun zamandır başarıyla uygulanmaktadır. İlki 2014 yılında yapılan “Ulusal Aşı Çalıştayı’nda” Türkiye’deki aşılardan bu günkü durumu ve geleceğiyle ilgili beklentileri detaylı olarak irdelenmiş ve yapılabilecekler detaylı olarak belirlenmiştir (29). Ülkemizde uygulanan çocuk ve ergenlik dönemi aşılardan ve aşı şeması neredeyse dünya standartlarıyla uyumludur.

2.5.1. Çocukluk Dönem Aşılamada Antijen Sayısındaki Artış

- 2005 yılı sonuna kadar 7 hastalık, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, verem için aşılama yapılmıyordu.
- 2006 yılında Hib, Kızamıkçık, Kabakulak aşılardan bütün sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlanmıştır.
- 2008 yılından itibaren DaBT-İPA-Hib 5li karma aşısı tek enjektörde uygulanmaya başlanmış böylece tek seferde 5 hastalığa karşı korunma sağlanmıştır.
- Kasım 2008’den itibaren; Mayıs 2008 doğumlu çocuklardan başlamak üzere; konjuge pnömokok aşısı (zatürre aşısı) ulusal aşı takvimine eklenmiştir. Böylece aşı ile korunan hastalık sayısı 11’e yükselmiştir.
- 2010 yılından beri ise; ilköğretim 1. sınıfta uygulanmak üzere DaBT-İPA (dörtlü karma) aşısı takvime eklenmiş olup böylelikle bu yaş grubuna ek doz boğmaca aşısı uygulanmasına başlanmıştır.
- 2012 yılında çocukluk dönemi ulusal aşı takvimine Hepatit A aşısının 1 Mart 2011’den itibaren doğan çocuklara uygulanmak üzere eklenmesiyle ve
- 2013 yılında da 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren doğanlara suçiçeği aşısının da aşı takvimine eklenmesiyle, aşılamada yapılan hastalık sayısı 13’e yükselmiştir

(1, 24). Yıllara ve aşı takvimine göre uygulanan aşı antijen sayısındaki değişim Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yıllara ve aşı takvimine göre uygulanan aşı antijen sayısındaki değişim (T.C. Sağlık Bakanlığı’ndan, 30)

Çalışmamızı yaptığımız dönemde uygulanan sağlık bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi aşağıdaki gibi olup sağlık bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğünün 05.12.2018 tarih ve 1222 sayılı oluru ile 01/01/2019 ve sonrası doğumlu çocuklarda KPA aşısı 2+1 doz olarak 2.,4. ve 12. Aylarda yapılmasına karar verilmiştir (31). Sağlık bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi Şekil 2’de verilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

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

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

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Şekil 2. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi ulusal aşı takvimi (T.C. Sağlık Bakanlığı'dan, 32)

Ülkemizde henüz aşı şemasına dahil edilmeyen ancak ülkemizde ruhsatlandırılmış olup mevcut olan ve yapılması önerilen diğer aşılar ise şunlardır:

2.5.1.1. Rotavirus Aşısı (RV)

Rotavirus enfeksiyonu nedeniyle dünyada yılda yaklaşık 25 milyon poliklinik başvurusu yapan çocuk hastaların 2 milyonu hastaneye yatırılmakta 600.000'den fazla çocuk da bu nedenle kaybedilmektedir. Sıklıkla 2 yaşın altında görülse de beş yaşına gelen bir çocuk, en az 1 kez rotavirus enfeksiyonu geçirmektedir (33).

Rotaviruslar dünya genelinde bebek ve çocuklarda görülen gastroenteritlerin hemen ilk nedeni ve ishal şikayeti ile hastaneye yatışların en önemli sebebidir. Rotavirus aşı dozlarının tamamı bebekliğin ilk altı ay içerisinde (2., 4., 6. ay) ağızdan verilir. Aşının ilk dozu 15 haftalıktan önce; son dozu ise 32 hafta olana kadar tamamlanmalıdır (33). Rotavirüs aşıları takvimdeki diğer aşılarla aynı zamanda güvenli bir şekilde uygulanabilir. Rotavirüs aşısı ile aşılanan bebeklerin neredeyse tamamı şiddetli olan rotavirüs enfeksiyonuna karşı korunurken, aşı uygulanan bebeklerin bir çoğunda rotavirüs ishali hiç olmayabilir. Rota virüs aşısı halen özel olarak uygulanmakta ancak ulusal aşı takvimine alınması yönünde çalışmalar devam etmektedir (34).

2.5.1.2. İnfluenza Aşısı (IV)

Ulusal aşı takviminde olmayan ancak grip salgınlarının en yoğun yaşanan kış aylarından önce sonbahar mevsiminde yapılması önerilir. Altı ay ile üç yaş arası çocuklara bir ay ara ile 0.25 dozluk pediatrik grip aşısı iki doz olarak uygulanır. 3-9 yaş arası çocuklarda daha önce aşılanmışsa bir doz ancak ilk defa aşılanıyorsa bir ay ara ile iki doz uygulanır. Grip aşısı 10 yaş üstü çocuklara yılda tek doz önerilir (4).

2.5.1.3. Human Papillomavirus Aşısı (HPV)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2009 yılında serviks kanserlerinin önlenmesine yönelik HPV aşı uygulamasını önermiştir. Dünyada birçok ülkenin ulusal aşı programında olan HPV aşısı henüz ülkemizdeki ulusal aşılama programında bulunmamaktadır. Ancak Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV aşılamasını önermektedir. HPV aşısı öncelikli olarak 10-14 yaş kız çocuklara uygulanması önerilirken 9 yaş öncesi yapılması önerilmez. Bununla beraber son çalışmalarda 11 – 12 yaş erkeklerinde genital siğil ve epitelyal yayılımları önlemek amacıyla kuadrivalan HPV aşısının düzenli olarak uygulanması gerektiği belirtilmektedir. HPV aşıları aşı takvimindeki rutin aşılarla eş zamanlı yapılabilir. Aşı altı aylık zaman dilimi içerisinde 3 doz intramusküler uygulanması tavsiye edilmektedir (35).

2.5.1.4. Tetanoz-Difteri-Aselüler Boğmaca Aşısı (Tdap)

Td yerine yeğlenerek 1 kez ilköğretim 8. Sınıf ya da 10-12 yaşlarında uygulanır (4).

2.5.1.5. Meningokok Aşısı (KMA)

Aşılama takvimi beraberinde bebeğin 9. ayında meningokok aşısının ilk dozu kas içi uygulanmakta 3 ay sonra 2. dozu yapılmaktadır. Aşı programı geç kalınmışsa 2 yaşından sonra tek doz yeterlidir (36, 37). Ulusal aşı takviminde olmayan ancak yapılması önerilen diğer aşılar Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Ulusal aşı takviminde olmayan ancak yapılması önerilen diğer aşılar (Gülcü'den, 33).

Aşılar	Doğum	1.ay	2.ay	4.ay	6.ay	12.ay	18.ay	24.ay	46ay	10-12yaş
Rotavirüs			I	II	(III)					
Human Papilloma Virüsü (HPA)										Toplam 3 doz
İnfluenza (İİA)						6. aydan sonra her yıl (yaşa uygun doz ve sayıda)				
Moningokok										Aileye bilgi vererek 1 ya da 2 doz

Prematüre çocuklara miadında doğan diğer çocuklarda olduğu gibi tüm aşılar aşı takvimine göre yapılmalıdır. Prematüre bebeklerde aşılar karşı yeterli bağışıklık gösterirler. Bununla birlikte, sadece hepatit B aşısı, bebek 2 kg ağırlığa ulaştıktan sonra yapılmalıdır (38).

2.5.2. Tam aşıli çocuk

GBP genelgesinde “ tam aşıli çocuk; 1'er doz BCG ve KKK, 3'er doz DaBT/DBT, Polio, Hepatit B ve Hib aşılarının tamamını almış çocuk” olarak tanımlanmaktadır (1). Ülke genelinde bu hedeflere ulaşmak için aşılama hizmetleri herkesin ulaşabileceği şekilde standart hizmetler içinde sunulması yanında gerekli olduğu durumlarda ise hızlandırma (sabit ve gezici ekipler oluşturarak), veya yerel aşı günleri gibi kampanyalarla destekleyici aktiviteler yapılmalıdır. Özellikle ülkemizin göç alan ülke konumunda olması ile oluşabilecek duyarlı nüfusları da koruma kapsamına almak (poliomyelit ve kızamık gibi) ve salgını önlemek için uygulanan rutin aşılama takviminin yanında duyarlı yaş gruplarında yakalama (catch-up) ya da takip (follow-up) gibi ek aşılama programları yapılmalıdır (1).

2.5.3. Eksik Aşıli Çocuk ve Kaçırılmış Fırsatlar

Eksik aşıli çocuk, aşı takvimindeki yaşına uygun olan ve belirtilen aralıklara göre yapılması gereken aşıları yapılmamış veya eksik olanları tanımlamakta kullanılır. Aşı takvimindeki aşıları uygun aralıklara göre tamamlanamamış çocuklarda daha önce uygulanmış aşıların tekrarına gerek yoktur. Aradan geçen süre uzun olsa dahi, aşılama programına kalınan yerden devam edilir. Eksik aşıli çocuk tespit edildiğinde çocuğun yaşına uygun olan aşıları tamamlanır (1).

Eğer çocuğun o yaşa kadar hiç aşısı yapılmamışsa, yaşına uygun yapılması gereken aşılar hızlandırılmış olarak uygulanır. Boğmaca ve difteri aşıları için çocuğun yaşına uygun aşı seçenekleri göz önüne alınmalıdır. Çocuk eğer risk grubunda değilse, Hib enfeksiyonları için doğal bağışık olacağından 5 yaş üstü çocuklarda bu aşının yapılması gerekmez. Aşıları eksik olan veya hiç aşı yapılmamış bir çocuğa canlı ve inaktive aşılar birlikte uygulanabilir. Bu uygulama aşıya bağlı istenmeyen etkileri arttırmayacağı gibi antikor yanıtını azaltmaz (2). Bir yaş üstü hiç aşılanmamış çocuklar için aşılama şeması Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Bir yaş üstü hiç aşılanmamış çocuklar için aşılama şeması (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi’nden, 2)

	12-71 ay*	6-13 yaş	14 yaş ve üzeri
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib, Hep.B, KPA, ppd ile TCT, Suçiçeği, Hep.A**	DaBT-İPA-Hib, Hep.B, KKK, Suçiçeği, Hep.A	Td, OPA, Hep.B, KKK, Suçiçeği, Hep.A
İlk karşılaşmadan iki gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre BCG	-	-
İlk karşılaşmadan iki ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep. B, OPA, KPA	DaBT-İPA, OPA, Hep. B, KKK	Td, OPA, Hep.B, KKK
İlk karşılaşmadan sekiz sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep. B, OPA, Hep.A	DaBT-İPA, OPA, Hep. B, Hep. A	Td, Hep B, Hep.A

* Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşıları ile devam edilecektir. 60 ay ve üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanmalıdır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir. DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-24 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

** Çocuk 18 ay ve üstünde ise Hep. A aşısının ilk dozu yapılacaktır.

Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre 15-26 aylık çocukların tam aşıli çocuk sıklığı %74.1’dir ve %2.9 çocuğun hiç aşısı yoktur. Bu durum bize çocukların %23.0’ünün aşısı gecikmiş veya eksik aşıli olduğunu göstermektedir. En yüksek refah düzeyinde yaklaşık beş çocuktan biri (%21.3), en düşük refah düzeyinde ise üç çocuktan biri (%32.7) eksik aşılidir (39). Ülkemiz 2017 sağlık istatistikleri yıllık raporunda çocukluk çağı aşı takviminde uygulanan aşılardan yıllara göre aşılanma hızları ise Tablo 6’da verilmiştir (40).

Tablo 6. Yıllara göre aşılama hızları (%) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan, 40)

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
DaBT3	78	98	96	97	98	96
BCG	77	96	95	96	96	93
HBV-3	72	97	95	97	98	96
KKK	82	98	94	97	98	96
KPA 3	-	97	96	97	98	96

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere 2017 sağlık istatistikleri yılı raporu da ülkemizde çocukluk çağı aşı takviminde uygulanan 5’li Karma aşı aşılama hızı %96 ile bir önceki yıla göre %2’lik bir azalma göstermiştir. Dünyada ise 5’li Karma aşı aşılama hızı %86’dır. 2017 yılı BCG aşılama hızı bir önceki yıla oranla %3 azalarak %93 olmuştur. KKK, HBV ve KPA aşıları aşılama oranları 2016 yılına göre %2 azalmıştır (40).

Aşı ile önlenemeyen hastalıkların aşı öncesi 1980-1984 yılı vaka sayıları 2010-2014 yılı vaka sayılarına bakıldığında Difteri ve çocuk felci %100, Boğmaca %99.5, Tetanos %90 ve Kızamık %96.6 oranında azalmıştır (26). Son yıllarda aşı uygulamalarına ve aşı etkilerine yönelik aileler tarafından birçok farklı nedenlerle endişelerin ortaya çıkmasıyla TNSA 2008 ve TNSA 2013 verilerine göre çocukluk çağı aşı olmayışta önemli artışlar görülmektedir. Hiç aşılanmayan çocuk sayısındaki artış bu yıllar arasında (TNSA 2008/ TNSA 2013) 17248 kişiyi bulmuştur. 2008 TNSA sonuçlarına göre bu artış %81 düzeyindedir (40).

2.6. Erişkin Aşılması

Ülkemizde bağışıklama çalışmaları 1930’lu yıllarda başlamış olsa da aşı ile bağışıklama çalışmaları yıllar boyunca sadece çocuklar için uygulanmıştır. Bireyin en sağlıklı olduğu yaşam dönemi erişkinlik dönemi olarak kabul edilmektedir. Erişkinlik döneminde bulaşıcı hastalıklar diğer yaş gruplarına oranla daha az görülmektedir. Bununla beraber, son yıllarda çevre koşullarının düzelmesi ve doğurganlık hızının düşmesi, aşılama hizmetlerinin katkısıyla azalan bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin desteğiyle beklenen yaşam süreleri başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere bütün dünya ülkelerinde artmaktadır (3).

Dünya Bankasının 2013 raporuna sanayileşmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi son 50 yılda 70'den 80 yıla çıkarken, Güney Asya ülkelerinde ise 42'den 65 yıla Afrika ülkelerinde 40 yıldan 54 yıla, çıkmıştır. Ülkemizde ise yapılan çalışmalar bu sürenin 76 yıla çıktığını belirtmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun nüfus tahminlerine göre 2013 yılında %7.7 olan ülkemizdeki 65 yaş ve üzeri nüfusun 2023'de %10, 2050'de yaklaşık %20 ve 2075'de de %17.5-27.7 arasında olacağı tahmin edilmektedir (3).

Günümüzde gelişmiş batı ülkelerinde bile erişkin bağışıklaması hedeflerine tam olarak ulaşamamış bir uygulamadır. Yapılan çalışmalarda aşılama yapılacak erişkinlerde hedeflenen grupların sadece %10-20'sinin aşılatabildiğini göstermektedir. Oysaki erişkinlerde mortalite ve morbiditeye neden olabilecek birçok enfeksiyon hastalığının aşı ile önlenabilir olması dünyada olduğu kadar ülkemizde de erişkinlerin bağışıklamasına çocuklarındaki kadar önem kazandırmaktadır ve erişkin dönemde de tıpkı çocukluk döneminde olduğu gibi aşılar bireyleri hastalıklardan korumakta ve ülkeye de ekonomik kazanımlar sağlamaktadır. Bunun yanında erişkin dönemi aşılama sadece enfeksiyon hastalığından koruma sağlamakla kalmayıp aynı zamanda eşlik eden diğer hastalıkların kontrolünü de kolaylaştırmakta, enfeksiyonların risk altındaki diğer kişilere ve özellikle küçük çocuklara taşınmasını da engellemektedir (41).

Ülkemizde erişkin bağışıklaması çocukluk döneminde bağışıklama takvimi yarım kalan ya da bağışıklığın pekiştirilmesi amacıyla ek aşılamalara ihtiyacı olanlar gibi aynı zamanda gebeler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, bağışıklık yetmezliği bulunanlar ve diğer risk gruplarındaki kişilerin enfeksiyon hastalıklarından korunması için bir fırsat olarak görülmektedir (42). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 81 ilin sağlık müdürlüklerine gönderdiği bir genelgede konuya değinilmekte ve "Adölesanların ve yetişkinlerin de hedef gruba dahil edilmesi, hastalıkların morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması ile salgınların önlenmesine büyük katkı sağlayacaktır. Erişkin aşılması bebeklik döneminde aşı takvimine uygun olarak aşılammamış kişilerin aşılama için bir fırsat olarak görülmelidir" denilmektedir (1).

Ülkemizde erişkin aşı programı dahilinde, "Haydi Büyükler Aşıya" sloganı ile topluma yönelik farkındalık oluşturulmuş, erişkin hedef gruptaki bireylerin sağlık

kurumlarına gerekli aşıları yaptırmak için başvurularının artırılması amaçlanmıştır. 2007 yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Madde 12.7.3.'e göre pnömokok ve grip aşıları uygulanabilmektedir. Bu aşıların aşı bedelleri (GBP kapsamına dahil olan aşılar haricinde), kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alan hastaların, durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden grip aşıları her yıl, pnömokok aşıları ise beş yılda bir olmak üzere ödenmektedir (43).

Bireyler ve aileleri için önemli maliyet ve bakım yüküne neden olan, aşı ile bu yükün ortadan kaldırılabilceği hastalıkların başında Pnömokok hastalıkları gelmektedir. 2009 yılında ABD'de yapılan çalışmada 44.000 pnömokok enfeksiyonuna bağlı 5000 ölüm olduğu bildirilmiştir. Yine Amerika'da yapılan çalışmalara göre, erişkin dönemde aşı ile önlenebilen diğer bir hastalık olan hepatit B yılda yaklaşık 5000 kişinin ölümüne ve 700 milyon dolar maliyete neden olmaktadır. Bu veriler ışığında erişkin dönem aşılamanın ne denli önemli olduğu görülmektedir. Erişkin dönem aşılama oranlarının artması yaşam boyu sağlığı korumaya önemli katkı sağlamaktadır (44).

Grip enfeksiyonu gelişmiş ülkelerdeki özellikle 65 yaş üzeri mortalitenin birçoğuna neden olduğu gibi özellikle ek kronik hastalığı olan erişkinlere ve gebelere yapılan grip aşısı uygulanması ile hastalığa bağlı hastaneye yatış ve mortalite oranlarında azalmalar gözlenmektedir. ABD de 50 yaş ve üzerindeki kişilere grip aşısı, 65 yaş ve üzerindeki kişilere ise pnömokok aşısı önerilmektedir (45). Avustralya'da 1999'dan beri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda 65 yaş ve üzerindeki kişilere yapılmak üzere grip aşısı, 2005'ten beri ise pnömokok aşısı bulundurulmakta ve ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Avustralya'da 2005'den önce pnömokok aşılama oranı %39 iken, bu uygulama ile 2005'den sonra bu oran %73'e çıkmıştır (44).

Çocukluk çağında yapılan tetanos aşısı ile oluşan antitoksin düzeyleri, yaşın ilerlemesiyle azalmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda tetanos antitoksin seviyesinin öncelikle 50–60 yaş üzeri bireylerde giderek azaldığı veya tamamıyla negatifleştiği gösterilmiştir. Bununla beraber yine yapılan birçok çalışma gösteriyor ki; 2000'li yılların başından beri bildirilen tetanos olgularının %65'ini erişkin vakaları oluşturmaktadır. Tetanos aşılama durumu bilinmeyen tüm erişkinlerin 3 doz erişkin tip difteri-tetanoz (Td) aşısı yapılarak primer aşılama oranlarının tamamlanmasıyla aşı serisini

tamamlayan tüm yetişkinlere 10 yılda bir Td aşısı uygulanması vaka sayısını minimum seviyelere indirilebilir (3, 44).

Boğmaca toplum tarafından çocukluk çağı hastalığı olarak bilinse de ergenlerde ve erişkinlerde sıklıkla belirti vermeden seyretmesi hastalığın teşhisinin konulmasını zorlaştırırken, teşhisi konmamış erişkin yaş grubundaki boğmaca vakaları çocuklar için önemli bir enfeksiyon kaynağı oluşturmaktadır. İleri yaşlarda boğmaca hastalığının görülme oranının artması ile birlikte Td aşısı yerine içinde aselüler boğmaca içeren Tdap yapılması gündeme gelmiştir (44).

Birçok gelişmiş ülkede çocukluk çağı difteri aşılama oranının yüksek oranda yapılması etkisiyle difteri vakaları erişkin yaş grubuna doğru kayması, erişkin tip difteri aşılama oranının önemini giderek arttırmaktadır. Difteri için bağışıklık erişkinlerde, çocuklara göre daha düşük doz aşı ile elde edilebilmektedir. Bu nedenle erişkinlere uygulanmak üzere hazırlanan aşılarıdaki toksoid miktarı, çocuklar için hazırlanan aşılarıdaki toksoid miktarının sekizde biri veya onda biridir (45).

Özellikle erken yaşta alınan hepatit-B virüsü enfeksiyonu sonucu ileri yaşlarda, erişkin dönemde hastalığı taşıyıcı olma veya karaciğer kanseri oluşma riski çok fazladır. Virüs primer karaciğer kanserlerinin %80'den sorumludur ve sağlıklı bireylere oranla 200 kat daha sık gelişmektedir. Bu nedenle hepatit B açısından yüksek riskli grupta olanlara mutlaka aşılanma önerilmektedir. Hepatit B aşılama oranından sonra koruyuculuk %80-95 arasında oluşmaktadır (3).

TNSA verilerine göre ülkemizde kızamık aşılama hızı son 20 yılda yüksek düzeyde aşılama başarısına sahiptir. Ancak 1980-1991 yılları arasında doğan tüm erişkinler arasında aşısız oranı yüksek olduğundan bu yaş grubundaki erişkinler kızamık hastalığına karşı erişkin kızamık aşısı yaptırması önerilmektedir (3, 42).

Kızamıkçık hastalığının gebelik döneminde yakalanılması doğumsal kızamıkçık sendromuna neden olması sebebiyle oldukça önemlidir. Bu durum doğan bebeklerin ek olarak birçok ağır sekeller ile dünyaya gelmesine neden olmaktadır. Hastalıktan korunmanın en etkili yolu ise doğurganlık çağındaki tüm kadınların kızamıkçık aşısı yaptırmasıdır (46).

Her yıl dünyada yaklaşık 1,4 milyon Hepatit A vakası bildirilmekte fakat gerçek rakamın bunun 10 misli kadar olduğu tahmin edilmektedir. Erişkin yaşlarda Hastalığın

daha ağır seyretmesi nedeniyle enfeksiyonla karşılaşmamış olanların aşı yaptırması gerekmektedir. Aşı daha ilk dozdan bir ay sonra %95'in üzerinde koruyuculuk olmaktadır (47).

Suçiçeği aşılması ile %98 oranında koruyuculuk sağlanmaktadır. Daha önceden suçiçeği aşısı yaptırmamış tüm erişkinlere 4-8 hafta ara ile iki doz aşı uygulanması ve önceden tek doz aşılanmış olanlara bir doz aşı yapılması yeterli koruyuculuğu sağlamaktadır (48).

Erişkin dönemde yaşlara göre yapılması gereken aşılar Şekil 3'de verilmiştir.

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl 1 doz				
PCV13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPSV23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0,1,6.ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0,6.ay)				
Zoster				1 doz	
Suçiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK ⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1-2,6.ay) ⁸				

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

 Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.

 Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.

 Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

Şekil 3. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları (Erişkin Bağıışıklama Rehberi'nden, 3)

Erişkin aşılamada hedef guruplarını;

- 65 yaşın üstünde olanlar
- Kronik hastalığı olanlar (diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, kalp ve akciğer hastalığı)
- İmmün yetmezlikli hastalar (bazı aşılarda yapılabildiği şartları uygun olan, HIV enfeksiyonu, nakil hastaları, kemoterapi /radyoterapi alanlar),
- Ülkeler arası seyahat edenler

- Gebeler
- Sağlık çalışanları
- Diğer (Cezaevi askeriye gibi kalabalık ortamlarda yaşayanlar, Hepatit B taşıyıcı olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri)

şeklinde sınıflandırabiliriz.

2.6.1. 65 Yaşın Üstünde Olanlar ve Aşılama

Yaşlanma doğal bir süreçtir ve bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olur. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerde başta enfeksiyonlar olmak üzere birçok stres faktörüne karşı savunmasızlık durumu vardır ve bu duruma “kırılganlık-fragility” adı verilir. Bu kırılganlık dönemine ait önlemlerin alınması gerekmektedir. Yaşlanma ile birlikte immün sisteminin zayıflaması ve beraberinde gelen birçok kronik hastalıklar veya bu hastalıklara bağlı komplikasyonlara bağlı sonucu mortalite ve morbiditenin arttığı bilinmektedir. Ayrıca yaşlılardaki kronik hastalıklar nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla beraber bireyde bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarına karşı da duyarlılık artmaktadır (49).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve 9 uzmanlık derneğinin Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) çatısı altında oluşturdukları “Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu”, bütün yaşam boyunca aşı ile korunabilir hastalıklara yönelik düzenledikleri kılavuzda yaşlılık döneminde, influenza, pnömokok ve herpes zoster aşılarını önermektedir. Gerekli olduğu durumlarda bu aşılar ek olarak yaşlılara ve kronik hastalığı olan risk grubundaki erişkinlere ilave aşılardan (tetanoz, difteri, boğmaca, suçiçeği, hepatit, meningokok, kuduz, tifo, kolera) yapılması da önerilebilir (49).

2.6.2. Kronik Hastalıkları Olanlar ve Aşılama

Ülkemizde kronik hastalığı olan kişilere yapılması önerilen aşılardan, mevsimsel grip aşısı, pnömokok aşısı ve hepatit B aşısıdır (50). Yapılan çalışmalarda Influenza salgınları sırasında diyabet hastalarının hastaneye yatış riski diyabetik olmayanlara göre 6 kat arttığı görülmüştür. Influenza sonrası pnömöni özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olanlarda yaygın olmakla beraber diyabet ve diyaliz hastalarında pnömöniye bağlı mortalite artmıştır (51). Diyabetik hastalarda nonalkolik karaciğer hastalığı ve karaciğer

kanserinin fazla görülmesi sebebiyle özellikle hepatit-B aşısı olmaları önerilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olanlar HBV aşısı mutlak yapılmalıdır (52).

