T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

# PALYATİF BAKIM KLİNİĞİ'NDE YATMAKTA OLAN VE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERE ÖNERİLEN AŞILARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hüseyin ÇELİK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

# ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

| I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER | |
|---|---|
| **Adı, Soyadı** : Hüseyin ÇELİK | **Sınav tarihi:** 27/11/2024 |
| **Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği | |
| **Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi:** Prof.Dr. Kenan TAŞTAN-23/05/2023 | |
| **Tezin Konusu ve Başlığı :** Palyatif Bakım Kliniği'nde Yatmakta Olan ve Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastaların, 65 Yaş ve Üzeri Bireylere Önerilen Aşılara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi<br>**Belirlenme Tarihi** : 23/05/2023 | |
| **Tezin Niteliği** : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi<br>☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel<br>☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları | |
| **Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı:** ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.) | |

## II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

## III. AÇIKLAMALAR

## IV. JÜRİ ÜYELERİ

| | Unvanı Adı Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurum Bilgisi | İmza |
|---|---|---|---|---|
| **Jüri Başkanı** | Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Doç.Dr. Mustafa BAYRAKTAR | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Dr.Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |

# İÇİNDEKİLER

**İÇİNDEKİLER** ..... **i**
**TABLOLAR DİZİNİ** ..... **iii**
**ŞEKİLLER DİZİNİ** ..... **v**
**KISALTMALAR DİZİNİ** ..... **vi**
**TEŞEKKÜR** ..... **viii**
**ÖZET** ..... **ix**
**ABSTRACT** ..... **xii**
**1. GİRİŞ ve AMAÇ** ..... **1**
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **3**
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı Ve Temel Prensipleri ..... 3
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ..... 3
2.1.2. Palyatif Bakımın Prensipleri ..... 4
2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi ..... 5
2.2.1. Türkiye'de Palyatif Bakım ..... 6
2.3. Palyatif Bakımın Kapsamı ..... 9
2.4. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri ..... 11
2.4.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım Modeli ..... 11
2.4.2. Ev Temelli Palyatif Bakım Modeli ..... 12
2.4.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım Modeli ..... 13
2.5. Palyatif Bakımda Aile Hekimliğinin Rolü ..... 14
2.5.1. Evde Sağlık Hizmetleri ..... 15
2.5.2. Aile Hekimliği Poliklinik Hizmetleri ..... 16
2.6. Yaşlılık Dönemi ..... 16
2.7. Erişkin Bağışıklama ..... 18
2.7.1. Temel Kavramlar ve Tanımlar ..... 18
2.7.2. Aşılama İle İlgili Genel Bilgiler ..... 19
2.7.3. Aşı Türleri ..... 20
2.7.4. Yaş Gruplarına Göre Erişkin Bağışıklama ..... 22
2.8. 65 Yaş ve Üzeri Bireylere Önerilen Aşılar ..... 25
2.9. Pnömokok, İnfluenza, Tetanoz Ve Covid-19 Aşıları ..... 25

2.9.1. Pnömokok Aşısı ..... 25
2.9.2. İnfluenza Aşısı ..... 30
2.9.3. Tetanoz Aşısı ..... 32
2.9.4. Covid-19 Aşısı ..... 35
**3. GEREÇ ve YÖNTEM ..... 38**
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: ..... 38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman ..... 38
3.3. Araştırmanın Evreni ..... 38
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri ..... 38
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri ..... 38
3.4. Etik Kurul ..... 39
3.5. Veri Toplama Araçları ..... 39
3.5.1. Aşı Tereddütü Ölçeği ..... 39
2.6. İstatistiksel Değerlendirme ..... 39
**4. BULGULAR ..... 41**
**5. TARTIŞMA ..... 63**
**6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER ..... 78**
**KAYNAKLAR ..... 80**
**EKLER ..... 85**
EK 1. Veri Toplama Formları ..... 85

## TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları ..... 6
**Tablo 2.** Palyatif bakımda görülen semptomlar ve sıklıkları ..... 10
**Tablo 3.** Aile Hekimliği Poliklinik Hizmetleri..... 16
**Tablo 4.** Aşı Türleri ..... 21
**Tablo 5.** Yaş Grubuna Göre Önerilen Yetişkin Aşılama Programı ACIP, 2024..... 23
**Tablo 6.** Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı..... 42
**Tablo 7.** Gruplara ait bazı özelliklerin dağılımı ..... 43
**Tablo 8.** Katılımcıların aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı ..... 44
**Tablo 9.** Katılımcıların hastalık geçirme durumları ile aşı olma durumlarının dağılımı..... 44
**Tablo 10.** Katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı..... 45
**Tablo 11.** Palyatif ve ASM gruplarında katılımcıların aşı yaptırma/yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı ..... 46
**Tablo 12.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı ..... 49
**Tablo 13.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı (devamı)..... 50
**Tablo 14.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı (devamı)..... 51
**Tablo 15.** Katılımcıların aşıya dair red ve terredüt durumlarını sorgulayan soruların dağılımı ..... 51
**Tablo 16.** Katılımcıların red/tereddüt ettiği aşıların dağılımı..... 52
**Tablo 17.** Katılımcıların aşıları red/tereddüt nedenlerinin dağılımı..... 53
**Tablo 18.** Gruplara göre katılımcıların red/tereddüt ettikleri aşıların dağılımı..... 53
**Tablo 19.** Gruplara göre katılımcıların aşıları red/tereddüt nedenlerinin dağılımı ... 54

**Tablo 20.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların red/tereddüt ettikleri aşıların dağılımı ..... 55
**Tablo 21.** Eğitim Durumlarına göre katılımcıların red/tereddüt nedenlerinin dağılımı ..... 55
**Tablo 22.** Katılımcıların Aşı Tereddütü Ölçeği Puan Ortalamaları ..... 56
**Tablo 23.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları ..... 57
**Tablo 24.** ASM grubunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları..... 58
**Tablo 25.** Palyatif grubunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları..... 59
**Tablo 26.** Katılımcıların aşı olma durumlarına göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları..... 60
**Tablo 27.** Katılımcıların grup ve aşı olma durumlarına göre Aşı Tereddütü Ölçeği puan dağılımları ..... 61

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** Ülkemizde yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranları ..... 18
**Şekil 2.** Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2024 Aşı Önerileri ve Dozları EKMUD, 2024..... 24
**Şekil 3.** Pnömokok aşı algoritması TAHUD, 2021 ..... 28
**Şekil 4.** Pnömokok aşı algoritması TAHUD, 2021 ..... 29
**Şekil 5.** Pnömokok Aşılama Algoritması EKMUD, 2024..... 30
**Şekil 6.** Daha önce aşılanmamış veya aşılanma durumu bilinmeyen 65 yaş ve üstü bireyler için primer aşılama şeması..... 34
**Şekil 7.** Tetanoz şüpheli yaralanmalarda temas sonrası proflaksi ..... 34
**Şekil 8.** Covid 19 aşı yaklaşım teknikleri ..... 37

## KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ACIP | : Advisory Committee on İmmunization Practices (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi) |
| AİDS | : Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu |
| ARDS | : Akut Respiratuar Distress Sendromu |
| ASM | : Aile Sağlığı Merkezi |
| BCG | : Bacillus Calmette-Guerin |
| DaBT | : Difteri, Tetanoz, Boğmaca (Pediatrik) |
| DM | : Diyabetes Mellitus |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| DT | : Difteri, Tetanoz (Pediatrik) |
| EAPC | : Avrupa Palyatif Bakım Birliği |
| EKMUD | : Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği |
| ESH | : Evde Sağlık Hizmetleri |
| Hib | : Haemophilus influenzae tip b |
| HPV | : İnsan Papilloma Virüsü |
| HT | : Hipertansiyon |
| İPV | : İnaktif Polio Aşısı |
| KAH | : Koroner Arter Hastalığı |
| KBY | : Kronik Böbrek Yetmezliği |
| KKK | : Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak |
| KOAH | : Kronik Obtrüktif Akciğer Hastalığı |
| KPA | : Konjuge Pnömokok Aşısı |
| MS | : Multipl Skleroz |
| OPV | : Oral Polio Aşısı |
| PPA | : Polisakkarit Pnömokok Aşısı |
| RSV | : Respiratuar Sinsityal Virüs |
| RZV | : Rekombinant Zoster Aşısı |
| STK | : Sivil Toplum Kuruluşları |

TAHUD : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Td : Tetanoz, Difteri

TdaB : Tetanoz, Difteri, Boğmaca

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TUK : Tıpta Uzmanlık Kurulu

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezi hazırlama süresince bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kenan TAŞTAN'a,

Uzmanlık eğitimime bilgi ve tecrübeleriyle katkı sağlayan Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Değerli hocalarım Doç. Dr. Mustafa Bayraktar, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif Nas'a,

Palyatif bakımı bana sevdiren ve öğreten, eğitim hayatım boyunca eğitmen sıfatıyla eşine rastlamadığım çok değerli hocam İç Hastalıkları Geriatri Öğretim Üyesi Doç. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR'a

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum meslektaşlarım ve tüm sağlık personeline,

Uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında tanıştığım ve o günden bu yana uzmanlık tezi süreci de dahil olmak üzere her zaman huzur kaynağım olan kedim Esat'a,

İlk öğretmenlerim olan ve hayatlarının tamamını evlatlarını yetiştirmeye adayan annem ve babama,

Ve tanıdığım ilk günden bu yana her konuda olduğu gibi uzmanlık tezi sürecinde de en büyük destekçim olan eşim Rumeysa Temur ÇELİK'e,

Teşekkür ederim.

**Dr. Hüseyin ÇELİK**

# ÖZET

## Palyatif Bakım Kliniği'nde Yatmakta Olan ve Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastaların 65 Yaş ve Üzeri Bireylere Önerilen Aşılara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

**Amaç:** Çalışmamızda Erzurum ilinde Palyatif bakım kliniğinde yatmakta olan ve eğitim ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların, kendilerine önerilen pnömokok, tetanoz, influenza ve covid-19 aşılarına karşı tutumlarının ve farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatmakta olan ve Erzurum Aziziye Saltuklu ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Katılımcılara yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, sosyal güvence, öğrenim ve gelir durumu, bakımını kimin üstlendiği, Palyatif Bakım Kliniği'ne yatırılma nedenleri, kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçları sorgulayan anket uygulandı. 65 yaş ve sonrasında pnömokok, tetanoz, influenza ve COVİD-19 aşısı yaptırıp yaptırmadıkları soruldu. Aşıyı yaptıranların neden yaptırdıkları, aşıyı yaptırmayanların ise neden yaptırmadıklarının sebepleri sorgulandı. Katılımcıların hangi aşılara karşı tereddüt ettiği ve hangi aşıları reddettiği sorgulandı. Son olarak da katılımcılara aşı tereddütü ölçeği uygulandı. Tüm veriler araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek kaydedildi.

**Bulgular:** Bu araştırmada, palyatif bakım kliniğinde yatan ve aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin, kendilerine önerilen tetanoz, pnömokok, influenza ve COVID-19 aşılarına yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Çalışmada palyatif bakım grubunun yaş ortalaması 73.8±8 yıl, ASM grubunun yaş ortalaması ise 71.9±6 yıl olarak bulunmuştur. Palyatif bakım ve ASM gruplarında lise ve üzeri eğitim düzeyi sırasıyla %8 ve %16, okuryazar olmayanların oranı ise %36 ve %20 olarak saptanmıştır.

Aşı yaptırma oranları incelendiğinde; tetanoz aşısı palyatif bakım grubunda %44, ASM grubunda %48; influenza aşısı sırasıyla %26 ve %62; pnömokok aşısı %38 ve %54 oranında uygulanmıştır. Çalışmaya katılanların en yüksek oranda yaptırdıkları aşı %67 oranla COVID-19 aşısı olmuştur. Katılımcıların %53'ü tetanoz ve pnömokok aşılarını, %50'si influenza aşısını ve %63'ü COVID-19 aşısını gerekli bulmaktadır. Aşı yaptırmanın en yaygın nedeni, doktor tavsiyesi olarak öne çıkmış; özellikle palyatif bakım grubunda aşı kararlarında doktor önerisinin etkili olduğu görülmüştür.

Aşı yaptırmama nedenleri değerlendirildiğinde, tetanoz ve pnömokok aşılarında "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" yanıtı öne çıkarken, influenza ve COVID-19 aşılarında "hastalıktan korumadığı" gerekçesi belirtilmiştir. Aşıya karşı olumsuz tutum sergileyenlerin en yaygın gerekçesi ise "aşının güvenliğine dair endişeler" olarak saptanmıştır. Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça güvenilir bilgiye erişim eksikliği ve medyada yayılan olumsuz haberlerin tereddüt ve reddetme eğiliminde etkili olduğu görülmüştür.

Aşı Tereddütü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, palyatif bakım grubunda 33.5±5.6, ASM grubunda ise 33.2±5.1 olarak bulunmuştur. Daha önce aşı yaptırmış bireylerin, aşı olmayanlara göre güven alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmanın bulguları, 65 yaş ve üzeri bireylerin aşılama süreçlerinde doktor tavsiyesinin önemini, güvenilir bilgiye erişim ihtiyacını ve özellikle bilgi eksikliğinin azaltılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Sonuç:** Her iki grupta da aşılar hakkında bilgi eksikliğinin yaygın olduğu ve güvenlik ile etkililik endişelerinin öne çıktığı görülmektedir. Aşı yaptırma kararı üzerinde en büyük etkiyi doktor tavsiyesinin oluşturduğu belirlenmiş; bununla birlikte, aşılara karşı tereddüt veya red tutumlarında katılımcıların hastalıkları yeterince ciddi görmemesi veya aşının koruyuculuğuna inanmaması gibi nedenlerin etkili olduğu görülmüştür. Palyatif bakım grubunda, özellikle pnömokok ve tetanoz aşılarında “hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum” ve “aşıların yararları hakkında bilgim yok” gibi gerekçeler sıkça dile getirilmiştir. ASM grubunda ise influenza ve COVID-19 aşılarında koruyuculuğuna yönelik şüphelerin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde aşı tereddütü ve bilgi

eksikliği daha yaygın bulunmuş, okuryazar olmayan grupta tereddüt oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, hem palyatif bakım hem de ASM gruplarında aşı yaptırmayı teşvik etmek için bilgi eksikliğini gidermeye yönelik eğitim kampanyaları, sağlık personelinin bilgilendirici ve güven artırıcı konuşmaları, medya okuryazarlığı stratejilerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Aşıların yarar ve olası yan etkileri hakkında görsel ve yazılı materyallerle desteklenen bilgilendirme faaliyetleri düzenlenmeli; özellikle düşük eğitim seviyesine sahip bireyler için anlaşılır dilde içerikler sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarında aşılamayı kolaylaştırıcı hizmetler sunulması ve güvenilir bilgiye erişimin artırılması da öneriler arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, aile sağlığı merkezi, aşı tutumu, aşı tereddütü, 65 yaş ve üzeri bireyler, pnömokok aşısı, tetanoz aşısı, influenza aşısı, covıd-19 aşısı

## ABSTRACT

### Evaluation of the Attitudes of Patients 65 Years of Age Or Older Who Are Staying in the Palliative Care Clinic and Applying To the Family Health Center Towards Vaccines Recommended For Individuals 65 Age and Older

**Objective:** This study aims to determine the attitudes and awareness of individuals aged 65 and older who are hospitalized in the Palliative Care Clinic in Erzurum and who have applied to the Family Health Center regarding the recommended pneumococcal, tetanus, influenza, and COVID-19 vaccines.

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional and descriptive study conducted with patients aged 65 and older who are hospitalized in the Palliative Care Clinic of Erzurum Atatürk University Research Hospital and Erzurum City Hospital, and who have applied to the Erzurum Aziziye Saltuklu Family Health Center. Participants were surveyed using a questionnaire that inquired about their age, gender, occupation, marital status, social security, education and income levels, who provides their care, reasons for hospitalization in the Palliative Care Clinic, chronic illnesses, and medications used. They were asked whether they received the pneumococcal, tetanus, influenza, and COVID-19 vaccines after the age of 65. Reasons for receiving the vaccines were collected from those who had been vaccinated, while those who did not receive the vaccines were questioned about their reasons for not getting vaccinated. Participants were also asked about their hesitance towards specific vaccines and which vaccines they rejected. Finally, the Vaccine Hesitancy Scale was applied to the participants. All data were recorded through face-to-face interviews conducted by the researcher.

**Results:** This research evaluates the attitudes of individuals aged 65 and older, who are hospitalized in the Palliative Care Clinic and those who apply to the Family Health Center, toward the recommended tetanus, pneumococcal, influenza, and COVID-19 vaccines. The average age of the participants in the palliative care group was found to be 73.8±8 years, while the average age in the Family Health Center group was 71.9±6 years. In the palliative care and Family Health Center groups, the rates of

individuals with a high school education or above were 8% and 16%, respectively, while the rates of illiterate individuals were found to be 36% and 20%.

When examining vaccination rates, it was found that the tetanus vaccine was administered to 44% of the palliative care group and 48% of the Family Health Center group; the influenza vaccine was administered to 26% and 62%, respectively; and the pneumococcal vaccine was administered to 38% and 54%. The highest vaccination rate among participants was for the COVID-19 vaccine, at 67%. Among the participants, 53% considered the tetanus and pneumococcal vaccines necessary, 50% considered the influenza vaccine necessary, and 63% considered the COVID-19 vaccine necessary. The most common reason for getting vaccinated was reported as a doctor's recommendation, particularly noted to be effective in the palliative care group.

When examining the reasons for not getting vaccinated, the response "I don't feel the need because I don't see the disease around me" was predominant for the tetanus and pneumococcal vaccines, while for the influenza and COVID-19 vaccines, the justification was that they "do not provide protection from the disease." The most common reason for negative attitudes towards vaccination was found to be "concerns about vaccine safety." Additionally, as the level of education increased, it was observed that the lack of access to reliable information and negative news in the media were influential in feelings of hesitation and refusal.

The average scores on the Vaccine Hesitancy Scale were found to be 33.5±5.6 for the palliative care group and 33.2±5.1 for the Family Health Center group. It was observed that individuals who had previously been vaccinated had significantly higher scores in the safety sub-dimension compared to those who had not been vaccinated. The findings of the study highlight the importance of doctor recommendations in the vaccination processes for individuals aged 65 and older, the need for access to reliable information, and particularly the necessity of reducing information deficiencies.

**Conclusion:** In both groups, there is a widespread lack of information about vaccines, and concerns regarding safety and efficacy are prominent. It has been determined that the most significant influence on the decision to get vaccinated is the

recommendation of a doctor; however, it has also been observed that participants' perceptions of the seriousness of diseases and their disbelief in the protective effects of vaccines contribute to hesitancy or refusal. In the palliative care group, justifications such as "I don't feel the need because I don't see the disease around me" and "I have no information about the benefits of vaccines" were frequently expressed, particularly regarding the pneumococcal and tetanus vaccines. In the Family Health Center group, greater skepticism was observed regarding the protective effects of the influenza and COVID-19 vaccines.

Individuals with lower education levels showed a higher prevalence of vaccine hesitancy and lack of information, with a notably high rate of hesitancy among the illiterate group. As a result, it is recommended that educational campaigns be implemented to address the lack of information, that healthcare personnel engage in informative and trust-building discussions, and that media literacy strategies be developed to promote vaccination in both the palliative care and Family Health Center groups. Informational activities supported by visual and written materials about the benefits and potential side effects of vaccines should be organized, with accessible content provided especially for individuals with lower education levels. Additionally, it is recommended that healthcare institutions offer services to facilitate vaccination and enhance access to reliable information.

**Keywords:** Palliative care, family health center, vaccination attitude, vaccine hesitancy, individuals aged 65 and above, pneumococcal vaccine, tetanus vaccine, influenza vaccine, COVID-19 vaccine

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Palyatif bakım, hastalığı iyileştirici tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, toplam bakımıdır. "Palyatif bakım" terimi, tıbbi bakımın kanserli kişiler, aileleri, toplulukları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılaştığı fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunlarla ilgili yönlerini ifade eder (1). Palyatif bakım, entegre, insan merkezli sağlık hizmetlerinin çok önemli bir parçasıdır. Fiziksel, psikolojik, sosyal veya manevi sağlıkla ilgili ciddi ıstırapları gidermek küresel bir etik sorumluluktur. Bu nedenle, acı çekmenin nedeni ister kardiyovasküler hastalık, ister kanser, büyük organ yetmezliği, ilaca dirençli tüberküloz, ciddi yanıklar, son dönem kronik hastalık, akut travma, aşırı prematüre doğum veya yaşlılığın aşırı kırılganlığı olsun, palyatif bakıma ihtiyaç duyulabilir ve bakımın her seviyesinde mevcut olmalıdır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015-2050 yılları arasında tüm dünyada 65 yaş ve üstü nüfusunun artarak %12'den %22'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. 2015 yılında 900 milyon olan 65 yaş ve üstü nüfusun 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı beklenmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2018 verilerine göre ülkemizde de yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Türkiye'de 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8 iken, 2018 yılında %8,8'e yükseldi (4).

Bireyler yaşlandıkça, komorbidite, kırılganlık, malnutrisyon nedeniyle bağışıklık sisteminin baskılanması ve buna bağlı olarak birçok enfeksiyon hastalığına yatkınlık söz konusu olmaktadır. Yaşlılarda enfeksiyon hastalıkları, mortalite sebeplerinin başında gelmektedir. Özellikle pnömoni, yaşlılarda görülen en sık 5. ölüm nedenidir (5). İnfluenza nedeniyle ise yıllık ortalama 290.000-650.000 arasında bireyin yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir (6).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş ve üstü bireylere aşılama programına istinaden yıllık influenza, pnömokok (polisakkarit) aşısı, 10 yılda bir rapel doz şeklinde tetanoz aşısı, 2 doz suçiçeği aşısı uygulanmaktadır (7). Türkiye'de ise 65 yaş ve üzeri herkese her yıl influenza ve pnömokok aşısı, 10 yılda bir rapel

doz şeklinde tetanoz aşısı önerilmektedir (8). Tüm dünyayı etkileyen covid-19 pandemi sürecinde covid-19'a bağlı ağır hastalık ve ölümler yüksek oranda 65 yaş üzeri kimselerde görülmüştür. Bu nedenle covid-19 virüsüne karşı aşı geliştirilmesini takiben 65 yaş üzeri nüfus, aşılamada öncelikli grup olarak tanımlanmıştır (9).

Bu çalışmada Erzurum ilinde Palyatif Bakım Kliniği'nde yatmakta olan ve Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvuran hastaların, 65 yaş üstü bireylere önerilen aşılara karşı tutumlarının ve farkındalıklarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Palyatif Bakımın Tanımı Ve Temel Prensipleri

### 2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir sağlık hizmetidir. Bu bakım türü, hastalığın tedavisinden bağımsız olarak, semptomları hafifletmeyi ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlar. Palyatif bakımın ana hedefleri arasında ağrıyı ve diğer rahatsız edici semptomları kontrol etmek, hastanın ve ailesinin duygusal destek ihtiyaçlarını karşılamak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve ölüm sürecini daha konforlu hale getirmek bulunur. Palyatif bakım, hastanın ve ailenin ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilir ve genellikle multidisipliner bir ekip tarafından sunulur. Bu ekip doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı uzmanları ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşabilir. Bu bakım türü, hastanın ve ailenin yaşam kalitesini artırmayı ve onları bu zorlu süreçte desteklemeyi amaçlar. (10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) destekleyici palyatif bakım tanımı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan kapsamlı bir yaklaşımı ifade eder. Palyatif bakımın bileşenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Ağrı ve Belirtilerin Yönetimi: Hastanın ağrı ve diğer rahatsız edici belirtilerini hafifletmeye yönelik önlemler almak.
- Yaşamı Onaylama ve Ölümün Doğallığını Kabullenme: Yaşamın değerini ve ölümün yaşam sürecinin doğal bir parçası olduğunu kabul ederek destek sağlamak.
- Ölüm Sürecini Doğal Seyrinde Yürütme: Ölümün doğal bir süreç olduğunu kabul ederek, sürecin rahat ve huzurlu bir şekilde ilerlemesini sağlamak.
- Psikolojik ve Spiritüel Destek: Hastanın ve ailenin psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamak ve bu yönleri bütünleştirmek.
- Rutin Yaşamın Desteklenmesi: Hastanın mümkün olduğunca rutin yaşamını sürdürebilmesine yardımcı olmak ve ona destek olmak.

- Aileyle Birlikte Olma ve Ekip Yaklaşımı: Aileyle birlikte çalışarak, bireysel başa çıkma becerilerini desteklemek ve gereksinimlerini karşılamak için çok disiplinli bir ekip yaklaşımı kullanmak.
- Yaşam Kalitesini Artırma: Hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyerek yaşam kalitesini artırmak.
- Tedavi Uygulamaları: Kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemlerini, hastalığın erken evrelerinde uygulamak.
- Klinik Komplikasyonların Yönetimi: Olumsuz klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gerekli araştırmaları yapmak (11).

### 2.1.2. Palyatif Bakımın Prensipleri

Semptom yönetimi, palyatif bakımın en temel prensiplerinden biri olup, hastaların yaşadığı fiziksel rahatsızlıkları ve diğer semptomları etkili bir şekilde kontrol etmeyi amaçlar. Bu prensip, sadece ağrıyı hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda hastanın genel konforunu artırmayı hedefler. Palyatif bakım, hastayı fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal yönleriyle bütüncül bir şekilde ele alır. Bu yaklaşımın ana hatları şu şekilde özetlenebilir:

- Semptom Yönetimi: Semptom yönetimi, fiziksel ağrı, bulantı, nefes darlığı, yorgunluk ve diğer rahatsız edici semptomları kontrol etmeye yönelik tedavi ve destek hizmetlerini içerir. Amaç, hastanın genel konforunu artırmaktır.
- Bütüncül Yaklaşım: Palyatif bakım, hastayı sadece fiziksel semptomlar açısından değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları açısından da değerlendirir. Bu bütüncül yaklaşım, hastanın tüm yönlerini ele alarak destek sunar.
- Bireysel İhtiyaçlar ve Tercihler: Palyatif bakımda hasta ve ailenin bireysel ihtiyaçları ve tercihleri ön plandadır. Hastaların ve ailelerinin karar alma süreçlerine aktif olarak katılımını ve onların değerlerinin ve tercihlerin dikkate alınmasını içerir.
- Erken Müdahale ve Multidisipliner Ekip: Palyatif bakım, hastalığın her aşamasında erken müdahale sağlar ve genellikle multidisipliner bir ekip

tarafından sunulur. Bu ekip, hastanın ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde ele alır ve bakım sürecini koordine eder.

- Yaşam Kalitesini Artırma: Palyatif bakımın temel amacı, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu, fiziksel rahatlığı sağlamak, psikolojik destek sunmak ve sosyal ihtiyaçları karşılamak anlamına gelir.

Bu prensipler, palyatif bakımın kapsamlı ve hasta merkezli bir yaklaşıma dayandığını ve hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmayı hedeflediğini göstermektedir (10).

### 2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

- 1842, Fransa: İlk palyatif bakım ünitesi, Fransa'da kuruldu. Bu ünite, modern palyatif bakımın ilk örneklerinden biri olarak kabul edilebilir. Ancak, bu dönem ve ünitenin detayları daha az bilinir ve modern palyatif bakım anlayışından oldukça farklıdır.
- 1967, Londra, İngiltere: Cicely Saunders tarafından kurulan St. Christopher’s Hospice, modern anlamda ilk hospis hizmeti olarak kabul edilir. Cicely Saunders, terminal hastaların ağrı ve semptom yönetimini iyileştirmek amacıyla palyatif bakım kavramını geliştirdi ve uyguladı. Bu hospis, terminal dönem hastaları için multidisipliner bir bakım modeli sunarak, hem fiziksel hem de psikolojik destek sağlamaya yönelik bir çığır açmıştır.
- 1975, Montreal, Kanada: İlk modern palyatif bakım ünitesi, Royal Victoria Hastanesi'nde açıldı. Bu ünite, kanser hastaları için özel olarak tasarlanmış bir bakım birimi olup palyatif bakımın hastane ortamında nasıl uygulanabileceğinin bir örneğidir (12).

