

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BAZI AİLE HEKİMLERİNİN İNFLUENZA AŞISI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI**

Ecz. Mehtap Tuğba DOKUMACI

**Aşı Çalışmaları Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2022**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAZI AİLE HEKİMLERİNİN İNFLUENZA AŞISI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI

Ecz. Mehtap Tuğba DOKUMACI

Aşı Çalışmaları Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Levent AKIN

ANKARA
2022

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BAZI AİLE HEKİMLERİNİN İNFLUENZA AŞISI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI

Öğrenci: Mehtap Tuğba Dokumacı

Danışman: Prof. Dr. Levent Akın

Bu tez çalışması 29/Aralık/2021 tarihinde jürimiz tarafından "Aşı Çalışmaları Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Kadriye Yurdakök*
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aşı Enstitüsü Aşı Çalışmaları Anabilim Dalı Başkanı

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. Levent Akın*
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aşı Enstitüsü Başkan Yardımcısı

Üye: *Prof. Dr. Metin Hasde*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

18 Ocak 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir.⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.⁽³⁾

25/01/2022

Mehtap Tuğba D. [Redacted]

¹"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. I. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir.* Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Levent AKIN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Ecz. Mehtap Tuğba Dokumacı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık öğrenimim ve tez çalışma süresince çalışmalarına rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile bana destek veren, araştırmanın her aşamasında danışmanlığını esirgemeyen öğretim üyesi sayın Prof. Dr. Levent Akın'a,

Tezimin veri toplama aşamasında destekleri için Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği Başkanı Dr. Gökhan Kara'ya,

Araştırmaya katılmayı kabul edip sabırla ve içtenlikle anket sorularını yanıtlayan araştırmanın tüm katılımcılarına,

Tez çalışmam sırasında verilerin analizi aşamasında katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen Arş. Gör. Dr. Ayfer Ezgi Yılmaz'a,

Mesleki gelişim sürecimin her aşamasında desteğini esirgemeyen tüm aile bireylerime ve sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Dokumacı M.D., Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aşı Çalışmaları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma Türkiye’de bazı aile hekimlerinin influenza aşısı ile ilgili tutumlarını, bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek, tutumlarının demografik özellikleri ile ilişkisini ve ayrıca aşı önerisi üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Araştırmaya Türkiye’nin farklı bölgelerinde birinci basamakta fiilen görev yapan ve gönüllülük esasıyla çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimleri dahil edilmiştir. Veri toplama formu internet üzerinden aile hekimlerine mail yolu ile ulaştırılmıştır. Form, sosyodemografik özellikler, deneyim ve iş yükü, aşı ve aşı ile önlenbilir hastalıklar ile ilgili deneyimler, influenza aşılama davranışlarına yönelik sorulardan ve Türkiye’ye adapte edilmiş “Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (GKYSİMÖ)”nden oluşmaktadır. Veri toplama sürecinde 388 aile hekimine ulaşılmış, 377 aile hekimi analizlere dahil edilmiştir. % 53’ü batı bölgesinden olmak üzere Türkiye 5 Bölge sınıflandırmasına göre tüm coğrafi bölgelerden katılım sağlanmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin % 57,1’i erkek ve yaş ortalaması $44,5 \pm 9,1$ ’dir; %63,5’inin son beş yıl içinde aşı ile önlenbilir hastalığı öyküsü olan, %14,6’sının ise öyküsünde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi rahatsızlığı olan hastaları olmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin %41,5’i son 5 senedir grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırmıştır. Araştırmaya katılanların %42,7’si risk grubundaki hastalarına influenza aşısını mutlaka önermekte ve isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırmaktadır. Son 5 yıldır düzenli olarak grip aşısı yaptıran aile hekimlerinin GKYSİMÖ tüm alt gruplarda ve genel ölçek puanında daha yüksektir ve bu hekimler hastalarına influenza aşısını daha güçlü önermektedir, ailelerindeki bireylerin de düzenli olarak grip aşısı olmasını sağlamaktadır. Hekimlerin bireysel tecrübeleri grip aşısı olma kararını ve gripten korunmaya yönelik sağlık inancını etkilemektedir. Aile hekimlerin grip aşısı olma davranışını bilgiden çok sağlık inançları etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza aşılması, sağlık inanç modeli, aile hekimleri.

ABSTRACT

Dokumacı M.D., Knowledge, Attitudes and Practices of Some Family Physicians about Influenza Vaccine, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Vaccine Studies Program Master Thesis, Ankara, 2022. This study was carried out to evaluate the attitudes, knowledge and practices of some family physicians about influenza vaccines in Turkey, and to examine the relationship of their attitudes with their demographic characteristics and also the effect on vaccine recommendation. It is a descriptive epidemiological study. Family physicians who work actively in primary care in different regions of Turkey and who agreed to participate in the study on a voluntary basis were included in the study. The data collection form was sent to the family physicians via e-mail. The form consists of questions about sociodemographic characteristics, experience and workload, experiences with vaccines and vaccine-preventable diseases, influenza vaccination behaviors, and the “Health Belief Model Scale for Prevention from Influenza” adapted to Turkey. During the data collection process, 388 family physicians were reached and 377 family physicians were included in the analysis. Participation was obtained from all geographical regions according to the 5 Region classification of Turkey, 53% from the western region. 63.5% had a history of patients with a vaccine-preventable disease in the last five years, 14.6% had a history of serious illness that may be associated with influenza, and 41.5% had received the flu vaccine regularly for the last 5 years. season made. 42.7% of the participants in the study definitely recommend influenza vaccination to their patients in the risk group and take time to convince their reluctant patients. Family physicians who have been regularly vaccinated for the last 5 years have higher score of Health Belief Model Scale on Prevention of Influenza in all subgroups and overall scale scores, and these physicians strongly recommend influenza vaccination to their patients, and ensure that their family members also receive regular influenza vaccination. Individual experiences influence the decision to get the flu vaccine and health beliefs about protection from the flu. Health beliefs, rather than knowledge, affect family physicians' flu vaccination behavior.

Key words: influenza vaccination, Health belief model, family physicians.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇLAR	3
2.1. Yakın Dönem Amaçlar	3
2.2. Orta-Uzak Dönemdeki Amaçlar	3
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1. İnflüzanın Tanımı ve Tarihçesi	4
3.2. İnflüenza Virüsü	5
3.3. Viral Değişkenliğin Takip Edilmesi	7
3.4. İnflüenza Kliniği	8
3.5. İnflüenza'da Risk Grupları	9
3.6. İnflüenza Aşılı	12
3.7. Sağlık İnanç Modeli	16
3.8. Sağlık Çalışanı Kavramı	19
3.9. Sağlık Çalışanları İçin Aşılama Önerileri ve Stratejiler	20
3.10. Sağlık Çalışanlarının Aşılama Oranları	23
3.11. Sağlık Çalışanı Aşılmasının Önündeki Engeller	26
3.12. Aile Hekimlerinin Aşılama Hizmetlerindeki Rolü	27
4. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	29
4.2. Araştırmanın Yeri	29
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
4.4. Araştırmanın Tipi	29

4.5. Araştırmanın Değişkenleri	30
4.5.1. Tanımlanan/Bağımlı Değişkenler	30
4.5.2. Tanımlayan/Bağımsız Değişkenler	30
4.6. Veri Toplama Yöntemi	30
4.7. Veri Toplama Aracı	31
4.7.1. Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Anket Soruları	31
4.7.2. Türkçeye Uyarlanan Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Araştırma Maddeleri	31
4.8. Verilerin Analizi	33
4.9. Araştırmanın İnsan Gücü	34
4.10. Araştırmanın Ön Denemesi	34
4.11. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	34
4.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları	35
4.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	36
4.14. Tanımlar	36
5. BULGULAR	37
5.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Bulguları	37
5.2. Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanımı ile Elde Edilen Sonuçlar	45
6. TARTIŞMA	76
7. SONUÇLAR	84
8. ÖNERİLER	88
9. KAYNAKLAR	89
10. EKLER	98
EK-1: Etik Kurul İzni	98
EK-2: Dernek İzin Yazısı	99
EK-3: Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Anket Çalışması Olur Formu	100
EK-4: Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Anket Soruları	102
EK-5: Türkçeye Uyarlanan Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	105
EK-6: Araştırma Maddeleri	107
EK-7: Tez Orjinallik Raporu	108

EK-8: Turnitin Dijital Makbuz

109

11. ÖZGEÇMİŞ

110

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Koruyucu sağlık davranışının öngörücüsü olarak "Sağlık İnanç Modeli"(56)	17

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. İnfluenza A ve İnfluenza B'nin karşılaştırılması	7
3.2. İnfluenzaya ilişkin bazı epidemiyolojik veriler	9
3.3. Üretim tekniğine göre influenza aşısı türleri	13
3.4. Yıllara göre sağlık personeli sayıları, tüm sektörler	20
3.5. Türkiye’de erişkinlere bağışıklama hizmetleri sunumu	28
4.1. Araştırmanın zaman çizelgesi	36
5.1. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyet ve yaş dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	38
5.2. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	38
5.3. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tıbbi durum dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	39
5.4. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş yükü ile ilgili özelliklerine göre dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	39
5.5. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aşısı ile önlenabilir hastalıklar ile ilgili deneyimlerine göre dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	40
5.6. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin grip aşılama davranışları (Aralık 2020-Ocak 2021)	41
5.7. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bazı özelliklere göre düzenli aşısı yaptırma davranışının dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)	43
5.8. Gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği'nin özet istatistikleri ve güvenilirlik analizi (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)	45
5.9. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeğinde yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)	46
5.10. Araştırmaya katılan yer alan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)	47
5.11. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)	49
5.12. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaşlara göre ölçek puanlarının dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021)	50
5.13. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre engeller puanlarının ikili karşılaştırılması (Aralık 2020-Ocak 2021)	50

- 5.14.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021) 51
- 5.15.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgelere göre ölçek puanlarının ikili karşılaştırması (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021) 52
- 5.16.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgelere göre ölçek puanlarının dağılımı (n=326) (Aralık 2020- Ocak 2021) 53
- 5.17.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 54
- 5.18.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021) 55
- 5.19.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 55
- 5.20.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021) 56
- 5.21.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 57
- 5.22.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 57
- 5.23.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısına göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 58
- 5.24.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 59
- 5.25.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük kabul edilen hasta sayısına göre ölçek puanlarının dağılımı (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021) 59
- 5.26.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük kabul edilen hasta sayısına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021) 60
- 5.27.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre ölçek puanlarının dağılımı (n=304) (Aralık 2020-Ocak 2021)¹ 61
- 5.28.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=304) (Aralık 2020-Ocak 2021) 61
- 5.29.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenabilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n:326) (Aralık 2020-Ocak 2021) 62
- 5.30.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenabilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n:326) (Aralık 2020-Ocak 2021) 63

- 5.31.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n:327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 64
- 5.32.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n:327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 64
- 5.33.** Araştırmaya katılan aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 65
- 5.34.** Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama hizmetleri için elverişliliği ile ilgili görüşlerin karşılaştırılması (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 65
- 5.35.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 67
- 5.36.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların ikili karşılaştırılması (Dunn testi sonucu düzeltilmiş p değeri) 67
- 5.37.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 68
- 5.38.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 69
- 5.39.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olara grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 70
- 5.40.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olara grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021) 71
- 5.41.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre ölçek puanlarının dağılımı (n=324) (Aralık 2020-Ocak 2021) 72
- 5.42.** İnfluenza aşı önerilerinin ikili karşılaştırılması (Aralık 2020-Ocak 2021) 72
- 5.43.** Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=324) (Aralık 2020-Ocak 2021) 73
- 5.44.** İnfluenza aşısı önerilerinin maddeler için ikili karşılaştırılması (Dunn testi sonucu düzeltilmiş p değeri) 74

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
ASYH	Akut Alt Solunum Yolu Hastalığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
GBS	Guillain Barr Sendromu
GISN	Global İnfluenza Sürveyans Ağı
GISRS	Global İnfluenza Sürveyans ve Yanıt Sistemi
GKYSİ	Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnancı
GKYSİMÖ	Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
HA	Hemaglütinin
IIV	İnaktif İnfluenza Aşısı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LAIV	Canlı- Atenüe İnfluenza Aşısı
MP	Matris Proteini
NA	Nöraminidaz
OR	Odds Ratio
PCR	Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RNA	Ribonükleikasit
SHEA	Amerika Sağlık Hizmetleri Epidemiyolojisi Derneği
SİM	Sağlık İnanç Modeli

1. GİRİŞ

Halk sağlığının iyileştirilmesinde temiz su kaynağı kadar büyük etkiye sahip olan sağlık uygulaması aşılamadır (1, 2). Dünyada her yıl aşılar sayesinde yaklaşık 6 milyon ölümün engellendiği tahmin edilmektedir (1). Çocukluk dönemi aşılamasında Birleşmiş Milletlere ye 125 ülkede Difteri, Tetanoz ve Boğmaca (DTP3) aşılama oranı %90'a ulaşmıştır (3). Aşı ile önlenebilir hastalıkları ve bunlara bağlı sekelleri önlemek için yaşam boyu aşılama önerilmektedir (4). Fakat Dünya Sağlık rgt ve Avrupa Birliği ocukluk ağı aşılamalarını çok yakından izlemesine rağmen aynı detaylı çalışma erişkin aşılaması için mevcut değildir. ocuk sağlığının ayrılmaz parçası olarak görülen aşılama uygulamaları erişkinlerde çoğu zaman ihmal edilmektedir (5).

Çocukluk dönemi aşılamasındaki başarının erişkin aşılamada sağlanamaması nedeniyle aşı ile önlenebilir hastalıkların prevalansı erişkinlerde daha yüksektir (4). Ülkelerin erişkin aşılama politikaları ve erişkin aşılama nerileri birbirinden farklı olmakla beraber Avrupa lkelerinde erişkin yaş grubunda tanımlanan risk gruplarında ortak olarak en fazla önerilen aşı influenza aşıdır (6). Amerika'da 19 yaş ve üzerinde influenza aşılanma oranı %44,8 olup, %70 olan Sağlıklı İnsanlar 2020 aşılanma hedeflerinin altındadır (4). Avrupa'da tüm Avrupa lkelerinde belirli risk gruplarında influenza aşısı önerilirken İngiltere ve İrlanda dışında hiçbir ülkede bu risk gruplarında hedeflenen aşılama oranlarına ulaşılamamıştır (7). Türkiye'de ise Türkiye İç Hastalıkları Uzmanları Derneği (TİHUD) tarafından yürütülen bir çalışmada, 2006 yılında ≥ 65 yaş, kronik obstrüktif pulmoner hastalık (KOAH) ve diabetes mellitus hastalarında influenza aşılanma oranları sırasıyla % 5.9, % 14.9 ve % 9.1 olarak bulunmuştur (8). Erişkin yaşta risk gruplarında pnömokok aşılanma oranının çok düşük olduğu farklı çalışmalarda raporlanmıştır (9, 10).

Ulusal ve uluslararası önerilere rağmen erişkin grupta aşılama oranları aşının öneminin toplumda yeterince anlaşılmaması, aşı tereddütü gibi nedenlerden etkilenmektedir (11). Sağlık alışanı aşılaması toplum için aşılamanın önemi ile ilgili bir örnek oluşturmaqtır (12). Sağlık alışanları, kendileri aşılanarak, özellikle endişeleri olan hastalara güven verici bir örnek oluşturabilirler. Ayrıca pek çok çalışma, kendisi

aşılana sağlık çalışanlarının hastalarına aşılamayı önerme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (11).

Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde bağışıklama hizmetlerinin aile hekimi tarafından yürütüleceği belirtilmiştir (13). Hastalar, aile hekimlerini aşılar hakkında güvenilir bir bilgi kaynağı olarak görmektedir. Bununla beraber, aile hekimlerinin hastalarına aşılarla ilgili nerileri, kendi aşılama davranışları ve tutumları ile ilişkilidir. Dolayısıyla kendi aşılarını yaptırmalarına yönelik tutumları, potansiyel “aşı tereddütleri” için bir gösterge olabilir. Bu nedenlerden ötürü, erişkin aşılama oranlarını iyileştirmek için aile hekimlerinin kendi aşıları ile ilişkili faktörleri tanımlamak önemlidir (14).

Bu çalışmanın amacı “Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli leği”ni de kullanarak Türkiye’de aile hekimlerinin erişkin yaş grubunda belirlenmiş risk gruplarında önerilen influenza aşıları ile ilgili tutumlarını, bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek, tutumlarının demografik özellikleri ile ilişkisini ve ayrıca aşı önerme üzerine olan etkisinin incelemektir.

2. AMAÇLAR

2.1. Yakın Dönem Amaçlar

Bazı aile hekimlerinin;

- 1- İnfluenza aşu uygulamalarındaki tutumlarını saptamak
- 2- İnfluenza aşılama oranlarını ve ailelerindeki risk gruplarına influenza aşısı yaptırma oranlarını saptamak,
- 3- Risk grubundaki hastalarına önerme yaklaşımlarını saptamak,
- 4- Demografik özelliklerle beraber tutumlarının aşu önerileri üzerine olan etkisini değerlendirmek.

2.2. Orta-Uzak Dönemdeki Amaçlar

Aile hekimlerinin influenza aşu tutumlarını değerlendirerek erişkin aşılama oranlarını arttırmaya yönelik stratejiler konusunda literatüre katkı sağlayabilmektedir.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. İnflüenzanın Tanımı ve Tarihçesi

İnfluenza ani başlayan ateş, kas ağrısı, boğaz ağrısı, öksürük ve baş ağrısı ile karakterize, viral bir bulaşıcı hastalıktır (15). 'İnfluenza' kelimesi İtalyancadan gelmektedir ve 'yıldızlardan gelen gizli kuvvet', olumsuz astrolojik koşulların neden olduğu hastalık olarak kabul edildiği için böyle adlandırılmıştır (16). Grip terimi ise Fransızca'dan gelmektedir. Bu terimlerin dışında salgın yapan nezle, özellikle 1918 İspanyol salgınından sonra ise İspanyol ateşi gibi ifadeler influenza için kullanılmıştır (16).

İnfluenza virüsü 1932 yılında izole edilmesine rağmen, influenza hipokrat tarafından 2400 yıl önce tanımlanmıştır (16) ve tarihte influenza ile ilişkilendirilebilecek ilk salgın 1173-1174 tarihinde meydana gelmiştir. Pek çok yazar tarafından kanul edilen ilk influenza pandemisi ise 1580 yılındadır. Bu pandemi, Asya'da yaz aylarında başlamış, buradan Avrupa'ya yayılmış ve Avrupa'dan da Amerika'ya ulaşmıştır. 1918-1920'deki influenza pandemisi ise Jüstinyanus veba salgını ve Kara Ölüm olarak adlandırılan pandemilerle birlikte en yıkıcı üç pandemiden biri olarak tıp tarihinin en dramatik olaylarından biridir. Bu pandemi dünya nüfusunun %50'sini etkilemiş ve 40-50 milyon ölüme neden olmuştur (17).

Günümüzde İnfluenza, yetişkinlerde yıllık atak oranı % 10,7 ve çocuklarda % 22,5 olduğu tahmin edilen küresel bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (18). Yıllık salgınlar dünya çapında yaklaşık üç ila beş milyon ciddi hastalık vakasına ve yaklaşık 290.000 ila 650.000 ölüme (19) (20) ve her yıl yaklaşık 10 milyon kişinin ciddi, hayatı tehdit eden komplikasyonlarla hastaneye yatışına neden olmaktadır (21). Her bir Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bölgesi için yıllık influenzaya bağlı ölüm sayısı Sahra Altı Afrika'da 27.813-163.074, Amerika'da 41.007-71.710, Avrupa'da 28.457-72.627, Doğu Akdeniz'de 13.350-71.710, Güneydoğu Asya'da 68.258-178.049 ve Batı Pasifik'te 67.728-141.436 olarak tahmin edilmektedir (19).

Bulaşıcı hastalıkların nüfus sağlığı üzerindeki etkisini insidansa dayalı engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarını kullanarak tahmin eden bir çalışmada, Avrupa Birliği / Avrupa Ekonomik Alanında influenza toplum sağlığı üzerinde en yüksek etkiye sahip bulaşıcı hastalık olarak derecelendirilmiştir. İnfluzanın vaka ölüm oranı düşük olmasına rağmen insidansı, diğer bulaşıcı hastalıklarından önemli ölçüde daha yüksektir. İnfluzanın insidansı 5887 /100.000 olarak tahmin edilmektedir (22).

3.2. İnfluenza Virüsü

İnfluenza virüsleri, Orthomyxoviridae ailesinden, zarflı, küresel, genellikle pleomorfik, çapı 80-120 nm arasında değişen ribonükleikasit (RNA) virüsleridir (15, 23). İnfluenza virüsü genomu nükleokapsid oluşturmak için nükleoproteinler ile birleşen birçok negatif RNA segmentinden oluşmaktadır ve bu nükleokapsidler matris proteini (MP) ve dış lipid zarf ile kaplıdır. Viral RNA'nın segmentasyonu, aynı tipteki influenza virüsleri arasında gen değişimine (yani genetik yeniden sınıflandırma) izin verdiği için önemlidir (23). Bu internal bileşenlere ek olarak, grip virüsleri hemaglütinin (HA) ve nöraminidaz (NA) adı verilen, iki tip yüzey proteinine sahiptir. HA ve NA proteinleri virüsün dış yüzeyinde 10 ila 14 nm uzunluğunda sivri uçlu çıkıntılar oluşturmaktadır (15, 23). Yüzey HA ve NA antijenleri, sırasıyla virüsün hücreye ilk bağlanması ve oradan geri salınmasında görev aldıklarından, virüsün yaşam döngüsünde birincil öneme sahiptir. HA, konağın koruyucu antikor yanıtının yönlendirildiği ana antijendir. Bununla birlikte NA'ya karşı oluşan antikorun virüs yayılmasını kısıtladığı ve grip enfeksiyonunun şiddetini azalttığı düşünülmektedir (23). Bu yüzey antijenlerine karşı kazanılan bağışıklık, enfeksiyona yakalanma olasılığını düşürür (24). Ancak, influenza virüsleri, bağışıklık sisteminden kaçmalarına imkan sağlayan güçlü genetik değişkenlikleri ile karakterizedirler. Böyle bir çeşitliliği açıklayabilen iki ana mekanizma vardır. Bir tanesi "antijenik sapma"dır. Viral replikasyon esnasında, konak hücrelerin içinde rastgele nokta mutasyonları meydana gelmektedir. Bu mutasyonlar HA veya NA proteinlerinin antikor bağlanma bölgelerini etkilediğinde, yüzey antijenleri mevcut antikorlar tarafından tanınamayacak şekilde

evrilebilir ve böylece virüs bağışıklık sisteminden kaçmış olur. Viral sapma üç tip virüste de (A, B ve C) ortaya çıkabilir ve bu mevsimsel grip salgınlarının asıl sebebidir. Bu sürekli sapsmalar aynı zamanda grip aşılarının neden her yıl güncellenmesi gerektiği sorusunun yanıtını oluşturmaktadır. Grip virüsü değişkenliğinin diğer bir mekanizması da antijenik kaymadır. Çok nadiren, bir hücre iki farklı suş tarafından enfekte olduğunda, iki virüsün de genetik rekombiyonu sonucu (ya da yeniden yapılanması) meydana gelir ve böylece tamamen yeni HA veya NA proteinlerini içeren yeni bir alt tip ortaya çıkar. Tüm popülasyonun bu yeni suşa karşı immünitesi olmadığı için, kolayca yayılmakta ve pandemilere neden olabilmektedir. Bugüne kadar yalnızca influenza tip A'nın böyle bir antijenik kaymaya uğradığı bilinmektedir (15).

İnfluenza temel olarak temel olarak 2 majör yapısal proteini olan nükleoprotein ve matriks proteinindeki (MP) antijenik farklara göre 3 cinse ayrılır. Bunlar İnfluenza A, influenza B ve influenza C virüsleridir. Yalnızca influenza A ve B virüsleri insanlarda epidemilere yol açarken, influenza C virüsleri daha çok sublinik veya sporadik olgularda veya yalnızca lokal salgınlarda kendini göstermektedir. İnfluenza A virüsleri ayrıca, ana membran glikoproteinleri HA ve NA'nın özelliklerine göre alt tiplere ayrılır. İnfluenza A virüsleri arasında on sekiz HA alt tipi ve 11 NA alt tipi tanımlanmıştır. Bu alt tiplerin çoğu, pandemik influenza şusları için rezervuar görevi gören yabani su kuşlarından izole edilmiştir ve yalnızca 3 HA (H1, H2 ve H3) ve 2 NA'nın (N1 ve N2) insanlar arasında uzun süreli, yaygın ve insandan insana bulaşarak dolaşımda yer aldığı bilinmektedir (23). Diğer taraftan, dolaşımdaki influenza B virüsleri yalnızca Yamagata ve Victoria adında iki farklı soya ayrılmıştır ancak alt tipler olarak sınıflandırılmamıştır. İnfluenza B virüslerinin hayvanlarda viral rezervuarları olmadığı için antijenik kayma göstermezler (25). İnfluenza A ve İnfluenza B'nin karşılaştırılması Tablo 3.1'de sunulmaktadır.

Tablo 3.1. İnfluenza A ve İnfluenza B'nin karşılaştırılması (23, 25)

	İnfluenza A	İnfluenza B
Rezervuar	Yabani su kuşları, insanlar ve diğer memeliler	Sadece insanlar
Antijenik Sapma	Var	Var
Antijenik Kayma	Var	Yok
Varyantlar	18 HA ve 11 NA Alt tipleri	2 soy: Yamagata ve Victoria
İnsanlardaki dolaşım	Grip mevsimi boyunca tek bir alt tipin baskınlığı A(H1N1) veya A(H3N2)	Grip mevsimi boyunca Yamagata ve Victoria'nın birlikte dolaşımı

İnfluenza virüslerini tanımlamak için virüs tipini içeren standart bir isimlendirme kullanılır. İsimlendirme virüsün izole edildiği türü (eğer insan değilse); izole edildiği yeri, izolat numarasını, izole edildiği yılı ve yalnızca influenza A virüsleri için HA ve NA alt tipi bilgilerini içerir. Örneğin, A / Panama / 2007/1999 (H3N2) olarak adlandırılan bir virüs 1999 yılında Panama'da bir insandan 2007 izolat numarası ile izole edilen bir influenza A virüsüdür ve bir HA alt tipi 3 ve bir NA alt tipi 2'dir (26).

3.3. Viral Değişkenliğin Takip Edilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm dünyaya yayılan influenza suşlarındaki genetik varyasyonları takip edebilmek için, 1952 yılında Global İnfluenza Sürveyans Ağı (GISN) kurulmuştur(27-29). 2011 yılında ise ismi Global İnfluenza Sürveyans ve Yanıt Sistemi (GISRS) olarak değiştirilmiştir (28). GISRS işbirlikçileri arasında ulusal ve bölgesel epidemiyoloji kurumları, ulusal ve bölgesel düzenleyici kurumlar, ulusal ve uluslararası veterinerlik kurumları, araştırma akademileri, grip aşısı üreticileri, bağış kuruluşları ve diğer paydaşlar bulunmaktadır (27). GISRS'nin temel amacı, influenza epidemiyolojisi ve hastalığını düzenli olarak takip eden için küresel platform sağlamak ve dünyayı grip tehdidinden korumaktır. Bu amaçla oluşturulan mevsimsel, pandemik ve zoonotik influenza için küresel bir sürveyans,

hazırlık ve müdahale mekanizmasıdır. Günümüzde DSÖ'ye üye ülkelerin %60'ını temsil eden 114 ülkeden, 144 ulusal grip merkezinde ve 6 ortak çalışma merkezinde veriler toplanmaktadır(27-29). DSÖ bütün verileri birleştirir ve analizini yapar. İnflenzanın yayılma ve epidemiyolojisi hakkındaki bilgileri, laboratuvar tanısı, antiviral duyarlılık ve aşılar ile ilgili tavsiyelerini düzenli bültenler halinde yayınlar (28). Türkiye 2005 yılından beri bu ağın bir parçasıdır. Örnekler 21 ilden 220 aile hekimi tarafından toplanmaktadır. İnfluenza mevsimi boyunca, yerel veriler halk sağlığı genel müdürlüğü tarafından haftalık influenza raporları olarak grip.gov.tr adresinden yayınlanır (30).

