



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINI REDDEDEN AİLELERİN
KARARLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

ZEYNEP NUR KOLÇAK
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINI REDDEDEN AİLELERİN
KARARLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

ZEYNEP NUR KOLÇAK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Zeynep Nur Kolçak

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Çocukluk Dönemi Aşılarını Reddeden Ailelerin Kararlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Çalışma

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2025 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 16/01/2025 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2025

Dr. Zeynep Nur Kolçak

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım, her zaman bir abi gibi hissettiren ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN'a,

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve çalışmanın olgunlaşmasında büyük destek sağlayan çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit AYDIN'a,

Bu çalışmanın bütün aşamalarında büyük emeği olan ve uzmanlık eğitimim boyunca yorulmadan tüm sorularımı cevaplayan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Erkut ETÇİOĞLU'na,

Bugünlere gelmemde en büyük emeği ve katkısı olan, her koşulda arkamda duran, bana her şeyden önce koşulsuz sevgiyi öğretten canım annem Fatma ALİM ve canım babam Süleyman ALİM'e, sevgilerini hep kalbimde taşıdığım kardeşlerim Ali Emre ALİM ve Nurefşan ALİM'e,

Birlikte geçirdiğimiz her gün için şükrettiğim, her durumda beni destekleyen, hayatımı kolaylaştıran ve sevinçle dolduran yol arkadaşım, sevgili eşim Yunus Emre KOLÇAK'a,

Asistanlık sürecimin bana en güzel hediyesi olan, kalbimi sevgisiyle dolduran biricik kızım Erva KOLÇAK'a,

Asistanlık süreci sayesinde tanıştığım, Sakarya'daki ailem olan değerli dostlarım sayın Dr. Ayşenur USLU, Dr. Şükran GEÇGEL, Dr. Gülfem PINARBAŞI, Dr. Buse Berfin ÜMİT, Dr. Halide Nur KILIÇ, Dr. Rana TİRYAKİOĞLU ve Dr. Meryem KARAGÜR SARIOĞLU'na,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Zeynep Nur KOLÇAK

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bağışıklama	3
2.1.1. Bağışıklama tanımı.....	3
2.1.2. Bağışıklama türleri	3
2.1.3. Bağışıklama tarihçesi	4
2.2. Aşı Uygulamaları	9
2.2.1. Dünyada aşı uygulamaları.....	9
2.2.2. Türkiye’de aşı uygulamaları.....	11
2.3. Aşı Reddi.....	17
2.3.1. Aşı reddinin tanımı ve tarihçesi	17
2.3.2. Aşı reddinin nedenleri	18
2.3.3. Dünyada aşı reddi.....	20
2.3.4. Türkiye’de aşı reddi	20
2.3.5. Aşı reddinin toplumdaki etkileri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22

3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	22
3.5. Verilerin Analizi.....	24
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
4. BULGULAR	26
4.1. Aşı Güvenliği ve İçerik Endişeleri	27
4.1.1. Aşı içeriklerine ve üreticilerine olan güvensizlik.....	28
4.1.2. Aşı yan etkilerine dair kaygılar	29
4.1.3. Geleneksel ve modern aşı karşılaştırması	31
4.1.4. Aşı takvimi ve doz sayısı ile ilgili kaygılar.....	31
4.2. Bilgi Kaynakları ve Algılar	32
4.2.1. Sosyal medyanın etkisi.....	32
4.2.2. Çevrenin etkisi	34
4.2.3. Sağlık sistemine olan güvensizlik	35
4.3. Bireysel ve Ailesel Karar Mekanizmaları	37
4.3.1. Olumsuz tecrübeler	37
4.3.2. Dini etkenler.....	39
4.3.3. Alternatif yöntemler	39
4.3.4. Modern tedavi olanakları	41
4.4. Toplumsal Faktörler ve Sosyal Algılar.....	42
4.4.1. Olumsuz tecrübeler	42
4.4.2. Hastalık korkusunun azalması	43
4.4.3. Toplum yapısının bozulması endişesi	44

4.4.4. Toplumun bilinçsizce hareket etmesi.....	44
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	46
6. KAYNAKLAR.....	54
7. EKLER.....	59
7.1. EK-1: Etik kurul kararı.....	59
7.2. EK-2: Anket formu.....	60
ÖZGEÇMİŞ	61



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
BCG: Bacille Calmette–Guérin
DaBT: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos
DBT: Difteri-Boğmaca-Tetanos
GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HAV: Hepatit A Virüsü
Hib: Haemophilus Influenzae Tip b
IPV: İnaktif Poliovirüs
KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
OPA: Oral Poliovirüs Aşısı
PPA: Polisakkarit Pnömonokok Aşısı
SS: Standart Sapma
Td: Tetanos- Difteri
VZV: Varicella Zoster Virüsü

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi, 2020.....	12
Şekil 4.1. Çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerin kararlarını etkileyen faktörler hakkındaki kelime bulutu.....	28



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Aşı üretimi tarihçesi ve yöntemleri.....	8
Tablo 4.1. Çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerin kararlarını etkileyen faktörler için belirlenen temalar ve kategoriler.....	27



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aşı reddi Türkiye’de ve dünya genelinde giderek artmaktadır. Çalışmamızın amacı aşı reddinde bulunan ailelerle görüşerek aşı reddinin nedenlerini ortaya çıkarmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışma niteliksel yöntemle yapılmış olup tanımlayıcı bir niteliktedir. Veriler, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan sekiz ve aşı reddinde bulunan ailelerin düşüncelerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan beş açık uçlu soru içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşme tekniğiyle elde edilen görüşler, temalar ve kategoriler şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 16 kadın (%80), 4 erkek (%20) olmak üzere toplam 20 ebeveyn katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $32,55 \pm 4,34$ Standart Sapma (SS) yıldır. Araştırmamızda elde edilen veriler; “aşı güvenliği ve içerik endişeleri”, “bilgi kaynakları ve algılar”, “bireysel ve ailesel karar mekanizmaları” ve “toplumsal faktörler ve sosyal algılar” temaları altında toplanmıştır.

SONUÇ: Aşı reddinin nedenlerinin belirlenmesi aşı reddi sayılarının azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Aileler aşıların yan etkileri ile ilgili sağlık otoriteleri tarafından bilgilendirilmeli, sosyal medya uygulamalarında doğruluğu ispatlanmış bilgiler paylaşılmalıdır. Ayrıca içeriği ailelere anlaşılır bir şekilde açıklanmış yerli aşıların bulunmasının aşı reddi sayılarının azaltılmasında önemli bir etken olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aşı reddi, bağışıklama, çocukluk dönemi, nitel çalışma

ABSTRACT

Evaluation of factors affecting families' decisions to refuse childhood vaccines: a qualitative study

INTRODUCTION AND AIM: Vaccine refusal is increasing in Turkey and worldwide. The aim of our study is to reveal the reasons for vaccine refusal by interviewing families who refuse vaccines.

MATERIALS AND METHODS: This study was conducted using a qualitative method and is descriptive in nature. Data were collected using a semi-structured interview form that included eight questions questioning socio-demographic characteristics and five open-ended questions aiming to deeply examine the thoughts of families refusing vaccination. The opinions obtained through the in-depth interview technique were grouped into themes and categories.

RESULTS: A total of 20 parents participated in the study, 16 female (80%) and 4 male (20%). The mean age of the participants was 32.55 ± 4.34 Standard Deviation (SD) years. The data obtained in our study were collected under the themes of "vaccine safety and content concerns", "information sources and perceptions", "individual and family decision mechanisms" and "social factors and social perceptions".

CONCLUSION: Determining the reasons for vaccine refusal is of great importance in reducing the number of vaccine refusals. Families should be informed by health authorities about the side effects of vaccines, and proven information should be shared on social media applications. We also believe that finding local vaccines whose content is explained to families in an understandable way can be an important factor in reducing the number of vaccine refusals.

Keywords: Childhood, immunization, qualitative study, the rejection of vaccine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılar, 20. yüzyılın en önemli halk sağlığı kazanımları arasında yer almakta olup hem çocukların hem de yetişkinlerin sağlığını korumada ve bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet etkin, güvenilir ve en etkili halk sağlığı müdahalelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Baş, 2021).

Aşılar DSÖ'ye göre, bağışıklık sisteminin virüs ve bakterileri tanımasını, onlarla savaştığını ve bu patojenlerin neden olduğu hastalıklara karşı vücudu korumasını sağlayan ürünlerdir (https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1, Erişim tarihi: 3 Şubat 2025).

Aşılama, bireyleri yan etki, sakatlık ve ölüm riski yüksek olan enfeksiyon hastalıklarına karşı korumanın yanı sıra, henüz aşılanmamış bireylerde bağışıklık geliştirilmesine de katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, aşı uygulamaları salgınları önleme, hastalığın belirli bir bölgede yok edilmesini ve dünya genelinde tamamen ortadan kaldırılmasını sağlama amacı taşımaktadır (Baş, 2021).

Son 50 yıldır yürütülen aşılama programları, 146 milyonu beş yaşından küçük çocuklar olmak üzere toplam 154 milyon ölümü engellemiştir. Kızamık aşısıyla önlenen ölümler, kurtarılan 154 milyon hayatın 93,7 milyonunu oluşturmaktadır (Shattock ve ark., 2024).

Aşı ile elde edilen başarıların sürdürülebilmesi, genel popülasyonda yüksek aşılama oranlarının korunması ile mümkündür. Aşılama hizmetlerinde meydana gelebilecek kısa süreli aksaklıklar dahi, duyarlı bireylerin sayısının artmasına yol açarak aşı ile önlenebilen hastalıkların salgın şeklinde yayılmasına zemin hazırlayabilir. Ülkemizde, dünya genelinde olduğu gibi, son yıllarda aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakalarının artış gösterdiği gözlemlenmektedir (<https://hasuder.org/Duyurular/EkIndir/17a67ded-6d6b-0458-75c6-3a123cbf49b7>, Erişim tarihi: 3 Şubat 2025).

Dünya genelinde 2018'de toplam 324 277 kızamık vakası rapor edilirken 2019'da sadece ocak ve şubat aylarında bu sayı 74 338 olarak kaydedilmiştir. Türkiye'de

ise 2017’de 85 çocukta kızamık tespit edilirken 2018’in ilk üç ayında vaka sayısı 44’e ulaşmıştır (Gür, 2019).

Aşı tereddüdü nedeniyle aşılama yapılmaması, hem ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta hem de sağlık profesyonelleri açısından zorluklar ve riskler barındırmaktadır. Sağlık çalışanları, ebeveynlerin çocuklarının sağlığından birincil derecede sorumlu olduğunu düşünmekte ve bu nedenle aşı reddinin temel sorumluluğunu ebeveynlere atfetmektedir (Tanrikulu ve Tanrikulu, 2020).

Ebeveynlerin çocuklarını aşılamayı reddetme, erteleme veya bu konuda tereddüt yaşama nedenlerini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmalarda, aşı karşıtlığının temel sebepleri arasında dini inanışlar, kişisel veya felsefi görüşler, güvenlik endişeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından daha fazla bilgi edinme isteği öne çıkmaktadır (McKee ve Bohannon, 2016).

Bu çalışma ailelerle yüz yüze görüşerek çocukluk dönemi aşıları hakkındaki düşüncelerini öğrenmeyi ve aşı reddinin nedenlerini açığa çıkararak literatüre katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Başışıklama

2.1.1. Başışıklama tanımı

Başışıklama, insan başışıklık sisteminin enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak amacıyla yapay yöntemlerle uyarılması işlemidir. Bu süreç, aktif ve pasif başışıklama olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilir. Aktif başışıklama aşı uygulamalarıyla sağlanırken, pasif başışıklama immünglobülinlerin kullanımıyla elde edilir. Aşı ise organizmaya doğru yollarla verildiğinde başışıklık yanıtı oluşturan canlının enfeksiyonlardan korunmasını sağlayan maddedir. Aşılar, zayıflatılmış veya inaktive edilmiş mikroorganizmalardan ya da bunların belirli parçalarından hazırlanan süspansiyonlardır ve başışıklık sistemini harekete geçirmek amacıyla cilt altı, kas içi veya ağız yolu gibi çeşitli yollarla uygulanmaktadır (<https://www.ekmud.org.tr/files/uploads/files/eriskin-bagisiklama-rehberi-2024.pdf>, Erişim tarihi: 3 Şubat 2025).

2.1.2. Başışıklama türleri

Pasif başışıklama, dışarıdan hazır antikor veya antitoksinlerin bireye verilmesiyle sağlanır. Bu antikorlar, hastalığı geçirip iyileşmiş ya da aşılanmış bireylerin serumlarından farklı tekniklerle elde edilir. Ancak bu başışıklama türü sınırlı bir süre için etkilidir ve genellikle aşı ile aktif başışıklık gelişene kadar geçen sürede geçici koruma sağlamak amacıyla kullanılır. Pasif başışıklama, başışıklık sistemi baskılanmış bireyler veya ciddi komplikasyonlara yol açabilecek enfeksiyon riski taşıyan kişileri koruma amacıyla yapılır (Büke, 2015).

Aktif başışıklık, bireyin başışıklık sisteminin belirli bir hastalık etkenine karşı kendi antikorlarını üretmesi için uyarılmasıdır. Bu başışıklık doğal yollarla ya da aşılama yoluyla elde edilebilir. Doğal başışıklık, hastalığın geçirilmesiyle kazanılırken, aşı kaynaklı başışıklık mikroorganizmaların ölü ya da zayıflatılmış formlarının vücuda verilmesiyle sağlanır. Her iki şekilde de başışıklık sistemi, hastalığa neden olan mikroorganizmayı tanır ve bu sayede ileride aynı etkenle karşılaştığında hızla yanıt

verebilir. Aktif bağışıklama, uzun süreli koruma sağlar ve bazı hastalıklarda ömür boyu sürebilir (https://www.cdc.gov/vaccines/basics/immunity-types.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/immunity-types.htm, Erişim tarihi: 3 Şubat 2025).

Aktif bağışıklama, bireyin kendi bağışıklık sistemini uyararak uzun süreli koruma sağlaması nedeniyle birçok durumda pasif bağışıklamaya tercih edilir. Pasif bağışıklıkta koruyuculuğun devam etmesi için tekrar dozlara ihtiyaç duyulurken, aktif bağışıklıkta genellikle bu gereklilik yoktur. Ayrıca, aktif bağışıklama genellikle daha güvenlidir. Pasif bağışıklamada, özellikle hayvan kaynaklı serumlar kullanıldığında serum hastalığı veya anafilaksi gibi ciddi yan etkiler görülebilir. İnsan serumları kullanıldığında bile alerjik reaksiyon riski vardır. Buna karşın, aktif bağışıklama ile oluşan reaksiyonlar nadiren ciddi bir boyuta ulaşır. Ayrıca aktif bağışıklama genellikle daha ekonomiktir çünkü aşılarda üretim maliyeti antiserumların üretiminden daha düşüktür (Mortimer, 1978).

2.1.3. Bağışıklama tarihçesi

Çin’de 16. yüzyılda, hastalığa yakalanmış bireylerin lezyonlarından alınan materyalin sağlıklı kişilere sürülmesiyle hastalığın önlenebileceği keşfedilmiştir. Çiçek hastalığı geçiren bireylerin yara kabuklarının toz haline getirilip sağlıklı bireylerin burnuna çekilmesi gibi yöntemlerin de etkili bir koruma sağladığı bulunmuştur. Bu uygulamalar, en eski bağışıklama girişimleri arasında kabul edilmektedir (Karabay, 2021). Modern aşılamanın temeli ise 1796 yılında Edward Jenner tarafından atılmıştır. Jenner, çiçek hastalığına karşı bağışıklık sağlayan ilk aşıyı üretmiştir. Edward Jenner, inek çiçeği virüsüyle enfekte olan sütçülerin çiçek hastalığına karşı bağışıklık kazandığını gözlemlemiştir. Bu bulgudan hareketle inek çiçeği hastası bir bireyin püstülünden elde ettiği irini bahçıvanın çocuğuna enjekte etmiştir. Daha sonra çocuğu çiçek hastalığı virüsüyle karşı karşıya bırakan Jenner, çocuğun enfeksiyondan etkilenmediğini gözlemlemiştir. Bu bulgular tıp tarihinde devrim niteliği taşıyan çalışmalardan biri olarak kabul edilmektedir. Jenner, bu uygulamayı “Variolae vaccinae” olarak adlandırdı. Aşı kelimesinin kökeni, Latince'deki "inek" anlamını taşıyan ‘vacca’ sözcüğüne dayanmaktadır. Günümüz

etik standartlarına göre Jenner'ın deneyi kabul edilemez bulunabilir ve çeşitli metodolojik eksiklikler içermektedir. Ancak bu çalışma çiçek aşısının geliştirilmesinde öncü bir rol oynamış ve modern aşı biliminin temelini atarak pek çok aşının keşif ve geliştirilmesine olanak sağlamıştır (Kayser ve Ramzan, 2021).

Çiçek hastalığı eradikasyon programı, 1966'da DSÖ tarafından başlatılmış ve 1980 yılında bu hastalığın dünya genelinden eradike edildiği duyurulmuştur ([https://www-who-int.translate.goog/news-room/feature-stories/detail/the-smallpox-eradication-programme---sep-\(1966-1980\)?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=tc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/feature-stories/detail/the-smallpox-eradication-programme---sep-(1966-1980)?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=tc), Erişim tarihi: 4 Şubat 2025).

Edward Jenner'ın çiçek aşısını geliştirmesinden yaklaşık 80 yıl sonra Louis Pasteur, kuduz virüsüne karşı zayıflatılmış canlı bir aşı geliştirilmesinde önemli bir başarı elde etmiştir. Aynı yüzyılda Robert Koch'un birçok mikroorganizmayı keşfetmesiyle mikrop teorisi şekillenmiştir (Saleh ve ark., 2021).

