



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANNELERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Übeydullah KORKMAZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANNELERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Übeydullah KORKMAZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2024

ÖZET

ANNELERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini Ağustos-Aralık 2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin çocuk polikliniklerine başvuran 0-13 yaş bebeği veya çocuğu olan, 18 yaş ve üzeri, görme ve işitme problemi olmayan, iletişime açık 246 anne oluşturmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile toplanmış, tanımlayıcı istatistikler ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği puan ortalaması 41.04 ± 18.68 olup, aşı tereddüdü yoktur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 51.89 ± 12.56 olup, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksektir. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeğinin Davranış alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır. Eş eğitim durumu, çocuk sayısı, son çocuğun ve daha önceki çocukların aşılarını düzenli yaptırma durumu, aşı sonrası çocukta reaksiyon gelişme durumuna göre Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeğinin toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Bu araştırmanın sonucunda, Annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Annelerin %70'inde aşı tereddüdü görülmemiş, %30'unda ise aşı tereddüdü görülmüştür. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 51.89 ± 12.56 'dır ve okuryazarlık düzeyi orta- yüksektir. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek ve aşı kapsamını etkileyip etkilemediğini değerlendirmek için benzer çalışmaların farklı topluluklarda tekrarlanması, ebeveynlere aşılar konusunda ve sağlık okuryazarlıkları konusunda eğitim çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılar, Çocuk, Tutum, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

DETERMINATION OF MOTHERS' ATTITUDES TOWARDS CHILDHOOD VACCINES AND INVESTIGATION OF THEIR RELATIONSHIP WITH HEALTH LITERACY STATUS

This study was conducted to determine the attitudes of mothers towards childhood vaccines and to examine the relationship with health literacy level.

The sample of the descriptive and correlational study consisted of 246 mothers with infants or children aged 0-13 years, aged 18 years and over, without visual and hearing problems and open to communication, who applied to the paediatric outpatient clinics of a state hospital between August and December 2023. Data were collected with the Personal Information Form, the Scale of Parents' Attitudes Towards Childhood Vaccines and the Health Literacy Scale, and evaluated with descriptive statistics and analysis of variance.

The mean score of the Scale of Parents' Attitudes Towards Childhood Vaccines was 41.04 ± 18.68 and there was no hesitation about vaccination. The mean score of the Health Literacy Scale was 51.89 ± 12.56 and the level of health literacy was high. There is a weak negative relationship between the behaviour sub-dimension of the Scale of Parents' Attitudes Towards Childhood Vaccines and the total and sub-dimension scores of the Health Literacy Scale. A significant difference was found between the total and sub-dimension scores of the Scale of Parents' Attitudes Towards Childhood Vaccines according to the educational status of the spouse, number of children, regular vaccination status of the last child and previous children, and the development of reaction in the child after vaccination.

As a result of this study, a significant negative weak relationship was found between mothers' attitudes towards childhood vaccines and health literacy level. Vaccination hesitation was not observed in 70% of the mothers, while 30% of the mothers had vaccination hesitation. The mean score of the Health Literacy Scale was 51.89 ± 12.56 and the literacy level was moderate to high. It is recommended that similar studies be repeated in different communities to determine the relationship between the Scale of Parents' Attitudes Towards Childhood Vaccines and the Health Literacy Scale total and sub-

dimension scores and to evaluate whether they affect vaccination coverage, and that educational activities be carried out for parents about vaccines and health literacy.

Keywords: Vaccines, Child, Attitude, Health Literacy



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışması süreci boyunca her aşamada bilgisini ve yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren, her süreçte yanımda olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım. Kendisinin sabrı, teşviki ve değerli geri bildirimleri bu çalışmanın tamamlanmasında büyük rol oynamıştır.

Tez savunma sınavımda bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli jüri üyelerim Prof. Dr. Güler CİMETE, Dr. Öğr. Üyesi BAHİSE AYDIN'a, değerli zamanlarını ayırıp çalışmalarımı değerlendirdikleri ve sundukları yapıcı eleştiriler için teşekkür ederim.

Akademik kariyerim boyunca anlayışı, desteği ve sevgisiyle her an yanımda olan kıymetli eşime, hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni her anlamda destekleyen değerli aileme, çalışmama olan katkılarından dolayı değerli çalışma arkadaşım Fırat DEMİR'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN FORMU

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

27.06.2024

beydullah KORKMAZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iv
BEYAN FORMU	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	11
2. GENEL BİLGİLER.....	16
2.1. Bağışıklık (İmmünite).....	16
2.1.1. Doğal bağışıklık.....	16
2.1.2. Edinsel bağışıklık.....	17
2.2. Bağışıklama	17
2.3. Aşı.....	17
2.3.1. Aşı tipleri	18
2.3.2 Aşı içerikleri	20
2.3.3 Aşı sonrası görülen yan etkiler	21
2.3.4 Türkiye'de rutin çocukluk çağı aşı takvimi.....	22
2.4 Aşı ile önlenbilir hastalıklar	28
2.5 Aşı karşıtı hareketlerin tarihçesi	30
2.5.2 Aşı karşıtlığı/reddi	32
2.5.3 Dünyada aşı karşıtlığı tarihçesi.....	33
2.5.4 Türkiye'de aşı karşıtlığı tarihçesi	34
2.5.5 Aşı karşıtlığı ile ilişkili nedenler.....	35

2.6 Sağlık okuryazarlığı	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
4. BULGULAR.....	44
5.TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	76
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	79
EK 2. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği	81
Ek 3.Eçat Ölçek Puanlaması.....	83
Ek 4.Eçat Ölçek Ham Puan Dönüştürme.....	85
Ek 5.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	86
Ek 6. Etik Kurul Onayı	87
Ek-7. Kurum İzin Yazısı.....	88
Ek 8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	89
Ek 9. Özgeçmiş	90

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı.. Hata!	Yer
işareti tanımlanmamış.	7
Tablo 2: Katılımcıların aşılamaaya yönelik özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı .	48
Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ) ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği (EÇAYTÖ) puan ortalaması ölçeği puan ortalamaları.....	49
Tablo 4: Katılımcıların bireysel özelliklerine göre EÇAYTÖ puan ortalamalarının dağılımı	50
Tablo 5: Katılımcıların aşılamaaya yönelik özelliklerine göre EÇAYTÖ puan ortalamalarının dağılımı.....	52
Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	54
Tablo 7: Katılımcıların aşılamaaya yönelik özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının.....	58
Tablo 8: Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasındaki ilişki.....	60
Tablo 9: Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarını dağılımı.....	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi,2020	24
Şekil 2: Aşı Tereddüt Belirleyicileri Matrisi	33



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDK: Başışıklama Danışma Kurulu

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio (Dörtlü Karma Aşı)

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı (Beşli Karma Aşı)

DTP: Difteri-Tetanoz-Boğmaca

EÇAYTÖ: Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği

Hep-A: Hepatit A Aşısı

Hep-B: Hepatit B Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık Kabakulak Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

PACV: Parental Attitudes towards Childhood Vaccines (Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları)

OPA: Oral Polio Aşısı

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Aşı, belirli bir hastalığa karşı bağışıklık kazandıran biyolojik bir bileşendir. Aşılar, hastalığa yol açan mikroorganizmanın benzeri olan bileşenlerden yapılmıştır; bu bileşenler arasında mikroorganizmanın zayıflatılmış ve öldürülmüş şekli, toksinleri veya yüzey proteinleri yer alır. Bu bileşen, vücudun bağışıklık sisteminin tekrar yabancı mikroorganizmalarla karşılaşması durumunda aktive olmasını, mikroorganizmanın daha kolay tanınmasını, hatırlanmasını ve yok edilmesini sağlar (Özümit, 2019). Aşılar, koruyucu tıp ve halk sağlığı politikalarının temel ve en etkili öğelerinden biri olarak kabul edilir ve toplumun genel sağlığının geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Aşılar, sağlık alanında immünolojik ilkelerin en verimli şekilde uygulandığı örneklerden biridir. Aşılama yalnızca toplum sağlığı açısından değil, aynı zamanda toplumdaki yoksulluğun azaltılması, adil bir sistem oluşturulması ve sağlık altyapısının güçlendirilmesi gibi sosyoekonomik alanlarda da önemli kazanımlar sunar (Kader, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi gibi yetkili kuruluşların raporlarına göre aşılar aracılığıyla kontrol altına alınabilen hastalıklar arasında Boğmaca, Difteri, Tetanos, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilius İnfluenza gibi enfeksiyonlar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde zaman içinde birçok enfeksiyon hastalığının insidansında önemli düşüşler gözlemlenmiştir. Çiçek hastalığı gibi bazı hastalıklar dünya genelinde yok edilmiş, polio gibi bazı hastalıklar ise belirli bölgelerde ortadan kaldırılmıştır (Argın ve ark., 2022). Aşılarla ilgili bu kadar olumlu gelişmenin yanı sıra, aşı karşıtı argümanlar, aşının ilk kez uygulanmaya başladığı zamandan bu yana dile getirilmiştir. Aşı karşıtı ilk söylemler İngiltere’de E. Jenner’in çalışmaları döneminde ortaya çıkmıştır. Bu dönemde dini otoriteler, hastalıkların tanrının insanları cezalandırmak için ortaya çıktığını ve aşı gibi koruyucu ve iyileştirici yöntemlerin tanrıya karşı bir isyan olduğunu öne sürmüşlerdir. 1853 yılında zorunlu aşı uygulamalarının başlaması insan haklarına yönelik bir ihlal olarak değerlendirilmiş, 1907 yılında Amerika’da ilk Anti-Aşı Konferansı düzenlenmiş, bir yıl sonra da Amerikan Anti-Aşı Derneği kurulmuştur. Bu dönemde dünya çapında bugünkü aşı karşıtı kampanyalarla benzer özellikler taşıyan kampanyalar da başlatılmıştır (Argın ve ark., 2022). Günümüzde geçmişten farklı olarak aşı karşıtı

düşüncelerin çoğunlukla mantıklı bir dayanağı olmamasına rağmen, medya ve özellikle internet ile sosyal medya aracılığıyla hızla yayılma olasılığı bulunmaktadır (Aker, 2018).

Aşıların tarihine bakıldığında geçmişten günümüze kadar birçok kez suçlanmıştır. Ancak bu suçlamaların büyük bir kısmı mitolojik temellere dayanmaktadır. Daha bilimsel bir görünümde yapılan suçlamalar ise klinik olarak kanıtlanamamıştır. Örneğin aşıların içeriğindeki cıvanın otizme neden olduğu iddiasıyla ilgili çalışmalar yapılmış ancak hiçbir çalışma bu iddiayı doğrulamamıştır. DSÖ'nün 2004 yılında yayımlanan raporunda, koruyucu içerikli cıva maddesinin insan sağlığına herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı açıklanmıştır. Bununla birlikte Amerika hükümeti aşılama oranlarının düşmesinden endişe duyarak 2001 yılında aşılardan cıvayı çıkardığını bildirmiştir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılından itibaren cıvasız aşıya geçildiği resmi olarak duyurulmuştur (Bozkurt, 2018). Dünya genelinde aşı reddi söylemlerinin tekrar son zamanlarda hızla artması üzerine Dünya Sağlık Örgütü 'Aşı Tereddütleri' Grubu'nu oluşturmuş ve bu alandaki araştırmalarını derinleştirerek, 2019'da çözüme ulaştırmayı planladığı 10 küresel sağlık sorunundan biri olarak 'aşı karşıtlığına' odaklanmıştır (WHO, 2019). Aşıların ilk kullanım tarihinden itibaren, zaman zaman kişilerin hem kendilerine hem de çocuklarına aşı yaptırma konusunda tereddüt yaşadığı veya aşı yaptırmayı reddettiği konusu tartışma yaratmıştır. Son yıllarda, aşı tereddüdü ve reddinin yaygınlaştığı ve bu durumun toplumsal bağışıklık açısından endişe verici olduğu üzerinde durulmaktadır (Özen, 2020). Aşıya karşı tutumlar tamamen kabulden tamamen reddetmeye kadar değişen bir spektrumda bulunmaktadır. Aşı tereddüdü yaşayan bireyler bu süreklilikte yer alan heterojen bir gruba oluşturur. Aşı konusunda tereddüt yaşayan bireyler, belirli aşıları reddederken diğerleri kabul edebilir, bazıları geciktirebilir veya aşıları kabul eder ama yaparken kararsızlık yaşarlar. Aşının kabul edilmesini etkileyen faktörler arasında memnuniyet, kolaylık ve güven önemlidir (Özata ve Kapusuz, 2019). Tarih boyunca var olan bu aşı karşıtı düşünceler ve girişimler geçmişten günümüze bir dizi olumsuz sonuç ortaya çıkarmıştır. Özellikle ebeveynlerin aşı konusundaki şüpheli tutumu aşı oranlarında bebeklik döneminden itibaren ciddi düşüşlere neden olmuştur. Ebeveynler arasında aşıya yönelik olumsuz eğilimlerin olmasının birçok nedeni bulunmaktadır. Aşılarla dair yanlış ve olumsuz bilgilendirmeler, yazılı iletişim kanallarında (gazeteler, dergiler, internet siteleri vb.) ağırlıklı olarak görülmekte olup, bu bilgilerin aşıların zehirli olduğu ve çeşitli komplikasyonlara neden olduğu şeklinde yanıltıcı açıklamalar ön plandadır. Bu durumların yanı sıra, toplumda saygı gören, etkili

olan devlet liderleri, ünlü medyatik figürler veya dini liderlerin aşılara yönelik tutumları, söylemleri ve uygulamaları, ailenin kırsal bölgelerde yaşaması, aşı hizmetlerine uzaklığı, ebeveynlerin eğitim seviyesi, aile içindeki önceki aşı deneyimleri gibi faktörler, toplumun aşıları kabul etme, tereddüt etme veya reddetme durumunu doğrudan etkileyen etmenler olarak ifade edilmektedir (Özümit, 2019). Aşı geliştirme konusundaki dini bakış açıları farklı inançlar arasında değişiklik göstermektedir. Örneğin, Hristiyanlık, İslam ve Musevilik genellikle aşılamaya karşı çıkmazken, bazı mezhepler son yıllarda grip ve kızamık gibi hastalıkların salgınlarıyla ilişkilendirilmiştir. Müslüman din adamları tarafından yayınlanan bir fetva ile kızamık ve kabakulak vakalarında önemli ölçüde azalmalar görülmüştür (Kuru ve ark., 2022). Nijerya'da yapılan bir araştırma, çocuk felcini ortadan kaldırma programı sırasında çocuk felci aşısına ilişkin endişeleri gidermek için dini ve geleneksel liderlerin katılımının önemini vurgulamıştır. Araştırmalar, Afrika, Afganistan ve Hindistan gibi bölgelerde dini inançların ve dini liderlerin etkisinin aşı tereddüdü ve reddinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Bozkurt, 2018). Bu durum, aşı kabulünü artırmak için bu liderlerin halk sağlığı girişimlerine stratejik olarak dahil edilmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Yapılan bir araştırmada ebeveynlerin aşılarla ilgili bilgi düzeyleri ve çocukların aşılama durumları üzerinde anne eğitim seviyesi, gelir durumu, sosyoekonomik çevre, yaşanılan bölge, aşı hakkındaki bilgi tutumları gibi faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir (Özdemir, 2017).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da ortaya çıkmış olmasına rağmen, günümüzde yalnızca sağlık hizmetleri alanında değil aynı zamanda uluslararası düzeyde halk sağlığı bağlamında da yaygın olarak kullanılmaktadır (Ertaş ve Göde, 2021). Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık okuryazarlığı 'Sağlığın sürdürülmesi ve korunması amacıyla bireyin sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma yeteneği' olarak tanımlanmıştır. Amerikan Tıp Derneği ise sağlık okuryazarlığını 'Bireyin sağlık bilgisi ve hizmetlerine erişme, anlama ve idrak etme yeteneği, sağlık ile ilgili uygun bireysel kararlar alabilme düzeyi' olarak tanımlamıştır (Gökoğlu, 2021). Sağlık okuryazarlığı tanımları ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin (bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama) insanlara doğru bir şekilde aktarılmasının önemi, devletler tarafından son yüzyılda daha iyi anlaşılmıştır. Yalnızca bireylerin sağlığına değil, aynı zamanda halk sağlığını korumaya yönelik bir dizi faaliyetin varlığı açıkça görülmektedir. Salgın hastalıkların yaşandığı dönemler, halk sağlığı açısından büyük bir sorun teşkil eder ve bu sorunun çözülmesinde

aşılamanın önemli bir rolü vardır. İnsanların aşıya karşı tutumlarındaki etkisinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu düşünüldüğünde, sağlık okuryazarlığının halk sağlığı açısından belirleyici bir rol oynadığı değerlendirilmektedir (Ertaş ve Göde, 2021).

Ülkemizde çocukluk çağı aşılarına yönelik herhangi bir yasal düzenleme olmadığından dolayı bu aşıları yaptırmak tamamen kişisel tercihe bağlıdır (Yüksel ve Kara Uzun, 2021). Aşılama programlarının başarısı yaygın bir şekilde kabul edilmesi ve kapsayıcılığına bağlıdır. Aşı reddi ve tereddüdü yaşayan ebeveynlerin karar sürecinde klinisyenler etkin bir rol oynar. Bu ebeveynler, aşılamamanın olumlu ve olumsuz yönleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Yanlış, eksik veya kötü yönlendirilmiş iletişim, herhangi bir bağlamda sorun yaratabilir ve aşı tereddüdüne veya doğrudan reddine katkıda bulunabilir (Etesamını, 2021). Hemşireler bağışıklama sürecinde eğitici, planlayıcı, araştırmacı ve uygulayıcı rollerini üstlenirler. Hemşirelerin toplumu bilgilendirmesi, hastalıkların önlenmesine yönelik bağışıklığın etkili bir şekilde devam etmesine katkı sağlayacaktır. Aşı tereddüdü olan ebeveynler, aşı kabulü ve reddine yatkındır. Aşıya yönelik negatif tutumu olan ebeveynlerin tespit edilmesi ile etkili iletişim kurularak kaygılar giderilebilir ve aşı reddi ile sonuçlanması engellenebilir. Çocukluk çağı aşılarının uygulanabilmesi onamının ebeveynlere ait olması, çocukların sağlıklı büyüme gelişmesi ve toplum sağlığı açısından aşı reddinin önlenmesi noktasında ebeveynlerin tutumlarının belirlenmesi ve bazı girişimlere zemin oluşturması açısından önemli görünmektedir (Kuyuldar, 2022).

Annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilişkisini incelemek, toplum sağlığını koruma ve geliştirme açısından büyük önem taşır. Bu çalışma, aşılamamanın yaygınlığını artırarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyinin aşı tutumları üzerindeki etkisini anlamak, eğitim ve farkındalık programlarının geliştirilmesine rehberlik edebilir.

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları:

1. Annelerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması nedir?
2. Annelerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması nedir?
3. Annelerin bireysel özellikleri Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği puanlarını etkilemekte midir?
4. Annelerin bireysel özellikleri Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarını etkilemekte midir?
5. Annelerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları puanları ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları arasında ilişki nasıldır
6. Annelerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği puan ortalamaları ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağışıklık (İmmünite)

Bağışıklık, vücuda giren veya verilen yabancı maddelere (mikroorganizmalar, toksinler, toksoidler, proteinler, polisakkaritler, kompleks yapıdaki moleküller vb.) karşı vücudun genel ve özel savunma mekanizmaları ile direnç göstermesini, kendini korumasını ve zararlı maddeleri eliminasyonunu ifade eden bir biyolojik süreçtir. Bu genel tanım içerisinde, bağışıklık vücutta birbirini tamamlayan ve yakın ilişkide bulunan iki temel korunma mekanizması tarafından sağlanır (Halkman, 2019).

2.1.1. Doğal bağışıklık

Doğal (doğuştan gelen) bağışıklık, bireyin kendi vücuduyla antijenle karşılaştığında anında veya birkaç saat içinde, antijene özel olmaksızın ortaya çıkan koruyucu bir mekanizma olarak işlev görür. Her antijenle karşılaştığında tekrar aktive olur ve hafıza hücresi içermez (Turvey ve Broide, 2009). Doğal bağışıklığı etkileyen temel unsurlar, anatomik bariyerler, fizyolojik engeller, fagositik hücreler, kompleman sistemi ve inflamatuvar yanıttır. Doğal bağışıklık, bu mekanizmalar aracılığıyla patojenik ajanları ortadan kaldıracak veya edinilmiş bağışıklık sistemini, patojenin eliminasyonu için tetikleyebilir (Clem, 2011). Genetik tarafından düzenlenen ve nesiller arasında aktarılabilen bu tür direnç, aynı zamanda destekleyici ve yardımcı birçok ikincil etmenlerle birlikte gelir. Bu etkenler; genetik unsurlar, fizyolojik etkenler, birincil ve ikincil savunma mekanizmalarıdır.

Genetik unsurlar; kalıtsal olarak geçer ve türler, ırklar ve bireyler arasında çeşitlilik gösterir.

Fizyolojik etmenler; beden sıcaklığı, yaş, hormon seviyeleri ve beslenme durumuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Birincil savunma mekanizmaları; tüyler, cilt, mukoz membranlar ve salgılar gibi unsurları içerir ve mikrofloranın etkinliğine dayanır.

İkincil savunma mekanizmaları; humoral etmenler, hücresel etmenler ve inflamatuvar reaksiyonlardan oluşmaktadır (Halkman, 2019).

2.1.2. Edinsel bağışıklık

Edinilmiş bağışıklık, belirli bir antijene karşı spesifik bir yanıt geliştirir ve aynı antijenle yeniden karşılaşıldığında daha güçlü bir savunma mekanizması oluşturur. Bu tür bağışıklıkta hafıza hücreleri bulunur. Aktif ve pasif bağışıklık olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Aktif bağışıklık, vücudun hastalık yapıcı mikroorganizmalarla karşılaşması sonucu savunma mekanizmalarını devreye sokması veya aşı yoluyla antijenlerin vücuda verilmesiyle oluşan antikor yanıtıyla sağlanır. Pasif bağışıklık ise, bazı hastalıklarda vücudun ani antikor üretimi yapamaması durumunda serumla antikor verilmesi veya anneden bebeğe antikor geçişi yoluyla elde edilir. (Baxter, 2007).