3.4. İnfluenza Kliniği

İnfluenza, kuru öksürük ve boğaz ağrısı gibi solunum semptomlarının yanı sıra ateş, baş ağrısı, miyalji, titreme, yorgunluk ve anoreksi gibi genel semptomlarla karakterizedir (23). Öksürük ve ateş kombinasyonunun, influenzayı grip benzeri semptomlardan ayırt etmede yaklaşık % 80'lik bir pozitif prediktif değere sahip olduğu gösterilmiştir. Genellikle semptomların şiddeti hızla artar, enfeksiyondan 2-3 gün sonra zirve yapar. Ortalama semptom süresi 7-10 gündür, ancak bazı semptomlar 3 haftadan fazla sürer (31). Ateş daha yüksek olabilmekle beraber genellikle 38 ° C ile 40 ° C arasındadır ve genellikle 3 ila 5 gün sürer. Kusma, ishal ve karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlar daha çok çocuklarda ortaya çıkmaktadır (23). Tüm enfekte insanlarda semptom görülmez, nitekim tipik bir influenza sezonunda influenza enfeksiyonlarının yaklaşık %75'inin asemptomatik olduğu tahmin edilmektedir (32). Bulaşıcılık, semptomlar başlamadan önce başlar ve bulaşıcılığın %1-8'inin hastalık başlamadan önce meydana geldiği tahmin edilmektedir (33). Asemptomatik kişilerde influenza virüsü tespit edilebilir ve bu kişiler virüsü bulaştırabilir (23). Bununla birlikte, asemptomatik hastalardan viral bulaşmanın miktarı ve süresine ilişkin kanıtlar çeşitlilik gösterse de, influenza yayılmasına önemli bir katkıda bulunduğu düşünülmektedir (18).

Tüm bulaş yollarının (damlacık, aerosol ve temas) influenzanın bulaşında rol oynadığı düşünülmektedir. Çok az sayıda çalışma kontamine cansız yüzeylerin (eller

ve yüzeyler gibi) enfeksiyonun yayılmasında etkili olduğunu göstermektedir (33). En olası bulaş yolu, enfekte bireylerin öksürmesi veya hapşırması ile üretilen büyük veya küçük damlacık aerosolleridir. Aerosol iletimine karşı damlacığın nispi katkısı tam olarak net değildir, ancak büyük ve küçük damlacıklarda influenza virüsleri tespit edilmiştir ve son veriler, ince damlacıklarla meydana gelen aerosol iletiminin önemli bir bulaş kaynağı olduğunu göstermektedir. Kan yoluyla veya cinsel yollarla bulaşma konusunda herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. (23). İnflüzanın temel bulaşıcılık değeri (R0) 1,5-2, vaka ölüm oranı %< 0,1, inkübasyon süresi 1-4 gün, global enfeksiyon yükü ise yılda yaklaşık 1 milyar vaka ve yılda yaklaşık 10 milyon hastaneye yatırır. (23,34,35) (Tablo 3.2)

Tablo 3.2. İnflüanzaya ilişkin bazı epidemiyolojik veriler

Parametreler	İnfluenza
R0	1,5-2 (23)
Vaka- Ölüm Oranı	%< 0,1 (34)
İnkübasyon süresi	1 – 4 gün (23)
Global enfeksiyon yükü	≈ 1milyar vaka, her yıl (35) ≈ 10 milyon hastaneye yatış (21)

3.5. İnfluenza'da Risk Grupları

Yaşına, cinsiyetine veya sağlık durumuna bakılmaksızın tüm kişiler influenza virüsü ile enfekte olma riski taşır. Bununla beraber, bazı grupların influenza ile enfekte olma ve inflüanzaya bağlı komplikasyon geliştirme riski daha yüksektir. DSÖ influenza için risk gruplarını, influenza virüsüne maruz kalma riski yüksek olanlar ve ayrıca ciddi hastalık, yani hastaneye yatış veya ölümlle sonuçlanan hastalık geliştirme riski taşıyan kişiler olarak tanımlamaktadır. Risk grupları şunlardır: Hamile kadınlar, 59 aylıktan küçük çocuklar, yaşlılar ve kronik tıbbi rahatsızlıkları olan kişiler (kronik kalp, akciğer, böbrek, metabolik, nörogelişimsel, karaciğer veya hematolojik hastalıklar gibi) ve bağışıklık sistemini baskılayan rahatsızlıkları olan kişiler (HIV pozitif/ AIDS, kemoterapi

veya steroid almak veya malignite gibi). Ayrıca sağlık çalışanları, hastalara artan maruziyet nedeniyle influenza virüsü enfeksiyonunu kapma ve özellikle savunmasız bireylere yayma riski taşımaktadır (36).

2010'dan beri herkesin influenza riski altında olduğunu kabul eden Amerika İmmünizasyon Uygulamaları Danışma Kurulu (ACIP), 6 ay ve üzeri yaştaki tüm kişilere yıllık grip aşısı yapılmasını tavsiye etmektedir. Bununla birlikte, influenzayı önlemek amacıyla aşılama, özellikle influenza kaynaklı şiddetli komplikasyonlar geliştirme riski yüksek olan kişiler için önemlidir. Yüksek risk altındaki bireyler şunlardır: 6 ila 59 aylık tüm çocuklar; ≥ 50 yaşındaki tüm kişiler; kronik pulmoner (astım dahil) veya kardiyovasküler (izole hipertansiyon hariç), renal, hepatik, nörolojik, hematolojik veya metabolik hastalıkları (diyabet dahil) olan yetişkinler ve çocuklar; herhangi bir nedenle immün sistemi baskılanmış kişiler; influenza sezonunda hamile olan veya hamilelik planlayan kadınlar; aspirin veya salisilat içeren ilaçlar alan ve influenza virüsü enfeksiyonundan sonra reye sendromu geçirme riski altında olabilecek çocuklar ve adolesanlar (6 aydan 18 yaşına kadar); huzurevlerinde ve diğer uzun süreli bakım tesislerinde kalanlar; Amerika Yerlileri/Alaska Yerlileri; ve aşırı obez kişiler (Vücut Kitle İndeksi ≥ 40) (37).

İnfluenza enfeksiyonundan hastaneye yatış, komplikasyonlar ve ölüm riski 65 yaş ve üzerindeki kişilerde genç yaş gruplarına kıyasla önemli ölçüde daha yüksektir. Küresel olarak tahmin edilen ortalama yıllık influenza ile ilişkili ölüm oranı 65 yaşın altındaki kişiler için 100.000 kişi başına 0.1 ila 6.4, 65 yaş ve üzeri kişiler için 100.000 kişi için 2.9 ila 44.0, 74 yaş ve 75 yaşından büyükler için ise 100.000'de 17.9 ila 223.5 arasında değişmektedir (19)

Küçük çocuklar influenza enfeksiyonuna daha yatkındır ve yüksek influenza yüküne sahiptir. İnfluenza, 5 yaşından küçük çocuklarda akut alt solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir nedenidir. 2008 yılında yapılan bir çalışmada, dünya çapında 5 yaşından küçük çocuklarda 90 milyon (% 95 GA 49-162 milyon) yeni influenza vakasının, 20 milyon (13-32 milyon) influenza ile ilişkili Akut Alt Solunum Yolu Hastalığı'nın (ASYH) (tüm vakaların % 13'ü) ve 1 milyon (1-2 milyon) influenza ile

ilişkili şiddetli ASYH vakasının (tüm şiddetli pediatrik ASYH vakalarının % 7'si) meydana geldiği tahmin edilmiştir (38).

İnfluenza, dünya çapında <18 yaş çocuklarda solunum yolu ile ilişkili hastaneye yatışların % 10'u (% 95 GA, % 8-% 11) ile ilişkilidir ve bu oran <6 aylık çocuklar arasında %5 (% 95 GA, % 3-% 7) ile 5-17 yaş arası çocuklar arasında % 16 (%95GA, % 14-% 20) olarak değişmektedir (39). 6 ila 35 aylık çocuklarda yürütülen randomize kontrollü klinik çalışmanın kontrol grubunda yapılan bir analizde, İnfluenza Benzeri hastalığı olan 255 çocukta (% 31,4) laboratuvar tarafından doğrulanmış bir influenza olduğu gösterilmiştir. Genel atak oranı % 11,5 bulunmuştur. Laboratuvarında doğrulanmış influenzalı çocukların % 41,4'üne antibiyotik reçete edilmiş, % 54'ünün ayakta tedavi görmesi gerekmiş ve % 1,1'i hastaneye yatırılmıştır (40). Bütün bunlara ek olarak, çocukların ev içinde bulaştırma riski yüksektir ve bu da ebeveynlere ve bakıcılara ek yük ve devamsızlığa yol açabilir (41). 2019 yılında yapılan bir araştırmada, her hanede bir çocuğu aşılama, aşılanmamış yetişkin temaslılarda ev enfeksiyonu olasılığının aşılanmanın olmadığı senaryoya kıyaslandığında yarı yarıya azaldığı gösterilmiştir (42).

Belirli kronik hastalıkları olan kişiler, hastaneye yatışlara ve ölümlere yol açan ciddi grip hastalığı için yüksek risk altındadır. İngiltere'de, hastanede influenzaya atfedilebilen ölümlerin çoğunluğu (% 72), eşlik eden hastalıkları olan 65 yaş üstü bireylerde meydana gelmiştir ve eşlik eden hastalıkların varlığı, 5-14 yaşındaki çocuklar için hastaneye yatış oranını 5,7 kat artırmıştır (1000'de 0,1'den 0,56'ya) (43)

Normal kilolu yetişkinlere kıyasla düşük kilolu (OR: 5.20), obez (OR: 3.18) veya morbid obez (OR: 18.40) olan kişilerin influenza nedeniyle hastaneye yatma olasılığı daha yüksektir (44).

Diyabetli hastaların influenza epidemileri sırasında hastaneye yatma olasılığı üç ila altı kat daha fazladır (45). Kronik kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin, influenzadan sonraki hafta boyunca akut miyokardiyal hastalık için başvuru oranı ise altı kat daha yüksektir (46, 47). Buna ilave olarak, kronik tıbbi sorunları olan kişiler,

influenzadan sonraki 15 gün içinde daha yüksek inme riski altındadır (48). Bir risk meta analizinde, kalp yetmezliği hastalarında aşılamanın, influenza mevsiminde mortalite riskini % 52 [% 95 GA 0.39-0.69] azalttığı gösterilmiştir (49).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) nedeniyle hastanede yatan hastalar arasında da influenza enfeksiyonunun yükünün yüksek olduğu gösterilmiştir. Yaklaşık 5 KOAH'lı hastadan 1'i yoğun bakım ünitesine yatırılmış, İnfluenza pozitif 10 hastadan 1'i mekanik ventilasyona ihtiyaç duymuş (% 9,7) ve % 11,1'i (1,833'ün 204'ü) ölmüştür. Mevsimsel grip aşısı, KOAH'lı hastalar arasında influenzaya bağlı hastaneye yatışları % 37,5 (% 95 GA, 27,3-46,2) azaltmıştır (50).

Gebelikte influenzaya bağlı şiddetli hastalık ve influenzadan ölüm riski artabilir ve bu yüksek risk, pandemik influenza durumunda ve eşlik eden hastalıkların da olması durumunda daha da artar (51). Bununla birlikte, mevsimsel ve / veya pandemik influenza için risk faktörü olan gebelik ile ilgili gözlemsel çalışmaların yakın tarihli bir sistematik incelemesi yapılmıştır ve gebelik sırasında influenzanın daha yüksek hastaneye yatış riskiyle sonuçlandığı sonucuna varılmıştır (52). Bununla birlikte, gebelikte influenza geçirmenin prematüre doğum, daha küçük neonatal boyut ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (2, 3). Ayrıca hamile kadınların aşılınması, aşı olamayacak kadar küçük olan 6 aylıktan küçük ancak aynı zamanda önemli derecede influenza riski altında olan bebekler için de koruma sağlayabilir (4).

3.6. İnfluenza Aşıları

İnfluenzayı önlemenin ve kontrol altına almanın en iyi yolu aşılama (53). İnfluenza aşıları güvenli ve iyi tolere edilebilir olmakla beraber, özellikle grip komplikasyonları açısından risk taşıyan gruplarda hastalığı ve enfeksiyonun şiddetini azaltabilir, influenzaya bağlı ölümleri engelleyebilir ve toplumda hastalığın bulaşını azaltabilir (53, 54) Ayrıca, antiviral tedavilere olan ihtiyacı azaltır ve böylelikle antivirallere karşı direnç gelişmesini engellemeye de katkı sağlar (53).

İnfluenza A ve influenza B virüslerinin klinik influenzanın etiyolojik ajanları olarak tanımlanmasından kısa süre sonra influenzaya karşı aşı geliştirme çabaları başlamıştır. İlk ticari aşı, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1945 yılında onaylanmıştır (23). Günümüzde influenza aşıları temelde inaktif (IIV) ve canlı- atenüe (LAIV) olmak üzere iki ana gruptan oluşmaktadır (23, 53, 55). İnaktif influenza aşıları üretim tekniğine göre yumurta temelli aşılar, hücre temelli aşılar ve rekombinant HA aşılarında oluşmaktadır. Aşağıdaki tabloda bu gruplara ait bilgiler özetlenmektedir (53).

Tablo 3.3. Üretim tekniğine göre influenza aşı türleri

Aşı Türü	Açıklama
Yumurta Temelli İnfluenza Aşıları	Ruhsatlı influenza aşılarının çoğu bu yöntemle üretilmektedir. Yumurta tedariğine ve aşı için aday virüs üretimine ihtiyaç vardır. Üretim, 5-8 ay sürebilir ve antijenisitedeki değişimlere yatkınlık vardır. Ayrıca, yumurta alerjisi olan kişilerde sağlık riski oluşturabilir.
Hücre Temelli İnfluenza Aşıları	Yumurta tedariğine olan ihtiyacı ortadan kaldırması ve yumurta temelli üretimde virüste potansiyel olarak meydana gelebilecek değişimleri önlemesi önemli avantajlarıdır. Bununla beraber hala aşı için aday virüs üretimine ihtiyaç vardır ve kontaminasyon riski taşır.
Rekombinant İnfluenza Aşıları	Geleneksel teknolojilerle üretilen aşılarından daha hızlı üretilebilir. Bu aşılarında aşı için aday virüs üretilmesine ihtiyacı yoktur. Aşı için büyük miktarlarda aktif bileşen üretmek üzere Virüs dizisinden yapılmış küçük bir DNA parçası alınır ve bir ekspresyon sistemi olarak kullanılan hücreye yerleştirilerek sentetik olarak üretilirler.

Hemaglutinin, inaktif influenza aşılarında ana immünojendir. Rekombinant influenza aşılarında ise tek immünojendir. İnaktif influenza aşıları, üretim yöntemine

bağlı olarak değişen miktarlarda NA, M ve NP içermesine rağmen, bunların seviyeleri spesifik olarak ölçülmez. NA'a karşı oluşan antikolar, 2009 pandemisinde sağlıklı genç yetişkinlerde pH1N1 influenza virüsü enfeksiyonunun ve hastalığının azaltılmasıyla ilişkili bulunmuştur ve NA'ya karşı gelişen antikoların aşı koruyuculuğuna katkısı olabilir. Ayrıca, anti-NA ve anti-HA antikolarının, influenza enfeksiyonuna karşı bağışıklığın bağımsız göstergeleri olduğu bulunmuştur. Diğer viral proteinlere (örn.M2) karşı immün yanıtlar araştırılmaktadır, ancak korumaya olan göreceli katkıları, HA'ne karşı üretilen antikolardan çok daha az görünmektedir. Bu nedenle, HA içeriği, inaktif aşılarda hazırlanmasında ana immünojen olmaya devam etmektedir.(23)

Günümüze kadar tek değerlikli, iki değerlikli, üç değerlikli, dört değerlikli ve hatta beş değerlikli grip aşuları üretilmiştir. Multivalent aşular genellikle hem influenza A hem de influenza B virüsü bileşenlerini içerir. Son yıllarda, monovalent aşular, dolaşımda mevsimsel aşı formülasyonunda kullanılanlardan antijenik olarak büyük ölçüde farklı bir suş saptandığında, buna karşı koruma sağlamak için yalnızca olağanüstü koşullarda kullanılmaktadır. (23) mevsimsel grip aşuları, iki influenza A virüsüne ve bir influenza B virüsüne karşı koruma sağlayan üç değerlikli influenza aşuları (IIV-3) ve 2012 yılından itibaren iki influenza A virüsü ve her iki influenza B virüsünü hedef alan, influenza B'ye karşı daha geniş koruma sağlayan dört değerlikli aşular (IIV-4) olmak üzere iki farklı kompozisyonda sunulmaktadır. (53)

Hem LAIV hem de inaktif aşuların etkinliği, sezon ve yaş grubuna göre önemli ölçüde değişir. (53) Ayrıca, influenza aşısının etkinliğini değerlendirmek için yürütülen çalışmaların tasarımı ve kullanılan son noktalar da dikkate alındığında birçok değişkenden etkilenmektedir. İnfluenza aşısının sağladığı korumayı değerlendirmek için üç ana yöntem kullanılmıştır:

1. Randomize Klinik Çalışmalar: Koruyucu etkiyi değerlendirmek için referans yöntemdir ve sağladıkları tahminler aşı "etkinliği (efficacy)" olarak tanımlanır. Yapılan bir meta-analizde laboratuvar ile doğrulanmış influenzanın önlenmesinde aşının etkinliği % 59' olarak bulunmuştur (% 95 güven aralığı, 51-67).

2. Gözlemsel Kohort Çalışmaları: Bu çalışmaların sonuçları aşının "etkililiği (effectiveness)" olarak tanımlanır. Bu tür çalışmalarda, aşılanmış kişiler arasında tüm nedenlere bağlı ölümler, kardiyovasküler olay risklerinde önemli düşüşler olduğu gösterilmiştir.

3. Test-negatif Vaka-kontrol Yaklaşımı: Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili önyargıları ve grip vakalarının yanlış sınıflandırılmasına yönelik kaygıları en aza indirmeyi amaçlamaktadır. İnfluenza benzeri hastalık için spesifik bir vaka tanımını karşılayan kişiler, ters transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) gibi oldukça hassas ve spesifik bir test kullanılarak influenza varlığı açısından test edilir ve aşı olma durumları sorgulanır. Sonrasında, test pozitif kişiler ve test negatif kontroller arasında aşı öyküsü olan kişilerin oranları karşılaştırılır. Bu yaklaşımın kullanılarak yıllık aşı etkinliği tahminlerini oluşturmak için ağlar Amerika Birleşik Devletleri'nde ve diğer birçok ülkede kurulmuştur. Bu çalışmalardaki genel etkililik tahminleri, yaşlı yetişkinler arasında daha düşük etkinlik ve antijenik eşleşmenin zayıf olduğu yıllar da dikkate alınarak % 10 ila 60 arasında değişmiştir. (55)

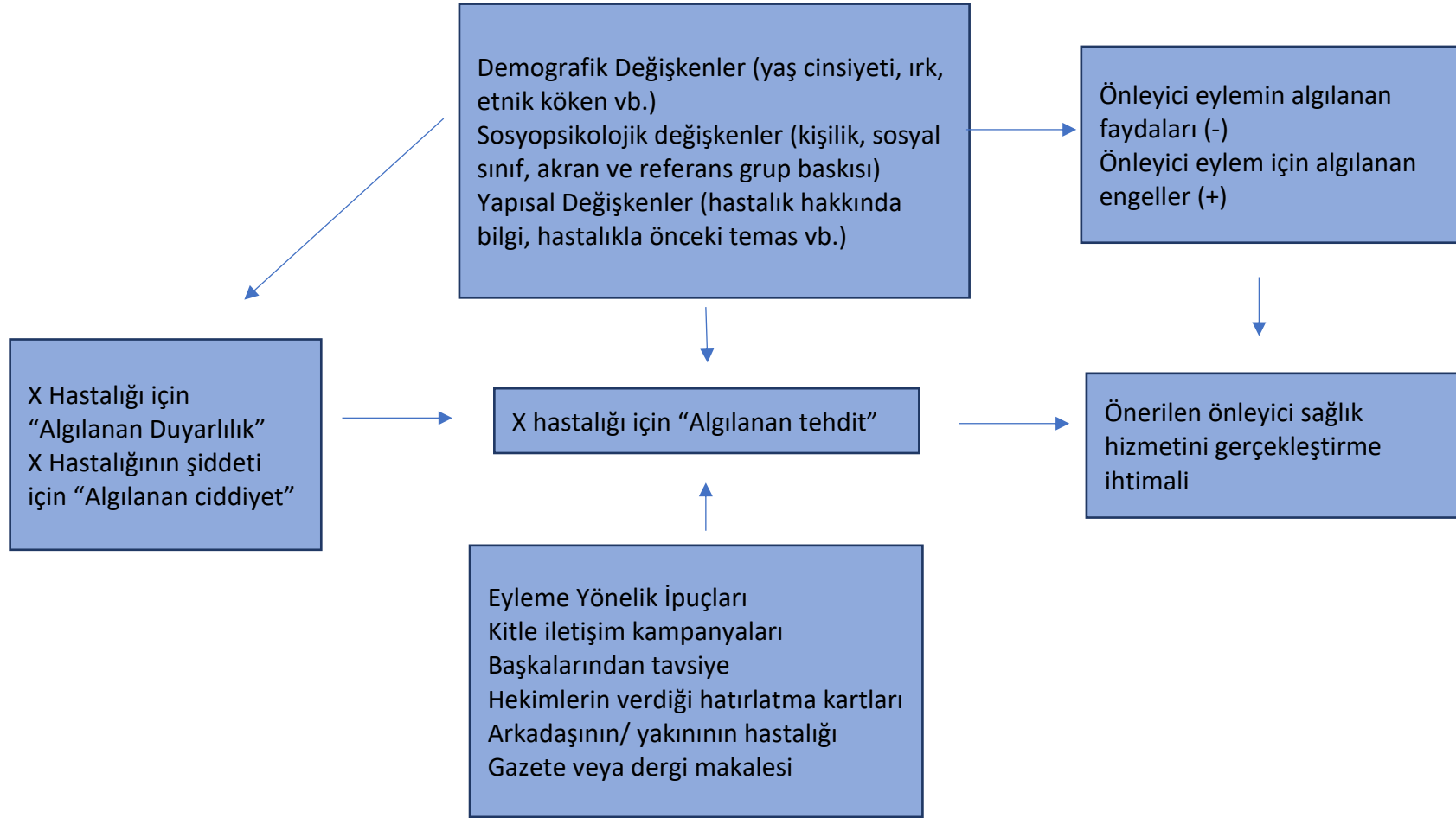
Aşı içeriğindeki bir veya daha fazla aşı antijeninin genellikle her yıl güncellenmesi ve aşılama sonrası yıl boyunca serum antikor düzeylerindeki düşüşlerin iyi belgelenmiş olması nedeniyle, inaktive aşı ile yıllık bağışıklama önerilir. Özellikle, influenza mevsimine yakın 65 yaş ve üzeri kişilerin yıllık aşılanması, bu önemli hedef grupta antikor düzeylerini ve korumayı en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olacaktır (23).

Mevsimsel grip aşılama sonrası kaynaklanan yaygın yan etkiler ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve şişlik gib, lokal yan etkiler ile; genel halsizlik, ateş, baş ağrısı, mide bulantısı ve kas ağrıları gibi sistemik yan etkilerdir. Bu yan etkiler genellikle hafiftir ve birkaç gün içinde kendiliğinden geçer. Mevsimsel grip aşılama sonrası kaynaklanan ciddi komplikasyonlar ise nadirdir. Özellikle GuillainBarr Sendromu (GBS) ile ilgili endişeler son araştırmalar tarafından desteklenmemektedir. (53)

3.7. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950-60 yılları arasında yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Halk Sağlığı Servisi'nde çalışan ve sosyal psikolog olan Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels, Howard Leventhal ve Irwin Rosenstock'un çalışmaları sonucunda, bireylerin neden koruyucu sağlık hizmetleri almadığını açıklamak için geliştirilmiştir. Araştırmacılar, eylemi belirleyen unsurun eski deneyimlerden ziyade, bireyin karşılaştığı güncel dinamikler olduğu teorisinden yola çıkmışlardır ve geçmiş deneyimlerin mevcut durumda temsil edildiği ölçüde rol oynadığı görüşünü benimsemişlerdir. Bu model, bir bireyin bir hastalıktan kaçınmak için harekete geçebilmesi için kişisel olarak hastalığa duyarlı olduğuna, eğer hastalık meydana gelirse en azından yaşamının herhangi bir unsuru üzerinde orta şiddette olacağına ve belirli bir eylemde bulunmanın aslında bu duruma yatkınlığını azaltarak faydalı olacağına veya hastalık meydana gelse dahi ciddiyetini azaltarak faydalı olacağına inanması gerektiği görüşünü kabul etmektedir.

Bireysel Algı Değiştirici Faktörler Eylem Olasılığı



Şekil 3.1. Koruyucu sağlık davranışının öngörücüsü olarak "Sağlık İnanç Modeli"(56)

Sağlık İnanç Modeli başlangıçta algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere 4 temel unsurdan oluşmaktaydı. Duyarlılık, bir koşula, bir hastalığa yakalanmanın öznel risklerini ifade etmektedir. Ciddiyet, bir hastalığa yakalanma düşüncesinin yarattığı duygusal uyarılma derecesine ve bireyin belirli bir sağlık durumunun kendisi ve/veya işi, ailesi sosyal ilişkiler için yaratacağına inandığı zorluk olarak değerlendirilebilir. Yarar, bireyin hastalığa karşı önerilen koruyucu sağlık yönteminin hastalığa yakınlığını veya hastalığın ciddiyetini azaltmadaki etkililiği ile ilgili inançlarıdır. Bir birey, belirli bir eylemin hastalık tehdidini azaltmada etkili olacağına inanabilir, ancak aynı zamanda bu eylemin kendisine uygun olmadığını, pahalı, acı verici veya rahatsız edici olduğunu düşünebilir. Koruyucu sağlık yönteminin bu olumsuz yönleri, eylemin önündeki engeller olarak tanımlanır. Bu dört unsur, kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilmektedir.

Bu model başlangıçta koruyucu sağlık hizmetleri için geliştirilmiş olsa da, günümüzde üç önemli alanda kullanılmaktadır: 1. Koruyucu sağlık hizmetleri: sağlığı geliştirici (örn. Diyet, egzersiz) ve sağlık riskleri (örn. Sigara içme) davranışlarının yanı sıra aşılama ve kontraseptif uygulamalarını içeren önleyici sağlık davranışları; 2. Hasta rolü davranışları: özellikle tavsiye edilen tıbbi rejimlere bağlılık; 3. Klinik kullanım: Çeşitli nedenlerle doktor ziyaretlerini içeren klinik kullanımlar (57).

“Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” ise Blue ve Valley (2002) tarafından sağlık çalışanlarının grip aşısı olma durumlarını saptamak ve gripten korunmaya yönelik davranışlarını belirlemek için, Champion’un meme kanseri taramalarında kullanmak üzere 1984 yılında geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (58) temel alınarak Amerika’da geliştirilmiştir. Duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller, bilgi, sağlık motivasyonu ve eyleme yönelik ipuçları olmak üzere 7 alt boyutta 44 maddeden oluşmaktadır (59).

Blue ve Valley (2002) geliştirdikleri “Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli”ni Amerika’lı bireylerde uygulamışlar, geçerli ve güvenilir bulmuşlardır. İç tutarlılığın güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı 0.70’dir. Ölçeğin güvenilirlik

hesaplamalarında alt ölçekler boyutunda Cronbach alfa değerleri 0.65- 0.97 arasında bulunmuştur (59).

Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türk toplumu için Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Erkin ve Özsoy (2010) tarafından İzmir'de yürütülen bir tez çalışmasında incelenmiştir. Dil uyarlaması için beş uzman tarafından ölçek Türkçe'ye daha sonrada bir uzman tarafından geri çevrili yapılarak İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliğinin sınanmasında 10 uzmandan görüş alınmış, öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin homojenliği, Cronbach alfa değerlendirilerek incelenmiştir ve toplam on beş maddenin korelasyon katsayıları <0.25 olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Kalan maddelerin korelasyon katsayıları kabul edilebilir sınırlar içinde ve anlamlı bulunmuştur (0.25-0.60). 29 maddelik ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı 0.91'dir. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.99-0.97 arasında değişmektedir. Ölçeğin yarı test güvenirliğinde Guttman Split-Half katsayısı 0.99, Spearman-Brown katsayısı ise 0.99'dur. Ölçeğin zamana göre değişmezliğinde yapılan iki ölçüm arasında doğrusal ve kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.96$, $R^2=0.88$). Sonuç olarak "Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" 5 alt boyutta 29 madde içerecek şekilde Türkçe'ye adapte edilmiş ve sağlık çalışanlarının grip aşılmasına yönelik davranışlarını ölçmek için için güvenilir ve geçerli bir araç olduğu gösterilmiştir (60)

3.8. Sağlık Çalışanı Kavramı

Sağlık çalışanları; sağlık eğitimi almış olsun ya da olmasın, hasta ile teması olan tüm personel olarak tanımlanabilir (61). Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları vb. öğrencileri, hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık çalışanları (askeri sağlık personeli dâhil), sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları, 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dahil

diğer çalışanlar bu tanımın içerisinde (62). Türkiye’de Tablo 3.4’te görülen gruplarda toplam 1.033.767 sağlık çalışanı bulunmaktadır (63)

Tablo 3.4. Yıllara göre sağlık personeli sayıları, tüm sektörler (63)

Grup	2015	2016	2017	2018	2019
Uzman hekim	77.622	78.620	80.951	82.894	85.199
Pratisyen Hekim	41.794	43.058	44.649	44.053	46.843
Asistan Hekim	21.843	23.149	24.397	26.181	28.768
Toplam Hekim	141.259	144.827	149.997	153.128	160.810
Diş Hekimi	24.834	26.674	27.889	30.615	32.925
Eczacı	27.530	27.864	28.512	32.032	33.841
Hemşire	152.803	152.952	166.142	190.499	198.103
Ebe	53.086	52.952	53.741	56.351	55.972
Diğer Sağlık Personeli	145.934	144.609	155.417	177.409	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	311.337	321.952	339.241	376.367	369.660
Toplam	856.792	871.334	920.939	1016.401	1033.767

Not: 2019 yılında asistan hekim sayısına 2.012 yan dal asistan hekim, toplam diş hekimi sayısına 2.298 asistan diş hekimi ve eczacı sayısına serbest eczanelerde çalışan 2.120 ikinci eczacı ve yardımcı eczacı sayıları dahil edildi.

3.9. Sağlık Çalışanları İçin Aşılama Önerileri ve Stratejiler

Sağlık çalışanları sağlık hizmet sunumu sırasında sıklıkla enfeksiyöz patojenlere maruz kalabilmekte, özellikle aşılama için önemli bir hedef grup haline getiren nozokomiyal bulaşmaya maruz kalmaktadır ve bu patojenlerin sağlık ortamlarında iletilmesi için kaynak haline gelebilmektedir. Sağlık çalışanlarının aşılama hem mesleki maruziyet riskinin azaltılması hem de duyarlı hasta gruplarının korunması için en etkin önlemlerin başında gelmektedir (64, 65). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1985–1989 yılları arasında, 295 kızamık vakasından 31'ine (% 10,5) kızamığın sağlık personelinden bulaştığı; ayrıca 31 (% 9.4) sağlık personelinin de

başka bir sağlık görevlisinden kızamığa yakalandığı raporlanmıştır (66). 2008 yılında Arizona’da gerçekleşen kızamık salgınında 14 hasta için kaynak taraması yapılmış, 7 (%50) hastanın sağlık hizmeti ile ilişkili edinilmiş kızamığı olduğu gösterilmiştir (67). Ayrıca, hastane kaynaklı kızamık, hastanelerde kızamığa maruz kalan hastaların yaş, altta yatan tıbbi durumlar ve/veya bağışıklık baskılayan tedaviler nedeniyle kızamıktan kaynaklanan ölüm de dahil ciddi sonuçlar için daha yüksek risk altında olabileceğine dikkat çekmektedir (66). 2010-2016 yılları arasında 6 influenza sezonu boyunca Katalonya’da 12 hastaneye başvuran, laboratuvarında onaylanmış influenza enfeksiyonu olan ve hastaneye yatırılan 1722 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların 96 (% 5.6) ‘sı hastane enfeksiyonu olarak sınıflandırılmış ve bu hastaların daha sık olarak 14 günden daha uzun hastanede kalış süresi olduğu ve bu hastalarda mortalite oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (68).Türkiye’de 3. Basamak sağlık hizmeti verilen bir kurumda yapılan çalışmada sağlık çalışanı aşılama oranı %10,4 olarak bulunurken klinik olarak tanı konulan nozokomiyal influenza oranı ise %32,2 olarak bulunmuştur (69)

Sağlık çalışanlarının aşılama oranlarının düşmesi hastalık salgınları sırasında kritik toplumsal işgücünün sürdürülmesi yönünden de önemlidir (12). Birleşik Krallık ve ABD’de yakın zamanda yapılan bir araştırmada, ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının, genel toplumda yaşayan insanlardan 3.4 kat daha yüksek Covid-19 olma riski taşıdığı bildirilmiştir (70). Aşı ile önlenemez hastalıkların çoğu hala önemli bir “yeniden dirilme” riski taşımaktadır ve son yıllarda bazı epidemilere neden olmuştur (65).

Sağlık çalışanı aşılama oranlarının bir diğer katkısı da toplum için aşılamanın önemi ile ilgili bir örnek oluşturmaktır (12). Sağlık çalışanları, kendilerini aşılayarak, özellikle endişeleri olan hastalara güven verici bir örnek oluşturabilirler (11). Bu nedenlerden dolayı Sağlık çalışanlarının topluma sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli kısmı olan aşılama ve kendi aşılama oranları konusundaki inançları önem taşımaktadır. Çünkü bu inançlar doğrultusunda hizmet sundukları topluma rol model olur ve önerilerde bulunurlar (60). Ayrıca, sağlık çalışanları aşılama için eyleme geçirici faktör olarak görülmektedir (71, 72). Yetişkin aşılama oranlarında bilgi, tutum ve uygulamaların

etkisinin araştırıldığı bir araştırmada hasta davranışı pozitif olduğunda eğer hekim önermezse aşılama oranı %7’de kalırken eğer hekim önerirse bu oranın %84’e çıktığı, hasta davranışı negatif olduğunda dahi hekim önerisi ile aşılama oranının %64’e yükseldiği gösterilmiş ve influenza aşılama durumuyla ilişkilendirilebilecek faktörlerden en önemlisinin bir sağlık çalışanı tarafından yapılan aşılama tavsiyesi olduğu bildirilmiştir (73).

Birçok ülke, genel nüfusun yanı sıra sağlık çalışanlarının aşılmasını da desteklerken, öneriler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ayrıca, aşı kapsamı ülkeler ve hastalıklar için büyük ölçüde değişmektedir. Aşıların zorunlu ve zorunlu olmayan stratejileri devam eden araştırma ve tartışmalara konu olmaktadır. Kapsamı artırmak ve sağlık iş gücünü bulaşıcı hastalıklara karşı etkili bir bariyere dönüştürmek için en uygun yaklaşımlar halen tartışılmaktadır (65).

Aşılama ile ilgili kurallar ve standartlar yayınlayan birçok kuruluş, sağlık çalışanlarının aşılmasını belirli kategoriler altında değerlendirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde İmmünizasyon Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanı aşılması ile ilgili kılavuzları mevcuttur (74, 75). Türkiye’de daha önce, özellikle sağlık çalışanları için yayınlanmış herhangi bir aşı tavsiyesi bulunmamakla birlikte, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği’nin liderliğinde 8 farklı uzmanlık derneğinin ortak olarak hazırladığı “Yetişkinler için Ulusal Bağışıklama Kılavuzu”nda sağlık çalışanları için özel bir kategori bulunmaktadır. Bu kılavuza göre Türkiye’de Hepatit B, grip, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, su çiçeği, difteri, tetanoz ve boğmaca, tüm sağlık çalışanları için önerilen aşılardır. Pnömonok, zoster, meningokok, Hib ve HPV diğer risk faktörleri de olan sağlık çalışanları için önerilmektedir (61).

Türkiye’de sağlık çalışanları için zorunlu bir aşı yoktur (61). Avrupa’da ise sağlık çalışanı aşılama politikaları uygulama çerçevesi (zorunlu veya öneri) ve hedef sağlık çalışanı grupları açısından ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (76).

Uzun zamandır gönüllü aşı programları sağlık çalışanı aşılama oranlarında genel bir artışa neden olduğuna dair kanıtları az olmasına rağmen uygulanmaktadır. Ayrıca, çok yönlü zorunlu aşılama programları denenmiş ve sağlık çalışanı aşılama oranlarını arttırmak için en etkili strateji olarak bulunmuştur (77). Zorunlu aşı uygulaması olarak influenza programlarını destekleyen kişiler, influenza aşılamasının sağlık çalışanlarının etik bir sorumluluğu olduğunu savunmaktadır, çünkü sağlık çalışanları, hastalarını özellikle savunmasız olanları ve enfeksiyon riski yüksek olanları gereksiz yere zarar verme riskine sokmama görevini üstlenir. Hasta menfaatlerini ilk sıraya koyma görevi tıp, hemşirelik ve diğer sağlık alanlarında neredeyse tüm profesyonel etik kurallarında belirtilmiştir. İnfluenza aşısına ciddi bir advers reaksiyon olasılığı çok düşük olduğundan, korunmasız hastaları koruma ve çıkarlarını sağlık çalışanının kişisel çıkarlarının üzerine çıkarma görevi fedakârlık olarak değerlendirilmemektedir. Halk sağlığı ve daha büyük nüfusun korunması için bu ve benzeri görüşleri temel alan, zorunlu aşılama programlarının kullanılması yasal emsallere sahiptir (78).

Bununla beraber, zorunlu aşılama politikaları, hasta güvenliği için ortaya çıkan faydalar ile sağlık çalışanlarının bireysel özerkliğini kısıtlama arasındaki dengeyi korumaya yönelik çeşitli etik meseleleri de beraberinde getirmektedir. Gönüllü aşı politikaları zorunlu aşılama politikalarının eleştirilmesi nedeniyle tercih edilmektedir. Zorunlu aşılama, ancak gönüllü aşılama programları sağlık çalışanları arasında hedeflenen aşılama oranlarına ulaşmadığında halkın sağlığını korumak için tek seçenek haline gelebilir (79).

3.10. Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Oranları

Amerika: Amerika Sağlık Hizmetleri Epidemiyolojisi Derneği (SHEA) tarafından 2005 yılında "Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı ve Sağlık Çalışanları Aşı Kıtılığı Sırasında Aşı Tahsisi" başlıklı bir görüş belgesi yayınlanmış, 2010 yılında ise bu belge güncellenmiştir (12). Bu güncelleme, zorunlu influenza aşılama politikalarına geçmenin gerekliliği ve beklenen faydalar hakkında öncü bir görüş belgesi niteliğindedir. Bu belgede SHEA, sağlık çalışanlarının influenza aşılamasını

uyumsuzluğun tolere edilemeyeceği, hem sağlık çalışanı hem de hasta için temel bir güvenlik uygulaması olarak değerlendirdiğini belirtmekte ve bulaşıcı patojenlerin grip aşısı da dahil olmak üzere kanıta dayalı enfeksiyon önleme uygulamaları yoluyla hastalarına yayılmasını önlemeyi, sağlık çalışanlarının ve çalıştıkları kurumların mesleki ve etik sorumluluğu olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının güvenliği için SHEA, yıllık influenza aşılmasının hem başlangıç hem de sürekli sağlık çalışanı istihdamının ve/veya mesleki ayrıcalıklarının bir koşulu olduğu bir politikayı onaylamaktadır. Bununla birlikte, zorunlu aşılama programında da rol oynayabilecek ve aşılama yapamayan veya grip aşılama programına katılmayı reddeden nadir bireyler için influenza kontrol programlarını iyileştirmek amacıyla sağlık kuruluşları tarafından kullanılacak aşağıdaki stratejiler de önerilmektedir (80):

- Sağlık çalışanı aşılanma oranlarının bir sağlık kurumunun güvenlik ve kalite programının bir ölçüsü olarak kullanılması
- Aşılanmamış sağlık çalışanının influenza mevsiminde maske takmasının zorunlu olması
- Sağlık çalışanından aşılamayı reddettiğine dair imzalı belge alınması

ABD’de on yılı aşkın zamandır süregelen influenza bağışıklama politikalarından sonra, son 4 sezonla benzer şekilde 2018-2019 yıllarında sağlık çalışanı aşılama oranı %81,1’dir. En yüksek aşılama oranı aşılanmanın zorunlu olduğu yerlerdeki çalışanlarda (%97,7) görülürken aşılanmanın zorunlu olmadığı, tanıtılmadığı veya yerinde sunulmadığı yerlerde çalışanlarda ise en düşük aşı kapsayıcılığı % 42,1 olarak bulunmuştur (81).

Avrupa: Avrupa ülkelerinde kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve boğmaca aşlarına yönelik sağlık çalışanı aşılama tavsiyeleri, yetişkin nüfusta düşük aşı alımı oranları ve bu hastalıkların varlığını sürdürdüğü göz önüne alındığında dikkat çekici derecede azdır. Kızamıklara yatkınlık oranlarının sağlık çalışanları arasında % 3 ila 17 arasında olduğu bulunmuştur (82). Sağlık çalışanları için yıllık influenza aşılması için

uzun süreden beri yapılan önerilere rağmen, çoğu Avrupa Bölgesi ülkesinde sağlık çalışanı grip aşılması %40'ın altındadır. Ayrıca, Avrupa Bölgesi'nde sağlık çalışanları arasında azalan aşılama oranları bildiren ülkeler vardır, ancak az sayıda ülke aşılama oranlarının arttığını bildirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin aksine, Avrupa halk sağlığı otoriteleri zorunlu grip aşılama politikalarını uygulama konusunda isteksizdir. Avrupa içinde çok az ülke sağlık çalışanları arasında giderek artan grip aşısı oranlarını göstermektedir (80). Birleşik Krallık, 2016-2017 sezonundan itibaren kliniklerde kaliteyi iyileştirmek için bir program başlatılmış, influenza aşılama oranlarını kalitenin bir göstergesi olarak belirlemiş ve %80'in üzerinde aşılama oranına erişildiğinde ücretsiz aşı temini sağlamıştır. Bu girişimle beraber influenza aşılama oranlarının % 63,2'ten 2019-2020 sezonunda % 74,3'e yükselmiştir (83).

Avrupa ülkelerinde 2018 ve 2011 yıllarında yürütülen anket çalışmaları ile daha kapsamlı ve daha güçlü aşılama politikalarının geliştiği gösterilmiştir. 2018 yılında 2011 yılına kıyasla daha fazla ülkede kızamık, kabakulak, kızamıkçık, hepatit A, difteri, tetanoz, çocuk felci, boğmaca ve çeşitli meningokok serogruplarına karşı sağlık çalışanı aşılması için yasalar veya düzenlemeler bulunmaktadır. 2011 yılında 5 ülkede zorunlu aşı politikaları varken bu sayı 2018'de 8'e yükselmiştir (82).

Türkiye: Türkiye'de sağlık çalışanı aşılama oranları ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan kesitsel bir çalışmada uzmanları da içeren katılımcıların sadece % 14.5'inin influenzaya karşı aşılandığı, % 19.6'sı hekim, ebeler, bakım sağlayıcıları, laboratuvar teknisyenleri ve görüntüleme teknisyenleri olan 552 sağlık çalışanı örneği ile yapılan bir başka çalışmada ise 2006-2007 yılları için % 76.1'inin influenzaya karşı aşılandığı bildirmiştir. Bir üniversite hastanesinde ve bir devlet hastanesinde 2009 salgınından sonra 300 sağlık çalışanı ile yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların sadece % 12.3'ünün pandemik aşı ile aşılandığı bulunmuştur. 2012 yılında İzmir ve İstanbul'da 911 aile hekimi ile yapılan çalışmada % 45,7'si düzenli olarak mevsimsel grip aşısını yaptırdıkları bildirilmiştir. Türk Hekimler Kohortu verilerine göre 65 yaş üstü hekimler arasında pnömokok aşısı alan hastalar grubun % 7.1'ini oluştururken, hepatit B aşılama oranı % 79.2 ve influenza aşılama oranı % 47.2

olarak bildirilmiştir. Kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve su çiçeği için sağlık çalışanlarının aşı kapsayıcılığı hakkında veri bulunmamasına rağmen, bağışıklık oranlarının % 90'dan fazla olduğu tespit edilmiştir (79).

3.11. Sağlık Çalışanı Aşılmasının Önündeki Engeller

Aşı kararsızlığının nedenleri sağlık çalışanları arasında aşının türüne, sağlık çalışanının branşına ve zamana özgü olarak farklılık göstermektedir (11, 76, 84). Bu faktörlerin karmaşık yapısının anlaşılmasında bilgi boşlukları vardır ve bu durum etkili ve hedefli müdahalelerin tasarımı için anahtardır (84). Fransa'da yapılan, özel muayenehane hekimleri ile aile hekimlerinin aşılama tutumunun değerlendirildiği çalışmada aile hekimlerinin daha az aşı önerdiği ve uyguladığı, aşı ile önlenebilir hastalıklarla daha az karşılaşırken aşıyla ilgili ciddi advers olayları ise daha sık gözlemledikleri belirtilmiştir (85).

Homeopati ve akupunktur gibi alternatif tıp uygulamalarını yapan hekimler diğer pratisyen hekimlere göre daha az aşı yaptırmakta, aşığı daha az önermektedir. Pediatrik aşılama programlarına olan bağlılıkları ve hastalarının aşı kabulü de daha azdır. Bu durum, alternatif tıp uygulamaları ile orta-yüksek düzeyde aşı çekimserliği arasında güçlü bir ilişki olabileceğini göstermektedir.

Pratisyen hekimlerin risk/fayda dengesi algılarını şekillendirmede kendi bireysel uygulama deneyimlerinden ve internetten, medyadan ve hastalarından aldıkları bilgiler akademik ve teknik bilgiden daha etkilidir. Hem aşı ile önlenebilir hastalık hem de aşılardan olumsuz etkilerine ilişkin deneyimler, bulaşıcı hastalıklar ve aşılama konusundaki akademik eğitimlerinden daha fazla aşı çekimserliği düzeylerini etkilemektedir (85).

Daha genç sağlık çalışanlarının aşı konusunda henüz sağlam inançlar geliştirmemiş olmaları yeni bilgi ve mesajlara daha açık olmalarını sağlamaktadır. Bununla birlikte, eski sağlık sektörü çalışanlarının inançları deneyim ve geçmiş tecrübeleri tarafından şekillenir ve sağlık davranışlarını değiştirme olasılıkları daha genç sağlık çalışanları ile aynı değildir. Bu durum "statüko" etkisi ile tanımlanmaktadır

ve daha eski sağlık sekt6ru 7alışanlarını g6cl6 bir şekilde etkilemektedir. İlerleyen yaşla birlikte, uyumlu veya diren7li olanlar b6yle kalmaya devam etmektedir. Bu durum sağlık 7alışanlarının sağlık mesleğine ilk katıldıkları zamandan başlayarak daha gen7 yaşta aşılanması gerektiğini g6stermektedir (86).

İnanış ve davranışların yanında politik liderlerin aşılanmayı reddetmesi, basında 7ıkan olumsuz haberler gibi 7evresel fakt6rler ve aşıya ulaşamama veya aşı olmayı unutma gibi fakt6rler de sağlık 7alışanı aşılması 6n6ndeki diğer bariyerlerdir (79). D6nya Sağlık 6rg6t6 aşılanma oranlarını arttırmak i7in toplumun değişen 6zellikleri dikkate alınarak her bir spesifik pop6lasyon i7in aşılamanın 6n6ndeki engelleri anlamak ve buna y6nelik 76z6m 6nerileri geliştirmek i7in ‘‘Uyarlanabilir Bağışıklama Programı’’nı 6nermektedir. Bu kılavuzdan yola 7ıkararak sağlık 7alışanları da bağışıklamadaki rolleri ve ihtiya7ları doğrultusunda sınıflandırılarak her grubun ihtiya7ına y6nelik yol haritası belirlenebilir (87).

3.12. Aile Hekimlerinin Aşılama Hizmetlerindeki Rol6

Aile Hekimliği Uygulama Y6netmeliği’nde bağışıklama hizmetlerinin aile hekimi tarafından y6r6t6leceği belirtilmiştir (13). Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında 7ocuklara ve gebelere yapılması gereken aşılar i7in negatif performans sistemi tanımlanmıştır. Bu programda yer alan, belirlenen s6relerde yapılmayan ve yapılmama gerek7esi aşı y6netimi tarafından kabul edilmeyen her aşı i7in ilgili aile hekimi ve aile aağlığı elemanına para cezası verilir, birikimi ile s6zleşmeyi iptale dayanak olabilecek ceza puanı yazılır. Aşıları soğuk zincire uygun saklamak ve kullanmak sorumluluğu yerine getirilmediğinde aynı cezalandırma s6reci tanımlanmıştır. Erişkin d6nemde uygulanacak tetanoz difteri, 65 yaş ve 6zeri ile risk gruplarına uygulanacak influenza ve pn6mokok aşıları da aile hekimliğinin sorumluluğuindedir ancak bu aşılar başvuruya dayalıdır ve negatif performans uygulanmaz (88). T6rkiye’de erişkinlere sunulan bağışıklama hizmetleri Tablo 3.5’te 6zetlenmektedir.

Tablo 3.5. Türkiye’de erişkinlere bağışıklama hizmetleri sunumu (88)

Hizmetten yararlanan hedeflenen	Hizmet sunan	Hizmet Türü	Kapsamdakiler	Kapsanan hastalılar	Ücret/ katılım payı
Gebe	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Grip	Grip için Muayene, reçete
15-49 kadın	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Kızamıkçık	-
Erişkin	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz	Tetanoz cepten ödenir
65 + ve Kronik Hastalar	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Grip, Polisakkarit pnömokok, Hepatit A	Muayene ve reçete
Hacı adayları	TSM	Başvuruya dayalı	Müftülük listesi	Meningokok ACYW-135	-
Genel	TSM	Başvuruya dayalı	AH Kaydı olmayanlar, misafirler	Tüm aşılar	-
Tutuklu ve hükümlüler	TSM	Yerinde hizmet	Cezaevlerindeki-ler	Hepatit B	-
Yurt dışı seyahat	TSM, HSSGM	Başvuruya dayalı		Varış noktası gereksinimlerine göre	

Yukarıdaki tabloya ilave olarak Türkiye’de 65 yaş ve üzerine ve risk gruplarına konjuge pnömokok aşısı (89) ve askerlere erişkin tip tetanoz, difteri aşısı ve menejit aşısı uygulanmaktadır (90).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Türkiye’de bazı aile hekimlerinin gripten korunmaya yönelik davranışlarını değerlendirmek için yürütülen araştırmamızda, Türkiye’de birinci basamakta aktif olarak aile hekimliği yapan aile hekimlerine ulaşılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Covid-19 pandemisi nedeniyle anketlerin yüz yüze yürütülmesi risk oluşturabileceğinden, anket çalışması internet aracılığı ile surveymonkey anket portalı üzerinden yürütülmüştür

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Türkiye’de aktif çalışan 24.083 aile hekimi bulunmaktadır (91). Araştırmanın evreni Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği’ne üye olan Türkiye’nin farklı bölgelerinde birinci basamakta görev yapan 10.763 pratisyen, aile hekimi, acil hekimi ve işyeri hekimidir. Çalışmaya aktif olarak aile hekimliği yapanlar ve halen toplum sağlığı merkezinde çalışanlar dahil edilmiş, şu anda aktif olarak birinci basamak sağlık kurumunda aile hekimi olarak hizmet vermeyenler çalışmanın dışında bırakılmıştır. Evren büyüklüğü tablosundan %95 güven aralığı ve 0.05 örneklem hatası ile ulaşılması gereken aile hekimi sayısı 370 kişi olarak belirlenmiştir (92).

4.4. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

4.5. Araştırmanın Değişkenleri

4.5.1. Tanımlanan/Bağımlı Değişkenler

- Düzenli olarak grip aşısı olma
- Düzenli olarak grip aşısı olmama
- Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanı

4.5.2. Tanımlayan/Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler ile ilgili değişkenler: Cinsiyet, yaş, görev yapılan il, tıbbi durum
- Deneyim ve iş yükü ile ilgili değişkenler: Kayıtlı hasta sayısı, günlük kabul edilen hasta sayısı, en çok sunulan sağlık hizmeti
- Aşı ve aşı ile önlenbilir hastalıklar ile ilgili deneyimlere bağlı değişkenler: Son 5 yıl içinde aşı ile önlenbilir hastalığı olan bir hasta öyküsü, Son 5 yıl içerisinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü
- Aşılama davranışı ile ilgili değişkenler: Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklamadaki elverişliliğini değerlendirme, aile bireylerinin düzenli aşı olmasını sağlama, grip aşısı önerme düzeyi

4.6. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak internet üzerinden anket uygulama portalı olan surveymonkey kullanılmıştır. Veri formu surveymonkeyde oluşturulmuş ve Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği tarafından tüm üyelere davet mektubu ile beraber anket linki gönderilmiştir. Veri toplama işlemi 21.12.2020 – 21.01.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Belirlenen süre içerisinde 393 yanıt alınmıştır.

4.7. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama amacıyla;

- I. Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Anket Soruları (EK 4)
- II. Türkçeye Uyarlanan Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK 5)
- III. Araştırma Maddeleri (EK 6) kullanılmıştır.

4.7.1. Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Anket Soruları

Bazı aile hekimlerinin influenza aşısı hakkında bilgi, tutum ve uygulamaları anket soruları aile hekimlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 4, çalışma alanlarına ve iş yüküne ilişkin 3 ve aşı ile önlenbilir hastalıklarla ilgili deneyimlerine ilişkin 2, influenza aşılama davranışlarına ilişkin 4 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır. (EK 4)

4.7.2. Türkçeye Uyarlanan Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Araştırma Maddeleri

"Sağlık İnanç Modeli", davranış bilimlerinden adapte edilen ilk modeldir ve bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir. Bu model, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir kavramdır (93).

"Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ise Blue ve Valley (2002) tarafından sağlık çalışanlarının grip aşısı olma durumlarını saptamak ve gripten korunmaya yönelik davranışlarını belirlemek için, Champion'un meme kanseri taramalarında kullandığı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (58) temel alınarak Amerika'da geliştirilmiştir (59). Bu ölçek, algılanan duyarlılık (7 madde), algılanan ciddiyet (6

madde), algılanan yararlar (6 madde), algılanan engeller (8 madde), grip konusunda bilgi (6 madde), sağlık motivasyonu (6 madde), gripten korunma eylemine yönelik ipuçları (5 madde) olmak üzere 7 alt boyuttan ve toplam 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığın güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı 0.70'dir. Ölçeğin güvenilirlik hesaplamalarında alt ölçekler boyutunda Cronbach alfa değerleri 0.65- 0.97 arasında bulunmuştur (59). Bu ölçeğin Türk toplumu için Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erkin ve Özsoy (2010) tarafından yapılmıştır. Dil uyarlaması için beş uzman tarafından ölçek Türkçe'ye daha sonrada bir uzman tarafından geri çevrili yapılarak İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliğinin sınanmasında 10 uzmandan görüş alınmış, öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. "Grip Konusunda Bilgi" (6 madde) ve "Sağlık Motivasyonu" (6 madde) "algılanan duyarlılık" (1 madde) ve "Gripten Korunma Eylemine Yönelik ipuçları" (1 madde) alt boyutlarında yer alan 15 maddenin toplam korelasyon katsayısı 0.25'in altında bulunduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 29 maddelik ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları ise 0.99- 0.97 arasında bulunmuştur (60). Çalışmamızda Türk toplumuna adapte edilen "Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği"nde yer alan 26 madde kullanılmıştır (EK 5). "Gripten korunma eylemine yönelik ipuçları" alt boyutunda yer alan "Doktorum/ hemşirem iyi olduğunu söylediği için grip aşısı oldum", "Amirim/ yöneticim iyi bir fikir olduğunu düşündüğü için grip aşısı oldum" ve "Radyo ve televizyonda grip aşısının yararlarını duyduktan sonra grip aşısı oldum" ifadeleri aile hekimleri için uygun bulunmadığından çıkarılmıştır. Bununla beraber, orjinal ölçekte yer almasına rağmen Türk toplumuna adapte edilen ölçekten çıkarılan 13 madde de kullanılmış, ölçek değerlendirmesine dahil edilmeyerek maddelerin analizi ayrıca yapılmıştır (EK 6).

Araştırmamızda "Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" algılanan duyarlılık (9 madde), algılanan ciddiyet (6 madde), algılanan yararlar (6 madde), algılanan engeller (8 madde), grip konusunda bilgi (6 madde), sağlık motivasyonu (6 madde) olmak üzere toplam 6 alt başlıktan ve 39 maddeden oluşan form kullanılmıştır.

4.8. Verilerin Analizi

Bu çalışmadan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 23 programıyla değerlendirilmiştir. Nicel değişkenler için ortalama, standart hata ve ortanca, nitel değişkenler için ise gözlem sayıları ve göreceli sıklıklar (yüzdeler) verilmiştir.

Ölçek puanlarının belirlenmesinde, ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme; olumlu ifadeler için; "1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=orta derecede katılıyorum, 4=katılıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum", olumsuz ifadeler için; "5=kesinlikle katılmıyorum, 4=katılmıyorum, 3=orta derecede katılıyorum, 2=katılıyorum ve 1=kesinlikle katılıyorum" şeklinde yapılmıştır. Literatürde olumsuz ifade olduğu belirtilen "Sadece 65 yaşın üzerindeki kişiler grip olurlar" ve engeller bölümünde yer alan ifadeler ölçeğin değerlendirilmesinde tutarlılık olması için ters kodlanmıştır.

Ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov ya da Shapiro-Wilks testleri ile araştırılmıştır. Levene testi kullanılarak varyansların eşitliği test edilmiştir. Normal dağılım gösteren ve varyansların eşitliği varsayımı sağlanan iki grubun karşılaştırması bağımsız iki örneklem t testi kullanılarak yapılırken, normal dağılım gösteren ve varyansların eşitliği varsayımı sağlanmayan gruplar için Welch t testi ve normal dağılım göstermeyen gruplar için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren ve varyansların eşitliği varsayımı sağlanan ikiden fazla grup karşılaştırması için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmış ve gruplar arasında fark bulunduğu durumda, hangi grupların birbirinden farklı olduğunu belirlemek için Tukey HSD kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen gruplarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmış ve gruplar arasında fark bulunduğu durumda Dunn testi kullanılarak çoklu karşılaştırma yapılmıştır.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.9. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmada verilerin toplanması, analiz edilmesi ve rapor yazımı araştırmacı tarafından yapılmıştır.

4.10. Araştırmanın Ön Denemesi

Veri toplama işleminden önce veri toplama formunu son haline getirmek için ön deneme yapılmıştır. Bu amaçla veri toplama formlarına ek olarak anketin anlaşılabilirliğini değerlendirmek ve süresini belirlemek için iki soruluk bir form daha eklenerek ön değerlendirme anketi oluşturulmuştur. Etik kurul onayından sonra 15-20.12.2020 tarihleri arasında 22 iş yeri hekimine mail ile davet mektubu ve surveymonkeyde oluşturulan anket linki gönderilmiş ve 10 hekimden yanıt alınmıştır. Hekimlerin tamamı anketi anlaşılır bulmuş ve anket süresini %10'u >15 dk, %40'ı < 10 dk ve %50 si 10-15 dk olarak belirtmiştir. Bu sonuca bağlı olarak anket açıklamasında yer alan "Anketi yanıtlamak yaklaşık 10 dakika zamanınızı alacaktır." ifadesi "Anketi yanıtlamak yaklaşık 10-15 dakika zamanınızı alacaktır." olarak değiştirilmiştir. Veri toplama formlarında yer alan ifadelerde ise herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

4.11. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

Araştırmanın yapılması için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (16969557-1830 sayılı, 15.12.2020 tarihli) izin alınmıştır **(EK 1)**.

Araştırmanın veri toplama aşamasının yapılması için Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği' Yönetim Kurulu'ndan dernek üyelerine mail yolu ile anket erişim linkinin gönderilebilmesi için 17.08.2020 tarihli yazı ile izin alınmıştır. **(EK 2)**

Anket formunda katılımcı hekimlerin ad, soyad, mail adresi, telefon numarası, çalıştıkları kurumların açık adı gibi kişisel verilere yer verilmemiştir.

Davet mektubunda araştırmacı bilgileri, araştırmanın konusu, amacı verilerin toplama yöntemi hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına

dayalı olduğu ve araştırma formu aracılığı ile elde edilecek bilgilerin sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacağı belirtilmiştir.

4.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma COVID-19 pandemisi nedeniyle sanal ortamda gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle grip aşısına eğilimi olan aile hekimleri çalışmaya daha yüksek oranda katılmış olabilir. Buna rağmen çalışmada düzenli olarak grip aşısı olan aile hekimlerinin oranı literatür ile uyumludur, bu durum çalışma sonuçlarını genellenebilir kılmaktadır. Covid-19 pandemisi nedeniyle grip aşısına olan merak önceki senelere kıyasla artmıştır, ancak çalışmada son 5 senedir düzenli grip aşısı olmak sorulduğu için son bir yılda artan ilginin etkisi azaltılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olduğu için tüm aile hekimlerini temsil etmemekte, sadece araştırmaya katılanların özelliklerini sunmaktadır.

4.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 4.1. Araştırmanın zaman çizelgesi

	2020				2021					
	Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat	Mart-Nisan	Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık
Konu seçimi	■	■								
Literatür tarama	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gerekçe, amaçlar ve yöntemin belirlenmesi		■								
Veri toplama formunun hazırlanması		■	■	■						
Araştırma önerisi sunumu		■			■					
Veri toplama			■	■				■	■	
Veri girişi					■	■			■	■
Verilerin analizi						■				
Rapor yazımı				■	■	■	■	■	■	■
Araştırma sunumu										■

4.14. Tanımlar

Düzenli grip aşısı olmak: Son 5 senedir grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırmak

5. BULGULAR

Araştırmada kullanılan anket, Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği'ne üye Türkiye'nin farklı bölgelerinde birinci basamakta görev yapan 10.763 pratisyen, aile hekimi, acil hekimi ve işyeri hekimine elektronik posta ile ulaştırılmıştır. Anket toplama süresi boyunca 393 kişi ankete erişim sağlamıştır, anket yanıtlanma oranı %3,65 olmuştur. 5 kişi soruların hiç birine yanıt vermediği için değerlendirmeden çıkarılmıştır. Toplam 388 hekim tarafından anket doldurulmuştur. Araştırmaya aktif olarak 1. Basamakta görevli olan aile hekimleri dahil edileceğinden anketin başında katılımcıların aktif olarak birinci basamakta, aile hekimi olarak görev almakta olduklarını onaylamaları ya da diğer seçeneği ile mevcut görevlerini açıklamaları istenmiştir. Toplam 377 kişi (%97,2) bunu onaylarken 11 kişi (%2,8) diğer seçeneğini seçmiştir. Analizlerin devamına diğer seçeneğini seçen 11 kişi dahil edilmemiştir.

5.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Bulguları

Çalışmaya 377 aile hekimi katılmıştır. Anketi tamamlama süresi ortalama $9,5 \pm 9,8$ dk olarak bulunmuştur.

Aile hekimlerinin cinsiyet ve yaş dağılımları Tablo 5.1'de özetlenmektedir.

Aile hekimlerinin 355'i (%94,2) cinsiyet ve yaş sorularına yanıt vermiştir. Erkek katılımcı sayısı 204 (%57,1) ve kadın katılımcı sayısı ise 151 (%42,9)'dir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %5,1'i 30 yaşın altında, %26,8'i 30-39 yaş arasında, % 32,1'i 40-49 yaş arasında ve %36'sı 50 yaş ve üzerindedir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaşları 26 ile 67 arasında değişmektedir. Ortalama yaş $44,5 \pm 9,1$ 'dir.

Tablo 5.1. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyet ve yaş dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Değişkenler	Düzeyleyler	N	%
Cinsiyet	Erkek	204	57,1
	Kadın	153	42,9
Yaş	50 yaş ve üzeri	128	36,0
	40-49	114	32,1
	30-39	95	26,8
	30 yaş altı	18	5,1
Yaş	$\bar{x}\pm SS^*$: 44,5 \pm 9,1	Ortanca:46	Alt-Üst Sınır:26-67

*: Ortalama \pm Standart sapma

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımları Tablo 5.2'de özetlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen 377 aile hekiminin 355'i (%94,2) yaşadığı il sorusunu yanıtlamıştır. Türkiye 5 Bölge sınıflandırmasına göre (94) tanımlanan 5 coğrafi bölgeye göre incelendiğinde %53,0'ü Batı bölgesinden, %13'ü Güney bölgesinden, %19,1'i orta bölgesinden, %6,5'i Kuzey bölgesinden ve %8,4'ü doğu bölgesinden olmak üzere tüm coğrafi bölgelerden katılım sağlanmıştır.

Tablo 5.2. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Bölge	n	%
Batı	188	53,0
Güney	46	13,0
Orta	68	19,1
Kuzey	23	6,5
Doğu	30	8,4
Toplam	355	100

Araştırmaya katılan Aile Hekimlerinin Tıbbi Durum Dağılımları Tablo 5.3'te verilmiştir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %17,8'inde kardiyovasküler sistem hastalıkları, %12,2'sinde metabolik hastalık (diyabetes mellitus dahil), %4'ünde kronik pulmoner hastalık (astım dahil), %2,9'unda kronik karaciğer hastalığı, %2,7'sinde kronik renal disfonksiyon, %2,1'inde hemoglobino-pati, %1.6'sında immün supresif tedavi ve %1,1'inde immün yetmezlik gözlenmiştir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinden en az bir kronik hastalığı olanların sayısı 112 (%29,7)'dir. Çalışmaya

katılan 153 kadın aile hekiminin %2,6'sı gebe iken %14,4'ü son 5 yıl içinde doğum yapmıştır.

Tablo 5.3. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tıbbi durum dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Tıbbi durum (n=377)	N	%
Kronik kardiyovasküler sistem hastalıkları	67	17,8
Kronik metabolik hastalıklar (n=377)	46	12,2
Kronik pulmoner hastalık(astım dahil)	15	4,0
Kronik karaciğer hastalığı (n=377)	11	2,9
Kronik renal disfonksiyon (n=377)	10	2,7
Hemoglobinopati	8	2,1
İmmün supresif tedavi	6	1,6
İmmün yetmezlik	4	1,1
En az bir kronik hastalığın olması	112	29,7
Son 5 yıl içinde doğum yapmış olmak (n=153)	22	14,4
Gebelik (n=153)	4	2,6

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş yükü ile ilgili özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.4'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %24,6'sının kayıtlı 3000'den az hastası varken, %64,7'nin 3200'den fazla hastası vardır. %25,8'inin günlük kabul ettikleri ortalama hasta sayısı 40'ın altındayken %41,4'ünün 40-60 arası ve %22,8'inin 60 hastadan fazladır. Aile hekimlerinin %59'u iş yüklerinin en büyük kısmını muayenenin oluşturduğunu belirtirken %34,8'i raporlu ilaç yazma, %6,2'si ise korucuyu sağlık hizmetleri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5.4. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş yükü ile ilgili özelliklerine göre dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Değişkenler	Sınıflama	n	%
Aile hekimi başına düşen hasta sayısı	<3000	77	24,6
	3000-3200	49	13,7
	>3200	231	64,7
Günlük kabul edilen ortalama hasta sayısı	<40	92	25,8
	40-60	183	41,4
	>60	81	22,8
En çok iş yükünü oluşturan hizmet	Muayene	209	59,0
	Raporlu ilaç yazma	123	34,8
	Koruyucu sağlık hizmetleri	22	6,2

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aşı ile önlenabilir hastalıklar ile ilgili deneyimlerine göre dağılımı Tablo 5.5’da özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %63,5’inin son beş yıl içinde aşı ile önlenabilir hastalığı olan hasta öyküsü, %14,6’sının ise influenza ile ilişkili olabilecek ciddi rahatsızlığı olan hasta öyküsü olmuştur.

Tablo 5.5. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aşı ile önlenabilir hastalıklar ile ilgili deneyimlerine göre dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Değişkenler	n	%
Son beş yıl içinde aşı ile önlenabilir hastalığı olan hasta öyküsü (n=356)	226	63,5
Son beş yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi rahatsızlığı olan hasta öyküsü (n=357)	52	14,6

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin grip aşılama davranışlarına yönelik özet bilgiler Tablo 5.6’da sunulmaktadır. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %49,6’sı aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu, %38,7’si kısmen elverişli olduğunu düşünürken, %11,8’i yeterli olmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %41,5’i son 5 senedir grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırmıştır, (bu grup çalışma raporumuzun devamında düzenli olarak grip aşısı olan hekimler olarak tanımlanmıştır). Aile hekimlerinin %56,2’si ise aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlamaktadır. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %46,4’ü risk grubundaki hastalarına influenza aşısını mutlaka önermekte fakat yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmamaktayken, %42,7’si mutlaka önermekte ve isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırmaktadır. %10,1’i aktif olarak öneri yapmamakta fakat hastalarından talep gelirse önermekteyken, %0,8’i önermemektedir.

Tablo 5.6. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin grip aşılama davranışları (Aralık 2020-Ocak 2021)

Değişkenler	Düzeyler	N	%
Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklamadaki durumu	Elverişli	177	%49,6
	Kısmen elverişli	138	%38,6
	Yeterli değil	42	%11,8
Son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırma	Hayır	207	%58,5
	Evet	147	%41,5
Aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlama	Evet	199	%56,2
	Hayır	155	%43,8
İnfluenza aşısı önerisini en yakın ifade eden cümle	Önerir+İkna eder ^a	152	%42,7
	Önerir+İkna etmez ^b	165	%46,4
	Talep gelirse önerir ^c	36	%10,1
	Önermez	3	%0,8

a: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırıyorum.",

b: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmam.",

c: "Aktif olarak öneri yapmıyorum Hastalarımın talep gelirse öneririm".

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bazı özelliklere göre düzenli aşı yaptırma davranışının dağılımları Tablo 5.7'de özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %36,6'sı, erkeklerin ise %45,3'ü düzenli olarak grip aşısı olmuştur. Cinsiyetler arasında düzenli grip aşısı yaptırma bakımından fark bulunmamıştır (p=0,101).

40 yaş altı aile hekimlerinin %34,2'si, 41-49 yaş arasındakilerin %36'sı ve 50 yaş ve üzerindekiilerin %52'si düzenli olarak grip aşısı olmuştur. Yaş grupları arasında düzenli grip aşısı yaptırma bakımından fark olduğu söylenebilir (p=0,008). 50 yaş ve üzerindeki aile hekimleri diğer yaş gruplarındaki aile hekimlerine göre daha çok düzenli grip aşısı yaptırmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden kronik hastalığı olanların %46,8'i, kronik hastalığı olmayanların ise %39,1'i düzenli olarak grip aşısı olmuştur. Kronik hastalık ile düzenli grip aşısı olmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,170).

Araştırmaya Batı bölgesinden katılan aile hekimlerinin %42,5'i, Güney bölgesinden katılanların % 50,0'si, orta bölgesinden katılanların % 35,8'i, Kuzey

bölgesinden katılanların % 34,8'i ve Doğu bölgesinden katılanların % 40,0'ı grip aşısını düzenli olarak yaptırmaktadır. Bölgeler arasında grip aşısını düzenli olarak yaptırmak arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,594$).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden 3200 ve altında hastası olanların %40,3'ü, 3200 üzeri hastası olanların ise %42,2'si son 5 yılda grip aşısı yaptırmıştır. Hasta sayısı ile grip aşısı olma davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,736$). Aile hekimlerinin iş yükü ile ilişkili diğer parametre olan günlük kabul ettikleri hasta sayısı bakımından 40'tan az, 40-60 arası ve 60'tan fazla hasta kabul edenlerin aşı olma davranışı benzerdir ($p=0,660$). İş yükünün en büyük kısmını muayenenin, raporlu ilaç yazmanın veya koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturduğunu düşünen aile hekimlerinin grip aşısı olma davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,305$).

Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu düşünen aile hekimlerinin %54'ü, kısmen elverişli olduğunu düşünenlerin %31,2'si ve elverişli olmadığını düşünenlerin % 23,8'i düzenli olarak grip aşısı olmaktadır. Aile hekimlerinden aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu düşünenler diğer aile hekimlerinden anlamlı olarak daha fazla düzenli grip aşısı olmaktadır ($p=0,00$). Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği ile ilgili görüşler düzenli grip aşısı olma davranışını orta düzeyde etkilemektedir ($\chi^2=22,728$; $p=0,00$)

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden ailelerindeki bireylerin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanların %62,9'u, sağlamayanların ise %14,8'i düzenli olarak grip aşısı olmuştur. Ailelerindeki bireylerin düzenli grip aşısı yaptırmasını sağlamak ile düzenli olarak grip aşısı olmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,00$). Düzenli olarak grip aşısı olan bir aile hekiminin ailesindeki bireylerin düzenli olarak grip aşısı olma olasılığı grip aşısı olmayanlara göre 9,75 kat fazladır [Odds Oranı %95 G.A.= 5,74;16,54].

“Risk grubundaki hastalarımı mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırırım.” diyen aile hekimlerinin %56,0’sı, “Risk grubundaki hastalarımı mutlaka öneririm ama yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmam.” diyen aile hekimlerinin %35,2’si ve “Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm.” diyen aile hekimlerinin %14,3’ü düzenli olarak grip aşısı olmuştur. İnfluenza aşısı önerisi ile düzenli grip aşısı yaptırmada arasında anlamlı ve %28’lik bir ilişki bulunmuştur (p=0,00).

Tablo 5.7. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bazı özelliklere göre düzenli aşı yaptırmada davranışının dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

	Düzenli grip aşısı yaptırma		Ki-Kare Testi
	Evet	Hayır	
Cinsiyet			
Kadın	56 (%36,6)	97 (%63,4)	$\chi^2=2,691$
Erkek	91 (%45,3)	110 (%54,7)	$p=0,101$
Yaş			
40 altı	38 (%34,2)	73 (%65,8)	$\chi^2=9,552$ $p=0,008$
40-49	41 (%36,0)	73 (%64,0)	
50 ve üzeri	66 (%52,0)	61 (%48,0)	
Kronik Hastalık			
Var	52 (%46,8)	59 (%53,2)	$\chi^2=1,886$
Yok	95 (%39,1)	148 (%60,9)	$p=0,170$
Bölgeler			
Batı	79 (%42,5)	107 (%57,5)	$\chi^2=2,787$ $p=0,594$
Güney	23 (%50,0)	23 (%50,0)	
Orta	24 (%35,8)	43 (%64,2)	
Kuzey	8 (%34,8)	15 (%65,2)	
Doğu	12(%40,0)	18 (%60,0)	
Aile Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı			
3200 ve altı	50 (%40,3)	74 (%59,7)	$\chi^2=0,114$
3200 üzeri	97 (%42,2)	133 (%57,8)	$p=0,736$

Tablo 5.7. (devam) Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bazı özelliklere göre düzenli aşı yaptırma davranışının dağılımları (Aralık 2020-Ocak 2021)

	Düzenli grip aşısı yaptırma		Ki-Kare Testi
	Evet	Hayır	
Günlük Hasta Sayısı			
40'ın altında	36 (%39,6)	55 (%60,4)	$\chi^2=0,830$
40-60 arasında	79 (%43,6)	102 (%56,4)	$p=0,660$
60'ın üzerinde	31 (%38,3)	50 (%61,7)	
En Çok İş Yükünü Oluşturan Hizmet			
Muayene	81 (%39,1)	126 (%60,9)	$\chi^2=2,377$
Raporlu İlaç Yazmak	54 (%44,3)	68 (%55,7)	$p=0,305$
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	12(%54,5)	10 (%45,5)	
Aile Sağlığı Merkezlerinin Erişkin Bağışıklamadaki Rolü			
Elverişlidir	94 (%54,0)	80 (%46,0)	$\chi^2=22,728$
Kısmen elverişlidir	43 (%31,2)	95 (%68,8)	$p<0,001$
Elverişli değildir	10 (%23,8)	32 (%76,2)	
Son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir hastalığı olan bir hasta öyküsü			
Evet	97 (%43,3)	127(%56,7)	$\chi^2=0,695$
Hayır	50 (%37,8)	79 (%62,2)	$p=0,404$
Son 5 yıl içerisinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü			
Evet	22 (%42,3)	30 (%57,7=)	$\chi^2=0,015$
Hayır	125 (%41,4)	177 (%58,6)	$p=0,901$
Aile Bireylerinin Aşı Yaptırmasını Sağlama			
Evet	124 (%62,9)	73 (%37,1)	$\chi^2=82,539$
Hayır	23 (%14,8)	132 (%85,2)	$p<0,001$
İnfluenza Aşısı Önerisi			
Önerir+İkna Eder	84 (%56,0)	66 (%44,0)	$\chi^2=26,281$
Önerir+İkna Etmez	58 (%35,2)	107 (%64,8)	$p<0,001$
Talep Gelirse Önerir	5 (%14,3)	30 (%85,7)	

5.2. Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanımı ile Elde Edilen Sonuçlar

Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin özet istatistikleri (ortalama±standart hata, en küçük, en büyük değerler ve ortanca değer) ve Cronbach alfa katsayısı sonuçları Tablo 5.8'de yer almaktadır.

Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden alınabilecek minimum puan 26 ve maksimum puan 130'dur. Aile hekimlerinin Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği genel puan ortalaması ise $97,82 \pm 12,37$ olarak bulunmuştur. Bu puan 53 ile 130 arasında değişmektedir.

Duyarlılık ölçeğinin puan ortalaması $29,77 \pm 4,78$; ciddiyet ölçeğinin puan ortalaması $13,20 \pm 0,16$; yararlar ölçeğinin puan ortalaması $21,04 \pm 0,27$; engeller ölçeğinin puan ortalaması ise $33,81 \pm 0,25$ olarak bulunmuştur.

Cronbach alfa katsayısı ölçeklerin iç tutarlığının göstergesidir. Bu katsayının 0,80-1,00 arasında olması ölçeğin güvenilirliğinin "yüksek" olduğu, 0,60-0,79 arasında olması ölçeğin "oldukça güvenilir" olduğu, 0,40-0,59 arasında olması güvenilirliğin "düşük" düzeyde olduğu ve 0,00-0,39 arasında olması ölçeğin "güvenilir olmadığı" anlamına gelmektedir (95).

Ölçeğin tamamına ait Cronbach alfa katsayısı 0,897 olarak yüksek güvenilir bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları 0,772 ile 0,906 arasında değişmektedir. Tüm alt boyutların güvenilirliği oldukça güvenilir bulunmuştur.

Tablo 5.8. Gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği'nin özet istatistikleri ve güvenilirlik analizi (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	$\bar{x} \pm SS$	En Küçük	Ortanca	En Büyük	Cronbach Alfa
Duyarlılık	$29,77 \pm 4,78$	14	30	40	0,772
Ciddiyet	$13,20 \pm 2,88$	4	13	20	0,748
Yararlar	$21,04 \pm 4,80$	7	22	30	0,906
Engeller	$33,81 \pm 4,44$	11	34	40	0,854
Genel	$97,82 \pm 12,37$	53	97	130	0,897

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama ± Standart Sapma

Aile hekimlerinin gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeğinde yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.9'da özetlenmiştir.

Tablo 5.9. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeğinde yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Maddeler	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca
Duyarlılık		
Her gün birçok kişi ile çalışmak grip olma olasılığımı arttırır.	4,19±1,08	4,00
Sadece 65 yaşın üzerindeki kişiler grip olurlar.	4,61±0,84	5,00
Grip olma olasılığım çok.	3,98±1,01	4,00
Sağlıklı insanlar grip olabilirler.	4,39±0,75	5,00
Gelecekte grip olma olasılığımın çok olduğunu hissediyorum.	3,81±0,99	4,00
Grip olma konusunda çok endişeliyim.	2,68±1,07	3,00
Gelecek yıl grip olabilirim.	3,61±0,97	4,00
Grip olma düşüncesi beni korkutur.	2,50±1,07	2,00
Ciddiyet		
Grip olmak aile düzenimi bozabilir.	2,98±1,13	3,00
Grip olmak günlük aktivitelerimi daha zor hale getirir.	3,83±0,87	4,00
Eğer grip olsaydım, bu diğer hastalıklardan daha ciddi olurdu.	2,54±0,93	2,00
Grip ciddi bir hastalık olabilir.	3,85±0,85	4,00
Yararlar		
Grip aşısı olmak beni grip olmaktan koruyacaktır.	3,47±0,85	3,00
Grip aşısı olursam riskli hastalarımı da kendimden korumuş olurum.	3,73±0,92	4,00
Grip aşısı olmak ev halkımdaki diğer bireyleri grip olmaktan koruyacaktır.	3,60±0,93	4,00
Grip aşısı olmak işe devamsızlığımı önleyecek.	3,63±0,97	4,00
Grip aşısı olarak birçok kazancım olur.	3,65±1,01	4,00
Eğer grip aşısı olsaydım, grip olmaktan korkmazdım.	2,96±0,06	3,00
Kronik hastalığın olması grip aşısı olmak için bir nedendir.	4,23±0,91	4,00
Engeller		
Grip aşısı olmak bana uygun değildir.	4,15±0,94	4,00
Grip aşısı olmak için işime oldukça ara vermek zorundayım.	4,41±0,80	5,00
Grip aşısı olmak ağırlı olabilir.	3,98±0,88	4,00
Grip aşısı olmak zaman alıcıdır.	4,47±0,65	5,00
Grip aşısı olmak günlük aktivitelerimi engeller.	4,47±0,62	5,00
Grip aşısı olmanın birçok riski vardır.	4,11±0,74	4,00
Grip aşısı olmak çok fazla maliyetlidir.	4,21±0,77	4,00
Grip aşısının kötü bir reaksiyon oluşturması konusunda endişeliyim.	4,01±0,84	4,00

$\bar{X}\pm SS$:Ortalama±Standart sapma

Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 'ne ait puanlar sosyo-demografik özelliklere, tıbbi durumlara, iş yüküne, aşı ile önlenebilir hastalıklar ile ilgili deneyimlere, aile hekimlerinin influenza aşılama davranışlarına göre karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.10'da özetlenmiştir.