Ülkemizde kronik hastalığı olan kişilerin aşılama oranları ile ilgili yapılan çalışmalarda TTD pnömoni veri tabanına göre (2009-2013) influenza ve pnömokok aşılarının her ikisini yaptıranlar %6, Ankara’da diyabetikleri ele alan çalışmada >65 yaş pnömokok aşı oranı %1.9, influenza aşı oranı %16, Ege Bölgesi 12235 hasta; aşılama oranı %27.2 (%22,8 tetanoz, %4,1 hepatit B, %4.5 influenza, %1 pnömokok) aşılama oranlarının düşük olduğu görülmektedir (53-55).

2.6.3. İmmün Yetmezliği Olan Hastalar ve Aşılama

Konjenital olan immün yetersizlikler, lösemi ve diğer maligniteler ile bu nedenlerle kemoterapi veya radyoterapi tedavisi alanlar, anatomik veya fonksiyonel aspleni, steroid alımını gerektiren durumlar, HIV enfeksiyonu varlığı ve kemik iliği veya organ transplantasyonu gibi durumlar hastalarda immün sistemin yetersizliği veya baskılanmış olduğu başlıca durumları oluşturur. Canlı bakteri veya virüs aşıları immün yetersizlik durumlarında kullanımı kontrendikedir. Enfeksiyonlara dirençsizlik ile artan enfeksiyon riski nedeni ile bu hastalarda önerilen aşılar konjuge Haemophilus influenzae tip b (HIB) ile pnömokok, Hepatit B, meningokok, influenza ve suçiçeği aşılarıdır (56).

2.6.4. Seyahat Aşılması

Seyahat öncesi aşılama uygulamalarında genel kural, aşı uygulamasının seyahat zamanından en az 2 hafta önce tamamlanması gerekmektedir. Bu 2 haftalık süre hem bağışıklığın ortaya çıkması hem de oluşabilecek yan etkilerin beklenmesi açısından önemlidir. Seyahat aşılması ile ilgili gidilecek bölgelere göre detaylı bilgi “Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’ne bağlı seyahat sağlığı merkezlerinden” alınarak aşılama yapılmaktadır (44). Türkiye çıkışlı seyahatlerde ek olarak önerilebilecek aşılar aşağıdaki Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Türkiye çıkışlı seyahatlerde ek olarak önerilebilecek aşılar (İneli'den, 44)

Aşı	Doz	Yorum
Hepatit A	0, 6 aylar	Koruyucu antikor yoksa yapılır
Hepatit B	0, 1, 6 aylar	Koruyucu antikor yoksa yapılır
Japon ensefaliti	0, 7, 14 günler	Uzak Asya ülkelerinde uzun süreli ve kırsal bölgelere gidilecekse önerilir.
Meningokok aşısı	Tek doz	Genellikle hacı adaylarına önerilir.
Kuduz	0, 7, 21 veya 28 günler	Kuduzun endemik olduğu veya kuduz riski barındıran geziler için önerilir.
Tifo	Tek doz	Afrika, Orta ve Uzak Asya ülkelerine giderken önerilir. Ancak hijyen koşullarına dikkat edilmesi durumunda önemi azalabilir
Sarı Humma	Tek doz	Afrika ve Güney Amerika ülkelerine seyahatte kırsal bölgelere gidilirse önerilir.

2.6.5. Gebelik ve Aşılması

Bir ülkenin en önemli kalkınma göstergelerinden biri olan maternal ölüm oranı, o ülkenin üreme sağlığı hizmetinin sunumu ve kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Tüm dünyada her yıl farklı sebeplerle 300.000 civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmekte ülkemizde ise Ulusal Anne Ölümleri Nedenleri çalışmasına göre, gerçekleşen anne ölümlerinin %61,6'sında önlenabilir faktörlerin etkisi olduğu bulunmuştur. Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin 5'incisi; anne sağlığındaki iyileşmesinin temel göstergesi anne ölümlerinin azaltılmasıdır (57).

Ülkemizde gebeler için verilen hizmetin kalitesini artırılmasıyla daha iyi bir doğum öncesi bakım hizmetinin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı bilim komisyonları ile ilgili meslek kuruluşlarının destekleriyle “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi ve Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi” oluşturulmuştur. 2017’de bu rehberler tekrar güncellenmiştir (57).

Anne ölümlerinin azaltılması yönündeki çalışmaların başında verilecek doğum öncesi bakım hizmeti yanında verilecek bağışıklama hizmetinin de önemi büyüktür. Gebelik dönemi anne adayları ve bebeği için birçok uygulamanın tartışıldığı bir dönem olmakla birlikte gebelik zamanında yapılacak aşılamalarda bunlardan biridir. İstenen gebelik öncesinden başlayarak anne adayının aşılarının, erişkin aşılamaya takvimine göre

tamamlanmış olmasıdır. Öte yandan gebelik boyunca anne ile bebeğin, her ikisinin de korunmasını gerektiren durumlarda vardır ki, hem böyle durumlar için hem de bazı riskli temaslar için aşı uygulamaları yapılmaktadır (58). Gebelik döneminde uygulanacak aşılar için yararlı olduğunun veya zararsız olduklarının kanıtlanmasına rağmen bebek bekleyen annelerin kaygıları, sağlık çalışanlarının bu konudaki çekimserliği gibi sebeplerle erişkin aşılamanın en önemli hedef grubu gebelik zamanı aşılama düzeyleri olması gerekenin çok daha altında kalmaktadır. Gebelikte anne adayında, gebelik sebebiyle meydana gelen fizyolojik değişiklikler anne adayını aşılama ile korunabilir bazı enfeksiyon hastalıklarına ve bu hastalılara bağlı oluşabilecek komplikasyonlara diğer bireylerden daha yatkın hale gelmektedir (59). Gebelikte aşılamanın iki amacı vardır, bu amaçların ilki annenin yüksek risk altında olduğu bulaşıcı hastalığa karşı bağışık hale gelmesini sağlamakken ikinci amaç ise annede oluşacak antikorların plasentadan geçerek pasif bağışıklıkla yeni doğanı ömrünün ilk 1-2 ayında korumaktır (59).

Maternal bağışıklama anneyi korumayı hedeflerken bebeğin erken doğması önlenir ve bu yolla bebeğin anne karnındaki gelişim geriliği riskini azaltır (60). Bununla beraber bebeklerin doğum sonrası ilk aylarında kendi bağışıklık sistemleri enfeksiyon hastalıklarına karşı yeterli yanıtı veremez. Ancak gebelik döneminde anneden gelecek antikorlar ile annenin bebeğine vereceği sütü bebeklerde koruma sağlar ki buda gebelikte yapılan aşı uygulamalarını daha gerekli kılmaktadır (59).

Gebelikte yapılması önerilen aşılarla bakacak olursak canlı aşılarda fetusa geçebilme durumu olduğundan ve düşük veya beklenenden önce doğum gibi komplikasyonlara neden olabileceğinden gebe kişilere yapılmamalıdır (59). Canlı aşılar, gebelikten en az bir ay önce uygulanmalıdır. Tıbbi olarak gerekli olduğu düşünülen inaktif aşılar ile immunglobulinler bağışıklık olmadığında gebe ve bebek için daha büyük sorunların olabileceği durumlarda gebeliğin zamanına bakılmadan rahatlıkla uygulanabilir. Ancak eğer aciliyet gerektiren bir durum yoksa gebeliğin ikinci trimesterin beklenmesi, hem birinci trimesterde oluşabilecek komplikasyonların aşıyla ilişkilendirilmesini önler, hem de anneden bebeğe geçen antikor miktarının artmasını sağlar. Öte yandan özellikle 7 ile 8. aylarda yapılan aşılarda meydana getirdiği bağışıklık yanıtı bebek için daha etkili bir koruma sağlamaktadır (59). Ülkemizde de “Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu” gebelik dönemi annelerin aşılmasını

destekleyerek; yapılacak aşıların ikinci ya da son trimesterde uygulanması “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde” belirtilmiştir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ve Bağışıklık Danışma Kurulu (ACIP) bu konudaki önerilerini toplumla paylaşılmaktadır (59). Uluslararası kaynaklar, gebelik döneminde yapılacak aşılamaya uygulamaları, “Rutin önerilen aşılar, Özel durumlarda uygulanabilen aşılar ve gebelikte uygulanması kontraendike olan aşılar” şeklinde gruba ayrılmıştır (60).

Tablo 8. Gebelere rutin olarak uygulanması önerilen aşılar (CDC’den, 60)

Gebelik Süresince Rutin Önerilen Aşılar		
İnfluenza	Her yıl tekrarı önerilir.	İnfluenza sezonu öncesi veya sırasında uygulanabilir. Herhangi bir gestasyon haftasında uygulanabilir.
Tdap	Her gebelikte önerilir.	Genellikle 27-36 hafta
Td	Tdap uygulanamadığı durumlarda önerilir.	24-28 hafta

Tablo 9. Gebelikte risk varlığında önerilen aşılar (CDC’den, 60)

Gebelik Süresince Risk Varlığında Önerilebilen Aşılar	
Hepatit A	Endemik bölge seyahat, ilaç bağımlılığı, Hepatit A enfekte kişi ile temas, kronik karaciğer hastalığı
Hepatit B	≥ 1’den fazla cinsel partner, perkütan/mukozal kan temas riski, cinsel temas riski, kronik karaciğer hastalığı, IV ilaç bağımlılığı
PCV23	Asepleni, alkolizm, kronik hastalık, İmmüsupresyon, BOS kaçağı, kohlear implant
MenACWY	Aspleni, HIV enfeksiyonu, Endemik bölgeye seyahat, kompleman eksikliği

Tablo 10. Gebelikte uygulanması kontrendike aşılar (CDC’den, 60)

Öneri Bulunmayan Aşılar	Kontrendike Aşılar
PVC13	KKK (Post-partum erken dönemde değerlendirir.*)
MenB	Suçiçeği (Post-partum erken dönemde değerlendirir.*)
HPV	İntranazal İnfluenza
Hib	BCG
KKK- Su Çiçeği	Oral polio

2.6.5.1. Gebelikte İnfluenza Aşı Uygulaması

Dünya Sağlık Örgütü “Bağışıklama Danışma Kurulu” mevsimsel influenza aşılamaının uygulanması önerilen öncelikli hedef grubunun gebeler olduğunu belirtmiştir. İnfluenza aşısı gebelik yaşına bakılmaksızın tüm gebelere ve gebelik olasılığı olan tüm kadınlara, grip sezonu boyunca toplumda grip enfeksiyonu başlamadan önce önerilmektedir (59). Yapılan çalışmalarda öncesinde grip aşılması yaptırmış kişilerin aşısı gebeliklerinde de uygulama oranları daha fazladır. Bununla beraber aşılama nedeniyle annede oluşan antikorlar pasif bağışıklama ile bebeğe geçmekte ve yaşamının ilk aylarında bebeği de korumakta, influenza aşısı ve antiviral tedavilerin kullanımı henüz onaylanmayan ilk altı aylık bebeklerde pasif bağışıklık yani anneden geçen antikorlarla bebeklerin kendi bağışıklık sistemleri olgunlaşana kadar influenza ve boğmaca gibi hastalıklardan korumakta ve bebeğin solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatışını azaltmaktadır (61).

Annelerin gebelikleri döneminde aşıları reddetmelerinin en sık nedeni, aşının fetuse zarar vereceği kaygısıdır. Ancak tüm çalışmalarda influenza aşısının ciddi bir yan etkisinin olmadığı, anne veya bebeği için herhangi bir erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı riskini arttırmadığı gösterilmiştir (62).

Gebeliğin son trimesterında uygulanan grip aşısının bebeğin ilk 6 ayında ateşli solunum yolu enfeksiyonlarını azalttığı, aşılanmış annelerin bebeklerinde laboratuarda onaylanmış grip insidansında ise belirgin azalma olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (63). TC Sağlık bakanlığı verilerine göre ülkemizde 2009-2010 H1N1 salgın döneminde 272 kişi hayatını kaybetmiştir. TC Sağlık Bakanlığı Pandemi Koordinasyon Birimi’nin 05.01.2010 tarihli raporuna göre %6.1’ini gebe ve lohusalar oluşturmakta, en fazla ölüm gebeler başta olmak üzere diğer risk gruplarında görülmüştür (65 yaş üstü, 0-4 yaş grubu ve kronik hastalığı olanlar) (64).

2.6.5.2. Gebelikte Tetanos Aşısı Uygulaması

Erişkin aşılama hedef gruplarından olan gebelere düzenli uygulanması gereken aşıların başında tetanos toksoidi (Td) gelmekte ve bunun için ulaşılması istenen hedef ise Maternal ve Neonatal Tetanosun (MNT) elimine edilmesidir. Maternal ve neonatal tetanoz (MNT) aslında aşılama ile önlenebilen durum olmasına karşın hala gelişmekte olan birçok ülkede maternal ve neonatal morbitide ve mortalitesini etkileyen önde gelen

bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) açıklamalarına göre dünyada yılda yaklaşık 450,000 yeni doğan, daha doğumlarını takip eden ilk aylarında neonatal tetanos (NT) nedeniyle ve annelerin neredeyse 40,000'i maternal tetanos (MT) nedeniyle kaybedilmektedir. Dünya'da neonatal ölümlerin %14'ü NT'ye bağlı ölümlerdir (65).

Neonatal Tetanos (Yeni Doğan Tetanosu)

NT Enfeksiyonu sağlıksız ve hijyenik olmayan doğum koşullarında gerçekleşen doğum sırasında, bebek beklediği zaman zarfında tetanos aşısı uygulanmamış anneden doğacak bebeğin göbek kordonunun enfekte aletlerle kesilmesi, göbeğin kontamine malzemeler kullanılarak sarılması ya da ebenin el hijyeninin sağlanmaması durumunda ciltteki lezyonlardan tetanos etkeninin girmesiyle oluşur. Standart neonatal tetanos olgu tanımı, bebeğin doğumu takip eden iki gününde emme refleksi ve ağlaması normal iken, 3 ve 28. günler arasında; emmesinde ya da beslenmesinde problem, katılık veya spazm ya da konvülsiyon görülmesidir. Aslında önlenebilen NT vakalarının neredeyse %70 ile tamamı ölüm ile sonuçlanır. Ölümlerin tamamına yakını, bebeğin ilk haftasında ve evlerinde meydana gelmekte ve bildirimi yapılmamaktadır (66, 67).

DSÖ, NT vakalarının ancak %5'inden de azının bildiriminin yapıldığını tahmin etmektedir. Bu nedenle neonatal tetanosa "sessiz katil" de denmektedir (68).

NT eliminasyon hedefi 1988 yılında gerçekleşen "Dünya Sağlık Asamblesi'nde" gündeme getirilmiş, ardından 1990 yılında yapılan "Dünya Çocuk Zirvesi'nde" de bu hedef vurgulanmıştır. O dönemde eliminasyonun hedefi 1995 yılına kadar dünyanın her yöresinde 1000 canlı doğumda 1'den az NT vakası görülmesi olarak tanımlanmış ve bu amaç doğrultusunda 2000 yılında gelişmekte olan 161 ülkeden 104'ünde NT eliminasyonu sağlanmıştır (66).

Ancak belirlenen hedefe 57 ülkede tamamıyla ulaşılamaması nedeniyle Aralık 1999'da DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) ve Dünya Nüfus Fonu (UNFPA) yeni eliminasyon hedefini 2005 yılı olarak tespit etmiş, eliminasyon hedefine MT da eklenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 1980'li yıllardan beri NT oranı %92 azalmış olduğu halde, 2008 yılında tüm dünyada 59.000 yeni doğan bebek yaşamlarının ilk ayında NT nedeni ile ölmüştür (66).

Maternal Tetanos (Anne Tetanosu)

MT Gebelik dönemi, doğum veya doğum sonu ilk 6 hafta dönemindeki lohusalık zamanında annenin tetanosu şeklindedir. Standart vaka tanımı, yutma güçlüğü çekme, çenede kasılmalar olması, tüfek tetiği pozisyonu ve ayrıca dış uyaranlarla birlikte artan ağrılı kasılmalar olarak tanımlanmaktadır. Anne Tetanosu, aşılammamış annede kesici-delici yaralanmalar olması, düşükler ve doğumlar sırasında bir şekilde tetanos etkeninin bulaşması ile meydana gelir. Bulguları neonatal tetanosuna benzer ve vakalar 2 ile 21 günlerde ortaya çıkar (66).

DSÖ, UNICEF ve UNFPA Maternal ve Neonatal Tetanos (MNT)'un eliminasyonunu "her bir ülkede, her bir bölgede 1000 canlı doğumda 1'den az NT vakası görülmesi" şeklinde tanımlanmıştır. Bunun sağlanabilmesi için; bütün gebelere en az iki doz olmak kaydıyla yüksek riskli bölgelerde yaşayan doğurganlık çağındaki tüm kadınlara ise en az üç doz tetanos toksoidi (Td) yapılması, yine tüm gebe kadınlara sağlıklı doğum imkanının sağlanması ve etkin MNT sürveyansının yapılması hedeflenmiştir (66).

Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Amaç, Hedef ve Stratejileri

Ülkemizde 1994 yılında MNT eliminasyonu için 2000 yılına kadar tüm bölgelerde NT morbidite hızının 1000 canlı doğumda 1'den az olması hedeflenmiştir. Bunun için de, "tüm gebelerin tespit edilerek izlenmesi, gebelerin belirlenen takvime uygun olarak aşılması, temiz doğum aktivitelerinin güçlendirilmesi, tüm neonatal ölümlerin tespit edilerek NT açısından incelenmesi, yüksek riskli bölgelerin belirlenerek, bu bölgelerdeki 15-49 yaş grubu kadınların aşılması" stratejileri belirlenmiştir (66).

Tetanos hastalığına karşı bağışıklık sadece aşı ile sağlanabilmekte, hastalığın geçirilmesi bağışıklık oluşturmamaktadır. Hastalıktan korunmak için bebek bekleyen kadının gebelikte tetanos aşısı yaptırması gereklidir. Aşı kayıtlarından primer aşı serisi tamamlandığı görülen bir kadına gebe kaldığında Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programına uygun olarak 1 doz Td, sonraki gebeliğinde de yine 1 doz daha Td yapılarak böylece 5 doz Td şeması tamamlanır (Yüksek Riskli Bölgeler dışındaki bölgelerde). Doğurganlık çağındaki olan (15-49 yaş) tüm kadınlara 5 doz Td almış ise aşılama 10 yıl aralıklarla devam edilir (1).

Tablo 11. Primer immünizasyon için Td uygulama takvimi (T.C Sağlık Bakanlığı’ndan, 65)

Td	Uygulama Zamanı
Td-1	Gebeliğin 4.ayında (ya da 4.ayından sonraki ilk karşılaşmada)
Td-2	Td-1’den en az 4 hafta sonra
Td-3	Td-2’den en az 6 ay sonra

Tablo 12. Ülkemizde 15-49 yaş arası doğurganlık çağı kadınlar için aşılama takvimi (T.C. Sağlık Bakanlığı’ndan, 1)

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Yüzdesi	Koruma Süresi
Td-1	Gebeliğin 4.ayında (ya da 4.ayından sonraki ilk karşılaşmada)	-	Yok
Td-2	Td-1’den en az 4 hafta sonra	%80	1-3 yıl
Td-3	Td-2’den en az 6 ay sonra	%95	5 yıl
Td-4	Td-3’den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	%99	10 yıl
Td-5	Td-4’den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	%99	Doğurganlık çağı boyunca

2012 yılında ACIP tarafından yayınlanan bildiride son yıllarda Amerika’da boğmaca nedenli ölümlerin artmasıyla, Td yerine içinde aselüler boğmaca aşısını da barındıran tetanoz erişkin tipi difteri-asellüler pertussis (Tdap) ile aşılanmayı önermiş, gebelerin immünizasyona bakılmaksızın her gebelikte Tdap ile aşılanma önerilmiştir. Şu an ülkemizde, Td aşısı yapılmaktadır. Tdap aşısı halen erişkin dönem ve gebelikte uygulanmamaktadır (66).

Anne ve yeni doğan tetanosu, başta Afrika ve Asya olmak üzere 14 ülkede halk sağlığı sorunu olarak devam ederken ülkemizde yapılan aşılama programı sonucunda 2008 yılında ülkemizde yeni doğan tetanozu toplam 7 vaka olarak bildirilmiş, maternal ve neonatal tetanozun 24 Nisan 2009 tarihinde ülkemizde elimine edildiği DSÖ tarafından duyurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2010 yılında 58.000 yeni doğan, tetanozdan nedeni ile yaşamını yitirmiştir (66, 69).

2.6.6. Sağlık Çalışanı ve Aşılması

Sağlık çalışanlarının çalışmış oldukları kurumlarında karşılaştıkları aşı ile korunabilen hastalıklar nedeniyle erişkin bağışıklamada ayrı bir önem taşımaktadır. Hasta ile temas eden sağlık çalışanlarının iş ortamı kaynaklı maruz kaldıkları bulaşıcı hastalıklar nedeniyle, diğer hastalar, aile bireyleri veya toplum içi temasları nedeniyle de risk oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları için yapılacak aşılama programları ile aşı ile korunabilen hastalıkların bulaş ve risklerini en aza indirilmesi sağlanabilmektedir. Enfeksiyon hastalıklarının inkübasyon döneminde bulaşmaya başlaması ve genellikle bu dönemde subklinik seyretmesi nedeniyle sağlık çalışanları tarafından çevreye bulaştırılabilmektedir (70).

Tıbbın temel prensibi ‘hastaya zarar vermemektir’, bu nedenle sağlık çalışanının bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarına karşı aşılınmaması sebebiyle enfekte hastadan aldığı patojeni diğer hastalara, çalışanlara bulaştırması bu ilke ile örtüşmez. Sağlık çalışanlarının bu bakış açısıyla kendilerini ve hastalarını korumak amacıyla aşılınması gerekliliği oldukça önemlidir. Bununla beraber sağlık çalışanlarının hizmet verdiği bireylerin davranışlarını yönlendirmek adına da davranış etkileri bulunmaktadır (4).

Sağlık çalışanı kavramı doğrudan hasta teması olan doktor, hemşire, diş hekimi, terapist, psikolog, laboratuvar çalışanları, öğrenci, stajyer, hizmetli personel, morg görevlileri olduğu gibi bunun yanında eczacı, diyetisyen, teknik hizmet ekibi, güvenlik elemanları, sekreter, çamaşırhane çalışanları ve gönüllüleri de kapsamaktadır. Sağlık çalışanları, görev yerlerine, mesleğine ve yaptığı işe göre farklı riskler taşımaktadır. Sağlık personeline uygulanacak bağışıklama programları bu risklere göz önüne alınarak oluşturulmaktadır. Bu değerlendirme yapılırken sağlık personelinin hasta materyaline temas durumu ile hizmet verilen hastanın özelliği kriterlerine göre yapılmalıdır. Risk değerlendirmesinin sağlık çalışanı hem işe başlarken hem de görevi veya görev yeri değiştirilince yapılması gerekmekte, sağlık çalışanının hastalıklara karşı bağışıklık durumu kayda alınmalıdır (71, 72).

3. Ulusal Aşı çalıştay raporu da Sağlık çalışanlarının aşılama ile ilgili önerilerinin çok önemli olduğu ve “ben aşılandım, size de öneririm” vurgusunun yararlı olduğu belirtilmiştir (73).

Sağlık çalışanlarının mesleki olarak maruz kalabilecekleri riskler göz önüne alınarak aşı yaptırmalarının zorunlu olması özellikle ABD’de olmak üzere bazı sağlık kuruluşları tarafından kabul edilip uygulanmaktadır. Tarihimizde zorunlu yaptırılan çiçek hastalığı aşılması örneği var olsa da, günümüzde bu zorunluluğun ne kadar etik olduğu tartışılmaktadır. Bugün konuyla ilişkin mevzuatlarda bir düzenleme olmadığı için hastane yönetimlerinin özendirici politikaları ile gönüllü aşılama programlarının geliştirmesi gerekmektedir (72).

Ailelerin sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesinin aşı yaptıırma durumlarını arttırdığı bilinmektedir. 2015 yılında ECDC tarafından Avrupa’da yapılan çalışmada, sağlık çalışanları ve onların hastaları arasındaki aşı çekingenliğini saptamak amacıyla, kişilere yapılan aşı bilgilendirmesinde, sağlık çalışanlarının en güvenilir kaynak olduğu bildirilmiştir (7). Sağlık personelin kendilerine yaptırdıkları aşılama uygulamaları toplumdaki diğer bireylerin bu konudaki güvenini sağlamakta öncelikli rol oynamaktadır.

Sağlık personelinin çalıştıkları kurumlarda enfeksiyonlardan korunmak için gerekli standart önlemlerin uygulanmasının yanında aşılanmayı mesleki bir davranış haline getirmek gerekmektedir (1, 72).

Toplunun aşı ile ilgili bilgi alabilecekleri en güvenilir kaynağın sağlık personeli olarak kabul edilmesi nedeniyle sağlık çalışanlarının aşı hakkındaki bilgi ve tutumu, kendisi ve ailesi için aşı yaptıırma durumunun hizmet verdiği hastalarının aşı yaptırmaya ilişkin görüşlerini ve davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir (74).

Aşılanmanın hem çocuklar hem de erişkinler için gerekliliği özellikle sağlık personeli tarafından bilinmeli ve bu konuda halkın bilinçlendirilmesine destek olunmalıdır. Sağlık çalışanları, ebeveynlerin aşılanma gereksinimini veya güvenliğini sorgulayabileceğini, belirli aşıları reddettiğini ve hatta çocukları için tüm aşıları reddetmeye karar vereceğini tahmin etmeli ve bu konuda gerekli bilgilendirmeleri yapabilmek için hazırlıklı olmalıdır (4).

2.6.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yapılması Gereken Aşılar

Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü’yle sağlık çalışanlarının Td, KKK, Mevsimsel İnfluenza, Hepatit-A, Hepatit-

B, Meningokok, Suçiçeği aşıları ile aşılanmaları önerilmiş, aşılanması gereken personelin bağışıklama yöntemleri belirlenmiştir (4, 75).

Tablo 13. Sağlık çalışanları için aşılama önerileri (CDC'den, 75)

Aşılar	Öneriler
Hepatit B	Hepatit B ağı serisinin tam olduğuna dair kanıtınız yoksa veya hepatit B'ye karşı bağışık olduğunuza dair güncel bir kan testiniz yoksa; 3 dozluk sen aşılanma önerilir. (0,1,6. Aylarda aşılama, 3. Dozdan 1-2 ay sonra anti-HBs serolojik test yaptırmanız önerilir.)
Influenza	Yılda bir aşılanın.
KKK	1937 ye daha sonra doğduysanız ve KKK aşısı olmamış ya da kızamık kabakulak kızamıkçık hastalıklarına karşı bağışık olduğunuza dair güncel bir kan tahliline sahip değilseniz, 2 doz KKK aşısı önerilir, (hemen 1. Doz ve 2. Dozdan en az 28 gün sonra 2. Doz şeklinde.)
Su çiçeği	Su çiçeği hastalığım geçirmemiş veya aşısını yaptırmamış veya suçiçeği hastalığına karşı bağışık olduğunuza dair güncel kan tetkikiniz yoksa aşılanın. (4 hafta arayla 2 doz suçiçeği aşısı önerilir.)
Tdap	Daha önce Tdap almadıysanız (bir önceki Td dozunun ne zaman alındığına bakılmaksızın) bir kerelik Tdap dozu alın Daha sonra 10 yılda bir Td rapel önerilir. Hamile sağlık çalışanlarının her hamilelikte bir Tdap dozu almaları önerilir.
Meningokok	Rutin olarak N. Meningitidis izolatlarına maruz kalanlar bir doz almalıdır.

