



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ EVDE SAĞLIK
BİRİMİ'NDE TAKİP EDİLEN 65 YAŞ VE ÜSTÜ
HASTALARIN ERİŞKİN DÖNEM AŞILANMA
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Şefik Sercan SERİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ EVDE SAĞLIK
BİRİMİ'NDE TAKİP EDİLEN 65 YAŞ VE ÜSTÜ
HASTALARIN ERİŞKİN DÖNEM AŞILANMA
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Şefik Sercan SERİN

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Aile Hekimliği Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu saygıdeğer hocam Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Uzmanlık eğitiminin en başından beri yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, hoşgörü ve sabırla yaklaşan, samimiyetle ihtiyaç duyduğum her türlü konuda destek olan tez danışmanım saygıdeğer hocam Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU'na

Bilgi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, hoş sohbeti ve samimiyetini özleyeceğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. İsmail KASIM'a ve eğitimimde katkısı olan kliniğimizdeki diğer tüm saygıdeğer hocalarıma,

Asistanlık sürecinde kazandığım değerli dostlarıma ve tanışma fırsatı bulduğum tüm arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, ilk günden beri maddi manevi desteğini hiç esirgemeyen canım aileme,

Hayatıma anlam katan eşim ve biricik kızıma

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Şefik Sercan SERİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı	4
2.1.3. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri.....	5
2.1.4. Evde Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	5
2.2. YAŞLILIK.....	6
2.2.1. Yaşlılığın Tanımı	6
2.2.2. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler	7
2.2.3. Yaşlılıkta İmmünizasyon	8
2.3. AŞILARA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER.....	8
2.3.1. Aşı Tipleri	9
2.3.1.1. Viral aşılar	9
2.3.1.2. Bakteriyel aşılar	10
2.3.1.3. Kombine aşılar	10
2.3.2. Erişkin Dönemde Yapılması Planlanan Aşılar.....	11
2.3.3. Yaşlılık Döneminde Aşılama	13
2.3.3.1. Difteri, tetanoz, boğmaca aşıları	13
2.3.3.2. Mevsimsel grip (influenza) aşısı	14
2.3.3.3. Pnömonokok aşısı	15
2.3.3.4. Hepatit B aşısı	16
2.3.3.5. Herpes zoster (zona) aşısı.....	16
2.3.3.6. COVID-19 aşısı.....	17

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	18
3.2. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	18
3.3. ARAŞTIRMA GRUBU İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER VE ÖLÇÜTLERİ.....	18
3.4. ETİK KONULAR VE KURUMSAL İZİNLER.....	20
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. KISITLILIKLAR	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER	80
EK-1: ANKARA ŞEHİR HASTANESİ ETİK KURUL.....	80
EK-2: ORJİNALLİK RAPORU.....	81
9. ÖZGEÇMİŞ.....	82

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Anti-HBS	: Hepatit-B Yüzey Antijen Antikoru
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CDC	: Centers For Disease Control and Prevention
DaBT	: Difteri-Asellüler boğmaca- Tetanoz
DBT	: Difteri-Boğmaca- Tetanoz
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Difteri-Tetanoz
FDA	: Food and Drug Administration
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HA	: Hemaglutinin
HBS-Ag	: Hepatit B Yüzey Antijeni
Hib	: Haemophilus Influenza Tip B
İPA	: İnaktif Çocuk Felci
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Min	: Minimum
Max	: Maksimum
NA	: Nöraminidaz
OPV	: Oral Polio Virüs
PCV	: Proteine Kovalent Bağlı Polisakkarit Aşı
PPSV	: Pürifiye Kapsüler Polisakkarit Aşı
SPSS	: Statistical Package for Social Science
Td	: Erişkin Difteri- Tetanoz
TÜİK	: Türkiye İstatistik kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:	Yaşlılık Evrelemesi	7
Tablo 2:	Yaşa Göre Yetişkin Bağışıklama Programı, CDC, 2023	12
Tablo 3:	FDA tarafından onaylanan ve ülkemizde uygulanan grip aşıları.....	15
Tablo 4:	Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı	21
Tablo 5:	Cinsiyete göre yaş değerleri	21
Tablo 6:	Yaş grupları ile bağımlılık durumları arasındaki ilişki	22
Tablo 7:	Yaş grupları ile diyabetes mellitus tanısı arasındaki ilişki.....	22
Tablo 8:	Yaş grupları ile diğer hastalık grubu hastalıkları arasındaki ilişki.....	23
Tablo 9:	Yaş grupları ile inkontinans arasındaki ilişki.....	23
Tablo 10:	Yaş grupları ile covid-19 aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki	23
Tablo 11:	Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki.....	24
Tablo 12:	Yaş grupları ile influenza aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki ...	24
Tablo 13:	İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki.....	24
Tablo 14:	Yaş grupları ile Konjuge Pnömonokok Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki	24
Tablo 15:	Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki	25
Tablo 16:	Yaş grupları ile Tetanoz Aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	25
Tablo 17:	Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki	25
Tablo 18:	Yaş grupları ile Hepatit-B Aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	25
Tablo 19:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki	26
Tablo 20:	Cinsiyet ile inkontinans arasındaki ilişki	26
Tablo 21:	Cinsiyet ile Covid-19 aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	26
Tablo 22:	Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki	27
Tablo 23:	Cinsiyet ile İnfluenza aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	27
Tablo 24:	İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki	27
Tablo 25:	Cinsiyet ile Konjuge pnömonokok aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki	27
Tablo 26:	Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki.....	28
Tablo 27:	Cinsiyet ile Tetanoz aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	28
Tablo 28:	Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki	28
Tablo 29:	Cinsiyet ile Hepatit-B aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	28
Tablo 30:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki.....	29
Tablo 31:	Bağımlılık durumları ile nörolojik hastalık tanıları arasındaki ilişki	29
Tablo 32:	Bağımlılık durumları ile diğer hastalıklar grubundan hastalık tanıları arasındaki ilişki	29

Tablo 33:	Bağımlılık durumu ile Covid-19 Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki	30
Tablo 34:	Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişkisi	30
Tablo 35:	Bağımlılık durumu ile İnfluenza Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki	31
Tablo 36:	İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki.....	31
Tablo 37:	Bağımlılık durumu ile Konjuge Pnömonokok Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki	31
Tablo 38:	Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki	31
Tablo 39:	Bağımlılık durumu ile Tetanoz Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki.....	32
Tablo 40:	Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki.....	32
Tablo 41:	Bağımlılık durumu ile Hepatit-B Aşısı yaptırma durumu arasındaki ilişki.....	32
Tablo 42:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki.....	32
Tablo 43:	Kronik hastalıkların değerlendirilmesi.....	33
Tablo 44:	Hastaların hipertansiyon durumunun değerlendirilmesi	36
Tablo 45:	Hastaların diyabetes mellitus durumunun değerlendirilmesi.....	36
Tablo 46:	Hastaların nörolojik hastalık durumunun değerlendirilmesi.....	36
Tablo 47:	Hastaların kardiyovasküler hastalık durumunun değerlendirilmesi.....	37
Tablo 48:	Hastaların göğüs hastalığı durumunun değerlendirilmesi.....	37
Tablo 49:	Hastaların neoplazm durumunun değerlendirilmesi	38
Tablo 50:	Hastaların endokrinolojik hastalık durumunun değerlendirilmesi.....	38
Tablo 51:	Hastalarda diğer hastalıkların olup olmaması durumunun değerlendirilmesi.....	38
Tablo 52:	Hastaların Covid- 19 aşısı ile aşılama durumları	39
Tablo 53:	Covid-19 aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları	39
Tablo 54:	Hastaların İnfluenza aşısı ile aşılama durumları	40
Tablo 55:	İnfluenza aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları	40
Tablo 56:	Konjuge Pnömonokok aşısı ile aşılama durumları	40
Tablo 57:	Konjuge Pnömonokok aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları.....	40
Tablo 58:	Tetanoz aşısı ile aşılama durumları.....	41
Tablo 59:	Tetanoz aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları.....	41
Tablo 60:	Hepatit B aşısı ile aşılama durumları	42
Tablo 61:	Hepatit B aşısı yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları	42
Tablo 62:	Hipertansiyon tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	42
Tablo 63:	Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki	43

Tablo 64:	Hipertansiyon tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	43
Tablo 65:	İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki....	43
Tablo 66:	Hipertansiyon tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları.....	43
Tablo 67:	Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki	44
Tablo 68:	Hipertansiyon tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	44
Tablo 69:	Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki	44
Tablo 70:	Hipertansiyon tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	44
Tablo 71:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki	45
Tablo 72:	Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	45
Tablo 73:	Covid-19 Aşısının yapıldığı yerler ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki.....	45
Tablo 74:	Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	46
Tablo 75:	İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki.....	46
Tablo 76:	Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları.....	46
Tablo 77:	Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki	46
Tablo 78:	Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	47
Tablo 79:	Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki.....	47
Tablo 80:	Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	47
Tablo 81:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki.....	47
Tablo 82:	Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	48
Tablo 83:	Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki	48
Tablo 84:	Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	49
Tablo 85:	İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki	49
Tablo 86:	Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları	49

Tablo 87:	Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki	49
Tablo 88:	Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	50
Tablo 89:	Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki.....	50
Tablo 90:	Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	50
Tablo 91:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki	50
Tablo 92:	Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	51
Tablo 93:	Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki	51
Tablo 94:	Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları	51
Tablo 95:	İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki	52
Tablo 96:	Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları	52
Tablo 97:	Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki.....	52
Tablo 98:	Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	52
Tablo 99:	Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki	53
Tablo 100:	Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	53
Tablo 101:	Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki	53
Tablo 102:	Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	54
Tablo 103:	Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki.....	54
Tablo 104:	Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	54
Tablo 105:	İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki.....	54
Tablo 106:	Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları	55
Tablo 107:	Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki	55
Tablo 108:	Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	55

Tablo 109: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki.....	55
Tablo 110: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	56
Tablo 111: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki.....	56
Tablo 112: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	56
Tablo 113: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki.....	57
Tablo 114: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	57
Tablo 115: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki.....	57
Tablo 116: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları.....	57
Tablo 117: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki	58
Tablo 118: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	58
Tablo 119: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki	58
Tablo 120: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	58
Tablo 121: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki	59
Tablo 122: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları.....	59
Tablo 123: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki.....	59
Tablo 124: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları.....	60
Tablo 125: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki.....	60
Tablo 126: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları	60
Tablo 127: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki	60
Tablo 128: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	61
Tablo 129: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki.....	61
Tablo 130: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	61
Tablo 131: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki	61
Tablo 132: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları	62

Tablo 133: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki.....	62
Tablo 134: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları	62
Tablo 135: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki.....	63
Tablo 136: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları	63
Tablo 137: Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki	63
Tablo 138: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları.....	63
Tablo 139: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki.....	64
Tablo 140: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları.....	64
Tablo 141: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki.....	64

ÖZET

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde Takip Edilen 65 Yaş ve Üstü Hastaların Erişkin Dönem Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Erişkin aşılama konusu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemi artan bir koruyucu sağlık hizmetidir. Çalışmamız bir evde sağlık hizmetleri biriminde takip edilen 65 yaş ve üstü hastaların aşılanma durumları değerlendirilerek aşılanma ihtiyacını ve özellikle riskli gruplarda olmak üzere tüm erişkinlerde aşılamayı artırmanın yollarını belirlemek amacını taşımaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı türde retrospektif bir çalışmadır. Araştırmanın evreni 2022 yılında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne başvuran 65 yaş ve üzeri olan hastalardan rastgele örneklem metodu ile dahil edilme kriterlerini taşıyan 362 hastalık örneklem seçilerek oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 22 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değişkenlerde ortalama, ortanca, minimum-maksimum değerler gösterildi. Karşılaştırmalarda Ki kare testi kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 260'ı (%71,8) kadındır. Kadınların yaş ortancası 84 yıl, erkeklerin yaş ortancası 81 yıldır. 85 yaş ve üstünde 160 kişi (%44,2) saptandı. Çalışmaya katılan hastaların tanıları incelendiğinde; hastaların %88,4'ünde hipertansiyon, %47,8'inde diabetes mellitus, %72,7'sinde nörolojik hastalık tanısı, %84,5'inde kardiyovasküler hastalık tanısı, %31,2'sinde göğüs hastalığı tanısı, %16,3'ünde neoplazm tanısı, %21,5'inde endokrin hastalık tanısı, %86,2'sinde diğer hastalık tanısı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %94,8, %58,3, %41,3, %14,9 ve %31,2 olarak bulunmuştur. 2018 yılında aynı evde sağlık biriminde yapılan bir çalışmaya göre son 1 yıl içinde influenza aşısını yaptırma oranı %22,03 ve pnömokok aşısını yaptırma oranı ise %6,44 olarak tespit edilmiştir. 2020 covid-19 pandemisi sonrasında aşılanma oranlarının arttığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Toplumda 65 yaş üstü bireylerin tamamına yakınının aşılanması hedeflenmektedir. Aşılanma oranları son yıllarda artış göstermesine rağmen edilen aşılanma oranları bu hedeflerin çok altındadır. Aşıyla ilgili arşivlerin daha doğru ve daha kolay ulaşılabilir olması için e-nabız sistemine verilerin aktarılmasının sağlanması önemlidir. Ayrıca medyanın, sağlık çalışanlarının ve tm sağlık kurum ve kuruluşlarının toplumda aşı bilincini arttıracak alışmalar yapması nemlidir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık birimi, Aşılama, Yaşlılık, 65 yaş ve zeri



ABSTRACT

Evaluation Of Adult Vaccination Status Of Patients With Ages 65 And Over Followed In Ankara Bilkent City Hospital Home Health Unit

Purpose: Vaccination in adults, as in the rest of the world, is an increasingly important preventive healthcare service in our country. Our study aims to evaluate the vaccination status of patients aged 65 and older followed in a home healthcare unit and to determine the vaccination needs and ways to increase vaccination, especially in high-risk groups among all adults.

Material and Method: Our study is a descriptive retrospective study. The universe of the study consisted of 362 patients aged 65 and over who applied to the Home Healthcare Unit of Ankara Bilkent City Hospital in 2022, and a sample was created by randomly selecting patients who met the inclusion criteria. Statistical analyses of the data obtained from the study were performed using the SPSS 22 program. Mean, median, minimum-maximum values were shown in descriptive variables. The Chi-square test was used in comparisons, and a statistical significance value of $p < 0.05$ was considered significant.

Results: Of the patients included in the study, 260 (71.8%) were female. The median age of females was 84 years, and the median age of males was 81 years. 160 (44.2%) individuals were aged 85 and over. When the diagnoses of the patients participating in the study were examined, it was determined that 88.4% had hypertension, 47.8% had diabetes mellitus, 72.7% had a neurological disease diagnosis, 84.5% had a cardiovascular disease diagnosis, 31.2% had a chest disease diagnosis, 16.3% had a neoplasm diagnosis, 21.5% had an endocrine disease diagnosis, and 86.2% had another disease diagnosis. The rates of patients participating in our study getting vaccinated for COVID-19, influenza, conjugate pneumococcal, tetanus, and hepatitis-B were found to be 94.8%, 58.3%, 41.3%, 14.9%, and 31.2%, respectively. According to a study conducted in the same home healthcare unit in 2018, the rate of receiving influenza vaccine in the last year was 22.03%, and the rate of receiving pneumococcal vaccine was 6.44%. It has been determined that vaccination rates have increased after the 2020 COVID-19 pandemic.

Conclusion: It is aimed to vaccinate nearly all individuals aged 65 and over in the community. Although vaccination rates have increased in recent years, the achieved vaccination rates are well below these targets. It is important to transfer data to the e-nabız system to make vaccination-related archives more accurate and easily accessible. Furthermore, it is important for the media, healthcare professionals, and all healthcare institutions to conduct activities to increase vaccination awareness in society.

Key Words: Home health unit, Vaccination, Senile, Aged 65 and over

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma; fizyolojik sistemlerde zamanla meydana gelen, geri dönüşümü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (1) Yaşlı nüfus oranı tüm dünyada artış göstermektedir. Dünya nüfusunun 2022 yılında %9,625'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır (2). Türkiye'de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve üstü yaştaki nüfus son 5 yılda %22,6 artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmakta ve buna bağlı olarak da kronik hastalığa sahip birey sayısında artış olmaktadır.

Yaşlı nüfusun 2022 yılında %44,4'ünü erkek nüfus, %55,6'sını kadın nüfus oluşturmuştur. Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2017 yılında %12,6 iken bu oran 2022 yılında %14,5'e yükselmiştir. Nüfus dağılımı değerlendirildiğinde, yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında %19,6, 2040 yılında %25,3 olacağı öngörülmüştür (3)

Yaşlanma tüm sistemleri etkilediği gibi immün sistemi de etkilemektedir. İmmün yaşlanmada bağışıklık sistemi elemanlarının tümü aynı oranda etkilenmez. Kazanılmış immüniteyi oluşturan yapılar doğal immüniteyi oluşturan yapılardan daha fazla etkilenmektedir. Bu nedenle kazanılmış bağışıklığı sağlamada temel yöntem olan aşılamanın önemi artmaktadır.

