

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Erişkin Bağışıklanma Durumu ve Etkileyen Faktörler

Adult Immunisation Status and The Affecting Factors In A Tertiary University Hospital Family Medicine Clinic

Banu Sarıgül[®], Başak Korkmazer[®], Aylin Asa Afyoncu[®], Erkan Melih Şahin[®]

Atf/Cite as: Sarıgül B, Korkmazer B, Asa Afyoncu A, Şahin EM. Üçüncü basamak üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğinde erişkin bağışıklanma durumu ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):105-112.

ÖZ

Amaç: Erişkinlik dönemi içinde aşıların ulaşılabilir durumda olmasına rağmen, erişkin aşılanma oranları istenenden düşüktür. Çalışmamızda, polikliniğimize başvuran bireylerin erişkin aşısı yaptırma durumları, aşı yaptırma ve reddetme nedenleri ile bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tıp fakültesi hastanesi, aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerden seçilen 500 kişilik örnekleme katılımcılara çalışmacılar tarafından hazırlanmış, sosyodemografik veriler, tıbbi özgeçmiş özellikleri, 18 yaş sonrası aşılanma durumları, aşı olma ve olmama nedenlerine ait soruları içeren form yüz yüze görüşmelerle uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %47,4'ü 18 yaşından sonra aşı yaptırmıştı. Erişkin aşı yaptırma durumu, yaş, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı arttıkça, ailedeki birey sayısı düşüktüçce artmaktaydı. Erişkin aşı yaptırma oranları gelir düzeyi algısı kötü olanlar, çalışmayanlar ve bekârlarda düşük, sağlık çalışanlarında, sigarayı bırakmış olanlarda, kronik ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda, düzenli ilaç kullananlarda daha yüksekti. Aşı önerisini kabul etmemiş olanlar daha yaşlı ve eğitim durumları düşüktü. Aşı yaptırma konusunda kararlarında katılımcıların %68,2'si aile hekimlerinin %66,4'ü uzman hekimlerin önerilerini dikkate aldığını, %16,2'si ise başkası önermese de kendilerinin takip ettiklerini belirttiler.

Sonuç: Ülkemizde erişkin aşısı yaptırma oranının çocukluk çağı aşılanma oranlarına göre düşük kaldığı görülmektedir. Erişkin aşısı yaptırmanın eğitim düzeyindeki artış ve sağlık hizmetleriyle temasın artması ile olumlu etkilenirken gelir durumunda kötüleşme ve hane halkı sayısında artıştan olumsuz etkilendiği görülmektedir. Aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına aşılanmanın önemi hakkında bilgilendirmeyi arttırmada önemli görev düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Erişkin, aşılanma, koruyucu hekimlik

ABSTRACT

Objective: Although vaccines are available for adulthood, adult vaccination rates are lower than desired. Our study aimed to examine the adult vaccination status of the individuals who applied to our outpatient clinic, the reasons for vaccination and rejection, and their relationship with sociodemographic variables.

Methods: A form including questions about sociodemographic data, medical history characteristics, vaccination status after 18 years of age, and the reasons for vaccination and non-vaccination was applied to the participants. Through face-to-face interviews, a sample of 500 people was selected from individuals aged 18 and over, who applied to the Medical Faculty Hospital Family Medicine Polyclinic.

Results: 47.4% of the participants had been vaccinated after 18. The adult vaccination status was increased as the age, education level, and the number of children increased. However, adult vaccination statuses decreased as the number of family members increased. Adult vaccination rates were lower in those with a poor income level perception, unemployed and singles, healthcare workers, those who quit smoking, regular drug users, those with chronic and cardiovascular system diseases or those with a history of hospitalisation. Participants who did not accept the vaccination recommendations were older and had low educational backgrounds. About decisions for vaccination, 68.2% of the participants stated that they took the recommendations of their family physicians, 66.4% considered the recommendations of specialist physicians, and 16.2% stated that they followed the vaccination recommendations themselves, even if someone else did not recommend them.

Conclusion: In our country (Turkey), it is seen that the rate of vaccination for adults is lower than childhood vaccination rates. While adult vaccination was positively affected by the increase in education level and increased contact with health services, it appears to be negatively affected by the deterioration in income and increase in the number of household members. All healthcare professionals, especially family physicians, have an important role in increasing the awareness of the importance of immunisation.