İnsan tüberkülozuna karşı etkili bir bağışıklık sağlamak için Calmette ve Guérin, bir veteriner hekim olan Nocard'dan temin ettikleri inek tüberküloz basili üzerinde çalışmalara başlamışlardır. Bu çalışmalar kapsamında basil 39 kez yapay bir ortamda pasajlanmış ve bu işlem sonucunda hayvanlarda öldürücü etkisini kaybettiği gözlemlenmiştir. Daha sonraki 11 yıllık süreçte toplamda 230 pasaj gerçekleştirildikten sonra enfektivite özelliğini tamamen yitiren bu basil, "Bacille Calmette-Guérin (BCG)" olarak adlandırılmıştır. Calmette, 1921 yılında BCG'nin insanlar üzerinde uygulanması fikrini hayata geçirmiştir. İlk insan uygulaması, Fransa'da Weill-Halé tarafından gerçekleştirilmiştir. Aşı, doğumdan sonra annesini tüberküloz nedeniyle kaybeden sağlıklı bir yenidoğana uygulanmıştır. Bu ilk uygulama, tüberküloz basilinin enfeksiyon yolunun gastrointestinal sistem olduğu düşünüldüğü için aşı oral yolla verilmiştir. 1924 yılına kadar toplam 664 yenidoğan oral BCG aşısı ile aşılanmış ve bu bireyler kapsamlı bir şekilde izlenmiştir. Elde edilen bulgular, aşının güvenli ve koruyucu bir yöntem olduğunu göstermiştir. 1927 yılında ilk kez intradermal BCG aşısı üretilmiştir. Oral BCG aşılarının kullanımı 1960 yılında sonlandırılmış ve intradermal yöntem kullanılmaya başlanmıştır (Akdeniz ve Kavukcu, 2016).

İlk nesil aşların geliştirilmesi toksinlerin zayıflatılmış formları olan toksoidlerin kullanımını takiben 20. yüzyılın ortalarında mümkün olmuştur. Toksoidlerin kullanımı tetanos ve difteri gibi ciddi hastalıklara karşı aşı üretilmesine imkan sağlamıştır. Bu dönemde laboratuvar teknolojilerinde yaşanan gelişmeler de aşı bilimine önemli katkılar sağlamıştır. Örneğin, 1930'larda koryoallantoik membran üzerinde virüslerin üretilmesi mümkün hale gelmiş, bu yenilik sarı humma ve grip aşlarının geliştirilmesine olanak tanımıştır. Aşı biliminin altın çağı olarak nitelendirilebilecek süreç, hücre kültürü teknolojilerinin evrim geçirmesiyle çocuk felci aşısının geliştirilmesine imkan sağlamıştır. Yaklaşık 15 yıl süren bu dönemde suçiçeği, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak gibi hastalıklar için etkili aşlar geliştirilmiştir. Rekombinant DNA teknolojisinin uygulanmaya başlaması ve tam genom dizileme tekniklerinin geliştirilmesi modern aşı geliştirme süreçlerinde bir dönüm noktası olmuştur. Bu yenilikler bilim insanlarına farklı patojenlere karşı daha önce teknik olarak mümkün olmayan aşı geliştirme araçlarını sunmuştur (Saleh ve ark., 2021).

Ülkemizde aşı üretimine yönelik ilk çalışmalar Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır. 1721'de eşi İngiltere Büyükelçisi olan Lady Mary Montagu, ülkesine İstanbul'dan yazdığı mektupta çiçek hastalığına karşı uygulanan ve aşı olarak adlandırılan bir yöntemi (variolyasyon metodu) büyük bir şaşkınlıkla aktarmıştır. Aşı yapımına ait bilinen en eski yazılı kayıt bu mektup olarak kabul edilmektedir (<https://asi.saglik.gov.tr/asi/genel-bilgiler/33-asinin-tarihçesi.html>, Erişim tarihi: 4 Şubat 2025).

1801 yılında Jenner'ın çiçek aşısı yöntemi uygulanmaya başlanmasından üç yıl sonra Osmanlı Devleti'nde de bu yöntem kullanılmaya başlanmıştır. Çiçek hastalığına karşı mücadelede 1885 yılında "Çiçek Nizamnamesi" adıyla dünyada ilk kez bir yasal düzenleme hayata geçirilmiştir. Bu nizamname kapsamında çiçek aşısı yaptırmayan bireylerin askeri okullara ve yatılı eğitim kurumlarına kabul edilmesi yasaklanmıştır. Kuduz aşısının üretimi ve uygulanması amacıyla 1886'da Pasteur Enstitüsü'ne hekimler ve veterinerler gönderilmiş, aldıkları eğitimin ardından 1887 yılı başında Türkiye'ye kuduz aşısı getirilmiştir. Aynı yıl, Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de ilk kuduz aşısının üretimi gerçekleştirilmiş ve kuduz aşısının

uygulanmasını organize etmek üzere Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur. Osmanlı Devleti'nde çiçek aşısı üretimi ise 1892 yılında başlamıştır (Akdeniz ve Kavukcu, 2016).

1928'de, Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi halk sağlığını koruma amacıyla çalışmalar yapmak için kurulmuştur. Enstitüde koruyucu hekimlik kapsamında serum ve aşı üretimine yönelik çalışmalar yapılmıştır. 1936 yılı itibarıyla çiçek, tifo, kuduz, kolera, veba, boğmaca, BCG (ağızdan ve deri içine), tetanos, tifüs, kuduz ve grip dahil toplam 17 farklı aşı türünün üretimine başlanmıştır. 1937 yılında ise kuduz serumu üretimi hayata geçirilmiştir. 1947 yılında kurulan Biyolojik Kontrol Laboratuvarı, BCG aşısının üretimine zemin hazırlamış ve aynı yıl bu aşının üretimine başlanmıştır. 1948 yılında boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır. 1965 yılında ilk kez çiçek aşısı kuru olarak üretilmiş; 1976 yılında kuru BCG aşısı deneysel üretimi gerçekleştirilmiştir. 1983 yılında ise kuru BCG aşısının üretimine başlanmıştır. Kurum cumhuriyetin ilk dönemlerinde Türkiye'nin aşı ihtiyacını karşılamıştır. Çağın teknolojik gerekliliklerine uyum sağlanmadığı gerekçesiyle 1996'da yılında Difteri-Boğmaca-Tetanos (DBT), 1998'de ise BCG aşısı yapımı durdurulmuştur (Akdeniz ve Kavukcu, 2016).

Aşı üretiminin durdurulmasının ardından, ihtiyaç duyulan aşılar satın alma yoluyla temin edilmeye başlanmıştır. 2000'li yıllarda Türkiye'de aşı üretimi konusundaki ilgi yeniden canlanmıştır. 2009'da beşli karma (Difteri, aselüler boğmaca, tetanos-İnaktif Poliovirüs- Haemophilus Influenzae Tip b) (DaBT-IPV-Hib) ve 2011'de dörtlü karma (DaBT-IPV) aşıları için üç yıllık alım anlaşmaları yapılmış, bu süreçte ülkeye enjektöre dolum ve paketlenme teknolojileri kazandırılmıştır. 2010'da ise zatürre aşısı için benzer bir anlaşma gerçekleştirilmiş ve bunun sonucunda formulasyon teknolojisinin de Türkiye'ye getirilmesi sağlanmıştır (<https://asi.saglik.gov.tr/asi/genel-bilgiler/33-ashinin-tarihcesi.html>, Erişim tarihi: 4 Şubat 2025).

2013'te Hacettepe Üniversitesi, Türkiye'de yeniden aşı üretiminin başlatılmasına yönelik önemli bir girişim başlatmıştır. Bu kapsamda, antijen üretiminden başlayarak tamamen yerli aşı geliştirilmesi hedeflenmiş ve bir "Aşı Geliştirme Laboratuvarı" kurulması planlanmıştır. 2014 yılında faaliyete geçen laboratuvar, 2017 yılı sonlarına

doğru uluslararası teknoloji transferiyle Türkiye'nin ilk yerli rekombinant Hepatit B aşısını üretmeyi başarmıştır. Aşının lisans alması ve geniş ölçekli üretimi için çalışmalar halen devam etmektedir (Demirden ve ark., 2022). Aşıların geliştirilme tarihleri ve yöntemleri Tablo 2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Aşı üretimi tarihçesi ve yöntemleri (Akdeniz ve Kavukcu, 2016'dan değiştirilerek kullanılmıştır)

Tarih	Canlı atenüe (zayıflatılmış)	Ölü, tüm hücre	Pürifiye protein ya da polisakkaridler	Genetik mühendislik
18. yüzyıl	Çiçek, 1798			
19. yüzyıl	Kuduz, 1885	Tifo, 1896 Kolera, 1896 Veba, 1897		
20. yüzyıl İlk yarı	BCG, 1927 Sarıhumma, 1935	Boğmaca, 1926 İnfluenza, 1936 Riketsiya, 1938	Difteri toksoid, 1923 Tetanos toksoid, 1926	
20. yüzyıl İkinci yarı	Polio oral, 1963 Kızamık, 1963 Kabakulak, 1967 Kızamıkçık, 1969 Adenovirüs, 1980 Salmonella tifi, 1989 Varisella, 1995	Polio IM, 1955 Kuduz, 1980 Hepatit A, 1996 Konjuge meningokok (c grubu), 1999	Polisakkarid meningokok, 1974 Polisakkarit pnömokok, 1977 Polisakkarit Hib, 1985 Konjuge Hib, 1987 Polisakkarit tifo, 1994 Aselüler boğmaca, 1996 Hepatit B, 1981	Hepatit B Ag rekombinant, 1986
21. yüzyıl	Rotavirüs, 2006 Zoster, 2006	Kolera, 2009	Konjuge pnömokok (23 valanlı), 2000 Konjuge meningokok (4 valanlı), 2005 Konjuge pnömokok (13 valanlı), 2010	HPV rekombinant (4 valanlı), 2006 HPV rekombinant (2 valanlı), 2009 Meningkok grup B protenleri, 2013 HPV rekombinant (9 valanlı), 2014

BCG: Bacille Calmette–Guérin, IM: İntramüsküler, Hib: Haemophilus İnfluenzae Tip b, Ag: Antijen, HPV: Human Papillomavirüs

2015 yılında Bulgaristan merkezli bir ilaç firmasıyla tetanos-difteri karma aşısının üretimi için bir iş birliği başlatılmıştır. Bu kapsamda, Ankara'da bir dolum tesisi kurulmuş ve 2017'de ilk dolum işlemi başarıyla gerçekleştirilmiştir. 2019 yılında bu aşının tüm bileşenlerini yerli olarak üretme hedefiyle altyapı çalışmalarına

başlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda 2020 yılında antijeni de dahil olmak üzere aşının tüm bileşenleri Türkiye’de üretilmiş ve ruhsatlandırılmıştır. Aşı aynı yıl kullanıma sunulmuştur ve 2021’e kadar baştan sona tüm aşamaları Türkiye’de üretilmiş tek aşı olma özelliğini taşımaktadır. Pandemi döneminde Covid-19 aşlarına öncelik verilse de influenza, hepatit B ve difteri gibi toplum sağlığını tehdit eden hastalıklara yönelik yerli aşı geliştirme çalışmaları da devam etmektedir (Demirden ve ark., 2022).

2.2. Aşı Uygulamaları

2.2.1. Dünyada aşı uygulamaları

Aşıların halk sağlığı müdahalesi olarak kullanımı, DSÖ’nün 1974 yılında başlattığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile küresel ölçekte sistematik hale gelmiştir. Bu program çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin de dahil olduğu hedef grupların tamamına ilgili aşılarla evrensel erişimi sağlamayı amaçlamaktadır. Programın güvenli ve maliyet açısından uygun yapısı başlangıç aşamasında tüberküloz, tetanos, difteri, çocuk felci, boğmaca ve kızamık gibi altı temel bulaşıcı hastalığa odaklanmıştır. Günümüzde GBP’nin kapsamına yeni aşılar eklenmektedir (Ngwa ve ark., 2021).

Küresel verilere göre, 2017 yılında DBT aşısının ilk dozu, her 10 çocuktan dokuzuna uygulanmış, ancak üç dozluk tam aşılama oranı %85’te kalmıştır. Bununla birlikte, Angola, Gine, Somali, Çad, Güney Sudan ve Ukrayna gibi ülkelerde, üç doz DBT aşısı veya tek doz kızamık aşısı uygulama oranlarının %50’nin altında olduğu rapor edilmiştir. Her yıl dünya genelinde 100 milyondan fazla çocuk aşılanmakta, bu aşılarla son 20 yıl içinde 20 milyondan fazla ölümün önüne geçildiği tahmin edilmektedir. Etkili ve planlı bağışıklama stratejileriyle her yıl yaklaşık 4-5 milyon kişinin hayatının kurtarılabileceği öngörülmektedir (Emre ve Keskinlik, 2022).

2020-2021 yıllarında aşılama kapsamındaki gerileme büyük ölçüde COVID-19 pandemisinin sağlık sistemlerinde oluşturduğu ciddi yük ve COVID-19 aşılarının dağıtım süreçleri gibi çeşitli faktörlerin etkisine dayanmaktadır. Pandeminin sağlık altyapısında yarattığı bu baskılar, tedarik zincirlerinde aksamalara, sağlık personeli

eksikliklerine ve finansal kaynakların yetersizliğine yol açmıştır. Bunun yanı sıra, aşı karışıklığının yaygınlaşması, dezenformasyon ve yanlış bilgilendirmenin artması bazı ülkelerde aşılama oranlarının düşmesine katkıda bulunmuştur (Rachlin ve ark., 2021).

Dünya Sağlık Asamblesi, ülkelerin ve uluslararası ortakların desteğiyle, önümüzdeki on yılda mevcut zorlukların üstesinden gelmeyi ve 50 milyondan fazla hayat kurtarmayı hedefleyen "Bağışıklama Gündemi 2030" (IA2030) olarak adlandırılan yeni bir küresel vizyon ve stratejiyi onaylamıştır. Bu gündem, her bireyin, her yerde ve her yaşta, aşılardan sunduğu sağlık ve refah avantajlarından tam anlamıyla faydalandığı bir dünya öngörmektedir. Bu strateji, aşılamada bugüne kadar elde edilen kazanımları korumayı, COVID-19 pandemisinin neden olduğu aksaklıkların etkilerini azaltmayı ve aşılama kapsamını daha da genişleterek kimseyi geride bırakmamayı amaçlamaktadır. Strateji, tüm bireylerin yaşamlarının hiçbir döneminde dışlanmamasını temel bir ilke olarak benimsemektedir. Esnek ve uyarlanabilir bir çerçeve olarak tasarlanmıştır. Bu özellikleri sayesinde, ülkeler kendi yerel koşullarına uygun olarak stratejiyi şekillendirebilir ve on yıl boyunca ortaya çıkabilecek yeni ihtiyaçlar ve zorluklar doğrultusunda gerekli güncellemeleri yapabilir (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>, Erişim tarihi: 5 Şubat 2025)

Bilimsel gelişmeler, enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada sürekli yeni çözümler sunarken dünya genelindeki çocuklar bu imkanlardan eşit ölçüde faydalanamamaktadır. Bu eşitsizliğin temel nedenlerinden biri, ülkeler arasındaki ekonomik farklılıklardır. Aşıları, özellikle de yeni geliştirilen türleri, çoğunlukla gelişmiş ülkeler sınırlı sayıda üretmekte ve çocuk nüfusu fazla, ekonomik kaynakları sınırlı, enfeksiyon hastalıklarının daha sık görüldüğü ülkelere ihraç etmektedir. Ancak, düşük gelirli ülkeler hem finansal kapasitenin yetersizliği hem de sağlık altyapısının zayıf olması nedeniyle aşıları tüm çocuklara ulaştıramamaktadır. Bu durum, ülkelerin aşı programlarının büyük ölçüde ekonomik kaynaklarına bağlı olarak şekillenmesine neden olmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarının coğrafi dağılımı da aşı politikalarının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ekonomik olarak güçlü ülkeler dahi, sınırları içinde düşük sıklıkta görülen enfeksiyonlara yönelik aşı

programlarını uygulamamakta veya diğer ülkelerde kullanılmayan bir aşırı ulusal bağışıklama politikalarına ekleyebilmektedir (Gökçay, 2004).

2.2.2. Türkiye’de aşı uygulamaları

Ülkemizde bağışıklama hizmetleri ağırlıklı olarak birinci basamak sağılık hizmeti sunan aile sağılığı merkezlerinde (ASM) gerçekleştirilmektedir. Aşılama ile ilgili olarak ilk başvuru sağılık profesyonelleri aile hekimleridir (Oğuzöncül ve ark., 2021). Bağışıklama uygulamaları aile hekimleri tarafından yürütölmektedir. GBP çerçevesinde veya Sağılık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından başlatılan kampanyalar doğrultusunda gerekli olan aşilar, bölgedeki toplum sağılığı merkezleri aracılığıyla aile hekimlerine ulaştırılmaktadır. Aile hekimleri, aile sağılığı merkezlerinde soğıuk zincir koşullarının devamlılığını sağılamak için gerekli önlemleri alır (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

Bir yaşın altındaki çocukların aşıyla önlenebilen altı hastalığa karşı aşılama, hastalık ve ölümlere karşı koruma sağılayan maliyet açısından en uygun programlardan biridir. Türkiye, 1981 yılında beş aşırı içeren GBP’yi uygulamaya koymuştur (Özçırpıcı ve ark., 2014). Ülkemizde bağışıklama ile ilgili çeşitli kurullar, çalıştaylar ve programlar aktif olarak yürütölmektedir. Bu organizasyonlar sayesinde, dünyadaki aşı geliştirme ve uygulama alanındaki yenilikler yakından izlenmekte ve ölkemize uyarlanmaktadır. Yürütölen çalışmalar, Bağışıklama Danışma Kurulu’nun önerileri doğrultusunda şekillendirilmektedir. Akademisyenlerden oluşan bu kurul, yılda en az iki kez bir araya gelerek ulusal bağışıklama politikalarını, stratejilerini ve programlarını şekillendirmekte ve ölkemizde bağışıklama hizmetlerinin etkili ve kaliteli bir şekilde yürütölmeye katkı sunmaktadır. Bu şekilde çocukluk dönemine ilişkin ulusal aşı programı düzenli olarak güncellenmekte ve genişletilerek uzun süredir başarıyla uygulanmaktadır (Gölcü ve Arslan, 2018). Günümüzde kullanılan aşı takvimi Şekil 2.1. de gösterilmiştir.