Bununla birlikte bağışıklık sisteminin temel mekanizmalarından biri olan inflamasyon yaşlı kişilerde, kronik hastalıkların meydana gelmesinde de etkin rol oynayabilmektedir (4)

Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak yaşlı kişilerin kronik hastalıkları ve bakım ihtiyaçları artmaktadır. Ancak şehirleşmenin meydana getirdiği aile yapısındaki küçülmeye bağlı olarak yaşlı kişilerin bakımı zorlaşmaktadır. Bu durum yaşlı kişilere verilecek olan hizmetin önemini bize göstermektedir (5) Bu amaçla evde sağlık hizmetleri birimi oluşturulmuştur. Bağımlı veya yarı bağımlı hastalar evlerinde sağlık hizmeti almaktadır. Bu şekilde hastaların daha kolay sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının sağlık bakımı konusunda bilgilendirilmesi kolaylaşmakta ve iyileşme süreci

hızlanmaktadır Tüm bunlar bir araya gelerek sağlık harcamalarının düşmesini sağlamaktadır (6) Evde sağlık hizmeti alan, kronik hastalığı olan bireylerin enfeksiyon hastalıklarına karşı korunması da önem kazanmaktadır. Bu amaçla hastalara aşıların yapılması önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Hastaların aşılanma durumlarının takip edilmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamızın amacı da 2022 yılında Ankara Bilkent şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde takip edilen 65 yaş ve üstü hastaların aşılanma durumları değerlendirilerek aşılanma ihtiyaını belirlemek ve aşılamayı arttırma yollarını araştıracak çalışmalara yol göstermektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Evde sağlık hizmetlerinin; 2 Haziran 2023 tarihinde 32209 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik” e göre tanımı yapılmıştır. “Bu yönetmeliğin amacı, yaşamını sürdürdüğü mekanda sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu tespit edilen bireylere hizmet standartlarına uygun şekilde mahallinde yapılması mümkün olan tıbbi hizmetlerin sunulması” şeklinde tanımlanmıştır (7)

Evde sağlık hizmetinin amacı ihtiyaç duyduğu belirlenen kişilerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesidir. Evde sağlık hizmeti, günlük yaşam aktivitelerinde kısmi veya tam bağımlı olup uzun süreli sağlık bakım gereksinimi olan her yaş grubundaki hastaları kapsamaktadır. Sağlık gereksinimlerinin evde karşılanması bu kişilerin yaşam kalitelerini arttırmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri, ilk kez Lillion Wald’un 1883’te ev hemşireliği adı altında evlerde hizmet vermesiyle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de başlamıştır. Yine Lillion Wald tarafından 1893 yılında New York’ta faaliyete geçirilen Henry Street Nursing Settlement ise evde bakım hemşireliğinin ilk uygulamalarındandır. Avrupa’da ise evde sağlık hizmetlerine öncülük eden Florance Nightingale, evlerde hasta bakımlarının gerçekleştirilmesi ve ziyaretçi hemşire yetiştirilmesi için Liverpool’da eğitim verecek okul açmıştır. İlerleyen yıllarda sağlık sistemlerindeki gelişmelere bağlı olarak evde sağlık sistemlerinde de ilerleme meydana gelmiştir. Hastane bünyesinde evde sağlık birimi ilk kez Newyork ‘taki Montefiore Hastanesi’nde kurulmuştur. Hastane bünyesinde kurulan evde sağlık birimleri ağırlıklı olarak hemşirelik hizmetleri ile sınırlıyken zamanla ilerleyerek diğer sağlık görevlilerini de kapsayan bir uygulama halini almıştır. ABD’de 1965 yılında bazı Sağlık Güvence Sistemleri evde sağlık hizmetlerini kapsamaları içerisine almıştır (8,9)

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı

Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı 2 Haziran 2023 tarihinde yayınlanan 32209 sayılı Resmi Gazete’de aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

“Bir bireyin tanı konan hastalıkları nedeniyle yatağa, cihaza veya eve bağımlı olması ve/veya yaşlılığı sebebiyle sağlık hizmeti sunan kurumlara ulaşımında güçlük çekmesi, yaşadığı mekânda sağlık hizmeti alma isteğinde bulunması ve bu isteğinin uygun görülmesi o kişinin evde sağlık hastası olmasını sağlar.

Evde sağlık hizmet kapsamına;

- a) 80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm yaşlılar,*
- b) Sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş kronik hastalığı bulunan ve günlük yaşam aktiviteleri skoru yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastalar,*
- c) Hastalığı sebebiyle cihaza ve/veya eve bağımlı hastalar,*
- ç) Palyatif bakım hizmeti almış ve tıbbi bakımının evde yapılması uygun görülen hastalar,*
- d) Hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından evde sağlık hizmeti sunulması uygun görülen ve tedavi planı yapılan sürekli tıbbi bakım hizmeti alması uygun görülen hastalar,*
- e) Sağlık tesisinden taburculuk sonrası otuz güne kadar (gerektiğinde hekim tarafından otuz güne kadar sürelerle uzatılabilen) tıbbi bakıma ihtiyacı olan ve hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından sürekli tıbbi bakım hizmeti alması gereken bireyler, alınabilir.*

Diyabet, kalp yetmezliği, inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), alzheimer/demens, nörodejeneratif hastalıklar, terminal dönem kanser, multimorbiditeye sahip kronik hastalar, kalça/diz/omuz fraktürü sonrası tedavi ve takip yapılan hastalar ve amputasyon sebebiyle tıbbi bakım alması gereken hastalar öncelikli olarak evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirmeye alınır.”(7)

2.1.3. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmıştır. Bu yasanın dışında ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef” başlığı altındaki 21 hedefin yer aldığı sözleşmeyi imzalamıştır. Bu hedefler içinde yaşlıların sağlığı, sağlıklı bir çevre de yer almaktadır (10)

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin net bir şekilde ifade edildiği ve hizmet ile ilgili düzenlemelerin yer aldığı ilk mevzuat, 2005 yılında yayınlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında” ki yönetmeliktir. 2010 yılında “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” çıkarılmıştır. Daha sonra 2015 yılında “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. En son olarak “Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik” 02.06.2023 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2.1.4. Evde Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Evde bakım aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden kişi merkezli bakım (süreklilik, hastayla ortak karar verme, hasta ve ortama dayalı, doktor-hasta ilişkisi); kapsamlı yaklaşım (akut ve kronik problemler, sağlık ve iyiliğin teşviki) ile birebir bağlantılıdır. Koordinasyon özelliği ile evde bakım hastasının sağlık ihtiyaçları belirlenerek giderilmeye çalışılmakta; aşılama ile koruyucu sağlık hizmeti sağlanarak birey ve toplum sağlığı ile sağlık ve iyiliğin teşviki sağlanmaktadır. Evde bakım ihtiyacı olan hastanın “bütüncül modelleme” ile biyo-psiko-sosyal özelliklerini değerlendirmek aile hekimliği disiplini ile evde bakımın bir başka ilişkisidir. Ayrıca yasal olarak da aile hekimlerinin evde bakım ihtiyacı olan hastaya karşı sorumluluğu vardır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde aile hekiminin görev ve sorumlulukları kısmında “*Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek*” maddesi yer almaktadır (11)

2.2. YAŞLILIK

2.2.1. Yaşlılığın Tanımı

İnsan hayatının en son dönemi olan, gelişimin ve olgunlaşmanın en çok olduğu, genetik ve çevre etkileşiminin çok fazla olduğu, fizyolojik ve psikolojik stabilitenin az olduğu, ölümlerin ve birçok hastalığın görüldüğü bir dönem olarak ifade edilmektedir (12,13). Yaşlılıkla birlikte kişinin çoğunlukla karar verme, algı kapasitesi, hafıza, üretim durumu gibi yapısal, fiziksel ve ruhsal olarak kabiliyetleri azalmaya başlamaktadır (12,14).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmet sunumunda; temel halk sağlığı hizmetleri kapsamına alınarak insan sağlığı koruma ve geliştirme konusunda farkındalık oluşturulması, yeterli ve dengeli beslenmenin önemsenmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, tedavi imkanlarının artması, daha öncesinde mortalite ile sonuçlanabilecek birçok hastalığın etkin tedaviler ile azaltılması, yenidoğan sayısının düşmesi ile toplumdaki yaşlı nüfus oranı artmıştır (15). Gelişen teknoloji sonucunda kişilerin sosyal, ekonomik, kültürel, teknolojik ve demografik etkileşimler yaşaması sonucu yaşlılık kavramı farklı bir boyut kazanmıştır. Bu durumların doğurduğu sonuç olarak insanların uzun ömürlü olması sağlanmıştır (16,17).

Yaşlı birey, zihinsel ve fonksiyonel faaliyetleri yerine getiremeyip, başka bir bireye bağımlı olmaya aday kişilerdir. Bu tanıma zaman faktörünü eklendiğinde ise yaşlılığı “İlerleyen zaman ile birlikte, kişinin çevreye uyum sağlama yetisinin ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması, yaşamak için karşılanması gereken temel ihtiyaçların karşılanamaması, karşılanması için yarı bağımlı ya da tam bağımlı olarak yardım alınması, psikolojik olarak ölüme yaklaşma hali” olarak da tanımlanabilmektedir (18).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerine göre 65 yaş üstündeki bireyler yaşlı kategorisinde değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerde kendi içinde 3 gruba ayrılmıştır. Tablo 1. de gösterildiği gibi; 65-74 yaş arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası yaşlı, 85 yaş ve üzeri çok yaşlı kabul edilmektedir (19).

Tablo 1: Yaşlılık Evrelemesi

	Genç yaşlı	Yaşlı	Çok yaşlı
Yaş	65-74	75-84	≥85

2.2.2. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler

İmmün sistemin zayıflaması, nöroendokrin salınım, moleküler düzeyde ise oluşan rastgele genetik hasarlar, proteinsel değişimler, genetik yıkım (apoptozis) ve serbest radikal madde salınımı sonucu oluşan hücre hasarı ile şekillenen yaşlanma süreci, insan fizyolojisi içinde kendine ayrı bir yer bulan “yaşlılık fizyolojisi”nin gelişmesini sağlamıştır (20). Dolayısıyla yaşlılık tüm organizmanın etkilendiği bir süreçtir (21).

Kardiyovasküler sistemde damar elastikiyeti ile birlikte kardiyak outputun azalması, tromboza yatkınlık, tüm bağ dokuda olduğu gibi damarların, kalp kapak yapısının ve kasının esnekliğinin azalması hastalıklara yatkınlığı arttıran ana sebeplerdir (22,23). Solunum sisteminde ise 25 yaş sonrası akciğer ve toraks kapasitesinin, solunum kaslarının, santral sinir sistemi değişikliklerinde olan etkisiyle akciğer fonksiyonunun ve vital kapasitenin azalması başlamaktadır. İnsanlar yaşlandıkça sigara ve çevre kirliliğinin de etkisiyle bu süreç hızlanabilir (20).

Yaşlılıkla birlikte en çok şikayetlerin olduğu sistemlerden biride kas ve kemik sistemidir. Kemik kitlesi ve yoğunluğunda azalma, düşmeye eğilim ve kırıklara yatkınlık postmenopozal kadınlarda daha belirgindir (24). Kas fonksiyonu ölçmenin bir yolu olan “el kavrama gücü” yaşlılıkta azalma eğiliminde olup mortalite ve hastalık-bağımlı yitimlerin göstergesi olarak kabul edilir. Kadınlardaki kayıp erkeklere oranla daha fazladır (25,26). Yine kemik ve kas dokusu kaybıyla boy kısalması, vücudun genel postürünün bozulması, kırıklara yatkınlık morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir (24).

Santral sinir sistemine bakıldığında vücudun ileti sistemi olan nöronların sayısı, azalan kan akımı ve oksijen transportuyla korele olarak azalmakta bu da öğrenme, hafıza gibi bilişsel işlevlerde azalmaya neden olmaktadır. Aynı zamanda otonom sinir sistemi cevabında da azalmaya, reflekslerin gecikmesine, düşmeye karşı

yatkınlığa, özellikle yakın bellek kayıplarına ve algılamada azalmaya neden olmaktadır (27).

2.2.3. Yaşlılıkta İmmünizasyon

DSÖ'ye göre yaşı 65 ve üzeri olan bireylere yaşlı denilmektedir. İnsanlar artık daha uzun yaşamakta ve çoğu insanın 60 yaş sonrasında ömür beklentisi olmaktadır. 2015'te 900 milyonun üzerinde olan yaşlı nüfus 2050'de 2 milyar olması beklenmektedir (28). ABD'de yaşlanma önemli ölçüde değişime uğradı. 1900 yılında doğan bireylerde ön görülen yaşam süresi 47 yıl iken 2014'te 79 yıla yükseldi. 65 yaş üstü nüfusun 2030 yılında yüzde 20'yi geçmesi beklenmektedir (29). Beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte sağlığında tanımı değişime uğramıştır. Bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler azalırken kronik hastalıklara (kalp hastalığı, kanser, akciğer hastalıkları) bağlı ölümler en önemli nedenler halini almıştır. İleri yaşı ulaşan insanlar çok yüksek oranda eşlik eden bir kronik hastalığa sahiptir. Yüzde 80 oranında en az bir hastalığa sahip iken yüzde 50 oranında ise iki tane hastalığı mevcuttur (29). 65 yaş üzeri bireylerde eşlik eden hastalık varlığı ve immüniteyi düşürecek hastalıklara sahip olma nedeniyle bulaşıcı olan ve aşı ile önlenebilen grip, zatürre gibi hastalıklar önemli ölüm sebebi olmaktadır (30).

Organ fonksiyonlarında azalma ve günlük yaşamda bağımsızlığın kaybı, yaşlanmanın sonucu değildir. Yaşlı hastalarda kronik hastalıkların sık görülmesi ve etkisine bakıldığında, kronik hastalıklara yönelik müdahaleler, yaşlı erişkinlerin yaşam kalitesini artırmak için önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlı popülasyon arasında fonksiyonel ve fizyolojik durumlar değişiklik gösterir. Bu durum tedavi ve hastalıktan korunmada her bireyin ihtiyacına göre farklı değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Bireyin yaşı tek faktör olarak değerlendirilmemeli ve uygulanan tedaviler işlevleri korumayı ve sağlıklı yaşam düzeyini üst seviyeye çıkarmayı hedeflemelidir (31).

2.3. AŞILARA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Aşı, bireye uygulandığında immün cevap oluşturup patojenik etkenlerden oluşan hastalıkların oluşmasını engelleyen maddedir. Aşılar, patojenitesi azaltılmış mikroorganizmanın tamamından ya da belirli parçalarından oluşup immün sistemi aktive etmek amacıyla çeşitli yollardan (subkutan, intradermal, oral)

yapılmaktadır(32). Tüm bireyler etkin ve tam güvenilir aşısı olan hastalıklara karşı aşılama hakkına sahiptir (33).

Aşı sonrası bağışıklık cevabında T ve B hücreli lenfositler rol oynar. 7-10 gün arasında immün cevap oluşmaya başlar. İmmün yanıtı etkileyen faktörler ise antijen özellikleri, taşıma sırasındaki değişkenler, bireyin hastalıkları ve genetik özellikleridir. Vücutta dolaşan antikorlar, bir aşı antijenine karşı gelişecek bağışıklık yanıtını azaltabilir, hatta tamamen engelleyebilir. Bu durum, dolaşan antikorların düzeyi ve aşının türü ile doğrudan ilişkilidir. İnaktive aşılar antikorlardan etkilenmedikleri için immünglobulinlerden önce, sonra ya da eş zamanlı olarak uygulanabilir. Bu nedenle kuduz, Hepatit B ve tetanoz gibi hastalıkların temas sonrası profilaksisinde immünglobulin ve aşı eş zamanlı uygulanmaktadır. Canlı aşı ile immünglobulin yakın zamanlı uygulanacaksa, ikisi arasında yeterli sürenin (örn. bir inkübasyon periyodu) bırakılması önerilir (32)

2.3.1. Aşı Tipleri

Kullanımda olan 3 tip aşı mevcuttur. Bu tipler viral aşılar (attenue canlı, inaktive ölü, subunit), bakteriyel aşılar (tam hücreli, toksoid, subunit, polisakkarid) ve bu iki tipin birleştirilmesi ile yapılan aşılardır. Aşılar temelde canlı-atenüe, inaktive olmak üzere iki tiptir. Canlı aşılar virüs ya da bakterinin hastalık yapıcı özelliğinin ortadan kaldırılıp vücutta çoğalma ve immün yeteneğinin korunmasına dayanarak geliştirilen aşılardır (kızamık, kızamıkçık, kabakulak, OPV, suçiçeği, BCG aşıları). İnaktive aşılar ise virüs ya da bakterinin tamamı (boğmaca, influenza, hepatit A, inaktif polio virus) veya bir kısmı (hepatit B, influenza, aselüler boğmaca, difteri, tetanoz gibi) kullanılarak geliştirilen aşılardır. İnaktive aşılar hedeflenen bağışıklık düzeyine ulaşılması için birden fazla uygulanmalıdır (32).

2.3.1.1. Viral aşılar

Canlı Viral Aşı: Bulaşa neden olan mikroorganizmanın çoğaltılması sonucu çok sayıda işlem uygulanarak hazırlanır. Hastalığa neden olmayan virüs suşları seçilip uygulandıktan sonra da kuvvetli bir immün cevap alınır. Aşı ısıya duyarlıdır ve çok nadiren de olsa enfeksiyona yol açar. Bağışıklığı baskılanmış bireylere uygulanmaz (32). Tek doz çoğu zaman yeterlidir.