Keywords: Adults, vaccination, preventive medicine

Received/Geliş: 26.05.2021

Accepted/Kabul: 12.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

B. Korkmazer

ORCID: 0000-0003-2977-0693

T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

✉ basakkorkmazer@gmail.com

B. Sarıgül

ORCID: 0000-0002-2954-9131

Kemah Aile Sağlığı Merkezi,

Erzincan, Türkiye

A. Asa Afyoncu

ORCID: 0000-0001-9978-8114

Toplum Sağlığı Merkezi,

Edirne, Türkiye

E. M. Şahin

ORCID: 0000-0003-1520-8464

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,

Çanakkale, Türkiye

GİRİŞ

Sık görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek enfeksiyon etkenlerine karşı geliştirilen aşılar, modern tıbbın halk sağlığına ve koruyucu sağlık hizmetlerine en büyük katkılarından biridir. Dünya çapında uygulanan bağışıklama programları sayesinde 2010-2015 yılları arasında en az 10 milyon ölümün önlendiği tahmin edilmektedir ve Küresel Aşılama Programı tüm halk sağlığı programları arasında en başarılısı ve maliyet etkinidir.^[1] Etkili tedaviler, yaşam şartlarında iyileşme sayesinde bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi giderek yükselmektedir ve aşılama artık yalnızca çocukluk çağına özgü bir konu değil, erişkinler için de bir gereklilik hâlini almıştır; gelişen aşı portföyü ve etkili oldukları hastalıkların özelliklerine bağlı olarak artık erişkin dönem aşıları için de yaş grubu ve sağlık profiline özel planlanan uygulama rehberleri sunulmaktadır.^[2]

Erişkinlerde aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeniyle görülen ölüm sıklığı çocukluk çağının en az iki yüz katıdır.^[3] 2018 yılında ülkemizde yayınlanmış olan bir derlemede, yılda 50.000'den fazla erişkinin aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeni ile öldüğü bildirilmiştir ve Dünya Sağlık Örgütü, erişkinler de dâhil, kim olduklarına veya nerede yaşadıklarına bakılmaksızın tüm bireylerin aşılmasını önermektedir.^[4,5] Bu konu ile ilgili Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin 19 yaş ve sonrasına uygulanmak üzere bir aşı şeması mevcuttur.^[6] Ülkemizde de Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği öncülüğünde Erişkin Bağışıklama Rehberi hazırlanmış ve 2016 yılında bu rehber revize edilmiştir ve erişkin aşıları, yaş ve risk gruplarına göre Sosyal Güvenlik Kurumu ödemesi kapsamındadır.^[2]

Erişkin aşıları ulaşılabilir durumda olmasına rağmen, aşılama oranları istenilen seviyenin altındadır. Ülkemizde erişkin aşılama oranları hakkında net bilgiye ulaşılmasa da Türkiye'de 12.235 katılımcı ile yapılmış olan bir çalışmada, aşılama oranlarının tetanos için %22,8, hepatit B için %4,1, influenza için %4,5, pnömokok için %0,1, influenza içinse %9,1 olduğu gösterilmiştir.^[7] Bu konuda birçok çalışma yapılmasına rağmen, ne ülkemizde ne de dünyada çocukluk dönemi aşı programlarının başarısı erişkin dönemde yakalanmıştır. Bu nedenle hekimlerin erişkin hastalara aşı önerisinde bulunması, hastalarını bu konuda bilgilendirmeleri ve rol model olmaları çok önemlidir.^[3]

Aşılamanın öneminin daha da arttığı günümüzde, polikliniğimize başvuran bireylerin erişkin aşısı yaptırmaları ve bunların sosyodemografik verilerle olan ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Kesitsel analitik desende çalışmanın evrenini bir tıp fakültesi hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlar için örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplanmıştır. Hesaplanmanın yapıldığı tarihte çalışmanın yapılacağı il olan Çanakkale ili merkez nüfusu 149.513 kişiden meydana gelmekte ve bunların 112.948 kişisini erişkin nüfus oluşturmaktaydı. Aşılama oranı, tutum ve davranışı konusunda birden fazla etmenin araştırılmasının planlandığı çalışmamız için sıklık 0,5 olarak hesaplanarak, evren oranına göre istenen sapma değeri $\alpha=0,05$ ve güven aralığı %95 alındığında ili temsil etmesi hedeflenen en düşük örneklem büyüklüğü 383 kişi olarak belirlenmiş, olası kayıplar ve iş yükü değerlendirmesi de dâhil edilerek çalışmanın 500 katılımcı ile yürütülmesine karar verilmiştir. Poliklinik başvuru sayıları göz ününe alındığında, çalışma için 4 aylık bir yürütme süresi planlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında katılımcıya ait sosyodemografik verileri içeren çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir anketin yanı sıra tıbbi özgeçmiş özellikleri ile çocukluk ve 18 yaş sonrası aşılama durumları, aşı olma ve olmama nedenlerine ait soruları içeren soru formu yüz yüze görüşme metodu ile uygulanmıştır.

İzinler ve Onamlar

Bu çalışma, 29.11.2017 tarihinde 2017-19 kayıt numarası ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı alan "Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerin Aşı Hakkındaki Davranış, Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli Aile Hekimliği tezinden derlenmiştir. Çalışmaya katılım için davet edilen hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin tanımlayıcı analizleri (ortalama, standart sapma, % değerleri) hesaplandıktan sonra erişkinlerin aşı yaptırmaları ve aşısı reddetme durumları iki ayrı değişken

olarak alınmış ve sosyodemografik verilerle ilişkisi kare, Student t testi, Mann Whitney-U ve korelasyon testleri kullanılarak incelenmiş, ortalama karşılaştırmaları için merkezi limit teoremi doğrultusunda bağımsız örneklem T testi kullanılmıştır. Her analiz için test sabitleri ve kesin p değerleri verilmiş, çalışma için genel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $35,2 \pm 14,5$ [en az 18 - en çok 79] olarak hesaplandı. Yaş ortalaması kadınlarda $34,1 \pm 13,6$, erkeklerde $36,8 \pm 15,5$ idi ($t = -0,644$; $p = 0,145$). Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların 451'inin (%90,2) çocukluk aşuları tam, 44'ünün (%8,8) eksik uygulanmış, 5 (%1) katılımcının ise hiç uygulanmamıştı. Katılımcılar arasında 18 yaşından sonra aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4)

idi. Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşular ve dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşular ve dağılımları.