Günümüzde, palyatif bakım dünya genelinde birçok ülkede sağlık sistemlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmekte ve bu alandaki araştırmalar ve uygulamalar sürekli olarak gelişmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları (13, 14)

| GRUPLAR | TANIM | ÖZELLİK | | YÜZDE (%) |
|---|---|---|---|---|
| GRUP 1 ÜLKELER | Palyatif bakım aktivitesi bilinmiyor | Palyatif bakım hizmeti yoktur. | | 32 |
| GRUP 2 ÜLKELER | Palyatif bakım aktivitesi yapılanma aşamasında | Palyatif bakım hizmeti yoktur. Palyatif bakım servisleri oluşturmak için gerekli politikalar uygulanmaktadır. | | 10 |
| GRUP 3 ÜLKELER | Sağlık Sistemleri ile entegre olmayan lokalize palyatif bakım hizmetleri | 3A | Az sayıda klinik ve sınırlı sayıda palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Palyatif bakım hizmeti, hükümetler tarafından finanse edilmeyip kişisel bağışlardan sağlanmaktadır.. | 32 |
| | | 3B | Finans kaynakları hükümet, kişisel bağışlar, genel ve özel sağlık sigortasından karşılanmaktadır. | 7 |
| GRUP 4 ÜLKELER | Sağlık sistemi ile entegre palyatif bakım servisleri | 4A | Palyatif bakım hizmetleri yaygındır. Toplum eğitimlidir. Palyatif bakım politikaları sınırlıdır. | 10.5 |
| | | 4B | Palyatif bakım hizmetleri kapsamlı hizmet vermektedir. Sürekli ve etkili palyatif bakım politikaları vardır. Gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri mevcuttur. | 8.5 |

### 2.2.1. Türkiye'de Palyatif Bakım

Türkiye'de uzun dönemli palyatif bakım hizmeti sunan ve hospis kavramına yakın ilk kuruluş, 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy'de hizmete sunulan "Kanser Bakımevi"dir. Bu kuruluş, hastalara uzun dönemli palyatif bakım sunmayı amaçlamıştı. Ancak, sosyal güvenlik sistemlerinin bu hizmetlerin ödemesini karşılamaması, bağış kaynaklarının yetersizliği ve hastalar ile ailelerinin hospis kavramını yeterince anlamaması gibi nedenlerle kapanmıştır. Bu durum, Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin çeşitli zorluklarla karşılaştığını ve bu hizmetlerin sürdürülebilirliğinin sağlanması için daha fazla destek ve farkındalık gerektiğini göstermektedir. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından başlatılan ikinci "Hospis" girişimi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi'ne çok yakın bir tarihi Ankara evinin 12 odalı bir hospise dönüştürülmesiyle gerçekleştirilmiştir. Ancak, bu girişim, yasal düzenlemelerin eksikliği nedeniyle sadece kısa süreli konaklamalar sağlamakla sınırlı kalmıştır. "Hacettepe Umut Evi" adıyla bilinen bu yapı, kanserli hastalar için tedavi

sonrası kısa süreli konaklamalar sunabilmiştir, ancak uzun dönemli palyatif bakım hizmetleri sunma kapasitesine sahip olmamıştır (15).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen Ulusal Kanser Kontrol Programı, Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin kalitesini artırmayı ve toplumda bu konuda farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır. Program kapsamında, palyatif bakımın etkin bir şekilde sunulabilmesi için çeşitli disiplinlerden uzmanların bir araya geldiği multidisipliner bir çekirdek grubun oluşturulması hedeflenmiştir. Bu grup, tıbbi ve destekleyici hizmetlerin koordinasyonunu sağlayarak hastaların bütünsel bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini mümkün kılar. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin palyatif bakım konusundaki bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modüllerinin geliştirilmesi öngörülmüştür. Bu eğitim programları, profesyonellere palyatif bakımda ileri düzey bilgi ve uygulama becerileri kazandırarak hizmetlerin kalitesini yükseltmeyi amaçlar. Mezuniyet öncesi eğitim müfredatlarına palyatif bakım konusunun entegre edilmesi de planlanmaktadır; bu entegrasyonla sağlık profesyonellerine palyatif bakımın temellerini öğretmek ve bu alandaki farkındalığı artırmak amaçlanmıştır. Son olarak, toplumda palyatif bakım ve hospis hizmetleri konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılması hedeflenmiştir. (16).

Türkiye’de hastane temelli palyatif bakım merkezleriyle ilgili ilk düzenleme, 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Bu merkez, onkolog, fizik tedavi uzmanı, psikolog, hemşire, din adamı ve sosyal gönüllülerden oluşan 10 kişilik bir ekip tarafından işletilmiştir. Bu adım, palyatif bakım hizmetlerinin hastane ortamında sunulması yönünde önemli bir gelişme olarak kabul edilmiştir (17). Etkili bir palyatif bakım sistemi kurmak ve bu hizmeti evde sağlık hizmetleriyle entegre etmek üzere 2013’te İzmir ilinde "Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı" yapılmıştır (18).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından açılan Ankara Ulus Devlet Hastanesi'ndeki Palyatif Bakım Merkezi 11 özel oda ile hizmet vermeye başlamıştır. Bu merkez, erişkin hastalara yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım merkezlerinden biri olarak dikkat çekmiştir. Multidisipliner bir ekiple çalışarak kesintisiz hizmet sunan merkez, aynı zamanda hastane bünyesindeki uzun dönem yoğun bakım hastalarını da takip etmiş ve bu hastaların palyatif

bakım yataklarına geçişini kolaylaştırmıştır. Bu yaklaşım, hastaların daha iyi bir bakım almasını ve geçiş sürecinin daha sorunsuz hale gelmesini hedeflemiştir (19).

2010 yılında Türkiye'de palyatif bakım alanında bir iyileştirme sağlamak amacıyla Palya-Türk isimli bir proje başlatılmıştır. Bu proje, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ortak çalışmalarıyla hayata geçirilmiştir. Projenin amacı, aile hekimleri, hemşireler ve evde bakım ekiplerinden oluşan topluluk temelli bir sistem ile her vatandaşın temel palyatif bakım hizmetlerine erişim şansı bulmasını ve hastaların psikososyal, ekonomik ve dini ihtiyaçlarını karşılamak için sivil toplum kuruluşlarının (STK) ve yerel yöneticilerin entegrasyonunu sağlamaktır (20).

Palya-Türk Projesi'nin üç organizasyon seviyesi vardır:

Birinci Seviye: Birinci seviye organizasyonu aile hekimleri, evde bakım ekipleri, STK'lar ve yerel yöneticilerden oluşur. Bu seviyede yönetilemeyen hastalar, ikinci ve üçüncü seviye merkezlere yönlendirilir.

a. Evde Bakım Ekibi: Türkiye'deki her bakanlık hastanesinde bir evde bakım ekibi bulunmaktadır. Toplam evde bakım ekibi sayısı 600'ün üzerindedir. Her ekip, bir pratisyen hekim, üç hemşire, bir şoför ve bir araçtan oluşur. Evde bakım ihtiyacı olan hastalar bu ekiplerle doğrudan iletişime geçebilir ya da bir aile hekimi veya bir uzman doktor (örneğin, genel cerrah, iç hastalıkları) evde bakım ihtiyacı duyduğunda ekibi hasta bakımına dahil edebilir. Evde bakım ekipleri, ağrı giderme, kabızlık, yara bakımı ve intravenöz ilaç uygulama gibi basit acil önlemlerden sorumludur. Hareket kabiliyeti yeterince olmayan hastalarla ilgilenirler. Ayrıca, ihtiyaç durumunda hastaları ekonomik olarak destekleyebilirler; bu destek hastane döner sermaye fonları tarafından karşılanır.
b. Aile Hekimleri: Türkiye'de şu anda 20.000'den fazla aile hekimi bulunmaktadır. Her Türk vatandaşı kendisine bakan bir aile hekimine sahiptir. Tüm aile hekimleri 2013 sonuna kadar eğitilecektir. Aile hekimleri palyatif bakıma entegre edildiklerinde, hastalarının ve ailelerinin hastalıkla

ilgili belirtiler nedeniyle yaşanacak gelecek korkusu ve kaygılarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve gereksiz hastane yatışlarını önleyebilirler.

İkinci ve Üçüncü Seviye Merkezler: Bu merkezler, aile hekimleri tarafından yönetilemeyen şiddetli semptomları olan hastalar ve akut-subakut ve kronik palyatif bakım ihtiyacı duyan hastalar için sorumludur. Bu merkezler mükemmeliyet merkezleri olarak kabul edilir. Ekipler; iç hastalıkları, tıbbi onkoloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji veya algoloji, pratisyen hekimler gibi hekimler, deneyimli onkoloji hemşireleri (iki hasta başına bir hemşire), sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, psikologlar ve dini görevlilerden oluşur. Bu merkezler ayrıca zamanla araştırma faaliyetleri de planlayacaktır (20).

2020 yılında ülkemizde 5717 yatak kapasiteli toplam 397 palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı. Türkiye'de 2023 yılı itibariyle toplam 6397 yataklı 437 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (21).

### 2.3. Palyatif Bakımın Kapsamı

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar arasında kanserler, alzheimer hastalığı, demans, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabetes mellitus (DM), edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS), kronik böbrek yetmezliği (KBY), multiple skleroz (MS), parkinson hastalığı ve romatoid artrit bulunmaktadır. Çocuklarda ise palyatif bakım gerektiren hastalıklar arasında kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları ve nörolojik bozukluklar bulunmaktadır (22).

Palyatif bakımda hastaların psikososyal ve fiziksel açıdan hayat kalitesini belirgin derecede bozan semptomların başında ağrı gelir (23). Bunun dışında sık görülen semptomlar yorgunluk, anoreksi, ağızda kuruma, konstipasyondur (Tablo 2).

Palyatif bakım hizmetinde ev ortamı, hastanın kendi evinde bakım verilmesi esas alınır; amaç, hastanede sağlanabilecek bakımın evde sunulmasıdır. Hospis

hizmetleri, tedaviye yanıt vermeyen hastalar için semptom kontrolü sağlanan ve ev benzeri bir atmosfer sunan merkezlerdir; bu merkezler, hastanın kalan son günlerini rahat ve onurlu bir şekilde geçirmesini hedefler. "Hospis" hizmetleri ilk olarak 1960'lı yıllarda İngiltere'de Dr. Cicely Saunders tarafından başlatılmış, ardından Kanada (Royal Victoria), ABD (Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya ve Japonya'ya yayılmıştır. Günümüzde hospis felsefesi, hasta ve ailenin merkezde olduğu, interdisipliner bir ekip tarafından sunulan, tedaviden çok ağrı ve diğer semptomların kontrolüne odaklanan bir bakım yaklaşımını ifade eder; bu yaklaşım, hastanın yaşamının son günlerini onurlu ve rahat bir şekilde, evinde veya ev benzeri bir ortamda geçirmesini sağlar. Hospislerde tedavi değil, bakım sunulur; hastalıktan çok hastaya, hastalığı tedavi etmektense hastayı rahatlatmaya önem verilir ve hasta ile aile bir bütün olarak ele alınır. (24, 25).

Semptomların kontrol altına alınmasında en etkili yol, palyatif bakımı disiplinlerarası bir yaklaşımla sunmaktır. Palyatif bakım ekibi, ortak amaç doğrultusunda hizmet veren profesyonellerden oluşur ve bu ekipte algolog, onkolog, nörolog, cerrah, palyatif bakım hemşiresi, din adamı, sosyal gönüllüler, psikolog ve sivil gönüllüler gibi çeşitli uzmanlar bulunur (26).

**Tablo 2.** Palyatif bakımda görülen semptomlar ve sıklıkları (26)

| Semptom | Yüzde (%) | Semptom | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| Ağrı | 84 | Kusma | 23 |
| Yorgunluk | 69 | Konfüzyon | 21 |
| Anoreksi | 66 | Dispepsi | 19 |
| Ağızda kuruma | 57 | Baş Dönmesi | 19 |
| Konstipasyon | 52 | Geğirme | 18 |
| Çabuk Doyma Hissi | 51 | Karın şişliği | 18 |
| >%10 Kilo Kaybı | 50 | Disfaji | 18 |
| Dispne | 50 | Hafıza problemleri | 12 |
| Uyku Problemleri | 49 | Sedasyon | 10 |
| Depresyon | 41 | Kaşıntı | 9 |
| Öksürük | 38 | Hıçkırık | 9 |
| Bulantı | 36 | Diyare | 6 |
| Tat değişikliği | 28 | Tremor | 5 |
| Ödem | 28 | Bayılma | 3 |
| Anksiyete | 24 | | |

### 2.4. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri

Avrupa Palyatif Bakım Birliği (EAPC) ve DSÖ'nün 2010, 2016 yıllarında yayımladığı rehberlere göre palyatif bakım hizmet modelleri;

- Hastane temelli palyatif bakım modeli
- Ev temelli palyatif bakım modeli
- Toplum temelli palyatif bakım modeli

olarak 3 ana başlıkta toplanabilir (27, 28).

#### 2.4.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım Modeli

Bu modelde, palyatif bakım hizmetleri hastanede sağlanır. Genellikle bu tür bakım, ağrı ve diğer semptomları kontrol altına almak, özellikle karmaşık ve yüksek riskli hastalar için özelleşmiş destek sunmak amacıyla uygulanır. Bu modelin en büyük avantajı, hastane içindeki uzman ekiplere, teknolojilere ve acil müdahale olanaklarına kolay erişimdir. Ancak, uzun vadeli ve sürekli bakım gerektiren hastalar için evde veya toplumda sunulan modeller daha uygun olabilir (27).

Hastane temelli palyatif bakımın 4 ana unsuru bulunur:

- Yataklı palyatif bakım servisi: Genellikle hastanede bulunan ve kompleks sağlık ihtiyaçları olan hastalar için sunulur. Uzun süreli bakım gerektiren hastalar, semptom yönetimi ve destekleyici bakım için bu servislere başvurur. Personel, özel eğitimli olup, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için çalışır (28).
- Konsültasyon ekipleri: Hastane içindeki palyatif bakım ihtiyacı duyan hastalara hizmet verir. Bu ekipler, palyatif bakım üniteleri dışında kalan hastalara da destek sağlayabilir. Ayrıca, bakım verenlere ve diğer sağlık profesyonellerine eğitimler vererek, palyatif bakım hizmetinin kalitesini ve sürekliliğini artırır (28).
- Palyatif bakım/Geriatri poliklinikleri: Hasta konsültasyonları ve takipleriyle

düşük maliyetli ve hızlı bir palyatif bakım hizmeti sunar. Kaynakların kısıtlı olduğu yerlerde bu hizmetler, hastaların mobil olması durumunda oldukça faydalıdır. Poliklinikler, hastaların artan veya değişen ihtiyaçlarına göre değerlendirme yaparak, gereksiz hastaneye yatışları azaltabilir (28).

- Günübirlik üniteler: Hastaların semptom yönetimi, parasentez, yara bakımı gibi işlemler için gün içinde tedavi aldıkları üniteler olup, genellikle uzun süreli yatış gerektirmeyen, kısa süreli bakımlar sağlar. Ayrıca, eğitim, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi destekleyici hizmetler sunar. Bu üniteler, hastaların ihtiyaçlarına göre yapılandırılabilir ve genellikle sosyal ve psikolojik destek de sağlar (28).

### 2.4.2. Ev Temelli Palyatif Bakım Modeli

Bu modelde, hastalar kendi evlerinde palyatif bakım alırlar. Evde bakım, hastanın aile üyelerine bakım eğitimi verilmesini, 7/24 ulaşılabilir bir palyatif bakım ekibini ve semptom kontrolünü içerir. Ayrıca, evde bakım, hastanın familiar bir ortamda olması nedeniyle psikolojik rahatlama sağlayabilir. Bu model, özellikle hastaneye gitme imkanı olmayan veya hastane ortamında rahatsızlık hisseden hastalar için uygundur (27).

Ev temelli palyatif bakım modeli 5 temel unsur üzerinde incelenebilir:

- Evde Sağlık Hizmetleri (ESH): Ev temelli palyatif bakımda, sağlık profesyonelleri (hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler vb.) düzenli olarak hastaların evine gelir. Bu profesyoneller, semptom yönetimi, ilaç uygulamaları, yara bakımı, fiziksel tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetler sunar (28).
- Aile Destek ve Eğitim: Aile üyeleri, hastanın bakımında önemli bir rol oynar. Ev temelli palyatif bakım modelinde, ailelere bakım konusunda eğitim verilir ve destek sağlanır. Eğitim, hasta bakımında gerekli bilgileri ve becerileri kapsar, böylece aileler hastaya daha etkili bir şekilde yardımcı olabilir (28).
- Koordinasyon ve Planlama: Ev temelli bakım genellikle bir bakım

koordinatörü veya palyatif bakım ekibi tarafından yönetilir. Bu ekip, bakım planının uygulanmasını, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve gerekli kaynakların sağlanmasını üstlenir. Ayrıca, hasta ve aileyle düzenli iletişim kurarak bakım sürecini optimize eder (28).

- Psiko-sosyal Destek: Bu model, hastaların ve ailelerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurur. Danışmanlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve destek grupları gibi ek hizmetler sunularak, ailelerin duygusal ve sosyal destek alması sağlanır (28).
- Acil Durum Planları: Ev temelli palyatif bakımda, acil durumlar için bir plan hazırlanır. Bu plan, acil durumlarda nasıl hareket edileceğini, hangi sağlık profesyonellerine başvurulacağını ve hastanın acil bakım ihtiyaçlarını içerir (28).

### 2.4.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım Modeli

Bu model, ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerde sunulur. Toplum temelli palyatif bakım, semptom kontrolü, beslenme desteği, psikososyal ve manevi destek hizmetlerini içerir. Bu model, hastaların toplum içinde ve genellikle daha az yoğun bir ortamda bakım almalarını sağlar, bu da onların sosyal etkileşimde bulunmalarını ve günlük yaşamlarına devam etmelerini kolaylaştırabilir (27).

Toplum temelli palyatif bakım modeli 6 temel unsurdan oluşur:

- Topluluk Kaynakları ve Destek: Toplum temelli palyatif bakım, yerel kaynaklarını etkin bir şekilde kullanır. Bu kaynaklar arasında yerel sağlık merkezleri, sosyal hizmetler, gönüllü kuruluşlar ve destek grupları bulunabilir. Toplum üyeleri ve yerel organizasyonlar, hastalara ve ailelerine çeşitli destekler sağlar (28).
- Entegre Hizmetler: Model, sağlık, sosyal hizmetler ve destek hizmetlerini bir şekilde sunar. Bu entegre yaklaşım, sağlık hizmetleri, psikolojik destek, sosyal hizmetler ve diğer destek hizmetlerinin koordine bir biçimde verilmesini sağlar (28).

- Eğitim ve Bilinçlendirme: Toplum temelli palyatif bakım, toplumu ve aileleri palyatif bakımın önemi hakkında bilinçlendirir. Eğitim programları ve bilgilendirme etkinlikleri düzenlenir. Bu, topluluk içinde daha geniş bir destek ağı oluşturulmasına yardımcı olabilir (28).
- Gönüllü Hizmetler: Gönüllülerin rolü, bu modelde önemli bir yer tutar. Gönüllüler, hastalara ve ailelerine sosyal destek, eğitim, günlük yaşam aktivitelerinde yardım ve arkadaşlık sunar (28).
- Kişiselleştirilmiş Bakım Planları: Toplum temelli model, hastaların bireysel ihtiyaçlarını ve tercihlerine göre özelleştirilmiş bakım planları sunar. Bu planlar, hastaların yaşam kalitesini artırmayı ve onların sosyal çevreleriyle uyumlu bir şekilde yaşamasını hedefler (28).
- Aile ve Bakım Veren Destek: Aile üyelerine ve bakım verenlere yönelik destek hizmetleri sunulur. Bu destek, eğitim, danışmanlık ve dinlenme fırsatlarını içerebilir. Aileler, hastalarının bakımında daha etkili olabilmeleri için gerekli bilgi ve desteği alırlar (28).

### 2.5. Palyatif Bakımda Aile Hekimliğinin Rolü

T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi tarafından hazırlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi süresince palyatif bakım eğitimine dair herhangi bir vurgu yapılmamıştır (29). Yine TUK'un Aile Hekimliği için hazırladığı rotasyon çizelgesinde palyatif bakıma yer verilmemiştir. TUK tarafından Aile Hekimliği için toplamda 18 ay süreli rotasyon hedefi belirlenmiştir (30).

Bunlar;

- İç Hastalıkları (4 ay),
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (4 ay),
- Kadın Hastalıkları ve Doğum (3 ay),
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2 ay),
- Acil Tıp (1 ay),

- Göğüs Hastalıkları (1 ay),
- Deri ve Zührevi Hastalıkları (1 ay),
- Kardiyoloji (1 ay),
- Genel Cerrahi, Nöroloji veya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (1 ay) şeklindedir (30).

TUK tarafından Aile Hekimliği için palyatif bakım eğitimi vurgusu yapılmamış olsa da hedeflenen rotasyonlar daha önce de bahsedildiği üzere palyatif bakımı yakından ilgilendiren klinikleri içermektedir.

Araştırmamızın yapıldığı Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde erişkin palyatif bakım servisi bulunmaktadır. Toplam 4 ay süren İç Hastalıkları rotasyonu süresince Aile Hekimliği asistan hekimleri en az 1 ay olmak üzere palyatif bakım eğitimi almaktadırlar.

### 2.5.1. Evde Sağlık Hizmetleri

ESH, bakıma muhtaç hastaların sağlık durumlarını ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak için aile bireylerinin de dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşımı benimser. Bu model, evde sağlık hizmetlerinin hasta merkezli ve bütüncül bir şekilde sunulmasını sağlar. Türkiye'de ESH uygulamaları, başta aile hekimliği olmak üzere çeşitli sağlık kurumları ve profesyoneller tarafından yürütülmektedir (31).

ESH kapsamında, palyatif bakım, temel olarak çeşitli etkinlikler ve rehabilitasyon işlemlerini kapsar; bu süreçler arasında ağrı yönetimi ve yara bakımı gibi uygulamalar bulunur. Profesyonel sağlık ekipleri tarafından sağlanan ESH, hem hastaların hem de onların yakınlarının yaşam kalitesini artırır. Bu hizmetler, hasta yakınlarının ve bakıcıların yükünü hafifletir, profesyonel bakıcıların iş yükünü azaltır, semptom yönetimini iyileştirir ve gereksiz hastane ve acil servis ziyaretlerini minimize eder (32).

### 2.5.2. Aile Hekimliği Poliklinik Hizmetleri

Aile Hekimliği, birinci basamak palyatif bakım hizmetinde önemli rol oynamaktadır. ESH dışında özellikle ASM'de verilen kapsamlı sağlık izlemi, kronik hastalık izlemi, aşılar ve sağlık taramaları, psikolojik ve sosyal destek hizmetleri yaşlı popülasyon açısından önem arz etmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Aile Hekimliği Poliklinik Hizmetleri (33)

| ASM Hizmeti | Özellik |
|---|---|
| Kapsamlı Sağlık İzlemi | Erken tanı ve müdahale imkanı sunar. |
| Kronik Hastalık İzlemi | Gerektiğinde takip ve tedavi planlaması/değişikliğiyle birlikte ikinci ve üçüncü basamağa zamanında sevk imkanı sunar. |
| Aşılar | Özellikle grip, pnömoni, covid-19 gibi bulaşıcı hastalıklardan koruma sağlar. |
| Sağlık Taramaları | Başta yaşlı hastalarda daha sık görülen kanserler olmak üzere hastalıkların erken tanı ve tedavisine imkan verir. |
| Koordinasyon | Diğer sağlık profesyonelleriyle (fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı vb.) iş birliği yaparak bütüncül bir bakım sunar. |
| Psikososyal Destek | Yaşlı bireylerin yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlarına yönelik destek sağlar. Bireylerin yakınları için de geçerlidir. |

## 2.6. Yaşlılık Dönemi

Yaşlanma, bireylerin hem bedensel hem de ruhsal yetilerini zamanla etkileyen doğal bir fizyolojik süreçtir. DSÖ, yaşlılık başlangıcını 65 yaş olarak belirlemiştir ve yaşlılığı, yaş grubuna göre şu şekilde sınıflandırmaktadır (34):

- Genç Yaşlı: 65-74 yaş
- Yaşlı: 75-84 yaş
- İleri Yaşlı: 85 yaş ve üzeri

Yaşlılık, sadece bireyler için değil, toplumlar için de önemli bir kavramdır ve toplumlar yaşlı nüfus oranına göre şu dört gruba ayrılır (35):

- Genç Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4'ten azdır.
- Erişkin Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4 ile %7 arasındadır.
- Yaşlı Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %7 ile %10 arasındadır.
- Çok Yaşlı Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %10'dan fazladır.

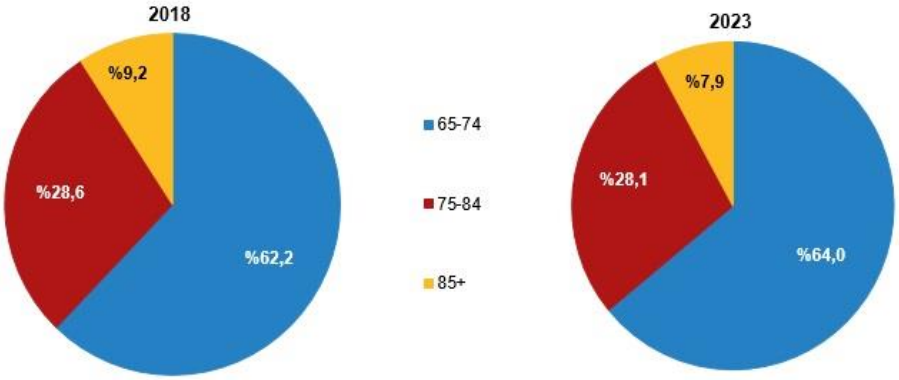
Eskiden yaşlılık sadece ömür uzunluğuyla değerlendirilirken günümüzde sağlık beklentisi ve yaşam kalitesi ön planda tutulmaktadır. Bu bağlamda, genç yaş grubunda tıbbın ana hedefi hastalıkları tedavi etmekken yaşlı popülasyonda esas hedef, hastaların yaşam kalitesini korumak ve artırmaktır (36).

Yaşlılar için sağlık hizmetleri, sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda işlevsel yetenekleri ve genel yaşam memnuniyetini de göz önünde bulundurmalıdır. Bu, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını bağımsız ve kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri için kritik öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının, yaşlı hastaların semptomlarını hafifletmek ve işlevselliğini korumak için özverili çalışmaları gerekir. Ayrıca, iyi bir hasta-hekim ilişkisi, yaşlıların tedavi süreçlerinde çok önemli bir yer tutar. Bu ilişki, güven oluşturur, tedaviye uyumu artırır ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirir (36).

Ülkemizde 2018 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 7 milyon 186 bin 204 kişi iken 2023 yılı itibarıyla bu sayı 8 milyon 722 bin 806 kişiye ulaşmıştır. Bu artış, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2018'de %8,8 iken 2023'te %10,2'ye yükseldiğini göstermektedir. 2023 yılında yaşlı nüfusun %44,5'ini erkek nüfus, %55,5'ini kadın nüfus oluşturmuştur. İlerleyen senelerde yaşlı nüfus oranları, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6, 2080 yılında %25,6 öngörülmüştür (37).

Yaş grubuna göre yaşlı nüfus genç yaşlı (65-74 yaş), yaşlı (75-84 yaş) ve ileri yaşlı (85 yaş ve üzeri) olarak 3 gruba ayrılmaktadır (35). Ülkemizde bu yaş gruplarının dağılımı ise aşağıdaki gibidir (Şekil 1).