Ölü Viral Aşı: Bulaşıcı hastalığa yol açan etken çoğaltılıp inaktif hale getirilerek hazırlanır. Bağışıklık yanıtına neden olacak antijenlerin sağlam olduğuna ve bütün virüslerin inaktif olduğundan emin olunmalıdır. Aşının, immün yanıt zayıf olacağından tekrarlanması gerekir (32). Subunit Viral Aşı: Patojen mikroorganizmanın nükleid asidinden elde edilen hastalık oluşturan antijenin çoğaltılmasından üretilir. Bağışıklığı baskılı bireylerde güvenle uygulanabilir.

2.3.1.2. Bakteriyel aşılar

Tam Hücreli Aşı: Etkene yol açan bakterinin zayıflatılması ile elde edilir. Hücrelerin üzerindeki antijenler parçalanmazlar böylece bağışıklık yanıtını uyarabilirler ancak hücreler ölmüş olduklarından hastalığa neden olamazlar. Günümüzde tek zayıflatılmış bakteri aşısı BCG aşısıdır (32).

Toksoid Aşı: Çoğaltılan bakteriden ekzotoksinin arındırılıp bazı maddelerle etkisiz hale getirilmesi ile elde edilir Toksoid aşı üretmek için bakteriler uygun ortamlarda çoğaltılır. Bakteriyel toksin kültür ortamından çıkartılır, saflaştırılır ve genellikle formalinle inaktive edilir. İnaktive ve immünojenik olduğunu kesinleştirmek amacıyla kapsamlı testlerden geçirildikten sonra aşı üretiminde kullanılır. Bakterilerin ürettiği ekzotoksinlerin yol açtığı hastalıklara karşı koruma sağlamakta toksoid aşılar çok etkilidir. Difteri ve tetanoz aşıları buna iyi birer örnektir (32).

Subunit Bakteriyel Aşı: Bakterinin alt birimlerindeki antijenik hanelerin bir araya gelmesiyle oluşturulur. Polisakkarit ve konjuge polisakkarit aşılar bu gruba örnektir. Polisakkarit aşıda T lenfositler hiç uyarılmadığı için kısa süreli bir yanıt oluşurken konjuge aşılar T lenfositler uyarılıp bağışıklığın daha uzun oluşması beklenir (32).

2.3.1.3. Kombine aşılar

Çeşitli hastalığa yol açan mikroorganizmalardan elde edilen antijenlerin aşı ile kombine edilmesi sonucu oluşturulur. Bu sayede daha az aşı ile daha çok bağışıklık yanıtı sağlanır Kombine aşılar da birden çok içerik olduğu için yan etkiler daha sık görülebilmektedir. Uygun kombinasyon seçilmediğinde interferans olasılığı artmaktadır ve antikor cevabı etkilenebilir. Uygun kombinasyonlara; BCG-

sarıhumma, BCG-DBT-oral polio, BCG-kızamık-sarıhumma-tetanoz, DBT-hepatit B, DBT-sarıhumma, DaBTİPV-Hib aşıları örnek verilebilir (32).

2.3.2. Erişkin Dönemde Yapılması Planlanan Aşılar

Aşı ile bağışıklama toplum sağlığını sağlamakta ve bulaşıcı enfeksiyonları engellemekte en sık tercih edilen ve tercih edilmesi gereken yoldur (34). Erişkin aşılama çok önemli olmasına rağmen erişkinlerde aşılanma yüzdeleri yetersizdir. Bunun artırılması genel bağışıklama programının genişletilmesi, ücretsiz aşılanma imkanı ve doktor tavsiyesi ile sağlanabilir (35).

Centers For Disease Control and Prevention (CDC)'nin yaşa göre önerdiği aşı takvimi 18 yaş üstü bireyler için mevcut olup takvimde covid19, grip, pnömokok (PCV13, PPSV23), hepatit a, hepatit b, difteri-tetanoz, kızamık kızamıkçık kabakulak gibi aşılar yer almaktadır (29). Ülkemizde 2009 senesinde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) uygulanmaya başlanmıştır. Sadece yenidoğan ve çocukluk çağını içeren bir programdır ve erişkin aşılamaya yönelik içerik yer almamaktadır (36). Ülkemizde erişkin aşılamaya yönelik programlar sağlık çalışanları, 65 yaş üstü bireyler gibi yüksek risk grupları içermekte; çoğunlukla belirli şartlarda (gebelik, er, hac ve işe girişteki prosedürler) yetişkinlere aşılama uygulanmaktadır. Rutin ve geniş bir bağışıklamaya şimdilik uygulanmaya başlanmamıştır (32). 2010 senesinde ülkemizde birinci basamak hekimlerine yönelik yaşlı kişilerin sağlığı için tanı ve tedavi rehberi yayınlanmıştır. Eşlik eden hastalıklara ve risk faktörlerine göre bağışıklamaya yönelik öneriler yer almıştır (37).

Tablo 2: Yaşa Göre Yetişkin Bağışıklama Programı, CDC, 2023(38)

Aşı	19-26 yaş	27-49 yaş	50-64 yıl	≥65 yaş
COVID-19 	1 veya daha fazla doz güncellenmiş.			
İnaktive edilmiş grip (IIV4) veya İnfluenza rekombinantı (RIV4) 	Yılda 1 doz			
or Canlı zayıflatılmış grip (LAIV4) 	Yılda 1 doz			
Solunum Sinsityal Virüsü (RSV) 	Hamilelik sırasında mevsimsel uygulama.			≥60 yıl
Tetanoz, difteri, boğmaca (Tdap veya Td) 	Her gebelikte 1 doz Tdap; Yara tedavisi için 1 doz Td/Tdap 1 doz Tdap, ardından her 10 yılda bir Td veya Tdap rapel			
Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (MMR) 	Endikasyona göre 1 veya 2 doz			Sağlık personeli için
Varisella (VAR) 	2 doz		2 doz	
Zoster rekombinantı (RZV) 	Bağışıklığı baskılayan koşullar için 2 doz		2 doz	
İnsan papilloma virüsü (HPV) 	İlk aşılama yaşı veya durumuna bağlı olarak 2 veya 3 doz	27 ile 45 yaş arası		
Pnömonokok (PCV15, PCV20, PPSV23) 				
Hepatit A (HepA) 	Aşıya göre 2, 3 veya 4 doz			
Hepatit B (HepB) 	Aşının durumuna göre 2,3 veya 4 doz			Durum
Meningokokal A, C, W, Y (MenACWY) 	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz, Takviye önerileri için			
Meningokok B (MenB) 	19'dan 23'e kadar	Aşı ve endikasyona bağlı olarak 2 veya 3 doz, Rapel tavsiyeler		
Haemophilus influenzae tip b (Hib) 	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 3 doz			

2.3.3. Yaşlılık Döneminde Aşılama

Dünyada ve ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireyler için özel bağışıklama programları geliştirilmiştir. Ülkemizde 65 yaş ve üstü kişilerde özellikle yapılması istenen aşılar covid19, influenza, pnömokok ve herpes zoster aşılardır. Bu üç aşı dışında gerekli görüldüğü zaman, erişkin dönemde olduğu gibi; tetanoz, difteri, boğmaca, suçiçeği, hepatit, meningokok, kuduz, tifo ve kolera aşılarının da yapılması önerilmektedir(32).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılında yapılan genel kurulunda tüm yaşlıların influenza aşısı olabilmesi ile ilgili olanak ve koşulların sağlanması kararı alınmıştır. Mevsimsel grip aşısının 65 yaş ve üzeri bireylerde yılda bir kez yaptırılması önerilmektedir. Aşının koruyucu etkisi 1-2 hafta içinde başlamaktadır. Ülkemizde şu an 65 yaş ve üstü bireyler için influenza aşısı ücretsiz olarak yapılmaktadır (39).

Pnömokokal hastalık, 65 yaş üzerinde belirgin artış gösterdiği için bu yaş grubunda aşılama konusunda öncelikler arasında yer alan bir aşıdır. İki tip pnömokok aşısı olmakla birlikte uygun aşı şeması ile her iki tip aşının da bu yaş grubunda yapılması önerilmektedir (39).

Herpes zoster aşısı, enfeksiyon öyküsüne bakılmaksızın, herpes zoster enfeksiyonundan ve post-herpetik nevraljiden koruma amacıyla subkutan olarak tek doz uygulanmaktadır. Canlı bir aşı olduğu için, diğer tüm canlı aşılar da olduğu gibi, immunsupresif bireylere uygulanması kontrendikedir (39).

2.3.3.1. Difteri, tetanoz, boğmaca aşıları

Ülkemizde ilk olarak 1937 yılında difteri-boğmaca aşı uygulaması başlamış, aynı yıl Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü difteri, boğmaca ve tetanoz aşılarının üretimini başlatmıştır. 1968 yılından itibaren üçlü karma aşı (DBT) şeklinde kullanılmaya geçilmiştir. 2004 yılından itibaren de tetanoz toksoid aşısı yerine Td uygulanmaya başlanmıştır(32).

Ülkemizde yürütülmekte olan Maternal Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı sayesinde DSÖ tarafından 2009 yılında yenidoğan tetanozunun elimine edildiği onaylanmıştır. Difteri ve tetanoz aşıları toksoid, boğmaca inaktif aşıdır (32).

Ülkemizde bulunan formları aşağıda yer almaktadır:

- Tetanoz ile difteri aşılarını içeren kombine pediatrik difteri-tetanoz (DT)
- Erişkin tip difteri-tetanoz (Td) formu
- Asellüler boğmaca aşısı içeren pediatrik difteri-tetanoz-asellüler boğmaca (DaBT)
- Erişkin tetanoz-difteri-asellüler boğmaca (TdaB) formu mevcuttur.
- Haemophilus influenzae tip b konjuge aşısı ve erişkin difteri, tetanoz, boğmaca ile inaktif çocuk felci kombine aşısı (DaBT- İPA-Hib)
- Erişkin difteri, tetanoz, boğmaca (asellüler), çocuk felci (inaktif) kombine aşısı (DaBT-İPA)

2.3.3.2. Mevsimsel grip (influenza) aşısı

İnfluenza virüsleri grip hastalığına neden olmaktadır. İnfluenza virüsleri ortomyxoviridea ailesinden zarflı ve negatif iplikli, segmentli RNA virüsleridir. İnsanlardan 1933 yılında izole edilmiştir. Nükleoproteinlerine ve matriks proteinlerinin antijenik özelliklerine göre A, B ve C olmak üzere üç ana tipe ayrılır. İnfluenza A pandemilere ve mevsimsel salgınlara neden olabilirken influenza B ise daha çok mevsimsel salgınlara neden olabilmektedir. İnfluenza C daha çok sporadik olgulara ve kısıtlı bölgesel salgınlara neden olabilmektedir. İnfluenza virüslerinin sürekli mutasyon yapmaları nedeniyle gelişen nötralizan antikorlar kalıcı bağışıklık yanıtı oluşturmazlar.(32)

İnfluenza her yıl mevsimsel salgınlara neden olmaktadır. Bu salgınların sonucunda sağlık kurumlarında iş yükü artmakta, hastane yatışlarında artışa neden olmaktadır. Ayrıca iş ve okul kaybına neden olmakta, ekonomiye ekstra yük getirmektedir. Grip genellikle bir iki hafta içinde tedavisiz iyileşmekle beraber, çok küçük yaştakiler, yaşlılar ve altta yatan kronik hastalığı olanlarda hastane yatışlarında artışa ve ölüme neden olmaktadır. (32)

Gripten korunmanın bilinen en etkin yolu aşıdır. Mevsimsel salgınlarda milyonlarca kişi etkilendiği için grip aşısıyla önlenebilen hastalıklar arasında ilk sırayı almıştır. Grip aşısının, mevsimsel salgın sırasında hastane yatışlarını ve ölüm oranlarını azalttığı tespit edilmiştir (32).

Tablo 3: FDA tarafından onaylanan ve ülkemizde uygulanan grip aşıları (32)

Aşı Tipi	Hedef Popülasyon	Uygulama Yolu	Notlar
Kuadrivalan inaktif aşı*	Genel (≥ 6 ay) (her aşı için değil)	IM	İki influenza A, iki influenza B suşu içerir. Her virüsten 15 mcg HA.
Canlı aşı Nazal sprey dördlü	Sağlıklı, 2-49 yaş	Nazal sprey	Hamileler, ilaç veya hastalığa bağlı olarak bağışıklık sistemi baskılanmış kişilere önerilmez
MF-59 adjuvanlı inaktif Üçlü	≥ 65 yaş	IM	İlk adjuvanlı aşı Her virüsten 15 mcg HA. Lokal ve sistemik yan etkileri adjuvansızlara göre daha fazla.
Rekombinan aşı Üçlü veya dördlü	Yumurta alerjisi olanlar ≥ 18 yaş	IM	Yumurta protein içermez. Her virüsten 45 mcg HA.
Hücre kültürü bazlı aşı Dördlü	≥ 2 yaş	IM	Pandemi sırasında hızlı aşı üretimine olanak sağlar. Her virüsten 15 mcg HA.
Yüksek doz aşı Dördlü	≥ 65 yaş ve bağışıklık sistemi zayıflamış olanlar	IM	Yüksek dozun klinik sonuçlarına ilişkin veriler henüz yetersizdir. Her virüsten 60 mcg HA. Lokal ve sistemik yan etkileri standart doza göre daha fazla.
* Ülkemizde 2015'ten itibaren var olan aşılarda üçlü ve dördlü inaktif aşılardır. Üçlü inaktif aşılarda 2017- 2018'den itibaren ACIP önerilerinden çıkarılmıştır. TAS			

2.3.3.3. Pnömonokok aşısı

COVID-19 pandemisinden hemen önceki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine bakıldığında pnömoni ve diğer solunum yolu enfeksiyonları ölüme yol açan bulaşıcı hastalıklar arasında ilk sırada, tüm ölümler içinde dördüncü sırada yer almıştır. Pnömonokok olarak bilinen *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) toplum kaynaklı pnömoni, akut menenjit ve sinüzitin en sık bakteriyel etkenidir. Toplumdan kazanılmış pnömoni etkenleri arasında yaklaşık %20-25'i oluşturmaktadır. Vakaların %50'sinde etken organizma ortaya konamadığı için gerçek prevalansın bu oranların da üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Yetişkinlerde pnömonokok bakteriyemisi sıklıkla (>%80)

pnömoniye sekonder gelişir. İnvaziv pnömokok infeksiyonlarının insidansı 65 yaş üzeri yetişkinler ve iki yaş altı çocuklarda en yüksektir. Belirli komorbid durumlarda da sıklık artar(32).

Pnömokokların virülansından kapsül sorumludur. Dış kapsülün yapısındaki farklılıklara bağlı olarak yaklaşık 90'dan fazla farklı pnömokok serotipi tanımlanmıştır. Pnömokok aşılması ile bu polisakkarit kapsüllerine karşı antikor oluşumu sağlanır (32).

Dünyada ve ülkemizde klinik kullanımda olan iki çeşit pnömokok aşısı bulunmaktadır; pürifiye kapsüler polisakkaritlerden oluşan “polisakkarit aşısı (PPSV)” ve bir proteine kovalent olarak bağlı kapsüler polisakkaritlerden oluşan “konjuge aşısı (PCV)”. Her ikisinin de aktif komponenti en sık invaziv hastalık yapan pnömokok serotiplerinin kapsül polisakkaritleridir. Tek mevcut PPSV aşısı 23 serotipe ait polisakkaritleri içeren PPSV23 aşısıdır. Konjuge aşılar difteri toksinine benzer bir proteine (Difteria CRM197 protein) kovalen bağlı pnömokokal kapsül polisakkaritlerinden oluşur. Farklı sayıda serotipe özgü konjuge polisakkaritleri içeren formülasyonları (PCV10, PCV13, PCV15, PCV20) bulunmaktadır. Ülkemizde halen PCV13 uygulanmaktadır (32).

2.3.3.4. Hepatit B aşısı

İlk olarak 1982 yılında plazma kökenli aşısı olarak üretilen hepatit B aşısı günümüzde yerini rekombinan aşılarla bırakmıştır. 1982 yılından beri çocuk ve erişkin yaş gruplarından pek çok kişiye uygulanmış olup oldukça güvenilir ve etkin bir aşıdır.(32)

2.3.3.5. Herpes zoster (zona) aşısı

Herpes zoster ve post-herpetik nevralji, ensefalit gibi komplikasyonlarının riski ileri yaşla birlikte artmaktadır. İki tip herpes zoster aşısı bulunmaktadır. Ancak ülkemizde Herpes Zoster aşısı bulunmamaktadır.

Canlı attenüe herpes zoster aşısı (ZVL): Aşı insan diploid hücrelerinden üretilmektedir. 50 yaş ve üzeri için ruhsatlıdır. Geçirilmiş herpes zoster öyküsü olup olmamasına bakılmaksızın immünkompetan erişkinlere herpes zoster ve post-herpetik

neuraljiden koruma amacıyla tek doz olarak önerilmektedir. Canlı aşı olması nedeniyle ciddi immün yetmezliği olanlarda kontrendikedir. (32)

Rekombinant herpes zoster aşısı (RZV): Yetişkinlerde herpes zoster ve post-herpetik neuralji riskini %90'ın üzerinde azaltmaktadır. Aşı etkinliği dört yıl süresince azalmamaktadır. Daha önce herpes zoster öyküsüne ve canlı aşı yapıp yapılmadığına bakılmaksızın 50 yaş üzeri immünkompetan kişilere iki doz önerilmektedir. İki doz arasında 2-6 ay olması önerilmektedir.(32)

2.3.3.6. COVID-19 aşısı

Bir pandeminin kontrolü, semptomatik hastaların tedavisi dışında, tedavi ve taburculuk sonrası takip ve izleme, asemptomatik enfeksiyonların izlenmesi, yakın temas takibi, yüksek riskli popülasyon taraması gibi önlemleri içerir. Ancak pandeminin radikal kontrolünü sağlamada en etkili yol aşılama değildir. 2019 yılında Çin'de başlayan SARS CoV-2 enfeksiyonunu önlemeye yönelik 300'den fazla aşı çalışması bulunmaktadır. Bu durum COVID-19 pandemisini engelleme çalışmalarında en umut verici yaklaşımdır. Dünyada çok sayıda COVID-19 aşısı mevcuttur. Bu aşılardan bir kısmı acil kullanım onayı almıştır(32).