2.2. Bağışıklama

Bağışıklama, aşı uygulaması yoluyla bireyin etkene karşı hassasiyetini ortadan kaldırma durumunu ifade eder. Aşılama sayesinde toplumda hastalıkların bulaşma derecesi (R_0) ve aşının koruyuculuk düzeyine bağlı olarak belirlenen kritik aşılama seviyesinden sonra aşılanmayan bireyleri de koruyan bir toplum bağışıklığı düzeyi oluşturulabilir. Bu durum, aşılanmanın değerine sadece aşılanan bireyleri koruma ile sınırlı olmayan geniş kapsamlı bir fayda sağlama özelliği eklemektedir (Buğdaycı Yalçın ve Eskiocak, 2023). Bağışıklamanın ana hedefleri arasında; bireylerin ve toplumun belirli bulaşıcı hastalıklara karşı direncini artırmak, hastalıkların kontrolünü sağlamak, patojenlerin yok edilmesini hedeflemek, hastalık gelişimini önlemek ve risk altındaki kişileri korumaktır. Bu hedeflere ulaşmak için, dünya çapında bebeklerden yetişkinlere kadar herkesin zamanında ve doğru bir şekilde aşılanması dünya çapında öncelikli hale getirilmelidir (Orhon, 2020).

2.3. Aşı

Aşı, belirli bir hastalığa karşı koruyucu bağışıklık kazandıran biyolojik bir preparattır. Aşılar genellikle hastalığa neden olanlara benzer mikroorganizmaların zayıflatılmış veya etkisiz hale getirilmiş formlarını içeren toksinler veya yüzey proteinleri gibi bileşenler içerir. Bu madde vücudun bağışıklık sistemini uyararak yabancı mikroorganizmalarla tekrar karşılaştıklarında onları tanımasını, hatırlamasını ve yok etmesini kolaylaştırır (Arslan, 2022). Aşılanmanın amacı, bireyi bir patojene maruz bırakmak ve vücutta bağışıklık geliştirmek, ancak bu süreçte hastalığa yakalanmamaktır. Aşı etkileri tipik olarak bağışıklık sistemi zayıflatılmış veya öldürülmüş bir mikroorganizmaya veya bu mikroorganizmanın bir kısmına maruz kalmaya yanıt

verdiğinde ortaya çıkar. Böylece birey bir patojenle karşılaştığında bağışıklık sistemi patojeni hatırlayarak hızlı tepki verir ve böylece hastalık daha ortaya çıkmadan veya hafif bir süreçte atlatılır (Davas ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü, aşıların "sağlık verilerini iyileştirmek için en etkili ve maliyet açısından en uygun müdahalelerden biri" olduğunu belirtmektedir (Yıldız ve ark., 2021).

2.3.1. Aşı tipleri

Aşıların temel amacı; bireyin bir etkenle ilk karşılaştığında uygun bağışıklık tepkisi oluşturmanın yanı sıra, etkenle sonraki karşılaşmalarda bu tepkiyi hatırlayarak aynı bağışıklık tepkisini üretmesidir. Bu hedeflere ulaşmak için kullanılan antijenin türü patojenin özelliklerine bağlıdır. Örneğin toksinler, hasara neden olan ancak istila belirtisi göstermeyen hastalıklarda kullanılmak üzere toksoidlere dönüştürülebilir. Ayrıca direkt patojenlere karşı koruma gerektiren hastalıklarda organizmanın tamamı veya antijenleri de kullanabilmektedir (Keser ve Hatipoğlu, 2008).

2.3.1.1.Canlı aşılar

Canlı zayıflatılmış aşılar, laboratuvar koşullarında patojenitelerini azaltan mikroorganizmalar tarafından üretilen antijenik özelliği taşıyan maddelerdir. Ajanın vücutta çoğalabilme ve bağışıklık tepkisi uyandırabilme yeteneği korunur. Canlı aşıların avantajları; hücrel ve humoral bağışıklığı harekete geçirmesi, uzun süreli koruma sağlaması ve tekrarlanan dozlara ihtiyaç duyulmadan tek dozun etkili olmasıdır. Dezavantajları ise patojenin virulent forma geri dönüp hastalık yapma riskini içermesidir. Bu nedenle canlı aşılar, bağışıklık sistemi zayıf olan bireylere uygulanmaz. Örnekleri arasında sarı humma, BCG, rotavirüs aşısı, oral polio aşısı (OPA), suçiçeği ve KKK aşıları bulunmaktadır (Deng ve ark., 2020).

2.3.1.2.Ölü veya inaktif aşılar

İnaktif aşılar, canlı patojenlere karşı koruma sağlamak üzere tasarlanmıştır ve tipik olarak ısı, kimyasallar veya radyasyonla etkisiz hale getirilmiş virüsler veya bakteriler gibi patojenik materyallerden elde edilir. İnaktif aşılar, genellikle daha zayıf bir bağışıklık tepkisi ürettikleri için tekrarlanan dozlara ihtiyaç duyabilirler (Deng ve ark., 2020).

- ❖ Toksoid aşılar, bağışıklık tepkisi oluşturuca özelliklerini korurken, içerdikleri toksin faktörlerinin yapısını değiştirerek toksik etkileri ortadan kaldıran aşı türleridir. Bu

aşıların etkileri tipik olarak humoral bağışıklığın aktivasyonu yoluyla ortaya çıkar. Difteri ve tetanoz aşıları toksoid aşılarla örneklerdir.

- ❖ Tam hücre aşıları: Bir etkenin ısı ya da kimyasal yöntemlerle tamamen öldürülmüş formunu içeren aşılardır. İnaktif polio aşısı (IPA) ve Hepatit A aşısı örneklerinde görülmektedir.
- ❖ Fraksiyonel aşılar: Bu aşılar etken inaktive edildikten sonra etkenin belirli bileşenlerini içeren aşılardır.
 - Protein bazlı aşılar; protein yapısının saflaştırılmış reaktifler ya da rekombinant teknolojiyle elde edildiği aşı türüdür. Bu yaklaşımlar, güçlü bir koruyucu immün yanıtı elde etmek için üretilen aşıda adjuvanların kullanılmasını gerektirir. Bu sayede rekombinant aşılar uzun vadeli koruma sağlar ve sadece birkaç belirli antijen içerdikleri için yan etkilere neden olma olasılıkları daha düşüktür. İnaktif edilmiş grip aşısı, Hepatit B aşısı ve aselüler boğmaca aşısı, protein bazlı aşılarla örnektir.
 - Genetik bilgi içermeyen aşılar; bu aşılar viral kapsidler içerir ancak enzim veya nükleik asit içermez. HPV aşısı bunun bir örneğidir.
 - Polisakkarid bazlı aşılar; yüzeyinde kapsül oluşturan polisakkarit zincirlerinden elde edilen aşılardır. Saf ve konjuge türleri bulunmaktadır. Pnömonokok, meningokok ve Hib gibi aşılar bu kategoriye örnek olarak verilebilir (Deng ve ark., 2020).

2.3.1.3.mRNA ve DNA bazlı nükleik asit aşılar

Bu aşılar, belirli antijenlere kıyasla, plazmid adı verilen genom bölgelerini içeren ve bu antijenleri kodlayan bir veya daha fazla gen tarafından oluşturulan bir bağışıklık tepkisi oluşturur. Bu tür aşıların hazırlanması nispeten basittir, maliyeti düşüktür ve büyük ölçekli üretime uygundur; ancak bağışıklık tepkisi yüksek değildir. Bu nedenle çoklu dozların veya adjuvanların kullanılması gerekir. Bu tür aşıların örnekleri arasında Biontech ve Moderna gibi Covid aşıları bulunmaktadır. Ayrıca, grip ve Herpes için DNA aşıları geliştirilme aşamasındadır (Deng ve ark., 2020).

2.3.1.4.Vektör aşıları

Modifiye edilmiş zararsız virüsler, adenovirüs, vaccinia virüsü ve alfa virüs gibi, genetik bilgi transferi yoluyla mikroorganizmanın antijenik yapısını oluşturan aşı türleridir. Vektör aşıları, hücresel bağışıklığı en etkili şekilde sağlama yöntemlerinden biridir. Örnek olarak Sputnik gibi Covid aşıları gösterilebilir (Deng ve ark., 2020).

2.3.2 Aşı içerikleri

Paracelsus'un ifadesinde belirttiği gibi, 'Sola dosis facit venenum' yani 'bir maddeyi zehir yapan yalnızca onun dozudur.' Hayatta karşılaştığımız birçok madde için, doğru dozda alındığında fayda sağlandığını ancak doğru dozda alınmadığında zarar verebileceği belirtilmektedir. Bu durum aşılar için de geçerlidir (Ataç ve Aker, 2014). Temelde aşılarda içerdiği antijen, organizmanın bir etkenle karşılaştığında, etkeni tanımasını ve etkene karşı savunma mekanizmalarını harekete geçirmesini sağlayarak bağışıklık tepkisini artırır. Bu sürece yardımcı olmak amacıyla adjuvan maddeler kullanılır. Ayrıca aşılarda içeriğinde aşılarda etkinliğini sürdürmeye ve mikrobiyolojik buluşmayı engellemeye yönelik koruyucu maddeler ile depolama ve taşıma sırasında aşının bütünlüğünü koruyan stabilizatör maddeler bulunmaktadır. Ancak bu maddeler genellikle genel bilgi düzeyinin ötesinde olduğu için, aşı içeriklerinde potansiyel zararlı maddeler bulunabileceği endişeleri artmaktadır (Çapaoğlu, 2018).

Alüminyum: DaBT, Hepatit B, KPA gibi bazı aşılarda formülasyonunda bulunarak, aşı etkinliğini ve bağışıklık sisteminin antikor tepkisini artıran bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Bu madde, aşı üretiminde 70 yılı aşkın süredir güvenle kullanılmaktadır. Ayrıca günlük yaşamda sulara, besinlerde, bazı meyve ve sebzelerde ve mide ilaçlarıyla vücuda çok küçük miktarlarda alınmaktadır (Çapanoğlu, 2018).

Tiomersal: Çoklu doz flakon aşılarda yer alan, koruyucu madde olarak kullanılan tiomersal, organik cıva bileşiği olan etil cıva içermektedir. Kızamık aşılarının içindeki tiomersal, otizme neden olduğu iddiasıyla ilgili bir çalışmanın Lancet'te yayımlanmasının ardından, aşı karşıtı gruplar tarafından en fazla itiraz edilen madde olmuştur. Ancak 2010 yılında bu çalışmanın eksikliklerine dair ortaya çıkan bilgiler üzerine Lancet makaleyi yayından kaldırmış ve çalışmanın yazarı Andrew Wakefield'in 'Doktor' unvanı geri alınmıştır. Bununla birlikte, itirazlar ve endişeler hala devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Aşı Güvenliği Genel Komitesi'nin raporuna göre, tiomersalın (etil cıva) vücutta

birikmediği, sindirim yoluyla atıldığı, yarılanma ömrünün bir haftadan kısa olduğu ve cıvanın hastalıklara neden olmadığı belirtilmiştir (Çapanoğlu, 2018).

Formaldehit: OPA, Hepatit A, DaBT, Td gibi aşıların formülasyonunda bulunan, virüsleri inaktive etmek, toksinleri etkisiz hale getirmek, aşıların kontamine olmasını önlemek amacıyla kullanılan bir bileşen olup, vücutta enerji üretimi için normal işlevlere katkı sağlayan bir maddedir. Bununla birlikte, formaldehitin toksik etkileri ve kanserojen özellikleri olduğu bilinmesine rağmen aşı içindeki miktarları bu olumsuz etkilere yol açacak düzeyin altındadır. Ayrıca, aşı üretiminin son evresinde formaldehit, aşıdan uzaklaştırılır ve kalan miktar, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin besinlerde kabul edilebilir sınırlarının altındadır (Çapanoğlu, 2018).

Jelatin: KKK, DaBT, kuduz ve suçiçeği aşıları gibi aşıların içeriğinde bulunan, aşıların içerisindeki bileşenlerin bozulmasını önleyen protein yapıda bir dolgu maddesidir. İnsanlarda alerjik tepkilere neden olduğuna ve kullanılan sığır jelatininin ensefalite yol açtığına dair endişeler bulunmaktadır. Belirli ülkelerde, aşılarından jelatinin çıkarılması ve daha az alerjenik olan tam hidrolize jelatinin kullanılması, aşılarla ilişkili alerjik reaksiyonların azalmasına neden olduğu gözlemlenmiştir (Çapanoğlu, 2018).

Glutamat: Bazı aşıların (KKK) içerisinde, fiziksel dayanıklılık kazanması için yer alır. İnsanlarda alerjik reaksiyonlar gözlemlenebilmekle birlikte, birçok hazır gıdada da doğal olarak bulunmaktadır (Çapanoğlu, 2018).

Antibiyotikler: Bakteriyel kontaminasyonu önlemek amacıyla bazı aşıların üretiminde kullanılan Neomisin, Polimiksin B, streptomisin, gentamisin gibi antimikrobiyal ajanlardır. Kullanılan antibiyotiklerin, ciddi alerjik reaksiyonlara neden olabileceği endişesi bulunmaktadır ancak bu antimikrobiyal ajanlar saflaştırma işlemleriyle çok düşük miktarlara indirgenir ve bu miktarlarla ilişkilendirilmiş alerjik reaksiyonlar belgelenmemiştir. Ayrıca aşı üretiminde kullanılan antibiyotikler, penisilin, sefalosporin gibi alerjik reaksiyonlara sebep olan antibiyotik türlerinden seçilmez (Çapanoğlu, 2018).

2.3.3 Aşı sonrası görülen yan etkiler

Aşılama yapılan bireylerde gözlemlenen, genellikle aşı ile ilişkilendirilen, aşı sonrası ortaya çıkan istenmeyen herhangi bir durumu ifade eder. Aşı sonrası görülen etkiler şunlardır:

- ❖ Aşı yan etkisi (sistemik, lokal veya alerjik reaksiyonlar)

- ❖ Program uygulama hataları (aşı uygulayan kişiden kaynaklı hatalar, aşı uygulanan sağlık kuruluşundaki aşının depolama koşulları, aşının kurallara uygun hazırlanmamış olması veya aşı flakonunun kontamine olması gibi faktörlere bağlı)
- ❖ Raslantısal meydana gelen etkiler (aşı ile ilişkisi olmayan tesadüfen gözlemlenen etkiler)
- ❖ Enjeksiyon reaksiyonu (anksiyete veya iğne korkusu kaynaklı bayılma gibi durumlar)
- ❖ Bilinmeyen reaksiyonlar (uygulanan aşı ile ilişkilendirilebileceği düşünülen ancak bilinen bir aşı yan etkisi veya program hatasıyla alakalı olmayan) olmak üzere beş kategoride sınıflandırılmaktadır (Akdağ, 2009).

Aşı yan etkileri arasında en sık rastlanılanlar lokal reaksiyonlardır. Aşının uygulandığı bölgede ağrı, lokal inflamasyon, şişlik, kızarıklık, steril apse gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtiler genellikle aşı uygulamasını takip eden ilk birkaç saat içinde ortaya çıkar, hafif düzeydedir ve etkileri sınırlıdır. Lokal reaksiyonların görülme olasılığı, kullanılan aşının türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Sistemik yan etkiler ise genellikle ateş, baş ağrısı, mide bulantısı, halsizlik, iştah kaybı, kas ağrısı, alerji gibi daha genel etkilerdir. Bu belirtiler, aşı ile ilişkilendirilebileceği gibi aynı zamanda başka nedenlere de bağlı olarak ortaya çıkabilir (Sezen, 2022).

2.3.4 Türkiye'de rutin çocukluk çağı aşı takvimi

Ülkemizde uygulanan çocukluk çağı aşı takvimine göre BCG, Hepatit B, KPA, DaBt-İPA-Hib, OPA, Su çiçeği, KKK, Hepatit A, DaBt-İPA, Td aşıları ulusal aşı takvimi kapsamında yer almaktadır (Şekil 1).

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ³	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği ¹						I				
KKK						I			II	
Hep-A ²							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır.

1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçeği: Suçiçeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Şekil 1: T.C. sağlık bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi (Sağlık Bakanlığı, 2020)

İlkokul 1.ve 8.sınıf okul çağı aşılamaları, Bağışıklama Danışma Kurulu önerisi doğrultusunda 3 Haziran 2020 tarihinde yenilenmiş ve bu aşılamaların Aile Hekimliği Birimlerinde yapılmasına karar verilmiştir. İlkokul 1.sınıfta KKK aşısının ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısının pekiştirme dozu, 8.sınıfta ise Td aşısının pekiştirme dozu uygulanmaktaydı. Yapılan değişiklikle, ilkokul 1.sınıfta okullarda uygulanan KKK ve DaBT-İPA aşıları, 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan itibaren 48.ayını doldurmuş tüm çocuklara, Aile Hekimliği Birimlerinde gerçekleştirilecektir. İlkokul 8.sınıfta okullarda yapılan Td aşısı,1 Temmuz 2007 tarihinde doğan çocuklardan itibaren 13 yaşına gelmiş tüm bireylerde, Aile Hekimliği Birimlerinde uygulanacaktır. Yeni uygulama,1 Temmuz 2020 itibarıyla başlamıştır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve henüz okula başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı, 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim öğretim dönemlerinde yine okullarda uygulanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hepatit B Aşısı: Hepatit B, HBV (Hepatit B virüsü) tarafından meydana gelen viral bir enfeksiyondur. HBV, karaciğerde çoğalarak akut ve kronik hepatite neden olur (Özdemir ve Afacan, 2021). Ülkemizde, 1998 yılı ağustos ayından bu yana, bebeklere doğum anında ve doğumdan sonra 0,1 ve 6 aylık dönemlerde bu aşı uygulanmaktadır. Hepatit B virüsünün en yaygın bulaş yolu doğum anı veya perinatal dönem olduğundan

dolayı, Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, tüm gebe kadınların Hepatit B taşıyıcılığını tespit etmek açısından taranmasını ve taşıyıcı hamile kadınların bebeklerine doğum sırasında Hepatit B hiperimmün globülin yapılmasını tavsiye etmektedir (Arslan, 2022). Hepatit B aşısı, aşı takviminde 0-1 ve 6 ay şeması kullanılarak uygulanan bir aşıdır. Bu şema, ilk iki doz arasında en az 4 hafta, ikinci ve üçüncü doz arasında ise en az 8 hafta süreyle devam eder. Aşının uygulama şekli, 12 aya kadar olan bebeklerde uyluğun orta veya üst 1/3 kısmındaki vastus lateralis kasına yapılır. Ancak, 12 aydan sonra deltoid kasına yönlendirilir. Aşı, doğumdan itibaren ilk 72 saat içinde, tercihen ilk 24 saat içinde gerçekleştirilmelidir. Bebeğin kilosu 2000 gramın üzerinde ise aşılama süreci genel olarak aynıdır. Ancak, 2000 gramın altındaki bebeklerde durum biraz farklıdır. Eğer annenin Hepatit B taşıyıcılığı belirsizse veya anne zaten Hepatit B taşıyıcısı ise, doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde ilk doz uygulanır. Ardından 1,2 ve 12. aylarda olmak üzere toplam 4 ayrı doz tekrarlanır (Kuyuldar, 2022).

BCG Aşısı: Tüberküloz, bakteriyel bir enfeksiyon olan Mycobacterium tuberculosis tarafından tetiklenen bir hastalıktır. Ülkemizde, 1951 yılında başlayan uygulama, doğumdan itibaren dört doz şeklinde gerçekleştirilmekteydi. Ancak, 2006 yılında daha az komplikasyon, daha kolay uygulanabilirlik ve daha etkili bir bağışıklık için BCG aşısı 2. ayda tek doz olarak düzenlenmiştir. 3. aydan sonra BCG aşısının yapıp yapılmayacağı, PPD ile tüberkülin deri testi sonuçlarına göre belirlenir. Diğer taraftan, BCG aşısı daha geç dönemlerde yapılmış veya BCG skarı olan çocuklarda PPD testine gerek duyulmaz (Arslan, 2022). Aşılama dozu 1 yaşın altındaki bireylere 0.05 ml, 1 yaş üzerindeki bireylere ise 0.1 ml olarak belirlenmiş olup tek doz şeklinde sol omuz bölgesine yakın intradermal olarak uygulanır. BCG aşısı yapılmış ancak skar dokusu oluşmayan çocuklara, BCG aşısı yeniden uygulanmaz. Üçüncü aydan başlanarak 6 yaşına kadar BCG aşısı yapılmamış olan çocuklarda TDT (Tüberkülin Deri Testi) uygulanır ve sonuca bağlı olarak aşı uygulama kararı verilir. Test sonuçlarına göre endürasyon çapı; 0-5 mm ise aşı yapılır, 6-9 mm ise aşı uygulanmaz, 10 mm ve üzeri sonuçlar alındığında ise çocuk ve ailesi tetkik edilir; hastalık bulunmazsa koruyucu tedavi başlanır. Altı yaşından sonraki aşılanmamış çocuklarda BCG aşısı önerilmez. Ülkemizdeki BCG aşısının koruyuculuğu 0-6 yaş arasında %85, erişkinlerde ise %72.7 olarak belirlenmiştir (Kuyuldar, 2022).

KPA: Pnömonokok, Streptococcus Pneumonia etkenli yüzden fazla serotipi olan gram pozitif bir bakteridir. Çocukluk döneminde ciddi enfeksiyonlara (septik artrit, menenjit, pnömöni, akut sinüzit, akut otit, bakteriyemi, osteomyelit) ve ölümlere yol açabilen bir

etkendir. Türkiye’de 2008 yılında 7 bileşenli konjuge pnömokok aşısı, 2011 yılında ise 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısı program dahilinde uygulanmaya başlanmıştır (Arslan, 2022). KPA aşısı, son zamanlara kadar 2,4,6. aylarda birer doz, 12. ayda ise rapel doz olmak üzere toplamda 4 doz halinde uygulanmaktaydı. Ancak, güncellenen aşı takvimine göre 6.ayda uygulanan bir doz kaldırılarak toplam doz sayısı 3’e indirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Aşı 12. aya kadar olan bebeklerde intramüsküler olarak uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına, 12.aydan itibaren ise deltoid kasına uygulanır (Doğan, 2021).