Mesleki risklerin azaltılması yanında toplum sağlığının korunması amacıyla tıp fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları öğrencileri, hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık çalışanları (askeri sağlık personeli dâhil), sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları, 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer çalışanlar için yukarıda belirtilen aşıların yapılması istenmektedir. Bununla beraber sağlık personelinin çalıştığı birime özel olarak (yoğun bakımlar, pediatri ve hematoloji klinik çalışanları vb.) hem çalışanın hastalık riskinin arttığı hem de diğer bireylere etkenin taşınması yolu ile bulaş oluşturabilecek hastalıklara karşıda ek aşılama yapılması gerekmektedir (70, 76).

Hepatit B

Daha önceden hepatit B aşısı yaptırmamış kişiler veya hep B aşısı serisini tamamladığını gösteremeyenler ile bağışıklığı olmadığını gösteren kan testi olanlar; 0,1 ve 6. aylarda 3 doz aşılanır. 3. dozdan 1-2 ay sonra anti-HBs testi yaptırılır, anti-HBs titresi pozitif olması için ≥ 10 mIU/mL düzeyinde olmalıdır. Anti-HBs < 10 mIU/mL ise yeterli koruma gerçekleşmediği için aşı serisine tekrar başlanır (75, 77, 78).

İnfluenza

İnfluenza aşısı tüm sağlık personeline yılda 1 doz uygulanır (77).

KKK

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarına karşı bağışık olduğu bilinen sağlık çalışanına aşı uygulanmasına gerek yoktur. Ancak bağışıklama durumunu gösteren güncel kan testi olmayanlar; 4 hafta arayla 2 doz aşılanır (4, 77).

Su Çiçeği

Suçiçeğine karşı bağışık olmayan sağlık personeline 4 hafta arayla 2 doz aşı uygulaması gerekir (77).

Tdap

Td aşısı rutin olarak 10 yılda bir yapılmaktadır.

Daha önce Tdap aşısı yapılmamış olanların mutlaka bir doz Tdap aşısı yaptırmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım, doğumhane, kemik iliği transplantasyon ve transplantasyon ünitelerinde görev yapan tüm sağlık personeli için uygulanmalıdır (77, 78).

Hepatit A

Sağlık çalışanlarının mesleki olarak hepatit A riskinin yüksek olduğuna dair kanıt yoktur. Bu nedenle rutin hepatit A aşısına gerek yoktur. Ancak Sağlık kurumlarının alt bakımı verilen servislerinde (örneğin pediatri servisleri, çocuk enfeksiyon servisleri, yetişkin yoğun bakım üniteleri gibi) çalışanlar ile bu bölümlerde çalışan temizlik işçileri ayrıca fekal materyal ile çalışan laboratuvar çalışanları için gereklidir. Hepatit A kan testi negatif sağlık personeli 6 ay ara ile 2 doz hepatit A aşısı yaptırmalıdır (78, 79).

Meningokok

Neisseria meningitidis etkeni ile karşılaşan laboratuvarlarda bulunan personelin hastalıktan korunması için aşı uygulamasına gerek vardır. Tek doz aşılama ile her 5 yılda bir uygulanan rapel dozu hastalığa karşı koruyuculuk sağlar (80).

2.7. Aşılama Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE)

Aşı sonrasında çoğunlukla hafif ve yaşamı tehdit etmeyen çoğunlukla bölgesel ve geçici yan etkiler olabileceği gibi nadiren ciddi yan etkiler izlenebilmektedir. Ancak aşıların önlediği hastalıkları göz önüne aldığımızda, aşıların sakat kalma ve hatta ölüme engel olmaları nedeniyle görülebilecek bu yan etkilerinin önemsiz ve nadir etkiler olarak bilinmelidir. Aşı sonrası görülen yan etkiler lokal, sistemik ya da allerjik olabilir. Lokal aşı reaksiyonları genellikle yaygın görülen fakat ağır olmayan reaksiyonlar olmakla birlikte, ciddi allerjik reaksiyonlar en ağır ancak en az görülen reaksiyonlardır. Lokal reaksiyonlar aşı bölgesinde ağrı, şişlik ve kızarıklık şeklindedir ve aşının tipine göre yaklaşık yarısında görülebilir. Çoğunlukla kendiliğinden geçebilen bu reaksiyonlar aşı yapıldıktan birkaç saat sonra görülür (80-82).

Ateş, kızgınlık, kas ağrısı, baş ağrısı ve iştahsızlık gibi semptomlar aşı uygulaması sonrası sistemik yan etkiler olarak görülebilir. Bu yan etkiler, canlı virüs aşılarından sonra diğer inaktive aşılarla kıyasla daha fazla görülür ve çoğunlukla hafif seyreder.

Allerjik reaksiyon (anafilaksi) ise aşılama sonrası ortaya çıkabilen en ağır yan etkidir. Bu reaksiyon, aşının antijenine karşı gelişebileceği gibi aşı içinde bulunan diğer maddelere karşıda gelişebilir. Anafilaktik yan etkiler yaşamı tehdit eden tehlikeli etkiler olmasına karşın sadece milyonda 2 görülürler (80).

Aşılama sonrası istenmeyen etkiler (ASİE) ise, “Aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay” olarak tanımlanmaktadır (81).

Aşılama sonrası istenmeyen yan etkileri “Aşı yan etkisi (aşının içerdiği bileşenlere bağlı), program uygulama hatası (aşının hazırlanması, dağıtımı ya da uygulanması sırasında yapılan hatalar), rastlantısal (aşıdan sonra ortaya çıkan ama aşıya bağlı olmayan), enjeksiyon reaksiyonu (anksiyete veya ağrı) ve bilinmeyen etkiler olarak”

sınıflandırılabilir. Aşılar sonrası yukarıdaki nedenlerle yan etkiler oluşabileceği gibi çoğunlukla da aşı ya da uygulama ile ilgisi olmayabilir (81)

Bu nedenle aşılama sonrası gelişen istenmeyen etki, bireylerin ya da ebeveynlerin daha sonraki aşı yaptırma durumlarını olumsuz etkileyebileceği için görülen bulguların ayırt edilmesi önemlidir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayınlanan Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi yayınlanmış bu genelge ile ASİE izleme sisteminin temel amacının “Meydana gelen istenmeyen olguları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlayarak aşılama programının iyileştirilmesini sağlamaktır” denmiştir (82). Bu genelgenin amacı, “ciddi istenmeyen etkiler görüldüğünde bunların aşıya bağlı olup olmadığını ortaya koymak, program uygulama hatalarına neden olan sorunlara müdahale etmek, aşı yan etkilerinde beklenenin üzerinde bir yükseliş görülürse müdahale etmek, müdahaleler ve uygun iletişim kanalları ile halkın aşılama programına güvenini sağlamak” olarak belirlenmiştir (81, 82). ASİE bildirimi; aşılama çalışmalarında görevli sağlık personeli, sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları ve aileler ile toplumun diğer üyeleri tarafından yapılabilmektedir. Her İl Sağlık Müdürlüğü’nde Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, İl ASİE İzlem Sorumlusudur. Ancak gerekli durumlarda başka bir hekim de görevlendirilebilmektedir. İl ASİE İzlem Sorumlusu, hekim tarafından bildirilen ASİE olguları ile ilgili olarak, bildirim formundaki eksik kısımların tamamlanmasını sağlanarak bu formlardan bir örnek ilde kalacak şekilde bir örneğini Bakanlığa göndermekte, acil durum bildirildiğinde vakit kaybetmeden araştırma başlatır ve bu raporlar tamamlandığında merkeze göndermektedir. Acil durumlarda vakit kaybetmeden Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile temasa geçer ve birlikte durum değerlendirmesi yaparak duruma uygun tedbirlerin alınıp toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propoganda nedeni olan ASİE’ leri araştırması ASİE izlem sorumlusunun görevleri arasında yer almaktadır (82, 83).

2.8. Aşı Reddi

DSÖ tüm dünyada uygulanmakta olan güvenli ve etkili aşılarla rağmen, bağışıklama ile ilgili ulusal aşılama programlarının ve ek aşıların kabul edilebilirliğine yönelik reddetme veya tereddüt olduğu raporlanmıştır (4). Bu durum tüm dünyada

başıklama hizmetleri için büyük bir tehdittir. Toplum başıklığının sağlanamaması nedeniyle yeniden aşyla korunabilen hastalık salgınları meydana gelebilecek ve toplumun en duyarlı kesimleri başta olmak üzere tüm toplum bu durumdan zarar görecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre aşlamayı engelleyen faktörleri bireysel, toplumsal, bağlamsal ve örgütsel ana başlıkları altında toplamıştır (83). Aşlamayı engelleyen sebepler incelendiğinde aşların içerdiği kimyasallar sebebi ile toksik olduğu, aşları üreten firmaların aş piyasasından kendi maddi çıkarlarını sağlama doğrultusunda kötüye kullanma kaygısı, hastalığı geçirerek başık olmanın ya da kullanılabilecek doğal yöntemlerin bulaşıcı hastalıklardan korunmada yeterli veya daha etkin olması gibi iddialar karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın aşlara yönelik tutumlarının olumsuz kullanılması, geniş popülasyonların aşlama hakkında doğru ya da yanlış yönlendirilmesine neden olmaktadır. Yine ilaç endüstrilerinin, kendi finansal kazanımları nedeniyle toplum sağlığını gözetmedikleri algısı aşlamaya karşı çekingenlik yaratmaktadır. Bu durumlar gibi toplumun aşlarla ilgili doğru bilgi edinemediği ve aşlar hakkında şeffaflığın sağlanamadığı düşünceleri ile aş uygulamaları olumsuz etkilenmektedir (4).

DSÖ (Dünya sağlık Örgütü) 2012 yılında aş reddini araştırmak 'Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu' (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuş ve grubun analizleri sonucu DSÖ-UNICEF 'in sunduğu raporda aş tereddüdü ile aş reddinin farkı olduğu belirtilmiştir. Aşıda tereddüt, aşlama hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşların kabul edilmesinde veya reddedilmesinde gecikme anlamına gelir. Aşı tereddütleri zamana, yere ve aşlara göre değişen karmaşık ve içeriğine özgüdür. Uygunluk, rahatlık ve güven gibi faktörlerden etkilenir denmektedir. Aşı reddi ise tüm aşları kişinin kendi iradesiyle yaptırmama, reddetme durumudur (85).

Aşı tereddüdünde aşy yaptırmada gecikme, erteleme veya aşy yaptırabilecek durumdayken reddetme olup, bir veya daha fazla aş için söz konusudur. Aşı tereddüdü, aşılamanın güvenli olup olmadığı ve gerekliliği ile ilgili şüpheleri ifade etmektedir. Aşı ile ilgili tereddütlü aileler aşların çoğunu yaptıırken sıklıkla aşların bazılarını geciktirmekte ve çocuklarını aş ile önlenbilir hastalıklar açısından risk altında bırakmaktadır (86).

Edward Jenner'in aşı kavramını tanıtmasıyla 1800'lü yılların başlarında yaygın aşılama çalışmalarının başlaması beraberinde aşı karşıtlığını da getirmiştir. O yıllarda yoğun aşılama çalışmalarının başlamasıyla İngiltere'de aşılanmanın zorunlu hale getirilmesi ile halkın yeterince bilgilendirilmeden zorunlu aşılanmaları ve aşı yaptırmayanlara ağır cezalar uygulanması ile aşı karşıtları kişisel hak ve özgürlüklerin ihlali kavramıyla Zorunlu Aşı Karşıtları Derneği'ni (Anti-Compulsory Vaccination League) kurmuşlardır. İngiltere'de başlayan aşı karşıtlığı zaman içinde diğer dünya ülkelerinde de etkisini göstermeye başlamıştır (86).

Aşı karşıtlarının 1870-1880'li yıllarda çıkardığı basılı yayınlarla aşılama oranlarında ciddi düşüşler olmuştur. Bu düşüşlerle beraber bağışıklamanın azalmasıyla çeşitli dünya bölgelerinde salgınlar olmuştur. Aşı karşıtı bu çalışmalar, 1898 yılında İngiltere yasalarında "vicdani ret" kavramını ortaya çıkarmıştır. O günlerden bu günümüze dek aşı karşıtlarının kullandığı argümanların tamamına yakını örtüşmektedir (85, 86).

Zamanla toplumun daha bilinçlenmesi yanında yapılan aşılama tanıtım ve kampanyalarıyla aşılanmaya karşı direncin azaldığı görülse de özellikle son yıllarda dünyada ve ülkemizde aşı ile ilgili kaygılar tekrar artmaya başlamıştır (4).

Türkiye dahil bütün dünyada yankı uyandıran 1998 yılında yayınlanan Lancet dergisinde, KKK aşısının otizme neden olduğu iddiası, lancet dergisinin özür dileyerek 2010 yılında makalenin geri çekilmesine rağmen toplumda tüm aileler üzerinde aşılarla karşı olumsuz etkilerinin devam ettiği izlenmiştir (87).

Ülkemizde 'aşı reddi' kavramı 2010 yılından itibaren ortaya çıkmaya başlamışsa da 2015'de Ordu'da yaşayan bir savcının ikiz bebeklerine aşı yaptırmaması üzerine çocuklar için aile sağlık ve sosyal il müdürlüğü sağlık önlemi davası açması karşısında ikizlerin babası bireysel hak ihlali ve onam alınma zorunluluğu getirilmesi isteği ile karşı dava açması ve bu davayı kazanmasıyla aşı reddi kavramı toplumu etkisi altına almaya başlamıştır. Bu durumun gazete ve medyada 'Bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi' olarak yansıtılması ve devamı gelen basın haberleriyle aileye aşı yaptırmadığı için destek verilmesi yanında, birçok 'dini ve felsefi etkin' kişilerin öncülük ettiği gruplar aşı karşıtı söylemlerini artırarak aşı karşıtlığı veya aşı reddi kavramı ülkemizde artarak halk sağlığını tehdit eden önemli bir sorun haline gelmiştir.

Sağlık bakanlığının Aralık 2017’de yaptığı açıklamaya göre aşı reddinde bulunan aile sayısı 10,000’i geçti denmiştir (4, 83).

Aşılar günümüze kadar birçok kez suçlanmış ancak bu suçlamalar klinik olarak kanıtlanamamıştır. Örneğin aşıların içindeki cıvanın otizme neden olduğu iddiaları kanıtlanamasa da Amerika hükümeti aşılama oranlarının olumsuz etkilenebilir endişesi ile 2001 yılında cıvayı aşılarından çıkardığını açıklamış, ülkemizde de 2009 yılından itibaren sağlık bakanlığı cıvasız aşıya geçildiğini duyurmuştur. Ancak aileler hala aşıların içindeki cıva nedeniyle aşıların otizme yol açtığına inanmaktadırlar (83, 86).

Bu konuda en etkili yayın kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının bağırsaklarda inflamasyona ve bunun sonucunda otizm sayılarını ikiye katladığına dair yapılan çalışma idi. Ancak, sonrasında yapılan çalışmalarda KKK aşısı ve otizm arasında bir ilişkiyi destekleyen hiçbir kanıt bulunamamıştır (4).

Türkiye’ de aşı karışıklığının son yıllarda giderek arttığı medya ve kamuoyunda etkilerinin olduğu izlenmektedir. Ancak yapılan çalışmalar göstermiştir ki yarar zarar dengesi düşünüldüğünde durum aşı ve aşılama lehinedir. Aşı yaptırmama ile beraber toplum bağışıklığının azalması aşı ile önlenabilen enfeksiyon hastalıklarının salgın oluşturmaya, salgınların ise birçok ölüm vakalarıyla karşılaşmamıza neden olacağından aşı olma/olmama kararı sadece bireyi değil tüm toplumu ilgilendirmektedir. Toplumdaki her kişinin ve toplumun kendi sağlığından sorumlu olduğu bilincine ermesi, sağlığını geliştirmek için kendince kabul edilebilir yol ve yöntemleri düşünüp bunları gerçekleştirmesi için ilgililerle iş birliği yapması gerekmektedir (5, 88).

Sağlık bakanlığının Aralık 2017’de yaptığı açıklamaya göre aşı reddinde bulunan aile sayısı 10,000’i geçtiği belirtilerek, Türkiye’de aşığı reddeden aile sayısı 2011 yılında 183 iken, 2013’de 913, 2015’te 5091 ve 2016’da 10,000’in üzerine çıkmıştır. Özellikle son 7 yılda çocuklarına aşı yaptırmayan ailelerin sayısı 183’ten 23 bine çıkmıştır (89).

Yapılan çalışmalarda özellikle son yıllarda Amerika’da 2014 yılında en fazla kızamık vakasının görüldüğü ve bu vakaların çoğunun bireysel olarak aşı reddi olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde Avrupa’da 2011 yılında kızamık vaka bildiriminde önemli artış görülmüştür ve bunların %85’inin aşılanmamış veya aşı kaydı olmayan kişiler olduğu tespit edilmiştir. Aşılama oranlarında düşümlere neden olan ve giderek

artan aşı reddi vakaları, aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalıkların sıklığında artışa yol açmıştır. 2018 yılında dünyada görülen toplam kızamık vaka sayısı 324.277 iken, 2019 yılının daha ilk iki ayında içinde 74.338 kızamık vakası görülmüştür. ABD’ nin Rockland bölgesinde, 29 Mart 2019 itibarıyla 153 kızamık vakası tespit edilmiş, kızamık salgını nedeniyle olağanüstü hal ilan edilmiş ve acil önlem planı çerçevesinde, bir ay boyunca aşısız çocukların okullar, alışveriş merkezleri gibi kamusal alanlara girişi yasaklanmıştır (30, 40).

Ülkemizde aşı reddinin artması ile toplumda az görülmeye başlanan aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalıkların insidansında önemli artışlar olacağını, hatta eradike edilen vakaların tekrar görüleceği tahmin edilmektedir. Türkiye’de son yıllarda genel bağışıklama oranının %95 civarında olduğu bilinmekle birlikte, aşı retleri giderek büyüyen bir halk sağlığı tehdidi haline gelmektedir (85).

Ülkemizde 2017 yılında Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre 85 çocukta kızamık görülürken, 2018’in ilk üç ayında kızamık vaka sayısı 44’e ulaşmıştır ve Kızamık insidansı on kat artarak 2016 yılında yüz bin nüfusta 0,01 iken, günümüzde yüz binde 0,10 düzeyine yükselmiştir. Ülke genelinde aşı reddi vakalarının 50 bine ulaşması ile büyük salgınların yaşanma riski oldukça yüksektir (5).

CDC’nin yayınladığı “Aşılamaları durdursaydık ne olurdu?” başlıklı raporunda aşı reddi veya tereddütleri sonrası yaşanan salgınlar açıklanarak salgınların önlenmesinde rutin aşılanmanın önemli olduğu ve rutin aşılanmanın tekrar yapılmaya başlanması ile ise hastalık sayıları yeniden düştüğü belirtilmiştir (86). Yaşanılan zamanın ve toplumun yapısına göre şekillenen aşı retleri ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada hala tartışma konusudur. Dünya Sağlık Örgütü, aşı-karşıtı hareketi 2019 yılında sağlığı tehdit eden faktörler listesinde belirtmiş ve herkes için daha sağlıklı bir dünya yaratmayı hedefleyen beş yıllık stratejik planda aşı tereddüdü-reddi ile mücadele edileceğini belirtmiştir (4).

Ülkemizde ise aşı reddi vakalarının hızla artış gösterdiğinin saptanması üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından “asi. saglik.gov.tr” adıyla oluşturduğu web sayfasında, aşı konusunda doğru sanılan yanlışları düzelterek sağlıklı bilgilendirme yapmak ve en önemlisi toplumsal farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Aşı reddi ile mücadelede; aşı kararsızlığı- aşı reddi nedenleri, aşı reddinin kırılabilmesi için toplumsal onayı artırma

aile ilgili yapılabilecekler konusunda bilimsel çalışmalar yapılması ve bu araştırmalara bağlı çözüm önerileri getirmesi gerekmektedir (90, 91).

Yapılan alışmalar bu konuda özellikle sağlık çalışanlarının, aşı uygulanacak bireyler ve aileler ile iyi bir iletişim kurmasının yanında güven sağlamasının, özellikle aşı uygulaması yapan hemşirelerin aşı tereddütlerini gidermede kilit rol oynadıkları ve aşı tereddütlerini reddetmekten kabul edilirlğe doğru yön verilmesinde verecekleri eğitimin etkin yollardan biri olduğu görölmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Trabzon ili Orta hisar ilçesine bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin aşı yaptırma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla bu kuruluşlarda çalışan hemşirelerle gözlem altında anket yöntemi ile kesitsel tipte çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ocak 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veriler, Nisan 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında Trabzon il sınırları içinde yer alan ve Ortahisar ilçesine bağlı olan birinci basamak Aile Sağlığı Merkezleri, ikinci basamak T.C. Sağlık Bakanlığı Fatih Devlet Hastanesi ve üçüncü basamak Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nden toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Trabzon ili Ortahisar mahallesindeki 1. Basamak sağlık kurumlarında 193 hemşire (113 hemşire toplum sağlığı merkezleri ve sağlıklı yaşam merkezlerinde, 80 hemşire aile hekimliklerinde aktif çalışan hemşire sayısıdır) 2. Basamak sağlık kurumunda 237 hemşire (Fatih Devlet Hastanesi aktif çalışan hemşire sayısıdır) ve 3. Basamak sağlık kurumunda 650 hemşire (KTÜ Farabi Hastanesi aktif çalışan hemşire sayısıdır) oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi ise; 1.basamak aile sağlığı merkezinde çalışan 80 hemşire, 2. Basamakta çalışan ve ulaşılması hedeflenen hemşirelerin tamamı ve 3. Basamak KTÜ Farabi hastanesinde ise %95 güven aralığında Hepatit B aşı yaptırma prevalansı %70 ve %5 sapma alındığında en az 323 hemşire olarak belirlenmiştir.

Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden birinci basamakta 75 hemşire, ikinci basamakta 95 hemşire ve üçüncü basamakta 250 olmak üzere toplam 420 hemşireyle gerçekleştirilmiştir.

Örneklem kabul ölçütleri şu şekildedir:

1. Unvanı hemşire olan,
2. Türkçe konuşabilen,

3. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,

Örneklem dışlama ölçütleri ise,

1. İletişim kurmakta sorun yaşayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeyen hemşireler olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak tek bir anket formu kullanılmıştır. Form gerekli literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.4.1. Anket Formu

Anket formu sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı aşı uygulamaları ve erişkin aşı uygulamaları olmak üzere toplamda üç bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı birinci bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu gibi soruları içeren 11 soru yer almaktadır.

Çocukluk çağı aşı uygulamalarına yönelik soruları içeren bölümde çocuk sahibi olan katılımcıların aşı uygulamalarına yönelik bilgilerini değerlendiren sorular yer almaktadır. Erişkin aşı uygulamaları bölümü ise hemşirelerin kendi aşı uygulamalarındaki tutumlarını değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Anket formu toplamda 24 soru içermektedir. Form gönüllü olan katılımcılara dağıtılmış ve katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

3.5. Verilerin Kategorizasyonu

Katılımcıların eğitim durumu lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans şeklinde 4 bölümde kategorize edilmiştir.

Katılımcıların beyan ettiği ailelerinin aylık toplam geliri sınıflandırılırken ortalama değeri dikkate alınmıştır. Ortanca değer ve altı, ortalama değer üstü olmak üzere 2 gruba sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları kurumlar 1. Basamak aile sağlığı merkezleri, 2. Basamak T.C. Sağlık Bakanlığı Fatih Devlet Hastanesi, 3. Basamak, KTÜ Farabi Hastanesi olarak 3 gruba sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların çalışma süresi 10 yıl ve altı, 11 yıl ve 20 yıl, 21 yıl ve üstü şeklinde 3 grupta kategorize edilmiştir.

Katılımcıların eş meslekleri, ISCO – 08’e (International Standard Classification of Occupations) göre kategorize edilmiştir (92).

ISCO – 08 kategorileri; silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler, teknisyen / teknikerler, büro hizmetinde çalışanlar, hizmet ve satış elemanları, esnaf / sanatkârlar, yöneticiler, profesyonel meslek grupları, nitelikli tarım, orman ve su ürünlerinde çalışanlar, şoför / makine operatörleri, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar ve silahlı kuvvetlerde çalışanlardan oluşmaktadır (Tablo 14).

Araştırmamıza katılanların eş meslekleri içerisinde yöneticiler, Nitelikli tarım, orman ve su ürünlerinde çalışanlar, Şoför / makine operatörleri, Esnaf / sanatkârlar, çalışanlar bulunmadığı için bu kategoriler kullanılmamıştır.

Tablo 14. Katılımcıların mesleklerinin ISCO – 08’e göre sınıflanması (ISCO’dan, 92)

ISCO – 08 Meslek Sınıflaması	Katılımcıların Meslekleri
Yöneticiler	-
Profesyonel meslek grupları	Mühendis, öğretmen, hekim, hemşire, ebe, eczacı, psikolog, akademisyen, müzisyen, din görevlisi
Teknisyen / teknikerler	Tesisatçı, elektrik teknisyeni, sağlık teknisyeni, acil tıp teknisyeni, bilişim teknisyeni, makine teknisyeni, oto mekanik teknisyeni veya teknikerleri
Büro hizmetinde çalışanlar	Sekreter, muhasebeci, memur, bankacı
Hizmet ve satış elemanları	Polis, güvenlik görevlisi, kuaför, berber, çaycı, kurye, garson,
Nitelikli tarım, orman, su ürünlerinde çalışanlar	-
Esnaf / sanatkârlar,	-
Şoför / makine operatörleri	Şoför, makine operatörü
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	İşçi, temizlik görevlisi, kapıcı, site görevlisi
Silahlı kuvvetlerde çalışanlar	Subaylar, asker

Veri toplamada kullanılan soru formunda yer alan tutum sorularının puanlandırılması aşağıdaki tabloda açıklanmıştır. Tutum sorularında 3 maddenin (Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum, Çocukluk çağı aşıların mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm, Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırdım) çıkarılması ile yapılan güvenilirlik analiz sonrası tutum soruların Cronbach Alpha (α) değeri = 0.623 bulunmuştur.