Duyarlılık ve engeller ölçek puanları bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark olduğu ($p=0,037$; $p=0,001$), ciddiyet ve yararlar puanları bakımından ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0,553$; $p=0,212$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da kadın ve erkekler arasında anlamlı fark vardır ($p=0,019$). Erkeklerin duyarlılık, engeller ve genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanlarının kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5.10. Araştırmaya katılan yer alan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Kadın (n=133)		Erkek (n=194)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SH$	Ortanca	
Duyarlılık	29,02±4,72	29,00	30,29±4,76	30,00	0,037^a
Ciddiyet	13,31±2,88	13,00	13,13±2,87	13,00	0,553 ^a
Yararlar	20,56±4,76	21,00	21,37±4,81	22,00	0,212 ^a
Engeller	33,00±4,07	32,00	34,37±4,61	35,00	0,001^a
Genel	95,88±11,49	97,00	99,15±12,80	99,50	0,018^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,097$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.11'de özetlenmiştir. Madde 28: "İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal, vs. kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar.", Madde 30: "Grip üç-beş gün sürer." ve Madde 36: "Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım." tutumları bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p<0,001$; $p=0,031$; $p=0,038$). Kadınların bu görüşlere katılma eğilimlerinin erkeklerden fazla olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda kullanılan araştırma maddeleri aşağıdaki numaralar ile belirtilmiştir. (EK 6)

Madde 27. Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak

Madde 28. İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal, vs. kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar

Madde 29. İnsanlar, grip olan diğer insanların bulunduğu ortamın havasını soluduğunda grip olurlar

Madde 30. Grip üç-beş gün sürer

Madde 31. Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir

Madde 32. Grip aşısından grip olunabilir

Madde 33. İnsanlar grip aşısından sonra sıklıkla hasta olubilirler

Madde 34. Dengeli bir diyetle beslenirim

Madde 35. Tıbbi önerilere uyarım çünkü bunların benim sağlık durumuma yararlı olacağına inanırım

Madde 36. Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım

Madde 37. Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım

Madde 38. Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var

Madde 39. Düzenli olarak haftada en az iki üç kez egzersiz yaparım.

Tablo 5.11. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyetlere göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Kadın (n=133)		Erkek (n=194)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,56±1,15	2,00	2,39±1,09	2,00	0,220
Madde28	3,36±1,0	4,00	2,85±1,13	3,00	<0,001
Madde29	4,09±0,71	4,00	4,07±0,80	4,00	0,925
Madde30	3,17±0,93	3,00	2,92±1,03	3,00	0,031
Madde31	4,15±0,88	4,00	4,24±0,72	4,00	0,586
Madde32	3,57±0,89	4,00	3,80±1,64	4,00	0,070
Madde33	3,73±0,78	4,00	3,83±0,83	4,00	0,140
Madde34	3,70±0,80	4,00	3,53±0,89	4,00	0,078
Madde35	4,01±0,76	4,00	4,05±0,76	4,00	0,625
Madde36	3,80±0,81	4,00	3,63±0,83	4,00	0,038
Madde37	3,95±0,79	4,00	3,95±0,79	4,00	0,857
Madde38	3,33±0,94	3,00	3,16±0,99	3,00	0,099
Madde39	2,95±1,00	3,00	3,04±1,16	3,00	0,609

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaşlara göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.12’de özetlenmektedir. Araştırmaya katılan kişilerden 30 yaş altında yalnızca 18 kişi olduğu için homojenliği sağlamak amacıyla gruplar 40 yaşın altında, 40 ile 49 yaş arasında, 50 ve üzerinde olmak üzere üç düzeyde yeniden sınıflandırılmıştır. Duyarlılık, ciddiyet ve yararlar ölçek puanları bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), engeller puanı bakımından ise anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,015$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,334$).

Engeller puanları bakımından anlamlı farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu bulabilmek amacıyla Dunn testi uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.13’de özetlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 40-49 yaş aralığındaki kişilerin engeller puanının 50 yaş ve üzeri kişilerden daha düşük olduğu söylenebilir ($p=0,012$).

Tablo 5.12. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaşlara göre ölçek puanlarının dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	40 altı (n=101)		40-49 (n=108)		50 ve üzeri (n=116)		P
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	29,65±5,10	29,00	30,04±4,39	30,00	29,58±4,89	29,00	0,746 ^a
Ciddiyet	12,90±2,85	12,00	13,26±2,88	13,00	13,39±2,91	13,00	0,311 ^a
Yararlar	21,24±4,91	22,00	20,29±4,75	20,00	21,56±4,74	22,00	0,133 ^a
Engeller	33,69±4,52	34,00	33,06±4,37	33,00	34,64±4,36	35,00	0,015^a
Genel	97,49±13,32	97,00	96,64±11,95	97,00	99,16±11,95	99,00	0,278 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Kruskal-Wallis H testi sonucu; b: Welch t-testi sonucu (Levene testi sonucu p=0,036).

Tablo 5.13. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre engeller puanlarının ikili karşılaştırılması (Aralık 2020-Ocak 2021)

Yaş grubu karşılaştırmaları	Düzeltilmiş p*
40 altı ile 40-49yaş grubu	0,758
40 altı ile 50 ve üstü yaş grubu	0,285
40-49 ile 50 ve üstü yaş grubu	0,012

*Dunn Testi Sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.14'te özetlenmiştir. İncelenen maddeler bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.14. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	40 altı (n=101)		40-49 (n=108)		50 ve üzeri (n=116)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,36±1,13	2,00	2,61±1,08	2,50	2,40±1,12	2,00	0,060
Madde28	3,20±0,99	3,00	3,21±1,19	3,00	2,82±1,19	3,00	0,840
Madde29	3,99±0,72	4,00	4,06±0,81	4,00	4,19±0,75	4,00	0,308
Madde30	2,98±1,04	3,00	2,96±0,99	3,00	3,13±0,96	3,00	0,904
Madde31	4,18±0,71	4,00	4,09±0,89	4,00	4,33±0,75	4,00	0,761
Madde32	3,55±0,93	4,00	3,82±1,98	4,00	3,72±1,00	4,00	0,383
Madde33	3,71±0,79	4,00	3,69±0,77	4,00	3,97±0,84	4,00	0,658
Madde34	3,59±0,94	4,00	3,49±0,83	4,00	3,72±0,80	4,00	0,329
Madde35	4,08±0,81	4,00	3,98±0,71	4,00	4,04±0,76	4,00	0,180
Madde36	3,76±0,90	4,00	3,57±0,83	4,00	3,77±0,75	4,00	0,062
Madde37	4,01±0,79	4,00	3,87±0,83	4,00	3,98±0,75	4,00	0,224
Madde38	3,36±1,00	3,00	3,17±0,98	3,00	3,18±0,95	3,00	0,171
Madde39	3,09±1,07	3,00	2,85±1,01	3,00	3,07±1,19	3,00	0,138

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgelere göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.16'da özetlenmiştir. Ciddiyet, yararlar ve engeller puanları bakımından bölgeler arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), duyarlılık bakımından ise fark olduğu söylenebilir ($p=0,015$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından bölgeler arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,442$). Bölgeler arasında duyarlılık bakımından hangi bölgelerin birbirinden farklı olduğunu belirlemek için Dunn testi uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.15'de özetlenmiştir.

Tablo 5.15. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgelere göre ölçek puanlarının ikili karşılaştırması (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Karşılaştırılan Bölgeler	Düzeltilmiş p*
Batı – Güney	0,017
Batı – Orta	1,000
Batı – Kuzey	1,000
Batı – Doğu	1,000
Güney - Orta	0,016
Güney -Kuzey	0,830
Güney - Doğu	1,000
Orta - Kuzey	1,000
Orta - Doğu	1,000
Kuzey - Doğu	1,000

*Dunn Testi Sonucu

Güney bölgesinde çalışan aile hekimlerinin duyarlılık puanının Batı ve Orta bölgelerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir (p=0,017; p=0,016). Diğer bölgelerin duyarlılık puanlarının ise benzer olduğu söylenebilir (p=1,000).

Tablo 5.16. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin bölgelere göre ölçek puanlarının dağılımı (n=326) (Aralık 2020- Ocak 2021)

Ölçek	Batı (n=169)		Güney (n=41)		Orta (n=66)		Kuzey (n=22)		Doğu (n=28)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	
Duyarlılık	29,34±5,02	29,00	31,90±4,45	31,00	29,14±4,56	28,50	29,86±3,58	30,00	30,68±4,47	29,00	0,015
Ciddiyet	13,24±2,91	13,00	13,83±2,52	13,00	12,85±3,11	13,00	12,27±2,25	12,00	13,64±2,92	13,00	0,156
Yararlar	21,00±5,17	21,00	21,02±3,98	22,00	21,17±4,54	21,00	20,68±3,88	20,50	21,18±5,12	22,00	0,985
Engeller	34,17±4,36	34,00	33,56±4,35	34,00	33,64±3,94	33,50	32,09±6,04	32,50	34,07±4,52	32,00	0,588
Genel	97,75±12,82	98,00	100,32±10,96	100,00	96,79±12,04	96,00	94,91±11,70	95,00	99,57±12,96	99,50	0,442

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma; Ort:Ortanca; *: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık (kronik metabolik hastalıklar, kronik kardiyovasküler sistem hastalıkları, kronik renal disfonksiyon, kronik pulmoner hastalık, kronik karaciğer hastalığı, hemoglobinopati, immün yetmezlik, immün supresif tedavi) varlığına göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.17’de özetlenmiştir. Ölçek puanları bakımından tıbbi hastalıklara sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p>0,05$).

Tablo 5.17. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Var (n=104)		Yok (n=223)		P
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,49±4,58	30,00	29,43±4,84	29,00	0,105 ^a
Ciddiyet	13,57±2,83	13,00	13,03±2,89	13,00	0,129 ^a
Yararlar	21,18±4,55	22,00	20,97±4,92	21,00	0,691 ^a
Engeller	33,93±4,98	34,50	33,75±4,18	33,00	0,375 ^a
Genel	99,17±11,75	100,00	97,19±12,62	97,00	0,178 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,764$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.18’de özetlenmiştir. Madde puanları bakımından sadece Madde 28:“İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal, vs. kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar.” tutumları bakımından kronik hastalıklara sahip olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,005$). Kronik hastalıklara sahip olanların bu görüşe katılma eğilimlerinin olmayanlardan fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.18. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Var (n=104)		Yok (n=223)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,42±1,09	2,00	2,54±1,17	2,00	0,461
Madde28	3,19±1,07	3,00	2,80±1,14	3,00	0,005
Madde29	4,06±0,72	4,00	4,12±0,85	4,00	0,260
Madde30	3,08±0,95	3,00	2,91±1,08	3,00	0,188
Madde31	4,15±0,82	4,00	4,32±0,70	4,00	0,108
Madde32	3,74±0,98	4,00	3,69±1,55	4,00	0,198
Madde33	3,85±0,86	4,00	3,77±0,78	4,00	0,277
Madde34	3,63±0,89	4,00	3,55±0,77	4,00	0,512
Madde35	4,06±0,79	4,00	3,97±0,69	4,00	0,201
Madde36	3,73±0,86	4,00	3,63±0,76	4,00	0,319
Madde37	3,97±0,82	4,00	3,91±0,73	4,00	0,430
Madde38	3,23±0,98	3,00	3,23±0,95	3,00	0,901
Madde39	3,00±1,10	3,00	3,00±1,09	3,00	0,964

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Çalışmaya katılan kişilerde en sık görülen tıbbi durumlar kronik metabolik hastalıklar (n=46, %12,2) ve kronik kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır (n=67,%17,8). Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.19’te özetlenmiştir. Ölçek puanları bakımından kronik metabolik hastalıklara sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir (p>0,05).

Tablo 5.19. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Var (n=43)		Yok (n=284)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	29,93±4,61	29,00	29,75±4,81	30,00	0,976 ^a
Ciddiyet	13,23±3,21	13,00	13,20±2,83	13,00	0,967 ^a
Yararlar	20,88±4,02	22,00	21,06±4,91	22,00	0,757 ^a
Engeller	34,56±3,86	35,00	33,70±4,52	34,00	0,303 ^a
Genel	98,60±9,70	99,00	97,70±12,73	97,00	0,657 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu p=0,060).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.20’de özetlenmiştir.

Madde 28:“İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal, vs. kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar.” tutumları bakımından kronik metabolik hastalıklara sahip olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,002$). Kronik metabolik hastalıklara sahip olanların bu görüşe katılma eğilimlerinin olmayanlardan fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.20. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik metabolik hastalık durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=325) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Var (n=43)		Yok (n=284)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,45±1,11	2,00	2,49±1,16	2,00	0,885
Madde28	3,14±1,10	3,00	2,56±1,05	2,00	0,002
Madde29	4,09±0,75	4,00	4,02±0,89	4,00	0,898
Madde30	3,02±0,99	3,00	3,07±1,08	3,00	0,771
Madde31	4,20±0,80	4,00	4,28±0,70	4,00	0,640
Madde32	3,81±1,03	4,00	3,69±1,43	4,00	0,173
Madde33	3,72±0,80	4,00	3,80±0,81	4,00	0,374
Madde34	3,61±0,87	4,00	3,51±0,80	4,00	0,597
Madde35	4,05±0,78	4,00	3,93±0,63	4,00	0,191
Madde36	3,71±0,85	4,00	3,60±0,69	4,00	0,289
Madde37	3,95±0,80	4,00	3,95±0,72	4,00	0,821
Madde38	3,24±0,98	3,00	3,19±0,93	3,00	0,839
Madde39	2,98±1,10	3,00	3,16±1,07	3,00	0,356

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.21’de özetlenmiştir.

Duyarlılık ve yararlar puanları bakımından kronik kardiyovasküler sistem hastalıklara sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ciddiye ve engeller puanları bakımından ise anlamlı fark olduğu söylenebilir ($p=0,023$; $p=0,038$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da kronik kardiyovasküler sistem hastalıklara sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,074$). Kronik kardiyovasküler sistem hastalıklara sahip olanların ciddiye ve engeller puanlarının sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5.21. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Yok (n=265)		Var (n=62)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	29,55±4,80	29,00	30,73±4,59	30,00	0,103 ^a
Ciddiyet	13,03±2,86	13,00	13,92±2,86	14,00	0,023^a
Yararlar	20,97±4,86	21,00	21,32±4,55	22,00	0,531 ^a
Engeller	33,62±4,31	33,00	34,63±4,93	35,00	0,038^a
Genel	97,17±12,40	97,00	100,60±11,93	100,50	0,050 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu p=0,859).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kronik kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5. 22’de özetlenmiştir. Madde 30: “Grip üç-beş gün sürer.” ifadesine katılıma eğilimi kronik kardiyovasküler sistem hastalıklara sahip olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir (p=0,022). Kardiyovasküler sistem hastalıklara sahip olmayanların bu görüşe katılma eğilimlerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.22. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kardiyovasküler sistem hastalıkları durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Yok (n=265)		Var (n=62)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,44±1,12	2,00	2,53±1,11	2,00	0,544
Madde28	3,11±1,08	3,00	2,87±1,19	3,00	0,130
Madde29	4,07±0,75	4,00	4,13±0,82	4,00	0,430
Madde30	3,09±0,96	3,00	2,74±1,10	3,00	0,022
Madde31	4,16±0,81	4,00	4,39±0,66	4,00	0,053
Madde32	3,84±0,96	4,00	3,67±1,47	4,00	0,061
Madde33	3,92±0,82	4,00	3,76±0,80	4,00	0,112
Madde34	3,61±0,86	4,00	3,58±0,84	4,00	0,902
Madde35	4,05±0,77	4,00	3,97±0,72	4,00	0,477
Madde36	3,71±0,84	4,00	3,63±0,79	4,00	0,567
Madde37	3,95±0,83	4,00	3,97±0,60	4,00	0,833
Madde38	3,20±0,99	3,00	3,35±0,91	3,00	0,250
Madde39	3,00±1,11	3,00	3,00±1,04	3,00	0,975

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı 3000 taneden az hastası olan 77 kişi, 3000-3200 arasında hastası olan 49 kişi ve 3200’den fazla hastası olan 231 kişi olduğu için gruplardaki homojenliği sağlamak amacıyla hasta sayıları iki düzeyde (3200 ve altı, 3200’ün üzeri) yeniden sınıflandırılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısına göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.23’de özetlenmiştir. Duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve engeller ölçek puanları bakımından kayıtlı hasta sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p>0,05$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da kayıtlı hasta sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,435$).

Tablo 5.23. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısına göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	3200 ve altı (n=117)	3200 üstü (n=210)			p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	29,71±5,01	29,00	29,80±4,66	30,00	0,648 ^a
Ciddiyet	13,08±2,85	13,00	13,27±2,89	13,00	0,675 ^a
Yararlar	21,44±5,07	22,00	20,82±4,64	21,00	0,166 ^a
Engeller	33,07±5,26	33,00	34,22±3,86	34,00	0,103 ^a
Genel	97,29±13,27	97,00	98,12±11,86	98,00	0,562 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,434$).

Aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısı bakımından maddelerden aldıkları puanların karşılaştırılması sonuçları Tablo 5.24’te özetlenmiştir. İncelenen maddeler bakımından kayıtlı hasta sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 5.24. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	3200 ve altı (n=117)		3200 üstü (n=210)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,50±1,15	2,00	2,43±1,10	2,00	0,689
Madde28	3,10±1,08	3,00	3,04±1,12	3,00	0,084
Madde29	4,10±0,74	4,00	4,07±0,78	4,00	0,722
Madde30	3,02±0,98	3,00	3,03±1,01	3,00	0,803
Madde31	4,17±0,78	4,00	4,22±0,80	4,00	0,369
Madde32	3,60±0,88	4,00	3,76±1,60	4,00	0,404
Madde33	3,72±0,81	4,00	3,83±0,81	4,00	0,305
Madde34	3,65±0,82	4,00	3,58±0,88	4,00	0,270
Madde35	4,08±0,69	4,00	4,00±0,80	4,00	0,247
Madde36	3,76±0,82	4,00	3,66±0,83	4,00	0,809
Madde37	3,96±0,78	4,00	3,95±0,79	4,00	0,772
Madde38	3,26±0,95	3,00	3,21±0,99	3,00	0,382
Madde39	3,03±1,07	3,00	2,99±1,11	3,00	0,364

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Aile hekimin günlük kabul ettiği hasta sayısına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması sonuçları Tablo 5.25’de özetlenmiştir. Duyarlılık, ciddiye, yararlar ve engeller ölçek puanları bakımından günlük kabul edilen hasta sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p>0,05$). Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da günlük kabul edilen hasta sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,585$).

Tablo 5.25. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük kabul edilen hasta sayısına göre ölçek puanlarının dağılımı (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	40 altı (n=86)		41-49 (n=168)		50 ve üzeri (n=72)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	
Duyarlılık	29,94±5,15	30,00	29,49±4,76	29,00	30,28±4,39	30,00	0,434 ^a
Ciddiyet	13,28±3,04	13,00	13,23±2,74	13,00	13,08±3,03	13,00	0,612 ^a
Yararlar	21,34±5,34	22,50	20,90±4,75	20,99	20,99±4,27	22,00	0,728 ^a
Engeller	33,85±4,83	34,00	33,70±4,35	33,00	33,97±4,22	34,00	0,716 ^a
Genel	98,41±13,83	98,50	97,32±11,90	97,00	98,32±11,78	97,00	0,651 ^a

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; Ort: Ortanca; a: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Aile hekimin günlük kabul ettiği hasta sayısına göre maddelerin karşılaştırılması sonuçları Tablo 5.26’da özetlenmiştir. İncelenen maddeler bakımından günlük kabul edilen hasta sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 5.26. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük kabul edilen hasta sayısına göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=326) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	40 altı (n=86)		41-49 (n=168)		50 ve üzeri (n=72)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SH$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,57±1,10	2,00	2,35±1,12	2,00	2,60±1,10	2,50	0,092
Madde28	3,09±1,05	3,00	3,02±1,16	3,00	3,11±1,06	3,00	0,816
Madde29	4,16±0,75	4,00	4,08±0,78	4,00	4,00±0,76	4,00	0,322
Madde30	2,93±0,98	3,00	3,08±1,00	3,00	3,00±1,03	3,00	0,443
Madde31	4,27±0,78	4,00	4,19±0,77	4,00	4,18±0,85	4,00	0,654
Madde32	3,69±0,87	4,00	3,79±1,72	4,00	3,53±0,95	4,00	0,340
Madde33	3,85±0,74	4,00	3,80±0,83	4,00	3,69±0,83	4,00	0,474
Madde34	3,52±0,84	4,00	3,63±0,89	4,00	3,64±0,81	4,00	0,547
Madde35	4,01±0,86	4,00	3,99±0,74	4,00	4,15±0,66	4,00	0,358
Madde36	3,71±0,92	4,00	3,64±0,80	4,00	3,81±0,78	4,00	0,348
Madde37	3,95±0,79	4,00	3,93±0,76	4,00	4,00±0,87	4,00	0,740
Madde38	3,20±1,05	3,00	3,21±0,96	3,00	3,31±0,91	3,00	0,831
Madde39	2,92±1,15	3,00	3,04±1,11	3,00	2,99±1,00	3,00	0,558

$\bar{X}\pm SH$: Ortalama±Standart sapma; *: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yalnızca 22 tanesi en çok iş yükü olarak koruyucu sağlık hizmetlerini görmekte iken enjeksiyon ve pansumanı en çok iş yükü olarak gören kimse yoktur. Muayeneyi 209 kişi ve raporlu ilaç yazımını 123 kişi en çok iş yükü olarak görmektedir. Gruplardaki homojenliği sağlamak amacıyla muayene ve raporlu ilaç yazımını karşılaştırması yapılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.27’de özetlenmiştir. Duyarlılık, yararlar ve engeller ölçek puanları bakımından en çok iş yükünü muayene ve raporlu ilaç yazımını olarak görenler arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ciddiyet bakımından ise anlamlı bir fark olduğu ($p=0,041$) söylenebilir. Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından da en çok iş yükünü muayene ve raporlu ilaç yazımını olarak görenler

arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,119$). En çok iş yükünü muayene olarak görenlerin ciddiyet puanı raporlu ilaç yazımı olarak görenlerden daha fazladır.

Tablo 5.27. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre ölçek puanlarının dağılımı ($n=304$) (Aralık 2020-Ocak 2021)¹

Ölçek	Muayene (n=193)		Raporlu İlaç (n=111)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,15±4,42	30,00	29,05±5,11	28,00	0,038^a
Ciddiyet	13,45±2,93	13,00	12,77±2,86	12,00	0,041^a
Yararlar	21,30±4,55	22,00	20,55±5,25	21,00	0,353 ^a
Engeller	33,99±3,97	34,00	33,93±4,71	34,00	0,767 ^a
Genel	98,90±11,35	99,00	96,31±13,43	96,00	0,075 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b:Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,065$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.28'te özetlenmiştir. İncelenen maddeler bakımından iş yükleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 5.28. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en çok iş yüküne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı ($n=304$) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Muayene (n=193)		Raporlu İlaç (n=111)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,52±1,13	2,00	2,32±1,09	2,00	0,101
Madde28	3,05±01,09	3,00	3,03±1,10	3,00	0,851
Madde29	4,08±0,73	4,00	4,11±0,77	4,00	0,623
Madde30	3,01±1,00	3,00	3,08±0,97	3,00	0,639
Madde31	4,17±0,82	4,00	4,31±0,68	4,00	0,207
Madde32	3,82±1,59	4,00	3,59±1,00	4,00	0,100
Madde33	3,75±0,78	4,00	3,89±0,85	4,00	0,172
Madde34	3,63±0,85	4,00	3,59±0,86	4,00	0,840
Madde35	4,03±0,77	4,00	4,12±0,67	4,00	0,489
Madde36	3,75±0,80	4,00	3,69±0,84	4,00	0,524
Madde37	3,99±0,06	4,00	4,02±0,07	4,00	0,955
Madde38	3,25±0,07	3,00	3,25±0,09	3,00	0,849
Madde39	3,10±0,08	3,00	2,89±0,10	3,00	0,161

$\bar{X}\pm SH$: Ortalama±Standart hata; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.29'da özetlenmiştir.

Duyarlılık, ciddiyet ve engeller ölçek puanları bakımından son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığa sahip hastası olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), yararlar bakımından ise anlamlı bir fark olduğu ($p=0,026$) söylenebilir. Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığa sahip hastası olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,037$). Son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığa sahip hastası olanların yararlar ve Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanları olmayanlara göre fazladır.

Tablo 5.29. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n:326) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Evet (n=207)		Hayır (n=119)		P
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,16±4,70	30,00	29,13±4,87	29,00	0,056 ^a
Ciddiyet	13,41±2,85	13,00	12,86±2,89	13,00	0,220 ^a
Yararlar	21,41±4,59	22,00	20,38±5,11	20,00	0,026^a
Engeller	34,05±4,02	34,00	33,41±5,10	33,00	0,337 ^a
Genel	99,02±11,42	99,00	95,77±13,72	96,00	0,030^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Welch t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,018$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.30'da özetlenmiştir.

Madde 31: "Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir." ve Madde 37: "Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım." tutumları bakımından son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığa sahip hastası olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,001$; $p=0,023$). Son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığa sahip hastası olanların bu görüşlere katılma eğilimlerinin olmayanlardan fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.30. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde aşı ile önlenebilir bir hastalığı olan hastası olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n:326) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Evet (n=207)		Hayır (n=119)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,47±1,15	2,00	2,44±1,06	2,00	0,907
Madde28	3,05±1,12	3,00	3,09±1,09	3,00	0,795
Madde29	4,13±0,76	4,00	3,98±0,77	4,00	0,061
Madde30	3,07±1,01	3,00	2,94±0,98	3,00	0,229
Madde31	4,30±0,79	4,00	4,03±0,77	4,00	0,001
Madde32	3,78±1,58	4,00	3,57±0,95	4,00	0,199
Madde33	3,76±0,81	4,00	3,84±0,81	4,00	0,377
Madde34	3,61±0,82	4,00	3,58±0,92	4,00	0,783
Madde35	4,05±0,73	4,00	3,99±0,82	4,00	0,632
Madde36	3,75±0,78	4,00	3,61±0,90	4,00	0,185
Madde37	4,03±0,74	4,00	3,82±0,86	4,00	0,023
Madde38	3,24±0,97	3,00	3,23±0,98	3,00	0,897
Madde39	2,98±1,07	3,00	3,04±1,15	3,00	0,605

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.31’de özetlenmiştir.

Duyarlılık, ciddiyet ve engeller ölçek puanları bakımından son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hastası olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), yararlar bakımından ise anlamlı bir fark olduğu ($p=0,005$) söylenebilir. Son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hastası olanların yararlar ölçek puanı olmayanlara göre fazladır.

Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hastası olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ($p=0,068$).

Tablo 5.31. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n:327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Evet (n=50)		Hayır (n=277)		P
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,20±4,79	30,00	29,69±4,78	30,00	0,517 ^a
Ciddiyet	13,78±2,98	14,00	13,10±2,85	13,00	0,099 ^a
Yararlar	22,84±3,90	23,00	20,71±4,88	21,00	0,005^a
Engeller	33,94±5,30	34,00	33,79±4,28	34,00	0,445 ^a
Genel	100,76±11,63	100,00	97,29±12,44	97,00	0,068 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu p=0,566).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.32’de özetlenmiştir. İncelenen maddeler bakımından son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hastası olan ve olmayan aile hekimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.32. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hasta öyküsü olma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n:327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Evet (n=50)		Hayır (n=277)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,56±1,18	2,00	2,44±1,10	2,00	0,496
Madde28	3,12±1,21	3,00	3,05±1,09	3,00	0,579
Madde29	4,18±0,73	4,00	4,06±0,77	4,00	0,317
Madde30	3,08±1,15	3,00	3,01±0,97	3,00	0,673
Madde31	4,34±0,80	4,00	4,18±0,79	4,00	0,112
Madde32	3,86±0,90	4,00	3,68±1,46	4,00	0,075
Madde33	3,74±0,90	4,00	3,80±0,79	4,00	0,738
Madde34	3,64±0,78	4,00	3,59±0,87	4,00	0,700
Madde35	4,00±0,61	4,00	4,04±0,79	4,00	0,418
Madde36	3,78±0,68	4,00	3,68±0,85	4,00	0,588
Madde37	4,02±0,77	4,00	3,94±0,79	4,00	0,501
Madde38	3,44±0,73	3,00	3,19±1,01	3,00	0,103
Madde39	3,12±1,00	3,00	2,98±1,11	3,00	0,369

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma, *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre ölçek puanlarının Tablo 5.33’de özetlenmiştir.

Aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerini erişkin bağışıklama hizmetleri için elverişliliği hakkındaki değerlendirmeleri ile uyarlılık, ciddiyet ve yararlar puanları bakımından anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), engeller bakımından ise fark olduğu söylenebilir ($p=0,003$).

Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanı bakımından aile sağlığı merkezlerini erişkin bağışıklama hizmetleri için elverişliliği hakkındaki değerlendirmeler arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,016$).

Engeller ve genel ölçek puanındaki anlamlı farklılığın aile sağlığı merkezlerinin elverişliliği ile ilgili olan “elverişlidir”, “kısmen elverişlidir” ve “yeterli değil” değişkenlerinden hangisinden kaynaklandığını bulabilmek amacıyla Tukey HSD ve Dunn testleri uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.34’da özetlenmiştir.

Tablo 5.33. Araştırmaya katılan aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Elverişlidir(n=160)		Kısmen Elverişlidir (n=129)		Yeterli Değil (n=38)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,26±4,72	30,00	29,05±4,69	29,00	30,13±5,17	29,00	0,105 ^a
Ciddiyet	13,24±2,96	13,00	13,01±2,86	13,00	13,68±2,53	14,00	0,452 ^a
Yararlar	21,71±4,50	22,00	20,51±5,05	21,00	20,00±4,88	20,00	0,057 ^a
Engeller	34,71±3,86	35,00	33,02±4,87	32,00	32,74±4,59	33,00	0,003^a
Genel	99,92±11,83	100,00	95,59±12,72	95,00	96,55±12,22	93,00	0,010^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Kruskal-Wallis H testi sonucu; b: Tek yönlü varyans analizi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,590$).

Tablo 5.34. Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama hizmetleri için elverişliliği ile ilgili görüşlerin karşılaştırılması (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Öneri	Engeller ⁺	Genel ⁺⁺
Elverişlidir – Kısmen elverişlidir	0,007	0,008
Elverişlidir – Yeterli değil	0,050	0,279
Kısmen elverişlidir – Yeterli değil	1,000	0,904

+ : Dunn testi sonucu (düzeltilmiş p değeri); ++: Tukey HSD sonucu (p değeri)

Aile sağlığı merkezini erişkin bağışıklamaya elverişli olarak görenlerin engeller puanının diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu söylenebilir. Aile sağlığı merkezlerini erişkin bağışıklamaya elverişli olarak görenlerin Genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli lek puanının kısmen elverişli olarak görenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,050$) fakat yeterli değil diyenlerle benzer olduğu söylenebilir ($p=0,279$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtın dağılımı Tablo 5.35’de özetlenmiştir.

Madde27: “Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak.”, Madde30: “Grip üç-beş gün sürer.” ve Madde34: “Dengeli bir diyetle beslenirim.” tutumları bakımından aile sağlığı merkezinin erişkin bağışıklamadaki rolleri arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,008$; $p=0,037$; $p=0,017$). Bu araştırma maddelerindeki anlamlı farklılığın aile sağlığı merkezlerinin elverişliliği ile ilgili olan “elverişlidir”, “kısmen elverişlidir” ve “yeterli değil” değişkenlerinden hangisinden kaynaklandığını bulabilmek amacıyla Dunn testi uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.36’de özetlenmiştir.

Tablo 5.35. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Elverişlidir (n=160)		Kısmen Elverişlidir (n=129)		Yeterli Değil (n=38)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,40±1,15	2,00	2,34±0,95	2,00	3,08±1,30	3,00	0,008
Madde28	3,01±1,15	3,00	3,08±1,04	3,00	3,21±1,14	3,00	0,670
Madde29	4,14±0,75	4,00	4,05±0,72	4,00	3,89±0,92	4,00	0,235
Madde30	3,07±1,05	3,00	2,88±0,96	3,00	3,32±0,81	3,00	0,037
Madde31	4,24±0,78	4,00	4,23±0,77	4,00	4,00±0,87	4,00	0,213
Madde32	3,74±0,99	4,00	3,69±1,87	4,00	3,61±0,82	4,00	0,147
Madde33	3,89±0,77	4,00	3,75±0,82	4,00	3,53±0,86	4,00	0,057
Madde34	3,73±0,88	4,00	3,53±0,83	4,00	3,32±0,77	3,00	0,017
Madde35	4,09±0,76	4,00	3,93±0,79	4,00	4,13±0,66	4,00	0,169
Madde36	3,78±0,81	4,00	3,59±0,83	4,00	3,71±0,84	4,00	0,148
Madde37	4,04±0,78	4,00	3,84±0,82	4,00	3,97±0,69	4,00	0,081
Madde38	3,28±1,01	3,00	3,16±0,96	3,00	3,29±0,87	3,00	0,694
Madde39	3,13±1,15	3,00	2,93±1,05	3,00	2,68±0,93	3,00	0,068

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Tablo 5.36. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin erişkin bağışıklama için elverişliliği görüşüne göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların ikili karşılaştırılması (Dunn testi sonucu düzeltilmiş p değeri)

Öneri	Madde27	Madde30	Madde34
Elverişlidir – Kısmen elverişlidir	1,000	0,257	0,210
Elverişlidir – Yeterli değil	0,010	0,559	0,025
Kısmen elverişlidir – Yeterli değil	0,009	0,049	0,471

Aile sağlığı merkezinin erişkin bağışıklama için elverişli olmadığını düşünenlerin “Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak.” görüşüne katılma eğiliminin diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aile sağlığı merkezinin erişkin bağışıklama için elverişli olmadığını düşünenlerin “Grip üç-beş gün sürer.” görüşüne katılma eğiliminin kısmen elverişli olduğunu düşünenlere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aile sağlığı merkezinin erişkin bağışıklama elverişli olduğunu düşünenlerin “Dengeli bir diyetle beslenirim.” görüşüne katılma eğiliminin elverişli olmadığını düşünenlere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı Tablo 5.37’de özetlenmiştir.

Tüm ölçek puanları bakımından son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıranlar ve yaptırmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,01$), son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıranların ölçek puanlarının yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5.37. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Evet (n=138)		Hayır (n=186)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	31,03±4,91	31,00	28,82±4,43	28,50	<0,001 ^a
Ciddiyet	13,72±2,94	14,00	12,77±2,73	12,00	0,002 ^a
Yararlar	23,49±3,81	24,00	19,13±4,59	19,00	0,000 ^a
Engeller	35,05±4,71	36,00	32,82±3,98	32,00	0,000 ^a
Genel	103,28±11,79	103,00	93,55±11,04	93,00	0,000 ^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu $p=0,549$).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.38’te özetlenmiştir.

Madde31: “Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir.”, Madde35: “Tıbbi önerilere uyarım çünkü bunların benim sağlık durumuma yararlı olacağına inanırım.”, Madde37: “Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım.”, ve Madde38: “Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var.” tutumları bakımından son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıran ve yaptırmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,028$; $p=0,010$; $p=0,001$; $p=0,029$). Son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıranların bu görüşlere katılma eğilimlerinin yaptırmayanlardan fazla olduğu söylenebilir.

Madde32: “Grip aşısından grip olunabilir.” ve Madde33: “İnsanlar grip aşısından sonra sıklıkla hasta olabilirler.” tutumları bakımından son 5 yıldır grip aşısını

düzenli olarak her sezon yaptıran ve yaptırmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p=0,008$; $p<0,001$). Son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırmayanların bu görüşlere katılma eğilimlerinin yaptıranlardan fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 5.38. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 yıldır grip aşısını düzenli yaptırma durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Evet (n=138)		Hayır (n=186)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,52±1,19	2,00	2,39±1,04	2,00	0,443
Madde28	3,05±1,21	3,00	3,06±1,03	3,00	0,882
Madde29	4,17±0,74	4,00	4,01±0,78	4,00	0,073
Madde30	3,11±1,08	3,00	2,98±0,92	3,00	0,151
Madde31	4,30±0,79	4,00	4,13±0,78	4,00	0,028
Madde32	3,75±1,00	4,00	3,66±0,62	4,00	0,041
Madde33	3,96±0,81	4,00	3,66±0,78	4,00	<0,001
Madde34	3,69±0,79	4,00	3,53±0,90	4,00	0,140
Madde35	4,14±0,74	4,00	3,94±0,76	4,00	0,010
Madde36	3,80±0,84	4,00	3,62±0,81	4,00	0,053
Madde37	4,09±0,78	4,00	3,84±0,78	4,00	0,001
Madde38	3,36±0,97	3,00	3,14±0,95	3,00	0,029
Madde39	3,05±1,11	3,00	2,94±1,08	3,00	0,311

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna Tablo 5.39’da özetlenmiştir.

Tüm ölçek puanları bakımından aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanlar ve sağlamayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p<0,01$). Aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanların ölçek puanlarının sağlamayanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5.39. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna göre ölçek puanlarının dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Evet (n=188)		Hayır (n=137)		p
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	
Duyarlılık	30,73±4,86	30,50	28,52±4,38	28,00	0,000^a
Ciddiyet	13,62±2,78	13,00	12,61±2,91	12,00	0,000^a
Yararlar	22,62±4,28	23,00	18,79±4,56	18,00	0,000^a
Engeller	34,55±4,38	35,00	32,76±4,32	32,00	0,000^a
Genel	101,52±12,18	102,00	92,68±10,75	92,00	0,000^b

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama±Standart sapma; a: Mann-Whitney U testi sonucu; b: Bağımsız iki grup t-testi sonucu (Levene testi sonucu p=0,091).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.40’da özetlenmiştir.

Madde27: “Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak.”, Madde29: “İnsanlar, grip olan diğer insanların bulunduğu ortamın havasını soluduğunda grip olurlar.” Madde31: “Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir.”, Madde36: “Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım.”, Madde37: “Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım.” ve Madde38: “Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var.” tutumları bakımından aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanlar ile sağlamayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir (p=0,025; p=0,001; p=0,006; p=0,027; p<0,001; p=0,049). Aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanların bu görüşlere katılma eğilimlerinin diğerlerinden fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.40. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlama durumuna göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=327) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Evet (n=188)		Hayır (n=137)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,56±1,11	2,00	2,31±1,12	2,00	0,025
Madde28	3,12±1,17	3,00	2,99±1,02	3,00	0,265
Madde29	4,20±0,72	4,00	3,91±0,80	4,00	0,001
Madde30	3,02±1,08	3,00	3,02±0,88	3,00	0,917
Madde31	4,28±0,83	4,00	4,10±0,73	4,00	0,006
Madde32	3,78±1,64	4,00	3,60±0,94	4,00	0,409
Madde33	3,86±0,79	4,00	3,70±0,83	4,00	0,133
Madde34	3,63±0,85	4,00	3,56±0,87	4,00	0,486
Madde35	4,04±0,77	4,00	4,01±0,75	4,00	0,491
Madde36	3,78±0,84	4,00	3,58±0,79	4,00	0,027
Madde37	4,08±0,75	4,00	3,77±0,81	4,00	<0,001
Madde38	3,31±0,96	3,00	3,12±0,96	3,00	0,049
Madde39	3,06±1,11	3,00	2,91±1,07	3,00	0,190

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Mann-Whitney U testi sonucu

Çalışmaya katılanların aile hekimlerinin yalnızca 3 tanesi risk grubundaki hastalarına influenza aşısını önermediği için “Influenza aşısını mutlaka önermekte ve isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırıyorum.”, “Mutlaka öneririm ama yaptırımları için ısrarcı ve takipçi olmam.” ve “Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm.” diyenler dikkate alınmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.41’de özetlenmiştir.

Ciddiyet, yararlar, engeller ve genel ölçek puanları bakımından influenza aşısı önerileri arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p<0,05$). Ciddiyet, duyarlılık, yararlar, engeller ve genel ölçek puanlarındaki anlamlı farklılığın “önerir-ikna eder”, “önerir-ikna etmez” ve “talep gelirse önerir” değişkenlerinden hangisinden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey HSD ve Dunn testleri uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.42’de özetlenmiştir.

Tablo 5.41. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre ölçek puanlarının dağılımı (n=324) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Ölçek	Önerir+İkna Eder (n=139)		Önerir+İkna Etmez (n=151)		Talep Gelirse Önerir (n=34)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm SS$	Ort.	$\bar{X}\pm Ss$	Ort.	
Duyarlılık	30,50±4,80	30,00	29,10±4,63	29,00	29,65±5,04	30,00	0,057 ^a
Ciddiyet	14,07±2,79	14,00	12,60±2,69	12,00	12,65±3,12	12,00	0,000^a
Yararlar	23,14±4,17	23,00	19,99±4,42	21,00	17,47±5,24	17,00	0,000^a
Engeller	35,17±3,84	35,00	33,12±4,59	33,00	32,09±4,00	32,00	0,000^a
Genel	102,96±11,16	102,00	94,80±11,68	95,00	91,85±12,10	91,00	0,000^b

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; Ort: Ortanca; a: Kruskal-Wallis H testi sonucu; b: Tek yönlü varyans analizi sonucu (Levene testi sonucu p=0,207).

Tablo 5.42. İnfluenza aşı önerilerinin ikili karşılaştırılması (Aralık 2020-Ocak 2021)

Öneri	Ciddiyet ⁺	Yararlar ⁺	Engeller ⁺	Genel ⁺⁺
(a) – (b)	<0,001	<0,001	<0,001	0,000
(a) – (c)	0,023	<0,001	<0,001	0,000
(b) – (c)	1,000	0,074	0,352	0,531

a: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırıyorum.",

b: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırımları için ısrarcı ve takipçi olmam.",

c: "Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm."

+: Dunn testi sonucu (düzeltilmiş p değeri); ++: Tukey HSD sonucu (p değeri)

Sonuçlar incelendiğinde, "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırıyorum." diyenlerin ciddiyet, yararlar, engeller ve genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanlarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu söylenebilir (p<0,05). "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırımları için ısrarcı ve takipçi olmam." ve "Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm." diyenlerin ise ciddiyet, yararlar, engeller ve genel Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanlarının benzer olduğu söylenebilir (p>0,05).

"Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırıyorum." diyenlerin duyarlılık puanlarının "Risk grubundaki

hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmam.” diyenlere göre daha yüksek olduğu söylenebilir (p=0,044).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5.43’de özetlenmiştir.

Tablo 5.43. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin influenza aşı önerisine göre araştırma maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=324) (Aralık 2020-Ocak 2021)

Madde	Önerir+ikna Eder (n=139)		Önerir+ikna Etmez (n=151)		Talep Gelirse Önerir (n=34)		p*
	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	
Madde27	2,65±1,14	3,00	2,26±1,03	2,00	2,47±1,28	2,0	0,010
Madde28	3,17±1,19	3,00	2,90±1,05	3,00	3,32±0,94	3,00	0,053
Madde29	4,14±0,074	4,00	4,07±0,77	4,00	3,97±0,83	4,00	0,549
Madde30	3,09±1,06	3,00	3,05±0,94	3,00	2,62±0,92	2,50	0,038
Madde31	4,28±0,85	4,00	4,17±0,73	4,00	4,09±0,79	4,00	0,101
Madde32	3,79±0,94	4,00	3,71±1,76	4,00	3,41±1,02	3,00	0,044
Madde33	3,90±0,84	4,00	3,77±0,73	4,00	3,53±0,83	4,00	0,034
Madde34	3,75±0,87	4,00	3,56±0,78	4,00	3,26±0,99	3,00	0,010
Madde35	4,10±0,79	4,00	4,01±0,69	4,00	3,94±0,92	4,00	0,272
Madde36	3,86±0,86	4,00	3,64±0,73	4,00	3,35±0,95	3,00	0,003
Madde37	4,10±0,74	4,00	3,92±0,74	4,00	3,59±1,05	4,00	0,006
Madde38	3,48±0,91	3,00	3,09±0,93	3,00	2,88±1,17	3,00	<0,001
Madde39	3,24±1,18	3,00	2,86±0,97	3,00	2,74±1,11	3,00	0,011

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart sapma; *: Kruskal-Wallis H testi sonucu

Madde27: “Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak.”, Madde30: “Grip üç-beş gün sürer.” Madde32: “Grip açısından grip olunabilir.”, Madde34: “Dengeli bir diyetle beslenirim.”, Madde36: “Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım.”, Madde37: “Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım.”, Madde38: “Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var.” ve Madde39: “Düzenli olarak haftada en az iki üç kez egzersiz yaparım” tutumları bakımından influenza aşısı önerileri arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir (p=0,010; p=0,038; p=0,013; p=0,010; p=0,003; p=0,006; p<0,001; p=0,011).

Araştırma maddelerindeki anlamlı farklılığın “önerir-ikna eder”, “önerir-ikna etmez” ve “talep gelirse önerir” değişkenlerinden hangisinden kaynaklandığını

belirlemek amacıyla Dunn testi uygulanmış ve ikili karşılaştırma sonuçları Tablo 5.44'te özetlenmiştir.

Tablo 5.44. İnfluenza aşısı önerilerinin maddeler için ikili karşılaştırılması (Dunn testi sonucu düzeltilmiş p değeri)

Öneri	Mad.9	Mad.30	Mad.32	Mad.33	Mad.34	Mad.36	Mad.37	Mad.38	Mad.39
(a) – (b)	0,008	1,000	0,155	0,377	0,110	0,040	0,095	0,003	0,025
(a) – (c)	0,616	0,036	0,105	0-039	0,018	0,009	0,009	0,005	0,085
(b) – (c)	1,000	0,061	1,000	0,361	0,416	0,447	0,299	0,773	1,000

a: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırırım.",

b: "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırımları için ısrarcı ve takipçi olmam.",

c: "Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm."

Sonuçlar incelendiğinde, "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırırım." diyenlerin "Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak." ve "Düzenli olarak haftada en az iki üç kez egzersiz yaparım" görüşlerine katılma eğilimlerinin "Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ama yaptırımları için ısrarcı ve takipçi olmam." diyenlerden daha fazla olduğu gözlenmiştir.

"Risk grubundaki hastalarım mutlaka öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırırım." diyenlerin "Grip üç-beş gün sürer.", "Dengeli bir diyetle beslenirim.", ve "Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım." görüşlerine katılma eğilimlerinin "Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm." diyenlerden daha fazla olduğu; "Grip aşısından grip olunabilir." görüşüne katılma eğiliminin daha düşük olduğu söylenebilir.

“Aktif olarak öneri yapmıyorum. Hastalarımın talep gelirse öneririm.” diyenlerin “Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım.” ve “Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var.” görüşlerine katılma eğilimlerinin diğerlerine göre daha düşük olduğu söylenebilir.

6. TARTIŞMA

Türkiye’de aktif olarak birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerinin influenza aşısı yapma tutumlarının demografik özellikler ile ilişkisini ve aşısı önerisi üzerine etkisini incelemeyi amaçlayan araştırmanın evrenini Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği’ne üye olan Türkiye’nin farklı bölgelerinde birinci basamakta görev yapan 10.763 pratisyen, aile hekimi, acil hekimi ve işyeri hekimi oluşturmaktadır. Anket uygulaması Covid-19 pandemisi nedeniyle yüzyüze görüşmeler risk oluşturabileceğinden, online anket aracı surveymonkey kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anket linki ve araştırmaya davet mektubu, Sağlıklı Yaşam Hareketi Derneği’ne üye 10.793 kişiye mail ile gönderilmiştir. 393 kişi ankete erişim sağlamıştır, anket yanıtlanma oranı %3,65 olmuştur. Literatürde aile hekimlerinin sanal anketleri yanıtlanma oranlarının genellikle düşük olduğu bildirilmektedir (96). 5 kişi ankete erişim sağlamasına rağmen, soruların hiç birine yanıt vermediği için değerlendirilmeden çıkarılmıştır. Toplam 388 hekim tarafından anket doldurulmuştur. 11 kişi (%2,8) aktif olarak birinci basamakta, aile hekimi olarak görev almadıkları için analizlere dahil edilmemiştir. Analizlere aktif olarak birinci basamakta, aile hekimi olarak görev almakta olduklarını onaylayan toplam 377 (% 97,2) kişi dahil edilmiştir. Araştırmanın başında hedeflenen aile hekimi sayısı 370 kişi olarak belirlenmiş ve bu hedefe ulaşılmıştır.

Sağlıkla ilgili davranışlardaki tutum bileşenlerinin incelenmesi, tutum değişikliği için sağlığı koruma müdahaleleri geliştirilebilmek ve istenen sağlık davranışında bir artış meydana getirebilmek için önemlidir (60). Farklı çalışmalarda birçok farklı sağlık inanç modeli ölçeği influenza ile ilgili davranışları değerlendirmek için kullanılmıştır (97-99). Araştırmamızda, aile hekimlerinin gripten korunmaya yönelik tutumunu belirleyebilmek için Blue ve Valley (2002) tarafından geliştirilen, Erkin ve Özsoy (2010) tarafından Türk toplumuna uyarlanan “Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (GKYSİMÖ)’nde yer alan 26 maddelik ölçek, orijinal GKYSİMÖ’nde yer alan ama türk toplumuna uyarlama çalışmasında çıkarılan 13 madde ve sosyodemografik özellikler ve deneyimlere yönelik 13 sorudan

oluşan anket formu kullanılmış ve online olarak uygulanmıştır. GKYSİMÖ'den alınabilecek en az puan 26 en yüksek puan 130'dur. Araştırmamızda aile hekimlerinin GKYSİMÖ genel puan ortalaması $94,60 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Bu puan 57 ile 126 arasında değişmektedir. Literatürde Blue ve Valley (2002) tarafından geliştirilen, Erkin ve Özsoy (2010) tarafından Türk toplumuna uyarlanan "Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli"nin sadece aile hekimlerine uygulandığı bir çalışmaya araştırıldığı kadarıyla rastlanmamıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması için yürütülen, 2010 yılında İzmir merkezde aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, anne çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinde çalışan toplam 440 hekim, hemşire ve ebenin dahil edildiği araştırmada ise ölçek genel puan ortalaması ve standart hatası 81.12 ± 0.79 olarak saptanmıştır (100) .

Araştırmamızda, uygulanan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,888, alt boyutların Cronbach alfa katsayıları ise 0,703 ile 0,906 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türk toplumuna adapte edilmesi için yürütülen çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.91, ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları ise 0.99-0.97 arasında bildirilmiştir (60). Araştırmamızın bulguları bu veriler ile uyumlu bir şekilde kullanılan ölçeğin yüksek güvenilirlikle olduğunu ve tüm alt boyutların da oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza aile hekimlerin son 5 senedir grip aşısını düzenli olarak yaptırma oranı %41,5 olarak bulunmuştur. Düzenli olarak mevsimsel grip aşısını yaptıran aile hekimlerinin oranı 2014 yılında 596 aile hekiminin katıldığı bir araştırmada %27,3 (99), 2012 yılında İzmir ve İstanbul'da 911 aile hekimi ile yapılan araştırmada ise % 45,7 olarak bildirilmiştir (101). Doktor, hemşire, sağlık görevlisi, paramedik, tıbbi sekreter ve diğer yardımcı personelin dahil edildiği diğer bir araştırmada sağlık çalışanlarının aşılama oranı %25,7 iken hekimlerin aşılama oranı %41,2 olarak bulunmuştur (102). Türk Hekimler Kohortu verilerine göre hekimlerin grip aşılama oranı %47,2'dir (103). Türkiye'de sağlık çalışanları ve aile hekimleri arasında düzenli aşılama oranlarına ilişkin kapsamlı bir veri bulunmamaktadır. Çalışmamızın aile hekimlerinin aşılama oranına ilişkin bulgusu örneklem sayısı dikkate alındığında Türkiye genelindeki aile hekimlerini yansıtmada yetersiz

kalmakla beraber Türkiye 5 bölge sınıflandırmasına göre belirlenen tüm coğrafi bölgelerden katılımcı içermesi ve literatürle uyumlu olması nedeniyle önemlidir. Aşı olma durumu resmi kayıtlardan değil hekimlerin hatırlaması ve beyanına dayanmaktadır, bu durum güvenilirlik ve doğruluğu etkileyebilir.

Araştırmamızda son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıran aile hekimlerinin GKYSİMÖ puanlarının yaptırmayanlara göre hem genel ölçek puanında hem de her bir ölçek alt grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Bu durum aile hekimlerinin influenza ve grip aşısı hakkındaki duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve engellere yönelik inanışlarının aşı kararı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, 2014 yılında Türkiye’de 596 aile hekiminin katıldığı bir araştırmada daha önce Looijmans-van den Akker ve Hopman ve arkadaşları tarafından kullanılan bir yaklaşıma dayalı olarak hazırlanan sağlık tutum modeli ile yapılan araştırmada, algılanan risk, algılanan riskin ciddiyeti, algılanan fayda, algılanan engeller kategorilerden alınan puanların aşıya uyumlu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (99). Yapılan farklı çalışmalarda algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engellerin aşı davranışında belirleyici olduğu gösterilirken (104-106) bazı çalışmalarda ise influenza’nın algılanan ciddiyetinin influenza aşılmasında önemli bir belirleyici olmadığı belirtilmiştir (107, 108). Çalışmamız influenza va grip aşısı ile ilgili inanışların önemine dikkat çekmektedir. Sağlık çalışanlarının inanışları aşılama oranlarını etkilemektedir (60)

Aşılar hakkında yeterli bir bilgiye sahip olmanın davranışsal değişikliklere neden olmak için tek başına yeterli olup olmadığı tartışma konusudur. Bilginin tek başına aşılama davranışını etkilemediğini (101, 109, 110) sağlık çalışanlarının tutumlarının analitik bilgiden çok duygulara ve kişisel deneyime dayandığını gösteren çalışmalar olmakla beraber (111), aşılama sağlık çalışanlarının aşı olmayan sağlık çalışanlarına göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (102, 112, 113) Araştırmamızda 6 tane bilgiye yönelik madde yer almaktadır ve 3 maddede aşısını düzenli yaptıran ve yaptırmayan hekimler arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptıranların Madde31: “Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara

neden olabilir.” görüşüne katılma eğilimi anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,028$). Son 5 yıldır grip aşısını düzenli olarak her sezon yaptırmayanların ise Madde32: “Grip aşısından grip olunabilir.” ve Madde33: “İnsanlar grip aşısından sonra sıklıkla hasta olabilirler” görüşlerine katılma eğilimlerinin yaptırılardan anlamlı olarak daha fazla olmakla birlikte ($p=0,008$; $p<0,001$) bilgiye yönelik maddelerin toplam puanı her iki grupta benzerdir ($p:0,485$). Araştırmamız, tek başına bilginin aşılama davranışını etkilemediği görüşünü desteklemektedir. Bu durum artan bilgi düzeyinin influenza ve grip aşısı ile ilgili yanlış algılarla dengelenmesi ile açıklanabilir (110)

Araştırmamızda, aile hekimlerinin düzenli grip aşısı olması ile sosyodemografik özelliklerin, iş yükünün, aşı ile önenebilir hastalıklar ile ilgili deneyimlerin, aile hekimlerinin aşılama davranışları ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ve kronik bir hastalığa sahip olmak düzenli olarak grip aşısı olmayı etkilemezken ($p=0,101$; $p=0,170$), yaş grupları arasında anlamlı bir fark vardır($p=0,008$) ve 50 yaş ve üzerindeki aile hekimleri diğer yaş gruplarına göre daha fazla düzenli olarak grip aşısı olmaktadır. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Aşı kabulünü etkileyen etkenlerin araştırıldığı, 2010-2020 yılları arasında yapılan çalışmaları kapsayan ve sağlık çalışanları ile ilgili 44 makalenin dahil edildiği bir derleme çalışmasında 30 çalışmada yaşın etkisinin değerlendirildiği ve bu çalışmaların 22 tanesinde yaş ile beraber aşı alımının arttığı belirtilmiştir (106). Bu durum sağlık çalışanı olmanın yanı sıra yaşın da ek risk faktörü oluşturması, ilerleyen yaş ile beraber influenza'nın önemli bir sağlık tehdidi olarak algılanması ile açıklanabilir (106, 112). Yaş gruplarında GKYSİMÖ sonuçları incelendiğinde ise sadece 50 yaş ve üzerindeki kişilerin engeller puanının anlamlı olarak fazla olduğu görülmektedir ($p=0,015$). 40-49 yaş aralığındaki kişiler, grip aşısının ağırlı, zaman alıcı ve riskli olması gibi engellere 50 yaş ve üzeri kişilerden daha çok inanmaktadır. Grip aşısına bağlı sistemik yan etkilerin yaş ile beraber azalması bu durumu desteklemektedir (114).