Sağılık İstatistikleri Yıllığı’nda yer alan 2020 verilerine göre aşılama hızları hepatit B için %98, DaBT için %98, BCG için %96 ve Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) için %95’tir. Söz konusu aşiların 3. doz uygulama oranlarının yüksek gelir

düzeyine sahip ülkelerde %94, dünya genelinde ise %83 iken ülkemizde bu oranlarda olması bulaşıcı hastalıklarla mücadelede oldukça önemlidir (Emre ve Keskinlik, 2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, 2020

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG (Verem)			I								
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R			
KPA*			I	II			R				
KKK						ID**	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hepatit A								I	II		
Suçiçeği							I				

*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.

**25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

***11 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, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

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

KPA: Konjüğe Pnömonokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

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

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme) ID: İlave Doz

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Şekil 2.1. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi, 2020 (<https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi.html>, Erişim tarihi: 5 Şubat 2025)

Tüberküloz, genellikle akciğerleri hedef alan, önlenilebilen ve tedavi edilebilen bakteriyel bir enfeksiyon hastalığıdır. Tüberkülozlu bireylerin öksürmesi, hapsirması veya tükürmesi sonucu bakteriler havaya yayılmaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>, Erişim tarihi: 5 Şubat 2025). Zayıflatılmış Mycobacterium bovis bakterisini içeren BCG, canlı bakteri temelli bir aşıdır. Bu aşının önerilen uygulama yöntemi, sol koldaki deltoid kas bölgesine intradermal olarak özel bir enjektörle yapılmasıdır. Aşı doğumdan hemen sonra da uygulanabilir ancak ülkemizde yürütülmekte olan GBP kapsamında doğumdan sonra 2. ayda uygulanmaktadır (Yılmaz, 2024).

Hepatit B hastalığının etkeni, Hepadnaviridae ailesine ait bir virüs olup küresel ölçekte toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Hepatit B virüsü, akut ve kronik enfeksiyonlara yol açabilmekte ve kronik enfeksiyonun ilerleyen dönemlerinde siroz, kanser gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bulaş yolları incelendiğinde, virüsün kan ve vücut sıvılarının mukoza ile teması yoluyla yayıldığı belirlenmiştir. Bunun yanında, anne-bebek arasında gerçekleşen bulaş da önemli bir enfeksiyon kaynağıdır. Virüs, hasta veya taşıyıcı olan anneden bebeğine gebelik sürecinde veya doğum sırasında geçebilir. Ülkemizde kullanılan monovalan aşılar, doğumdan hemen sonra yenidoğanlara uygulanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ve yürütülen çocukluk çağı bağışıklama programına göre aşının ilk dozu doğumu takip eden 72 saat içinde, tercihen ilk 24 saat içerisinde uygulanmalıdır. İkinci doz birinci ayın sonunda, üçüncü doz ise altıncı ayın sonunda yapılmaktadır. Bu bağışıklama programını tamamlayarak toplamda üç doz aşı olan bireyler tam aşıli olarak kabul edilmektedir (Yılmaz, 2024).

Poliomyelit, oldukça bulaşıcı bir viral enfeksiyon olup sinir sistemini hedef alarak birkaç saat içinde tam felce yol açabilmektedir. Genellikle fekal-oral yolla veya daha nadir olarak kontamine su ve yiyecek gibi araçlar aracılığıyla kişiden kişiye bulaşır ve bağırsağa yerleşerek burada çoğalır. Poliomyelit, özellikle beş yaş altındaki çocukları etkiler. Poliomyelite yönelik bir tedavi bulunmamakla birlikte hastalığın önlenmesi mümkündür. Poliomyelit aşısı, birden fazla doz olarak uygulandığında bireyi yaşam boyu koruma sağlayabilecek etkin bir bağışıklık geliştirebilir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>, Erişim tarihi: 6 Şubat 2025). Aşı, IPV aşısı veya oral poliovirüs aşısı (OPA) olarak uygulanabilir. Ülkemizdeki ulusal aşı takvimine göre ilk iki doz, beşli karma aşı içinde yer alan IPV aşısı şeklinde yapılmaktadır. Bunu takiben, 6. ve 18. aylarda, aynı anda hem oral yolla OPA hem de IPV uygulanarak bağışıklık tamamlanmaktadır (Gülcü ve Arslan, 2018).

Üst solunum yollarında yaygın olarak bulunan Hib, enfekte kişilerden duyarlı bireylere damlacık yoluyla bulaşabilen mikroorganizmalardır. Bakterilerin kan dolaşımına geçerek invaziv hale gelmesi durumunda, pnömoni, menenjit, sepsis gibi ciddi enfeksiyonlara sebep olabilir. Bakteriler sinüslere veya orta kulağa

yayıldığında, sinüzit ya da ağırlı bir kulak enfeksiyonu olan otitis media gelişebilir. Hib hastalıklarının önlenmesinde en etkili yöntem, aşılama olarak kabul edilmektedir. Özellikle Hib'e karşı gelişen antibiyotik direncinin giderek artması aşılama stratejilerinin önemini daha da artırmaktadır (<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/haemophilus-influenzae-type-b-%28hib%29>, Erişim tarihi: 6 Şubat 2025). Tek bileşenli ve kombine formlarda Hib aşısı bulunmakla birlikte, ülkemizde DaBT aşılılarıyla kombine şekilde uygulanmaktadır. 2020 yılı ulusal bağışıklama programına göre bu aşı beşli karma aşı içinde 2., 4. ve 6. aylarda primer doz olarak uygulanmakta ve 18. ayda bir rapel dozu yapılmaktadır (Gilsdorf, 2021; Orhon, 2020).

Difteri, doğada yaygın olarak bulunan *Corynebacterium diphtheriae*'nin neden olduğu akut seyirli bir üst solunum yolu enfeksiyonudur. Solunum sekresyonları veya doğrudan temas yoluyla insandan insana bulaşabilen bu hastalık ölümcül seyredebilir (Yılmaz, 2024).

Boğmaca, aşı ile önlenebilen bulaşıcı hastalıklar arasında yer almakta olup her yaş grubunda görülebilmekle birlikte özellikle 6 aydan küçük, özellikle de 2 ayın altındaki bebeklerde daha sık rastlanmakta ve ağır seyrederek ölüm veya kalıcı sekellerle sonuçlanabilmektedir. Boğmaca kaynaklı ölümlerin büyük bir kısmı, aşılanmamış veya eksik aşılanmış küçük çocuklarda meydana gelmektedir. Ülkemizde ulusal bağışıklama programında yer alan asellüler boğmaca aşısı, en erken yaşamın 6. haftasında uygulanabilmekte olup rutin aşılama takvimine göre 2., 4. ve 6. aylarda temel bağışıklama sağlanmakta, 18. ayda rapel dozu, 48. ayda ise ek doz uygulanmaktadır. Ancak, yenidoğan dönemini koruma amacı taşıyan koza stratejisinin yeterince yaygınlaştırılamaması ve bu stratejinin etkinliğinin düşük olması, hastalığın ağır seyredebildiği riskli yaş grubunun bir kısmını korumasız bırakmaktadır. Bu faktörler nedeniyle, boğmaca aşısı rutin bağışıklama programında yer almasına rağmen hastalık görülmeye devam etmektedir (Yılmaz, 2024).

Tetanos, *Clostridium tetani* adı verilen gram pozitif bir basil tarafından oluşturulan ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu bakteri, doğada yaygın şekilde bulunmakla birlikte insan ve hayvanların bağırsak florasının doğal bir parçası olarak da yer almaktadır. Hastalığın patogeneğinde, bakteri tarafından üretilen nörotoksinler

merkezi sinir sistemini etkileyerek karakteristik klinik bulgulara yol açmaktadır. Enfeksiyon kontamine yaralar, derin kesikler ve ölü doku varlığı gibi durumlar sonucunda gelişir (Yılmaz, 2024).

Ülkemizde beşli karma aşısı, 2., 4., 6. ve 18. aylarda toplam dört doz olarak uygulanmaktadır. 48. ayda dörtlü karma aşı şeklinde bir hatırlatma dozu yapılmaktadır. Ayrıca, 13 yaşında erişkin tip tetanos-difteri (Td) aşısı ile ek bir hatırlatma dozu uygulanarak bağışıklığın sürdürülmesi sağlanmaktadır (Yılmaz, 2024).

Pnömonokok enfeksiyonları menenjit, sepsis ve pnömoni gibi ciddi invaziv hastalıklara neden olabilmenin yanı sıra, sinüzit ve otitis media gibi daha hafif ancak yaygın görülen enfeksiyonlara da yol açabilmektedir. Hastalığın etkeni olan *Streptococcus pneumoniae*, genellikle insan nazofarenksinde kolonize olur ve esas olarak solunum damlacıkları aracılığıyla bulaşır (https://www.who.int/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/pneumococcus/who-pp-pcv-2019-references.pdf, Erişim tarihi: 6 Şubat 2025). Pnömonokok aşısı, konjuge pnömonokok aşısı (KPA) ve polisakkarit pnömonokok aşısı (PPA) olmak üzere iki farklı formda bulunmaktadır. Bu aşılar, inaktif aşı kategorisinde yer almaktadır (Gülcü ve Arslan, 2018). Ülkemizde KPA, 2008 yılında yedi bileşenli olarak uygulanmaya başlanmış ve 2011 itibarıyla 13 bileşenli formu kullanıma girmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ve yürütülen ulusal bağışıklama programı kapsamında 2., 4. ve 12. aylarda toplam üç doz şeklinde uygulanmaktadır (Yılmaz, 2024).

Kızamık, Rubeola virüsünün neden olduğu ve genellikle çocukluk çağı hastalığı olarak bilinse de her yaş grubunda görülebilen bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Koplik lekeleri, makülopapüler döküntü, yüksek ateş, öksürük ve konjonktivit gibi semptomlarla kendini gösterir. Kızamık virüsü, solunum yolu sekresyonları ve doğrudan temas yoluyla bulaşabilmektedir. (Kahraman ve Kaplan, 2020; Marcos ve ark., 2024).

Kızamıkçık, Rubella virüsünün neden olduğu, genellikle çocukluk çağında görülen ve makülopapüler döküntü, ateş ve lenfadenopati ile karakterize, hafif seyirli ancak

bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Kızamıkçık virüsü, esas olarak solunum yolu sekresyonları aracılığıyla bulaşmaktadır (Marcos ve ark., 2024; Özkök, 2016).

Kabakulak, Paramiksovirus ailesine ait bir virüsün etken olduğu, genellikle ateş, halsizlik ve miyalji gibi semptomlarla başlayan, sonrasında parotis bezlerinin inflamasyona sebep olan bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Kabakulak enfeksiyonu, meningoensefalit, epididimoorşit, ooforit gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Virüs solunum yolu sekresyonları aracılığıyla bulaşmaktadır (Marcos ve ark., 2024; Özkök, 2016).

Ülkemizde ulusal bağışıklama programı kapsamında 12. ay ve 48. ayda birer doz olmak üzere toplam iki doz KKK aşısı uygulanmaktadır. Kızamık vakalarındaki artış nedeniyle dokuzuncu ayda ek bir doz aşılama yapılması da önerilmektedir. İki dozluk aşılama serisinin uygulanması %100'e yakın serokonversiyon oranı sağlamaktadır (Yılmaz, 2024).

Suçiçeği, herpesvirus ailesine ait olan varicella-zoster virüsünün (VZV) sebep olduğu, akut seyirli ve oldukça bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Virüsün yalnızca bir serotipi bilinmekte olup insan tek rezervuar olarak kabul edilmektedir. Damlacık yoluyla, aerosollerle veya solunum sekresyonlarıyla temas sonucu bulaşmakta olan VZV, enfeksiyona duyarlı bireylerde çoğunlukla klinik hastalık oluşturmaktadır (<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/varicella>, Erişim tarihi: 7 Şubat 2025). Ülkemizde ulusal bağışıklama programı kapsamında suçiçeği aşısı tek doz olarak 12. ayda yapılmaktadır. Canlı zayıflatılmış bir virüs aşısıdır. Bir yaş sonrası uygulanan tek doz suçiçeği aşısı, hastalığa karşı %82 oranında koruma sağlarken, iki doz aşılama ile bu oran %92-95 seviyelerine yükselmektedir (Yılmaz, 2024).

Hepatit A virüsü (HAV), enfekte bireylerin dışkılarıyla kontamine olmuş yiyeceklerin veya suyun tüketilmesi yoluyla bulaşan ve akut karaciğer enfeksiyonuna neden olan bir patojendir. Enfeksiyonu, genellikle kronikleşmeyen bir hastalık olup diğer hepatit virüslerinin neden olduğu enfeksiyonlara kıyasla daha hafif seyirlidir. Çocukluk çağında çoğunlukla asemptomatik geçirilebilirken, erişkin bireylerde daha belirgin

klirik bulgulara yol açabilmektedir. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>, Erişim tarihi: 7 şubat 2025). Ülkemizde 1 Mart 2011 itibarıyla doğan çocuklara 18. ve 24. ayda olmak üzere toplam iki doz HAV aşısı uygulanmakta olup 2012 yılının sonunda ulusal bağışıklama programı kapsamına girmiştir (Yılmaz, 2024).

2.3. Aşı Reddi

2.3.1. Aşı reddinin tanımı ve tarihçesi

2012 yılında DSÖ tarafından oluşturulan Aşı Tereddütü alışma Grubu tarafından hazırlanan raporda, aşı tereddüdü ve aşı reddi kavramlarının birbirinden farklı olduğu vurgulanmıştır. Aşı tereddüdü, bireyin aşıyı kabul etme sürecinde gecikme yaşaması veya ulaşılabilir olmasına rağmen aşıyı yaptırmaması durumunu tanımlarken aşı reddi, kişinin tüm aşıları bilinçli bir şekilde reddetmesi anlamına gelmektedir. Aşı tereddüdü, bugüne kadar dünya genelindeki ülkelerin %93'nde bildirilmiştir (Akbulak ve l, 2022).

Aşı reddi kavramının kökeni, 1850'li yıllarda İngiltere'ye dayanmaktadır. 1853 yılında İngiltere'de yaşanan iek salgını sırasında hkmet, dönemin koşulları gereği halka yeterli bilgilendirme yapmadan zorunlu aşılama politikası uygulamıştır. Aşıyı reddeden bireylere hapis ve ağır cezalar verilmiştir (Bozkurt, 2018).

1853-1880 yılları arasında, aşı karşıtı görüşleri savunan birçok grup ve dernek kurulmuş, bu oluşumlar tarafından çeşitli kitaplar, dergiler ve gazeteler yayımlanmıştır. 1885 yılında İngiltere'de yaklaşık 100 000 kişinin katılımıyla tarihin ilk büyük ölçekli aşı karşıtı gösterisi düzenlenmiştir. Bu gösterinin ardından aşı karşıtı itirazların değerlendirilmesi ve aşılama lehine bilimsel kanıtların ortaya konulması amacıyla bir komisyon kurulmuştur. 1898 yılında kabul edilen yeni Aşı Yasası, birikmiş cezaları kaldırmış ve aşının etkinliği ile güvenliği konusunda şüphe duyan ebeveynlerin muafiyet belgesi almasına olanak tanımıştır. Bu düzenleme, İngiliz hukuk sistemine ilk kez "vicdani retçi" kavramını dahil etmiştir (Kader, 2019).

On dokuzuncu yüzyıldaki aşı karşıtı hareketler, doğrudan aşının kendisine yönelik bir tepki olmaktan ziyade bireysel özgürlüklerin kısıtlanması çerçevesinde ivme kazanmıştır. Yirminci yüzyıldan günümüze kadar farklı boyutlarda devam eden aşı karşıtlığı ise daha çok aşılarda etkinliği ve olası riskleri üzerine odaklanmaktadır (Kader, 2019).

2.3.2. Aşı reddinin nedenleri

Aşılanmaya yönelik yaklaşımlar tarihsel süreç içinde değerlendirildiğinde, salgın hastalıklara karşı duyulan korkunun etkisiyle aşılanma başlangıçta yüksek kabul oranlarına sahip olmuştur. Zamanla birçok bulaşıcı hastalık eradike edilmiş ve toplumda söz konusu hastalıklara yönelik korkular unutulmuştur. Korkuların unutulması, aşılanma olan gereklilik algısında ve güven duygusunda düşüşe neden olmuştur. Bilimsel temele dayanmayan, yanlış ve yanıltıcı bilgiler içeren yayınların artışı ebeveynler üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Çocuklarını koruma içgüdüleriyle hareket eden ailelerin, bilimsel kanıtlardan ziyade magazinsel içeriklere daha fazla ilgi gösterdiği gözlemlenmektedir. Bunun sonucunda, aşılanmamış çocukların aşılananlara kıyasla daha sağlıklı olduğuna dair yanlış bir algı oluşmaktadır (Kajetanowicz ve Kajetanowicz, 2016).

Ebeveynler, kulaktan dolma bilgilere güvenerek çocuklarının aşılanmasını reddetmektedir. Aşı karşıtlığına zemin hazırlayan bu görüşlerden bazıları şunlardır (Tanrıkulu ve Tanrıkulu, 2021):

- Aşıların içerisinde yer alan kimyasal maddeler, bazı metaller, antibiyotikler gibi bileşenler çocuklarda ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.
- Bireyin hastalığı geçirerek bağışıklık kazanması aşılamadan daha iyi bir yöntemdir.
- Aşı üreticileri, bu uygulamaları önemli bir kazanç kaynağı olarak görür ve insanların sağlığını göz ardı eder.
- Aşılamadan sonra ciddi yan etkiler görülür ve bu etkiler bilimsel çalışmalarla desteklenmektedir.
- Bireylerin dini ve felsefi açıdan önemli kişilerin görüşlerine öncelik vermesi gerekmektedir.