Tablo 15. Soru formunda yer alan tutum sorularının puanlandırılması

	Tamamen katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum					
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur.	0	1	2	3	4
Aşıların yararına inanmıyorum.	0	1	2	3	4
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum.	0	1	2	3	4
Aşırı güvendiğim bir firmanın üretmiş olması aşı olma kararımı etkiler.	0	1	2	3	4
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
Aşı yaptırmaya kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım.	4	3	2	1	0
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim.	4	3	2	1	0
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum.	0	1	2	3	4
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır.	0	1	2	3	4
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam.	0	1	2	3	4
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırdım.	4	3	2	1	0
Çocukluk çağı aşıların mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm.					
Çocuklarımla hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim.	0	1	2	3	4
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum	0	1	2	3	4
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi yan etki görürsem bu durum aşı yaptırmaya kararımı etkiler.	0	1	2	3	4
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yaptırmaya kararımı etkiler.	0	1	2	3	4
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırdım.					

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Trabzon ilindeki tek bir ilçede yapıldığı için bulunan sonuçlar, Trabzon ve ülke geneline genellenmemelidir.

3.7. Etik Kurul Onayı

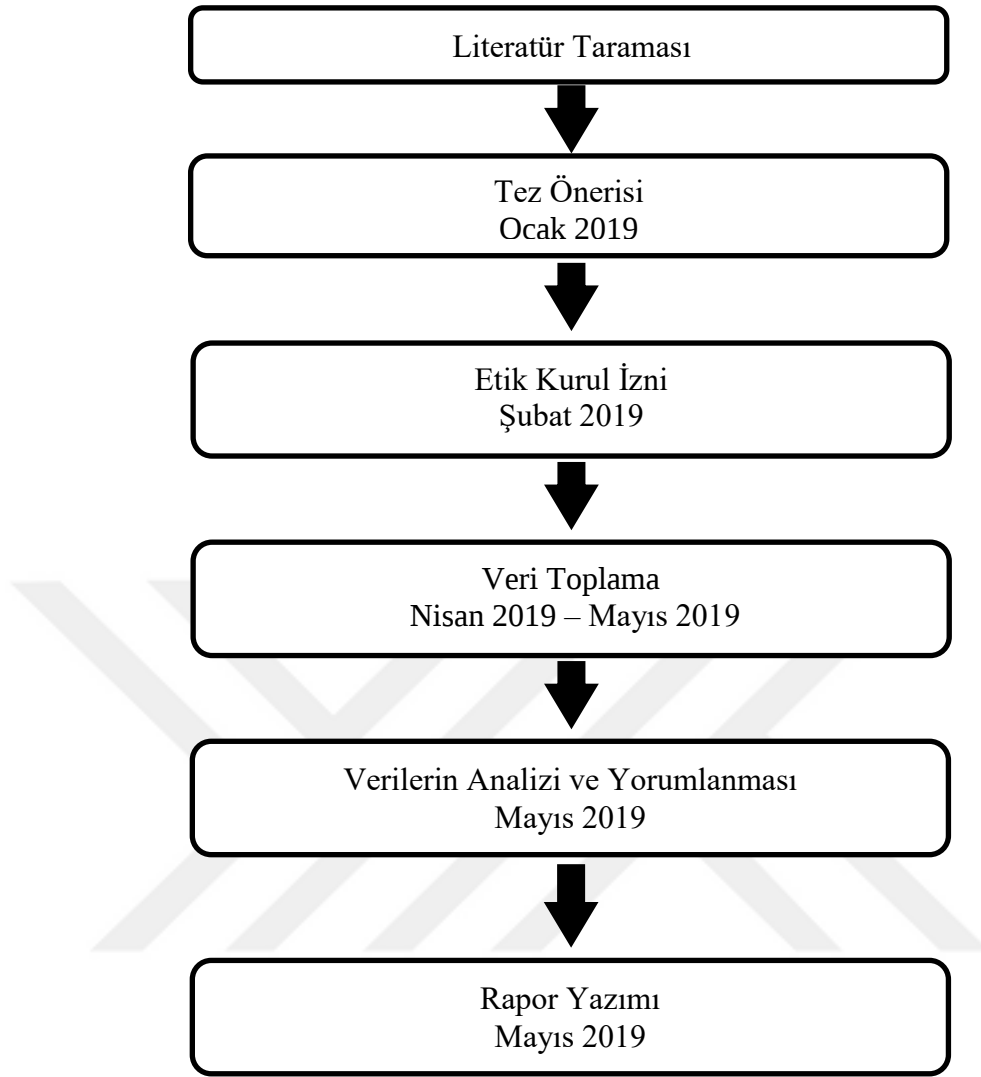
Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına dikkat edildi ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler alındı. Kendilerinden alınan bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı, araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı, paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği ve saklanacağı konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalındı. Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 07.03.2019’da etik kurul izni (Sayı: 24237859/187) alındı.

3.8. Kurum İzinleri

Araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerden çalışma izinleri alınmıştır. (KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi tarih: 14.02.2019 Sayı: 48814514-299-E.2319, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tarih: 11.04.2019, Sayı: 49654233-604.02-E.527, Trabzon Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Tarih: 09.05.2019 Sayı :29330515-604.01.01-E-378).

3.9. Araştırmanın Planı

Araştırma planı Şekil 4’de yer almaktadır.



Şekil 4. Araştırma planı

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 23,0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları kullanıldı. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort), standart sapma (ss), minimum (min), maksimum (maks) değerler olarak verilmiştir. Normal dağılıma uymayan ölçümsel değişkenler ise Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

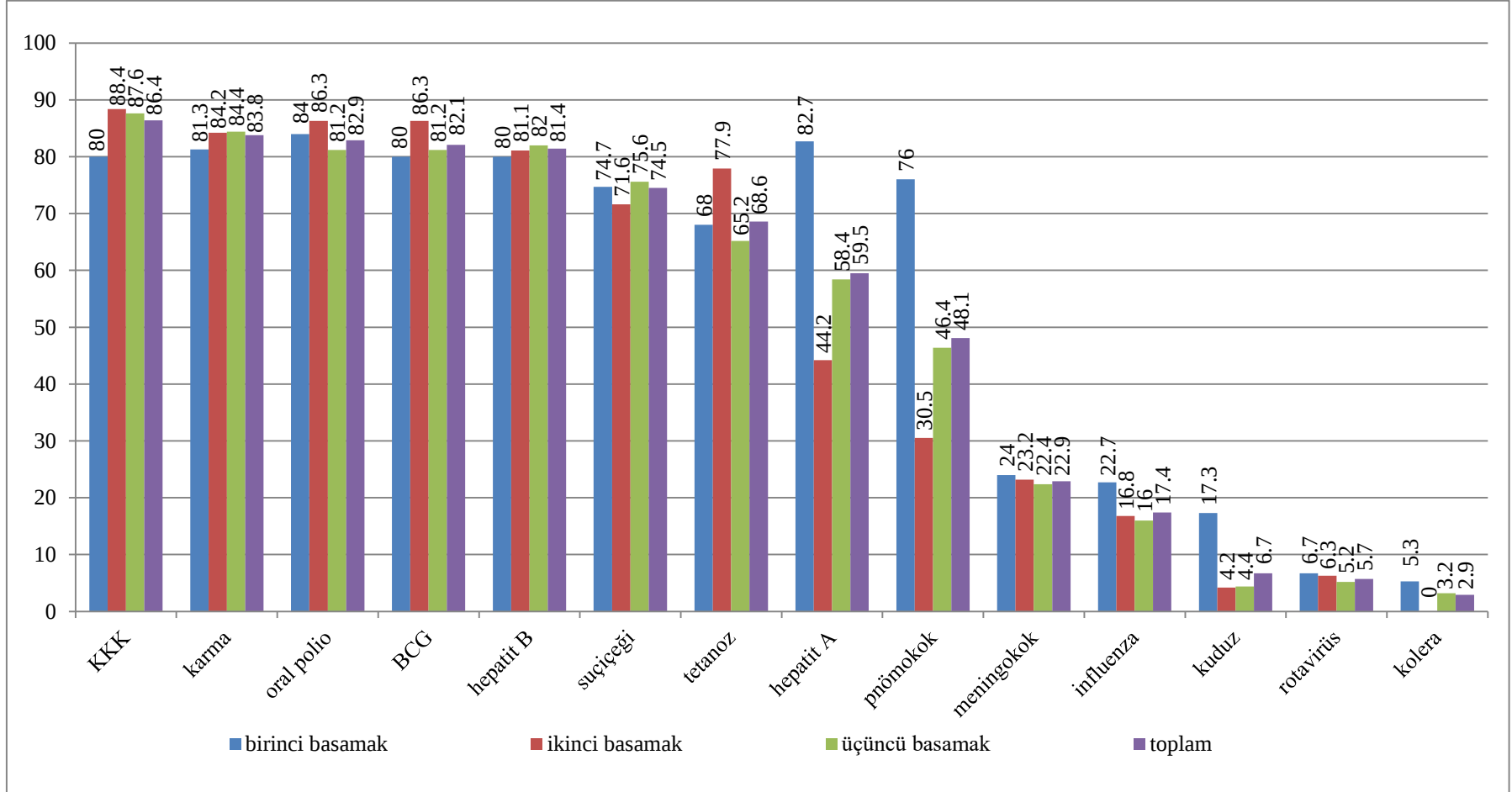
4. BULGULAR

Çalışmaya 387'si kadın (%92.1) ve 33'ü erkek olmak üzere toplam 420 kişi alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması (min-maks) 36.7 ± 8.1 (18-58)'dir. Katılımcıların 338'i (%81.1) evli ve 79'u bekârdır. Eğitim durumunu %60.5 ile en fazla lisans bölümü oluşturmaktadır. Katılımcıların eşlerinin mesleği %41,4'lük oranla en fazla profesyonel meslek grubundan oluşmaktadır. %59.5 ile üçüncü basamakta çalışan hemşireler en fazla orana sahiptir. Katılımcıların çoğunluğu (%30.3) cerrahi birimlerde görev almaktadır. Katılımcıların %65'inin çalıştığı birimde aşı uygulaması yapılmamaktadır ve %67.1'inin 5 yaşın altında çocuğu bulunmaktadır. Diğer sosyodemografik ve kişisel özellikleri Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik ve kişisel özellikleri

	Ort $\pm$ SD (min-maks)	
Yaş	36.7 $\pm$ 8.1 (18-58) yıl	
Eşinin Yaşı	41.4 $\pm$ 7.6 (23-66) yıl	
Gelir	6994.1 $\pm$ 2184.3 (1500-15000) TL	
Çalışma Süresi	14.7 $\pm$ 8.4 (0,08-40) yıl	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (N=420)		
Kadın	387	92.1
Erkek	33	7.9
Medeni Durum (n=417)		
Evli	338	81.1
Bekâr	79	18.9
Eğitim Durumu (n=413)		
Lisans	250	60.5
Ön Lisans	100	24.2
Lise	48	11.6
Yüksek Lisans	15	3.6
Eşinin Mesleği (n=326)		
Profesyonel Meslek	135	41.4
Nitelik Gerektirmeyen	89	27.3
Büro Hizmeti	48	14.7
Teknisyen	46	14.1
Silahlı kuvvetler	4	1.2
Hizmet Satış	4	1.2
Çalıştığı Kurum (n=420)		
Üçüncü Basamak	250	59.5
İkinci Basamak	95	22.6
Birinci Basamak	75	17.9
Görev Yeri (n=419)		
Cerrahi Birim	127	30.3
Poliklinik	121	28.9
Dahili Birim	81	19.3
Yoğun Bakım	66	15.8
Acil Servis	24	5.7

Katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşilar sorulduğunda %86.4'ü kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), %83.8'i karma aşilar, %82.9'u oral polio, %82.1'i BCG, %81,4'ü hepatit B, %74.5'i suçiçeği seçeneklerini işaretlemişlerdir. Birinci basamakta çalışan katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşilar sorulduğunda %84.0'ı oral polio, %82.7'si hepatit A, %81.3'ü karma aşilar, %80.0'ı eşit oranda KKK, BCG ve hepatit B, %76.0'ı pnömokok, %74.7'si suçiçeği, %68.0'ı tetanos seçeneklerini işaretlemişlerdir. İkinci basamakta çalışan katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşilar sorulduğunda %88.4'ü KKK, %86.3'ü eşit oranda oral polio ve BCG, %84.2'si karma aşilar, %81.1'i hepatit B, %77.9'u tetanos, 71.6'sı suçiçeği seçeneklerini işaretlemişlerdir. Üçüncü basamakta çalışan katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşilar sorulduğunda %87.6'sı KKK, %84.4'ü karma aşilar, %82.0'ı hepatit B, %81.2'si oral polio, %75.6'sı suçiçeği, %65.2'si tetanos seçeneklerini işaretlemişlerdir (Şekil 5).



Şekil 5. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre TC Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşılarla verdikleri cevaplar

Beş yaş altı çocuğu olan katılımcıların çocuklarına yaptırdıkları aşılar sorulduğunda %90.6'sı doğumda hepatit B, %89.1'i 2. ayında BCG aşısını yaptırdıklarını belirtmiş takvimde bulunan aşıları uygulanma durumları Tablo 17'de verilmiştir. Birinci basamak çalışanların 5 yaş altı çocuklarına aşı uygulama durumları doğumda hepatit B için %86.4, ikinci basamakta %95.8 ve üçüncü basamakta ise %90.2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çalıştıkları basamaklara göre 5 yaş altı çocuklarına aşı uygulanma durumları Tablo 18-20'de verilmiştir.

Tablo 17. 5 yaş altı çocuğu olan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşılardan yüzdeleri

1. Çocuk	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda
Hepatit B	90.6	89.1			89.1			
BCG			89.1					
DaBT-İPA-ib			85.5	86.2	87.0		73.2	
KPA			83.3	82.6	83.3	73.9		
KKK						80.4		
DaBT-İPA								
OPA					85.5		75.4	
Td								
Hepatit A							71.7	61.6
Suçiçeği						74.6		

Tablo 18. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşılardan yüzdeleri

1. Çocuk	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda
Hepatit B	86.4	86.4			86.4			
BCG			86.4					
DaBT-İPA-ib			86.4	86.4	86.4		77.3	
KPA			81.8	81.8	81.8	77.3		
KKK						86.4		
DaBT-İPA								
OPA					86.4		81.8	
Td								
Hepatit A							81.8	72.7
Suçiçeği						77.3		

Tablo 19. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşılardan yüzdeleri

1. Çocuk	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda
Hepatit B	95.8	95.8			95.8			
BCG			95.8					
DaBT-İPA-ib			95.8	95.8	95.8		75.0	
KPA			91.7	91.7	91.7	79.2		
KKK						79.2		
DaBT-İPA								
OPA					95.8		70.8	
Td								
Hepatit A							66.7	50.0
Suçiçeği						70.8		

Tablo 20. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin 1. çocuklarında yaptırdıkları aşılardan yüzdeleri

1. Çocuk	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda
Hepatit B	90.2	88.0			88.0			
BCG			88.0					
DaBT-İPA-ib			82.6	83.7	84.8		71.7	
KPA			81.5	80.4	81.5	71.7		
KKK						79.3		
DaBT-İPA								
OPA					82.6		75.0	
Td								
Hepatit A							70.7	62.0
Suçiçeği						75.0		

Çalışmamızda çocuğu olan 74 katılımcıya ulaşılmış ve çocuk yaşları öğrenilmiştir. Çocukların yaşlarına göre aşılama durumlarına bakılmış 5 çocuğun aşılardan eksik olduğu görülmüştür. Çocuklara yaptırılmamış aşılardan sorgulandığında; 1 çocuğun Hepatit A ilk doz ve suçiçeği aşısı, 1 çocuğun Hepatit A ilk doz aşısı, 1 çocuğun Opa ilk doz aşısı ve 2 çocuğun ise KPA r. ve DaBT-İPA-Hib r. aşılardan yapılmamış olduğu görülmüştür.

Çocukların aşılama durumları ile bağımsız değişkenler karşılaştırıldı. Katılımcıların çalıştığı kurum, görev yeri ve çalışma süresi için hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ailenin toplam geliri, çalıştığı birimde aşı uygulanma durumu ile çocukların aşılama durumu arasında istatistiksel olarak anlam bulunamadı (Tablo 21).

Tablo 21. Çocukların aşılanma durumları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Aşılanma durumu				p değeri
	Eksik		Tam		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	4	5.7	66	94.3	0.249
Erkek	1	25.0	3	75.0	
Yaş					
≤38 yıl	5	8.1	57	91.9	0.584
>38 yıl	0	0.0	12	100.0	
Eğitim durumu					
Lise – Ön lisans	1	7.1	13	92.9	1.000
Lisans – Yüksek lisans	4	6.7	56	93.3	
Ailenin toplam geliri					
≤7000 TL	2	6.9	27	93.1	0.595
>7000 TL	1	3.0	32	97.0	
Çalıştığı kurum					
Birinci basamak	0	0.0	3	100.0	*
İkinci basamak	0	0.0	8	100.0	
Üçüncü basamak	5	7.9	58	92.1	
Görev yeri					
Cerrahi birim	4	13.8	25	86.2	*
Acil servis	0	0.0	6	100.0	
Poliklinik	0	0.0	9	100.0	
Dahili birim	0	0.0	14	100.0	
Yoğun bakım	1	6.2	15	93.8	
Çalışma süresi					
≤10 yıl	3	8.3	33	91.7	*
11-20 yıl	2	5.7	33	94.3	
≥21 yıl	0	0.0	2	2.9	
Çalıştığı birimde aşı uygulanma durumu					
Aşı uygulaması yapılıyor	1	4.3	22	95.7	1.000
Aşı uygulaması yapılmıyor	3	6.0	47	94.0	

Aşılanma durumları ile ailelerin tutum ölçek puanı karşılaştırıldı. Eksik aşıli çocukların ailelerinin tutum ölçek puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 22).

Tablo 22. Çocukların aşılanma durumları ile hemşirelerin tutum ölçek puanının karşılaştırılması

Aşılanma durumu	N	Ölçek puanı Ort $\pm$ SD	P değeri
Eksik aşı	5	45.0 $\pm$ 3.2	0.056
Tam aşı	69	39.2 $\pm$ 0.7	

Çocuklarına aşı yaptırmayan katılımcılara aşı yaptırmama nedenleri sorulduğunda her üç çocuk için de zorunlu olmayan hiçbir aşığı yaptırmayı uygun bulmama en fazla gösterilen nedendir. Bunu; hastalığı doğal geçirerek bağışık olmayı uygun bulma, bulaşıcı hastalıkların sık görülmemesi, herhangi bir hastalık salgını olmadığı, aşının koruyuculuğuna inanmamaları ve aşının bazı hastalıklara neden olduğunu düşünmeleri takip etmiştir (Tablo 23).

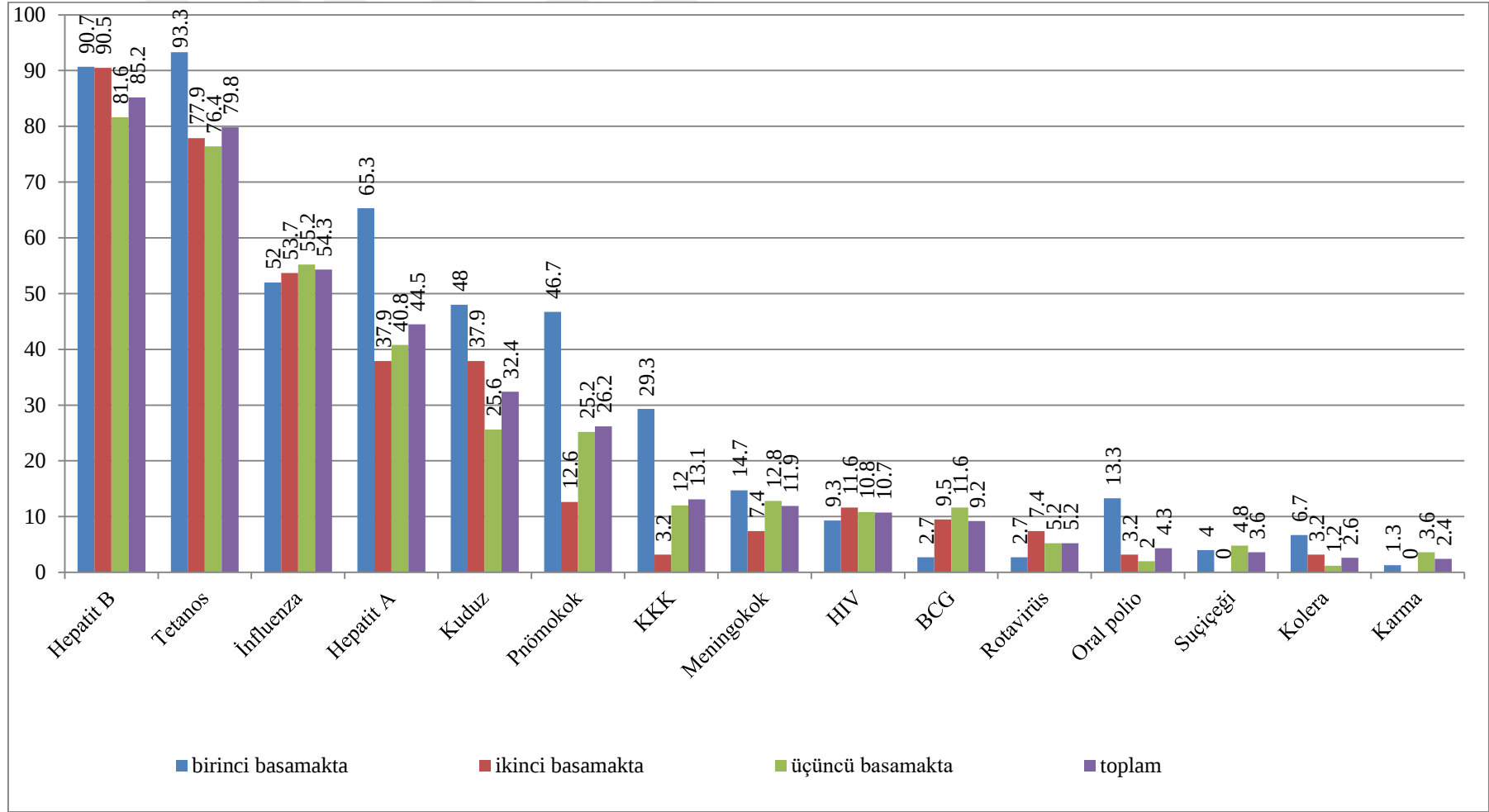
Tablo 23. 5 yaş altı çocuğu olan hemşirelerin çocuklarına aşı yaptırmama nedenleri (n=138)

	Birinci Çocuk		İkinci Çocuk		Üçüncü Çocuk	
	n	%	n	%	n	%
Zorunlu olmayan hiçbir aşığı yaptırmayı uygun bulmadığından	7	5.1	1	0.7	1	0.7
Herhangi bir hastalık salgını olmadığı için	2	1.4	2	1.4	2	1.4
Aşıların yan etkisi olduğu için	2	1.4	1	0.7	0	0.0
Hastalığı geçirerek bağışık olmayı uygun bulduğu için	1	0.7	0	0.0	0	0.0
Ücretli aşıları yaptırmama imkanı olmadığı için	1	0.7	1	0.7	1	0.7

Hemşirelere erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılar sorulduğunda %85.2'si hepatit B, %79.8'i tetanos, %54.3'ü influenza, %44.5'i hepatit A, %32.4'ü kuduz seçeneklerini işaretlemişlerdir. Birinci basamakta çalışanlara erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılar sorulduğunda %93.3'ü tetanos, %90.7'si hepatit B, %65.3'ü hepatit A, %52'si influenza, %48'i kuduz, %46.7'si pnömokok seçeneklerini işaretlemişlerdir. İkinci basamakta çalışanlara erişkin grup aşı uygulamasında bulunan

aşılar sorulduğunda %90.5'i hepatit B, %77.9'u tetanos, %53.7'si influenza, %37.9'u kuduz ve %37.9'u hepatit A seçeneklerini işaretlemişlerdir. Üçüncü basamakta çalışanlara erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılar sorulduğunda %81.6'sı hepatit B, %76.4'ü tetanos, %55.2'si influenza, %40.8'i hepatit A, %25.6'sı kuduz, %25.2'si pnömokok seçeneklerini işaretlemişlerdir.





Şekil 6. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılarla verdikleri cevaplar

Katılımcılara çalıştıkları basamaklara göre erişkin aşı uygulamalarındaki hedef gruplar sorulduğunda her üç basamakta da en fazla sağlık çalışanları seçeneği işaretlenmiştir. Bunu gebeler, hepatit B taşıyıcısı olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri, ülkeler arası seyahat edenler, kronik hastalığı olanlar, cezaevi askeriye gibi kalabalık ortamlarda yaşayanlar, 65 yaşın üstünde olanlar, immün yetmezlikli hastalar, HIV pozitif olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri ve 18 yaş üstü bütün bireyler seçenekleri işaretlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre erişkin aşı uygulamalarındaki hedef gruplara verdikleri cevaplar

	Birinci Basamak (n=75)		İkinci Basamak (n=95)		Üçüncü Basamak (n=250)	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık çalışanları	69	92.0	88	92.6	220	88.0
Gebeler	64	85.3	80	84.2	188	75.2
Hepatit B taşıyıcısı olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri	63	84.0	69	72.6	162	64.8
Ülkeler arası seyahat edenler	58	77.3	74	77.9	183	73.2
Kronik hastalığı olanlar	58	77.3	64	67.4	146	58.4
Cezaevi askeriye gibi kalabalık ortamlarda yaşayanlar	58	77.3	63	66.3	151	60.4
65 yaşın üstünde olanlar	54	72.0	57	60.0	135	54.0
İmmün yetmezlikli hastalar	48	64.0	53	55.8	127	50.8
HIV pozitif olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri	23	30.7	41	43.2	81	32.4
18 yaş üstü bütün bireyler	7	9.3	18	18.9	32	12.8

Katılımcıların birinci gebeliklerinde %70.3'ü, ikinci gebeliklerinde %54.0'ı, üçüncü gebeliklerinde %39.2'si, iki doz tetanos aşısı yaptırmışken birinci gebeliklerinde %92.4'ü, ikinci gebeliklerinde %95.9'u, üçüncü gebeliklerinde %100'ü influenza aşısı yaptırmamıştır. Hemşirelerin gebeliklerinde tetanos ve influenza aşısı yaptırma durumları Tablo 25'de gösterilmektedir.

