



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN
HASTALARIN COVID-19 VE İNFLUENZA AŞILARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hanife UÇAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
HASTALARIN COVID-19 VE İNFLUENZA AşILARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIşLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hanife UÇAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İsmail ARSLAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimini almaktan onur ve mutluluk duyduğum Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nin, bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, büyük bir özveri ile eğitimime katkıda bulunan hocalarım,

Uzmanlık eğitimime disiplini, geniş bakış açısı ve imrendiğim mesleki becerisi ile büyük katkı sağlayan çok değerli hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e

Mesleki bilgi ve tecrübelerinden çok yararlandığım, Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen her aşamasında yanımda bulunan saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a

Eğitimime katkıda bulunan Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye

Benim gibi ihtisasını tamamlamaya çalışan ve beraber uyum içerisinde çalıştığım, güler yüzlerini hiç eksik etmeyen tüm asistan arkadaşlarıma;

Beraber çalışırken yardımlarını esirgemeyen huzur ve mutluluk içerisinde görevimi yapmamı sağlayan Aile Hekimliği Kliniği'nin tüm hemşire, personel ve sekreterlerine;

Pediyatri ve Genel Cerrahi başta olmak üzere birçok bölümde kazanmış olduğumuz değerli dostlarıma ve beraber çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum sevgili eşkıdemlerime;

Beni bu günlere getiren, tüm hayatım ve öğrenimim boyunca sevgi ve fedakarlıkta cömertçe davranan, kızları olmaktan gurur ve sevinç duyduğum, haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Azime ÇETİNKAYA ve babam Hüsamettin ÇETİNKAYA'ya, hayatımda ve kardeşim oldukları için şükrettiğim ve her biriyle ayrı ayrı gurur duyduğum sevgili kardeşlerime ve abime, sevgili eşim, hayat yoldaşım Gökhan UÇAR'a ve değerli ailesine ,

Hayatımıza yeni katılacak olan kıymetli Kızıma

Sonsuz Teşekkürler

Dr. Hanife UÇAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19.....	4
2.1.1. Koronavirüs Virolojisi, Yapısı ve Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kaynak ve Bulaşma Yollar	6
2.1.3. Bulaştırıcılık, Viral Yük, Duyarlı Kişi/Konakçı	6
2.1.4. Klinik Özellikleri	7
2.1.5. Tanı ve Laboratuvar Bulguları.....	9
2.1.6. Tedavi.....	11
2.2. COVID-19 AŞILARI.....	12
2.2.1. Aşılama Stratejileri.....	12
2.2.2. mRNA Aşıları	13
2.2.2.1. Pfizer/Biontech (Bnt162b2) aşısı:	13
2.2.2.2. Moderna aşısı (Mrna 1273):.....	14
2.2.3. Vektör Aşıları.....	14
2.2.3.1. Oxford/Astra Zeneca aşısı:.....	14
2.2.3.2. Sputnik V (Gam-Covid-Vac):.....	14
2.2.3.3. Johnson&Johnson (Ad26.Cov2.S):.....	14
2.2.4. İnaktif Virüs Aşıları	15
2.2.4.1. Coronavac (Sinovac):.....	15
2.2.5. DNA Aşıları	15
2.2.6. Protein Subunit Aşıları.....	16
2.2.7. Virüs Benzeri Partikül Aşıları.....	16
2.2.8. Canlı Attenue Virüs Aşıları.....	16

2.3. İNFLUENZA	16
2.3.1. Grip Virüsü ve Viroloji	17
2.3.2. Epidemiyoloji	19
2.3.3. Kaynak ve Bulaş Yolu	19
2.3.4. Klinik Özellikler	20
2.3.5. Tanı ve Laboratuvar Bulguları	21
2.3.6. Tedavi.....	22
2.4. İNFLUENZA AŞILARI	23
2.4.1. İnaktive Aşılar	24
2.4.2. Canlı Aşılar	24
2.4.3. Rekombinant Aşılar	25
2.4.4. Risk Grupları.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	27
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	27
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	27
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	28
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	28
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. COVID-19 HASTALIĞI BİLGİ SORULARI VE BİLGİ SKORU	61
4.2. COVID-19 HASTALIĞI TUTUM SORULARI VE TUTUM SKORU	67
4.3. COVID-19 DAVRANIŞ SORULARI VE DAVRANIŞ SKORU	76
4.4. İNFLUENZA (GRİP) BİLGİ SORULARI VE BİLGİ SKORU	86
5. TARTIŞMA	93
6. SONUÇ VE ÖNERİ.....	111
7. KAYNAKLAR	112
8. ÖZGEÇMİŞ	124
9. EKLER.....	125
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	125
EK-2. ANKET FORMU	129

KISALTMALAR

ACE-2	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ACIP	: Advisory Committee On Immunization Practices, Bağışıklama Uygulamaları Danışma Kurulu
APC	: Antijen Sunan Hücreler
ARDS	: Akut Respiratuvar Distress Sendromu
BAL	: Bronkoalveolar Lavaj
betaCoV	: Betakoronavirüs
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri
CK	: Kreatinin Kinaz
CoronaVac	: Sinovac İnaktif Koronavirüs Aşısı
CoV	: Koronavirüs
COVID-19	: Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu
CRP	: C-reaktif protein
deltaCoV	: Deltakoronavirüs
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	: Enzim Bağlı İmmün Assay, Enzyme-Linked ImmunoSobent Assay
ESR	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
gamaCoV	: Gamakoronavirüs
HA	: Hemaglütinin
HCoV	: İnsan Koronavirüsü
HLH	: Hemofagositik Lenfohistositozun
ICTV	: Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi
IgM/IgG	: İmmunoglobulin M/G
KAH	: Kronik Akciğer Hastalıkları
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
LDH	: Laktat Dehidrogenaz

MERS	: Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome)
MERS-CoV	: Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ile ilişkili koronavirüs
NA	: Nöraminidaz
NAAT	: Nükleik Asid Amplifikasyon Testleri
PAAC	: Posterior-Anterior Akciğer Grafisi
PaO₂/FiO₂	: Parsiyel arteriyel oksijen basıncı/Alınan havanın oksijen fraksiyonu
RNA	: Ribonükleik Asit
RT PCR	: Real-time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction, Gerçek zamanlı protein zincir reaksiyonu
SARS	: Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)
SARS-COV	: Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) ile ilişkili koronavirüs
SARS-CoV-2	: COVID-19
SpO₂	: Kan Oksijen Saturasyonu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
αfaCoV	: Alfakoronavirüs

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. COVID-19 İçin Aşı Adaylarının Özellikleri	13
Tablo 2.2. İnfluenza A,B,C Virüslerinin Farklı Özellikleri	18
Tablo 2.3. İnfluenza Aşılarının Kullanımına Yönelik Kontrendikasyonlar ve Tedbirler	23
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	30
Tablo 4.2. Katılımcıların Sigara Kullanımı Durumu	31
Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumları	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-1	33
Tablo 4.5. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-2	35
Tablo 4.6. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-3	36
Tablo 4.7. Katılımcıların Kimler Grip Aşısı Yaptırmalı Cevaplarının Dağılımı	37
Tablo 4.8. Katılımcıların COVID-19 ve Aşı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-1	39
Tablo 4.9. Katılımcıların COVID-19 ve Aşı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-2	40
Tablo 4.10. Sosyodemografik Özelliklere Göre İnfluenza Aşısının Gripe Karşı Koruyuculuğunun Farkındalığının Değerlendirilmesi	41
Tablo 4.11. Kronik Hastalıklara Göre İnfluenza Aşısının Gripe Karşı Koruyuculuğunun Farkındalığının Değerlendirilmesi	42
Tablo 4.12. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısının Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi	43
Tablo 4.13. Kronik Hastalıklara Göre Grip Aşısının Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi	43
Tablo 4.14. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi	44
Tablo 4.15. Sigara Kullanımına Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi	45
Tablo 4.16. Kronik Hastalıklara Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi	45
Tablo 4.17. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi	46

Tablo 4.18. Kronik Hastalıklara Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi	47
Tablo 4.19. Grip Aşısı İçin Riskli Grupların Bilincine Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi	48
Tablo 4.20. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aile Bireylerinin Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi	49
Tablo 4.21. Kronik hastalıklara Göre Aile bireylerinin Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi	50
Tablo 4.23. Sigara Kullanımına Göre Grip Hastalığı Ve Soğuk Algınlığı Farkındalığının Değerlendirilmesi	51
Tablo 4.24. Kronik Hastalıklara Göre Grip hastalığı Ve Soğuk Algınlığı Farkındalığının Değerlendirilmesi	52
Tablo 4.25. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısının Etkinliğine Bakış Aşısının Değerlendirilmesi	53
Tablo 4.26. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre Grip Aşısının Etkinliğine Bakış Aşısının Değerlendirilmesi	53
Tablo 4.27. Sosyodemografik Özelliklere Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi	54
Tablo 4.28. Kronik Hastalıklara Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi	55
Tablo 4.29. İnfluenza (Grip) Aşısını Yaptırma Durumuna Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi	55
Tablo 4.30. COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumuna Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi	56
Tablo 4.31. Sosyodemografik Özelliklere Göre İş Gereği COVID-19'u Ailesine Bulaştırmaktan Endişe Duymanın Değerlendirilmesi	57
Tablo 4.32. Sosyodemografik Özelliklere Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi	58
Tablo 4.33. Sigara Kullanımına Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi	58
Tablo 4.34. Kronik Hastalık Varlığına Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi	59
Tablo 4.35. Grip Sorularına Göre Daha Önce İnfluenza (Grip) Aşısını Yaptırma Durumunun Değerlendirilmesi	60
Tablo 4.36. Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaş Dağılımının Değerlendirilmesi	60
Tablo 4.37. COVID-19 Hastalığı Bilgi Soruları	62

Tablo 4.38. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi	63
Tablo 4.39. COVID-19 Hastalığı Tutum Soruları.....	68
Tablo 4.40. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi	69
Tablo 4.41. Kronik Hastalıklara Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi	72
Tablo 4.42. Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi	73
Tablo 4.43. İnfluenza (Grip) Sorularına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi	74
Tablo 4.44. COVID-19 Sorularına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi	76
Tablo 4.45. COVID-19 Davranış Soruları	77
Tablo 4.46. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi	78
Tablo 4.47. Kronik Hastalığa Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi	81
Tablo 4.48. Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi	81
Tablo 4.49. İnfluenza Sorularına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi	83
Tablo 4.50. COVID-19 Sorularına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi	84
Tablo 4.51. İnfluenza (Grip) Bilgi Soruları.....	87
Tablo 4.52. Sosyodemografik Özelliklere Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi	88
Tablo 4.53. Kronik Hastalıklara Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi	89
Tablo 4.54. Sigara Kullanımına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	90
Tablo 4.55. İnfluenza Sorularına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi	90
Tablo 4.56. COVID-19 Sorularına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi ..	92

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. 2003 -2020 Haziran Tarihleri Arasında Geçirilmiş Olan Pandemiler	3
Şekil 2.2. Koronavirüslerin Yapısı.....	5
Şekil 4.1. Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	64
Şekil 4.2. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	64
Şekil 4.3. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	67
Şekil 4.4. Medeni Duruma Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi.....	70
Şekil 4.5. Yaş Gruplarına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi	71
Şekil 4.6. Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi	71
Şekil 4.7. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi.....	72
Şekil 4.8. Kronik Hastalık Süresine Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi	73
Şekil 4.9. Sigara Kullanım Durumuna Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi	74
Şekil 4.10. Grip Aşısı Farkındalığına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi	75
Şekil 4.11. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi.....	75
Şekil 4.12. Yaş'a Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi.....	79
Şekil 4.13. Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi	79
Şekil 4.14. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi	80
Şekil 4.15. Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi	82
Şekil 4.16. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi.....	83
Şekil 4.17. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi.....	85
Şekil 4.18. Ailesine Hastalığı Bulaştırma Endişesine Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi	85

Şekil 4.19. Meslek Gruplarına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	89
Şekil 4.20. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	91
Şekil 4.21. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi.....	92



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran hastaların COVID-19 ve İnfluenza aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcılar Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hasta ve sağlıklı kişilerden oluşmuştur. Etik kuruldan 10 Aralık 2020 tarihinde onay alınmıştır. Bu tarih ile 31 Ocak 2021 tarihi arasında yeterli sayıya ulaşılmış ve anket veri toplaması sonlandırılmıştır. Çalışmaya 18 yaş üstü olan 521 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ile araştırmacı tarafından literatür ve güncel kılavuzlar taranarak oluşturulan COVID-19 ve İnfluenza aşıları hakkında bilgi, tutum ve davranış özelliklerini belirlemeyi amaçlayan anket formu yüz yüze görüşme esnasında uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 521 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların 316'si (%60,7) kadın, 205'i (%39,3) erkeklerden oluşmuştur. Yaş ortalaması $37,64 \pm 12,5$ olarak hesaplanmıştır. COVID-19 aşısı mevcut olması durumunda %34,4 (n=179) kişi yaptırmayı düşünürken, %35,3 (n=184) kişi yaptırmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Kararsız kalan kişilerin sayısı toplam katılımcıların %30,3'nü (n=158) oluşturduğu gözlemlenmiştir. COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünen olguları incelendiğinde %55,3'ü (n=99) virüse karşı korunmada etkili bir yöntem olduğuna inandıkları için aşı yaptırmak istedikleri cevabını vermişlerdir. COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünmeyen olgulara bakıldığında yaptırmama nedenleri %50'si (n=96) aşının yan etkilerinden korktukları için aşığı istemedikleri yanıtını vermişlerdir. Olguların %22,6'sı (n=118) daha önce grip aşısı yaptırdığını, %77,4'ü (n=403) aşı yaptırmadığını belirtmiştir. Grip aşısının etkili bir korunma yöntemi olduğunu düşünmek COVID-19 aşısını yaptırma isteğini anlamlı olarak yükselttiği bulunmuştur ($p < 0,001$). Kronik hastalığı bulunan olguların COVID-19 davranış puanları, kronik hastalığı bulunmayan olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p = 0,06$).

Sonuç:Bu çalışmada COVID-19 aşısı konusundaki kararsızlığın ve aşıyı reddetmenin en sık nedenlerinin katılımcıların aşının yan etkilerinden korktuğu ve yeni bir aşı olacağı için bu aşıya güvenlerinin olmayacağı bulunmuştur. Bununla birlikte İnfluenza aşısına olan olumlu bakış açısının COVID-19 aşısını da pozitif yönde etkilediği gözlemlenmiştir.Ortaya koyulan bu bilgilerin ışığında gelecekteki COVID-19 aşı kampanyasının başarısız olmaması ve hedeflenen düzeyde aşılama yapılabilmesi için medya, politikacılar, sağlık hizmeti sunanlar aşı geliştirme süreçlerini yakından takip etmeli, halkı şeffaf bir şekilde bilgilendirmeli ve halkın endişelerini dikkate almalıdır.

Anahtar Kelimeler:COVID-19, influenza, aşı, bilgi, tutum

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS OF PATIENTS APPLYING TO THE FAMILY MEDICINE POLYCLINIC ABOUT COVID-19 AND INFLUENZA VACCINES

Aim: In this study, it was aimed to reveal the knowledge, attitudes and behaviors of the patients who applied to the Ministry of Health Ankara Education and Research Hospital about the COVID-19 and Influenza vaccine.

Material and Methods: Participants consisted of patients and healthy people who applied to Ankara Training and Research Hospital Family Medicine outpatient clinics. Approval was obtained from the ethics committee on 10 December 2020. A sufficient number was reached between this date and January 31, 2021, and the survey data collection was terminated. 521 people over the age of 18 were included in the study. The sociodemographic data form and the questionnaire, which was created by the researcher by scanning the literature and current guidelines, aiming to determine the knowledge, attitude and behavioral characteristics about Influenza and COVID-19 vaccines were applied during the face-to-face interview.

Results: 521 people were included in the study. 316 (60,7%) of the participants were female and 205 (39,3%) were male. The mean age was calculated as $37,64 \pm 12,5$. In case of COVID-19 vaccine, 34,4% (n=179) people stated that they would consider to be vaccinated, while 35,3% (n=184) people stated that they did not think to get vaccinated. It was observed that the number of undecided people constituted 30,3% (n=158) of the total participants. When the cases who were considering getting the COVID-19 vaccine were examined, 55,3% (n=99) answered that they wanted to be vaccinated because they believed that it was an effective method for protection against the virus. Considering the cases who did not plan to have the COVID-19 vaccine, 50% (n=96) of the reasons for not getting the vaccine gave the answer that they did not want the vaccine because they were afraid of the side effects of the vaccine. 22,6% (n=18) of the cases stated that they had been

vaccinated against influenza before, and 77,4% (n=403) stated that they had not been vaccinated.

Conclusion: In this study, it was found that the most common reasons for indecision about the COVID-19 vaccine and refusing the vaccine were the participants' fear of the side effects of the vaccine and the lack of confidence in this vaccine since it would be a new vaccine. However, it was observed that the positive perspective towards the influenza vaccine also affected the COVID-19 vaccine positively. In the light of this information, the media, politicians, health care providers should closely follow the vaccine development processes, inform the public perspicuously and take into account the concerns of the public so that the future COVID-19 vaccination campaign does not fail and the vaccination at the targeted level can be achieved.

Keywords: COVID-19, influenza, vaccine, knowledge, attitude

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yeni Korona virüs enfeksiyonu (COVID-19) tüm dünyada ve ülkemizde pandemi yapan ve çok hızlı yayılan viral bir enfeksiyondur. Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir (1,2). Pnömoni hızla Çin'in diğer bölgelerine ve diğer ülkelere yayılmıştır. Erken aşamada iken, bu hastaların çoğunun Wuhan deniz ürünleri pazarı ile temas öyküsü bildirilmiştir (2,3). Giderek daha fazla hastada ateş ve öksürük semptomları ortaya çıkmasıyla 7 Ocak 2020'de Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından bir hastanın boğaz swap örneğinde yeni bir korona virüs tespit edilmiş ve daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2019-ncov olarak adlandırılmıştır (1,2).Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgını 30 Ocak'ta "Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır (1).

Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamıştır. 22 Ocak'ta T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelere sonra 11 Mart'ta bizim ülkemizde de görülmüştür(4).Ülkemizde COVID-19 pandemisi nedeniyle 5,48 milyon vaka görülürken, 50 bin civarında ölüm oranı görülmüştür (5).

Pandemi olarak seyreden hastalıklarda koruyucu hekimliğin önemi artmaktadır. Özellikle tedavisi mevcut olmayan salgınlarda hastalıktan korunmada en önemli silahlardan biri aşıdır.

Salgın hastalıklarda insanların aşıya olan tutum ve güven düzeylerinin, o hastalığın pandemi olarak seyretmesi ile beraber, aşının geliştirilme süreci, hastalığın toplumdaki karşılığı,hastaların aşı hakkında bilgilendirilme düzeyleri, bireylerin aşılarla genel bakış açısı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.Uzun yıllar içinde toplumda yapılmış olan aşılardan koruyuculuğu, yan etkileri ve komplikasyonları daha iyi gözlemlenebildiği için yeni geliştirilen aşılardan daha kısa bir süreçte geliştirilmesi

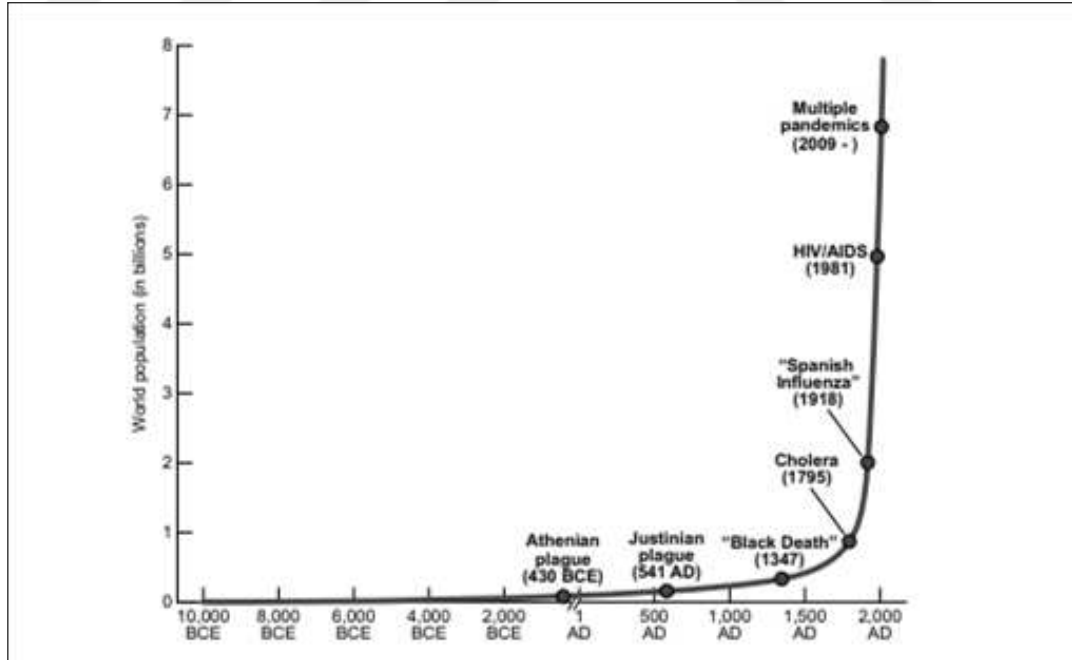
aşıya bakış açısını da etkileyebilir. Daha önce uygulanan aşılarla olan talebinde, bu dönemde yapılma oranları değişiklik gösterebilir.

Çalışmada Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran hastaların COVID-19 ve İnfluenza aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Aralık 2019'dan itibaren dünya, yeni bir pandemik hastalık olan koronavirüs 2019'un (COVID-19) hızlı bir şekilde yayılmasını izlemiştir (6). Artan ölüm ve vaka sayıları, işimizin, okulumuzun, aktivitelerimizin, seyahatimizin, ekonomik refahımızın, arkadaşlarımızla ve ailemizle etkileşimimizin her alanında değişikliklere yol açmıştır (6). Ancak, bu dönem bu tür problemlerle karşılaştığımız tek dönem değildir. Ölümcül salgınlar ve büyük ölçekli salgınlar, tarih boyunca insanların varoluşuna meydan okumuştur (6). Bu salgınlar bir zamanlar yüzyıllar veya en azından on yıllara yayılmış olsa da, günümüzün getirdiği koşullarla beraber şimdi çok daha hızlı yayılabilmektedir (6). 2003 yılından itibaren, Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), bir Grip salgını (2009'da H1N1pdm), bir Chikungunya pandemisi (2014), bir Zika salgını (2015) ve küresel olarak ihraç edilen vakalarla beş Afrika ülkesinde Ebola (2014-2015) salgını yaşanmıştır. Aralık 2019'dan itibaren dünya, yeni bir pandemik hastalık olan COVID-19'un hızlı bir şekilde yayılmasını izlemiştir (6).



Şekil2.1. 2003 -2020 Haziran Tarihleri Arasında Geçirilmiş Olan Pandemiler (6)

2.1. COVID-19

2.1.1. Koronavirüs Virolojisi, Yapısı ve Epidemiyolojisi

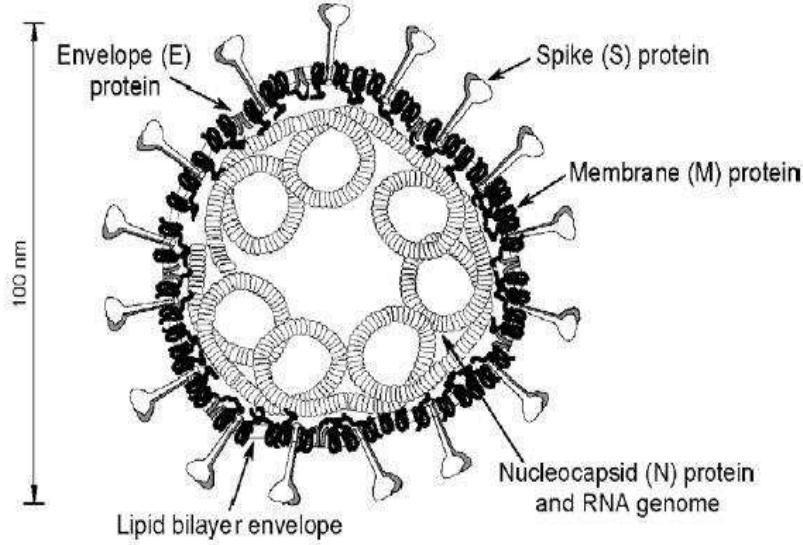
COVID-19'a neden olan patojen, 2003 salgınından SARS Koronavirüsüne (SARS-COV) genetik olarak homolog olan bir betakoronavirüsdür. Şiddetli Akut Solunum Sendromu neden olabilen bir Koronavirüsdür (SARS-COV-2) (7).

Son yirmi yılda, üç Koronavirüs periyodik olarak yarasa gibi hayvan türlerine geçmiştir ve insan popülasyonlarına bulaşarak giderek artan büyük ölçekli salgınlara neden olmuştur (8-10). Daha önce bildirilen viral zoonotik patojenler arasında SARS-COV (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü) ve MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü) bulunur (8,11,12). Ve insanlarda ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilirler (8,13,14). Yapılan çalışmalarda, vakaların %18.1'inde ciddi hastalık ve %3,5'inde ölüm meydana geldiği bildirilmiştir (15). Bununla birlikte, bu yeni Koronavirüs genellikle insanlarda hafif ila şiddetli solunum yolu hastalığı ile ilişkilidir (2,8,9,16). Bu virüs türler arasında atlama özelliğine sahiptir. Garip ve karmaşık bir patojen olarak çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir (8,17).

Yeni bir Koronavirüs olan SARS-COV-2, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır ve salgından bu yana hızla yayılmıştır (8,18). İnsanlar ve hayvanlar arasındaki sık etkileşim nedeniyle, bir virüs yaygın zoonotik bir enfeksiyon kaynağıdır. COVID-19, insandan insana bulaşması nedeniyle küresel endişe kaynağı olan acil bir sağlık durumu haline gelmiştir (8,18,19).

Koronavirüsler, orthocoronavirinae ve letovirinae olmak üzere iki alt aileden oluşan coronaviridae ailesi olan nidovirales grubuna aittir (8,20,21). Cov'ler genotipik olarak dört cinse ayrılır: filogenetik ve genomik verilerine göre alfa Koronavirüsler (a), beta Koronavirüsler (b), gama Koronavirüsler (g) ve delta Koronavirüslerdir (d). Ayrıca, β - koronavirüs a'dan d'ye dört viral soya bölünmüştür (8,22,23).

Koronavirüsler, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Pozitif polariteli oldukları için RNA'ya bağımlı RNA Polimeraz enzimi bulundurmazlar, ancak genomlarında bu enzimi kodlarlar. Yüzeylerinde çubuksu uzantıları vardır. Bu çıkıntıların Latince'deki "corona" yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (Şekil 2.2) (4).



Şekil 2.2.Koronavirüslerin Yapısı (24)

Cov spike (S) glikoprotein, konakçı hücredeki hücre reseptörlerine bağlanır ve viral girişe aracılık ederek türler arası iletim ve patogeneze görev alır (8,23,25).

Koronavirüs, genomik RNA ve bir nükleokapsid oluşturan paketlenmiş bir protein kapsidi olmak üzere iki temel bileşenden oluşur. Nükleokapsid, sivri glikoprotein düzenleyici (S) ve hemagglutinin - esterazdan (HE) oluşan bir fosfolipid çift tabakası ile çevrilidir. Tüm virüsler nükleokapsid (N), spike (S), zarf (E) ve membran (M) yapısal proteinlerine sahiptir. Bunun yanı sıra, yapısal olmayan ve yardımcı proteinleri de vardır. M proteini ve E proteini, virüs kapsidindeki S proteinleri arasına yerleştirilmiştir. M proteini, virionlara şekil vermekte, membran eğriliğini desteklemekte ve nükleokapside bağlanmaktadır. E proteini, virüsün birleştirilmesinde, salınmasında ve viral patogeneze rol oynamaktadır. S proteini virüsün yüzeyinde bulunur, konak hücre reseptörüne bağlanan kısımdır, virüsün

antiijenik yapısını belirler. Virüs S proteini ile konakçı hücre reseptörüne bağlanarak hücreye girer, hücre sitoplazmasında çoğalır ve hücreden çıkarken sitoplazma membranından zarfını alarak çıkar (8,13,23,26,27).

2.1.2. Kaynakve Bulaşma Yollar

SARS-COV-2'nin rezervuarı hala araştırılmaktadır. COVID-19 için mevcut tüm kanıtlar, SARS-COV-2'nin zoonotik bir kaynağı olduğunu düşündürmektedir. Henüz netlik kazanmamakla birlikte eldeki veriler, Huanan deniz ürünleri toptan satış pazarında satılan vahşi hayvanları işaret etmektedir. İnsandan insana bulaş özelliği kazanması nedeniyle COVID-19'da kaynak semptomatik/aseptomatik COVID-19 pozitif kişilerdir (4). SARS-CoV-2, hem damlacık yolu ile hem de kontamine nesneler aracılığıyla bulaşabilmektedir. Damlacıklar yaklaşık olarak iki metreden fazla ilerleyememekte ve sınırlı bir süre havada kalabilmektedir. Bununla beraber virüs; damlacıklar içerisinde, bulaşıcılığı devam ederek, üç saate kadar havada askıda kalabilmektedir. Kontamine olmuş bir yüzeye dokunduktan sonra ellerle göz, burun veya ağız gibi mukoz membranlara doğrudan temas edilirse de virüs bulaşabilmektedir (28).

Şu anda, belirli bir vahşi yaşam hayvanının virüsün kaynağı olduğunu öne sürecek yeterli kanıt yoktur. Viral kaynak, evrim, zoonotik bulaşma modu ve bulaşıcılığın doğru bir şekilde incelenmesi, enfeksiyonun yayılmasını önlemeye yardımcı olacaktır (8,11,12).

2.1.3. Bulaştırıcılık, Viral Yük, Duyarlı Kişi/Konakçı

Genel olarak inkübasyon süresi 2-14 gün arasındadeğişmektedir. COVID-19'un bulaştırıcılık süresi kesin olarak bilinmemektedir. Semptomatik dönemden 1-2 gün önce başlayıp semptomların kaybolmasıyla sona erdiğidüşünülmektedir. Viral saçılım semptomlarının başlamasından 1-2 gün önce başlamakta ve boğaz sürüntülerinde semptomların ortaya çıkış döneminde viral yük doruğa çıkmakta ilk yedi gün içerisinde hızla düşmekle birlikte ikinci haftanın ilerisine uzayabilmektedir (4).

COVID-19'da toplumun tümü duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma yönünden en riskli meslek grubudur. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, komorbiditesi (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, KOAH, böbrek hastalığı vb.) olan kişiler, mevsimlik tarım işçileri ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza ve tevkif evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır (4).

2.1.4. Klinik Özellikleri

Enfeksiyonun yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispnedir. Baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, yeni ortaya çıkan koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtiler de görülebilmektedir. Hastalık asemptomatik geçirilebilmekle birlikte, ciddi vakalarda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve hatta ölüme kadar ilerleyebilir (4).

Hastalığın ilk evresinde, hastalar ateşsiz olabilir, sadece titreme ve solunum semptomları ile kendini gösterir. Çoğu vaka hafif gibi görünse de, birçok hastanın BT görüntüsünde buzlu cam akciğer opasitesi gibi yeni pulmoner belirtiler vardır (8,29,30). Hafif pnömonili hastalarda semptomlar ateş, öksürük, boğaz ağrısı, yorgunluk, baş ağrısı veya miyaljidir (8,31).

Açıkça hiçbir ciddi semptom veya komplikasyon göstermeye de bilirler. Bazı hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonu, akciğerde bilateral düzensiz opasite, azalmış beyaz kan hücresi veya lenfosit sayısı ve enfeksiyonun bu aşamalarında ALT, AST, LDH, CK-MB, CRP ve ESR'de artış olduğu bildirilmiştir (8,18,32,33).

Şiddetli pnömonisi olan hastalar, Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) ve refrakter hipoksemiden muzdariptir. Ncov-2019, organ hasarı ve işlev bozukluğunun yanı sıra ciddi pulmoner enfeksiyona, solunum yetmezliğine neden olabilir. Hematolojik ve sindirim sistemindeki düzensizlikler gibi akciğer dışı sistem işlev bozuklukları durumunda, sepsis ve septik şok gibi ciddi tablolar gelişebilir ve ölüm oranlarında önemli artışa neden olabilir. Bulgular, hastaların çoğunda (%81)

hastalığın hafif olduğunu ve sadece birkaçında ciddi pnömoni, akciğer ödemi, ARDS veya farklı organ hasarları geliştirdiğini ve vaka mortalite oranının %2,3 olduğunu göstermiştir. Çocuklarda enfeksiyonun seyri, yetişkinlere kıyasla genellikle çok daha hafif klinik semptomlarla ve hatta asemptomatik olarak kendini göstermiştir. Önceki araştırmalara göre yaşlı hastalarda hastalığın daha kritik gelişme riski yüksektir (8,31,34). Ancak yaşlıların bu hastalığa karşı daha iyi korunması gerekliliğinin ana nedeni olgu oranından çok kötü prognozudur. Yaşla beraber hastaneye yatış oranları ve mortalite riski artış göstermektedir (35).

Yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, solunum hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, endokrin sistem bozuklukları, sindirim sistemi bozuklukları ve kanserler gibi kronik hastalık öyküsü olan 80 yaşın üzerindeki hastaların %50'sinde vaka ölüm oranı (CFR) artmıştır. Çoğu vakada ölüm nedeni solunum yetmezliği, septik şok veya birkaç organ yetmezliğidir (8,34).

Artan C-reaktif protein (CRP), lenfopeni ile karakterize, bozulmuş bağışıklığın önemli bir faktörüdür. Bu nedenle, SARS-COV-2, zayıf bağışıklık fonksiyonları nedeniyle kronik hastalığı olan yaşlı insanları etkileme olasılığı daha yüksektir. Ayrıca COVID-19'un erkeği (ortalama 55,5 yaş) kadınlardan daha çok enfekte ettiği bulunmuştur (8,36).

Kadınların viral enfeksiyonlara daha az duyarlı olması, muhtemelen X kromozomunun ve seks hormonlarının koruyucu rolü ile ilişkilidir, bu da virüse karşı daha güçlü bağışıklık tepkisine neden olur (8,37).

Salgının ilk dönemlerinde yapılmış çalışmalarda gebe olmanın ağır seyirli COVID-19 için fazladan risk yaratmadığı bildirilmiş olmakla birlikte, son dönemde yapılmış bazı çalışmalarda gebelerde enfeksiyonun daha ağır seyredebileceği görülmüştür. Gebelerde komplike olmayan COVID-19 enfeksiyonu için tedavisiz izlem seçeneği öncelikle düşünülmelidir (38).

2.1.5. Tanı ve Laboratuvar Bulguları

Erken teşhis, COVID-19'u yönetmek ve tedavi etmek için en önemli adımdır. Tanı klinik, radyoloji bulguları ve laboratuvar testleriyle konur. COVID-19 tanısını doğrulamak için ise laboratuvar testlerinde ya Viral RNA'nın Real-Time Revers Transkriptaz Polimerize Zincir Reaksiyonu (RT-PCR) yöntemiyle saptanması ya da virüse karşı oluşan özgül Ig M ve Ig G antikorlarının serolojik testlerle tespit edilmesi kullanılabilir (39).

Serolojik testler; antikor yanıtı oluşması için belirli bir süre geçmesi gerektiği için erken tanı yöntemi olarak tercih edilmez, fakat halihazırda kullanılan hızlı antikor testleri de bulunmaktadır. Tanı için en çok tercih edilen yöntem; RT-PCR testi ve kullanılan örnek nazofaringeal ve/veya orofaringeal sürüntü örneğidir. Bu testlerin negatif çıkması tanıyı ekarte ettirmez, bu gibi durumlarda kuvvetli şüpheli hastada bilgisayarlı tomografi (BT) ile buzlu cam opasitesinin görülmesi tanının COVID-19 olduğunu gösteren bir bulgudur. Diğer laboratuvar testleri de tanıda yardımcıdır (39).

Hastanede yatan hastaların laboratuvar değerleri incelendiğinde, tam kan sayımı, pıhtılaşma testi ve kreatin kinaz (CK), laktat dehidrojenaz, prokalsitonin ve elektrolitler gibi serum biyokimyasal testinin incelenmesinden başlar (8,40,41). Laboratuvar testlerine göre çoğu hastada, toplam lenfosit sayısında önemli bir azalma gösterilmiştir ve bu da lenfositlerin (özellikle T lenfositlerin) SARS-COV-2'nin hedefi olduğunu düşünmemize neden olur. COVID-19 enfeksiyonunda, virüs parçacıkları solunum yolu boyunca yayılmaya başlar ve çevredeki enfekte olmamış hücreleri enfekte eder. Bu, bir sitokin fırtınası başlatmaya ve sonuç olarak bir dizi ciddi bağışıklık tepkisini tetiklemeye yol açar. Bu süreç, bağışıklık hücrelerinde, özellikle lenfositlerde bazı değişikliklere neden olur ve ardından bağışıklık sistemi işlev bozukluğuna yol açar (8,40). Bu nedenle, dolaşımdaki lenfosit sayısının azalması, SARS-COV-2 enfeksiyonu ve şiddeti için tanısal bir belirteç olarak düşünülebilir (8,34).

Yapılan alışmalar göstermiştir ki D-dimer, COVID-19 hastalarında yaygın olarak yükselir. D-dimer seviyeleri hastalık şiddeti ile ilişkilidir. Bu yüzden, COVID-19 nedeniyle kabul edilen hastalarda hastane içi mortalite için güvenilir bir prognostik belirteçtir (42).

nceki alışmalar, SARS-COV ve MERS'de pulmoner inflamasyon ve akciğer hasarı ile birlikte Cov enfeksiyonu arasında sırasıyla IL1B, IL6, IL12, IFN, IP10 ve MCP1 gibi yüksek proinflatuar sitokin seviyeleri ile IFN, TNFA, IL15 ve IL17 gibi sitokinlerin bir korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Özellikle yoğun bakım nitesindeki (YB) hastalarda proinflatuar sitokin düzeyleri yüksek bulunmuştur (8,41).