Aşı	Aşı yaptıran kişi sayısı	Aşı yaptıran kişi sayısının katılımcı sayısına oranı (%)
İnfluenza	41	8,2
Tetanoz	97	19,4
HBV	38	7,6
Meningokok	14	2,8
Kuduz	9	1,8
KKK	4	0,8
Çiçek	4	0,8
HAV	3	0,6
BCG	1	0,2
HPV	1	0,2
Pnömonok	1	0,2
Bilinmeyen / hatırlanmayan aşı	65	13,0

Erişkin dönemde aşı yaptırmayan kişi sayısı 263 (%52,6)'dir. Birden fazla çeşit aşı yaptıran bireyler mevcuttur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öykü özellikleri.

Değişken	n	%	Değişken	n	%		
Cinsiyet	Kadın	299	59,8	Yaşadığı bölge	Kent	461	92,2
	Erkek	201	40,2		Kırsal	39	7,8
	Toplam	500	100		Toplam	500	100
Eğitim Durumu	Okur-yazar olmayan	2	0,4	Yalnız yaşama durumu	Evet	29	18,4
	Okur-yazar	4	0,8		Hayır	471	81,6
	İlköğretim	89	17,8		Toplam	500	100
	Lise	86	17,2	Sosyal medya kullanımı	Evet	365	73,0
	Yüksekokul	143	28,6		Hayır	135	27,0
	Üniversite	135	27,0		Toplam	500	100
	Lisansüstü	41	8,2	Sigara kullanımı	Aktif kullanıyor	147	29,4
Toplam	500	100	Bırakmış		84	16,8	
Medeni Durum	Evli	269	53,8		Hiç kullanmamış	269	53,8
	Bekar	206	41,2	Toplam	500	100	
	Dul	25	5,0	Alkol kullanımı	Kullanıyor	57	11,4
	Toplam	500	100		Sadece sosyal ortamlarda	150	30,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	231	46,2		Kullanmıyor	293	58,6
	Çalışmıyor	216	43,2	Toplam	500	100	
	Emekli	53	10,6	Kronik hastalık	Var	130	26,0
	Toplam	500	100		Yok	370	74,0
Sağlık çalışanı olma	Sağlık çalışanı	97	19,4		Toplam	500	100
	Sağlık çalışanı değil	403	80,6	Düzenli ilaç kullanımı	Var	121	24,2
	Toplam	500	100		Yok	379	75,8
Gelir Durumu	İyi	59	18,4		Toplam	500	100
	Orta	379	75,8	Gebelik sayısı	0	136	45,3
	Kötü	29	5,8		1	56	18,8
	Toplam	500	100		2 ve üzeri	107	35,9
Çocuk sahibi olma	Çocuğu yok	254	53,4		Toplam	299	100
	Çocuğu var	246	46,6	Son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü	Var	46	9,2
	Toplam	500	100		Yok	454	90,8
					Toplam	500	100

Erişkin dönemde aşı yaptıranların yaş ortalaması (38,5±14,3), aşı yaptırmayanlardan (33,0 ± 10,5) anlamlı olarak yüksekti (t=-5,089; p<0,001). Erişkin aşı yaptırmama durumu ile yaş arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmekteydi (tau_b=0,224; p<0,001). Erişkin dönemde aşı yaptıranların eğitim düzeyi yaptırmayanlardan daha yüksekti (Mann-Whitney U=28071,0; p=0,049) ve eğitim düzeyi yükseldikçe erişkin aşısı yaptırmama oranı artmaktaydı (tau_b=0,079; p=0,049). Erişkin dönemde aşı yaptıranlarda ailedeki birey sayısı ortalaması 2,88±0,1, yaptırmayanların ise 3,0±1,1 idi (Mann-Whitney U=24183,5; p<0,001), ve ailedeki birey sayısı ortalaması arttıkça erişkin aşısı yaptırmama oranı düşmekteydi (tau_b=-0,180; p<0,001).

Gelir düzey algısı iyi olanların %47,8'i, orta olanların %49,1'i, kötü olanların %24,1'i erişkin aşısı yaptırmıştı. Gruplar arasında erişkin aşılarını yaptırmama durumu açısından anlamlı fark vardı (X²=6,728; p=0,035). Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranı çalışanlarda %59,7, çalışmayanlarda %31,5, emeklilerde ise %58,5 olup, aralarında anlamlı fark mevcuttu (X²=38,677; p<0,001). Katılımcılar arasındaki sağlık çalışanlarının erişkin aşılarını yaptırmama oranları (%71,1) sağlık çalışanı olmayanların aşılama oranından (%41,7) anlamlı olarak yüksekti (X²=27,190; p<0,001). Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranı bekârlarda %34,5, evlilerde %55,4, dullarda %68,0 oranında idi ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (X²=24,965; p<0,001).

Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranları hiç sigara kullanmayanlar arasında %40,9, sigarayı bırakmış olanlar arasında %67,9, aktif sigara içiciler arasında ise %47,6 idi (X²=18,672; p<0,001). Katılımcıların 74'ü (%14,8) aşılarını düzenli takip edip kendi talebi veya hekim önerisi ardından yaptırdığını, 163'ü (%32,6) ise etkenle temas, mesleki zorunluluk, gebelik, askerlik ve seyahat gibi zorunluluk hâlleri nedeniyle erişkin dönemde aşılandığını gösteriyordu. (X²=2,817; p=0,024).

Kronik hastalık nedeniyle takipli olmayan katılımcıların erişkin aşısı yaptırmama oranı (%19,1), kronik hastalık tanısı mevcut olan katılımcıların oranından (%33,8) anlamlı düşüktü (X²=14,085; p<0,001). Kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda aşı yaptırmama oranı (%62,9) olmayanlardan (%45,2) anlamlı olarak yüksekti (X²=6,823; p=0,009). Dermatolojik hastalığı olan dokuz katılımcıdan sekizi (%88,9) erişkin dönem aşısı yaptırmışken, olmayanların %46,6'sı aşılanmamıştı (X²=6,327; p=0,016). Diğer kronik hastalık türleri erişkin aşısı yaptırmama durumu açısından anlamlı fark oluşturmuyordu. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların

%64,5'i, ilaç kullanmayanların %42,0'ı erişkin aşısı yaptırmıştı, iki grup arasında anlamlı fark vardı (X²=18,640; p<0,001).

Erişkin dönemde aşı yaptıranların katılımcıların ortalama çocuk sayısı yaptırmayanlara kıyasla daha fazlaydı (t=-3,660; p<0,001) ve çocuk sayıları ile erişkin aşılarını yaptırmama durumu arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmekteydi (tau_b=0,164; p<0,001).

Cinsiyet, yaşanılan bölge, alkol kullanımı, sosyal medya kullanımı, daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşma durumu erişkin aşısı yaptırmama davranışı üzerinde anlamlı fark oluşturmuyordu (sırasıyla X²=0,003; p=0,096, X²=0,246; p=0,620, X²=2,817; p=0,245, X²=0,000; p=1,000, X²=3,070; p=0,080).

Katılımcıların 23'ünde (%4,6) daha önce aşı yaptırdıktan sonra yan etki gelişmişti. En sık görülen üç yan etki sırasıyla aşı yerinde şişlik/acı (n=7, %1,4), ateş (n=6, %1,2) ve döküntü (n=4, %0,8) idi.

"Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?" sorusuna katılımcıların 122'si (%24,4) hiç önerilmedi, 317'si (%63,4) hayır, 61'i (%12,2) evet şeklinde yanıt verdi. Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi söylemleri ile aşığı reddetme nedenleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi ifadeleri ile aşığı reddetme nedenleri.

Aşı yaptırmama nedeni	n	%
Aşı gerekli değil	8	13,1
Aşının yan etkileri neden	4	6,6
Aşı güvenli değil	4	6,6
Aşı faydasız	3	4,9
Aşı hakkında bilgim yoktu	3	4,9
Aşı hakkında basında çıkan haberler nedeniyle	3	4,9
Aşı olmak istemiyordum	3	4,9
Grip aşısının bağışıklık sağlayacağına inanmadığım için	2	3,3
Hasta olmadığım için gerek duymuyorum	1	1,6
Hekimler arasındaki fikir ayrılığı nedeni ile aşılar hakkında şüpheye düştüm	1	1,6
Aşının içeriğini açıklayamadıkları için	1	1,6
Aşının sağlık açısından riskli olduğunu düşünüyorum	1	1,6
Aşidan korkuyorum	1	1,6
Dozları tam olduğu için	1	1,6
Aşıya alerjim var	1	1,6
İşim vardı	1	1,6
Belirtilmemiş	23	37,7
Toplam	61	100

Cinsiyet, medeni durum, çalışma ve gelir durumu, sağlık çalışanı olma, yaşanılan bölge, hanedeki birey sayısı, sigara, alkol ve sosyal medya kullanımı, kronik hastalık varlığı ve türleri, ilaç kullanımı erişkin dönemde aşı olmayı reddetme davranışı açısından anlamlı fark oluşturmazken, daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin yaş ortalaması (30,7±5,5), kabul edenlerden (33,1±8,7) anlamlı düşüktü ($t=2,434$; $p=0,017$). Aşırı reddedenler ile kabul edenlerin arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı ($U=7548,5$; $p=0,003$).