Tablo 25. Hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları

	1. Gebelik (n=279)		2. Gebelik(n=176)		3. Gebelik(n=51)	
Gebeliklerinde tetanos aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
İki doz yaptırdım	196	70.3	95	54.0	20	39.2
Bir doz yaptırdım	48	12.2	61	34.7	21	41.2
Yaptırmadım	24	8.6	17	9.7	7	13.7
Hatırlamıyorum	11	3.9	3	1.7	3	5.9

	1. Gebelik(n=250)		2. Gebelik(n=145)		3. Gebelik(n=46)	
Gebeliklerinde influenza aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
Yaptırmadım	231	92.4	139	95.9	46	100.0
Hatırlamıyorum	11	4.4	1	0.7	0	0.0
Bir doz yaptırdım	7	2.8	5	3.4	0	0.0
İki doz yaptırdım	1	0.4	0	0.0	0	0.0

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin %85.2'si birinci gebeliklerinde iki doz, %3.7'si bir doz tetanos aşısı yaptırmıştır. %98'i influenza aşısı yaptırmamıştır. İkinci gebeliklerinde %60.0'ı iki doz, %35.0'ı bir doz tetanos aşısı yaptırmıştır. Üçüncü gebeliklerinde %57.1'i bir doz tetanos aşısı yaptırmıştır. İkinci ve üçüncü gebeliklerinde influenza aşısı yaptıran yoktur (Tablo 26).

Tablo 26. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları

	1. Gebelik (n=54)		2. Gebelik (n=40)		3. Gebelik (n=7)	
Gebeliklerinde tetanos aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
İki doz yaptırdım	46	85.2	24	60.0	2	28.6
Hatırlamıyorum	6	11.1	1	2.5	1	14.3
Bir doz yaptırdım	2	3.7	14	35.0	4	57.1
Yaptırmadım	0	0.0	1	2.5	0	0.0

	1. Gebelik(n=51)		2. Gebelik(n=33)		3. Gebelik(n=6)	
Gebeliklerinde influenza aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
Yaptırmadım	50	98.0	33	100.0	6	100.0
Hatırlamıyorum	1	2.0	0	0.0	0	0.0
Bir doz yaptırdım	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İki doz yaptırdım	0	0.0	0	0.0	0	0.0

İkinci basamakta çalışan hemşirelerin %68.4'ü iki doz, %21.5'i bir doz tetanos aşısı yaptırmıştır. %91.6'sı influenza aşısı yaptırmamıştır. İkinci gebeliklerinde %49.0'ı iki doz %47.1'i bir doz tetanos aşısı yaptırmıştır. Üçüncü gebeliklerinde ise %50.0'ı bir doz %42.9'u iki doz tetanos aşısı yaptırmıştır. İkinci gebelikte %97.7'si, üçüncü gebelikte %100'ü influenza aşısı yaptırmamıştır (Tablo 27).

Tablo 27. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları

	1. Gebelik (n=79)		2. Gebelik (n=51)		3. Gebelik (n=14)	
Gebeliklerinde tetanos aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
İki doz yaptırdım	54	68.4	25	49.0	6	42.9
Bir doz yaptırdım	17	21.5	24	47.1	7	50.0
Yaptırmadım	4	5.1	2	3.9	1	7.1
Hatırlamıyorum	4	5.1	0	0.0	0	0.0
	1. Gebelik (n=71)		2. Gebelik (n=43)		3. Gebelik (n=13)	
Gebeliklerinde influenza aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
Yaptırmadım	65	91.6	42	97.7	13	100.0
Hatırlamıyorum	5	7.0	1	2.3	0	0.0
İki doz yaptırdım	1	1.4	0	0.0	0	0.0
Bir doz yaptırdım	0	0.0	0	0.0	0	0.0

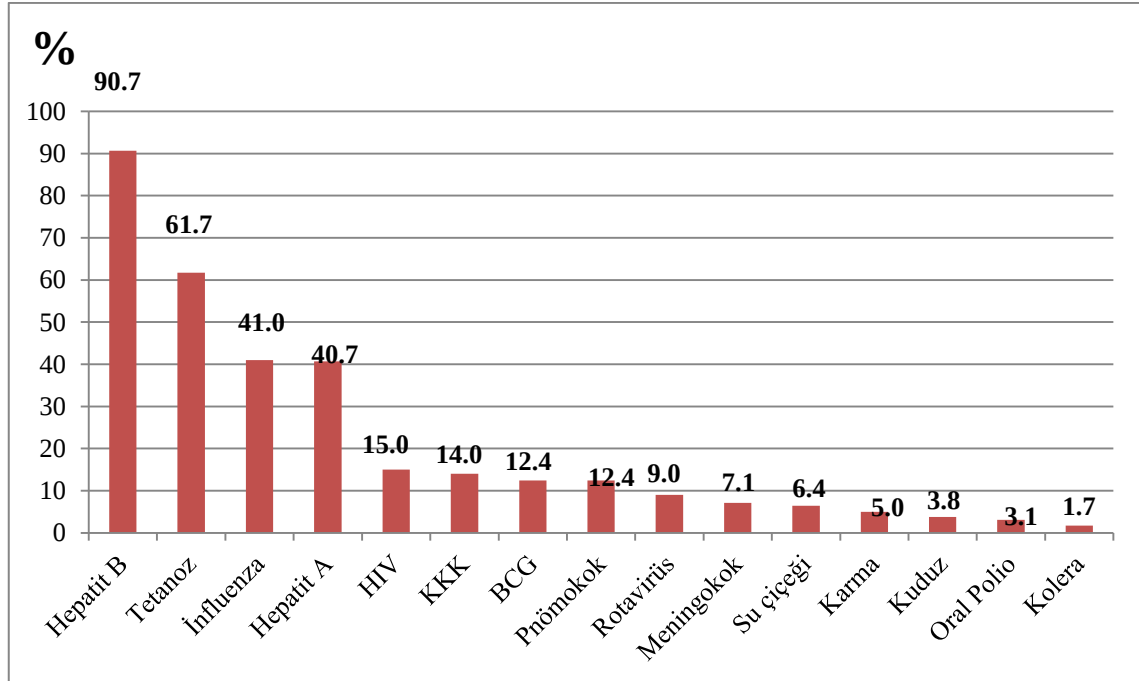
Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin birinci gebeliklerinde %65.8'i iki doz, %19.9'u bir doz tetanos aşısı yaptırmış, %90.6'sı influenza aşısı yaptırmamıştır. İkinci gebeliklerinde %54.1'i iki doz %27.1'i bir doz tetanos aşısı yaptırmış, üçüncü gebeliklerinde ise %40.0'ı iki doz, %33.3'ü bir doz tetanos aşısı yaptırmış, ikinci gebeliklerinde %92.8'i, üçüncü gebeliklerinde %100.0'ı influenza aşısı yaptırmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin gebeliklerinde tetanos aşısı ve influenza aşısı yaptırma durumları

	1. Gebelik (n=279)		2. Gebelik (n=176)		3. Gebelik (n=51)	
Gebeliklerinde tetanos aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
İki doz yaptırdım	196	70.3	95	54.0	20	39.2
Bir doz yaptırdım	48	12.2	61	34.7	21	41.2
Yaptırmadım	24	8.6	17	9.7	7	13.7
Hatırlamıyorum	11	3.9	3	1.7	3	5.9

	1. Gebelik (n=250)		2. Gebelik (n=145)		3. Gebelik (n=46)	
Gebeliklerinde influenza aşısı yaptırma durumları	n	%	n	%	n	%
Yaptırmadım	231	92.4	139	95.9	46	100.0
Hatırlamıyorum	11	4.4	1	0.7	0	0.0
Bir doz yaptırdım	7	2.8	5	3.4	0	0.0
İki doz yaptırdım	1	0.4	0	0.0	0	0.0

Katılımcıların %90.7'si sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşığı hepatit B seçeneğini işaretlerken, %61.7'si tetanos, %41.0 influenza, %40.7'si hepatit A, %15.0'ı HIV, %14.0'ı KKK olarak değerlendirmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcılara göre sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşılar

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin %86.7'si sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşıyı hepatit B olarak belirtirken, %68.0'ı tetanos, %40.0'ı KKK, %38.7'si influenza, %37.3'ü hepatit A olduğunu düşünmüşlerdir. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin %95.8'i hepatit B, %53.7'si tetanos, %36.8'i hepatit A, %34.7'si influenza seçeneğini işaretlemişlerdir. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin ise %90.0'ı hepatit B, %62.8'i tetanos, %44.0'ı influenza olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların çalıştıkları basamaklara göre sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşıları verdikleri cevaplar

	Birinci Basamak (n=75)		İkinci Basamak (n=95)		Üçüncü Basamak (n=250)	
	n	%	n	%	n	%
Hepatit B	65	86.7	91	95.8	225	90.0
Tetanos	51	68.0	51	53.7	157	62.8
KKK	30	40.0	7	7.4	22	8.8
İnfluenza	29	38.7	33	34.7	110	44.0
Hepatit A	28	37.3	35	36.8	108	43.2
Pnömonokok	9	12.0	9	9.5	34	13.6
Suçiçeği	4	5.3	3	3.2	20	8.0
Meningokok	3	4.0	3	3.2	24	9.6
Rotavirüs	3	4.0	6	6.3	29	11.6
HIV	3	4.0	15	15.8	45	18.0
BCG	2	2.7	16	16.8	34	13.6
Karma	1	1.3	5	5.3	15	6.0
Oral Polio	1	1.3	4	4.2	8	3.2
Kuduz	1	1.3	3	3.2	12	4.8
Kolera	0	0.0	1	1.1	6	2.4

Katılımcıların %76.7'si hepatit B, %61.0'ı tetanos, %25.2'si influenza, %11.9'u KKK, %9.0'ı hepatit A, %8.1'i BCG aşılarını yaptırmıştır. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin %82.7'si hepatit B, %72.0'ı tetanos, %34.7'si influenza, %22.7'si KKK aşılarını yaptırmıştır. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin %86.3'ü hepatit B, %62.1'i tetanos, %27.4'ü influenza, %4.0'ı KKK aşılarını yaptırmıştır. Üçüncü basamakta

çalışan hemşirelerin ise %71.2'si hepatit B, %57.2'si tetanos, %21.6'sı influenza, %11.6'sı KKK aşılarını yaptırmıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Çalıştıkları basamaklara göre şu ana kadar yaptırdıkları aşılar

	Birinci Basamak (n=75)		İkinci Basamak (n=95)		Üçüncü Basamak (n=250)		Toplam (n=420)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatit B	67	82.7	82	86.3	178	71.2	322	76.7
Tetanos	54	72.0	59	62.1	143	57.2	256	61.0
İnfluenza	26	34.7	26	27.4	54	21.6	106	25.2
KKK	17	22.7	4	4.2	29	11.6	50	11.9
BCG	4	5.3	5	5.3	25	10.0	34	8.1
Karma	4	5.3	4	4.2	13	5.2	21	5.0
Suçiçeği	4	5.3	2	2.1	18	7.2	24	5.7
Hepatit A	3	4	2	2.1	33	13.2	38	9.0
Oral Polio	3	4.0	1	1.1	15	6.0	19	4.5
Pnömonokok	2	2.7	0	0.0	5	2.0	7	1.7
Yaptırmadım	2	2.7	0	0.0	14	5.6	16	3.8
Meningokok	1	1.3	0	0.0	3	1.2	4	1.0
Kuduz	1	1.3	1	1.1	6	2.4	8	1.9
Rotavirüs	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.2
Kolera	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HIV	0	0.0	0	0.0	2	0.8	2	0.5

Göreve başladıktan sonra önerilen aşıları yaptırmayanların %25.0'ı zorunlu olmayan hiçbir aşıyı yaptırmayı uygun bulmadığı için, %18.8'i eşit oranda bulaşıcı hastalıklar sık görülmediği için ve herhangi bir hastalık salgını olmadığı için, %12.5'i eşit oranda hastalıkların doğal yollardan geçirilerek bağışık olmayı uygun bulduğu ve aşılardan yan etkisi olduğunu düşündüğü için, %6.3'ü genel olarak hiçbir aşıya güvenmediği için aşı yaptırmamışlardır (Tablo 31).

Tablo 31. Göreve başladığından beri önerilen aşıları yaptırmayanların yaptırmama nedenleri

	n = 16	
	n	%
Zorunlu olmayan hiçbir aşıyı yaptırmayı uygun bulmuyorum	4	25.0
Bulaşıcı hastalıklar sık görülmediği için aşı yaptırmıyorum	3	18.8
Herhangi bir hastalık salgını olmadığından aşı yaptırmaya gerek duymuyorum	3	18.8
Hastalıkların doğal yollardan geçirilerek bağışık olmayı uygun bulduğum için	2	12.5
Aşıların yan etkisi olduğu için yaptırmıyorum	2	12.5
Genel olarak hiçbir aşıya güvenmediğimden aşı yaptırmıyorum	1	6.3

İkinci basamakta çalışan katılımcıların çalışmakta oldukları görev yerleri fark etmeksizin hepsinde en fazla yapılan aşı hepatit b bulunmuştur. Cerrahi birimde çalışan katılımcılar %88.0'ı hepatit B, %44.0'ı eşit oranda influenza ve tetanos, %8.0'ı eşit oranda hepatit A ve BCG, %4.0'ı eşit oranda karma, oral polio, KKK ve kuduz aşılarını yaptırmışlardır. Acil serviste çalışan katılımcılar %63.6'sı hepatit B, %54.5'i tetanos ve %9.1'i influenza aşısını yaptırmışlardır. Poliklinikte çalışanların %87.0'ı hepatit B, %69.6'sı tetanos, %13.0'ı influenza, %8.7'si eşit oranda BCG ve karma aşı, %4.3'ü KKK aşılarını yaptırmışlardır. Dahili birimlerde çalışanların %90.5'i hepatit B, %57.1'i tetanos, %33.3'ü influenza, %4.8'i eşit oranda BCG, karma, KKK ve suçiçeği aşılarını yaptırmışlardır. Yoğun bakımda çalışanların %100.0'ı tetanos, %92.9'u hepatit B, %28.6'sı influenza , %7.1'i eşit oranda KKK ve suçiçeği aşılarını yaptırmışlardır (Tablo 32).

Tablo 32. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin görev yerlerine göre aşılama durumları

	Cerrahi Birim (n=25)		Acil Servis (n=11)		Poliklinik (n=23)		Dahili Birim (n=21)		Yoğun Bakım (n=14)	
AŞILAR	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatit B	22	88.0	7	63.6	20	87.0	19	90.5	13	92.9
İnfluenza	11	44.0	1	9.1	3	13.0	7	33.3	4	28.6
Tetanos	11	44.0	6	54.5	16	69.6	12	57.1	14	100.0
Hepatit A	2	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BCG	2	8.0	0	0.0	2	8.7	1	4.8	0	0.0
Karma	1	4.0	0	0.0	2	8.7	1	4.8	0	0.0
Oral Polio	1	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
KKK	1	4.0	0	0.0	1	4.3	1	4.8	1	7.1
Kuduz	1	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Suçiçeği	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.8	1	7.1

Üçüncü basamakta çalışan katılımcıların da görev yerleri fark etmeksizin en fazla yaptırdıkları aşı hepatit B bulunmuştur. Cerrahi birimde çalışanların %66.7'si hepatit B, %52.9'u tetanos, %14.7'si influenza, %10.8'i hepatit A, %9.8'i KKK, %8.8'i eşit oranda BCG ve suçiçeği, %7.8'i oral polio, %4.9'u karma aşı ve %2.0'ı eşit oranda meningokok, pnömokok, kuduz ve HIV aşılarını yaptırmışlardır. Acil serviste çalışanların %83.3'ü eşit oranda hepatit B ve tetanos, %33.3'ü influenza, %25.0'ı eşit oranda hepatit A, KKK, %8.3'ü BCG, kuduz ve karma aşıları yaptırmışlardır. Poliklinikte çalışanların %61.5'i hepatit B, %46.2'si tetanos, %38.5'i influenza, %3.8'i eşit oranda KKK, BCG, oral polio ve karma aşıları yaptırmışlardır. Dahili birimde çalışanların %75.9'u hepatit B, %65.5'i tetanos, %25.9'u influenza, %19.0'ı hepatit A, %12.1'i KKK, %6.9'u BCG, %5.2'si eşit oranda oral polio, karma aşı ve pnömokok, %3.4'ü suçiçeği, %1.7'si eşit oranda meningokok ve kuduz aşılarını yaptırmışlardır. Yoğun bakımda çalışanların %76.9'u hepatit B, %55.8'i tetanos, %19.2'si eşit oranda influenza ve BCG, %15.4'ü eşit oranda hepatit A ve KKK, %13.5'i suçiçeği, %5.8'i eşit oranda oral polio ve karma, %3.8'i kuduz, %1.9'u rotavirüs aşılarını yaptırmışlardır (Tablo 33).

Tablo 33. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin görev yerlerine göre aşılanma durumları

AŞILAR	Cerrahi Birim (n=102)		Acil Servis (n=12)		Poliklinik (n=26)		Dahili Birim (n=58)		Yoğun Bakım (n=52)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatit B	68	66.7	10	83.3	16	61.5	44	75.9	40	76.9
Tetanos	54	52.9	10	83.3	12	46.2	38	65.5	29	55.8
İnfluenza	15	14.7	4	33.3	10	38.5	15	25.9	10	19.2
Hepatit A	11	10.8	3	25.0	0	0.0	11	19.0	8	15.4
KKK	10	9.8	3	25.0	1	3.8	7	12.1	8	15.4
BCG	9	8.8	1	8.3	1	3.8	4	6.9	10	19.2
Suçiçeği	9	8.8	0	0.0	0	0.0	2	3.4	7	13.5
Oral Polio	8	7.8	0	0.0	1	3.8	3	5.2	3	5.8
Karma	5	4.9	1	8.3	1	3.8	3	5.2	3	5.8
Meningokok	2	2.0	0	0.0	0	0.0	1	1.7	0	0.0
Pnömonokok	2	2.0	0	0.0	0	0.0	3	5.2	0	0.0
Kuduz	2	2.0	1	8.3	0	0.0	1	1.7	2	3.8
HIV	2	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Rotavirüs	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9

Hemşirelere tablo şeklinde hiç katılmıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevaplarından kendilerine en uygun olanı işaretleyecekleri tutum soruları soruldu.% 48.1'i çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm sorusuna tamamen katılıyorum, %34.9'u aşı yaptıрма kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım sorusuna tamamen katılıyorum, %26.3'ü ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim sorusuna tamamen katılıyorum, %45.5'i bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm sorusuna hiç katılmıyorum, %32.1'i aşıların yararına inanmıyorum sorusuna hiç katılmıyorum, %31.9'u ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam sorusuna hiç katılmıyorum, cevaplarını vermişlerdir (Tablo 34).

Tablo 34. Hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm (n=397)	1.0	3.5	6.3	41.1	48.1
Aşı yaptırma kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım (n=395)	1.3	4.8	4.6	54.4	34.9
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim (n=396)	3.3	11.6	13.6	45.2	26.3
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırırım (n=398)	1.8	6.5	10.3	61.6	19.8
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (n=400)	2.3	14.8	26.0	42.0	15.0
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırırım (n=397)	5.3	18.1	30.0	38.3	8.3
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm (n=380)	45.5	37.1	3.9	10.0	3.4
Aşıların yararına inanmıyorum (n=396)	32.1	40.7	14.9	8.3	4.0
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam (n=383)	31.9	54.6	6.5	5.0	2.1
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır (n=395)	23.8	39.0	15.7	16.2	5.3
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum (n=401)	19.5	41.4	22.2	15.2	1.7
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur (n=391)	18.7	42.5	16.6	17.4	4.9
Çocuklarımla hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim (n=387)	18.3	47.3	20.2	9.0	5.2
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yaptırma kararımı etkiler (n=398)	12.8	34.7	24.9	24.9	2.8
Aşırı güvendiğim bir firmanın ürettiği olması aşı olma kararımı etkiler (n=388)	10.8	28.4	22.9	29.1	8.8
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum (n=397)	9.3	34.5	39.5	12.1	4.5
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum (n=384)	9.1	31.3	22.9	32.6	4.2
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi yan etki görürsem bu durum aşı yaptırma kararımı etkiler (n=390)	7.9	26.9	35.6	25.4	4.1

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin %66.7'si çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm sorusuna tamamen katılıyorum, %44.4'ü aşı yaptırma kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım sorusuna tamamen katılıyorum, %36.6'sı ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim sorusuna tamamen katılıyorum, %51.4'ü aşıların yararına inanmıyorum

sorusuna hiç katılmıyorum, %50.7'si bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm sorusuna hiç katılmıyorum, %43.1'i ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam sorusuna hiç katılmıyorum, cevaplarını vermişlerdir (Tablo 35).

Tablo 35. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Çocukluk çağı aşılarının mutlaka yapılması gerektiğini düşünürüm (n=72)	1.4	1.4	4.2	26.4	66.7
Aşı yaptırmaya kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım (n=72)	0.0	5.6	1.4	48.6	44.4
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (n=71)	1.4	0.0	9.9	52.1	36.6
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırmam (n=72)	4.2	6.9	4.2	51.4	33.3
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim (n=70)	5.7	11.4	12.9	47.1	22.9
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırmam (n=72)	11.1	19.4	13.9	45.8	9.7
Aşıların yararına inanmıyorum (n=72)	51.4	31.9	6.9	5.6	4.2
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm (n=69)	50.7	36.2	2.9	5.8	4.3
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam (n=72)	43.1	45.8	5.6	5.6	0.0
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır (n=70)	42.9	35.7	10.0	8.6	2.9
Çocuklarımla hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim (n=71)	32.4	53.5	5.6	2.8	5.6
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yaptırmaya kararımı etkiler (n=73)	24.7	42.5	6.8	26.0	0.0
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum (n=73)	19.2	52.1	20.5	5.5	2.7
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi yan etki görürsem bu durum aşı yaptırmaya kararımı etkiler (n=73)	19.2	32.9	26.0	20.5	1.4
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum (n=73)	17.8	26.0	23.3	31.5	1.4
Aşırı güvendiğim bir firmanın ürettiği olması aşı olma kararımı etkiler (n=72)	16.7	23.6	15.3	26.4	18.1
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur (n=69)	14.5	39.1	11.6	24.6	10.1
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum (n=70)	14.3	41.4	18.6	25.7	0.0

İkinci basamakta çalışan hemşirelerin, %47.8'i çocukluk çağı aşılarının mutlaka yapılması gerektiğini düşünürüm sorusuna tamamen katılıyorum, %38.5'i aşı yaptırmaya kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım sorusuna

tamamen katılıyorum, %28.0'ı ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim sorusuna tamamen katılıyorum, %46.0'ı bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm sorusuna hiç katılmıyorum, %34.1'i ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam sorusuna hiç katılmıyorum, %33.3'ü çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum sorusuna hiç katılmıyorum, cevaplarını vermişlerdir (Tablo 36).

Tablo 36. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm (n=92)	1.1	3.3	5.4	42.4	47.8
Aşı yaptırmaya kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım (n=91)	1.1	3.3	3.3	53.8	38.5
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim (n=93)	3.2	7.5	10.8	50.5	28.0
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırmam (n=93)	1.1	11.8	6.5	62.4	18.3
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (n=94)	1.1	17.0	19.1	51.1	11.7
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırmam (n=93)	4.3	23.7	24.7	39.8	7.5
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm (n=87)	46.0	39.1	2.3	10.3	2.3
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam (n=91)	34.1	53.8	5.5	3.3	3.3
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum (n=93)	33.3	36.6	16.1	12.9	1.1
Aşıların yararına inanmıyorum (n=93)	25.8	38.7	22.6	7.5	5.4
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır (n=93)	23.7	44.1	12.9	12.9	6.5
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur (n=92)	14.1	43.5	12.0	27.2	3.3
Çocuklarımla hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim (n=85)	11.8	47.1	21.2	12.9	7.1
Aşırı güvendiğim bir firmanın üretmiş olması aşı olma kararımı etkiler (n=93)	8.6	39.8	17.2	23.7	10.8
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yaptırmaya kararımı etkiler (n=93)	7.5	31.2	25.8	29.0	6.5
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum (n=85)	7.1	34.1	15.3	35.3	8.2
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum (n=93)	4.3	33.3	39.8	15.1	7.5
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi bir yan etki görürsem bu durum aşı yaptırmaya kararımı etkiler (n=87)	3.4	26.4	39.1	24.1	6.9

Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin, %42.5'i çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm sorusuna tamamen katılıyorum, %30.6'sı aşı yaptırma kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım sorusuna tamamen katılıyorum, %26.6'sı ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim sorusuna tamamen katılıyorum, %43.8'i bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm sorusuna hiç katılmıyorum, %28.6'sı aşıların yararına inanmıyorum sorusuna hiç katılmıyorum, %27.3'ü ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam sorusuna hiç katılmıyorum, cevaplarını vermişlerdir (Tablo 37).

Tablo 37. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı %

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm (n=233)	0.9	4.3	7.3	45.1	42.5
Aşı yaptırma kararımı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım (n=232)	1.7	5.2	6.0	56.5	30.6
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim (n=233)	2.6	13.3	15.0	42.5	26.6
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırmam (n=233)	1.3	4.3	13.7	64.4	16.3
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (n=235)	3.0	18.3	33.6	35.3	9.8
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırmam (n=232)	3.9	15.5	37.1	35.3	8.2
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm (n=224)	43.8	36.6	4.9	11.2	3.6
Aşıların yararına inanmıyorum (n=231)	28.6	44.2	14.3	9.5	3.5
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam (n=220)	27.3	57.7	7.3	5.5	2.3
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur (n=230)	21.7	43.0	20.0	11.3	3.9
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır (n=232)	18.1	37.9	18.5	19.8	5.6
Çocuklarımla hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim (n=231)	16.5	45.5	24.2	9.5	4.3
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum (n=235)	14.5	48.1	24.3	11.2	2.1
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yaptırma kararımı etkiler (n=232)	11.2	33.6	30.2	22.8	2.2
Aşırı güvendiğim bir firmanın üretmiş olması aşı olma kararımı etkiler (n=223)	9.9	25.1	27.8	32.3	4.9
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum (n=229)	8.3	27.1	27.1	33.6	3.9
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum (n=231)	8.2	29.4	45.5	13.0	3.9
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi yan etki görürsem bu durum aşı yaptırmam kararımı etkiler (n=230)	6.1	25.2	37.4	27.4	3.9

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarla çocuklarına aşı yaptırma durumları karşılaştırıldı. Hepatit B 0-1-6. ay, BCG 2. ay, DaBT-İPA-Hib 2-4-6. ay, KPA 2-4-6. ay, KKK 12. ay, OPA 6. ay ve aşı takviminde olmayan diğerk aşılar için hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır. DaBT-İPA-Hib rapel, KPA rapel, OPA 18. ay, hepatit A 18-24. ay ve suçiçeği 12. ayda yapılan aşılar arasında istatistiksel olarak anlam bulunamadı (Tablo 38).