Bu bulgular, şiddetli ve kontrolsüz inflamatuvar yanıtın, COVID-19'un neden olduğu akciğer hasarı üzerinde viral patojeniteden daha zararlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, SARS-COV-2 pnömonisinde, hastalığın kritik aşamasında hastalığın seyri üzerindeki etkisini tespit etmek için sitokinleri veya kemokinleri kontrol etmek çok önemlidir (8,40,41).

COVID-19 hastalarında akciğer görüntüleme yöntemlerinde sıklıkla pnömonik konsolidasyon ve bilateral buzlu cam opasitesi saptanmaktadır. Bu bulgu hastalığın ilerlediğini, akciğerlere ulaştığını ve seyrin hafif olmayabileceğini göstermektedir. COVID-19 olgularında akciğer tutulumu olan hastaların büyük çoğunluğunda tutulum bilateral olarak gerçekleşmektedir ve genellikle periferik yerleşimlidir. COVID-19'un radyolojik bulguları COVID-19 tanısında laboratuardan daha çok katkı sağlayıcıdır. Özellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde Akciğer BT bulguları saptanma oranı oldukça yüksektir (39).

Toraks BT, PCR testi negatif COVID-19 hastalarında, erkendnemde duyarlı bir tanısal yaklaşımdır. Toraks BT bu hastaların daha hızlı triyajınadestek olmak için önerilmektedir (4).

Toraks BT, RT-PCR ile karşılaştırıldığında, COVID-19'un taranması ve teşhisi için hızlı, hassas, gerçekleştirmesi kolay ve daha doğru ve güvenilir bir araçtır

(8,43). Göğüs BT'si, erken negatif RT-PCR sonuçları olan COVID-19 hastalarında pulmoner anormallikleri de gösterebilir (2,8,44).

2.1.6. Tedavi

Şu anda, COVID-19 enfeksiyonuna karşı koruma sağladığı varsayılan herhangi bir antiviral ilaç yoktur (6,8). Bu nedenle hastalığı tedavi etmek için acil bir seçenek olarak tedavi planında yer alan ve COVID-19'u tedavi ettiği tam olarak kanıtlanmamış bazı ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçların tercih edilmesinin en önemli nedeni, önceden var olan bazı hastalıklarda (SARS-COV, MERS-COV, HIV enfeksiyonu vb.) güvenle kullanılabilecekleri deneysel bir çalışmadır (45).

COVID-19'un tedavisi semptomatiktir ve şiddetli enfeksiyonu olan hastalarda oksijen tedavisi temel tedaviyi oluşturur. Oksijen tedavisine rağmen solunum yetmezliği gelişen hastalarda mekanik ventilasyon desteği sağlanırken, septik şok gelişenlerde ise hemodinamik stabilizasyonun sağlanması gerekmektedir (46,47).

COVID-19 salgınının başlangıcında, ülkemizde ve başta Avrupa ve ABD olmak üzere diğer ülkelerde bu hastalığa karşı antiviral olarak, insanlarda daha önce başka hastalıkların tedavisi için ruhsatlandırılmış, bu endikasyonlarda yaygın bir şekilde kullanılmış, güvenli olduğu gösterilmiş ve in vitro olarak SARS-COV'a etkili olduğu belirlenmiş hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir gibi ilaçlar yeniden konumlandırılarak önerilmiş ve kullanılmış olup, halen pek çok ülkede bu ajanların farklı kombinasyonlarının kullanımına devam edilmektedir (38).

Ülkemizde COVID-19 ile enfekte hastaların tedavisi Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği tedavi algoritmasına göre gerçekleştirilmektedir ve rehberde yer almaktadır (48).

2.2. COVID-19 AŞILARI

2.2.1. Aşılama Stratejileri

COVID-19 pandemisi bir yılı aşkın bir süredir devam etmektedir. Alınan çeşitli önlemlere rağmen pandemi sonlandırılmamıştır. Bu nedenle aşı çalışmaları önem kazanmıştır (49).

Virüsün genomunun 2020 yılının Ocak ayının ilk günlerinde ortaya çıkarılması ile aşı çalışmalarında büyük kazanımlar elde edilmiştir. Ve genom yapısının ortaya çıkarılmasından yaklaşık üç ay kadar sonra COVID-19 aşı adaylarının faz 1 çalışması için ilk uygulamaları yapılmaya başlanmıştır (49-50).

DSÖ, 31 Aralık 2020'de Pfizer COVID-19 aşısı için bir Acil Kullanım Onayı yayınlamıştır (51). İlk toplu aşılama programı Aralık 2020 başında başlamıştır ve 15 Şubat 2021 itibariyle 175,3 milyon aşı dozu uygulanmıştır (51). SARS-COV-2 için değerlendirmeler altında olan, virüs vektörlü aşılar, protein alt birim aşılar, genetik aşılar ve pasif aşılama için monoklonal antikorlar olmak üzere çeşitli aşı geliştirme platformları mevcuttur, her biri ayrı yararlarla ve engellere sahiptir (52).

COVID-19 aşısı üzerine yapılan araştırmalar benzeri görülmemiş bir hızda geliştirilmiştir. Genellikle yıllar süren aşı çalışmalarının faz çalışmaları, COVID-19 pandemisinin boyutu ve şiddeti nedeniyle aylar içinde tamamlanmış ve halageliştirilmeye de devam edilmektedir. Günümüzde tüm dünyada hala çalışmaları sürmekte olan 267 COVID-19 aşı çalışması olup bunlardan 83'ü klinik faz çalışması, 184'ü prelinik çalışmalar düzeyindedir (49).

Tüm aşılar, vücudu hastalığa neden olmayacak, ancak bir kişi enfekte olursa virüsü engelleyebilecek veya öldürebilecek bir bağışıklık tepkisini tetikleyecek bir antijene maruz bırakmayı amaçlar. Koronavirüse karşı denenen en az sekiz tür aşı var ve bunlar farklı virüslere veya viral kısımlara dayanmaktadır (53).

COVID-19 enfeksiyonunun patogeneğinde virüs, konak hücrenin ACE-2 reseptörüne S proteini aracılığıyla bağlanır ve hücre içerisine girer. Virüs hücre dışına çıktıktan sonra antijen sunan hücrelerce (APC) fagosite edilerek T-helper hücrelerine sunulur. Covid- 19 aşı çalışmalarının tümünde virüsün S proteinleri kullanılıp buna yönelik antikorların üretilmesi hedeflenmiştir. COVID-19 aşısı elde etmede inaktifvirüs aşıları, nükleik asit temelli aşılar (mRNA ve DNA aşıları), vektör aşılar, protein temelli aşılar ve virüs benzeri partikül aşıları, canlı attenue virüs aşıları denenmektedir (44,49).

Tablo 2.1. COVID-19 İçin Aşı Adaylarının Özellikleri (49)

Aşı Türü	Örnek Üretici Kurum ve Aşıları
İnaktif virüs aşısı	Sinovac (CoronaVac), Sinopharm, Bharat/Biontech (Covaxin)
mRNA temelli aşılar	Pfizer/BioNTech (BNT162b2), Moderna (mRNA1273)
DNA temelli aşılar	Osaka Üniversitesi, Ege Üniversitesi
Vektör aşıları	Astra Zeneca/Oxford, Gamelaya Enstitüsü (Sputnik V), Johnson & Johnson, CanSino
Protein alt ünite aşıları, virüs benzeri partikül aşıları	Novavax, VBI Vaccines, Medicago, SpyBiotech
Canlı attenue virüs aşıları	Codegenix

2.2.2. mRNA Aşıları

SARS-COV-2 genomunun S proteinini kodlayan kısmı mRNA molekülü ile lipit nanopartiküller içerisine yerleştirilmiştir. Bu şekilde kişiye verildiğinde mRNA'lar hücrelere girerek S proteini üretimlerine neden olurlar. Üretilen bu antijenik yapıları da antijen sunan hücreler algılayarak immün sisteme sunar ve S proteinlerine karşı antikor gelişimine neden olurlar. Bu şekilde geliştirilen 11 aşı adayı olup bunlardan iki tanesi (Pfizer/Biontech ve Moderna aşıları) hali hazırda kullanım onayı almıştır (49,53).

2.2.2.1. Pfizer/Biontech (Bnt162b2) aşısı: Almanya -ABD firmalarının ortak katkılarıyla geliştirilmiş bir aşıdır. Dünyada ülkemizin de dahil olduğu beş ülkede yürütülen faz 3 randomize kontrollü çalışmasında 16 yaş ve üzeri 43538 gönüllüde aşının etkinliği değerlendirilmiştir. Aşının etkinliği %95 olarak bulunmuştur.

Sistemik advers olay olarak en sık halsizlik, baş ağrısı ve ateş bildirilmiştir. Pfizer/biontech aşısı 16 yaş ve üzerindeki kişiler için kullanım onayı almıştır. Aşının dezavantajı saklama koşulları ile ilgilidir. Aşı -70°C de 6 ay, buzdolabında +4°C de 5 gün saklanabilmektedir (49,54,55).

2.2.2.2. Moderna aşısı (Mrna 1273): Diğer bir mRNA aşısı da moderna aşısıdır. ABD kökenli bir firma tarafından üretilmiştir. Pfizer/Biontech aşısına benzer şekilde üretilmiş olup mRNA'yı çevreleyen yapı farklıdır. Etkinlik tüm yaş gruplarında %94,1 olarak bulunmuştur. Sistemik advers olaylar arasında ise baş ağrısı, halsizlik, artralji, miyalji bulunmakta olup bu semptomlar genellikle kendiliğinden gerilemiştir (49,56).

2.2.3.Vektör Aşıları

SARS-COV-2'nin S proteinini kodlayan genlerin bir vektör (genellikle adenovirüs) aracılığıyla verilmesi temeline dayanır. Bu şekilde geliştirilen 16 aşı adayı bulunmakla birlikte üç tanesi kullanım onayı almıştır (49,53).

2.2.3.1.Oxford/Astra Zeneca aşısı: Oxford/Astra Zeneca aşısı SARS-COV2'nin S proteinlerini kodlayan genlerinin nonreplikatif şempanze adenovirüsüne (Chadox1) aktarılması ile elde edilmiş bir aşıdır. Aşının etkinliği her iki aşı dozunun standart doz olarak verildiği grupta %62,1 olarak bulunmuştur (49,57).

2.2.3.2. Sputnik V (Gam-Covid-Vac): Rusya'da Gameleya Enstitüsü'nün geliştirdiği bir aşıdır. SARS-COV-2 genomunun S proteinlerini kodlayan genlerinin adenovirus tip 26 ve tip 5'e aktarılarak vektör olarak bu virüslerin kullanıldığı bir aşıdır.Etkinlik %91,6 olarak bulunmuştur. Aşının ağır COVID-19 enfeksiyonunu önlemede etkinliği %100 olarak saptanmıştır (49,58).

2.2.3.3. Johnson&Johnson (Ad26.Cov2.S): Adenovirus tip 26'nın vektör olarak kullanıldığı bir aşıdır. Sistemik advers etkiler de genellikle hafif-orta düzeyde olup en sık halsizlik,baş ağrısı, kas ağrısı görülmüştür. İmmunojenite açısından ise

nötralizan antikor titreleri ilk doz aşından sonra 29. günde %90'ında, 57.günde ise %100'ünde saptanmıştır (49,59).

Gönüllülere tek doz aşı uygulanmış ve 28 gün sonra yapılan değerlendirmede aşının ağır hastalığı önlemede %85 etkin olduğundan bahsedilmektedir (49,60). Aşı 18 yaş ve üzerindekiiler için kullanım onayı almış ve tek doz olarak uygulanmaktadır (49).

2.2.4. İnaktif Virüs Aşları

SARS-COV-2 virüslerinin Beta-Propionilakton ile inaktive edilmeleri temeline dayanır. Bu şekilde geliştirilmekte olan 11 aşı adayı bulunmaktadır (49,53,61).

2.2.4.1. Coronavac (Sinovac): Çin menşeli inaktif virüs aşısıdır. Faz 3 çalışmalarının bir tanesi ülkemizde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre semptomatik COVID-19 enfeksiyonu engellemede etkinliği %83,5 bulunmuştur. Coronavac aşısı 18 yaş ve üzerinelere uygulanabilmektedir. Coronavac aşısının gebelerde ve emzirenlerde kullanımı ile ilgili veriler kısıtlı olduğundan Sağlık Bakanlığı gebelere kendi istekleri halinde aşının uygulanabileceğini belirtmiş ve gebeliğin ilk üç ayında kullanımını önermemiştir. Emzirenlerde ise COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirme riski olanlara kendi istekleri halinde aşının uygulanabileceği belirtilmiştir. Aşı 2-8°C'de saklanabilir (49).

2.2.5. DNA Aşları

SARS-COV-2'nin S proteini kodlayan genlerinin plazmid DNA'sına yerleştirilmesi temeline dayanır. DNA konak hücrelerine girdikten sonra mRNA oluşumu sonrasında S proteinleri üretilip salınımı gerçekleşir. Salınan S proteinleri antijen sunan hücrelerce tanınır antikor üretimi olur. Bu grupta faz 1 ve 2 çalışmaları hala devam eden 10 aşı adayı bulunmaktadır (49,53,61).

2.2.6. Protein Subunit Aşıları

SARS-COV-2'e ait tüm proteinlerin konağa verilip immun sistemin uyarılması temeline dayalı olarak üzerinde çalışılan aşılardır. Bu grupta 27 aşı adayı olmasına rağmen sadece Novavax aşısı faz 3 aşamasına gelebilmiş olup diğerleri hala faz 1 ve 2 aşamasındadır (49,61). Çalışma sonucunda orijinal (varyant olmayan) suşlarda %95,6, İngiltere varyantı suşlarda %85,6, Güney Afrika varyantı suşlarda %60, tüm gruplarda %89,3 etkinlik bildirilmiştir. Faz çalışmalarında aşının lokal ve sistemik advers etkileri genellikle hafif-orta düzeyde olmuştur. Aşı 2-8°C arasında muhafaza edilebilmektedir (49,62,63).

2.2.7. Virüs Benzeri Partikül Aşıları

SARS-COV-2'nin proteinlerini içerip genetik materyal içermeyen virüs benzeri partiküller kullanılır. Üretimleri zor olmakla birlikte güçlü bir immun yanıtı neden olurlar. Virüs benzeri partikül yöntemiyle çalışmalarını faz 1 ve 2 aşamalarında yürüten üç adet COVID-19 aşı adayı bulunmaktadır (49,53,61).

2.2.8. Canlı Attenué Virüs Aşıları

İn vitro ortamlarda SARS-COV-2'nin hastalık yapabilme özelliği azaltılarak elde edilen virüslerin kullanılması prensibine dayanır. Bu şekilde iki aşı adayı bulunmakta olup henüz çalışmalar faz 1 düzeyindedir (49,53,61).

2.3. İNFLUENZA

Grip (influenza), influenza virüslerinin etken olduğu, akut, ateşli ve salgınlarla seyreden bir enfeksiyon hastalığıdır. Ateş, halsizlik ve öksürük, hastalığın en sık görülen semptomlarıdır (64). Bununla beraber, genel yüksek hastalık prevalansını yansıtan DSÖ, 3-5 000 000 enfeksiyonun, alt solunum yollarına ilerleyen ciddi hastalığa ve viral pnömoniye yol açarak senede 650.000'e kadar ölümle sonuçlandığını tahmin etmektedir (65,66).

Hipokrat'tan beri bilinen ve halk sağlığı bakımından önemi devam etmekte olan influenza, dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olmaya devam etmektedir ve insan nüfusunun büyük bir bölümü her sene etkilenmektedir. Aşılama, influenza enfeksiyonunu önlemenin en etkili yöntemidir. Günümüzde birçok ülke senelik grip aşısı programları uygulamaktadır ve hamile kadınları, 6 aydan 5 yaşına kadar olan çocukları, yaşlı yetişkinleri ve onları savunmasız hale getiren altta yatan tıbbi problemleri olan kişilerin aşılmasının potansiyel toplumsal ve sağlık faydaları konusunda artan bir farkındalık vardır (67).

Grip, her sene değişen boyutlarda farklı salgınlarda ortaya çıkmaktadır. Bu epidemiyolojik model, influenza virüslerinin antijenik özelliklerinin değişen doğasını yansıtır ve daha sonra yayılmaları, virüsün bulaşabilirliği ve popülasyonun duyarlılığı olmak üzere pek çok etkene bağlıdır (68).

Sporadik influenza vakaları sene boyunca ortaya çıkar. Virüsün bulaşması sıcaklık ve nem gibi iki önemli çevresel etkene bağlıdır . Ilıman bölgeler de salgınlar genelde kuru ve soğuk kışlarda görülür, çünkü influenza virüsünün en fazla bulaşma 5°C ve en az 30°C'nin üstünde dahil olmak üzere soğukta daha stabil olduğu bilinmektedir (69,70).

Ancak bu aktarım dinamikleri, muson mevsimlerinde ortalama nem ve sıcaklıkların daha yüksek olduğu ve salgın hastalıkların görüldüğu tropikal ülkelere uygulanamaz. Tropik bölgelerdeki muson zirvelerinin kesin nedenleri belirsiz kalsa da, nem ve sıcaklıktaki günlük değişimler ve evsel maruziyet bu bölgeler de muhtemel mekanizmalar olarak öne sürülmüştür (69,71).

2.3.1. Grip Virüsü ve Viroloji

İnfluenza virüsleri ortomiksoviridae ailesinden zarflı, negatif polariteli, segmentli yapıda tek sarmal RNA virüsleridir. İnfluenza A, B ve C olmak üzere üç farklı tipe sahiptir. İnfluenza A daha şiddetli ve daha yaygın olmak üzere influenza B ile salgınlara ve epidemilere yol açabilmektedir. İnfluenza C ise sporadik üst solunum yolu enfeksiyonlarına sebep olmaktadır (64).

İnfluenza A, hemaglütinin (HA) ve nöraminidaz (NA) yüzey antijenleri ile belirlenen alt tiplere sahiptir. İnsanlardaki üç tip hemaglütinin (H1, H2 ve H3) virüsün hücrelere tutunmasında rol oynar. İki tip olan nöraminidaz (N1 ve N2) ise virüsün hücre içine girişinde etkilidir. İnfluenza A tüm yaş gruplarında ciddi hastalık tablolarına sebep olabilir (72).

Virüs zarfı üzerinde bulunan yüzey glikoproteinleri HA ve NA, patogeneğinde kritik bir rol oynar ve aynı zamanda virüse karşı antikorları nötralize etmek için ana hedefleri oluşturur (69).

Tablo 2.2.İnfluenza A,B,C Virüslerinin Farklı Özellikleri (64)

	İnfluenza A	İnfluenza B	İnfluenza C
Genetik yapı	8 gen segmenti 10 viral protein	8 gen segmenti 11 viral protein	7 gen segmenti 9 viral protein
Doğal konak	İnsan, domuz, at, kuşlar, deniz memelileri	Sadece insan	İnsan ve domuz
Epidemiyoloji	Antijenik şift ve drift	Sadece antijenik drift	Sadece antijenik drift, birçok varyant
Klinik	Geniş pandemiler, yüksek mortalite	Sadece yaşlılarda ve yüksek riskli hastalarda ağır hastalık, pandemi görülmez	Hafif hastalık mevsimsel özellik yok

İnfluenza A virüsünde en az 16 farklı HA (H1-16) ve 9 farklı NA (NA1-9) tanımlanmıştır (64). On ila kırk yıllık düzenli aralıklarla virüsün antijenik yapısında önemli değişiklikler olmuştur ve popülasyon bu yeni antijenlere karşı koruyucu antikora sahip olmadığından tüm yaş gruplarını içeren pandemiler gözlenebilir. Antijenik kayma (antijenik shift) virüsün bir veya iki yüzey antijeninde birden oluşan büyük değişikliklerdir. İnsanlar ve kuşları etkileyen influenza A virüsleri arasındaki genetik rekombinasyonlar sonucu olduğu tahmin edilmektedir. Eğer virüs verimli bir şekilde insandan insana bulaşabilirse bu durum pandemilere yol açabilir. Antijenik sürüklenme (antijenik drift) virüsün gen segmentlerinde gelişen nokta mutasyonlar sonucu yüzey antijenlerinde meydana gelen küçük değişikliklerdir. Antijenik sürüklenme de epidemilere yol açabilir. Antijenik sürüklenme üç tip influenza virüsünde de görülebilir (A, B, C) (72).

2.3.2. Epidemiyoloji

İnfluenza salgınları dünya genelinde sürekli tekrarlanmakta, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Genellikle influenza AH3N2'nin daha sık etken olduğu yıllarda mortalite daha fazla görülmüştür (73).

Epidemiler kuzey yarımkürede Aralık- Nisan aylarında görülürken, güney yarımkürede Mayıs- Eylül aylarında meydana gelir (73). Kuzey yarımkürede grip epidemileri, nemli ve soğuk havanın virüs enfektivitesini arttırmasının yanı sıra, insanların kapalı ortamlarda bir arada bulundukları kış aylarında ortaya çıkmaktadır. Ekvator iklim özelliğine sahip bölgelerde ise grip sezonunun tüm yıla yayıldığı görülmektedir (74).

Dünya nüfusunun yaklaşık %10-20'si her yıl influenza ile enfekte olmaktadır. Hastalık, hastane yatışlarına ve özellikle yüksek riskli gruplarda mortaliteye sebep olabilmektedir (75).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada influenza açısından toplam risk altındaki erişkin sayısı 33.825.735 olarak hesaplanmıştır. Altmış beş yaş altında diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, kronik böbrek hastalığı ve koroner arter hastalığı olan erişkinlerin sayısı 22.868.847 olarak tahmin edilmektedir. Bu risk gruplarının dışında 428.000 sağlık çalışanı influenza enfeksiyonu açısından artmış riske sahiptir (76).

2.3.3. Kaynak ve Bulaş Yolu

İnfluenza enfeksiyonu geçiren hastaların solunum sekresyonları, bol miktarda virüs içerir. Bunun sonucunda hastalar, öksürdüklerinde veya hapşırdıklarında büyük damlacıklar (>5 mikron) veya aerosol şeklinde virüs yayarlar (64).

İnfluenzanın inkübasyonu 1 ila 4 gün (ortalama 2 gün) arasında değişmektedir (64). Hastaların virüs yaymaya başlaması, semptomların görülmesinden 24-48 saat önce

başlar ancak yayılan virüs sayısı semptomatik dönemdekinden çok azdır. Ortalama virüs yayma süresi 4-8 gün olmakla birlikte bu süre 7-10 güne kadar uzayabilir (64).

2.3.4. Klinik Özellikler

Enfeksiyonların %50'den fazlası asemptomatik olabilir. Belirtiler arasında 7 ila 10 gün süren akut yüksek ateş, nezle, öksürük, baş ağrısı, bitkinlik, halsizlik yer alır. Bu hastalıkla ilişkili yorgunluğun çözülmesi haftalar alır. Genel olarak, grip hastalığı kendi kendini sınırlar. Komplikasyon gelişimi için yüksek risk faktörleri yaşlılar, çocuklar, hamile kadınlar ve astım, hematolojik bozukluklar, nörolojik bozukluklar, metabolik bozukluklar, doğuştan kalp rahatsızlıkları ve bağışıklığı baskılanmış gibi kronik rahatsızlıkları olanlardır (69).

Primer viral pnömoni, ARDS ve pulmoner ödem bronşiyolar ve alveolar sitopatoloji ve sitokin fırtınasına bağlı olarak ortaya çıkar. İnfluenza sonrası sekonder bakteriyel pnömoni genellikle iyileşme sırasında ortaya çıkar, ancak viral pnömonili hastaların %32'sinde klinik olarak ayırt edilmesi zor olan eşlik eden bir bakteriyel pnömoni gelişebilir (77).

Streptococcus pneumoniae, çocuklarda sekonder bakteriyel pnömoniye neden olan en yaygın organizmadır. Viral-bakteriyel sinerjizm net olarak anlaşılmamıştır, ancak reseptörlere erişimi kolaylaştıran, nötrofil fonksiyonlarının viral baskılanması ve hatta gram pozitif bakterilerin yüzeyindeki virüs arasında doğrudan etkileşim ile hasarlı solunum epitel kaplaması olası mekanizmalar olarak *Streptococcus pneumoniae* ve *Staphylococcus aureus* öne sürülmüştür (69,78).

Çocukların %3–5'inin her yıl influenza ile ilişkili akut orta kulak iltihabından muzdarip olduğu tahmin edilmektedir. Bakterilerle birlikte ko-enfeksiyon, enfeksiyonun şiddetini artırır. İnfluenza ile ilişkili miyozit, alt ekstremitelerde şiddetli bilateral miyalji ve yaklaşık 2-3 gün yürüme isteksizliği ile kendini gösterir. Etkilenen en yaygın kaslar gastroknemius ve soleustur. Bu çocuklarda kreatinin fosfokinaz yüksek olabilir, miyoglobüri de ortaya çıkabilir. Nadiren rabdomiyoliz bildirilmiştir (79).

En yaygın nörolojik komplikasyon, bebek ve küçük çocuklarda yaklaşık %5 oranında bildirilen ateşli nöbetlerdir. İnfluenza ile ilişkili ensefalopati, merkezi sinir sisteminin viremi yoluyla doğrudan enfeksiyonu nedeniyle ortaya çıkabilir ve konvülsiyonlarla birlikte ani ateş başlangıcı ve komaya hızlı ilerleme olarak ortaya çıkar ve hayatta kalanlarda ciddi nörolojik defisitlere neden olabilir. Görüntüleme, bilateral talamik nekrozu ve beyin sapı tutulumunu ortaya çıkarabilir. Fulminan miyokardit, aritmiler ve kardiyojenik şokla kendini gösteren nadir bir komplikasyondur. Hematolojik tablo hafif ila şiddetli lökopeni, hemofagositik lenfositosis (HLH) ciddi bir komplikasyonu dahil trombositopeni arasında değişebilir (69).

İnfluenzaya bağlı ölüm, ya birincil virülan enfeksiyona ya da ikincil bakteriyel enfeksiyona ya da altta yatan kronik bir rahatsızlığı olan bir kişide fizyolojik yükte bir artışa bağlı olarak meydana gelir (69).

2.3.5. Tanı ve Laboratuvar Bulguları

Salgın dönemlerinde influenza tanısı klinik belirti ve bulgular ile konulabilir. İnfluenza salgını esnasında 3744 hastanın retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, öksürük ve ateş birlikteliğinin tanıyı destekleyen en önemli gösterge olduğu ve tanıda %79 pozitif prediktif değerinin olduğu ortaya konulmuştur (80). Tanıyı desteklemek için farklı laboratuvar testleri kullanılabilir. Moleküler bir yöntem olan RT-PCR, influenza tanısında duyarlılığı ve özgüllüğü en yüksek yöntemdir. Hızlı sonuç verir, influenza virüsünün tipini ve alt tiplerini belirleyebilir. PCR bazlı testler nazofaringeal aspirat, bronkoalveolar lavaj sıvısı, burun ve boğaz sürüntüsü gibi virüs miktarının az olduğu örneklerde de sonuç verebilir. Yirmi dakikadan kısa sürede sonuç verebilen hızlı moleküler testler de geliştirilmiştir ancak bu yöntemler influenza subtiplerini ayırt edemezler (81).

İnfluenza A ve B viral nükleoprotein antijenlerini solunum örneklerinde tespit etmek üzere geliştirilmiş ticari hızlı influenza antijen testleri de mevcuttur. Bu testler 15 dakikadan daha kısa sürede sonuç verebilmesine karşın duyarlılığı RT-PCR ile kıyaslandığında çok düşüktür (82). Hızlı antijen testleri virüs atılımının fazla olduğu,

enfeksiyonun erken dönemlerinde daha iyi sonuç vermektedir (64). Hızlı influenza tanı testleri aşı suşuyla vahşi tip virüsü ayırt edemediği için canlı atenüe influenza aşısı yaptıranlarda 7 güne kadar yanlış pozitif sonuçlar gözlenebilmektedir (83).

Direkt ve indirekt immunoflorasan antikor testi de tanıda kullanılabilen bir başka yöntemdir. Saatler içerisinde sonuç verebilmesine karşın, duyarlılık ve özgüllüğü viral kültürden daha azdır. Solunum epitel hücrelerine ihtiyaç duyduğu için örnek kalitesi ve uygulayan laboratuvarın deneyimi de önemlidir (84).

İnfluenza virüsü nazal yıkama, boğaz sürüntüsü, bronkoalveolar lavaj veya balgam örneklerinden kültüre edilebilir. Bir çalışmada virüsü izole edebilmek için balgam ve nazal yıkama örneklerinin boğaz sürüntüsü örneklerinden üstün olduğu gösterilmiştir (85).

Viral kültür tanıda altın standart olmasına karşın, 48-72 saatte sonuç verdiğinden başlangıçta tanı koymaktan ziyade doğrulama testi olarak veya sürveyans amacıyla kullanılır (64).

Serolojik yöntemlerden Enzim Linked İmmuno Assay (ELISA), hemaglutinasyon inhibisyon veya kompleman fiksasyon testleri de tanıda kullanılabılır. Ancak tanı koyabilmek için akut dönemde ve 10-14 gün sonra iki örnek alınıp 4 kat antikor artışının gösterilmesi gerekir. Bu nedenle akut hastalık tanısında değil araştırma amacıyla kullanılabılır (64).

2.3.6. Tedavi

Hastaneye yatışı gerektiren ağır hastalığı olan, alt solunum yolu enfeksiyonu bulunan ve komplikasyon gelişmesi açısından yüksek riskli olan hastalara antiviral tedavi başlanmalıdır (86). Tedavide kullanılabilen üç sınıf antiviral mevcuttur. NA inhibitörleri (oseltamivir ve zanamivir) ve selektif endonükleaz inhibitörü (baloksavir) influenza A ve B'ye karşı etkili iken, adamantanlar (amantidin, rimantidin) ise yalnızca influenza A'ya karşı etkilidir (64).

2.4. İNFLUENZA AŞILARI

Farklı grip aşıları farklı yaş gruplarında kullanım için onay almıştır. Kimlere hangi aşılarda uygulanacağını belirleyen faktörler arasında yaş, sağlık durumu ve grip aşısı veya aşının herhangi bir bileşenine karşı ciddi, yaşamı tehdit eden alerji olarak sayılabilir. İnfluenza aşılarının kullanımına yönelik önlemler Tablo 2.3’de özetlenmektedir (87).

Tablo 2.3. İnfluenza Aşılarının Kullanımına Yönelik Kontrendikasyonlar ve Tedbirler (64,87)

Aşı tipi	Kontrendikasyonlar	Önlemler
IIV inaktif	Aşının herhangi bir bileşenine karşı veya ya da herhangi bir influenza aşısı sonrası şiddetli alerjik reaksiyon hikayesi (anafilaksi gibi ciddi alerjik reaksiyon)	Orta veya şiddetli akut hastalık tablosu (ateş +/-) İnfluenza aşısı yapıldıktan sonraki 6 hafta içinde Guillain-Barré sendromu hikayesi
RIV rekombinant	Aşıdaki herhangi bir bileşenine karşı ciddi alerjik reaksiyon hikayesi	Ateşli veya ateşsiz orta veya şiddetli akut hastalık İnfluenza aşısı yapıldıktan sonraki 6 hafta içinde Guillain-Barré sendromu hikayesi
LAIV canlı	Aşının herhangi bir bileşenine karşı veya herhangi bir influenza aşısı sonrası şiddetli alerjik reaksiyon hikayesi olanlar (anafilaksi gibi ciddi alerjik reaksiyon) Eşzamanlı aspirin veya salisilat içeren tedavi alan çocuklar ve adolesanlar Ebeveynlerin gözlemediği ve bir sağlık hizmeti sağlayıcısının 1 yıl boyunca izlemiyse vizing varlığı veya astım tanısı almış 2-4 yaş çocuklar Herhangi bir nedene bağlı olarak immün sistemi baskılanmış çocuklar ve yetişkinler (ilaçların veya HIV enfeksiyonunun neden olduğu immünsüpresyon dahil) Korunmuş bir çevreye ihtiyaç duyan ciddi immünsüpresif kişilerin yakın temasları ve bakıcıları Gebelik Önceki 48 saat içinde influenza antiviral ilaç alanlar	Orta veya şiddetli akut hastalık tablosu (ateş +/-) İnfluenza aşısı yapıldıktan sonraki 6 hafta içinde Guillain-Barré sendromu hikayesi ≥5 yaş kişilerde astım varlığı İnfluenza enfeksiyonu sonrası komplikasyonlara yatkınlığı olabilecek altta yatan tıbbi durumlar Örneğin, kronik pulmoner, kardiyovasküler (izole hipertansiyon hariç), renal, hepatik, nörolojik, hematolojik veya metabolik bozukluklar (diyabet mellitus dahil)

Geleneksel grip aşıları (trivalan, “üç değerlikli” aşılar) üç influenza virüsüne karşı hazırlanırlar. Bunlar iki influenza A (H1N1 VE H3N2) virüsü ve bir influenza B virüsü içermektedirler. 2018-19 sezonunda uygulanmış aşı suşları A/MİCHİGAN/45/2015 (H1N1) PDM09 benzeri virüs, A/SİNGAPUR/INFIMH-16-

0019/2016 (H3N2) benzeri virüs ve B/COLORADO/06/2017 benzeri virüslerdir (Victoria soyu). Buna ilaveten influenza B'nin görülmesinin artmasıyla beraber “dört değerlikli, tetravalan, kuadrivalan” aşılar da kullanıma girmiş olup ülkemizde de bulunmaktadır. Tetravalan aşılar, trivalan aşıya ek olarak ikinci bir influenza B virüsü olan B/PHUKET/3073/2013 benzeri virüsü (Yamagata soyu) ekleyerek oluşturulmuştur. FDA tarafından onay alınmış olan bu aşılar yapısal olarak incelendiğinde, üç farklı şekilde üretildiği anlaşılmaktadır; Bunlar, inaktive (IIV), canlı zayıflatılmış (LAIV), rekombinant (RIV) influenza aşılarıdır (64,87).

İnfluenza aşıları DSÖ aşı komitesi tarafından bir önceki grip mevsiminde elde edilen hâkim suşlara göre oluşturulmaktadır. Aşı içeriklerinin açıklanması güney yarım küre için Şubat ayı iken, kuzey yarım kürede bu tarih Eylül ayıdır (64). Ülkemizde tetravalan aşılardan kullanımına 2014 yılından itibaren başlanmıştır (88).

2.4.1. İnaktive Aşılar

Saf yumurtada üretilen virüslerden elde edilir. İçeriğinde HA ve az miktarda yumurta proteinleri bulunmaktadır. Ülkemizde bulunan inaktive aşılar (trivalan ve kuadrivalan), 6 ayın üzerindeki kişilere yılda 1 kez yapılır. Aşılar ülkemizde 0,5 ml tek dozluk flakonlar olup, adjuvan içermemektedirler ve kas içine uygulanmaktadırlar (erişkin ve adölesanlarda deltoid kasa) (64).

2.4.2. Canlı Aşılar

Soğuğa adapte edilmiş trivalan bir aşı olup, önerilen mevsimsel aşı suşları ile reassorte edilen Sub-Tip A donör suşunda üretildikten sonra yine reassorte edilen B virüsü ile birleştirilerek elde edilir. Bu aşılardan önemli özelliği, zayıflatılmış canlı virüslerin ısıya duyarlı oldukları için nazofarenkste çoğalabilmesi, buna karşın daha sıcak ortamlarda (alt solunum yolları) çoğalamamasıdır. Canlı grip aşıları intranazal olarak uygulanmakta olup, her bir burun boşluğuna 0.1 ml olarak (toplam 0.2 ml) uygulanır (64).

Canlı aşılar bundan başka >50 yaş bireyler, yumurta alerjisi, astım, kronik akciğer, kardiyovasküler (izole hipertansiyon hariç), renal, hepatik, nörolojik/nöromusküler, hematolojik veya metabolik hastalığı olan erişkinler ile gebelere uygulanmamalıdır (87,89).

2.4.3. Rekombinant Aşılar

Hayvan hücrelerinde çoğaltılmış virüslerin yalnızca HA proteininin izole edilerek diğer virüs proteinleriyle birleştirilerek çoğaltılmasıyla elde edilirler. Grip aşısı yapımında izole HA elde edildiği, yumurta veya diğer hücre bileşenin içermemesiyle rekombinant aşılar önemli yer oluşturmaktadır (64).

2.4.4. Risk Grupları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 tavsiyelerinde, grip aşılarının kullanımına ilişkin kararların ulusal kapasite ve kaynaklar tarafından belirlenmesi gerektiğini kabul etmiştir. Bununla beraber, mevsimsel grip aşısı programlarını başlatmayı ya da genişletmeyi düşünen ülkeler için DSÖ, hamile bayanların en yüksek önceliğe sahip olmasını önermektedir (64). Her yaş grubunda görülen ve ölümlere yol açan hastalık, bazı riskli gruplarda ağır seyretmekte ve daha fazla ölümlere neden olabilmektedir.