DaBT-İPA-Hib Aşısı: Difteri, *Corynebacterium diphtheriae* bakterisinin toksin üreten varyantlarının sebep olduğu akut, bakteriyel bir enfeksiyon hastalığıdır. Boğmaca, solunum yollarını etkileyen bir hastalık olan *bordetella pertussis* bakterisinin sebep olduğu bir hastalıktır. *Haemophilus influenzae* bakterisi ise menenjit, pnömoni, epiglotit, bakteriyemi, septik artrit, orta kulak iltihabı ve selülitte yol açan sistemik enfeksiyonlara sebep olan bir mikroorganizmadır (Acosta ve ark., 2021) Ülkemizde 1937’de DB (difteri, boğmaca) aşısı, 1968’de ise DBT (difteri, boğmaca, tetanoz) aşısı uygulanmaya başlanmıştır. Hib (hemofilus influenza tip b) aşısının 2006’da programa eklenmesi ve 2008’de başlanan İPA (inaktif polio) aşılması ile DaBT-İPA-Hib kombine aşısı oluşturularak uygulanmaya başlanmıştır. 5’li karma aşı olarak da bilinmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2020). DaBT-İPA-Hib aşılaması prosedürü, resmi aşı takvimine uygun olarak 2,4 ve 6 aylık olmak üzere ikişer aylık aralıklarla toplamda 3 doz içermektedir. Rapel dozu ise birincil aşılamadan yaklaşık olarak 1 yıl sonra, genellikle 18.ayın sonunda gerçekleştirilen bir enjeksiyonu içermektedir. İlköğretim 1.sınıfta ise DaBT-İPA aşısının pekiştirme dozu uygulanmaktaydı. Ancak, okul çağındaki aşılamaların BDK tavsiyesiyle 3 Haziran 2020 tarihinde değiştirilerek bu dozların Aile Hekimliği Birimlerinde uygulanmasına karar verilmiştir. İlköğretim 1.sınıfta okullarda verilen DaBT-İPA aşısına ilişkin uygulama yapılan düzenleme ile 1 Temmuz 2016 tarihinde doğan çocuklardan itibaren 48.ayına girmiş tüm çocuklar için Aile Hekimliği birimlerinde gerçekleştirilecektir. Bu yeni uygulama, 1 Temmuz 2020 itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Henüz ilköğretime başlamamış ve 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğan çocukların DaBT-İPA aşısı, 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim dönemlerinde okullarda yapılacaktır. Aşının intramüsküler uygulaması 12. aya kadar olan bebeklerde uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasına 12. aydan sonra ise deltoid kasına yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Tetanoz Toksidi: Tetanoz clostridium tetani bakterisi kaynaklı, aniden ortaya çıkan genellikle boyun ve çene kaslarında kasılmalara yol açan, solunumla ilgili kasları da etkileyerek ölümcül olabilen fakat bulaşıcı olmayan bir enfeksiyon hastalığıdır. Spesifik olarak toz, toprak, hayvan ve insan dışkısında dirençli sporlar şeklinde bulunurlar. Hastalığın insanlara bulaşma yolları arasında kontamine olmuş araçlarla oluşan kesiler (çivi, diken, iğne), yanıklar ve toprakla temas etmiş kirli aletler ile yeni doğanlarda göbek kordonu kesilmesi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Yenidoğan tetanozu ise özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hijyen standartlarına uymayan evde doğumların gerçekleştirilmesi, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yetersiz kalması nedeniyle daha yaygındır (Kyu ve ark., 2017). Tetanoz aşısı yalnızca tetanoz toksoidi (TT)olarak veya difteri (Td-DT) ve boğmaca (DaBT) ile birleştirilmiş olarak uygulanabilmektedir. Tetanoz aşısının,13-14 yıl sürecince %96 oranında bir koruyuculuğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Pekiştirme dozu vurgulanmasa dahi %72 oranında 25 yıl boyunca devam eden bir koruyuculuğunun olduğu bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Poliomyelit Aşısı: Poliomyelitin etkeni poliovirüstür ve bu hastalığın üç farklı serotipi bulunmaktadır (tip1, tip2, tip3). Bir serotipe karşı geliştirilen bağışıklık diğer iki serotipe karşı koruma sağlamaz. Isı, formaldehit, klor ve ultraviyole ışıkla hızla etkisiz hale gelir. Çocuk felci özellikle 5 yaş altındaki çocukları etkiler. Bir tedavisi yoktur ancak aşı ile önlenabilir (Estivariz ve ark., 2021). Ülkemizde 1963 yılında başlatılan Poliomyelit Eradikasyon Programı, benimsenen stratejilerle 1998 yılında son poliomyelit vakasını görmüş ve 2002 yılında ‘Poliomyelittean Arındırılmış Ülke’ belgesini almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), poliovirüs eradikasyonu başaran ülkelerin inaktif polio aşısına geçmelerini önermesine rağmen, Türkiye’de hem canlı attenüe oral polio aşısı hem de inaktif polio aşısı uygulamaları devam etmektedir. Ülkemizdeki rutin aşı programında çocuk felci (poliomyelit) için iki ayrı aşı türü mevcuttur: inaktif poliomyelit aşısı (IPV) ve oral poliomyelit aşısı (OPA). İnaktif polio aşısı,2-4-6 ve 18. aylarda beşli karma aşı olarak, 48. ayda ise dörtlü karma aşı olarak uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Uygulamada, polio aşıları altı farklı formda sunulmaktadır. Bunlar;

1. İnaktif polio aşısı (IPV), Poliovirüs Tip 1,2 ve 3’e karşı koruma sağlar.
- 2.Trivalent oral polio aşısı(tOPV), Poliovirüs Tip 1,2 ve 3’e karşı koruma sağlar.
- 3.Bivalent oral polio aşısı(bOPV), Poliovirüs Tip 1 ve 2’ye karşı koruma sağlar.
- 4.Monovalan oral polio aşısı tip 1 (mOPV1), Poliovirüs Tip 1’e karşı koruma sağlar.
- 5.Monovalan oral polio aşısı tip 2(mOPV2), Poliovirüs Tip 2’e karşı koruma sağlar.

6. Monovalan oral polio aşısı tip 3(mOPV3), Poliovirüs Tip 3'e karşı koruma sağlar (Mutlu, 2018).

Suçiçeği Aşısı: Çocukluk döneminde sıkça karşılaşılan, Varisella Zoster virüsü tarafından tetiklenen ve veziküler döküntülerle belirginleşen bulaşıcı bir hastalıktır. Virüsün bulaşma şekli, damlacıkların ve lezyonların teması yoluyla gerçekleşmektedir. 10-20 gün süren bir inkübasyon periyodunun ardından, döküntüler baş ve gövdede ilk olarak belirir ve sonrasında vezikül evresine geçer (Özdemir, 2017). Canlı aşı olduğu için bağışıklık sistemi baskılanmış ve gebelerde kontrendikedir. Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında yer alan en son aşıdır ve ulusal aşı takvimine 2013 yılında eklenmiştir. Aşı, 12. ayın sonunda tek doz olarak uygulanmaktadır. 12 ay ile 12 yaş arasındaki bireylerde tek doz aşıdan sonra koruyuculuk oranı %97'ye ulaşmaktadır. Ancak 13 yaş ve üzerinde aşı uygulanacaksa en az bir ay arayla iki doz halinde uygulanmalıdır. 13 yaş altındaki çocuklara iki doz aşı uygulanacaksa, dozlar arasında en az 3 aylık bir süre bırakılması daha uygun bir uygulama şeklidir (Türk Tabipleri Birliği, 2019). Aşı, subkutan yolla uygulandığından, küçük çocuklarda uyluğun ön dış bölgesine daha büyük çocuklar ve adolesanlarda ise deltoid bölgeye enjekte edilir (Kuyuldar, 2022).

Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşısı: Kızamık virüsü, Morbillivirus cinsine ait bir paramiksovirüstür. Akut, viral ve bulaşıcı bir hastalıktır. Kızamık, salgınlar oluşturabilen ve otit, pnömoni, menenjit, ensefalit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir hastalıktır. Döküntülü bir hastalıktır, beş yaş altındaki çocuklarda yüksek risk taşımaktadır. Hasta bireylerin mukoza sekresyonları aracılığıyla damlacık yoluyla ve doğrudan temas yoluyla bulaşır (WHO, 2023). Kızamıkçık virüsü, Rubivirus cinsine ait olan Matonaviridae ailesinin tek üyesidir. Bu virüs, döküntü, solunum semptomları ve lenfadenopati gibi belirtilerle karakterizedir (Lanzieri ve ark., 2021). Hastalık genellikle kış ve ilkbaharda en yüksek düzeydedir. Gebeliğin erken döneminde geçirilen kızamıkçık, fetüslerin doğumsal defektlerine neden olabilmektedir (TTB, 2018). Kabakulak, genellikle 5-9 yaş arasında görülen ve kabakulak virüsü tarafından tetiklenen, damlacık yoluyla ya da temas yoluyla bulaşan bir enfeksiyon olup, parotis bezinde şişlik ile karakterizedir. Ağrı ve yutmada güçlük gibi belirtilerle ortaya çıkar. Bu hastalık, orşit, menenjit, ensefalit, miyokardit, nefrit ve sağırlık gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Kızamık aşısı 1963 yılında, kabakulak aşısı 1967 yılında, kızamıkçık aşısı 1969 yılında, KKK aşısı ise 1971 yılında lisans alarak geliştirilmiş canlı zayıflatılmış aşılarıdır (Gastanaduy, 2021). Ülkemizde, 1970 yılında Kızamık aşısının programa dahil

edilmesi, 2002 yılında Kızamık Eliminasyon Programı'nın başlaması, 2006 yılında KKK aşısının programa dahil edilmesi, 2006 yılında Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Doğumsal Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı'nın başlaması, 2019 yılı itibariyle DSÖ tarafından Türkiye'nin endemik kızamıkçık virüsü dolaşımının 36 ay süresince kesildiği ve Türkiye'nin ilgili dönem için kızamıkçığı elimine ettiğinin onaylanması şeklinde gelişmeler göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ülkemizde rutin aşı takviminde ilk doz 12. ayda, ikinci doz 48.ayda olmak üzere toplamda 2 doz olarak deltoid kasına 0,5 ml subkutan yolla uygulanır (TTB, 2019). Kızamık Eliminasyon Programı kapsamında, kızamık vakaları 2007 ile 2010 yılları arasında 10'un altına düşmüştür; ancak, 2011 yılından itibaren olgu sayılarında artışlar ve buna bağlı olarak bir salgın yaşanmıştır. Haziran 2012'den itibaren yurt dışından kaynaklanan importe vakalar ve bu vakalarla ilişkili vaka sayısı artarak 2019 yılına kadar devam etmiştir. BDK'nın 25.09.2019 tarihli kararıyla, Kızamık Eliminasyon Programı kapsamında yürütülen salgın kontrol stratejilerine ek olarak, 9 ay ve üzeri ile 12 aydan küçük bebeklere ilave bir doz kızamık içeren aşı uygulama kararı alınmıştır. Bu uygulamanın Göçmen Sağlığı Merkezlerinde de benzer şekilde sürdürülmesi amaçlanmıştır (Orhon, 2020).

Hepatit A Aşısı: Hepatit A, HAV enfeksiyonu kaynaklı olan ve picornavirüs olarak sınıflandırılan bir RNA virüsüdür. Fekal-oral yolla bulaşan bir patojendir; bu bulaşma genellikle enfekte su veya bu su ile temasta bulunan yiyecekler, çiğ veya az pişmiş gıdalar aracılığıyla gerçekleşir. Hepatit A aşısı, inaktif virüs aşısıdır. İlk kez 1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmak üzere resmi onay alarak ruhsatlandırılmıştır (Foster ve ark., 2021). Ülkemizde, Hepatit A aşısının 2012 yılında programa dahil edilmesiyle başlayan aşı uygulaması, 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara 18. ve 24. ayın sonunda olmak üzere iki doz şeklinde uygulanmaktadır. Aşının uygulanması, 12 aya kadar olan bebeklerde intramüsküler olarak uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına yapılırken, 12. aydan sonra deltoid kasına uygulanmaktadır (Kuyuldar, 2022). Yapılan incelemeler neticesinde, çocuklarda aşı uygulamasından bir ay sonra bağışıklığın %99'a ulaştığı, rapel dozdan sonra ise bağışıklığın %100'e çıktığı belirtilmiştir (TTB, 2019).

2.4 Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar

Halk sağlığı programlarının temel amacı, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, ortaya çıkan hastalıkların etkili bir şekilde teşhis ve tedavi edilmesi, komplikasyonların önlendiği bir yaklaşımla kontrol altına alınıp eliminasyon ve eradikasyonun gerçekleştirilebilmesidir. Eliminasyon özenle yürütülen programlar

neticesinde belirli bir hastalığın belirli bir coğrafi bölgede tamamen ortadan kaldırılması anlamına gelir; eradikasyon ise planlı çalışmaların sonucunda bir hastalığın küresel düzeyde tamamen ortadan kaldırılmasıdır. DSÖ'nün 1980'de çiçek hastalığını tamamen ortadan kaldırdığını ilan etmesinin ardından, aşı uygulamaları küresel düzeyde büyük önem kazanmaya başlamıştır. (Yapıcı ve Tunç, 2019).

DSÖ, 1998 yılında 2000 yılına kadar küresel çapta poliomyelit hastalığını tamamen ortadan kaldırma hedefine yönelik çabalarını yoğunlaştırmış ve bu doğrultuda çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bu süreçte, dünya genelinde 1988'den bu yana poliomyelit insidansı %99.9 oranında azaltarak Amerika, Batı Pasifik, Avrupa ve Güneydoğu Asya bölgeleri olmak üzere altı DSÖ bölgesinden dördü, Poliodan Arındırılmış Bölge Sertifikası elde etmiştir. DSÖ, maternal ve neonatal tetanozun elimine edilmesi amacıyla (anaerobik gram-pozitif spor üreten Clostridium tetani bakterisi, toprak, toz ve hayvan dışkıda bulunabilen bir patojen olup eradike edilememektedir) çocukluk ve adolesan döneminde, toplamda 6 doz aşının uygulanmasını önermektedir. Doğurganlık çağındaki ve gebe kadınlar için de 5 doz aşının uygulanması önerilmektedir. Aşı uygulamasının artmasıyla birlikte dünyada neonatal tetanoz görülme sıklığı önemli ölçüde azalmıştır. Türkiye'de, DSÖ tarafından 2009 yılında maternal ve neonatal tetanozun elimine edildiği ilan edilmiştir (Arslan, 2022).

DSÖ 2006 yılında oral rotavirüs aşılarını onaylamasının ardından tüm ülkelerin rotavirüs aşılarını kullanmalarını önermiştir. DSÖ'nün koordine ettiği Küresel Rotavirüs Sürveyan Ağı'ndan elde edilen veriler nedeniyle hastaneye yatırılan 5 yaşından küçük çocuklar arasında, rotavirüs pozitif örneklerde %40'lık göreceli bir düşüş olduğunu bildirmiş, bir yaşından küçük çocuklarda da hastane yatışlarında %80'lik bir azalma olduğunu tespit etmiştir (Burnet ve ark., 2020).

Kızamık aşısı 1960'lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmış olmasına rağmen kızamık, aşı ile önlenabilir hastalıklar arasında %30 oranla en yüksek çocuk ölümüne yol açan hastalık olarak öne çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 1989 yılında kızamık eliminasyonunu amaçlayan stratejik programlar geliştirmiş ve 2008 yılında 2000 yılına oranla mortalitede %78'lik bir azalmanın gerçekleştiğini ilan etmiştir. Hedefe oldukça yaklaşılmasına rağmen pek çok Avrupa ülkesinde salgınlar yaşanmaya başlanmıştır. Bu salgınların artmasında hem yoğun göç vakalarının hem de aşı olmayı reddeden toplulukların çoğalmasının rolü olduğu düşünülmektedir (Yapıcı ve Tunç, 2019).

Avrupa’da kızamık aşısının uygulanma oranı 2015 yılında %88 iken Amerika’da bu oran %92 olarak açıklanmıştır. Ancak, 2012’de bu değerlerin %95’in üzerine çıkması salgınların kökenini anlama konusunda önemli bir rol oynayabilir (Düzgün ve Dalgıç, 2019).

Geçtiğimiz yüzyılda meydana gelen ilerlemelere bağlı olarak geliştirilen aşılar, birçok hastalığın ortaya çıkmasını engellemiş ve birçok hastalığın sıklığını azaltmıştır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü’nün sunmuş olduğu verilere göre her yıl yaklaşık olarak 2.5 milyon çocuk, aşıyla önlenabilir hastalıklardan dolayı kaybedilmektedir (Özen ve Doğan, 2012). Aşı tereddüdü veya aşı reddi, aşı ile önlenabilir hastalıkların artan salgın tehdidiyle güçlü bir ilişki içirişinde olması oldukça önemli bir durumdur (Arslan, 2022).

2.5 Aşı Karşıtı Hareketlerin Tarihçesi

2.5.1 Aşı tereddüdü

Aşı tereddüdü, genellikle tüm aşıları şüpheyle karşılayan, reddeden ya da belirli aşılar hakkında tereddüt eden gruplar arasından oluşmaktadır. Bu durum, aşıların piyasaya sürülmesinden bu yana var olan bir olgu olup ancak son yıllarda devam eden ve bazen kanıta dayalı olmayan bilgilerle desteklenen bir konu olarak görülmektedir (Opel ve ark., 2011). DSÖ Bağışıklama Stratejik Danışma Grubu (SAGE), aşı tereddüdünü, aşı hizmetlerinin erişilebilir olmasına rağmen reddedilmesi ya da geciktirilmesi olarak tanımlamıştır. Aşı tereddüdü yaşayan bireyler, yalnızca aşılınmayı geciktiren ve reddeden kişiler olarak sınıflandırılmamaktadır. Özellikle ebeveynler aşı yaptırmayı kabul etseler bile yaşadıkları endişe ve tereddütler de “aşı tereddüdü” kavramına dahil edilmektedir. Bu endişe ve tereddütlerin içinde aşılar karşı isteksizlik, kuşku ve güven eksikliği gibi kavramlar yer almaktadır (Tanrıku, 2021). Aşı tereddütleri kompleks bir nitelik taşır ve duruma bağlıdır; zaman, yer ve farklı aşı türlerine göre değişebilir. Aşı tereddüdünü etkileyen unsurlar, iki farklı model aracılığıyla belirlenmiştir. Bunların ilki 3C Modelidir. Aşı kararsızlığındaki etmenleri, rehabet (complacency), güven (confidence) ve uygunluk (convenience) kavramları aracılığıyla anlatmaktadır.

Rehabet boyutu; aşılar vasıtasıyla önlenilen hastalıklardan kaynaklanan risk algısının, aşıların başarısı sayesinde azalmasına bağlı olarak açıklamaktadır.

Güven boyutu; aşı kararlarında yetkili kuruma duyulan güven, aşılarda etkililiğine duyulan güven ve sağlık sisteminin güvenilirlik algısı unsurlarını içermektedir.

Uygunluk boyutu; sağlık okuryazarlığı veya aşı hizmetine coğrafi erişim gibi faktörleri içermektedir.

Bu modele göre üç boyut da aşı kararsızlığını doğrudan etkilemektedir. Rahavet boyutunun yüksek olması, uygunluk ve güven boyutlarının düşük seviyede olması, aşı kararsızlığının artışına neden olmuştur (Etesamını, 2021).

İkinci model ise Aşı Tereddüt Matrisi Çalışma Grubu Belirleyicilerini içermekte olup, bunlar bağlamsal, bireysel-grup ve aşı/aşılamaya özgü etkiler olmak üzere üç ayrı kategoride sınıflandırılmıştır (Şekil 2) (Etesamını, 2021).

Bağlamsal Etkiler Tarihsel, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemleri/kurumsal yapılar, ekonomik veya politik unsurlardan doğan etkiler	- İletişim (Facebook, Twitter, bloglar gibi) ve medya ortamı - Etkin lider figürleri (Dini liderler, sanatçılar, politikacılar vs.) ve aşı karşıtı veya aşı yanlısı gruplar. - Tarihsel etkiler - Din, kültür, cinsiyet, sosyo-ekonomik etkiler - Politika ve politika uygulamaları - Coğrafi engeller - İlaç endüstrisi algısı
Bireysel ve Grup Etkileri Bireysel aşı değerlendirmelerinden kaynaklanan etkiler veya sosyal/akran çevresinin etkilerinden kaynaklanan etkiler	- Ağrı ve yüksek ateş gibi yan etkilerin deneyimlenmesi - Sağlık ve korunmaya yönelik inançlar ve tutumlar - Bilgi eksikliği ve farkındalık düzeyi - Sağlık sistemi ve sağlayıcılarına olan güvensizlik - Risk ve fayda dengesi (algısal, sezgisel olarak) - Aşılamaya ihtiyaç duymama veya zararlı bulma şeklindeki sosyal normlar
Aşı veya aşılamaya özgü etkiler Doğrudan aşı veya aşıya ilişkin etkiler	- Risk ve fayda dengesi (epidemiolojik ve bilimsel kanıtlar) - Yeni bir aşının tanıtılması veya mevcut bir aşı için yeni bir öneri - Yönetim biçimi - Aşılamaya programının tasarımı ve uygulanma şekli (örneğin rutin program veya kitlesel aşılamaya kampanyası) - Aşı ve/veya aşılamaya ekipmanının güvenilirliği ve tedarik kaynağı - Aşılamaya programının uygulanması - Maliyet faktörleri - Sağlık profesyonellerinin aşı önerisi ve/veya karşıtı tutumunun gücü

Şekil 2: Aşı tereddüt belirleyicileri matrisi (Etesamını,2021)

Ülkemizde, 2007 öncesinde aşılama oranları yaklaşık %75 civarında seyretmekteydi; ancak 2007 yılı itibariyle, her bir aşı için gerçekleştirilen aşılama oranları %95'in üzerine çıkarak önemli bir artış göstermiştir. Önceki dönemlerde görülen düşük oranların sebepleri arasında, coğrafi koşullara bağlı olumsuzluklar, kayıt sistemindeki eksiklikler, yasal tedbirlerin ve sağlık hizmeti sunucuları için uygulanan yaptırımların yetersizliği gösterilebilir. Burada, aşılama oranlarının düşüklüğü, aşı reddinden ziyade, aşıya ulaşımın zorluklarıyla ilişkilendirilmektedir. İlerleyen yıllarda aşılama oranlarının artmasında devlet politikalarının etkili olduğu gözlemlenmiştir. Dünya genelinde 1990'lı yıllarda, ülkemizde ise 2000'li yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bir olgu olarak 'aşı reddi' terimi ortaya çıkmıştır. Aşırı erteleme veya aşıya ulaşılmasına rağmen kabul etmeme durumu, aşı tereddüdü olarak adlandırılmakta olup, bu durum bir ya da birden fazla aşı için geçerli olabilir. Aşı reddi ise hiçbir aşırı kabul etmeme durumunu ifade eder (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019).