- 65-74 yaş: %64,0
- 75-84 yaş: %28,1
- 85 ve üzeri: %7,9




**Şekil 1.** Ülkemizde yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranları (37)

## 2.7. Erişkin Bağışıklama

### 2.7.1. Temel Kavramlar ve Tanımlar

- Aşı: Bağışıklık yanıtı oluşturacak şekilde hazırlanan, virulansı azaltılmış veya öldürülmüş mikroorganizmaların ya da bunların belirli bölümlerinin süspansiyonlarıdır. Aşılar, bağışıklık sistemini uyarmak için çeşitli yollarla (kas içi, cilt altı, ağız vb.) vücuda uygulanır.
- Bağışıklama: Bireyin bağışıklık sistemini yapay yollarla uyararak enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmasını sağlama işlemidir. Bağışıklama iki şekilde yapılabilir:
- Aktif Bağışıklama: Aşılar kullanılarak, bağışıklık sisteminin kendisinin antikor üretmesini sağlar.
- Pasif Bağışıklama: İmmünglobulinler gibi hazır antikorların doğrudan verilmesiyle sağlanır.
- Eliminasyon: Belirli bir hastalığın belirli bir coğrafi bölgede yeni vaka görülme sıklığını (insidans) sıfıra indirmek için yapılan planlı çabalardır.
- Eradikasyon: Bir hastalığın etkeninin tamamen yok edilmesidir, yani hastalık etkeni yeryüzünden silinir.
- Endemi: Bir hastalığın ya da enfeksiyon etkeninin belirli bir bölgede veya toplulukta sürekli olarak görülmesidir.
- Epidemi: Bir hastalığın veya sağlıkla ilgili olayın belirli bir bölgede beklenenden daha fazla sıklıkla görülmesidir.

- Pandemi: Bir salgının birden çok ülkeye veya kıtaya yayılmasıdır.
- Serokonversiyon Hızı: Aşıya yanıt olarak etkene yönelik spesifik antikorları oluşturan kişilerin yüzdesidir.
- Seroproteksiyon Hızı: Aşı uygulandıktan sonra koruma sağlamak için yeterli düzeyde antikor üreten kişilerin yüzdesidir.
- Soğuk Zincir: Aşının üretiminden uygulanana kadar geçen sürede ışık, ısı ve donmadan korunarak saklanması ve taşınması sürecini ifade eden sistemdir.
- Toplumsal Bağışıklık: Toplumda yeterli sayıda bireyin bağışık olması durumunda, bulaşıcı hastalık etkeninin salgın yapamayacağı bağışıklık düzeyidir. Bu düzey, bulaşıcı hastalık etkeninin bulaştırıcılık düzeyine bağlı olarak değişir (38).
- Antijen: Antikorlar ve T-lenfosit reseptörleri ile bağlanabilen yapılardır. Ancak her antijen immünojenik bir özellik taşımaz.
- İmmünojen: İmmün yanıtı tetikleyebilen ve oluşturabilen yapılardır. Oluşturduğu immün yanıtın gücü, immünojenite olarak adlandırılır.
- Epitop: Antikorun veya T-lenfosit reseptörünün bağlayıcı bölgesi ile etkileşen antijen veya immünojenin bir kısmıdır.
- İmmünodominant epitop**:** İmmün yanıtın tetiklenmesinde ve oluşturulmasında en etkili olan epitoptur (39).

### 2.7.2. Aşılama İle İlgili Genel Bilgiler

Aşılama, bağışıklama ve immünizasyon terimleri genellikle aynı anlama gelir ve temel olarak, dışarıdan kontrollü bir şekilde tanımlanmış maddelerin (antijen veya immünojen) bireye verilmesini ifade eder. Aktif bağışıklama, hastalığı geçirmeden, hastalığı taklit eden bir durumu vücutta yaratma sürecidir. Bu maddeler, araştırma-geliştirme aşamalarında tüm bir mikroorganizma veya bir mikroorganizmanın parçası olarak tanımlanabilir. Aşılama, bireyde bir immün yanıt ve sonrasında immün bellek oluşturmayı hedefler. Aşı geliştirilirken, etkili bir immün yanıtı tetikleyebilecek mikroorganizma ögeleri belirlenir ve bunlar immünojen olarak adlandırılır. Günlük dilde antijen terimi, immünojen ile aynı anlamda kullanılabilir. Aşılarla sağlanmaya çalışılan etkili immün yanıt, bireyin gerçek bir hastalık etkeniyle karşılaştığında

bağışıklık kazanmasını sağlar. Başarılı bir aşı uygulamasında oluşan immün bellek, bu bağışıklığı sağlamakta kilit bir rol oynar (39).

### 2.7.3. Aşı Türleri

Aşılar, içerdikleri maddelerin niteliğinden, üretilirken kullanılan tekniğe kadar çok çeşitli yöntemlerle sınıflandırılabilir (Tablo 4).

- Canlı, Atenüe Aşılar

Bu aşılar, hastalığa yol açan mikroorganizmanın zayıflatılmış bir versiyonunu içerir. Zayıflatılmış mikroorganizma, bağışıklık sistemini uyararak koruyucu bir yanıt oluşturur. Bu tür aşılar genellikle daha güçlü bir bağışıklık yanıtı sağlar.

Örnekler: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK), Bacillus Calmette-Guerin (BCG), su çiçeği, rotavirüs

- Ölü, İnaktif Aşılar

Bu aşılar, hastalığa neden olan mikroorganizmanın öldürülmüş veya inaktive edilmiş formunu içerir. Bu mikroorganizmalar, bağışıklık sistemini uyarmak için kullanılır, ancak hastalığı oluşturamazlar.

Örnekler: İnaktif Polio Aşısı (İPV), hepatit A, kuduz, influenza

- Toksoid Aşılar

Bu aşılar, mikroorganizmaların salgıladığı toksinlerin inaktive edilmiş hallerini içerir. Bağışıklık sistemi, bu toksinlere karşı antikor üretir.

Örnekler: Difteri, tetanoz

**Tablo 4.** Aşı Türleri (38, 39)

| Aşı Türü | Örnekler |
|---|---|
| Canlı, Atenüe Aşılar | BCG, KKK, Su çiçeği, Oral Polio (OPV), Rotavirüs |
| Ölü, İnaktif Aşılar | İnaktif Polio (İPV), Hepatit A, Tam Hücre Boğmaca, Kuduz, İnfluenza |
| Toksoid Aşılar | Tetanos, Difteri |
| Polisakkarit Aşılar | Pnömokok, Meningokok Haemophilus influenzae tip b (Hib) |
| Protein Subunit Aşılar | Hepatit B, İnfluenza Aselüler Boğmaca |
| Sentetik Peptit Aşılar | EpiVacCorona (COVID-19) |
| Konjugat Aşılar | Konjuge Pnömokok Aşısı (KPA) |
| Kombine Aşılar | Tetanoz, Difteri (Td)-Hepatit B Td-Sarıhumma Tetanoz, Difteri, Boğmaca (TdaB)-İPV-Hib |
| Virüs Benzeri Partikül Aşıları | İnsan Papilloma Virüsü (HPV) |
| Vektör Aşıları | Sputnik-V, Oxford/AstraZeneca (COVID-19) |
| DNA Aşıları | ZyCoV-D (COVID-19) |
| RNA Aşıları | Biontech/Pfizer, Moderna (COVID-19) |
| Rekombinant zona aşısı (rDNA) teknolojisi ile hazırlanan aşılar | Araştırma aşamasında |
| Revers vaksinoloji tekniğiyle hazırlanan aşılar: | Araştırma aşamasında |

- Rekombinant Protein Aşıları

Bu aşılar, hastalığa neden olan mikroorganizmanın belirli proteinlerini içeren genetik olarak mühendislik ile üretilmiş aşı türleridir. Bu proteinler bağışıklık sistemini uyarır.

Örnekler: Hepatit B, HPV

- mRNA Aşıları

Bu modern aşı türü, mikroorganizmanın genetik bilgilerini (mRNA) hücrelere ileterek, hücrelerin hastalığa neden olan proteinleri üretmesini sağlar. Bu proteinler bağışıklık sistemini eğiterek bağışıklık yanıtı oluşturur.

Örnekler: COVID-19 aşıları (Pfizer-BioNTech, Moderna)

- Vektör Aşıları

Bu aşılar, hastalığa neden olan bir mikroorganizmanın genetik materyalini taşıyan zararsız bir virüs veya bakteriyi kullanır. Bu vektör, hedef mikroorganizmanın proteinlerini üretir ve bağışıklık yanıtını tetikler.

Örnekler: COVID-19 aşıları (AstraZeneca, Johnson & Johnson)

- Polisakarit Aşıları

Bu aşılar, mikroorganizmanın yüzeyindeki polisakarit (şeker) moleküllerini içerir. Bağışıklık sistemi bu polisakaritlere karşı antikor üretir.

Örnekler: Pnömokok, menenjit.

### 2.7.4. Yaş Gruplarına Göre Erişkin Bağışıklama

Dünyada yaş gruplarına göre erişkin toplumun bağışıklama uygulamaları değişiklik göstermektedir. ABD'de Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (Advisory Committee on İmmunization Practices=ACIP) 2024 yılında yayımladığı 'Yaş Grubuna Göre Önerilen Yetişkin Aşılama Programı' rehberi ile ülkemizde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Derneği tarafından yine 2024 yılında yayımlanan 'Erişkin Bağışıklama Rehberi' aşağıdaki gibidir (Tablo 5, Şekil 2).

**Tablo 5.** Yaş Grubuna Göre Önerilen Yetişkin Aşılama Programı ACIP, 2024 (40)

| Aşı | 19-26 | 27-49 | 50-64 | 65+ |
|---|---|---|---|---|
| COVİD-19 | 1 veya daha fazla doz | | | |
| İnaktif İnfluenza | Yılda 1 Doz | | | |
| RSV | Gebelikte mevsimsel uygulama | | | 60+ yıldan sonra |
| Tetanoz, Difteri, Boğmaca | Her gebelikte 1 doz Tdap; Yara yönetimi için 1 doz Td/Tdap | | | |
| | 1 doz Tdap, ardından her 10 yılda bir Td veya Tdap rapeli | | | |
| Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak | Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz (1957 veya sonrasında doğanlar için) | | | Sağlık personeli için |
| Su Çiçeği | 2 doz (1980 ve sonrası doğumlular için) | | 2 doz | |
| Rekombinant Zoster | Bağışıklık sistemini baskılayan durumlar için 2 doz | | 2 doz | |
| İnsan Papilloma Virüsü | İlk aşılamanın yapıldığı yaşa veya duruma bağlı olarak 2 veya 3 doz | 27 ila 45 yaş arası | | |
| Pnömokok | | | | |
| Hepatit A | Aşıya bağlı olarak 2, 3 veya 4 doz | | | |
| Hepatit B | Aşıya bağlı olarak 2, 3 veya 4 doz | | | Endikasyona bağlı olarak 2, 3 veya 4 doz |
| Meningokok | Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz | | | |
| Menenjit B | Aşıya ve endikasyona bağlı olarak 2 veya 3 doz | | | |
| *Haemophilus influenzae* tip b | Endikasyona bağlı olarak 1 veya 3 doz | | | |
| *Mpox* | | | | |
| Yaş gereksinimini karşılayan, aşılama belgesi olmayan veya bağışıklık kanıtı olmayan yetişkinler için önerilen aşılama | | | | |
| Ek risk faktörü veya başka bir endikasyonu olan yetişkinler için önerilen aşılama | | | | |
| Paylaşılan klinik karar almaya dayalı önerilen aşılama | | | | |
| Öneri yok/Uygulanamaz | | | | |

ACIP ve EKMUD rehberlerine göre Covid-19, İnfluenza, Td, TdaB, KKK, Rekombinant Zoster (RZV), Pnömokok, Meningokok, Hib aşıları için öneriler benzerdir. Bunun dışındaki aşılara bakılacak olursa: ACIP, respiratuar sinsityal virüs (RSV) aşısına vurgu yapmıştır; fakat Türkiye'de FDA onaylı RSV aşıları ülkemizde henüz temin edilemediğinden (41) EKMUD'un RSV aşısına herhangi bir vurgusu olmamıştır. ACIP; HPV aşısı için 19-26 yaş arasındaki bütün bireylere 2 veya 3 doz önerirken, 27-49 yaş arasındaki bireyler için HPV aşısını 'ortak klinik karar almaya dayalı önerilen aşı' sınıfına sokmuştur. EKMUD 19-49 yaş arası bütün bireylere 3 doz HPV aşısı önermektedir. ACIP, Hepatit A aşısını yaş fark etmeksizin 'ek risk faktörü

veya başka bir endikasyonu olan yetişkinler için önerilen aşı' sınıfına alırken EKMUD yaş fark etmeksizin Hepatit A aşısı olduğunu kanıtlayamayan ve serolojik tetkiklerle bağışık olmadığı gösterilmiş yetişkinlere aşıyı 2 doz olarak önermiştir. Hepatit B aşısını ACIP, 60 yaşına kadar tüm bireylere önermiştir; 60 yaşından sonra ise 'ek risk faktörü veya başka bir endikasyonu olan yetişkinler için önerilen aşı' sınıfına almıştır. EKMUD, Hepatit B aşısını yaş fark etmeksizin Hepatit B aşısı olduğunu kanıtlayamayan ve serolojik tetkiklerle bağışık olmadığı gösterilmiş tüm yetişkinlere önermektedir. ACIP rehberinde Monkeypox aşısı için vurgu yapılmış olmasına rağmen herhangi bir öneri bulunmamaktadır (38, 40).

| Aşı | 19-26 yaş | 27-49 yaş | 50-64 yaş | ≥65 yaş |
|---|---|---|---|---|
| Tetanoz, difteri (Td)[1] | Her 10 yılda bir rapel doz | | | |
| Tetanoz, difteri, boğmaca (TdaB)[1,2] | 1 doz | | | |
| İnfluenza | Her sonbaharda 1 doz | | | |
| Konjuge Pnömokok (PCV13)[3,4] | 1 doz[4] | | | 1 doz[3] |
| Polisakkarit Pnömokok (PPSV23)[3,4] | 2 doz (5 yıl arayla)[4] | | | 1 doz[3] |
| Hepatit B[5] | 3 doz (0, 1, 6. ay) | | | |
| Hepatit A[6] | 2 doz (0, 6. ay) | | | |
| Rekombinant Zoster[7] | 2 doz | | 2 doz (2-6 ay arayla) | |
| Suçiçeği[8] | 2 doz (1 ay arayla) | | | |
| Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK)[9] | 1 veya 2 doz | | | |
| Meningokok ACWY[10] | 1 veya 2 doz (0, 2. ay) | | | |
| Meningokok B[11] | 2 veya 3 doz | | | |
| *Haemophilus influenzae* tip b (Hib)[12] | 1 veya 3 doz (0, 1, 2. ay) | | | |
| Human papilloma virus (HPV)[13] | 3 doz (0, 2, 6. ay) | | | |
| COVID-19 | 2 veya 3 doz, ardından rapeller (güncel önerilere göre) | | | |

Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.
Risk faktörü veya belirli endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.

**Şekil 2.** Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre 2024 Aşı Önerileri ve Dozları EKMUD, 2024 (38)

### 2.8. 65 Yaş ve Üzeri Bireylere Önerilen Aşılar

DSÖ'ye göre yaşlılığın başlangıcı 65 yaştır ve yaşlıları yaş gruplarına göre 65-74 yaş (genç yaşlı), 74-85 yaş (yaşlı), 85 yaş ve üzeri (ileri yaşlı) olarak sınıflandırmıştır (42).

ACIP ve EKMUD'un rehberleri baz alındığında 65 yaş ve üzeri topluma herhangi bir risk faktörü ya da endikasyon olmaksızın önerilen aşılar; Covid19, İnfluenza, Tetanoz, RZV ve Pnömokok aşılarıdır (38, 40). Erişkin Bağışıklama Rehberi'nde RZV aşısı için EKMUD tarafından "50 yaş ve üzeri tüm yetişkinlere daha önce zona hastalığı veya aşısı olma öyküsüne bakılmaksızın 2-6 ay arayla iki doz rekombinan zona (zoster) aşısı önerilir. (Şu anda ülkemizde olmamakla beraber yurtdışından temin etme imkanı olan hastalara önerilebilir.)" dipnotu düşülmüştür (38).

Sonuç olarak ülkemizde 65 yaş ve üzerine herhangi bir risk faktörü veya endikasyon olmaksızın önerilen ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz temin edilebilir olan aşılar COVID-19, İnfluenza, Tetanoz ve Pnömokok aşılarıdır (43).

### 2.9. Pnömokok, İnfluenza, Tetanoz Ve Covid-19 Aşıları

#### 2.9.1. Pnömokok Aşısı

Streptococcus pneumoniae (pnömokok) enfeksiyonları toplumda önemli bir sağlık sorunu oluşturur. Bu bakteri, pnömoni, menenjit, sinüzit ve otitis media gibi çeşitli enfeksiyonlara neden olabilir. Özellikle küçük çocuklar ve 65 yaş ve üzeri yetişkinler, bağışıklık sistemleri genellikle daha zayıf olduğu için bu enfeksiyonlara karşı daha hassastırlar. Küçük çocuklarda, pnömokok infeksiyonları genellikle ciddi sonuçlar doğurabilir ve aşılar bu riskleri azaltmada önemli bir rol oynar. Yetişkinlerde ise, yaşa bağlı bağışıklık sistemindeki değişiklikler nedeniyle bu enfeksiyonlar daha tehlikeli olabilir. Pnömokok aşıları, hem çocuklarda hem de yaşlı bireylerde pnömokok infeksiyonlarının önlenmesinde etkili bir yöntemdir. Özellikle risk

altındaki gruplara yönelik aşı programları, bu enfeksiyonların sıklığını ve şiddetini azaltmada önemli bir adım olarak kabul edilir (44, 45).

Streptococcus pneumoniae, hem invazif hem de invazif olmayan pnömokok hastalıklarına neden olabilir ve bu hastalıklar genellikle farklı klinik tablolara yol açar.

Invazif Olmayan Pnömokok Hastalıkları:

- Bakteriyemik Olmayan Pnömoni: Bu durum, pnömokok bakterisinin akciğerlerde çoğalması ile ortaya çıkan pnömoniyi ifade eder. Genellikle hastalar öksürük, ateş ve göğüs ağrısı gibi belirtiler gösterir, ancak bakteriler kana geçmez.
- Otitis Media (Orta Kulak Enfeksiyonu): Pnömokoklar, çocuklarda orta kulak enfeksiyonlarına neden olabilir. Genellikle ağrı, ateş ve işitme sorunları ile kendini gösterir.
- Sinüzit: Sinüslerin iltihaplanmasıyla sonuçlanan enfeksiyondur ve genellikle baş ağrısı, yüz ağrısı ve burun tıkanıklığı gibi semptomlar gösterir.

Invazif Pnömokok Hastalıkları:

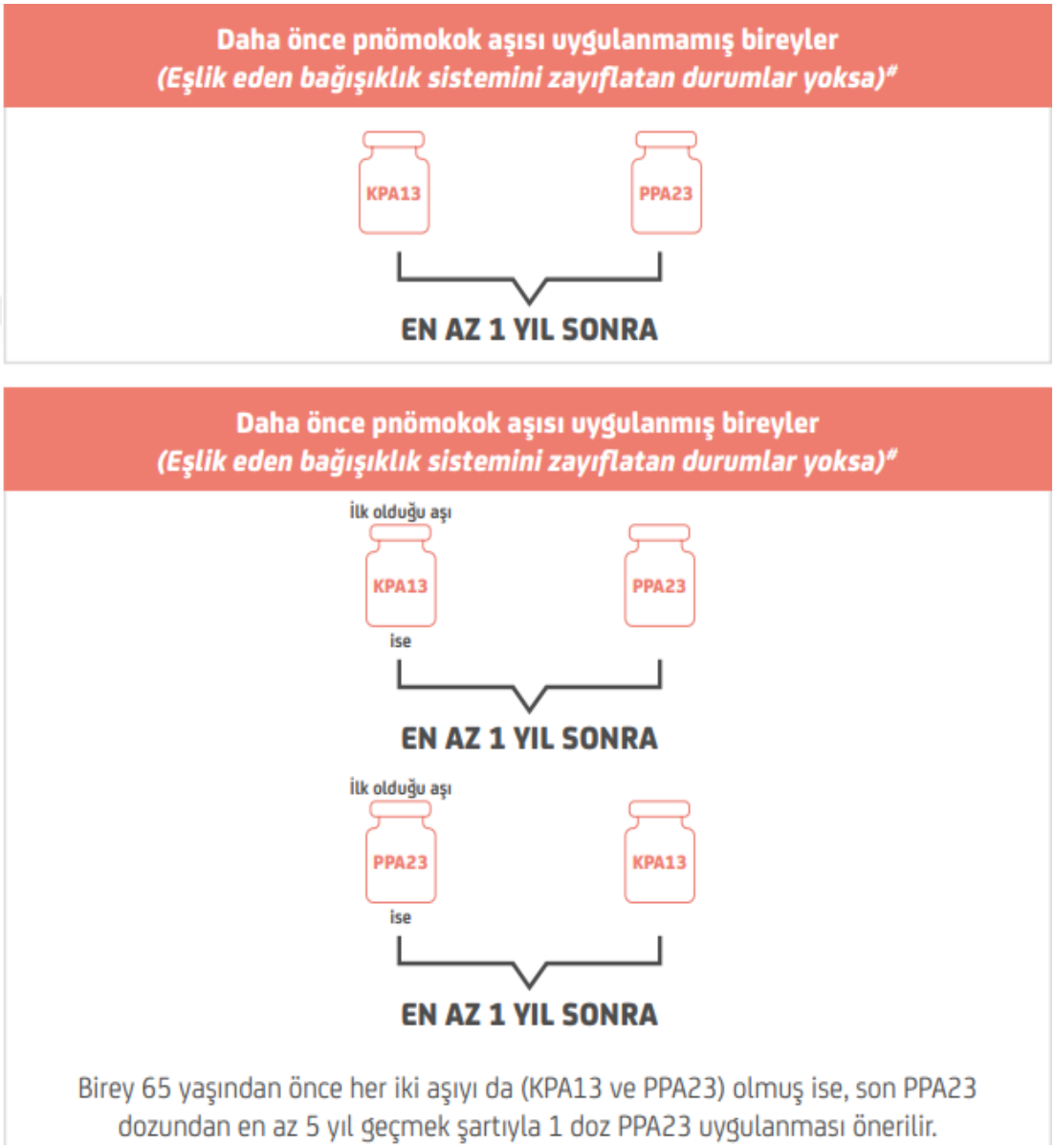
- Bakteriyemik Pnömoni: Bu durum, pnömokok bakterisinin akciğerlere yerleşip orada çoğalmasının yanı sıra kan dolaşımına da geçtiği ve bakteriyemiye neden olduğu daha ciddi bir enfeksiyon şeklidir.
- Menenjit: Pnömokoklar beyin ve omurilik zarlarını enfekte ederek menenjite neden olabilir. Bu, yüksek ateş, baş ağrısı, ense sertliği ve bilinç değişiklikleri gibi ciddi semptomlara yol açabilir.
- Septik Artrit: Eklem içindeki iltihaplanma ile sonuçlanan bir enfeksiyondur ve genellikle eklemde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olur.
- Sepsis: Pnömokok bakterilerinin kana geçişi ve sistemik bir enfeksiyon reaksiyonu oluşturduğu ciddi bir durumdur. Sepsis, çoklu organ yetmezliği ve hayati tehlike oluşturabilecek bir durum olabilir (46, 47).

Bakteriyemik olmayan pnömokok pnömonisi, toplumda gelişen pnömoni vakalarının önemli bir kısmını oluşturur ve bu hastalığın toplum sağlığı üzerindeki etkisi büyüktür. Bakteriyemik olmayan pnömokok pnömonisi, genellikle hastaneye yatışların yaklaşık %30'u ile ilişkilidir ve erişkinlerde pnömokok enfeksiyonlarının en yaygın şeklidir. Bu tür pnömoni, genellikle hafif ila orta şiddette seyreder, ancak bazı durumlarda ciddi olabilen semptomlara yol açabilir. Belirtiler arasında yüksek ateş, öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı bulunur. Tedavi edilmezse veya uygun yönetilmezse, pnömoni komplikasyonlara yol açabilir ve hastaneye yatışı gerektirebilir. Halk sağlığı açısından, bakteriyemik olmayan pnömokok pnömonisinin önlenmesi ve yönetilmesi büyük önem taşır. Pnömokok aşıları, bu enfeksiyonun önlenmesinde etkili bir araçtır ve özellikle risk altındaki gruplarda, yani yaşlılar, çocuklar ve bazı kronik hastalıkları olan bireylerde yaygınlaştırılması gereken bir önlemdir (48-50).

Streptococcus pneumoniae'ın yol açtığı invaziv pnömokok hastalıkları, genellikle yaşlı bireylerde daha yüksek ölüm oranlarına yol açar. Bunun yanı sıra, bu hastalıkların riskini artıran diğer durumlar arasında kronik kalp, akciğer ve karaciğer hastalıkları bulunur. Ayrıca, immünsüpresif durumlar da riski artırır; bu durumlar arasında hematolojik kanserler, HIV enfeksiyonu, böbrek yetmezliği, B ve T hücre defektleri ve kompleman eksiklikleri yer alır. Dalağın eksikliği veya yetersizliği (aspleni), serebrospinal sıvı kaçakları, kohlea implantı kullanımı, sigara içme ve bakımevinde kalma da diğer risk faktörleri arasında sayılır. Ayrıca, pnömokokal pnömoni, influenza enfeksiyonunun bir komplikasyonu olarak da gelişebilir, çünkü influenza, pnömokok bakterilerinin akciğerlere yerleşmesini kolaylaştırarak pnömokokal pnömoni riskini artırabilir (51).

Dünyada ve ülkemizde kullanılmakta olan iki çeşit pnömokok aşısı bulunmaktadır. Bunlardan birisi KPA iken diğeri polisakkarit pnömokok aşısıdır (PPA). Ülkemizde 23 farklı polisakkarite ait serotipleri içeren PPA23 aşısı polisakkarit aşılar içinde tek seçenektir. Ülkemizde farklı sayıda serotipe özgü konjuge polisakkaritleri içeren formülasyonlarla KPA13, KPA15 konjuge aşıları mevcuttur. Bir başka aşı olan KPA20 ise ülkemizde halen ruhsatlandırılmamıştır (38).

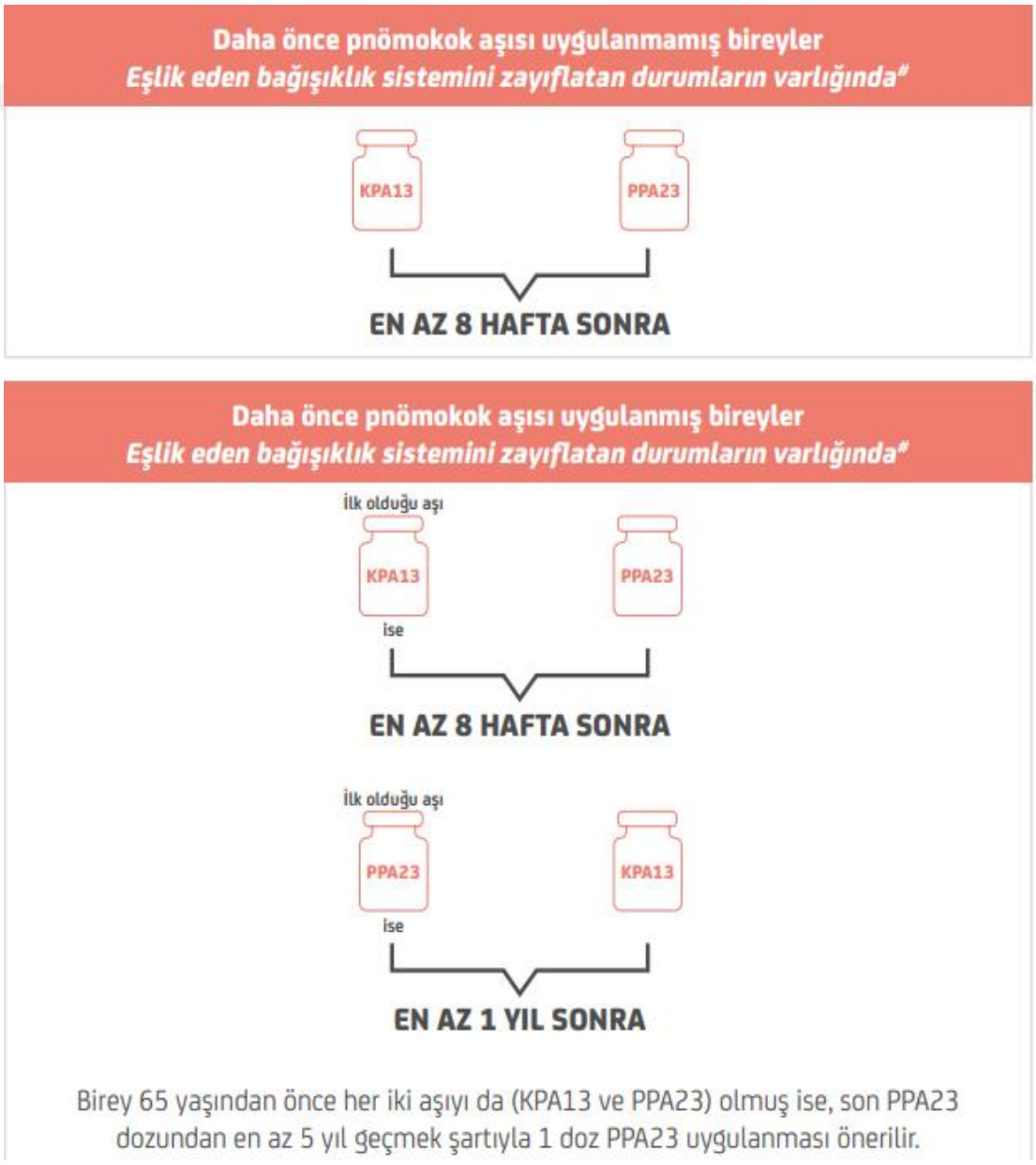
65 yaş üzeri sağlıklı bireyler, bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen hastalıklara sahip yüksek risk grubunda olanlar ve hangi yaşta olursa olsun diyabet hastaları, kronik akciğer hastalığı olanlar, kronik kalp hastalığı olanlar pnömokok aşısı yaptırmalıdır (Şekil 3-5).