- Aşılar, çocukların gelişmekte olan bağışıklık sistemlerinin gelişmesini engellemektedir.
- Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri aşılardan daha etkili ve güvenlidir.

Daha çok tıbbi temelli olduğu öne sürülen suçlamalar ise ispatlanamamıştır. Örneğin, aşıların içeriğinde bulunan cıvanın otizme sebep olduğu iddiası üzerine çeşitli bilimsel çalışmalar yürütülmüş, ancak bu iddiayı destekleyen herhangi bir kanıt ulaşılamamıştır. Buna rağmen, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hükümeti aşılama oranlarının düşebileceği endişesiyle 2001’de aşılardan cıvanın çıkarıldığını açıklamıştır. Ülkemizde de 2009’da cıvasız aşı uygulamasına geçildiği Sağlık Bakanlığı tarafından resmi olarak bildirilmiştir. Ancak bazı ebeveynler halen aşılarda cıva bulunduğuna ve uzun vadede otizme yol açabileceğine inanmaya devam etmektedir (Bozkurt, 2018).

Sosyal medya platformları, bireyler arasındaki iletişimi ve bilgi paylaşımını teşvik ederken bununla birlikte marjinal görüşlerin, yanlış bilgilerin ve dezenformasyonun yayılmasına olanak tanımaktadır. Bu durum, halkın güvenini sarsarak aşı tereddüdünün artmasına neden olmaktadır. Aşı karşıtı grupların çoğalması, bu konudaki tartışmaların kutuplaşmasına yol açmış ve giderek daha fazla insanın aşılarla şüpheyile yaklaşmasına sebep olmuştur (Li ve ark., 2022). Yapılan araştırmalar, aşı yaptırmayı erteleyen veya tamamen reddeden bireylerin, internette aşılarla ilgili bilgi arama olasılığının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Dubé ve ark., 2013).

Aşı tereddüdünün nedenleri, ülkelerin gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerde, en yaygın gerekçe bilgi ve farkındalık eksikliği olarak öne çıkmaktadır. Düşük-orta gelir grubundaki ülkelerde ise risk/yarar ikilemi ile bilgi ve farkındalık eksikliği en sık dile getirilen nedenler arasında yer almaktadır. Orta-yüksek ve yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde ise aşı tereddüdünün belirtilen en sık sebebi risk/yarar ikilemi olarak belirtilmektedir (Akbulak ve Çöl, 2022).

2.3.3. Dünyada aşı reddi

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında, İngiltere başta olmak üzere eş zamanlı olarak birçok Avrupa ülkesinde ve ABD’de aşı karşıtı hareketlerin yaygınlaştığı gözlemlenmiştir. Çiçek hastalığı, yaygın aşılama uygulamaları sayesinde büyük salgınlara yol açmazken 1870 yılında ABD’de ciddi bir salgın meydana gelmiştir. Bu dönemde, İngiltere’de olduğu gibi ABD’de de zorunlu aşılama yasası yürürlüğe girmiştir (Kader, 2019).

Ekonomik, sosyal ve yasal açıdan aşılama için herhangi bir engelin bulunmadığı düşünülen Avrupa ve ABD’nin Colorado gibi bazı eyaletlerinde 2012-2016 yılları arasında bağışıklanma oranlarında %2-4 oranında bir düşüş gözlemlenmiştir. İtalya’da 2015 yılında kızamık aşısı ile bağışıklanma oranı %85’e, genel olarak Avrupa’da ise %88’e kadar gerilemiştir. Amerika’da kızamık aşısı bağışıklanma oranı ilk doz için %92 seviyesinde kalırken, iki doz uygulanan bireylerde bu oran %54’e düşmüştür. 2012 yılında ise ilk doz aşı kapsamı %95’in üzerinde olduğu bildirilmiştir. Bu düşüşün, aşı karşıtı söylemler sonucu gelişen aşı reddinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Düzgün ve Dalgıç, 2019).

2.3.4. Türkiye’de aşı reddi

Dünya genelinde 1990’lı yıllarda, Türkiye’de ise 2010 yılı itibarıyla ‘aşı reddi’ kavramı gündeme gelmeye başlamıştır. Ülkemizde bu tarihten itibaren bireysel aşı reddi vakaları görülse de bu durum, 2015 yılında Ordu’da yaşanan bir hukuk süreciyle daha geniş bir tartışma konusu haline gelmiştir. 2015 yılında Ordu’da görev yapan bir savcı, ikiz bebeklerine aşı yaptırmayı reddetmiş ve bunun üzerine Aile, Sağlık ve Sosyal İl Müdürlüğü tarafından çocukların sağlığını koruma amacıyla hukuki bir süreç başlatılmıştır. Savcı, bireysel hak ihlali gerekçesiyle ve aşı uygulamaları için ebeveyn onamının zorunlu hale getirilmesi talebiyle karşı dava açmış ve bu davayı kazanmıştır. Bu gelişme, basın ve sosyal medya platformlarında “İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi” başlığıyla yansıtılmıştır. Özellikle dini ve felsefi görüşleri ön planda tutan bazı grupların öncülüğünde aşı karşıtı söylemler yaygınlaşmış ve bu süreç giderek büyüyerek birçok ebeveynin

kendi rızaları ve imzalarıyla çocuklarına aşı yaptırmaktan kaçınmasına neden olmuştur (Bozkurt, 2018).

2018 yılında, çocuklarını aşılatmak istemeyen ailelerin sayısı 23 000'e ulaşmıştır. Son zamanlarda aşı reddi vakalarındaki artışın gözlemlenmesi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından "asi.saglik.gov.tr adlı" bir web sitesi oluşturulmuştur. Bu platform, aşılarla ilişkin bilimsel ve güvenilir bilgilerin kamuoyuyla paylaşılmasını sağlamak ve toplumda farkındalığı artırmak amacıyla hizmet vermektedir (Gür, 2019).

2.3.5. Aşı reddinin toplumdaki etkileri

Bulaşıcı hastalıkların daha sık görülmesi, salgınların ortaya çıkması, tedavi ve bakım maliyetlerindeki artış ile bulaşıcı hastalıkların ölümlere sebep olması aşı reddi ve tereddüdünün sonuçları arasında değerlendirilmektedir. Bağışıklama kapsamındaki azalma ve aşıya yönelik tereddüdün artması, bulaşıcı hastalık vakalarının yükselişiyle eş zamanlı olarak ilerlemektedir. Bu eğilim, dünya genelinde giderek daha belirgin hale gelmektedir (Belser, 2024).

Örneğin, 2018 yılında ABD'de bildirilen 5004 kızamık vakasının 68'i, Venezuela'da 3545 vakanın 62'si ve Brezilya'da 237 vakanın altısı ölümle sonuçlanmıştır. Son beş yıl içinde ABD'de difteri ve sarıhumma vakalarında ciddi bir artış kaydedilmiştir. 2018'de küresel ölçekte, 350 000 kızamık vakası bildirilmiş olup bu sayının 2017 yılına kıyasla iki kat fazla olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de de benzer bir eğilim gözlemlenmekte olup 2009'da sadece dört kızamık vakası bildirilirken 2018'de bu sayı 3820'ye ulaşmıştır. Bu veriler, toplum bağışıklığının aşı tereddüdünden olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymaktadır (Belser, 2024).

Eradikasyonu sağlandığı düşünülen polio, 2015'te Polonya'da bir, Kıbrıs'ta bir olmak üzere toplam iki vakada tespit edilmiştir. Türkiye'de ise vaka sayılarında dalgalanmalar gözlemlenmesi aşı reddinde bulunanların halen toplumun küçük bir kesimini oluşturması nedeniyle bu konuda kesin yorum yapmak için erken olduğunu işaret etmektedir (Bozkurt, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı tiptedir ve niteliksel yöntemle yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim ASM’de 2025 yılında yapılmıştır. 01.02.2025-28.02.2025 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim ASM’ye kayıtlı, bağışıklama hizmeti bilgilendirme onam formunu çocukluk dönemi aşılarının yapılmasını kabul etmedikleri için imzalayan ebeveynler oluşturmaktadır. Ebeveynlere telefonla ulaşıp çalışmaya katılmayı kabul edenler görüşme için ASM’ye çağırılmıştır. Görüşmeye gelen ebeveynlerden birinin aşı yaptırmak istememelerinin aslında eşinin fikri olduğunu belirtmesi üzerine çalışmaya eşi dahil edilmiştir. Böylelikle çalışma grubu, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim ASM’ye kayıtlı, çeşitli sosyo-demografik özelliklere sahip, çocukluk dönemi aşılarını yaptırmak istemeyen 20 erişkin ebeveyninden oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada veriler, yarı yapılandırılmış bir anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise ebeveynlerin aşı reddi nedenlerini ayrıntılı bir şekilde incelemeyi amaçlayan beş açık uçlu soru bulunmaktadır. Anket formundaki sorular, aşıyı reddeden ailelerin düşüncelerini

daha iyi anlamak amacıyla literatür destekli olarak hazırlanmış ve ayrıntılı görüşmeler gerçekleştirilmesine olanak sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Araştırma konusu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Anket hazırlanırken soruların açık ve anlaşılır olması, akıcılığın sağlanması ve katılımcıları yönlendirmeyecek şekilde yapılandırılması ön planda tutulmuştur (Ek-2).

Aşı reddeden ailelerle gerçekleştirilen görüşmelerde derinlemesine görüşme tekniği uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi, hazırlanan soru formuna bağlı kalınarak, bir olayı veya algıyı netleştirmek için ilave soruların sorulabileceği bir teknik olarak benimsenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Çalışmaya katılan bireylere, görüşme öncesinde araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara, katılımlarının tamamen gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri takdirde çalışmaya katılımlarını sonlandırabilecekleri, çalışmanın amacı ve yürütüldüğü kuruluş hakkında bilgiler verilmiştir. Ayrıca, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, kişisel bilgilerin (ad, soyadı vb.) alınmayacağı açıklanmıştır.

Görüşmeler, katılımcılarla belirlenen zamanlarda, 01.02.2025-28.02.2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim ASM'de, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Üç katılımcı mesai saatleri içerisinde ASM'ye ulaşım sağlayamadığı için telefonla görüşme yapılmıştır. Katılımcıların izniyle ses kaydı alınmış ve notlar tutularak görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan biri ses kaydına izin vermediği için görüşme notlarla kaydedilmiştir. Görüşmeler, karşılıklı aynı düzeyde oturularak, aktif dinleme ve soru formları yardımıyla yönlendirilerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Elde edilen ses kayıtları ve notlar daha sonra araştırmacı tarafından yazı formatına çevrilmiş ve analiz aşamasına geçilmiştir.

3.5.Verilerin Analizi

Ayrıntılı bir şekilde yapılan görüşmelerin metinleri, önceden belirlenen algıları ve tutumları açığa çıkarmayı hedefleyen bir perspektifle incelenmiştir. Metinler, içerik analizi yöntemiyle sistematik bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu analiz sürecinde, sık tekrar edilen konular hiyerarşik bir yapı kullanılarak temalar ve kategoriler altında sistematik bir şekilde gruplandırılmıştır. Bu kavramsal gruplamalar aracılığıyla, verilerin derinlemesine anlaşılması ve yorumlanması amaçlanmıştır. Elde edilen anlamlandırılmış veriler, bulgular bölümünde detaylandırılarak daha geniş bir bağlam içinde değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İlk aşamada, görüşmeler elektronik ortamda araştırmacı tarafından yazılı hale getirilmiş ve ardından elde edilen bütün veriler iki bağımsız araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunmuş ve sık tekrar edilen konular not edilmiştir. Temalar, görüşmeler ve sonrasındaki okumalar sırasında alınan notlardan yola çıkarak amaca uygun bir şekilde belirlenmiştir. Üçüncü bir bağımsız kişi, bu temaları kontrol etmiştir. Sonraki süreçte, üç araştırmacı bir arada toplanarak temalar üzerinde fikir birliğine varmıştır. Veriler, belirlenen temalar altında kategorize edilmiştir. Tema ve kategori oluşturma süreci tekrarlanarak verinin araştırma sorusuna uygun bulunan bölümleri bulgular kısmında sunulmuştur. Verilerin nicel analizi için SPSS v.20 (Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. Nitel analizde ise uygun programlar tercih edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Nitel araştırmada elde edilen verilerin genellenebilmesi güç olması nedeniyle elde edilen bulgular çalışma grubu ile sınırlıdır ve evrene genellenemez. Araştırmanın verileri, araştırmanın yürütüldüğü vaktin özellikleri ile sınırlı olup katılımcılarla yapılan görüşmeler süresince elde edilenlerle sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 16/01/2025 tarihli ve E.438132 sayılı onay alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-1). Katılımcılara araştırmanın amacı, yanıtların gizliliği ve verilerin kullanımıyla ilgili bilgiler verildikten sonra gönüllü olan ebeveynler örnekleme dahil edilmiştir. Katılımcıların isimleri araştırma etiği çerçevesinde kullanılmamıştır.



4. BULGULAR

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim ASM'ye kayıtlı çocukluk dönemi aşılarını reddeden 20 ebeveyn ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $32,55 \pm 4,34$ Standart Sapma (SS) yıldır.

Katılımcıların %80'i (n=16) kadın, %20'si (n=4) erkektir. Katılımcılar ekonomik durumlarını; %20 (n=4) iyi, %75 (n=15) orta, %5 (n=1) kötü olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların medeni durumu %100'ü (n=20) evlidir.

Katılımcıların eğitim durumu; %10'u (n=2) ortaokul mezunu, %35'i (n=7) lise mezunu, %15'i (n=3) ön lisans mezunu, %20'si (n=4) lisans mezunu, %20'si (n=4) yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların %100'ü (n=20) kentsel bölgede yaşamaktadır. Katılımcıların çocuk sayısı ortalama $1,7 \pm 0,65$ SS olarak hesaplanmıştır.

Çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerin düşüncelerini değerlendirmek ve aşı reddinin nedenlerini saptamak üzere yapılan bu çalışmada; katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmeler ile elde edilen veriler sonucunda belirlenen temalar ve kategoriler Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Bu tema ve kategoriler hakkında detaylı açıklamalar yapılmış, her bir kategori için örnek cümlelere vurgu yapılmıştır.

Görüşme verilerinden elde edilen nitel bulgular; “aşı güvenliği ve içerik endişeleri”, “bilgi kaynakları ve algılar”, “bireysel ve ailesel karar mekanizmaları” ve “toplumsal faktörler ve sosyal algılar” olarak dört tema altında sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerin kararlarını etkileyen faktörler için belirlenen temalar ve kategoriler

Tema	Kategori
Aşı Güvenliği ve İçerik Endişeleri	Aşı İçeriklerine ve Üreticilerine Olan Güvensizlik
	Aşı Yan Etkilerine Dair Kaygılar
	Geleneksel ve Modern Aşı Karşılaştırması
	Aşı Takvimi ve Doz Sayısı ile İlgili Kaygılar
Bilgi Kaynakları ve Algılar	Sosyal Medyanın Etkisi
	Çevrenin Etkisi
	Sağlık Sistemine Olan Güvensizlik
Bireysel ve Ailesel Karar Mekanizmaları	Olumsuz Tecrübeler
	Dini Etkenler
	Alternatif Yöntemler
	Modern Tedavi Olanakları
Toplumsal Faktörler ve Sosyal Algılar	Olumsuz Tecrübeler
	Hastalık Korkusunun Azalması
	Toplum Yapısının Bozulması Endişesi
	Toplumun Bilinçsizce Hareket Etmesi

4.1. Aşı Güvenliği ve İçerik Endişeleri

Ailelerle yapılan görüşmeler incelendiğinde anne ve babaların en büyük endişesinin aşılarda güvenliği ve içerikleri olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar aşılarda zararlı metaller içerdiğini, aşı üreticilerinin maddi kaygılarının olduğunu vurgulamışlardır. Aileler aşılarda akut veya kronik yan etkilerinden bahsetmişlerdir. Katılımcılar eski dönemlerde yapılan aşılarda günümüzdeki çocukluk dönemi aşılardan daha güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar mevcut aşı takvimindeki zamanlama ve doz sayısı ile ilgili endişelerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların aşılarda ve içerikleri hakkında bahsettikleri aşı içeriklerine ve üreticilerine olan güvensizlik, aşı yan etkilerine dair kaygılar, geleneksel ve modern aşı karşılaştırması, aşı takvimi ve doz sayısı ile ilgili kaygılar olmak üzere dört kategori altında incelenmiştir.

İçerik analiz ile verilere odaklanarak veri setinde sıkça tekrarlanan veya katılımcının özellikle vurguladığı kavramlar ve olaylar, kodlanarak kelime bulutu olarak Şekil 4.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerin kararlarını etkileyen faktörler hakkındaki kelime bulutu (<https://wordart.com/create>, Erişim tarihi: 26 Şubat 2025)

4.1.1. Aşı içeriklerine ve üreticilerine olan güvensizlik

Katılımcıların görüşmeler sırasında sıklıkla aşılarda içeriğinden bahsettikleri gözlemlenmiştir. Aileler aşılarda içerisinde metallerin bulunduğunu belirtmişlerdir. Ebeveynler aşı üreticilerinin yabancı ülkeler olmasından kaynaklı endişelerinin, aşı yaptırmama kararı alırken büyük bir etken olduğunu ifade etmişlerdir. Bir katılımcı mRNA aşılarını güvenli bulmadığını belirtmiştir.