2015 yılından itibaren, 'aşı uygulaması için ebeveyn onayı alınması' ile ilgili davanın kazanılmasının ardından, aşı reddi oranlarında bir artış gözlemlenmiştir. 2011 yılında 183 aile aşırı reddederken, bu rakam 2013'te 980, 2015'te 5.400, 2016'da 12.000 ve 2018'de 23.000 olarak kayıtlara geçmiştir. Aşı reddinin artmasıyla birlikte bağışıklama oranının %80 civarına düşmesi sonucunda, aşı ile önlenabilen hastalıkların yaygınlık oranında artış yaşanacağı öngörülmektedir (Kuyuldar, 2022).

2.5.2 Aşı karşıtlığı/reddi

Aşı kararsızlığı ve aşı reddi terimleri genellikle benzer olarak algılsa da tanımları ve önleme stratejileri açısından önemli farklılıklar içermektedir. Aşı reddi durumunda, birey tüm aşıları reddeder ve bunları yaptırmaz; ancak aşı kararsızlığında, bir veya birden fazla aşıya erişim imkânı olmasına rağmen, bu aşıların uygulanmasını reddedebilir veya erteleyebilir. Literatürde aşı yaptıran bireyler arasında dahi aşı konusunda önemli endişe ve şüphenin varlığı vurgulanmaktadır. Bu nedenle, ebeveynler tarafından aşı tamamen reddedilmese bile, çocuklara aşıların zamanında uygulanmaması durumunda, aşı ile önlenabilen hastalıklara karşı risk altında kalınmaktadır. Bu durum, toplum bağışıklığı üzerinde de olumsuz bir etki yaratmakta ve yıllardır süregelen başarıların tersine dönme riskini ortaya çıkarmaktadır. Bir toplumda aşı ile kontrol altına alınabilen hastalıkların toplum sağlığını tehdit etmemesi için aşılama oranının %95'in üzerinde tutulması gerekmektedir. Bu nedenle, aşı konusundaki bu endişe ve şüphelerle başa çıkabilmek için

daha etkili önlemler ve eğitim programlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Aşıların önemi ve faydaları genel olarak bilinmesine rağmen, küresel düzeyde aşı kararsızlığı ve reddinin arttığı, aşılama oranlarında düşüşler yaşandığı gözlenmektedir. Bununla birlikte aşığı reddeden ebeveynlerin etkisiyle aşı yaptıran ebeveynler arasında da kararsızlık artışı gözlemlenmektedir. Bu durum, çocukların ve toplumun sağlığı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü, küresel sağlığı tehdit eden on unsuru içeren bir rapor yayımlamış ve bu raporda aşı karşıtlığına da yer vermiştir (Aksucu, 2023). Aşı karşıtı hareketlerin küresel ölçekte artmasıyla birlikte aşı reddi ve kararsızlığıyla başa çıkmak için çözüm yolları geliştirmek amacıyla DSÖ tarafından 2012 yılında Aşı Tereddütlü Çalışma Grubu (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuştur (Doğan, 2021).

2.5.3 Dünyada aşı karşıtlığı tarihçesi

Aşıyla önlenebilen hastalıklara karşı yapılan mücadele neticesinde ciddi hastalıkların insidansında azalma yaşanması, bireylerin bu hastalıkların etkilerini unutmalarına ve aşıların kar-zarar analizindeki kazanç oranlarını ihmal ederek olası zararlara odaklanmalarına sebep olmaktadır. Aşı karşıtlığı, günümüzde ortaya çıkan yeni bir olgu değildir. Bu durum aşıların kullanılmaya başlamasıyla birlikte ortaya çıkmıştır. Aşılanmanın bilimsel olarak resmi tarihi, Edward Jenner'ın 1796 yılında sığıır çiçeğı hastalığı üzerine yaptığı araştırmalara dayanmaktadır. Aşı karşıtlığı ilk defa, Edward Jenner'in İngiltere'de yürüttüğü aşı çalışmaları sırasında ortaya çıkmıştır. Aynı dönemde din bilgini E. Massey, hastalıkların Tanrı tarafından ceza olarak gönderildiğini, dolayısıyla hastalıkları önlemeye çalışmanın Tanrı'ya karşı gelmekle eş değer olduğunu savunmuş ve aşılama çabalarını şeytana uymak olarak nitelendirmiştir (Arslan, 2022). 18.yüzyılda özellikle 'şifacı' olarak adlandırılan bazı kişilerin, aşı karşıtı eylemleri desteklediğı bilinmektedir (Stern ve Markel, 2005). İngiltere'de 1821'de aşının zorunlu hale gelmesiyle birlikte, 1830'lara kadar gelindiğinde çiçek hastalığının gerilemeye başlandığı tespit edilmiştir. Avrupa'da, 1870-1880'li yıllarda birçok aşı karşıtı yayın, dergi, broşür ve kitap yoluyla yayılarak geniş kitlelere ulaşmıştır. 1885 yılında İngiltere'de, yaklaşık olarak yüz bin kişinin iştirak ettiğı büyük çaplı bir aşı karşıtı eylem düzenlenmiştir. İngiltere hükümeti, söz konusu gösteriden sonra çiçek hastalığı için zorunlu aşılama politikasının devam etmesine karar vermiş ancak zorunlu aşıları yaptırmayı reddedenlere verilen cezaların kaldırılması kararı alınmıştır. Bu da vicdani ret kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Akay, 2019). Jacobson Massachusetts, 1905 yılında konuk

olduğu mahkeme sonucunda alınan kararlar, zorunlu çiçek aşısının halk sağlığı açısından bireysel haklardan daha öncelikli olduğu konusunda bir karar alınmıştır (Stern ve Markel, 2005). 1940 yılında düzenli aşılama uygulandıktan sonra salgın hastalıklarda belirgin azalmalar kaydedilmiş olup, aşı karışıklığı bir ölçüde azalmış olsa da İngiltere’de yine zorunlu aşı uygulaması, ailelerin büyük bir çoğunluğunun vicdani ret hakkını kullanması nedeniyle sona erdirilmiştir. 1950’ler ve 1960’lar döneminde çocuk felci, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık gibi hastalıklarla mücadele kapsamında evrensel aşılama programları hayata geçirildi. İngiltere’de 1970’li yıllarda gerçekleştirilen bir araştırmada 36 çocuğa uygulanan DTP aşısının nörolojik bozukluklara yol açtığı rapor edilmiştir (Akay, 2019). Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Sovyetler Birliği, Japonya ve tüm Avrupa’da, 1980’lerde aşı konusundaki tartışmaların hızla arttığı ve bu durumun aşı üretiminde düşüslere neden olduğu gözlemlenmiştir (Poland ve Jacobson, 2011). 1998’de İngiltere’de yayımlanan bir araştırmada, otizm ile KKK aşısı arasında bir ilişki olduğunu iddia eden ve yalnızca 12 katılımcıyı içeren bir çalışma, Lancet gibi bir dergide geniş yankı buldu. Bu olayın ardından, dergi makaleyi 2010 yılında geri çekti ve makaleyi yayınlayan kişinin doktor unvanını geri alma kararı almıştır (Akay, 2019). İlgili makalenin yayınlanmasının ardından, İngiltere’de aşı karışıklığı bilimsel bir dayanak olarak sunulmuş ve bunun sonucunda aileler, otizm korkusuyla çocuklarına KKK aşısı yaptırmaktan kaçınmaya başlamışlardır. Makalenin yayınlanmasından önce İngiltere’de KKK aşılama oranı %95 seviyelerindeyken, bu oran %80’in altına düşmüş ve bu durum 2008’de İngiltere’de kızamık endemisine yol açmıştır (Doğan, 2021).

2.5.4 Türkiye’de aşı karışıklığı tarihçesi

2010 yılından bu yana ülkemizde 'aşı reddi' ifadesi gündeme gelmeye başlamıştır. Aşı reddi konusundaki haberlerin, aşı reddinin ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmüştür. 2015 yılında Ordu’da bir aile, ikiz bebeklerine aşı yaptırmayı kabul etmemiştir. Bunun sonucunda aile hakkında sağlık önlemleri kapsamında bir dava açılmıştır. Ailenin açtığı karşı dava sonucunda, bireysel hak ihlali ve onam alınması zorunluluğu temel alınarak dava kazanılmıştır. Gazete ve sosyal medya kanallarında ‘ikiz bebeklere aşı yaptırmayan savcının hukuki zaferi’ olarak lanse edilen bu durumun ardından, birçok dini ve felsefi etki alanında faaliyet gösteren bireylerin liderliğini yaptığı gruplar, aşı karışıklı ifadelerini arttırmışlardır (Bozkut, 2018). Türkiye’de aşırı reddeden ailelerin sayısı, yıllara göre incelendiğinde 2011’de 183, 2013’te 980, 2015’te 5 bin 400, 2016’da 12 bin, 2018’de 23 bin ve 2019’da 40 bin olarak sürekli bir artış göstermiştir.

Aşı reddinin 50 bine ulaşması durumunda, azalmış ve erdike edilmiş çocukluk çağı bulaşıcı hastalıklarının salgınlar yapabileceği tahmin edilmektedir. Aşı reddindeki artışın bu hızla sürdürülmesi durumunda, 5 yıl içinde bağışıklama oranının %80'lere düşeceği öngörülmektedir. Bu durumun etkisiyle aşıyla önlenebilen hastalıkların sıklığında artışlar kaçınılmaz hale gelecektir (Gür, 2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, bağışıklama hızındaki azalmalar geçmişte hizmetlere ulaşım zorluklarından kaynaklanırken, günümüzde ise aşı reddinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra, tüm aşılarını yaptırmış çocukların oranı %67 olarak rapor edilmektedir (Öktem ve ark., 2023). Ülkemizde aşı reddi yapan aile sayısı Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 20.000'i geçmiştir (Bozkurt,2018). Bu artışla birlikte, aşı hakkında doğru ve güvenilir bilgi aktarımı sağlamak ve toplumda farkındalık oluşturmak gayesiyle Sağlık Bakanlığı,' asi. saglik.gov.tr' adlı web sitesi oluşturmuştur (Gür, 2019).

2.5.5 Aşı karşıtlığı ile ilişkili nedenler

Aşı karşıtlığı, küresel çapta birçok nedenden etkilenmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde aşı tereddüdü veya aşı karşıtlığına dair faktörler arasında anne eğitim seviyesi, ailenin sosyoekonomik durumu, sağlık sigortası, çocuk sayısı ve sosyal medya kullanımının önemli rol oynadığı görülmektedir (Erchick ve ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü Bağışıklama Stratejik Danışma Grubu (SAGE), 2014 yılında yayınladığı raporda, aşı tereddüdü veya aşı karşıtlığına sebep olan faktörleri bağlamsal etkiler, birey ve grup etkileri, aşı ve aşılamaa dair etkiler olarak kategorize etmiştir.

Baglamsal etkiler; tarihsel, sosyokültürel, çevresel, ekonomik, politik veya sağlık sistemine dair faktörleri içermektedir. Birey ve grup etkileri; aşılarla ilgili kişisel algı, kişisel deneyimler veya bireyin çevresinin deneyimlerini kapsamaktadır. Aşı ve aşılamaa dair etkiler ise; yeni bir aşının keşfi, aşının tedarikçileri, aşı takvimi, aşının yarar-zarar dengesi ile ilgili olan tereddütleri içermektedir (Barutçu ve ark., 2021).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yayımlanan raporuna göre, aşı reddinin en sık rastlanan nedenleri arasında aşıya güvensizlik, aşının içeriğine güvensizlik, dini kaygılar ve aşıların yan etkileri bulunmaktadır. DSÖ 2019 yılında 10 küresel sorun arasında aşı reddine de yer vererek bu konuya önem atfetmiş, aşı karşıtlığında yaşanan bu artışı ve sağlık otoritelerine duyulan güvensizliğin sebeplerinden birini 'infodemi' olarak adlandırmıştır. Aşırı online bilgi paylaşımından kaynaklanan

infodemi, gerçek ile kurgu arasında belirsizlik içeren ve kafa karışıklığına neden olabilen bilgileri ifade eder (Arslan, 2022).

2.6 Sağlık Okur Yazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmelerini mümkün kılan temel sağlık bilgilerini edinme, bu bilgileri analiz edip kullanma ve sağlık hizmetlerine zamanında erişebilme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Kinali ve ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını; 'Bireylerin sağlığı geliştirecek ve koruyacak şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder 'şeklinde ifade ederken, Sağlık Bakanlığı sağlık okuryazarlığını 'Bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşması 'olarak tanımlamıştır (Ertaş ve Göde, 2021).

Genel eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığının arasında doğrudan bir paralellik kurulamaz. Bilgiyi nereden ve nasıl elde edeceğini, okuyacağını bilen, analiz edip doğru bir şekilde yönetebilen birey 'okuryazar' olarak kabul edilir. Ancak 'okuryazar' olmak sağlık konularında sağlıklı seçimler yapmaya riskli davranışlardan kaçınmaya, hastaneye daha az başvurmaya ve sağlığın kötüye gitmesini önlemeye yeterli olmayabilir. Bilimsel çalışmalar, Amerika ve Avrupa'daki yetişkin nüfusunun yarısının, sınırlı sağlık okuryazarlığına bağlı olarak, sosyal eşitsizlikler ve daha yüksek sağlık maliyetleri ile karşılaştıklarını göstermektedir (Kinali ve ark., 2022). Sağlık okuryazarlığındaki bilgi eksikliği ve doğru bilgiye sınırlı erişim, bireylerin, toplumların ve sağlık sistemlerinin çeşitli olumsuz etkilerle karşılaştırılmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda yetersiz sağlık okuryazarlığının bakıldığında; sağlıksız yaşam koşullarının artışı, kronik hastalıklarla ilgili yanlış veya eksik bilgi edinme, hastalığa uygun olarak düzenlenen tedavi sürecine uyumda zorluk yaşanması, yanlış ilaç kullanımının artması ve sağlık için yapılan harcamaların artması gibi sonuçlar görülebilmektedir (Yiğit ve ark., 2020).

Toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesi, bireylerin aşı ve bağışıklama konusundaki farkındalığını etkilemektedir. Aşı konusundaki tereddütlerini gidermek için, insanlar genellikle internet ve sosyal medya gibi kaynaklara başvurumaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bağışıklama konusundaki bilgi seviyelerinin yükseltilmesi, tutum ve davranışlarında olumlu değişikliklerin sağlanması açısından dikkat çekicidir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireylerin aşı konusundaki bilgileri doğru

kaynaklardan edinebilecekleri ve bu durumun aşı tereddütü ve aşı karşıtlığıyla mücadelede önemli bir ilerleme sağlayabileceği düşünülmektedir. Denetim mekanizması bulunmayan ve toplumu etkileme gücü yüksek olan sosyal medya gibi platformlarda, aşı ile ilgili kesin olmayan bilgilerin bulunması, doğru bilgiye ulaşmayı karmaşık hale getirmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylere aşı ile ilgili güvenilir bilgilerin iletilmesini zorlaştırmaktadır (Yılmaz ve ark., 2023). Sağlık okuryazarlığı tanımları ve sağlık becerileri (bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama) son yüzyılda devletler tarafından daha iyi kavranmış ve bu becerilerin insanlara doğru bir şekilde aktarılması büyük önem taşımaktadır. Sadece bireylerin değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını korumaya yönelik faaliyet bütünü olduğunu da göstermektedir. Salgın hastalıkların görüldüğü dönemlerin halk sağlığı sorunu olması ve bu sorunun çözümünde aşılanmanın yapılması hayati bir rol taşımaktadır. Bireylerin aşıya yönelik tutumlarında sağlık okuryazarlığının belirleyici bir etkisi olduğu düşünüldüğünde, sağlık okuryazarlığının halk sağlığı açısından önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Ertaş ve Göde, 2021). Sağlık okuryazarlığı teriminin anlamının genişlemesiyle birlikte çeşitli, farklı sınıflandırmalarda öne çıkmıştır. Bu sınıflandırmaların en yaygın olanlarından biri, Nutbeam tarafından yapılmıştır. Nutbeam, sağlık okuryazarlığını üç farklı türde sınıflandırmıştır. Bunlar; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak belirlenmiştir.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireyin günlük hayatta gereksinim duyduğu okuma ve yazma yeteneğini kapsar. Bu düzeydeki bireyler, sağlıkla ilgili materyalleri (reçeteler, prospektüs vb.) etkin bir şekilde okuyabilirler. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağını belirtirken, aynı zamanda bireylere sağlık riskleri hakkında gerçek bilgiler sunar. Genellikle bireysel kazanımların yanı sıra toplumsal fayda da sağlar.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bilişsel ve sosyal becerilerin yanı sıra eleştirel yeteneklere de sahip olmayı içerir. Bu düzeydeki bireyler bilgiyi daha derinlemesine analiz edebilir ve daha etkin bir şekilde kullanabilirler. Sağlık konularını ekonomik, sosyal ve politik açılardan değerlendirip yorumlayabilirler. Buradaki amaç hem kişisel hem de toplumsal gelişimi desteklemektir, ancak yararın çoğunlukla toplumsal olduğu vurgulanır.

İnteraktif (etkileşimli) sağlık okuryazarlığı, bireyin bilgi birikimini arttırmaya, kendi güvenini ve motivasyonunu artırmaya odaklanır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı, zihinsel ve sosyal becerileri de kapsar. Bu seviyedeki sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık etkinliklerine katılabilmelerini ve edindikleri bilgileri değişen sağlık koşullarında kullanabilmelerini sağlar. Bu düzeydeki yarar genellikle bireyseldir.

Bu sınıflandırma, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin bireysel yetkilendirme açısından artan bir eğilim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Adımlar arasındaki ilerleme, bilişsel gelişimin yanı sıra farklı bilgi kaynaklarına (medya) maruz kalma derecesine de bağlıdır. Ayrıca sağlık iletişimlerine etkili bir şekilde yanıt vermek kişinin kendine güvenine de bağlıdır (Gökçen, 2022).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Van İlinde bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerinde, Eylül-Aralık 2023 ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, hastanenin çocuk polikliniklerine başvuran, Sağlık Bakanlığı son aşı takvimine göre aşılamanın en yoğun olduğu (0-13) yaşlar baz alınarak, 0-13 yaş bebek veya çocuğa sahip, anneler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.4 programında, Çevik ve ark.'ın (2020) ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumları ölçeği davranış alt boyutu puan ortalamaları kullanılarak 0.05 anlamlılık düzeyi, düşük etki büyüklüğü (0.24) ve %95 güç baz alınarak iki bağımlı grup arasındaki ortalama testi ile hesaplanan örneklem büyüklüğü 222 kişidir. Yüzde 10 kayıp oranı dikkate alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğü 244 kişidir. Rastgele olmayan gelişigüzel örneklem seçim yöntemi kullanılarak 18 yaş ve üzeri, görme ve işitme problemi olmayan, iletişime açık, araştırmayı kabul eden 246 anne çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği (EÇAYTÖ) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SAYÖ) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel bilgi formu (EK-1)

Kişisel bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilmiş olup ebeveyn; yaşı, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir, aile tipi, çocuk yaşı, çocuk sayısı, aşılamaa yönelik düşüncelerini içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır (Kuyuldar, 2022).

3.5.2. Ebeveynlerin çocukluk aşılarına yönelik tutumları ölçeği (EÇAYTÖ) (EK-2)

Ölçek, Opel ve ark. Tarafından 2011 yılında geliştirilmiş, Çevik ve ark. tarafından Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri saptanmıştır. Ölçek 15 soru ile Tutum, Davranış, Güvenlik etkililik olarak üç alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin Tutum boyutunu 3,4,5,6,11,12,13,14,15. maddeler, Davranış boyutunu 1 ve 2. maddeler, Güvenlik etkililik boyutunu ise 7,8,9,10. maddeler oluşturmuştur (Çevik ve ark., 2020).

3.5.2.1. EÇAYTÖ puanlaması (EK-3)

Ölçek yanıtları değerlendirilirken, 1 ve 2. soru hariç diğer soruların puanlaması, tereddütsüz yanıtlara 0 puan, tereddütlü yanıtlara 2 puan, ‘bilmiyorum ya da emin değilim’ yanıtlarına da 1 puan verilmektedir. ‘Bilmiyorum’ cevabının kayıp veri olarak hariç tutulduğu 1 ve 2. soru puanlanırken, tereddütsüz yanıt 0 puan ve tereddütlü yanıt 2 puan verilmektedir. Total ham puan tüm soruların puanlarının toplanmasıyla hesaplanır (Çevik ve ark.,2020).

3.5.2.2 EÇAYTÖ ham puan dönüştürme (EK-4)

Ham puan, ölçeğin skorlanmış şeklinin toplanmasıyla elde edilir, dönüşüm tablosu ile 100'lük puana dönüştürülür. Bütün sorular cevaplanmış 1 ve 2 kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa toplam ham puan 0-30 arasında bir değer alır. Cevaplanmamış en az bir soru varsa ya da 1. veya 2. soru “bilmiyorum” şeklinde cevaplanmış ve kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa toplam ham puan düzeltilmiş değer alır. Bir yanıt kayıp ya da hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0- 28 aralığında değer alırken; iki yanıt kayıp ya da hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0- 26 aralığında değer almaktadır. Kayıp verisi olan sorular için toplam ham puan, basit lineer hesaplama yöntemi ile 0-100 aralığına sahip skalaya uygun şekilde tekrardan hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puan artışı ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüdünün arttığını gösterir (Çevik ve ark.,2020). Dönüştürülmüş EÇAYTÖ ölçek puanının 50'nin altında olması aşı tereddüdünün olmadığını, 50 puan ve üstünde olması aşı tereddüdünün olduğunu göstermektedir. Ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0.676'dır. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı toplam ölçek için 0.784, Davranış alt boyutu için 0.835, Tutum alt boyutu için 0.765, Güvenlik alt boyutu için 0.805.olarak saptanmıştır.