Farklı yöntemlerle hazırlanan aşılardan (inaktif aşılardan, vektör aşılardan ve mRNA aşılardan) pandeminin ilk yılından itibaren kullanıma girmiştir. Küresel boyutta bağışıklama çalışmaları başlamıştır(32).Ülkemizde ilk Covid-19 aşısı 2021 yılı Ocak ayında uygulanmıştır. 2023 yılı Ağustos ayına kadar yapılan toplam Covid-19 aşısı 152.723.822 adettir. Covid-19 aşısının 1. dozunun yapılma oranı %93,38, 2. Dozunun yapılma oranı ise %85,70'tir. (40)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmamız tanımlayıcı türde retrospektif bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne başvuran 65 yaş ve üstü olan 5980 hastadan, yapılan güç analizine göre %5 hata payı %95 güven aralığı hesaplanarak 362 hastalık örneklem seçilmiştir. 362 hasta rastgele örneklem metodu ile T.C. kimlik numaraları küçükten büyüğe sıralanarak 15 hastada bir hasta seçilerek örneklem oluşturulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Ankara Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde takip edilme ve 65 yaş ve üstünde olma araştırmaya dahil olma kriteridir. E-nabız sistemine ulaşamayan hastalar ve veri toplama esnasında vefat ettiği tespit edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMA GRUBU İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER VE ÖLÇÜTLERİ

Yaş

Cinsiyet

Hasta Bağımlılık Düzeyi

Hasta Tanıları (Kronik Hastalıkları): 104 farklı tanı tespit edilmiş olması nedeniyle hastalıkların gruplanması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Gruplama sekiz başlık altında toplanmıştır. Hastaların psikiyatrik hastalık tanıları alınmamıştır. E-nabız sisteminde bu hastalık grubunda olan hastalıkların hasta tanılarında gizlenmesi nedeniyle bu şekilde yapılmıştır.

En sık görülen hastalıklardan olması ve morbidite mortalite üzerine etkileri olması nedeniyle hipertansiyon ve diyabetes mellitus birer ana başlık olarak alınmıştır.

Üçüncü ana başlık nörolojik hastalıklardır. Bu gruba dahil edilen hastalıklar: Amnezi, fibromiyalji, trigeminal nevralji, narkolepsi-katapleksi, motor nöron

hastalığı, spinal musküler atrofi sendromu ilişkili hastalık, serebrovasküler hastalık, alzheimer hastalığı, polinöropati, hemipleji, parapleji, Parkinson hastalığı, uyku bozuklukları, epilepsi, spinal stenoz, ekstrapiramidal bozukluk ve hareket bozukluğu, huntington hastalığı, multiple skleroz, migrendir.

Dördüncü ana başlık ise kardiyovasküler hastalıklardır. Bu grupta yer alan hastalıklar: Hiperlipidemi, aterosklerotik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, venöz yetersizlik, periferik vasküler hastalık, kalp kapak protezi, atrial fibrilasyon, kronik iskemik kalp hastalığı, mitral kapak yetmezliği, kalp pili, koroner arter hastalığı, hipertansif kalp hastalığı, emboli ve tromboz, kardiyovasküler hastalık, ateroskleroz, vertebrobasiler arter sendromu, kalp kapak yetersizlikleridir.

Beşinci ana başlık göğüs hastalıklarıdır. Bu gruba dahil edilen hastalıklar: Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sekonder pulmoner hipertansiyon, solunum yetmezliği, interstisyel akciğer hastalığıdır.

Altıncı ana başlık neoplazmlardır. Bu grupta yer alan hastalıklar: Menenjiom, meme benign neoplazm, meme malign neoplazm, spinal kord benign neoplazm, mide karsinomu, rektum malign neoplazmı, böbrek malign neoplazmı, tiroid bez malign neoplazm, prostat benign neoplazm, multiple myelom, kolon, mesane, prostat, dil, over, pankreas, periton, endometrium, larinks, deri, beyin, serviks uteri, parotid bez malign neoplazmları, non-hodgkin lenfomadır.

Yedinci ana başlık endokrin hastalıklardır. Bu gruba dahil edilen hastalıklar: Hipotiroidizm, sekonder hiperparatiroidizm, adrenokortikal yetmezlik, hipoparatiroidizm, tirotoksikozdur.

Sekizinci ana başlık ise diğer hastalıklar grubudur. Bu gruba dahil edilen hastalıklar: İnkontinans, benign prostat hipertrofisi, osteoporoz, kronik böbrek yetmezliği, romatoid artrit, protein enerji malnütrisiyonu, gonartroz, artroz, koksartroz, gut, psöriyatik artropatiler, gastrostomi, artrit, glokom, nefrotik sendrom, behçet hastalığı, ankilozan spondillit, kronik viral hepatit B, işitme kaybı, peptik ülser, trakeostomi, artropati, rotator kuf sendromu, kronik gastrit, aspiratör ve respiratör bağımlı, büllöz pemfigoid, ülseratif kolit, optik atrofi, metabolik bozukluk, mevsimsel alerjik rinit, kronik pyelonefrit, kronik osteomyelit, heredofamilyal amiloidozis, kolostomi, çölyak hastalığıdır.

Aşılanma Durumları: covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşıları ile aşılanma durumları değerlendirildi.

Aşığı Nerede Yaptırdığı: hastaneler, aile sağlığı merkezleri, özel hastaneler, ilçe sağlık müdürlükleri, bilinmeyenler şeklindedir.

3.4. ETİK KONULAR VE KURUMSAL İZİNLER

Araştırma uluslararası etik kurallara ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde yapılmıştır. Araştırma için 27.03.2023 tarihli ve E2-23-3727 sayılı karar no ile Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-1) alınmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verisi SPSS 22,0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (min-max) frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalar ki-kare testi kullanılarak yapılacaktır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne 2022 yılında başvuran 65 yaş ve üstü olan 5980 hastadan, rastgele örneklem metodu ile 362 hasta seçilmiştir.

Tablo 4: Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı

		Sayı n	Yüzde %	Toplam
Yaş Aralıkları	65-74 yaş	54	14,9	362
	75-84 yaş	148	40,9	
	≥85 yaş	160	44,2	
Cinsiyet	Kadın	260	71,8	362
	Erkek	102	28,2	
Bağımlılık Durumu	Tam Bağımlı	89	24,6	362
	Yarı Bağımlı	260	71,8	
	Bağımsız	13	3,6	

Hastaların 260'ını (%71,8) kadın, 102'sini (%28,2) erkek bireyler oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 82,99 olarak tespit edilmiştir. Yaş dağılımı açısından incelendiğinde ise kadınların yaş ortancası 84 yıl, erkeklerin yaş ortancası 81 yıl olarak saptandı. Hastaların yaş dağılımı normal dağılım göstermeyip, cinsiyete göre değerleri Tablo 5 de gösterildi.

Tablo 5: Cinsiyete göre yaş değerleri

	Ortalama ±standart sapma	Median (ortanca)	Min-Max değer
Kadın	83,59 ±7,52	84	66-102
Erkek	81,45 ±7,80	81	66-98

Hastaların yaş grupları ile bağımlılık durumları değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yaşlılık, yaşlılığa bağlı hastalıklar ve hastalıkların ko-morbiditesi nedeniyle bağımlılık durumunun yaşla birlikte arttığı düşünülmektedir.

Tablo 6: Yaş grupları ile bağımlılık durumları arasındaki ilişki

		Bağımlılık Durumu			p
Yaş		Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız	
	65-74 yaş	16 29,6%	33 61,1%	5 9,3%	0,033
	75-84 yaş	39 26,4%	103 69,6%	6 4,1%	
	≥85	34 21,3%	124 77,5%	2 1,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Yaş grupları ile hastaların kronik hastalıkları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hipertansiyon, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, neoplazm ve endokrin hastalık tanılarının olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak diyabetes mellitus ve diğer hastalıklar grubu tanıları ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buradaki farkın nedeni 85 yaş ve üstündeki hastalarda diyabetes mellitus görülme oranının azalmasıdır. 85 yaş ve üstünde diğer hastalıklar grubundaki hastalıklardan herhangi birinin görülme ihtimalinde ise artma olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %50'sinde görülen diğer hastalık grubunda sayılan inkontinans durumu ile yaş grupları arasında da anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 7: Yaş grupları ile diyabetes mellitus tanısı arasındaki ilişki

		Diyabetes Mellitus		p
Yaş		Var	Yok	
	65-74 yaş	30 55,6%	24 44,4%	<0,001
	75-84 yaş	85 57,4%	63 42,6%	
	≥85	58 36,3%	102 63,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 8: Yaş grupları ile diğer hastalık grubu hastalıkları arasındaki ilişki

		Diğer Hastalıklar		p
		Var	Yok	
Yaş	65-74 yaş	41 75,9%	13 24,1%	0,034
	75-84 yaş	127 85,8%	21 14,2%	
	≥85	144 90,0%	16 10,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 9: Yaş grupları ile inkontinans arasındaki ilişki

		İnkontinans		p
		Var	Yok	
Yaş	65-74 yaş	18 33,3%	36 66,7%	0,010
	75-84 yaş	72 48,6%	76 51,4%	
	≥85	91 56,9%	69 43,1%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Hastaların yaş gruplarına göre aşılanma durumları değerlendirildiğinde; yaş grupları ile covid-19, influenza, konjuge pnömokok aşısı ve hepatit B aşısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak yaş grupları ile tetanoz aşısı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yaş gruplarına göre hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları değerlendirildiğinde; covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit B aşılarını yaptırdıkları yerler arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Tablo 10: Yaş grupları ile covid-19 aşısı yaptıрма durumları arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısı		p
		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
Yaş	65-74 yaş	53 (98,1)	1 (1,9)	0,377
	75-84 yaş	138 (93,2)	10 (6,8)	
	≥85	152 (95)	8 (5)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 11: Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				P
Yaş		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	65-74 yaş	19 35,8%	16 30,2%	5 9,4%	13 24,5%	0,499
	75-84 yaş	56 40,6%	35 25,4%	7 5,1%	40 29,0%	
	≥85	51 33,6%	37 24,3%	8 5,3%	56 36,8%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 12: Yaş grupları ile influenza aşısı yaptıırma durumları arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısı		p
Yaş		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	65-74 yaş	28 (51,9)	26 (48,1)	0,527
	75-84 yaş	86 (58,1)	62 (41,9)	
	≥85	97 (60,6)	63 (39,4)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 13: İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Yaş		ASM	Bilinmiyor	
	65-74 yaş	3 10,7%	25 89,3%	0,137
	75-84 yaş	22 25,6%	64 74,4%	
	≥85	16 16,5%	81 83,5%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 14: Yaş grupları ile Konjuge Pnömonokok Aşısı yaptıırma durumları arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Yaş		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	65-74 yaş	19 (35,2)	35 (64,8)	0,448
	75-84 yaş	66 (44,6)	82 (55,4)	
	≥85	65 (40,6)	95 (59,4)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 15: Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Yaş		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	65-74 yaş	2 10,5%	15 78,9%	2 10,5%	0 0,0%	0,735
	75-84 yaş	5 7,6%	58 87,9%	2 3,0%	1 1,5%	
	≥85	4 6,3%	57 89,1%	3 4,7%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 16: Yaş grupları ile Tetanoz Aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısı		p
Yaş		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	65-74 yaş	5 (9,3)	49 (90,7)	0,012
	75-84 yaş	32 (21,6)	116 (78,4)	
	≥85	17 (10,6)	143 (89,4)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 17: Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Yaş		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	65-74 yaş	5 83,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%	0,401
	75-84 yaş	30 90,9%	2 6,1%	0 0,0%	1 3,0%	
	≥85	15 88,2%	1 5,9%	1 5,9%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 18: Yaş grupları ile Hepatit-B Aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

		Hepatit B Aşısı			p
Yaş		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz sayı (%)	
	65-74 yaş	18 (33,3)	27 (50)	9 (16,7)	0,086
	75-84 yaş	56 (37,8)	67 (45,3)	25 (16,9)	
	≥85	40 (25)	78 (48,7)	42 (26,3)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 19: Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle yaş grupları arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Yaş		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	65-74 yaş	0 0,0%	0 0,0%	18 100,0%	0,247
	75-84 yaş	4 7,1%	1 1,8%	51 91,1%	
	≥85	0 0,0%	0 0,0%	40 100,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Cinsiyete göre hastaların kronik hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak diğer hastalık grubundaki tanılardan biri olan inkontinans arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 20: Cinsiyet ile inkontinans arasındaki ilişki

		İnkontinans		p
Cinsiyet		Var	Yok	
	Kadın	144 55,4%	116 44,6%	0,002
	Erkek	37 36,3%	65 63,7%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Cinsiyete göre covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılılarıyla aşılanma durumları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Cinsiyet ile hastaların covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılarını yaptırdıkları yerler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 21: Cinsiyet ile Covid-19 aşısını yaptırma durumları arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısı		p
Cinsiyet		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Kadın	244 (93,8)	16 (6,2)	0,29
	Erkek	99 (97,1)	3 (2,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 22: Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Cinsiyet		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Kadın	79 32,4%	69 28,3%	15 6,1%	81 33,2%	0,062
	Erkek	47 47,5%	19 19,2%	5 5,1%	28 28,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 23: Cinsiyet ile İnfluenza aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısı		p
Cinsiyet		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Kadın	152 (58,5)	108(41,2)	1,0
	Erkek	59 (57,8)	43 (42,2)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 24: İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede Yaptırdığı		p
Cinsiyet		ASM	BİLİNMIYOR	
	Kadın	27 17,8%	125 82,2%	0,337
	Erkek	14 23,7%	45 76,3%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 25: Cinsiyet ile Konjuge pnömokok aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Cinsiyet		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Kadın	99 (38,1)	161 (61,9)	0,06
	Erkek	50 (49)	52 (51)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 26: Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsiyet		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Kadın	9 9,1%	83 83,8%	6 6,1%	1 1,0%	0,357
	Erkek	2 4,0%	47 94,0%	1 2,0%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 27: Cinsiyet ile Tetanoz aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

Cinsiyet		Tetanoz Aşısı		p
		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Kadın	36 (13,8)	224 (86,2)	0,41
	Erkek	18 (17,6)	84 (82,4)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 28: Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsiyet		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Kadın	33 86,8%	2 5,3%	1 2,6%	2 5,3%	0,682
	Erkek	17 94,4%	1 5,6%	0 0,0%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 29: Cinsiyet ile Hepatit-B aşısını yaptıрма durumları arasındaki ilişki

Cinsiyet		Hepatit-B Aşısı			p
		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Kadın	84 (32,3)	129 (49,6)	47 (18,1)	0,09
	Erkek	30 (29,4)	43 (42,2)	29 (28,4)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 30: Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsiyet		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Kadın	3 3,6%	1 1,2%	80 95,2%	0,833
	Erkek	1 3,3%	0 0,0%	29 96,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Hastaların bağımlılık durumları ile kronik hastalıklar arasında ilişki incelendiğinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, göğüs hastalıkları, endokrin hastalık, neoplazm tanıları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak nörolojik hastalık tanısı olanlar ve diğer hastalık grubundan hastalık tanısı olanlar ile bağımlılık durumları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu farkın oluşmasındaki neden nörolojik hastalıkların ve diğer hastalıklar grubundaki tanıların hastaların bağımlılık durumunu arttırması kaynaklıdır. Bu fark aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 31: Bağımlılık durumları ile nörolojik hastalık tanıları arasındaki ilişki

Bağımlılık Durumu		Nörolojik Hastalık		p
		Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
	Bağımlı	84 94,4%	5 5,6%	<0,01
	Yarı bağımlı	171 65,8%	89 34,2%	
	Bağımsız	8 61,5%	5 38,5%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 32: Bağımlılık durumları ile diğer hastalıklar grubundan hastalık tanıları arasındaki ilişki

Bağımlılık Durumu		Diğer Hastalıklar		p
		Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
	Bağımlı	82 92,1%	7 7,9%	0,048
	Yarı bağımlı	221 85,0%	39 15,0%	
	Bağımsız	9 69,2%	4 30,8%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Hastaların bağımlılık durumlarına göre covid-19, tetanoz ve hepatit-B aşılılarıyla aşılanma durumları değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ancak bağımlılık durumlarına göre influenza ve konjuge pnömokok aşılılarıyla aşılanma durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Hastaların bağımlılık durumlarına göre covid-19 aşısının yapıldığı yerler arasında anlamlı fark tesit edilmiştir. Bağımlı hastaların aşılarının çoğunluğu ilçe sağlık müdürlüklerince yapılmıştır.