Risk gruplarını inceleyecek olursak; birinci derecede öncelikli risk grupları;

- 65 yaş ve üzerindeki kişiler,
- Gebeler ve lohusalar,
- 6 ay-18 yaş arasında olup uzun süre aspirin kullanımı,
- DM dahil herhangi bir metabolik hastalığı,
- Astım dahil kronik solunum yolu hastalığı olanlar,
- Kronik böbrek hastalığı olanlar,

- Kronik kalp ve damar sistemi hastalığı olanlar,
- Bağımsızlık sistemi baskılanmış kişiler (kronik kan hastalığı olanlar, kanser hastaları, immünsupresif ilaç kullananlar, HIV/AIDS hastaları),
- Huzurevi, bakımevi vb. ortamlarda yaşayanlar,
- Vücut kitle indeksi $VKI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ikinci derecede öncelikli gruplar
- 6-59 ay arası çocuklar,
- Sağlık personeli ve sağlık kurumlarında çalışanlar,
- Kronik bakım gerektiren nörolojik hastalığı olanlar

Dikkate alınacak diğer risk grupları arasında 6-23 aylık çocuklar, 2-5 yaş arası çocuklar, yaşlı yetişkinler (65 yaş), belirli kronik hastalıkları olan kişiler ve bakım evleri ve diğer uzun vadeli bakım tesislerinde yaşayanlar yer alır (90). ACIP 2010'dan beri 6 ay üzeri kontrendikasyonu olmayan tüm bireylere önermektedir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırma gözlemsel, kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hasta ve sağlıklı kişiler oluşturmıştır. 10.12.2020 etik kurul onay tarihinden itibaren 31.01.2021 tarihine kadar yeterli sayıya ulaşıldıktan sonra anket veri toplaması sonlandırılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine 3 ay içerisinde başvuran 18 yaş ve üstü yaklaşık 20.000 kişi vardır. Örneklem büyüklüğü; evren 20.000, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güven seviyesinde 268 kişi olarak hesaplandı. Çalışma öncesinde Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi etik kurulundan SBÜAEH -EKB93471371-514.10 (10/12/2020) karar numarası ile onay alındı. Etik kurul dosyasında Sağlık Bakanlığı COVID-19 Araştırma izinleri de mevcuttu. Etik kurul onay kararı ile 10.12.2020 tarihinden itibaren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu okutulduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 533 hastaya uygulanmış ve 11 kişi eksik bilgi sebebiyle çalışma dışı bırakılmış, 521 kişi çalışmaya dahil edilmiş ve 8 kişi de çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne ayaktan başvurmak,
- 18 yaş üstü olmak,
- İletişim engeli bulunmaması,

- Gönüllü olmak, dahil etme kriterleri olarak belirtilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda COVID-19 ve influenza aşıları hakkındaki bilgi, tutum, ve davranışlarında fark yoktur.

H1: Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda COVID-19 ve influenza aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarında fark vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Çalışmaya başlamadan önce kişilere bilgi verilmiştir ve gönüllü olur onam formu imzalatılmıştır. Anket formu ilgili literatür tarandıktan sonra hazırlanmıştır. Anket araştırmacı tarafından tek tek uygulanmıştır ve yüz yüze anket olarak doldurulmuştur.

Çalışma da 8 soruluk sosyodemografik veri formu ile 17 soruluk influenza aşısına bakış açısı ve tutumu ölçen, 7 soruluk grip hastalığından korunma yöntemlerini ölçen 3'lü likert yöntemi ile hazırlanmış anket sorularına yer verilmiştir.

Anketin ikinci kısmını 6 tane COVID-19 aşısına genel tutumu ve davranışı ölçen ve 20 tane COVID-19 hastalığı ve aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışı ölçen 3'lü likert yöntemi ile hazırlanmış anket soruları oluşturmaktadır. Anket formu ek-1 de verilmiştir.

Sosyo-demografik veri anketinde, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği olmak üzere, sigara kullanımı, kullanıyorsa paket yıl oranını, kronik hastalık varlığını ve kronik hastalık bulunması dahilinde hangilerinin olduğu sorgulanmıştır.

Sosya-demografik soruların ardından influenza aşısı hakkında koruyuculuğunun bilinme durumu ve bilinmesi durumunda bilgi kaynağı, aşının

güvenliği, hastalığı önlemekte işe yarayıcılığı, uygulanma şekli, yan etkileri, koruyuculuk süresi, yapılması için uygun zamanı, kimlerin öncelikli olarak yaptırması gerektiği, soğuk algınlığı ile aynı kavramlar olup olmadığı sorgulanmıştır.

Davranış ve tutum soruları olarak ise önceden grip aşısı yaptırap yaptırmadığı, yaptırdı ise ne kadar sıklıkla yaptırdığı, grip aşısı olma nedeni, yaptırmadı ise yaptırmama nedeni, kim önerse yaptıracığı, ücretsiz olsa yaptırma durumu, ailesinde grip aşısı olan bireylerin olup olmaması sorgulanmıştır.

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada verilerin analizinde SPSS25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak, nicel değişkenler için ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise sayı (yüzde) verilmiştir. Nominal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki kare testi, sayısal parametrelerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolomogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapılmıştır. Grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde t testi ve ANOVA varyans analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin ilişki derecesinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma 10.12.2020-31.01.2021 tarihleri arasında SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne ayaktan başvuran %39,3'i (n=205) erkek, %60,7'si (n=316) kadın toplam 521 olguyla yapılmıştır.

Yaşları 18 ile 75 arasında değişmekte olup, ortalama 37,64 yaş olarak saptanmıştır. Olguların %18,8'sinin (n=98) 25 yaş ve altında, %29'unun (n=151) 26-35 yaş arasında, %25,9'unun (n=135) 36-45 yaş arasında, %16,5'inin (n=86) 46-55 yaş arasında, %9,8'inin (n=51) 56 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Medeni durum; %37,2'sinin (n=194) evli olmadığı, %62,8'inin (n=327) evli olduğu gözlenmiştir. Eğitim durumu; %53,7'sinin (n=280) eğitim durumunun lise ve altı olduğu, %46,3'ünün (n=241) üniversite ve üzeri olduğu gözlenmiştir. Meslek durumunun %16,9'unun (n=88) kamu çalışanı, %29,4'ünün (n=153) özel sektör çalışanı, %12,9'unun (n=67) sağlık çalışanı, %40,9'unun (n=213) çalışmadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş(Yıl)	≤25 yaş	98
	26-35 yaş	151
	36-45 yaş	135
	46-55 yaş	86
	56 yaş ve üzeri	51
Cinsiyet	Kadın	316
	Erkek	205
Medeni durum	Evli olmayan	194
	Evli	327
Eğitim Durumu	Lise ve altı eğitim	280
	Üniversite ve üzeri eğitim	241
Çalışma Durumu	Kamu Çalışanı	88
	Özel Sektör Çalışanı	153
	Sağlık Çalışanı	67
	Çalışmayan	213

Olguların %25,5'i (n=133) sigara kullanırken, %66,2'si (n= 345) sigara kullanmıyor, %8,3'ü (n=43) kişi ise sigarayı bırakmıştı. Sigara kullanan ve bırakan hastaların paket/yıl ortalaması 12,6 olarak hesaplandı ve 1-5 paket yıl kullanan %35,7 (n=63), 6-10 paket yıl kullanan %21,5 (n=38), 11 paket yıl üstü kullanan %42,6 (n=75) kişi mevcuttu.(Tablo 4.2)

Tablo 4.2. Katılımcıların Sigara Kullanımı Durumu

Sigara Kullanım Durumu		n	%
Sigara Kullanımı	Evet	133	25,5
	Hayır	345	66,2
	Bıraktım	43	8,3
Kullanım süresi (paket/yıl)	1-5 paket/yıl	63	35,7
	6-10 paket/yıl	38	21,5
	11 paket yıl ve üzeri	75	42,6

Olguların %24,6'sının (n=128) kronik hastalık olduğu gözlenmiştir. Kronik hastalığı olan olguların %31,3'ünde (n=40) hipertansiyon, %28,9'unda (n=37) diyabet, %18,8'inde (n=24) kronik akciğer hastalığı (KAH), %17,2'sinde (n=22) kalp hastalığı (KVH) bulunmaktaydı (Tablo 4.3).

Bu hastalıklara ek olarak tiroidal, romatizmal, nörolojik hastalıkları da içeren diğer hastalık grubunda %31,3 (n=40) kişi mevcuttu ve hastalık süresi 1 ila 40 yıl arasında değişmekte olup ortalaması 10,3'tü. Kronik hastalık süresine göre 1-5 yıl olan olgular %32,8 (n=42), 6-10 yıl olanlar %38,3 (n=49), 11 yıl üzeri olanlar %28,9 (n=37) dur.

Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumları

Kronik Hastalık Özellikleri		n	%
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	128	24,6
	Hayır	393	75,5
Kronik Hastalık Evet	Hipertansiyon	40	31,3
	Diyabetes Mellitus	37	28,9
	KAH	24	18,8
	Kalp Hastalığı	22	17,2
	Diğer hastalıklar	40	31,3
Kronik Hastalık Süresi	1-5 yıl	42	32,8
	6-10 yıl	49	38,3
	11 yıl üzeri	37	28,9

Grip (influenza) aşısının gribe karşı koruyucu olduğunun farkındalığı %66,8 (n=348) iken; %34,4'ü (n=173) farkında değildir. Farkında olan hastalar arasında yapılan incelemede (n=348) grip aşısının güvenli olduğu konusunda olguların %57,8'i (n=201) olumlu, %5,2'si (n=18) olumsuz düşünürken, %37,1'i (n=129) bilgisi olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Grip aşısı hakkındaki bilginin kaynağının; %41,4'ü (n=144) hekim, %33,9'u (n=118) çevresindeki kişiler, %25,6'sı (n=89) internet/ sosyal medya, %27,3'ü (n=95) televizyon, %2,3'ü (n=8) gazete ve %4,6'sı (n=16) afiş, broşür ve bültenler olduğu gözlenmiştir.

Olguların %51,4'ü (n=179) aşının gribi önlemekte işe yaradığını, %7,2'i (n=25) işe yaramadığını belirtirken, %41,4'ü (n=144) bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-1

İnfluenza Sorularının Cevapları-1		n	%
İnfluenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma	Evet	348	66,8
	Hayır veya Bilmiyorum	173	34,4
Grip aşısı güvenli midir?	Evet	201	57,8
	Hayır	18	5,2
	Bilmiyorum	129	37,1
Grip aşısı hakkında bilgiyi edinme yeri	Hekim	144	41,4
	Çevresindeki kişiler	118	33,9
	İnternet/Sosyal Medya	89	25,6
	Televizyon	95	27,3
	Gazete	8	2,3
	Afiş, broşür ve bülten	16	4,6
Aşı Gribi Önlemede işe yarıyor mu?	Evet	179	51,4
	Hayır	25	7,2
	Bilmiyorum	144	41,4

Olguların %22,6'si (n=118) daha önce grip aşısı yaptırdığını, %77,4'ü (n=403) aşı yaptırmadığını belirtmiştir. Aşığı yaptıranların %36,4'ü (n=43) aşığı her yıl yaptırdığını, %11,9'u (n=14) 2 yılda bir, %10,2'si (n=12) 3 yılda bir ve %10,2'si (n=12) 4-5 yılda bir yaptırdığını belirtirken %31,4'ü (n=37) hayatlarında bir kere yaptırdıklarını belirtmiştir.

Olguların %83,9'u (n=99) aşığı kendini korumak için, %25,4'ü (n=30) aile bireylerini korumak için, %16,1'i (n=19) çevresindeki kişileri korumak için, %13,6'sı (n=16) kronik rahatsızlığı nedeniyle ve %13,6'sı (n=16) hekiminin önerisiyle yaptırdığı gözlenmiştir.

Aşığı yaptırmayanların ise %41,1'i (n=214) aşı yaptırmasını gerekecek tıbbi bir durumu olmadığı için, %31,9'u (n=166) sık grip olmadığı için, %7,9'u (n=41) aşının yan etkileri nedeniyle, %7,9'u (n=41) grip hafif bir hastalık olduğu için, %24,8'si (n=129) doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inandığı için, %2,3'ü (n=12) iğne korkusundan dolayı, %3,8'i (n=20) aşının etkili olmadığını düşündüğü için ve %2,5'i (n=13) aşı içindeki maddelerin zararlı olduğunu

düşündüğü için, %1,5'i (n=8) kişisel inancı gereği ve aşı yaptırmayı unuttuğu için aşı yaptırmadığı gözlenmişken, %8,3'ü (n=43) e-nabız sistemine riskli grup olarak düşmediği için aşı yaptıramamıştır.

Ayrıca olguların %30,5'i (n=159) grip aşısı ücretsiz olsaydı yaptıracığını belirtirken, %38,6'si (n=201) yaptırmayacağını belirtmiştir. %30,9 kişide bu konuda kararsız kalmıştır. Birinin önerisi ile aşıyı yaptırabileceğini ifade edenlerden; %85,6'sı (n=446) grip aşısını doktor önerirse muhakkak yaptıracığını belirtirken, %5,6'sı (n=29) ailesi, %1,7'si (n=9) hemşire, %3,5'ı (n=18) eczacı ve %1,9'u (n=10) diğer kişiler önerirse muhakkak yaptıracığını belirtmiştir. %6'sı (n=31) ise kim önerirse önerirsin aşıyı yaptırmayacağını belirtmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-2

İnfluenza Sorularının Cevapları-2		n	%
Daha önce grip aşısı yaptırma	Evet	118	22,6
	Hayır	403	77,4
Aşığı yaptırmama sıklığı	Her yıl	43	36,4
	2 yılda bir	14	11,9
	3 yılda bir	12	10,2
	4-5 yılda bir	12	10,2
	Bir kere	37	31,4
Aşı olma nedeni	Kendini korumak için	99	83,9
	Aile bireylerini korumak için	30	25,4
	Çevresindeki kişileri korumak için	19	16,1
	Kronik Rahatsızlığı nedeniyle	16	13,6
	Hekimi önerdiği için	16	13,6
Aşı olmama nedeni	Aşı yaptırmamı gerekecek tıbbi durumum yok	214	41,1
	Sık grip olmadığım için	166	31,9
	Aşının yan etkilerinden korktuğu için	41	7,9
	Grip hafif bir hastalık olduğu için	41	7,9
	Doğal yöntemlerle mücadele daha etkili olduğu için	129	24,8
	Enjeksiyondan, iğneden korktuğum için	12	2,3
	Aşının etkili olmadığı için	20	3,8
	Aşının içindeki maddeler zararlı olduğu için	13	2,5
	Kişisel inancım gereği	8	1,5
	Aşılanmayı unuttum	8	1,5
	E-nabız sisteminde aşı onayı vermediği için	43	8,3
	Diğer	7	1,3
Grip aşısı ücretsiz olsaydı yaptırmama durumu	Evet	159	30,5
	Hayır	201	38,6
	Bilmiyorum	161	30,9
Grip aşısını kim önerseydi muhakkak olurdu	Doktor	446	85,6
	Ailesi	29	5,6
	Arkadaşı/arkadaşları	13	2,5
	Hemşire	9	1,7
	Eczacı	18	3,5
	Hiçbir şekilde yaptırmam	31	6
	Diğer	10	1,9

Aşının uygulama şeklinin enjeksiyon olduğunu %60,1'i (n=313) bilirken, %39,9'u (n=208) bilgisinin olmadığını ifade etmiştir.

Aşının yan etkisinin olduğunu %14'ü (n=73) bilirken, %11,7'i (n=61) yan etkisinin olmadığını, %74,3'ü (n=387) de bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Aşının koruyuculuk süresinin bir grip mevsimi kadar olduğunu belirterek doğru cevap verenlerin oranı %40,3 (n=210) iken, bu konuda bilgi sahibi olmayanların oranı %59,7'dir (n=311).

Ayrıca grip aşısının yapılması için uygun zamanın grip mevsimi başlamadan önce olduğunu doğru bilenlerin oranı %54,5 (n=284) iken, doğru zamanın grip mevsimi sırasında olduğunu ifade edip yanlış cevap verenlerin oranı %3,1 (n=16), bu konuda bilgisinin olmadığını ifade edenlerin oranı %42,4'tur (n=221) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların Grip ve Grip Aşısı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-3

İnfluenza Sorularının Cevapları-3		n	%
Grip aşısının uygulama şekli	Enjeksiyon	313	60,1
	Bilgisi yok	208	39,9
Aşırı yan etkisi var mı?	Evet	73	14
	Hayır	61	11,7
	Bilgisi yok	387	74,3
Aşının koruyuculuk süresi ne kadardır?	Bir grip mevsimi	210	40,3
	Bir bilgisi yok	311	59,7
Grip aşısının yapılması için uygun zaman nedir?	Grip mevsimi başlamadan önce	284	54,5
	Grip mevsimi sırasında	16	3,1
	Bilgisi yok	221	42,4

Grip için riskli grubun bilinmesinin incelenmesi için sorulan sorularda verilen cevaplar incelendiğinde 6 ay -5 yaş arası çocuklar için %16,5 (n=86), 65 yaş üstü erişkinler için %63,7 (n=332), gebeler için %19 (n=99), kronik sağlık sorunu olanlar için %62,8 (n=327), nörolojik yada nörogelişimsel sorunu olanlar için %11,2 (n=58), morbit obezler için %8,6 (n=45), sağlık çalışanları için %42,2 (n=220), bakım evinde

yaşayanlar için %25,3 (n=132), uzun süreli aspirin tedavisi alan 19 yaş altı kişiler için %7,9 (n=41), immunsuprese kişiler için %22,8 (n=119), grip açısından riskli olan gruba bakım verenler ve aynı evde yaşayanlar için %32,8 (n=171) kişi doğru olarak cevaplamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların Kimler Grip Aşısı Yaptırmalı Cevaplarının Dağılımı

Kimler Grip Aşısı Yaptırmalıdır?		n	%
1. 6 ay-5 yaş arası çocuklar	Evet	86	16,5
	Hayır	435	83,5
2. 65 Yaş üstü erişkinler	Evet	332	63,7
	Hayır	189	36,3
3.Gebeler	Evet	99	19
	Hayır	422	81
4.Kronik sağlık sorunu olanlar	Evet	327	62,8
	Hayır	194	37,2
5.Nörolojik yada nörogelişimsel sorunu olanlar	Evet	58	11,1
	Hayır	463	88,9
6.Morbid Obezler (BKİ>40)	Evet	45	8,6
	Hayır	476	91,4
7.Sağlık Çalışanları	Evet	220	42,2
	Hayır	301	57,8
8. Bakım evinde yaşayanlar	Evet	132	25,3
	Hayır	389	74,7
9.Uzun süreli aspirin tedavisi alan 19 yaş altı kişiler	Evet	41	7,9
	Hayır	480	92,1
10.Immunsuprese kişiler (kanser,uzun süreli steroid kullanımı,HIV)	Evet	119	22,8
	Hayır	402	77,2
11.Grip açısından riskli olan gruba bakım verenler ve aynı evde yaşayanlar (çocuklar)	Evet	171	32,8
	Hayır	350	67,2

COVID-19 aşısı mevcut olması durumunda %34,4 (n=179) kişi yaptırmayı düşünürken, %35,3 (n=184) kişi yaptırmayı düşünmemektedir. %30,3 (n=158) kişinin bu konuda kararsız kaldığı gözlemlenmiştir.

COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünen olguları incelediğimizde %55,3'ü (n=99) korunmada etkili bir yöntem olduğuna inandığı için, %39,1'i (n=70) hastalığın tehlikeli bir hastalık olduğunu düşündüğü için, %35,2'si (n=63) aile bireylerine hastalığı bulaştırmaktan korktuğu için, %16,2'si (n=29) aşısının ciddi bir yan etkisi olmayacağını düşündüğü için, %17,3'ü (n=31) ciddi bir hastalığı bulunduğu ve risk grubunda olduğu için, %20,7'si (n=37) Sağlık Bakanlığının açıklamalarına güvendiği için yaptırmak istemiştir.

COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünmeyen olgular incelendiğinde yaptırmama nedenleri %50'si (n=92) aşının yan etkilerinden korktuğu için, %29,9'u (n=55) aşının koruyuculuğuna güvenmediği için, %25,5'i (n=47) aşı yaptırmayı gerekecek tıbbi bir durumu olmadığı için, %12,5'i (n=23) risk altında olmadığını düşünme, %8,7'si (n=16) doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inandığı için, %2,7'si (n=5) kişisel inancı gereği, %2,2'si (n=4) enjeksiyondan korktuğu için yaptırmayı düşünmediğini belirtmektedir.

Kararsız ve olumsuz aşı düşünceleri olan olgulara hangi durumlarda aşı yaptırmayı düşünebileceklerini irdelediğimizde %65,1'i (n=339) gibi büyük bir çoğunluğun aşı daha uzun süre kullanılır ve yan etkisi incelenirse aşıya olumlu bakacaklarını belirtmişlerdir.

Diğer aşı yaptırmayı etkileyebilecek olumlu kriterleri incelediğimizde sırasıyla, %39,9'u (n=208) Sağlık Bakanlığı tarafından aşı desteklenir ve bilgilendirilirse, %29,4'ü (n=153) hastalık daha ölümcül hale dönüşürse, %23,6'sı (n=123) aile hekimi önerirse, %10,6'sı (n=55) bir yakını COVID-19 olursa, %8,6'sı (n=45) devlet işlerinde görevli yetkililer önerirse, %6,9'u (n=36) aşı hakkında medya tarafından olumlu haberler yapılırsa, %4,6'sı (n=24) para cezası gelirse, %4,6'sı (n=24) da hiçbir şekilde yaptırmayacağını belirtmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların COVID-19 ve Aşı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-1

COVID-19 Verileri		n	(%)
COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırma durumu	Evet	179	34,4
	Hayır	184	35,3
	Kararsızım	158	30,3
COVID-19 aşısı yaptırmak isteme nedeniniz?	Korunmada etkili bir yöntem olduğuna inanma	99	55,3
	Hastalık tehlikeli bir hastalık	70	39,1
	Aile bireylerine hastalığı bulaştırmaktan korkma	63	35,2
	Aşının ciddi bir yan etkisi olmayacağını düşünme	29	16,2
	Kronik hastalığı bulunduğu ve risk grubunda olma	31	17,3
	Sağlık bakanlığının açıklamalarına güveniyorum	37	20,7
	Aşı yaptırmayı gerekecek tıbbi bir durumun olmaması	47	25,5
	Risk altında olmadığını düşünme	23	12,5
COVID-19 aşısı yaptırmak istememe nedeni?	Aşının yan etkisinden korkma	92	50,0
	Aşının koruyuculuğuna güvenmeme	55	29,9
	Doğal yöntemlerle mücadelenin etkililiğine inanma	16	8,7
	Enjeksiyondan korkma	4	2,2
	Kişisel inancı gereği	5	2,7
	Para cezası gelirse	24	4,6
Hangi durumda COVID-19 aşısı yaptırırsınız?	Hastalık daha ölümcül hale dönüşürse	153	29,4
	Bir yakınım COVID-19 olursa	55	10,6
	Aşı daha uzun süre kullanılır yan etkiler incelenirse	339	65,1
	Medya tarafından aşı hakkında olumlu haberler yapılırsa	36	6,9
	Sağlık bakanlığı tarafından aşı desteklenir ve bilgilendirilirse	208	39,9
	Aile hekimim önerirse	123	23,6
	Devlet işlerinde görevli yetkililer önerirse	45	8,6
	Hiçbir şekilde yaptırmam	24	4,6

İşi gereği hastalığı ailesine bulaştırmaktan endişelenme oranlarına baktığımızda olguların %83,7'si (n=436) kişi evet derken, %12,7'si (n=66) hayır demişlerdir. %3,6'sı (n=19) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı oranları irdelendiğinde %46,1'i (n=240) bu kaygıyı yaşarken, %43,2'si (n=225) bu konuda kaygı duymamaktadır. %10,7 (n=56) olgu ise bu konuda kararsız kalmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların COVID-19 ve Aşı Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı-2

COVID-19 Verileri		n	%
İşiniz gereği ailenize hastalığı bulaştırmaktan endişeleniyor musunuz ?	Evet	436	83,7
	Hayır	66	12,7
	Kararsızım	19	3,6
Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?	Evet	240	46,1
	Hayır	225	43,2
	Kararsızım	56	10,7

Cinsiyetlere ve medeni duruma göre olguların influenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,925$, $p=0,337$).

Yaş, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların influenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Üniversite mezunu olguların aşının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranı, eğitim durumu lise ve altı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Yaş sınıflamasına göre aşının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranı, 26-35 yaş arasında 25 yaş altı olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Olguların çalışma durumlarına göre sağlık çalışanı olan gruptaki farkındalık özel sektörde çalışan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Sosyodemografik Özelliklere Göre İnfluenza Aşısının Gripe Karşı Koruyuculuğunun Farkındalığının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		İnfluenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma		p
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	58 (59,2)	40 (40,8)	<0,001*
	26-35 yaş	105 (69,5)	46 (30,5)	
	36-45 yaş	91 (67,4)	44 (32,6)	
	46-55 yaş	51 (59,3)	35 (40,7)	
	56 yaş ve üzeri	42 (82,4)	9 (17,6)	
Cinsiyet	Kadın	211 (66,8)	105 (33,2)	0,925*
	Erkek	136 (66,3)	69 (33,7)	
Medeni durum	Evli olmayan	124 (63,9)	70 (36,1)	0,337*
	Evli	223 (68,2)	104 (31,8)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	157 (56,1)	123 (43,9)	<0,001*
	Üniversite ve üzeri	190 (78,8)	51 (21,2)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	67 (76,1)	21 (23,9)	<0,001**
	Özel sektör	90 (58,8)	63 (41,2)	
	Sağlık Çalışanı	60 (89,6)	7 (10,4)	
	Çalışmayan	130 (61)	83 (39)	

*Fisher Freeman Halton**Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalık varlığına göre olguların influenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,023$). Kronik hastalığı bulunan olguların İnfluenzanın gribe karşı farkındalığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ama hastalıkların kendi alt grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,163$, $p=0,719$, $p=0,610$, $p=0,166$, $p=0,080$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Kronik Hastalıklara Göre İnfluenza Aşısının Gripe Karşı Koruyuculuğunun Farkındalığının Değerlendirilmesi

Kronik Hastalıklar		İnfluenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma		p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	96 (75)	32 (25)	0,023
	Yok	251 (63,9)	142 (36,1)	
Hipertansiyon	Var	31 (77,5)	9 (22,5)	0,163
	Yok	316(65,7)	165 (34,3)	
Diyabet	Var	26 (70,3)	11 (29,7)	0,719
	Yok	321 (66,3)	163 (33,7)	
KAH	Var	20 (83,3)	4 (16,7)	0,610
	Yok	327 (65,8)	170 (34,2)	
KVH	Var	18 (93,4)	4 (6,6)	0,166
	Yok	329 (65,9)	170 (34,1)	
Diğer	Var	32 (80)	8 (20)	0,080
	Yok	315 (65,5)	166 (34,5)	

*Fisher Freeman Halton, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yaş ve çalışma durumuna göre beklenen değer $\%20$ 'den fazlası 5'ten küçük olduğu için pearsen ki-kare hesaplaması yapılamamıştır.

Medeni durumuna göre olguların influenza aşısının güvenli olduğunu belirtme oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,466$).

Cinsiyet ve eğitim durumuna göre olgular arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,008, p=0,001$).

Erkek olguların, kadın olgulara göre grip aşısını güvenli bulma oranı anlamlı olarak yüksektir.

Eğitim durumuna göre ise üniversite ve üzeri eğitim almış olan katılımcılar grip aşısını lise ve altı gruba göre anlamlı olarak daha güvenilir bulmaktadır (Tablo 4.12)

Tablo 4.12. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısının Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		Grip aşısı güvenli midir?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Cinsiyet	Kadın	109 (51,4)	11 (5,2)	92 (43,4)	0,008
	Erkek	92 (67,6)	7 (5,1)	37 (27,2)	
Medeni durum	Evli olmayan	77 (61,6)	7 (5,6)	41 (32,8)	0,466
	Evli	124 (55,6)	11 (4,9)	88 (39,5)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	73 (46,5)	10 (6,4)	74 (47,1)	0,001
	Üniversite ve üzeri	128 (67)	8 (4,2)	55 (28,8)	

*Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, KVH, KAH, diğer kronik hastalıklar) varlığına göre olguların influenza grip aşısının güvenli olduğunu belirtme oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,989$, $p=0,585$, $p=0,184$, $p=0,500$, $p=0,486$, $p=0,109$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Kronik Hastalıklara Göre Grip Aşısının Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Kronik Hastalıklar		Grip aşısı güvenli midir?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	56 (58,3)	5 (5,2)	35 (36,5)	0,989
	Yok	145 (57,5)	13 (5,2)	94 (37,3)	
Hipertansiyon	Var	16 (51,6)	1 (3,2)	14 (45,2)	0,585
	Yok	185 (58,4)	17 (5,4)	115 (36,3)	
Diyabet	Var	11 (42,3)	1 (3,8)	14 (53,8)	0,184
	Yok	190 (59,0)	17 (5,3)	115 (35,7)	
KAH	Var	14 (70,0)	1 (5,0)	5 (25,0)	0,500
	Yok	187 (57,0)	17 (5,2)	24 (37,8)	
KVH	Var	8 (44,4)	1 (5,6)	9 (50,0)	0,486
	Yok	193 (58,5)	17 (5,2)	120 (36,4)	
Diğer	Var	19 (59,4)	4 (12,5)	9 (28,1)	0,109
	Yok	182 (57,6)	14 (4,4)	120 (38,0)	

*Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumuna göre olguların aşının gribe önlemekte işe yararlılığını belirtme oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,067$, $p=0,265$, $p=0,278$, $p=0,079$).

Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan olguların aşının gribi önlemekte işe yaradığını belirtme oranı, lise ve altı eğitim durumu olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,02) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		Aşı gribi önlemekte işe yarıyor mu?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	34 (57,6)	2 (3,4)	23 (39,0)	0,067
	26-35 yaş	61 (58,1)	10 (9,5)	34 (32,4)	
	36-45 yaş	38 (41,8)	8 (8,8)	45 (49,5)	
	46-55 yaş	20 (39,2)	4 (7,8)	27 (52,9)	
	56 yaş ve üzeri	26 (61,9)	1 (2,4)	15 (35,7)	
Cinsiyet	Kadın	103 (48,6)	14 (6,6)	95 (44,8)	0,265
	Erkek	76 (55,9)	11 (8,1)	49 (36,0)	
Medeni durum	Evli olmayan	70 (56)	6 (4,8)	49 (39,2)	0,278
	Evli	109 (48,9)	19 (8,5)	95 (42,6)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	67 (42,7)	9 (5,7)	81 (51,6)	0,02
	Üniversite ve üzeri	112 (58,6)	16 (8,4)	63 (33,0)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	35 (52,2)	5 (7,5)	27 (40,3)	0,079
	Özel sektör	42 (46,7)	9 (10)	39 (43,3)	
	Sağlık Çalışanı	40 (66,7)	5 (8,3)	15 (25,0)	
	Çalışmayan	62 (47,3)	6 (4,6)	63 (48,1)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sigara kullanımına göre olguların aşının gribi önlemekte işe yaradığını belirtme oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,009).

Sigara kullanmayan olgularda, sigara kullananlara göre aşının gribi önlemekte işe yaradığını belirtme oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Sigara Kullanımına Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi

		Aşı gribi önlemekte işe yarıyor mu?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Sigara Kullanımı	Evet	29 (35,8)	6 (7,4)	46(56,8)	0,009
	Hayır	136 (56,9)	15 (6,3)	88 (36,8)	
	Bıraktım	14 (50,0)	4 (14,3)	10 (35,7)	

*Pearson Chi-Square Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, KVH, KAH, diğer kronik hastalıklar) varlığına göre olguların aşının gribi önlemekte işe yararlılığını belirtme oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Kronik Hastalıklara Göre Aşının Gribi Önlemekte İşe Yararlılığının Değerlendirilmesi

		Aşı gribi önlemekte işe yarıyor mu?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Kronik Hastalıklar	Var	51 (53,1)	6 (6,3)	39 (40,6)	0,881
	Yok	128 (50,8)	19 (7,5)	105 (41,7)	
Hipertansiyon	Var	16 (51,6)	2 (6,5)	13 (41,9)	0,986
	Yok	163 (51,4)	23 (7,3)	131 (41,3)	
Diyabet	Var	11 (42,3)	2 (7,7)	13 (50,0)	0,616
	Yok	168 (52,2)	23 (7,1)	131(40,7)	
KAH	Var	12 (60,0)	2 (10,0)	6 (30,0)	0,549
	Yok	167 (50,9)	23 (7,0)	138(42,1)	
KVH	Var	8 (44,4)	1 (5,6)	9 (50,0)	0,744
	Yok	171(51,8)	24 (7,3)	135 (40,9)	
Diğer	Var	16 (50,0)	3 (9,4)	13 (40,6)	0,881
	Yok	163 (51,6)	22 (7,0)	131 (41,5)	

*Pearson Chi-Square Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların daha önce grip aşısı yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,06$ $p<0,001$).

Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan grubun daha önce aşı yaptırmaları lise ve altı eğitim durumu olan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının, çalışmayan gruba göre daha önce aşılanma oranları da anlamlı derecede yüksektir.

Yaş gruplarına, cinsiyetlere, medeni duruma göre olguların daha önce grip aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; p=0,562, p=0,097, p=0,366). Tüm gruplarda “hayır” cevabı oranı daha yüksektir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		Daha önce grip aşısı yaptırma		p
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	21 (21,4)	77 (78,6)	0,562**
	26-35 yaş	32 (21,2)	119 (78,8)	
	36-45 yaş	32 (23,7)	103 (76,3)	
	46-55 yaş	17 (19,8)	69 (80,2)	
	56 yaş ve üzeri	16 (31,4)	35 (68,6)	
Cinsiyet	Kadın	65 (20,6)	251 (79,4)	0,097*
	Erkek	53 (25,9)	152 (74,1)	
Medeni durum	Evli olmayan	46(23,7)	148(76,3)	0,366*
	Evli	72(22,0)	255(78,0)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	50(17,9)	230(82,1)	0,003*
	Üniversite ve üzeri	68(28,2)	173(71,8)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	27(30,7)	61(69,3)	<0,001**
	Özel sektör	30(19,6)	123(80,4)	
	Sağlık Çalışanı	27(40,3)	40(59,7)	
	Çalışmayan	34(16,0)	179(84,0)	

*Fisher Freeman Halton**Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalığı olan olguların daha önce grip aşısı yaptırmış olması oranı, kronik hastalığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,01).

Diyabet, hipertansiyon, KVH ve diğer kronik hastalığı olan olguların daha önce grip aşısı yaptırmış olma oranları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Sırasıyla; p=1,00, p=0,436, p=0,063, p=0,436).

KAH'sı olan olguların daha önce grip aşısı yaptırmış olması oranı, KAH'sı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır($p=0,04$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Kronik Hastalıklara Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi

Kronik Hastalıklar		Daha önce grip aşısı yaptırma		p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	40 (31,3)	88 (68,8)	0,01
	Yok	78 (19,8)	315 (80,2)	
Hipertansiyon	Var	11 (27,5)	29 (72,5)	0,436
	Yok	107 (22,2)	374 (77,8)	
Diyabet	Var	8 (21,6)	29 (78,4)	1,000
	Yok	110 (22,7)	374 (77,3)	
KAH	Var	10 (41,7)	14 (58,3)	0,04
	Yok	108 (21,7)	389 (78,3)	
KVH	Var	9 (40,9)	13 (59,1)	0,063
	Yok	109 (21,8)	390 (78,2)	
Diğer	Var	11 (27,5)	29 (72,5)	0,436
	Yok	107 (22,2)	374 (77,8)	

*Fisher Freeman Halton, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Nörolojik ve nörogelişimsel sorunu olanların, morbit obezlerin, Sağlık çalışanlarının, bakım evinde yaşayanların, uzun süreli aspirin tedavisi alan 19 yaş altı kişilerin, immunsuprese kişilerin, grip açısından riskli olan gruba bakım verenler ve aynı evde yaşayanların influenza için riskli olduğunu bilen olguların bilmeyen olgulara göre grip aşısı yaptırma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Sırasıyla; $p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,005$, $p<0,001$, $p=0,001$, $p=0,006$, $p=0,012$) (Tablo 4.19)

Tablo 4.19.Grip Aşısı İçin Riskli Grupların Bilincine Göre Grip Aşısı Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi

Kimler Grip Aşısı Yaptırmalıdır?		Daha önce grip aşısı yaptırma		p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
1. 6 ay-5 yaş arası çocuklar	Evet	23 (26,7)	63 (73,3)	0,321
	Hayır	95 (21,8)	340 (78,2)	
2. 65 Yaş üstü erişkinler	Evet	74 (22,3)	258 (77,7)	0,795
	Hayır	44 (23,3)	145 (76,7)	
3.Gebeler	Evet	27 (27,3)	72 (72,7)	0,222
	Hayır	91 (21,6)	331 (78,4)	
4.Kronik sağlık sorunu olanlar	Evet	83 (25,4)	244 (74,6)	0,053
	Hayır	35 (18,0)	159 (82)	
5.Nörolojik yada nörogelişimsel sorunu olanlar	Evet	23 (39,7)	35 (60,3)	0,001
	Hayır	95 (20,5)	368 (79,5)	
6.Morbid Obezler (BKİ>40)	Evet	23 (51,1)	22 (48,9)	<0,001
	Hayır	95 (20,0)	381 (80,0)	
7.Sağlık Çalışanları	Evet	63 (28,6)	157 (71,4)	0,005
	Hayır	55 (18,3)	246 (81,7)	
8. Bakım evinde yaşayanlar	Evet	49 (37,1)	83 (62,9)	<0,001
	Hayır	69 (17,7)	320 (82,3)	
9.Uzun süreli aspirin tedavisi alan 19 yaş altı kişiler	Evet	18 (43,9)	23 (56,1)	0,001
	Hayır	100 (20,8)	380 (79,2)	
10.Immunsuprese kişiler (kanser ,uzun süreli steroit kullanımı,HIV)	Evet	38 (31,9)	81 (68,1)	0,006
	Hayır	80 (19,9)	322 (80,1)	
11.Grip açısından riskli olan gruba bakım verenler ve aynı evde yaşayanlar (çocuklar)	Evet	50 (29,2)	121 (70,8)	0,012
	Hayır	68 (19,4)	282 (80,6)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların aile bireylerinin grip aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001).

Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan grubun aile bireylerinin grip aşısı yaptırma oranları lise ve altı eğitim durumu olan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kamu çalışanlarının, özel sektör çalışanlarına göre aile bireylerinin grip aşısı yaptırma oranları da anlamlı derecede yüksektir.