Katılımcılara, “Aşı yaptırmaya kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?” sorusu yöneltildi. Bu soruya katılımcıların %68,2’si aile hekimi, %66,4’ü uzman hekim, %16,2’si ise başkası önermese de kendim takip eder yaptırım yanıtını vermişti. Erişkin aşısı yaptırmaya veya aşırı reddetme durumu ile bir hekim, hemşire, eczacı veya eş/dosttan bu konuda öneri alma arasında anlamlı ilişki yoktu. Bununla birlikte, “Aşılarımı düzenli takip eder, yaptırım.” diyenlerin %69,1’i, bu seçeneği işaretlemeyenlerin ise %43,2’si erişkin aşısı yaptırmıştı ve aşılarını takip eder yaptırım diyenlerin aşı yaptırmaya oranları anlamlı olarak yüksekti ($X^2=18,316$; $p<0,001$). Aşırı reddetme durumu açısından ise, “Aşılarımı düzenli takip eder, yaptırım.” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($X^2=5,471$; $p=0,065$).

TARTIŞMA

Üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü bireyleri kapsayan çalışmamızda, katılımcıların kendilerine erişkin aşısı yaptırmaya durumları, erişkin aşısı yaptırmaya davranışlarını etkileyen faktörleri, aşı yaptırmama nedenlerinin incelenmesi amaçlandı.

Çalışmamızda, 18 yaşından sonra en az bir kez aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4) idi. En çok yapılan aşılardan tetanos ($n=97$, %19,4) ve influenzaydı ($n=41$, %8,2); pnömokok aşısı yaptırdığını belirtenlerin oranı ise yalnızca %0,2 idi. Üçüncü basamakta yapılan bazı çalışmalarda, erişkin aşılama oranları %47,7-%59,0 arasında değişmektedir ve çalışmamızla benzer şekilde en sık yaptırılan erişkin aşılama oranlarının influenza ve tetanos aşısı olduğu belirtilmiştir.^[8-10] Ülkemiz genelinde ise erişkin aşılama oranlarının %2’den az olduğu tahmin edilmektedir.^[11] Ülkemizdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında, polikliniğimize başvuran 18 yaş üzeri bireylerin erişkin aşı yaptırmaya oranları benzer olsa da diğer ülkelerdeki çalışmalara göre daha düşüktür.

Avrupa’da erişkin aşılamanın değerlendirildiği bir meta analizde, yaşlı popülasyonda influenza aşısı ile aşılama oranının %1-77 (median=%44,7) arasında, pnömokok aşılama oranının ise en yüksek %13 oranında -Belçika’da- uygulandığı saptanmıştır.^[12] Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 65 yaş üstünde influenza için %66,2, pnömokok için %59,9 oranında; 18-65 yaş arasında influenza için %47,0, pnömokok aşısı için %21,2 oranında aşılama durumu söz konusudur.^[13] Avrupa ülkelerini kapsayan meta analiz ile karşılaştırıldığında, influenza aşısı yaptırmaya oranları -ülkelere göre değişmekle birlikte- çalışmamızda daha düşük saptanmıştır; benzer durum ABD örneğinde de gerek influenza gerekse pnömokok aşılama açısından geçerlidir. Çalışmamızda, pnömokok aşılamanın böylesine düşük oranda kalmasının, bu çalışmanın yapıldığı dönem ve öncesinde 65 yaş ve üstü gruba konjuge pnömokok aşısı ile aşılamanın henüz Aile Sağlığı merkezleri tarafından uygulanmaya başlanmamış olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların erişkin aşı yaptırmaya durumlarıyla cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bazı çalışmalarda gösterildiği üzere, kadın cinsiyet için erişkin aşılama konusunda gerek bilgi düzeyi gerekse aşılama durumu daha yüksek oranlarda gözlenmektedir.^[8,9,13] Çalışmamızda, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamasının katılımcıların neredeyse yarısının çocuk sahibi olmamasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Özellikle gebelik döneminde tetanos aşısının rutin önerilmesi ve ana/çocuk sağlığı çalışmaları kapsamında kadınların aşı hakkındaki farkındalığının artmasına bağlı olarak kadın cinsiyetin aşılama konusunda daha kolay bilgi sahibi olabildiği düşünülebilir.

Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırmaya durumu ile eğitim seviyesi arasında korelasyon gözlenmekteydi. Benzer pek çok çalışmada, eğitim seviyesi yükseldikçe erişkin aşılama oranının arttığı ve erişkin aşılama konusunda daha istekli oldukları sonucuna ulaşılmıştır.^[9,13] Bunun tersine özellikli bir grup olan kanser hastalarında erişkin aşılama tutumunun incelendiği başka bir çalışmada, kanser tanısı aldıktan sonraki dönemde eğitim seviyesi arttıkça aşı karşıtlığının anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir.^[14] Anlaşılan şudur ki, eğitim seviyesindeki artış aşı yaptırmaya oranlarını olumlu etkilemekle birlikte, kanser hastalığı gibi özel durumlarda farklı etki gösterebilmektedir. Kanser hastalarının yaşam beklentisi, aldıkları yoğun tedaviler ve psikolojik olarak zorlayıcı bir süreçten geçiyor olmaları aşırıya bakış açılarını etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda, kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcıların ortalama yaşı ve eğitim düzeyleri kabul eden emsallerine kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmekteydi. Diğer sosyodemografik veriler açısından erişkin aşılmasını kabul edenler ile etmeyenler arasında anlamlı fark yoktu. Özellikle eğitim durumu ele alındığında, niceliktense kalitenin daha değerli olduğu gözlenmektedir. Eğitim durumu bilgiye ulaşmaya çabada ve edinilen bilgiyi değerlendirmede oldukça önemli olmakla birlikte, bilgiye ulaşılan yerin güvenilirliği ve bilimselliğini sorgulamak için kişisel bir eleştirel yaklaşımın önemi söz konusudur. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, gelir durumu orta olanlarda erişkin aşısı yaptırma oranı en yüksekken, kötü olanlarda en düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Benzer şekilde erişkin aşısı yaptırma durumu ile hanedeki birey sayısı arasında anlamlı ilişki mevcuttu ve birey sayısı arttıkça aşılama oranları azalıyordu. Hanedeki birey sayısı kişi başına düşen gelir miktarını, eğitim durumunu ve kendine vakit ayırma süresini etkileyerek sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyebilmektedir. Bunun yanında, yaşanan çevredeki sosyoekonomik yapının olumsuz olması da hanedeki birey sayısında artış ve erişkin aşılama düzeyinde azalma ile ilişkili olabilmektedir.^[13,15]