3.5.3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (EK-5)

Suka ve ark. tarafından yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla Japonya'da 2010 yılında geliştirilen ölçek, üç farklı alt boyutu olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (4 madde) içermektedir. Orijinal ölçekte Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında ise Cronbach alfa değeri 0.85 olarak saptanmıştır (Türkoğlu ve Kılıç,2021). Bu çalışmada Toplam ölçek Cronbach alfa değeri 0.656 olarak saptanmıştır.

3.5.3.1 Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu

Bu alt boyut kişilerin temel okur-yazarlık yeteneğini göstermektedir. Sağlıkla ilgili olarak ise sağlık risklerini veya sağlık sisteminin ne şekilde kullanılacağını, temel sağlık eğitimi materyallerinin okunabilmesi becerilerini (reçete okuyabilme, prospektüs okuyabilme ve bakım açısından gereken bilgilerin okunabilmesi ve anlaşılabilmesi gibi) açıklayan bu alt boyutu beş maddeden oluşmuştur. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5. maddelerdir. Ölçeğin orijinalinde bu alt boyutun Cronbach alfa değeri 0.83 olduğu bulunmuştur. Geçerlilik güvenilirlik yapılan çalışmada da Cronbach alfa değerinin 0.85 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada fonksiyonel okuryazarlık alt boyut ölçek Cronbach alfa değeri 0.604 olarak saptanmıştır.

3.5.3.2 İnteraktif sağlık okuryazarlığı alt boyutu

Bu kapsamda, ileri düzeyde bilişsel, okur-yazarlık ve sosyal yetenekler bulunmaktadır. Sağlık aktivitelerine katılım, sağlık mesajlarını almak ve anlamak, ayrıca her gün değişmekte ve gelişmekte olan koşullarda sağlık bilgilerini kullanabilmeyi gerektirir. Hasta bireyin kendi sağlık durumu hakkında kararlar alabilmesi, bağımsız hareket edebilmesi ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilmesi bu alt boyutta beş madde ile tanımlanmıştır. Bu maddeler 6, 7, 8, 9, 10. maddelerdir. Ölçeğin orijinalinde bu alt boyutun Cronbach alfa değerinin 0.85 olduğu bulunmuştur. Geçerlilik güvenilirlik yapılan çalışmada da Cronbach alfa değeri 0.90 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada interaktif okuryazarlık alt boyut ölçek Cronbach alfa değeri 0.626 olarak saptanmıştır.

3.5.3.3 Eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutu

Bu alt boyut, sağlık alanındaki bilgileri eleştirel şekilde inceleme ve sağlık kararlarını vermede kullanılan ileri düzey bilişsel ve sosyal becerileri içerir ve dört maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 11, 12, 13 ve 14. maddelerdir. Ölçeğin orijinalinde bu alt boyutun Cronbach alfa değerinin 0.76 olduğu bulunmuştur. Geçerlilik güvenilirlik yapılan çalışmada da Cronbach alfa değerinin 0.87 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada eleştirel okuryazarlık alt boyut ölçek Cronbach alfa değeri 0.664 olarak saptanmıştır.

Orijinal ölçeğin her bir maddesi “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında değişen 5’li likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 14 ile 70 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021).

3.6.Verilerin Analizi

Araştırmada sürekli ölçümlerin (ölçek puanlarının) normal dağılıp dağılmadığına; Kolmogorov-Smirnov testleri ile Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayılarına bakılarak karar verilmiştir. Tüm ölçekler için çarpıklık ve basıklık katsayıları ± 1.5 aralığında olup ölçümler normal dağıldığından dolayı parametrik testler uygulanmıştır. Çalışmadaki sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Ölçek sorularının güvenilirlik (reliability) analizi kapsamında “Cronbach’s Alpha katsayıları” hesaplanmıştır. Ölçek cevaplarının toplam puanları dikkate alınarak hesaplama yapılmıştır. “Kategorik gruplara” göre “ölçek puanlarının” karşılaştırılmasında “Bağımsız T-testi” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede “Tukey testi” kullanılmıştır. Sürekli ölçümler arası ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve analiz için SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.22) istatistik paket programı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın etik boyutu

Araştırma için T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 61351342 numaralı izin alınmıştır (Ek-6). Araştırmanın gerçekleştirileceği hastanenin bağlı olduğu Van İl Sağlık Müdürlüğünden E- 222305083 numaralı kurum izni alınmıştır (Ek-7).



4. BULGULAR

Annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık durumu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar şeklinde verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Bireysel ve Aşılama Özelliklerine İlişkin Bulguları

4.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ) ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği (EÇAYTÖ) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.3. Katılımcıların Bireysel Özelliklere Göre EÇAYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

4.4: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine Göre SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı

4.5: Ebeveynlerin EÇAYTÖ ve SOYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

4.6. Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının ilişkisi

4.1. Katılımcıların Bireysel ve Aşılama Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 1: Katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı (n=246)

Bireysel özellikler		n	%
Anne yaşı (33.80±6.97)	≤24	17	6.9
	25-29	49	19.9
	30-34	81	32.9
	≥35	99	40.3
Baba yaşı (37.22±7.18)	≤24	3	1.2
	25-29	30	12.2
	30-34	59	24
	≥35	154	62.6
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	55	22.4
	Okuryazar	18	7.3
	İlkokul/ortaokul	67	27.2
	Lise	51	20.7
	Ön lisans	18	7.3
	Lisans ve üstü	37	15.0
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	14	5.7
	Okuryazar	16	6.5
	İlkokul/ortaokul	85	34.6
	Lise	62	25.2
	Ön lisans	9	3.7
	Lisans ve üstü	60	24.4
Anne Çalışma durumu	Çalışmıyor	194	78.9
	Çalışıyor	52	21.1
Gelir durumu	Gelir giderden az	119	48.4
	Gelir gidere denk	96	39.0
	Gelir giderden fazla	31	12.6
Aile tipi	Çekirdek aile	209	85.0
	Geniş aile	37	15.0
Çocuk sayısı	1	57	23.2
	2 ve üzeri	189	76.8

Tablo 1.'de katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Annelerin yaş ortalamasının 33.80±6.97 (yıl) olduğu ve %40.3'ünün ≥35 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Babaların yaş ortalamasının 37.22±7.18 olduğu ve %62.6'sının ≥35 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların anne eğitim durumuna bakıldığında %27.2'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu ve baba eğitim durumuna bakıldığında %34,6'sının ilkokul/ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin çalışma durumuna bakıldığında %78.9'unun çalışmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında %48.4'ünün gelir giderden az olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile tipine bakıldığında %85.0'ının çekirdek aile olduğu, çocuk sayısına bakıldığında %76,8'inin 2 ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların aşılamaya yönelik özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı (n=246)

Aşılamaya Yönelik Özellikler		n	%
Son çocuğun aşılarını düzenli yaptırma durumu	Tam aşı	231	93.9
	Eksik aşı	7	2.8
	Hiç aşı yaptırmadı	2	0.8
	Bilmiyor	6	2.4
Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli yaptırma durumu (n=210)	Tam aşı	181	86.2
	Eksik aşı	20	9.5
	Hiç aşı yaptırmadı	2	1.0
	Bilmiyor	7	3.3
Aşılar eksik veya yapılamadı ise nedeni*	Aşılar hakkında bilgi eksiği	100	40.7
	Yan etki korkusu	38	15.4
	Aşı etkinliği ve güvenliğine dair endişeler	47	19.1
	Aşıların zararlı olduğu düşüncesi	2	0.8
	Diğer **	59	24.0
Aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumu	Evet	83	33.7
	Hayır	163	66.3
Gelişen yan etki (n=83)	Ateş	46	55.4
	Ağlama atağı	14	16.9
	İshal/kusma	8	9.6
	Enjeksiyon yerinde ağrı/şişlik/kızarıklık	15	18.1
Eşin çocuğa aşı yaptırma konusundaki düşüncesi	Çocuğa aşı yapılması taraftarı	202	82.1
	Çocuğa aşı yaptırmak istemiyor	9	3.7
	Aşı ile ilgili Tereddüd/kararsızlık yaşıyor	21	8.5
	Bilmiyor	14	5.7
Kendi aşılarını düzenli yaptırma durumu	Tam aşı	74	30.1
	Eksik aşı	45	18.3
	Hiç aşı yaptırmadı	2	0.8
	Bilmiyor	125	50.8

*Birden fazla cevap verilmiştir,

**Diğer (İnternet ve sosyal medyadaki aşı karşıtı yayınlar (20), Doğal bağışıklığa inanma (10), Dini nedenler (8), Güvenizlik (15), gereksiz bulma (4), aşıların zararlı olduğu düşüncesi (2))

Tablo 2’de katılımcıların aşılamaya yönelik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Son çocuğun aşılarını düzenli yaptırma durumuna bakıldığında %93.9’unun tam aşı olduğu, daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli olarak yaptırma durumuna bakıldığında %86.2’sinin tam aşı olduğu, aşıların eksik veya yapılamadığının nedenine bakıldığında %40.7’sinin aşı hakkında bilgi eksiği olduğu saptanmıştır. Aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumuna bakıldığında %66.3’ünde yan etki gelişmediği, yan etki gelişenlerde ise gelişen yan etkinin %55.4’ünün ateş kaynaklı olduğu saptanmıştır. Eşin çocuğa aşı yaptırma konusunda düşüncesine bakıldığında %82.1’inin çocuğa aşı yapılması taraftarı olduğu saptanmıştır. Annelerin kendi aşılarını düzenli yaptırma durumuna bakıldığında %50.8’inin bilmediği saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği puan ortalamaları (n=246)

Ölçek		Ort	S.S.	Med	Min.	Max.	Alfa
EÇAYTÖ	Davranış	3.34	4.67	.00	.00	14.00	0.835
	Tutum	16.98	12.44	16.00	.00	52.00	0.765
	Güvenlik	20.72	7.74	21.00	.00	28.00	0.805
	Toplam EÇAYTÖ	41.04	18.68	41.00	.00	94.00	0.784
SOYÖ	Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı	16.74	6.54	18.00	5.00	25.00	0.604
	İnteraktif sağlık okuryazarlığı	19.26	4.46	20.00	5.00	25.00	0.626
	Eleştirel sağlık okuryazarlığı	15.83	3.23	16.00	4.00	20.00	0.664
	Toplam	51.89	12.56	54.00	16.00	70.00	0.656

Ort; ortalama, SS; standart sapma, Med; medyan

Tablo 3’te araştırmaya katılanların EÇAYTÖ ve SOYÖ ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. EÇAYTÖ’den alınan puan ortalamaları toplam ölçek için 41.04 ± 18.68 , güvenlik alt boyutu için 20.72 ± 7.74 , tutum alt boyutu için 16.98 ± 12.44 , davranış alt boyutu için 3.34 ± 4.67 ’dir. SOYÖ’den alınan puan ortalamaları toplam ölçek için 51.89 ± 12.56 , eleştirel sağlık okuryazarlığı 15.83 ± 3.23 , interaktif sağlık okuryazarlığı 19.26 ± 4.46 , fonksiyonel sağlık okuryazarlığı 16.74 ± 6.54 ’tür.

4.3. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre EÇAYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 4: Katılımcıların bireysel özelliklerine göre EÇAYTÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=246)

Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği					
Değişkenler	n	Davranış	Tutum	Güvenlik	Toplam EÇAYTÖ
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Anne yaşı**					
≤24	17	2.47±1.44	14.70±4.83	19.17±7.53	36.35±15.51
25-29	49	2.28±1.36	15.38±6.76	20.67±7.26	38.34±14.95
30-34	81	3.45±2.34	17.48±6.88	22.27±7.41	43.20±17.89
≥35	99	3.90±2.48	17.75±7.56	19.73±8.15	41.40±16.05
İstatistiksel analiz		F=1.547	F= 0.627	F=1.860	F=1.074
p		p= 0.203	p= 0.598	p= 0.137	p= 0.361
Baba yaşı**					
≤24	3	0.01±0.01	19.33±2.08	23.33±4.04	42.66±2.08
25-29	30	2.56±1.25	18.03±11.9	21.43±6.38	42.03±17.67
30-34	59	2.49±2.09	14.38±9.05	20.03±8.57	36.91±16.95
≥35	154	3.87±2.44	17.72±13.07	20.79±7.73	42.39±19.54
İstatistiksel analiz		F=2.143	F=1.148	F=0.355	F= 1.269
p		p= 0.095	p= 0.331	p= 0.786	p= 0.286
Anne eğitim durumu**					
Okuryazar değil	55	4.96±3.56	16.10±5.50	20.20±8.29	41.27±18.84
Okuryazar	18	3.05±1.02	15.38±5.04	20.22±9.44	38.66±18.68
İlk-ortaokul	67	3.23±2.61	16.41±6.57	18.98±8.83	38.64±19.47
Lise	51	3.07±2.47	16.82±5.66	20.93±7.03	40.80±18.81
Ön lisans	18	1.55±0.99	17.00±7.38	23.16±5.10	41.72±13.94
Lisan ve üstü	37	2.45±1.43	20.29±14.9	23.43±4.69	46.18±18.92
İstatistiksel analiz		F=2.225	F= 0.663	F=2.053	F=0.846
p		p= 0.053	p= 0.652	p= 0.072	p= 0.518
Baba eğitim durumu**					
Okuryazar değil ¹	14	7.00±3.56	20.28±10.1	19.50±9.95	46.78±14.80
Okuryazar ²	16	6.56±4.54	19.87±8.73	22.12±6.72	48.56±15.89
İlk-ortaokul ³	85	3.21±2.25	14.48±9.48	19.03±8.47	36.72±14.52
Lise ⁴	62	3.19±2.38	18.06±5.00	20.85±7.49	42.11±19.35
Ön lisans ⁵	9	1.55±0.90	12.33±4.50	25.00±4.24	38.88±15.74
Lisan ve üstü ⁶	60	2.21±1.20	18.56±6.63	22.23±6.37	43.01±17.37
İstatistiksel analiz		F= 4.532	F=1.617	F=2.033	F= 1.923
p		p= 0.001	p= 0.156	p= 0.075	p= 0.091
Fark		[1>5]			
Anne çalışma durumu*					
Çalışmıyor	194	3.36±1.10	16.3±4.43	20.4±7.78	40.11±18.04
Çalışıyor	52	3.23±1.15	19.4±5.30	21.8±7.57	44.48±16.02
İstatistiksel analiz		t= 0.185	t=-1.610	t=-1.142	t=-1.499
p		p= 0.853	p= 0.109	p= 0.255	p= 0.135

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları

Tablo 4: Katılımcıların bireysel özelliklerine göre EÇAYTÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=246) (Devam)

Değişkenler	n	Ebeveynlerin Çocukluk Aşlarına Yönelik Tutumları Ölçeği			
		Davranış	Tutum	Güvenlik	Toplam EÇAYTÖ
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Gelir durumu **					
Gelir giderden az	119	3.82±1.44	17.36±5.58	20.24±7.95	41.43±16.35
Gelir gidere denk	96	2.93±1.34	16.16±6.76	20.88±7.67	39.98±15.62
Gelir giderden fazla	31	2.70±1.53	18.03±5.57	22.03±7.14	42.77±14.26
İstatistiksel analiz		F= 1.280	F= 0.373	F= 0.690	F= 0.310
p		p= 0.280	p= 0.689	p= 0.502	p= 0.733
Aile tipi*					
Çekirdek aile	209	3.05±1.02	16.9±5.64	20.6±7.82	40.67±18.36
Geniş aile	37	4.91±2.02	17.2±4.67	20.89±7.37	43.08±17.02
İstatistiksel analiz		t=-1.893	t=-0.152	t=-0.147	t=-0.720
p		p= 0.065	p= 0.880	p= 0.884	P= 0.472
Çocuk sayısı*					
1 çocuğu olan	57	2.08±1.02	17.19±7.51	21.03±7.96	40.31±10.28
2 ve üzeri çocuğu olan	189	3.71±1.20	16.92±6.69	20.62±7.69	41.25±11.21
İstatistiksel analiz		t= -2.783	t= 0.145	t= 0.350	t= -0.334
p		p= 0.006	p= 0.885	p= 0.726	p= 0.739

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları

Tablo 4'te kadınların bireysel özelliklerine göre EÇAYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Baba eğitim durumuna göre davranış alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Ön lisans mezunu olanların davranış puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Çocuk sayısına göre davranış alt boyut puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.006). Bir çocuğu olan katılımcıların davranış puanları, iki ve üzeri çocuğu olan katılımcıların ortalamasından daha düşüktür.

Tablo 5: Katılımcıların aşılamaya yönelik özelliklerine göre EÇAYTÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=246)

Değişkenler	n	Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği			
		<i>Davranış</i>	<i>Tutum</i>	<i>Güvenlik</i>	<i>Toplam EÇAYTÖ</i>
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Son çocuğun aşılarını düzenli yaptırma durumu**					
Tam aşı ¹	231	2.88±1.22	16.1±6.50	20.7±7.82	39.7±10.13
Eksik aşı ²	7	10.0±3.57	28.2±6.28	17.4±7.63	55.7±7.88
Hiç aşı yaptırmadı ³	2	7.00±2.11	37.5±5.24	21.0±9.89	65.00±13.4
Bilmiyor ⁴	6	11.6±3.61	30.1±5.56	22.8±3.81	64.66±18.68
İstatistiksel analiz		F= 14.224	F= 6.808	F= 0.571	F= 6.553
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.635	p= 0.001
Fark		[1<4]	[1<3]		[1<3]
Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli yaptırma durumu**					
Tam aşı ¹	181	2.95±0.63	15.9±6.63	20.4±7.85	39.29±6.25
Eksik aşı ²	20	6.60±2.65	22.3±7.06	21.2±7.66	50.15±6.26
Hiç aşı yaptırmadı ³	2	3.50±0.40	27.0±8.48	17.5±6.24	48.00±5.14
Bilmiyor ⁴	7	12.00±3.41	26.8±4.48	22.4±2.82	61.28±7.40
İstatistiksel analiz		F= 12.678	F= 3.504	F= 0.298	F= 4.970
p		p= 0.001	p= 0.016	p= 0.827	p= 0.002
Fark		[1<4]	[1<3]		[1<4]
Aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumu *					
Evet	83	4.72±2.00	18.3±4.47	20.8±8.31	43.95±12.4
Hayır	163	2.61±1.10	16.0±5.66	20.6±7.48	39.32±15.2
İstatistiksel analiz		t= 3.219	t= 1.350	t= 0.267	t= 1.856
p		p= 0.002	p= 0.178	p= 0.789	p= 0.065
Gelişen yan etki **					
Ateş ¹	46	4.56±1.02	16.6±4.28	20.7±8.80	42.02±18.4
Ağlama atağı ²	14	4.50±1.42	19.6±3.25	18.7±6.56	42.85±12.6
İshal/kusma ³	8	3.50±1.23	17.8±2.65	22.7±2.35	44.25±8.73
Enjeksiyon yerinde şişlik ⁴	15	6.06±2.66	16.6±3.98	20.6±7.97	43.26±8.51
İstatistiksel analiz		F= 0.507	F= 0.263	F= 0.427	F= 0.043
p		p= 0.679	p= 0.852	p= 0.834	p= 0.988
Eşin çocukluk çağı aşılarını yaptırmak istemiyor/aşı ile ilgili tereddüt/kararsızlık yaşıyor ise nedeni*					
Yetersiz bilgi	46	3.78±1.10	17.9±4.50	21.1±6.97	42.10±18.30
Diğer nedenler***	200	3.23±1.44	16.9±3.44	20.6±7.92	40.79±18.80
İstatistiksel analiz			t= 0.634	t= 0.398	t= 0.429
p			p= 0.529	p= 0.691	p= 0.668

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları,

*** Diğer nedenler (İnternet ve sosyal medyadaki aşı karşıtı yayınlar (20), Doğal bağışıklığa inanma (10), Dini nedenler (8), Güvensizlik (15), gereksiz bulma (4), aşıların zararlı olduğu düşüncesi (2))

Tablo 5'te kadınların aşılamaya yönelik özelliklerine göre EÇAYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir.

Son çocuğun aşılarını düzenli olarak yaptıрма durumuna göre davranış alt boyut, tutum alt boyut ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.001$). Davranış alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “bilmiyorum” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Tutum alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde ölçek toplam puan durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcılara yöneltilen soruya “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli olarak yaptıрма durumuna göre davranış alt boyut, tutum alt boyut ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Davranış alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “bilmiyorum” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tutum alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde ölçek toplam puan durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcılara yöneltilen soruya “bilmiyorum” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “tam aşı” cevabını verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumuna göre davranış alt boyut açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.002$). Davranış alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “evet” diye yanıt veren katılımcıların ortalamasının “hayır” cevabını verenlere göre daha yüksek olduğu görüldü.