**Şekil 3.** Pnömokok aşı algoritması TAHUD, 2021 (52)

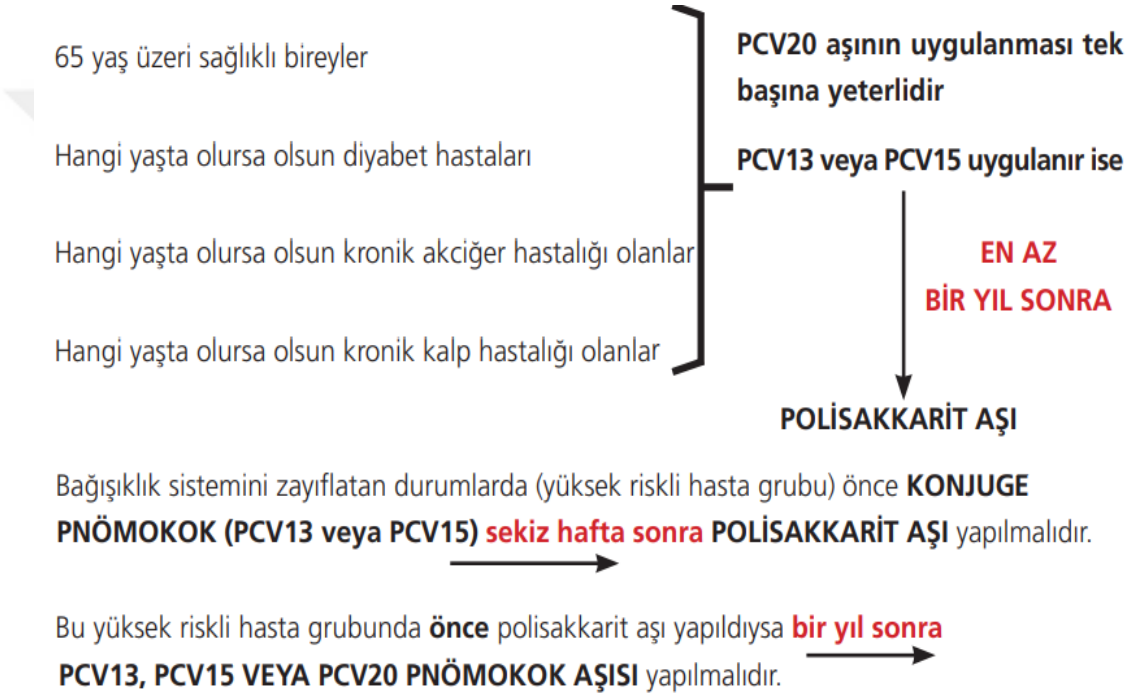
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)'ne göre daha önce pnömokok aşısı uygulanmamış 65 yaş ve üzeri bireyler için eşlik eden bağışıklık sistemini zayıflatan durumlar yoksa ilk olarak KPA13 aşısı olunmasını ve en az 1 yıl sonra da PPA23 aşısı olunmasını önermektedir. Aynı grupta daha önce aşılanmış 65

yaş ve üzeri bireyler için ise ilk olduğu aşı KPA13 ise en az 1 yıl sonra PPA23 aşısı yapılmasını, ilk olduğu aşı PPA23 ise en az 1 yıl sonra KPA13 aşısı yapılmasını önermektedir. Daha önce pnömokok aşısı uygulanmamış 65 yaş ve üzeri bireyler için eşlik eden bağışıklık sistemini zayıflatan durumlar varlığında ise ilk olarak KPA13 aşısı olunmasını ve en az 8 hafta sonra da PPA23 olunmasını önermektedir. Aynı grupta daha önce aşılanmış 65 yaş ve üzeri bireyler için ise ilk olduğu aşı KPA13 ise en az 8 hafta sonra PPA23 aşısı yapılmasını, ilk olduğu aşı PPA23 ise en az 1 yıl sonra KPA13 aşısı yapılmasını önermektedir (52).




**Şekil 4.** Pnömokok aşı algoritması TAHUD, 2021 (52)

EKMUD'un 2024'ye yayımladığı 'Erişkin Bağışıklama Rehberi'ne göre ülkemizde halen ruhsatlandırması olmayan KPA20 aşısının tek başına uygulanması yeterlidir. Eşlik eden bağışıklık sistemini zayıflatan durumlar yok ise ilk olarak KPA13 ve KPA15 aşılarından biri yapıldıktan en az 1 yıl sonra PPA23 aşısı uygulanması gerekmektedir. Eşlik eden bağışıklık sistemini zayıflatan durumlar varlığında ise ilk olarak KPA13 ve KPA15 aşılarından biri yapıldıktan en az sekiz hafta sonra PPA23 aşısı yapılması önerilmektedir. Aynı gruba ilk olarak PPA23 aşısı yapıldıysa en az 1 yıl sonra KPA13, KPA15 aşılarından birinin yapılması önerilmektedir (38).




**Şekil 5.** Pnömokok Aşılama Algoritması EKMUD, 2024 (38)

### 2.9.2. İnfluenza Aşısı

İnfluenza, grip olarak da bilinen, influenza A ve B virüslerinin neden olduğu hızlı yayılan, ateşli ve akut bir solunum yolu hastalığıdır. Bu hastalık her yaş grubunda görülebilse de özellikle çocuklarda yüksek sıklıkta ortaya çıkar. Ciddi hastalık ve ölüm riski, yaşlılar (65 yaş ve üzeri), 2 yaş altı çocuklar ve altta yatan sağlık sorunları bulunan bireylerde daha yüksektir. İnfluenza genellikle üst solunum yolu enfeksiyonları ile karıştırılabilir. Ancak, kendine özgü belirtiler ve bulgularla diğer enfeksiyonlardan ayırt edilebilir. Tanı koymak için çeşitli yöntemler kullanılabilir:

hızlı antijen testleri, floresan boyama teknikleri, nükleik asit tanıma yöntemleri, virüs kültürü ve serolojik testler. İnfluenza ve olası komplikasyonlarından korunmak için kişisel korunma önlemlerine dikkat edilmelidir. Bu önlemler arasında düzenli el hijyeni, hasta kişilerle yakın temastan kaçınmak ve risk grubundaki bireylerin aşılanması yer alır. Aşı, enfeksiyon riskini azaltmada etkili bir yöntemdir (53).

DSÖ verilerine göre, alt solunum yolları enfeksiyonları önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır ve 2019 yılında ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Özellikle yaşlı bireyler, influenza virüsüne bağlı solunum yetmezliği açısından gençlere göre çok daha yüksek risk altındadır. Bu riskin 10-30 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyar influenza vakası görülmekte ve bunların 3-5 milyonu ağır seyretmektedir. İnfluenza, yılda 290.000 ile 650.000 arasında solunum yolu ölümüne neden olmaktadır (54).

DSÖ 6 aydan büyük olan her bireye influenza aşısı önermekle birlikte 65 yaş ve üzeri bireyler için influenza aşısı daha büyük önem taşımaktadır. Bu yaş grubuna genellikle sadece inaktive influenza aşısı uygulanır ve bu aşı her yıl tek doz şeklinde yapılır (55).

Grip ilişkili komplikasyon riski yüksek hasta grupları şunlardır:

- Beş yaş altındaki çocuklar (özellikle iki yaşından küçük çocuklar)
- Altmış beş yaş ve üzerindeki kişiler
- Gebe kadınlar (postpartum iki hafta dahil)
- Bakımevlerinde ve diğer uzun dönem tedavi merkezlerinde kalanlar
- Kronik hastalığı olanlar: Astım, kalp hastalıkları, endokrin hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, kan hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları, metabolik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, immünsupresyon, yaş<19 olan uzun dönem aspirin kullanıcıları, obezite
- Sağlık çalışanları
- Yüksek riskli bireylere bakım veren kişiler

Ülkemizde kullanılan influenza aşısı kuadrivalan inaktif aşıdır. Bu aşı iki

influenza A, iki influenza B suşu içerir. Aşı, 6 aydan büyük olan tüm bireylere uygulanabilir (56). İnfluenza aşısı, her yıl Ekim ayı başından itibaren influenza sezonu sonu olan mart ayı sonuna kadar yapılabilir. Tavsiye edilen ekim başından kasım sonuna kadar yaptırılmış olmasıdır (52).

### 2.9.3. Tetanoz Aşısı

Tetanoz, Clostridium tetani bakterisinin neden olduğu, sinir sistemi üzerinde etkili olan akut bir hastalıktır. Bakteri, genellikle yaralanmalar, kesikler veya açık yaralar yoluyla vücuda girer ve toksin üreterek sinir sistemi üzerinde etkili olur. Bu durumun sonucunda kaslarda sertleşme ve spazmlar gibi belirtiler ortaya çıkar (57).

Tetanozun üç ana klinik formu vardır: Jeneralize tetanoz, lokalize tetanoz ve sefalik tetanoz. Her bir formun özellikleri şunlardır:

- Jeneralize Tetanoz:

Jeneralize tetanoz, tetanozun en yaygın olarak bilinen formudur. Kas spazmları ve sertliği tüm vücutta yayılır. En karakteristik bulgular arasında çene kaslarının sıkışması (trismus), sırt ve boyun kaslarında sertlik ve spazmlar, yutma güçlüğü ve genel vücut sertliği bulunur. Şiddetli vakalarda solunum yetmezliği ve diğer ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Tedavi edilmezse ölüm riski yüksektir.

- Lokalize Tetanoz:

Lokalize tetanoz, genellikle tetanozun daha hafif ve nadir bir formudur. Kas spazmları sadece enfekte olan bölgeyle sınırlıdır. Örneğin, bir yaradan kaynaklanan kas spazmları yalnızca yaralanma bölgesinde görülür. Genellikle daha az şiddetli olup tedaviye iyi yanıt verir. Ancak, tedavi edilmezse jeneralize forma dönüşebilir.

- Sefalik Tetanoz:

Sefalik tetanoz, en nadir görülen formdur ve baş bölgesini etkiler. Yüz kaslarında ve çene kaslarında belirgin spazmlar ve felç gelişir. Ayrıca, baş ağrısı,

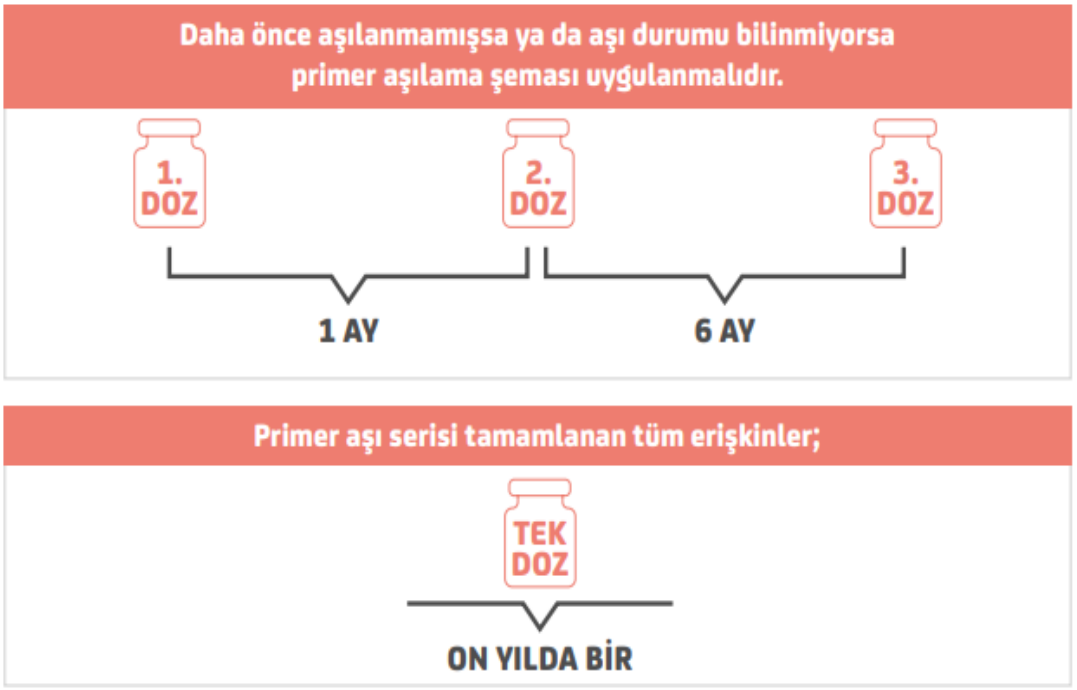
nörolojik bozukluklar ve bazen kranial sinirlerin etkilenmesi gibi belirtiler olabilir. Tedavi edilmezse, diğer tetanoz formlarına göre daha ciddi komplikasyonlar gelişebilir ve ölüm riski bulunabilir.

Tetanozun tüm formlarında, tedavi sürecinde erken tanı ve müdahale hayati önem taşır. Ayrıca, tetanoz aşısı ve düzenli hatırlatıcı aşılar, hastalığın önlenmesinde en etkili yöntemlerdir (58, 59).

Ülkemizde tetanoz toksoidi içeren aşı formları aşağıdaki gibidir (38):

- Tetanoz, difteri aşılarını içeren kombine pediyatrik difteri-tetanoz (DT)
- Td
- Asellüler boğmaca aşısı içeren pediyatrik difteri-tetanoz-asellüler boğmaca (DaBT)
- TdaB
- Hib konjuge aşısı ve erişkin difteri, tetanoz, boğmaca ile inaktif çocuk felci kombine aşısı (TdaB- İPV-Hib)
- Erişkin difteri, tetanoz, boğmaca (asellüler), çocuk felci (inaktif) kombine aşısı (TdaB- İPV)

Ülkemizde tetanoz bağışıklığı için kullanılan aşı formları Td ve TdaB'tır. Daha önce aşılanmamış veya aşılanma durumu bilinmeyen 65 yaş ve üstü bireyler için primer aşılama şeması uygulanır. Bu şemaya göre 0. 1. ve 7. aylarda ilk dozu TdaB olmak üzere toplam 3 doz Td veya TdaB ile aşılama uygulanmalıdır (Şekil 6). Son doz zamanında yapılmamışsa 12. aya kadar yapılması önerilmektedir.. Primer aşı şeması tamamlanan bütün bireylere 10 yılda bir olmak üzere Td rapel dozu yapılması ve bu rapel dozlardan en az birisinin TdaB olması önerilmektedir (38, 52, 60).




**Şekil 6.** Daha önce aşılanmamış veya aşılanma durumu bilinmeyen 65 yaş ve üstü bireyler için primer aşılama şeması (52)

Bunun dışında yaştan bağımsız olarak tetanoz şüpheli yaralanmalarda tetanoz proflaksisi uygulanmaktadır. Profilakside insan tetanoz immünglobulini 250 IU IM yoldan uygulanır. İnsan tetanoz immünglobulini bulunamaz ise heterolog antiserum 3.000-5.000 IU IM yapılabilir (Şekil 7).

| Bağışıklama durumu | Temiz minör yaralanmalar | | Diğer bütün yaralanmalar* | |
|---|---|---|---|---|
| | Td | TIG | Td | TIG |
| Bilinmiyor veya <3 doz | Evet | Hayır | Evet | Evet |
| >3 doz | Hayır** | Hayır | Hayır*** | Hayır |

Td: Tetanoz ve erişkin tip difteri toksoidi.
TIG: Tetanoz immünglobulini.
*Kirli, dışkı ve salya teması olan yaralanmalar, kesi yaraları, yanıklar, yabancı cisim batmaları, ısırıklar, donma, kurşun yarası.
**Evet, son dozun üzerinden geçen süre >10 yıl ise
***Evet, son dozun üzerinden geçen süre >5 yıl ise (Daha sık booster doza gerek yoktur)

**Şekil 7.** Tetanoz şüpheli yaralanmalarda temas sonrası proflaksi (38)

### 2.9.4. Covid-19 Aşısı

Koronavirüslerin ilk pandemisi olarak kabul edilen ve SARS-COV-2 virüsünün sebep olduğu Covid-19 salgını ilk olarak 31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei eyaletindeli Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır (61). Ardından küresel bir salgına yol açan Covid-19, ülkemizde ilk vaka olarak 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür (62).

Covid-19, başlangıçta genellikle ateş, kuru öksürük ve yorgunluk gibi semptomlarla kendini göstermektedir. Bununla birlikte, bazı hastalar burun akıntısı, hapşırma, boğaz ağrısı, balgam üretimi, baş ağrısı, hemoptizi, solunum güçlüğü ve lenfopeni gibi ek semptomlar da yaşayabilmektedir. Pnömoni gelişen vakalarda daha ciddi bulgular ortaya çıkabilir. Bu bulgular arasında viremi, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), akut kardiyak yaralanma ve ölüm oranlarını artıran çift taraflı büyük cam opasitesi gibi akciğerlerdeki anormallikler yer almaktadır. Covid-19'un gastrointestinal sistem üzerindeki etkileri de önemlidir; ishal gibi belirtiler, MERS-CoV veya SARS-CoV'a kıyasla Covid-19'da daha sık görülmektedir (63).

#### 2.9.4.1. Covid-19 Aşı Çeşitleri

Bütün küresel salgınlarda olduğu gibi Covid-19 salgınında da hastalık başlangıç tarihi itibariyle dünyada aşı üretim çalışmaları başlatılmıştır. Günümüzde, DSÖ tarafından acil kullanım onayı almış yedi farklı Covid-19 aşısı bulunmaktayken 300'den fazla aşı ise klinik deneme aşamasındadır. Bu aşılar, çeşitli teknolojiler kullanılarak üretilmiş olup bu teknolojik platformlara göre 4 ana başlıkta incelenebilir (Şekil 8).

**Tam Virüs Aşıları:** İnaktive ve canlı zayıflatılmış aşılar olarak iki ana türde sınıflandırılır. Tam virüs aşıları, virüsün kimyasal veya fiziksel yöntemlerle öldürülmüş/zayıflatılmış formunu kullanarak bağışıklık sistemini uyarır, böylece antikor aracılı immüniteyi ve/veya hümoral immüniteyi teşvik eder ve virüsü nötralize eden bir yanıt oluşturur. Bu aşı grubunda 2 aşı ön plana çıkmaktadır. Bunlar Çin'de

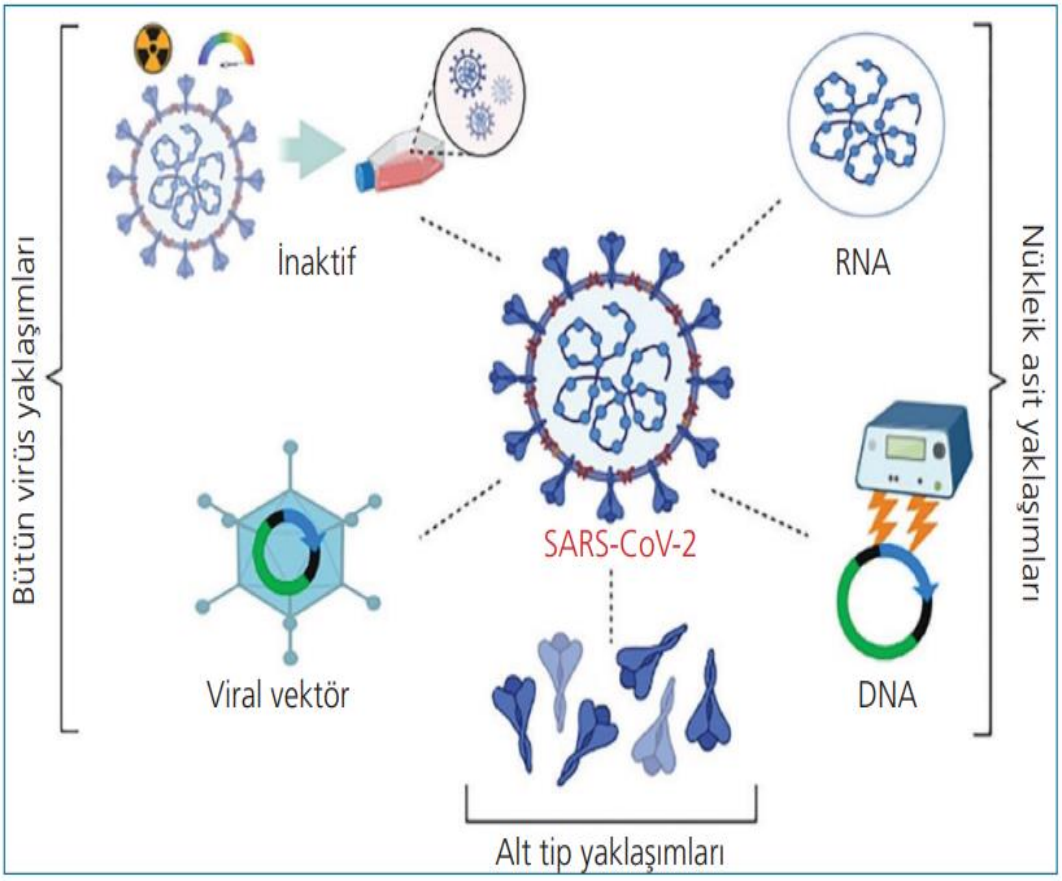
üretilen CoronaVac aşısı ile ülkemizde üretilen TurkoVac aşısıdır. İki aşı da benzer özelliklere sahip olup CoronaVac aşısının ülkemizde yapılan faz 3 çalışmasında %83,5 oranında bir koruyuculuk sağladığı gösterilmiştir. TurkoVac'ın ise Covid-19 riskini %50 azalttığı bildirilmiştir (38).

**Alt Birim Aşıları (Subünit Aşılar):** Virüsün sadece belirli bir protein parçasını içerir. Bu protein bir antijen görevi görür ve bağışıklık sistemini virüsün tamamına karşı bir yanıt geliştirmeye teşvik eder. Tam virüs aşılarına göre daha güçlü koruma sağlamaktadırlar. Bu aşı grubunda 2 aşı ön plana çıkmaktadır. Bunlar Çin'de üretilen ZF2001ve ABD'de üretilen Novavax aşılarıdır. ZF2001 aşısının semptomatik enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu %90, Novavax'ın ise %82'dir (64).

**Viral Vektör Aşıları:** Bu aşılar, replikasyon yeteneği ortadan kalkmış bir virüsü (vektör) kullanarak, hedef virüsün antijeni kodlayan genetik materyalini hücrelere taşır. Bu genetik materyal, bağışıklık sisteminin virüsün kendisini tanımasını sağlar. Bu amaçla en çok kullanılan virüs Adenovirus Tip-5'tir. Covid-19 aşıları için de adenovirüsler kullanılmıştır. Bu aşı grubunda 3 aşı ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri, ABD tarafından üretilen şiddetli hastalıklara karşı %85, ciddi hastalığa karşı ise %100 oranında koruma sağlayan Janssen aşısıdır. Bir diğeri Birleşik Krallık tarafından üretilen Alpha mutant suşlarına karşı %81 oranında koruma sağlayan Oxford/AstraZeneca aşısıdır. Bir diğeri ise Rusya'da üretilen %90 etkinliğe sahip Sputnik-V aşısıdır (65).

**Nükleik Asit Aşıları:** Bu aşılar, genetik materyali (mRNA veya DNA) doğrudan hücrelere ileterek bağışıklık yanıtını tetikler. mRNA aşılarının temel çalışma prensibi yapay olarak sentezlenen mRNA'nın lipid nanopartiküller içinde konak hücrenin sitoplazmasına iletilmesine dayanır. Bu mRNA, belirli bir veya birden fazla antijenik immünojeni kodlayacak şekilde tasarlanmıştır. Hücreye giren mRNA, ribozomlar tarafından translasyon işlemi ile proteine dönüştürülür. Elde edilen immünojenik proteinler, hücre membranında veya dışarı salınarak bağışıklık sistemine sunulur. Bu süreç, kişinin kendi hücreleri tarafından viral proteinlerin üretilmesini ve bağışıklık yanıtının tetiklenmesini sağlar, böylece virüs veya virüs partüküllerinin doğrudan hücreye girmesi gerekmeksizin bağışıklık sağlanmış olur. En yüksek koruma

sağlayan aşılar bu gruptadır. Bu aşı grubunda 2 aşı ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri ABD'de üretilen Delta varyantı haricinde çeşitli varyantların neden olduğu orta ila şiddetli semptomlara karşı koruma oranı %94 olan Moderna aşısıdır. Diğeri ise ABD ve Almanya'da ortak olarak üretilen şiddetli hastalığa karşı %97 oranında koruma sağlayan Pfizer/BioNTech aşısıdır. Bu iki aşının da aşılamadan 6 ay sonra koruma oranları %90'ın üzerindedir (38, 66).




**Şekil 8.** Covid 19 aşı yaklaşım teknikleri (38)

# 3. GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Bu çalışmada Erzurum ilinde Palyatif bakım kliniğinde yatmakta olan ve ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların, 65 yaş ve üzeri yaştaki bireylere önerilen aşılara karşı tutumlarının ve farkındalıklarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Erzurum ilinde Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum Şehir Hastanesi ve Aziziye Saltuklu Eğitim ASM kapsamında 01.03.2024-31.08.2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

## 3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Erzurum Şehir Hastanesi'nde palyatif bakım kliniğinde yatmakta olan 65 yaş ve üzeri 50 hasta ve Aziziye Saltuklu Eğitim ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri 50 hasta olmak üzere toplam 100 hasta dahil edilmiştir.

### 3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 65 yaş ve üzerinde olmak.
- Palyatif Bakım Servisi'nde yatıyor olmak veya Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuru yapmış olmak.
- Aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak.

### 3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Oryantasyon ve kooperasyonu bozuk olmak.

### 3.4. Etik Kurul

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik kurul toplantı tarihi, sayısı ve karar no: 20.02.2024/01/03).

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, hastaların sosyodemografik verilerini, aşı olup olmama durumlarını, aşıya karşı tutumlarını ve aşı tereddütü ölçeğini içeren anket formu katılımcılara araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı.

#### 3.5.1. Aşı Tereddütü Ölçeği

Ölçek, Luyten ve arkadaşları tarafından 2019'da geliştirilmiş olup Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2021'de Türkçe'ye uyarlanarak ölçeğe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (67, 68). Bu ölçek, güven eksikliği (7 madde) ve riskler (2 madde) olmak üzere iki boyuttan oluşan toplam 9 maddeden meydana gelmektedir. Ölçek 5'li Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) bir değerlendirme sunmaktadır. Riskler boyutundaki iki madde (5. ve 9. Maddeler) ters puanlanmakta olup ölçekten elde edilen puanlar, maddelerden alınan puanların toplamı ile belirlenir. Ölçek puanının artması, aşıya karşı tereddüdün azaldığına işaret etmektedir. Ölçeğin herhangi bir kesme noktası bulunmaz ve toplam puan 9 ile 45 arasında değişmektedir. İç tutarlılık katsayıları güven eksikliği, riskler ve tüm ölçek için sırasıyla 0,892; 0,632 ve 0,874 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik analizi sonucunda, ilk ve son ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı 0,879 olarak belirlenmiştir (68).