K1: "...içinde cıva, alüminyum bilmediğimiz başka şeyler de var. Çocukluk döneminde bir şekeri bile vermiyoruz çocuğa. İçinde ne olduğunu bilmiyoruz, içeriği pek temiz açıklanmıyorlar açıkçası. O yüzden küçük bir bebeğe, içinde ne olduğunu bilmediğim sürekli değişken olan bir şey vermek mantıklı gelmiyor. Yani aşı yapanların çoğu da içeriğinde gerçek olmadığını, bazılarının plasebo olduğunu falan söylediler. Yani tabii ki o faktörler de bizi etkiledi. Hepsi neredeyse ithal aşılarda bildiğim kadarıyla. O yüzden pek güvenemiyorum. Aşığı sonuçta önceden biz üretiyorduk. Ama şu an çocuklarımıza yapılan aşıları biz üretmiyoruz..."

K2: “...zaten hastalığı ya geçirecek ya da geçirmeyecek. Yani %50 ikisinin de ihtimali. Çocuğumun vücuduna geçirip geçirmeyeceğini bilmediğim bir şey için neden cıva vereyim?..”

K6: “...aşıların içerisinde mutlaka genlerle ilgili ya da ileriye dönük belki kısırlık belki farklı bir hastalık kesinlikle içinde farklı bir şey olduğunu düşünüyorum...”

K9: “...en çok korktuğum durumlardan birisi mRNA’nın kalıtsal faktörlere etki etme durumunun söz konusu olması. Diyelim mRNA’ya etki etme durumu 0,01 gibi düşük bir ihtimal olsa bile bu riske atılamayacak kadar tehlikeli bir durum olduğunu düşünüyorum...”

K10: “...çocukların hasta olup yoğun bakıma girmesinden tutun da aşıların içeriğinin cıva ve alüminyum olmasından kaynaklı yaptırmak istemiyorum. Aşılarından sonra kaslarını kullanamayabilir. Bazı aşılar kasa yapıyor. Beyin kanaması olabilir. Bunların endişesi var. Düşünsenize sağlıklı bir bebeğiniz var aşıdan sonra hasta oluyor. Kimden neyin hesabını soracaksınız?..”

K13: “...içerisinde ağır metaller olduğunu, çocuklarda alerjik reaksiyonlara veya düşük bağışıklığa neden olacak metaller olduğunu düşünüyorum. Aşı üreticilerine güvenmiyorum, artık bir sektör haline geldi...”

K16: “...içeriklerine güvenmiyorum. Metaller, koruyucular... Benim büyük kızım 6 yaşında. Ona hamileyken aşıların prospektüslerini dahi incelemiştim, okumuştum. Yani güven vermemişti. Ülkemizde bu aşıları inceleyen bir aşı kurulu olmadığını biliyorum. Bu aşıların incelenmediğini biliyorum. Aşılar tamamen yurt dışından hazır alınıyor...”

K18: “...bir de aşıların içerisine bakınca cıva, paraben çok fazla bulunuyor. Bunlardan dolayı olumlu bakmıyoruz. Aşılar tamamen yurt dışından geldiği için artık yaptırmamam gerektiği konusunda tamamen emin oldum...”

4.1.2. Aşı yan etkilerine dair kaygılar

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonrasında yapılan analizlerde aşıların yan etkileri konusuna sıkça değinildiği fark edilmiştir. Ailelerin özellikle otizmin ve

alerjik hastalıkların aşılarda bağlantılı olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Aileler aşılarda bağışıklık sağlamaktan ziyade vücuda çeşitli etkilerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

K1: “...çünkü son zamanlarda otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çok fazla görüyoruz. Yani bilmiyorum belki önceden de görünüyordu biz fark etmiyorduk ama şu an yaşlarımızda böyle otizm falan yok yani. Mesela benim yaşımda olan insanların da otizm olması lazım ama yok yani. Şimdiki çocuklara bakıyoruz. Çok küçük yaşlarda otizm oluyor. Televizyon vesaire de bunların kaynağı olabilir ama televizyon izlemeyen çocuklarda da çok görüyoruz. Ben de o yüzden riske atmadım...”

K2: “...çocuk ölümleri azaldı belki ama çocukların sürdükleri hayat kalitesi de azaldı. Alerjik hastalıklar, anksiyeteler, hiperaktiviteler çok görülüyor. Mesela bakıyorum şu an çocukların çoğu ya psikologa gidiyorlar ya hiperaktivite için ilaç kullanıyorlar. Alerjiye bağlı olarak ilaç kullanımı çok fazla. Yani az da olsa çok da olsa sonuçta aşılarda vücuda etki ediyor...”

K3: “...şu an tam kanıtlanmamış olsa da 18. ay aşısı yapıldıktan sonra çocuklarda otizm görünüyor. Bu açıdan zararlı olduğunu düşünüyorum. Faydası olduğunu düşünmüyorum. O yüzden yaptırmıyorum...”

K11: “...alerjiyi çok fazla tetiklediğini ve otizminin de en büyük sebeplerinden biri olduğunu düşünüyorum...”

K12: “...cıva, alüminyum aslına bakarsanız birçok şeye yol açabilir. Alzheimer veya egzamaya bile yol açabilir. Ben aşılardan sonra ellerimde egzama oldum. Dönemsel olarak egzama geçiriyorum...”

K13: “...otizm gerçekten ciddi manada arttı. Çocuklar hep alerjik bünyeli ama bu yine masum kalıyor. SMA gibi kas hastalıkları fazlalaştı...”

K18: “...şu anki çocuklarda otizm belirtileri çok fazla var...”

K19: “...içindeki cıva, ağır metaller beynin zararını aştığı zaman otizme bile sebep olduğu bugün aslında kanıtlanmış durumda. Ama görmezden geliniyor...”

4.1.3. Geleneksel ve modern aşı karşılaştırması

Katılımcılar kendi çocukluklarında oldukları veya Osmanlı döneminde yapılan aşılarla günümüzdeki çocukluk dönemi aşılarının aynı olmadığını ifade etmişlerdir. Bir katılımcı modern aşıların aynı anda birden fazla enfeksiyon etkeni bulundurmasının risk oluşturduğunu belirtmiştir.

K2: “...Osmanlı'da da yapılmış ama içerik olarak hastalığın kendisiyle alakalı bir virüs veya bakteri bulunup diğer insanların vücudunu enjekte edilmiş. İçeriğinin günümüze baktığımız zaman daha temiz olduğunu düşünüyorum...”

K3: “...eskiden belki daha iyi içerikleri vardı diye düşünüyorum. Ama şimdi pek sanmıyorum. Daha çok risk oluşturun. Zaten Abdülhamid Han döneminde aşı olayları varmış. İlk aşı Türkiye'den çıkmış. Ama ona rağmen biz kendi aşımızı üretemiyoruz. Günümüzde çocukların aşıları yurt dışından geliyor...”

K7: “...eskiden yapılırken her aşı tek tekti. İlkokulda bize vurmadıkları aşı kalmadı. Hepsi tek tekti. Şimdi hepsini bir aşıya, karma aşıya çevirdiler ve içerikleri bana çok sağlıklı gelmiyor. Birbirine entegre etmeleri için illaki bir şey daha enjekte etmeleri lazım. Aşının içerisindeki iki farklı mikrop birbirine çarpışıp daha sıkıntı çıkartmasın diye. Bu da vücutta yan etki yapma ihtimallini arttırıyor...”

4.1.4. Aşı takvimi ve doz sayısı ile ilgili kaygılar

Katılımcıların bazıları güncel aşı takviminde çok fazla doz olduğunu belirtmiştir. Aşıların özellikle bebeklerin doğar doğmaz, sadece anne sütüyle beslenmesinin önemli olduğunun vurgulandığı bir dönemde yapılmasının ailelerin kararlarında bir etken olduğu tespit edilmiştir.

K2: “...bir de doz meselesi var. Mesela 3. aya kadar %97 koruyuculuğu varmış. Daha sonrasında hep işte koruyucu doz, işte şu doz, bu doz. %97 ise biz 3. aydan sonra niye çocuklarımıza kaç tane daha aşı vurduruyoruz?..”

K3: “...çocuk doğar doğmaz anne sütünden başka bir şey verilmiyor. Su dahi verilmiyor ama aşı yapılması isteniyor...”

K4: “...doğduğunda biz bebeğimize su dahi vermiyoruz anne sütünden başka. Tertemiz dünyaya doğmuş bir bebeği aşılama, virüsle tanıştırmak mantıklı gelmiyor...”

K11: “...çok standartla bağlanmış bir durum. Her çocuğun gelişim süreci farklılık gözettiği için standart bir uygulama yapılmasını ben doğru bulmuyorum. Daha anne sütü almadan çocuklara yapılan bu uygulamalar ne kadar doğru? Aşı takviminde iki yaşına kadar bağışıklığı düşük olan bir bebeğe, bağışıklığını güçlendirmemiz gereken bir dönemde sürekli bir aşı uygulaması var ve çocukların bağışıklığı düşük olduğu için bunlardan olumsuz etkilenebiliyor...”

K15: “...tam yaş tarihini bilmiyorum ama galiba birinci sınıf aşılarını beş yaşa indirmişler. Bu çok saçma değil mi? Mesela bundan iki sene, üç sene önce o yaştaki çocukla bu yaştaki çocuğun arasındaki fark nasıl kapandı?..”

K19: “...çocuğun bağışıklığının büyüme ve gelişme evresinde oluyor yani normal bağışıklık değil çocuğunki. Bence iki yaşından önce aşılama olmamalı. Zaten bağışıklığı olmayan bir bünyeye siz mikrop veriyorsunuz...”

4.2. Bilgi Kaynakları ve Algılar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler incelendiğinde ailelerin aşılar hakkında bilgi edinmesinde sosyal medyanın etkili bir araç olduğu tespit edilmiştir. Aileler bilgiye ulaşım kolaylığı sebebiyle sıklıkla sosyal medyayı kullandıklarını, çevrelerinde aşı yaptırmak istemeyen aileler bulunduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar aşılardan, sağlık sektörünün bir parçası olduğundan bahsetmişlerdir. Bu bağlamda bahsedilen konular; sosyal medyanın etkisi, çevrenin etkisi ve sağlık sistemine olan güvensizlik olarak üç kategoride incelenmiştir.

4.2.1. Sosyal medyanın etkisi

Aileler özellikle sosyal medyada paylaşım yapan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına güvendiklerini ifade etmişlerdir. Görüşmeler incelendiğinde sosyal

medyada aşılarda ilgili olumsuz deneyimlerin paylaşılmasının ebeveynlerin kararlarına büyük bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

K1: “...artık birçok şeyi sosyal medyadan duyuyoruz. Çünkü kendi çabamızla yaptığımız araştırmalar ya kısa kalıyor ya da bazı şeyleri bilmiyoruz. Ama sosyal medyada birçok doktorun ismini öğrenebiliyoruz. Nereden araştıracağımızı çok daha iyi öğrenebiliyoruz. Birkaç kişiyi takip ediyorum açıkçası. Hekimler, öğretmenler, anneler var. Ben onları takip ediyorum. Onların takip ettiği doktorları takip ediyorum. Yani desem ki sadece bunu anneler düşünüyor. Hekimler de artık çocuklara aşının olmamasını söylüyor...”

K2: “...genellikle sosyal medya elimizin altında olduğu için oradan bakıyoruz. Daha önce aşının yan etkilerini yaşamış annelerin paylaşımları ve takip ettiğim sağlık sektöründe olan insanlar var...”

K3: “...sosyal medyada güvendiğimiz kişiler oluyor, onları takip ediyoruz. Kendi hayatlarından örnek veren insanlar, yazarlar oluyor...”

K6: “...sosyal medya kanallarından tanıdığımız hocalardan duyduğumuz çok fazla güvenmememiz gereken pozisyonlar var. Yine sosyal medyada aşı karşıtlığını savunan tıp camiasında insanlar var. Gerek yurt içi gerek yurt dışı araştırmalarda bunları görüyoruz...”

K7: “...takip ettiğim bir sayfa var. O sayfada sürekli aşı vurulduktan sonra otizm oldu gibi haberler görüyorum. Ya da iki yaşına kadar aşı vurdurmadık sonra vurdurduk çocuğum hasta oldu, yatalak oldu falan. Diğer ailelerin deneyimlerini görüyorum...”

K8: “...sosyal medyada biraz araştırma yaptığımda aşidan sonra hastalanan ve kalıcı hasarlar alan ailelere rastladım...”

K9: “...internetten takip ettiğim akademik kariyer yapmış sağlık personellerinin yan etkileriyle alakalı yaptığı sunumları dikkate alıyorum...”

K10: “...tamamıyla elimizdeki telefonla alakalı. Instagram'da ya da diğer sosyal medyalarda aşılarda yaptırmayın diye videolar var. Aşidan sonra hastalandı çocuğumuz yoğun bakıma kaldırdık diyen insanların deneyimleri var...”

K14: “...sosyal medya da bir haber kanalı, doğru haberleri aldığım yerlerden. Sosyal medyada her okuduğuma tabii ki inanmıyorum ama daha önce aşının yan etkilerini yaşamış ailelerin deneyimlerini okuyorum...”

K18: “...sosyal medya etkili oluyor açıkçası. Aşı yüzünden çocuğumuz şöyle oldu diyen aileleri görüyoruz. Birçok insanın görüşüne bakıyoruz...”

4.2.2. Çevrenin etkisi

Katılımcılar aşılarla ilgili yakın çevrelerinde aşı yaptırmayan ailelerin olduğunu, yaptıran ailelerin aşı sonrası çocuklarında bazı hastalıklar yaşadığını ifade etmişlerdir. Aileler çevrelerindeki aşı olmayan çocukların aşı olanlara kıyasla daha sağlıklı olduklarını gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcı arkadaş çevresinde aşı yaptırmayanlar olduğunu duydukça içinin rahatladığını, yalnız hissetmediğini ifade etmiştir.

K2: “...arkadaşlarımızla istişare ettiğimiz zaman böyle bir kaniya vardım. Doktor olan arkadaşlarım da var içlerinde...”

K4: “...çevremden bizzat duyuyorum. Aşı olana kadar gayet topa uzanıyordu, alıyordu ama artık algısı kapandı, ateşlendi. Ateşten sonra yemedi, içmedi hatta gelişimi geriledi diyenler var...”

K10: “...benim bir çocukluk arkadaşım var. İki tane çocuğu oldu. İkisine de aşı yaptırmadı. Biri ilkokula başladı bu sene diğeri ise üç yaşında falan. İkisi de çok sağlıklı...”

K11: “...aynı dönemde biz üç kız kardeş doğum yaptık. Birimizin çocuğu aşılı ikimizinki aşısız. Aşılı olan yeğenimle aşısız olanların arasında ciddi bir fark var. Yani aşılı yeğenimin sürekli hasta olması gibi veya aşısız olanların biraz daha vücut direncinin yüksek olması gibi. Çevremden kendi gözlemlerim bu şekilde...”

K13: “...başlarda aşı karşıtı olduğumu söylemiyordum. İnsanlar kötü bakıyordu. Sonra arkadaşlar arasında duymaya başladıkça sora sora fikirlerini öğreniyorsun bilen birileri denk gelince için rahatlıyor. Geçen arkadaşım tekrar çocuğum olsa hiçbir aşığı yaptırmam

diyor. Bu sefer insan rahatlıyor, ‘Yaptırmamakta doğruyum, yalnız değilim’ algısı oluşuyor...”

K15: “...bir arkadaşım vardı ve aşılarla çok karşı bir kızdı. Ben o zaman ilk çocuğuma hamileydim ve bana bahsediyordu. ‘Sakin yaptırma, işte içerikleri zararlı, yan etkileri çok fazla’ şeklinde...”

K18: “...komşumuzun çocuğu aşı olduktan sonra sakat kalmış bebekken. Eşimin sekiz kardeşi var, biz de dokuz kardeşiz. Annelerimiz hiçbirimize aşı yaptırmamış. Herhangi bir sıkıntı, bir sağlık problemi iki tarafta da yok. O yüzden bu da biraz etkili oluyor. Aşı yaptırılmadığında daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum...”

4.2.3. Sağlık sistemine olan güvensizlik

Katılımcılar aşıların sağlık sektörünün bir parçası olduğunu, mevcut sektörün ticari kaygılarla hareket ettiğini ifade etmişlerdir. Ailelerden bazıları sağlık sisteminin hastalıkları tamamen tedavi etmek yerine anlık çözümler bulunduğunu belirtmiştir. Bir katılımcı hekimler arası farklı uygulamaların güvensizlik oluşturduğundan bahsetmiştir. Bir diğer katılımcı ise sağlık sisteminin olası olumsuz sonuçlarda riski tamamen aileye bıraktığını belirtmiştir.

K1: “...bunların hepsi ticaret amaçlı gibi. Kesinlikle kalıtsal çözüm sağlamıyorlar. Genelde işte ortaya çıkaralım, ilaçla çözelim mantığına dayanıyor...”

K2: “...sağlık da bir sektör ve onların da bir şekilde kendilerini ayakta tutabilmeleri için aşıların olduğunu düşünüyorum. Yoksa gerçek manada inandırıcı gelmiyor...”

K3: “...bir marka var hem şekerli ürünler üretiyor hem de şeker hastaları için ilaç üretiyor. Bu bir müşteri pazarlamadır diye düşünüyorum. Aşıların da o sisteme dahil olduğu düşünüyorum...”

K4: “...kesinlikle sağlık sektörüne de güvenmiyorum. Sağlık sektörü zaten ilaç sektörünü ayakta tutuyor. Bizler destekliyoruz onları. O yüzden ikisine de güvenmiyorum. Ama en büyük güvensizliğim sağlık sektörüne. Hiçbir şekilde tedavi edici değil. Sadece oluşan semptomu gidermeye yönelik tedaviler var...”

K6: “...ben bizleri hasta etmek istediklerini düşünüyorum. Aşı planlaması ile alakalı küresel çevrelerin bir oyunu olarak görüyorum...”

K7: “...aşıları çocuğumuza vurdururken bizden bir kağıt imzalamamızı istiyorlar. Olası bir durumda sağlık sistemi herhangi bir şekilde risk almıyor. Bütün riski biz ebeveynlere bırakıyor. Demek ki kendisi de tam manada güvenemediği için benden bu imzayı istiyor. Sağlık sisteminin bana tam manada güvence veremediği bir sistemde ben bu aşığı niye çocuğuma yaptırayım?..”