Sakamoto ve ark.'nın yaşı popülasyonda pnömokok aşılmasını araştırdığı çalışmasında, sigara ve alkol kullanımı ile aşı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.^[16] Buna karşılık, çalışmamızda sigarayı bırakanlarda aşı olma oranı en yüksekken (%67,9), hiç sigara kullanmayanların aşı olma oranları daha düşüktü (%40,9). Hem sigara bırakma hem de aşılama davranışlarının beraber artıyor olması bireylerde olumlu sağlık davranışı oluşturmanın sağlığı korumaya yönelik başka davranışları da etkileyebileceğini göstermektedir.

Kronik hastalığı olan bireyler erişkin aşılması açısından riskli bireyler olup, aşı yaptırması önerilmektedir.^[5] Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırma oranı kronik hastalığı olanlarda (%33,8) olmayanlardan (%19,1) anlamlı olarak yüksekti. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, iç hastalıkları polikliniklerine başvuran riskli bireylerde aşı yaptırma oranı %27,2 olarak saptanmıştır.^[17] Literatürde kronik hastalık tanısının olmasının kişilerin erişkin aşılama durumlarına etkisinin net olmadığı görülmektedir.^[18-20] Yapılan bir çalışmada, aşı yaptıran ve yaptırmayanlar arasında kronik kalp, akciğer ve böbrek hastalığı açısından anlamlı fark varken kronik

karaciğer hastalığı, diyabet ve hipertansiyon açısından anlamlı fark bulunmamıştır.^[18] Helfrizchi ve ark.'nın yaşı popülasyonda yaptığı bir çalışmada, aşı olan grupta aşı olmayan gruba göre kronik hastalık sayısı ve sıklığı daha fazladır.^[19] Literatürdeki bu farklı sonuçlar erişkin aşılama konusunda sağlık hizmetinin henüz standardize edilmiş bir erişkin aşılama önerisinin yerleşmediği ve erişkin aşılama durumunun kişisel talep ve hekim görüşü ile şekillendiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına bakıldığında, %99,0'unun çocukluk aşıları uygulanmış, %1'nin uygulanmamıştı. Ülkemizde 1981 yılından beri süre gelen genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aşılama oranları giderek artarak %70'lerden %95'in üzerine çıkmıştır.^[20] Aşı döneminin üzerinden geçen zamanın çok uzun olması anımsamayı da zorlaştırabilmektedir. Çalışmamızda, yaş ortalamasının düşük olması nedeniyle hem hatırlama sorunu azalmaktadır hem de katılımcıların çocukluk çağındaki aşılama hızları daha yüksek olarak gözlenmiştir.

Katılımcıların aşı yaptırma kararında en çok aile hekimi ve diğer hekimlerin önerisini dikkate aldıklarını belirtmişti. Aşılarını düzenli takip edip yaptırdığını belirten katılımcılarda erişkin aşısı yaptırma oranı anlamlı olarak yüksekti. Gerek ulusal gerekse uluslararası çalışmalarda bir sağlık personelinden aşı önerisi almanın aşılama oranlarını olumlu yönde etkileyen faktörlerden olduğu saptanmıştır.^[8,13,16,21,22] Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırma davranışı ile hekim önerisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da hekiminden aşı hakkında öneri aldığı aşı yaptıracaklarını belirten katılımcıların oranı oldukça yüksektir. Erişkin aşılama oranlarının artırılmasında hastalara sağlık profesyonelleri tarafından bilgi verilmesinin önemi ortadadır ve bunu sağlayabilmek için tıp eğitiminde erişkin bağışıklamasının önemine özellikle yer verilmelidir.