Az sayıda çalışmada kronik hastalığa sahip olmanın sağlık çalışanlarının aşılama oranlarını etkilemediği (115, 116) raporlanmışken çalışma sonuçlarımızın aksine pek çok çalışmada sağlık çalışanlarının kronik hastalığa sahip olmasının

aşılama oranlarını arttırdığı belirtilmiştir (99, 112). Toplumda kronik hastalığa sahip olmanın aşılama oranlarını arttırması bireylerin kendilerini grip hastalığına karşı daha duyarlı algılaması, kronik hastalığı nedeniyle grip aşısı ile ilgili daha fazla bilgilendirme alması gibi nedenlerle açıklanabilir fakat sağlık çalışanları için kronik hastalık varlığının etkisinin toplumdaki farklı olması beklenebilir, bu nedenle etkisi daha detaylı olarak incelenmelidir. Araştırmamızda kronik hastalığa sahip olmanın, sağlık çalışanlarının Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnançlarını etkilemediği de gösterilmiştir ($p>0,05$). Herhangi bir kronik metabolik hastalığı olan aile hekimlerinin “İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal vs. Kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar” ifadesine katılma eğilimleri yüksek iken , kronik kalp hastalığı olan aile hekimlerinin “Grip 3-5 gün sürer” ifadesine katılmama eğilimleri daha yüksek bulunmuştur.

Aşılama oranlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken GKYSİMÖ puanlarında ise kadın ve erkeklerin duyarlılık ve engeller ölçek puanları anlamlı olarak farklıdır ($p=0,037$; $p=0,001$). Ciddiyet ve yararlar puanları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). GKYSİMÖ genel puanı bakımından da kadın ve erkekler arasında anlamlı fark vardır ($p=0,019$). Araştırmamızın bulgularına göre erkekler grip hastalığına karşı daha duyarlıdır ve erkeklerin gripten korunmaya yönelik inançları daha fazladır; kadınlar ise grip aşısının ağırlı, zaman alıcı ve riskli olması gibi engellere daha çok inanmaktadır. 2020 yılında yapılan bir derleme araştırmasında sağlık çalışanlarında cinsiyetin etkisinin araştırıldığı 27 çalışma incelenmiş ve bu çalışmaların 13 tanesinde erkeklerin, 5 tanesinde ise kadınların aşılama oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının aşılama oranlarının yüksek olduğu çalışmalar ise kızamıkçık ve hepatit B aşılara ilişkin çalışmalardır (106). İnfluenza aşısına karşı kadınların immunolojik yanıtları daha iyi olmasına rağmen kadınlarda yan etki görülme sıklığı daha fazladır (21, 117). Kadın sağlık çalışanlarının grip aşılama oranlarının daha düşük olması aşı yan etkileri ile ilgili kaygılarından kaynaklanabilir.

Aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısı ve günlük hasta sayıları gibi iş yükleri ile ilişkili faktörler düzenli olarak grip aşısı olup olmamalarını ($p=0,736$; $p=0,660$) ve GKYSİMÖ puanlarını ($p>0,05$) etkilememiştir.

Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu düşünen aile hekimleri anlamlı olarak daha fazla grip aşısı olmaktadır, ayrıca bu hekimlerin genel ölçek puanları ve engeller ölçek puanları da anlamlı olarak daha yüksektir. Aile hekimliği yönetmeliğinde aile hekimliği merkezlerinin asgari koşulları belirlenirken, ayrı bir aşı odası bulundurması zorunlu tutulmamış, sadece tıbbi müdahale odasının aşı uygulamaları için uygun olması ve aşı dolabı bulundurma şartı bulunmaktadır (118). Türk Tabipler Birliği raporuna göre ise ASM'lerinin %35'inde ayrı bir aşı odası bulunmamaktadır ve sadece %25'inde aşı saklamak için üretilmiş bir aşı dolabı mevcuttur (119). Bu durum, aile hekimlerinin erişkin aşılama merkezi olarak daha elverişli hale getirilmesinin, aile hekimlerinin aşılama oranlarına katkı sağlayabileceğini düşündürmüştür.

Aile hekimlerinin %63,5'inin ($n=226$) son 5 yıl içinde aşı ile önlenbilir hastalığı olan bir hasta öyküsü ve %14,6'sının ($n=52$) son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek rahatsızlığı olan hasta öyküsü olmasına karşın, düzenli olarak grip aşısı olmalarında bu deneyimlerin etkisi olmamıştır. ($p=0,404$; $p=0,901$) Fakat son 5 yıl içinde aşı ile önlenbilir hastalığı olan bir hasta öyküsü ve son 5 yıl içinde influenza ile ilişkili olabilecek rahatsızlığı olan hasta öyküsü gibi aşı ile önlenbilir hastalıklarla ilgili deneyimleri olan aile hekimleri grip aşısının yararlarına daha çok inanmaktadır ($p=0,026$; $0,005$) ve bu deneyimler gripten korunmaya yönelik sağlık inançlarının daha fazla olmasına yol açmıştır ($p=0,037$; $p=0,033$). İnsanların hastalıkların şiddeti, aşılardan etkinliği ve aşı reaksiyonları hakkındaki görüşleri, toplum düzeyindeki istatistiklerden ziyade kişisel deneyimlere veya sosyal çevrelerinden duydukları hikayelere dayanmaktadır (86, 111, 112). Araştırmamız da sağlık çalışanlarının da influenza aşısının yararına ve genel olarak gripten korunmaya yönelik sağlık inancına influenza ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili kişisel deneyimlerinin etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Aile hekimlerinin aşılama davranışlarına bakıldığında düzenli olarak influenza aşısı olan hekimler, ailelerinin de düzenli olarak influenza aşısı olmalarını

sağlamaktadır ($p<0,001$) ve ayrıca bu hekimlerin gripten korunmaya yönelik sağlık inançları tüm alt gruplar dahil daha yüksektir ($p<0,05$). Düzenli olarak grip aşısı olan bir aile hekiminin aile bireylerin aşı olma olasılığı grip aşısı olmayanlara göre 9,75 kat fazladır. [Odds Oranı %95 G.A.= 5,74;16,54]. Gribe karşı duyarlılığı yüksek olan, gribin ciddi bir hastalık olarak gören, grip aşısının yararlarına inanan aile hekimleri ailelerinin grip aşısı olmasını daha çok sağlamaktadır. Bireyler sağlıkla ilgili kararları alırken aynı durum için hekimlerin ailelerindeki bireyler için tercihlerini merak ederler ve bunu önemserler (120).

Aile hekimlerinin aşılama oranlarının arttırılması kendi ailelerinin aşı olmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili kararlar alırken bilgilendirilmenin yanı sıra hekimlerin kendileri, aile bireyleri için olan tercihlerini merak ettiği ve bu kararlardan etkilendiği göz önüne alınarak (120)topluma yönelik mesajlarda veya hekim ile hasta diyalogunda aile hekimlerinin ailelerinin de aşılanmasını sağladıkları mesajının verilmesi toplumsal aşılanma oranlarına katkı sağlayabilir.

Aile hekimlerinin kendilerinin düzenli olarak aşı olması, hastalarına influenza aşısı önerme düzeyini etkilemektedir ($p<0,001$). Düzenli olarak influenza aşısı olmak, hekimlerin risk grubundaki hastalarına mutkale influenza aşısı önerme ve isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırma eğilimini %28 kat arttırmaktadır. Farklı çalışmalarda da sağlık çalışanının kendi aşısını olması ile aşı önermesi yüksek olasılıkla ilişkili bulunmuştur (11, 109, 121, 122). İran'da yapılan bir araştırmada bir sonraki influenza mevsiminde aşı olmayı planlayan sağlık çalışanlarının hastalarına aşı önerme olasılıkları, aşı olmayı düşünmeyenlere göre 4,6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (123). Araştırmamızın bulgularına göre Gripten korunmaya yönelik sağlık inançları, hekimin öneri düzeyini etkilemektedir. İnfluenza aşısı öneren aile hekimleri eğer algılanan duyarlılıkları, ciddiyetleri, yararları yüksek ve algılanan engelleri düşükse isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırma eğilimindedir. Risk grubundaki hastalarına mutkale öneren ama yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmayan aile hekimleri ile aktif olarak öneri yapmayan, hastasından talep gelirse öneren aile hekimlerinin Gripten korunmaya yönelik sağlık inançları ise benzerdir.

Türkiye’de aile hekimlerinin toplum aşılamaındaki rolü göz önünde bulundurulduğunda aile hekimleri arasında aşılama oranlarını arttırmak ve aile hekimlerinin influenzadan korunmaya yönelik sağlık inancını arttırmak toplumda aşı kabulünü arttırmak için katkı sağlayacaktır. Çünkü hekimlerin kendi aşı davranışlarının hastalarına aşılamaı ne kadar şiddetle tavsiye ettikleri ile örtüşmektedir (122, 124, 125). Kendisi aşılama aile hekimlerinin isteksiz veya tereddütlü hastanalarını ikna etme olasılığı daha yüksek olabilir ve hastaların da sağlığını geliştirmeye yönelik davranışlar sergileyen hekimlere duyduğu güven daha fazla olabilir (124) Hekimlerin aşılama oranlarını arttırmak toplumda bağışıklama oranlarının artmasına katkı sağlayabilir (125).

Bununla beraber hastanın aşı davranışında güçlü doktor tavsiyesinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (124). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi Avrupa ortalamasının altındadır(126-128). Türkiye sağlık okur yazarlığı araştırmasında toplumun %22,6’sı aşılar neden ihtiyacı olduğunu anlamayı, %47,2’si hangi aşılar ihtiyacını olduğunu değerlendirmeyi ve %33,4’ü grip aşısı olması gerekip gerekmediğine karar vermeyi zor veya çok zor olarak değerlendirmiştir (128).Türkiye’de aile hekimleri erişkin aşılamaında büyük role sahiptir. Dolayısıyla toplumda aşılama oranlarını arttırmak için aile hekimlerinin aşılama oranını arttırmak, bununla beraber aile hekimlerine yönelik hazırlanacak influenza ile ilgili eğitim ve bilgilendirme toplantılarında bilgiden çok influenzadan korunmaya yönelik sağlık inançlarını arttıracak içerikler hazırlamak önemlidir.

7. SONUÇLAR

Türkiye’de bazı aile hekimlerinin influenza aşısı hakkında tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmamız, farklı illerden 384 aile hekimi katılmıştır. Aile hekimlerinin araştırma anketine verdiği yanıtlar sonucunda influenza aşısı yaptırma oranları, ailelerindeki bireylere önerme oranları, influenzadan korunmaya yönelik sağlık inançlarıyla beraber influenza aşısı olma ve hastalarına influenza aşısı önermeleri üzerine etkili değişkenler belirlenmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %57,12 i erkek, ve ortalama yaş $44,5 \pm 9,1$ ’dir. En az bir kronik hastalığı olanların oranı %29,7’dir.

Türkiye 5 Bölge sınıflandırmasına göre tanımlanan 5 coğrafi bölgeye göre değerlendirildiğinde %53,0’ü batı bölgesinden olmak üzere tüm coğrafi bölgelerden katılım sağlanmıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %64,7’sinin 3200’den fazla kayıtlı hastası vardır , %41,4’ünün günlük ortalama kabul ettiği hasta sayısı 40-60 arasındadır, %59’u iş yüklerinin en büyük kısmını muayenenin oluşturduğunu ve %49,6’sı aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %63,5’inin son beş yıl içinde aşı ile önlenebilir hastalığı olan hasta öyküsü, %14,6’sının ise influenza ile ilişkili olabilecek ciddi rahatsızlığı olan hasta öyküsü olmuştur.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son 5 senedir düzenli olarak grip aşısı olma oranı %41,5, aile bireylerinin düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlayanların oranı ise %56,2’dir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %46,4’ü risk grubundaki hastalarına influenza aşısını mutlaka önermekte fakat yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmamaktayken, %42,7’si mutlaka önermekte ve isteksiz hastalarını ikna etmek için zaman ayırmaktadır. %10,1’i aktif olarak öneri yapmamakta fakat hastalarından talep gelirse önermekteyken, %0,8’i önermemektedir.

Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, aile hekiminin bulunduğu bölge, en az bir kronik hastalık varlığı düzenli influenza aşısı olma davranışını etkilemezken, 50 yaş ve üzerinde olmak düzenli influenza aşısı olma eğilimini arttırmaktadır.

Aile hekimlerinin iş yükü ile ilgili kayıtlı hasta sayısı ve günlük kabul edilen hasta sayısı düzenli influenza aşısı olma davranışını etkilememektedir. Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklama için elverişli olduğunu düşünenler diğer aile hekimlerinden anlamlı olarak daha fazla düzenli grip aşısı olmaktadır ve bu etki orta düzeydedir.

Düzenli olarak grip aşısı olan aile hekimlerinin ailelerindeki bireylerin düzenli olarak grip aşısı olma olasılığı düzenli olarak grip aşısı olmayanlara göre 9,75 kat fazladır.

Düzenli olarak influenza aşısı yaptıran aile hekimleri hastalarına influenza aşısını daha güçlü önermektedir. İnfluenza aşı önerisi ile düzenli grip aşısı yaptıрма arasında anlamlı ve %28'lik bir ilişki bulunmuştur.

Aile hekimlerinin GKYSİMÖ genel puan ortalaması ise $97,82 \pm 12,37$ 'dir. Ölçeğin tamamına ait Cronbach alfa katsayısı 0,897 olarak yüksek güvenilir bulunmuştur.

Çalışmaya katılan erkek aile hekimlerinin algılanan duyarlılık ve algılanan engeller ile beraber GKYSİM genel ölçek puanı kadınlardan daha yüksektir. Yaş grupları arasında 40-49 yaş grubunun algılanan engeller puanı 50 yaş ve üzeri yaş grubundan daha yüksektir.

Güney bölgesinde çalışan aile hekimlerinin algılanan duyarlılıkları, Batı ve Orta bölgelerde çalışanlara göre daha yüksektir.

Aile hekimlerinin en az bir kronik hastalığa sahip olması GKYSİ'ni etkilememektedir. Fakat kronik kardiyovasküler sistem hastalıklarına sahip olan aile hekimlerinin algılanan ciddiyet ve engeller puanları sahip olmayanlara göre daha yüksektir.

Aile hekimlerinin iş yükü ile ilgili kayıtlı hasta sayısı ve günlük kabul edilen hasta sayısı düzenli influenza aşısı olma davranışını etkilememektedir. İş yükününün

en büyük bölümünü muayene olarak gören aile hekimlerinin, raporlu ilaç yazımı olarak görenlere göre algılanan ciddiyet puanı yüksektir..

Aile sağlığı merkezini erişkin bağışıklamaya elverişli olarak görenlerin engeller puanının diğerlerine göre daha yüksektir yani bu kişiler grip aşılması önündeki engellere katılmama eğilimindedir ayrıca bu kişilerin gripten korunmaya yönelik sağlık inancı da daha yüksektir.

Son 5 yıldır düzenli olarak grip aşısı yaptıran aile hekimleri GKYSİMÖ tüm alt gruplarda ve genel ölçek puanında daha yüksektir. Ayrıca bu hekimler Madde31: "Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir.", Madde35: "Tıbbi önerilere uyarım çünkü bunların benim sağlık durumuma yararlı olacağına inanırım.", Madde37: "Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım.", ve Madde38: "Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var." Görüşlerine daha fazla katılmaktadır. Bununla beraber düzenli olarak grip aşısı olmayan aile hekimleri Madde32: "Grip aşısından grip olunabilir." ve Madde33: "İnsanlar grip aşısından sonra sıklıkla hasta olabilirler." Görüşlerine daha çok katılmaktadır.

Son 5 yıldır düzenli olarak ailesindeki bireylerin grip aşısı yaptırmasını sağlayan aile hekimlerinin GKYSİ tüm alt gruplarda ve genel ölçek puanında daha yüksektir.

Son 5 yıl içinde Aşı ile Önlenebilir Bir Hastalığa sahip hastası olan aile hekimlerinin algılanan yararlar ve genel ölçek puanı daha yüksektir ve bu hekimlerin "Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir." ve "Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım" görüşlerine katılma eğilimleri daha fazladır.

Son 5 Yıl İçinde İnfluenza İle İlişkili Olabilecek Ciddi Bir Rahatsızlığı Olan Hasta Öyküsü olan aile hekimlerinin algılanan yararları daha yüksek iken GKYSİ ise benzerdir.

Hekimlerin öneri düzeyini GKYSi etkilemektedir. GKYSİ ölçek puanı yüksek olan hekimler daha güçlü öneri yapmaktadır. Ayrıca, aktif olarak öneri yapmayan aile hekimlerinin “Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım.” ve “Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var.” görüşlerine katılma eğilimleri daha düşükken güçlü öneri yapan aile hekimlerinin ise “Dengeli bir diyetle beslenirim.”, ve “Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım.” Görüşlerine katılma eğilimleri daha fazladır.

8. ÖNERİLER

Aile hekimlerinin düzenli olarak grip aşısı olma oranı yeterli seviyede değildir. Bu oranın artırılması ile aile hekimlerinin topluma aşı önerisini de arttıracığı görüşünden yola çıkarak aile hekimlerinin aşılama oranları artırılarak toplumun da aşılama oranı artırılabilir. Terzi usülü bağışıklama programları ile aile hekimlerinin aşılama oranının önündeki engelleri anlayarak ve daha sonra, bu grubun motive edilmesini ve aşılama oranını sağlayan çözümler tasarlamak gerekir.

Aile hekimlerin grip aşısı olma davranışını bilgidan çok sağlık inançları etkilemektedir. Bu nedenle aile hekimlerine yönelik düzenlemek faaliyetlerde teorik bilgi sağlamaktan çok gripten korunmaya yönelik sağlık inancını artıracak unsurlara odaklanılmalıdır.

Bireysel tecrübeler grip aşısı olma kararını ve gripten korunmaya yönelik sağlık inancını etkilemektedir. Bireysel tecrübeye katkı sağlayacak özellikle ağır influenza hastaları ile karşılaşan hekimlerin kendi tecrübelerini aktarması sağlanabilir.

Aile sağlığı merkezlerinin erişkin aşılama merkezi rollerinin artırılması, bu hizmeti sağlamaya yönelik fiziki şartların iyileştirilmesi aşılama oranlarının artırılmasına katkı sağlayabilir.

Düzenli olarak grip aşısı olan aile hekimleri, ailelerindeki bireylerin de düzenli olarak grip aşısı olmasını sağlamaktadır. Toplumda bireylerin hekimlerin kendi ve aileleri ile ilgili aldıkları kararlardan etkilendiği göz önünde bulundurularak, hekimlerin hastalar ile olan iletişimlerinde kendileri ve ailelerindeki bireyler üzerinden örneklendirme yapmaları tavsiye edilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World health organization*. 2008;86:140-6.
2. Plotkin SL, Plotkin SA. A Short History of Vaccination. *Plotkin's Vaccines* 2018. p. 1-15.e8.
3. WHO. Immunization Coverage. 2020.
4. Williams WW LP, O'Halloran A, et al. Surveillance of Vaccination Coverage Among Adult Populations_ United States, 2015. CDC; 2017.
5. Toprak D, Köksal İ. Adult vaccination, problems in practice and solution proposals, role of family physicians in adult vaccination. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(3):166-74.
6. Cassimos DC, Effraimidou E, Medic S, Konstantinidis T, Theodoridou M, Maltezou HC. Vaccination Programs for Adults in Europe, 2019. *Vaccines (Basel)*. 2020;8(1).
7. IPSOS. Adult pneumonia vaccination understanding in Europe:65 years and over 2017. Available from: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2017-10/ipsos-healthcare-pneu-vue-65s-and-over-report_0.pdf.
8. Biberoglu K, Biberoglu S, Özbakkaloglu M. Haydi büyükler aşıya. *Actual Med*. 2006;14:18-26.
9. Özsu S, Uçar E, Arslan Y, Maden E, Bilgiç H. The frequency of influenza and pneumococcal vaccination in COPD. *Eurasian Journal of Pulmonology*. 2011;13(1):21-5.
10. Satman I, Akalin S, Cakir B, Altinel S, Study Group Td. The effect of physicians' awareness on influenza and pneumococcal vaccination rates and correlates of vaccination in patients with diabetes in Turkey: An epidemiological Study "diaVAX". *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2013;9(12):2618-26.
11. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine*. 2016;34(52):6700-6.
12. Talbot TR, Babcock H, Caplan AL, Cotton D, Maragakis LL, Poland GA, et al. Revised SHEA position paper: influenza vaccination of healthcare personnel. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010;31(10):987-95.
13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. *Resmî Gazete T.C. Anayasası*; 25.01.2013
14. Collange F, Verger P, Launay O, Pulcini C. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviors of general practitioners/family physicians toward their own vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(5):1282-92.

15. Grohskopf L, Tokars J, Shimabukuro T, Epperson S. Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases: CDC; 2015.
16. Calisher CH. Swine flu. *Croat Med J.* 2009;50(4):412-5.
17. Potter CW. A history of influenza. *Journal of Applied Microbiology.* 2001;91:572-9.
18. Somes MP, Turner RM, Dwyer LJ, Newall AT. Estimating the annual attack rate of seasonal influenza among unvaccinated individuals: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2018;36(23):3199-207.
19. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *The Lancet.* 2018;391(10127):1285-300.
20. Influenza (Seasonal). WHO. 2018.
21. Troeger CE, Blacker BF, Khalil IA, Zimsen SRM, Albertson SB, Abate D, et al. Mortality, morbidity, and hospitalisations due to influenza lower respiratory tract infections, 2017: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine.* 2019;7(1):69-89.
22. Cassini A, Colzani E, Pini A, Mangen MJ, Plass D, McDonald SA, et al. Impact of infectious diseases on population health using incidence-based disability-adjusted life years (DALYs): results from the Burden of Communicable Diseases in Europe study, European Union and European Economic Area countries, 2009 to 2013. *Euro Surveill.* 2018;23(16).
23. Bresee JS, Fry AM, Sambhara S, Cox NJ. Inactivated Influenza Vaccines. *Plotkin's Vaccines 2018.* p. 456-88.e21.
24. Duran N. Mevsimsel İnfluenza ve Bağışıklama. *Turk J Immunol.* 2010;15(1).
25. WHO. Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. *Weekly epidemiological record [Internet].* 2012; 87:[461–76 pp.].
26. Bouvier NM, Palese P. The biology of influenza viruses. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 4:D49-53.
27. WHO. Global Influenza Surveillance and Response System: WHO; 2018 [Available from: https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/updates/GISRS_one_page_2018_EN.pdf?ua=1].
28. WHO. Terms of Reference for National Influenza Centers of the Global Influenza Surveillance and Response System: WHO; 2017 [Available from: https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/national_influenza_centres/tor_nic.pdf?ua=1].
29. Hay AJ, McCauley JW. The WHO global influenza surveillance and response system (GISRS)-A future perspective. *Influenza Other Respir Viruses.* 2018;12(5):551-7.

30. HSGM. Haftalık İnfluenza (Grip) Sürveyans Raporu, 2019-2020/9. Hafta. 2020.
31. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *The Lancet Infectious Diseases*. 2005;5(11):718-25.
32. Hayward AC, Fragaszy EB, Bermingham A, Wang L, Copas A, Edmunds WJ, et al. Comparative community burden and severity of seasonal and pandemic influenza: results of the Flu Watch cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2(6):445-54.
33. Killingley B, Nguyen-Van-Tam J. Routes of influenza transmission. *Influenza Other Respir Viruses*. 2013;7 Suppl 2:42-51.
34. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Similarities and differences with influenza. 2020.
35. WHO. Global Influenza Strategy 2019-2030 Summary. 2019.
36. WHO. Fact Sheet_ Influenza (Seasonal) 2018 [Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))].
37. ACIP. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2019–20 Influenza Season 2019 [Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/rr/pdfs/rr6803-H.pdf>].
38. Nair H, Brooks WA, Katz M, Roca A, Berkley JA, Madhi SA, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2011;378(9807):1917-30.
39. Lafond KE, Nair H, Rasooly MH, Valente F, Booy R, Rahman M, et al. Global Role and Burden of Influenza in Pediatric Respiratory Hospitalizations, 1982-2012: A Systematic Analysis. *PLoS Med*. 2016;13(3):e1001977.
40. El Guerche-Seblain C, Moureau A, Schiffler C, Dupuy M, Pepin S, Samson SI, et al. Epidemiology and burden of influenza in healthy children aged 6 to 35 months: analysis of data from the placebo arm of a phase III efficacy trial. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):308.
41. Kamigaki T, Mimura S, Takahashi Y, Oshitani H. Analysis of influenza transmission in the households of primary and junior high school students during the 2012-13 influenza season in Odate, Japan. *BMC Infect Dis*. 2015;15:282.
42. Tsang TK, Fang VJ, Ip DKM, Perera R, So HC, Leung GM, et al. Indirect protection from vaccinating children against influenza in households. *Nat Commun*. 2019;10(1):106.
43. Cromer D, van Hoek AJ, Jit M, Edmunds WJ, Fleming D, Miller E. The burden of influenza in England by age and clinical risk group: a statistical analysis to inform vaccine policy. *J Infect*. 2014;68(4):363-71.

44. Moser JS, Galindo-Fraga A, Ortiz-Hernandez AA, Gu W, Hunsberger S, Galan-Herrera JF, et al. Underweight, overweight, and obesity as independent risk factors for hospitalization in adults and children from influenza and other respiratory viruses. *Influenza Other Respir Viruses*. 2019;13(1):3-9.
45. Allard R, Leclerc P, Tremblay C, Tannenbaum TN. Diabetes and the severity of pandemic influenza A (H1N1) infection. *Diabetes Care*. 2010;33(7):1491-3.
46. MacIntyre CR, Mahimbo A, Moa AM, Barnes M. Influenza vaccine as a coronary intervention for prevention of myocardial infarction. *Heart*. 2016;102(24):1953-6.
47. Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, Chung H, Crowcroft NS, Karnauchow T, et al. Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection. *N Engl J Med*. 2018;378(4):345-53.
48. Boehme AK, Luna J, Kulick ER, Kamel H, Elkind MSV. Influenza-like illness as a trigger for ischemic stroke. *Ann Clin Transl Neurol*. 2018;5(4):456-63.
49. Fukuta H, Goto T, Wakami K, Kamiya T, Ohte N. The effect of influenza vaccination on mortality and hospitalization in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2019;24(1):109-14.
50. Mulpuru S, Li L, Ye L, Hatchette T, Andrew MK, Ambrose A, et al. Effectiveness of Influenza Vaccination on Hospitalizations and Risk Factors for Severe Outcomes in Hospitalized Patients With COPD. *Chest*. 2019;155(1):69-78.
51. Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ. 2009 pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):10-8.
52. Mertz D, Geraci J, Winkup J, Gessner BD, Ortiz JR, Loeb M. Pregnancy as a risk factor for severe outcomes from influenza virus infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Vaccine*. 2017;35(4):521-8.
53. WHO. Seasonal Influenza Vaccines: An overview for Decision Makers. 2020.
54. Houser K, Subbarao K. Influenza vaccines: challenges and solutions. *Cell Host Microbe*. 2015;17(3):295-300.
55. Treanor JJ. CLINICAL PRACTICE. Influenza Vaccination. *N Engl J Med*. 2016;375(13):1261-8.
56. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974;2(4).
57. Abraham C, Sheeran P. Health Belief Model. In: Norman MCaP, editor. *Predicting Health Behaviour* Second ed. Buckingham, UK: Open University Press. 2005. p. 28-81.
58. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci*. 1984;6(3):73-85.