Yaş gruplarına, cinsiyetlere, medeni duruma göre olguların aile bireylerinin grip aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; p=0,338, p=0,370, p=0,241) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aile Bireylerinin Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		Aile bireylerinin grip aşısı yaptırma durumu		p
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	34 (34,7)	64 (65,3)	0,338**
	26-35 yaş	46 (30,5)	105 (69,5)	
	36-45 yaş	41 (30,4)	94 (69,6)	
	46-55 yaş	18 (20,9)	68 (79,1)	
	56 yaş ve üzeri	14 (27,5)	37(72,5)	
Cinsiyet	Kadın	95(30,1)	221(69,9)	0,370*
	Erkek	58(28,3)	147(71,7)	
Medeni durum	Evli olmayan	61(31,4)	133(68,6)	0,241*
	Evli	92(28,1)	235(71,9)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	53(18,9)	227(81,1)	<0,001*
	Üniversite ve üzeri	100(41,5)	141(58,5)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	44(50)	44(50)	<0,001**
	Özel sektör	30(19,6)	123(80,4)	
	Sağlık Çalışanı	28(41,8)	39(58,2)	
	Çalışmayan	51(23,9)	162(76,1)	

*Fisher Freeman Halton**Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, KAH, KVH ve diğer kronik hastalığı olan olguların aile bireylerinin grip aşısı yaptırmış olma oranları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Sırasıyla; p=0,323, p=0,473, p=0,189, p=0,244, p=0,302, p=0,118) (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. Kronik hastalıklara Göre Aile bireylerinin Yaptırma Öyküsünün Değerlendirilmesi

		Aile bireylerinin grip aşısı yaptırma durumu		p*
Kronik Hastalıklar		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	35(27,3)	93(72,7)	0,323
	Yok	118(30,0)	275(70,0)	
Hipertansiyon	Var	11 (27,5)	29 (72,5)	0,473
	Yok	142 (29,5)	339(70,5)	
Diyabet	Var	8 (21,6)	29 (78,4)	0,189
	Yok	145(30,0)	339(70,0)	
KAH	Var	5 (20,8)	19 (79,2)	0,244
	Yok	148 (29,8)	349 (70,2)	
KVH	Var	8(36,4)	14 (63,6)	0,302
	Yok	145 (29,1)	354 (70,9)	
Diğer	Var	8 (20,0)	32 (80,0)	0,118
	Yok	145 (30,1)	336 (69,9)	

*Fisher Freeman Halton, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların grip ve soğuk algınlığı farkındalığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,015, p=0,019, p<0,001, p<0,01$).

26-35 yaş aralığındaki olguların grip ve soğuk algınlığı farkındalığı 46-55 yaş arasındaki olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Evli olmayan olguların grip ve soğuk algınlığı farkındalığı, evli olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan grubun aile bireylerinin grip ve soğuk algınlığı farkındalığı lise ve altı eğitim durumu olan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının, çalışmayan olgulara göre grip ve soğuk algınlığı farkındalığı da anlamlı derecede yüksektir.

Cinsiyetlere göre olguların grip ve soğuk algınlığı farkındalığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,179$) (Tablo4.22).

Tablo 4.22. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Hastalığı Ve Soğuk Algınlığı Farkındalığının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey midir?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	16 (16,3)	67(68,4)	15 (15,3)	0,015
	26-35 yaş	17 (11,3)	108 (71,5)	26 (17,2)	
	36-45 yaş	26 (19,3)	79 (58,5)	30 (22,2)	
	46-55 yaş	22 (25,6)	40 (46,5)	24 (27,9)	
	56 yaş ve üzeri	11(21,6)	28 (54,9)	12 (23,5)	
Cinsiyet	Kadın	53(16,8)	205 (64,9)	58 (18,4)	0,179
	Erkek	39(19,0)	117 (57,1)	49 (23,9)	
Medeni durum	Evli olmayan	33 (17,0)	133 (68,6)	28 (14,4)	0,019
	Evli	59 (18,0)	189 (57,8)	79 (24,2)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	72 (25,7)	128 (45,7)	80 (28,6)	<0,001
	Üniversite ve üzeri	20 (8,3)	194 (80,5)	27 (11,2)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	6 (6,8)	69 (78,4)	13 (14,8)	<0,001
	Özel sektör	33 (21,6)	83(54,2)	37 (24,2)	
	Sağlık Çalışanı	8 (11,9)	55 (82,1)	4 (6,0)	
	Çalışmayan	45 (21,1)	115 (54,0)	53 (24,9)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Alışkanlıklara göre baktığımızda sigara kullanımı olmayan hastaların sigarayı bırakmış olan hastalara göre grip ve soğuk algınlığı farkındalığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (p=0,008) (Tablo 4.23)

Tablo 4.23. Sigara Kullanımına Göre Grip Hastalığı Ve Soğuk Algınlığı Farkındalığının Değerlendirilmesi

		Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey mi?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	28(21,1)	76(57,1)	29(21,8)	0,008
	Kullanmıyor	57(16,5)	227(65,8)	61(17,7)	
	Bırakmış	7(16,3)	19(44,2)	17(39,5)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalıklar, hipertansiyon, KAH, KVVH ve diğer kronik hastalığı olan olguların grip ve soğuk algınlığı farkındalığı oranları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Sırasıyla; p=0,573, p=0,428, p=0,458, p=0,093, p=0,086).

Diyabet hastalığı olmayan olgularda ise grip hastalığı ve soğuk algınlığı farkındalığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,002) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Kronik Hastalıklara Göre Grip hastalığı Ve Soğuk Algınlığı Farkındalığının Değerlendirilmesi

		Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey midir?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Kronik Hastalıklar	Var	20 (15,6)	78(60,9)	30 (23,4)	0,573
	Yok	72(18,3)	244(62,1)	77 (19,6)	
Hipertansiyon	Var	5 (12,5)	24 (60,0)	11 (27,5)	0,428
	Yok	87 (18,1)	298 (62,0)	96 (20,0)	
Diyabet	Var	5 (13,5)	16 (43,2)	16 (43,2)	0,002
	Yok	87 (18,0)	306 (63,2)	91(18,8)	
KAH	Var	6 (25,0)	15 (62,5)	3 (12,5)	0,458
	Yok	86(17,3)	307 (61,8)	104(20,9)	
KVH	Var	5 (22,7)	9 (40,9)	8 (36,4)	0,093
	Yok	87(17,4)	313 (62,7)	99 (19,8)	
Diğer	Var	3 (7,5)	31 (77,5)	6 (15,0)	0,086
	Yok	89 (18,5)	291 (60,5)	101 (21,0)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemi olduğunu düşünme oranları, eğitim durumu üniversite ve üzeri olan olguların, eğitim durumu lise ve altı olan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,001).

Grip aşısı yaptırmamanın etkili bir korunma yöntemi olduğuna inanma sağlık çalışanlarında, çalışmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,001) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Sosyodemografik Özelliklere Göre Grip Aşısının Etkinliğine Bakış Açısının Değerlendirilmesi

		Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemidir			p*
Sosyodemografik Özellikler		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	73 (46,5)	10 (6,4)	74 (47,1)	<0,001
	Üniversite ve üzeri	128 (67)	8 (4,2)	55 (28,8)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	50 (56,8)	13 (14,8)	25 (28,4)	0,001
	Özel sektör	67 (43,8)	27 (17,6)	59 (38,6)	
	Sağlık Çalışanı	43 (64,2)	9 (13,4)	15 (22,4)	
	Çalışmayan	83 (39,0)	26 (12,2)	104 (48,8)	

*Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünen olguların grip aşısının etkili bir korunma yöntemi olduğunu düşünmek anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre Grip Aşısının Etkinliğine Bakış Açısının Değerlendirilmesi

		Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemidir			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Bilgisi Yok (n/%)	
COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?	Evet	114 (63,7)	13 (7,3)	52 (29,1)	<0,001
	Hayır	64 (34,8)	50 (27,2)	70 (38,0)	
	Kararsızım	65 (41,1)	12 (7,6)	81 (51,3)	

*Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların COVID-19 aşısının mevcudiyetinde aşığı yaptırmaya oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p = 0,069$, $p = 0,115$, $p = 0,854$, $p = 0,161$).

Yaş gruplarına göre olguların COVID-19 aşısı yaptırmaya isteği oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$).

56 yaş ve üzeri olan olguların, 26 ve 35 yaş arası olgulara göre COVID-19 aşısının mevcudiyetinde aşıyı yaptırmaya isteği anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27.Sosyodemografik Özelliklere Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		COVID-19 aşısını yaptırmak ister misiniz?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	27 (27,6)	41 (41,8)	30 (30,6)	<0,001
	26-35 yaş	40 (26,5)	59 (39,1)	52 (34,4)	
	36-45 yaş	41 (30,4)	47 (34,8)	47 (34,8)	
	46-55 yaş	36 (41,9)	29 (33,7)	21 (24,4)	
	56 yaş ve üzeri	35 (68,6)	8 (15,7)	8 (15,7)	
Cinsiyet	Kadın	98 (31)	112 (35,4)	106(33,5)	0,069
	Erkek	81 (39,5)	72 (35,1)	52 (25,4)	
Medeni durum	Evli olmayan	57 (29,4)	78 (40,2)	59 (30,4)	0,115
	Evli	122 (37,3)	106 (32,4)	99 (30,3)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	98 (35)	100 (35,7)	82 (29,3)	0,854
	Üniversite ve üzeri	81 (33,6)	84 (34,9)	76 (31,5)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	34 (38,6)	29 (33,0)	25 (28,4)	0,161
	Özel sektör	40 (26,1)	64 (41,8)	49 (32,0)	
	Sağlık Çalışanı	25 (37,3)	26 (38,8)	16 (23,9)	
	Çalışmayan	80 (37,6)	65 (30,5)	68 (31,9)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Diyabet, KAH ve diğer kronik hastalığı olan olguların COVID-19 aşısının mevcudiyeti halinde yaptırmaya isteği oranı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Sırasıyla; p=0,144, p=0,812, p=0,530).

Kronik hastalığı olan olguların COVID-19 aşısının mevcudiyeti halinde yaptırmaya isteği oranı, kronik hastalığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,036).

Hipertansiyonu olan olguların COVID-19 aşısının mevcudiyeti halinde yaptırmaya isteği oranı, hipertansiyonu olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,029).

KVH'sı olan olguların COVID-19 aşısının mevcudiyeti halinde yaptırma isteği oranı, KVH'sı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,044) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Kronik Hastalıklara Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi

Kronik Hastalıklar		COVID-19 aşısını yaptırmak ister misiniz?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	56 (43,8)	39 (30,5)	33 (25,8)	0,036
	Yok	123 (31,3)	145 (36,9)	125 (31,8)	
Hipertansiyon	Var	20 (50,0)	7 (17,5)	13 (32,5)	0,029
	Yok	159 (33,1)	177 (36,8)	145 (30,1)	
Diyabet	Var	18 (48,6)	9 (24,3)	10 (27,0)	0,144
	Yok	161 (33,3)	175 (36,2)	148 (30,6)	
KAH	Var	9 (37,5)	7 (29,2)	8 (33,3)	0,812
	Yok	170 (34,2)	177 (35,6)	150 (30,2)	
KVH	Var	13 (59,1)	5 (22,7)	4 (18,2)	0,044
	Yok	166(33,3)	179 (35,9)	154 (30,9)	
Diğer	Var	15 (37,5)	16 (40,0)	9 (22,5)	0,530
	Yok	164 (34,1)	168 (34,9)	149 (31,0)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İnfluenza aşısı yaptıran olguların, yaptırmayan olgulara göre COVID-19 aşısı yaptırma istekleri anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,003) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. İnfluenza (Grip) Aşısını Yaptırma Durumuna Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi

		COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
İnfluenza (Grip) aşısı yaptırma durumu	Evet	56 (47,5)	32 (27,1)	30 (25,4)	0,003
	Hayır	123 (30,5)	152 (37,7)	128 (31,8)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşayan olguların COVID-19 aşısı yaptırma isteği oranları,yaptırmayı düşünmeyen olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,008) (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumuna Göre COVID-19 Aşısı Yaptırma İsteğinin Değerlendirilmesi

		COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
COVID-19 dan dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?	Evet	101 (42,1)	71 (29,6)	68 (28,3)	0,008
	Hayır	61 (27,1)	94 (41,8)	70 (31,1)	
	Kararsız	17 (30,4)	19 (33,9)	20 (35,7)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cinsiyet ve medeni duruma göre işi gereği ailesine hastalığı bulaştırmaktan endişe duyma oranları arasında anlamlı fark çıkmamıştır (Sırasıyla; p=0,249, p=0,871).

Eğitim durumu ve çalışma durumuna göre ise anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004, p<0,001).

Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların işi gereği hastalığı ailesine bulaştırmaktan endişe duyma oranları,lise ve altı eğitim durumu olan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının da, çalışmayan olgulara göre işi gereği hastalığı ailesine bulaştırma endişesi anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo4.31).

Tablo 4.31. Sosyodemografik Özelliklere Göre İşi Gereği COVID-19'u Ailesine Bulaştırmaktan Endişe Duymanın Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		İşi gereği ailesine hastalığı bulaştırmaktan endişe duymak			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Cinsiyet	Kadın	261 (82,6)	40 (12,7)	15 (4,7)	0,249
	Erkek	175 (85,4)	26 (12,7)	4 (2)	
Medeni durum	Evli olmayan	163 (84,0)	25 (12,9)	6 (3,1)	0,871
	Evli	273 (83,5)	41 (12,5)	13 (4,0)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	222 (79,3)	42 (15,0)	16 (5,7)	0,004
	Üniversite ve üzeri	214 (88,8)	24 (10,0)	3 (1,2)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	79 (89,8)	8 (9,1)	1 (1,1)	<0,001
	Özel sektör	135 (88,2)	13 (8,5)	5 (3,3)	
	Sağlık Çalışanı	64 (95,5)	3 (4,5)	0 (0)	
	Çalışmayan	158 (74,2)	42 (19,7)	13 (6,1)	

*Pearson Chi-Square Test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,160$, $p=0,152$, $p=0,929$).

Yaş gruplarına göre olguların COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,028$). Yaş sınırı 56 yaş ve üzeri olan hastaların 25 yaş ve altı olan hastalara göre ölüm kaygısı yaşama oranları anlamlı olarak daha yüksektir. Yaş artıkça gruplar arası COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama yüzdeleri de artmaktadır.

Cinsiyet gruplarına göre olguların COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$).

Kadın cinsiyetindeki olguların, erkek cinsiyete göre COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama oranları anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.32. Sosyodemografik Özelliklere Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz ?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Yaş	≤25 yaş	39 (39,8)	49 (50,0)	10 (10,2)	0,028
	26-35 yaş	63 (41,7)	66 (43,7)	22 (14,6)	
	36-45 yaş	57 (42,2)	65 (48,1)	13 (9,6)	
	46-55 yaş	48 (55,8)	32 (37,2)	6 (7,0)	
	56 yaş ve üzeri	33 (64,7)	13 (25,5)	5 (9,8)	
Cinsiyet	Kadın	158 (50)	119 (37,7)	39 (12,3)	0,006
	Erkek	82 (40)	106 (31,7)	17 (8,3)	
Medeni durum	Evli olmayan	79 (40,7)	91 (46,9)	24 (12,4)	0,160
	Evli	161 (49,2)	134 (41,0)	32 (9,8)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	140 (50,0)	112 (40,0)	28 (10,0)	0,152
	Üniversite ve üzeri	100 (41,5)	113 (46,9)	28 (11,6)	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı	41 (46,6)	38 (43,2)	9 (10,2)	0,929
	Özel sektör	69 (45,1)	68 (44,4)	16 (10,5)	
	Sağlık Çalışanı	28 (41,8)	33 (49,3)	6 (9,0)	
	Çalışmayan	102 (47,9)	86 (40,4)	25 (11,7)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sigara kullanımına göre olguların COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,018). Sigara kullanmayan olguların COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama oranı, sigara kullanan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Tablo 4.33. Sigara Kullanımına Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi

		COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz ?			p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Sigara Kullanımı	Evet	54 (40,6)	72 (54,1)	7 (5,3)	0,018
	Hayır	166 (48,1)	134 (38,8)	45 (13,0)	
	Bıraktım	20 (46,5)	19 (44,2)	4 (9,3)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hipertansiyon, diyabet, KAH ve KVH olan olguların COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama oranı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir(Sırasıyla; p=0,885, p=0,414, p=0,074, 0,218).

Kronik hastalığı olan olguların COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama oranı, kronik hastalığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Diğer kronik hastalığı olan olguların COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama oranı, diğer kronik hastalığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeydeyüksesaptanmıştır (p=0,02).

Tablo 4.34. Kronik Hastalık Varlığına Göre COVID-19'dan Dolayı Ölüm Kaygısı Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi

		COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz ?			p*
Kronik Hastalıklar		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	
Kronik Hastalık	Var	74 (57,8)	37 (28,9)	17 (13,3)	0,001
	Yok	166 (42,2)	188 (47,8)	39 (9,9)	
Hipertansiyon	Var	19 (47,5)	16 (40,0)	5 (12,5)	0,885
	Yok	221 (45,9)	209 (43,5)	51 (10,6)	
Diyabet	Var	18 (48,6)	13 (35,1)	6 (16,2)	0,414
	Yok	222 (45,9)	212 (43,8)	50 (10,3)	
KAH	Var	15 (62,5)	5 (20,8)	4 (16,7)	0,074
	Yok	225 (45,3)	220 (44,3)	52 (10,5)	
KVH	Var	14 (63,6)	7 (31,8)	1 (4,5)	0,218
	Yok	226 (45,3)	218 (43,7)	55 (11,0)	
Diğer	Var	25 (62,5)	7 (17,5)	8 (20,0)	0,02
	Yok	215 (44,7)	218 (45,3)	48 (10,0)	

*Pearson Chi-Square Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip aşısının koruyuculuğunu duyanlar duymayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek grip aşısı yaptırma oranlarına sahiptir (p=0,001). Ancak grip aşısının koruyuculuğunu duyan %73 olgu grip aşısı yaptırmamıştır.

Grip aşısının gribi önlemekte işe yaraması konusunda kararsız olan olguların, önlemekte işe yaradığını inanan hasta grubuna göre aşı olma oranları anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,001$).

Tablo 4.35. Grip Sorularına Göre Daha Önce İnfluenza (Grip) Aşısını Yaptırma Durumunun Değerlendirilmesi

İnfluenza Soruları		Daha önce grip aşısı yaptırma		p*
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	
1-Grip aşısının koruyuculuğunu duyma	Evet	94 (27,0)	254 (73,0)	0,001
	Hayır	24 (13,9)	149 (86,0)	
2-Aşı gribi önlemekte işe yarıyor mu?	Evet	69 (38,5)	110 (61,5)	<0,001
	Hayır	9 (36,0)	16 (64,0)	
	Bilmiyorum	16 (11,1)	128 (88,9)	

*Pearson Chi-Square Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yaş artıkça kronik hastalık varlığı anlamlı olarak artmaktadır.En yüksek kronik hastalık varlığı 56 yaş ve üzeri grupta görülmektedir ($p<0,001$).

Tablo 4.36. Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaş Dağılımının Değerlendirilmesi

		YAŞ					p*
		≤25 yaş (n/%)	26-35 yaş (n/%)	36-45 yaş (n/%)	46-55 yaş (n/%)	56 yaş ve üzeri (n/%)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	5 (3,9)	22 (17,2)	28 (21,9)	36 (28,1)	37 (28,9)	<0,001
	Hayır	93 (23,7)	129 (32,8)	107 (27,2)	50 (12,7)	14 (3,6)	

*Pearson Chi-Square Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.1. COVID-19 HASTALIĞI BİLGİ SORULARI VE BİLGİ SKORU

COVID-19 hakkında bilgi düzeylerini hesaplamak için Tablo 4.37’de yer alan 8 soru kullanıldı. Burada doğru cevaplar kalın olarak işaretlendi.

COVID-19'un yakın temas ile bulaşan bir hastalık olduğunu %90,2’si (n=470) bilirken, %5,4’ü (n=28) bilgisinin olmadığını, %4,4’ü (n=23) ise yanlış bildiğini ifade etmiştir.

COVID-19'a her gün sağlıklı yiyeceklerin yenmesinin neden olduğu yanlış bilgisini %70,6 kişi (n=368) doğru bilirken, %13,1 kişi (n=68) doğru cevaplandıramamıştır. %16,3 kişi ise (n=85) kararsız kalmıştır.

COVID-19'un tedavisi mevcut olduğuna dair sorumuzu ise %13,4 kişi(n=70) doğru cevap verirken,%65,5 kişi(n=341) tedavisinin mevcut olduğunu belirterek yanlış cevaplamışlardır. %21,1'lik(n=110) bir hasta dilimiye bu konuda kararsız kalmıştır. Herkes COVID-19 enfeksiyonu için savunmasızdır sorusunu %48,8 kişi (n=254) katılarak doğru cevaplarken, %34,2 kişi(n=178) katılmayarak yanlış cevap vermiştir.%17,1'lik(n=89) bir kesim ise kararsız kalmıştır.

Bu sorulara verilen doğru cevapların toplamından 100 puan alınacak şekilde skorlama yapılmıştır. Sorulardan alınan puanlar 0 ile 100 puan arasında olup, ortalama $69,24 \pm 14,5$ puan olarak saptanmıştır. Soruların güvenilirlikleri incelendiğinde cronbach’s alpha değeri; $\alpha=0,523$ olarak saptanmış olup maddelerin birbirleri ile zayıf seviyede ilişkili oldukları görüldü (Tablo4.37).

Tablo 4.37. COVID-19 Hastalığı Bilgi Soruları

SORULAR	CEVAPLAR	KİŞİ SAYISI (%)
1-COVID-19 yakın temas ile bulaşabilen bir hastalıktır.	Katılıyorum	470 (90,2)
	Katılmıyorum	23 (4,4)
	Kararsızım	28 (5,4)
2-COVID-19'a hergün sağlıksız yiyecekler yenmesi neden olur.	Katılıyorum	68 (13,1)
	Katılmıyorum	368 (70,6)
	Kararsızım	85 (16,3)
3-COVID-19 tedavi edilebilir bir hastalıktır.	Katılıyorum	341 (65,5)
	Katılmıyorum	70 (13,4)
	Kararsızım	110 (21,1)
4-Herkes COVID-19 enfeksiyonu için savunmasızdır.	Katılıyorum	254 (48,8)
	Katılmıyorum	178 (34,2)
	Kararsızım	89 (17,1)
5-COVID-19 enfeksiyonu için en savunmasız kişiler çocuklardır.	Katılıyorum	126 (24,2)
	Katılmıyorum	256 (56,8)
	Kararsızım	99 (19,0)
6-Antibiyotik COVID-19 enfeksiyonunun tedavisinde kullanılır	Katılıyorum	103 (19,8)
	Katılmıyorum	241 (46,3)
	Kararsızım	177 (34,0)
7-COVID-19 sadece yaşlı nüfusu hedeflemektedir.	Katılıyorum	82 (15,7)
	Katılmıyorum	379 (72,7)
	Kararsızım	60 (11,5)
8-COVID-19 ciddi bir hastalıktır.	Katılıyorum	367 (89,6)
	Katılmıyorum	20 (3,8)
	Kararsızım	34 (6,5)

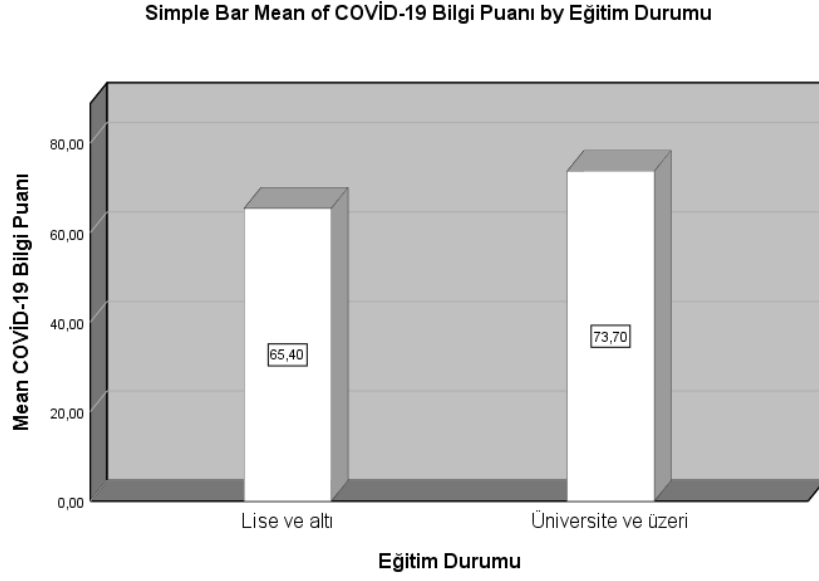
COVID-19 hakkında bilgi puanları arasında yaşa göre, cinsiyete göre ve medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken (Sırasıyla; $p=0,453$, $p=0,744$, $p=0,68$); çalışma durumuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Veriler		COVID-19 BİLGİ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
Yaş (yıl)	≤25 yaş (n=98)	0-100 (68,7)	68,1±13,3	0,453*
	26-35 yaş (n=151)	0-100 (75,0)	70,6±14,3	
	36-45 yaş (n=135)	0-100 (68,7)	69,4±14,6	
	46-55 yaş (n=86)	0-100 (68,7)	67,1±15,7	
	56 yaş ve üzeri (n=51)	0-100 (75,0)	70,0±13,5	
Cinsiyet	Kadın (n=316)	0-100 (68,7)	69,6±14,2	0,744**
	Erkek (n=205)	0-100 (68,7)	68,6±14,3	
Medeni Durum	Evli olmayan (n=194)	0-100 (75,0)	69,5±13,9	0,68**
	Evli (n=327)	0-100 (68,75)	69,0±12,6	
Eğitim Durumu	Lise ve altı (n=280)	0-100 (68,75)	65,4±14,8	<0,001**
	Üniversite ve üzeri (n=241)	0-100 (75,0)	73,7±12,4	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı (n=88)	0-100 (75,0)	71,3±13,0	<0,001*
	Özel sektör (n=153)	0-100 (68,75)	68,8±14,6	
	Sağlık çalışanı (n=67)	0-100 (75,0)	76,5±11,4	
	Çalışmayan (n=213)	0-100 (68,75)	66,3±14,8	

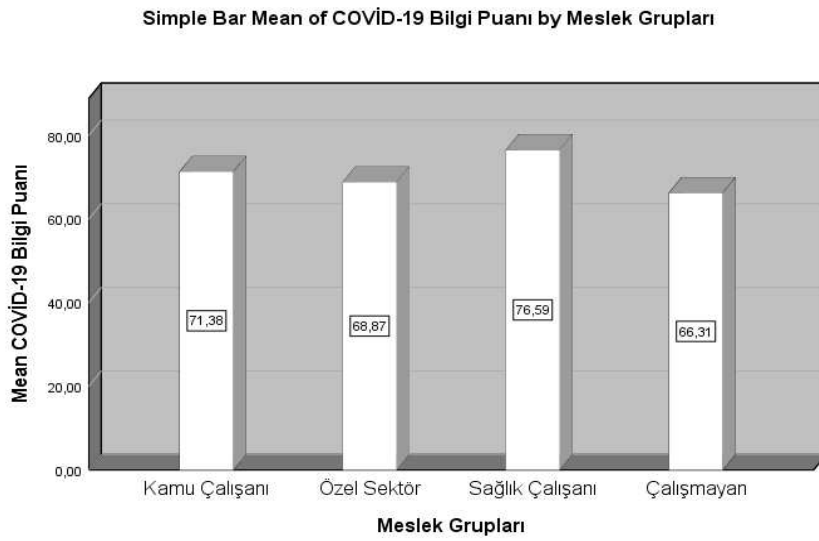
*Kruskal Wallis Test**Mann Whitney U Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Eğitim durumlarına göre olguların COVID-19 hakkında bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ankete katılan üniversite ve üzeri eğitim durumu olan hastaların COVID-19 bilgi skoru (Ort=73,7), lise ve altı eğitim durumu olan hastalara göre (Ort=65,4) anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001) (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi

Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık çalışanları (ort=76,5) bilgi skor puanı çalışmayan hastalara (ort:66,3) ve özel sektör hastalarına (ort=68,8) göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.001$, $p=0,01$; $p<0,05$). Kamu çalışanlarının (ort=71,38), çalışmayan hasta grubuna göre (ort=66,3) göre COVID-19 bilgi skoru anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,017$) (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi

Kronik Hastalıklar, hipertansiyon, KVH, KAH ve diğer kronik hastalık varlığına göre olguların COVID-19 aşısı hakkındaki sorulardan aldıkları bilgi puanları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Sırasıyla; $p=0,722$, $p=0,396$, $p=0,715$, $p=0,401$, $p=0,057$).

Diyabeti olan olguların COVID-19 hakkındaki sorulardan aldıkları bilgi puanları, diyabeti olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 4.39).

Tablo 4.39.Kronik Hastalıklara Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi

Kronik Hastalıklar		COVID-19 BİLGİ PUANI		p*
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
Kronik Hastalık	Var (n=178)	0-100 (71,8)	69,4±17,4	0,722
	Yok (n=393)	0-100 (68,7)	69,1±14,2	
Hipertansiyon	Var (n=40)	0-100 (68,7)	67,5±13,8	0,396
	Yok (n=481)	0-100 (68,7)	69,3±13,1	
Diyabet	Var (n=37)	0-100 (62,5)	62,6±15,2	0,01
	Yok (n=484)	0-100 (75,0)	69,7±13,2	
KAH	Var (n=24)	0-100 (68,7)	71,6±10,7	0,715
	Yok (n=497)	0-100 (68,7)	69,1±13,3	
KVH	Var (n=269)	0-100 (68,7)	65,3±17,8	0,401
	Yok (n=13)	0-100 (68,7)	69,4±13,4	
Diğer	Var (n=250)	0-100 (75,0)	73,2±13,2	0,057
	Yok (n=32)	0-100 (68,7)	68,9±13,1	

*Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip aşısının koruyuculuğunu duyma durumuna göre olguların COVID-19 hakkında bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

Test sonucuna göre, koruyuculuğu duyan hastaların COVID-19 bilgi puanları (ort=71,1) duymayan hastalara göre (ort=65,3) anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir.

Grip aşısını yaptırmış olan hastaların (ort=73,6), yaptırmayan hastalara göre (ort=67,9) COVID-19 bilgi puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.39).

Tablo 4.39.Grip Sorularına Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi

		COVID-19 BİLGİ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
İnfluenza Soruları				
Grip aşısının koruyuculuğunu duymak	Evet (n=347)	0-100 (75,0)	71,1±13,0	<0,001**
	Hayır (n=174)	0-100 (68,5)	65,3±14,9	
Daha önce grip aşısı yaptırmış olmak	Evet (n=118)	0-100 (75,0)	73,6±13,0	<0,001**
	Hayır (n=403)	0-100 (68,7)	67,9±14,0	
Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı	Evet(n=153)	0-100(75,0)	72,9±12,8	<0,001**
	Hayır(368)	0-100 (68,75)	67,6±14,8	
Grip ile Soğuk algınlığı farkındalığı	Evet (n=92)	0-100 (62,5)	64,9±14,3	<0,001*
	Hayır (n=322)	0-100 (75,0)	71,3±12,5	
	Bilmiyorum (n=107)	0-100 (68,7)	66,4 ±15,5	

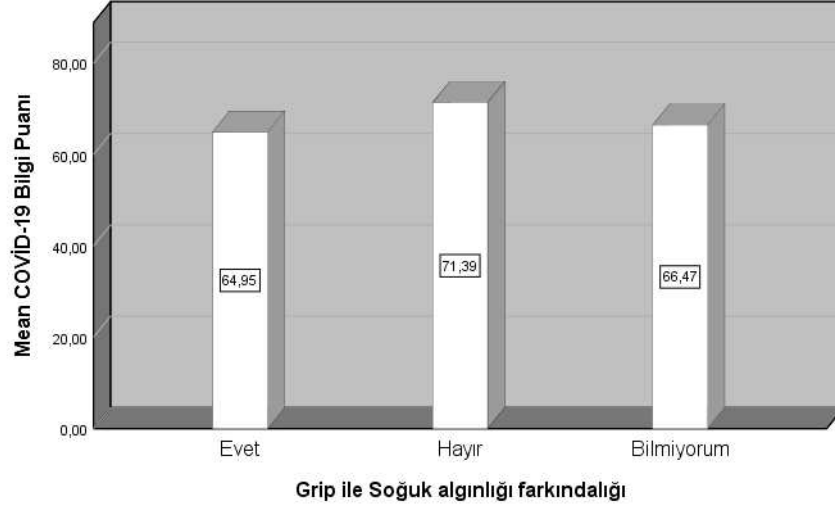
*Kruskal Wallis Test**Mann Whitney U Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip ile soğuk algınlığı farkındalığına göre COVID-19 bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001).

Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Grip ile soğuk algınlığının farkındalığı olan hastaların (ort=71,3), yanlış farkındalığı olan hastalara göre (ort=64,9) COVID-19 bilgi puanları anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,001).

Aynı şekilde grip ve soğuk algınlığı farkındalığı olan hastaların (ort=71,3), bilgisi olmayan hastalara (ort=66,4) göre de bilgi puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Şekil 4.3).

Simple Bar Mean of COVID-19 Bilgi Puanı by Grip ile Soğuk algınlığı farkındalığı



Şekil 4.3. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Bilgi Puanlarının İncelenmesi

4.2.COVID-19 HASTALIĞI TUTUM SORULARI VE TUTUM SKORU

COVID-19 hakkında bilgi düzeylerini hesaplamak için Tablo 4.39’da yer alan 7 soru kullanıldı. Burada doğru cevaplar kalın olarak işaretlendi.

İyi bir kişisel hijyene sahip olmak COVID-19 enfeksiyonunu önleyebildiğine dair soruya %80,4 (n=419) katılıyorum diyerek doğru cevap verirken %10,9 kişi (n=57) katılmayarak yanlış cevap vermiştir.%8,6 kişi (n=45) kararsız kalmıştır.

Sadece COVID-19 ile ilgili bulgu ve belirtileri olanlar kendilerini karantinaya alması ile ilgili soruya %28,2 (n=147) katılmıyorum diyerek doğru cevabı verirken,katılımcıların %65,3’ü (n=340) katılıyorum diyerek yanlış cevap vermiştir.

COVID-19’u önlemek ve kontrol etmek için sağlık merkezindeki bir doktordan yardım almalıyız bildirgesine %77 (n=401) kişi katılıyorum diyerek doğru cevap vermiştir.%14,4(n=75) kişi katılmadığını, %8,6 (n=45) kişi kararsız kaldığını belirtmiştir.

Arkadaşlarımızla ve iş arkadaşlarımızla yakın mesafe buluşmak, konuşmak sorun oluşturmaz bildirisine %84,4 (n=441) kişi katılmıyorum diyerek doğru cevaplarırken, %9,4(n=49) kişi katıldığını, %6 (n=31) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir. Evde kalmak COVID-19'u kontrol etmenin ve önlemenin en iyi yoludur bildirisine %87,9 (n=458) kişi katılıyorum diyerek doğru cevap verirken, %6,3(n=33) kişi katılmadığını, %5,8 (n=30) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir. COVID-19'u kontrol etmek ve önlemek sadece doktorların değil herkesin sorumluluğundadır bildirisine %94,2 (n=491) kişi katılarak doğru cevap verirken, %2,9(n=15) kişi katılmayarak yanlış cevap vermiştir.

Bu sorulara verilen doğru cevapların toplamından 100 puan alınacak şekilde skorlama yapılmıştır. Sorulardan alınan puanlar 0 ile 100 puan arasında olup, ortalama $80,8 \pm 14,2$ puan olarak saptanmıştır. Soruların güvenilirlikleri incelendiğinde cronbach's alpha değeri; $\alpha=0,600$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.39.COVID-19 Hastalığı Tutum Soruları

SORULAR	CEVAPLAR	KİŞİ SAYISI (%)
1-İyi bir kişisel hijyene sahip olmak COVID-19 enfeksiyonunu önleyebilir.	Katılıyorum	419 (80,4)
	Katılmıyorum	57 (10,9)
	Kararsızım	45 (8,6)
2-Sadece COVID-19 ile ilgili bulgu ve belirtileri olanlar kendilerini karantinaya almalıdır.	Katılıyorum	340 (65,3)
	Katılmıyorum	147 (28,2)
	Kararsızım	34 (6,5)
3-COVID-19 u önlemek ve kontrol etmek için sağlık merkezindeki bir doktordan yardım almalıyız.	Katılıyorum	401 (77,0)
	Katılmıyorum	75 (14,4)
	Kararsızım	45 (8,6)
4-Arkadaşlarımızla ve iş arkadaşlarımızla yakın mesafe buluşmak konuşmak sorun oluşturmaz.	Katılıyorum	49 (9,4)
	Katılmıyorum	441 (84,4)
	Kararsızım	31 (6,0)
5-Evde kalmak COVID-19 u kontrol etmenin ve önlemenin en iyi yoludur.	Katılıyorum	458 (87,9)
	Katılmıyorum	33 (6,3)
	Kararsızım	30 (5,8)
6-COVID-19 u kontrol etmek ve önlemek sadece doktorların değil herkesin sorumluluğundadır.	Katılıyorum	491 (94,2)
	Katılmıyorum	16 (3,1)
	Kararsızım	14 (2,7)
7-COVID-19 bilgilerinin devamlı güncellenmesi gerekmektedir.	Katılıyorum	478 (91,7)
	Katılmıyorum	15 (2,9)
	Kararsızım	28 (5,4)

Cinsiyet ve medeni duruma göre COVID-19 tutum ölçeğinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,727$, $p=0,162$).