4.4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların bireysel özelliklerine SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=246)

Değişkenler	n	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği			
		Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel	Toplam SAYÖ
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Anne yaşı**					
20-24 ¹	17	17.11±4.88	20.17±2.35	16.47±2.00	53.76±6.94
25-29 ²	49	19.24±4.83	20.91±3.38	16.55±2.02	57.02±7.60
30-34 ³	81	18.44±6.46	19.80±4.34	16.41±3.20	54.66±12.3
35-65 ⁴	99	14.05±6.68	17.81±4.90	14.74±3.53	46.71±13.6
İstatistiksel analiz		F=11.026	F=6.763	F=7.106	F=10.936
P		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[2>4]	[2>4]	[2>4]	[2>4]
Baba yaşı**					
20-24 ¹	3	16.66±4.16	20.17±2.35	16.47±2.00	53.76±6.94
25-29 ²	30	18.36±4.24	20.91±3.38	16.85±2.02	57.02±7.60
30-34 ³	59	18.18±5.56	19.80±4.34	16.41±3.20	54.66±12.3
35-65 ⁴	154	15.49±6.98	17.81±4.90	14.74±3.53	46.71±13.6
İstatistiksel analiz		F=5.520	F=2.915	F=1.893	F=4.336
P		p= 0.017	p= 0.034	p= 0.141	p= 0.001
Fark		[2>4]	[2>4]	[2>4]	[2>4]
Anne eğitim durumu**					
Okuryazar değil ¹	55	9.36±5.32	15.11±4.74	13.20±3.40	37.74±11.4
Okuryazar ²	18	15.66±4.92	18.33±3.51	15.33±1.87	49.33±9.20
İlk-ortaokul ³	67	16.58±4.92	19.35±3.74	15.80±2.30	51.74±8.98
Lise ⁴	51	19.47±4.79	20.43±3.25	16.52±2.88	56.43±7.99
Ön lisans ⁵	18	22.50±3.32	21.83±2.79	17.27±3.00	61.61±7.60
Lisan ve üstü ⁶	37	21.97±3.58	22.70±2.85	18.40±2.29	63.08±7.87
İstatistiksel analiz		F=43.820	F=22.904	F=18.352	F=43.631
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[1<5]	[1<6]	[1<6]	[1<6]
Baba eğitim durumu**					
Okuryazar değil ¹	14	10.00±5.88	15.07±5.63	12.50±4.21	37.57±12.7
Okuryazar ²	16	9.93±6.26	13.68±5.19	12.56±3.16	36.18±13.5
İlk-ortaokul ³	85	14.81±5.98	18.25±3.80	15.14±2.68	48.33±10.2
Lise ⁴	62	17.56±5.34	20.01±3.52	16.12±2.64	53.70±9.05
Ön lisans ⁵	9	22.55±2.60	22.44±2.12	18.00±2.00	63.00±5.76
Lisan ve üstü ⁶	60	21.15±4.92	21.86±3.39	17.85±2.60	60.86±9.61
İstatistiksel analiz		F=21.128	F=18.639	F=17.136	F=27.535
P		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[2<5]	[2<5]	[1<5]	[2<5]
Anne çalışma durumu*					
Çalışmıyor	194	16.33±6.49	19.08±4.43	15.70±3.18	51.18±12.3
Çalışıyor	52	18.26±6.56	19.90±4.54	16.34±3.22	54.51±13.0
İstatistiksel analiz		t= -1.903	t= -1.179	t= -1.294	t= -1.707
p		p= 0.058	p= 0.240	p= 0.197	p= 0.089

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları,

**Tablo 6: Katılımcıların bireysel özelliklerine SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=246)
(Devam)**

Değişkenler	n	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği			Toplam SAYÖ
		Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel	
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Gelir durumu **					
Gelir giderden az ¹	119	14.47±6.47	18.01±4.39	14.87±3.02	47.45±12.1
Gelir gidere denk ²	96	18.25±5.89	19.70±4.31	16.40±3.10	54.36±11.7
Gelir giderden fazla ³	31	20.77±5.50	22.58±3.08	17.77±2.89	61.12±8.87
İstatistiksel analiz		F= 17.670	F= 15.245	F= 13.936	F= 20.463
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[1<3]	[1<3]	[1<3]	[1<3]
Aile tipi*					
Çekirdek aile	209	17.30±6.28	19.75±4.10	16.19±2.89	53.32±11.4
Geniş aile	37	13.59±7.12	16.43±5.32	13.83±4.05	43.86±15.1
İstatistiksel analiz		t= 3.237	t= 3.614	t= 3.384	t= 3.618
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.002	p= 0.001
Çocuk sayısı*					
1 çocuğu olan	57	20.38±5.44	21.66±3.29	17.33±2.30	59.38±9.78
2 ve üzeri çocuğu olan	189	15.64±6.45	18.52±4.51	15.38±3.29	49.62±12.4
İstatistiksel analiz		t= 5.508	t= 4.866	t= 4.161	t= 6.173
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları,

Tablo 6'da sosyodemografik özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Ölçeklerden elde edilen puanlar ile anne yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde, fonksiyonel alt boyut, interaktif alt boyut, eleştirel alt boyut ve ölçek toplam puanında (SOYÖ) anne yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyut açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ise ortalamalarının daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. İnteraktif alt boyut açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamalarının daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. Eleştirel alt boyut açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamalarının daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. SOYÖ açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin aynı grupta yer aldığı ,35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı ve anne yaşı arttıkça puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

Baba yaş durumuna göre incelendiğinde, fonksiyonel alt boyut, interaktif alt boyut ve ölçek toplam puanında (SAYÖ) baba yaş dağılımı açısından istatistiksel farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyut açısından incelendiğinde, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. 20- 24 yaş arası bireylerin ortalaması, 25-29 yaş arası ve 30-34 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamasına yakın ve aynı grupta değerlendirilebilir. İnteraktif alt boyut açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireyler aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. SAYÖ açısından incelendiğinde, 20- 24 yaş, 25-29 yaş ve 30-34 yaş arasında yer alan bireyler aynı grupta değerlendirildiği, 35-65 yaş arasında yer alan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı ve baba yaşı arttıkça puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

Anne eğitim durumuna göre incelendiğinde, fonksiyonel alt boyut, interaktif alt boyut, eleştirel alt boyut ve ölçek toplam puanına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Anne eğitim durumu fonksiyonel boyuta göre incelendiğinde lise mezunu, ön lisans mezunu, lisans ve lisansüstü mezunu annelerin aynı grupta olduğu değerlendirildiği, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu annelerin de aynı grupta olduğu görüldü. Okuryazar olmayan annelerin ortalamalarının daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. İnteraktif alt boyutuna göre incelendiğinde lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu annelerin aynı grupta yer aldığı, okuryazar, ilkokulu-ortaokulu aynı grupta yer aldığı, okuryazar olmayan annelerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı ve annelerin eğitim durumu düştükçe ölçek puan ortalamalarının düştüğü belirlendi.

Baba eğitim durumuna göre incelendiğinde, tüm ölçeklerde baba eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyuta göre incelendiğinde, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu baba bireylerin aynı grupta yer aldığı, ilkokul ortaokul mezunu ile lise mezunu baba bireylerin aynı grupta yer aldığı görüldü. Okuryazar olmayan ve okuryazar olan baba bireylerin ortalamaları en düşük olup farklı gruplarda yer aldığı görüldü. Baba eğitim durumu interaktif alt boyut ölçeğine göre incelendiğinde, lise ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin aynı grupta yer aldığı, ilk ve ortaokul mezunu baba bireylerin farklı grupta yer aldığı görüldü. Okuryazar ve okuryazar olmayan baba bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı

gruplarda yer aldığı görülmektedir. Baba eğitim durumu eleştirel alt boyut ölçeğine göre incelendiğinde, okuryazar olmayan ve okuryazar olan baba bireylerin aynı grupta yer aldığı, ilk-ortaokul ve lise mezunu baba bireylerin ortalamaları daha yüksek olup farklı grupta yer aldığı görüldü. Ön lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin ortalamaları nispeten daha yüksek olup farklı gruplarda yer aldığı görülmektedir. Baba eğitim durumu sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanına göre incelendiğinde, lise ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin aynı grupta yer aldığı, okuryazar olmayan ve okuryazar olan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı görüldü. İlk ve ortaokul mezunu bireylerin, okuryazar ve okuryazar olmayan bireylerin ortalamalarından daha yüksek olup farklı grupta yer aldığı görüldü.

Gelir durumuna göre incelendiğinde, ölçek toplam puan ve alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyuta göre incelendiğinde, geliri giderden az olan bireylerin ortalamaları daha düşük olup farklı grupta yer aldığı, geliri giderine denk ve geliri giderden fazla olan bireylerin ortalamaları daha yüksek olup aynı grupta yer aldığı görüldü. İnteraktif alt boyutuna göre incelendiğinde, geliri giderden az ve geliri gidere denk olan bireylerin ortalamalarının daha yüksek olup aynı grupta değerlendirildiği, geliri giderden fazla olan bireylerin ortalaması nispeten yüksek olup farklı grupta yer aldığı söylenebilir. Eleştirel alt boyutuna göre incelendiğinde, 3 grubun da ortalamaları birbirinden farklı olup farklı gruplarda yer aldığı söylenebilir. Ölçeğin toplam puanına göre incelendiğinde, 3 grubun da ortalamaları birbirinden farklı olup farklı gruplarda yer aldığı görüldü.

Aile tipine göre incelendiğinde ölçek alt boyutları ve toplam puanların tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ortalamalar bakımından incelendiğinde, tüm ölçeklerde çekirdek aile bireylerinin ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

Çocuk sayısına göre incelendiğinde ölçek alt boyutları ve toplam puanların tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ortalamalar bakımından incelendiğinde, tüm ölçeklerde bir çocuğu olan bireylerin ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 7: Katılımcıların aşılamaya yönelik özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=246)

Değişkenler	n	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği			
		Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel	Toplam SAYÖ
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Son çocuğun aşılarını düzenli olarak yaptırma durumu **					
Tam aşı ¹	231	18.71±6.29	19.41±4.30	16.02±2.98	52.39±11.98
Eksik aşı ²	7	16.91±6.45	17.28±6.62	14.00±4.93	49.85±17.73
Hiç aşı yaptırmadı ³	2	17.50±3.53	22.50±3.53	17.00±4.24	57.00±4.24
Bilmiyor ⁴	6	17.66±5.20	11.83±5.07	10.33±3.77	29.66±13.30
İstatistiksel analiz		F= 4.287	F= 6.629	F= 7.623	F= 6.985
p		p= 0.006	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[1>2]	[3>4]	[3>4]	[3>4]
Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını yaptırma durumu **					
Tam aşı ¹	181	16.43±6.23	19.25±4.13	15.97±2.93	51.70±11.19
Eksik aşı ²	20	14.45±6.87	16.80±4.89	13.85±3.32	45.10±13.92
Hiç aşı yaptırmadı ³	2	12.00±4.24	21.00±5.65	14.50±0.70	47.50±9.19
Bilmiyor ⁴	7	5.57±1.13	9.00±3.51	9.00±2.38	23.42±5.91
İstatistiksel analiz		F= 7.545	F= 15.045	F= 14.989	F= 15.411
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[1>4]	[3>4]	[1>4]	[1>4]
Aşı sonrası çocuğunuzda yan etki gelişme durumu *					
Evet	83	15.75±6.85	18.44±5.54	15.27±4.04	49.46±14.8
Hayır	163	17.27±6.34	19.58±3.91	16.12±2.63	53.02±11.2
İstatistiksel analiz		T= -1.725	T= -1.663	T= -1.726	T= -1.923
p		p= 0.086	p= 0.099	p= 0.087	p= 0.057
Gelişen yan etki **					
Ateş ¹	46	15.0±6.79	18.1±5.42	15.3±3.87	48.58±14.49
Ağlama atağı ²	14	20.8±4.37	20.2±4.66	16.0±4.14	57.21±2.17
Ishal/kusma ³	8	10.2±2.10	16.5±4.21	13.8±3.27	40.62±13.60
Enjeksiyon yerinde şişlik ⁴	15	16.0±7.64	18.8±6.44	14.9±4.58	49.80±16.90
İstatistiksel analiz		F= 4.803	F= 0.974	F= 0.536	F= 2.373
p		p= 0.004	p= 0.409	p= 0,659	P= 0.077
Fark		[2>3]			
Eşin çocuğa aşı yaptırma konusundaki düşüncesi**					
Çocuğa aşı ister ¹	202	17.24±6.20	19.60±4.16	16.16±2.83	53.05±11.40
Çocuğa aşı istemiyor ²	9	19.77±5.95	21.11±3.17	16.22±3.76	57.11±10.03
Aşı ile ilgili tereddüd ³	21	15.66±7.37	18.33±5.16	14.66±4.47	48.61±15.67
Bilmiyorum ⁴	14	9.14±5.57	13.35±5.49	12.64±3.77	35.14±13.48
İstatistiksel analiz		F= 8.195	F= 10.048	F= 6.787	F= 10.997
p		p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001	p= 0.001
Fark		[2>4]	[2>4]	[2>4]	[2>4]

*Bağımsız T-testine göre karşılaştırma sonuçları

**Tek yönlü ANOVA testine göre karşılaştırma sonuçları,

*** Diğer nedenler (İnternet ve sosyal medyadaki aşı karşıtı yayınlar (20), Doğal bağışıklığa inanma (10), Dini nedenler (8), Güvensizlik (15), gereksiz bulma (4), aşıların zararlı olduğu düşüncesi (2))

Tablo 7’de Katılımcıların aşılamaa yönelik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Son çocuğun aşılarını düzenli olarak yaptırma durumuna göre incelendiğinde, tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyut açısından incelendiğinde, soruya “bilmiyorum” diye yanıt veren katılımcıların ortalaması diğer cevaplara göre düşük olup farklı grupta yer almaktadır. Ortalamalar bakımından en yüksek ortalamaya soruya “eksik aşı” yanıtını veren katılımcıların olduğu belirlendi. İnteraktif alt boyut ortalamalar açısından incelendiğinde, soruya “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcıların ortalaması diğer cevaplara göre yüksek olup farklı grupta yer almaktadır. Eleştirel alt boyut ölçeğine göre incelendiğinde, katılımcılara yöneltilen soruya “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcıların ortalamalarının nispeten daha yüksek olup farklı grupta yer aldığı görüldü. Benzer şekilde ölçek toplam puan (SAYÖ)’a göre değerlendirildiğinde, katılımcılara yöneltilen soruya “hiç aşı yaptırmadım ve eksik aşı” diye yanıt veren katılımcıların ortalamaları nispeten daha yüksek olup farklı grupta yer aldığı görüldü.

Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli olarak yaptırma durumuna göre tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fonksiyonel alt boyut açısından incelendiğinde farkın ortalaması en yüksek olan “tam aşı” ve ortalaması en düşük olan “bilmiyorum” diye yanıt veren katılımcılardan kaynaklandığı görüldü. İnteraktif alt boyut açısından incelendiğinde, farkın ortalaması en düşük olan “bilmiyorum” ve ortalaması en yüksek olan “hiç aşı yaptırmadım” diye yanıt veren katılımcılardan kaynaklandığı görüldü. Eleştirel alt boyut ve SAYÖ toplam bakımından bakıldığında ise farkın ortalaması en düşük olan “bilmiyorum” ve ortalaması en yüksek olan “tam aşı” diye yanıt veren katılımcılardan kaynaklandığı görüldü.

Aşı sonrası çocuğunuzda hangi yan etki gelişti durumuna göre incelendiğinde, fonksiyonel alt boyut ölçeği açısından istatistiksel fark olduğu görüldü($p<0.05$). Ortalamalar bakımından bakıldığında, farkın ağlama atağı ile ishal/kusma yan etkilerinden kaynaklandığı görüldü.

Eşin çocuğa aşı yaptırma konusundaki düşüncesine bakıldığında çocuğa aşı yaptırmak istemiyor diyenlerin toplam ve tüm alt boyut puanlarının “bilmiyorum” diyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.005$) olduğu tespit edilmiştir.

4.5. Ebeveynlerin EÇAYTÖ ve SOYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Tablo 8: Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasındaki ilişki (n=246)

Korelasyon*		Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği			
		Davranış	Tutum	Güvenlik	EÇAYTÖ – Toplam
SOYÖ					
Fonksiyonel	<i>r</i>	-0.259	-0.069	0.045	-0.092
	<i>p</i>	0.001	0.282	0.479	0.151
İnteraktif	<i>r</i>	-0.295	-0.054	0.042	-0.092
	<i>p</i>	0.001	0.398	0.515	0.148
Eleştirel	<i>r</i>	-0.237	-0.082	0.077	-0.082
	<i>p</i>	0.001	0.201	0.228	0.201
SOYÖ – Toplam					
	<i>r</i>	-0.304	-0.078	0.061	-0.103
	<i>p</i>	0.001	0.225	0.344	0.108

* Pearson korelasyon katsayıları

Tablo 8’de Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasındaki ilişki verilmiştir.

Ölçekler arası yapılan Pearson Korelasyon analiz sonucuna göre; EÇAYTÖ Davranış alt boyutu ile SOYÖ fonksiyonel, interaktif, eleştirel alt boyutları ve toplam puanları arasında istatistik olarak anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). SOYÖ fonksiyonel, interaktif, eleştirel alt boyutları ve toplam puanları artarken EÇAYTÖ davranış alt boyut puanı düşmektedir. EÇAYTÖ toplam puan ile SOYÖ toplam puanı arasında ilişki görülmemiştir ($p > 0.05$).

4.6. Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının ilişkisi

Tablo 9: Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan dağılımı (n=246)

Değişkenler	n	%	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği			
			Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel	Toplam SAYÖ
			$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
EÇAYTÖ						
<50 puan (tereddüdü olmayan)	173	70.0	17.30±6.10	19.72±4.07	16.08±2.81	53.19±11.24
≥50 puan (tereddüdü olan)	73	30.0	15.41±7.35	18.16±5.12	15.24±3.92	48.82±14.80
İstatistiksel analiz			t= 1.938	t= 2.304	t= 1.659	t= 2.263
p			p= 0.055	p= 0.023	p= 0.100	p= 0.026

BağımsızT- testine göre karşılaştırma sonuçları

Tablo 9’da Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. EÇAYTÖ ortalama puanlarına göre SOYÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde çocukluk çağı aşılarına yönelik olumlu tutum içinde olanların (<50 puan) oranının %70.0 olduğu, SAYÖ toplam ve interaktif alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



5.TARTIŞMA

Annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Aşılamaya Yönelik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması

5.3. Katılımcıların Bireysel Özelliklere Göre EÇAYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışması

5.4: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına Yönelik Bulguların tartışması

5.5: Ebeveynlerin EÇAYTÖ ve SOYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışması

5.1. Katılımcıların Aşılamaya Yönelik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada araştırmaya katılan ebeveynlerin çok büyük oranının son çocuğun aşılarını %93.9 oranında, daha önceki çocuklarının ise %86.2 (Tablo 2) oranında tam yaptırdıkları saptanmıştır. Çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüt ve reddin arttığı son yıllarda, bu sonucun olumlu ve umut verici olduğu değerlendirilmektedir. Ülkemizde tam aşıli çocukların oranı %67 iken hiç aşılanmayan çocukların oranı %2 olarak görülmektedir (Dolgun ve ark., 2024). Kırıkkale’de 279 ebeveyn ile yapılan çalışmada aşılama oranının çalışmamızla benzer olduğu saptanmıştır (Ertuğrul, 2019). Tokat’ta 402 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarının araştırmamıza benzer olduğu görüldü (Soysal, 2021). Denizli’de yapılan farklı bir çalışmada yine ebeveynlerin %98’inin çocuklarının aşılarını tam ve düzenli olarak yaptırdığı görüldü (Tahta, 2023). Çalışmamızın bulguları, aşıya verilen önemin yüksek olduğunu gösteren diğer araştırmalarla uyumlu olup, ebeveynlerin aşı yapılmasının gerekliliği konusundaki duyarlılığının tatmin edici düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Çocukluk çağı aşılarını

eksik veya yaptırmayan ebeveynlerin %40.7'sinin (Tablo 2) aşilar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır. Hindistan'da 12-23 ay arası çocuğa sahip 283 ebeveynle yapılan araştırmada, ebeveynlerin %14.3'ünün aşı takviminden habersiz olduğu, %12,3'ünün bağışıklama amacıyla sağlık kuruluşuna hiç başvurmadığı ve %10.1'inin aşının ikinci veya üçüncü dozundan habersiz olduğundan dolayı aşilarını eksik veya yaptırmadıkları belirtilmiştir (Murkekar ve ark., 2017). İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada, aşı yaptırmayı reddeden 92 kişinin %46.7'si aşiların içeriklerinin zararlı olduğunu düşündüklerini, %22,8'inin ise aşının faydalı veya gerekli olmadığına inandığını belirtmiştir (Hazır, 2018). Zonguldak'ta yapılan araştırmada ise ebeveynlerin %95.5'inin çocuklarının aşilarını düzenli olarak yaptırdığı, %11,4'ünün aşilar hakkında bilgisi olmadığı görülmüştür (Odabaş ve Ayyıldız, 2020).

Çalışmada aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumuna bakıldığında yan etki gelişenlerin oranı %33.7 olup, ateş en sık görülen yan etki olarak kaydedilmiştir (Tablo 2). Tokat'ta yapılan çalışmada araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup en sık görülen yan etki ateş olarak saptanmıştır. İtalya'da 16-36 aylık çocukların ebeveynleri ile yapılan araştırmada yan etki gelişme durumu çalışmamıza göre daha yüksek çıkmıştır (Giambi, 2018). Balıkesir'de yapılan araştırmada, çalışmamızdan farklı olarak daha düşük sonuçlar elde edilmiştir (Doğan, 2021). Literatüre bakıldığında çocuklarda aşı sonrası yan etki gelişme oranı %5.2'den %73.7'ye kadar değişmektedir (Soysal, 2021). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak en sık bildirilen yan etki ise ateştir. Aşı sonrası en sık görülen yan etkinin ateş olmasının nedeni, bağışıklık sisteminin aşıya yanıt olarak inflamatuvar bir tepki göstermesidir, bu da vücudun enfeksiyonla savaştığını gösteren bir belirti olarak ateşin ortaya çıkmasına neden olur.

Çalışmaya katılan eşlerin %82.1 oranında (Tablo 2) çocuğa aşı yapılması taraftarı olduğu saptanmıştır. Kırıkkale'de yapılan araştırmada çalışmamızdan daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Ertuğrul, 2019). Tokat'ta yapılan araştırmada yine çalışmamızdan yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Soysal, 2021).