K9: “...genel bir söz vardır: ‘İlaç satan hastalığın bitmesini istemez.’ Sonuçta ne kadar da ilaçlar veya aşı diyelim insanların şifa bulması için yapılsa da bir yandan da yapanların çoğunun sadece ticari olarkten buna yaklaştığını düşünüyorum...”

K10: “...televizyonda o kadar sağlıkçı yeni doğan çetesi olduktan sonra açıkçası hiçbir şeye güvenim kalmadı. Yani bunlardan sonra tutup da aşı güvenilir bir şekilde gidelim yaptıralım diyemem...”

K11: “...üzülerek söylüyorum içime sindiremediğim bir sağlık sistemi var şu anda ülkemizde. Artık dördüncü evre kanser ölmesi beklenen bir hastaya bile hala kemoterapi yapma derdinde olan bir sistemden bahsediyorum. Ya da bir hastalıktan dolayı hastaneye gidiyorsun, doktor sana bir ilaç veriyor o ilaç seni aslında iyi etmiyor. Başka yerden başka türlü patlak veriyorsun bu sefer. Onu düzeltelim derken başka yerden başka türlü. Yani sağlık sistemimiz gerçekten hastayı tedavi etme yönünde olduğuna inanmıyorum açıkçası...”

K13: “...yüce bir sistemin tüm insanlara yönelik uygulaması olduğu düşünüyorum. Herkes DSÖ’ye bağlı. Aşı sektörü de DSÖ’ye bağlı. Amaçları nüfus azaltmak. Hasta bir nesil olsun ki yönetmek daha kolay olur...”

K14: “...sağlık çalışanlarına karşı bir güvensizlik var. Herkesi aynı kefeye koyamıyoruz tabii ama sağlık sektörü biraz farklı bir sektör. Bir doktorun ameliyat dediğine bir doktor hayır canım sen ameliyatlık değilsin diyor mesela. Bu tarz şeyler bana çok değişik geliyor. Hani bir sıkıntınız var doktora gidiyorsunuz ve o an onu geçirecek bir şey veriyor. Ama o hastalığı sizden alıp götürmüyor yaptığı tedavi. Yani aslında tedavi değil diye düşünüyorum. Yani asıl o sorun ne? Mesela işte kayınpederimin bir anda tansiyonu çıktı. Hemen tansiyon ilacına başladılar. Yani bir şekilde araştırmasını yapıyorlar ama bunun tam derine inemediklerini, sebebini ortadan kaldırmadıklarını düşünüyorum...”

K18: “...bir mantık ve sistemle yapılmış ki her şey. Aşıların da bu sisteme bağlı olduğunu düşünüyorum. Yoksa maddi olarak onların çarkları nasıl dönecek?..”

4.3. Bireysel ve Ailesel Karar Mekanizmaları

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler incelendiğinde katılımcıların aşı reddine sebep olan bir diğer önemli tema 'bireysel ve ailesel karar mekanizmaları' olarak ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılar aşı yaptırdıkları diğer çocuklarında aşı uygulaması sonrası yaşadıkları problemlerden, dini düşüncelerinin kararlarına etkilerinden bahsetmiştir. Bazı katılımlar aşı yerine kullandıkları bağışıklık güçlendirici yöntemler olduğunu ifade etmiştir. Bazı katılımcılar ise aşıların zorunlu tutulması hakkındaki düşüncelerinden, modern tıbbın gelişmesiyle korkulan ve aşı olunması önerilen hastalıkların artık tedavi edilebilir olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda bahsedilen konular; olumsuz tecrübeler, dini etkenler, alternatif korunma yöntemleri, zorunlu aşı uygulaması ve modern tedavi olanakları olarak beş kategoride incelenmiştir.

4.3.1. Olumsuz tecrübeler

Aileler aşı yaptırdıkları çocuklarının aşı uygulaması sonrası hastalandıklarını, uzun dönemde ise alerjik reaksiyonlar geliştiğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı hastanede aşıladıkları bebeklerde döküntüler geliştiğini belirtmiştir. Bazı katılımcılar aşı sonrası otizm benzeri semptomlar gözlemlediklerinden bahsetmiştir. Bir katılımcı ise aşı yaptırmadığı çocuğunun aşılı diğer çocuğuna göre bebeklik döneminden itibaren daha sağlıklı büyüdüğünü, hastalıkları daha kolay atlattığını belirtmiştir.

K1: “...ilk çocuğum aşı olduktan sonra biraz daha hasta gibi oluyordu ama o zamanlar aşının çalıştığını o yüzden böyle olduğunu düşünüyordum. Ateşleniyordu, biraz huyu suyu değişiyordu. Yeme ve uyku düzeni çok değişiyordu. İkinci çocuğumuzda aşı yaptırmama kararı alırken bizi en çok etkileyen bu oldu açıkçası...”

K2: “...birinci kızımda araştırma yapmadan yaptırmıştık. Ama onun da etkisini gördüm. Mesela alerjik bünyeye sahip bir çocuk oldu...”

K3: "...ilk çocuğum bir yaş aşılarını yaptırdıktan sonra çok ağır hasta oldu. Yaptırmayı bıraktıktan sonra çok güzel bağışıklığı oldu, hiç hastalandığını görmedim..."

K4: "...hastenede çalışırken bebeklerin aşılardan sonra reaksiyon verdiğini gözlemledim. Aşıyı yapıyoruz birkaç hafta sonra ya da birkaç ay sonra ciddi ciddi döküntüleri olmaya başlıyor. Egzama başlangıcı oluyor..."

K11: "...benim iki numaralı çocuğum bir yaşında su çiçeği aşısı olduktan hemen sonra su çiçeği çıkarttı ve bu aşıdan kaynaklı çıktı. Çünkü daha sonra bir daha çıkarttı. Yine komşumuzun çocuğu doğduğu zaman bir sıkıntı fark ediliyor ve doktor diyor ki ocuk doktoru biz diyene kadar çocuğunuzu asla aşı yaptırmayacaksınız. Aile de bunu tabii ki de uygulamaya alışıyor. Sağlık ocağına izlem için çağırıyorlar. Annesi benim çocuğuma aşı yapılmayacak doktor böyle söyledi demesine rağmen hemşire bunu dinlemeden aşısını yapıyor ve ocuk bu aşıdan sonra ölüyor..."

K14: "...benim yeğenim sıkıntı yaşadı ve aşıyı bıraktılar. Aşıdan sonra otizm belirtileri göstermeye başladı ve kanında cıva ıkmiştı. O kadar küçük bir bebeğin kanında nereden cıva çıkabilir?..."

K15: "...benim büyük çocuğum aşılı ve inanılmaz alerjik bir ocuk. Çölyak tanısı bile konuldu. Yediği şeylerden etkilenen, böcek ısırса böcekten alerji gelişen bir ocuk. Mesela evde biz de aynı hastalığı yaşıyoruz. Hepimiz mesela çok normal atlatıyoruz ama büyük çocuğum asla atlatamıyor. Hastalığa direnci çok fazla olmuyor. Onun dışında bebekliğinde çok ağlayan gazlı bir bebektir. Küçük kızım aşısız ve onun hastalığı bir saat bile sürmez. Her şeyi yiyebilir, her şeyi içebilir. Hiçbir şekilde alerjik bir reaksiyon göstermiyor. Bebekliğinde de hiçbir sorun yaşamadım..."

K17: "...benim abimin çocuğu iki yaştan sonra otizm belirtileri göstermeye başladı. Etrafımdakilerde beş kişide durum aynı. Ondan sonra bir korku geldi bana. Çocuğum ilk zamanlar ismiyle seslendiğimde bakıyordu. Aşı olduktan sonra sesleninde 5-10 saniye beklemeye başladı. Aşılara karşı iyice korku yaşamaya başladım..."

K19: "...büyük oğlum aşılı olduğundan mesela çok küçük yaşta el egzeması oldu. Bunu aşının verdiği doluluğa bağlıyorum. Küçücük ocuk iki yaşına kadar anne sütü aldı, hep temiz beslendirdim. Bu ocuk niye egzema oldu?..."

4.3.2. Dini etkenler

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler incelendiğinde dini düşüncelerin kararlarında etkili olduğu tespit edilmiştir. Bazı aileler aşılarda içeriklerinin dini değerlere uygun olmadığını ifade etmiştir.

K2: “...içerikleri bence bizim fıtratımıza uygun değil. Yani Müslüman olarak fıtratımıza uygun değil. Biz kendi ülkemizin sağlık sistemini kullanmıyoruz. Çoğu şeyi dışarıdan alıyoruz. Müslüman olarak nasıl beslenmeliyiz, nasıl sağlığımızı devam ettiriyoruz veya bu vücudu nasıl korumalıyız bilmemiz gerekiyor...”

K3: “...dini açıdan bence sıkıntı var. Çünkü bazı kişiler söylüyor ki domuz katkıları falan da var aşılarda içerisinde. O yüzden biraz şüpheye uyandırıyor...”

K11: “...aşılarda içinde hayvanlardan elde edilen embriyoların da olduğunu duyuyoruz, okuyoruz. O yüzden dini açıdan bir sıkıntı olduğunu düşünüyorum. Aşı yaptırmamak çocuğu ölüme götürmez. Dolayısıyla bir hıncırdan elde edilen maddenin çocuğumun vücuduna enjekte edilmesini istemiyorum...”

K14: “...bir şekilde bizim vücudumuza giren bir şey ve bunun helal olması gerekiyor. Sonuçta her türlü vücudumuza ne giriyorsa yediğimiz, içtiğimiz, aşılarda helal olmalı. Herkes bakmıyordur belki ama ben aldığım her şeyin içindekilere bakıyorum. Helal sertifikası var mı?..”

K15: “...içeriklerinden kaynaklanan şeylerden olduğunu düşünüyorum. Metaller, koruyucular... Ama ben hacamat yapan bir insanım ve metalleri hacamatla arındırabileceğimi düşünüyorum. Detoks yapılarak bu toksinleri bir şekilde atabileceğimi düşünüyorum. Ama küçük çocukun vücuduna giren bir haram maddeyi nasıl atabilirim? Pis hayvan maddeleri taşıyan bir aşıyı ben çocuğumun vücudundan nasıl temizleyebilirim? Harama detoks olmuyor. Bu yüzden net bir şekilde karşıyım...”

4.3.3. Alternatif yöntemler

Katılımcılar aşı yerine zararı olmayan bitkisel takviyeler ve vitaminler kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar aşı olmak yerine hastalıkla

vücudun doğal yollarla karşılaşmasının ve savaşmasının daha sağlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise çocuklarının beslenmelerine dikkat ettiklerini, zararlı hazır gıdalardan uzak tuttuklarını ifade etmişlerdir.

K1: “...bağışıklığının güçlü olması için sarımsaklı yağ kürü yapıyorum. Hatta biraz daha büyüklerinde suçiçeği geçiren bir çocuk görsem gidip bulaştırıp hastalığı geçirsinler diye düşünüyorum. Çocuklar bir şekilde atlatacaklar. Ağır geçirip geçirmeyeceğini bilmiyoruz ki. Kendi atlatabileceği bir hastalık için neden aşı yaptıralım?..”

K2: “...bir şekilde korunmalıyız buna inanıyorum. Çocuklarımın bağışıklık sistemlerini güçlendirmeye çalışıyorum. Çocuğuma her sebzededen yedirmeye çalışıyorum. Yemiyorsa çorba yapmaya çalışıyorum. Etini, balığını yedirmeye çalışıyorum. Doğal takviyeler kullanıyorum. Elimden geldiğince beslenmelerine dikkat etmeye çalışıyorum...”

K9: “...aslında en büyük bağışıklığın insanın sağlıklı beslendikten sonra hastalığa maruz kalıp doğal yönden bağışıklık sağlaması olduğunu düşünüyorum. Onun haricinde beslenmesi iyi tutmaya çalışıyoruz. Şöyle avokadosundan, muzundan, tahininden işte keçi boynuzundan ondan sonra mamasının içine attığımız işte bademi, cevizi, fındığı var. D vitamini ve demir takviyesi kullanıyoruz...”

K11: “...genel olarak çocuklarımı sağlıklı beslemeye özen gösteriyorum. Hazır gıdalardan uzak tutmaya çalışıyorum. Evde her şeylerini yapmaya gayret gösteriyorum. Yaz döneminde bol temiz havayla haşır neşir olsunlar diye köyde geçirmeye çalışıyorum ki bunun için gerçekten uğraşıyorum. Bal gibi doğal takviyelerle ilerlemeye çalışıyorum. Aşı olmalarındansa hastalıkları doğal yoldan geçirmelerini daha doğru buluyorum. Mesela büyük oğlum suçiçeği aşısı olmadı ve bu hastalığı çok ağır geçirdi. Şu anda bağışıklığı gerçekten çok kuvvetli bir çocuk...”

K12: “...bir hastalığı doğal bağışık olarak kendiniz geçirdiğinizde ebediyen bağışıklık kazanıyorsunuz. Aşıyla sürekli tekrar doz almanız gerekirken kendiniz geçirdiğinizde vücudunuz antikor ürettiği için tekrar herhangi bir şey yapmaya gerek kalmıyor. Aynı zamanda özellikle kış döneminde C vitamini içeren doğal içerikleri olan birkaç firmanın takviyesini kullanıyorum. Çörek otu yağına başlıyorum. B vitamini kullanıyorum...”

K13: “...takviyelerle bağışıklıklarını güçlü tutmaya çalışıyorum. Bal, harnup, keçi boynuzu özü, soğan sarımsak kürü yapıyoruz. Abur cubur almıyorum. Beslenmelerine dikkat ediyorum. Kuru yemiş yediriyorum...”

K14: “...hadislerde geçiren bir bitki, udu hindi. En çok onu kullanıyorum. Bir dönem çörek otu yağı kullanmıştım. Hazır, paketli gıda zaten çok hayatımızda olmayan bir şey. Beslenmelerine dikkat etmeye çalışıyorum. Hastalıklarla vücudun kendi savaşıması gerektiğini düşünüyorum...”

K15: “...belirli aralıklarla sarımsak ve limon kürü yapıyorum. Belirli aralıklarla hindistan cevizi yağı tüketiriyorum. Rutin olarak çörek otu ve keten tohumu yağı yağı tüketiriyorum. Mesela arı sütü, arı ekmeği vermeye dikkat ediyorum. İşte 15 günde bir 7 gün süreçte bunu veriyorum. Beslenmelerine dikkat ediyorum. Paketli gıda tüketirmiyorum. Su çiçeğini vücudun kendi atlatmasının aslında beyni çok geliştirdiğini, vücudu tamamen koruduğunu ve aşı olanların menenjitte yakalanma riskinin çok fazla olduğunu düşünüyorum...”

K16: “... çocuklarımın D vitamini hiç ihmal etmiyoruz, düzenli bir şekilde kullanıyoruz. Onun dışında doğal şeyler, sarımsaklı yağ, udi hindi yağı kullanıyorum. Dönem dönem değişiyor bunlar, hiçbir şeyi uzun süre kullanmıyorum. Şekerle çok geç tanıştılar. Doğal içerikli beslemeye çalışıyorum. Saçma gelebilir ama vücudun hastalığı doğal olarak yenmesinin bağışıklığı güçlendirdiğini düşünüyorum...”

K18: “...daha çok doğal şeyler kullanıyorum. Ondan sonra doğal takviye veriyorum. Pekmez veriyorum demir ve bağışıklığı açısından. Organik beslemeye çalışıyorum...”

4.3.4. Modern tedavi olanakları

Katılımcılar modern tıbbın geliştiğini, tedavi seçeneklerinin eski zamanlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bir katılımcı çocuğunun hastalığı geçireceği kesin olmadığı için aşının risklerini göz almadığını, eğer geçirirse tedavi olmasının mümkün olduğunu ifade etmiştir.

K7: “...eskisi gibi tıp geride değil. Yani bir çocuk önceden kızamık geçirdiği zaman veya havaleli bir hastalık geçirdiği zaman ölüm riski çok yüksekti ama günümüzde öyle değil.

Çünkü her şeyin tedavisi mevcut. Engellenebilir düzeyde, ilaçlarla tedavisi mevcut şu anda...”

K11: “...eski zamanlarda belki hastaneye ulaşmak, doktora ulaşmak, tedaviye ulaşmak çok zordu ve belki de o dönemlerde aşının önemi vardı. Büyüklerimiz eskiden ölümler çok olurdu falan diyor. Ama şu anda hastaneye ulaşma durumu kolay, doktora ulaşma durumu kolay, bir şekilde tedavi edebilme durumu kolay...”

K20: “...eskisi gibi tedavi olmak zor değil. Çocuğumu yakalanıp yakalanmayacağı belli olmayan bir hastalık için aşılayıp risk almak yerine eğer yakalanırsa tedavi ettirmeyi daha mantıklı buluyorum. Artık birçok hastalığın tedavisi mümkün...”

4.4. Toplumsal Faktörler ve Sosyal Algılar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler incelendiğinde sıklıkla Covid-19 pandemisinde yeni çıkan aşılarda aşılar karşı güvensizlik oluşturduğundan bahsedildiği tespit edilmiştir. Katılımcılar artık eski salgınların görülmediğini, hastalıklardan kaynaklı ölümlerin azaldığını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları aşıların toplumun genel yapısını bozmak için üretildiğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan bazıları ise aşı yaptıran ailelerin büyük çoğunluğunun bilinçsizce hareket ettiğini ifade etmişlerdir. Bu bağlamda bahsedilen konular; olumsuz tecrübeler, hastalık korkusunun azalması, toplum yapısının bozulması endişesi, toplumun bilinçsizce hareket etmesi olarak dört kategori altında incelenmiştir.

4.4.1. Olumsuz tecrübeler

Katılımcılar Covid-19 aşılarının yan etkilerinin görülmesinin tüm aşılar karşı güvensizlik oluşturduğunu belirtmiştir. Aileler özellikle aşılama sonrası kalp krizlerinin arttığını ifade etmişlerdir. Bir katılımcı aşı üreticilerinin insan sağlığını önemsemediğinden bahsetmiştir.