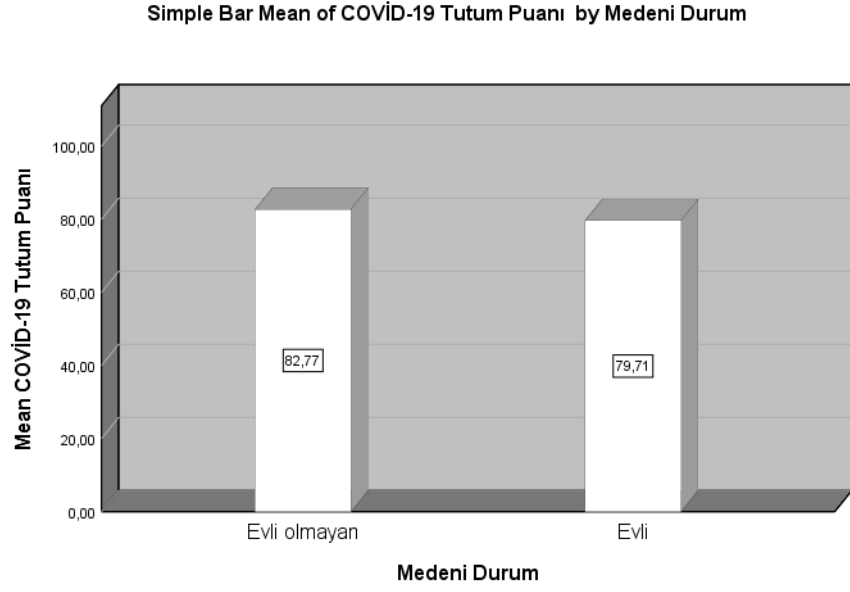
Yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre olguların COVID-19 hakkında tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,01$, $p<0,001$, $p=0,12$) (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

Demografik Özelliler		COVID-19 TUTUM PUANI		p
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
Yaş (yıl)	≤25 yaş (n=98)	0-100 (85,7)	81,7±18,0	<0,001*
	26-35 yaş (n=151)	0-100 (85,7)	84,4±11,0	
	36-45 yaş (n=135)	0-100 (85,7)	77,8±14,5	
	46-55 yaş (n=86)	0-100(85,7)	77,3±14,5	
	56 yaş ve üzeri (n=51)	0-100 (85,7)	82,2±9,9	
Cinsiyet	Kadın (n=316)	0-100 (85,7)	81,1±14,4	0,269**
	Erkek (n=205)	0-100 (85,7)	80,8±13,9	
Medeni Durum	Evli olmayan(n=194)	0-100 (85,7)	82,7±15,4	0,01**
	Evli (n=327)	0-100 (85,7)	79,7±13,4	
Eğitim Durumu	Lise ve altı (n=280)	0-100 (85,7)	77,7±15,3	<0,001**
	Üniversite ve üzeri (n=241)	0-100 (85,7)	84,4±11,9	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı (n=88)	0-100 (85,7)	81,9±13,1	0,012*
	Özel sektör (n=153)	0-100 (85,7)	78,7±13,4	
	Sağlık çalışanı (n=67)	0-100 (85,7)	84,8±12,3	
	Çalışmayan (n=213)	0-100 (85,7)	80,6±15,4	

*Kruskal Wallis Test **Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

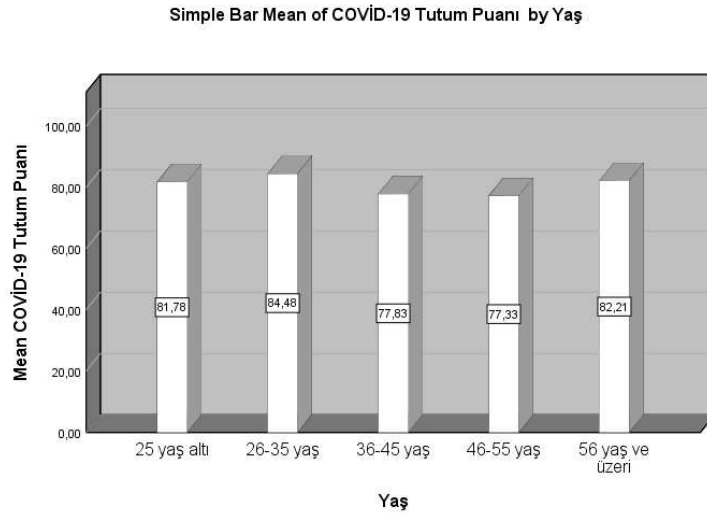
Evli olmayanların COVID-19 tutum soruları puanı, evli olan olgulara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,01$) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Medeni Duruma Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

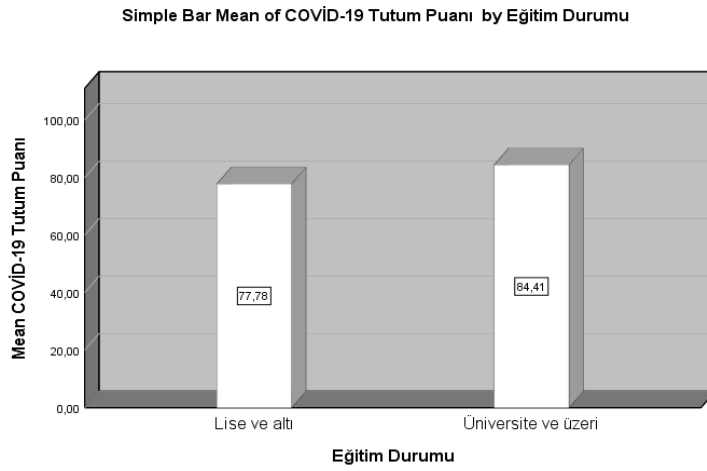
25 yaş altı olguların COVID-19 tutum puanı 36-45 yaş ve 46-55 yaş arası olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptanmıştır.(Sırasıyla; $p=0,018, p=0,011$) (Tablo 4.5)

26-35 yaş arası olguların COVID-19 tutum puanı 36-45 yaş ve 46-55 yaş arası olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,004, p=0,001$). Yaş sınırı küçüldükçe tutum puanlarında bir artış görülmüştür.



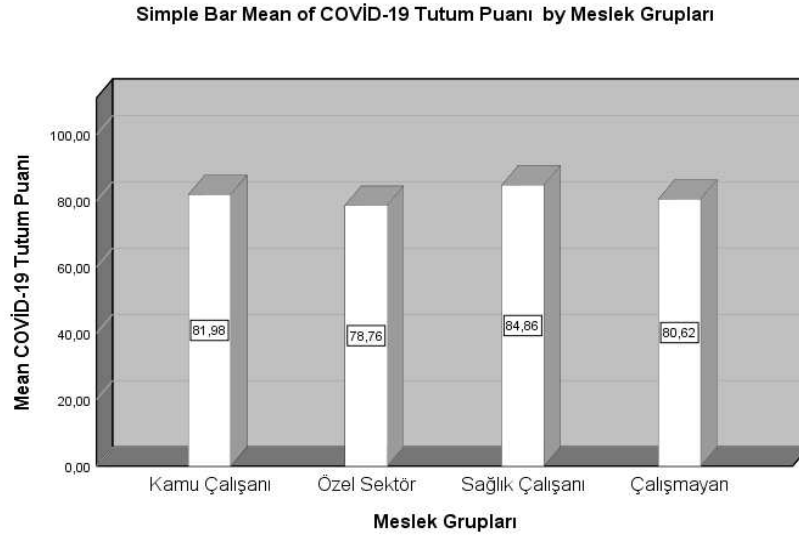
Şekil 4.5. Yaş Gruplarına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

Üniversite ve üzeri olguların COVID-19 tutum puanları lise ve altı olgulara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.6).



Şekil 4.6. Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

Sağlık çalışanı olgularının, COVID-19 tutum ölçeği özel sektör olgularına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,008$) (Tablo 4.7).



Şekil 4.7. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

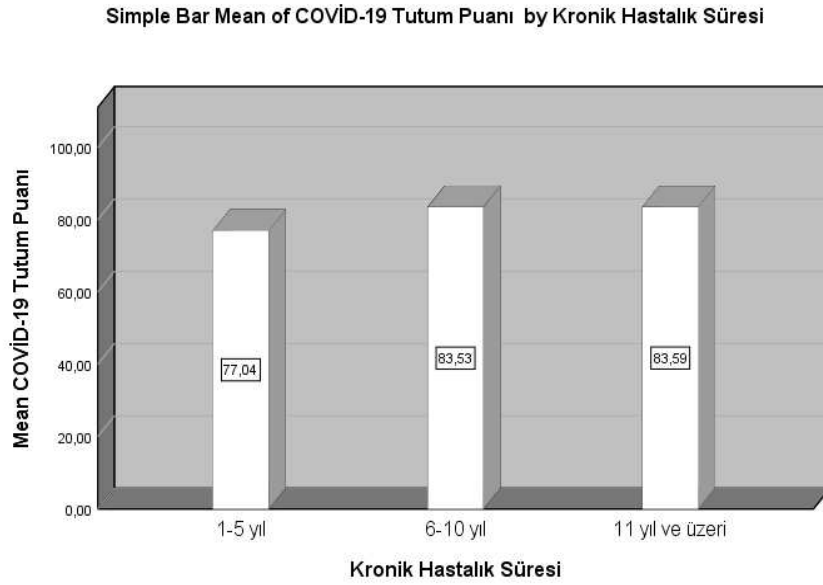
Kronik hastalık varlığı, hipertansiyon, diyabet,KAH ,KVH ve diğer kronik hastalıklara göre COVID-19 tutum puanları arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır (Sırasıyla; $p=0,974$, $p=0,847$, $p=0,439$, $p=0,669$, $p=0,53$, $p=0,309$). Ama kronik hastalığın süresine, COVID-19 tutum puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,015$) (Tablo 4.41.)

Tablo 4.41. Kronik Hastalıklara Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

		COVID-19 TUTUM PUANI		
Kronik Hastalıklar		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
Kronik Hastalık	Var (n=178)	0-100 (85,7)	81,4±11,6	0,974**
	Yok (n=393)	0-100 (85,7)	80,6±15,0	
Hipertansiyon	Var (n=40)	0-100 (85,7)	82,1±10,2	0,847**
	Yok (n=481)	0-100 (85,7)	80,7±14,5	
Diyabet	Var (n=37)	0-100 (85,7)	78,7±14,1	0,439**
	Yok (n=484)	0-100 (85,7)	81,0±14,2	
KAH	Var (n=24)	0-100 (85,7)	80,3±11,1	0,669**
	Yok (n=497)	0-100 (85,7)	80,8±14,3	
KVH	Var (n=269)	0-100 (82,1)	80,8±11,5	0,53**
	Yok (n=13)	0-100 (85,7)	80,8±14,3	
Diğer	Var (n=250)	0-100 (85,7)	83,9±9,3	0,309**
	Yok (n=32)	0-100 (85,7)	80,5±14,5	
Kronik Hastalık Süresi	1-5 Yıl	0-100 (82,1)	77,0±13,0	0,015*
	6-10 Yıl	0-100(85,7)	83,5±11,1	
	11 Yıl ve üzeri	0-100(85,7)	83,5±9,3	

*Kruskal Wallis Test **Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

1-5 yıl kronik hastalık süresi olan olguların, 6-10 yıl arası kronik hastalık süresi olan olgulara göre COVID-19 tutum puanları anlamlı olarak daha düşük seyretmiştir ($p=0,027$) (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Kronik Hastalık Süresine Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

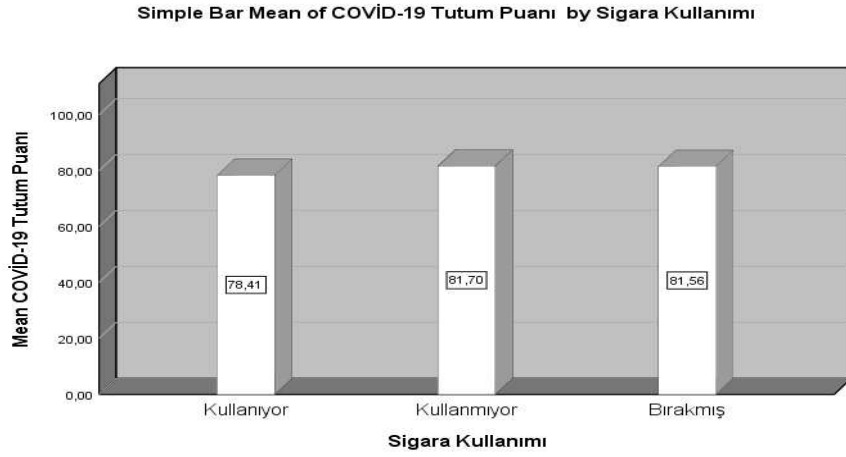
COVID-19 tutum puanı, sigara kullanımına göre olgularda anlamlı olarak farklı gelmiştir ($p=0,026$) (Tablo 4.42).

Tablo 4.42. Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

		COVID-19 TUTUM PUANI		p
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
Sigara kullanımı	Evet	0-100 (85,7)	78,4±14,6	0,026*
	Hayır	0-100 (85,7)	81,6±13,9	
	Bırakmış	0-100 (85,7)	81,5±14,8	

*Kruskal Wallis Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sigara kullanan hastalarda COVID-19 tutum puanları, hiç kullanmamış olan hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,032$) (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Sigara Kullanım Durumuna Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

Grip aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyma oranı ve grip hastalığı ile soğuk algınlığı farkındalığı, COVID-19 tutum puanına göre olgularda anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,017$, $p=0,014$).

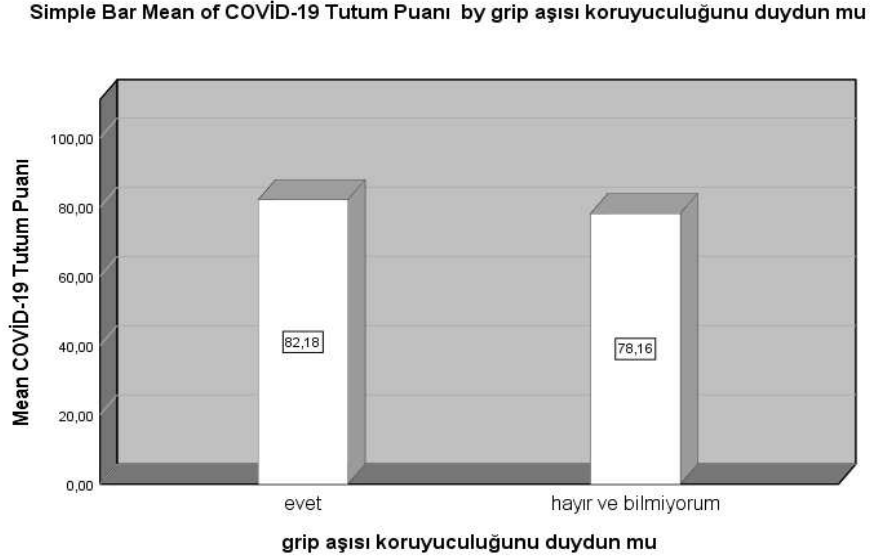
Daha önce grip aşısı yaptırma oranları ve aile bireylerinde grip aşısı yaptırma oranlarında, COVID-19 tutum puanına göre anlamlı olarak farklılık yoktur (Sırasıyla; $p=0,768$, $p=0,602$) (Tablo 4.43).

Tablo 4.43. İnfluenza (Grip) Sorularına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

İnfluenza Soruları		COVID-19 TUTUM PUANI		P
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
1-Grip aşısının koruyuculuğunu duymak	Evet	0-100(85,7)	82,1±12,9	0,017**
	Hayır ve Bilmiyorum	0-100(85,7)	78,1±16,3	
2-Daha önce grip aşısı yaptırmış olmak	Evet	0-100(85,7)	81,4±13,3	0,768**
	Hayır	0-100(85,7)	80,6±14,6	
3-Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı	Evet	0-100(85,7)	81,6±13,3	0,602**
	Hayır	0-100(85,7)	80,4±14,6	
4-Grip hastalığı ile soğuk algınlığı farkındalığı	Evet	0-100(85,7)	77,7±15,7	0,014*
	Hayır	0-100(85,7)	82,1±14,1	
	Bilmiyorum	0-100(85,7)	79,5±12,7	

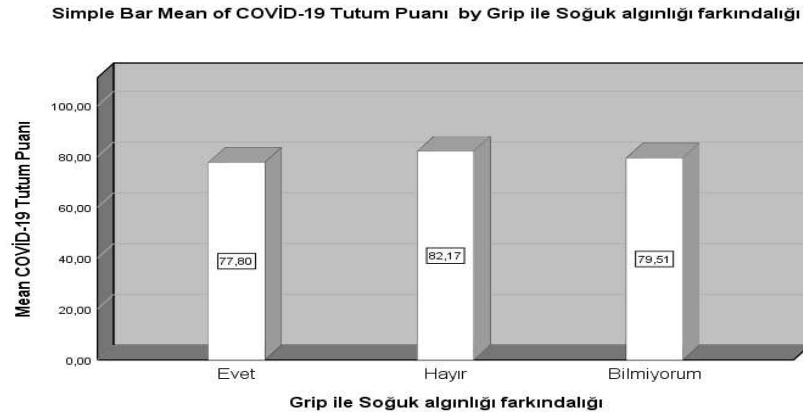
*Kruskal Wallis Test **Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyan olguların, COVID-19 tutum puanlarının İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duymayan ve bilmeyen olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Grip Aşısı Farkındalığına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

Grip hastalığı ve soğuk algınlığı farkındalığı olan olguların, farkındalığı olmayan olgulara göre COVID-19 tutum puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,037$) (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının İncelenmesi

COVID-19 aşısının yaptırmayı düşünme, işi gereği ailesine hastalığı bulaştırma endişesi, koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşama durumlarına göre olgular arasında COVID-19 tutum puanı olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,288$, $p=0,197$, $p=0,355$) (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. COVID-19 Sorularına Göre COVID-19 Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

COVID-19 Soruları		COVID-19 TUTUM PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p*
1-COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?	Evet	0-100 (85,7)	81,6±14,8	0,288
	Hayır	0-100 (85,7)	80,2±13,9	
	Kararsızım	0-100 (85,7)	80,6±14,0	
2-İşiniz gereği toplu ortamlara girmenizden dolayı, ailenize hastalığı bulaştırmaktan endişe duyuyor musunuz?	Evet	0-100 (85,7)	81,5±13,5	0,197
	Hayır	0-100 (85,7)	77,5±15,9	
	Kararsızım	0-100 (85,7)	77,0±20,9	
3-Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?	Evet	0-100 (85,7)	81,0±13,4	0,355
	Hayır	0-100 (85,7)	81,2±14,6	
	Kararsızım	0-100 (82,1)	78,4±16,0	

*Kruskal Wallis Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.3.COVID-19 DAVRANIŞ SORULARI VE DAVRANIŞ SKORU

COVID-19 hakkında bilgi düzeylerini hesaplamak için Tablo 4.45’de yer alan 5 soru kullanıldı. Burada doğru cevaplar kalın olarak işaretlendi.

COVID-19 davranış puanı soruları incelendiğinde sinemaya gitmek için çok iyi hissediyorum sorusuna %71,6 (n=373)kişi katılmıyorum diyerek doğru cevap verirken,%14,6 (n=76) kişi katıldığını,%13,8 (n=72) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

Önümüzdeki birkaç gün içerisinde her zaman ki gibi büyükannemi ve büyükbabamı ziyaret edeceğim bildirisine %81,6 (n=425) kişi katılmadığını belirterek doğru cevap verirken, %7,1 (n=37) kişi katıldığını, %11,3 (n=59) kişi kararsızlığını belirtmiştir.

Ebeveynleri ziyaret etmek yerine, telefon ve video görüşme ile sohbet edilmesi tercih edilmelidir bildirgesine katılıyorum diyerek %85,8 (n=459) kişi

doğru cevap vermiştir. %6,9 (n =36) kişi katılmadığını, %5,0 (n=26) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

Bayramda dost ve yakınlarımla toplu etkinliklere, ziyaretlere katılmayacağım bildirisine %85,8 (n=447) katılıyorum diyerek doğru cevap verirken, %9,6 (n=50) kişi katılmadığını, %4,6 (n=24) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz sorusuna %34,4(n=179) kişi katıldığını, %35,3 (n=184) kişi katılmadığını,%30,3(n=158) kişi kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.45).

Tablo 4.45.COVID-19 Davranış Soruları

SORULAR	CEVAPLAR	KİŞİ SAYISI(%)
1-Sinemaya gitmek için çok iyi hissediyorum	Katılıyorum	76 (14,6)
	Katılmıyorum	373 (71,6)
	Kararsızım	72 (13,8)
2-Önümüzdeki birkaç gün içinde her zamanki gibi büyükannemi ve büyükbabamı ziyaret edeceğim.	Katılıyorum	37 (7,1)
	Katılmıyorum	425 (81,6)
	Kararsızım	59 (11,3)
3-Ebeveynleri ziyaret etmek yerine ,telefon ve video görüşme ile sohbet edilmesi tercih edilmelidir.	Katılıyorum	459 (88,1)
	Katılmıyorum	36 (6,9)
	Kararsızım	26 (5,0)
4-Bayramda dost ve yakınlarımla toplu etkinliklere ,ziyaretlere katılmayacağım	Katılıyorum	447 (85,8)
	Katılmıyorum	50 (9,6)
	Kararsızım	24 (4,6)
5-COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?	Katılıyorum	458 (87,9)
	Katılmıyorum	33 (6,3)
	Kararsızım	30 (5,8)

Cinsiyet ve medeni duruma göre COVID-19 çalışma puanları arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır (Sırasıyla; p=0,727, p=0,162).

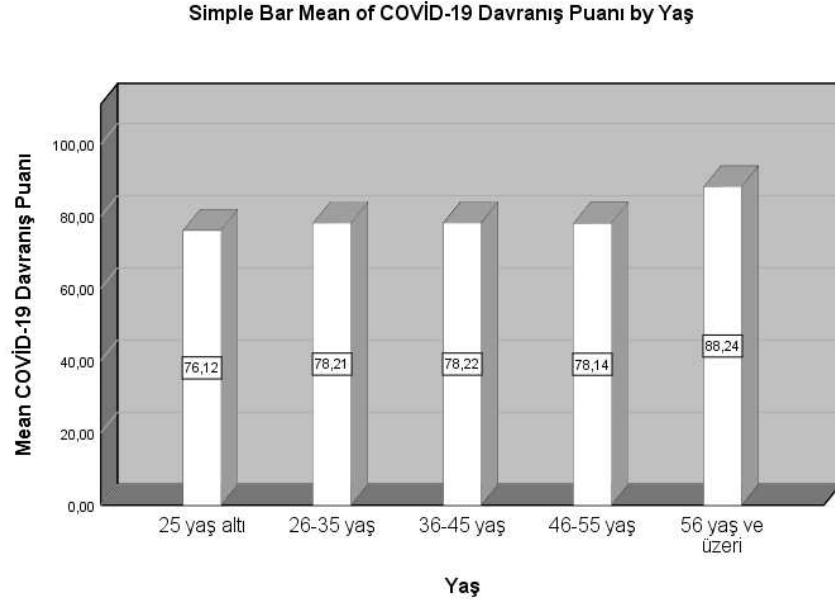
Yaş, eğitim durumu, çalışma durumuna göre COVID-19 davranış puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,02, p<0,001, p=0,023) (Tablo=4.46).

Tablo 4.46. Sosyodemografik Verilere Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler		COVID-19 DAVRANIŞ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
Yaş (yıl)	≤25 yaş (n=98)	0-100 (80,0)	76,1±18,8	0,02*
	26-35 yaş (n=151)	0-100 (80,0)	78,2±19,2	
	36-45 yaş (n=135)	0-100 (80,0)	78,2±19,1	
	46-55 yaş (n=86)	0-100 (80,0)	78,1±19,6	
	56 yaş ve üzeri (n=51)	0-100 (90,0)	88,2±13,5	
Cinsiyet	Kadın (n=316)	0-100 (80,0)	78,8±19,0	0,727**
	Erkek (n=205)	0-100 (80,0)	78,6±18,7	
Medeni Durum	Evli olmayan (n=194)	0-100 (80,0)	77,7±18,2	0,162**
	Evli (n=327)	0-100 (80,0)	79,3±19,3	
Eğitim Durumu	Lise ve altı (n=280)	0-100 (80,0)	75,5±20,2	<0,001**
	Üniversite ve üzeri (n=241)	0-100 (80,0)	82,6±16,4	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı (n=88)	0-100 (80,0)	80,4±17,8	0,023*
	Özel sektör (n=153)	0-100 (80,0)	75,8±20,0	
	Sağlık çalışanı (n=67)	0-100 (90,0)	84,1±16,5	
	Çalışmayan (n=213)	0-100 (80,0)	78,5±18,8	

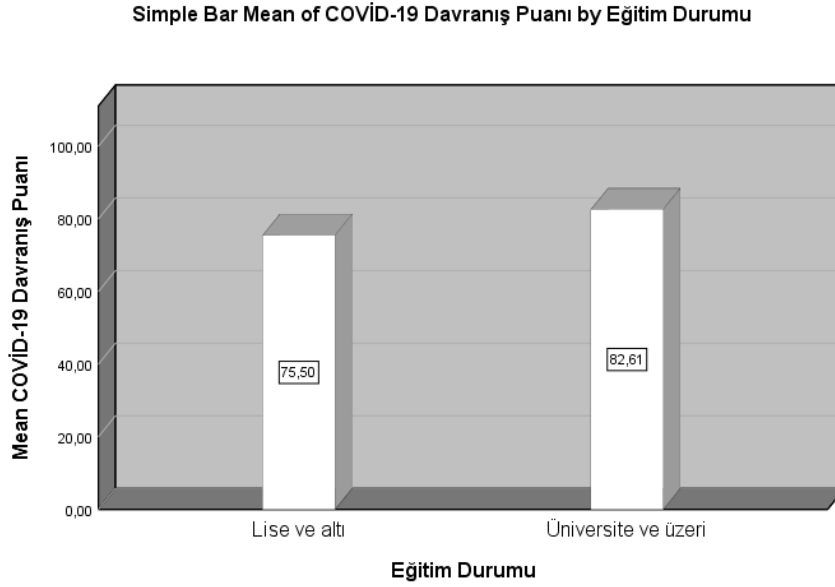
*Kruskal Wallis Test**Mann Whitney U Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

56 ve yaş üzeri olan hastaların davranış toplam puanları 25 yaş ve altı, 26-35 yaş arası, 36-45 yaş arası, 46-55 yaş arası olgularla ayrı ayrı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Sırasıyla; p=0,001,p=0,007,p=0,006,p=0,016;). 56 yaş ve üzeri olguların, COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Şekil 4.12).



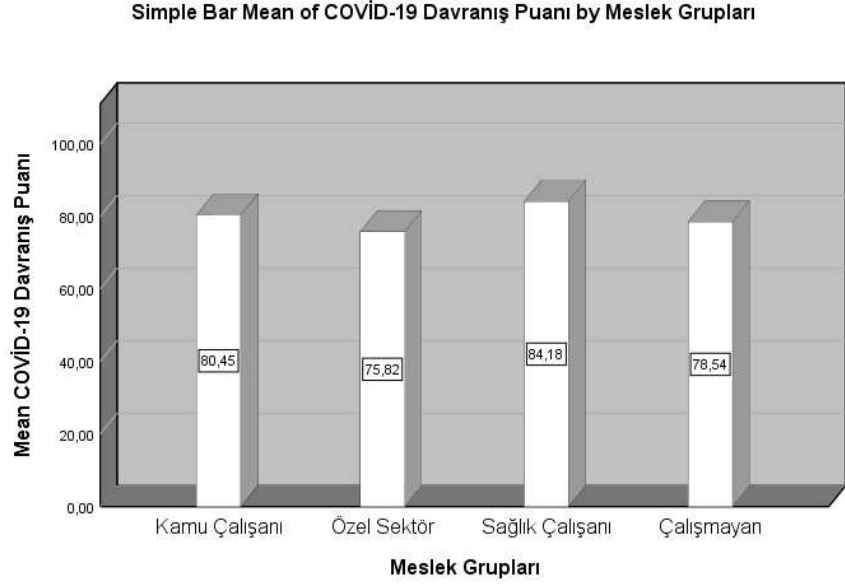
Şekil 4.12. Yaş'a Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan olguların COVID-19 davranış puanı, lise ve altı olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.13).



Şekil 4.13.Eğitim Durumuna Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

Sağlık çalışanı olan olguların COVID-19 davranış puanı, özel sektör hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,017$) (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Meslek Gruplarına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

Diyabet, KAH, KVVH ve diğer kronik hastalıklara göre COVID-19 davranış puanları arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır (Sırasıyla; $p=0,255$, $p=0,38$, $p=0,305$, $p=0,562$).

Kronik hastalık ve hipertansiyonun olgular arasında COVID-19 davranış puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,06$, $p=0,013$; $p<0,05$).

Kronik hastalığı bulunan olguların COVID-19 davranış puanları, kronik hastalığı bulunmayan olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hipertansiyonu bulunan olguların, hipertansiyonu bulunmayan olgulara göre COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Kronik Hastalığa Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi

		COVID-19 DAVRANIŞ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p*
Kronik Hastalıklar	Var (n=178)	0-100 (80)	82,7±16,9	0,060
	Yok (n=393)	0-100 (80)	77,5±19,3	
Hipertansiyon	Var (n=40)	0-100 (90)	84,2±19,4	0,013
	Yok (n=481)	0-100 (80)	78,3±18,8	
Diyabet	Var (n=37)	0-100 (80)	81,8±18,3	0,255
	Yok (n=484)	0-100 (80)	78,5±18,9	
KAH	Var (n=24)	0-100 (90)	80,4±22,1	0,38
	Yok (n=497)	0-100 (80)	78,7±18,7	
KVH	Var (n=269)	0-100 (80)	82,7±17,7	0,305
	Yok (n=13)	0-100 (80)	78,6±18,9	
Diğer	Var (n=250)	0-100 (80)	81,0±16,7	0,562
	Yok (n=32)	0-100 (80)	78,6±19,0	

*Mann Whitney U Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

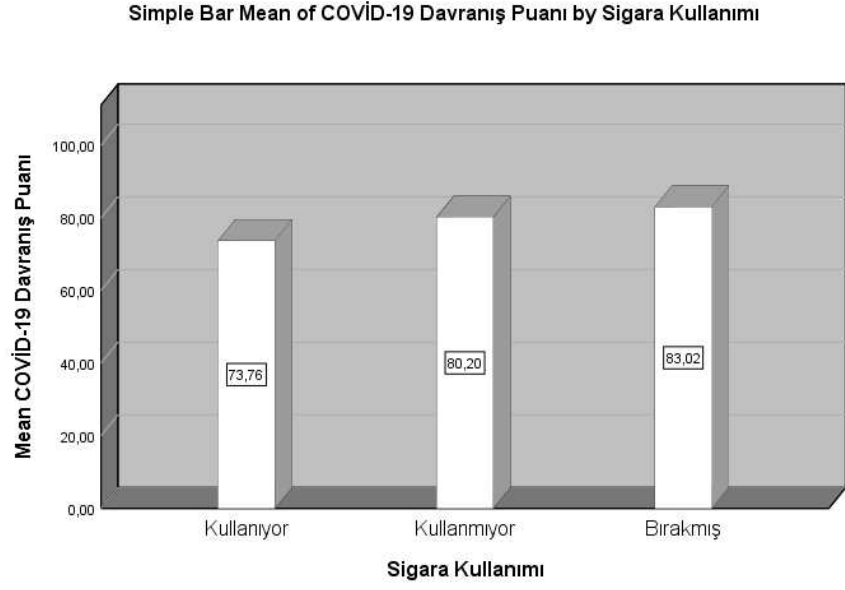
Sigara kullanımına göre COVID-19 davranış puanı arasında olguların anlamlı bir farklılık vardır (p=0,02) (Tablo 4.48).

Tablo 4.48. Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi

		COVID-19 DAVRANIŞ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p*
Sigara kullanımı	Evet	0-100 (80)	73,7±21,4	0,02
	Hayır	0-100 (80)	80,2±17,4	
	Bırakmış	0-100 (90)	83,0±18,9	

*Kruskal Wallis Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sigarayı aktif olarak kullanan hastaların COVID-19 davranış puanı, sigara kullanmayan(p=0,009) ve bırakmış(p=0,009) olan olgulara göre anlamlı olarak düşüktür (p<0,01) (Şekil 4.15).



Şekil 4.15.Sigara Kullanımına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyma durumu,daha önce grip aşısı yaptıрма durumu,aile bireylerinden grip aşısı yaptıрма durumuna, grip hastalığı ve soğuk algınlığı farkındalığı durumuna göre COVID-19 davranış puanları arasında anlamlı olarak farklılık vardır (Sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,006$, $p=0,004$, $p=0,026$).

İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyan olgular ile, COVID-19 davranış puanı arasında duymayan ve bilmeyen olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Daha önce grip aşısı olmuş olan olguların,daha önce grip aşısı olmayan olgulara göre COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

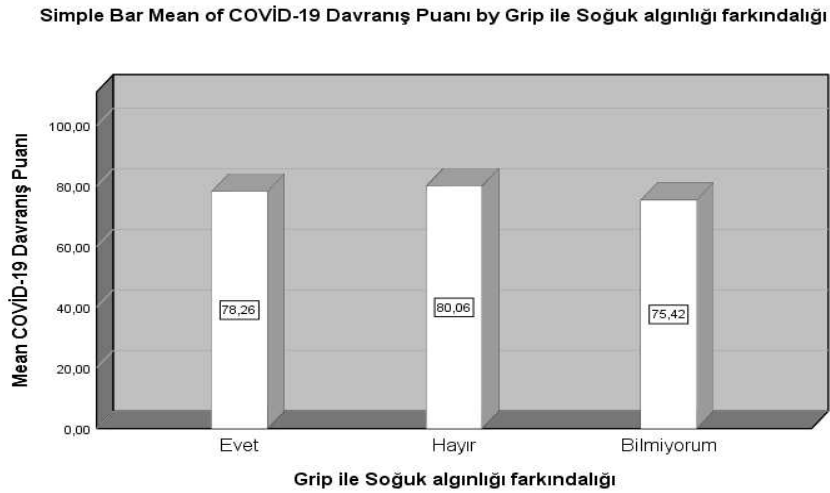
Aile bireylerinden daha önce grip aşısı yaptıranların, yaptırmayanlara göre COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.49).

Tablo 4.49. İnfluenza Sorularına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi

İnfluenza Soruları		COVID-19 DAVRANIŞ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
1-Grip aşısının koruyuculuğunu duymak	Evet	0-100 (80)	81,4±17,8	<0,001**
	Hayır ve Bilmiyorum	0-100 (80)	73,5±19,8	
2-Daha önce grip aşısı yaptırmış olmak	Evet	0-100 (80)	83,1±16,8	0,006**
	Hayır	0-100 (80)	77,5±19,3	
3-Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı	Evet	0-100 (90)	82,2±17,9	0,004**
	Hayır	0-100 (80)	77,3±19,1	
4-Grip hastalığı ile soğuk algınlığı farkındalığı	Evet	0-100 (80)	78,2±15,9	0,026*
	Hayır	0-100 (80)	80,0±19,3	
	Bilmiyorum	0-100 (80)	75,4±19,6	

*Kruskal Wallis Test **Mann Whitney U Test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip hastalığı ile soğuk algınlığı farkındalığına göre grip hastalığı ve soğuk algınlığının aynı olmadığını belirten olguların (ort: 80,0), bilmediğini belirten olgulara (ort:75,4) göre COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,043) (Şekil 4.16).



Şekil 4.16. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünmek ve işi gereği toplu ortamlara girmelerinden dolayı hastalığı ailelerine bulaştırmaktan endişe duyma sorularının cevaplandırılmalarına göre, COVID-19 davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (Sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,036$). COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünen olguların, COVID-19 davranış puanı yaptırmayı düşünmeyen ($p<0,001$) ve kararsız ($p<0,001$) olan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.50).

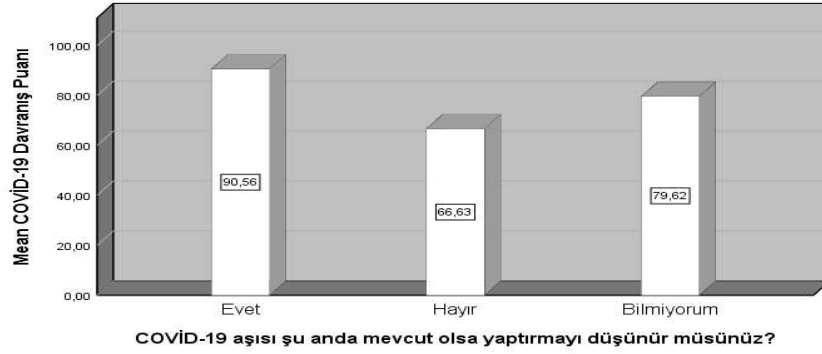
Tablo 4.50. COVID-19 Sorularına Göre COVID-19 Davranış Puanlarının Değerlendirilmesi

COVID-19 Soruları		COVID-19 DAVRANIŞ PUANI		p
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
1-COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz ?	Evet	0-100 (100)	90,5±15,8	<0,001*
	Hayır	0-100 (80)	66,6±16,5	
	Kararsızım	0-100 (90)	79,6±15,8	
2-İşiniz gereği toplu ortamlara girmenizden dolayı, ailenize hastalığı bulaştırmaktan endişe duyuyor musunuz ?	Evet	0-100 (80)	79,6±18,3	0,036*
	Hayır	0-100 (80)	76,2±19,9	
	Kararsızım	0-100 (70)	67,8±23,7	
3-Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?	Evet	0-100 (80)	80,0±19,5	0,106*
	Hayır	0-100 (80)	77,4±18,4	
	Kararsızım	0-100 (80)	19,1±18,2	

*Kruskal Wallis Test**Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmak konusunda kararsız olan olguların, COVID-19 davranış puanı yaptırmayı düşünmeyen olgulara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$) (Şekil 4.17).

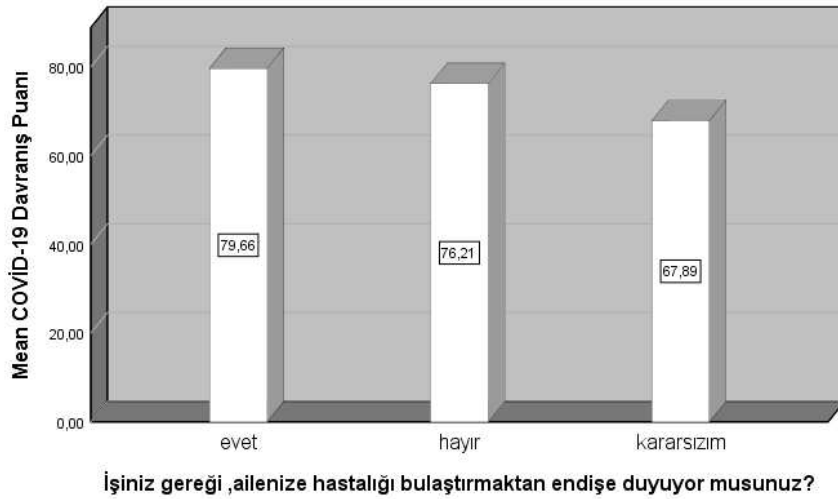
Simple Bar Mean of COVID-19 Davranış Puanı by COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?



Şekil 4.17. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

İşi gereği toplu ortamlara girmelerinden dolayı hastalığı ailelerine bulaştırmaktan endişe duyanların COVID-19 davranış puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,036$) (Şekil 4.18).