Uzunur ve ark.'nın 2018'de yayınladıkları çalışmalarında, erişkin yaş grubunda bilgilendirilmemiş olmak, aşıya gerek duymamak, yan etkisi olduğunun düşünülmesi, aşından korkmak ve aşı yaptırmak için nedenin olmaması başlıca aşı yaptırmama nedenleri olarak belirlemişlerdi. Bunlara ek olarak, aşı zamanını takip etme zorunluluğu ve sosyal güvencenin aşı ücretini karşılamaması da aşı yaptırmama nedenleri arasındaydı. Aynı çalışmada, "Sosyal güvenceniz karşılasaydı aşılarınızı yaptırır mısınız?" sorusuna katılımcıların %56'sı evet yanıtını vermekteydi.^[9] Genel olarak değerlendirildiğinde,

erişkin aşısı yaptırılmamasının başlıca nedenleri hekimin/ sağlık çalışanlarının önermemesi, bilgisizlik, aşılardan etkisi ve güvenli olup olmadığı ile ilgili şüpheler, sağlık okuryazarlığının düşük olması, aşının yalnızca çocuk yaş grubuna uygulandığının düşünülmesi, aşılardan fiyat ve geri ödeme sorunları, erişkin aşı şemasının olmaması olarak bildirilmiştir.^[23,24] Hekim tarafından önerilse dahi bireylerin aşı yaptırmayı kabul etmemelerinin nedenleri arasında yan etkilerden korkulması, bireylerin sağlıklı veya yaşlı oldukları için aşının gereksiz olduğunu düşünmeleri, aşılardan hakkında düşüncelerinin olmaması gibi gerekçeler söz konusudur.^[25] Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda görüldüğü üzere, erişkin aşısı yaptırmamanın önündeki başlıca engeller bireylerin bilgilendirilmesi ile azaltılabilir. Örneğin, Japonya'da 65 yaş üzeri grupta pnömokok aşısının rutin aşılanma programına alınmasının aşılanma oranlarına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, aşılanma oranları 2009 yılında %20,9 iken, aşılanma programı başladıktan iki yıl sonra, 2015 yılının sonunda %40,6 oranına ulaşılmıştır.^[26] Bu durum erişkin aşılanma oranlarının artırılmasında ulusal aşılanma programlarının etkisini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların erişkin aşısına bakış açıları ve aşı reddi nedenleri değişken bir tutum izlemekteydi. Aşı yaptırmayı kabul etmeyenlerin kabul etmeme nedenlerinin sorulduğu açık uçlu soruya verilen başlıca yanıtlar; aşının gerekli olmadığının düşünülmesi, yan etkiden korkma, aşılara güvenmeme ve yararsız bulma, bilgi eksikliğiydi. Bunun yanında, sağlık açısından riskli olduğunun düşünülmesi, medyadan etkilenme, aşı içeriği ile ilgili duyular, aşının hastalıktan korumadığının düşünülmesi gibi nedenler de mevcuttu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan aşı reddi nedenlerinin sorgulandığı soru setine verilen yanıtlarda da herhangi bir gerekçede bir yoğunlaşma söz konusu değildi. Erişkin aşıları hakkında bilgi ve tutumun değerlendirildiği bir başka çalışmada, tüm toplumun değil riskli erişkinlerin aşılanması gerektiğini düşünenler katılımcıların %37'sini oluşturmaktaydı ve katılımcıların erişkin aşıları hakkındaki önerileri sorulduğundaysa, öneride bulunanların %72,2'si aşıların takip edilmesini, %18,9'u bu konuda bilgilendirilmeyi, %6,7'si güvenilir ve etkili aşıların olmasını, %2,2'si ücretsiz olarak aşı yapılmasını önermişti.^[8] Aldığımız sonuçlarla da desteklenen bu görüş aslında aşı reddinden çok aşı kararsızlığının daha sık olduğunu ve doğru bilgilendirme ile bu engelin aşılanmasının olası olacağını gösterir nitelikteydi.

Çalışmamız bir üçüncü basamak hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran sınırlı bir nüfusa

yapıldığından topluma genellerken dikkatli olunmalıdır. Ülkemizde bağışıklama hizmetleri temel olarak birinci basamakta sunulmaktadır ve çalışmanın birinci basamağa başvuran bireylere uygulanamamış olması çalışmanın önemli zayıf yönlerinden birisidir.

Çalışmamız bulguları ile katılımcıların hem erişkin aşılanma hem de çocukluk çağı aşılanma hakkındaki tutum ve davranışlarını inceleme fırsatı sunmaktadır. Çalışmamızda yalnızca aşılanma düzeyine odaklanılmamış, günümüzde giderek yaygınlaşan ve aşılanma oranlarında düşmeye neden olan önemli bir sorun olarak aşı karşıtlığı da irdelenmiştir. Tüm bunlar ele alındığında çalışmamız aşılanma hakkında kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır.

Sonuç

Çocukluk aşısı yaptırmama oranlarının çok yüksek olduğu çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırmama oranının %47,7'de kaldığı görülmektedir. Erişkin aşısı yaptırmayı eğitim düzeyindeki artış, kronik hastalık varlığı, çocuk sayısı gibi etkenler olumlu etkilerken gelir durumunda kötüleşme ve hane halkı sayısında artışın olumsuz etkilediği görülmektedir. Aşı olmamanın önündeki en büyük engel ise aşı hakkında bilgi sahibi olmamak, aşının gereksiz veya faydasız olduğunun düşünülmesi, aşının güvenli olmadığı endişeleridir. Çalışmamızda, katılımcılar aşı olma konusunda en çok hekimlerin önerilerini dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler göz önüne alındığında, öncelikle birinci basamak hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına aşılanmanın önemi hakkında uygun bilgilendirme ortamını oluşturmak açısından önemli bir görev düşmektedir.