Tablo 38. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile çocuklarına aşı yaptıırma durumlarının karşılaştırılması

Aşılar		1. Basamak		2. Basamak		3. Basamak		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Hepatit B 0. ay	Evet	19	15.2	23	18.4	83	66.4	*
	Hayır	3	23.1	1	7.7	9	69.2	
Hepatit B 1. ay	Evet	19	15.4	23	18.7	81	65.9	*
	Hayır	3	20.0	1	6.7	11	73.3	
Hepatit B 6. ay	Evet	19	15.4	23	18.7	81	65.9	*
	Hayır	3	20.0	1	6.7	11	73.3	
BCG 2. ay	Evet	19	15.4	23	18.7	81	65.9	*
	Hayır	3	20.0	1	6.7	11	73.3	
DaBT-İPA-Hib 2. ay	Evet	19	16.1	23	19.5	76	64.4	*
	Hayır	3	15.0	1	5.0	16	80.0	
DaBT-İPA-Hib 4. ay	Evet	19	16.0	23	19.3	77	64.7	*
	Hayır	3	15.8	1	5.3	15	78.9	
DaBT-İPA-Hib 6. ay	Evet	19	15.8	23	19.2	78	65.0	*
	Hayır	3	16.7	1	5.6	14	77.8	
DaBT-İPA-Hib R	Evet	17	16.8	18	17.8	66	65.3	0,850
	Hayır	5	13.5	6	16.2	26	70.3	
KPA 2. ay	Evet	18	15.7	22	19.1	75	65.2	*
	Hayır	4	17.4	2	8.7	17	73.9	
KPA 4. ay	Evet	18	15.8	22	19.3	74	64.9	*
	Hayır	4	16.7	2	8.3	18	75.0	
KPA 6. ay	Evet	18	15.7	22	19.1	75	65.2	*
	Hayır	4	17.4	2	8.7	17	73.9	
KPA R	Evet	17	16.7	19	18.6	66	64.7	0,705
	Hayır	5	13.9	5	13.9	26	72.2	
KKK 12. ay	Evet	19	17.1	19	17.1	73	65.8	*
	Hayır	3	11.1	5	18.5	19	70.4	
OPA 6. ay	Evet	19	16.1	23	19.5	76	64.4	*
	Hayır	3	15.0	1	5.0	16	80.0	
OPA 18. ay	Evet	18	17.3	17	16.3	69	66.3	0,682
	Hayır	4	11.8	7	20.6	23	67.6	
Hepatit A 18. ay	Evet	18	18.2	16	16.2	65	65.7	0,482
	Hayır	4	10.3	8	20.5	27	69.2	
Hepatit A 24. ay	Evet	16	18.8	12	14.1	35	66.0	0,283
	Hayır	6	11.3	12	22.6	35	66.0	
Suçiçeği 12. ay	Evet	17	16.5	17	16.5	69	67.0	0,873
	Hayır	5	14.3	7	20.0	23	65.7	
Diğer	Evet	1	11.1	1	11.1	7	77.8	*
	Hayır	21	16.3	23	17.8	85	65.9	

* : Hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır.

Hemşirelerin görev yerleri ile çocuklarına aşı yaptıırma durumları karşılaştırıldı. Hepatit B 0-1-6. ay, BCG 2. ay, DaBT-İPA-Hib 2-4-6. ay, KPA 2-4-6. ay, KKK 12. ay, OPA 6. ay ve aşı takviminde olmayan diğer aşilar için hücrelerde yeterli veri

olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır. DaBT-İPA-Hib rapel, KPA rapel, OPA 18. ay, hepatit A 18-24. ay ve suçiçeği 12. ayda yapılan aşılar arasında istatistiksel olarak anlam bulunamadı (Tablo 39).

Tablo 39. Hemşirelerin görev yerleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması

Aşılar		Cerrahi birim		Acil Servis		Poliklinik		Dahili Birim		Yoğun Bakım		p değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hepatit B 0. ay	Evet	44	35.2	11	8.8	23	18.4	23	18.4	24	19.2	*
	Hayır	0	0.0	3	23.1	3	23.1	2	15.4	5	38.5	
Hepatit B 1. ay	Evet	43	35.0	11	8.9	23	18.7	23	18.7	23	18.7	*
	Hayır	1	6.7	3	20.0	3	20.0	2	13.3	6	40.0	
Hepatit B 6. ay	Evet	44	35.8	11	8.9	23	18.7	23	18.7	22	17.9	*
	Hayır	0	0.0	3	20.0	3	20.0	2	13.3	7	46.7	
BCG 2. ay	Evet	44	35.8	11	8.9	23	18.7	23	18.7	22	17.9	*
	Hayır	0	0.0	3	20.0	3	20.0	2	13.3	7	46.7	
DaBT-İPA-Hib 2. ay	Evet	43	36.4	11	9.3	22	18.6	23	19.5	19	16.1	*
	Hayır	1	5.0	3	15.0	4	20.0	2	10.0	10	50.0	
DaBT-İPA-Hib 4. ay	Evet	43	36.1	11	9.2	22	18.5	23	19.3	20	16.8	*
	Hayır	1	5.3	3	15.8	4	21.1	2	10.5	9	47.4	
DaBT-İPA-Hib 6. ay	Evet	43	35.8	11	9.2	23	19.2	23	19.2	20	16.7	*
	Hayır	1	5.6	3	16.7	3	16.7	2	11.1	9	50.0	
DaBT-İPA-Hib R	Evet	35	34.7	10	9.9	21	20.8	20	19.8	15	14.9	0.059
	Hayır	9	24.3	4	10.8	5	13.5	5	13.5	14	37.8	
KPA 2. ay	Evet	42	36.5	10	8.7	22	19.1	22	19.1	19	16.5	*
	Hayır	2	8.7	4	17.4	4	17.4	3	13.0	10	43.5	
KPA 4. ay	Evet	42	36.8	10	8.8	22	19.3	22	19.3	18	15.8	*
	Hayır	2	8.3	4	16.7	4	16.7	3	12.5	11	45.8	
KPA 6. ay	Evet	42	36.5	10	8.7	22	19.1	22	19.1	19	16.5	*
	Hayır	2	8.7	4	17.4	4	17.4	3	13.0	10	43.5	
KPA R	Evet	36	35.3	9	8.8	21	20.6	21	20.6	15	14.7	0.022
	Hayır	8	22.2	5	13.9	5	13.9	4	11.1	14	38.9	
KKK 12. ay	Evet	39	35.1	9	8.1	23	20.7	21	18.9	19	17.1	*
	Hayır	5	18.5	5	18.5	3	11.1	4	14.8	10	37.0	
OPA 6. ay	Evet	42	35.6	11	9.3	23	19.5	23	19.5	19	16.1	*
	Hayır	2	10.0	3	15.0	3	15.0	2	10.0	10	50.0	
OPA 18. ay	Evet	38	36.5	10	9.6	22	21.2	18	17.3	16	15.4	0.030
	Hayır	6	17.6	4	11.8	4	11.8	7	20.6	13	38.2	
Hepatit A 18. ay	Evet	36	36.4	8	8.1	22	22.2	18	18.2	15	15.2	0.021
	Hayır	8	20.5	6	15.4	4	10.3	7	17.9	14	35.9	
Hepatit A 24. ay	Evet	29	34.1	6	7.1	20	23.5	17	20.0	13	15.3	0.064
	Hayır	15	28.3	8	15.1	6	11.3	8	15.1	16	30.2	
Suçiçeği 12. ay	Evet	37	35.9	8	7.8	21	20.4	20	19.4	17	16.5	0.057
	Hayır	7	20.0	6	17.1	5	14.3	5	14.3	12	34.3	
Diğer	Evet	3	33.3	0	0.0	2	22.2	3	33.3	1	11.1	*
	Hayır	41	31.8	14	10.9	24	18.6	22	17.1	28	21.7	

* : Hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumları karşılaştırıldı. Yapılan hiçbir aşı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlam bulunamadı (Tablo 40).

Tablo 40. Hemşirelerin eğitim durumları ile çocuklarına aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması

Aşılar		Lise ve Ön Lisans		Lisans ve Yüksek Lisans		p değeri
		n	%	n	%	
Hepatit B 0. ay	Evet	31	25.0	93	75.0	0.046
	Hayır	7	53.8	6	46.2	
Hepatit B 1. ay	Evet	31	25.4	91	74.6	0.123
	Hayır	7	46.7	8	53.3	
Hepatit B 6. ay	Evet	30	24.6	92	75.4	0.030
	Hayır	8	53.3	7	46.7	
BCG 2. ay	Evet	31	25.4	91	74.6	0.123
	Hayır	7	46.7	8	53.3	
DaBT-İPA-Hib 2. ay	Evet	29	24.8	88	75.2	0.111
	Hayır	9	45.0	11	55.0	
DaBT-İPA-Hib 4. ay	Evet	30	25.4	88	74.6	0.218
	Hayır	8	42.1	11	57.9	
DaBT-İPA-Hib 6. ay	Evet	29	24.4	90	75.6	0.044
	Hayır	9	50.0	9	50.0	
DaBT-İPA-Hib R	Evet	25	25.0	75	75.0	0.336
	Hayır	13	35.1	24	64.9	
KPA 2. ay	Evet	29	25.4	85	74.6	0.279
	Hayır	9	39.1	14	60.9	
KPA 4. ay	Evet	28	24.8	85	75.2	0.153
	Hayır	10	41.7	14	58.3	
KPA 6. ay	Evet	28	24.6	86	75.4	0.111
	Hayır	10	43.5	13	56.5	
KPA R	Evet	25	24.8	76	75.2	0.276
	Hayır	13	36.1	23	63.9	
KKK 12. ay	Evet	28	25.5	82	74.5	0.335
	Hayır	10	37.0	17	63.0	
OPA 6. ay	Evet	30	25.6	87	74.4	0.291
	Hayır	8	40.0	12	60.0	
OPA 18. ay	Evet	25	24.3	78	75.7	0.175
	Hayır	13	38.2	21	61.8	
Hepatit A 18. ay	Evet	24	24.5	74	75.5	0.257
	Hayır	14	35.9	25	64.1	
Hepatit A 24. ay	Evet	20	23.8	64	76.2	0.273
	Hayır	18	34.0	35	66.0	
Suçiçeği 12. ay	Evet	25	24.5	77	75.5	0.222
	Hayır	13	37.1	22	62.9	
Diğer	Evet	2	22.2	7	77.8	1.000

Hemşirelerin tutum sorularına verdikleri cevaplar sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldı. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin ölçek puanı 39.9 ± 7.7 ; ikinci basamakta çalışan hemşirelerin ölçek puanı 37.6 ± 5.1 ; üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin ölçek puanı 37.9 ± 6.7 olarak hesaplandı ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.002$). Çalıştığı birimde aşı uygulananların ölçek puanı 39.3 ± 6.9 ; çalıştığı birimde aşı uygulanmayanların ölçek puanı 37.4 ± 6.2 olarak hesaplandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003$). 5 yaş altı çocuğu olanların ölçek puanı 39.5 ± 6.3 ; 5 yaş altı çocuğu olmayanların ölçek puanı 37.1 ± 6.4 olarak hesaplandı ve bu da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.002$). Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, ailenin toplam geliri, görev yeri ve çalışma süresi ile tutum sorularına verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlam bulunamadı (Tablo 41).

Tablo 41. Hemşirelerin tutum sorularına verdikleri cevapların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Ölçek puanı Ort ± SD	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	37.9±6.4	0.625
Erkek	40.2±7.7	
Yaş		
≤38 yıl	38.7±6.6	0.018
>38 yıl	37.3±6.4	
Eğitim durumu		
Lise – Ön lisans	37.1±6.9	0.043
Lisans – Yüksek lisans	38.4±6.2	
Medeni hal		
Evli	38.1±6.4	0.319
Bekâr	37.5±7.5	
Ailenin toplam geliri		
≤7000 TL	39.4±6.9	0.360
>7000 TL	37.7±6.0	
Çalıştığı kurum		
Birinci basamak	39.9±7.7	0.002
İkinci basamak	37.6±5.1	
Üçüncü basamak	37.9±6.7	
Görev yeri		
Cerrahi birim	37.6±7.2	0.403
Acil servis	39.5±5.3	
Poliklinik	38.1±7.3	
Dahili birim	37.9±5.9	
Yoğun bakım	38.3±5.3	
Çalışma süresi		
≤10 yıl	39.0±7.0	0.024
11-20 yıl	38.3±6.1	
≥21 yıl	36.5±6.1	
Çalıştığı birimde aşı uygulanma durumu		
Evet	39.3±6.9	0.003
Hayır	37.4±6.2	
Beş yaş altı çocuğu olma durumu		
Evet	39.5±6.3	0.002
Hayır	37.1±6.4	

Hemşirelerin kendilerine aşı yaptıрма durumları ile bazı bağımsız değişkenler karşılaştırıldı. Çalıştıkları kurum ve görev yerleri ile kendilerine aşı yaptıрма durumları arasında hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır. Eğitim durumu, çalışma süresi, cinsiyet, çalıştığı birimde aşı uygulanma durumu ve medeni hal ile kendilerine aşı yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlam bulunamamıştır (Tablo 42).

Tablo 42. Hemşirelerin kendilerine aşı yaptıрма durumları ile bazı bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

Bağımsız Değişkenler		Aşı Yaptırmayan		Aşı Yaptıran		p değeri
		n	%	n	%	
Kurum	Birinci Basamak	2	2.7	73	97.3	*
	İkinci Basamak	0	0.0	95	100.0	
	Üçüncü Basamak	14	5.6	236	94.4	
Görev yeri	Cerrahi birim	8	6.3	119	93.7	*
	Acil servis	0	0.0	24	100.0	
	Poliklinik	2	1.7	119	98.3	
	Dahili birim	3	3.7	78	96.3	
	Yoğun bakım	3	4.5	63	95.5	
Eğitim durumu	Lise-Önlisans	5	3.4	143	96.6	0.901
	Lisans - Yüksek Lisans	11	4.2	254	95.8	
Çalışma süresi	≤10 yıl	6	4.1	141	95.9	0.914
	11-20 yıl	5	3.4	142	96.6	
	≥21 yıl	5	4.4	109	95.6	
Cinsiyet	Kadın	15	3.9	372	96.1	1.000
	Erkek	1	3.0	32	97.0	
Çalıştığı birimde aşı uygulanma durumu	Evet	6	4.2	136	95.8	0.889
	Hayır	9	3.4	255	96.6	
Medeni hâl	Evli	11	3.3	327	96.7	0.200
	Bekâr	5	6.3	74	93.7	

* : Hücrelerde yeterli veri olmadığından Ki-kare analizi yapılamamıştır.

5. TARTIŞMA

Birincil görevi, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek olan sağlık çalışanlarının, özellikle hasta veya sağlıklı danışanlarla iletişim halinde olan hemşirelerin aşılama, bu konudaki bilgi düzeyi ile yönlendirici olması, davranışıyla topluma örnek olması koruyucu sağlık uygulamalarının önemli basamaklarından birini oluşturmaktadır. Öte yandan sağlık çalışanları için uygulanan etkili aşılama programlarının sağlık personeli koruduğu gibi iş ortamı kaynaklı bulaşıcı enfeksiyonları azalttığı bilinmektedir. Bununla beraber aşı yaptırmaya ile ilgili kaygıların son yıllarda artmasıyla, toplumu bilgilendirmek, doğru bilinen yanlışları düzeltmek ve en önemlisi bireylerin başvurdukları sağlık kuruluşlarında bilgi alabilecekleri kişilerin sağlık çalışanı olması nedeniyle aşı ile ilgili bilgi, davranış ve tutumu, sağlık çalışanının rolünü daha da önemli kılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının topluma rol model olmasından dolayı aşılama ile ilgili bilgi düzeyi, davranış ve tutumlarını inceleyen çalışmalara, ihtiyaç vardır. Çalışmamızda Trabzon Orta hisar ilçesindeki birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin aşı ile ilgili bilgi, davranış ve tutumlarına bakılmış ancak çalışma sadece bölgemizde yapıldığı için tüm sağlık çalışanlarının durumunu yansıtamamaktadır.

Katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde bulunan aşılama sorulduğunda büyük çoğunluğu, kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), karma aşılama, oral polio, BCG, hepatit B ve suçiçeği seçeneklerini en fazla işaretlemişlerdir. Çocukluk çağı aşılama yönelik soruya birinci basamak çalışanlarında tamamına yakını doğru cevap vermiş diğer basamaklara kıyasla bilgi düzeyi daha yüksektir. Kişilerin çalıştıkları kurum ve birimlere göre profesyonelleştiği, ilgi alanları doğrultusunda eğitimler aldıkları ve genel sağlık eğitiminin güncellenmemesi nedeniyle beklenen bir sonuç olmuştur. Ancak sadece birinci basamak hemşirelerinin değil, diğer kurumlardaki tüm sağlık çalışanlarının çocukluk çağı aşılarıyla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması, sağlık çalışanının danışılan, örnek olan ve eğitim veren rolü dolayısı ile gereklidir.

Çocukluk çağı aşılamaya yaptırmaya durumlarına bakıldığında ikinci basamak çalışanlarında tamamına yakını yaptırmışken bütün basamakların yaptırmaya oranları yüksektir.

Başarılı bir bağışıklama programı ile çocukluk döneminde aşı ile korunabilir enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinin yanı sıra, bu hastalıkların ilerleyen yaşlarda, yetişkinlik ve yaşlılık döneminde de kontrol edilebilmesini sağlamaktadır. Bağışıklamanın etkin olabilmesi için 0-5 yaş grubundaki tüm çocukların en az %90'ının aşılama gerekir (1). Aşılama çalışmalarında temel amaç, her bir antijen için hedef kitlenin %90-95'ine ulaşmaktır. Çünkü 12 ay altındaki çocuklarda aşılama yüzdesi 90-95'lere ulaştığında aşıyla önlenemez enfeksiyon hastalıklarının toplum için artık tehlike olmaktan çıkacağı düşünülmektedir (93). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada anneler tarafından çocukları için uygulanan rutin aşı şemasındaki aşılama eksiksiz bilinme düzeyi oldukça düşük bulunmuştur. Kürtüncü ve ark. yaptıkları çalışmada annelerin çocukluk çağı aşılarıyla ilgili BCG ve Kızamık aşısı en bilinen aşı olarak bulunmuştur (94). Vonasek ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise; en bilinen aşılama Polio (%81.3) ve Kızamık (%77.5) olduğu gözlenmiştir (95). Bizim çalışmamızda da KKK ve polio, en bilinen aşılama olduğu görülmüştür.

5 yaş altı çocuğu olan katılımcıların 1. çocuklarında yaptırdıkları aşılama yüzdeleri Hepatit B için %90.6, BCG, %89.1, DaBT-İPA-ib %85.5 bulunmuştur. Yıllar içinde ülkemizde hem Beş yaş Altı Ölüm Hızı'nın binde 37'den 11'e hem de bebek ölüm hızı binde 28'den 7'ye, azaldığı görülmektedir (96). Bu azalmanın en temel sebebi, geliştirilen sağlık hizmetlerinin topluma sunulması yanında özellikle 0-5 yaş arası çocuklarda aşılamanın kapsayıcılığıdır. Türkiye'de 2003 ve 2011 yıllarına ilişkin 0-5 Yaş Çocukların Aşılama yüzdesi önemli ölçüde yükselmiş, bunun sonucu olarak beş yaş altı ölüm hızının azaldığı söylenebilir. (96). Öte yandan T.C Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yıllıkta ülkemizde beşli karma aşı (DaBT+İPA+Hib) üçüncü doz aşılama hızı,%78'den %96'ya çıkmışken ilimizin bulunduğu Doğu Karadeniz bölgesi aşılama hızı %87'den %98'e çıkmıştır (30). Çalışmamızda bu aşılama hızı %87,0 bulunmuş ancak bunun nedeninin çalışmamızda 6 ayından küçük çocukların olmasının neden olduğu düşünülebilir.

Çocuklarına aşı yaptırmayan katılımcılara aşı yaptırmama nedenleri sorulduğunda her üç çocuk için de zorunlu olmayan hiçbir aşıyı yaptırmayı uygun bulmama en fazla gösterilen nedendir. Yapılan çalışmalarda ailelerin aşı yaptırmama nedenlerinin başında; aşılama içeriğinde bulunan kimyasalların insan sağlığına zararlı olduğu, aşı üreten firmaların para kaygısı gelmektedir (4). Bu bağlamda katılımcılar sağlık bakanlığının

takvime almadığı aşılarla ilgili bu tür kaygılar nedeniyle zorunlu değil ise yaptırmadıklarını belirttikleri düşünülebilir. Bu konuda yapılması gereken ise meningokok, rotavirüs ve influenza gibi önemli aşılarda çocukluk çağı aşılama takvimine alınması olabilir. Katılımcıların yaptırmama nedenlerine verdikleri cevaplar hastalığı doğal geçirerek bağışık olmayı uygun bulma, bulaşıcı hastalıkların sık görülmemesi, herhangi bir hastalık salgını olmadığı, aşının koruyuculuğuna inanmamaları ve aşının bazı hastalıklara neden olduğunu düşünmeleri takip etmiştir ve literatür ile doğru orantılıdır (4, 83, 86).

Yapılan çalışmalarda bazı ailelerin çocuklarının hastalığın geçirilerek oluşan doğal bağışıklığın çocuklar için aşılama ile elde edilen bağışıklıktan daha önde olduğuna inandığı görülmektedir. Hastalığın geçirilerek bağışıklık sisteminin güçlenmesini sağlayacağı düşüncesi ailelerde sık karşılaşılan bir görüştür. Aileler çocukluk döneminde bu bulaşıcı hastalıkların geçirilmesinin aslında çocuklarına uzun vadede faydalı sağlayacağını, büyüdükçe bağışıklık sisteminin güçlenmesine katkısı olacağını düşünmektedirler (91). Çapanoğlu ve ark. Yaptığı çalışmada ailelerin bulaşıcı hastalıkların geçirilebileceğini, aşının hem hastalığa karşı korumadığını hem de aşı olmayınca hastalığı daha kolay geçireceğine dair düşünceleri olduğu belirtilmiştir (97).

Aşı ile önlenabilir hastalıklar aşılamanın getirdiği yararlarla toplumda daha az yaygınlaştıkça özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aileler aşılarda gerekliliği konusunda daha az kaygı yaşamakta, bu hastalıkları artık önemli bir sağlık sorunu olarak görmemeye başlamaktadırlar. Bu hastalıkların artık sık görülmediği aşı olunmasına gerek yok algısı oluşturmaktadır. Oysaki hastalıkların aşılamanın azalmasıyla tekrar görülmeye başlaması ve salgınlar oluşması aşı reddi bölümünde anlatıldığı üzere yapılan çalışmalarla ortaya konmuş korkutucu bir gerçektir (91). Çalışmalarda tespit edilen bu durum çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında da karşımıza çıkmaktadır. Ancak sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyinin toplumdan daha önde olması gerektiği ve bunun uygulamaya yansımaları gerektiği ortadadır. Bu sorunun çözümü için gerekli eğitimlerin tekrarlanması önemlidir.

Çalışmamızda hemşirelere erişkin grup aşı uygulamasında bulunan aşılarda sorulduğunda %85.2'si hepatit B, %79.8'i tetanos, %54.3'ü influenza, %44.5'i hepatit A, %32.4'ü kuduz seçeneklerini işaretlemişlerdir.

Birinci basamakta çalışanların tamamına yakını tetanos işaretlerken, ikinci ve üçüncü basamakta çalışanların tamamına yakını ise Hepatit B seçeneğini işaretlemiştir. Sağlık çalışanlarının iş kaynaklı mesleki riskleri ile hizmet verdikleri gruplar göz önüne alındığında hastane ortamında çalışanların erişkin aşılmasında en öncelikli olarak hepatit B olarak görmesi yanında birinci basamaktaki çalışanların gebelik tetanos aşısı uygulaması ile erişkin tetanos aşısı uygulamasını daha fazla yapıyor olmaları bu yönde karar vermelerine neden olduğu düşünülebilirken tüm katılımcıların verdikleri cevaplarda tetanos ve influenza seçenekleri de öncelikli olarak işaretlenmiştir. Bu doğrultuda, Türkiye’de Aşık Z. ve arkadaşlarının yaptığı 19-63 yaş arası 100 kişinin aşı anamnezinin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların %59’u en az bir defa aşılanmış, %41’i ise hiç aşılanmamış olarak bulunması yanında aşı olanlarda en fazla yapılan aşı tetanos aşısı (%72.8) olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında en fazla bilinen aşı influenza (%32) olarak belirlenirken bunu sırasıyla; tetanos (%30), hepatit B (%12) olduğu belirtilmiş ve en fazla yaptırılma oranına sahip tetanos aşısı ise koruyuculuğu konusunda en fazla güven duyulan aşı olarak belirtilmiştir (98).

Erişkin aşılama ile ilgili bilgi düzeyi aşı yaptırma durumlarını etkileyeceği ortadadır.

Avrupa aşı uzmanları zirvesi “Summit of Independent European Vaccination Experts (SIEVE)”nin bağımsız kuruluş raporunda; erişkin aşılama konusunda eksikliklere dikkat çekilerek, hekim ve sağlık personelinin erişkin aşı uygulaması ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının oldukça önemli bir basamak olduğu vurgulanmıştır (77).

Katılımcılara çalıştıkları basamaklara göre erişkin aşı uygulamalarındaki hedef gruplar sorulduğunda her üç basamakta da en fazla sağlık çalışanları seçeneği işaretlenmiştir. Bu çalışmamızda sağlık çalışanlarının aşılanması gereken hedef grupların başında olduğu farkındalığını yaratmak adına geri bildirimi alınmış önemli bir sonuçtur. Bunu gebeler, hepatit B taşıyıcısı olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri cevapları izlemektedir. Araştırmamızda birinci, ikinci, üçüncü basamak çalışanları bu soruya aynı doğrultuda cevaplar vermiştir.

Erişkin aşılamının çocukluk çağı aşılması kadar önemli olduğu doğrultusunda iyi seviyelere gelmesi açısından sağlık çalışanlarına karşılaştıkları hastalar, hasta

yakınları ve diğer bireyler aracılığıyla, toplumun bilgi, eğitim ve farkındalık düzeylerinin artırılması için eğitimler yapılması önemli bir basamak gibi görünmektedir. Çocuk aşılama da olduğu gibi erişkin aşı kartı uygulaması da bu konuda yararlı olabilir.