Simple Bar Mean of COVID-19 Davranış Puanı by İşiniz gereği ,ailenize hastalığı bulaştırmaktan endişe duyuyor musunuz?



Şekil 4.18. Ailesine Hastalığı Bulaştırma Endişesine Göre COVID-19 Davranış Puanlarının İncelenmesi

4.4. İNFLUENZA (GRİP) BİLGİ SORULARI VE BİLGİ SKORU

İnfluenza ve korunma yolları hakkında bilgi düzeylerini hesaplamak için Tablo 4.51.'de yer alan 8 soru kullanıldı. Doğru cevaplar kalın olarak işaretlendi. Doğru cevap verilen sorular 2, yanlış cevap verilen sorular 0, bilmiyorum olarak cevaplandırılan sorular 1 puan katsayısı ile yüzdeli hesaplamaya göre min. 0, max 100 olacak şekilde puanlama yapılmıştır.

İnfluenza ve korunma yolları hakkında bilgi düzeyleri puanı soruları incelendiğinde "sık sık ellerin yıkanması veya el dezenfektanı kullanılmasının etkili bir korunma yöntemi" olduğunu düşünerek doğru cevap veren %85,2 (n=444)kişi varken, %8,1 (n=42) kişi hayır, %6,7 (n=35) kişi bilmiyorum olarak cevaplandırmıştır.

"Hasta kişilerle yakın temastan kaçınmak etkili bir korunma yöntemidir" olgusuna %95,2 (n=496) kişi evet diyerek doğru cevabı verirken, %0,8 (n=4) hayır, %4 (n=21) kişi bilmiyorum şeklinde cevaplandırmıştır.

"Kış aylarında havasız ve kapalı yerlerde uzun süre kalınmaması etkili bir korunma yöntemidir" olgusuna %70,4 (n=367) kişi evet diyerek doğru cevabı verirken,%20,5 (n=107) kişi hayır, %9 (n=47) kişi bilmiyorum olarak cevaplandırmıştır.

"Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemidir" olgusuna %46,6(n=243) kişi evet diyerek doğru cevap verirken, %14,4 (n=75) kişi hayır diyerek, %39,0 (n=203) kişi bilmiyorum diyerek yanlış cevap vermişlerdir.

"Maske kullanmak etkili bir korunma yöntemidir" olgusuna %83,1 (n=433) kişi evet diyerek doğru cevap verirken, %4,4 (n=23) kişi hayır, %12,5 (n=65) kişi bilmiyorum olarak cevaplandırmıştır.

"Şüpheli vakalara 1 metreden fazla yaklaşmak gerekirse maske kullanmak gerekir" olgusuna %90,4 (n=471) kişi evet diyerek doğru cevap verirken, %3,1 (n=16) kişi hayır, %6,5 (n=34) kişi bilmiyorum olarak cevaplandırmıştır.

"Grip aşısı tüm influenza çeşitlerini içerir mi?" sorusuna %23,6 (n=123) hayır diyerek doğru cevap verirken, %13,8 (n=72) kişi evet diyerek yanlış cevap vermiştir. Bu soruya en fazla verilen cevap ise %62,6 (n=326) kişi ile bilmiyorum cevabıdır.

"Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey midir?" sorusuna %61,8 (n=322) kişi hayır cevabı ile doğru cevaplamıştır. %17,7 (n=92) kişi evet cevabını verirken, %20,5 (n=107) kişi bilmediğini belirtmiştir (Tablo 4.51).

Tablo 4.51. İnfluenza (Grip) Bilgi Soruları

SORULAR	CEVAPLAR	KİŞİ SAYISI (%)
1-Sık sık ellerin yıkanması veya el dezenfektanı kullanılması etkili bir koruma yöntemidir.	Evet	444 (85,2)
	Hayır	42 (8,1)
	Bilmiyorum	35 (6,7)
2-Hasta kişilerle yakın temastan kaçınmak etkili bir korunma yöntemidir.	Evet	496 (95,2)
	Hayır	4 (0,8)
	Bilmiyorum	21 (4,0)
3-Kış aylarında havasız ve kapalı yerlerde uzun süre kalınmaması etkili bir korunma yöntemidir.	Evet	367 (70,4)
	Hayır	107 (20,5)
	Bilmiyorum	47 (9,0)
4-Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemidir.	Evet	243 (46,6)
	Hayır	75 (14,4)
	Bilmiyorum	203 (39,0)
5-Maske kullanmak etkili bir korunma yöntemidir.	Evet	433 (83,1)
	Hayır	23 (4,4)
	Bilmiyorum	65 (12,5)
6-Şüpheli vakalara 1 metreden fazla yaklaşmak gerekirse maske kullanmak gerekir.	Evet	471 (90,4)
	Hayır	16 (3,1)
	Bilmiyorum	34 (6,5)
7-Grip aşısı tüm influenza çeşitlerini içerir mi ?	Evet	72 (13,8)
	Hayır	123 (23,6)
	Bilmiyorum	326 (62,6)
8-Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey midir?	Evet	92 (17,7)
	Hayır	322 (61,8)
	Bilmiyorum	107 (20,5)

Yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre influenza bilgi puanları arasında anlamlı olarak bir farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla; $p=0,114$, $p=0,925$, $p=0,178$).

Eğitim durumu ve çalışma durumuna göre influenza bilgi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan olguların, influenza bilgi puanları eğitim durumu lise ve altı olan olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.52).

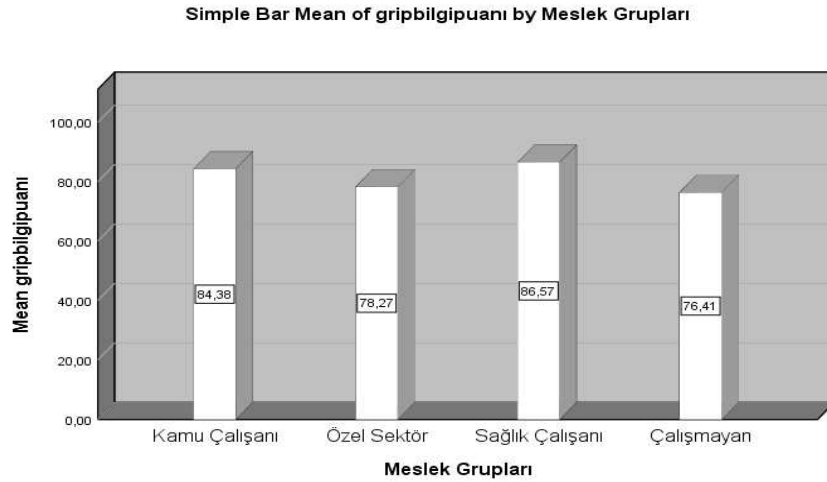
Tablo 4.52. Sosyodemografik Özelliklere Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

Sosyodemografik Özellikler		İNFLUENZA BİLGİ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
Yaş (yıl)	≤25 yaş (n=98)	0-100 (81,2)	79,5±13,4	0,114*
	26-35 yaş (n=151)	0-100 (81,2)	82,0±13,0	
	36-45 yaş (n=135)	0-100 (81,2)	78,2±14,3	
	46-55 yaş (n=86)	0-100 (81,2)	77,9±13,3	
	56 yaş ve üzeri (n=51)	0-100 (81,2)	78,9±13,8	
Cinsiyet	Kadın (n=316)	0-100 (81,2)	79,6±13,2	0,925**
	Erkek (n=205)	0-100 (81,2)	79,5±14,1	
Medeni Durum	Evli olmayan (n=194)	0-100 (81,2)	80,5±14,0	0,178**
	Evli (n=327)	0-100 (81,2)	79,0±13,3	
Eğitim Durumu	Lise ve altı (n=280)	0-100 (75,0)	75,0±13,7	<0,001**
	Üniversite ve üzeri (n=241)	0-100 (87,5)	84,9±11,3	
Çalışma Durumu	Kamu çalışanı (n=88)	0-100 (87,5)	84,3±12,2	<0,001*
	Özel sektör (n=153)	0-100 (81,2)	78,2±12,7	
	Sağlık çalışanı (n=67)	0-100 (87,5)	86,5±13,2	
	Çalışmayan (n=213)	0-100 (81,2)	76,4±13,7	

*Kruskal Wallis Test**Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma durumuna göre çalışmayan olguların influenza bilgi puanları, kamu çalışanları ($p<0,001$) ve sağlık çalışanlarına göre ($p<0,001$) anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

Özel sektör çalışanı olan olguların, influenza bilgi puanları, kamu çalışanı ($p=0,01$) ve sağlık çalışanlarına göre ($p<0,001$) anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Şekil 4.19).



Şekil 4.19. Meslek Gruplarına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

Kronik hastalık varlığı, hipertansiyon, diyabet, KAH, KVH ve diğer kronik hastalıklara göre İnfluenza bilgi puanında anlamlı olarak farklılık bulunamamıştır (Sırasıyla; $p=0,635$, $p=0,305$, $p=0,627$, $p=0,544$, $p=0,691$, $p=0,659$) (Tablo 4.53).

Tablo 4.53. Kronik Hastalıklara Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

		İNFLUENZA BİLGİ PUANI		
Kronik Hastalıklar		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p*
Kronik Hastalık	Var (n=178)	0-100 (81,2)	80,1±13,7	0,635
	Yok (n=393)	0-100 (81,2)	79,4±13,6	
Hipertansiyon	Var (n=40)	0-100 (81,2)	82,0±13,4	0,305
	Yok (n=481)	0-100 (81,2)	79,4±13,6	
Diyabet	Var (n=37)	0-100 (81,2)	80,4±13,9	0,627
	Yok (n=484)	0-100 (81,2)	79,5±13,6	
KAH	Var (n=24)	0-100 (81,2)	82,2±9,8	0,544
	Yok (n=497)	0-100 (81,2)	79,4±13,7	
KVH	Var (n=269)	0-100 (81,2)	78,4±14,6	0,691
	Yok (n=13)	0-100 (81,2)	79,6±13,6	
Diğer	Var (n=250)	0-100 (81,2)	80,3±13,9	0,659
	Yok (n=32)	0-100 (81,2)	79,5±13,6	

*Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sigara kullanımına göre influenza bilgi puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,523$) (Tablo 4.54).

Tablo 4.54. Sigara Kullanımına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

		İNFLUENZA BİLGİ PUANI		
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p*
Sigara kullanımı	Evet	0-100 (81,2)	78,6±14,4	0,523
	Hayır	0-100 (81,2)	80,1±13,4	
	Bırakmış	0-100 (81,2)	78,6±12,3	

*Kruskal Wallis Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyma, daha önce grip aşısı yaptıрма, aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı, grip hastalığı ve soğuk algınlığı farkındalığına göre influenza bilgi puanları arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur (Sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,004$, $p<0,001$, $p<0,001$).

İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyan olguların, influenza bilgi puanları duymayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Daha önce grip aşısı yaptıran olguların, influenza bilgi puanları daha önce grip aşısı yaptırmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran olguların, yaptırmayan olgulara göre influenza bilgi puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.55).

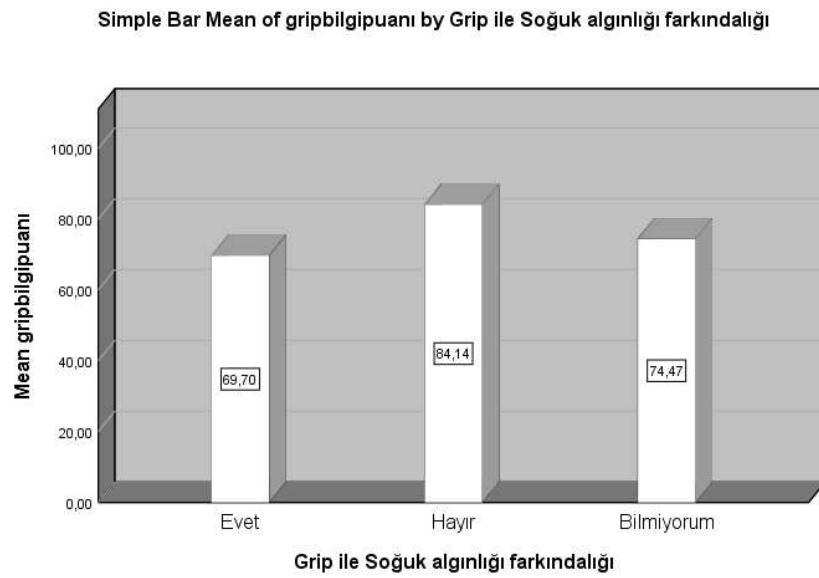
Tablo 4.55. İnfluenza Sorularına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

		İNFLUENZA BİLGİ PUANI		
İnfluenza Soruları		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	p
1-Grip aşısının koruyuculuğunu duymak	Evet	0-100 (87,5)	82,6±12,4	<0,001**
	Hayır ve Bilmiyorum	0-100 (75)	73,5±13,9	
2-Daha önce grip aşısı yaptırmış olmak	Evet	0-100 (87,5)	82,9±12,9	0,004**
	Hayır	0-100 (81,2)	78,6±13,6	
3-Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı	Evet	0-100 (87,5)	82,9±12,9	<0,001**
	Hayır	0-100 (81,2)	78,2±13,6	
4-Grip hastalığı ile soğuk algınlığı farkındalığı	Evet	0-100 (75)	69,7±11,3	<0,001*
	Hayır	0-100 (87,5)	84,1±12,4	
	Bilmiyorum	0-100 (81,2)	74,4±12,6	

*Kruskal Wallis Test **Mann Whitney U Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grip hastalığı ve soğuk algınlığı farklılığı farkındalığı olan hastaların, influenza bilgi puanları bu konu hakkında bilgisi olmayan ($p=0,018$) ve yanlış bilgisi olan ($p<0,001$) olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$)

Yine grip hastalığı ve soğuk algınlığı farklılığı farkındalığı hakkında bilgisi olmayan olguların, influenza bilgi puanları yanlış bilgisi olan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.20).



Şekil 4.20. Grip ve Soğuk Algınlığı Farkındalığına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşanması ve işi gereği ailesine COVID-19 bulaştırma endişesi olgularına göre İnfluenza bilgi puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,005$) (Tablo 4.56).

Tablo 4.56.COVID-19 Sorularına Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

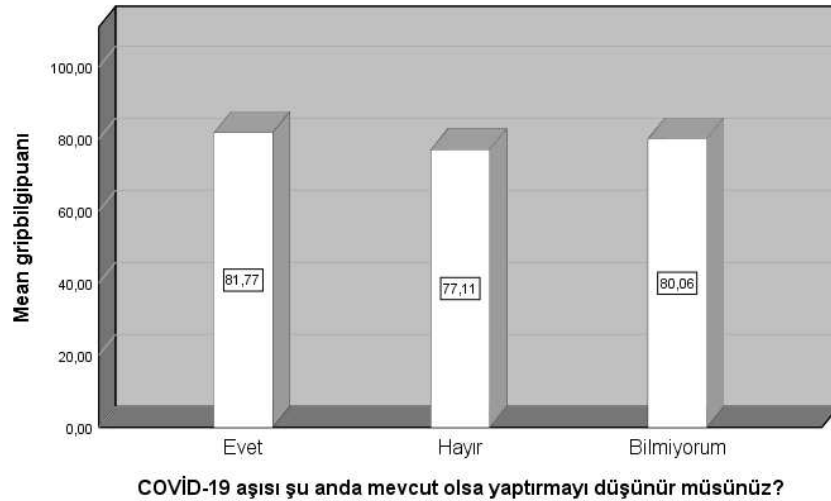
COVID-19 Soruları		İNFLUENZA BİLGİ PUANI		p*
		Min-Max (medyan)	Ort±Ss	
1-COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz ?	Evet	0-100 (81,2)	81,7±13,5	0,005
	Hayır	0-100 (81,2)	77,1±14,4	
	Kararsızım	0-100 (81,2)	80,0±12,3	
2-İşiniz gereği toplu ortamlara girmenizden dolayı, ailenize COVID-19 u bulaştırma endişesi yaşıyor musunuz?	Evet	0-100 (81,2)	80,1±13,4	0,165
	Hayır	0-100 (81,2)	77,0±15,3	
	Kararsızım	0-100 (75,0)	76,9±10,2	
3-Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?	Evet	0-100 (81,2)	79,5±13,0	0,845
	Hayır	0-100 (81,2)	79,6±14,1	
	Kararsızım	0-100 (81,2)	79,6±81,2	

*Kruskal Wallis Test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünme olgularına göre influenza bilgi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$) (Şekil 4.21).

COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünenlerin, influenza bilgi puanları, COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünmeyen olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,03$).

Simple Bar Mean of gripbilgipuanı by COVID-19 aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?



Şekil 4.21. COVID-19 Aşısını Yaptırma İsteğine Göre İnfluenza Bilgi Puanlarının İncelenmesi

5. TARTIŞMA

Enfeksiyon hastalıklarını ve komplikasyonlarını önleyerek milyonlarca insanın yaşamını kurtaran ve engelli kalmalarını önleyen aşılar, günümüzde bulaşıcı hastalıklarla mücadelede en etkili yöntemlerden biri olarak görülmektedir (92). Aşılar, tıbbın insanlığa sağladığı en büyük başarılar arasında olup bugüne kadar milyonlarca kişinin yaşamını kurtarmıştır. Ülkemizde 2017 yılında 23 binden fazla aile aşı reddi talebinde bulunmuştur (92).

Grip, influenza virüsleri tarafından gelişen, akut, ciddi ve salgınlara yol açabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. İnfluenza salgınları dünya genelinde sürekli tekrarlanmakta, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Salgınlar döneminde aşılama kadar etkili olan o aşının reddinin az olması sürü bağışıklıklığını sağlayan en önemli unsurlardan biridir (93). Grip aşısının tüm topluma yılda bir kez yapılması önerildiğinden toplumda zaman içinde bir farkındalık oluşmuş, ancak aşılama oranları yine de düşük kalmıştır. COVID-19 aşıları da yeni kullanıma girdiği için bu konuda insanların ön yargıları bulunmaktadır. Bu ön yargıların tespit edilip, çözüm yöntemlerini bulmak bu savaşta en önemli unsurlardan biridir. Çünkü pandemilerle savaşta bu aşılarda üretimi kadar toplumun bu aşıları ne kadar benimsediği de büyük önem arz etmektedir.

Uzuner ve ark. (94) yaptığı çalışma da erişkin aşılarda etkinliği en çok bilinen grip aşısı olmasına rağmen katılımcıların sadece %24'ü aşığı yaptırmışken, %66'sı ise aşığı duymuş ancak yaptırmamıştır. Aşık ve ark.'nın (95) çalışmalarında da katılımcılar tarafından en fazla bilinen erişkin aşısı %32 oranla influenza olmuştur. Gümüşer'in (96) yaptığı tez çalışmasında; katılımcılar arasında grip (influenza) aşısının gribe karşı koruyucu olduğunun farkındalığı %93,7'dir. Bu çalışmada ise İnfluenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyma oranı %66.8 bulunmuştur. Katılımcıların % 22,6 sı grip aşısı yaptırmışken, %73'ü grip aşısının koruyuculuğunu duymasına rağmen yaptırmamıştır.

Aşık ve ark.'nın (95) araştırmasında erişkin dönemde en çok koruyucu olduğu düşünülen aşının tetanoz olduğu, grip aşısının koruyuculuğuna en az güvenilen aşı

olduğu bildirilmektedir. İngiltere’de yapılan niteliksel bir araştırmada en çok bilgi sahibi olunan aşının grip aşısı olmasına rağmen koruyuculuğuna güvenilmemesinin nedeninin “Grip aşısının her yıl değişen içeriğinin yeterince test edilmeden piyasaya sürüldüğü” düşüncesi olduğu öne sürülmüştür (97). Halbuki grip epidemileri yılda 3-5 milyon kişide ciddi hastalık oluştururken, dünyada her yıl 250.000-500.000 kişi grip ve komplikasyonlarından dolayı hayatını kaybetmektedir. Erişkin dönemde bu hastalıktan korunmanın en etkili yöntemi aşılama ve grip aşısı sağlıklı bireylerde %70-90 koruma sağlamaktadır (98). Bu çalışmada ise grip aşısı farkındalığı olan katılımcıların ancak %57,8’i aşırı güvenli bulmaktadır ve katılımcıların %51,4’ü grip aşısının hastalığı önlediğini düşünmektedir. Her iki kişiden birinin aşının hastalığı önlediğini düşünmemesi aşının kabulü hakkında önemli bir sorundur. Bu yüzden hastaların farkındalıklarının artırılması adına çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamız da ayrıca demografik özelliklere göre influenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunun farkındalık oranı dağılımları arasında; cinsiyet, medeni durum gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Eğitim durumuna göre ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olanların, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan olgulara göre farkındalıkları anlamlı olarak daha yüksekti. Aynı şekilde çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim durumu olan olgular, aşırı lise ve altı eğitim düzeyi olan gruba göre daha güvenli bulurken, aşının da gribe önlediğine ve etkili bir korunma yöntemi olduğuna inancı daha yüksektir. Daha önce grip aşısı yaptırma oranı ve aile bireylerinin aşılama oranları da üniversite ve üzeri eğitim görmüş olgularda anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim durumu olan olguların İnfluenza bilgi puanları, COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanları da anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Gümüser’in (96) çalışmasında ise demografik özelliklere baktığımızda yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak eğitim durumuna göre olguların farkındalık oranı; eğitim durumu üniversite mezunu olanlarda, eğitim durumu ilköğretim olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çiftçi ve ark. (100) yaptığı çalışmada influenza aşısı ile aşılama davranışının Gümüser’in çalışmasıyla

benzer olarak yaş ve cinsiyetten etkilenmediği ve eğitim düzeyinin artmasıyla aşı hakkındaki bilginin ve aşılama oranının arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyinin artması, aşılama oranının ne olduğu ve nasıl fayda sağladığı hakkında daha yüksek bir farkındalık oluşmasına, ön yargıların kırılmasına ve yanlış inanışların önüne geçilmesine katkı sağlamaktadır. Bu durumun insanları düzenli aşılanmaya yönelttiği düşünülmektedir (99).

Çiftçi ve ark.'nın (100) yaptığı bir çalışmada erkek ve kadınlar arasında influenza aşısı ile ilgili farklılıklar değerlendirildiğinde erkeklerin daha fazla oranda aşığı etkin ve faydalı bulduğu görülmüştür. Erkek hastalarda meslek sahibi olma ve çalışma oranı daha yüksek olduğu için ve çalışılan yerin aşıya yönlendirmesi ile aşılama oranlarının erkeklerde daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ev dışında daha çok vakit geçirmeleri nedeniyle dış ortamda bulunan afiş, bülten ve broşürlerden daha fazla bilgi almış olabilecekleri düşünülmektedir (100). Bu çalışmada ise aşının gribe karşı koruyuculuğunu duyma oranları arasında cinsiyet olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ama grip aşısını erkek olgular kadınlara göre anlamlı olarak daha güvenli bulmaktadır. Gümüşer'in (96) çalışmasında da verilerimize benzer şekilde cinsiyete göre grip aşısının gribe önlemede işe yaradığını belirtme oranı erkek olgularda, kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,007$).

Çalışmamızda katılımcıların %24,6'sında kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, kronik akciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalık ve diğer hastalıklar) bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan olguların grip aşısı hakkındaki bilgi puanına baktığımızda ise anlamlı olarak bir farklılık saptanamamıştır. Çalışmamızda COVID-19 davranış puanları kronik hastalığı bulunan olgularda daha yüksek saptanmıştır. Özellikle hipertansiyonu olan olgularda alt grup olarak yüksek bulunmuştur. COVID-19 tutum puanlarında ise kronik hastalık varlığı anlamlı bir farklılık yaratmazken, kronik hastalık süresi 6 yıl ve üzeri olan olgularda anlamlı olarak yükseklik bulunmuştur. Yine 56 yaş ve üzeri olmak COVID-19 davranış puanlarında anlamlı yüksekliğe neden olmuştur.

Gümüşer'in (96) alışmasına göre kronik hastalık varlığına göre olguların farkındalık oranları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ama bu çalışmada kronik hastalık varlığına göre olguların influenza aşısının gribe karşı koruyucu olduğunu duyma oranlarının dağılımları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ama hastalıkların kendi alt grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada kronik hastalığı bulunan olguların çoğunluğunu 56 yaş ve üzeri oluşturmaktaydı. Araştırmamızda kronik hastalığı varlığı ile benzer olarak 56 yaş ve üzeri olguların grip aşısının koruyuculuğuna karşı farkındalığı da anlamlı olarak daha yüksekti. Kronik hastalıklar beraberinde getirdiği komorbidite ve komplikasyonlar sebebi ile hastaların daha çok hekime başvurmalarına ve bu sayede hekimlerin daha çok öneride bulunmalarına katkı sağlamaktadır. Bu durum kronik hastalığı olanların risk taşımayan gruba göre grip aşısını daha önce deneyimleme, aşı farkındalığı ve aşının etkinliğini bilme düzeyini artırmaktadır (101).

Özışık ve ark.'nın (102) Avrupa'da yetişkin aşılamada tavsiyelerde bulunmak için yaptığı bir araştırmada kronik hastalık varlığı ile grip aşısı yaptırma oranı ilişkili olup, risk grubunun %45,6'sının grip aşısını yaptırdığı bildirilmektedir. Hellfritzsche ve ark.'nın (103) Danimarka'da yaşlı hastaların mevsimsel influenza aşısı yaptırma alışkanlıkları hakkında yürüttüğü bir araştırmada 65-80 yaş arası erişkinlerde; sırasıyla kalp-damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve diyabetin, düzenli mevsimsel influenza aşısını yaptırma en etkili faktörlerden biri olduğunu göstermiştir. Takayama ve ark.'nın (104) yaptığı başka bir çalışmada, belirli bir hastalığa (hipertansiyon, artrit, astım, diyabet, koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktusu veya inme) sahip olmanın grip aşısı yaptırma oranında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu bildirmişlerdir. Çiftçi ve ark.'nın (100) yapmış olduğu çalışmada kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere, kronik kalp hastalığı ve diyabeti olanların aşılanma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadaki verilere göre ise kronik hastalığa sahip olguların daha önce grip aşısı yaptırma oranı, kronik hastalığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yine alt gruplar ayrı ayrı incelendiğinde KAH'ı olan olguların daha önce grip aşısı yaptırma oranı, KAH'ı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca kronik akciğer

hastalığı olan hastaların influenzaya bağlı komplikasyonları doğrudan yaşamaları sık alevlenme ve sık hastane yatışı olması, göğüs hastalıkları doktorlarının aşılamaıı benımsemış olmaları aşılama davranışını olumlu yönde etkiliyor olabilir. Ulusal bir araştırmada astım hastalarının influenza aşısı ile aşılama oranları değeriendirilmiş ve %40,7 ile kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur (105). Gümüşer'in (96) yaptığı çalışma da bizim çalışmamıza benzer şekilde KVH ve KAH olan olguların aşılama oranları daha yüksek bulunmuştur. Özellikle kardiyovasküler ve akciğer temelli hastalıklarda gribe bağlı komplikasyonlar nedeniyle morbidite ve mortalite oranının daha fazla olması, hastaların durumun ciddiyetini daha fazla kavramalarına neden olmaktadır. Haliyle söz konusu hastalıkların önlenmesi olduğuunda, aşılama oranları da daha fazla olabilmektedir (96).

Bir başka çalışmaya göre kronik akciğer hastalığı olan hastalarda aşı hakkında bilgi sahibi olunması aşı olmak için en güçlü faktörken, aşılama önündeki en büyük engelin sağlık çalışanlarının aşığı yeterince tavsiye etmemesi olduğu gösterilmiştir (106). Günümüzde etkinliğı ve önemi kanıtlanmasına rağmen influenza aşısıyla aşılama oranlarının oldukça düşük olduğunu görüyoruz (100). Bir toplumda sağlık çalışanlarının bilinçli olması o toplumun sağlık politikalarına ve aşı ya karşı bakışını etkilemektedir.

Avusturya'da yapılan bir araştırmada erişkin aşılarını yaptıırma konusunda erişkinlerin en çok aile hekimlerinden aldıkları bilgilere güvendikleri saptanmıştır (107). Lehman'ın (110) çalışmasına göre, aşı sağlayıcıların ve doktorların yüksek bir oranı tereddüt ettiğinde, bunun aşı alımını etkileyebileceğı endişesini dile getirmiştir ve diğer çalışmalar, bunun özellikle bu topluluklardaki doktorların en güvenilir kaynak olarak algılanması durumunda geçerli olduğunu göstermiştir (108-112). Bu çalışmada da grip aşısı hakkında en önemli ve yüksek bilgi kaynağı hekimler olarak bulunmuştur. Bu yüzden bir toplumda sağlık çalışanları COVID-19 ve influenza aşısını ne kadar çok benimserse hastaların ve halkın benimsemesi de o kadar kolay olacaktır. Aynı zamanda sağlık personelinin influenzanın hastanede yayılımını önlemek ve hastalarını influenzaya bağlı gelişecek komplikasyonlardan korumak için aşı olması hayati önem taşır. Buna rağmen yapılan bir çalışmada sağlık personeli olan grubun aşılama oranı sadece %30,3'tür (100). Chen ve ark.'nın (108) sağlık

alışanlarında yapmış olduğu çalışmaya göre influenza için aşılama oranı %49,6 idi ve doktorlar arasında anlamlı derecede daha yüksekti. Ulusal bir araştırmada düzenli aşılanan aile hekimlerinin influenza aşısı olma oranı %27,3 bulunmuştur (113). Tüm bu sonuçlara dayanarak, özellikle sağlık personeline influenza aşısının hastalığın yayılmasındaki önleyici rolü ve hastalarını korumadaki birincil işlevi konusunda bilgi verilmesinin önem kazandığı görülmektedir (100). Bu çalışmada bulunmuş olan verilere göre ise influenza aşısının gribe karşı koruyuculuğunu duyma, daha önce grip aşısı yaptıırma, grip aşısı ve soğuk algınlığı farkındalığı, grip aşısının etkili bir koruma yöntemi olduğuna inanma beklenildiği gibi sağlık alışanlarında diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir. Ama bu çalışmaya baktığımız da sağlık çalışanlarının kendi arasında aşılanma oranlarının diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi olması gerekenden daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %40,3  aşılanmışken, %59,7 si hayatları boyunca hiç grip aşısı yaptıırmamıştır. Çalışmamızdaki kısıtlılıklar ise sadece sağlık çalışanları için değil polikliniğe bağvuran toplam hasta popülasyonunu örneklem olarak alındığı için kısıtlı sayıda sağlık çalışanı bu gözleme dahil edilmiştir. Daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada grip aşısı yaptıırma oranları %22,6 olarak bulunmuştur. Yaptıran olgular incelendiğinde %36,4' düzenli olarak her yıl yaptıırırken, %31,4' hayatlarında 1 kere yaptıırmışlardır. Çiftçi ve ark.'nın (100) yapmış olduğu çalışmada genel popülasyonda influenza aşılanma oranı %20,7 ve endikasyonu olan grupta %33,4 ile göğüs hastalıkları polikliniğine bağvuran hastalarda influenza aşısı ile aşılanma oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermiştir. Uzunler ve ark. (94) yaptığı çalışmada erişkin aşıları arasında etkinliği en çok bilinen grip aşısı olmasına rağmen katılımcıların sadece %24'u aşığı yaptıırmışken, %66'sı ise aşığı duymuş ancak yaptıırmamıştır. Gümüşer'in (96) alışmasına göre ise katılımcılardan daha önce grip aşısı yaptııranların oranı %34,2 iken, aşı yaptıırmayanların oranı %65,8' dir.

Lehman ve ark.'rına (110) göre ülkeler arasında kendini koruma, hastayı koruma ve aile üyelerinin korunması influenzaya karşı aşılanmanın en önemli nedenleri olarak bildirilmiştir. Grip aşısı yaptıırmama nedenleri arasında aşının yan etkilerinden korkmak, düşük risk algısı, grip aşısının etkinliğine inanmamak,

organizasyonel engeller, yanlış anlamalar ve tanımlanamayan olumsuz duygular olarak bulunmuştur (110). Dedouko ve ark.'nın (111) yapmış olduğu çalışmada ise aşılamanın ana nedeni kendini korumaktır. Aşılama temelde toplum sağlığını ilgilendirse de işe birey üzerinden başlanmaktadır. Her bireyin, bulaşıcı hastalıkların kişinin kendisine ve çevresindekilere verebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olması, aşılama düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (101). Çalışmamızda grip aşısını yaptıranların aşığı ne sebeple yaptırdıkları sorulduğunda; katılımcıların %83,9'u aşığı kendini korumak için, %25,4'ü aile bireylerini korumak için, %16,1'i çevresindeki kişileri korumak için, %13,6'sı kronik rahatsızlığı nedeniyle ve %13,6'sı hekimi önerdiği için grip aşısını yaptırdığı görülmüştür. En azından grip aşısını yaptıranların, aşılamanın temel amacını kavramış olduklarını görmekteyiz.

Araştırmada aşı olmama sebeplerinden en önemlisi aşı olmasını gerektirecek bir tıbbi durumunun bulunmaması idi. Aşığı yaptırmayanların %41,1'i aşı yaptırmamasını gerekecek tıbbi bir durumu olmaması nedeniyle %31,9'u sık grip olmadığı için, %24,8'i doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inandığı için, %8,3'ü e-nabız sisteminde aşı onayı vermediği için, %7,9'u aşının yan etkisinden korktuğu için, %7,9'u yine gripi hafif bir hastalık olarak nitelendirdiği için, %3,8'i aşının etkili olmadığına inandığı için ve %1,5'i kişisel inancı gereği aşı yaptırmadığı gözlenmiştir. Güney Afrika'da diyabetli hastaların grip aşısı konusunda bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan anket çalışmasında, katılımcıların %71,2'si daha önce hiç grip aşısı yaptırmadığı ve yaptırmama gerekçeleri arasında; %51,4 alternatif korunma yöntemlerinin (doğal beslenme, bitkisel karışımlar, spor, alternatif tıp yöntemleri vb.) kullanımı, %44,7 grip hastalığının küçük ve zararsız bir hastalık olarak görülmesi ve %31,3 aşının pahalı olduğunun zannedilmesi yer almaktadır (114). Gümüşer'in (96) çalışmasında en çok, sık grip olmadığı için, gripi hafif bir hastalık olarak gördüğü için, ve aşının etkili olmadığını düşündüğü için aşı yaptırmadığı gözlenmiştir. Sökel ve ark. (115) birinci basamak sağlık personelinin mevsimsel influenza aşısı hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği çalışmada; grip aşısını hiç yaptırmayanlara, aşığı yaptırmama nedenleri sorulmuş ve en çok verilen cevap "aşının yan etkilerinden korkma" (%28,6) olmuştur. Aşının koruyuculuğuna güvenmeme (%26,5) ve influenza'yı tehlikeli bir hastalık olarak

görmeme (%26,5) diğer önemli aşı yaptırmama nedenleri olarak gösterilmiştir. Uzuner ve ark. (94) yaptığı çalışmada; erişkin aşılarını yaptırmama sebepleri ise en sık “erişkin dönem aşıları hakkında bilgilendirilmeme” ve “bu aşıları yaptırmaya gerek görmeme” olarak saptanmıştır. Tüm çalışmalarda aşı yaptırmama nedenleri birbirine benzerlik göstermektedir. En çok yaptırmama nedenlerini özetleyecek olursak; gribin önemli bir hastalık olarak görülmemesi, aşının koruyuculuğuna güvenilmemesi, erişkin dönem aşıları hakkında bilgi eksikliği, aşının bazı yakınmalara neden olması, aşının gribe yol açtığı düşünülmesi, bulaşma yolu ve hastalığın ciddiyetiyle ilgili yanlış algılamalar, aşı dışında diğer korunma yollarını daha etkin ve güvenli bulma, aşı bölgesindeki ağrı gibi nedenlerdir (96). Genel olarak bir tıbbi girişimin uygulanmasında dikkate alınan temel ölçütler etkinliği, istenmeyen etkileri, maliyeti ve uygulanabilirliğidir. Grip aşısının etkinliği, birleşimi bir önceki yıl ortamda bulunan virüslere göre uyarlandığı için değişebilmektedir (116).

Bu çalışmada katılımcıların grip aşısı hakkındaki bilgi kaynağının; %41,4’ü hekim, %33,9’u çevresindeki kişiler , %27,3’ü televizyon, %25,6’sı internet/sosyal medya, %4,6’sı afiş, broşür ve bültenler ve %2,3’ü gazete olduğu gözlenmiştir. Oranlara bakıldığında aşı hakkında bilgi edinme kaynağı olarak “hekim veya başka bir sağlık çalışanı” oranının çalışmamızda en yüksek çıkmakla beraber birilerinin önerisi ile aşı yaptırması gerekseydi; katılımcıların %85,6’sı grip aşısını doktor önerirse muhakkak yaptıracaklarını belirtirken, %5,6’sı ailesi önerirse muhakkak yaptıracaklarını belirtmiştir. %6 lık bir oran ise kim önerirse önersin aşığı yaptırmayacağını belirtmiştir. Çiftçi ve ark. (100) yaptığı çalışmada, bilgi kaynağı ile influenza aşısı olma oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında; hekimler tarafından bilgilendirilme ile aşı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Ancak çevresindeki kişilerden ($n=29$), internet ($n=16$), gazete ($n=36$), televizyon ($n=19$), afiş ve bültenden ($n=18$) bilgi almanın aşılama davranışını etkilemediği görülmüştür (100). Sağlık çalışanlarının bilgi ve uygulamalarının kendi aşı uygulamalarını, aşı önerilerini ve aşı kapsamlarını etkiledikleri bulunmuştur (96). Tüm bu sonuçlara dayanarak, özellikle sağlık personeline influenza aşısının

hastalığın yayılmasındaki önleyici rolü ve hastalarını korumadaki birincil işlevi konusunda bilgi verilmesinin önem kazandığı görülmektedir (100).

Aşının işe yaradığını düşünen olgularda, bu konuda bilgisi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek aşı yaptırma oranları söz konusuydu. Çiftçi ve ark.'nın (100) yapmış olduğu çalışmada da bu çalışmadan farklı olarak aşının faydalı olmadığını düşünme oranlarının aşı olan ve olmayan grupta benzer bulunmuştur.