### 2.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizinde SPSS v20 programı kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, numerik değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Simirnov testi ve grafikleme

yöntemleriyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler için çoklu yanıt analizi yapılmıştır. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırmalarda Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ise ki kare ve fisher exact test kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

# 4. BULGULAR

Çalışmamız Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi, Erzurum Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniklerinde yatmakta olan (n=50) ve Erzurum Aziziye Saltuklu ASM'ye başvuran (n=50) 65 yaş ve üzeri toplamda 100 kişi üzerinde yapılmıştır.

Araştırmamızda belirlenen grupların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; palyatif grup için yaş ortalaması 73.8±8 yaş, % 58'nin erkek, %64'ünin evli, %24'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, lise ve üzeri eğitim alanların %8, okur yazar olmayanların ise en yüksek oranı oluşturduğu (%32), ev hanımı oranının yüksek olduğu (%52), geliri giderden az olanların %34'ünü oluşturduğu, tamamına yakının (%94) kendi evinde ikamet ettiği ve çoğu katılımcının çocuğu (%90) olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

ASM grubu incelendiğinde ise için yaş ortalaması 71.9±6 yaş , % 52'nin erkek, %72'sinin evli olduğu, %22'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, lise ve üzeri eğitim alanların %16, okur yazar olmayanların ise %20'sini oluşturduğu, ev hanımı ve emekli olma oranların eşit olduğu (%46 ), geliri giderden az olanların %26'sını oluşturduğu, tamamına yakının (%90) kendi evinde ikamet ettiği ve katılımcıların tamamının çocuğu (%100) olduğu saptanmıştır. (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

| Grup | Değişkenler | | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|---|---|
| PALYATİF (N=50) | Cinsiyet | Kadın | 21 | 42.0 |
| | | Erkek | 29 | 58.0 |
| | Medeni durum | Evli | 32 | 64.0 |
| | | Bekar | 18 | 36.0 |
| | Sosyal güvence | Var | 39 | 78.0 |
| | | Yok | 11 | 22.0 |
| | Eğitim Durumu | Okur yazar değil | 18 | 36.0 |
| | | Okur yazar | 6 | 12.0 |
| | | İlkokul | 14 | 28.0 |
| | | Ortaokul | 8 | 16.0 |
| | | Lise ve üzeri | 4 | 8.0 |
| | Gelir | Gelir gidere eşit | 20 | 40.0 |
| | | Gelir giderden fazla | 13 | 26.0 |
| | | Gelir giderden az | 17 | 34.0 |
| | Meslek | Ev hanımı | 26 | 52.0 |
| | | Emekli | 14 | 28.0 |
| | | Diğer | 10 | 20.0 |
| | Yaşadığı yer | Kendi evi | 48 | 96.0 |
| | | Başkasının evi | 2 | 4.0 |
| | Çocuk | Evet | 45 | 90.0 |
| | | Hayır | 5 | 10.0 |
| | Toplam | | 50 | 100 |
| ASM (N=50) | Cinsiyet | Kadın | 24 | 48.0 |
| | | Erkek | 26 | 52.0 |
| | Medeni durum | Evli | 36 | 72.0 |
| | | Bekar | 14 | 28.0 |
| | Sosyal güvence | Var | 44 | 88.0 |
| | | Yok | 11 | 22.0 |
| | Eğitim Durumu | Okur yazar değil | 10 | 20.0 |
| | | Okur yazar | 13 | 26.0 |
| | | İlkokul | 16 | 32.0 |
| | | Ortaokul | 3 | 6.0 |
| | | Lise ve üzeri | 8 | 16.0 |
| | Gelir | Gelir gidere eşit | 22 | 44.0 |
| | | Gelir giderden fazla | 15 | 30.0 |
| | | Gelir giderden az | 13 | 26.0 |
| | Meslek | Ev hanımı | 23 | 46.0 |
| | | Emekli | 23 | 46.0 |
| | | Diğer | 4 | 8.0 |
| | Yaşadığı yer | Kendi evi | 45 | 90.0 |
| | | Başkasının evi | 5 | 10.0 |
| | Çocuk | Evet | 50 | 100.0 |
| | | Hayır | 0 | 0.0 |
| | Toplam | | 50 | 100 |

Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından benzerlik olduğu görülmüştür (P>0.05).

**Tablo 7.** Gruplara ait bazı özelliklerin dağılımı

| Grup | Değişkenler | | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|---|---|
| PALYATİF | *Hastalıkları N=169 | HT | 35 | 20.7 |
| | | DM | 18 | 10.7 |
| | | KAH | 14 | 8.3 |
| | | KKY | 9 | 5.3 |
| | | SVH | 12 | 7.1 |
| | | Demans | 11 | 6.5 |
| | | Malignite | 9 | 5.3 |
| | | Diğer | 61 | 36.1 |
| | Bakım veren kişi N=50 | Eş | 22 | 42.0 |
| | | Çocuk | 27 | 54.0 |
| | | Diğer | 2 | 4.0 |
| | Palyatife yatırılma nedeni N=266 | Malnütrisyon | 7 | 10 |
| | | Dekübit yarası | 19 | 27.1 |
| | | Pnomoni | 6 | 8.6 |
| | | Deliryum | 4 | 5.7 |
| | | Uzamış yatış | 16 | 22.9 |
| | | Peg açma-işlem | 8 | 11.4 |
| | | malignite | 4 | 5.7 |
| ASM | *Hastalıkları N=97 | HT | 32 | 33.0 |
| | | DM | 27 | 27.8 |
| | | KAH | 6 | 6.2 |
| | | Hipotroidi | 5 | 5.2 |
| | | Osteoporoz | 5 | 5.2 |
| | | Diğer | 22 | 22.6 |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

Palyatif grubunda katılımcıların var olan hastalıklarının ortalaması 3.6±1.8 olup Hipertansiyon (HT) (%20.7), DM (%10), Koroner Arter Hastalığı (KAH) (%8.3) öne çıktığı; ASM grubunda ise var olan hastalıklarının ortalaması 2±1.4 olup palyatif grubu ile aynı hastalıkların sıralandığı görülmektedir (HT, DM, KAH) (Tablo 7).

Palyatif grubunda hastaların yatış nedenleri incelendiğinde dekübit yarası ve uzamış yatış seçeneğinin öne çıktığı (sırasıyla %27.1, %22.9) saptanmıştır. Palyatif grubunda bakım verenlerin %54 ile kişinin çocuğu olduğu görülmüştür (Tablo 7).

**Tablo 8.** Katılımcıların aşı ile ilgili tutumlarının dağılımı

| Aşı Tutum | | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|---|
| Tetanoz aşısı yaptırmayı gerekli buluyor musunuz? | Evet | 53 | 53.0 |
| | Hayır | 47 | 47.0 |
| Zaturre aşısı yaptırmayı gerekli buluyor musunuz? | Evet | 53 | 53.0 |
| | Hayır | 47 | 47.0 |
| Grip aşısı yaptırmayı gerekli buluyor musunuz? | Evet | 50 | 50.0 |
| | Hayır | 50 | 50.0 |
| Covid aşısı yaptırmayı gerekli buluyor musunuz? | Evet | 63 | 63.0 |
| | Hayır | 37 | 37.0 |

Katılımcıların aşıya yönelik tutumları incelendiğinde; aşıyı gerekli bulanların bulmayanlara göre hemen hemen yakın olduğu görülürken, covid aşısını gerekli bulanların en yüksek oranda (%63) olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Katılımcıların hastalık geçirme durumları ile aşı durumları arasındaki ilişki incelendiğinde zatürre ve grip geçirmiş olanlarda aşı olmama oranı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı değildi. Covid geçirenlerde ise aşı olmama oranı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Katılımcıların hastalık geçirme durumları ile aşı olma durumlarının dağılımı

| Hastalık geçirme | Aşı olma | | | İstatistik |
|---|---|---|---|---|
| **Zatürre** | **Evet (N/%)** | **Hayır (N%)** | **Toplam (N%)** | |
| **Evet** | 9(40.9) | 13(59.1) | 22(100) | $X^2$=0.294 P>0.05 |
| **Hayır** | 37(47.4) | 41(52.6) | 78(100) | |
| **Grip** | **Evet (N/%)** | **Hayır (N%)** | **Toplam (N%)** | |
| **Evet** | 42(43.8) | 54(56.3) | 96(100) | $X^2$=0.06* P>0.05 |
| **Hayır** | 2(50.0) | 2(50.0) | 4(100) | |
| **Covid** | **Evet (N/%)** | **Hayır (N%)** | **Toplam (N%)** | |
| **Evet** | 28(57.1) | 21(42.9) | 49(100) | **$X^2$=4.22 P=0.04** |
| **Hayır** | 39(76.5) | 12(23.5) | 51(100) | |

*Fisher exact test

Katılımcıların tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısına karşı tutumları olumlu olanların aşıyı yaptırma nedenleri incelendiğinde ‘doktor tavsiye etti’ cevabının en yüksek oranda tetanoz aşısı (%70.8) için olduğu görülürken diğer aşılar içinde bu cevabın yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla %48, %53, %46).

‘Hastalığın tehlikeli olduğu düşünüyorum’ cevabı ise tüm bu aşılar içinde zatürre aşısı için en yüksek oranda (%39.1) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Katılımcıların tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısına karşı tutumları olumsuz olanların yaptırmama nedenleri incelendiğinde tetanoz ve zatürre aşısı için ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevabının yüksek oranda tercih edildiği (sırasıyla %31.9, %38.9) grip aşısı ve covid aşısı için hastalıklardan korumadığı cevabının yüksek oranda tercih edildiği (sırasıyla %35.2, %26.2) tespit edilmiştir. Ayrıca tetanoz, zatürre ve grip aşısını yaptırmama nedenleri arasında ‘Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok’ cevabı yüksek oranlı olanlar arasında olduğu saptanmıştır (sırasıyla %22.7, %16.7, %33.3) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı

| Aşı yaptırma/yaptırmama nedenleri | | Tetanoz Aşısı | Zaturre Aşısı | Grip Aşısı | Covid Aşısı |
|---|---|---|---|---|---|
| | | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 46(70.8) | 31(48.4) | 36(53.7) | 49(46.2) |
| | Çevremdeki insanlardan duydum | 4(6.2) | 4(6.3) | 4(6) | 19(17.9) |
| | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 14(21.5) | 25(39.1) | 23(34.3) | 36(34) |
| | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | 2(3) | 2(1.9 |
| | Diğer | 1(1.5) | 4(6.3) | 2(3) | - |
| | Total | 65(100) | 64(100) | 67(100) | 106(100) |
| Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 10(15.2) | 5(13.9) | 6(11.1) | 16(24.6) |
| | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | 10(15.2) | 7(19.4) | 19(35.2) | 17(26.2) |
| | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 21(31.8) | 14(38.9) | 6(11.1) | 2(3.1) |
| | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | 1(1.5) | - | 1(1.9) | 8(12.3) |
| | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | 2(3) | 1(2.8) | 1(1.9) | 14(21.5) |
| | Dini inançlarıma aykırı | 3(4.5) | 2(5.6) | - | 2(3.1) |
| | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 15(22.7) | 6(16.7) | 18(33.3) | 5(7.7) |
| | Diğer | 4(6.1) | 1(2.8) | 3(5.6) | 1(1.5) |
| | Total | 66(100) | 36(100) | 54(100) | 65(100) |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

**Tablo 11.** Palyatif ve ASM gruplarında katılımcıların aşı yaptırma/yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı

| GRUP | AŞI TUTUM | | Tetanoz Aşısı | Zaturre Aşısı | Grip Aşısı | Covid Aşısı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Palyatif | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 18(66,7) | 15(62,5) | 16(69,6) | 25(61) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 6(22,2) | 5(20,8) | 4(17,4) | 10(24,4) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | 2(7,4) | 1(4,2) | 2(8,7) | 4(9,8) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | 1(3,7) | - | 1(4,3) | 2(4,9) |
| | | Diğer | - | 3(12,5) | - | - |
| | | Total | 27(100) | 24(100) | 23(100) | 41(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 6(20,7) | 4(26,7) | 4(11,8) | 13(41,9) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | - | - | 8(23,5) | 5(16,1) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 11(37,9) | 7(46,7) | 5(14,7) | 1(3,2) |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | - | - | 1(2,9) | 3(9,7) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | - | - | 1(2,9) | 9(29) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | - | - | - | - |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 10(34,5) | 3(20,0) | 12(35,3) | - |
| | | Diğer | 2(6,9) | 1(6,7) | 3(8,8) | - |
| | | Total | 29(100) | 15(100) | 34(100) | 31(100) |
| Asm | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 28(73,7) | 16(40) | 20(45,5) | 24(36,9) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 8(21,1) | 20(50) | 19(43,2) | 26(40) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | 2(5,3) | 3(7,5) | 4(9,1) | 15(23,1) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | 1(2,3) | - |
| | | Diğer | - | 1(2,5) | | - |
| | | Total | 38(100) | 40(100) | 44(100) | 65(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 4(10,8) | 1(4,8) | 2(10) | 3(8,8) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | 10(27,0) | 7(33,3) | 11(55) | 12(35,3) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 10(27,0) | 7(33,3) | 1(5) | 1(2,9) |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | 1(2,7) | - | - | 5(14,7) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | 2(5,4) | 1(4,8) | - | 5(14,7) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | 3(8,1) | 2(9,5) | - | 2(5,9) |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 5(13,5) | 3(14,3) | 6(30) | 5(14,7) |
| | | Diğer | 2(5,4) | - | - | 1(2,9) |
| | | Total | 37(100) | 21(100) | 20(100) | 34(100) |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

Palyatif grubunda aşıyı yaptırma nedenleri incelendiğinde dört aşı için de ‘doktor tavsiye etti’ (sırasıyla %66.7, %62.5, %69.5, %61) ve ‘hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum’ cevabının (sırasıyla %22.2, %20.8, %17.4, %24.4) yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (tablo 11).

Palyatif grubunda aşıyı yaptırmama nedenleri incelendiğinde tetanoz ve zatürre aşısı için ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevabı (sırasıyla %37.9, % 46.7), grip aşısı için ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ (%35.3) ve covid aşısı için ise ‘yan etkilerinden korkuyorum’ (% 35.3) cevabının yüksek oranda tercih edildiği saptanmıştır. Ayrıca grip aşısında en yüksek oranda olmak ile birlikte ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ cevabı zatürre ve tetanoz aşısı için de yüksek oranda tercih edilmiş bir cevaptır (Tablo 11).

ASM grubu için aşıları yaptırma nedenleri incelendiğinde ‘doktor tavsiye etti’ (sırasıyla %73.7, %40, %45.5, %36.9) ve hastalığı tehlikeli olduğunu düşünüyorum cevabının (sırasıyla %21.1, %50, %43.2, %40) yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

ASM grubunda yaptırmama nedenleri incelendiğinde ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ cevabı (sırasıyla %27.3, %33, %55, % 35.3) tüm aşılarda yüksek oranda tercih edildiği tespit edilmiştir. Ayrıca tetanoz ve zatürre için ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevabı (sırasıyla %27.3, %33) covid asısı için ise ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ cevabı (%30) yüksek oranda tercih edilenler arasında olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Eğitim durumlarına göre aşı yaptırma nedenleri incelendiğinde tüm eğitim gruplarında ‘doktor tavsiye etti’ ve ‘hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum’ cevabının yüksek oranlarda tercih edildiği tespit edilmiştir (Tablo 12-14).

Eğitim durumlarına göre aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde tetanoz aşısı için okuryazar olmayan grupta ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ ve ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ (%36.4) cevapları, okuryazar grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ cevabı (%30.8),

ilkokul grubunda ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ ve ‘yan etkilerinden korkuyorum’ cevapları (%26.3), ortaokul, lise ve üzeri üzeri grupta ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevabı (%60,%40) yüksek oranlarda tercih edildiği tespit edilmiştir (Tablo 12-14).

Eğitim durumlarına göre aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde zatürre aşısı için okuryazar olmayan grupta ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ (%45.5) cevabı, okuryazar grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ ve ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevapları (%28.6), ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri grubunda ‘hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum’ cevapları (% 33.3, %66.7) yüksek oranlarda tercih edildiği tespit edilmiştir (Tablo 12-14).

Eğitim durumlarına göre aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde grip aşısı için okuryazar olmayan grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ (%27.8) cevabı, okuryazar grupta ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ (%71.4) cevabı, ilkokul grubunda ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ ve ‘aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok’ (%31.6), ortaokul, lise ve üzeri grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ (%40, %80) yüksek oranlarda tercih edildiği tespit edilmiştir (Tablo 12-14).

Eğitim durumlarına göre aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde covid aşısı için okuryazar olmayan grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ ve ’aşının hastalıklara sebep olduğu düşünüyorum cevapları (%22.7), okuryazar ve ilkokul grubunda ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ cevabı (%37.5, %31.6), ortaokul grubunda ‘aşının hastalıklara sebep olduğu düşünüyorum’ cevabı, lise ve üzeri grupta ‘hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum’ ve ’aşının hastalıklara sebep olduğu düşünüyorum’ ve ‘yan etkilerinden korkuyorum’ (%22.2) cevaplarının yüksek oranlarda tercih edildiği tespit edilmiştir (Tablo 12-14).

**Tablo 12.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı

| Eğitim durumu | AŞI TUTUM | | Tetanoz Aşısı | Zaturre Aşısı | Grip Aşısı | Covid Aşısı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Okuryazar değil | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 6(46,2) | 8(47.1) | 8(53,3) | 12(50) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 5(38,5) | 5(29.4) | 5(33,3) | 9(37,5) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | 2(15,4) | 2(11,8) | - | 3(12,5) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | - | - |
| | | Diğer | - | 2(11,8) | 2(13,3) | - |
| | | Total | 13(100) | 17(100) | 15(100) | 24(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 3(13,6) | 1(9,1) | 1(5,6) | 5(22,7) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | 1(4,5) | 1(9,1) | 5(27,8) | 5(22,7) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 8(36,4) | 5(45,5) | 3(16,7) | 2(9,1) |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | 1(4,5) | - | 1(5,6) | 3(13,6) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 5(22,7) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | 1(4,5) | 1(9,1) | - | 1(4,5) |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 8(36,4) | 3(27,3) | 6(33,3) | 1(4,5) |
| | | Diğer | - | - | 2(11,1) | - |
| | | Total | 22(100) | 11(100) | 18(100) | 22(100) |
| Okur yazar | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 11(78,6) | 7(50,0) | 8(50) | 13(41,9) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 2(14,3) | 6(42,9) | 8(50) | 10(32,3) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | 1(7,1) | 1(7,1) | - | 8(25,8) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | - | - |
| | | Diğer | - | - | - | - |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 2(15,4) | 1(14,3) | - | 2(25) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | 4(30,8) | 2(28,6) | 2(28,6) | 3(37,5) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 3(23,1) | 2(28,6) | - | - |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 1(12,5) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | 2(15,4) | 1(14,3) | - | 2(25) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | 1(7,7) | - | - | - |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 1(7,7) | 1(14,3) | 5(71,4) | - |
| | | Diğer | - | - | - | - |
| | | Total | 13(100) | 7(100) | 7(100) | 8(100) |

**Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

**Tablo 13.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı (devamı)

| Eğitim durumu | AŞI TUTUM | | Tetanoz Aşısı | Zaturre Aşısı | Grip Aşısı | Covid Aşısı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| İlkokul | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 17(81) | 7(50) | 7(41,2) | 11(40,7) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 4(19) | 7(50) | 7(41,2) | 10(37) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | - | - | 2(11,8) | 4(14,8) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | 1(5,9) | 2(7,4) |
| | | Diğer | - | - | - | - |
| | | Total | 21(100) | 14(100) | 17(100) | 27(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | 5(26,3) | 3(20) | 4(21,1) | 5(23,8) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | 5(26,3) | 4(26,7) | 6(31,6) | 7(33,3) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 4(21,1) | 5(33,3) | 2(10,5) | - |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 3(14,3) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 2(9,5) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | 1(5,3) | 1(6,7) | - | 1(4,8) |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 2(10,5) | 2(13,3) | 6(31,6) | 3(14,3) |
| | | Diğer | 2(10,5) | - | 1(5,3) | - |
| | | Total | 19(100) | 15(100) | 19(100) | 21(100) |
| Orta okul | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 6(60) | 4(40) | 6(60) | 6(50) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 2(20) | 3(30) | 2(20) | 4(33,3) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | 1(10) | 1(10) | 2(20) | 2(16,7) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | 2(20) | - | - |
| | | Diğer | 1(10) | - | - | - |
| | | Total | 10(100) | 10(100) | 10(100) | 12(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | - | - | 1(20) | 2(40) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | - | - | 2(40) | - |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 3(60) | - | - | - |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | - | - | - | - |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | - | - | 1(20) | 3(60) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | - | - | - | - |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 2(40) | - | 1(20) | - |
| | | Diğer | - | - | - | - |
| | | Total | 5(100) | - | 5(100) | 5(100) |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

**Tablo 14.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların aşı yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin tetanoz, zatürre, grip ve covid aşısı tutumlarına göre dağılımı (devamı)

| Eğitim durumu | AŞI TUTUM | | Tetanoz Aşısı | Zaturre Aşısı | Grip Aşısı | Covid Aşısı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Lise ve üzeri | Yaptırma nedenleri | Doktor tavsiye etti | 6(85,7) | 5(55,6) | 7(77,8) | 7(58,3) |
| | | Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum | 1(14,3) | 4(44,4) | 1(11,1) | 3(25,0) |
| | | Çevremdeki insanlardan duydum | - | - | - | 2(16,7) |
| | | Aşının maliyetini devlet karşılıyor | - | - | 1(11,1) | - |
| | | Diğer | - | - | - | - |
| | | Total | 7(100) | 9(100) | 9(100) | 12(100) |
| | Yaptırmama nedenleri | Yan etkilerden korkuyorum | - | - | - | 2(22,2) |
| | | Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum | - | - | 4(80) | 2(22,2) |
| | | Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum | 3(42,9) | 2(66,7) | 1(20) | - |
| | | Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 1(11,1) |
| | | Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum | - | - | - | 2(22,2) |
| | | Dini inançlarıma aykırı | - | - | - | - |
| | | Aşının yararları veya zararları hakkında bilgim yok | 2(28,6) | - | - | 1(11,1) |
| | | Diğer | 2(28,6) | 1(33,3) | - | 1(11,1) |
| | | Total | 7(100) | 3(100) | 5(100) | 9(100) |

**Tablo 15.** Katılımcıların aşıya dair red ve terredüt durumlarını sorgulayan soruların dağılımı

| Sorular | | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|---|
| Aşıların yakınınızı ciddi hastalıklardan koruyabileceğine inanıyor musunuz? | Evet | 72 | 72.0 |
| | Hayır | 28 | 28.0 |
| Sizin gibi bakım verenlerin/65 yaş üstü kişilerin yaşlılar için önerilen tüm aşıları yaptırdığını düşünüyor musunuz? | Evet | 35 | 35.0 |
| | Hayır | 65 | 65.0 |
| Aşı yaptırmak konusunda hiç isteksiz davrandığınız veya tereddüt ettiğiniz oldu mu? | Evet | 51 | 51.0 |
| | Hayır | 49 | 49.0 |
| Aşı yaptırmak konusunda hiç isteksiz davrandığınız veya red ettiğiniz oldu mu? | Evet | 32 | 32.0 |
| | Hayır | 68 | 68.0 |
| Total | | 100 | 100.0 |

Katılımcıların %28'i aşıların ciddi hastalıklardan koruyacağına inanmadığını, %65'i bakım verenlerin ve 65 yaş üstü kişilerin önerilen aşıları yaptırmadığını düşündüğü tespit edilmiştir. Aşı yaptırmak konusunda %51'inin tereddüt, %32'sininde reddettiği saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 16.** Katılımcıların red/tereddüt ettiği aşıların dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Pnomokok aşısı tereddüdü | 20 | 12.3 |
| Pnomokok aşısı reddi | 19 | 11.7 |
| İnfluenza aşısı tereddüdü | 15 | 9.2 |
| İnfluenza aşısı reddi | 24 | 14.7 |
| tetanoz aşısı tereddüdü | 17 | 10.4 |
| tetanoz aşısı reddi | 19 | 11.7 |
| covid aşısı tereddüdü | 32 | 19.6 |
| covid aşısı reddi | 17 | 10.4 |
| Total | 163 | 100 |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

Katılımcıların covid ve zatürre aşılarında tereddüt cevabının (sırasıyla % 19.6, %12.3) grip aşısı için ise red cevabının yüksek oranda (%14.7) tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 16).

Katılımcıların aşı tereddüt/red nedenleri incelendiğinde 'Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim.' cevabının yüksek oranda (%23) öne çıktığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Katılımcıların hem palyatif hem ASM grubunda aşı tereddütleri için covid aşısı (%17.3,%23.1), aşı reddi için ise grip aşısı (%14.3,%15.4) cevabı yüksek oranda tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 18).

**Tablo 17.** Katılımcıların aşıları red/tereddüt nedenlerinin dağılımı

| Red/Tereddüt nedenleri | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Gerekli olduğunu düşünmedim | 31 | 20.4 |
| Nereden aşı olacağımı bilmiyordum. | 5 | 3.3 |
| Güvenilir bilgiyi nereden alacağımı bilmiyordum. | 16 | 10.5 |
| Medyada olumsuz haberler duydum/okudum | 21 | 13.8 |
| Aşının etkili olduğunu düşünmedim. | 15 | 9.9 |
| Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim. | 35 | 23.0 |
| Başka biri bana aşının güvenli olmadığını söyledi. | 11 | 7.2 |
| Önceki aşılamada kötü bir deneyimim var. | 1 | 0.7 |
| Enjeksiyon korkum var. | 7 | 4.6 |
| Sağlık kurumuna gitmem mümkün olmadı. | 4 | 2.6 |
| Dini sebepler | 4 | 2.6 |
| Diğer | 2 | 1.3 |
| Total | 152 | 100 |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

**Tablo 18.** Gruplara göre katılımcıların red/tereddüt ettikleri aşıların dağılımı

| Aşı tereddüt/red nedenleri | Grup | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Palyatif | | Asm | |
| | Sayı (N) | Yüzde (%) | Sayı (N) | Yüzde(%) |
| Pnomokok aşısı tereddüdü | 12 | 12,2 | 8 | 12,3 |
| Pnomokok aşısı reddi | 12 | 12,2 | 7 | 10,8 |
| İnfluenza aşısı tereddüdü | 10 | 10,2 | 5 | 7,7 |
| İnfluenza aşısı reddi | 14 | 14,3 | 10 | 15,4 |
| tetanoz aşısı tereddüdü | 9 | 9,2 | 8 | 12,3 |
| tetanoz aşısı reddi | 13 | 13,3 | 6 | 9,2 |
| covid aşısı tereddüdü | 17 | 17,3 | 15 | 23,1 |
| covid aşısı reddi | 11 | 11,2 | 6 | 9,2 |
| Total | 98 | 100 | 65 | 100 |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

**Tablo 19.** Gruplara göre katılımcıların aşıları red/tereddüt nedenlerinin dağılımı

| | Grup | |
|---|---|---|
| | Palyatif | Asm |
| Aşı tereddüt/red nedenleri | N(%) | N(%) |
| Gerekli olduğunu düşünmedim | 21(25,3) | 10(14,5) |
| Nereden aşı olacağımı bilmiyordum. | 3(3,6) | 2(2,9) |
| Güvenilir bilgiyi nereden alacağımı bilmiyordum. | 6(7,2) | 10(14,5) |
| Medyada olumsuz haberler duydum/okudum | 10(12,0) | 11(15,9) |
| Aşının etkili olduğunu düşünmedim. | 9(10,8) | 6(8,7) |
| Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim. | 20(24,1) | 15(21,7) |
| Başka biri bana aşının güvenli olmadığını söyledi. | 5(6,0) | 6(8,7) |
| Önceki aşılamada kötü bir deneyimim var. | 1(1,2) | - |
| Enjeksiyon korkum var. | 3(3,6) | 4(5,8) |
| Sağlık kurumuna gitmem mümkün olmadı. | 2(2,4) | 2(2,9) |
| Dini sebepler | 2(1,2) | 3(4,3) |
| Diğer | 2(2,4) | - |
| Total | 83(100) | 69(100) |

*Çoklu yanıt analizi olduğu için N örneklem hacmini aşmaktadır.