5.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmada, ebeveynlerin EÇAYTÖ puan ortalamasının 41.04 ± 18.68 görülmüş (Tablo 3), ebeveynlerin %30'unda çocukluk çağı aşılarına karşı aşı tereddüdü görülmüştür. Çin'de 346 katılımcıyla yapılan çalışmada aşı tereddüt düzeyi çalışmamıza göre daha düşük çıkmıştır (Zhang ve ark., 2023). Çin'de ebeveynlerin aşı tereddüt durumunu ve bununla ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla altı toplum sağlığı merkezinde 1025 ebeveyn ile yapılan farklı bir çalışmada araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Shen ve ark., 2022). Çevik ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmaya, Balıkesir il merkezindeki üniversite hastanesinde 0-59 ay arası çocuklara sahip ebeveynler dahil edilmiş, EÇAYTÖ puanının ortalama değerinin, bizim çalışmamızdan daha düşük olduğu belirlendi. Katılımcıların %7.6'sının aşuya karşı tereddüt içinde olduğu görüldü (Çevik ve ark., 2020). Bursa'da farklı ölçüm araçları kullanılarak ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına bakış açısı ve aşı tereddüdünün sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin incelendiği araştırmada katılımcıların aşı tereddüt puanı düzeyi bizim çalışmamıza göre daha düşük çıkmıştır (Önen ve ark., 2022). Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan araştırmada EÇAYTÖ kullanılarak ebeveynlerin %12'sinin aşı tereddüdü yaşadığı sonucu bulunmuştur (Alsuwaidi ve ark., 2020). Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre literatürle uyumlu sonuçlar elde edildiği görülmüştür.

Araştırmada SOYÖ puan ortalamasının 51.89 ± 12.56 olduğu görülmüştür (Tablo 3). Literatüre bakıldığı zaman, Balıkesir'de 3-5 yaş çocuğu olan 602 ebeveynin sağlık okuryazarlığı, tamamlayıcı alternatif tıbbi yaklaşım ve bazı sosyo demografik özelliklerin ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarıyla ilişkisinin incelendiği çalışmada sağlık okuryazarlığı puanı çalışmamıza göre daha düşük çıkmıştır (Doğan 2021). Çin'de Ebeveynin sağlık okuryazarlığı ve sağlık inançlarının aşı tereddüdüne etkisinin araştırıldığı ve farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmada araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Zhang ve ark., 2023). Çocukluk çağı aşılarına yönelik aşı okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik aşı okuryazarlığı ölçeği isimli çalışmaya 285 ebeveyn dahil edilmiş, çalışma sonucunda sağlık okuryazarlık ortalama puanı araştırmamıza göre daha yüksek çıkmıştır (Yorulmaz ve Koçoğlu, 2023).

5.3. Katılımcıların Bireysel Özelliklere Göre EÇAYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışması

Bu çalışmada yaş, anne eğitim seviyesi, gelir, iş durumu gibi değişkenlere göre ebeveynlerin aşıya karşı tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda ebeveyn yaşları ile EÇAYTÖ puan ortalamaları arasında bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4). Benzer şekilde Arap Emirliklerinde yapılan Arap ebeveynler arasında aşı tereddüdü ve bunun belirleyicileri isimli araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup aşı tereddüdü ve ebeveyn yaşı arasında ilişki saptanamamıştır (Alsuwaidi, 2020). Bingöl’de çocukluk çağı aşılarında ebeveyn tutumlarının araştırıldığı çalışmada araştırmamızdan farklı olarak, ebeveyn yaşı arttıkça EÇAYTÖ puan ortalamaları düştüğü saptanmıştır (Kuyuldar, 2022). Aynı şekilde, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutum ve davranışlarına etkisinin araştırıldığı çalışmada ebeveyn yaşı arttıkça EÇAYTÖ puan ortalamaları düştüğü görülmüştür (Dağlı ve Topkara, 2023). Çalışmamızda yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmasa da genç yaş grubundaki annelerin aşı tereddüdünün daha düşük olmasının, aşılama ve bulaşıcı hastalıkların önemi hakkında internete erişim ve teknolojik bilgi kaynakları kullanma durumlarının, yaşı ileri ebeveynlere göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, annenin eğitim seviyesinin çocukların aşılama oranlarını etkilediği ve eğitim seviyesinin artmasıyla aşılama oranlarının arttığı belirtilmektedir (Doğan, 2021). Araştırmada eşlerin eğitim seviyesi arttıkça EÇAYTÖ puan ortalamaları düşmüş ve EÇAYTÖ alt boyutları ile eş eğitim durumu arasında belirgin bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4). Ön lisans mezunu olanların davranış puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük çıkmıştır. Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, düşük eğitim seviyesinin aşı farkındalığını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Üzüm ve ark., 2019). Birleşik Arap Emirlikleri’nde EÇAYTÖ kullanılarak yapılan araştırmada aşı tereddüdü ve ebeveyn eğitim durumu arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Alsuwaidi, 2020). Çevik ve ekibinin yürüttüğü kesitsel çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde, babaların yüksek eğitim düzeyinin aşı tereddüdünü azalttığı ve aşılama hakkındaki bilgi düzeyini artırdığı bulunmuştur (Çevik ve ark., 2019).

Bir çocuğu olan katılımcıların Davranış puanları, iki ve üzeri çocuğu olan katılımcıların ortalamasından daha düşük çıkmıştır. Tokat il merkezindeki beş yaş altı

çocukların ebeveynlerinde aşı tereddüdü reddi ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, çocuk sayısının aşı tereddüdü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Soysal,2021). Çin’de aşı tereddüdünün ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, araştırmamızla uyumlu olarak çocuk sayısı arttıkça EÇAYTÖ puan ortalamasının arttığı görülmüştür (Shen ve ark., 2022). Kahramanmaraş’ta ebeveynlerin çocuklarına aşı uygulamasına karşı düşünce ve tutumlarının araştırıldığı çalışmada, ebeveynlerin aşı yaptırma durumu ile çocuk sayısı arasında yapılan karşılaştırmada, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Argın ve ark., 2022). Çalışmamız ve Çin’de yapılan çalışmada, aşı tereddüdü ile çocuk sayısı arasında düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Bu da ebeveynlerin ilk kez çocuk sahibi olmalarından kaynaklanan sınırlı bilgi ve deneyimleriyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmada son çocuğun aşılarını ve daha önceki çocuğun aşılarını düzenli olarak yaptırma durumu ile EÇAYTÖ puan ortalamaları arasında fark tespit edilmiştir (Tablo 5). Çocuğunun aşılarını tam yaptıran ebeveynlerin EÇAYTÖ puan ortalamasının hiç aşı yaptırmayan ve aşıların yapıp yapılmadığını bilmeyenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Aşıları eksik veya yaptırmayan ebeveynlerin EÇAYTÖ puan ortalaması (Tablo 5) incelendiğinde aşının zararlı olduğunu düşünen ebeveynlerin EÇAYTÖ puan ortalamasının, bilgi eksikliği olan ebeveynlere göre oldukça yüksek olduğu görüldü. Kastamonu’da yapılan araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sezen 2022).

Çalışmada aşı sonrası yan etki gelişme durumu ile EÇAYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 5). Yan etki gelişen çocukların ebeveynlerinin EÇAYTÖ puan ortalamasının, yan etki gelişmeyen çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek olduğu görüldü. Tokat’ta yapılan araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş, aşı sonrası yan etki gelişme durumu ile aşı tereddüdü yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Soysal 2021).

5.4: Katılımcıların Bireysel Özelliklerine ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına Yönelik Bulguların tartışması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşları ile SAYÖ durumu arasında belirgin bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 6). Araştırmada 25-29 yaş grubundaki ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kırıkkale’de ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin

çocukluk dönemi aşılara yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisini incelemek amacıyla 279 ebeveyn ile yapılan çalışmada ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (Ertuğrul 2019). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılara ilişkin tutum ve davranışları üzerindeki etkisi isimli araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş 20-29 yaş grubundaki ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Dağlı ve Topkara 2023). Bu yaş grubunun sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olması, sağlık bilgisi edinmek için bilgiye erişim, teknolojiyi aktif kullanma ve daha yüksek eğitim seviyelerine sahip olmalarıyla açıklanabilir.

Lisans ve üstü ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ortalaması okuryazar olmayan annelere göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Kırıkkale’de 279 ebeveyn ile yapılan çalışmada ebeveynlerin eğitimi düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark saptanmamıştır (Ertuğrul 2019). Dağlı ve Topkara’nın yaptığı araştırmada ise çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup SAYÖ durumu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Dağlı ve Topkara 2023). Literatürde yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerde düşük sağlık okuryazarlığı olduğunu gösteren çalışmalar bulunduğu gibi (Veldwijk ve ark.; Amit Aharon ve ark.; Sezer ve Kadioğlu 2014) eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Pati ve ark.; Ertuğrul 2019; Ulusoy 2019).

Bu araştırmada, gelir durumu düşük olan ailelerin SOYÖ puanları gelir durumu orta ve yüksek olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde gelir durumu arttıkça SOYÖ puanının arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (Duman 2017, Şen Uğur 2016) gelir durumu ile SOYÖ puanı arasında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Yıldızeli ve ark., 2021). İspanya’da farklı ölçüm araçları kullanılarak 319 hasta ile yapılan araştırmada yüksek sosyoekonomik statüye sahip bireylerin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Correa-Rodríguez ve ark., 2023). Dağlı ve Topkara’nın yaptığı araştırmada da gelir düzeyi yüksek ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğu belirlendi (Dağlı ve Topkara 2023). Literatürde farklı bulgular olmasına rağmen, gelir düzeyinin toplumun refahını artırması ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması gibi avantajların sağlık okuryazarlığı düzeylerini olumlu yönde etkilediğini belirtmek mümkündür.

Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı ile SOYÖ toplam puanı arasında belirgin bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 6). Yapılan analiz sonucunda bir çocuğa sahip ailelerin 2 ve üzeri çocuğa sahip ailelere göre SOYÖ puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarının kabulünün sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi incelendiği araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Yıldızeli ve ark., 2021). Bir çocuğa sahip ailelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, ebeveynlerin çocuklarının sağlığına ve gelişimine daha fazla odaklanarak sağlık bilgisi arama ve öğrenme konusunda daha fazla zaman ve kaynak ayırabilmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda ebeveynlere daha önceki çocuğum/çocukların aşılarını yaptırma durumu ile SOYÖ arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 7). Daha önceki çocuğum/çocukların aşılarını yaptırma durumu göre Fonksiyonel alt boyut Eleştirel alt boyut ve toplam SOYÖ puan düzeyine göre çocukları tam aşıları olan ebeveynlerin SOYÖ puan düzeyinin bilmiyorum yanıtını veren ebeveynlere göre oldukça yüksek olduğu görüldü, interaktif alt boyutuna göre incelendiğinde ise hiç aşı yaptırmadım yanıtını veren ebeveynlerin bilmiyorum yanıtını veren ebeveynlere göre SOYÖ puan düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü.

Çalışmamızda eşlerin çocukluk çağı aşılarını yaptırma konusunda düşüncesi ile SOYÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 7). Çocuğa aşı yaptırmak istemeyen eşlerin SOYÖ puan düzeyi, bilmiyorum yanıtı veren eşlerin SOYÖ puan düzeyine göre daha yüksek olduğu saptandı.

5.5: Ebeveynlerin EÇAYTÖ ve SOYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışması

Araştırmada, EÇAYTÖ ve SOYÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 8). EÇAYTÖ Davranış alt boyutu ile SAYÖ Fonksiyonel, İnteraktif, Eleştirel alt boyutları ve toplam puanları arasında istatistik olarak anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır. SAYÖ Fonksiyonel, İnteraktif, Eleştirel alt boyutları ve toplam puanları artarken EÇAYTÖ Davranış alt boyut puanı düşmektedir. Benzer şekilde EÇAYTÖ ve SOYÖ arasındaki puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 9) EÇAYTÖ ortalama puanlarına göre SOYÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde çocukluk çağı aşılarına yönelik olumlu tutum içinde olanların (<50 puan) SAYÖ Toplam ve İnteraktif alt boyutu puan ortalamalarının belirgin bir şekilde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Balıkesir’de yapılan araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş, ebeveynlerin

çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüdü sağlık okuryazarlığı azaldıkça artmaktadır (Doğan 2021). ABD'de 506 anne-bebek ikilisi üzerine yapılan bir araştırmada, annenin sağlık okuryazarlığı ile çocukların aşılama durumu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görülmüştür (Pati ve ard., 2011). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına ilişkin tutum ve davranışları üzerindeki etkisi isimli araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Dağlı ve Topkara 2023). Bursa'da farklı ölçüm araçları kullanılarak ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına bakış açısı ve aşı tereddüdünün sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin incelendiği araştırmada çalışmamıza benzer şekilde aşı tereddütü ile sağlık okuryazarlığı arasında zayıf, negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Önen ve ark., 2022). Hindistan'da 1170 kadın katılımcı ile yapılan bir araştırmada, anne sağlığı okuryazarlığının çocukların aşılama ile pozitif ilişkili olduğu görüldü (Johri ve ark., 2015). Farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda; İzmir'de 319 ebeveyn ile, 0-2 yaş çocuğu olan ebeveynlerin bağışıklama tutumları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça aşı ile ilgili engeller algısında azalma olduğu görülmüştür (Damka, 2022). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça aşıya karşı tereddütlerinin azalması, sağlık bilgilerini daha iyi anlayıp değerlendirmeleri, aşıların güvenliği ve etkinliği hakkında bilgi düzeylerinin artması ve bu konuda daha bilinçli kararlar almalarıyla açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık durumu ile ilişkisinin incelendiği araştırmada sonuç ve öneriler aşağıdaki şekilde verilmiştir:

6.1. Sonuçlar

Katılımcıların;

- EÇAYTÖ puan ortalaması 41.04 ± 18.68 'dir ve annelerin %70'i (<50) aşı tereddüdü yaşamamış), %30'u ise (>50) ise aşı tereddüdü yaşamıştır.
- SOYÖ puan ortalaması 51.89 ± 12.56 'dır ve okuryazarlık düzeyi orta-yüksektir.
- Annenin yaşı, eşinin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi ve aile tipi bakımından aşı tereddüdü düzeyleri arasında fark yokken, eşlerin eğitim durumu ve çocuk sayısı bakımından EÇAYTO Davranış alt boyutu puanları arasında anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir. Okur yazar olmayan babaların aşı tereddüdü, ön lisans olanlara göre daha yüksek çıkmış, aynı şekilde iki ve üzeri çocuğa sahip ailelerin aşı tereddüdü bir çocuğu olan ailelere daha yüksek çıkmıştır.
- Son çocuğun ve daha önceki çocukların aşılarını düzenli yaptırma, aşı sonrası çocukta yan etki gelişme durumu açısından EÇAYTO puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Çocuklarının aşılarını hiç yaptırmayan ve bilmeyen annelerin aşı tereddüdü, aşıları tam yaptıran annelere göre daha yüksek çıkmıştır. Aşı sonrası yan etki gelişme durumuna göre yan etki gelişen annelerin aşı tereddüdü, yan etki gelişmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır.
- Annenin yaşı, eşin yaşı, eğitimi, eşin eğitimi, aile gelir durumu, aile tipi ve çocuk sayısı değişkenlerin SAYÖ toplam ve alt boyut puanlarını etkilemektedir.
- Son çocuğun ve daha önceki çocukların aşılarını düzenli yaptırma, gelişen yan etki durumu açısından SAYÖ ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark vardır.

- EÇAYTÖ *Davranış* alt boyutu ile SAYÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistik olarak anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.
- Aşı tereddüdü olanların SAYÖ toplam ve İnteraktif alt boyut puanları daha düşüktür.

6.2 Öneriler

- Yapılan çalışmada çok büyük oranda (%70.0) aşı tereddüdünün olamamasına rağmen, aşı tereddüdü oranını daha da azaltmaya yönelik ebeveynlere aşılardan önemi konusunda eğitim çalışmalarının yapılması,
- Bu çalışmada orta-yüksek sağlık okuryazarlık düzeyini belirlenmiş rağmen, doğu bölgelerine sağlık hizmetlerine erişimin artması, sağlık bilgisine ve eğitime verilen önemin artmasını da göz önünde bulundurularak, okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi, eğitici videolar, broşürler ve afişlerin hazırlanması sağlanmalı,
- Babanın eğitim düzeyinin aşı tereddüdü ile ilişkili olduğu görülmektedir. Babanın aile içindeki karar alıcı rolü ve eğitim durumunun aşı tereddüdü üzerindeki etkisi, ebeveynlerin eğitim seviyelerinin iyileşmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Benzer çalışmaların farklı sosyoekonomik düzeylerdeki topluluklarda babalar üzerinden yeniden yapılması ve çeşitli bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini inceleyen çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir,

KAYNAKLAR

- Acosta, AM., Moro, PL., Hariri, S., Tiwari, TS, (2021). A Diphtheria, Hall, E., Wodi, AP., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S. (Ed.). *Epidemiology and Prevention Of Vaccine-Preventable Diseases*. Washington, D.c. Public Health Foundation.14th ed. (s. 97-98).
- Akay, A. (2019). Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddi Konusundaki Fikirleri ve Tutumları. Uzmanlık tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya Üniversitesi.
- Akdağ, R. (2009). Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1162/0/genelgepdf.pdf>. Erişim tarihi:18.01.2024.
- Aker, A.A. (2018). Aşı karşıtlığı. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 33(3):175-186.
- Aksucu, G. (2023). Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Gebelere Verilen Tele Sağlık Hizmetinin Aşı Tutumları ve Aşılama Durumu Üzerine Etkisi. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi.
- Alghamdi, A., Alghamdi, HA. (2023). Knowledge, Attitude, and Practice of Vaccination Among Parents In Jeddah City, Saudi Arabia. *Cureus* 15(7): e41721.
- Alsuwaidi, AR., Elbarazi, I., Al-Hamad, S., Aldhaheeri, R., Sheek-Hussein, M., Narchi, H. (2020). Vaccine Hesitancy and Its Determinants Among Arab Parents: A Cross-Sectional Survey In the United Arab Emirates. *Hum Vaccin Immunother*. 1;16(12):3163-3169.
- Amit Aharon, A., Nehama, H., Rishpon, S., Baron-Epel, O. (2017). Parents With High Levels of Communicative and Critical Health Literacy are Less Likely To Vaccinate Their Children. *Patient education and counseling*. 100(4):768–775.
- Argın, V., Akalın, D., Güngör, S. (2022). Ebeveynlerin Çocuklarına Aşı Uygulanmasına Karşı Düşünce ve Tutumları: Kahramanmaraş Örneği. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 7(2):300-313.
- Arslan, T.K. (2022). Ebeveynlerin Çocuklarına Rutin Çocukluk Çağı Aşılarını Yaptırma Durumları ile Covid-19 Aşılarına Karşı Olan Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- Ataç, Ö., Aker, A.A. (2014). Aşı Karşıtlığı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 30(1):42-47.
- Barutçu, A., Çay, E., Evliyaoğlu, N. (2021). Çiçek Hastalığı Epidemisinde Covid-19 Pandemisine; Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 30(4):243-250.
- Baxter, D. (2007). Active and Passive Immunity, Vaccine Types, Excipients and Licensing. *Occupational Medicine*. 57(8):552-556.
- Bozkurt, HB. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas J Med*. 8(1):71-76. Doi: 10.5505/kjms.2018.12754
- Buğdaycı Yalçın, B.N., Eskiocak, M. (2023). Herkes İçin Sağlık Hedefinde Bağışıklama. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 16(1):120-130.
- Burnett, E., Parashar, U.D., Tate, J.E. (2020). Global Impact of Rotavirus Vaccination on Diarrhea Hospitalizations and Deaths Among Children <5 Years Old: 2006– 2019. *The Journal Of Infectious Diseases*. 222(10):1731-1739.
- Clem, AS. (2011). Fundamentals of Vaccine Immunology. *Journal Of Global Infectious Diseases*. 3(1):73-78.