Farklı bir çalışmada, yaşlı yetişkinler ve/veya risk altındaki yetişkinler arasında hali hazırda rutin kullanımda olan hem mevsimsel grip hem de PPV23 (pnömokok) yüksek aşılama oranlarının, yalnızca hedeflenen hastalıkların yükünü azaltmakla kalmayıp aynı zamanda COVID-19'a bağlı mortalite ve morbidite oranlarını önleme potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir (117). Bu yüzden COVID-19 aşılması kadar influenza aşılması da önemlidir. Bulgular henüz yeterli olmasa da aşılar arası etkileşimin COVID-19 kliniği üzerinde pozitif yönde etki edebileceği düşünülebilir. Aşı reddi nedeniyle bu etkileşimin olmayışı farklı riskleri beraberinde getirmektedir (92). Genel olarak aşılarla olan olumlu bir bakış açısı COVID-19 aşısına da yaklaşımı etkileyebilir. Arama motorları üzerinden Web tabanlı gerçekleştirilen bir çalışmada 2020'de "koronavirüs" ile pnömokok ($R = 0,89$, $p < 0,0001$) ve influenza aşıları ($R = 0,93$, $p < 0,0001$) için arama sayıları arasında önemli pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Ayrıca influenza ve pnömokok aşılarının aranma sayıları 2015-2019 dönemine kıyasla anlamlı seviyede yüksek tespit edilmiştir. Bu sonucun, önümüzdeki sezonda zatüre ve grip aşılarına olan talebin artacağını müjdeleyebileceği ifade edilmiştir. Benzer durumun COVID-19 için de geçerli olabileceği ve küresel olayların, aşıların önemi konusunda halkın algısını değiştirebileceği belirtilmiştir (118). Bu çalışmada bunu destekler nitelikte daha önceden influenza aşısı yaptıran bireylerin COVID-19 aşısı olma isteği anlamlı olarak diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

COVID-19 bilgi puanları olguların daha önceden grip aşısının koruyuculuğunu duyma, grip aşısı yaptırma, aile bireylerinden grip aşısı yaptıran varlığı, grip ve soğuk algınlığı farkındalığına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Covid -19 davranış puanlarını incelediğimizde olguların influenzanın

gribe karşı koruyuculuğunu duyma, grip ve soğuk algınlığı farkındalığına, daha önce grip aşısı yaptıрма, aile bireylerinden grip aşısı yaptıрма durumuna göre anlamlı olarak daha yüksek seyrettiği bulunmuştur. COVID-19 tutum sorularına baktığımızda ise grip aşısının koruyuculuğuna duyma ve grip ile soğuk algınlığı farkındalığına göre anlamlı olarak yüksek olduğunu fark edilmiştir. Aynı zamanda İnfluenza bilgi puanının COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanları ile zayıfta olsa pozitif yönde anlamlı bir korelasyon göstermesi, İnfluenza aşısı hakkında bilginin ne kadar yüksek olursa COVID-19 aşısına daha olumlu bir tablonun oluşmasına neden olacağını düşündürmektedir. Bu yüzden diğer aşılar için yapılan bilgilendirmelerinde COVID-19 ve influenza aşılamaındaki tabloya pozitif yansıyacağını düşünmekteyiz. Düşüncemizi destekler nitelikte Fransa'da 2046 sağlık uzmanında yapılan bir araştırma, daha önce grip aşısı olanların daha yüksek oranda COVID-19 aşısı kabulü ile ilişkili olduğunu göstermiştir (119). Benzer şekilde, COVID-19 aşısı olma isteği ile grip aşısı olma arasındaki bu ilişki daha önce Hong Kong'da 806 hemşire ile yapılan bir çalışmada da gösterilmiştir (120).

Sallam ve ark.'nın (121) yaptığı bir çalışmaya göre en yüksek COVID-19 aşısı kabul oranları Ekvador (%97,0), Malezya (%94,3), Endonezya (%93,3) ve Çin'de (%91,3) bulunmuştur. Ancak en düşük COVID-19 aşısı kabul oranları Kuveyt (%23,6), Ürdün (%28,4), İtalya (53.7), Rusya (%54,9), Polonya (%56,3), ABD (%56,9) ve Fransa'da bulunmuştur (%58.9). Ülkeye göre sınıflandırılan genel halk arasında yapılan anket çalışmalarının çoğunda, COVID-19 aşısının kabulü $\geq$ %70'lik bir seviye göstermiştir. Orta Doğu, Rusya, Afrika ve birkaç Avrupa ülkesinde düşük COVID-19 aşı kabul oranları bildirilmiştir (122).

Mevcut tahminlere göre, popülasyonun %65-70'i aşılanırsa, sürü bağışıklığı yararları elde edilebilir (123). Başarılı aşılar, popülasyonlar arasında yüksek aşı alımına dayanır. Bununla birlikte, yapılan başka bir çalışmaya göre son kanıtlar, genel popülasyonda bir COVID-19 aşısının yetersiz kabul oranını öngörmektedir. Haziran 2020'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki genel nüfus arasında yapılan bir anket, aşı bulunduğunda Amerikalıların yalnızca %50'sinin aşı olmaya istekli olduğunu göstermiştir (124,125). Karantina sırasında İsrailli hastane çalışanlarının kesitsel bir anketi, solunum servisleri ve COVID-19 departmanlarındaki sağlık

alışanlarının %94'ünün bir COVID-19 aşısı almayı planladığını kaydederken, şaşırtıcı bir şekilde, COVID-19 dışı çalışan hemşirelerin yalnızca %61'i gelecekteki aşıyı kabul edeceklerini beyan etmektedir (125). Almanya da yapılan diğerk bir çalışmada yan etkisi olmayan bir aşı mevcut olsaydı, Almanya'daki yetişkinlerin yaklaşık yüzde 70'inin gönüllü olarak koronavirüse karşı aşı olacağını göstermiştir (126). Akarsu ve ark.'nın (127) yapmış olduğu çalışmaya göre COVID-19 için aşı geliştirilmesi durumunda katılımcıların %49,7'si kendisine; %38,4'ü çocuklarına COVID-19'a karşı aşı yaptıracacağını belirtmiştir. Katılımcıların yüzde %8,6'sı COVID-19 enfeksiyonuna karşı aşı geliştirilirse COVID-19 aşısı olmayacaklarını belirtirken, %35,9'u kararsızdır. COVID-19 aşısını yaptıрма işteği kişilerin cinsiyeti, meşleği, sağlık sigortası, anksiyete düzeyi, ocuk sahibi olması ve çocuklarına aşı yaptırmaya istekli olma durumları ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Salali ve ark.'nın (128) yapmış olduğu çalışmaya göre toplamda, Türkiye'deki katılımcıların %31'i ve Birleşik Krallık'taki %14'ü kendilerine bir COVID-19 aşısı yaptırmaktan emin değildi. Her iki ülkede de katılımcıların %3'ü aşı olmayı reddetmiştir. Arcadio ve ark.'nın (129) yapmış olduğu çalışmada sonuçlar, katılımcıların %49'unun aşı olmaya istekli olduğunu, %28'inin kararsız olduğunu veya potansiyel olarak aşı olmak isteyen bireylerin %77'sinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ise COVID-19 aşısı mevcut olması durumunda %34,4 ($n=179$) kişi aşı yaptırmayı dışınırken, %35,3 ($n=184$) kişi aşı yaptırmayı dışınmemektedir. %30,3 ($n=158$) kişinin bu konuda kararsız kaldığı gözlemlenmiştir. Sonuçlarımız, özellikle Türkiye'de COVID-19 aşısı tereddüdünün endişe verici bir düzeyine işaret ediyor ve yeni koronavirüsün kökenine ilişkin bilimsel fikir birliğinin halkla daha geniş bir şekilde iletilmesinin, COVID-19 aşı tereddütünü hedefleyen gelecekteki kampanyalara yardımcı olabileceğini öne sürüyor (128).

Çalışmamızda İnfluenza bilgi puanı, COVID-19 bilgi puanı, COVID-19 tutum ve davranış puanı da meşlek grupları içerisinde en yüksek sağlık alışanlarında görölmüştür. Harran Üniversitesinde sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada ise COVID-19 aşısı yaptırmak isteyenlerin sıklığı %53,6 idi (130). Fransa da sağlık çalışanları arasında yapılan başka bir çalışmada COVID-19 aşısı mevcudiyetin de aşı

olma isteği %53,2 idi ve zamanla artmıştır (131). Yiğit ve ark.'nın (132) çalışmasına göre sağlık hizmeti sunucularının yarısından fazlası, bir kez mevcut bir COVID-19 aşısına sahip olmaya istekliydi. Red oranları olmasa da kararsızlık oranları yüksek bulundu. Nzaji ve ark.'nın (133) yapmış olduğu bir çalışmaya göre ise sağlık çalışanlarının yalnızca %27,7'si COVID-19 aşısı mevcut olsaydı aşılacaklarını belirtmiştir. Bu çalışmada ise sağlık çalışanlarını kendi arasında incelediğimizde COVID-19 aşısı mevcut olsa yaptırmayı düşünme oranları %37,3 iken, %38,8 olgu aşığı yaptırmayı düşünmüyor, %23,9 u bu konuda kararsızdır. Toplumun rol model gördüğü sağlık çalışanlarının yaklaşık her üçünden ikisinin aşı olmayı kabul etmemesi, COVID-19'un pandemisinin kontrol altına alınma başarısını etkileyecektir. Sonuç olarak, bilimsel kanıtlarla aşılama gerekliliğine ilişkin acil eylem planına ihtiyaç vardır (130).

Bu veriler ne kadar düşük olup endişe verici olsa da, Kaplan ve ark.'nın (134) Türkiye de 1574 sağlık çalışanı üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada Türkiye de aşılama çalışmaları başlamasıyla Sağlık uzmanlarının yaklaşık %84,6'sı mümkün olduğunda COVID-19 aşısını kabul etmeye istekli olduklarını beyan etmiştir. Hekimlerin çoğu (%90,4) COVID-19 aşısını yaptırdığını belirtirken, hemşirelerin %66,5'i, sağlık personelinin %73,9'u da aşı bulunur bulunmaz yaptırmayı tercih etmiştir. Zamanla bu olumlu tablonun oluşmasında etkili olan faktörlerin belirlenip daha ön planda kullanılması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Hem sağlık uzmanları arasında hem de genel olarak toplum genelinde COVID-19 aşılarını yaptırmaya niyet oranlarında farklılıklar vardır. Bunun nedeni, zaman içinde hastalık veya aşılama ile ilgili ülkeye özgü bilgilerin hızlı ve değişen akışı olabilir (134).

Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) tarafından 2015 yılında aşı kararsızlığı hakkında yapılan araştırmaları ve bilgileri bir araya getirmek amacıyla Avrupa'da yapılan çalışmada sırasıyla; aşılama için algılanan bir ihtiyacın olmaması, ulaşım, ücret, sağlayıcılar tarafından bilgilendirme ve yönlendirme eksikliği ve aşının yeni olması aşı kabulünü etkileyen faktörler arasında bulunmuştur (122). Akarsu ve ark.'nın (127) yapmış olduğu çalışmaya göre aşı olma isteğinin en önemli nedeni, aşının sadece kendisi veya çocukları için değil, çevresindeki kişilerin ve çocuklarının sağlığının korunması açısından da önemli olacağını düşünmektir. Bu

da insanların aşıların sadece bireysel değil aynı zamanda sosyal koruma sağladığının da farkında olduklarını göstermektedir. Aşı olmanın ikinci nedeni, COVID-19 hastalığından korunmak için aşının önemli olacağını düşünmektir (127). Bu çalışmaya göre ise COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünen olguları incelediğimizde %55,3'ü (n=99) korunmada etkili bir yöntem olduğuna inandığı için, %39,1'i (n=70) hastalığın tehlikeli bir hastalık olduğunu düşündüğü için, %35,2'si (n=63) aile bireylerine hastalığı bulaştırmaktan korktuğu için, %16,2'si (n=29) aşının ciddi bir yan etkisi olmayacağını düşündüğü için, %17,3'ü (n=31) ciddi bir hastalığı bulunduğu ve risk grubunda olduğu için, %20,7'si Sağlık Bakanlığının açıklamalarına güvendiği için yaptırmayı düşünmektedir. Bu çalışma olguların “Kendin ile beraber başkalarının da korumak amaçlı aşı yaptır” kavramını benimsemeye başladığını gösteriyor.

Harran üniversitesinde sağlıkçılara yapılan bir çalışmada katılımcılar en çok sevdiklerine hastalık bulaştırma kaygısı (%41,5) nedeni ile aşı olmak isterken, en çok yan etki kaygısı nedeniyle (%27,9) aşı olmak istemediklerini bildirmişlerdir (130). Akarsu ve ark.'nın (127) yapmış olduğu çalışmaya göre aşı olmayacağını belirtenler en yaygın neden olarak aşının yan etkilerinden korkma, yeni bir aşı olacağından güvenilir olabileceğini düşünmeme ve COVID-19 enfeksiyonunun biyolojik bir silah olduğunu ve aşının bu virüsü üretenlere hizmet edeceğini düşünme olarak belirtmiştir. Bu çalışmada ise COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünmeyen olgular incelendiğinde yaptırmama nedenleri %50'si (n=92) aşının yan etkilerinden korktuğu için, %29,9'u (n=55) aşının koruyuculuğuna güvenmediği için, %25,5'i (n=47) aşı yaptırmayı gerekecek tıbbi bir durumu olmadığı için, %12,5'i (n=23) risk altında olmadığını düşünme, %8,7'si (n=16) doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inandığı için, %2,7'si (n=5) kişisel inancı gereği, %2,2'si (n=4) enjeksiyondan korktuğu için yaptırmayı düşünmediğini belirtmektedir. Çalışmada COVID-19 aşısı konusundaki kararsızlığın ve aşıyı reddetmenin en sık nedenleri aşının yan etkilerinden korkmak ve yeni bir aşı olacağı için güvenilir olabileceğini düşünmemektir. Temel kaygı, tipik olarak 10-15 yıl içinde geliştirilebilen aşıların bir yıl gibi kısa bir sürede hazırlanması ve güvenlik kaygılarını da beraberinde getirmesi sayılabilir (135). Aşı tereddütleri ve retleri, özellikle yeni pandemik aşılar için aşı

alımının önünde önemli engeller olabilir. Aşının güvenliği ve etkinliği hakkında bilgi, halkın aşıya olan güvenini sağlamak ve kabulünü kolaylaştırmak için çok önemli olacaktır. Ortaya koyduğumuz bu bilgilerin ışığında gelecekteki COVID-19 aşı kampanyasının başarısız olmaması ve hedeflenen düzeyde aşılama yapılabilmesi için medya, politikacılar, sağlık hizmeti sunanlar aşı geliştirme süreçlerini yakından takip etmeli, halkı şeffaf bir şekilde bilgilendirmeli ve halkın endişelerini dikkate almalıdır.

Bu çalışmada kararsız ve olumsuz aşı düşünceleri olan olgulara hangi durumlarda aşı yaptırmayı düşünebileceklerini irdelediğimizde %65,1 (n=339) gibi büyük bir çoğunluğun aşı daha uzun süre kullanılır ve yan etkisi incelenirse aşıya olumlu bakacaklarını belirtmişlerdir. Diğer aşı yaptırmayı etkileyebilecek olumlu kriterleri incelediğimizde sırasıyla, %39,9'u (n=208) Sağlık Bakanlığı tarafından aşı desteklenir ve bilgilendirilirse, %29,4'ü (n=153) hastalık daha ölümcül hale dönüşürse, %23,6'sı (n=123) aile hekimi önerirse, %10,6'sı (n=55) bir yakını COVID-19 olursa, %8,6'sı (n=45) devlet işlerinde görevli yetkililer önerirse, %6,9'u aşı hakkında medya tarafından olumlu haberler yapılırsa %4,6'sı (n=24) para cezası gelirse, %4,6'sı (n=24) da hiçbir şekilde yaptırmayacağını belirtmiştir. Bununla birlikte, aşı tereddüdü, mevcut COVID-19 pandemisinin başarılı kontrolünü engelleyecek belirleyici bir faktör olabilir (136). Bu nedenle, aşı kabul oranlarına ilişkin tahminler, farkındalığı artırmak ve insanları aşılarda güvenliği ve faydaları hakkında temin etmek için gerekli eylemlerin ve müdahale önlemlerinin planlanmasında yardımcı olabilir ve bu da virüsün yayılmasını kontrol etmeye ve bu benzeri görülmemiş pandeminin olumsuz etkilerini hafifletmeye yardımcı olur (122).

Yiğit ve ark.'nın (132) yapmış olduğu çalışmaya göre yaş ile aşı kabulü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve sağlık çalışanının yaşı ne kadar küçükse aşı tereddüt oranı o kadar yüksek bulunmuştur. Yılların mesleki deneyimi aşı kabulü ile ilişkilendirilmiştir ($R= 0,19, p<.05$), ancak aşı reddi ve kararsızlık değişmemiştir ($p>.05$). Aşı kabulünü öngören faktörler doktor statüsü, 10 yıldan fazla mesleki deneyim ve erkek cinsiyettir (132).

Medyada ve bilimsel yayınlarda yaşlılık ve COVID-19 ölümlerinin sıklıkla birbiriyle ilişkilendirilmesi, yaşlılara yönelik kısıtlamaların daha yoğun olmasına neden olmuş, bu da yaşlıların en yüksek COVID-19 risk grubunda olduğu algısını artırmıştır (134). Bu çalışmada 56 yaş ve üzeri olan olgular COVID-19 aşısına daha olumlu yaklaşmış olup, kronik hastalığı bulunması ve özellikle hipertansiyon ve KVH bulunan olguların aşı yaptırmaya istediği anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunan olguların COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşaması da anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ve yaş olarak irdediğimizde yine 56 yaş ve üzeri olan olguların ölüm kaygısı en yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda da olduğu gibi bizim çalışmamızda da ölüm kaygısı daha yüksek olan olguların, COVID-19 aşısı yaptırmaya isteği anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kaplan ve ark.'nın (134) yapmış olduğu çalışmaya göre COVID-19 aşısını kabul etme isteğini etkileyen faktörlerin ileri yaş, erkek cinsiyet, birinci basamak sağlık ocağında çalışma, aile ile yaşama, çocuk sahibi olma, kronik bir hastalığa sahip olma, COVID-19 Korku Ölçeğinin yüksek olması olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise COVID-19 aşılarının etkinlik düzeylerinin çekiciliği üzerine Model 2'de, daha büyük yaş (55+), etkinlik düzeyiyle önemli ölçüde etkileşime girmiş, bu da yüksek etkinliğin daha yaşlı, daha savunmasız sakinler için daha da büyük bir teşvik işlevi gördüğünü göstermiştir (137). Nzaji ve ark.'nın (133) bulmuş olduğu sonuçlara göre yaşlı sağlık çalışanlarında aşiyi kabul etme oranları daha yüksek bulunmuştur. Suidi Arabistan'da web tabanlı bir anket çalışmasında ise 45 yaş ve üzeri olguların aşı kabul oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (138). İsrail'de yapılan bir başka çalışmada risk grubunda olmanın aşı kabul oranlarını artırdığı bulunmuştur (139).

Türkiye'deki kadınlar, genç ve eğitimli anneler arasında yüksek düzeyde aşı tereddüdü bildiren önceki bir çalışma ile tutarlı olarak, COVID-19 aşısı konusunda daha tereddütlü bulunmuştur (128,140). Neumann-Böhme ve ark.'nın (141) yapmış olduğu çalışmaya göre genel olarak aşı reddinin kadınlar arasında (%7) erkeklere (%3) göre iki kattan fazla yaygın olduğunu görülmüştür. Başka nedenleri seçen (%11) katılımcıların açık metin yanıtlarına baktıklarında, yalnızca güvenlikle ilgili

endişeleri değil, aynı zamanda komplo teorileri ve aşılarda genel olarak reddedildiğiyle ilgili yorumları da bulmuşlardır (141). Kadınların çocukları için sağlık bakımı kararları alma olasılıkları daha yüksek olduğundan, aşılarda hakkında bilgi arama ve çevrimiçi aşı karşıtı içeriğe maruz kalma olasılıkları da daha yüksek olabilir (142). Bu çalışmada da benzer şekilde COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşamak kadın cinsiyette anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise COVID-19 aşısı tereddüdünde cinsiyet ve yaşın rolünün değerlendirilmesi, erkeklerin COVID-19 aşılarını kabul etmeye daha meyilli olduğunu ortaya koymuştur. Bu, onların COVID-19 tehlikelerine ilişkin daha yüksek algıları ve hastalığı çevreleyen komplo iddialarına daha düşük inançları ile ilgili olabilir (121). Nzaji ve ark.'nın (133) çalışmasına göre ise erkek sağlık çalışanlarında aşı kabulü daha yüksek bulunmuştur. Kurtuluş ve ark.'nın (130) yapmış olduğu çalışmaya göre COVID-19 aşısı yaptırmayı, erkek cinsiyete sahip olma 2,721, pandemi döneminde aşı yaptırmaya 0,356 ve COVID-19 aşısının insidansı azaltmaya etkisi olduğunu düşünme 19,272 kat etkilemekteydi. Abuown ve ark.'nın (143) sağlık çalışanları arasında yaptığı bir çalışmaya göre kadınlarda, daha genç yaş gruplarında, sağlık görevlilerinde, hemşirelerde, siyah etnik kökenli personelde ve grip aşısını reddedenlerde amaçlanan COVID-19 aşısına olumlu yaklaşım önemli ölçüde azalmıştır. Kadınlarla karşılaştırıldığında, Türkiye'deki erkeklerin bir COVID-19 aşısını kabul etme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (128). Kardiyovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalığı ve kanser gibi diğer toplumsal cinsiyete dayalı sağlık eşitsizlikleri kapsamlı bir şekilde gözden geçirilirken, COVID-19'daki yüksek erkek cinsiyet ölüm oranı, erkeklerde daha yüksek aşı kabul oranıyla sonuçlanabilir (134). Erkeklerde COVID-19 aşısı olma isteğinin yüksek olması, sosyal, kültürel ve geleneksel yapılarıdaki farklılıklara ve erkeklerin risk alma eğilimlerine bağlanabilir (134). Yiğit ve ark.'nın (132) yapmış olduğu çalışmaya göre kadınların yerli ($p<.001$) veya yabancı ($p<.001$) COVID-19 aşısı yaptırmaya konusunda erkeklere göre daha isteksiz olma olasılıkları daha yüksekti. Bu çalışmada ise influenza aşısını erkekler daha güvenli bulurken, COVID-19 aşısı yaptırmaya istekleri olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun nedeninin araştırılması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan bir çalışmada yüksek lisans derecesi ve çocuk sahibi olmak Türkiye'de aşı kabul olasılığını azaltmıştır, ancak Birleşik Krallık'ta azaltmamıştır (128). Amerikada yapılan başka bir çalışmada ise eğitim yılı arttıkça COVID-19 aşısının kabul edildiğinin bildirildiğini bulmuştur (144). Bu çalışmada ise eğitim durumu ile aşı yaptırmak arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ama evli olmayan olgularda COVID-19 tutum puanları daha yüksek olarak bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada dini kaygılara bağlı aşı reddi oranı düşük iken aşı karşıtı sağlık çalışanlarının yaptıkları açıklamaların da etkili olduğu tespit edilmiştir (%3,5 ve %2,1) (122). Bu çalışmada da kişisel inancı gereği aşı yaptırmayı düşünmeme %2,7 gibi küçük bir seviyede görülmüştür.

Çalışmamızda işi gereği ailesine hastalığı bulaştırma endişesi üniversite ve üzeri eğitim durumu olanlar ve sağlık çalışanları arasında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Özellikle COVID-19'a yakalanma riskinin yüksek olduğu bazı mesleklerde zorunlu aşılama ciddi olarak düşünülmelidir: sağlık çalışanları (örn. dış hijyenistleri, aile ve pratisyen hekimler ve hemşireler), ulaşım personeli (örn. uçuş görevlileri, otobüs şoförleri), anaokulu ve okul öğretmenleri, itfaiyeciler ve restoran personeli gibi (145). Yüksek düzeyde COVID-19 aşı tereddütü, özellikle sosyal medyada popüler olan 'büyük ilaç' ve diğer komplo anlatıları tarafından körüklendiğinde, halihazırda devam eden aşı programlarının etkinliğini ciddi şekilde sınırlayabilir (93).

Medyada ve bilimsel makalelerde sıklıkla belirtildiği gibi, sigara içmek COVID-19 için yüksek risk kriteri olarak kabul edilir. Hastalığa yakalanma korkusuna neden olması ve aşı kabulü için daha yüksek bir istek yaratması beklenir (134). Bu görüşün aksine, 29.148 kişiyle yapılan bir sosyal araştırma, sigara içenlerin genellikle aşıların yararlarına güvenmediğini ve sigara içmeyenlere kıyasla COVID-19 aşısını yaptırmada isteksiz veya tereddütlü olduğunu buldu. Bunun sigara içen grupta daha yüksek oranda bekar ve genç olmak gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (146). Bu da çalışmamızla paraleldir. Bu çalışmada sigara kullanmayan olguların, kullanan olgulara göre COVID-19'dan dolayı ölüm kaygısı yaşama oranları, grip ve soğuk algınlığı farkındalığı, grip aşısının hastalığı

önlemekte işe yaradığına olan inanç anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada sigara kullanmayan hastaların COVID-19 tutum puanları daha yüksek seyretmişken, COVID-19 davranış puanı da sigarayı bırakmış olgularda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçlarımız, özellikle Türkiye'de COVID-19 aşısı tereddütünün endişe verici bir düzeyine işaret ediyor ve yeni koronavirüsün kökenine ilişkin bilimsel fikir birliğinin halkla daha geniş bir şekilde iletilmesinin, COVID-19 aşısı tereddüdünü hedefleyen gelecekteki kampanyalara yardımcı olabileceğini öne sürüyor (128). COVID-19 aşısını (örneğin tıbbi nedenlerle) alamayan insan sayısıyla birleştiğinde aşısı yapmak istemeyen nüfusun yüksek payı, sürü bağışıklığının ulaşılamaz olabileceğini düşündürmektedir. Geçmişteki bazı aşılama programları, bazı ölümcül hastalıkları etkili bir şekilde ortadan kaldırmıştır; ancak bu başarı ancak zorunlu koruyucu aşılama programlarının koordineli eğitim çabalarıyla birleştirilmesi sayesinde mümkün olmuştur (93). Kamuoyu araştırmaları ve bugüne kadar yapılan araştırmalar, bireylerin aşılama konusunda isteksiz olma nedenlerine baktığımızda ve bu noktada hala bulunacak çok şey vardır. Aşısı tereddüdü üzerine yapılan araştırmalar, iletişim ve bağışıklama programlarını buna göre uyarlamak için bireysel tutumların arkasındaki nedenleri anlamamanın hayati olduğunu varsaymaktadır (93).

Ancak, çalışmanın bazı sınırlamaları vardır. Birinci olarak bu çalışma, onaylanmış COVID-19 aşısının 3. aşama sonuçları açıklanmadan önce yapılmıştır ve katılımcılar kendi bildirimleriyle yanıt vermişlerdir. İkinci olarak, kayıtların taranmasıyla elde edilen daha büyük örneklemli çalışmalarla bireylerin aşılama oranlarını zaman içinde değişiklik göstermesi ve çalışmamızın belli bir zaman dilimini kapsıyor olmasından yani kesitsel bir çalışma olmasından kaynaklıdır. Daha doğru değerlendirmeler ve tespitler için uzun süreli ve takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

Küresel olayların insanlar üzerinde derin etkiler bırakacağı bilinmekte fakat COVID-19 pandemisinin aşı karşıtlığı konusunda nasıl bir etki göstereceği henüz tahmin edilememektedir. Salgın hastalıklarda insanların aşıya olan tutum ve güven düzeylerinin, o hastalığın pandemi olarak seyretmesi ile beraber, aşının geliştirilme süreci, hastalığın toplumdaki karşılığı, hastaların aşı hakkında bilgilendirilme düzeyleri, bireylerin aşılaraya genel bakış açısı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Uzun yıllar içinde toplumda yapılmış olan aşıların koruyuculuğu, yan etkileri ve komplikasyonları daha iyi gözlemlenebildiği için yeni geliştirilen aşıların daha kısa bir süreçte geliştirilmesi aşıya bakış açısını da etkileyebilir. Daha önce yapılan aşılarında bu dönemde yapılma oranları değişiklik gösterebilir. Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran hastaların COVID-19 ve İnfluenza aşısına hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının inceledik.

Bulduğumuz sonuçlara göre İnfluenza aşısına yaklaşımın olumlu olması COVID-19 aşısına yaklaşımında olumlu şekilde etkilemektedir. Bu yüzden bütün aşılaraya karşı bir farkındalık oluşturmakta önemlidir. Çalışmamızda hekimlerin tavsiyelerinin, aşı kabulünün en önemli belirleyicisi olduğu gösterilmiştir. Sahada çalışan hekimler olarak bu konuda aile hekimlerine de büyük görevler düşmektedir.

Aşı bağışıklama hizmetlerinin temel bir sağlık hizmeti olup en önemli halk sağlığı uygulamaları arasındadır. Aşı, bugün için enfeksiyon hastalığından korunmada en etkili, en güvenli, en ekonomik ve en akılcı tıbbi bir yaklaşımdır. Çalışmamız COVID-19 aşısının ve İnfluenza aşının yaptırmak istememe ve kararsızlık nedenlerini ön plana çıkartmaktadır. Bunların belirlenip çözüm yöntemlerinin bulunması zaruridir. Çünkü pandemi dönemlerinde başarı elde edilebilmesi için toplumun genel popülasyonunun aşı kabulü gerekmektedir.

Halkın doğru bilgi kaynaklarından, doğru bilgilerle bilgilendirilmesi, yeni bir aşı olan COVID-19'a ait yeni çalışmaların herkesle paylaşılması, aşılama stratejilerine olumlu katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Novel Coronavirus. Published January 19, 2020. <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (accessed Jan 19, 2020).
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical Features Of Patients Infected With 2019 Novel Coronavirus In Wuhan, China. *The Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
3. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020;323(11):1061. doi:10.1001/jama.2020.1585
4. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html> (Accessed July 4, 2021.)
5. COVID-19 Türkiye Web Portalı. <https://covid19.tubitak.gov.tr/> (Accessed July 13, 2021.)
6. Morens DM, Daszak P, Markel H, Taubenberger JK. Pandemic COVID-19 Joins History's Pandemic Legion. Lee B, Prasad VR, eds. *mBio*. 2020;11(3):e00812-20. doi:<https://doi.org/10.1128/mBio.00812-20>.
7. Wang J, Peng Y, Xu H, Cui Z, Williams RO. The COVID-19 Vaccine Race: Challenges and Opportunities in Vaccine Formulation. *AAPS PharmSciTech*. 2020;21(6):225. doi:10.1208/s12249-020-01744-7
8. Seyed Hosseini E, Riahi Kashani N, Nikzad H, Azadbakht J, Hassani Bafrani H, Haddad Kashani H. The Novel Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Mechanism Of Action, Detection And Recent Therapeutic Strategies. *Virology*. 2020;551:1-9. doi:10.1016/j.virol.2020.08.011
9. Perlman S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med*. 2020;382(8):760-762. doi:10.1056/NEJMe2001126
10. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A Novel Coronavirus Outbreak Of Global Health Concern. *The Lancet*. 2020;395(10223):470-473. doi:10.1016/S0140-6736(20)30185-9
11. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin And Evolution Of Pathogenic Coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2019;17(3):181-192. doi:10.1038/s41579-018-0118-9
12. De Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS And MERS: Recent Insights Into Emerging Coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2016;14(8):523-534. doi:10.1038/nrmicro.2016.81
13. Luk HKH, Li X, Fung J, Lau SKP, Woo PCY. Molecular Epidemiology, Evolution And Phylogeny of SARS Coronavirus. *Infect Genet Evol*. 2019;71:21-30. doi:10.1016/j.meegid.2019.03.001
14. Phan T. Novel Coronavirus: From Discovery To Clinical Diagnostics. *Infect Genet Evol*. 2020;79:104211. doi:10.1016/j.meegid.2020.104211
15. Tian S, Hu N, Lou J, Chen K, Kang X, Xiang Z, et al. Characteristics Of COVID-19 Infection In Beijing. *J Infect*. 2020;80(4):401-406. doi:10.1016/j.jinf.2020.02.018

16. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus From Patients With Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017
17. Fung TS, Liu DX. Human Coronavirus: Host-Pathogen Interaction. *Annu Rev Microbiol.* 2019;73(1):529-557. doi:10.1146/annurev-micro-020518-115759
18. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A Familial Cluster Of Pneumonia Associated With The 2019 Novel Coronavirus Indicating Person-To-Person Transmission: A Study Of A Family Cluster. *The Lancet.* 2020;395(10223):514-523. doi:10.1016/S0140-6736(20)30154-9
19. Organization W.H. World Health Organization (WHO); 2020. Pneumonia of Unknown Cause—China. Emergencies Preparedness, Response, Disease Outbreak News.
20. Carlos WG, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(4):P7-P8. doi:10.1164/rccm.2014P7
21. Lei J, Kusov Y, Hilgenfeld R. Nsp3 Of Coronaviruses: Structures And Functions Of A Large Multi-Domain Protein. *Antiviral Res.* 2018;149:58-74. doi:10.1016/j.antiviral.2017.11.001
22. Woo PCY, Lau SKP, Lam CSF, Lau CCY, Tsang AKL, Lau JHN, et al. Discovery of Seven Novel Mammalian And Avian Coronaviruses in the Genus Deltacoronavirus Supports Bat Coronaviruses as the Gene Source of Alphacoronavirus and Betacoronavirus and Avian Coronaviruses as the Gene Source of Gammacoronavirus and Deltacoronavirus. *J Virol.* 2012;86(7):3995-4008. doi:10.1128/JVI.06540-11
23. Li F. Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. *Annu Rev Virol.* 2016;3(1):237-261. doi:10.1146/annurev-virology-110615-042301
24. Masters PS. The Molecular Biology Of Coronaviruses. *Adv Virus Res.* 2006;66:193-292. doi:10.1016/S0065-3527(06)66005-3
25. Zhu Z, Zhang Z, Chen W, Cai Z, Ge X, Zhu H, et al. Predicting The Receptor-Binding Domain Usage Of The Coronavirus Based On Kmer Frequency On Spike Protein. *Infect Genet Evol.* 2018;61:183-184. doi:10.1016/j.meegid.2018.03.028
26. Fahimi H, Mohammadipour M, Haddad Kashani H, Parvini F, Sadeghizadeh M. Dengue Viruses And Promising Envelope Protein Domain III-Based Vaccines. *Appl Microbiol Biotechnol.* 2018;102(7):2977-2996. doi:10.1007/s00253-018-8822-y
27. Song Z, Xu Y, Bao L, Zhan L, Yu P, Qu Y, et al. From SARS to MERS, Thrusting Coronaviruses Into The Spotlight. *Viruses.* 2019;11(1):59. doi:10.3390/v11010059
28. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, Prevention, And Potential Therapeutic Opportunities. *Clin Chim Acta Int J Clin Chem.* 2020;508:254-266. doi:10.1016/j.cca.2020.05.044
29. Woo PCY, Huang Y, Lau SKP, Yuen K-Y. Coronavirus Genomics And Bioinformatics Analysis. *Viruses.* 2010;2(8):1804-1820. doi:10.3390/v2081803

30. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus In The United States. *N Engl J Med.* 2020;382(10):929-936. doi:10.1056/NEJMoa2001191
31. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical Course And Outcomes Of Critically Ill Patients With SARS-Cov-2 Pneumonia In Wuhan, China: A Single-Centered, Retrospective, Observational Study. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):475-481. doi:10.1016/S2213-2600(20)30079-5
32. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032
33. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A Pneumonia Outbreak Associated With A New Coronavirus Of Probable Bat Origin. *Nature.* 2020;579(7798):270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7
34. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological And Clinical Characteristics Of 99 Cases Of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia In Wuhan, China: A Descriptive Study. *The Lancet.* 2020;395(10223):507-513. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7
35. Altın Z, Covid 19 Pandemisinde Yaşlılar. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2020;30(Ek sayı):49-57. doi:10.5222/terh.2020.93723
36. Badawi A, Ryoo SG. Prevalence Of Comorbidities In The Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV): A Systematic Review And Meta-Analysis. *Int J Infect Dis.* 2016;49:129-133. doi:10.1016/j.ijid.2016.06.015
37. Channappanavar R, Fett C, Mack M, Ten Eyck PP, Meyerholz DK, Perlman S. Sex-Based Differences in Susceptibility To Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection. *J Immunol.* 2017;198(10):4046-4053. doi:10.4049/jimmunol.1601896
38. T. C. Sağlık Bakanlığı Güncel COVID-19 Tedavi Rehberi | 7 Mayıs 2021 - EKMUD. <https://www.ekmud.org.tr/haber/516-t-c-saglik-bakanligi-guncel-COVID-19-tedavi-rehberi-7-mayis-2021> (Accessed July 4, 2021.)
39. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tanı. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/COVID-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf> (Accessed July 11, 2021.)
40. Li G, Fan Y, Lai Y, Han T, Li Z, Zhou P, et al. Coronavirus Infections And Immune Responses. *J Med Virol.* 2020;92(4):424-432. doi:10.1002/jmv.25685
41. Moxley G, Posthuma D, Carlson P, Estrada E, Han J, Benson LL, et al. Sexual dimorphism in innate immunity. *Arthritis Rheum.* 2002;46(1):250-258. doi:10.1002/1529-0131(200201)46:1<250::AID-ART10064>3.0.CO;2-T
42. Yao Y, Cao J, Wang Q, Shi Q, Liu K, Luo Z, et al. D-dimer As A Biomarker For Disease Severity And Mortality In COVID-19 Patients: A Case Control Study. *J Intensive Care.* 2020;8:49. doi:10.1186/s40560-020-00466-z