Hastaların bağımlılık durumlarına göre influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılarını yaptırma yerleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 33: Bağımlılık durumu ile Covid-19 Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısı		p
Bağımlılık Durumu		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Bağımlı	82 (92,1)	7 (7,9)	0,38
	Yarı bağımlı	249 (95,8)	11 (4,2)	
	Bağımsız	12 (92,3)	1 (7,7)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 34: Covid-19 aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişkisi

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Bağımlılık Durumu		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Bağımlı	22 26,8%	13 15,9%	2 2,4%	45 54,9%	<0,001
	Yarı bağımlı	97 39,0%	73 29,3%	16 6,4%	63 25,3%	
	Bağımsız	7 58,3%	2 16,7%	2 16,7%	1 8,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 35: Bağımlılık durumu ile İnfluenza Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısı		p
Bağımlılık Durumu		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Bağımlı	39 (43,8)	50 (56,2)	0,005
	Yarı bağımlı	165 (63,5)	95 (36,5)	
	Bağımsız	7 (53,8)	6 (46,2)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 36: İnfluenza aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Bağımlılık Durumu		ASM	Bilinmiyor	
	Bağımlı	9 23,1%	30 76,9%	0,781
	Yarı bağımlı	31 18,8%	134 81,2%	
	Bağımsız	1 14,3%	6 85,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 37: Bağımlılık durumu ile Konjuge Pnömonokok Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Bağımlılık Durumu		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Bağımlı	25 (28,1)	64 (71,9)	0,016
	Yarı bağımlı	118 (45,4)	142 (54,6)	
	Bağımsız	6 (46,2)	7 (53,8)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 38: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Bağımlılık Durumu		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Bağımlı	1 4,0%	22 88,0%	2 8,0%	0 0,0%	0,781
	Yarı bağımlı	10 8,5%	104 88,1%	3 2,5%	1 0,8%	
	Bağımsız	0 0,0%	4 66,7%	2 33,3%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 39: Bağımlılık durumu ile Tetanoz Aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısı		p
Bağımlılık Durumu		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Bağımlı	16 (18)	73 (82)	0,64
	Yarı bağımlı	36 (13,8)	224 (86,2)	
	Bağımsız	2 (15,4)	11 (84,6)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 40: Tetanoz aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Bağımlılık Durumu		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Bağımlı	14 87,5%	1 6,3%	1 6,3%	0 0,0%	0,729
	Yarı bağımlı	34 89,5%	2 5,3%	0 0,0%	2 5,3%	
	Bağımsız	2 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 41: Bağımlılık durumu ile Hepatit-B Aşısı yaptırma durumu arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısı			p
Bağımlılık Durumu		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Bağımlı	27 (30,3)	48 (54)	14 (15,7)	0,25
	Yarı bağımlı	81 (31,2)	121 (46,5)	58 (22,3)	
	Bağımsız	6 (46,1)	3 (23,1)	4 (30,7)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 42: Hepatit-B aşısının yapılma yerleriyle bağımlılık durumu arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Bağımlılık Durumu		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Bağımlı	0 0,0%	0 0,0%	27 100,0%	0,345
	Yarı bağımlı	3 3,7%	1 1,2%	77 95,1%	
	Bağımsız	1 16,7%	0 0,0%	5 83,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Hastalarda toplamda 104 farklı kronik hastalık tespit edilmiştir. Bunlar 8 farklı grupta birleştirilmiştir. Bu gruplar hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler sistem hastalıkları, göğüs hastalıkları, maligniteler, endokrin hastalıklar ve diğer şeklidir. Hipertansiyon ve diyabetes mellitus en sık tespit edilen hastalıklar olmaları nedeniyle ayrı gruplandırılmıştır.

Tablo 43: Kronik hastalıkların değerlendirilmesi

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	320	88,4
Aterosklerotik kalp hastalığı	227	62,7
İnkontinans	181	50
Diyabetes mellitus	173	47,8
Hiperlipidemi	150	41,5
Serebrovasküler hastalık	147	40,6
Alzheimer hastalığı	129	35,6
Osteoporoz	118	32,6
Atrial fibrilasyon	114	31,5
Kalp yetmezliği	96	26,5
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	82	22,7
Hipotiroidizm	78	21,6
Polinöropati	66	18,2
Benign prostat hipertrofisi	65	18
Protein enerji malnütrisyonu	63	17,4
Venöz yetersizlik	60	16,6
Astım	55	15,2
Kronik böbrek yetmezliği	44	12,2
Uyku bozuklukları	40	11
Epilepsi	31	8,6
Romatoid artrit	28	7,8
Glokom	27	7,5
Hemipleji	22	6,1
Artroz/gonartroz/koksartroz	22	6,1
Kronik iskemik kalp hastalığı	21	5,8
Meme malign neoplazmi	19	5,2
Periferik vasküler hastalık	16	4,4
Gastrostomi durumu	15	4,1
Gut	14	3,8

Tablo 43: (Devamı) Kronik hastalıkların değerlendirilmesi

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
İşitme kaybı	13	3,6
Artrit	12	3,3
Kalp kapak protezi	10	2,7
Kalp pili	9	2,5
Ekstrapiramidal bozukluk ve hareket bozukluğu	8	2,2
Parapleji	7	1,9
Emboli ve tromboz	7	1,9
Kolon malign neoplazm	7	1,9
Ateroskleroz	6	1,7
Mesane malign neoplazm	6	1,7
Kronik viral hepatit B	6	1,7
Prostat malign neoplazm	5	1,4
Spinal stenoz	4	1,1
Solunum yetmezliği	4	1,1
Peptik ülser	4	1,1
Multiple myelom	3	0,9
Over malign neoplazm	3	0,9
Mide karsinomu	3	0,9
Behçet hastalığı	3	0,9
Kronik osteomyelit	3	0,9
Multiple skleroz	2	0,6
Migren	2	0,6
Motor nöron hastalığı	2	0,6
Narkolepsi ve katapleksi	2	0,6
Mitral kapak yetmezliği	2	0,6
İnterstisyel akciğer hastalığı	2	0,6
Pankreas malign neoplazm	2	0,6
Endometrium malign neoplazm	2	0,6
Non-hodgkin lenfoma	2	0,6
Deri malign neoplazm	2	0,6
Beyin malign neoplazm	2	0,6
Menenjiom	2	0,6
Meme benign neoplazm	2	0,6
Böbrek malign neoplazm	2	0,6
Hipoparatiroidizm	2	0,6
Tirotoksikoz	2	0,6
Trakeostomi	2	0,6

Tablo 43: (Devamı) Kronik hastalıkların değerlendirilmesi

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Artropati	2	0,6
Büllöz pemfigoid	2	0,6
Metabolik bozukluk	2	0,6
Mevsimsel alerjik rinit	2	0,6
Kolostomi durumu	2	0,6
Huntington hastalığı	1	0,3
Spinal musküler atrofi sendromu ile ilişkili hastalık	1	0,3
Anterograd amnezi	1	0,3
Amnezi	1	0,3
Trigeminal nevralji	1	0,3
Koroner arter hastalığı	1	0,3
Hipertansif kalp hastalığı	1	0,3
Vertebro baziler arter sendromu	1	0,3
Kalp kapak yetmezlikleri	1	0,3
Sekonder pulmoner hipertansiyon	1	0,3
Dil malign neoplazm	1	0,3
Periton malign neoplazm	1	0,3
Larinks malign neoplazm	1	0,3
Serviks uteri malign neoplazm	1	0,3
Parotid bez benign neoplazm	1	0,3
Spinal kord benign neoplazm	1	0,3
Rektum malign neoplazm	1	0,3
Bronş veya akciğer malign neoplazmı	1	0,3
Prostat benign neoplazm	1	0,3
Tiroid bez malign neoplazm	1	0,3
Sekonder hiperparatiroidizm	1	0,3
Adrenokortikal yetmezlik	1	0,3
Psöriyatik artropatiler	1	0,3
Nefrotik sendrom	1	0,3
Ankilozan spondilit	1	0,3
Rotator kuf sendromu	1	0,3
Aspiratör ve respiratör bağımlı	1	0,3
Ülseratif kolit	1	0,3
Optik atrofi	1	0,3
Kronik pyelonefrit	1	0,3
Heredofamilyal amiloidozis	1	0,3
Çölyak hastalığı	1	0,3

Bir hastanın birden fazla hastalığı bulunmaktadır. Yüzdelere satır bazlı olarak toplam örneklem sayısına göre belirlenmiştir.

Hipertansiyon tanısı ile takip edilen hasta sayısı 320 olup tüm hastaların %88,4'üdür.

Tablo 44: Hastaların hipertansiyon durumunun değerlendirilmesi

Hipertansiyon	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	320	88,4
Yok	42	11,6
Toplam	362	100

Diabetes mellitus tanısıyla takip edilen hasta sayısı ise 173 olup değerlendirmeye alınan hastaların %47,8'ini oluşturmaktadır. Hem hipertansiyonu olan hem de diabetes mellitus tanısıyla takip edilen hasta sayısı 156 olup tüm hastaların %43,1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 45: Hastaların diabetes mellitus durumunun değerlendirilmesi

Diabetes Mellitus	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	173	47,8
Yok	189	52,2
Toplam	362	100

Hastaların tanıları tarandığında hastaların çeşitli nörolojik hastalıklara sahip oldukları görülmüştür. Bu tanılardan bazıları şunlardır: serebrovasküler hastalık, alzheimer hastalığı, polinöropati, hemipleji, parapleji, Parkinson hastalığı vb. Bazı hastalar birden fazla nörolojik hastalık tanısı almış olabilmektedir. Herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olan hastaların sayısı 263 olup tüm hastaların %72,7'sini oluşturmaktadır.

Tablo 46: Hastaların nörolojik hastalık durumunun değerlendirilmesi

Nörolojik hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	263	72,7
Yok	99	27,3
Toplam	362	100

Hastaların tanıları tarandığında hastaların çeşitli kardiyovasküler hastalıklara sahip oldukları görülmüştür. Bu tanılardan bazıları şunlardır: atrial fibrilasyon, hiperlipidemi, aterosklerotik kalp hastalıkları, kalp pili, mitral kapak yetmezliği vb. Bazı hastalarda birden fazla kardiyovasküler sisteme ait tanılar aynı anda bulunabilmektedir. Herhangi bir kardiyovasküler hastalığa sahip olan hastaların sayısı 307 olup tüm hastaların %84,5'ini oluşturmaktadır.

Tablo 47: Hastaların kardiyovasküler hastalık durumunun değerlendirilmesi

Kardiyovasküler Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	307	84,5
Yok	55	15,2
Toplam	362	100

Tanıları taranan hastaların göğüs hastalıkları ile ilişkili çeşitli hastalık tanıları olduğu değerlendirilmiştir. Bu hastalıkların bazıları şunlardır: astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, interstisyel akciğer hastalığı vb. Bazı hastalarda aynı anda birden fazla göğüs hastalıkları tanısı mevcut olabilmektedir. Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hasta sayısı 113 olup tüm hastaların %31,2'sini oluşturmaktadır.

Tablo 48: Hastaların göğüs hastalığı durumunun değerlendirilmesi

Göğüs Hastalıkları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	113	31,2
Yok	249	68,8
Toplam	362	100

Tanıları taranan hastaların çeşitli neoplazm tanıları olduğu değerlendirilmiştir. Bu neoplazm tanılarından bazıları şunlardır: meme malign neoplazmı, mesane malign neoplazmı, meme benign neoplazm, over malign neoplazmı, prostat benign neoplazm vb. Bazı hastalarda aynı anda birden fazla neoplazm tanısı mevcut olabilmektedir. Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hasta sayısı 59 olup tüm hastaların %16,3'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 49: Hastaların neoplazm durumunun değerlendirilmesi

Neoplazm	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	59	16,3
Yok	303	83,7
Toplam	362	100

Tanıları taranan hastaların endokrin hastalıklar ile ilişkili çeşitli hastalık tanıları olduğu değerlendirilmiştir. Bu hastalıkların bazıları şunlardır: hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, tirotoksikoz, adrenokortikal yetmezlik vb. Bazı hastalarda aynı anda birden fazla endokrinolojik hastalık tanısı mevcut olabilmektedir. Herhangi bir endokrinolojik hastalık tanısı olan hasta sayısı 78 olup tüm hastaların %21,5'ini oluşturmaktadır.

Tablo 50: Hastaların endokrinolojik hastalık durumunun değerlendirilmesi

Endokrin Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	78	21,5
Yok	284	78,5
Toplam	362	100

Tanıları taranan hastaların yapılan grupta herhangi bir gruba dahil edilemeyen hastalık tanıları olduğu değerlendirilmiştir. Bunlar diğer hastalıklar grubuna dahil edilmiştir. Bu hastalıkların bazıları şunlardır: inkontinanslar, fibromiyalji, çölyak hastalığı, protein enerji malnütrisiyonu vb. Bazı hastalarda aynı anda birden fazla hastalık tanıları mevcut olabilmektedir. Herhangi bir diğer hastalıklar grubundan tanısı olan hasta sayısı 312 olup tüm hastaların %86,2'sini oluşturmaktadır.

Tablo 51: Hastalarda diğer hastalıkların olup olmaması durumunun değerlendirilmesi

Diğer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	312	86,2
Yok	50	13,8
Toplam	362	100

Hastaların E-nabız sistemi üzerinden elde edilen verilere göre Covid-19 aşısı ile aşılananların sayısı 343 (%94,8), aşılanmayanların sayısı ise 19 (%5,2)'dur. Aşığı yaptıranların 244(%71,1)'ü kadın hastalar, 99 (%28,9)'u erkek hastalardır. Aşığı yaptırma yerlerine göre hastaların değerlendirilmesinde hastalara birden fazla ve farklı kurumlarda yapılmış olması nedeniyle aşılardan son yapıldığı merkez kabul edilmiştir. Buna göre 126(%36,7) kişinin devlet hastanelerinde, 88(%25,7) kişinin aile sağlığı merkezinde, 20(%5,8) kişinin özel hastanelerde, 109(%31,8) kişinin ise ilçe sağlık müdürlüklerince yapıldığı tespit edilmiştir.

Tablo 52: Hastaların Covid- 19 aşısı ile aşılanma durumları

Covid-19	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaptıran	343	94,8	362
Yaptırmayan	19	5,2	

Tablo 53: Covid-19 aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Aile Sağlığı Merkezi	88	25,7	343
Hastane	126	36,7	
Özel Hastane	20	5,8	
İlçe Sağlık Müdürlükleri	109	31,8	

Hastaların E-nabız sisteminde influenza aşısı reçete edildiği tespit edilen hastalara aşı yapıldığı kabul edilmiştir. Aşının reçete edilme tarihi değerlendirilmeksizin bir kez reçete edilen hasta da aşılanmış olarak kabul edilmiştir. Bu şartlar altında influenza aşısı ile aşılananların sayısı 211 (%58,3), aşılanmayanların sayısı ise 151 (%41,7)'dir. Aşığı yaptıranların 152 (%72)'si kadın, 59 (%28)'u erkektir. Aşığı yaptırma yerlerine göre hastaların değerlendirilmesinde aşılarını son yaptırdıkları yer kabul edilmiştir. Hastaya influenza aşısı reçete edilen ancak aşısını nerede yaptırdığı ile ilgili bilgiye ulaşılamayan hastaların yaptırma yeri bilinmiyor olarak kabul edilmiştir. Aşığı yaptıran kişilerin 41 (%19,5)'i aile sağlığı merkezinde aşısını yaptırırken kalan 170 (%80,5)'inin aşığı nerede yaptırdığı bilinmemektedir.

Tablo 54: Hastaların İnfluenza aşısı ile aşılama durumları

İnfluenza	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaptıran	211	58,3	362
Yaptırmayan	151	41,7	

Tablo 55: İnfluenza aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Aile Sağlığı Merkezi	41	19,5	211
Bilinmiyor	170	80,5	

Verileri toplanan hastaların konjuge pnömokok aşısını yaptıranların sayısı 149(%41,3), yaptırmayanların sayısı ise 213(%58,7) olarak tespit edilmiştir. Aşığı yaptıranların 99(%66,5)'u kadın, 50(%33,5)'si erkek hastalardır. Hastaya konjuge pnömokok aşısı reçete edildiği tespit edilen ancak aşısını nerede yaptırdığı ile ilgili bilgiye ulaşılamayan hastaların yaptırma yeri bilinmiyor olarak kabul edilmiştir. 149 hastadan 1(%0,7)'inin sadece PPSV23 yaptırdığı, toplamda 3(%2) hastanın PPSV23 yaptırdığı tespit edilmiştir. Hastaların 130(%87,2)'unun aile sağlığı merkezinde, 11(%7,4)'inin devlet hastanelerinde, 7(%4,7)'sinin ilçe sağlık müdürlüklerince yapıldığı tespit edilmiştir. 1(%0,7) hastanın ise nerede yaptırdığı tespit edilememiştir.

Tablo 56: Konjuge Pnömokok aşısı ile aşılama durumları

KPA	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaptıran	149	41,3	362
Yaptırmayan	213	58,7	

Tablo 57: Konjuge Pnömokok aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Aile Sağlığı Merkezi	130	87,2	149
Devlet Hastaneleri	11	7,4	
İlçe Sağlık Müdürlükleri	7	4,7	
Bilinmiyor	1	0,7	

Verileri toplanan 362 hastanın 54(%14,9)' ünün tetanoz aşısını yaptırdığı tespit edilmiştir. Kalan 308(%85,1) hastanın tetanoz aşısı ile aşılama durumları ile ilgili bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu nedenle bu hastaların aşılama durumları bilinmiyor olarak kabul edilmiştir. Aşığı yaptırdığı tespit edilen hastaların 36(%66,7)' sı kadın, 18(%33,3)' i erkek hastadır. Aşılanan hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları değerlendirildiğinde 50(%92,5)' sinin aşısının devlet hastanelerinde, 3(%5,6)' ünün aile sağlığı merkezlerinde, 1(%1,9)' inin ilçe sağlık müdürlüklerinde yapıldığı görülmüştür.