Katılımcıların palyatif grubunda aşı tereddüt/red nedenleri incelendiğinde ‘Gerekli olduğunu düşünmedim’ ve ‘Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim’ Cevapları (%25.3, %24.1); ASM grubunda ise ‘Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim’ cevabının yüksek oranda (%21.7) öne çıktığı belirlenmiştir (Tablo 19).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre red/tereddüt ettiği aşıların dağılımları incelendiğinde; okuryazar olmayan grupta covid aşısı tereddüdü, zatürre reddi cevabı (%20, %14), okuryazar grupta grip aşısı tereddüdü (%23.8), diğer aşıların reddi cevabı (%14.3), ilkokul grubunda covid aşısı terddüdü (19.6), grip aşısı reddi (%21.7), ortaokul grubunda covid aşısı terddüdü, grip ve zatüre aşısı reddi cevapları (%23.8, % 9.5) ve lise ve üzeri grupta ise zatürre ve covid aşısı tereddüdü ve diğer iki aşının reddi (%16,%20) cevaplarının yüksek oranda tercihi gözlemlenmiştir (Tablo 20).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre aşı red/ tereddüt nedenlerinin dağılımı incelendiğinde okuryazar olmayan ve ortaokul ve lise ve üzeri grubunda ‘Gerekli olduğunu düşünmedim’ cevabı (%18.4, %25, %20) ve okuryazar, ilkokul ve orta okul grubunda ‘Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim.’ cevapları(%27.3, %26.7, %25), ‘Güvenilir bilgiyi nereden alacağımı

bilmiyordum' ve 'Medyada olumsuz haberler duydum/okudum' cevaplarının (%20) lise ve üzeri grupta yüksek oranda öne çıktığı belirlenmiştir (Tablo 21).

**Tablo 20.** Eğitim durumlarına göre katılımcıların red/tereddüt ettikleri aşıların dağılımı

| Red/tereddüt edilen aşılar | Eğitim durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Okuryazar değil | Okur yazar | İlkokul | Ortaokul | Lise ve üzeri |
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Pnomokok aşısı tereddüdü | 7(14,0) | 2(9,5) | 4(8,7) | 3(14,3) | 4(16,0) |
| Pnomokok aşısı reddi | 5(10,0) | 3(14,3) | 8(17,4) | 1(4,8) | 2(8,0) |
| İnfluenza aşısı tereddüdü | 4(8,0) | 5(23,8) | 2(4,3) | 3(14,3) | 1(4,0) |
| İnfluenza aşısı reddi | 7(14,0) | - | 10(21,7) | 2(9,5) | 5(20,0) |
| Tetanoz aşısı tereddüdü | 6(12,0) | 1(4,8) | 4(8,7) | 4(19,0) | 2(8,0) |
| Tetanoz aşısı reddi | 5(10,0) | 3(14,3) | 4(8,7) | 2(9,5) | 5(20,0) |
| Covid aşısı tereddüdü | 10(20,0) | 4(19,0) | 9(19,6) | 5(23,8) | 4(16,0) |
| Covid aşısı reddi | 6(12,0) | 3(14,3) | 5(10,9) | 1(4,8) | 2(8,0) |
| Total | 50(100) | 21(100) | 46(100) | 21(100) | 25(100) |

**Tablo 21.** Eğitim Durumlarına göre katılımcıların red/tereddüt nedenlerinin dağılımı

| Aşı tereddüt/red nedenleri | Eğitim durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Okuryazar değil | Okur yazar | İlkokul | Ortaokul | Lise ve üzeri |
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| Gerekli olduğunu düşünmedim | 9(18,4) | 4(18,2) | 10(22,2) | 4(25,0) | 4(20,0) |
| Nereden aşı olacağımı bilmiyordum. | 3(6,1) | 1(4,5) | 1(2,2) | - | - |
| Güvenilir bilgiyi nereden alacağımı bilmiyordum. | 5(10,2) | 3(13,6) | 3(6,7) | 1(6,3) | 4(20,0) |
| Medyada olumsuz haberler duydum/okudum | 7(14,3) | 2(9,1) | 5(11,1) | 3(18,8) | 4(20,0) |
| Aşının etkili olduğunu düşünmedim. | 3(6,1) | 2(9,1) | 7(15,6) | | 3(15,0) |
| Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim. | 10(20,4) | 6(27,3) | 13(26,7) | 4(25,0) | 3(15,0) |
| Başka biri bana aşının güvenli olmadığını söyledi. | 4(8,2) | 2(9,1) | 3(6,7) | 2(12,5) | - |
| Önceki aşılamada kötü bir deneyimim var. | 1(2,0) | - | - | - | - |
| Enjeksiyon korkum var. | 2(4,1) | 2(9,1) | 2(4,4) | - | 1(5,0) |
| Sağlık kurumuna gitmem mümkün olmadı. | 2(4,1) | - | 1(2,2) | - | 1(5,0) |
| Dini sebepler | 3(6,1) | - | 1(2,2) | 2(12,5) | - |
| Diğer | - | - | - | - | - |
| Total | 49(100) | 22(100) | 45(100) | 16(100) | 20(100) |

**Tablo 22.** Katılımcıların Aşı Tereddütü Ölçeği Puan Ortalamaları

| Ölçek puanları | Ortalama +SS |
|---|---|
| **Tüm katılımcılar** | |
| Toplam | 33.3±5.3 |
| Güven alt boyutu | 27.3±5.3 |
| Risk alt boyutu | 6.0±1.4 |
| **Palyatif** | |
| Toplam | 33.5±5.6 |
| Güven alt boyutu | 27.5±5.5 |
| Risk alt boyutu | 5.9±1.4 |
| **ASM** | |
| Toplam | 33.2±5.1 |
| Güven alt boyutu | 27.1±5.3 |
| Risk alt boyutu | 6.1±1.5 |

Katılımcıların ölçek puan ortalaması 33.3±5.3, güven alt boyut puan ortalaması 27.3±5.3 ve risk alt boyut puan ortalaması 6.0±1.4, palyatif bakım grubunda bu puan ortalamaları sırasıyla 33.5±5.6, 27.5±5.5, 5.9±1.4 ve ASM grubunda ise sırasıyla 33.2±5.1, 27.1±5.3, 6.1±1.5 olarak saptanmıştır (Tablo 22).

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar, cinsiyet, medeni durum , meslek, sosyal güvence, hem tüm katılımcılar için hem de palyatif bakım ve ASM grubu için istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Tablo 23).

Gelir durumu tüm katılımcılarda toplam ve güven alt boyutunda ($p=0.01$, $p=0.005$), palyatif bakım grubunda risk alt boyutunda ölçek puanları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.03$), ASM grubunda ise total ve alt boyut puanları için istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Ayrıca palyatif bakım grubunda bakım veren kişi çocuğu olanların ölçek puanları güven alt boyutunda daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.03$) (Tablo 24 ve 25).

Tüm katılımcılar ve gruplarda ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş, hastalık sayısı ve kullandığı ilaç sayı ortalamaları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

**Tablo 23.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları

| Değişkenler | Ölçek ve alt boyut puanları | | |
|---|---|---|---|
| | Toplam | Güven | Risk |
| **Grup** | U=1200.5<br>p>0.05 | U=1164.5<br>p>0.05 | U=1177.5<br>P>0.05 |
| Palyatif | 33,54±5,6 | 27,58±5,5 | 5,96±5,5 |
| Asm | 33,20±5,0 | 27,08±5,2 | 5,248±1,5 |
| **Cinsiyet** | U=1054.0<br>p>0.05 | U=1062.5<br>p>0.05 | U=1114.0<br>p>0.05 |
| Erkek | 32,69±4,6 | 26,84±4,7 | 5,84±1,3 |
| Kadın | 33,93±5,8 | 27,73±5,8 | 6,20±1,6 |
| **Medeni durum** | U=948.0<br>p>0.05 | U=893.0<br>p>0.05 | U=892.5<br>p>0.05 |
| Evli | 33,00±5,2 | 26,81±5,3 | 5,382±1,4 |
| Bekar | 34,16±5,4 | 28,44±5,2 | 5,72±1,4 |
| **Eğitim durumu** | KW=<br>p>0.05 | KW=3.5<br>p>0.05 | KW=1.8<br>p>0.05 |
| Okur yazar değil | 32,68±5,9 | 26,46±6,0 | 6,21±1,4 |
| Okur yazar | 33,58±3,7 | 27,68±3,9 | 5,89±1,1 |
| İlkokul | 33,27±5,9 | 27,27±5,7 | 6,00±1,5 |
| Ortaokul | 33,64±4,6 | 27,82±4,9 | 5,82±1,7 |
| Lise ve üzeri | 34,67±5,4 | 28,50±5,6 | 6,17±1,9 |
| **Gelir** | **KW=9.1**<br>**P=0.01** | **KW=10.4**<br>**P=0.005** | KW=1.3<br>p>0.05 |
| Gelir gidere eşit | 31.8±4.9 | 25.9±4.9 | 5.9±1.3 |
| Gelir gidere fazla | 35.8±4.6 | 29.9±4.1 | 5.8±1.5 |
| Gelir giderden az | 33.1±5.7 | 26.8±5.8 | 6.3±1.6 |
| **Meslek** | KW=0.003<br>p>0.05 | KW=0.09<br>p>0.05 | KW=2.01<br>p>0.05 |
| Ev hanımı | 33,33±5,8 | 27,10±5,9 | 6,22±1,5 |
| Emekli | 33,51±4,4 | 27,57±4,4 | 5,95±1,5 |
| Diğer | 33,14±6,0 | 27,50±5,9 | 5,64±1,0 |
| **Çocuk** | U=192.0<br>p>0.05 | U=213.0<br>p>0.05 | U=215.5<br>p>0.05 |
| Var | 33,45±5,2 | 27,40±5,2 | 6,05±1,5 |
| Yok | 31,80±7,7 | 26,00±7,6 | 5,80±0,8 |

**Tablo 24.** ASM grubunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları

| Grup | Değişkenler | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Toplam | Güven | Risk |
| ASM | **Cinsiyet** | U=294.5<br>p>0.05 | U=293.5<br>p>0.05 | U=301.5<br>p>0.05 |
| | Erkek | 33,17±5,1 | 27,17±5,3 | 6,00±1,5 |
| | Kadın | 33,23±5,8 | 27,00±5,6 | 6,23±1,3 |
| | **Medeni durum** | U=229.5<br>p>0.05 | U=218.0<br>p>0.05 | U=175.5<br>p>0.05 |
| | Evli | 33,14±4,9 | 26,75±5,1 | 6,39±1,5 |
| | Bekar | 33,36±5,4 | 27,93±5,6 | 5,43±1,3 |
| | **Eğitim durumu** | KW=4.2<br>p>0.05 | KW=4.0<br>p>0.05 | KW=3.0<br>p>0.05 |
| | Okur yazar değil | 32,00±5,7 | 25,70±5,7 | 6,30±1,7 |
| | Okur yazar | 32,62±3,2 | 26,85±3,6 | 5,77±1,0 |
| | İlkokul | 32,50±5,1 | 26,63±4,8 | 5,88±1,5 |
| | Ortaokul | 37,00±5,2 | 30,33±5,5 | 6,67±0,5 |
| | Lise ve üzeri | 35,63±5,9 | 28,88±6,4 | 6,75±2,1 |
| | **Gelir** | KW=5.3<br>p>0.05 | KW=5.1<br>p>0.05 | KW=1.0<br>p>0.05 |
| | Gelir gidere eşit | 32,09±3,9 | 26,18±5,0 | 5,91±5,7 |
| | Gelir gidere fazla | 35,93±4,4 | 29,53±4,4 | 6,40±6,6 |
| | Gelir giderden az | 31,92±1,1 | 25,77±1,6 | 6,15±2,0w |
| | **Meslek** | KW=0.4<br>p>0.05 | KW=0.3<br>p>0.05 | KW=0.2<br>p>0.05 |
| | Ev hanımı | 32,43±5,6 | 26,30±6,2 | 6,13±1,8 |
| | Emekli | 33,91±4,5 | 27,78±4,3 | 6,13±1,2 |
| | Diğer | 33,50±5,4 | 27,50±4,2 | 6,00±1,4 |

**Tablo 25.** Palyatif grubunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyutları dağılımları

| Grup | Değişkenler | Ölçek ve alt boyutları | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Toplam | Güven | Risk |
| Palyatif | **Cinsiyet** | U=229.5<br>p>0.05 | U=239.5<br>p>0.05 | U=246.5<br>p>0.05 |
| | Erkek | 32,14±5,1 | 26,48±5,3 | 5,67±1,5 |
| | Kadın | 34,55±5,8 | 28,38±5,6 | 6,17±1,3 |
| | **Medeni durum** | U=240.0<br>p>0.05 | U=232.5<br>p>0.05 | U=271.5<br>p>0.05 |
| | Evli | 32,84±5,6 | 26,88±5,7 | 5,97±1,4 |
| | Bekar | 34,78±5,4 | 28,83±5,1 | 5,94±1,5 |
| | **Eğitim durumu** | KW=2.0<br>p>0.05 | KW=1.6<br>p>0.05 | KW=3.7<br>p>0.05 |
| | Okur yazar değil | 33,06±6,1 | 26,89±5,8 | 6,17±1,2 |
| | Okur yazar | 35,67±4,2 | 29,50±4,0 | 6,17±1,1 |
| | ilkokul | 34,14±6,7 | 28,00±6,7 | 6,14±1,4 |
| | ortaokul | 32,38±4,0 | 26,88±4,7 | 5,50±2,0 |
| | Lise ve üzeri | 32,75±4,3 | 27,75±4,5 | 5,00±0,8 |
| | **Gelir** | KW=4.3<br>p>0.05 | KW=5.8<br>p>0.05 | **KW=6.5<br>P=0.03** |
| | Gelir gidere eşit | 31.6±5.9 | 25.6±6.0 | 6.0±1.5 |
| | Gelir gidere fazla | 35.6±4.2 | 30.4±3.9 | 5.2±1.2 |
| | Gelir giderden az | 34.1±5.7 | 27.7±5.2 | 6.4±1.2 |
| | **Meslek** | KW=0.5<br>p>0.05 | KW=0.4<br>p>0.05 | KW=3.4<br>p>0.05 |
| | Ev hanımı | 34,12±5,9 | 27,81±4,4 | 6,31±6,5 |
| | Emekli | 32,86±5,6 | 27,21±4,7 | 5,64±6,7 |
| | Diğer | 33,00±1,2 | 27,50±1,8 | 5,50±0,8 |
| | **Bakım veren kişi** | U=201.0<br>p>0.05 | **U=188.0<br>P=0.04** | U=262.0<br>p>0.05 |
| | Eş | 31.4±5.6 | 25.3±5.8 | 6.1±1.2 |
| | Çocuk | 34.6±5.1 | 28.8±4.8 | 5.8±1.6 |
| | **Yaşadığı yer** | U=17.0<br>p>0.05 | U=18.0<br>p>0.05 | U=43.0<br>p>0.05 |
| | Kendi evi | 33,31±5,6 | 27,35±5,5 | 5,96±1,4 |
| | Başkasının evi | 39,00±2,8 | 33,00±2,8 | 6,00±0,0 |

**Tablo 26.** Katılımcıların aşı olma durumlarına göre Aşı Tereddütü Ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları

| **Değişkenler** | **Ölçek ve alt boyutları** | | |
|---|---|---|---|
| | **Toplam** | **Güven** | **Risk** |
| **Zatürre aşısı olma** | **U=893.5 P=0.01** | **U=955.0 P=0.04** | U=1023.0 p>0.05 |
| Evet | 34,78±4,8 | 28,48±4,9 | 6,30±1,5 |
| Hayır | 32,17±5,4 | 26,35±5,6 | 5,81±1,4 |
| **Grip aşısı olma** | **U=925.5 P=0.03** | **U=938.5 P=0.04** | U=1164.0 p>0.05 |
| Evet | 34,68±4,9 | 28,55±4,9 | 6,14±1,5 |
| Hayır | 32,34±5,4 | 26,37±5,5 | 5,96±1,4 |
| **Tetanoz aşısı olma** | **U=861.5 P=0.008** | **U=911.0 P=0.02** | U=1231.0 p>0.05 |
| Evet | 34,78±4,2 | 28,76±4,0 | 6,02±1,4 |
| Hayır | 32,17±5,8 | 26,11±6,0 | 6,06±1,5 |
| **Covid aşısı olma** | **U=656.5 P=0.001** | **U=629.0 P=0.00** | U=898.5 p>0.05 |
| Evet | 34,61±4,6 | 28,78±4,3 | 5,84±1,4 |
| Hayır | 30,85±5,8 | 24,39±6,1 | 6,45±1,6 |

Katılımcıların aşı olma durumları ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelendiğinde daha önce Pnömokok, Tetanoz, İnfluenza ve Covid aşısı olanların olmayanlara göre ölçek toplam ve güven alt boyut puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Sırasıyla p=0.01/p=0.04, p=0.008/p=0.02, p=0.03/p=0.04,p=0.001/p=0.00). Tüm aşıların yapılma durumunun ölçek risk alt boyutu puanları ile ilişkisi istatiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05) (Tablo 26).

**Tablo 27.** Katılımcıların grup ve aşı olma durumlarına göre Aşı Tereddütü Ölçeği puan dağılımları

| **Grup** | **Değişkenler** | **Ölçek ve alt boyutları** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Toplam** | **Güven** | **Risk** |
| **Palyatif** | **Zatürre aşısı olma** | **U=893.5 P=0.01** | **U=955.0 P=0.04** | U=1023.0 p>0.05 |
| | Evet | 35,42±4,7 | 28,68±4,5 | 6,74±1,5 |
| | Hayır | 32,39±5,8 | 26,90±6,0 | 5,48±1,0 |
| | **Grip aşısı olma** | U=183.5 p>0.05 | U=193.5 p>0.05 | U=1164.0 p>0.05 |
| | Evet | 35,38±5,0 | 29,08±4,5 | 6,31±1,5 |
| | Hayır | 32,89±5,7 | 27,05±5,8 | 5,84±1,3 |
| | **Tetanoz aşısı olma** | U=289.0 p>0.05 | U=307.5 p>0.05 | U=304.5.0 p>0.05 |
| | Evet | 33,91±4,4 | 27,86±4,3 | 6,05±1,3 |
| | Hayır | 33,25±6,4 | 27,36±6,3 | 5,89±1,4 |
| | **Covid aşısı olma** | U=215.0 p>0.05 | U=206.5 p>0.05 | U=197.0 p>0.05 |
| | Evet | 34,21±5,1 | 28,44±4,6 | 5,76±1,5 |
| | Hayır | 32,13±6,5 | 25,75±6,9 | 6,38±1,0 |
| **ASM** | **Zatürre aşısı olma** | U=211.5 p>0.05 | **U=203.5 P=0.03** | U=291.5 p>0.05 |
| | Evet | 34,33±4,8 | 28,33±5,2 | 6,00±1,5 |
| | Hayır | 31,87±5,0 | 25,61±5,0 | 6,26±1,6 |
| | **Grip aşısı olma** | **U=187.5 P=0.03** | **U=179.5 P=0.02** | U=282.0 p>0.05 |
| | Evet | 34,39±4,9 | 28,32±5,1 | 6,06±1,5 |
| | Hayır | 31,26±4,6 | 25,05±4,8 | 6,21±1,5 |
| | **Tetanoz aşısı olma** | **U=136.0 P=0.001** | **U=137.5 P=0.001** | U=302.5 p>0.05 |
| | Evet | 35,58±3,9 | 29,58±3,6 | 6,00±1,6 |
| | Hayır | 31,00±4,9 | 24,77±5,5 | 6,23±1,5 |
| | **Covid aşısı olma** | **U=107.5 P=0.00** | **U=107.5 P=0.00** | U=244.5 p>0.05 |
| | Evet | 35,03±4,119 | 29,12±3,975 | 5,91±1,284 |
| | Hayır | 29,65±4,911 | 23,12±5,243 | 6,53±2,004 |

Palyatif grubunda katılımcıların aşı olma durumları ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde daha önce pnömokok aşısı olanların ölçek toplam ve güven alt boyutu puanları olmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı bulundu. Tetanoz, influenza ve covid aşıları için ise aşı olanların olmayanlara göre ölçek toplam ve güven alt boyut puanlarının daha yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0.05$). Tüm aşıların yapılma durumunun risk alt boyutu puanları ilişkisi ile istatiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Tablo 27).

ASM grubunda katılımcıların aşı olma durumları ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde daha önce pnömokok aşısı olanların güven alt boyutu puanları tetanoz, influenza ve covid aşıları olanlar için ise ölçek toplam ve güven alt boyut puanları olmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.03/p=0.02$, $p=0.001/p=0.001$, $p=0.00/p=0.00$). Tüm aşıların yapılma durumunun risk alt boyutu puanları ilişkisi ile istatiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Tablo 27).

# 5. TARTIŞMA

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylerin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan, bütüncül bir yaklaşımdır. Ağrı yönetimi, duygusal destek ve hasta merkezli bakım sunarak hastaların rahatlatılmasına odaklanır. Ancak palyatif bakımın etkinliği, hastalığın ilerleme aşaması kadar, önleyici sağlık tedbirlerine de bağlıdır. Bu noktada, aşıların rolü hayati bir önem taşır. Aşılar, enfeksiyonları önleyerek hastaların genel sağlık durumunu korur, bağışıklık sistemini destekler ve yaşamın ileri aşamalarında ortaya çıkabilecek komplikasyonları azaltır. Özellikle bağışıklık sistemi zayıflamış palyatif bakım hastaları için, aşılar enfeksiyon risklerini minimize eder ve tedavi süreçlerini iyileştirir. Palyatif bakımın bir parçası olarak aşılamanın teşvik edilmesi, sadece hasta sağlığını değil, aynı zamanda bakım verenlerin ve toplumun genel sağlık güvenliğini de artırır (69).

Mutlu ve arkadaşlarının Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üstü toplam 303 kişiyle yaptığı çalışmada yaş ortalaması 71,36±5,30 yıl olarak bulunmuştur (70). Akman ve arkadaşlarının Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 65 yaş ve üstü toplam 347 kişiyle yaptığı çalışmada yaş ortalaması 71,4±5,3 yıl olarak bulunmuştur (71). Bizim çalışmamızda palyatif bakım grubu için yaş ortalaması 73.8±8 yıl, ASM grubu içinse yaş ortalaması 71.9±6 yıl olarak bulundu. Yaş ortalaması bakımından çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Dereli ve arkadaşlarının İzmir il genelinde ASM'ye başvuran 65 yaş ve üstü toplam 2294 kişiyle yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyi olanların oranı %21,4, okuryazar olmayanların oranı %16,2 olarak bulunmuştur (72). Mutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyi olanların oranı %36,27, okuryazar olmayanların oranı %19,8 olarak bulunmuştur (70). Bizim çalışmamızda palyatif bakım ve ASM grupları için sırasıyla lise ve üzeri eğitim düzeyi olanların oranı %8 ve %16 olarak bulundu. Palyatif bakım ve ASM grubu için okuryazar olmayanların oranları ise sırasıyla %36 ve %20 olarak bulundu. Bizim çalışmamızın yapıldığı bölge ile diğer çalışmaların yapıldığı bölgeler karşılaştırıldığında sosyal ve ekonomik

koşulların eğitime erişim ve buna paralel olarak okuryazar oranına doğrudan etki ettiği söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise palyatif bakım ve ASM grupları arasındaki eğitim düzeyi farkı, palyatif bakım hastalarının genellikle daha yaşlı, ağır hastalıklara sahip, düşük sosyoekonomik koşullardan gelmesine dayandırılabilir. Ayrıca, sağlık bilincinin düşük olduğu bölgelerde, ileri hastalık evresindeki bireylerin palyatif bakıma daha sık yönelmesi de bu durumda etkili olmuş olabilir.

Bal ve Börekçi'nin Mersin ilindeki bir ASM'ye başvuran 65 yaş ve üstü toplam 260 kişiyle yaptığı çalışmada tetanoz aşısı yapılma oranı %12,7 olarak bulunmuştur (73). Aşık ve arkadaşlarının Antalya ilinde ASM'ye başvuran toplam 100 kişiyle yaptıkları çalışmada tetanoz aşısı yapılma oranı %45,7 olarak bulunmuştur (74). Bizim çalışmamızda palyatif bakım ve ASM gruplarında tetanoz aşısı yapılma oranı sırasıyla %44 ve %48 olarak bulundu. Antalya'da yapılan çalışma sonuçlarının çalışmamızla uyumlu olması, bu iki bölgede sağlık hizmetlerine erişim, yaşlı popülasyonun aşılanma bilinci ve ASM'lerde verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin benzer nitelikte olabileceğini düşündürmektedir. Mersin'deki düşük aşılama oranı, bölgesel farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişim zorlukları veya tetanoz aşısı hakkındaki bilincin yeterli olmamasıyla açıklanabilir.

Bal ve Börekçi'nin yaptıkları çalışmada influenza aşısı yapılma oranı %34,2 olarak bulunmuştur (73). Aşık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada influenza aşısı yapılma oranı %29,6 iken Kadıoğlu'nun yaptığı çalışmada ise bu oran %26,6 olarak bulunmuştur (74, 75). Bizim çalışmamızda influenza aşısı yapılma oranı palyatif bakım ve ASM grubu için sırasıyla %26 ve %62 olup gruplar arası anlamlı farklılık gözlenmiştir. Palyatif bakım grubunda influenza aşısı yapılma oranı %26 ile diğer çalışmalarla benzer düzeyde bulunmuştur. Palyatif bakım hastalarının genel sağlık durumlarının kötü olması, aşılama süreçlerinin ihmal edilmesine ya da öncelik verilmemesine neden olabilir. ASM grubumuzda diğer çalışmalara nazaran influenza aşısı yapılma oranı bir hayli yüksek bulunmuştur. Bu durum ASM'lerde son yıllarda influenza aşısı farkındalığının arttığını ve sağlık personelinin influenza aşısı uygulamalarına daha fazla önem verdiğini düşündürmektedir.

Aydoğmuş ve arkadaşlarının 2010 yılında geriatri polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üstü 103 hastayla yaptığı çalışmada pnömokok aşısı yapılma oranı %16,5 olarak bulunmuştur (55). ABD'de Benneth ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada pnömokok aşısı yapılma oranı %64,6 olarak bulunmuştur (76). Bizim çalışmamızda palyatif bakım ve ASM gruplarında pnömokok aşısı yapılma oranı sırasıyla %38 ve %54 olarak bulunmuştur. Özellikle ASM grubundaki aşılama oranı, bu merkezlerde aşılama hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulduğunu ve halkın aşı farkındalığının arttığını düşündürmektedir. Palyatif bakım grubunda ise aşılama oranı, ASM grubuna göre daha düşük olsa da, Aydoğmuş ve arkadaşlarının çalışmasına kıyasla önemli bir iyileşme söz konusudur. ASM grubunun pnömokok aşısı yönüyle ABD'deki çalışmaya oransal yakınlık göstermesi yıllar içinde aşı farkındalığının ASM merkezli olarak arttığını ve bu sayede uluslararası aşılama hedeflerine yaklaşıldığını göstermektedir. Palyatif bakım grubunda aşılanma oranının ASM grubuna göre daha düşük kalması ise palyatif bakım hastalarının genel sağlık durumları, aşılama süreçlerinin öncelikli olarak görülmemesi veya hasta ve yakınlarının aşıya yönelik farkındalığının az olmasıyla açıklanabilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2024 yılındaki verilerine göre ülke genelinde 18 yaş ve üzeri olup en az bir doz Covid-19 aşısı olmuş bireylerin oranı %93,38 olup bu oran Erzurum ilinde %74,1'dir. Bu oranla Erzurum ili düşük aşılanma yüzdesine sahip illerinden biri olmuştur (77). Bizim çalışmamızda palyatif bakım ve ASM grupları için Covid-19 aşısı yapılma oranları sırasıyla %68 ve %66 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki aşılanma oranları her iki grup için de Erzurum il genelindeki oranlardan düşük olmakla beraber benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda aşılanma oranı ülke genelindeki aşılanma oranına göre çok düşük bulunmuştur. Bu durum pandemi döneminde kişilerin aşıya teşvik edilmesine rağmen bazı bölgelerde halk arasında aşılama konusundaki çekincelerden veya bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda pnömokok, influenza, tetanoz ve covid-19 aşılarının yapılma durumu incelendiğinde en yüksek oranda (%67) yaptırılan aşının covid-19 aşısı olduğu görülmüştür. Pnömokok, influenza ve tetanoz aşıları ise sırasıyla %46, %44 ve %46 oranında yaptırılmıştır. Bu durum, covid-19 pandemisi sırasında aşıya yönelik artan

farkındalık ve kamu sağlığı kampanyalarının etkisiyle ilişkilendirilebilir. Covid-19'un ciddiyeti ve aciliyeti, bireylerin aşılanma konusundaki tutumlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca, covid-19 aşısının medyada geniş yer bulması ve sağlık otoritelerinin sürekli vurgulaması, halkın aşıya erişimini ve istekliliğini artırmış olabilir. Diğer aşıların daha düşük oranlarda yaptırılması ise halk arasında bu aşılara yönelik bilgi eksikliği, aşı karşıtlığı veya pandeminin yarattığı endişeler nedeniyle aşılama konusunun yeterince öncelikli olarak görülmemesi gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda pnömokok, influenza, tetanoz ve covid-19 aşılarına karşı tutumlar incelendiğinde katılımcıların %53'ünün tetanoz aşısının, %53'ünün pnömokok aşısının, %50'sinin influenza aşısının ve %63'ünün covid-19 aşısının yaptırılmasının gerekli bulduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, özellikle covid-19 aşısına yönelik kabul oranının salgının etkisiyle daha yüksek olduğunu, diğer aşılara karşı ise toplumun bilgi düzeyi ve risk algısının daha sınırlı olabileceğini düşündürmektedir.

Mutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aşı yaptıran/yaptırmayı düşünen bireylerin %70,41'i sebep olarak doktorunun tavsiye etmesini söylemiştir (70). Bal ve Börekçi'nin yaptığı çalışmada ise doktoru önerdiği için aşı yaptıran bireylerin oranı %66,1 olarak bulunmuştur (73). Birçok araştırma, doktorların önerilerinin aşılanma oranlarını artırmada önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur (75, 78, 79). Bizim çalışmamızda da katılımcıların aşı yaptırma konusunda en yüksek oranda sebep olarak gösterdikleri durum doktorunun tavsiye etmesi olmuştur. Palyatif bakım grubunda tetanoz aşısı için %66,7 oranında, pnömokok aşısı için %62,5 oranında, grip aşısı için %69,6 oranında, covid-19 aşısı için ise %61 oranında doktor tavsiyesi sebep olarak gösterilmiştir. ASM grubunda ise tetanoz aşısı için %73,7 oranında, pnömokok aşısı için %40 oranında, grip aşısı için %45,5 oranında, covid-19 aşısı için %36,9 oranında doktor tavsiyesi sebep olarak gösterilmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında aşılanma oranının artışında hekimlerin önemli bir rol oynadıkları söylenebilir. Özellikle 65 yaş ve üzeri nüfusun birinci basamak sağlık kuruluşlarını daha sık kullandıkları düşünüldüğünde aile hekimlerinin aşılanma ve buna paralel olarak yaşlı sağlığı üzerine çok önemli rol oynadıklarını söylemek mümkündür.

Çalışmamızda katılımcıların aşı yaptırma nedenleri incelendiğinde, doktor tavsiyesinin yanı sıra hastalıkların tehlikeli bulunmasının da önemli bir etken olduğu görülmüştür. Katılımcıların önemli bir yüzdesi tetanoz (%21,5), zatürre (%39,1), grip (%34,3) ve covid-19 (%34) hastalıklarını tehlikeli olarak değerlendirdikleri için aşı yaptırdıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar, bireylerin aşı kararlarında hem sağlık otoritelerinin önerilerinin hem de hastalığa dair algılanan riskin etkili olduğunu göstermekte ve bu tür algıların aşılanma oranlarını artırmada önemli bir motivasyon kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, tetanoz, pnömokok, grip ve covid-19 aşılarına olumsuz tutum sergileyen katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde, farklı aşılar için farklı gerekçeler ön plana çıkmıştır. Tetanoz (%31,9) ve pnömokok (%38,9) aşılarını yaptırmama nedeni olarak katılımcılar, hastalıkları etraflarında görmedikleri için aşıları yaptırmadıklarını söylemişlerdir. Katılımcılar, influenza (%35,2) ve covid-19 (%26,2) aşılarını ise hastalıklardan korumadığı gerekçesi ile yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, bazı katılımcıların hastalıklara yönelik risk algısının düşük olduğunu ve bu algının aşı kararlarını etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda, aşılara yönelik güven eksikliği de önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum, özellikle grip ve covid-19 aşılarına ilişkin yanlış algıların giderilmesi ve aşılara olan güvenin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların aşı yaptırmama nedenlerine ilişkin bulgular, önceki araştırmalarla uyumlu olarak bilgi eksikliğinin önemli bir engel olduğunu ortaya koymuştur. Bal ve Börekçi'nin çalışmasında, aşı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı için aşı yaptırmayan katılımcıların oranı %69,1 olarak bulunmuştur (73). Dereli ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %24,7 olarak, Mutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise %57,44 olarak rapor edilmiştir (70, 72). Bu sonuçlar, bilgi eksikliğinin aşılara karşı olumsuz tutumların oluşmasında kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların önemli bir kısmının tetanoz (%22,7), pnömokok (%16,7) ve influenza (%33,3) aşılarının yararları ya da olası zararları konusunda bilgi sahibi olmadıkları için bu aşıları yaptırmadıkları belirlenmiştir. Bu oranlar, aşılara karşı bilgi eksikliğinin toplumda hâlâ yaygın

olduğunu ve aşıların gerekliliği hakkında farkındalık oluşturulmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda palyatif bakım grubundaki katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde, her bir aşı türü için farklı endişeler ve algıların öne çıktığı görülmüştür. Tetanoz (%37,9) ve pnömokok (%46,7) aşılarında, "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" cevabının ön planda olması, bu aşıların gerekliliğinin yeterince kavranmadığını ve bireylerin hastalıkların ciddiyetini düşük algıladığını göstermektedir. Bu durum, kronik hastalığı olan ya da sağlık sorunları yaşayan palyatif hasta gruplarında bile hastalığın görülme sıklığı ile risk algısı arasında doğrudan bir bağ olduğuna işaret etmektedir. Grip aşısı için en sık karşılaşılan gerekçe "aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok" (%35,3) olmuştur. Bu durum, grip aşısına yönelik bilgi eksikliğinin yaygın olduğunu ve bu eksikliğin palyatif hasta grubu içinde bile aşılamayı engelleyen temel faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Ayrıca, pnömokok ve tetanoz aşıları için de benzer bir bilgi eksikliği olduğu görülmektedir. Bu bulgular, aşıların faydaları hakkında bilgi sağlama ve bu gruptaki bireylerin bilinçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Covid-19 aşısında ise en yaygın endişe "yan etkilerinden korkuyorum" (%35,3) şeklinde ifade edilmiştir. Bu, Covid-19 aşısına yönelik güven eksikliğinin ve yan etki korkusunun palyatif hastalarda aşılamayı engelleyen temel faktörlerden biri olduğunu ortaya koymaktadır. Palyatif bakım hasta grubunda, hastalıkların ağır seyredebileceği göz önüne alındığında, bu endişeleri gidermek ve yan etkilere ilişkin doğru bilgilendirme yapmak büyük önem taşımaktadır. Bu sonuçlar, özellikle palyatif bakım hasta gruplarında bilgi eksikliği, risk algısı ve güven sorunlarının aşılama oranlarını olumsuz etkilediğini göstermekte, bu gruptaki bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde daha fazla desteklenmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır. ASM grubundaki katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde, tetanoz (%27,3), pnömokok (%33), influenza (%55) ve covid-19 (%35,3) aşılarının tamamında en yaygın gerekçe "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" şeklinde ifade edilmiştir. Bu durum, sağlık otoritelerinin aşıların faydaları ve etkileri hakkında bilgilendirme ve eğitim çalışmalarına ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Aşıların toplumda daha fazla kabul görmesi için, bireylerin aşılarla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması ve yanlış algıların giderilmesi önemlidir.

Tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, bireylerin aşıya yaklaşımının önemli ölçüde farklılaştığı görülmektedir. Okuryazar olmayan grupta, "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" ve "aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok" (%36.4) gibi yanıtların öne çıkması, bu grubun aşı hakkında bilgi eksikliği yaşadığını ve hastalık farkındalığının düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip bireyler arasında tetanoz gibi ciddi bir hastalığa karşı duyarsızlığın yaygın olduğunu ve aşı yaptırmamalarının temelinde bilgiye erişim eksikliğinin yattığını düşündürmektedir. Okuryazar grupta ise "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" cevabının (%30.8) sıkça verilmesi, aşı etkinliği konusunda şüphelerin daha baskın olduğunu göstermektedir. Bu gruptaki bireyler aşı konusunda bilgilendirilmiş olabilirler, ancak aşının koruyuculuğuna dair algılarında eksiklikler veya yanlış inanışlar mevcuttur. İlkokul mezunları arasında "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" ve "yan etkilerinden korkuyorum" (%26.3) cevaplarının yüksek oranlarda tercih edilmesi, bu grupta hem aşının etkinliğine dair şüphelerin hem de yan etki korkularının önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bireylerin aşılarla ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları ve yan etkilerle ilgili kaygılarının giderilmesi gerektiği açıktır. Ortaokul ve lise mezunları ise "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" (%60 ve %40) cevabını vermiştir, bu da bu eğitim düzeyine sahip bireylerin tetanozun nadir görülmesinden dolayı hastalığı ciddiye almadığını göstermektedir.

Pnömokok aşısına yönelik aşı yaptırmama nedenleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, bireylerin hastalığa dair farkındalık eksikliğinin ön planda olduğu görülmektedir. Özellikle okuryazar olmayan grupta "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" cevabının %45.5 gibi yüksek bir oranda tercih edilmesi, bu gruptaki bireylerin pnömoniye karşı yeterli farkındalığa sahip olmadığını ve hastalığın tehlikelerini göz ardı ettiklerini göstermektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bireylerde hastalıkların ciddiyetinin yeterince anlaşılmadığını ve önleyici sağlık uygulamalarına karşı ilginin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Pnömoni gibi ciddi sonuçlar doğurabilecek bir hastalık konusunda bu bilgi eksikliği, toplum sağlığı açısından önemli bir risktir. Bu bulgu, sağlık eğitimlerinin özellikle okuryazar olmayan bireylere yönelik daha kapsamlı ve anlaşılır bir şekilde sunulması

gerektiğine işaret etmektedir. Okuryazar grupta ise aşı yaptırmama gerekçeleri arasında "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" ve "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" gibi cevaplar %28.6 oranında görülmektedir. Bu durum, bu grubun pnömokok aşısının etkinliği konusunda şüphe taşıdığını ve yine hastalığın çevrelerinde yaygın olmadığı algısına sahip olduklarını göstermektedir. Okuryazar bireylerin hastalıklara karşı daha eleştirel yaklaşmaları ve aşıların koruyuculuğunu sorgulamaları, bu grup için daha ikna edici bilgilendirme kampanyalarının gerektiğini göstermektedir. Pnömoni gibi ciddi solunum yolu hastalıklarının daha anlaşılır ve bilimsel kanıtlarla desteklenmiş bilgi kampanyaları ile açıklanması, bu bireylerdeki şüpheleri azaltabilir. İlkokul ve lise mezunları arasında da "hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum" cevabının sırasıyla %33.3 ve %66.7 oranlarında tercih edilmesi, eğitim düzeyi artsa bile pnömoni gibi tehlikeli hastalıkların çevrede yaygın görülmemesi durumunda bireylerin aşıya karşı ilgisiz kaldığını göstermektedir. Bu, hastalığın yaygın olarak görülmediği topluluklarda, hastalığın risklerine dair farkındalığın düşüklüğüyle ilişkilidir. Özellikle eğitim seviyesi yüksek bireylerin bile bu algıya sahip olması, toplumda hastalık farkındalığının artırılması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Pnömoni gibi yaşlılarda ve bağışıklık sistemi zayıf olan kişilerde ciddi komplikasyonlara neden olabilecek hastalıkların önlenmesi için toplumun her kesimine yönelik aşı kampanyalarının daha etkili ve yaygın bir şekilde yapılması büyük önem taşımaktadır. Genel olarak, pnömokok aşısına yönelik bilgi eksikliği ve hastalığın etrafta yaygın olarak görülmemesi algısının, farklı eğitim düzeylerinden bireyler üzerinde aşı yaptırmama nedenlerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Bu bulgu, toplum genelinde pnömokok aşısının önemi ve koruyucu etkileri konusunda geniş kapsamlı ve hedefe yönelik eğitim programlarına olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

İnfluenza aşısına yönelik aşı yaptırmama nedenleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, bireylerin aşıya karşı olumsuz tutumlarının farklı nedenlere dayandığı görülmektedir. Okuryazar olmayan bireylerde en sık karşılaşılan nedenin "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" (%27.8) olması, bu grubun influenza aşısının etkinliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ve aşıya güven duymadığını göstermektedir. Okuryazar olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olması,

bu grubun aşının koruyuculuğuna dair farkındalık eksikliği yaşadığını ortaya koymaktadır. İnfluenza gibi yaygın bir hastalık için bile aşı yaptırmama nedenlerinin başında gelen bu güvensizlik, sağlık hizmetlerinin bu gruba yönelik daha etkin bir şekilde ulaşması gerektiğini göstermektedir. Okuryazar bireylerde ise "aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok" cevabının %71.4 oranında verilmesi, bilgi eksikliğinin bu grupta aşı yaptırmama üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu durum, okuryazar bireylerin influenza aşısı hakkında yeterli bilgilendirilmediğini ve bu eksikliğin aşıya karşı olumsuz bir tutuma yol açtığını ortaya koymaktadır. Özellikle bu grupta, sağlık otoriteleri tarafından aşının etkinliği ve yan etkileri hakkında daha fazla bilgilendirme yapılması gerektiği açıktır. Aşı konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerin, aşıya yönelik çekinceleri ve kaygıları artmakta, bu da aşılama oranlarını düşürmektedir. İlkokul mezunu bireyler arasında "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" ve "aşının yararları ve zararları hakkında bilgim yok" (%31.6) gibi yanıtların öne çıkması, bu gruptaki bireylerin hem aşının etkinliği konusunda şüphe taşıdıklarını hem de aşının yarar ve riskleri hakkında bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Bu durum, aşının neden gerekli olduğuna dair bilinçlendirme eksikliğine işaret etmektedir. İnfluenza aşısı, özellikle yaşlılar ve kronik hastalıkları olan bireyler için büyük önem taşımasına rağmen, bu eğitim seviyesindeki bireylerin aşının gerekliliğine inanmadıkları anlaşılmaktadır. Ortaokul ve lise mezunları arasında "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" cevabının %40 ve %80 gibi yüksek oranlarda verilmesi, eğitim düzeyi yüksek bireylerin bile aşının etkili olup olmadığı konusunda şüpheye sahip olduklarını göstermektedir. Bu grupta bile aşının etkinliğine dair güvensizlik, influenza aşısının geniş kitlelerce yeterince benimsenmediğini ortaya koymaktadır. Özellikle eğitim düzeyi yüksek bireylerde bu güvensizlik, aşı karşıtlığı söylemlerinin ve medyada yer alan aşılarla ilgili yanlış bilgilerin etkisiyle artmış olabilir. Sonuç olarak eğitim düzeyinden bağımsız bir şekilde influenza aşısına karşı çeşitli nedenlerle olumsuz tutumlar geliştirilmiştir. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde bilgi eksikliği ve aşının koruyuculuğuna dair güvensizlik, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde ise aşıyla ilgili yan etkiler ve etkinlik şüpheleri ön plana çıkmaktadır. Bu durum, grip aşısının önemini anlatan hedeflenmiş bilgilendirme kampanyalarının farklı eğitim seviyelerine göre çeşitlendirilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Covid-19 aşısı yaptırmama nedenlerinin eğitim düzeylerine göre incelenmesi, aşı karşıtlığının ve tereddütünün toplumun çeşitli kesimlerinde farklı şekillerde ortaya çıktığını göstermektedir. Okuryazar olmayan grupta "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" ve "aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum" (%22.7) yanıtlarının sıkça verilmesi, bu grupta hem aşının etkinliğine duyulan güvensizliğin hem de aşının zarar verdiği yönündeki yanlış inanışların yaygın olduğunu göstermektedir. Bu durum, covid-19 aşısıyla ilgili doğru bilginin yeterince ulaşmadığı ya da yanlış bilgilerin bu grup üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle bu grupta, aşıların zararları olduğuna dair inançların yerleşmiş olması, aşı karşıtlığıyla ilgili görüşlerin toplumun en savunmasız kesimlerinde bile ne kadar etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Okuryazar ve ilkokul gruplarında "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum" cevabının sırasıyla %37.5 ve %31.6 oranında verilmesi, bu gruplarda aşının koruyuculuğu konusunda ciddi bir güvensizlik olduğunu göstermektedir. Bu, aşıların etkisinin bilimsel kanıtlara dayanmasına rağmen, toplumda yaygın olarak bu bilgilere olan inancın zayıf olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle covid-19 gibi küresel bir salgında aşının koruyuculuğunun sorgulanması, bilgi eksikliği ve aşı karşıtı propaganda gibi faktörlerin bu gruplarda etkili olduğunu düşündürmektedir. Ortaokul grubunda "aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum" yanıtının öne çıkması, bu eğitim düzeyindeki bireylerin aşının olası yan etkileri ya da zararlarına dair kaygılar taşıdığını göstermektedir. Aşıların hastalıkları önlemek yerine hastalıklara yol açtığı gibi yanlış inançlar, özellikle bu grupta aşılama oranlarını düşüren önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür yanlış inanışların eğitim düzeyi arttıkça azalmaması, yanlış bilgiye dayalı algıların daha geniş kitlelere yayılma potansiyelini de göstermektedir. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerde ise "hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum", "aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum" ve "yan etkilerinden korkuyorum" (%22.2) yanıtlarının yüksek oranlarda verilmesi, eğitimli bireylerde bile aşının güvenliği ve etkinliği konusunda önemli endişelerin olduğunu göstermektedir. Bu grup, özellikle yan etkilerle ilgili endişeleri dile getirirken, aynı zamanda aşının hastalıklara sebep olabileceğine dair yanlış inanışlara da sahip olabilmektedir. Aşının yan etkileri hakkında daha fazla bilgi talep edilmesi, bu grubun daha eleştirel ve sorgulayıcı bir bakış açısına sahip olduğunu, ancak aynı zamanda yanlış bilgilere açık olabildiğini göstermektedir. Genel olarak, covid-19

aşısına karşı yapılan bu inceleme, tüm eğitim gruplarında aşıya karşı farklı nedenlerle tereddüt ve güvensizlik olduğunu ortaya koymaktadır. Bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve aşının etkinliği ile ilgili endişeler toplumun çeşitli kesimlerinde aşı karşıtlığını beslemektedir. Bu nedenle, covid-19 aşısının güvenliğini, etkinliğini ve yan etkilerini doğru ve etkili bir şekilde anlatan, eğitim düzeyine uygun bilgilendirme kampanyalarının düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle yanlış bilgi ve efsanelerin yayılmasını engellemeye yönelik stratejiler geliştirilmelidir.

Çetin ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada aşılar içinde en fazla influenza aşısına (%78,6) tereddüt edildiği görülmüştür. En az tereddüt edilen aşıysa tetanoz aşısı (%8,8) olarak saptanmıştır (80). Akel ve arkadaşlarının 2021 yılında eş zamanlı ABD ve Çin'de yaptığı çalışmada Çin'de covid-19 aşısını reddeden katılımcıların yüzdesi %5,4 iken ABD'de ise bu oran %18,8'di (81). Gatwood ve arkadaşlarının 2021 yılında ABD'de 1002 kişi üzerinde yaptığı çalışmada aşılanmaya karşı tereddüt veya reddedenlerin oranı %31,94 olarak bulunmuştur. İnfluenza aşısına tereddüt edenlerin oranı %77,2 iken influenza aşısını reddedenlerin oranı %67,6 olarak saptanmıştır. Pnömokok aşısına tereddüt edenlerin oranı ise %27,2 olarak bulunmuştur (82). Bizim çalışmamızda ise aşılanmaya karşı tereddüt edenlerin oranı %51, aşıyı reddedenlerin oranı ise %32 olarak saptanmış olup bulgular ABD'deki çalışmaya benzerdir. Katılımcıların en fazla tereddüt ettiği aşı covid-19 aşısı (%19,6) olup bunu pnömokok aşısı (%12,3) takip etmektedir. Katılımcıların en fazla reddettiği aşı %14,7 oranla influenza aşısı olmuştur. Katılımcıların en fazla tereddüt veya reddettiği aşı covid-19 aşısı (%30) iken en az tereddüt veya reddettiği aşı ise tetanoz aşısı (%22) olmuştur. Tüm bulgular göz önüne alındığında covid-19 pandemisiyle ortaya çıkan büyük sağlık krizi ve akabinde aşıların hızla geliştirilip dağıtılmasının toplumda aşılanmaya karşı bir güven eksikliği doğurduğunu söylemek mümkündür. Özellikle covid-19 aşısına karşı yüksek tereddüt oranları toplumun bu aşıya karşı güvensiz olduğunu göstermekle beraber toplumun bu aşıya olan güven eksikliği diğer aşılara da tereddüt etmesine veya aşıları reddetmesine yol açmış olabilir. Aşı kabulünü artırmak için etkili bilgilendirme kampanyaları düzenlenmesi, aşıların güvenliği ve etkinliği hakkında doğru ve güvenilir bilgi sağlanması, yanlış bilgilerle mücadele etmek için dezenformasyonla savaşılması, doğru bilgilere ulaşmayı kolaylaştıracak platformlar

oluşturulması gibi adımlar atılabilir. Ayrıca sağlık otoritelerinin toplumun ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve aşılamanın faydalarını vurgulamak için halkla işbirliği yapması; aşı uygulamalarını daha erişilebilir hale getirmek için aşı merkezlerinin sayısını artırması ve ücretsiz hizmetler sunması aşılanma yüzdesini belirgin bir şekilde artıracaktır (83, 84).

Çalışmamızda hem palyatif grubunda (%17,3) hem de ASM grubunda (%23,1) en fazla tereddüt edilen aşı covid-19 aşısı olmuştur. Yine hem palyatif grubunda (%14,3) hem de ASM grubunda (%15,4) en fazla reddedilen aşı ise influenza aşısı olmuştur. Gruplar arasında belirgin bir fark olmamakla beraber en fazla tereddüt edilen aşının her iki grupta da covid-19 aşısı olması ve influenza aşısının yine her iki grupta da en fazla reddedilen aşı olması yönleriyle çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (80, 81).

Gatwood ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aşı tereddütü nedenleri arasında en sık aşı olma gerekliliğini bilmemenin %35,9 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Diğer en sık görülen sebepler ise enjeksiyon korkusu (%28,6), yan etkilerden dolayı endişe duyma (%26,7), medyadan kaynaklanan olumsuz haberler (%19,1) olarak sıralanmıştır (82). Ünsal ve arkadaşlarının 442 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %20'sinin aşı yan etkisi korkusu, %16'sının ise aşının faydasına inanmaması nedeniyle aşı olmayı reddettiği belirlenmiştir. (85). Bizim çalışmamızda, tereddüt/red nedenleri arasında en yaygın olarak görülen durum, katılımcıların %23'ünün aşının güvenliğine dair endişeleri veya yan etkilerle ilgili kaygıları olması olarak belirlenmiştir. Diğer sebepler ise gerekli olduğunu düşünmeme (%20), medyadan kaynaklanan olumsuz haberler (%13,8), güvenilir bilgiyi nereden alacağını bilmeme (%10,5), aşının etkili olduğunu düşünmeme (%9,9) olarak sıralanmıştır. Her üç çalışma da aşı tereddütünün psikolojik, bilgilendirici ve medya kaynaklı faktörlerden etkilendiğini göstermektedir ve aşıların güvenliği ve etkinliği hakkında daha fazla bilgi verilmesi, sağlık iletişiminin güçlendirilmesi ve toplumda bilinçlendirme faaliyetlerinin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu çabalar, aşı kabul oranlarını artırmak ve toplumda güven oluşturmak adına kritik öneme sahiptir.

Palyatif bakım grubu ile ASM grubu karşılaştırıldığında, her iki grubun aşı tereddüt ve reddetme nedenleri arasında farklılıklar gözlemlenmiştir. Palyatif bakım grubunda katılımcılar, aşıyı reddetme ya da tereddüt etme sebepleri arasında en yüksek oranla "Gerekli olduğunu düşünmedim" (%25,3) ve "Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim" (%24,1) yanıtlarını vermişlerdir. Bu bulgular, palyatif bakımdaki hastaların, genel sağlık durumları ve yaşam beklentileri nedeniyle aşıyı gereksiz görme eğiliminde olduklarını, ancak güvenlik ve yan etki kaygılarının da belirgin olduğunu göstermektedir. ASM grubunda ise en yüksek oranla "Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim" cevabı öne çıkmıştır. Bu durum, ASM'ye başvuran kişilerin, sağlık hizmetlerine daha kolay erişim imkanı olmasına rağmen, aşı güvenliği konusundaki endişelerinin sürdüğünü göstermektedir. Her iki grup için de aşı güvenliği ve etkili bilgilendirme stratejilerinin geliştirilmesi, aşıya yönelik tereddütleri azaltmak açısından önemli olacaktır. Özellikle palyatif bakım hastaları için aşı gerekliliği hakkında daha fazla bilgilendirme yapılması, bu kişilerin aşıyı reddetme nedenlerini azaltmada etkili olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre aşı tereddütü ve reddi nedenlerine bakıldığında, eğitim düzeyinin aşı tutumlarını belirgin bir şekilde etkilediği görülmektedir. Okuryazar olmayan grupta covid-19 ve pnömokok aşılarına yönelik tereddüt daha sık görülürken (%20, %14), okuryazar grupta influenza aşısı tereddüdü (%23,8) ve diğer aşıların reddi (%14,3) öne çıkmıştır. İlkokul düzeyinde covid-19 aşısına tereddüt (%19,6) ve influenza aşısı reddi (%21,7) dikkat çekerken, ortaokul grubunda covid-19 tereddüdü, influenza ve pnömokok aşıları reddi (%23,8, %9,5) en yaygın yanıtlar olmuştur. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılarda ise zatürre ve covid-19 aşılarına yönelik tereddüt (%16, %16) ve diğer iki aşının reddi (%20, %20) öne çıkmıştır. Aşı tereddütü ve reddi nedenlerinin eğitim grupları arasında dağılımına bakıldığında, okuryazar olmayan ve ortaokul ile lise üzeri gruplarında "Gerekli olduğunu düşünmedim" yanıtı ön plana çıkmıştır (%18,4, %25, %20). Diğer yandan, okuryazar, ilkokul ve ortaokul düzeyindeki katılımcılarda "Aşının güvenliğini düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim" yanıtı yüksek oranda tercih edilmiştir (%27,3, %26,7, %25). Özellikle lise ve üzeri eğitim seviyesindeki grupta

“Güvenilir bilgiyi nereden alacağımı bilmiyordum” ve “Medyada olumsuz haberler duydum/okudum” cevapları (%20) ön plana çıkmıştır. Bu bulgular, eğitim düzeyinin aşı tereddütü ve reddi üzerindeki belirleyici etkisini vurgulamaktadır. Daha düşük eğitim seviyesine sahip gruplar, aşıların gerekliliğini sorgularken, daha yüksek eğitim seviyesindeki bireyler, aşının güvenliği ve güvenilir bilgi kaynaklarına erişim konusunda endişeler taşımaktadır. Özellikle lise ve üzeri gruplarda medyada yer alan olumsuz haberlerin etkisi dikkat çekicidir, bu da toplumda doğru bilgi akışının önemini göstermektedir. Bu farklılıklar, aşı tereddüdünü azaltmaya yönelik stratejilerin eğitim düzeyine göre uyarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çebi ve Mandıracıoğlu’nun sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, aşı tereddütü ölçeği puan ortalaması 32,29±5,1 olarak belirlenmiştir (86). Çakır ve arkadaşlarının Mersin’deki üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada bu ortalama 21,10±5,32 olarak saptanmıştır (87). İstanbul’da 2-5 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler üzerinde Balaban Başçı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise ortalama puan 32,29±8,25 olarak kaydedilmiştir (88). Çalışmamızda tüm katılımcıların ölçek puan ortalaması 33.3±5.3 (güven: 27.3±5.3; risk: 6.0±1.4) olarak saptanmıştır. Palyatif bakım grubunda bu puan ortalaması 33.5±5.6 (güven: 27.5±5.5; risk: 5.9±1.4); ASM grubunda ise 33.2±5.1 (güven: 27.1±5.3; risk: 6.1±1.5) olarak belirlenmiştir. Aşı tereddütü yönüyle çalışmamız diğer çalışmalarla genel olarak benzer sonuçlar vermiştir.