Katılımcıların birinci gebeliklerinde %70.3'ü, ikinci gebeliklerinde %54.0'ı, üçüncü gebeliklerinde %39.2'si, iki doz tetanos aşısı yaptırmıştır. Birinci gebeliklerinde 2 doz tetanos yaptırma durumu sırayla birinci, ikinci ve üçüncü basamak çalışanlarıdır.

Katılımcıların birinci gebeliklerinde %92.4'ü, ikinci gebeliklerinde %95.9'u, üçüncü gebeliklerinde %100'ü influenza aşısı yaptırmamıştır. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin birinci gebeliklerinde %98'i influenza aşısı yaptırmamıştır ve ikinci ve üçüncü gebeliklerinde influenza aşısı yaptıran yoktur. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin %91.6'sı ilk gebeliklerinde influenza aşısı yaptırmamış, ikinci gebelikte %97.7'si, üçüncü gebelikte tamamı influenza aşısı yaptırmamıştır. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin birinci gebeliklerinde %90.6'sı influenza aşısı yaptırmamış, ikinci gebeliklerinde %92.8'i, üçüncü gebeliklerinde tamamı influenza aşısı yaptırmamıştır.

İlk gebeliklerde iki doz tetanos aşısı yaptırma durumu her üç basamak için de yüksek olması ile beraber %70.3'ünün iki doz aşı yaptırmıştır. Katılımcıların mesleki açıdan risk altında olduğu ve bu nedenle aşının gebelik öncesi primer serisi tamamlanmış olabileceği düşünülse de aksi bir durumun özellikle sağlık çalışanlarında gebelik tetanos aşı takviminin uygulanmamış olması anlamına gelmektedir ki bu toplum açısından oldukça büyük bir sorundur. Yapılan çalışmalarda maternal ve neonatal tetanosa bağlı ölümlerin ancak ve sadece aşı ile önlenabiliyor olması ortaya konmuş ülkemizde Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Amaç ve Hedeflerinde aşılama öncelikli yer verilmiştir. 1970'lerden beri anne ve yeni doğan tetanosun eradikasyonu için bu strateji kullanılmıştır (65). Tetanosa karşı gebelikleri esnasında; 1 doz aşı yapılanlarda %93.5, 2 doz aşı yapılanlarda %95.6 koruyuculuk sağlandığı aşı serisi tamamlandığı durumda ise en az 10 yıl koruyuculuğun devam ettiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (99). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 117 anneye yüz yüze görüşme yöntemiyle anket yapılmış gebelikte tetanos aşısı yaptırma oranı %31 bulunmuş, aşı yaptırmama nedenleri arasında gebelikte tetanos aşısının yapıldığını bilmeme (%48), önemsememe (%23) ve kadın doğum uzmanının önermemesi (%8)

olarak bulunmuştur (100). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki gebelerde influenza ilişkili hastane yatış riski diğer bireylere oranla 2-3 kat yüksektir (100, 101).

Ülkemizde 2009-2010 H1N1 salgını sırasında en fazla ölüm gebeler, 65 yaş üstü, 0-4 yaş grubu ve kronik hastalığı olanlarda görülmüştür (64). Yine bu salgın sırasında gebelerdeki hastaneye yatış oranlarının gebe olmayan kadınlara göre 7.2, yoğun bakım gereksiniminin ise 4.3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan analizler, gebelik dönemindeki aşılamayla mortalitenin %76 oranında azalabileceğini göstermektedir (59). Özellikle annenin aşılınması ile oluşan antikorlar pasif bağışıklama yoluyla bebeği yaşamının ilk altı ayında korumakta; bebeğin yaşamının ilk zamanlarında solunum yolu enfeksiyonları sebebiyle hastaneye yatışını azalttığı görülmüştür (59). ABD de 307 lohusanın katıldığı bir başka çalışmada annelerin %23'ü H1N1 için risk altında olmadığını, %24'ü ise enfekte olsa bile bu durumdan olumsuz etkileneceğini düşünmediğini ifade etmiştir. Yine yurt dışında yapılan 242 lohusanın katıldığı aşılanma tutumu ile ilgili bir anket çalışmasında 106 anne gebelikte “tüm gereksiz ilaçlardan, tıbbi uygulamalardan, influenza aşısı gibi rutinde olmayan aşılarından kaçınmak gerektiğini” ifade etmiştir (101, 102).

2018 yılında ABD’de gebelik sırasında influenza aşılanma sıklığı; %36.8 olmuştur. Bangladeş, Kontrollü – randomize çalışmada influenza aşılması ile İnfluenza benzeri hastalık sıklığı annede %36, yeni doğanda %29 azalmıştır (103). Nepal’de 2011-2013 yılında Kontrollü-randomize çalışmada Maternal influenza benzeri hastalık %19 azalmış 6 ayından küçük yeni doğanlarda influenza enfeksiyon gelişimini %48 azaltmakta, 6 ayın üzerindeki bebeklerde ise ağır pnömoni gelişme sıklığını %20 azalttığı görülmüştür (104). Gebelik aşılmasında annenin en büyük kaygısının bebeğe zarar verme olduğu ve gerekli olmadıkça aşı vb. uygulamalardan kaçındığı yapılan çalışmalarda bildirilmiş olsa da herhangi bir gebelik döneminde uygulanan influenza aşılmasının konjenital malformasyon gelişimi ile ilişkisi saptanmamıştır (104-107). Çalışmamızda da aşılanma oranlarının düşük olması toplumun bu kaygısıyla eş değer olabileceği düşüncesi ile özellikle rol model olan sağlık çalışanlarının gebelik dönemi aşılarıyla ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi bu konuda hizmet içi eğitimlerin yapılması gerektiği görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %90.7'si sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşırı Hepatit B seçeneğini işaretlerken, %61.7'si tetanos, %41.0 influenza, %40.7'si Hepatit A, %15.0'ı HIV, %14.0'ı KKK olarak değerlendirmiştir.

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin %86.7'si sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşırı Hepatit B olarak belirtirken, %68.0'ı tetanos, %40.0'ı KKK, %38.7'si influenza, %37.3'ü Hepatit A olduğunu düşünmüşlerdir. İkinci basamakta çalışan hemşirelerin %95.8'i Hepatit B, %53.7'si tetanos, %36.8'i Hepatit A, %34.7'si influenza seçeneğini işaretlemişlerdir. Üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin ise %90.0'ı Hepatit B, %62.8'i tetanos, %44.0'ı influenza olarak değerlendirmişlerdir.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'yle sağlık çalışanlarının Td, KKK, Mevsimsel İnfluenza, Hepatit-A, Hepatit-B, Meningokok, Su çiçeği aşırı ile aşılınmaları önerilmiş, aşılınması gereken personelin bağışıklama yöntemleri bu protokolde belirlenmiştir (108). Çalışmamızda ise her üç basamakta çalışan hemşireler öncelikli olarak Hepatit B aşısının yapılması gerektiğini belirtmişler ikinci sırada ise tetanos yanıtını vermişlerdir. Yaptırdıkları aşırı yine aynı doğrultuda olup bunu influenza aşırı takip etmektedir. Hepatit B aşırı en fazla ikinci basamakta uygulanmışken tetanos aşılama oranı üçüncü basamakta daha düşük uygulama oranındadır. İnfluenza aşılama durumu birinci basamakta en yüksekken üçüncü basamakta en düşüktür. Genel olarak bakıldığında üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin aşılama durumları diğer basamaklara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları birimler göz önüne alınarak aşırı yaptırma durumlarına bakıldığında; İkinci basamakta çalışan katılımcıların çalışmakta oldukları görev yerleri fark etmeksizin hepsinde en fazla yapılan aşırı Hepatit B olmuştur. İkinci basamak yoğun bakımlarda çalışanlarda tetanos, hepatit B, KKK ve suçiçeği aşırı yaptırma oranları diğer birimlere göre en yüksektir. Dahili birimlerde çalışanların influenza aşırı yaptırma oranları diğer birimlere göre en yüksektir.

Üçüncü basamakta çalışan katılımcıların da görev yerleri fark etmeksizin en fazla yaptırdıkları aşırı yine Hepatit B bulunmuş, hepatit B, tetanos, influenza başta olmak üzere aşırı yaptırma oranı en yüksek birim acil servis olmuştur. Yoğun bakımlarda

Çalışanların hepatit A, KKK ve suçiçeği aşılanma oranları diğer birimlere göre yüksek bulunmuştur.

Sağlık alışanlarının hasta bakımına ayırdıkları süre ne kadar artarsa, sağlık çalışanlarının bulaşıcı enfeksiyon ajanlarına ve kesici delici yaralanmalara maruz kalma olasılığı da artmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanları aşıyla önlenebilen hastalıklara karşı aşılanması gereken kişilerin başında gelir. Çalışmamızda hemşirelerin verdiği cevaplara bakıldığında; sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşılar ile kendilerine yaptırdıkları aşılar doğru orantılıdır.

Kanla direkt teması olan sağlık alışanlarında HBV prevalansı %1-2 iken, kanla direkt teması olmayanlarda prevalansın %0.3 olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde bu oran %2-14 olarak bildirilmektedir (109). DSÖ, 1992 yılında hepatit B'yi sağlık personeli için “meslek hastalığı” olarak kabul etmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı da 1996 yılında sağlık çalışanlarının taranması ve uygun olan kişilerin aşılanması çalışmalarını başlatmıştır (110).

ABD’de HBV aşı kampanyası ile sağlık çalışanları arasında HBV enfeksiyon sıklığı %98 oranında azalmıştır. ABD’de 19 yaşı ve üzerindeki sağlık alışanlarında 3 doz ve zeri HBV aşı uygulaması %63,8’dir. 2020’de bu oranı %90’a yükseltmek hedeflenmektedir (111).

Ülkemizde HBV aşı programının başarısı sağlık çalışanlarının aşılanma oranlarında gözlenmiştir. Çalışmamızda olduğu gibi ülkemizdeki diğer merkezlerde de sağlık çalışanları arasında %83 oranında aşılama düzeyi tespit edilmişken, yapılan çoğu çalışmada sağlık personelinin Hepatit B aşılanma oranı %26-93 arasında değişmektedir (112).

Karacaer ve ark. Yaptığı sağlık çalışanlarının bağışıklaması ile ilgili çalışmada, H1N1, HBV ve sağlık personeli için önerilen kızamık aşısını yaptıranların oranı sırasıyla %46.6, %82.6, %18.3 olarak bulunmuştur (111).

Bir başka çalışmada yaptırdıkları aşılar yönünden sorgulanan sağlık çalışanların %27.0’si kızamık, %15.0’i kızamıkçık, %14,4’ kabakulak, %12.8’i suçiçeği %16.8’i hepatit A, %63.8’i en az 3 doz hepatit B aşısı aşılarını yaptırmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanları arasında tetanos-difteri (Td) immnizasyonunu tamamlayanların oranı %49.7 bulunmuştur (112). Yurtdışında yapılan bir aşılanma ile ilgili çalışmada, sağlık

Çalışanları arasında grip aşısının daha yüksek oranda uygulandığı, %48 ile %70 arasında değiştiği ifade edilmiştir (113).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise sağlık personelinin influenza açısıyla aşılanma oranları ve aşılanmayanlarda aşılanmama nedenleri irdelenmiş ve bu oranın çok altında olduğu görülmüştür. Dönmez ve ark. 2005-2006 yılında yaptığı çalışmada, aşılanma oranı 235 çalışanda %14.5 olarak bulunmuştur (114). Karadağ ve ark. nın 2015 yılında yaptığı çalışmada 179 sağlık çalışanının %18.4'ünün aşılandığı bildirilmiştir (115).

2009 pandemisinde, Gürbüz ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada, 570 çalışan değerlendirilmiş, aşılanma oranları H1N1 aşısı için %39.6 ve mevsimsel grip aşısı için %42.3 bulunmuştur (116).

İkinci ve ark. nın yaptığı bir araştırmada katılımcıların %35.5'inin hiç grip aşısı yaptırmadığı, sadece %8'inin düzenli olarak her yıl aşılandığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada 2009 sezonunda %28.5 oranında grip aşısı uygulandığı, %43.8 personelin H1N1 grip aşısı yaptırdığı belirlenmiştir (117).

Bir çalışmada influenza aşılanma oranlarının %4'den %67'ye artması ile sağlık çalışanları arasında vaka sayısı %42'den %9'a gerilemiştir. Bu uygulama ile aynı merkezde nozokomiyal enfeksiyon vaka sayısının %32'den %0'a düştüğü belirlenmiştir (111).

Başka bir çalışmada ise beş sağlık çalışanının aşılanmasının bir influenza benzeri hastalığı önlerken, sekiz çalışanın aşılanması ise bir ölümü önlediği gösterilmiştir. Kemik iliği alıcıları dahil hastanede takip edilen hastaların sağlık çalışanlarının aşılanması ile influenza enfeksiyonundan korunduğu da bilinmektedir (118).

Sarı ve ark. Yaptığı çalışmada tüm katılımcıların 2015-2016 sezonunda influenza aşısı olma yüzdesi %4.3 olarak bulunmuştur (118). Ülkemizde sağlık çalışanlarının influenza aşısı yaptırma oranları genel olarak düşük olmakla birlikte salgın durumlarında arttığı gözlemlenmiştir. Bizim alışmamızda da influenza aşılanma oranları düşük olmasına karşın diğer merkezlerdeki oranlara göre yüksek olduğu görülmüştür.

Ülkemizde sağlık çalışanlarında tetanos aşısı yaptırma oranları Türkistanlı ve ark. ile Öncül ve ark. yaptıkları iki ayrı çalışmada sırasıyla %32.5 ile %70.6 arasında değiştiği saptanmıştır (119, 120).

Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının tetanos aşı yaptırma durumları birinci basamak çalışanlarda daha yüksekken diğer basamaklarda bu değerler arasında olup ülkemiz ortalamasıdır.

Ülkemizin de içinde olduğu birçok dünya ülkesinde, kızamık vakaları 2011 yılında artmaya başlamış, 2012-2013 yıllarında hızlı bir yükseliş göstermiştir. Çalışmamızda katılımcıların %11.9'u KKK aşısı yaptırdıkları görülmüş, basamaklar karşılaştırıldığında KKK aşılarını yaptırma oranları; birinci basamakta %22.7, İkinci basamakta %4,0 ve Üçüncü basamakta %11.6'dır. KKK aşılama oranları tüm basamaklarda yine oldukça düşük olmakla birlikte ikinci basamakta çalışan hemşirelerde en düşük olduğu görülmektedir.

Göreve başladıktan sonra sağlık çalışanlarına önerilen aşıları yaptırmayanların %25.0'ı zorunlu olmayan hiçbir aşığı yaptırmayı uygun bulmadığı için yaptırmadığını ifade etmiştir. Katılımcı hemşirelerimizin %6.3'ü genel olarak hiçbir aşıya güvenmediği için aşı yaptırmamışlardır. Çocukluk çağı aşı uygulamasındaki aşı yaptırmama nedenleri ile paralel sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili tutum sorularına verdiği cevaplar puanlandığında hemşirelerin 5 yaş altı çocuğu olanların ölçek puanı 39.54 ± 6.32 ; 5 yaş altı çocuğu olmayanların ölçek puanı 37.14 ± 6.47 olarak hesaplanarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Bu bağlamda aşı ile ilgili tutum sorularına verilen cevaplar arasında Çocukluk çağı aşılarının mutlaka yaptırılması gerektiğini düşünürüm sorusuna tamamına yakını (%90) katılıyorum veya tamamen katılıyorum dedikleri görüldü. Bununla beraber bulaşıcı hastalıkların bana hiç bulaşmayacağını düşünürüm sorusuna ise toplam %82.6'ı katılmıyorum veya hiç katılmıyorum cevabını vererek tutumlarını aşılama lehine olduklarını belirtmişlerdir. Tutum sorularına verilen cevaplara göre hesaplanan ölçek puanı Birinci basamakta çalışan hemşirelerin, 39.9 ± 7.7 ; ikinci basamakta çalışan hemşirelerin 37.6 ± 5.1 ; üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin ölçek puanı ise 37.9 ± 6.7 olarak hesaplanmış ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Ancak yaklaşık %12'lik bir kısım aşıların yararına

inanmadıklarını ifade etmiştir. Çalıştığı birimde aşı uygulaması yapan hemşirelerin ölçek puanı 39.3 ± 6.9 iken çalıştığı birimde aşı uygulanmayanların ölçek puanı 37.4 ± 6.2 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.003$). Çapanoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada sağlık çalışanları ve aileler aşı yaptırma ile ilgili kararları konusunda karşılaştırılmış, her iki grupta da hastalıkları geçirerek doğal yollarla bağışık olmasının aşılarından daha güvenilir olduğu ifade edilmiş aşı güvensizliği olduğu görülmüş (97). Topçu ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların yarıdan fazlası aşılarla güvenmediğini ifade etmiş, çocuklarının aşıyla önlenabilir enfeksiyon hastalıklarına yakalanmayacağını ve aşıların çocukları için zararlı olabileceğini söylemişlerdir (121). Avrupa Birliği ülkelerinde yayınlanan 145 makale analizinin yapıldığı bir çalışmada aşı yaptırma ile ilgili yaşanan büyük endişenin aşı güvenliği konusunda olduğu ve çoğunlukla aşıların risklerinin yararlarından fazla olduğu kanaatine yol açtığı görülmüştür (117). Yapılan bir çalışmada aşı yaptırmayan katılımcı sağlık çalışanlarından bazıları kendi meslekleri hakkında öz eleştiri yaparak hastalara, danışanlara yeterli bilgilendirme yapılamadığını, yapılacak etkili bilgilendirme ile aşı redlerinin azaltılacağını belirtmişlerdir (97). 2014 yılında 1323 sağlık personelinin yaptırdıkları aşıların değerlendirildiği bir çalışmada ise en fazla aşı reddi sebebi, aşıların etkinliğinden şüphe duyma (%20.8) ve aşıya ihtiyaç duymama (%16.6) olarak bulunmuştur (118).

Ülkemizde ve tüm dünyada aşı reddi veya tereddüdü ile ilgili davranışların toplum arasında çoğalması nedeniyle topluma aşılama hizmeti veren ve aynı zamanda bu hizmeti alan konumundaki hemşirelerin tutumları oldukça önemlidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili bilgi düzeylerini, davranış ve tutumlarını görmek amacıyla yaptığımız çalışmada, sağlık profesyoneli hemşirelerin çalıştıkları basamaklara göre bilgi düzeylerinin farklı olduğu, aşı uygulama durumlarının her basamakta çalışan hemşirelerde beklenenden düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda her ne kadar aşı ve aşılama lehine sonuçlar bulunmuş olsa dahi aşı tereddüdü ve aşı redleri DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı ve küresel olarak sağlığı tehdit ettiği belirlenen önemli halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle aşı uygulamalarında önemli rol oynayan sağlık çalışanı hemşirelerin aşı ile ilgili bilgi düzeylerinde önemsenecek yetersizlikler olduğu görülmüş, sağlık personelinde etkin ve sürekli olarak davranış değişikliği yapacak şekilde eğitimlerin planlanması ve uygulanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının öncelikle kendilerine aşı yaptırma konusunda bilgi düzeylerini artırma yönünde eğitimler aşılama etkinliği, yan etkileri gibi konularda doğru, yeterli ve güvenilir bilgi verilmesi, endişe ve kaygıların önüne geçilmesi gerekmekte bununla beraber toplumdaki aşılama oranlarının daha da artması beklenebilir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının yanlış bilgilerini düzeltmek ve bilgi düzeylerini arttırmak için; eksikliğini duydukları konularda yeterli düzeyde bilimsel verileri paylaşmak gerekmektedir. Sağlık çalışanları aşılama durumlarını arttırmak için ülke genelinde yapılan standart bağışıklama programlarına alınabilir. Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanacak bağışıklama programlarında Hepatit A, Hepatit B, influenza, Tetanoz aşılarının yer alması yanında ayrıca bağışıklığı olmayan sağlık çalışanları için Suçiçeği, Kabakulak, Kızamık aşılara da yer verilmesi ve tüm sağlık çalışanlarını kapsayan ve kendi sağlıklarını öncelikli korumasını sağlayacak eğitim çalışmalarının artırılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, 2009/17.
2. Birinci Basamak Sağlık alışanları İçin Aşı Rehberi (2018). T¼rk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Nisan 2018.
3. Erişkin Bağışıklama Rehberi (2016). T¼rkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Mayıs 2016.
4. Arıcan MD, Baltalı HO, Mergen H (2019). Sağlık alışanları arasında aşılanmaya genel bakış, aşı kabul¼ ve reddini etkileyen fakt¼rler. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi, İzmir, 07-09 şubat 2019, 96-97.
5. G¼r E (2019). Aşı kararsızlığı-aşı reddi. T¼rk Pediatri Arşivi 54(1): 1-2.
6. Akdeniz M, Kavukcu E (2016). Çocuklarda aşılama. Klinik Tıp Aile Hekimliği 8: 48-58.
7. Arg¼t N, Yetim A, G¼kay G (2016). Aşı kabul¼n¼ etkileyen fakt¼rler. ocuk Dergisi 16(1-2): 16-24.
8. Akşit S (2012). Aşılarla ilgili genel kurallar. Klinik Gelişim 25: 4-11.
9. Riedel S (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Proceedings (Baylor University Medical Center) 18(1): 21–5.
10. Camcıoğlu Y (2011). Ergenlik ağında yeni aşılar. T¼rk Pediatri Arşivi Dergisi 46: 39-42.
11. S¼mer Z (2011). Aşıların imm¼nolojik temelleri. T¼rkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi 2(5): 19-22.
12. Tolunay O (2019). T¼rkiye’de aşı takviminin tarihçesi. Y¼ksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana.
13. Poulakou-Rebelakou E (2003). İki kadın gezginin iek aşısı tarihine katkısı. T¼rkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 11(1): 4-7.

14. Laloğlu F (2009). Çocukların beslenme, büyüme, gelişme ve aşı takibini etkileyen sosyodemografik faktörlerin araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
15. Eroğlu H, Dinç G, Şimşek F (2014). Osmanlı imparatorluğunda telkîh-i cüderî (çiçek aşısı). Milli Folklor Dergisi 26(101): 193-208.
16. Riedel S (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Proceedings (Baylor University Medical Center) 18(1): 21–5.
17. U.S Department of Health & Human Services [online]. Available from: <https://www.vaccines.gov/basics/types>. [Accessed 9 July 2019].
18. World Health Organization, Vaccine Safety Basic [online]. Available from: <http://vaccinesafety-training.org/subunit-vaccines.html>. [Accessed 9 July 2019].
19. Kutlu HH, Altındış M (2018). Aşı karşıtlığı. Flora 23(2): 47-58.
20. Soysal A (2018). Aşı karşıtlığı. Madde, Diyalektik ve Toplum 3: 263-271.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı İçerikleri (2019) [online]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri>. [Accessed 9 July 2019].
22. Karataş H (2007). Sağlık personelinin parenteral aşı uygulama kliniği ve bölge seçimi konusunda bilgilerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
23. Ülkemizde güncel aşılama (2018). Milli Pediatri Derneği [online]. Available from: <https://millipediatri.org.tr/wpcontent/uploads/2018/03/asilama.pdf>. [Accessed 9 July 2019].
24. Yapıcı G, Yeniocak Tunç A (2019). Ülkemizde aşı ile korunabilen hastalıklara yönelik yürütülen eliminasyon ve eradikasyon programlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 9: 171-183.
25. Ceyhan M (2013). Pediatrik aşılarda güncel yaklaşımlar. Ankem Dergisi 27: 33-37.

26. Aşının Yararları (2019). T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [online]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/27-ashinin-yararlari.html>. [Accessed 31 August 2019].
27. Çalışkan D, Piyal B, Akdur R, Ocaktan ME, Yozgatlıgil C (2016). An analysis of the incidence of measles in Turkey since 1960. Turkish Journal of Medical Sciences 46: 1101-1106.
28. WHO Global Vaccine Action Plan 2011–2020 (2013). World Health Organization [online]. Available from: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en [Accessed 31 August 2019].
29. Özkan S, Ceylan M (2014). Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu. Ankara, 27-29 Mart 2014.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara.
31. Konjuge pnömokok aşısı uygulaması hakkında (2019). T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [online]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/duyurular/2402-konjuge-pnomokok-ashisi-uygulama-semasi.html>.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı (2019) [online]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,21088/sagliga-asilanin.html>. [Accessed 31 August 2019].
33. Gülcü S, Arslan S (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 8: 34-43.
34. Aktaş Tapırsız A (2010). Akut gastroenteriti olan 5 yaş altı çocuklarda rotavirüs suşlarının pcr ile tiplendirilmesi ve belirlenen tiplerin klinik ağırlık derecesi ile ilişkisi. Yandal uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
35. Şahbaz A, Erol O (2014). HPV aşısı uygulamaları. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology 2: 126-30.
36. Zafer K (2007). Meningococcal vaccines. Turkish Archives of Pediatrics 42: 51-8.

37. Kurugöl Z (2013). The national vaccination schedule in previously healthy children: The practical recommendations about additional vaccines. BMC Pediatrics 13: 98.
38. Akşit S (2012). Aşılarla ilgili genel kurallar. Klinik Gelişim 25: 4-11.
39. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [online]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. [Accessed 31 August 2019].
40. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni (2017). T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2017.
41. Ünlüoğlu İ, Pala B (2011). Erişkinlerde aşılama. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics 2(5): 66-69.
42. Candan H (2017). Bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılanma durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
43. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (2007). T.C. Resmi Gazete, 26670, 11 Ekim 2007
44. İneli BU (2016). 18 yaş üstü erişkinlerin, erişkin aşıları konusundaki bilgi, tutum ve görüşleri ile aşı yaptırma oranlarının değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya.
45. Beyazova U, Güler E, Yücel A, Şahin F (2002). Diphtheria immunity of different age groups in Turkey. Japanese Journal of Infectious Diseases 55(2): 52-54.
46. Özkök S (2016). Current situation on measles, rubella, mumps and chickenpox vaccinations. The Medical Journal of Okmeydanı Training and Research Hospital 32: 20–23.
47. Avcı HH, Selçuk EB, Pehlivan E, Elbe H (2014). Implementation of a new vaccine in Turkey: Hepatitis A. Eurasian Journal of Family Medicine 3: 9-14.