Tablo 58: Tetanoz aşısı ile aşılama durumları

Tetanoz	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaptıran	54	14,9	362
Bilinmiyor	308	85,1	

Tablo 59: Tetanoz aşısını yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Devlet Hastaneleri	50	92,5	54
Aile Sağlığı Merkezleri	3	5,6	
İlçe Sağlık Müdürlükleri	1	1,9	

Hastaların E-nabız verileri incelenirken hepatit B aşılama durumunu değerlendirmede HBS-Ag ve Anti-Hbs değerleri kullanılmıştır. E-nabız verileri en eski 2014 yılına aittir. 2014 yılından sonraki Anti-Hbs değeri pozitif olan HBS-Ag değeri negatif olan hastalar aşıli olarak değerlendirilmiştir. Anti-Hbs değeri negatif olan HBS-Ag değeri negatif olan hastalar aşısız kabul edilirken Anti-Hbs değerine ulaşamayan hastalar aşılama durumları bilinmiyor olarak kabul edilmiştir. Bazı hastalara aşı uygulaması yapılsa da anti-Hbs değeri Hepatit B aşısını yaptıran hasta sayısı 113(%31,2), yaptırmayanların sayısı ise 173(%47,8)' tür. Hastaların 76(%21)' sinin ise aşılama durumları bilinmemektedir. Bazı hastalarda Anti-Hbs değerinde düşme ve negatife dönme tespit edilmiştir. Bu hastalar aşılama ihtiyacı olması nedeniyle aşılamanmayan grupta değerlendirilmiştir. Sonradan negatif değere dönen hasta sayısı 3(%0,8)' tür.

Aşıyı yaptıran hastaların 30(%26,5)'u erkek, 83(%73,5)'ü kadındır. 108(%95,6) hastanın aşıyı nerede yaptırdığı tespit edilememiştir. 4 (%3,5) hasta aile sağlığı merkezinde aşı olmuş 1(%0,9) hasta da özel hastanede aşısını almıştır.

Tablo 60: Hepatit B aşısı ile aşılama durumları

Hepatit B	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaptıran	113	31,2	362
Yaptırmayan	173	47,8	
Bilinmeyen	76	21	

Tablo 61: Hepatit B aşısı yaptıran hastaların aşılarını nerede yaptırdıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
Aile Sağlığı Merkezi	4	3,5	113
Özel Hastane	1	0,9	
Bilinmeyen	108	95,6	

Hastaların kronik hastalıklarına göre aşılama durumları değerlendirildiğinde hipertansiyonu olan hastaların aşılama durumları ile tanısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hipertansiyon tanı takipli hastanın covid-19, influenza, tetanoz, hepatit-B aşılarını yaptırdığı yerler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak hipertansiyon tanısı olan hastaların konjuge pnömokok aşısını aldığı yerler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 62: Hipertansiyon tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		P
Hipertansiyon		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	303 (94,7)	17 (5,3)	1,0
	Yok	40 (95,2)	2 (4,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 63: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Hipertansiyon		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	112 37,0%	79 26,1%	19 6,3%	93 30,7%	0,565
	Yok	14 35,0%	9 22,5%	1 2,5%	16 40,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 64: Hipertansiyon tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Hipertansiyon		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	184 (57,5)	136 (42,5)	0,50
	Yok	27 (64,3)	15 (35,7)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 65: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Hipertansiyon		ASM	Bilinmiyor	
	Var	38 20,7%	146 79,3%	0,306
	Yok	3 11,1%	24 88,9%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 66: Hipertansiyon tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Hipertansiyon		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	136 (43,5)	184 (57,5)	0,18
	Yok	13 (31)	29 (69)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 67: Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Hipertansiyon		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	7 5,1%	122 89,7%	6 4,4%	1 0,7%	0,007
	Yok	4 30,8%	8 61,5%	1 7,7%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 68: Hipertansiyon tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Hipertansiyon		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	47 (14,7)	273 (85,3)	0,81
	Yok	7 (16,7)	35 (83,3)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 69: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Hipertansiyon		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	7 5,1%	122 89,7%	6 4,4%	1 0,7%	0,811
	Yok	4 30,8%	8 61,5%	1 7,7%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 70: Hipertansiyon tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Hipertansiyon		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	105 (32,8)	150 (46,9)	65 (20,3)	0,30
	Yok	9 (21,4)	22 (52,4)	11 (26,2)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 71: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Hipertansiyon		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	3 2,9%	1 1,0%	101 96,2%	0,419
	Yok	1 11,1%	0 0,0%	8 88,9%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Diyabetes mellitus tanısı alan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Diyabetes mellitus tanı takipli hastaların covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılarını yaptırdıkları yerler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 72: Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Diyabetes Mellitus		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	160 (92,5)	13 (7,5)	0,09
	Yok	183 (96,8)	6 (3,2)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 73: Covid-19 Aşısının yapıldığı yerler ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Diyabetes Mellitus		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	56 35,0%	43 26,9%	11 6,9%	50 31,3%	0,800
	Yok	70 38,3%	45 24,6%	9 4,9%	59 32,2%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 74: Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Diyabetes Mellitus		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	101 (58,4)	72 (41,6)	1,0
	Yok	110 (58,2)	79 (41,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 75: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Diyabetes Mellitus		ASM	Bilinmiyor	
	Var	21 20,8%	80 79,2%	0,728
	Yok	20 18,2%	90 81,8%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 76: Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Diyabetes Mellitus		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	73 (42,2)	100 (57,8)	0,74
	Yok	76 (40,2)	113 (59,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 77: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Diyabetes Mellitus		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	6 8,2%	65 89,0%	2 2,7%	0 0,0%	0,509
	Yok	5 6,6%	65 85,5%	5 6,6%	1 1,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 78: Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Diyabetes Mellitus		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	28 (16,2)	145 (83,8)	0,551
	Yok	26 (13,8)	163 (86,2)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 79: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Diyabetes Mellitus		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	27 96,4%	1 3,6%	0 0,0%	0 0,0%	0,301
	Yok	23 82,1%	2 7,1%	1 3,6%	2 7,1%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 80: Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Diyabetes Mellitus		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	58 (33,5)	85(49,1)	30(17,4)	0,25
	Yok	56 (29,6)	87(46)	46(24,4)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 81: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Diyabetes Mellitus		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	1 1,8%	0 0,0%	56 98,2%	0,353
	Yok	3 5,3%	1 1,8%	53 93,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Herhangi bir nörolojik hastalık tanısına sahip olan hastanın aşılama durumları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Nörolojik hastalığı olup olmamasına göre hasta aşılarının nerede yapıldığı değerlendirildiğinde influenza, konjuge pnömokok, hepatit-B aşısı arasında anlamlı farklar tespit edilmemiştir. Ancak covid-19 ve tetanoz aşılarının yapıldığı yerler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Covid-19 aşısında meydana gelen farklılığın nedeni nörolojik hastalığı olan hastaların bağımlılık durumlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tetanoz aşısı yapılan hastaların büyük çoğunluğunun nörolojik herhangi bir hastalığı bulunduğu ve bu hastaların aşıları büyük oranda hastanede yapıldığı görülmüştür.

Tablo 82: Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Nörolojik Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	247 (93,9)	16 (6,1)	0,30
	Yok	96 (97)	3 (3)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.+

Tablo 83: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Nörolojik Hastalık		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	82 33,2%	60 24,3%	13 5,3%	92 37,2%	0,006
	Yok	44 45,8%	28 29,2%	7 7,3%	17 17,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 84: Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Nörolojik Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	149 (56,7)	114 (43,3)	0,34
	Yok	62 (62,6)	37 (37,4)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 85: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede Yaptırdığı		p
Nörolojik Hastalık		ASM	Bilinmiyor	
	Var	29 19,5%	120 80,5%	1,00
	Yok	12 19,4%	50 80,6%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 86: Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonok Aşısı		p
Nörolojik Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	108(41,1)	155 (58,9)	1,00
	Yok	41(41,4)	58 (58,6)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 87: Konjuge pnömonok aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Nörolojik Hastalık		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	11 10,2%	92 85,2%	5 4,6%	0 0,0%	0,072
	Yok	0 0,0%	38 92,7%	2 4,9%	1 2,4%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 88: Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Nörolojik Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	44 (16,7)	219 (83,3)	0,13
	Yok	10 (10,1)	89 (89,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 89: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Nörolojik Hastalık		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	40 90,9%	3 6,8%	1 2,3%	0 0,0%	0,037
	Yok	10 83,3%	0 0,0%	0 0,0%	2 16,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 90: Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Nörolojik Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	83 (31,5)	132 (50,2)	48 (18,3)	0,086
	Yok	31 (31,3)	40 (40,4)	28 (28,3)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 91: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile nörolojik hastalıklar arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Nörolojik Hastalık		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	2 2,4%	0 0,0%	80 97,6%	0,163
	Yok	2 6,3%	1 3,1%	29 90,6%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde Covid-19, konjuge pnömokok, tetanoz aşılılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bu hastaların influenza ve hepatit-B aşılılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu hastaların covid-19, influenza, tetanoz ve hepatit-B aşılarını yaptırdığı yerler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Konjuge pnömokok aşısının yapıldığı yerler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Konjuge pnömokok aşısının en sık aile sağlığı merkezlerinde yapıldığı görülmektedir.

Tablo 92: Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Kardiyovasküler Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	289 (94,1)	18 (5,9)	0,32
	Yok	54 (98,2)	1 (1,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 93: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Kardiyovasküler Hastalık		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	104 36,0%	76 26,3%	18 6,2%	91 31,5%	0,772
	Yok	22 40,7%	12 22,2%	2 3,7%	18 33,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 94: Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Kardiyovasküler Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	187 (60,9)	120 (39,1)	0,018
	Yok	24 (43,6)	31 (56,4)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 95: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Kardiyovasküler Hastalık		ASM	Bilinmiyor	
	Var	36 19,3%	151 80,7%	0,789
	Yok	5 20,8%	19 79,2%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 96: Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Kardiyovasküler Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	124 (40,4)	183 (59,6)	0,552
	Yok	25 (45,5)	30 (54,5)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 97: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Kardiyovasküler Hastalık		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	11 8,9%	110 88,7%	3 2,4%	0 0,0%	0,001
	Yok	0 0,0%	20 80,0%	4 16,0%	1 4,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 98: Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Kardiyovasküler Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	46 (15)	261 (85)	1,0
	Yok	8 (14,5)	47 (85,5)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 99: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Kardiyovasküler Hastalık		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	42 87,5%	3 6,3%	1 2,1%	2 4,2%	0,772
	Yok	8 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 100: Herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Kardiyovasküler Hastalık		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	104 (33,9)	148 (48,2)	55 (17,9)	0,002
	Yok	10 (18,2)	24 (43,6)	21 (38,2)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 101: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Kardiyovasküler Hastalık		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	3 2,9%	1 1,0%	100 96,2%	0,485
	Yok	1 10,0%	0 0,0%	9 90,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde Covid-19, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bu hastaların influenza aşısıyla aşılama durumu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Herhangi bir göğüs hastalıkları hastalığı olan hastaların aşılarını yaptırdığı yerler kıyaslandığında covid-19, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarının yapıldığı yerler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak bu hastalara influenza aşılarının yapıldığı yerler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 102: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Göğüs Hastalıkları		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	110 (97,3)	3 (2,7)	0,20
	Yok	233 (93,6)	16 (6,4)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 103: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Göğüs Hastalıkları		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	38 34,5%	29 26,4%	7 6,4%	36 32,7%	0,947
	Yok	88 37,8%	59 25,3%	13 5,6%	73 31,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 104: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Göğüs Hastalıkları		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	75 (66,4)	38 (33,6)	0,039
	Yok	136 (54,6)	113 (45,4)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 105: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Göğüs Hastalıkları		ASM	Bilinmiyor	
	Var	21 28,0%	54 72,0%	0,028
	Yok	20 14,7%	116 85,3%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 106: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Göğüs Hastalıkları		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	54 (47,8)	59 (52,2)	0,106
	Yok	95 (38,2)	154 (61,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 107: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Göğüs Hastalıkları		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	5 9,3%	48 88,9%	1 1,9%	0 0,0%	0,483
	Yok	6 6,3%	82 86,3%	6 6,3%	1 1,1%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 108: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Göğüs Hastalıkları		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	16 (14,2)	97 (85,8)	0,87
	Yok	38 (15,3)	211 (84,7)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 109: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Göğüs Hastalıkları		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	14 82,4%	2 11,8%	0 0,0%	1 5,9%	0,423
	Yok	36 92,3%	1 2,6%	1 2,6%	1 2,6%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 110: Herhangi bir göğüs hastalığı tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Göğüs Hastalıkları		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	38 (33,6)	51 (45,2)	24 (21,2)	0,80
	Yok	76 (30,5)	121 (48,6)	52 (20,9)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,005$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 111: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile göğüs hastalıkları arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Göğüs Hastalıkları		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	2 5,1%	1 2,6%	36 92,3%	0,296
	Yok	2 2,7%	0 0,0%	73 97,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Herhangi bir neoplazi tanısı olan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde Covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca aşılalarının yapıldığı yerler arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 112: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Neoplazmlar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	58 (98,3)	1 (1,7)	0,334
	Yok	285 (94,1)	18 (5,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 113: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Neoplazmlar		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	24 41,4%	16 27,6%	3 5,2%	15 25,9%	0,722
	Yok	102 35,8%	72 25,3%	17 6,0%	94 33,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 114: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Neoplazmlar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	36 (61)	23 (39)	0,668
	Yok	175 (57,8)	128 (42,2)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 115: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Neoplazmlar		ASM	Bilinmiyor	
	Var	5 13,9%	31 86,1%	0,489
	Yok	36 20,6%	139 79,4%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 116: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Neoplazmlar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	27 (45,8)	32 (54,2)	0,471
	Yok	122 (40,3)	181 (59,7)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 117: Konjuge pnömokok aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Neoplazmlar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	2 7,4%	23 85,2%	1 3,7%	1 3,7%	0,203
	Yok	9 7,4%	107 87,7%	6 4,9%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 118: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılanma durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Neoplazmlar		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	7 (11,9)	52 (88,1)	0,554
	Yok	47 (15,5)	256 (84,5)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 119: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Neoplazmlar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	7 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0,811
	Yok	43 87,8%	3 6,1%	1 2,0%	2 4,1%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 120: Herhangi bir neoplazm tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılanma durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Neoplazmlar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	16 (27,1)	32 (54,2)	11 (18,7)	0,526
	Yok	98 (32,3)	140 (46,2)	65 (21,5)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,005$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 121: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile neoplazmlar arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Neoplazmlar		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	0 0,0%	0 0,0%	16 100,0%	0,653
	Yok	4 4,1%	1 1,0%	93 94,9%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde Covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bu hastaların aşılarını yaptırma yerleri kıyaslandığında da anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 122: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Endokrin Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	73 (93,6)	5 (6,4)	0,573
	Yok	270 (95,1)	14 (4,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 123: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Endokrin Hastalıklar		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	20 27,4%	23 31,5%	4 5,5%	26 35,6%	0,487
	Yok	106 39,3%	65 24,1%	16 5,9%	83 30,7%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 124: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Endokrin Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	46 (59)	32 (41)	1,0
	Yok	165 (58,1)	119 (41,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 125: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Endokrin Hastalıklar		ASM	Bilinmiyor	
	Var	9 19,6%	37 80,4%	1,0
	Yok	32 19,4%	133 80,6%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 126: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonok Aşısı		p
Endokrin Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	32 (41)	46 (59)	1,0
	Yok	117 (41,2)	167 (58,8)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 127: Konjuge pnömonok aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Endokrin Hastalıklar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	3 9,4%	28 87,5%	1 3,1%	0 0,0%	0,871
	Yok	8 6,8%	102 87,2%	6 5,1%	1 0,9%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 128: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		p
Endokrin Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	11 (14,1)	67 (85,9)	1,0
	Yok	43 (15,1)	241 (84,9)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 129: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Endokrin Hastalıklar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	11 91,7%	0 0,0%	0 0,0%	1 8,3%	0,558
	Yok	39 88,6%	3 6,8%	1 2,3%	1 2,3%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 130: Herhangi bir endokrin hastalık tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			p
Endokrin Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	24 (30,8)	44 (56,4)	10 (12,8)	0,089
	Yok	90 (31,7)	128 (45,1)	66 (23,2)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,005$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 131: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile endokrin hastalıklar arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			p
Endokrin Hastalıklar		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	1 4,0%	1 4,0%	23 92,0%	0,163
	Yok	3 3,4%	0 0,0%	86 96,6%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Diğer hastalık grubundaki hastalıklardan herhangi birisinin tanısını alan hastaların aşılama durumları değerlendirildiğinde covid-19, influenza, konjuge pnömokok ve tetanoz aşılılarıyla aşılama durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak bu hastaların hepatit-B aşısıyla aşılama durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu hastaların covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarını yaptıрма yerleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 132: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Covid-19 Aşısıyla aşılama durumları

		Covid-19 Aşısı		p
Diğer Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	298 (95,5)	14 (4,5)	0,16
	Yok	45 (90)	5 (10)	

Fisher's exact test, $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 133: Covid-19 aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki

		Covid-19 Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Diğer Hastalıklar		Hastane	ASM	Özel Hastane	Sağlık Müdürlüğü	
	Var	112 37,6%	74 24,8%	19 6,4%	93 31,2%	0,487
	Yok	14 31,1%	14 31,1%	1 2,2%	16 35,6%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 134: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların İnfluenza Aşısıyla aşılama durumları