43. Xie X, Zhong Z, Zhao W, Zheng C, Wang F, Liu J. Chest CT for Typical Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia: Relationship to Negative RT-PCR Testing. *Radiology*. 2020;296(2):E41-E45. doi:10.1148/radiol.2020200343
44. Chung M, Bernheim A, Mei X, Zhang N, Huang M, Zeng X, et al. CT Imaging Features of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). *Radiology*. 2020;295(1):202-207. doi:10.1148/radiol.2020200230
45. Günay E. Klinisyen Gözüyle COVID-19 Tedavisi. *YIU Sağlık Bil Derg* 2020;1:18–23
46. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/> (Accessed July 4, 2021)
47. Akbiyik A, Avşar Ö. Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2020;5(2):109-116.
48. COVID-19 Rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/COVID-19-rehberi.html> (Accessed July 4, 2021)
49. Kaya O. COVID-19 Aşıları. *SDÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2021;COVID-19 Özel Sayı(1):31-35. doi:10.17343/sdutfd.905059
50. Ball P. The Lightning-Fast Quest For COVID Vaccines - And What It Means For Other Diseases. *Nature*. 2021;589(7840):16-18. doi:10.1038/d41586-020-03626-1
51. WHO. Coronavirus Disease (COVID-19): Vaccines WHO. Is There A Vaccine For COVID-19. [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(COVID-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiAkKCBhAyEiwAKQBCKvyhqJ6TYqbRZxC522hmAi9c4KcbFnz2XKDaxQA6kDbOTCsQILDZ-RoCMYMQAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(COVID-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiAkKCBhAyEiwAKQBCKvyhqJ6TYqbRZxC522hmAi9c4KcbFnz2XKDaxQA6kDbOTCsQILDZ-RoCMYMQAvD_BwE) (Published March 7, 2021.)
52. Kaur SP, Gupta V. COVID-19 Vaccine: A Comprehensive Status Report. *Virus Res*. 2020;288:198114. doi:10.1016/j.virusres.2020.198114
53. Callaway E. The Race For Coronavirus Vaccines: A Graphical Guide. *Nature*. 2020;580(7805):576-577. doi:10.1038/d41586-020-01221-y
54. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absolon J, Gurtman A, Lochart A, et al. Safety And Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020;383(27):2603-2615. doi:10.1056/NEJMoa2034577
55. Shimabukuro T, Nair N. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. *Jama*. 2021;325(8):780-781. doi:10.1001/jama.2021.0600
56. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy And Safety Of The mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med*. 2021;384(5):403-416. doi:10.1056/NEJMoa2035389
57. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, et al. Safety And Efficacy Of The ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine (AZD1222) Against SARS-CoV-2: An Interim

- Analysis Of Four Randomised Controlled Trials In Brazil, South Africa, And The UK. *The Lancet*. 2021;397(10269):99-111. doi:10.1016/S0140-6736(20)32661-1
58. Logunov DY, Dolzhikova IV, Zubkova OV, Tukhvatulin AI, Shcheblyakov DV, Dzharullaeva AS, et al. Safety And Immunogenicity Of An rAd26 And rAd5 Vector-Based Heterologous Prime-Boost COVID-19 Vaccine In Two Formulations: Two Open, Non-randomised Phase 1/2 Studies From Russia. *The Lancet*. 2020;396(10255):887-897. doi:10.1016/S0140-6736(20)31866-3
 59. Sadoff J, Le Gars M, Shukarev G, Heerwegh D, Truyers C, Groot AMD, et al. Interim Results Of A Phase 1-2a Trial of Ad26.COV2.S COVID-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2021;384(19):1824-1835. doi:10.1056/NEJMoa2034201
 60. Johnson & Johnson COVID-19 Vaccine Authorized by U.S. FDA For Emergency Use | Johnson & Johnson. Content Lab U.S. <https://www.jnj.com/johnson-johnson-COVID-19-vaccine-authorized-by-u-s-fda-for-emergency-usefirst-single-shot-vaccine-in-fight-against-global-pandemic> (Accessed June 14, 2021)
 61. WHO . s.l.: World Health Organisation; 2020. Draft Landscape Of COVID-19 Candidate Vaccines. <https://scholar.google.com/scholar?q=WHO+Draft+landscape+of+COVID-19+candidate+vaccines+2020+s.l.:+World+Health+Organisation+>
 62. Mahase E. COVID-19: Novavax Vaccine Efficacy Is 86% Against UK Variant And 60% Against South African Variant. *BMJ*. 2021;372:n296. doi:10.1136/bmj.n296
 63. Novavax COVID-19 Vaccine Demonstrates 89.3% Efficacy in UK Phase 3 Trial | Novavax Inc. - IR Site. <https://ir.novavax.com/news-releases/news-release-details/novavax-COVID-19-vaccine-demonstrates-893-efficacy-uk-phase-3> (Accessed June 14, 2021)
 64. Kaygusuz S, Gül S. Grip Ve Aşı. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2018;20(3):329-344. doi:10.24938/kutfd.500424
 65. Toots M, Plemper RK. Next-Generation Direct-Acting Influenza Therapeutics. *Transl Res*. 2020;220:33-42. doi:10.1016/j.trsl.2020.01.005
 66. Reeves JD, Gallo SA, Ahmad N, Miamidian JL, Harvey PE, Sharron M, et al. Sensitivity of HIV-1 To Entry Inhibitors Correlates With Envelope/Coreceptor Affinity, Receptor Density, And Fusion Kinetics. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002;99(25):16249-16254. doi:10.1073/pnas.252469399
 67. Buchy P, Badur S. Who And When To Vaccinate Against Influenza. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2020;93:375-387. doi:10.1016/j.ijid.2020.02.040
 68. Epidemiology Of Influenza - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-influenza?search=influenza&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4 (Accessed March 14, 2021)
 69. Dharmapalan D. Influenza. *Indian J Pediatr*. Published online February 11, 2020:1-5. doi:10.1007/s12098-020-03214-1

70. Lowen AC, Steel J. Roles Of Humidity And Temperature In Shaping Influenza Seasonality. *J Virol*. 2014;88(14):7692-7695. doi:10.1128/JVI.03544-13
71. Ng S, Gordon A. Influenza Burden And Transmission In The Tropics. *Curr Epidemiol Rep*. 2015;2(2):89-100. doi:10.1007/s40471-015-0038-4
72. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. Influenza. Centers For Disease Control And Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, Eds. 12th Ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2011. p. 151-172.
73. Simonsen L, Clarke MJ, Williamson GD, Stroup DF, Arden NH, Schonberger LB. The Impact Of Influenza Epidemics On Mortality: Introducing A Severity Index. *Am J Public Health*. 1997;87(12):1944-1950. doi:10.2105/ajph.87.12.1944
74. Badur S. Erişkin Bağışıklamasında Grip Aşısı. *Klin Tıp Aile Hekim*. 2016;8(5):55-63.
75. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Estimates Of Deaths Associated With Seasonal Influenza - United States, 1976-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(33):1057-1062.
76. Ciblak MA, Grip Platformu. Influenza Vaccination In Turkey: Prevalence Of Risk Groups, Current Vaccination Status, Factors Influencing Vaccine Uptake And Steps Taken To Increase Vaccination Rate. *Vaccine*. 2013;31(3):518-523. doi:10.1016/j.vaccine.2012.11.022
77. Van Der Sluijs KF, Van Der Poll T, Lutter R, Juffermans NP, Schultz MJ. Bench-To-Bedside Review: Bacterial Pneumonia With Influenza - Pathogenesis And Clinical Implications. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(2):219. doi:10.1186/cc8893
78. Rowe HM, Meliopoulos VA, Iverson A, Bomme P, Schultz-Cherry S, Rosch JW. Direct Interactions With Influenza Promote Bacterial Adherence During Respiratory Infections. *Nat Microbiol*. 2019;4(8):1328-1336. doi:10.1038/s41564-019-0447-0
79. Magee H, Goldman RD. Viral Myositis In Children. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2017;63(5):365-368.
80. Monto AS, Gravenstein S, Elliott M, Colopy M, Schweinle J. Clinical Signs And Symptoms Predicting Influenza Infection. *Arch Intern Med*. 2000;160(21):3243-3247. doi:10.1001/archinte.160.21.3243
81. Information On Rapid Molecular Assays, RT-PCR, And Other Molecular Assays For Diagnosis Of Influenza Virus Infection | CDC. Published October 21, 2019. Accessed July 4, 2021. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/molecular-assays.htm>
82. Bruning AHL, Leeflang MMG, Vos JMBW, Spijker R, Jong MDD, Wolthers KC, et al. Rapid Tests For Influenza, Respiratory Syncytial Virus, And Other Respiratory Viruses: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2017;65(6):1026-1032. doi:10.1093/cid/cix461
83. Landry ML, Cohen S, Ferguson D. Real-time PCR Compared To Binax Now And Cytospin-Immunofluorescence For Detection Of Influenza In Hospitalized Patients. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol*. 2008;43(2):148-151. doi:10.1016/j.jcv.2008.06.006

84. Covalciuc KA, Webb KH, Carlson CA. Comparison Of Four Clinical Specimen Types For Detection Of İnfluenza A And B Viruses By Optical İmmunoassay (FLU OIA test) and cell culture methods. J Clin Microbiol. 1999;37(12):3971-3974. doi:10.1128/JCM.37.12.3971-3974.1999
85. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, File TM, Gravenstein S, Hayden FG, McGeer AJ, et al. Seasonal İnfluenza İn Adults And Children--Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, And İnstitutional Outbreak Management: Clinical Practice Guidelines Of The Infectious Diseases Society Of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2009;48(8):1003-1032. doi:10.1086/598513
86. Fiore AE, Fry A, Shay D, Gubareva L, Bresee JS, Uyeki TM, et al. Antiviral Agents For The Treatment And Chemoprophylaxis Of İnfluenza --- Recommendations Of The Advisory Committee On Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 2011;60(1):1-24.
87. Grohskopf LA. Prevention And Control Of Seasonal İnfluenza With Vaccines: Recommendations Of The Advisory Committee On Immunization Practices—United States, 2018–19 İnfluenza Season. MMWR Recomm Rep. 2018;67. doi:10.15585/mmwr.rr6703a1
88. EKMUD Rehberleri - EKMUD. <https://www.ekmud.org.tr/rehberler/1-ekmud-rehberleri> (Accessed July 4, 2021).
89. Centers For Disease Control And Prevention (CDC). İnfluenza Activity--United States, 2012-13 Season And Composition Of The 2013-14 İnfluenza Vaccine. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013;62(23):473-479.
90. Ulusal Pandemi Hazırlık Planı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-haberler/ulusal-pandemi-hazirlik-planı.html> (Accessed July 9, 2021).
91. Fiore AE, Uyeki TM, Broder K, Finelli L, Euler GL, Singleton JA, et al. Prevention And Control Of İnfluenza With Vaccines: Recommendations Of The Advisory Committee On Immunization Practices (ACIP), 2010. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 2010;59(RR-8):1-62.
92. Yıldız Y, Telatar TG, Baykal M, Aykanat B, Yıldız İE. COVID-19 Pandemi Döneminde Aşı Reddinin değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. Published online February 15, 2021. doi:10.33631/duzcesbed.827142
93. Feleszko W, Lewulis P, Czarnecki A, Waszkiewicz P. Flattening The Curve Of COVID-19 Vaccine Rejection-An International Overview. Vaccines. 2021;9(1):44. doi:10.3390/vaccines9010044
94. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel Aİ, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Knowledge, Attitude And Behaviors Of Adults About Adulthood Immunization. Turk J Fam Med Prim Care. Published online August 27, 2018:215-225. doi:10.21763/tjfmprc.452487
95. Erişkinlerin Erişkinlik Dönemi Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları | TR Dizin.

<https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TVRVNU5Ua3dNQT09> (Accessed June 30, 2021).

96. Gümüşer S. Ayaktan Hasta Olarak Sağlık Hizmeti İçin Başvuran Kişilerin İnfluenza Aşısı Hakkındaki Bilgi Durumu Ve Aşı Olma Konusundaki Yaklaşımını Değerlendirmeyi Amaçlayan Bir Anket Çalışması, İstanbul Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020
97. Wheelock A, Parand A, Rigole B, Thamson A, Miraldo M, Vincent C, et al. Socio-Psychological Factors Driving Adult Vaccination: A Qualitative Study. PLOS ONE. 2014;9(12):e113503. doi:10.1371/journal.pone.0113503
98. Mehta B, Chawla S, Kumar V, Jindal H, Bhatt B. Adult Immunization: The Need To Address. Hum Vaccines Immunother. 2014;10(2):306-309. doi:10.4161/hv.26797
99. Crowley KA, Myers R, Magda LA, Morse SS, Brandt-Rauf P, Gershon RRM. Prevalence And Factors Associated With 2009 To 2011 İnfluenza Vaccinations At A University Medical Center. Am J Infect Control. 2013;41(9):824-830. doi:10.1016/j.ajic.2012.11.020
100. Çiftci F, Şen E, Demir N, Kayacan O. Which Factors Effects Patients Belief And Attitudes About İnfluenza Vaccination?. Tuberik Ve Toraks. 2017;65(4):308-316. doi:10.5578/tt.66324
101. Adadan Güvenç I, Parıldar H, Şahin MK, Erbek SS. Better Knowledge And Regular Vaccination Practices Correlate Well With Higher Seasonal İnfluenza Vaccine Uptake İn People At Risk: Promising Survey Results From A University Outpatient Clinic. Am J Infect Control. 2017;45(7):740-745. doi:10.1016/j.ajic.2017.02.041
102. Ozisik L, Tanriover MD, Rigby S, Unal S, European Federation Of Internal Medicine Advice Working Group. Advice For A Healthier Life: Adult Vaccination Campaign İn Europe. Eur J Intern Med. 2016;33:14-20. doi:10.1016/j.ejim.2016.04.021
103. Hellfritzsch M, Thomsen RW, Baggesen LM, Larsen FB, Sørensen HT, Christiansen CF. Lifestyle, Socioeconomic Characteristics, And Medical History Of Elderly Persons Who Receive Seasonal İnfluenza Vaccination İn A Tax-Supported Healthcare System. Vaccine. 2017;35(18):2396-2403. doi:10.1016/j.vaccine.2017.03.040
104. Takayama M, Wetmore CM, Mokdad AH. Characteristics Associated With The Uptake Of İnfluenza Vaccination Among Adults İn The United States. Prev Med. 2012;54(5):358-362. doi:10.1016/j.ypmed.2012.03.008
105. Çelebi Sözen Z, Mısırlıgil M, Çerçi P, Aydın Ö, Kendirlihan R, Sin B, et al. [Attitudes Of Adult Asthma Patients Towards İnfluenza Vaccination]. Tuberik Ve Toraks. 2016;64(4):269-274.
106. Nitsch-Osuch A, Gołębiak I, Wyszowska D, Rosinska R, Kargul L, Szuba B et al. İnfluenza Vaccination Coverage Among Polish Patients With Chronic Diseases. Adv Exp Med Biol. 2017;968:19-34. doi:10.1007/5584_2016_193
107. Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J. Vaccine Hesitancy İn Austria : A Cross-Sectional Survey. Wien Klin Wochenschr. 2017;129(1-2):59-64. doi:10.1007/s00508-016-1062-1
108. Chen SC, Hawkins G, Aspinall E, Patel N. Factors İnfluencing Uptake Of İnfluenza A (H1N1) Vaccine Amongst Healthcare Workers İn A Regional Pediatric Centre: Lessons For Improving Vaccination Rates. Vaccine. 2012;30(2):493-497. doi:10.1016/j.vaccine.2011.04.032

109. Smedley J, Poole J, Waclawski E, Stevens A, Harrison J, Watson J, et al. Influenza Immunisation: Attitudes And Beliefs Of UK Healthcare Workers. *Occup Environ Med.* 2007;64(4):223-227. doi:10.1136/oem.2005.023564
110. Lehmann BA, Ruiter RA, Wicker S, van Dam D, Kok G. "I Don't See An Added Value For Myself": A Qualitative Study Exploring The Social Cognitive Variables Associated With Influenza Vaccination Of Belgian, Dutch And German Healthcare Personnel. *BMC Public Health.* 2014;14:407. doi:10.1186/1471-2458-14-407
111. Dedoukou X, Nikolopoulos G, Maragos A, Giannoulidou S, Maltezos HC. Attitudes Towards Vaccination Against Seasonal Influenza Of Health-Care Workers In Primary Health-Care Settings In Greece. *Vaccine.* 2010;28(37):5931-5933. doi:10.1016/j.vaccine.2010.06.108
112. European Centre For Disease Prevention And Control. Rapid Literature Review On Motivating Hesitant Population Groups In Europe To Vaccinate. Publications Office; 2015. Accessed June 27, 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2900/702238>
113. Akan H, Yavuz E, Yayla ME, Külbay H, Kaspar EC, Zahmacioğlu O, et al. Factors Affecting Uptake Of Influenza Vaccination Among Family Physicians. *Vaccine.* 2016;34(14):1712-1718. doi:10.1016/j.vaccine.2016.01.057
114. Olatunbosun OD, Esterhuizen TM, Wiysonge CS. A Cross Sectional Survey To Evaluate Knowledge, Attitudes And Practices Regarding Seasonal Influenza And Influenza Vaccination Among Diabetics In Pretoria, South Africa. *Vaccine.* 2017;35(47):6375-6386. doi:10.1016/j.vaccine.2017.10.006
115. Sökel Kant S, Önal Ö. Birinci Basamak Sağlık Personelinin Mevsimsel İnfluenza Aşısı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2016;8(1):41-46.
116. Puig-Barberà J, Arnedo-Pena A, Pardo-Serrano F, Tirado-Balaguer MD, Perez-Vilar S, Silvestre-Silvestre E, et al. Effectiveness Of Seasonal 2008-2009, 2009-2010 And Pandemic Vaccines, To Prevent İnfluenza Hospitalizations During The Autumn 2009 İnfluenza Pandemic Wave İn Castellón, Spain. A Test-Negative, Hospital-Based, Case-Control Study. *Vaccine.* 2010;28(47):7460-7467. doi:10.1016/j.vaccine.2010.09.042
117. Thindwa D, Garcia Quesada M, Liu Y, Bennett J, Cohen C, Knoll MD, et al. Use Of Seasonal İnfluenza And Pneumococcal Polysaccharide Vaccines İn Older Adults To Reduce COVID-19 Mortality. *Vaccine.* 2020;38(34):5398-5401. doi:10.1016/j.vaccine.2020.06.047
118. Paguio JA, Yao JS, Dee EC. Silver Lining Of COVID-19: Heightened Global Interest İn Pneumococcal And İnfluenza Vaccines, An İnfoepidemiology Study. *Vaccine.* 2020;38(34):5430-5435. doi:10.1016/j.vaccine.2020.06.069
119. Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, Tardy B, Rozaire O, Frappe B, et al. Intention To Get Vaccinations Against COVID-19 İn French Healthcare Workers During The First Pandemic Wave: A Cross-Sectional Survey. *J Hosp Infect.* 2021;108:168-173. doi:10.1016/j.jhin.2020.11.020
120. Wang K, Wong ELY, Ho KF, Cheung AWL, Chan EYY, Yeoh EK, et al. Intention Of Nurses To Accept Coronavirus Disease 2019 Vaccination And Change Of Intention To Accept Seasonal

- Influenza Vaccination During The Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Survey. *Vaccine*. 2020;38(45):7049-7056. doi:10.1016/j.vaccine.2020.09.021
121. Sallam M, Dababseh D, Eid H, Al-Mahzoum K, Al-Haidar A, Taim D, et al. High Rates Of COVID-19 Vaccine Hesitancy And Its Association With Conspiracy Beliefs: A Study In Jordan And Kuwait Among Other Arab Countries. *Vaccines*. 2021;9(1):42. doi:10.3390/vaccines9010042
 122. M S. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review Of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines*. 2021;9(2). doi:10.3390/vaccines9020160
 123. Randolph HE, Barreiro LB. Herd Immunity: Understanding COVID-19. *Immunity*. 2020;52(5):737-741. doi:10.1016/j.immuni.2020.04.012
 124. Cornwall W. Just 50% Of Americans Plan To Get A COVID-19 Vaccine. Here's How To Win Over The Rest. *Science*. American Association For The Advancement Of Science (2020). Available online at: <https://www.sciencemag.org/news/2020/06/just-50-americans-plan-get-COVID-19-vaccine-here-s-how-winover-rest>
 125. Zigron A, Dror AA, Morozov NG, Shani T, Khalil TH, Eisanbach N, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance Among Dental Professionals Based On Employment Status During the Pandemic. *Front Med*. 2021;8:618403. doi:10.3389/fmed.2021.618403
 126. Graeber D, Schmidt-Petri C, Schröder C. Attitudes On Voluntary And Mandatory Vaccination Against COVID-19: Evidence From Germany. *PloS One*. 2021;16(5):e0248372. doi:10.1371/journal.pone.0248372
 127. Akarsu B, Canbay Özdemir D, Ayhan Baser D, Aksoy H, Fidancı İ, Cankurtaran M. While Studies On COVID-19 Vaccine Is Ongoing, The Public's Thoughts And Attitudes To The Future COVID-19 Vaccine. *Int J Clin Pract*. 2021;75(4):e13891. doi:10.1111/ijcp.13891
 128. Salali GD, Uysal MS. COVID-19 Vaccine Hesitancy Is Associated With Beliefs On The Origin Of The Novel Coronavirus In The UK And Turkey. *Psychol Med*. Published online undefined/ed:2020;1-3. doi:10.1017/S0033291720004067
 129. Cerda AA, García LY. Hesitation And Refusal Factors In Individuals' Decision-Making Processes Regarding A Coronavirus Disease 2019 Vaccination. *Front Public Health*. 2021;9:626852. doi:10.3389/fpubh.2021.626852
 130. Kurtuluş Ş, Can R. What Do Health Care Professionals Think About COVID-19 Vaccine Applications: A University Example. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2021;18(1):29-34. doi:10.35440/hutfd.908043
 131. Janssen C, Maillard A, Bodelet C, Claudel AL, Gaillat J, Delory T, et al. Hesitancy Towards COVID-19 Vaccination Among Healthcare Workers: A Multi-Centric Survey In France. *Vaccines*. 2021;9(6):547. doi:10.3390/vaccines9060547
 132. Yigit M, Ozkaya-Parlakay A, Senel E. Evaluation Of COVID-19 Vaccine Acceptance Of Healthcare Providers In A Tertiary Pediatric Hospital. *Hum Vaccines Immunother*. Published online May 21, 2021:1-5. doi:10.1080/21645515.2021.1918523

133. Kabamba Nzaji M, Kabamba Ngombe L, Ngoie Mwamba G, Banda Ndala DB, Mbidi Miema J, Luhata Lungoyo C, et al. Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmatic Obs Res.* 2020;11:103-109. doi:10.2147/POR.S271096
134. Kaplan AK, Sahin MK, Parildar H, Adadan Guvenc I. The Willingness To Accept The COVID-19 Vaccine And Affecting Factors Among Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study In Turkey. *Int J Clin Pract.* Published online April 16, 2021:e14226. doi:10.1111/ijcp.14226
135. Lurie N, Saville M, Hatchett R, Halton J. Developing COVID-19 Vaccines at Pandemic Speed. *N Engl J Med.* 2020;382(21):1969-1973. doi:10.1056/NEJMp2005630
136. Palamenghi L, Barelo S, Boccia S, Graffigna G. Mistrust In Biomedical Research And Vaccine Hesitancy: The Forefront Challenge In The Battle Against COVID-19 In Italy. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(8):785-788. doi:10.1007/s10654-020-00675-8
137. McPhedran R, Toombs B. Efficacy or delivery? An Online Discrete Choice Experiment To Explore Preferences For COVID-19 Vaccines In The UK. *Econ Lett.* 2021;200:109747. doi:10.1016/j.econlet.2021.109747
138. Al-Mohaithef M, Padhi BK. Determinants Of COVID-19 Vaccine Acceptance In Saudi Arabia: A Web-Based National Survey. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:1657-1663. doi:10.2147/JMDH.S276771
139. Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, Morozov NG, Mizrahi M, Zigron A, et al. Vaccine Hesitancy: The Next Challenge In The Fight Against COVID-19. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(8):775-779. doi:10.1007/s10654-020-00671-y
140. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine Rejection And Hesitation In Turkey. *Hum Vaccines Immunother.* 2020;16(5):1034-1039. doi:10.1080/21645515.2020.1717182
141. Neumann-Böhme S, Varghese NE, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, Exel JV, et al. Once We Have It, Will We Use It? A European Survey On Willingness To Be Vaccinated Against COVID-19. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care.* 2020;21(7):977-982. doi:10.1007/s10198-020-01208-6
142. Smith N, Graham T. Mapping The Anti-Vaccination Movement On Facebook. *Inf Commun Soc.* Published online December 27, 2017. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1369118X.2017.1418406> (Accessed July 1, 2021)
143. Abuown A, Ellis T, Miller J, Davidson R, Kachwala Q, Medeiros M, et al. COVID-19 Vaccination Intent Among London Healthcare Workers. *Occup Med Oxf Engl.* Published online May 18, 2021:kqab057. doi:10.1093/occmed/kqab057
144. Malik AA, McFadden SM, Elharake J, Omer SB. Determinants Of COVID-19 Vaccine Acceptance In The US. *EClinicalMedicine.* 2020;26:100495. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100495
145. Chan MS, Jamieson KH, Albarracin D. Prospective Associations Of Regional Social Media Messages With Attitudes And Actual Vaccination: A Big Data And Survey Study Of The Influenza Vaccine In The United States. *Vaccine.* 2020;38(40):6236-6247. doi:10.1016/j.vaccine.2020.07.054

146. Jackson SE, Paul E, Brown J, Steptoe A, Fancourt D. Negative Vaccine Attitudes And Intentions To Vaccinate Against COVID-19 In Relation To Smoking Status: A Population Survey Of UK Adults. *Nicotine Tob Res.* Published online March 5, 2021. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab039> (Accessed July 11, 2021).



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Hanife UÇAR
Doğum yeri ve tarihi :
Medeni durumu : Evli
E-posta :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2018-2021 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık
Eğitimi
2010-2016 Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kütahya

III- Ünvanları

2018-2021 Aile Hekimi Asistanı
2016-2017 Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2018-2021 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
2016-2017 Tavşanlı Toplum Sağlığı Merkezi, Kütahya

9.EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
16/12/2020 08:56 - E-93471371 - 314.10 - E.21813
00130793338

Sayı : 93471371-514.10
Konu : E.Kurul -E-20 - Etik Kurul Kararları

493 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden "*Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Covid-19 ve İnfluenza Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

10/12/2020

Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Birimi. Hacıettepe Mah.
Ulucanlar Cad. No:89 Altındağ / ANKARA
Telefon: Faks No: 0312 363-33 96

e-Posta: arzu.dogan2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: arzu.dogan2@saglik.gov.tr

Belge Doğrulama Kodu: 34f156d2-20a1-4eb6-be85-8b185f1e4b3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Bilgi için: Arzu DOĞAN

SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No: (0 312) 595 31 89

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Covid-19 ve İnfluenza Aşılı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. İsmail ARSLAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Gözlemsel Çalışma	a- ☒	
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	b- ☐	
		b-)Prospektif Çalışma	c- ☐	
		c-)Retrospektif Çalışma		
		FAZ 1		
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
İlaç dışı klinik araştırma	☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
Diger ise belirtiniz:				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı: A.D./Çocuk Prof. Dr. Ulbur KOCER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Covid-19 ve İnfluenza Aşları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 493/2020	Tarih: 10/12/2020					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. İsmail ARSLAN' ın sorumluluğunda yapılması planlanan Dr. Hanife UÇAR' ın Tez çalışması olan "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Covid-19 ve İnfluenza Aşları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yükümlülük ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Ayhan TEKİNER	Beyin ve Sinir Cerrahisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağrı Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Öğr. Grv. Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		

Etik Kurul Başkanı'nın
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Covid-19 ve İnfluenza Aşları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Rukiye SAÇ ÜNSAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av. Muhammed KARABIYIK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Sovadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

EK-2. ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN COVID-19 VE İNFLUENZA AŞILARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastaların COVID-19 ve influenza aşılıları hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik bir çalışma için veri toplamak amacıyla size uygulanmaktadır. Anketteki sorulara vereceğiniz doğru yanıtlar, bu çalışmanın geçerli ve güvenilir bir şekilde sonuçlandırılması yönünden önem taşımaktadır.

Bu anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacaktır ve gizli tutulacaktır. Anket formundaki tüm soruları içtenlikle cevaplamanızı rica ederiz.

Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Uzm. Dr. İsmail ARSLAN
Dr. Hanife ÇETİNKAYA

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir? ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz?

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul

4. Eğitim durumunuz?

☐ Okur-yazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri mezunu

5. Mesleğiniz? (Lütfen yaptığınız işi belirtiniz).....

6. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bıraktım

7. Yukarıdaki soruya yanıtınız “Evet” yada “Bıraktım” ise;

“Evet” ise yıldır, günde tane içiyorum

“Bıraktım” ise yıl, günde tane içtim, yıl önce bıraktım.

8. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki A ve B sorularını yanıtlayınız.

A) Kronik hastalığınız/hastalıklarınız nedir?

☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐ Astım ☐ KOAH ☐ Kalp
hastalığı

☐ Diğerleri (belirtiniz)

B) Kaç yıldır kronik hastalığınız var?.....

9. İnfluenza (grip) aşının gribe karşı koruyucu olduğunu hiç duydunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

(Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki 10-16 soruları cevaplayınız)

10. Grip aşısı hakkındaki bilgiyi nerden edindiniz?

- ☐ Hekim
- ☐ Çevremdeki kişilerden
- ☐ İnternet/sosyal medya
- ☐ Televizyon
- ☐ Gazete
- ☐ Afiş, broşür ve bülten
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:.....

11. Grip aşısı güvenli midir?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

12. Grip aşısı gribi önlemekte işe yarıyor mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

13. Grip aşının uygulama şekli nedir?

- ☐ Enjeksiyon
- ☐ Burun spreyi olarak
- ☐ Ağızdan
- ☐ Bir bilgim yok
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:.....

14. Grip aşının yan etkisi var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

15. Grip aşısının koruyuculuk süresi ne kadardır?

- ☐ Bir grip mevsimi
- ☐ İki grip mevsimi
- ☐ 3 veya daha fazla grip mevsimi
- ☐ Bir bilgim yok
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:

16. Grip aşısının yapılması için uygun zaman nedir?

- ☐ Grip mevsimi başlamadan önce
- ☐ Grip mevsimi sırasında
- ☐ Grip mevsiminden hemen sonra
- ☐ Bir bilgim yok
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:

17. Daha önce grip aşısı yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız “Evet” ise 18ve 19. soruları cevaplayınız, “Hayır” ise 20. soruyu cevaplayınız.

18. Grip aşısını ne kadar sıklıkla yaptırıyorsunuz?

- ☐ Her yıl
- ☐ 2 yılda bir
- ☐ 3 yılda bir
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:

19. Neden grip aşısı oldunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Kendimi korumak için oldum.
- ☐ Aile bireylerini korumak için oldum.
- ☐ Çevremdeki kişileri korumak için oldum.
- ☐ Kronik rahatsızlığım nedeniyle oldum.
- ☐ Hekimim önerdiği için oldum
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:

20. Neden grip aşısı olmadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Aşı yaptırmamı gerekecek tıbbi bir durumum yok
- ☐ Sık grip olmuyorum ve risk altında olmadığımı düşünüyorum.
- ☐ Aşının yan etkilerinden korkuyorum.
- ☐ Grip hafif bir hastalık olduğu için
- ☐ Doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inanıyorum.
- ☐ Enjeksiyondan, iğneden korktuğum için yaptırmadım.
- ☐ Aşının etkili olmadığını düşünüyorum
- ☐ Aşının içindeki maddelerin zararlı olduğunu düşünüyorum.
- ☐ Kişisel inancım gereği
- ☐ Aşılanmayı unuttum
- ☐ E-nabız sistemine aşı olması gerekenler arasına girmediğim için
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz):.....

21. Grip aşısı ücretsiz olsaydı aşı olur muydunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

22. Grip aşısını kim önerseydi muhakkak olurdunuz?

- ☐ Doktor
- ☐ Ailem
- ☐ Arkadaşım/Arkadaşlarım
- ☐ Hemşire
- ☐ Eczacı
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz:.....

23. Aile bireylerinden grip aşısı yaptıran var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

24.Sizce kimler grip aşısı yaptırmalıdır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ 6 ay-5 yaş arası çocuklar
- ☐ 65 yaş üstü erişkinler
- ☐ Gebeler
- ☐ Kronik sağlık sorunu olanlar
- ☐ Nörolojik yada nöre-gelişimsel sorunuolanlar
- ☐ Morbit obezler(BKI>40)
- ☐ Sağlık çalışanları
- ☐ Bakım evinde yaşayanlar
- ☐ Uzun süreli aspirin tedavisi alan 19 yaş altı kişiler
- ☐ İmmunsuprese kişiler(kanser,uzun süreli steroid kullanımı,HIV)
- ☐ Grip açısından riskli olan gruba bakım verenler ve aynı evde yaşayanlar (çocuklar dahil)

25. Grip hastalığı ile soğuk algınlığı aynı şey midir?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

26.Grip hastalığından korunma yöntemleri ile ilgili aşağıdaki soruları cevaplayınız.

A-Sık sık ellerin yıkanması veya el dezenfektanı kullanılması etkili bir korunma yöntemidir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

B-Hasta kişilerle yakın temastan kaçınmak etkili bir korunma yöntemidir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

C-Kış aylarında havasız ve kapalı yerlerde uzun süre kalınmaması etkili bir korunma yöntemidir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

D-Grip aşısı yaptırmak etkili bir korunma yöntemidir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

E-Maske kullanmak etkili bir korunma yöntemidir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

F-Şüpheli vakalara 1 metreden fazla yaklaşmak gerekirse maske kullanmak gerekir.

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

G) Grip aşısı tüm influenza çeşitlerini içerir mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

COVID-19 Hastalığı ile ilgili aşağıda verilen soruları cevaplayınız.

27. Covid aşısı şu anda mevcut olsa yaptırmayı düşünür müsünüz?

☐Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

28. 27. Soruya cevabınız “Evet” ise nedenini belirtiniz.

- ☐COVID-19'dan korunmada etkili bir yöntem olduğunu düşünüyorum.
- ☐Hastalığın tehlikeli bir hastalık olduğunu düşünüyorum.
- ☐Hastalığı aile bireylerime bulaştırmaktan korkuyorum.
- ☐COVID-19 aşısının ciddi bir yan etkisi olmayacağını düşünüyorum.
- ☐Risk grubunda olduğum ve kronik hastalığım bulunduğu için
- ☐COVID-19 aşısı ile ilgili sağlık bakanlığının yaptığı açıklamalara güveniyorum.
- ☐Diğer(lütfen belirtiniz).....

29. 27. Soruya cevabınız “Hayır” ise nedeni belirtiniz.

- ☐Aşı yaptırmamı gerekecek tıbbi bir durumum yok
- ☐Risk altında olmadığımı düşünüyorum.
- ☐Aşının yan etkilerinden korkuyorum.
- ☐Aşının koruyuculuğuna güvenmiyorum.
- ☐Doğal yöntemlerle mücadelenin daha etkili olduğuna inanıyorum.
- ☐Enjeksiyondan korktuğum için yaptırmadım.
- ☐Kişisel inancım gereği
- ☐Diğer (lütfen belirtiniz).....

30. Hangi durumda COVID-19 aşısını yaptırırsınız?(Birden çok şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- ☐Para cezası getirilirse yaptırım.
- ☐Hastalık daha ölümcül hale dönüşürse yaptırım.
- ☐Bir yakınım COVID-19 olursa yaptırım.
- ☐Aşı daha uzun bir süre kullanılır ve aşının ciddi bir yan etkisi olmadığı tespit edilirse yaptırım.
- ☐Medya tarafından aşı hakkında olumlu haberler yapılırsa yaptırım.
- ☐Sağlık bakanlığı tarafından aşı desteklenir ve bilgilendirmeler yapılırsa yaptırım.
- ☐Aile hekimim önerirse yaptırım.
- ☐Devlet idaresinde görevli olan yetkililer önerirse yaptırım.
- ☐Hiçbir şekilde yaptırmam.
- ☐Diğer(lütfen belirtiniz).....

31. İşiniz gereği toplu ortamlara girmenizden dolayı, ailenize hastalığı bulaştırmaktan endişe duyuyor musunuz?

☐Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

32. Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?

☐Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım



Aşağıda verilen COVID-19 ile ilgili ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz (X işaretini kullanınız lütfen)

No	İfadeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
1.	COVID-19 yakın temas ile bulaşan bir hastalıktır.			
2.	COVID -19'a her gün sağlıksız yiyecekler yenmesi neden olur.			
3.	COVID-19 tedavi edilebilir bir hastalıktır.			
4.	Herkes COVID-19 enfeksiyonu için savunmasızdır.			
5.	COVID-19 aşısı bugün için mevcut değildir.			
6.	COVID-19 enfeksiyonu için en savunmasız kişiler çocuklardır.			
7.	İyi bir kişisel hijyene sahip olmak COVID-19 enfeksiyonunu önleyebilir.			
8.	Sadece COVID-19 ile ilgili bulgu ve belirtileri olanlar kendilerini karantinaya almalıdır.			
9.	Antibiyotik COVID-19 enfeksiyonunun tedavisinde kullanılır.			
10.	COVID-19 sadece yaşlı nüfusu hedeflemektedir.			
11.	COVID-19 ciddi bir hastalıktır.			
12.	COVID-19 u önlemek ve kontrol etmek için sağlık merkezindeki bir doktordan yardım almalıyız.			
13.	Sinemaya gitmek için çok iyi hissediyorum.			
14.	Önümüzdeki birkaç gün içinde her zamanki gibi büyükannemi ve büyükbabamı ziyaret edeceğim.			
15.	Ebebeynleri ziyaret etmek yerine,telefon ve video görüşme ile sohbet edilmesi tercih edilmelidir.			
16.	Bayramda dost ve yakınlarımla toplu etkinliklere ,ziyaretlere katılmayacağım			
17.	Arkadaşlarımızla ve iş arkadaşlarımızla yakın mesafe buluşmak konuşmak sorun oluşturmaz.			
18.	Evde kalmak COVID-19 u kontrol etmenin ve önlemenin en iyi yoludur.			
19.	COVID-19 u kontrol etmek ve önlemek sadece doktorların değil herkesin sorumluluğundadır.			
20.	COVID-19 bilgilerinin devamlı güncellenmesi gerekmektedir.			