Çalışmamızda, daha önce pnömokok, tetanoz, influenza ve COVID aşılarını olmuş katılımcıların, aşı olmayanlara göre aşı tereddütü ölçeği toplam ve güven alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda daha önce aşı olan katılımcıların tereddüt düzeyinin, olmayanlara kıyasla daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulgu, aşı deneyimi olan bireylerin aşıya yönelik güvenlerinin ve kabul düzeylerinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Daha önce aşı yaptırmış kişilerin aşılara karşı güven geliştirmiş olmaları ve aşı süreçlerini deneyimlemeleri, aşı tereddütü puanlarının daha yüksek çıkmasında etkili olabilir. Ayrıca, bu bireyler arasında aşılama sürecinde oluşabilecek yan etkiler veya belirsizliklere dair kaygıların giderilmiş olması, güven seviyesini artırabilir. Literatürde de desteklenen bu durum, bireylerin aşıya yönelik olumlu deneyimlerinin

tereddüt seviyesini düşürdüğüne işaret etmektedir (89). Aşı olmuş bireylerdeki düşük tereddüt seviyeleri, aşılama programlarının güven oluşturma potansiyelini de ortaya koymaktadır. Sağlık otoritelerinin doğru bilgilendirme ve güven artırıcı iletişim stratejileri ile aşılamaya yönelik güveni artırmasının, genel toplumda aşı tereddütünü azaltabileceği düşünülebilir.

Palyatif bakım grubundaki katılımcılardan daha önce pnömokok, tetanoz, influenza ve COVID aşılarını olmuş olanların, aşı olmayanlara göre aşı tereddütü ölçeği toplam ve güven alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, sadece pnömokok aşısı özelinde toplam ve güven alt boyutu puanları açısından istatistiksel anlamlılık gözlemlenmiştir. Pnömoni, palyatif bakım kliniklerinde sıkça görülen bir hastalık olduğundan, palyatif bakım grubundaki katılımcıların bu hastalığı tanıması ve aşılanma konusunda daha bilinçli olmaları erkbu durumu açıklayabilir. ASM grubunda ise daha önce pnömokok, tetanoz, influenza ve COVID aşılarını olmuş olanların, aşı olmayanlara göre aşı tereddütü ölçeği toplam ve güven alt boyut puanları (pnömokok aşısı olanların toplam puanı haricinde) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. ASM grubundaki katılımcıların aşı tereddütü düzeylerinin daha düşük olmasının birkaç olası nedeni bulunmaktadır. ASM hastalarının daha iyi bir sağlık durumu ve daha az kronik rahatsızlık taşıması, aşılamanın sağlık üzerindeki olumlu etkilerini daha fazla gözlemlemelerine olanak tanımış olabilir. Bu durum, aşılar hakkında daha fazla bilgi edinmelerini ve güven geliştirmelerini sağlayarak tereddüt seviyelerini azaltmış olabilir. Ayrıca, ASM hastaları genellikle sağlık hizmetlerine daha fazla erişim ve düzenli takip imkânına sahip olduklarından, aşılara dair bilgi edinme ve destek alma şansları daha yüksektir. Öte yandan, palyatif bakım grubundaki katılımcılar, genellikle daha karmaşık sağlık sorunları ile karşı karşıya kaldıklarından aşılarla ilgili kaygı ve tereddütleri artıran ek endişelere sahip olabilirler. Palyatif bakım hastalarının yaşlarının getirdiği sağlık sorunları nedeniyle daha fazla bilgi kirliliğine maruz kalmaları ve aşılama konusunda olumsuz deneyimler yaşamış olma ihtimalleri aşı tereddütlerini artıran faktörlerdendir.

# 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

- Aşı yaptırmama nedenlerinde bilgi eksikliğinin ön planda olması, özellikle pnömokok, tetanoz ve influenza aşıları için aşıların yarar ve olası zararları hakkında daha fazla bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle palyatif bakım ve ASM gruplarındaki kişilere yönelik, bu aşıların gerekliliği ve güvenliği hakkında görsel ve yazılı materyallerle desteklenen bilgilendirme kampanyaları düzenlenebilir. Bu bilgilendirmeler, katılımcıların eğitim düzeyine uygun içeriklerle sağlanmalı ve anlaşılır bir dille hazırlanmalıdır.
- Çalışmada en sık belirtilen aşı yaptırma nedeni "doktor tavsiyesi" olduğu için, sağlık personelinin aşılar hakkında güven verici ve bilgilendirici konuşmalar yapması çok etkili olacaktır. Bu konuda hekimler, özellikle influenza ve pnömokok gibi yaşlı gruplarda riskli hastalıklardan koruma sağlayan aşıların önemi konusunda teşvik edici bir yaklaşım benimsemelidir.
- Aşıların güvenliği konusunda yaygın kaygılar gözlemlenmiştir. Hem ASM hem de palyatif bakım grubundaki katılımcıların güvenlik konusundaki tereddütlerini gidermek için, aşıların güvenilirliği ve yan etkileriyle ilgili kapsamlı bilgiler sunulabilir. Ayrıca, güvenilir bilgiye erişimde yaşanan zorluklar göz önünde bulundurularak, katılımcılara güvenilir kaynaklar sunulabilir veya doğrudan hekimler tarafından açıklamalar yapılabilir.
- Medya aracılığıyla yayılan olumsuz haberlerin aşı tereddütüne yol açması, medya okuryazarlığı ve güvenilir kaynaklara yönlendirme gibi stratejilerin önemini artırmaktadır. Sağlık kurumları, sosyal medya ve diğer platformlarda aşıların yararlarını bilimsel verilerle anlatan kampanyalar yaparak bu konuda kamuoyunu bilinçlendirebilir.
- Özellikle okuryazar olmayan ve daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin aşılar konusunda daha fazla tereddüt ve bilgi eksikliği yaşadığı görülmektedir. Eğitim seviyesine göre hazırlanmış, basit ve görsel

açıklamaların ön planda olduğu bilgilendirme materyalleri hazırlanarak sağlık kuruluşlarında dağıtılabilir.

- Aşıya karşı tereddüt edenler için sosyal destek mekanizmaları oluşturulması önemlidir. Aşı konusunda güven geliştirmek amacıyla hasta ve yakınlarına yönelik danışmanlık hizmetleri sunulabilir ve bu hizmetlerde, aşıların sağlık açısından önemi vurgulanabilir. Özellikle palyatif bakım grubunda aşı tereddütü olan bireylere, hasta psikolojisini göz önünde bulunduran hassas bir yaklaşım benimsenmelidir.
- ASM merkezlerinde ve palyatif bakım kliniklerinde aşılamayı teşvik edecek etkinlikler düzenlenebilir. Aşı yaptırma oranlarının artırılması için aşı hatırlatma programları veya mobil aşı birimleri gibi erişimi kolaylaştıran çözümler geliştirilmelidir.

## KAYNAKLAR


1. Uslu R, Uyar M. [Cancer and palliative care]. Agri. 2005;17(3):5-10.
2. DSÖ. Palyatif Bakım [Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care.
3. DSÖ. Yaşlanma ve Sağlık 2022 [Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
4. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2018 [Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2018-30699#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,8%2C8'e%20y%C3%BCkseldi.
5. Schmidt-Ioanas M, Lode H. Treatment of pneumonia in elderly patients. Expert Opin Pharmacother. 2006;7(5):499-507.
6. DSÖ. İnfluenza (Mevsimsel) 2023 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal).
7. CDC. Adult Immunization Schedule by Age 2024 [Available from: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html.
8. EKMUD. Erişkin Bağışıklama Rehberi 2019 [Available from: https://www.ekmud.org.tr/files/uploads/files/eriskin-bagisiklama-rehberi-v-2-2019.pdf.
9. SağlıkBakanlığı. COVID-19 Aşısı Ulusal Uygulama Stratejisi [Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77706/covid-19-asisi-ulusal-uygulama-stratejisi.html#.
10. DSÖ. Palyatif Bakım 2020 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
11. Sarman A. Palyatif/Pediatrik Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişim Süreci, İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(3):153-60.
12. Twycross RG. Hospice care -- redressing the balance in medicine. J R Soc Med. 1980;73(7):475-81.
13. DSÖ. Global Atlas of Palliative Care 2020 [Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3.
14. Üyesi Ö, Üniversitesi F, Fakültesi T, Hastalıkları İ, Onalan E. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları2020.
15. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Dergisi. 2020;2(1):19-27.
16. T.C.SağlıkBakanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015 [Available from: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf.
17. Kabalak AA. Türkiye'de Palyatif Bakim; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi. 2014;22(3):121-3.
18. Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu Ç. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları İzmir: Meta Basım. 2013.
19. Koç A. Palliative care in Turkish medical history. JARSS Journal of Anesthesia. 2021;29(3):159-64.

20. Ozgul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinci H, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. Annals of Oncology. 2012;23:iii76-iii8.
21. T.C.SağlıkBakanlığı. Dünya Palyatif Bakım Günü 2023 [Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html.
22. Yakar B, Batbaş Cs, Pirinçci E. Palyatif Bakim Ve Hospis. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(2):136-43.
23. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, Oğuz G. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. Ağrı. 2015;27(2):104-10.
24. Şen S, Aygin D, Sert H. Palyatif Onkolojik Tedaviler ve Bakım. Online Turkish Journal of Health Sciences. 2016;1(1):21-35.
25. Sucaklı MH, Koşar Y. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016;8(3):34-9.
26. Kıvanç MM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017;4(2):132-5.
27. Organization WH. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016.
28. Radbruch L. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European journal of palliative care. 2009;16(6):278.
29. TUK. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 2019 [Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf.
30. TUK. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları 2024 [Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47508/0/rotasyon-tablosu-20240220pdf.pdf.
31. Benli AR, Sunay D. Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük. Ankara Medical Journal. 2017;17(3).
32. Eser U. Evde Bakım ve Palyatif Bakım Entegrasyonu. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016;8(3):47-.
33. Bilen A. Palyatif bakım. Toplum ve Hekim. 2016;31(1):25-30.
34. Güler Ç, Akın L, Akın A, T Akşit B, Akgün S, Altıntaş KH, et al. Halk sağlığı temel bilgiler 3: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
35. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık Ve Koruyucu Tıp. Gero-Fam. 2010;1(1):49-68.
36. Kuzu A, Aydın C, Yıldız M, Erik HE, Keskinkılıç HG, Aslan D, et al. Dünya sağlık örgütü Avrupa Bölgesi'nde yaşlanma ile ilgili seçilmiş bazı ölçütlerin değerlendirilmesi. STED. 2019;28(1):17-27.
37. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2024 [Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,10%2C2'ye%20y%C3%BCkseldi
38. EKMUD. Erişkin Bağışıklama Rehberi. 2024.
39. KLİMİK. Erişkin Aşılamasında Pratik Bilgiler 2. Kitap. 2021.
40. Wodi AP. Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for children and adolescents aged 18 years or younger—United states, 2024. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2024;73.

41. KLİMİK. Klimik Aşı Platformu, RSV. 2024.
42. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Turk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(1).
43. T.C.SağlıkBakanlığı. Aşı Portalı, Yetişkin Aşılama [Available from: https://asi.saglik.gov.tr/asi/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html#:~:text=Eri%C5%9Fkin%20Tip%20Tetanoz%20A%C5%9F%C4%B1s%C4%B1%3A,y%C4%B1lda%20bir%20Td%20a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1%20uygulanmal%C4%B1d%C4%B1r.
44. Torres A, Bonanni P, Hryniewicz W, Moutschen M, Reinert R, Welte T. Pneumococcal vaccination: what have we learnt so far and what can we expect in the future? European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2015;34:19-31.
45. Vila-Corcoles A, Ochoa-Gondar O. Preventing pneumococcal disease in the elderly: recent advances in vaccines and implications for clinical practice. Drugs & aging. 2013;30:263-76.
46. Cillóniz C, Amaro R, Torres A. Pneumococcal vaccination. Current opinion in infectious diseases. 2016;29(2):187-96.
47. Drijkoningen J, Rohde G. Pneumococcal infection in adults: burden of disease. Clinical Microbiology and Infection. 2014;20:45-51.
48. Isturiz RE, Schmoele-Thoma B, Scott DA, Jodar L, Webber C, Sings HL, et al. Pneumococcal conjugate vaccine use in adults. Expert Review of Vaccines. 2016;15(3):279-93.
49. Sanford M. Pneumococcal polysaccharide conjugate vaccine (13-valent, adsorbed) in older adults. Drugs. 2012;72:1243-55.
50. Sings HL. Pneumococcal conjugate vaccine use in adults–Addressing an unmet medical need for non-bacteremic pneumococcal pneumonia. Vaccine. 2017;35(40):5406-17.
51. Özişik L, Yekedüz E, Tanriöver Md, Helvaci Ö, Başaran Nç, Ünal S. Risk Altındaki Erişkinlerin Pnömokok Ve Influenza Aşılanma Oranları Ve Aşıya Karşı Tutumları. Flora. 2016;21(1):15-20.
52. TAHUD. Erişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması. 2021.
53. Tosun S. İnfluenza (Grip) Nedir, Ne Değildir? İzmir Tabip Odası. 2017.
54. DSÖ. İnfluenza 2023 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal).
55. Sütlü S. 65 yaş üstü erişkinlerde aşı uygulamaları. Current Perspectives on Health Sciences. 2022;3(1):39-44.
56. ŞENOL E. İnfluenza (Grip) Aşısı. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics. 1998;7(1):38-41.
57. Urkmez FY, Mızrakçı SO, Alkan S, Demiray EKD, Şahinoğlu MS, Akyüz HÖ. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin tetanoz aşısı hakkında bilgi düzeyleri, tutumları ve aşılanma oranlarının incelenmesi. Current Perspectives on Health Sciences. 2023;4(2):40-5.
58. Brook I. Current concepts in the management of Clostridium tetani infection. Expert review of anti-infective therapy. 2008;6(3):327-36.
59. Yağlıoğlu LM, Cubukcu M, Müderrisoğlu S. Bir Palyatif Bakım Servisi'nde Takip Edilen Tetanoz Olgusu. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.16(2):465-8.

60. Havers FP, Moro PL, Hunter P, Hariri S, Bernstein H. Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis Vaccines: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(3):77-83.
61. Uğraş Dikmen A, Kına M, Özkan S, İlhan MN. COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2020;4:29-36.
62. Şirin H, Özkan S. Dünyada ve Türkiye'de COVID-19 epidemiyolojisi. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi. 2020;28(2).
63. Avşar Ö, Akbıyık A. Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;5(2):109-16.
64. Heidary M, Kaviar VH, Shirani M, Ghanavati R, Motahar M, Sholeh M, et al. A comprehensive review of the protein subunit vaccines against COVID-19. Frontiers in microbiology. 2022;13:927306.
65. Deng S, Liang H, Chen P, Li Y, Li Z, Fan S, et al. Viral vector vaccine development and application during the COVID-19 pandemic. Microorganisms. 2022;10(7):1450.
66. Liu Y, Ye Q. Nucleic acid vaccines against SARS-CoV-2. Vaccines. 2022;10(11):1849.
67. Luyten J, Bruyneel L, Van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. Vaccine. 2019;37(18):2494-501.
68. Yılmaz N, Öke P, Sönmez S. Aşi Tereddüdü Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği. İşletme Bilimi Dergisi. 2021;9(3):499-517.
69. Nitsch-Osuch A. Vaccination in palliative care. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine. 2019;11(3):101-5.
70. Mutlu HH, Coşkun FO, Sargın M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Aşılanma Sıklığı ve Farkındalığı. Ankara Medical Journal. 2018;18(1):1-13.
71. Uzuner A, Uç D, Dikmen İ, Akman M, Sarısoy M, Güzel S, et al. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılanma durumu ve bilgi düzeyleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2014;5(3):19-23.
72. Dereli F, Uyanık G, Yıldırım JG, Ağartıoğlu Kundakçı G, Yılmaz M. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Bağışıklama Durumlarının Belirlenmesi: Aile Sağlığı Merkezi Örneği. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;7(2):299-305.
73. Bal H, Börekçi G. Investigation Of Adult Vaccination Status And Effecting Factors In People 65 Years And Over Registered To A Family Health Center In Mersin City. Istanbul Medical Journal. 2016;17(4):0-.
74. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Knowledges, Attitudes And Behaviours Of Adults About Adult Vaccines. Turkish Journal Of Family Practice. 2013;17(3):113-8.
75. Kadioğlu E. Samsunda bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılanma durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi.
76. Bennett KJ, Bellinger JD, Probst JC. Receipt of influenza and pneumonia vaccinations: the dual disparity of rural minorities. Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58(10):1896-902.

77. T.C.Sağlıkbakanlığı. Covid-19 Aşisi Bilgilendirme Platformu 2024 [Available From: Https://Covid19asi.Saglik.Gov.Tr/.
78. Horby PW, Williams A, Burgess MA, Wang H. Prevalence and determinants of influenza vaccination in Australians aged 40 years and over–a national survey. Australian and New Zealand journal of public health. 2005;29(1):35-7.
79. Ünal S, Tanrıöver M, Taş E, Güner İ, Çetin ÖY, Sayar İ. Aile hekimlerine eğitim verilmesi ve aşılama hedeflerinin belirlenmesinin pnömokok aşılanma oranları üzerine etkileri. Flora. 2015;20(1):10-5.
80. Çetin AO, Şaşmaz A, Kurtuluş D, Badur İ, Balkan İ, Owiwi M, et al. Sağlık Öğrencilerinde Aşı Tereddüdü. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences. 2021;26(3):239-48.
81. Akel KB, Masters NB, Shih S-F, Lu Y, Wagner AL. Modification of a vaccine hesitancy scale for use in adult vaccinations in the United States and China. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2021;17(8):2639-46.
82. Gatwood J, McKnight M, Frederick K, Hohmeier K, Kapan S, Chiu C-Y, et al. Extent of and Reasons for Vaccine Hesitancy in Adults at High-Risk for Pneumococcal Disease. American Journal of Health Promotion. 2021;35(7):908-16.
83. Grabenstein JD. Pharmacists as vaccine advocates: roles in community pharmacies, nursing homes, and hospitals. Vaccine. 1998;16(18):1705-10.
84. Van Amburgh JA, Waite NM, Hobson EH, Migden H. Improved influenza vaccination rates in a rural population as a result of a pharmacist-managed immunization campaign. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. 2001;21(9):1115-22.
85. Ünsal P, Özdemir S, Eroğlu Bayrak Nh. Evaluation Of Adult Patients' Attitudes And Behaviors About Influenza, Pneumococcal, Herpes Zoster And Tetanus Vaccines: A Single-Center Survey Study. Kocatepe Tıp Dergisi. 2023;24(3):314-21.
86. Çebi F, Mandıracıoğlu A. Sağlik Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Aşi Tereddüdü Ve İlişkili Etmenler. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2024;9(1):57-67.
87. Çakır R, Eser B, Aslan H, Bülbül E. Aşı Karşıtlığının Bilişsel Çelişki Kuramı Bağlamında İncelenmesi: Deneysel Bir Çalışma. Uluslararası Davranış, Sürdürülebilirlik ve Yönetim Dergisi. 2023;10(18):114-30.
88. Başcı FGB. Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşıları Konusunda Tereddüt Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2024.
89. Akar B, Karan M. Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kastamonu İletişim Araştırmaları Dergisi. 2024(12):267-94.

## EKLER

### EK 1. Veri Toplama Formları

### EK 1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Hastaların Aşı Olma Durumlarını Kapsayan Anket Formu

| |
|---|
| **Adı-Soyadı:** |
| **Yaş:** |
| **Cinsiyet:** ☐Kadın ☐Erkek |
| **Medeni Durum:** |
| **Çocuğu var mı?:** ☐Evet ☐Hayır, **Evet ise Sayısı:** |
| **Sosyal Güvence:** ☐Evet ☐Hayır |
| **Mesleği:** ☐Ev hanımı ☐Emekli ☐İşçi ☐Memur ☐Özel sektör ☐İşsiz ☐Diğer |
| **Yaşadığı yer:** ☐Kendi evi ☐Huzurevi ☐Başkasının evi |
| **Gelir Durumu:** ☐Gelir = Gider ☐Gelir > Gider ☐Gelir < Gider |
| **Öğrenim Durumu:** ☐Okur yazar değil ☐Okur yazar ☐İlkokul Mezunu ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite ve Yüksek Okul |
| **Bakım veren kim?** ☐Eşi ☐Ebeveyni ☐Çoçuğu ☐Bakıcı ☐Diğer bir akrabası |
| **Palyatif Bakıma Yatış Tarihi:** |
| **Palyatif Bakıma Yatırılma Nedeni:** ☐Malnutrisyon ☐Dekübit yarası ☐Pnömoni ☐Deliryum ☐Hipernatremi ☐Hiponatremi ☐Uzamış yatış ☐PEG açılması için ☐PEG yeri enfeksiyonu ☐İYE ☐Kateter enfeksiyonu ☐Malignite ☐Diğer |
| **Hastalıkları:** ☐HT ☐DM ☐KAH ☐KKY ☐SVH ☐KOAH ☐Parkinson ☐Demans ☐MS ☐Hungtinton Koresi ☐KBY ☐Kronik KC ☐ALS ☐PDH ☐Hipotroidi ☐Hipertroidi ☐Osteoporoz ☐Malignite (Malignite ise: ☐Solid ☐Hematolojik) ☐Diğer: |
| **Hastalık Sayısı:** |
| **Kullanılan İlaçlar:** |
| **Kullanılan İlaç Sayısı:** |
| **Daha önce zatürre/zatürre aşısı oldu mu?** |
| **Daha önce tetanoz/tetanoz aşısı oldu mu?** |
| **Daha önce grip/grip aşısı oldu mu?** |
| **Daha önce covid/covid aşısı oldu mu?** |

**EK 1.2. Hastaların Aşılara Karşı Tutumlarını İçeren Anket Formu**

**1.Tetanoz aşısı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

**Cevabınız Evet ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Doktorum tavsiye etti.
☐Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum.
☐Çevremdeki insanlardan duydum.
☐Aşının maliyetini devlet karşılıyor.
☐Diğer:

**Cevabınız 'Hayır' veya 'Kararsızım' ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)** ☐Yan etkilerinden korkuyorum.
☐Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum.
☐Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum.
☐Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum.
☐Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum.
☐Dini inanclarıma aykırı.
☐Aşının yararları veya zararları hakkında hiçbir bilgim yok.
☐Diğer:

**2.Zatürre (Pnömoni) aşısı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

**Cevabınız Evet ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Doktorum tavsiye etti.
☐Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum.
☐Çevremdeki insanlardan duydum.
☐Aşının maliyetini devlet karşılıyor.
☐Diğer:

**Cevabınız 'Hayır' veya 'Kararsızım' ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Yan etkilerinden korkuyorum.
☐Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum.
☐Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum.
☐Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum.
☐Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum.
☐Dini inanclarıma aykırı.
☐Aşının yararları veya zararları hakkında hiçbir bilgim yok.
☐Diğer:

**3.Grip (İnfluenza) aşısı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

**Cevabınız Evet ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Doktorum tavsiye etti.
☐Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum.
☐Çevremdeki insanlardan duydum.
☐Aşının maliyetini devlet karşılıyor.
☐Diğer:

**Cevabınız 'Hayır' veya 'Kararsızım' ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Yan etkilerinden korkuyorum.
☐Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum.
☐Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum.
☐Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum.
☐Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum.
☐Dini inanclarıma aykırı.
☐Aşının yararları veya zararları hakkında hiçbir bilgim yok.
☐Diğer:

4. **Covid19 aşısı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

**Cevabınız Evet ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
☐Doktorum tavsiye etti.
☐Hastalığın tehlikeli olduğunu düşünüyorum.
☐Çevremdeki insanlardan duydum.
☐Aşının maliyetini devlet karşılıyor.
☐Diğer:

**Cevabınız 'Hayır' veya 'Kararsızım' ise nedeni: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)** ☐Yan etkilerinden korkuyorum.
☐Hastalıktan koruduğunu düşünmüyorum.
☐Hastalığı etrafımda görmediğim için gerek duymuyorum.
☐Aşının içinde zehirli maddeler olduğunu düşünüyorum.
☐Aşının hastalıklara sebep olduğunu düşünüyorum.
☐Dini inanclarıma aykırı.
☐Aşının yararları veya zararları hakkında hiçbir bilgim yok.
☐Diğer:

**EK 1.3. Hastaların Aşı Tereddüt/Red Durumlarını ve Nedenlerini Sorgulayan Anket Formu**

| | EVET | HAYIR |
|---|---|---|
| 1.Aşıların yakınınızı ciddi hastalıklardan koruyabileceğine inanıyor musunuz? | | |
| 2.Sizin gibi bakım verenlerin yaşlılar için önerilen tüm aşıları yaptırdığını düşünüyor musunuz? | | |
| 3.Aşı yaptırmak konusunda hiç isteksiz davrandığınız veya tereddüt ettiğiniz oldu mu? | | |
| 4.Sağlık kurumlarında aşı önerildiğinde aşı yaptırmayı reddettiniz mi? | | |

3 ve 4. Sorulara yanıt evet ise aşağıdaki sorulara yanıt aranacak.

Yaşlılık döneminde özellikle yapılması önerilen dört aşı

| | Tereddüt etti | Red etti |
|---|---|---|
| Pnömokok | | |
| İnfluenza | | |
| Tetanoz | | |
| COVİD-19 | | |

Aşı yaptırmamışsa; birden fazla seçenek işaretlenebilir.

| | |
|---|---|
| Gerekli olduğunu düşünmedim | |
| Nereden aşı olacağını bilmiyordum | |
| İyi/güvenilir bilgiyi nereden alacağınızı bilmiyordum | |
| Medyada olumsuz haberleri duydum veya okudum | |
| Aşının etkili olduğunu düşünmedim | |
| Aşının güvenli olduğunu düşünmedim/yan etkiler konusunda endişeliydim | |
| Başka biri bana aşının güvenli olmadığını söyledi | |
| Önceki aşılama ile kötü bir deneyim veya reaksiyon geçirmiş olmak | |
| Başka biri bana yakınının aşıya yan etki gösterdiğini söyledi | |
| Enjeksiyon korkusu | |
| Sağlık kurumuna götürmem mümkün olmadı | |
| Dini sebepler | |
| Diğer (Lütfen Belirtin): | |

**EK 1.4. Aşı Tereddütü Ölçeği**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Aşılar yakınımın sağlığı için önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Aşılar etkilidir. | | | | | |
| 3 | Aşı çevremdeki diğer kişilerin sağlığı korumak için önemlidir. | | | | | |
| 4 | Topluluğumdaki hükümet programı tarafından sunulan tüm aşıları faydalıdır. | | | | | |
| 5 | Yeni aşılar eski aşılardan daha fazla risk taşıyor. | | | | | |
| 6 | Aşılar hakkında aldığım bilgiler güvenilirdir. | | | | | |
| 7 | Aşı olmak hastalıktan korunmanın iyi bir yoludur. | | | | | |
| 8 | Genel olarak aşı konusunda doktorumun veya sağlık uzmanımın önerdiğini yaparım. | | | | | |
| 9 | Aşıların ciddi yan etkilerinden endişe duyuyorum. | | | | | |

1 = kesinlikle katılmıyorum

2 = katılmıyorum

3 = ne katılıyorum ne katılmıyorum

4 = katılıyorum

5 = kesinlikle katılıyorum