		İnfluenza Aşısı		p
Diğer Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	184 (59)	128 (41)	0,539
	Yok	27 (54)	23 (46)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 135: İnfluenza aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki

		İnfluenza Aşısını Nerede yaptırdığı		p
Diğer Hastalıklar		ASM	Bilinmiyor	
	Var	35 19,0%	149 81,0%	0,794
	Yok	6 22,2%	21 77,8%	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 136: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Konjuge Pnömonokok Aşısıyla aşılama durumları

		Konjuge Pnömonokok Aşısı		p
Diğer Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	
	Var	127 (40,7)	185 (59,3)	0,757
	Yok	22 (44)	28 (56)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 137: Konjuge pnömonokok aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki

		Konjuge Pnömonokok Aşısını Nerede yaptırdığı				p
Diğer Hastalıklar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	9 7,1%	112 88,2%	5 3,9%	1 0,8%	0,70
	Yok	2 9,1%	18 81,8%	2 9,1%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 138: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Tetanoz Aşısıyla aşılama durumları

		Tetanoz Aşısı		P
Diğer Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	48 (15,4)	264 (84,6)	0,671
	Yok	6 (12)	44 (88)	

Fisher's exact test, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 139: Tetanoz aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki

		Tetanoz Aşısını Nerede yaptırdığı				P
Diğer Hastalıklar		Hastane	ASM	Sağlık Müdürlüğü	Bilinmiyor	
	Var	44 88,0%	3 6,0%	1 2,0%	2 4,0%	0,848
	Yok	6 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 140: Diğer hastalıklar grubundan herhangi bir tanısı olan hastaların Hepatit-B Aşısıyla aşılama durumları

		Hepatit-B Aşısı			P
Diğer Hastalıklar		Yaptıran Sayı (%)	Yaptırmayan Sayı (%)	Belirsiz Sayı (%)	
	Var	109 (34,9)	139 (44,6)	64 (20,5)	0,02
	Yok	5 (10)	33 (66)	12 (24)	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 141: Hepatit-B aşısının yapılma yerleri ile diğer hastalıklar arasındaki ilişki

		Hepatit-B Aşısını Nerede yaptırdığı			P
Diğer Hastalıklar		ASM	Özel Hastane	Bilinmiyor	
	Var	4 3,7%	1 0,9%	104 95,4%	0,887
	Yok	0 0,0%	0 0,0%	5 100,0%	

Pearson χ^2 testi, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

5. TARTIŞMA

Bir evde sağlık hizmetleri biriminden 2022 yılında hizmet alan 65 yaş ve üstü olan 5980 hastadan rastgele örneklem metodu ile 362 hasta seçilerek yapılan çalışmamızda hastaların aşılama durumları değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda değerlendirilen hastalarımızın büyük kısmını kadın hastalar ve 85 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. 2015 yılında Zonguldak ilinde Karaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evde sağlık hizmetinden faydalanan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üstü ve kadın olduğu görülmüştür. (47) Çubukçu tarafından 2016 yılında Samsun ilinde yapılan çalışmada yaş ortalaması 74,80 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada evde sağlık hizmeti alanların çoğunluğunu kadın ve 65-85 yaş aralığında olan hastaların oluşturduğu görülmüştür. (48) 2018 yılında Yılmaz ve arkadaşlarının Ankara ilinde bir evde sağlık biriminde yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun kadın olduğu ve yaş ortalamasının $83,65 \pm 7,63$ olduğu görülmüştür. (30) 2022 yılında Hafalır'ın çalışmasında da hastaların çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu ve kadın hastaların yaş ortalamasının $82,12 \pm 1,63$ olduğu görülmüştür. (49) Çalışmamızda yaş ortalaması $82,99 \pm 7,65$ olduğu tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinde hizmet verilen hastaların çoğunlukla ileri yaş hastalar olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın verileri de bu çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda değerlendirmeye alınan hastaların büyük çoğunluğunun bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Bağımlılık düzeylerine göre hastalarımızın influenza ve konjuge pnömokok aşısı yaptırap yaptırmamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu durumun nedeni tam bağımlı olan hastaların aşılarını bir merkeze başvurup yaptıрма durumlarının olmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak influenza ve konjuge pnömokok aşılarının yapıldığı merkezlerle bağımlılık düzeyleri arasında ilişki tespit edilememiştir. Bağımlılık düzeyleriyle tetanoz, hepatit-B ve covid-19 aşılarının yapılıp yapılmaması arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak covid-19 aşılarının yapıldığı merkezlerle bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farkı oluşturan etmen bağımlı hastaların aşılarının sağlık müdürlüklerince yapılmış olmasıdır. 2020 yılı covid-19 pandemisi sürecinde herhangi bir merkeze gidemeyecek durumda olan hastalara sağlık müdürlüklerince evlerinde

aşılama uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama bağımlılık düzeylerine göre hastaların covid-19 aşısıyla aşılınıp aşılınmama durumları arasında meydana gelebilecek farklılığın önüne geçtiği ve aşılının uygulanma merkezleri arasındaki farkın sağlık müdürlükleri lehine olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda değerlendirilen hastaların yaklaşık %96'sı bağımlı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda bağımlılık düzeyleri ile ilgili herhangi bir ölçek kullanılmayıp bağımlılık düzeylerine hekimin hasta ziyaretlerindeki kayıtlarından ulaşılmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin en çok hizmet verdiği hasta grubunun multimorbiditesi olan hastalar olduğu görülmüştür. Bu durumun evde sağlık hastalarının bağımlılık oranının yüksek olması üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bağımlı hastaların çok olmasındaki neden ileri yaş, ileri yaşın getirmiş olduğu hastalıklar ve hastalığın getirmiş olduğu ko-morbidite olarak düşünülmüştür.

Hastalarımızın yaşa göre bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaş ilerledikçe bağımlılık düzeyinin arttığı görülmüştür. Ayrıca hastalarımızın bağımlılık durumları ile kronik hastalıklar arasında ilişki incelendiğinde; hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, endokrin hastalık, neoplazm tanılarının olup olmaması ile bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak nörolojik hastalık tanısı ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olanlarla olmayanların bağımlılık durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu durumun nedeninin nörolojik hastalıkların hastalarda sekel bırakması ve buna bağlı olarak hastaların bağımlı hale gelmiş olabileceği düşünülmektedir. Diğer hastalıklar grubundaki hastalık tanılarının bağımlılık düzeyi üzerinde etkili olan tanılardan bazılarını içeriyor olmasından dolayı bu farka neden olduğu düşünülmektedir.

Cingil ve Bodur'un (2008) yaptığı çalışmada 75 yaş üzeri olan hastaların bağımlılık oranı 65-74 yaş aralığında olanlara göre yüksek bulunmuş olup kronik hastalığı olan yaşlıların bağımlılık oranı %22,3 olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastalarla olmayan hastaların bağımlılık durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur. (41) Bizim çalışmamızda da nörolojik hastalıklar ve bazı kronik hastalık tanıları ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hakverdioğlu

Yönt'ün (2023) çalışmasında kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kanser, hipertansiyon, diyabetes mellitus, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıkların kişilerde fiziksel yetersizliğe neden olduğu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı arttırdığı tespit edilmiştir. (42) Biz verilerimiz de bu çalışmalar ile uyumludur.

Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre covid-19 aşısı ile aşılama durumları değerlendirildiğinde; covid-19 aşı durumu ile hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Pandemi sürecinde basın ve yayın organlarında günlük olarak covid-19 hastalığı ve covid-19 aşısı ile ilgili bilgilendirmeler yapılmıştır. Bu durum kronik hastalığı olan kişilerin covid-19 aşılması noktasında yeterli bir bilince ulaşmasını sağladığı düşünülmüştür.

Herhangi bir nörolojik hastalık tanısı olan hastalarla olmayan hastaların covid-19 aşısının yapıldığı merkezler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Ancak hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmaması ile covid-19 aşısının yapıldığı merkezler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Nörolojik hastalıklar ve covid-19 aşısının yapımla merkezleri arasındaki farkın nedeninin; nörolojik hastalıkların bağımlılık düzeyleri üzerindeki etkisi olduğu düşünülmektedir.

Alkan'ın (2023) diyabetes mellitus tanılı hastaların değerlendirildiği çalışmasında covid-19, influenza ve konjuge pnömokok aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %93,7, %48 ve %28'dir. İnfluenza aşısını yaptıranların %44,4'ü aşılarını her yıl düzenli bir şekilde yaptırdığını belirtmiştir. Bu araştırmaya katılan hastalardan ek kronik hastalığı olanların covid-19 ve konjuge pnömokok aşısı olma durumları incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ek hastalık olarak hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığı olanların konjuge pnömokok aşısını olmaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diyabetes mellitus hastalığına ek kronik hastalığı olanların influenza aşısı olma durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (43)

Çalışmamızda değerlendirilen hastaların %58'inin hayatında en az bir kez influenza aşısı ile aşılandığı görülmüştür. Ancak aşığı yaptıranların %80'inin aşığı nerede ve ne zaman yaptırdığı e-nabız sistemi üzerinden değerlendirilememiştir. Bu verilerin e-nabız sisteminde kayıtlı olmaması nedeniyle hastalarımızın aşılarını düzenli yaptırıp yaptırmadıkları konusunda bilgi sahibi olunamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 65 yaş ve üzeri kişilerin Amerika Birleşik Devletleri'nde 2021 yılında influenza aşılama oranı %72,8, Kanada'da 2020 yılında influenza aşılama oranı %64,7 iken ülkemizde 2019 yılında influenza aşılama oranı %5,9 olarak bulunmuştur.(44) Çalışmamızda influenza aşısının yapılma oranı daha yüksek görünmesine rağmen tüm bu hastaların influenza aşısını son 1 yıl içinde yaptırıp yaptırmadığı tespit edilememiştir.

Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre influenza aşısı ile aşılama durumları değerlendirildiğinde; aşılama durumu ile kardiyovasküler hastalıklar ve göğüs hastalıkları tanısı olan hastalarla olmayan hastalar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. İnfluenza virüsünün kardiyovasküler ve göğüs hastalığı olan hastalarda morbidite ve mortalite riskinin daha yüksek olması nedeniyle ilgili branş uzmanlarının bu hastalara aşı hakkında bilgilendirme yapması ve bu aşığı hastalarına önermesi sonucu bu kişilerin aşılama oranlarının farklı olduğu düşünülmektedir. Ancak hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olan hastalarla olmayan hastaların aşılama durumları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. 2017 yılında Bıyık tarafından 65 yaş ve üzeri hastalara yapılan çalışmada son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma oranı %14,5, düzenli grip aşısı yaptırma oranı %17,5, hepatit-B aşısı yaptırma oranı %2,5 ve pnömokok aşısı yaptırma oranı %2,5 olarak bulunmuştur. Hastalara pnömokok aşısı hakkında bilgilendirme yapıp sonrasında aşılama oranlarına bakıldığında pnömokok aşısını yaptırma oranının %73,5'e yükseldiği görülmüştür. Bu çalışmada bir hekimin hastayı bilgilendirmesinin hastaların aşılarını yaptırması üzerinde olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir.(45) Bu nedenle aile hekimlikleri ve ilgili branş uzmanlarının bu grup hastalığı olanlara da influenza aşılması hakkında yeterli bilgilendirme yapması ve bu grup hastalarda da influenza aşılama oranlarının yükseltilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Kronik hastalıklarına göre influenza aşısının yapılma merkezleri karşılaştırıldığında herhangi bir göğüs hastalıkları tanısı olan hastalarla olmayan hastalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farkı oluşturan etmen bu hastaların aşılarının çoğunun aile sağlığı merkezlerinde yapılmış olmasıdır. Bu durumun meydana gelmesinde aile hekimlerinin hastalara aşığı önermelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğerk hastalıklar grubundan hastalık tanısının olup olmaması ile influenza aşısının yapılma merkezleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Aile hekimlerinin bu grup hastalıklara da aynı göğüs hastalıkları grubuna gösterilen özeni göstererek aşılama oranlarını arttırabileceklerini düşünmekteyiz.

Mutlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların kronik hastalıklarına göre influenza aşısı yaptırma durumları değerlendirilmiş ve kronik kalp hastalığı olan hastalarla olmayan hastaların aşılama durumları arasında anlamlı fark tespit edilmişken diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik akciğerk hastalığı, kronik karaciğerk hastalığı, kronik böbrek hastalığı olup olmaması ile aşılama durumları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Aynı çalışmada konjuge pnömokok aşısını yaptırma durumları ile kronik hastalıkları değerlendirilmiş kronik akciğerk hastalıkları, kronik kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Ancak hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kronik karaciğerk hastalığı olup olmaması ile konjuge pnömokok aşısını yaptırma durumları arasında anlamlı fark görülmemiştir. (46) Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre konjuge pnömokok aşısı ile aşılama durumları değerlendirildiğinde; hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğerk hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmaması ile aşı durumu arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bunun nedeninin konjuge pnömokok aşısı hakkında herhangi bir kronik hastalık grubuna özel olarak ilgi gösterilmemesinden kaynaklanabileceğı düşünülmektedir.

Hipertansiyon ve herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olan hastalarla olmayan hastaların konjuge pnömokok aşısının yapılma merkezleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın aile sağlığı merkezleri lehine olmasının nedeninin aile hekimlerinin bu aşığı önermeleri olduğu düşünülmektedir. Ancak diyabetes mellitus,

nörolojik hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmaması ile konjuge pnömokok aşısının yapılma merkezleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir

Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre tetanoz aşısı ile aşılama durumları değerlendirildiğinde; hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olan hastalarla olmayan hastaların aşı durumları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ancak hastaların %85'inin aşılama durumlarına e-nabız sistemi üzerinden ulaşamamıştır. Bu durumun tetanoz toksoid aşısının 1924 yılında geliştirilmiş olmasından ve günümüze kadar uygulanmaya devam etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir zira e-nabız sistemi 2015 yılında kullanıma açılmıştır.

Nörolojik hastalık tanısı olan hastalarla olmayan hastalar arasında tetanoz aşısının yapılma merkezleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Nörolojik hastalığı olan hastaların aşılarının hastanelerde yapılma oranı yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak nörolojik hastalığı olan hastaların primer hastaneye başvuru nedeninin düşmelere bağlı travma olması olduğu düşünülmektedir. Ancak hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmamasıyla tetanoz aşısının yapılma merkezleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Çalışmada değerlendirilen hastalardan hepatit-B aşısı ile aşıli olarak değerlendirilen hastaların oranı %31,2'dir. Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre hepatit-B aşısı ile aşılama durumları ("*aşılama durumları*" tabiri ile tablo 58 açıklamasında zikredilmiş bulunan "*aşıli olarak değerlendirilme*" kastedilmektedir.) değerlendirildiğinde; hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı ve endokrin hastalık tanısı olan hastalar ve olmayan hastalarla aşı durumları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ancak kardiyovasküler hastalık ve diğer hastalıklar grubundan herhangi bir hastalık tanısı olup olmaması ile aşı durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Hastalarımızın kronik hastalıklarına göre hepatit-B aşısı ile aşılama merkezleri kıyaslandığında; hipertansiyon, diyabetes mellitus, nörolojik hastalık, kardiyovasküler hastalık, göğüs hastalıkları, herhangi bir neoplazm tanısı, endokrin hastalık ve diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olup olmaması ile aşının yapılma merkezleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Hastaların aşılarını hangi merkezde yaptırdıklarının tespit edilememesi ve hastalardan bağışıklığı olanların aşılanmış olarak kabul edilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %94,8, %58,3, %41,3, %14,9 ve %31,2 olarak bulunmuştur. Hastalarımızın yaş gruplarına göre aşılama durumları değerlendirildiğinde; yaş grupları ile covid-19, influenza, konjuge pnömokok ve hepatit-B aşıları ile aşılama durumları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Ancak yaş grupları ile tetanoz aşısının yapılma durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Değerlendirilen hastaların yaş gruplarına göre covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz ve hepatit-B aşılarının uygulama merkezleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Medetalibeyoğlu'nun (2020) 65 yaş ve üzeri kişilerde yaptığı çalışmasında influenza, pnömokok, herpes zoster, tetanoz aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %31,3, %8,8, %2,7, %32,7 olarak tespit edilmiştir. Tetanoz aşısı yaptıran yaşlıların %35,4'ünün tetanoz aşısını son 10 yıl içinde yaptırdığı görülmüştür.(47) Herpes zoster aşısının artık ülkemize getirilmemesi nedeniyle çalışmamıza dahil edilmemiştir. 2015 yılında Denizli ilinde yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri kişilerin son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma oranı %2,6, hepatit-B aşısı yaptırma oranı %0,3, 1 yıl içinde influenza aşısı yaptırma oranı %14, son 5 yıl içinde konjuge pnömokok aşısı yaptırma oranı ise %11,6 olarak bulunmuştur. (48) Yılmaz ve arkadaşlarının bir evde sağlık biriminde yaptığı çalışmada hastaların, son 1 yıl içinde influenza aşısını yaptırma oranı %22,03 ve pnömokok aşısını yaptırma oranı ise %6,44 olarak tespit edilmiştir. Hastaların sadece %6,10'unun her yıl influenza aşısını yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışmada değerlendirilen hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasına rağmen hastaların %58,70'inin influenza aşısını hiç yaptırmadığı tespit edilmiştir. (30) Bizim çalışmamızda aşılama oranları daha yüksek olma nedeninin covid-19 pandemisi sürecinde basın ve yayın organlarında aşının önemine vurgu yapılması olabileceği veya hastalarımızın ek hastalıklarının bulunması buna

bağlı bağımlılık durumlarının olması nedeniyle kontrolleri esnasında hastalarımıza aşılardan hekimleri tarafından önerilmesinin olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca pandemi döneminde basın ve yayın organlarında covid-19 aşısının üretim aşamaları, kullanıma geçiş süreci gibi konularda bilgilendirme yapılmış olması aşılama oranlarının diğer aşılarından daha yüksek olmasına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Büke'nin 2023 yılında bir huzurevinde yaptığı çalışmaya katılan hastaların covid-19 aşısıyla aşılama oranı %100, influenza aşısıyla aşılama oranı %94, konjuge pnömokok aşısıyla aşılama oranı %62,7, tetanoz aşısıyla aşılama oranı %41,3 ve hepatit-B aşısıyla aşılama oranı %8,7 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmada hepatit-B aşı oranlarının düşük olmasının nedeninin bu hastalara serolojik testlerin yapılmasından sonra aşı uygulamasına gerek görülmemesi, katılımcıların bulundukları ortamda genel hijyen kurallarına üst düzeyde uyulmasından dolayı hepatit B bulaşmasının pek mümkün olamayacağı düşüncesinin olması nedeniyle aşının önerilmemesi veya yapılmaması olduğu düşünülmektedir. (49) Büke'nin çalışmasındaki aşılama oranları bizim çalışmamızdaki aşılama oranlarından daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin hastaların bulundukları kurumda iyi bir sağlık alt yapısının olması ve hastaların aşı durumlarının düzenli takip edilmesi olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda hepatit-B aşısının yapılma oranı daha yüksek görünmesinin nedeni sadece aşılanan hastaların değil bağışıklığı olduğu tespit edilen hastaların aşıları kabul edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda bağımlılık düzeyleri ile ilgili herhangi bir ölçek kullanılmayıp bağımlılık düzeylerine hekimin hasta ziyaretlerindeki kayıtlarından ulaşılmıştır. Bağımlılık düzeylerinin kayıt altına alınmasındaki bu durum çalışmamızın eksik yönüdür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda evde sağlık hizmetleri biriminden hizmet alan hastalardan 65 yaş ve üstünde olanların erişkin aşılarından covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılarıyla aşılanma durumları değerlendirilmiş ve aşılanmanın yetersiz olduğu görülmüştür. Erişkin aşılanma konusu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemi artan bir koruyucu sağlık hizmetidir. Hastalarımızın covid-19, influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, hepatit-B aşılanma oranları sırasıyla %94,8, %58,3, %41,3, %14,9 ve %31,2 olarak bulunmuştur. Covid-19 pandemisi aşıların ve aşılanmanın önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir. Pandemi sürecinde yapılan uygulamalar Covid-19 aşısının yapılma oranını beklenen düzeylere yaklaştırmıştır. Çalışmamızdaki aşılanma oranları Covid-19 pandemisi öncesinde yapılan çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Pandemi sonrası dönemde pnömokok ve influenza aşılarının yapılma oranında da artış olduğu görülmüştür. Ancak hala aşılanma oranları yeterli düzeylere ulaşmamıştır.

Hastalarımızın yaş ortalaması 82,99 olarak tespit edilmiştir. Bağımlı hastalarımız ise tüm hastaların %96'sıdır. Nörolojik hastalık tanısı olması, diğer hastalıklar grubundan hastalık tanısı olması ve ileri yaşın hastaların bağımlılık durumlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca tüm hastalarımızın en az 1 kronik hastalığı en fazla 15 farklı kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Hastalarımızın %88,4'ünde hipertansiyon, %62,7'sinde aterosklerotik kalp hastalığı, %47,8'inin diyabetes mellitus tanılarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca diğer hastalıklar grubunda değerlendirmeye alınan inkontinans durumları değerlendirildiğinde ise hastaların %50'sinin fekal ve/veya üriner inkontinansı olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe diğer hastalıklar grubundan herhangi bir hastalığın görülme ihtimali artmaktadır. Ancak yaş ilerledikçe diyabetes mellitus sıklığında azalma olduğu görülmüştür. Cinsiyetle kronik hastalık grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak inkontinans durumunun yaş ilerledikçe arttığı ve kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

Hastalarımızın aşılarını yaptırdığı merkezler değerlendirildiğinde ise yaşa ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ancak kronik hastalık

durumlarının ve bağımlılık düzeylerinin aşılarda uygulanma merkezleri arasında anlamlı farklılıklara neden olduğu tespit edilmiştir.

Enfeksiyon hastalıkları 65 yaş ve üstü bireylerde ve kronik hastalığı olan kişilerde daha ağır seyretmekte hatta mortaliteye neden olabilmektedir. Evde sağlık birimlerinde takip edilen hastaların çoğu 65 yaş üzerinde ve en az bir kronik hastalığı mevcut olması nedeniyle koruyucu hekimlik vazifemiz daha da önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalar gösteriyor ki hekim tarafından aşılarda önerilmesinin aşılarda üzerinde olumlu etkileri vardır. Aile hekimleri olarak da bize düşen hastalarımızı koruyucu hekimlik gereği her görüşmede erişkin aşılarda ilgili bilgilendirmeli, aşılarda etkinliğini, güvenilirliğini vurgulamalı, aşılarda durumlarını yakından takip etmeliyiz.

Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına periyodik aralıklarla aşılarda hakkında eğitimler verilerek bilgilerinin güncel tutulması sağlanmalıdır.

Sosyal medya ve medya kuruluşlarının etkisi ile aşılarda oranlarının arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle televizyon, radyo ve sosyal medyada kamu spotları hazırlanarak toplumun aşı farkındalığı artırılarak aşılarda oranlarının artırılabilceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda e-nabız üzerinden aşılarda durumları değerlendirilen hastalardan çoğunun influenza aşılarda nerede ve ne zaman yaptırdığı değerlendirilememiştir. Bu nedenle e-nabız sistemi üzerinden hastaların aşılarda durumları ile ilgili verilerinde yetersizlik olduğu düşünülmektedir. Bu verilerin kaybına ödeme kapsamında olmayan ve reçete edilerek hastalar tarafından temin edilen aşılarda (influenza aşısı gibi) aile sağlığı merkezleri dışında bir merkezde yapılmasının neden olduğu düşünülmektedir. Hastane veya aile sağlığı merkezleri stokta bulunan aşılarda yaptıktan sonra aşı takip sistemine ve e-nabız sistemine kaydını yapmakta ve sonrasında stoktan düşmektedir. Bu sayede bu aşılarda veri kaybının olmadığı düşünülmektedir. Ancak hastaların temin ettiği aşılarda aile sağlığı merkezlerinde yapılması durumunda veriler aşı takip sistemine ve e-nabız sistemine girilebilmesine rağmen hastanelerde bu şekilde bir sistem olmaması nedeniyle bu tarz aşılarda kayıtlarına yeterli düzeyde ulaşamadığı düşünülmektedir. Bu sistemlerin düzenlenmesi, senkronizasyonunun sağlanması ve verilerin doğru şekilde kayıt altına

alınmasının sağlanması toplumun bağışıklık düzeyini belirlemede daha doğru bilgilere ulaşmayı sağlayacağı düşünölmektedir.

Sağlık Müdürlükleri tarafından evde sağlık birimlerinde kayıtlı olan bağımlı hastalara covid-19 aşısı için yapılan evde aşılama uygulamasının olumlu sonuçları araştırmamızda görölmüştür. Bu şekildeki uygulamaların kapsamı genişletilerek multimorbiditesi olan bu hastaların bağışıklığı sağlanması ile bu hastalıkların mortaliteye neden olmasının önüne geçilebileceği düşünölmektedir.

Her yetişkin bireyin çocukluk çağı aşılarında olduğu gibi erişkinlikte de aşı takvimi oluşturulmalı ve ölke genelinde uygulanması bir sistemle takip edilmelidir. Bu şekilde toplumda zamanla artan yaşlı nüfusun bağışıklık durumunun daha sağlıklı takip edilebileceği, yeterli erişkin bağışıklamasının yapılmasının sağlıklı bir yaşlanma sağlayacağı düşünölmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Turaman C. Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. Turkish Journal of Geriatrics. 2001;4(1):22-7.
2. Demography - Elderly population - OECD Data [Internet]. [a.yer 24 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
3. TÜİK Kurumsal [Internet]. [a.yer 24 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667>
4. Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün Yaşlanma. Turk Geriatri Derg. 2004;7(3):159-61.
5. Altay B, Emiroğlu ON. Yaşlılık Hizmetleri(Derleme). J Exp Clin Med [Internet]. 31 Aralık 2009 [a.yer 24 Mart 2023];22(4):165-70. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/omujecm/issue/20400/215847>
6. Gey N, Yazar O. Kars İli Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı. Haliç University Journal of Health Sciences. 2019;2(3):45-71.
7. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik(02.06.2023 tarihli ve 32209 sayılı resmi gazete) Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>.
8. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASINDA TÜRKİYE 1. [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://doi.org/10.35375/sayod.520957>.
9. Altuntaş M, Tanju T, Yusuf Y, Güçlü A, Öngel K. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ve GÜNÜMÜZDEKİ UYGULAMA ŞEKİLLERİ i HOME HEALTH CARE SERVICE AND RECENT APPLICATIONS IN TURKEY. Vol. 20, Tepecik Eğitim Hast Derg. 2010.
10. Bozdemir N. Evde Bakım: Tanımlar ve Tarihçe. İçinde: Aile Hekimliğinde Evde Bakım. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2015:1-9. .
11. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı resmi gazete) available from <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>.
12. Kislaya I, Santos AJ, Gil AP. Co-occurrence of different types of violence in Portuguese elder adults. Comprehensive Psychiatry, 2013; 49: 113-120.
13. Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu, F. Kadın sağlığı açısından yaşlılık ve yaşam kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 23(16): 65-71.
14. Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın toplumsal boyutu. Editör, Kalıncara V. Yaşlılık Disiplinlerarası Yaklaşımlar, Sorunlar, Çözümler, 2. baskı, Ankara, Nobel Kitabevi, 2016, 105- 126 .

15. Aşiret, G.D., Kapucu, Sevgisun, K. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2: s, 1-5. .
16. Çınar İ. (2011). Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yüğü ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
17. İnci H.İ. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvelinirliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Denizli .
18. Turan, Ö.S. (2008). Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecindeki Tıbbi Gereksinim Düzeyinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Ankara .
19. TheUses of Epidemiology in theStudy of theElderly:Report of a WHO ScientificGroup on theEpidemiology of Aging. Geneva: Albany, N.Y: World HealthOrganization; WHO Publications Centre USA; 1984. 84 s. (World HealthOrganization Technical Report Series; 706). .
20. Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008; 6(2): 73- 80. .
21. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, vd. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Res. Rev. 2011;10:430-9. .
22. Varlı DM. Geriatri Hemşirelik Kursu Konuşma Metinleri. :202. .
23. Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü [03.05.2019];Available from: http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-001-011.htm .
24. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA 1997;7:407-13. .
25. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. J. Am. Geriatr. Soc. 2003;51:636-41. .
26. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A, Orlandini A, vd. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. Lancet Lond. Engl. 2015;386:266-73.
27. Keskin AO, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar DÖ. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. Osman. J. Med. [05.05.2019];38. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.20515/otd.51945> .

28. WHO. Ageing and health [Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-heal>.
29. CDC TCMF. The State of Aging and Health in America 2007 2007 [Available from: https://www.cdc.gov/aging/pdf/saha_2007.pdf.
30. Yılmaz T, Yılmaz TE, Ceyhan Ş, Kasım İ, Abdülkadir K, Odabaş ÖK, et al. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatrik hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılanma durumları ve doktor önerisinin etkisi. Ankara Medical Journal. 2018;18(3):391-401.
31. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. Annals of internal medicine. 2007;147(3):156-64.
32. EKMUD. Erişkin bağışıklama rehberi 2023, available from: <https://www.ekmud.org.tr/haber/901-turkiye-ekmud-eriskin-bagsiklama-rehberi-2023>.
33. Arısoy ES, Ceyhan M, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, et al. The national vaccination schedule in previously healthy children: the practical recommendations about additional vaccines. J Pediatr Inf. 2014;8:1-6.
34. Plotkin SL, Plotkin SA. A short history of vaccination. Vaccines. 2004;5:1-.
35. Egici MT, Taş BG, Özkarafakılı MA, Öztürk GZ. Evaluation of factors affecting adult immunization. The Medical Journal Of Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. 2018;58(3):128-32.
36. Bakanlığı S. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009) [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklamaprogrami-genelgesi-2009.html>.
37. Hizmetleri TSBTS, Müdürlüğü G. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlıklı tanı ve tedavi rehberi 2010. Sağlık Bakanlığı yayın. 2010(781).
38. CDC. Adult Immunization Schedule by Age, United States, 2023 Erişim linki:https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2Fschedules%2Fhcp%2Fadult.html erişim tarihi:24.08.2023.
39. Koldas Z. L. Yaşlı Popülasyonda Bağışıklama. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 bilgilendirme platformu erişim tarihi: 28.08.2023 erişim yeri: <https://covid19.saglik.gov.tr/>.
41. Cingil D ve Bodur S (2008) Karaman İl Merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik verileri ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008;11(3),33-39.
42. Hakverdioğlu Yönt G. Kronik Hastalıklarda Bakım Bağımlılığı ile İlgili Literatürün Gözden Geçirilmesi [Internet]. C. 8, İzmir Katip Çelebi University Faculty of Health Science Journal.

Izmir Katip Celebi University; 2023 [a.yer 27 Ocak 2024]. s. 575-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/78150/1167050>

43. Alkan B (2023) Aile hekimliği uzmanlarına başvuran diyabetes mellitus tanılı hastaların covid-19, influenza ve pnömokok aşısı ile ilgili farkındalıkları, aşılanma oranları ve etki eden faktörlerin incelenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilimdalı, Denizli.
44. Grip aşısı oranları | Sağlık hizmetlerinde kullanım | OECD iKütüphanesi [Internet]. [a.yer 29 Ocak 2024]. Erişim adresi: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/influenza-vaccination-rates/indicator/english_e452582e-en
45. Bıyık MV. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri kişilerin pnömokok aşılanma oranını artırma çalışması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2017.
46. Mutlu HH, Coşkun FO, SARGIN M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde aşılanma sıklığı ve farkındalığı. Ankara Medical Journal. 2018;18(1):1-13.
47. Medetalibeyoğlu A, Ezirmik E. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Önerilen Aşılardan İnfluenza, Pnömokok, Herpes Zoster ve Tetanoz Aşıları Hakkındaki Bilme Düzeyi ve Bu Aşıları Yaptırma Düzeyini Belirleme Çalışması. Medical Bulletin of Haseki. 02 Aralık 2020;58(5):414-21.
48. Ünal S, Tanrıöver MD, Taş E, Güner İ, Çetin ÖY, Sayar İ. Aile hekimlerine eğitim verilmesi ve aşılama hedeflerinin belirlenmesinin pnömokok aşılanma oranları üzerine etkileri. Flora 2015;20:10-5. .
49. Búke AÇ. Yaşlılarda aşılama konusunda bilgi, tutum ve davranışın saptanması. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilimdalı, İzmir.

8. EKLER

EK-1: ANKARA ŞEHİR HASTANESİ ETİK KURUL



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-23-3727 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde planlanan; Doç. Dr. Basri Tarkan DAĞCIOĞLU’nun sorumlu araştırmacısı olduğu “Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Evde Sağlık Birimi’nde Takip Edilen 65 Yaş ve Üstü Hastaların Erişkin Dönem Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

27/03/2023

Prof. Dr. Fluat Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
K.Çetindağ
G.Uzun
Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili:721197–721198

EK-2: ORJİNALLİK RAPORU

Sercan tez

ORJİNALLİK RAPORU %11 BENZERLİK ENDEKSİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR

%10 İNTERNET KAYNAKLARI

%1 YAYINLAR

%6 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

www.ekmud.org.tr

İnternet Kaynağı

%3

web.adu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%2

www.dewpartnerss.com

İnternet Kaynağı

%1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi

Öğrenci Ödevi

%1

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%1

www.indyturkish.com

İnternet Kaynağı

<%1

jag.journalagent.com

İnternet Kaynağı

<%1

Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

<%1

www.seruvenyayinevi.com

İnternet Kaynağı

<%1

Submitted to Uludag University

Öğrenci Ödevi

<%1

yesilovadh.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

<%1

9. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Şefik Sercan SERİN
Akademik unvan/pozisyon	
Görev yeri	
Telefon numarası	
E-posta adresi	

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2008-2015	Tıp Fakültesi	Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi	Öğrenci
2019-Halen	Aile Hekimliği	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Uzmanlık Öğrencisi

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2016-2018	T.C. Sağlık Bakanlığı Eski Devlet Hastanesi	Pratisyen Hekim
2019-Halen	Ankara Şehir Hastanesi	Uzmanlık Öğrencisi

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında alınan eğitim/sertifika bilgileri:		
Eğitim/sertifika adı ve eğitim yeri	Tarih	
2. Görev alınan klinik araştırma bilgileri:		
Klinik araştırma	Tarih Aralığı	Görev

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu kabul ve beyan ederim.

Ad Soyadı	Şefik Sercan SERİN
Tarih (gün/ay/yıl olarak)	05.02.2024
İmza	