K1: “...son dönemlerde o kadar covid aşısı çıktı, onların da yan etkilerini gördük. Şu an onları üretenler bile aşı olmasaydınız diyorlar. Bu durumda ben de çocuklara gözüüm kapalı onların ürettiği aşıları yaptırmak istemiyorum...”

K5: “...açıkçası bu koronavirüs aşılardan sonra benim hiçbir aşıya güvenim kalmadı. İnsan sağlığını önemsemediklerini düşünüyorum. O aşılardan insanlara çok zarar verdiğini gördükçe diğer aşılardan da aynı şeyi düşündüm...”

K9: “...son zamanlarda pandemi sürecinden sonra aslında aşılardan etkisinin çok riskli olduğunu, sadece o hastalığa yakalanmama adına aşı olmanın çok tehlikeli bir şey olduğunu etrafımızdakilerden şahit olduk. Kalp krizleri, çeşitli dolaşım bozuklukları, vücudun fonksiyonlarının bozulması gibi etkileri oldu...”

K15: “...covid aşılardan gördük. Şimdi aşıyı yapanlar hata ettik içeriklerinde bunlar vardı diyor. Ölen öldü. Hala gencecik insanlar kalp krizi geçiriyor...”

K18: “... son dönemde korona aşısı olanlar şu an çok gündemde. Korona aşısı olduktan sonra kalp krizi çok fazla arttı...”

K19: “...covid aşılardan sonra kalp hastalıkları, pıhtılaşma bozuklukları arttı. Bunun aşılardan olduğu kabul ediliyor artık...”

4.4.2. Hastalık korkusunun azalması

Katılımcılar günümüzde enfeksiyonların bulaşma ihtimalinin düşük olduğundan bahsetmişlerdir. Aileler yaşam koşullarının eskiye göre daha steril olduğunu ifade etmişlerdir. Bazıları artık eskisi kadar enfeksiyon hastalıkları görülmediği için aşılarla ihtiyaç kalmadığını belirtmişlerdir.

K1: “...şöyle bir şey var artık. Pis, kirli sularda yaşamıyoruz. Her şeyimiz dezenfekte nerdeyse elimize değen su bile. Eskiden kırsalda yaşıyorlardı. İşte mikroplar, bakteriler çok daha kolay ulaşıyordu belki ama şu an öyle değil. İçtiğimiz sütlerin çoğu bile pastörize. Eskisi gibi çocuk felci falan yok. Bu yüzden pek de gerekli görmedim...”

K10: “...tetanosun bildiğim kadarıyla paslı bir şey kesilmediği ya da metal bir şey vücudumuza girmediği sürece bulaşma olmuyor. Tarlada doğum yapmıyoruz artık. Ameliyathanede zaten her şey steril. Baktığım zaman bu hastalıklar artık görülüyor. Mantıken aşılarla gerek kalmadığını düşündüğüm için yaptırmadım...”

K15: “...mesela tetanos aşıları eskiden gerekliymiş belki. Çünkü insanlar tarlada doğuruyorlarmış ve o an göbek kordonu neyle kesiliyor bilmiyoruz. Belki paslı bir şey. Ama şu an çok steril hastanelerimiz. Artık tetanos falan görünmüyor...”

4.4.3. Toplum yapısının bozulması endişesi

Katılımcılar aşılama yoluyla toplum yapısının değiştirilmeye çalışıldığından bahsetmişlerdir. Bir katılımcı oğlunun karakterinin aşılardan etkilendiğini ifade etmiştir.

K1: “...afedersiniz ama aşılamayla çocuklar eşcinsel oluyor...”

K3: “...aşılardan çocukların cinsel yönelimlerini ileride etkileyeceğini düşünüyorum...”

K15: “...büyük oğlum aşı ve duygusallığını bile aşıya bağlıyorum. Fıtratını değiştiriyor bu aşılar çocukların. Yani benim fikrimce bu şekilde. Erkek çocuğunun fıtratını tamamen yumuşatıyor...”

4.4.4. Toplumun bilinçsizce hareket etmesi

Katılımcılar toplumun aşılar hakkında bilgi sahibi olmadan yerleşmiş düşüncelerle hareket ettiğinden bahsetmişlerdir. Katılımcılardan biri topluma korku dayatıldığını, insanların bu yüzden aşı yaptırdığını belirtmiştir.

K1: “...birçoğu kulaktan dolma bilgiyle hareket ediyor. İşte aşırı yaptırayım, bir şey olursa ben onun sorumluluğunu üstlenemem. Vicdanım rahat etmez falan...”

K2: “...toplumsal olarak aşı niye yaptırıyorsun dediğim zaman yaptırılması gerektiği için yaptırıyorum cevabını alıyorum. Onun haricinde aşı nedir, aşı içeriği nedir, hangi ayda hangi aşı vurulur hangi doz ne için vurulur bunlarla alakalı bir bilgi yok. Herkes yaptırın denildiği için yaptırıyor...”

K3: “...çoğu kişi aşının farkında değil bence. Çok az kişi aşılarının gerçeğini biliyor diye düşünüyorum...”

K4: “...toplum genel olarak bence çok bilinçsiz. Yani kimi kesim sadece tamamen yaptıracamız tabii ki de hastalıktan korunacamız diyor. Kimi de sadece yok ben yaptırmam yaptırmayın diyorlar diyor...”

K11: “...önümüze sunulan her şeyi körü körüne kabul eden bir toplum haline geldik. Araştıralım olayı yok...”

K19: “...sadece yerleşmiş bir düşünce var geçmişten. Aşı yaptırmama konusunda bence korku basıldı. Suriyeliler hastalık getirdi gibi. Yani insanların bilinçli olduğunu düşünmüyorum. Sadece yerleşmiş geleneksel bir işte aşı sistemi var. İnsanlar da bu rüzgara kapılmış durumda. Yoksa aşı yaptıranların da kaçısı bilinçli olarak yaptırıyor...”

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

İmmünizasyon programlarının geliştirilmesi ve aşılarda keşfi sayesinde, mortalite oranı yüksek enfeksiyon hastalıklarının birçoğunun prevalansında belirgin bir düşüş gözlemlenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olan bağışıklama programları, kolay uygulanabilir olmalarının yanı sıra maliyet-etkinlik açısından avantaj sağlamaktadır. Aşılama konusunda küresel ölçekte karşılaşılan temel sorunlar ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Az gelişmiş ülkelerde en büyük engeller arasında yetersiz teknik altyapı ve sağlık çalışanı eksikliği öne çıkarken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise ebeveynlerin aşılara ilişkin yeterli ve doğru bir şekilde bilgilendirilmemesi, aşının gerekliliğinin yeterince vurgulanmaması önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Çıklar ve Güner, 2020).

Yapılan araştırmalar, pek çok ebeveynin aşılara dair kaygıları nedeniyle çocuklarının aşılarda geciktirdiğini ya da tamamen yaptırmadığını ortaya koymaktadır. Ailelerin aşılama konusundaki karar süreçlerinde; bilgiye erişim kaynakları ve bu kaynaklara duyulan güven, yakın çevrelerinin görüşleri, bireysel deneyimler ile endişe ve korku gibi duygusal faktörlerin belirleyici olduğu bildirilmektedir (Çıklar ve Güner, 2020).

Son zamanlarda küresel ölçekte aşı tereddütü ve aşı reddinde gözlenen hızlı artış, aşı ile önlenebilen hastalıkların eradikasyon aşamasından yeniden görülme aşamasına geçmesine neden olmuştur. Bu durum yalnızca çocuklar için değil, tüm toplum için ciddi bir halk sağlığı riski oluşturmaktadır. Ayrıca, aşı ile önlenebilen hastalıklardan kaynaklı sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Özdemir ve Aşut, 2021).

Bu doğrultuda çalışmamızın amacı; ebeveynlerde çocukluk dönemi aşılamlarına yönelik aşı reddini etkileyen faktörleri belirlemek, ebeveynlerin çocukluk dönemi aşılamlarına ilişkin bilgi düzeylerini, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmek ve bu alandaki literatüre bilimsel katkı sağlamaktır.

Çocukların aşılanma durumları ve aşısız veya eksik aşılanmış olma ile ilgili engelleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, 134 aşısız veya eksik aşılanmış çocuğun

ebeveynlerinin büyük çoğunluğunu 26- 34 yaş aralığındadır (Özkan ve Çatıker, 2006). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğu genç erişkinlerden oluşmaktadır. Bu bulgunun ebeveyn olma yaşı ile ilgili olabileceği ve bu yaş grubunun sosyo-kültürel dinamiklerinin ve sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının daha yakından incelenmesi gerektiği görüşündeyiz.

Adana’da yapılan bir çalışmada aşı reddi grubunun %65,6’sı annelerden oluşmaktadır (Hasar ve ark., 2021). İstanbul’da yapılan bir çalışmada ise 25 ebeveynin %88’ini anneler oluşturmaktadır (Aygün ve Tortop, 2020). Literatür ile benzer olarak çalışmamızda katılımcıların %80’i annelerden oluşmaktadır. Çocukların primer bakımında annelerin daha büyük rolünün olduğu ve yapılacak çalışmalarda hedef grup olarak annelerin yer alması gerektiği görülmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin aşılama durumuna etkisinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Antalya’da yapılan bir çalışmada kendilerini aşı karşıtı olarak ifade eden bireylerin düşük gelirli ve düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynler olduğu saptanmıştır (Türkay ve ark., 2017). Özceylan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aşı reddi ve tereddütünün yüksek sosyoekonomik düzeye sahip, eğitilmiş ailelerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Özceylan ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların büyük çoğunluğu gelir düzeylerini orta olarak ifade etmiştir ve katılımcıların %90’ı lise ve üzerinde eğitim almıştır. Farklı çalışmaların birbirinden farklı sonuçlar vermesi, aşı karşıtlığı ve tereddütünün çok boyutlu bir durum olduğunu ve sosyoekonomik değişkenler üzerinden tek yönlü genellemeler yapılmasının sınırlı kalabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda çocukluk dönemi aşılarını reddeden ailelerle gerçekleştirilen görüşmelerde ebeveynlerden çocukluk dönemi aşıları hakkındaki görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Aşı güvenliği ve içerik endişeleri teması ile ilgili nitel araştırma yöntemi ile analiz edilen veriler sonucunda katılımcıların bazıları aşı içeriklerine ve üreticilerine olan güvensizliklerinden, yan etkilerine dair kaygılarından, geleneksel ve modern aşı farklarından, aşı takvimi ve doz sayısı ile ilgili kaygılarından bahsetmişlerdir. Yapılan bir çalışmada aşı reddinde bulunan grubun %93’ünün

‘Aşıların içerdiği koruyucu ek maddeler sebebiyle zararının faydasından çok olacağını düşünüyorum’ ifadesine katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır (Ocaklı, 2023). Adıyaman’da yapılan bir çalışmada ailelere aşı olmama nedenleri sorulduğunda, katılımcıların %99’u aşıların güvenli olduğuna inanmadıklarını veya yan etkileri hakkında endişeleri olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak, %50,3’ü aşılarındaki zararlı kimyasallardan endişe duyduğunu ifade etmiştir (Kurt ve ark., 2023). Kore’de yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu ilaç şirketlerine güvenmediklerini ifade etmiştir (Chang ve Lee, 2019). Bizim çalışmamızda aileler aşıların içerdiği metaller ve koruyucular sebebiyle aşı yaptırmak istemediklerini, aşıların ithal olması sebebiyle üreticilerine güvenmediklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde üretilen ve içeriğine güvendikleri bir aşının ailelerin aşılamaya karşı pozitif bakış açısı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Sakarya’da aşı reddinde bulunan ailelerle karşılaşmış hekimlerle yapılan bir çalışmada ailelerin aşı reddi sebeplerinden birisinin aşıların otizm başta olmak üzere yan etkileri olduğu saptanmıştır (Özen, 2020). Venezuela’da yapılmış nitel bir çalışmada ailelerin bazıları başlıca aşı reddi sebebi olarak aşıların yan etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Burghouts ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda literatür ile benzer olarak aileler aşıların otizm, alerjik hastalıklar gibi yan etkileri olduğunu ifade etmişlerdir. Yan etki endişelerinin sıkça dile getirilmesi, toplumda aşılarla ilişkin risk algısının güçlü olduğunu ve bu algının bilimsel temelli iletişim stratejileri ile ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Adana’da yapılan nitel bir çalışmada ailelerin bazıları aşı takviminde çok sayıda doz olduğunu ifade etmişlerdir (Kaypak, 2022). Bizim çalışmamızda ebeveynlerin çoğunluğu aşıların yenidoğan döneminden itibaren yapılması ve çok fazla doz olması ile ilgili endişelerinden bahsetmişlerdir. Ailelerin aşı takvimini yoğun ve karmaşık bulmaları, sağlık otoriteleri tarafından sunulan takvimin toplumda yeterince anlaşılmadığını ya da güvenle karşılanmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin birçoğu sosyal medyadan etkilendiklerini, özellikle sosyal medyada paylaşım yapan hekimleri ve aşıların yan etkilerini yaşamış aileleri dikkate aldıklarını ifade etmişlerdir. İstanbul’da 19 aile ile yapılmış niteliksel bir

çalışmada ebeveynlerin hepsi sosyal medya gruplarını bilgi kaynağı olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (Çapanoğlu, 2018). Hasar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aşı reddi grubunun büyük çoğunluğu sosyal medya ve interneti bilgi kaynağı olarak kullandığını ifade etmişlerdir (Hasar ve ark., 2021). Hindistan’da yapılan bir çalışmada sosyal medyadaki yanlış bilgilendirmenin ailelerin aşuya karşı tutumlarını değiştiren önemli faktörlerden olduğu saptanmıştır (Erchick ve ark., 2022). Ebeveynler sosyal medyaya ulaşım kolaylığı nedeniyle sıkça başvurmakta ve zamanla karşılaştıkları aşı karşıtı içeriklerden etkilenmektedir. Bu içeriklerin sağlık çalışanları tarafından sunulması, güven düzeyini artırmaktadır. Sosyal medyada sorgulanmadan kabul edilen bilgiler, yanlış yönlendirmelere ve aşı karşıtlığının güçlenmesine yol açmaktadır. Bu durum, dijital mecralarda güvenilir ve doğru bilgilere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada ailelerin sosyal medyadan sonra en sık yakın çevrelerinden etkilendiği tespit edilmiştir (Çapanoğlu, 2018). Samsun’da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada katılımcılardan bazıları ailelerin çevrelerinde aşılarından sonra yan etki gelişen çocuklar olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (Altuntaş ve Şahin, 2022). Kurt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %44,3’ü aşından sonra reaksiyon yaşayan çocukları çevrelerinden duyduğundan bahsetmiştir (Kurt ve ark., 2023). Yapılan bir diğer çalışmada annelerin çevrelerindeki aşılı ve aşısız çocukları kıyasladığı tespit edilmiştir (Kaypak, 2022). Türkiye’nin 12 farklı ilindeki ailelerle görüşülerek yapılan bir çalışmada ebeveynler aşısız çocukların aşılı olanlardan daha sağlıklı olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Aslan ve ark., 2023). Benzer olarak bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunluğu yakın çevrelerinde aşı reddinde bulunan aileler olduğunu, aşı sonrası yan etki gelişen çocukları duydukça fikirlerinin değiştiğini ve çevrelerindeki aşısız çocukların aşılı çocuklardan daha sağlıklı olduğunu gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin çevrelerinde aşı sonrası yan etki gelişen çocuklara dair duyumlar edinmeleri, aşuya yönelik algılarında tereddüt ve olumsuzlukların artmasına neden olabilmektedir. Aşılı ve aşısız çocukların sağlık durumlarına ilişkin kişisel gözlemler ise ailelerin bilimsel kanıtlardan ziyade çevresel deneyimlere dayanarak karar vermelerine yol açmaktadır. Bu durum, ebeveynlerin kararlarını şekillendiren çevresel etkilerin belirginliğini ortaya koymakta; dolayısıyla yalnızca bireysel değil, topluluk

düzeyinde yürütülecek iletişim ve farkındalık çalışmalarının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda ebeveynlerin çoğunluğu aşılarda sağlık sektörünün bir parçası olduğundan, ticari kaygılarla hareket edildiğinden ve modern tıbbı karşı olan güvensizliklerinden bahsetmişlerdir. ABD’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına olan güvensizliğin aşı reddinin üç önemli sebebinden biri olduğu belirtilmiştir (Lo ve Hotez, 2017). Yapılan nitel bir çalışmada bir katılımcı aşı uygulamalarının ticari kaygılarla yapıldığını belirtmiştir (Kaypak, 2022). Hollanda’da aşı reddinde bulunan ailelerle yapılan bir çalışmada katılımcılardan bazıları aşı üreticilerine ve dağıtıcı kurumlara güvenmediklerini ifade etmiştir (Harmsen ve ark., 2012). Avusturya’da yapılan bir çalışmada, aşı kararsız ebeveynlerin %23,1’i ilaç endüstrisine olan güvensizliklerinden dolayı çocuklarına aşı yaptırmadıklarını belirtmiştir (Sandhofer ve ark., 2017). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerine ve aşı üreticilerine duyulan güvensizliğin evrensel düzeyde aşı reddini besleyen bir unsur olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin aşılarla yönelik tutumlarında, sağlık sisteminin ticari amaçlarla hareket ettiği algısı belirleyici bir faktör olarak öne çıkmakta ve bu durum, aşı uygulamalarına yönelik şüpheleri derinleştirmektedir.