- Correa Rodríguez, M., Rueda Medina, B., Callejas Rubio, Lj., Fernandez, RR., Fernandez, JH., Centeno, N.O. (2023). COVID-19 Vaccine Literacy in Patients With Systemic Autoimmune Diseases. *Curr Psychol.* 42:13769–13784.
- Çapanoğlu, E., (2018). Sağlık Çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
- Çevik, C., Güneş, S., Ersan, İ., Özdemir, A., Sultan, E. (2019). Balıkesir İl Merkezindeki İki ASM Bölgesindeki 0-14 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Aşı Tereddüdü, Aşıya İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Etkili Faktörler. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
- Çevik, C., Güneş, S., Eser, S., Eser, E. (2020). Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları (Pacv) Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Güncel Pediatri.* 18(2):153-167.
- Dağlı, E., Topkara, FN. (2023). The Effect Of Parents' Health Literacy Level On the Attitudes and Behaviors Of Childhood Vaccinations. *BSJ Health Sci*, 6(1): 47-56.
- Damka, D. (2022). 0-2 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bağışıklama Tutumları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Davas, A., Özyurt, B., İrgil, E., Etiler, N., Yasin, Y. (2018). Bağışıklama Hakkında Genel Bilgiler. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi, 2. Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.2018:13.
- Deng, S.Q., Yang, X., Wei, Y., Chen, JT., Wang, X.J., Peng, H.J. (2020). A Review on Dengue Vaccine Development. *Vaccines (Basel).* 2;8(1):63.
- Doğan, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı, Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Yaklaşım ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi.
- Dolgun, G., İnal, S., Bozkurt, G., Erdim, L. (2024). Ebeler İçin Yenidoğan ve Çocuk Sağlığı I. İstanbul: İÜC Yayınevi. s:1-8
- Duman, A. (2017). Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi.
- Düzgün, M., Dalgıç, AI. (2019). Toplum Sağlığı İçin Giderek Artan Tehlike Aşı Reddi Önlenebilir Mi? *Güncel Pediatri.* 17(2):424-434.
- Erchick, D.J., Gupta, M., Blunt, M., Bansal, A., Sauer, M., Gerste, A., Holroyd, T.A., Wahl, B., Santosham, M., Limaye, R.J. (2022). Understanding Determinants of Vaccine Hesitancy and Acceptance in India: a Qualitative Study of Government Officials and Civil Society Stakeholders. *Plos One.* 17(6):1-17.
- Ertaş, H., Göde, A. (2021). Sağlık Okuryazarlığı ile Aşı Karşıtlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Journal Of Academic Value Studies.*7(1):1-14
- Ertuğrul, B. (2019). Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi. Yüksek lisans tezi. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi.
- Estivariz, CF., Link Gelles, R., Shimabukuro T. (2021). Hall, E., Wodi, AP., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S. (Ed.). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. *Washington, D.c. Public Health Foundation* (s. 275-276).
- Etesamnia, S. (2021). Aşı Tereddütlerinde Sosyal Medyanın Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.* 7(2):377-390

- Foster, MA., Haber, P., Nelson, Np., Hepatitis, A. (2021). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall, E., Wodi, AP., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S., (ed). *Washington, D.C. Public Health Foundation*. 14th (s.125-126).
- Gastanaduy, P., Haber, P., Rota, PA., Patel, M. (2021). Hall, E., Wodi, AP., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S., (ed). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. *Washington, D.C. Public Health Foundation*. 14th. (s.193-194).
- Giambi, C., Fabiani, M., Dancona, F., Ferrara, L., Fiacchini, D., Gallo, T., Martinelli, D., Pascucci, Mg., Prato, R., Filia, A., Bella, A., Del Manso, M., Rizzo, C., Rota, Mc. (2018). Parental Vaccine Hesitancy In Italy- Results From a National Survey. *Elsevier*. 36(6):779–787.
- Gökçen, GB. (2022). Edirne il Merkezi’nde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Aşı Karşıtlığına Etkisi. Uzmanlık tezi. Trakya Üniversitesi.
- Gökoğlu, AG. (2021). Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 6(2):132-148.
- Gür, E. (2019). Aşı Kararsızlığı Aşı Reddi. *Türk Pediatri Arşivi*. 54(1):1-2.
- Halkman, A. (2019). Temelbağışıklık. *Mikrobiyoloji.org*. Erişim Tarihi:21.01.2024.
- Hazır, E. (2018). 0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Ret Sıklığı ve Nedenleri. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi.
- Johri, M., Subramanian, SV., Sylvestre, M., Dudeja, S., Chandra, D., Kone, GK., Sharma, JK., Pahwa, S. (2015). Association Between Maternal Health Literacy and Child Vaccination In India: A Cross-Sectional Study. *J Epidemiol Community Health*. 69:849-857.
- Kader, Ç. (2019). Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. *Estüdem Halk Sağlığı Dergisi*. 4(3):377-388.https
- Keser, M., Hatipoğlu, N. (2008). Bağışıklık Antijenleri ve Aşı İçeriği. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2(1):15-24.
- Kınalı, G., Örgen, B.K., Örgen, C., Topal, B., Şahin, H. (2022). Aşı Okuryazarlığı ve Covid-19 Pandemisinde Yaşama Yansıyan Tereddüt, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Üzerine Bir Araştırma. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. (38): 462-472.
- Kuru, O., Chan, MS., Lu, H., Stecula Da Jamieson, KH., Albarracın, D. (2022). Aşılarla İlgili Dini Bağlılık ve Felsefi ve Ahlaki İnançlar: Boylamsal Bir Çalışma. *Sağlık Psikolojisi Dergisi*. 27(13):3059-3081. D
- Kuyuldar, G. (2022). Çocukluk Çağı Aşılarında Ebeveyn Tutumları. Yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kyu, HH., Mumford, JE., Stanaway, JD., Barber, RM., Hancock, JR., Vos, T., Naghavi, M. (2017). Mortality From Tetanus Between 1990 and 2015: Findings From The Global Burden Of Disease Study 2015. *BMC Public Health*. 17(1).
- Lanzieri, T., Haber, P., Icenogle, Jp., Patel, M. (2021). Epidemiology and Prevention Of Vaccine-Preventable Diseases,14th. Rubella. Hall, E., Wodi, AP., Hamborsky, J., Morelli, V., Schillie, S. (Ed.). *Washington, D.c. Public Health Foundation* (s. 301-302).
- Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecci, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonaccorsi, G. (2018). Health Literacy and Vaccination: A Systematic Review. *Human Vaccines Immunotherapeutics*.14(2):478–488.

- Murhekar, MV., Kamaraj, P., Kanagasabai, K., Elavarasu, G., Rajasekar, Td., Boopathi, K., Mehendale, S. (2017). Coverage Of Childhood Vaccination Among Children Aged 12-23 Months, Tamil Nadu, 2015, India. *The Indian journal of medical research*. 145(3):377-386.
- Mutlu, A. (2018). Salgın Haberleri 2018 Aşı Türevi Poliovirüs Salgınları. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*. 3(3):85-95.
- NIH (2019). Vaccine Types. <https://www.niaid.nih.gov/research/vaccine-types>. Erişim Tarihi:03.03.2024.
- Odabaş, N., Kuzlu Ayyıldız, T. (2020). Anne Babaların Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Med J West Black Sea*. 4(1):7-11.
- Opel, D.J., Mangione Smith, R., Taylor, J.A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S., Martin, D.P. (2011). Development Of A Survey To İdentify Vaccine-Hesitant Parents: The Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey. *Human vaccines*. 7(4), 419-425
- Orhon, FŞ. (2020). Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. *Osmangazi Tıp Dergisi*. Sosyal Pediatri Özel Sayısı. 6-14.
- Öktem, ÖH., Karaoğlu, FN., Uçtu, AK. (2023). Aşı Reddi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(2):204-211.
- Önen, C., Üstündağ Öcal, N. (2022). Parents' Perspective On Childhood Vaccines and The Correlation Of Vaccine Hesitancy With Health Literacy. *Progress In Nutrition*. 24(1):1-8.
- Özata, FZ., Kapusuz, S. (2019). Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi Konusuna Sosyal Pazarlama Bakış Açısından Çözüm Önerileri. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 20(1):65-83.
- Özdemir, İN. (2017). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Bilgi, Tutum ve Davranışları. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, M., Afacan, M. (2021) Aşıların Uygulanması ve Aşılarda Kullanılan Adjuvanlar. Solmaz, H. (edt.). Koruyucu Hekimlikte Aşı Karabük Üniversitesi Yayınları (s.79).
- Özen, D.F. (2020). Aile Hekimlerinin Aşı Karşıtı Ebeveynler ile İletişim Deneyimleri Üzerinden Aşı Karşıtlığının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Uzmanlık tezi. Sakarya Üniversitesi.
- Özen, M., Doğan, N. (2012). Aşı-Hastalık İlişkisi: Söylenti Mi, Gerçek Mi? *Klinik Gelişim*. 25(1):16-20.
- Özümit, D. (2019). Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Türkçe 'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- Pati, S., Feemster, KA., Mohamad, Z., Fiks, A., Grundmeier, R., Cnaan, A. (2011). Maternal Health Literacy and Late İnitiation Of İmmunizations Among An İnner-City Birth Cohort. *Maternal and child health journal*. 15(3):386-394.
- Poland, GA., Jacobson, RM. (2011). The Age-Old Struggle Against The Antivaccinationists. *The New England Journal Of Medicine*. 364(2): 97-99.
- Sağlık Bakanlığı (2020). Çocukluk dönemi aşı takvimi. Sağlık Bakanlığı. <https://asi.saglik.gov.tr/asi/asi-takvimi2>. Erişim Tarihi:02.02.2024.
- Sağlık Bakanlığı (2020). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Haberler. Erişim Tarihi:12.12.2023.
- Sağlık Bakanlığı (2023). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-5/asilam-takviminde-degisiklik.html>/ Erişim tarihi:10.01.2024.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>. Erişim tarihi:21.02.2024.

- Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye’de Bağışıklama Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Asisi Bilgilendirme Platformu. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77802/turkiyede-bagisiklama-programi.html> Erişim Tarihi:19.01.2024.
- Sezen, B. (2022). Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşılarıyla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sezer, A., Kadioğlu, H. (2014) Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(3):165-170.
- Shen, X., Wu, X., Deng, Z., Liu, X., Zhu, Y., Huang, Y., Deng, Y., Tian, Q., Gong, Y., Lu, Z. (2022). Analysis On Vaccine Hesitation and Its Associated Factors Among Parents Of Preschool Children In Songgang Street, Shenzhen. *Scientific Reports*, 12:9467.
- Soysal, G. (2021). Tokat İl Merkezindeki Beş Yaş Altı Çocukların Ebeveynlerinde Aşı Tereddüdü Reddi ve İlişkili Faktörler. Doktora tezi. Başkent Üniversitesi.
- Stern, AM., Markel, H. (2005). The History Of Vaccines and Immunization: Familiar Patterns, New Challenges. *Health Aff (Millwood)*.24(3):611-621.
- Şen Uğur, V.Y. (2016). Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Uzmanlık tezi. Celal Bayar Üniversitesi.
- Tahta, E. (2023). 0-5 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Bilgi ve Tutumları. Uzmanlık tezi. Pamukkale Üniversitesi.
- Tanrıkulu, Y., Tanrıkulu, G. (2021). Aşı Tereddütü ve Ebeveynlerin Tutumları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(2):199-204.
- Turvey, S., Broide, D. (2009). Innate Immunity. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology*, 125(2):24-32.
- Türk Tabipler Birliği. (2019). Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf/ Erişim Tarihi:21.01.2024.
- Türkoğlu, N., Kılıç, D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 24(1):25-33.
- Ulusoy, E. (2019). Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Çocukların Ebeveynlerinin Sağlam Çocuk Takibindeki Sorumlu Sağlık Okuryazarlıkları. Uzmanlık tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara.
- Üzüm, Ö., Eliaçık, K., Hortu Örsdemir, H., Karadağ Öncel, E. (2019). Ebeveynlerin Aşı Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler: Bir Eğitim Araştırma Hastanesine İlişkin Değerlendirme. *J Pediatr Inf*. 13(3):144-149. doi: 10.5578/ced.68398
- Veldwijk, J., Van Der Heide, I., Rademakers, J., Schuit, AJ., De Wit, GA., Ueters, E., Lambooij, MS. (2015). Preferences for Vaccination: Does Health Literacy Make a Difference? *Medical Decision Making* 35(8):948–958.
- WHO. (2019). Ten Threats To Global Health In 2019. Who. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Erişim Tarihi:05.02.2024.
- WHO. (2023). Measles. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>. Erişim Tarihi:05.02.2024.
- Yapıcı, G., Tunç, A.Y. (2019). Ülkemizde Aşı ile Korunabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi. *Lokman Hekim Dergisi*. 9(2):171- 183
- Yıldız, Y., Telatar, TG., Baykal, M., Aykanat Yurtsever, B. (2021). COVID-19 Pandemisi Döneminde Aşı Reddinin değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2): 200-205.

- Yıldızeli, F., Alabaz, D., Gözüyeşil, E. (2021). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarının Kabulünün Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. *J Pediatr Inf* .15(2):91-99
- Yiğit, T., Oktay, BÖ., Özdemir, CN., Pasa, SM. (2020). Aşı Karşıtlığı ve Fikri Gelişimi. *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi*.7(53):1244-1261.
- Yılmaz, D., Canbulat Şahiner, N., Erçelik ZE. (2023). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Aşılarla İlişkin Tutumları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *International Journal Of Health Sciences*, 3(3):304-310. D
- Yorulmaz, DS., Koçoğlu, D. (2023). Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Aşı Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Aşı Okuryazarlığı Ölçeği. *Halk Sağlığı Dergisi*. 32(5):1-9
- Yüksel, F., Kara Uzun, A. (2021). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* (15): 35-42.
- Yüksel, GH., Topuzoğlu, A. (2019). Aşı Retlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2):244-258.
- Zhang, H., Chen, L., Huang, Z., Lİ, D., TAO, Q., ZHANG, F. (2023). The Effects Of Parent's Health Literacy and Health Beliefs On Vaccine Hesitancy. *Published By Elsevier*. 41:2120-2126.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

1. Annenin yaşı
2. Babanın yaşı:.....
3. Annenin eğitim durumu:
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul/ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ve üstü
4. Babanın eğitim durumu:
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul/ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ve üstü
5. Annenin mesleği:.....
6. Babanın mesleği:.....
7. Aylık gelir: () Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla
8. Aile tipi: () Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile
9. Çocuk sayısı:..... Kız:..... Erkek:.....
10. Son çocuğun aşılarını düzenli olarak yaptırma durumu:
☐ Tam aşıllı ☐ Eksik aşıllı ☐ Hiç aşı yaptırmadım ☐ Bilmiyorum
11. Daha önceki çocuğun/çocukların aşılarını düzenli olarak yaptırma durumu:
☐ Tam aşıllı ☐ Eksik aşıllı ☐ Hiç aşı yaptırmadım ☐ Bilmiyorum
12. Aşılar eksik veya yapılmadı ise nedeni nedir?
☐ Aşılar hakkında bilgi eksikliği, ☐ Yan etki korkusu
☐ Aşı etkinliği ve güvenliğine dair endişeler ☐ Aşıların zararlı olduğu düşüncesi
☐ İnternet ve sosyal medyadaki aşı karşıtı yayınlar ☐ Doğal bağışıklığa inanma
☐ Dini nedenler ☐ Diğer:.....
13. Aşı sonrası çocuğunuzda yan etki gelişti mi?:
☐ Evet ☐ Hayır (ise 13. soruya geçiniz)
14. Hangi yan etki gelişti?
☐ Ateş ☐ Ağlama atağı ☐ İshal/kusma ☐ Enjeksiyon yerinde ağrı/şişlik/kızarıklık
☐ Diğer ise belirtiniz.....
15. Eşiniz çocuğunuza aşı yaptırmada ne düşünüyor?
☐ Çocuğa aşı yapılması taraftarı ☐ Çocuğa aşı yaptırmak istemiyor
☐ Aşı ile ilgili Tereddüt/kararsızlık yaşıyor ☐ Bilmiyorum

16. Eşiniz çocukluk çağı aşılarını yaptırmak istemiyor/Aşı ile ilgili tereddüt/kararsızlık yaşıyor ise nedenini açıklayınız?

.....

17. Kendi aşılarınız düzenli olarak yapıldı mı?

☐ Tam aşı ☐ Eksik aşı ☐ Hiç aşı yaptırmadım ☐ Bilmiyorum



EK 2. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Sizin, çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşlerinizle ilgileniyoruz. Çocuğunuzun doktoru veya hemşiresi çocuğunuzu hastalıklardan korumaya yardımcı olması için KKK (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) veya Çocuk Felci gibi aşıları rutin kontrolleri sırasında uygulamaktadır. BU ANKET, MEVSİMSEL GRİP VEYA DOMUZ GRİBİ (H1N1) AŞILARI İLE İLGİLİ DEĞİLDİR.

Anketi doldururken lütfen her bir soruyu bugün randevusu olan çocuğunuz ile ilgili olarak yanıtlayınız. Bu sorulara verilen yanıtlar, doktorlar ve hemşirelerin, ebeveynler ile çocukluk çağı aşıları hakkında yapacakları görüşmeleri geliştirmemize yardımcı olacaktır.

Lütfen aşağıdaki her bir soru için sadece tek bir yanıt işaretleyiniz.

S1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?

Evet

☐

Hayır

☐

Bilmiyorum

☐

S2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?

Evet

☐

Hayır

☐

Bilmiyorum

☐

S3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? 0'ın Hiç Emin Değilim ve 10'un Tamamen Eminim olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.

Hiç Emin
Değilim

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tamamen
Eminim

S4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapılıyor.

Kesinlikle
Katılıyorum

☐

Katılıyorum

☐

Emin
Değilim

☐

Katılmıyorum

☐

Kesinlikle
Katılmıyorum

☐

S5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.

☐☐☐☐☐

S6. Aşılanmak yerine hastalanarak bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.

☐☐☐☐☐

S7. Aynı anda daha az sayıda aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.	☐	☐	☐	☐	☐
S8. Bir aşının çocuğunuzda ciddi bir yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?	Hiç Endişelenmem	Pek Endişelenmem	Emin Değilim	Biraz Endişelenirim	Çok Endişelenirim
S9. Çocuğunuza yaptıracığınız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?	☐	☐	☐	☐	☐
S10. Bir aşının çocuğunuzu o hastalığa karşı koruyamama ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?	☐	☐	☐	☐	☐
S11. Bugün bir bebeğiniz daha olsaydı, önerilen aşıların tümünün yapılmasını ister miydiniz?		Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐	

S12. Genel olarak, çocukluk dönemi aşıları konusunda ne kadar tereddüttünüz olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç tereddüdüm yok ☐
	Pek tereddüdüm yok ☐
	Emin değilim ☐
	Biraz tereddütlüyüm ☐
	Çok tereddütlüyüm ☐

S13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	☐	☐	☐	☐	☐

S14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

S15. Her şeyi hesaba katarak, çocuğunuzu takip eden ebe-hemşireye ya da doktora ne kadar güveniyorsunuz?	Hiç Güvenmiyorum											Tamamen Güveniyorum
0'ın Hiç Güvenmiyorum ve 10'un Tamamen Güveniyorum olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

EK 3.Eçat Ölçek Puanlaması:

Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Sizin, çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşlerinizle ilgileniyoruz. Çocuğunuzun doktoru veya hemşiresi çocuğunuzu hastalıklardan korumaya yardımcı olması için KKK (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) veya Çocuk Felci gibi aşıları rutin kontrolleri sırasında uygulamaktadır. BU ANKET, MEVSİMSEL GRİP VEYA DOMUZ GRİBİ (H1N1) AŞILARI İLE İLGİLİ DEĞİLDİR.

Anketi doldururken lütfen her bir soruyu bugün randevusu olan çocuğunuz ile ilgili olarak yanıtlayınız. Bu sorulara verilen yanıtlar, doktorlar ve hemşirelerin, ebeveynler ile çocukluk çağı aşıları hakkında yapacakları görüşmeleri geliştirmemize yardımcı olacaktır.

Lütfen aşağıdaki her bir soru için sadece tek bir yanıt işaretleyiniz.

1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?	Evet 2	Hayır 0	Bilmiyorum Dahil EDİLMEZ								
2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?	Evet 2	Hayır 0	Bilmiyorum Dahil EDİLMEZ								
3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? <i>0'ın Hiç Emin Değilim ve 10'un Tamamen Eminim olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.</i>	Hiç Emin Değilim 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tamamen Eminim 10
	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0
4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapılıyor.	Kesinlikle Katılıyorum 2	Katılıyorum 2	Emin Değilim 1	Katılmıyorum 0	Kesinlikle Katılmıyorum 0						
5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.	0	0	1	2	2						
6. Aşılanmak yerine hastalanarak bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.	2	2	1	0	0						
7. Aynı anda daha az sayıda aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.	2	2	1	0	0						

8. Bir aşının çocuğunuzda ciddi bir yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?	Hiç Endişelenmem	Pek Endişelenmem	Emin Değilim	Biraz Endişelenirim	Çok Endişelen						
	0	0	1	2	2						
9. Çocuğunuza yaptıracığınız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?	0	0	1	2	2						
10. Bir aşının çocuğunuzu o hastalığa karşı koruyamama ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?	0	0	1	2	2						
11. Bugün bir bebeğiniz daha olsaydı, önerilen aşıların tümünün yapılmasını ister miydiniz?		Evet	Hayır	Bilmiyorum							
		0	2	1							
12. Genel olarak, çocukluk dönemi aşıları konusunda ne kadar tereddüttünüz olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç tereddüdüm yok	0									
	Pek tereddüdüm yok	0									
	Emin değilim	1									
	Biraz tereddütlüyüm	2									
	Çok tereddütlüyüm	2									
13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum						
	0	0	1	2	2						
14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.	0	0	1	2	2						
15. Her şeyi hesaba katarak, çocuğunuzu takip eden ebe-hemşireye ya da doktora ne kadar güveniyorsunuz?	Hiç Güvenmiyorum				Tamamen Güveniyorum						
0'ın Hiç Güvenmiyorum ve 10'un Tamamen Güveniyorum olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0

EK 4.Eçat Ölçek Ham Puan Dönüştürme:

Not: PACV ölçeğinde Soru (S1) ve Soru 2 (S2); Evet, Hayır, Bilmiyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin skorlanmış halinin toplanmasıyla elde edilen ham puan aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurularak 100'lük puana dönüştürülmektedir. 100'lük yapıya dönüştürülen PACV puanının 50'nin altında olması aşı tereddüdünün olmadığını, 50 ve üstünde olması aşı tereddüdünün olduğunu göstermektedir.

A		B		C	
Hem S1 hem de S2'de Evet veya Hayır seçilmiş ve S3-S15'e eksik yanıt verilmediyse		S1 veya S2 Bilmiyorum seçilmiş veya S3-S15'te bir eksik yanıt varsa		S1 veya S2 Bilmiyorum seçilmiş veya S3-S15'te iki eksik yanıt varsa	
Ham skor	Dönüştürülmüş skor	Ham skor	Dönüştürülmüş skor	Ham skor	Dönüştürülmüş skor
0	0	0	0	0	0
1	3	1	4	1	4
2	7	2	7	2	8
3	10	3	11	3	12
4	13	4	14	4	15
5	17	5	18	5	19
6	20	6	21	6	23
7	23	7	25	7	27
8	27	8	29	8	31
9	30	9	32	9	35
10	33	10	36	10	38
11	37	11	39	11	42
12	40	12	43	12	46
13	43	13	46	13	50
14	47	14	50	14	54
15	50	15	54	15	58
16	53	16	57	16	62
17	57	17	61	17	65
18	60	18	64	18	69
19	63	19	68	19	73
20	67	20	71	20	77
21	70	21	75	21	81
22	73	22	79	22	85
23	77	23	82	23	88
24	80	24	86	24	92
25	83	25	89	25	96
26	87	26	93	26	100
27	90	27	96		
28	93	28	100		
29	97				
30	100				

EK 5.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
1.Bulduğum materyalleri okuyamıyorum.	5	4	3	2	1
2.Yazılar benim için çok küçük yazılmış.	5	4	3	2	1
3.İçerik benim anlamam için çok zor.	5	4	3	2	1
4.Onları okumam çok uzun zaman alıyor.	5	4	3	2	1
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.	5	4	3	2	1
B. Bir hastalık tanısı alırsanız ve sizin bu hastalığa ve tedavisine ilişkin fazla bir bilginiz yoksa, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
6.Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	1	2	3	4	5
7.İstediğim bilgileri elde ederim.	1	2	3	4	5
8.Aldığım bilgileri anlarım	1	2	3	4	5
9.Doktoruma, aileme veya arkadaşlarıma hastalığım hakkında kendi fikirlerini söylerim.	1	2	3	4	5
10.Aldığım bilgileri günlük yaşamıma uygulayım.	1	2	3	4	5
C. Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
11.Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
12.Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
13.Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
14.Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	1	2	3	4	5