59. Blue CL, Valley, J.M. Predictors of Influenza Vaccine: Acceptance Among Healthy Adult Workers. *American Association of Occupational Health Nurses*. 2002;50(5):227–35.
60. Erkin Ö, Ozsoy S. Validity and Reliability of Health Belief Model Applied to Influenza. *Academic Research International*. 2012;2(3).
61. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Köksal İ, editor: Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği; 2019.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı, Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılama: T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/32-mesle%C4%9Fe-ba%C4%9Fl%C4%B1-riskler-nedeniyle-a%C5%9F%C4%B1lama.html>].
63. Başara BB, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, et al. T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2021.
64. Özger HS, Şenol E. Sağlık Çalışanlarının Aşılınması. *Turkiye Klinikleri J Inf Dis*. 2015;8:59-68.
65. Haviari S, Benet T, Saadatian-Elahi M, Andre P, Loulergue P, Vanhems P. Vaccination of healthcare workers: A review. *Hum Vaccin Immunother*. 2015;11(11):2522-37.
66. Fiebelkorn AP, Seward JF, Orenstein WA. A global perspective of vaccination of healthcare personnel against measles: systematic review. *Vaccine*. 2014;32(38):4823-39.
67. Chen SY, Anderson S, Kutty PK, Lugo F, McDonald M, Rota PA, et al. Health Care–Associated Measles Outbreak in the United States After an Importation: Challenges and Economic Impact. *The Journal of Infectious Diseases*. 2011;203(11):1517-25.
68. Godoy P, Torner N, Soldevila N, Rius C, Jane M, Martínez A, et al. Hospital-acquired influenza infections detected by a surveillance system over six seasons, from 2010/2011 to 2015/2016. *BMC infectious diseases*. 2020;20(1):80.
69. Haykir Solay A, Uzar H, Acar A, Eser F, Duman ZG, Şencan İ, et al. Health Workers' Attitudes Toward Influenza Vaccine, Vaccination Rates, and Incidence of Nosocomial Influenza in a Tertiary Care Center. *Ankem Dergisi*. 2020.
70. Nguyen LH, Drew DA, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, Mehta RS, et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers. *MedRxiv*. 2020.
71. Armstrong K, Berlin M, Schwartz JS, Propert K, Ubel PA. Barriers to influenza immunization in a low-income urban population. *American journal of preventive medicine*. 2001;20(1):21-5.
72. Mok E, Yeung, S.H., Chan, M.F. . Prevalence of Influenza Vaccination And Correlates of Intention to Be Vaccinated Among Hong Kong Chinese. *Public Health Nursing*. 2006;23(6):506–15.

73. Adult Immunization: Knowledge, Attitudes and Practices [Internet]. CDC. 1988.
74. Shefer A, Atkinson W, Friedman C, Kuhar DT, Mootrey G, Bialek SR, et al. Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2011;60(7):1-45.
75. WHO. WHO Position Papers – Immunization of Health Care Workers. 2020.
76. Maltezou HC, Poland GA. Vaccination policies for healthcare workers in Europe. *Vaccine*. 2014;32(38):4876-80.
77. Weinstein RA, Talbot TR. Do declination statements increase health care worker influenza vaccination rates? *Clinical infectious diseases*. 2009;49(5):773-9.
78. Stewart AM. Mandatory vaccination of health care workers. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(21):2015-7.
79. Ozisik L, Tanriover MD, Altinel S, Unal S. Vaccinating healthcare workers: level of implementation, barriers and proposal for evidence-based policies in Turkey. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2017;13(5):1198-206.
80. Maltezou HC, Theodoridou K, Ledda C, Rapisarda V, Theodoridou M. Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed? *Expert review of vaccines*. 2019;18(1):5-13.
81. Black CL, Yue X, Ball SW, Fink RV, de Perio MA, Laney AS, et al. Influenza vaccination coverage among health care personnel—United States, 2017–18 influenza season. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(38):1050.
82. Galanakis E, D’Ancona F, Jansen A, Lopalco PL. The issue of mandatory vaccination for healthcare workers in Europe. *Expert review of vaccines*. 2014;13(2):277-83.
83. England PH. Seasonal influenza vaccine uptake in healthcare workers (HCWs) in England:winter season 2019 to 2020. 2020.
84. Dubé E. Addressing vaccine hesitancy: the crucial role of healthcare providers. *Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23(5):279-80.
85. Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gautier A, Pulcini C, et al. Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014. *Eurosurveillance*. 2016;21(47):30406.
86. Lim DW, Ho HJ, Lee LT, Chow A, Kyaw WM. Determinants of change in intention to receive influenza vaccination among health-care workers in Singapore. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2020;16(5):1118-24.
87. WHO. TIP: Tailoring Immunization Programmes 2019 [
88. Eskiocak MvM, Bahar. Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu: Türk Tabipler Birliği; 2019.
89. Bakanlığı TCS. Risk Grubu Aşılamaları. In: Başkanlığı AİÖHD, editor. 2016.


90. Bakanlığı TCS. Yetişkin Aşılama [Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html>].
91. Aktura B. Pandemic Management in Family Medicine Centers. The Journal of Turkish Family Physician. 2020;11(1):45-7.
92. Smbloğlu K, V. S. Biyoistatistik. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 1998. p. 260-7.
93. Poss JE. Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. Advances in Nursing Science. 2001;23(4):1-15.
94. avlin A. Türkiye Nfus ve Sağlık Araştırması 2018. 2019.
95. Alpar R. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden rneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geerlik Gvenirlik. Baskı, editor. Ankara: Detay Yayıncılık; 2016.
96. Pit SW, Vo T, Pyakurel S. The effectiveness of recruitment strategies on general practitioner's survey response rates – a systematic review. Medical Research Methodology. 2014;14.
97. Looijmans-van den Akker I, van Delden JJ, Verheij TJ, van Essen GA, van der Sande MA, Hulscher ME, et al. Which determinants should be targeted to increase influenza vaccination uptake among health care workers in nursing homes? Vaccine. 2009;27(34):4724-30.
98. Hu Y, Wang Y, Liang H, Chen Y. Seasonal Influenza Vaccine Acceptance among Pregnant Women in Zhejiang Province, China: Evidence Based on Health Belief Model. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(12).
99. Akan H, Yavuz E, Yayla ME, Kulbay H, Kaspar EC, Zahmacioğlu O, et al. Factors affecting uptake of influenza vaccination among family physicians. Vaccine. 2016;34(14):1712-8.
100. Erkin , zsoy S. Sağlık alışanlarının Grip Aşısı Olma Durumları ve Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli leğinin Geçerlik ve Güvenirlik alışması: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
101. Güldal D, Gürbüz İ, Ciblak MA, Nohutçu N, Badur S. Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(4):157-63.
102. Ciftci F, Sen E, Demir N, Ciftci O, Erol S, Kayacan O. Beliefs, attitudes, and activities of healthcare personnel about influenza and pneumococcal vaccines. Hum Vaccin Immunother. 2018;14(1):111-7.
103. Ozisik L, Calik Basaran N, Oz SG, Sain Guven G, Durusu Tanrıover M. Perceptions and Attitudes of Patients About Adult Vaccination and Their Vaccination Status: Still a Long Way to Go? Med Sci Monit. 2017;23:3178-84.
104. Hopman CE, Riphagen-Dalhuisen J, Looijmans-van den Akker I, Frijstein G, Van der Geest-Blankert AD, Danhof-Pont MB, et al. Determination of factors required to increase uptake of influenza vaccination among hospital-based healthcare workers. J Hosp Infect. 2011;77(4):327-31.

105. Mo PKH, Wong CHW, Lam EHK. Can the Health Belief Model and moral responsibility explain influenza vaccination uptake among nurses? *J Adv Nurs*. 2019;75(6):1188-206.
106. Doornekamp L, van Leeuwen L, van Gorp E, Voeten H, Goeijenbier M. Determinants of Vaccination Uptake in Risk Populations: A Comprehensive Literature Review. *Vaccines (Basel)*. 2020;8(3).
107. Hogan V, Lenehan M, Hogan M, Natin DP. Influenza vaccine uptake and attitudes of healthcare workers in Ireland. *Occup Med (Lond)*. 2019;69(7):494-9.
108. Corace K, Prematunge C, McCarthy A, Nair RC, Roth V, Hayes T, et al. Predicting influenza vaccination uptake among health care workers: What are the key motivators? *American Journal of Infection Control*. 2013;41(8):679-84.
109. Dominguez A, Godoy P, Castilla J, Soldevila N, Toledo D, Astray J, et al. Knowledge of and attitudes to influenza vaccination in healthy primary healthcare workers in Spain, 2011-2012. *PLoS One*. 2013;8(11):e81200.
110. Alhalaseh L, Fayoumi H, Khalil B. The Health Belief Model in predicting healthcare workers' intention for influenza vaccine uptake in Jordan. *Vaccine*. 2020;38(46):7372-8.
111. Gesser-Edelsburg A, Walter N, Green MS. Health care workers--part of the system or part of the public? Ambivalent risk perception in health care workers. *Am J Infect Control*. 2014;42(8):829-33.
112. Nowak GJ, Sheedy K, Bursey K, Smith TM, Basket M. Promoting influenza vaccination: insights from a qualitative meta-analysis of 14 years of influenza-related communications research by U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine*. 2015;33(24):2741-56.
113. Korkmaz N, Kul G, Nazik S, Gümüştakım RŞ, Seremet Keskin A, Kaçmaz AB, et al. Influenza vaccination rates, knowledge, attitudes and behaviours of healthcare workers in Turkey:A multicentre study. *The International Journal of Clinical Practice*. 2020;75.
114. Nichol KL, Margolis KL, Lind A, Murdoch M, McFadden R, Hauge M, et al. Side Effects Associated With Influenza Vaccination in Healthy Working Adults: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*. 1996;156(14):1546-50.
115. Johansen LJ, Stenvig T, Wey H. The Decision to Receive Influenza Vaccination Among Nurses in North and South Dakota. *Public Health Nursing*. 2012;29(2):116-25.
116. Tanguy M, Boyeau C, Pean S, Marijon E, Delhumeau A, Fanello S. Acceptance of seasonal and pandemic a (H1N1) 2009 influenza vaccination by healthcare workers in a French Teaching Hospital. *Vaccine*. 2011;29(25):4190-4.

117. Flanagan KL, Fink AL, Plebanski M, Klein SL. Sex and Gender Differences in the Outcomes of Vaccination over the Life Course. *Annu Rev Cell Dev Biol.* 2017;33:577-99.
118. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25 Ocak 2013 [Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>]
119. Birliği TT. Aile Hekimliğinde Pandemi Süreci, Mart Nisan 2021 Anketi Sonuçları TTB Resmi Web Sayfası: TTB; 2021 [Available from: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/aile_hekimligi_pandemi_anketi_raporu_nisan2021.pdf].
120. Tamirisa NP, Goodwin JS, Kandalam A, Linder SK, Weller S, Turrubiate S, et al. Patient and physician views of shared decision making in cancer. *Health Expect.* 2017;20(6):1248-53.
121. Nutman A, Yoeli N. Influenza vaccination motivators among healthcare personnel in a large acute care hospital in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 2016;5:52.
122. Nichol KL, Zimmerman R. Generalist and Subspecialist Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Influenza and Pneumococcal Vaccinations for Elderly and Other High-Risk Patients: A Nationwide Survey. *Archives of Internal Medicine.* 2001;161(22):2702-8.
123. Askarian M, Khazaeipour Z, McLaws ML. Facilitators for influenza vaccination uptake in nurses at the Shiraz University of Medical Sciences. *Public Health.* 2011;125(8):512-7.
124. Abramson ZH, Levi O. Is performance of influenza vaccination in the elderly related to treating physician's self immunization and other physician characteristics? *Prev Med.* 2008;47(5):550-3.
125. Godoy P, Castilla J, Mayoral JM, Martin V, Astray J, Torner N, et al. Influenza vaccination of primary healthcare physicians may be associated with vaccination in their patients: a vaccination coverage study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:44.
126. Aygun O, Cerim S. The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. *Health Promotion International.* 2020.
127. Sarıyar S, Kılıç HF. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2019;6(2):126-31.
128. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 2014.

10. EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1830
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

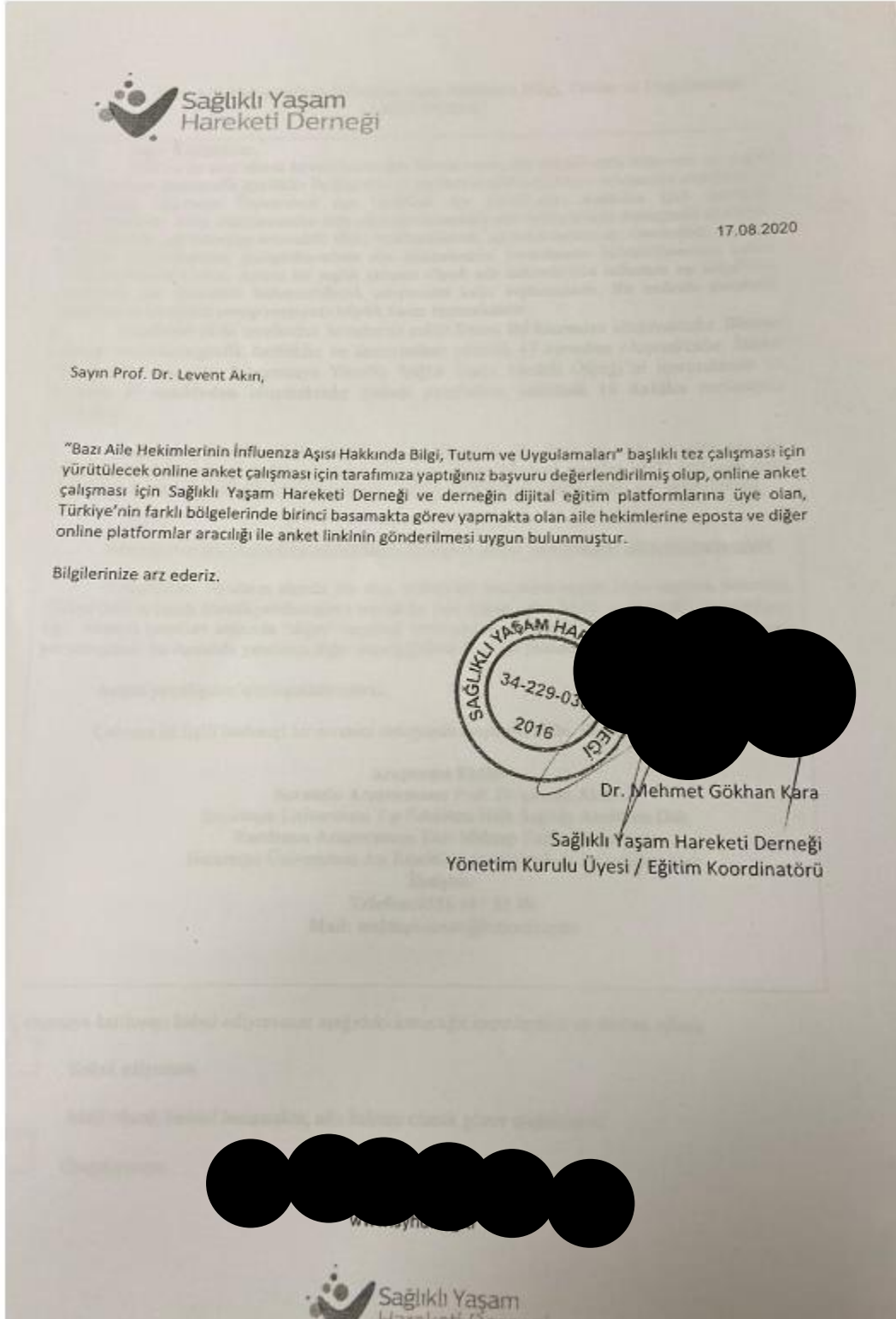
Toplantı Tarihi : 15 ARALIK 2020 SALI
Toplantı No : 2020/20
Proje No : GO 20/935(Değerlendirme Tarihi: 20.10.2020)
Karar No : 2020/20-04

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Levent AKIN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Ecz. Mehtap Tuğba DOKUMACI'nın yüksek lisans tezi olan, GO 20/935 kayıt numaralı, "*Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 16 Aralık 2020–16 Ağustos 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Başkan) 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR (Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN (Üye) 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK (Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK (Üye) 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ (Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER (Üye) 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESER (Üye) 11. Av. Serap MORALIOĞLU (Üye)
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ayrıntılı Bilgi için:
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

EK-2: Dernek İzin Yazısı



**EK-3: Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları
Anket Çalışması Olur Formu**

Sayın Katılımcılar,

Türkiye’de aktif olarak birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerinin influenza aşısı yapma tutumlarının demografik özellikler ile ilişkisini ve aşısı önerisi üzerine etkisini incelemeyi amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Aşısı Enstitüsü Aşısı Çalışmaları Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla aile hekimlerinin demografik özellikleri ile influenza aşısı tutumları arasındaki ilişki incelenebilecek, aşısı tutumlarının aşısı önermedeki etkisi ve erişkin bağışıklamanın iyileştirilmesinde aile hekimlerinin tutumlarının iyileştirilmesinin katkısı değerlendirilebilecektir. Ayrıca bir sağlık çalışanı olarak aile hekimlerinin influenza aşısı kabullerini arttırmak için önerilerde bulunulabilecek çalışmalara katkı sağlanacaktır. **Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.**

Araştırma ekibi tarafından hazırlanan anket formu **iki kısımdan** oluşmaktadır. **Birinci kısım** sosyodemografik özellikler ve deneyimlere yönelik **13 sorudan** oluşmaktadır. **İkinci kısım** ise “Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği”ni içermektedir ve toplam **39 maddeden** oluşmaktadır. Anketi yanıtlamak **yaklaşık 10 dakika** zamanınızı alacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

İnternet aracılığı ile dolduracağınız anket formunda adınız ve soyadınız talep edilmeyecektir.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı seçerek belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtılığınız için teŖekkür ederiz.

ÇalıŖma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araŖtırma ekibi ile iletiŖim kurabilirsiniz:

AraŖtırma Ekibi:

Sorumlu AraŖtırmacı: Prof. Dr Levent Akın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yardımcı AraŖtırmacı: Ecz. Mehtap Tuğba Dokumacı

Hacettepe Üniversitesi AŖı Enstitüsü AŖı ÇalıŖmaları Anabilim Dalı

İletişim:

Telefon:

Mail:

ÇalıŖmaya katılmayı kabul ediyorsanız aŖađıdaki kutucuğu iŖaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Aktif olarak birinci basamakta, aile hekimi olarak görev almaktayım, onaylıyorum.

**EK-4: Bazı Aile Hekimlerinin İnfluenza Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları
Anket Soruları**

A. Sosyodemografik Bazı Özellikler

1. Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

2. Yaşınız:

<30:

30-50:

50<:

3. Görev yaptığınız il:.....

4. Aşağıda listelenen tıbbi durumlardan sizde mevcut olanları işaretleyiniz:

Kronik metabolik hastalık (diyabetes mellitus dahil):

Kronik kardiyovasküler sistem hastalıkları:

Kronik renal disfonksiyon:

Kronik pulmoner hastalık(astım dahil):

Kronik karaciğer hastalığı:

Hemoglobinopati:

İmmün yetmezlik:

İmmün supresif tedavi:

Gebelik:

Son 5 yıl içerisinde doğum yapış olmak:

Diğer (Açıklayınız):.....

B. Deneyim ve iş yükü ile ilgili özellikler:

5. Aile hekimi başına düşen hasta sayınız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz:

<3000

3000-3200

3200<

6. Günlük kabul ettiğiniz hasta sayınız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz (ortalama)

<40

40-60

60<

7. İş yükünüzün en büyük kısmını aşağıdaki hizmetlerden hangisi oluşturmaktadır?

Muayene

Raporlu ilaç yazmak

Koruyucu sağlık hizmetleri

Enjeksiyon ve pansuman

Diğer

C. Aşı ve aşı ile önenebilir hastalıklar ile ilgili deneyimler:

8. Son 5 yıl içinde aşı ile önenebilir hastalığı olan bir hastanız oldu mu? (bu soruyu yanıtlarken kızamık, akut veya yakın zamanda teşhis edilmiş kronik hepatit B, bakteriyel menenjit, serviks kanseri ve hastaneye yatmayı gerektiren koplike mevsimsel grip, pnömokokal pnömoni, Streptococcus pneumonia'nın neden olduğu sepsis, pnömoni, bakteriyemi, akut otitis mediayı göz önünde bulundurunuz)

Evet

Hayır

9. Son 5 yıl içerisinde influenza ile ilişkili olabilecek ciddi bir rahatsızlığı olan hastanız oldu mu? (ciddi rahatsızlık: tıbbi müdahale gerektiren alerji öyküsü, Gullian Barre sendromu, nörolojik rahatsızlıklar, tıbbi yatış gerektiren diğer durumlar, hayatı tehdit eden durumlar olarak değerlendirilmelidir)

Evet

Hayır

D. Aile hekimlerinin influenza aşılama davranışları:**10. Aile sağlığı merkezlerinin erişkin bağışıklamadaki rolünü değerlendiriniz:**Elverişlidir Kısmen elverişlidir Yeterli değildir **11. Son 5 senedir grip aşınızı düzenli olarak her sezon yaptırdınız mı?**Evet Hayır **12. Ailenizdeki bireylerin (anne, baba, çocuklarınız, eşiniz vb.) düzenli olarak grip aşısı yaptırmasını sağlar mısınız?**Evet Hayır **13. İnfluenza aşısı önerinizi en yakın ifade eden cümleyi seçiniz:**Risk grubundaki hastalarım mutkale öneririm ve isteksiz hastalarımı ikna etmek için zaman ayırıyorum. Risk grubundaki hastalarım mutkale öneririm ama yaptırmaları için ısrarcı ve takipçi olmam.

Aktif olarak öneri yapmıyorum Hastalarımın talep gelirse öneririm.

Önermiyorum.

EK-5: Türkçeye Uyarlanan Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Aşağıdaki her bir ifade için **mevsimsel gribi** düşünerek inancınıza en yakın sayıyı işaretleyiniz.

1 = Kesinlikle katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Orta derecede katılıyorum

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle katılıyorum

(Bir sayıyı işaretleyiniz)

DUYARLILIK		1	2	3	4	5
1	Her gün birçok kişi ile çalışmak grip olma olasılığımı artırır					
2	Sadece 65 yaşın üzerindeki kişiler grip olurlar					
3	Grip olma olasılığım çok					
4	Sağlıklı insanlar grip olabilirler					
5	Gelecekte grip olma olasılığımın çok olduğunu hissediyorum					
6	Grip olma konusunda çok endişeliyim					
7	Gelecek yıl grip olabilirim					
8	Grip olma düşüncesi beni korkutur					

CİDDİYET		1	2	3	4	5
9	Grip olmak aile düzenimi bozabilir					
10	Grip olmak günlük aktivitelerimi daha zor hale getirir					
11	Eğer grip olsaydım, bu diğer hastalıklardan daha ciddi olurdu					
12	Grip ciddi bir hastalık olabilir					

YARARLAR		1	2	3	4	5
13	Grip aşısı olmak beni grip olmaktan koruyacaktır					
14	Grip aşısı olmak ev halkımdaki diğer bireyleri grip olmaktan koruyacaktır					
15	Grip aşısı olmak işe devamsızlığımı önleyecek					
16	Grip aşısı olarak birçok kazancım olur					
17	Eğer grip aşısı olsaydım, grip olmaktan korkmazdım					
18	Kronik hastalığın olması (örneğin; diyabet, kalp hastalığı, veya astım) grip aşısı olmak için bir nedendir					

ENGELLER		1	2	3	4	5
19	Grip aşısı olmak bana uygun değildir					
20	Grip aşısı olmak için işime oldukça ara vermek zorundayım					
21	Grip aşısı olmak ağrılı olabilir					
22	Grip aşısı olmak zaman alıcıdır					
23	Grip aşısı olmak günlük aktivitelerimi engeller					
24	Grip aşısı olmanın birçok riski vardır					
25	Grip aşısı olmak çok fazla maliyetlidir					
26	Grip aşısının kötü bir reaksiyon oluşturması konusunda endişeliyim					

EK-6: Araştırma Maddeleri

Madde 27. Eğer grip olursam, işim tehlikede olacak

Madde 28. İnsanlar, gripli birinden sonra (aynı tabak, çatal, vs. kullanarak) yemek yediklerinde grip olurlar

Madde 29. İnsanlar, grip olan diğer insanların bulunduğu ortamın havasını soluduğunda grip olurlar

Madde 30. Grip üç-beş gün sürer

Madde 31. Grip olmak pnömoni (zatürre) gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilir

Madde 32. Grip aşısından grip olunabilir

Madde 33. İnsanlar grip aşısından sonra sıklıkla hasta olubilirler

Madde 34. Dengeli bir diyetle beslenirim

Madde 35. Tıbbi önerilere uyarım çünkü bunların benim sağlık durumuma yararlı olacağına inanırım

Madde 36. Sağlığımı geliştirmek için sık sık kendi kendime yararlı bir şeyler yaparım

Madde 37. Sağlığım konusunda yeni bilgileri araştırırım

Madde 38. Hastalıkla ilgili muayenelere ek olarak önerilen yıllık fiziksel muayenelerim de var

Madde 39. Düzenli olarak haftada en az iki üç kez egzersiz yaparım.

EK-7: Tez Orjinallik Raporu

BAZI AİLE HEKİMLERİNİN İNFLUENZA AŞISI HAKKINDA BİLGİ,
TUTUM VE UYGULAMALARI

ORIGINALITY REPORT

12%	11%	3%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Hacettepe University Student Paper	2%
2	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	1%
3	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 Internet Source	1%
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	1%
5	docplayer.biz.tr Internet Source	1%
6	www.akademikbilgisistemi.com Internet Source	<1%
7	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 Internet Source	<1%
8	burkonturizm.com Internet Source	<1%
9	www.ttb.org.tr Internet Source	<1%

EK-8: Turnitin Dijital Makbuz

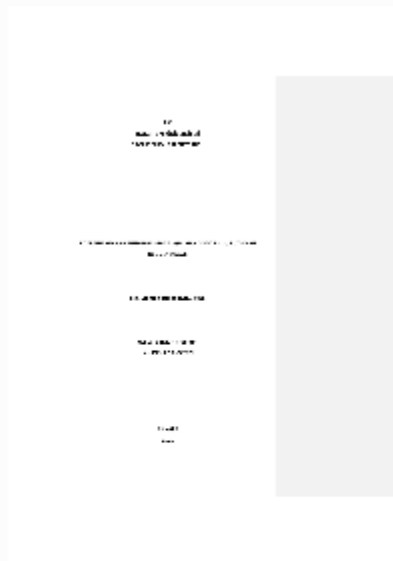


Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Mehtap Tuğba Dokumacı
 Assignment title: Levent Hoca Tez Oğrencisi
 Submission title: BAZI AİLE HEKİMLERİNİN İNFLUENZA AŞISI HAKKINDA BİLGİ, ...
 File name: Mehtap_Dokumac_-YL_Tezi-V5.docx
 File size: 2.88M
 Page count: 123
 Word count: 26,910
 Character count: 181,824
 Submission date: 25-Jan-2022 08:03PM (UTC+0300)
 Submission ID: 1747950582



11. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	Mehtap Tugba Dokumacı
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	●●●●●●●●●●
HALEN GÖREVİ: Sanofi Pasteur Aşı Tic. A.Ş. şirketinde Stratejik İşbirleri Müdürü ve Medikal Uzman, Hacettepe Aşı Enstitüsü Aşı Çalışmaları Yüksek Lisans Programı'nda öğrenci.	
YATIRIMCI İZLENİ: ●●●●●●●●●●	
E-MAIL: ●●●●●●●●●●	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2007-2012	Lisans	Marmara Üniversitesi	Eczacılık Fakültesi

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
-	-	-	-

4. ÇALIŞMA ALANLARI

ÇALIŞMA ALANI	ANAHTAR SÖZCÜKLER
Eczacılık, Halk Sağlığı, Aşılar	Halk sağlığı, Aşılar

5. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR

Yoktur.