48. Yardımcı B, İneli B, Akdeniz M (2016). Erişkinlerde aşılama. Klinik Tıp Aile Hekimliği 8: 29-47.
49. Koldaş ZL (2017). Vaccination in the elderly population. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 45(5): 124-127.
50. Apaydın H (2017). Diyabetik hastalarda influenza, pnömokok, hepatit B aşılama oranları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul.
51. Heo JY, Song JY, Noh JY, Choi MJ, Yoon JG, Lee SN, Cheong HJ, Kim WJ (2017). Effects of influenza immunization on pneumonia in the elderly. Human Vaccin Immunother 14: 1-6.
52. Demir M (2006). Hepatit b virüsü ile karşılaşmış tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda gizli hepatit B virus enfeksiyon sıklığı. Gastroenteroloji yan dal uzmanlık tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
53. Demirdogen Cetinoglu E, Uzaslan E, Sayiner A, Cilli A, Kılinc O, Sakar Coskun A, Hazar A, Kokturk N, Filiz A, Polatli M (2017). Pneumococcal and influenza vaccination status of hospitalized adults with community acquired pneumonia and the effects of vaccination on clinical presentation. Hum Vaccin Immunother 13(9): 2072-2077.
54. Altay M, Ateş İ, Altay FA, Kaplan M, Akça Ö, Özkara A (2016). Does education effect the rates of prophylactic vaccination in elderly diabetics? Diabetes Research and Clinical Practice 120: 117-23.
55. Biberoğlu K, Biberoğlu S, Özbakkaloğlu M (2018). Haydi büyükler aşıya. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu [online]. Available from: <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179>. [Accessed 9 July 2019].
56. Camcıoğlu Y (2007). Aşılarla güncel yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri 59: 11-15.

57. Binyıl kalkınma hedefleri raporu Türkiye 2010 [online]. Available from: http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/07/UNDP-TR-TR-2010-MDG-Report_TR.pdf [Accessed 31 August 2019].
58. Baysoy NG, Özkan S (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal* 23(3): 77-90.
59. Celep G, Çamurdan DU (2016). Gebelikte aşı uygulamaları. *Eurasian Journal of Family Medicine* 6(1): 1-10.
60. Recommended Adult Immunization Schedule (2019). Centers for Disease Control and Prevention, 19 February 2019.
61. Köşüş N, Köşüş A, Simavlı SA, Erdolu MD, Turhan NÖ (2009). H1N1 İnfluenza: gebelik ve laktasyon. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 19(6): 354360.
62. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, Omer SB, Shaid Ns, Breiman R, Steinhoff MC (2008). Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *New England Journal of Medicine* 359(15): 1555-1564.
63. Influenza and Tdap Vaccination Coverage Among Pregnant Women (2018). Centers for Disease Control and Prevention, 28 September 2018.
64. Melekoğlu R, Keskin U, Tarım E, Şen C (2017). Influenza infection during pregnancy. *Perinatal Journal* 25: 139–144.
65. Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi (2006). T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye.
66. Gözdemir E, Kaygusuz İ (2014). Gebelikte tetanoz aşısı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* (3): 59-167.
67. Yücel U, Senol S (2004). The role of midwife and nurse in prevention of neonatal tetanus (nt). *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi* 20(1): 139-147
68. Erdoğan S, Demirel R, Tiryakioğlu İ (2009). Coğrafi Bilgi sistemlerinin neonatal tetanozun dağılımının belirlenmesinde kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 8(1): 59-68.

69. World Health Organization (2019). Neonatal Tetanus [online]. Available from: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_14_NeonatalTetanus_R1.pdf. [Accessed 9 July 2019].
70. Dokuzoğuz B (2014). Sağlık çalışanlarında güncel aşı önerileri. ANKEM Dergisi 28(2): 199-206.
71. Meydanlıoğlu A (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2(3): 192-199.
72. Şenol E, Azap A, Erbay A, Alp-Çavuş S, Karakuş R, Acar A (2018). Erişkin bağışıklamasının hedefindeki aşılarından biri olarak pnömokok aşısı: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu Uzlaşı Raporu. Klimik Dergisi 31(1): 2-18.
73. 3. Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu (2018). Enfeksiyon Hastalıklar Derneği. 16-18 Mart 2018.
74. Yanıklar Çelik D (2015). Bir hastanede çalışan doktor, hemşire ve ebelerin aşılama durumları. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
75. Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), & Centers for Disease Control (2011). Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 60(RR-7): 1-45.
76. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Uygulanması Gerekli Aşılar ve Uygulama Şekilleri (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [online]. Available from: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/20716,saglik-calisani-asilamalaripdf.pdf?0> [Accessed 31 August 2019].
77. Alpay Y, Ağalar C (2016). Erişkin bağışıklama. Flora 21(3): 95-104.
78. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Immunization of health-care personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Morbidity and Mortality Weekly Report 60(No. RR7): 23-24.

79. Özger HS, Şenol E (2015). Sağlık Çalışanlarının Aşılması. Türkiye Klinikleri dergisi 8(1):59-68
80. Orhon FŞ, Gülnar SB (2007). Aşı sonrası istenmeyen etkiler. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences 3(11): 98-104.
81. Aşı sonrası istenmeyen etkiler genelgesi (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı [online]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkilergenelgesi-2009.html>. [Accessed 9 July 2019].
82. Kılıç A (2008). İstanbul ilinde aşı sonrası istenmeyen etkilerin izlenmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul.
83. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, Zhou Y, Dube E, Schuster M, MacDonald NE, Wilson R, Eskola J, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. Vaccine 33: 4165–4175.
84. Salerno M, Mizio GD, Montana A, Pomara C (2019). To be or not to be vaccinated? That is the question among Italian healthcare workers: a medico-legal perspective. Future Microbiology 33(34): 4165-75.
85. Bozkurt HB (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Kafkas Journal of Medicine Sciences 8(1):71–76.Tttt
86. Lehmann BA, Melker H, Timmermans D, Mollema L (2017). Informed decision making in the context of childhood immunization. Patient Education and Counseling 100(12): 2339-2345.
87. Ümit Z (2019). Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı ve otizm. Journal of Pediatric Infection 13(2): 118-119.
88. Ataç Ö, Aker A (2014). Aşı Karşıtlığı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 30(1): 42-47.
89. Bozkurt HB (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Kafkas Journal of Medicine Sciences 8(1): 71-76.

90. Harmsen IA, Mollema L, Ruiter RA, Paulussen TG, de Melker HE, Kok G (2013). Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC Public Health* 13(1): 1183.
91. McKee C, Bohannon K (2016). Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* 21(2): 104109.
92. ILO. International Standard Classification of Occupations (ISCO - 08) Structure, Group Definitions and Correspondence Tables 2012 [online]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf. [Accessed 31 August 2019].
93. Sharma B, Mahajan H, Velhal GD (2013). Immunization coverage: Role of sociodemographic variables. *Advances in Preventive Medicine* 2013: 1-5.
94. Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır Ö, Arslan N (2017). Zonguldak'ın kırsal bir bölgesinde yaşayan çocukların aşılanma durumu hakkında annelerin bilgi düzeyleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 7(1): 8-17.
95. Vonasek BJ, Bajunirwe F, Jacobson LE, Twesigye L (2016). Do Maternal Knowledge and Attitudes towards Childhood Immunizations in Rural Uganda Correlate with Complete Childhood Vaccination ? *Plos One* 11(2): 255-262.
96. Yıldırım B, Erkul E (2017). Sağlık ve eğitim açısından bir gözden geçirme: çocuk refahı üzerine çıkarımlar. *International Congress on Political, Economic and Social Studies*, 19-22 May 2017.
97. Çapanoğlu E (2018). Sağlık çalışanı ve ebeveyn perspektifinden çocukluk çağı aşılarının reddi niteliksel bir araştırma. Yüksek lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoetik Anabilim Dalı, İstanbul
98. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P (2013). Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 17: 113-118.
99. Maral I, Cirak M, Aksakal FN, Baykan Z, Kayıkcıoğlu F, Ali Bumin M (2001). Tetanus immunization in pregnant women. Serum levels of antitetanus antibodies at time of delivery. *European Journal of Epidemiology* 17: 661-665.

100. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Gülel R (2005). Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2(2): 10-15.
101. Silverman NS, Greif A (2001). Influenza vaccination during pregnancy. Patients' and physicians' attitudes. *Journal of Reproductive Medicine* 46(11): 989-994.
102. Drees M, Johnson O, Wong E, Stewart A, Ferisin S, Silverman PR, Ehrenthal DB (2012). Acceptance of 2009 H1N1 influenza vaccine among pregnant women in Delaware. *American Journal of Perinatology* 29(04): 289-294.
103. Zaman K, Roy E, et al (2008). Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *The New England Journal of Medicine* 359: 1555-1564
104. Drees M, Tambourelli B, Denstman A, Zhang W, Zent R, McGraw P, Ehrenthal DB (2013). Sustained high influenza vaccination rates and decreased safety concerns among pregnant women during the 2010–2011 influenza season. *Vaccine* 31(2): 362-366.
105. Akın L (2010). Türkiye'de pandemik grip epidemiyolojisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 41(1): 5-12.
106. Steinhoff MC, Katz J, Englund JA, Khatry SK, Shrestha L, Kuypers J, Kozuki N (2017). Year-round influenza immunisation during pregnancy in Nepal: a phase 4, randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet Infectious Diseases* 17(9): 981-989.
107. Silverman NS, Greif A (2001). Influenza vaccination during pregnancy. Patients' and physicians' attitudes. *Journal of Reproductive Medicine* 46(11): 989-994.
108. Sağlık personelinin bulaşıcı hastalıklara yönelik tarama protokolü [online]. Available from: <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/25033,saglik-personelinin-bulasici-hastalıklara-yonelik-tarama-protokolupdf.pdf?0>. [Accessed 31 August 2019].
109. Inci M, Aksebzeci AT, Yagmur G, Kartal B, Emiroglu M, Erdem Y (2009). Investigation of HBV, HCV and HIV seropositivity in healthcare workers. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 66(2): 59-66.

110. Ödemiş İ, Köse Ş, Gireniz Tatar B, Akbulut İ, Albayrak H (2018). Hepatitis A, B, C and HIV seroprevalence among young health care workers: A cross-sectional study. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital* 8: 8–14.
111. Karacaer Z, Öztürk İİ, Çiçek H, Şimşek Ş, Duran G, Görenek L (2015). Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 14: 353-363.
112. Korkmaz P, Çevik F, Aykın N, Doğru Yaşar Z, Uğur M, Güldüren HM, Alpay Y (2014). 2008-2013 yılları arasında sağlık çalışanlarımızda meydana gelen perkütan yaralanmaların değerlendirilmesi. *Flora* 19(1): 33-37
113. Ahmed F, Lindley MC, Allred N, Weinbaum CM, Grohskopf L (2014). Effect of influenza vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: Systematic review and grading of evidence. *Clinical Infectious Diseases* 58(1): 50–57.
114. Dönmez L, Polat HH, Yalçın AN, Öncel S, Turhan Ö (2010). Influenza vaccination; rates, knowledge and the attitudes of physicians in a university hospital. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 30(1): 48-53.
115. Karadağ Öncel E, Büyükçam A, Cengiz AB, Kara A, Ceyhan M, Güziç Doğan B (2015). Hekim ve hemşire dışındaki hastane personelinin mevsimsel grip aşısı ile ilgili bazı bilgilerinin görüşlerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 9(2): 68-75.
116. Gürbüz Y, Tütüncü EE, Şencan İ, Şendağ E, Callak F, Sevinç G, Tekin A (2013). İnfluenza A (H1N1) 2009 pandemisinde hastane çalışanlarının grip aşısına yaklaşımlarının araştırılması. *Pamukkale Tıp Dergisi* (1): 12-17.
117. İkinci S, Birengel S, Çalışkan D, Akdur R (2012). AÜTF İbni Sina Hastanesi'nde hekim ve hemşirelerin mevsimsel grip/aşısı ile ilgili tutum ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 21: 1-9.
118. Sarı T, Temoçin F, Köse H (2017). Sağlık çalışanlarının influenza aşısına yaklaşımları. *Klimik Dergisi* 30(2): 59-63.

119. Türkistanlı E, Şenuzun FE, Karaca BS, San AT, Aydemir G (2000). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde sağlık çalışanlarının bağışıklama durumu. Ege Tıp Dergisi 39(1): 29-32.
120. Öncül A, Aslan S, Pirinçcioğlu H, Özbek E (2012). Diyarbakır Devlet Hastanesi çalışanlarında HBV, HCV, HIV, VDRL seropozitifliğinin ve aşılanma oranlarının belirlenmesi. Journal of Experimental and Clinical Medicine 29(4): 280-284.
121. Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Şimşek Orhon F, Ulukol B (2018). Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. The Indian Journal of Pediatrics 86(1): 38-43.





EKLER

Ek 1. Kurum İzni

	T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Yürütücü Kurulu TARİH: 2019.09.25 - 48814514-299-E.2219 1991053	
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Meryem SARAÇ'ın Tez Çalışması			
DAĞITIM YERLERİNE			
İlgi: 31.01.2019 tarihli ve E.1123 sayılı yazınız.			
İlgi yazınızda adı geçen anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Meryem SARAÇ'ın "Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1. 2. ve 3. basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşirelerin Aşı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları" isimli tez çalışmasına Etik Kurulunca onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize ibraz edilmesi halinde, söz konusu çalışmanın hastanemizde yürütülmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.			
Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.			
Prof. Dr. Halil KAVGACI Başhekim			
Dağıtım: Gereği : KTÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Bşk.lığına			Bilgi: KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığına
61080 – Trabzon / TÜRKİYE Tel: +90 (462) 377 44 51 Faks: +90 (462) 374 00 19 www.ktu.edu.tr Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak sayısına http://e-belge.ktu.edu.tr adresinden Belge Num.:48814514-299-E.2219 ve Barkod Num.:1991053 bilgileriyle erişebilirsiniz.			Ayrıntılı Bilgi İçin Lütfen "Sof Lİmne DİNA" arama motoru ile ulaşabilirsiniz. Sayfa 1 / 1



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : 78046258-604.01.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.
Murat TOPBAŞ)

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Sağlık Bakanlığının 11.04.2019 tarihli, 49654233-604.02-527 sayılı ve 91486761 barkodlu yazısı.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Murat TOPBAŞ sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Meryem SARAÇ tarafından yapılmak istenen “Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1.2. ve 3. Basamak Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma İle ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışları” konulu araştırma için, Sağlık Bakanlığı'na görüş sorulmuş olup, karar yazısı ilgede sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Hakan USTA
İl Sağlık Müdürü



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HİSGM TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
11 04 2019 18 28 - 49654233 - 604 02 - E 527



00091486761

Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.
Murat TOPBAŞ)



TRABZON VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 07/03/2019 tarihli ve 78046258-619-64 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazıda, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Murat TOPBAŞ sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Meryem SARAÇ tarafından yapılmak istenen "Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1.2. ve 3. Basamak Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma İle ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No: 312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9911360e-c630-41b2-9d75-128875b1d85a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt Adresi: Z.KöSEOğLU 0312 565 58 92

Bilgi için: ZEYNEP KöSEOğLU
TIBBİ TEKNOLOğ

Telefon No: 312 565 5892

Lvrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9911360e-c630-41b2-9d75-128875b1d85a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TRABZON EĞİTİM
VE AĞRIE BİRİMİ
28/05/2019 14:34 - 29330515 - 604.01.01 - E.178



00093128732

Sayı : 29330515-604.01.01
Konu : Araştırma İzni, Meryem SARAÇ

TRABZON FATİH DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının 07/05/2019 tarihli ve 78046258-619-132 sayılı yazısı.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meryem SARAÇ'ın "Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1. 2. ve 3. Basamak Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma İle ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışları" başlıklı tez çalışmasını hastanenizde uygulaması ile ilgili Sağlık Bakanlığı görüş yazısı ekte sunulmaktadır.

Çalışmanın hastanedeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi koşulu ile Hastanenizde uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr.Mustafa DERELİ
Müdür a.
Başkan V.

Ek:
1- İlgi yazı

Gül baharhan Mh. İnönü Cd. Ahmet Can BALI Sk. No:15 Ortahisar/TRABZON
Eğitim ve AĞRIE Birimi

Telefon: Faks No: (0462) 4106117

e-Posta: elif.babacan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://www.trbism.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3716250-a617-4456-8467-40e31dc5a0fd kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: ELİF BABACAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0462) 410 61 10

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi KTÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Meryem Saraç tarafından yürütülen ‘Trabzon İli Ortahisar İlçesine Bağlı 1. 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Trabzon ili Ortahisar ilçesinde farklı basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyoneli olan hemşirelerin çocukluk çağı ve yetişkinlik aşılırları ile neonatal tetanos aşı yaptırma durumlarını saptamak, aşı ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını incelemektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir ya da saracmeryem@gmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Araştırmacının

Adı Soyadı.....

Adı Soyadı : Meryem SARAÇ

İmzası/ Tarih/.....

İmzası/

Tarih...../.....

Ek 3. Anket Formu

TRABZON İLİ ORTAHİSAR İLÇESİNE BAĞLI 1. 2. ve 3. BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AŞI YAPTIRMA İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI ANKET FORMU

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:.....
3. Eğitim durumunuz:.....
4. Medeni haliniz: ☐ Evli ☐ Bekâr
5. Evli ise eşinizin yaşı:
6. Eşinizin mesleği:.....
7. Ailenin toplam geliri:.....
8. Çalıştığınız kurum:.....
9. Görev yeriniz: ☐ Cerrahi Birim ☐ Acil Servis ☐ Poliklinik ☐ Dâhili Birim ☐ Yoğun Bakım
10. Çalışma süreniz (ay/yıl):.....
11. Çalıştığınız birimde aşı uygulaması yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞI UYGULAMALARI

12. Beş yaş altı çocuğunuz var mı? ☐ Evet..... Çocuk sayınız ☐ Hayır
13. Sizce TC Sağlık Bakanlığının uyguladığı çocukluk çağı aşı takviminde hangileri bulunmaktadır?
☐ Hepatit A ☐ BCG ☐ Karma ☐ Oral Polio ☐ İnfluenza ☐ Tetanos ☐ Meningokok ☐ Hepatit B
☐ Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ☐ Suçiçeği Aşısı ☐ Pnomokok ☐ Rota virüs ☐ Kolera ☐ Kuduz
14. 5 yaş altı çocuğunuz için aşağıdaki aşılarından hangilerini yaptırdınız? Yuvarlak içine alınız.

1. ÇOCUK	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıfı	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B										
BCG(verem)										
DaBT-İPA-Hib							R			
KPA						R				
KKK									R	
DaBT-İPA									R	
OPA										
Td										R
Hepatit A										
Suçiçeği										
Varsa yaptırdığınız diğer aşılar										
2. ÇOCUK	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıfı	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B										
BCG(verem)										
DaBT-İPA-Hib							R			
KPA						R				
KKK									R	
DaBT-İPA									R	
OPA										
Td										R
Hepatit A										
Suçiçeği										
Varsa yaptırdığınız diğer aşılar										

3. ÇOCUK	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıfı	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B										
BCG(verem)										
DaBT-İPA-Hib							R			
KPA						R				
KKK									R	
DaBT-İPA									R	
OPA										
Td										R
Hepatit A										
Suçiçeği										
Varsa yaptırdığınız diğer aşılar										

15.Çocuklarınıza yaptırmadığınız aşılar varsa yaptırmama nedenlerini sıralayınız.

- 1) Genel olarak hiçbir aşıya güvenmediğimden aşı yaptırmıyorum.
- 2) Aşıların yan etkisi olduğu için yaptırmıyorum.
- 3) Dini inançlarımı nedeniyle aşı yaptırmayı uygun bulmuyorum.
- 4) Hastalıkların doğal yollardan geçirilerek bağışık olmayı uygun bulduğum için aşı yaptırmıyorum.
- 5) Zorunlu olmayan hiçbir aşıyı yaptırmayı uygun bulmuyorum.
- 6) Bulaşıcı hastalıklar sık görülmediği için aşı yaptırmıyorum.
- 7) Aşının koruyuculuğuna inanmadığım için aşı yaptırmıyorum.
- 8) Ücretli olan aşıları imkanım olmadığı için aşı yaptırmıyorum.
- 9) Aşıların bazı hastalıklara neden olduğunu düşündüğüm için aşı yaptırmıyorum.
- 10) Herhangi bir hastalık salgını olmadığından aşı yaptırmaya gerek duymuyorum.
- 11) Diğeryazınız.

1. Çocuk.....
2. Çocuk
3. Çocuk

ERİŞKİN AŞI UYGULAMALARI

16. Sizce erişkin grup aşı uygulamasında hangi aşılar yapılmaktadır?

- ☐ Hepatit A ☐ BCG ☐ Karma ☐ Oral Polio ☐ İnfluenza ☐ Tetanos ☐ Meningokok ☐ Hepatit B
☐ Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık ☐ Suçiçeği Aşısı ☐ Pnömonik ☐ Rota virüs ☐ Kuduz ☐ Kolera ☐ HIV

17. Erişkin aşı uygulamalarında hedef gruplar hangileridir?

- ☐ Sağlık çalışanları ☐ Cezaevi, askeriye gibi kalabalık ortamlarda yaşayanlar
☐ Ülkeler arası seyahat edenler ☐ Gebeler
☐ 65 yaşın üstünde olanlar ☐ Hepatit b taşıyıcı olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri
☐ Kronik hastalığı olanlar ☐ İmmün yetmezlikli hastalar
☐ 18 yaş üstü bütün bireyler ☐ HIV pozitif olanlarla yakın temasta olan aile bireyleri

18. Gebeliklerinizde hiç tetanos aşısı yaptırdınız mı?

	1.GEBELİK	2.GEBELİK	3.GEBELİK
Yaptırmadım. Nedenini belirtiniz			
Bir doz yaptırdım			
İki doz yaptırdım			
Hatırlamıyorum			

19. Gebeliklerinizde hiç influenza aşısı yaptırdınız mı?

	1.GEBELİK	2.GEBELİK	3.GEBELİK
Yaptırmadım. Nedenini belirtiniz			
Bir doz yaptırdım			
İki doz yaptırdım			
Hatırlamıyorum			

20. Sağlık çalışanları hangi aşıları yaptırmalıdır?

☐ Hepatit A ☐ BCG ☐ Karma ☐ Oral Polio ☐ İnfluenza ☐ Tetanos ☐ Meningokok ☐ Hepatit B
☐ Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ☐ Suçiçeği Aşısı ☐ Pnomokok ☐ Rota virüs ☐ Kuduz ☐ Kolera ☐ HIV

21. Sağlık çalışanı olarak şu ana kadar yaptırdığınız aşılar hangileridir?

☐ Hepatit A ☐ BCG ☐ Karma ☐ Oral Polio ☐ İnfluenza ☐ Tetanos ☐ Meningokok ☐ Hepatit B
☐ Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ☐ Suçiçeği Aşısı ☐ Pnomokok ☐ Rota virüs ☐ Kuduz ☐ Kolera ☐ HIV
☐ Hiç aşı yaptırmadım

22. Sağlık çalışanı olarak göreve başladığınızdan beri sizin için önerilen aşılardan hiçbirini yaptırmadıysanız, yaptırmama nedenlerinizi sıralayınız.....

- 1) Genel olarak hiçbir aşıya güvenmediğimden aşı yaptırmıyorum.
- 2) Aşıların yan etkisi olduğu için yaptırmıyorum.
- 3) Dini inançlarım nedeniyle aşı yaptırmayı uygun bulmuyorum.
- 4) Hastalıkların doğal yollardan geçirilerek bağışık olmayı uygun bulduğum için aşı yaptırmıyorum.
- 5) Zorunlu olmayan hiçbir aşıyı yaptırmayı uygun bulmuyorum.
- 6) Bulaşıcı hastalıklar sık görülmediği için aşı yaptırmıyorum.
- 7) Aşının koruyuculuğuna inanmadığım için aşı yaptırmıyorum.
- 8) Ücretli olan aşıları imkanım olmadığı için aşı yaptırmıyorum.
- 9) Aşıların bazı hastalıklara neden olduğunu düşündüğüm için aşı yaptırmıyorum.
- 10) Herhangi bir hastalık salgını olmadığından aşı yaptırmaya gerek duymuyorum.
- 11) Sosyal medya ve internette aşılarla ilgili olumsuz bilgi nedeniyle aşı yaptırmıyorum.

24. Lütfen aşağıdaki sorularda size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Aşılar konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum					
Bazı hastalıklar artık görülmediğinden aşı yaptırmaya gerek yoktur.					
Aşıların yararına inanmıyorum.					
Aşıların yan etkilerinden korkuyorum.					
Aşıyı güvendiğim bir firmanın ürettiği olması aşı olma kararımı etkiler.					
Bulaşıcı hastalıkların bana bulaşmayacağını düşünürüm.					
Aşı yapma kararı verirken o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım.					
Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim.					
Türkiye'ye gelen aşıların etken maddelerine güvenmiyorum.					
Aşı yaptırmak kişisel tercih olmalıdır.					
Ailem kabul etmediği için aşı yaptırmam.					
Sağlık Bakanlığının aşı takviminde olmayan ancak hekimimin önerdiği aşıları yaptırım.					
Çocukluk çağı aşıların mutlaka yapılması gerektiğini düşünürüm.					
Çocukların hastalık geçirerek bağışık olmalarını tercih ederim.					
Çevremdeki herkese mevsimsel grip aşısı olmasını önermem gerektiğini düşünüyorum					
Çocuğuma aşı yaptırdığımda herhangi yan etki görürsem bu durum aşı yapma kararımı etkiler.					
Aşı ile ilgili, medyadaki tartışmalar kendime ve çocuğuma aşı yapma kararımı etkiler.					
Hastanede çalışmam aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalık riskimi artırdığı için aşı yaptırım.					

Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- **187**
Konu: Etik Kurul onay belgesi

07.03.2019

Sayın; Prof. Dr. Murat TOPBAŞ
Halk Sağlığı ABD.

"Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1.2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları" başlıklı etik kurul 2019/66 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1.2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2019 / 66		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Murat TOPBAŞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Hemşire Meryem SARAÇ, Prof.Dr.Nazım Ercüment BEYHUN, Prof.Dr.Gamze ÇAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANİ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12	Tarih: 04.03.2019
	Prof.Dr.Murat TOPBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Hemşire Meryem SARAC'a ait "Trabzon İli Ortahisar İlçesi 1.2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Hemşirelerin Aşı Yaptırma ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları" başlıklı 2019/66 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☐ H ☐	 OYLAMAYA KATILMADI
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raporör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : SARAÇ Meryem
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 7/10/1980, Trabzon
Medeni Hali : Evli
Telefon : 04263775163
E-Posta : saracmeryem@gmail.com
Yazışma adresi : KTÜ Farabi Hastanesi Günübirlik Cerrahi Servisi
TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	2001
Lise	Trabzon Fatih Lisesi	1997

AKADEMİK / MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Göz Servisi	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi	2003-2006
2. Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi	2006-2007
3. Göz Servisi	KTÜ Farabi Hastanesi	2007-2014
4. Günübirlik Cerrahi Servisi	KTÜ Farabi Hastanesi	2014-

YABANCI DİL

İngilizce Orta Seviye