Etik Kurul Onayı: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (29.11.2017/19-14).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Çanakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (29.11.2017/19-14).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

1. WHO. Global Vaccine Action Plan 2011–2020 Cenevre: WHO Press, 2013.
2. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu. Erişkin bağışıklama rehberi Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2016.
3. Cehan M, İltter H. T.C. Sağlık Bakanlığı, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. 3. Ulusal aşı çalıştay: Çalıştay raporu, Ankara, 2018, p:13-17.
4. Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü. Türk Aile Hek Derg. 2018;22(3):166-174. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00366>
5. WHO. Global Routine Immunization Strategies and Practices. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/GRISP/en/ adresinden 18/01/2021 tarihinde indirilmiştir.
6. CDC. İmmünizasyon Schedules. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html> adresinden 18/01/2020 tarihinde indirilmiştir.
7. Biberoglu K ve ark. TIHUD ege Çalışma Grubu Raporu. Erişkin İmmünizasyonu <http://www.tihud.org.tr/main/content> adresinden 18/05/2020 tarihinde indirilmiştir.
8. Bal H, Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler. İstanbul Med J. 2016;17:121-30. <https://doi.org/10.18521/iktd.562207>
9. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(3):113-118. <https://doi.org/10.2399/tahd.13.55265>
10. Uzuner A, Arabacı Ş, Yücel A. İ, Kocatürk A C, et al. Knowledge, attitude and behaviors of adults about adulthood immunization. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(3):215-225. <https://doi.org/10.21763/tjfm.452487>
11. Toprak D, Akan H, Köksal İ, Sargın M. Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):166-174. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00366>
12. Özışık L, Tanrıöver M D, Rigby S, Unal S. European Federation of Internal Medicine ADVICE Working Group. ADVICE for a healthier life: Adult vaccination campaign in Europe. European Journal of Internal Medicine. 2016;33:14-20. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.04.021>
13. La E. M, Trantham L, Kurosky S K, Odom D, Aris E, Hoge C. An analysis of factors associated with influenza, pneumococcal, Tdap, and herpes zoster vaccine uptake in the US adult population and corresponding inter-state variability. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2018;14(2):430-441. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1403697>
14. Akın S, Dizdar O, Özışık L, Tanrıöver M D, Kamisli S, Erman M, Hayran M. Vaccination attitudes among patients with cancer receiving chemotherapy. International Journal of Hematology & Oncology / UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2016;26(3):167-172. <https://doi.org/10.4999/uhod.161317>
15. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009;2(4):145-154.
16. Sakamoto A, Chanyasanha C, Sujirarat D, Matsumoto N, Nakazato M. Factors associated with pneumococcal vaccination in elderly people: a cross-sectional study among elderly club members in Miyakonojo City, Japan. BMC Public Health. 2018;18(1):1172. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6080-7>
17. Biberoglu K, Biberoglu S, Özbakkaloğlu M ve ark. Haydi büyükler aşıya. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179> adresinden 18/01/2021 tarihinde indirilmiştir.
18. Hellfritsch M, Thomsen R. W., Baggesen L. M., Larsen F. B., Sørensen H. T., Christiansen C. F. Life style, socioeconomic characteristics, and medical history of elderly persons who receive seasonal influenza vaccination in a tax-supported healthcare system. Vaccine. 2018;35(18):2396-2403. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.03.040>
19. Akman, M, Uzuner A, Uç D, Dikmen, İ, Sarısoy M, Güzel S, Çifçili S. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılanma durumu ve bilgi düzeyleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2014;5(3):19-23.
20. Tuells J, Rodríguez-Blanco N, Torrijos J L D, Vila-Candel R, Bonmati A N et al. Vaccination of pregnant women in the Valencian Community during the 2014-15 influenza season: a multicentre study. Revista Española de Quimioterapia. 2018;31(4):344-352.
21. International federation on ageing (IFA). Adult immunization advocacy summit Rome meeting draft report. TORONTO:2015
22. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2013. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_bakanligi_faaliyet_raporu_2013.pdf adresinden 18/08/2020 tarihinde indirilmiştir.
23. Ulusal Aşı Çalıştay, Çalıştay Raporu. ANKARA:2016. <http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf> adresinden 18/08/2020 tarihinde indirilmiştir.
24. Erdoğan H. İ, Catak, B. Influenza, pneumococcal and herpes zoster vaccination rates amongst people aged 65 years and older and related factors. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2018;21(4):498-506.
25. Yılmaz T, Yılmaz T E, Ceyhan Ş, Kasım İ, Kaya A, Odabaş Ö K, et al. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatrik hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılanma durumları ve doktor önerisinin etkisi. Ankara Medical Journal. 2018;3:391-401. <https://doi.org/10.17098/amj.461416>
26. Naito T, Yokokawa H, Watanabe A. Impact of the national routine vaccination program on 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine vaccination rates in elderly persons in Japan. Journal of Infection and Chemotherapy. 2018;24(6):496-498. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2018.01.004>