İstanbul’da yapılan bir çalışmada aşı tereddütü ve reddinde bulunan ailelerin büyük çoğunluğu diğer çocuklarına aşı yaptırdıktan sonra ateşli hastalık geçirdiğini ifade etmiştir (Sürmeli, 2024). Yapılan bir çalışmada katılımcılar aşılarından sonra kardeşinin ateşli hastalık geçirdiğini ve bazı katılımcılar çocuklarında alerjik hastalıklar, iştah ve uyku durumunda değişiklik gözlemlediklerini belirtmişlerdir (Çapanoğlu, 2018). Bizim çalışmamızda benzer şekilde ailelerin büyük çoğunluğu ilk çocuklarında yaşadıkları olumsuz tecrübelerden bahsetmişlerdir. Ebeveynlerin çoğunluğu ateşli hastalık, alerjik hastalıklar, iştah ve uyku düzeni değişikliklerinin aşılarla bağlantılı olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Ailelerin aşılarından sonra görülebilecek yan etkiler ve hangi etkilerin aşılarından kaynaklandığı konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Ebeveynlerle yapılan görüşmeler, aşı reddinde bulunan ailelerin karar mekanizmalarında kategori olarak “dini etkenler” kategorisini ortaya koymuştur. Katılımcıların birçoğu aşıların içerisinde bulunan maddelerin helal olmadığını ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ailelerin aşı yaptırmama nedeni olarak en sık üçüncü nedenin aşıların içeriğinin dinen yasak maddeler bulundurması olarak saptanmıştır (Altuntaş ve Şahin, 2022). İstanbul’da yapılan bir çalışmada ailelerin %64’ü aşıların dini açıdan sakıncalı olduğu belirtmiştir (Aygün ve Tortop, 2020). Yapılan nitel bir çalışmada ebeveynler aşı reddi sebebi olarak aşıların içinde hayvansal jelatin ve yumurta embriyosu bulunmasını göstermişlerdir (Çapanoğlu, 2018). Bu bulgular çalışmamız ile benzerdir. Aşıların içerisinde yer alan hayvansal kökenli maddeler veya dini açıdan sakıncalı kabul edilen içerikler, ailelerin aşıya yönelik kararlarını doğrudan etkileyen hassas bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmamızda ailelerin büyük çoğunluğu çocuklarının bağışıklığının güçlü olması için doğal ürünlerle beslemeye çalıştıklarını, paketli gıdalardan uzak tuttıklarını ifade etmiştir. Ebeveynler bununla birlikte kullandıkları doğal takviyelerin aşılardan daha güvenli olduğunu belirtmişlerdir. Sakarya’da yapılan bir çalışmada aşı reddi olan grubun büyük çoğunluğu alternatif tıp yöntemleri kullandığını belirtmiştir (Yörük ve Güler, 2021). Yapılan bir çalışmada katılımcılar çocuklarının bağışıklığının güçlü olması için organik gıdalarla beslemeye dikkat ettiklerini, çocuklarına hazır ve paketli gıdaları yedirmediklerini belirtmiştir (Çapanoğlu, 2018). Bizim çalışmamızda ailelerin birçoğu bağışıklığının aşılarla sağlanması yerine vücudun hastalıkları doğal yollarla geçirmesini daha sağlıklı bulduğunu belirtmişlerdir. Benzer olarak yapılan bir çalışmada katılımcılar çocuklarının bağışıklık sistemlerine güvendiklerini, hastalıkları doğal yollarla atlatabileceklerini ifade etmişlerdir (Kaypak, 2022). Ebeveynlerin doğal bağışıklıkla hastalığın geçirilmesinin, doğal ürünlerle beslenmenin ve çocuklarına kullandıkları bitkisel takviyelerin aşılardan daha güvenli bir şekilde bağışıklık sağladığına inanmasının aşı reddinin önemli sebeplerinden biri olduğunu düşünmekteyiz.

Ebeveynlerle gerçekleştirilen görüşmeler sonrasında yapılan analizlerde Covid-19 salgını sonrası çıkan aşılar konusuna sıkça değinildiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda ailelerin büyük çoğunluğu Covid-19 aşılardan sonra ortaya çıkan

yan etkilerin aşılarla olan güvenlerini azalttığından bahsetmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ailelerin birçoğu bu dönemde bulunan aşılardan yeteri kadar kullanılmadan insanlara yapıldığından bahsetmişlerdir (Kaypak, 2022). Lun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Covid-19 aşılması sonrası aşılarla olan güvenin azaldığı tespit edilmiştir (Lun ve ark., 2023). Pandemi sonrası ortaya çıkan aşılarla ilgili olumsuz algılar, yalnızca Covid-19 aşılardan değil, rutin çocukluk dönemi aşılardan olan güveni de zayıflatabilecek bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

Yapılan bir çalışmada hastalıkların görülme sıklığı azaldıkça toplumdaki çok az kişinin o hastalıkla ilgili deneyime sahip olduğu, bu durumun aşılarla ilgili risk ve yarar algısını değiştirdiği ve aşı redlerinin arttığı vurgulanmıştır (Omer ve ark., 2013). Benzer olarak bizim çalışmamızda aileler artık görülmeyen hastalıklara karşı aşılanmanın gerekli olmadığını belirtmişlerdir. Bu bulgular hastalıkların toplumda artık nadiren görülmesinin, ebeveynlerin bu hastalıkların ciddiyetini hafife almalarına ve aşılarla olan ihtiyaç algısının azalmasına yol açtığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların birçoğu aşıların çocukların fitratını bozduğundan ve cinsel yönelimlerini etkilediğinden bahsetmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ailelerin bazıları aşı uygulamalarının çocukların cinsel kimliklerini bozmaya yönelik bir oyun olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Kaypak, 2022). Ebeveynler tarafından dile getirilen aşıların çocukların fitratını ve cinsel yönelimlerini etkileyebileceğine dair inançlar, aşı karşıtlığının yalnızca tıbbi değil aynı zamanda kültürel temellere de dayandığını göstermektedir.

Çalışmamızın Türkiye'nin batı bir şehrinde ve kentsel bölgede yapılması çalışmanın bir sınırlılığıdır. Aşı reddi sebeplerini ortaya koymak için daha kapsamlı, farklı bölgelerden ailelerle yapılan nitel çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Sonuç olarak aşı reddi, bilişsel ve duygusal faktörlerden (eksik veya yanlış bilgi, bireysel inançlar ve korkular), sosyal ve kültürel etkilerden (aile, çevre, dini/kültürel inanışlar, sosyal medya ve alternatif tıp) ve sağlık sistemine duyulan güven düzeyinden (sağlık profesyonelleriyle etkileşim ve sağlık hizmetlerine yönelik algılar) birlikte etkilenecek şekilde şekillenir.

Ailelerin sıklıkla bilgi kaynağı olarak sosyal medyayı kullanması bilimsel bilgilerin sosyal mecralarda daha fazla paylaşılması gerektiğini göstermektedir. Sağlık sistemine olan güveni artırmak ve aşılardan kaynaklı olmayan ancak ebeveynlerin aşılarla bağlantılı olduğunu düşündüğü yan etkileri ayırt etmek için hekimlerin hastalarını eleştirel olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirmesi gerekmektedir.

Ailelerin içeriğine güvendikleri, dini açıdan endişe oluşturmeyen ve Türkiye’de üretilmiş bir aşının ebeveynlerin aşılarla karşı olan güvenini artırmaya katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



6. KAYNAKLAR

- Akbulak, M. A., & Çöl, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de aşılama tutumu ve covid-19 aşılara bakış. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(3), 531-540.
- Akdeniz, M., & Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve aşılarda tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
- Altuntaş, M., & Şahin, M. K. (2022). Çocukluk çağı aşı tereddüdü ile karşılaşma sıklığı, nedenleri ve çözüm önerileri: Samsun ili aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarıyla kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(4), 761-771.
- Aslan, S., Ozkara, A., Kasım, I., & Aksoy, H. (2023). Why Turkish parents refuse childhood vaccination? a qualitative study. *Archives of Iranian medicine*, 26(5), 267.
- Aygün, E., & Tortop, H. S. (2020). Ebeveynlerin aşı tereddüt düzeylerinin ve karşıtlık nedenlerinin incelenmesi. *Güncel Pediatri*, 18(3), 300-316.
- Baş, F. Y. (2021). Pandemide aşılamanın önemi ve covid 19 aşılama çalışmaları. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 28(COVID-19 ÖZEL SAYI), 245-248.
- Belç, A. (2024). Aşı tereddüdü: nedenler, sonuçlar ve toplum sağlığı üzerine etkileri. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 4(2), 52-56.
- Bozkurt, H. B. (2018). Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(1), 71-76.
- Burghouts, J., Del Nogal, B., Uriepero, A., Hermans, P. W., de Waard, J. H., & Verhagen, L. M. (2017). Childhood vaccine acceptance and refusal among Warao Amerindian Caregivers in Venezuela; a qualitative approach. *PloS one*, 12(1), e0170227.
- Büke, A. Ç. (2015). Yaşlılarda bağışıklama. *Ege Tıp Dergisi*, 54.
- Chang, K., & Lee, S. Y. (2019). Why do some Korean parents hesitate to vaccinate their children?. *Epidemiology and health*, 41, e2019031.
- Çapanoğlu, E. (2018). Sağlık Çalışanı Ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman).

Çıklar, S., & Güner, P. D. (2020). Annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları ve aşı reddi nedenleri: nitel ve nicel bir araştırma. *Ankara Medical Journal*, 20(1), 180-195.

Demirden, S. F., Alptekin, K., Geboloğlu, I. K., & Öncel, S. Ş. (2022). Düünden bugüne Türkiye’de aşılama ve aşı üretiminin tarihçesi. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 247.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: an overview. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773.

Düzgün, M. V., & Dalgıç, A. İ. (2019). Toplum sağlığı için giderek artan tehlike aşı reddi önenebilir mi?. *Güncel Pediatri*, 17(3), 424-434.

Emre, O., Keskinlik, A. U. (2022). Bebeklikten ergenliğe gelişim ve eğitim. *Livre de Lyon Yayınları*, Lyon, s: 65-79.

Erchick, D. J., Gupta, M., Blunt, M., Bansal, A., Sauer, M., Gerste, A., ... & 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), e0269606.

Gilsdorf, J. R. (2021). Hib vaccines: their impact on haemophilus influenzae type b disease. *The Journal of infectious diseases*, 224(Supplement_4), S321-S330.

Gökçay, G. (2004). Dünya ülkelerinin aşı takvimleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics Special Topics*, 2(9), 940-943.

Gülcü, S., & Arslan, S. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: güncel bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 34-43.

Gür, E. (2019). Vaccine hesitancy-vaccine refusal. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 1.

Harmsen, I. A., Ruiter, R. A., Paulussen, T. G., Mollema, L., Kok, G., & de Melker, H. E. (2012). Factors that influence vaccination decision-making by parents who visit an anthroposophical child welfare center: a focus group study. *Advances in preventive medicine*, 2012(1), 175694.

Hasar, M., Özer, Z. Y., & Bozdemir, N. (2021). Aşı reddi nedenleri ve aşılar hakkındaki görüşler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 166-176.

Kader, Ç. (2019). Aşı karşıtlığı: aşı kararsızlığı ve aşı reddi-anti-vaccination: vaccine hesitancy and refusal. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 377-388.

Kahraman, S., & Kaplan, F. (2020). Türkiye’de kızamık hastalığının son yıllarda artma nedenleri. *Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 175-183.

Kajetanowicz, A., & Kajetanowicz, A. (2016). Why parents refuse immunization. *Wiad Lek*, 69(3 Pt 1), 346-51.

Karabay, Oğuz. (2021). "Aşılama Tarihçesi". Koruyucu hekimlikte aşı. ed. Hasan Solmaz. Karabük Üniversitesi Yayınları, Karabük, s: 1-17.

Kaypak, F. (2022). Aşı Reddinde Bulunan Anne Ve Babaların Aşıya Karşı Genel Yaklaşımları. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana (Danışman: Prof. Dr. Sultan Alan).

Kayser, V., & Ramzan, I. (2021). Vaccines and vaccination: history and emerging issues. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 17(12), 5255-5268.

Kurt, O., Küçükkelepçe, O., Öz, E., Doğan Tiryaki, H., & Parlak, M. E. (2023). Childhood vaccine attitude and refusal among Turkish parents. *Vaccines*, 11(8), 1285.

Li, L., Wood, C. E., & Kostkova, P. (2022). Vaccine hesitancy and behavior change theory-based social media interventions: a systematic review. *Translational behavioral medicine*, 12(2), 243-272.

Lo, N. C., & Hotez, P. J. (2017). Public health and economic consequences of vaccine hesitancy for measles in the United States. *JAMA pediatrics*, 171(9), 887-892.

Lun, P., Ning, K., Wang, Y., Ma, T. S., Flores, F. P., Xiao, X., ... & Ni, M. Y. (2023). Covid-19 vaccination willingness and reasons for vaccine refusal. *JAMA Network Open*, 6(10), e2337909-e2337909.

Martínez-Marcos, M., Reñé-Reñé, A., Zabaleta-del-Olmo, E., Guiriguet, C., Gómez-Durán, E. L., & Cabezas-Peña, C. (2024). Measles, mumps, and rubella vaccination coverage: an ecological study of primary health care and socio-economic factors in Catalonia, Spain. *Journal of Public Health Policy*, 1-20.

McKee, C., & Bohannon, K. (2016). Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics*, 21(2), 104-109.

Mortimer Jr, E. A. (1978). Immunization against infectious disease: active immunization programs are endangered by complacency and litigation. *Science*, 200(4344), 902-907.

Ngwa, C. H., Doungtsop, B. C. K., Bihnwai, R., Ngo, N. V., & Yang, N. M. (2022). Burden of vaccine-preventable diseases, trends in vaccine coverage and current challenges in the implementation of the expanded program on immunization: a situation analysis of Cameroon. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 1939620.

Ocaklı, S. (2023). Ulusal Aşılama Programında Yer Alan Aşılarla Yönelik Ebeveynlerin Aşı Reddi Kararlarını Etkilen Nedenlerin Araştırılması. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. E Polat).

Oğuzöncül, A. F., Tuncer-Kara, K., & Deveci, S. E. (2021). Birinci basamakta çalışan hekimlerin aşılar hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 34(2).

Omer, S. B., Orenstein, W. A., & Koplan, J. P. (2013). Go big and go fast—vaccine refusal and disease eradication. *New England Journal of Medicine*, 368(15), 1374-1376.

Orhon, F. Ş. (2020). Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 6-14.

Ozcirpici, B., Aydın, N., Coskun, F., Tuzun, H., & Ozgur, S. (2014). Vaccination coverage of children aged 12-23 months in Gaziantep, Turkey: comparative results of two studies carried out by lot quality technique: what changed after family medicine?. *BMC Public Health*, 14, 1-8.

Özceylan, G., Toprak, D., & Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 16(5), 1034-1039.

Özdemir, F. K., & Aşut, G. (2021). Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 58-69.

Özen, F. (2020). Aile Hekimlerinin Aşı Karşıtı Ebeveynler İle İletişim Deneyimleri Üzerinden Aşı Karşıtlığının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer).

Özkan, Ö., & ÇATIKER, A. (2006). Bolu il merkezi'ndeki çocukların aşıllılık durumları ve engelleri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(10), 171-178.

Özkök, S. (2016). Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği ve aşılamalarında güncel durum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32, 20-23.

Özmert, E. N. (2008). Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(3), 168-175.

Rachlin, A. (2022). Routine vaccination coverage—worldwide, 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71.

Saleh, A., Qamar, S., Tekin, A., Singh, R., & Kashyap, R. (2021). Vaccine development throughout history. *Cureus*, 13(7).

Sandhofer, M. J., Robak, O., Frank, H., & Kulnig, J. (2017). Vaccine hesitancy in Austria: a cross-sectional survey. *Wiener klinische Wochenschrift*, 129, 59-64

Shattock, A. J., Johnson, H. C., Sim, S. Y., Carter, A., Lambach, P., Hutubessy, R. C., ... & Bar-Zeev, N. (2024). Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the expanded programme on immunization. *The Lancet*, 403(10441), 2307-2316.

Sürmeli, Ö. (2024). Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılamalarında Aşı Tereddütü Ve Reddini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Hilal Özkaya).

T.C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Tanrıkulu, Y., & Tanrıkulu, G. (2021). Aşı tereddüdü ve ebeveynlerin tutumları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 199-204.

Türkay, M., Ay, E. G., & Aktekin, M. R. (2017). Antalya ilinde seçilmiş bir grupta aşı karşıtı olma durumu. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 3(2), 107-112.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 45-67.

Yılmaz, A. T. (2024) Çocukluk çağı rutin aşı takvimi ve bağışıklama uygulamaları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 8(3), 148-162.

Yörük, S., & Güler, D. (2021). Factors associated with pediatric vaccine hesitancy of parents: a cross-sectional study in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(11), 4505-4511.

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı



7.2. EK-2: Anket formu

Çocukluk Dönemi Aşılarını Reddeden Ailelerin Kararlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Çalışma Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Katılımcı Kodu:

1.Yaş:

2.Cinsiyet: ☐Kadın ☐Erkek

3.Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? : ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

4.Medeni durum:

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

5.Eğitim durumu:

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul

☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora

6.Eşinizin eğitim durumu:

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul

☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora

7.Yaşanılan bölge:

☐ Kentsel Bölge ☐ Kırsal Bölge

8.Çocuk sayısı?

1. Çocukluk dönemi aşıları hakkında ne düşünüyorsunuz, bahseder misiniz?
2. Çocukluk dönemi aşılarını reddetmenize neden olan faktörler nelerdir, açıkla-
r mısınız?
3. Çocukluk dönemi aşılarını reddetmenizin sağlık üzerine etkileri hakkında ne
düşünüyorsunuz, açıkla-
r mısınız?
4. Çocukluk dönemi aşılarını reddetme kararınıza çevrenizdeki görüşlerden ve
kararınızın çevrenizin aşılar hakkındaki görüşlerine etkilerinden bahseder
misin?
5. Çocukluk dönemi aşılarına karşı tutumunuzu değiştirebilecek faktörler
nelerdir, açıkla-
r mısınız?

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zeynep Nur	Soyadı	KOLÇAK
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma