

2024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra YAKIŞIR



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI ULUSAL
BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI RUTİN AŞILARINA YÖNELİK
TUTUMLARI VE AŞI OKURYAZARLIĞININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra YAKIŞIR

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI ULUSAL
BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI RUTİN AŞILARINA
YÖNELİK TUTUMLARI VE AŞI OKURYAZARLIĞININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra YAKIŞIR

Doç. Dr. Keziban AVCI

SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programı Rutin Aşılarına Yönelik
Tutumları ve Aşı Okuryazarlığının Sosyodemografik Özellikleriyle İlişkisi**

Kübra YAKIŞIR

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Keziban AVCI

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Keziban AVCI

Prof. Dr. Umut BEYLİK

Doç. Dr. Özlem ÖZER

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

28-11-2024

Kübra YAKIŞIR



*Ataerkil düzenin baskısına direnen ve hayallerini gerçekleştirme
mücadelesi veren tüm kadınlara ithaf edilmiştir.*

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesinde bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimleriyle her adımda yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Keziban Avcı'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecinde sağladığı destek ve yönlendirmelerle çalışmamın kalitesini yükselten Türkiye Aşı Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Ateş Kara'ya şükranlarımı sunarım. Kendisi, araştırmamın her aşamasında değerli fikir ve önerileriyle katkıda bulunarak bana ilham kaynağı olmuştur.

Ayrıca, veri hazırlığı sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve sağladıkları kaynaklarla çalışmalarımı kolaylaştıran Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Bölümü'nden Prof. Dr. Aslınur Özkaya Parlakay, Doç. Dr. Saliha Kanık Yüksel ve değerli ekiplerine teşekkür ederim.

Bu çalışmanın fikir aşamasından itibaren bilimsel katkıları ve değerli eleştirileriyle yol gösteren Mersin Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nden Dr. Öğr. Üyesi Kenan Gözlü'ye, sabrı ve anlayışı için gönülden teşekkür ederim. Kendisi, tezin ilk aşamalarında beni teşvik ederek bu çalışmanın şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır.

Tez yazım sürecinde yanımda olan, bilimsel bilgilerini esirgemeyen Doç. Dr. Fehminaz Temel, Dr. Aslıhan Coşkun, Dr. Pervin Özelçi ve Türkiye Aşı Enstitüsü'ndeki tüm değerli çalışma arkadaşlarıma içten teşekkür ederim. Zorlu anlarda verdikleri destek, bana güç ve ilham vermiştir.

Son olarak, bu yoğun süreçte her daim destekleriyle yanımda olan sevgili eşim Eren'e, evlatlarım Bekir, Ömer ve Selime tüm aileme ve dostlarıma en derin teşekkürlerimi sunarım. Manevi destekleri ve yanımda hissettiğim güçleri olmadan bu süreci aşmak çok daha zor olurdu.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Aşı.....	5
2.2. Bağışıklama	7
2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı.....	11
2.4. Bağışıklamanın Dışsal Faydaları ve Ekonomik Kazanımları	14
2.5. Aşı Tereddütü ve Aşı Reddi.....	17
2.6. Sağlık Okuryazarlığı.....	22
2.7. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Sınıflandırılması.....	24
2.8. Aşı Okuryazarlığı.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Çalışmanın Modeli	28
3.2. Çalışma Hipotezleri.....	28
3.3. Araştırmanın Türü	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	30
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.5.2. Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği	31
3.5.3. Aşı Okuryazarlık Ölçeği.....	33
3.6. Yöntem	35

3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ	65
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER.....	78
Ek-1. Sosyodemografik Soru Formu	78
Ek-2. Aşı Okuryazarlık Ölçeği	79
Ek-3. Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği.....	80
Ek-4. Etik Kurul İzni	81
Ek-5. Hastane Uygulama İzini.....	82
Ek-6. Özgeçmiş.....	83

ÖZET

Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programı Rutin Aşılarına Yönelik Tutumları ve Aşı Okuryazarlığının Sosyodemografik Özellikleriyle İlişkisi

Bu tez çalışmasında ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin, aşıya yönelik tutumları ile aşı okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma ile ebeveynlerin aşı tutumlarındaki çeşitliliğin ve aşı okuryazarlığı seviyelerinin işlevsel, iletişimsel ve eleştirel boyutları üzerindeki potansiyel etkilerini açıklığa kavuşturmak amaçlanmaktadır.

Araştırmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Kulesi'ne 01.06.2024-15.06.2024 tarihleri arasında çocuk polikliniklerine başvuran 400 ebeveyn katılım sağlamıştır. Veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 23 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yapılan analizler sonucunda; ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin aşıya ilişkin tutum ve aşı okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum puanı orta seviyede, işlevsel sağlık okuryazarlık alt boyut puanı ile aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları arasında negatif yönde ve iletişimsel sağlık okuryazarlık alt boyut puanı ile aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç olarak, genç ebeveynlerin aşı okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve eğitim durumu, gelir ve çocuk yaşının tutum davranışları üzerinde sınırlı etkisi olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar, ebeveynleri bilinçlendirerek toplumsal bağışıklık ve salgınların önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı Okuryazarlığı, Aşı Reddi, Aşı Tereddütü, Aşı, Ebeveyn Aşıya İlişkin Tutumu.

ABSTRACT

Parental Attitudes Towards Routine Vaccines in the National Childhood Immunization Program and the Relationship of Vaccine Literacy with Sociodemographic Characteristics

This thesis aims to evaluate the relationship between parents' sociodemographic characteristics, their attitudes towards vaccination, and the subdimensions of vaccine literacy. Additionally, the study seeks to clarify the potential impacts of the diversity in parental vaccine attitudes and their vaccine literacy levels on the functional, communicative, and critical dimensions.

A total of 400 parents who visited the pediatric outpatient clinics of Ankara Bilkent City Hospital's Children's Tower between June 1, 2024, and June 15, 2024, participated in the study. Data were collected through face-to-face surveys, and the IBM SPSS Statistics 23 software package was used for data analysis. The analyses revealed statistically significant differences between parents' sociodemographic characteristics, vaccine-related attitudes, and vaccine literacy. Furthermore, it was found that parents' vaccine attitude scores were at a moderate level. A negative statistically significant relationship was identified between the functional health literacy subdimension scores and the scale and subdimension scores for vaccine attitudes. Conversely, a positive statistically significant relationship was found between the communicative health literacy subdimension scores and the scale and subdimension scores for vaccine attitudes ($p < 0.05$).

In conclusion, it was observed that younger parents had higher vaccine literacy levels and that education level, income, and child's age had a limited impact on attitude-related behaviors. Healthcare professionals and policymakers can contribute to herd immunity and the prevention of outbreaks by raising parents' awareness.

Keywords: Vaccine Literacy, Vaccine Refusal, Vaccine Hesitancy, Vaccine, Parental Attitudes Towards Vaccination.

KISALTMALAR LİSTESİ

ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etki
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Bacilla Calmette-Guerin
BDK	: Bilim Danışma Kurulu
COVID-19	: SARS-CoV-2 virüsü
DaBT	: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanos
DaBT-İPA-Hib	: Beşli karma aşı
DST	: Dünya Sağlık Teşkilatı
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
Hib	: Haemophilus influenzae tip B
HPV	: Human Papilloma Virus
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
MNT	: Maternal ve Neonatal Tetanoz
OPA	: Oral Polio Aşısı
SAGE	: Stratejik Danışma Uzman Grubu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Toplumsal Bağışıklık.....	8
Şekil 2.2 T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi	14
Şekil 2.3 Aşı Tereddütü ve Aşı Reddi Kavramları.....	19
Şekil 3.1 Çalışmanın Modeli	28
Şekil 3.2 Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	32
Şekil 3.3 Aşı Okuryazarlık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	35



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1 <i>Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Aşılama Öncesi ve Sonrasında Vaka Sayıları ve Azalma Yüzdeleri Türkiye, (1980-1984 ve 2015-2019)</i>	6
Tablo 2.2 <i>Yaygın Aşı ile Önlenebilir Bulaşıcı Hastalıkların Toplumsal Bağışıklığı için R_0 ve Eşik Değerleri</i>	10
Tablo 3.1 <i>Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Puanlama Sistemi</i>	33
Tablo 3.2 <i>Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Alt Kategorileri ve Maddeleri</i>	33
Tablo 4.1. <i>Demografik bilgilerin incelenmesi (n=400)</i>	38
Tablo 4.2. <i>Ölçek ve Alt Boyut Puanlara Dair Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi (n=400)</i>	40
Tablo 4.3. <i>Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Bilgilere Göre İncelenmesi (n=400)</i>	41
Tablo 4.4. <i>Aşı okuryazarlığı ölçeği alt boyut puanlarının demografik bilgilere göre incelenmesi (n=400)</i>	44
Tablo 4.5. <i>Ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişkisinin incelenmesi</i>	48
Tablo 4.6. <i>Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği Soru Bazlı Dağılımı (n=400)</i>	49
Tablo 4.7. <i>Aşı Okuryazarlık Ölçeği Soru Bazlı Dağılımı (n=400)</i>	51
Tablo 4.8. <i>Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar</i>	53

1. GİRİŞ

Aşı insanlık tarihinde çeşitli salgın hastalıklarla mücadelede önemli rol oynamıştır. Biyolojik bir ürün olan aşı, bakteri ve virüs gibi patojenlere karşı, canlının bağışıklık sisteminde bu etkenlerin tanınmasını ve savunma mekanizması geliştirmesini sağlamaktadır (WHO, 2019). Aşılama, temiz suya erişimin sağlanmasından sonra sağlık sonuçlarını iyileştiren en başarılı ve uygun maliyetli hizmettir (WHO, 2023). Küresel boyutta pek çok ülke, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ve etkililiğini düşünerek ölümlerin önüne geçmek, hastalıklardan korunmak ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlık politikalarında aşı takvimlerini geliştirip, güncelleyerek aşı uygulamaya devam etmektedir (Deogaonkar et al., 2012).

Türkiye’de ise çocukluk çağı aşılama programı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından en son olarak 2020 yılında güncellenen aşı takvimi; 13 ayrı mikroorganizmaya korunma sağlanmaktadır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında yer alan aşılardan hepsi sağlık kurum ve kuruluşlarında önerilmekte, isteğe bağlı, ücretsiz olarak uygulanmaktadır (Aşı Portalı, 2020; Şimşek Orhan, 2020). Yüksek aşılama oranları kişisel korunma dışında, toplumsal bağışıklığı sağlayarak hastalıkların toplum içerisinde dolaşımını da önlemektedir (WHO, 2023). Belirli bir yüzdesinin bir enfeksiyona karşı bağışıklığı geliştğinde, etkene bağlı olarak bu oran değişmektedir ve enfeksiyon zinciri kırılmaktadır. Bu aynı zamanda sağlık ekonomisinde pozitif dışsallığın göstergesidir (Yalçın Balçık & Demir, 2021). Toplumda aşılınmayan kişi sayısı arttığında salgınlar görülmekte, aşılınmayan kişiler yüksek risk altında kalarak toplumsal korunma azalmaktadır (Doherty et al., 2016). Toplumsal olarak bağışıklamanın düşmesi sağlık ekonomisi alanında negatif dışsallığın göstergesidir (Boulier et al., 2007; Yalçın Balçık & Kartal, 2019).

Dünyada ve Türkiye’de yapılan pek çok çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması nedeniyle sağlık sonuçlarının olumsuz etkilendiği, sonucuna ulaşılmıştır. Tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi döneminde aşılardan hızla klinik kullanıma girmesi, yeni kullanılan aşı teknolojileri ve

değişen varyantların yapısal özellikleri nedeni ile aşının koruyuculuğundan kaçmaları nedenleri ile aşıları sorgulanması artmıştır ve sağlık okuryazarlığının bir alt basamağı olan aşı okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır.

Dünya Sağlık Teşkilatı verilerine göre Türkiye’de 2023 yılının ilk altı ayında 2883 kızamık vakası tespit edilmiştir. Kızamık olguları incelendiğinde 1-4 yaş insidansı en yüksek grup olarak aşısız, aşılama durum bilinmeyen ya da tek doz aşılı olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2024). Aşı olmayan bireylerin toplum içerisinde artış göstermesi ve ülkeler arasında hareketliliğin yüksek olduğu bu çağda küresel bir sağlık tehdidi olarak görülebilir. Ülkelerde ani patlak verebilecek salgınlar, sağlık hizmetine yönelik talebi artıracak ve kaynak tüketimini hızlandıracaktır. Bu durum sağlık sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verememesine yol açabileceğini görülmektedir (Yalçın Balçık & Demir, 2021).

DST 2019 yılında aşıya yönelik tereddüt sürecini bir küresel sağlık tehdidi olarak tanımlamıştır (È. Dubé et al., 2021). Aşı tereddütünü ise; birey kendisi ya da çocuğu için aşı/aşılama hizmetine ulaşabilir durumda olmasına rağmen kabul veya reddetmesindeki gecikme olarak tanımlanmıştır (MacDonald, 2015, Boulier et al., 2007)

Bilgi yayılımının çok hızlı olduğu günümüzde yanıltıcı içeriklerin yaygın şekilde üretilmesi sonucu aşıya karşı bazı şüpheli bakış açısı gelişmeye başlamıştır (Dyda et al., 2020; Etesamnia & Derinpınar, 2021). Bununla birlikte koronavirüs pandemisi döneminde aşılar ve aşılarla önlenabilir hastalıklar daha çok gündeme gelmiştir (È. Dubé et al., 2021). Kişisel görüş farklılıkları, eğitim seviyeleri, yaşanan sosyal ortam, inanç ve inanışların yanlış yönlendirilmesi gibi pek çok etken nedeniyle aşılar karşı şüpheli bakış açısı yaratacak bilgi kaynakları artmıştır (Picchio et al., 2019; Higgins et al., 2023; Honcoop et al., 2023;). Günümüzde sağlık bilgi teknolojilerinin hızlı gelişmesinden kaynaklı bireylerin bilgi kaynaklarındaki içeriklere eleştirel bakış açısıyla yaklaşarak gerekli araştırmaları yapmasının önemi daha da artmıştır. Bu becerilerin temelinde sağlık okuryazarlığı gelmektedir (Berkman et al., 2010).

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında sağlık okuryazarlığını; sağlıklı olmayı öğrenme ve sürdürme amacıyla bilgiye ulaşma, anlama, kullanmak için bilişsel ve sosyal beceriler göstermek olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bilgiye ulaşma

kısımında bilginin güvenilirliğini değerlendirmek anlamlandırmak ve bireysel yaşamda kullanma yeteneği ve sağlığıyla ilgili kararları almasında sağlık profesyonelleriyle iş birliği içinde olması yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinin göstergesidir (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından birisi de aşı okuryazarlığıdır. Aşı okuryazarlığı, bireylerin aşılar hakkında bilimsel temelli ve güvenilir bilgiye ulaşıarak bilinçli karar vermesi yeteneğidir. Bu yetenek, yanlış bilgilendirmelere ve hatalı tutumlara karşı korunmada kritik bir rol oynamaktadır. Aşı okuryazarlığı sayesinde bireyler, aşılarla dair doğru bilgiye dayalı bilinçli tercihler yaparak hem kendilerini hem de toplumu korumaya katkı sağlamaktadır. Aşı kararlarını etkileyen yanlış tutumlar ve yanlış yönlendirmelere karşı sürecin farkındalıkla yönetilmesinde önemli bir araçtır (Lorini et al., 2018). Dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisinde, diğer bulaşıcı hastalıklar bir dönem nerede hiç görölmezken sadece SARS-COV-2 pandemi etkeni çok hızlı yayılmıştır. Bu durum, toplumda doğru bilgiye dayalı aşı farkındalığının ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. Geçmişte, aşılarla yönelik yanlış bilgilendirmeler toplumsal güvensizlik ortamı yaratmıştır. Örneğin, İngiltere’de 1998 yılında Wakefield ve arkadaşları tarafından Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşısının otizme neden olduğunu iddia eden çalışmasının Lancet dergisinde yayınlanması nedeniyle ebeveynlerde aşı tereddütünü artmıştır. Ancak çalışma; etik kurallara uygun olmaması nedeniyle yayından kaldırılmıştır. Buna rağmen, bu olay aşı karşıtı hareketlerin güçlenmesine zemin hazırlamıştır. Gelişmiş ölkelerde çocukluk çağı aşıları olmasına rağmen salgınlar ortaya çıkıyorsa bunun en önemli nedeninin, aşılama oranlarının düşmesi ve bunun kaynağı olarak da düşük aşı okuryazarlığı olduğu iddia edilmektedir (Dannetun et al., 2005; Badua et al., 2022; Hotez, 2023). Düşük aşı okuryazarlık düzeyi, ebeveynlerin aşılarla ilgili doğru bilgiye ulaşamamasına, böylece yanlış bilgilendirmelere karşı savunmasız kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum, aşılamaya yönelik şüphelerin artmasına ve aşılama oranlarının düşmesine yol açarak toplumsal bağışıklığın zayıflamasına neden olmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı; ebeveynlerin aşıya yönelik tutumları ile aşı okuryazarlığı alt boyutlarına yönelik algıların çeşitli sosyodemografik özelliklere farklılık gösterip göstermediğini tespit etmektir. Çalışmanın bir diğer amacı ise aşıya ilişkin tutum ile aşı okuryazarlığının işlevsel, iletişimsel ve eleştirel alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ebeveynlerin aşıya yönelik tereddütlü yaklaşımları ve

bilgi eksiklikleri konularında farklılıklar mevcuttur. Bu durum aşı programının başarıyla uygulanması ve sağlık kararları üzerinde potansiyel etkiler yaratmaktadır. Bu araştırma ile ebeveynlerin aşı tutumlarındaki çeşitliliğin ve aşı okuryazarlığı seviyelerinin bu tutumlar üzerindeki potansiyel etkilerini açıklığa kavuşturmak amaçlamaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde aşı, bağışıklama, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, bağışıklamanın dışsal faydaları, aşı tereddütü, aşı reddi, sağlık okuryazarlığı ve aşı okuryazarlığı ile ilgili genel bilgilere değinilmiştir. Üçüncü bölümünde ise istatistiksel analiz sonuçlarına ve buna ilişkin tablolara yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde, literatür bulguları ile istatistiksel yöntemle bulunan sayısal analiz sonuçlarının yorumlandığı ve çözümlendiği tartışma bölümüne yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise ebeveynlerin çocukluk aşılara ilişkin tutumu ve aşı okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılara yönelik geliştirilen sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde; aşı, bağışıklama, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, bağışıklamanın dışsal faydaları, aşı tereddütü, aşı reddi, sağlık okuryazarlığı ve aşı okuryazarlığı kavramlarının tanımı ve önemi hakkında bilgiler yer almaktadır.

2.1. Aşı

Aşılar biyolojik ürünlerdir ve vücudun savunma mekanizmasının hastalık etkeni olan mikroorganizmayı önceden tanımasını sağlayarak bu etkenlere karşı bağışıklığı geliştirmekte ve korunmayı sağlamaktadır (Deogaonkar et al., 2012). DST aşısı *“canlının bağışıklık sisteminin bakteri ve virüs gibi patojenleri tanıyarak savaşmasını sağlayan ve bunların neden olduğu bulaşıcı hastalıklara karşı canlıyı koruyan farmasötik ürünlerdir”* olarak tanımlamıştır (WHO, 2009)

Aşı insanlık tarihinde çeşitli salgın hastalıkla mücadelede önemli rol oynamıştır. Halk Sağlığı çalışmaları kapsamında bulaşıcı hastalıkları önleme ve kontrolü konusunda toplumun korunmasıyla sosyal faydanın en etkili uygulamalardan birisi olmuştur (WHO, 2019).

Aşılama, sağlık sonuçlarını iyileştiren en başarılı ve uygun maliyetli hizmettir. Küresel boyutta pek çok ülkenin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ve etkililiğini düşünerek hareket etmesi sonucu ölümlerin önüne geçmek ve hastalıklardan korunmak için sağlık politikalarında belirledikleri hedefler sonucunda aşı takvimlerini geliştirip, güncelleyerek aşı uygulamaya devam ettiği görülmektedir (WHO, 2023).

Aşılar kitlesel çocuk ölümlerinin önlenmesinde en etkili araçtır. UNICEF verilerine göre 1989’da boğmaca, verem, difteri, tetanos, çocuk felci ve kızamık hastalıklarına bağlı 5 milyona yakın çocuk ölümleri tespit edilmiştir. Çocukluk çağı aşılarının amacı; sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için ciddi yan etkileri ve ölüm riski olan bulaşıcı hastalıklardan çocukları ve risk grubundaki bireyleri korumaktır (WHO, 2023, 2024).

Türkiye’de aşılama öncesi ve sonrası dönemlerdeki vaka sayıları karşılaştırıldığında, bu programların ne kadar etkili olduğu açıkça görülmektedir. 1980-1984 yılları ile 2015-2019 yılları arasında Türkiye’de bazı önemli aşıyla önlenebilir hastalıkların vaka sayılarında kaydedilen değişiklikler Tablo 2.1’de listelenmiştir:

Tablo 2.1 *Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Aşılama Öncesi ve Sonrasında Vaka Sayıları ve Azalma Yüzdeleri Türkiye, (1980-1984 ve 2015-2019)*

Hastalık	Aşılanma Öncesi Vaka Sayısı	1980-1984 Vaka Sayısı	2015-2019 Vaka Sayısı	Azalma Yüzdesi (%)
Difteri	1236 (1932-1936)	174	0	100
Boğmaca	10762 (1963-1967)	3619	84	98
Tetanoz	Bildirimi Yapılmamıştır (1963-1967)	110	16	85
Çocuk felci	501 (1958-1962)	159	0	100
Kızamık	50145 (1965-1969)	21225	713	97

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019

Türkiye’de aşıyla önlenebilir hastalıkların vaka sayılarının azalma yüzdeleri Tablo 2.1’de görüldüğü gibi belirtilen tarihler aralığında vaka sayılarının 5 yıllık ortalamasıyla belirlenmiştir.

2.2. Bağışıklama

DST bağışıklama yani immünizasyonu; “*bir aşının uygulanmasından sonra canlının enfeksiyon ajanına bağışık ya da dirençli hale gelmesi*” olarak tanımlamıştır (WHO, 2023). Bağışıklama hizmetleri temel korumayı, aşı ile önlenabilir hastalıkları toplumda eliminasyon ve eradikasyonu sağlayarak, hastalık etkenini toplumda dolaşımını ve bireylerin bu risklere maruz kalmasını önlemektir. Bu çalışmalar etkin uzun vadeli yatırımlar olup oldukça ekonomik yöntemlerdir (Andre et al., 2008, Boulter et al., 2007).

Birincil koruma; rutin aşılama programı sayesinde bireyin aşı ile önlenabilir hastalıklara karşı direnç geliştirmesini sağlamaktadır. İkincil koruma; bireyin var olan hastalıklarındaki riski öngörerek hastalık sürecine erkenden müdahale ederek sağlanmaktadır (Doherty et al., 2016).

Toplumsal korunma ile toplumu oluşturan kişilerin belirli bir yüzdesinin bir enfeksiyona karşı bağışıklığı geliştğinde enfeksiyon zinciri kırılmaktadır. Etken oluşturan mikroorganizmanın ortamda bulunmamasından kaynaklı dolaylı bir korunma oluşmaktadır (Doherty et al., 2016).



Şekil 2.1 Toplumsal Bağışıklık

Kaynak: British Society for Immunology, 2024 Türkçeleştirilmiştir.

Şekil 2.1’de anlaşılabacağı üzere “Toplumsal Bağışıklık” bir toplumun büyük çoğunluğunun aşılanmasıyla hastalıkların yayılmasının engellenmesini sağlayan bir koruma yöntemidir. Özellikle polio gibi bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için toplumda yeterli oranda bağışıklık kazanılması oldukça önemlidir. Aşılama sayesinde sadece bireyler değil, aşılanamayan savunmasız gruplar da korunmaktadır. Toplumun büyük bir kısmı bağışıklık kazandığında virüs yayılma fırsatı bulamamakta ve salgınlar engellenmektedir (Mallory et al., 2018).

Belirli bir yüzdesinin bir enfeksiyona karşı bağışıklığı geliştiğinde, etkene bağlı olarak bu oran değişmektedir, enfeksiyon zinciri kırılmaktadır. Toplumsal bağışıklık düzeyi, bireyler arasında doğrudan korunmayı sağlarken, aynı zamanda bağışıklık kazanmamış bireyler için de dolaylı bir koruma sağlamaktadır. Bir hastalığın yayılma potansiyelini belirleyen en önemli faktörlerden biri hastalıkların R_0 değeri (Temel Üreme Sayısı) ve toplumsal bağışıklık eşiği, etkili aşı politikalarının geliştirilmesinde ve hastalıkların kontrol altına alınmasında kritik rol oynamaktadır (Fine, 1993)

R_0 Değeri (Temel Üreme Sayısı), bir enfekte bireyin, tamamen duyarlı bir popülasyona kaç kişiyi enfekte edebileceğini ifade etmektedir. Bulaşıcı etkenin bulaşıcılığını tanımlamak için kullanılır. Örneğin bir kişi, hastalığın bulaşma ortamında kaç yeni vaka yaratabileceğini göstermektedir. Eğer R_0 değeri 1'in altındaysa hastalık zamanla kaybolmaktadır, 1'in üstündeyse yayılmaya devam etmektedir (Fine et al., 2011).

Toplumsal Bağışıklık Eşiği, popülasyonun ne kadarının bağışık olması gerektiğini göstermektedir. Eğer popülasyonun yeterli bir kısmı bağışıklık kazanırsa, hastalık yayılacak kişi bulamayarak kontrol altına alınabilmektedir. Enfeksiyonu ortadan kaldırmak için aşılınması gereken nüfusun minimum yüzdesi $(R_0 - 1) / R_0$ veya $1 - 1/R_0$ formülleriyle hesaplanmaktadır. Formüllerden anlaşılacağı üzere Toplumsal Bağışıklık Eşik Değeri aşının etkinliğine ve Temel Üreme Sayısına bağlı değişkenlik göstermektedir (Fine et al., 2011).

Tablo 2.2 Yaygın Aşı ile Önlenebilir Bulaşıcı Hastalıkların Toplumsal Bağışıklığı için R_0 ve Eşik Değerleri

Hastalık	Bulaşma Yolu	R_0 Değeri	Toplumsal Bağışıklık Eşiği (%)
Difteri	Tükürük	6–7	%83–85
Kızamık	Hava yoluyla taşınan	12–18	%92–94
Kabakulak	Damlacık yayılımı	4–7	%75–86
Boğmaca	Damlacık yayılımı	12–17	%92–94
Çocuk felci	Fekal-oral bulaşma	5–7	%80–85
Kızamıkçık	Damlacık yayılımı	5–7	%80–85
Çiçek	İletişim (temas)	6–7	%80–85

Kaynak: Wikipedia, 2024

Tablo 2.2 ile toplumsal bağışıklık için gereken etkenlerden korunan kişilerin %'leri gösterilmiştir. Bu bağışıklık oranları hastalığın R_0 değeri ile nasıl ilişkilendirildiğini göstermektedir. Örneğin, kızamığın R_0 değeri oldukça yüksek olduğu için (%92-94), toplumda çok daha geniş bir kesimin bağışık olması gerekmektedir. Tablo 2.2'den anlaşılacağı üzere aşılama politikalarının belirlenmesinde ve sürü bağışıklığı için gerekli minimum oranların tespitinde önemli bir kaynaktır (Fine et al., 2011).

Bakteriyel ve virüs kaynaklı enfeksiyonlar arasındaki bulaşıcılık farkı, hastalıkların yayılma potansiyelini anlamada önemli bir rol oynamaktadır. Bakteriyel enfeksiyonlar daha düşük bir temel üreme sayısına sahipken, virüs kaynaklı enfeksiyonlar daha hızlı yayılabilme potansiyeline sahiptir. Bu durum, hastalığın yayılım dinamiklerini etkilediği gibi, kontrol altına alınma stratejilerini de şekillendirmektedir. Özellikle, daha yüksek R_0 değerine sahip hastalıkların yayılmasını engellemek için daha geniş çaplı aşılama programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Mallory et al., 2018).

Bulaşıcılık yönünden bakteriyel kaynaklı enfeksiyonların virüs kaynaklı enfeksiyonlara temel üreme sayısı (R_0) daha düşüktür (Doherty et al., 2016). Bu fark, yalnızca bireylerin korunmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda aşılamanın kişilerin

hastalığın yayılmasını engelleyerek toplumun geri kalanını da koruması anlamına gelmektedir. Bu durum, toplum sağlığına önemli bir katkı sağlarken, sağlık ekonomisi açısından da pozitif dışsallığın bir göstergesidir (Yalçın Balçık & Demir, 2021). Toplumda aşılınmayan kişi sayısı arttığında hassas grup büyüdüğü için salgınlar görülebilme riski artmaktadır. Aşılınmayan kişiler yüksek risk altında kaldıkları gibi aşıların koruması %100 olmadığı için ya da aşılınamayan veya aşı cevabı ideal olmayan kişiler de risk altına girmektedir. Sonuç olarak toplumsal korunma azalmaktadır (Doherty et al., 2016). Toplumsal olarak bağışıklamanın düşmesi sağlık ekonomisi açısından negatif dışsallığın bir göstergesidir (Boulier et al., 2007; Yalçın Balçık & Kartal, 2019).

Yüksek aşılama oranları sayesinde hastalık görülme sıklığını düşürmektedir. Toplumda aşılınmayan kişi sayısı arttığında salgınlar görülerek aşılınmayan kişiler yüksek risk altındayken aşılanan kişilerde risk grubunda yer alarak toplumsal korunma azalmaktadır (Andre et al., 2008; Doherty et al., 2016).

Toplumda, immün sistem yetersizliği olan kişiler; kanser hastaları, organ nakli hastaları, küçük bebekler, yaşlı bireyler, hamileler gibi risk grubundaki kişiler için toplum bağışıklığı oldukça önemlidir. Aşılama oranları %80'in altına düştüğünde ülkeler arasındaki hareketliliğin oldukça yüksek olduğu bu zamanda küresel bir sağlık tehdidi olan salgınlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerine aşırı talep olmakta ve kaynakların hızlıca tüketilmesine ayrıca sağlık sistemi beklenti ve ihtiyaçları karşılayamamaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2018).

2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

DST ve UNICEF tarafından 1974 yılında 6 aşıyla önlenebilir hastalığa yönelik bağışıklamayı geliştirmek amacıyla Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) oluşturulmuş. Bunlar polio, difteri, tetanos, kızamık, boğmaca ve tüberkülozdur. Program oluşturulurken gelişmekte olan ülkelerde bebeklerin %5'inden azının bu hastalıklara karşı tam korunduğu tespit edilmiştir (WHO, 2024).

GBP'nin başarısıyla 2024 yılına kadar 5 yaş altındaki 154 milyon çocuğun ölümü önlenmiştir. Her önlenen ölüm için ortalama 66 yıllık sağlıklı yaşam yılı

kazanılmıştır. Ayrıca, toplumsal bağışıklığın artırılmasıyla küresel bebek ölüm oranlarında %40 azalma sağlanmıştır (Shattock et al., 2024).

Türkiye’de 1981 yılında yüksek aşılama oranlarına ulaşmak amacıyla GBP başlatılmıştır (Şimşek Orhan, 2020). Süreç içerisinde aşılama kampanyaları yapılarak eksik aşılı çocuk bırakılmaması hedeflenmiştir. Aynı zamanda sistemsel iyileştirmeler yapılarak saha personelinin ihtiyaçları, kayıtlarda ve aşı lojistiğinde yaşanan aksaklıklar giderilerek toplum önderleriyle iş birliği yapılmıştır. Bu sayede aşı ile önlenabilir hastalıkların görülme sıklığında ve buna bağlı ölümlerde büyük düşüşler sağlanmıştır (Şimşek Orhan, 2020).

Aşılama hizmetinin kapsayıcılığını artırmak için; aşılardan istenmeyen etkilerinin takibi ile hem güvenlik izlemi hem de ailelere güven telkini sağlamak için 2003 yılında ASİE izleme sistemi kurulmuştur. Sistem sayesinde bildirim zorunlu istenmeyen etkiler, aşılamayla ilgisi olduğu düşünülen ciddi vakalar, aşı yan etkilerinin beklenenin üzerinde olması ve toplumda kaygı unsuru olacak durumlar üzerine çalışılmaktadır (Şimşek Orhan, 2020).

Planlı aşılama çalışmaları sayesinde 1957 yılından itibaren ülkemizde çiçek hastalığı görülmemektedir. Dünyada çiçek hastalığı eradike edilerek büyük başarı elde edilmiştir. Ayrıca ülkemizde 1980 yılından bu yana çiçek aşısı uygulanmamaktadır. GBP çerçevesinde Maternal ve Neonatal Tetanos Programı 1994 yılında başlatılmıştır. DSÖ tarafından 2009 yılında ülkemizin de içinde bulunduğu 47 ülkede Maternal ve Neonatal Tetanos elimine edilmiştir. DSÖ Avrupa bölgesi ile ülkemize 2002 yılında çocuk felcinden arındırılmış ülke sertifikası verilmiştir. Ayrıca 2020 yılından itibaren kızamıkçık hastalığı elimine edilmiştir. Dikkatle sürdürülen aşılama programı sayesinde son difteri vakası 2011 yılında görülmüştür. GBP aşısı takvimi tamamlanan her çocuk, risk grubundaki bireyler ve göçmenler difteri, tetanos, boğmaca, çocuk felci, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmaktadır (WHO, 2023).

Türkiye’de Aşı Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi;

1930: Çiçek aşısı

1937: Difteri, boğmaca aşısı uygulamaları

1952: BCG aşısı uygulaması

- 1963:** OPA aşısının programa eklenmesi
- 1968:** DBT aşısının programa eklenmesi
- 1970:** Kızamık aşısının programa eklenmesi.
- 1981:** GBP
- 1985:** Türkiye Aşı Kampanyası.
- 1995-2000:** çocuk felci Ulusal Aşı Günleri Çalışması
- 1998:** Son Poliomyelit Vakası
- 1998:** Hepatit B aşısının programa eklenmesi.
- 2003:** Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2005:** Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2006:** KKK aşısının programa eklenmesi.
- 2006:** Hib aşısının programa eklenmesi.
- 2007:** DaBT-İPA-Hib aşısının programa eklenmesi
- 2008:** 7 bileşenli konjuge pnömokok aşısının programa eklenmesi
- 2009:** MNT Eliminasyonu
- 2011:** 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısının programa eklenmesi
- 2012:** Hepatit A aşısının programa eklenmesi
- 2013:** Suçiçeği aşısının programa eklenmesi.
- 2016:** İki bileşenli OPA uygulaması

Ülkemizde ise çocukluk çağı aşılama programı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından en son 2020 yılında güncellenen aşı takvimi 13 ayrı mikroorganizmaya yöneliktir. Şekil 2.2’de Ulusal Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi verilmiştir. GBP kapsamında yer alan aşılardan hepsi sağlık kurumlarında isteğe bağlı ücretsiz olarak uygulanmaktadır. (Aşı Portalı, 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						İD**	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: Konjüge 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) İD: İlave Doz

Şekil 2.2 T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Kaynak: Aşı Portalı, 2020

2.4. Bağışıklamanın Dışsal Faydaları ve Ekonomik Kazanımları

Sağlık ve beraberinde sağlık hizmetlerinin değişen yapısı üzerine politik ve ekonomik birçok farklı görüş ortaya çıkmaktadır. Sağlık sistemlerine bakıldığında ülkelerin sağlık harcamalarında kıt kaynak kullanımıyla yüksek düzeyde etkin ve verimli hizmet sunma çabası çağımızın başlıca konusudur. Ayrıca yükselen yaşam süresi, gelişen teknoloji sayesinde ilaç ve aşı gibi ürünlerin etkinliği, hizmet sunumundaki iyileşmelerin sayesinde hizmetin ulaşılabilir ve sosyoekonomik olarak geniş kitlelerin talebine karşılık verebilecek düzeye gelmesi ülkelerin sağlık politikalarının yapısında değişimleri beraberinde getirmektedir (Yalçın Balçık & Kartal, 2019).

Ekonomik olarak üretim ve tüketim faaliyetlerinin sonuçlanmasıyla bir etki meydana gelmektedir. Bu etkilere bağlı başka ekonomik alanlarda üretim ve tüketim

etkilenererek dışsallık durumu ortaya çıkmaktadır. Her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunda ve kullanımında dışsallıklar meydana gelmektedir. Dışsallık oluştuğunda piyasa oluşturulamamakta ve fiyatlandırma yapılamamaktadır. Bu durumda ortaya çıkan üretim veya tüketim durumlarında hizmetin faydası ya da marjinal maliyeti yansıtılamamaktadır. Dışsallık başka bir ekonomik birimde olumlu yönde etki gösteriyorsa pozitif, olumsuz etkiliyorsa negatif dışsallık olarak tanımlanmaktadır (Çalışkan, 2008) .

Bağışıklama hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede toplumu koruyan önemli bir sağlık hizmetidir ve pozitif dışsallık kavramına en iyi örneklerden biri olarak gösterilebilir. Aşılama çalışmaları, bireylerin belirli bir oranda aşılmasını yoluyla toplumsal bağışıklığın gelişmesini sağlamaktadır. Bu da hastalığın yayılma oranını büyük ölçüde düşürmekte ve aşılannamış bireylerin de dolaylı olarak korunmasına yardımcı olmaktadır (Yalçın Balçık & Kartal, 2019). Bu süreç, kaynakların daha verimli ve etkili kullanılmasını sağlayarak uzun vadede sağlık hizmetleri üzerindeki yükü hafifletmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, tedavi edici hizmetlere duyulan ihtiyacı azaltmaktadır. Aşıyla önlenabilir hastalıklara yönelik bağışıklama hizmetleri, tedavi odaklı hizmetlere kıyasla daha düşük maliyetli ve etkili bir çözüm sunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet müdahalesi olmadığı durumlarda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu için belirli kaynak oluşturulmaz ise bulaşıcı hastalıkların yayılımı hızlanmaktadır (Çalışkan, 2008). İleriki dönemde ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin kaynak tüketimi hızlanmaktadır. Aynı şekilde bağımlılık davranışları gösteren bireylerin başka bireyleri etkileyecek faaliyetleri nedeniyle negatif dışsallık ortaya çıkmaktadır. Örneğin sigara tüketen bireylerin yanında sigara dumanına maruz kalan bireylerde de kalp ve akciğer hastalıkları riski taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır. Piyasa fiyatlandırması yapılırken dışsallık durumuna göre pozitif ya da negatif süreç için kaynak kullanımına uygun maliyetlendirme yapılmamaktadır (Çalışkan, 2008).

Aşılamının ekonomik kazanımları geniş bir yelpazede ele alınabilmektedir. Aşılar, bireysel sağlığı korumakla kalmayıp, toplum genelinde de ekonomik anlamda önemli faydalar sağlamaktadır. Öncelikle aşı programlarının uygulanması, lojistik yönetimi, sağlık personelinin eğitimi ve soğuk zincir sistemlerinin sürdürülebilmesi

gibi maliyetler ortaya çıkmaktadır. Ancak uzun vadede bu yatırımların mali faydaları oldukça büyüktür. Aşılar, hastalık insidansını azaltarak tedavi ve hastane yatış maliyetlerini önemli ölçüde düşürmektedir ve sağlık sistemine binen yükü hafifletmektedir (Deogaonkar et al., 2012). Özellikle çocukluk döneminde yapılan aşılar, toplumda bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyerek iş gücü kaybını ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır (Rodrigues & Plotkin, 2020).

Karma aşıların kullanımı da sağlık sistemlerinde altyapı maliyetlerini azaltarak ekonomik fayda sağlamaktadır. Bu aşılar, birden fazla hastalığa karşı tek bir uygulama ile koruma sağlayarak maliyet etkinliği artırmaktadır (Ehreth, 2003). Ayrıca, aşıların topluma dolaylı koruma sağlamasıyla, salgınları önleyerek toplum genelinde maliyet tasarrufu sağlamaktadır (Ozawa et al., 2016).

Aşılanın topluluğa dışsallıkları; ekolojik olarak toplumsal bağışıklık ve antibiyotik kullanımının azaltılması gibi ekolojik etkiyle toplum sağlığında iyileşmeyi sağlamaktadır. Bu süreçte dolaylı aşı koruması sağlanmaktadır ve antibiyotik direncinin yaygınlığını azaltmaktadır. Böylece geleceğin pandemilerinden sorumlu olabilecek bakterilerdeki çoklu antibiyotik direncinin gelişmesinin önüne geçilmektedir (Laxminarayan, 2022). Toplumsal faydanın sayesinde sağlık sonuçlarının dağılımında eşitlik ortaya çıkmaktadır. Ekonomik sürdürülebilirlik açısından aşı programları sayesinde hasta bakımındaki finansal sürdürülebilirlik iyileşerek finansal fayda elde edilmektedir. Ulusal ekonomiyi etkileyerek sektörel üretim artmakta ve gayri safi yurtiçi hasıla yükselmektedir (Deogaonkar et al., 2012).

Sağlıklı bireylerin üretkenlik seviyelerinin artması, aşıların uzun vadeli ekonomik etkilerindendir. Çocukluk dönemi aşıları, çocukların kesintisiz eğitim görmesini sağlayarak yetişkinlik dönemlerinde daha üretken iş gücüne katılmalarına olanak tanımaktadır (Rodrigues & Plotkin, 2020). Bu durum gelecekteki iş gücünün kalitesini yükseltmekte ve verimliliği artırmaktadır (Postma et al., 2015). Bu tür araştırmalar, farklı ülkelerde çocukluk aşılamaının genellikle eğitim süresinde ek 0,2-0,3 yıllık bir artışla bağlantılı olduğunu göstermektedir (Nandi & Shet, 2020). Bu etkinin, özellikle ekonomik olarak dezavantajlı gruplarda daha belirgin olduğu görülmekte ve çocukluk aşılamaının sosyal ve ekonomik açıdan önemini vurgulamaktadır (Nandi & Shet, 2020). Ayrıca, aşılar ebeveynlerin iş gücüne devamlılığını sağlayarak, işverenler açısından da maliyet etkinliği artırmaktadır

(Rodrigues & Plotkin, 2020) Bu sürecin önemli bir ekonomik etkisi vardır ve aşılanmanın kapsamlı değerini vurgulamaktadır (Ozawa et al., 2012).

Sonuç olarak, aşılanma sadece sağlık açısından değil, aynı zamanda ekonomik büyüme ve sürdürülebilirlik açısından da stratejik bir müdahaledir (Montero et al., 2024) Aşılar, bireylerin iş gücüne katılımını artırarak toplumsal refahı ve verimliliği yükseltmektedir. Bu nedenle, aşılanma programları hem sağlık hem de ekonomi açısından uzun vadeli kazançlar sağlayan önemli bir araçtır.

2.5. Aşı Tereddütü ve Aşı Reddi

Her yıl milyonlarca ölümün önlenmesi ve toplumun sağlık ve refah seviyesinin yükselmesindeki en etkili yöntem olan aşıya karşı son zamanlarda tamamen kabul, güven ve kararlılık davranışlarının aksine kararsızlık ve reddine kadar giden bir tutum ortaya çıkmaya başlamıştır. Aşı karşıtlığı bilimsel temellere dayanmamakla birlikte geçmişten günümüze uzanan ve 2019 sonrasında da tüm dünyayı etkileyen koronavirüs salgını ile üretilen aşılar ve pandemi sürecindeki aşılanma çalışmalarına yönelik tartışmalar ile oldukça popüler bir yaklaşım haline gelmiştir.

Aşı karşıtlığının tarihsel süreci ve başlangıcı çiçek aşısını geliştiren Edward Jenner'ın (1796) dönemine kadar uzanmaktadır (Wolfe, 2002). Aşı çalışmaları insanlık tarihinde bulaşıcı hastalıklarla başedebilme konusunda oldukça önemlidir. Başlangıçta aşı uygulamaları, dönemin din adamları tarafından hastalıkların Tanrı tarafından, ceza olarak insanlara gönderildiği inancıyla çatışmaktadır. İlerleyen dönemlerde çiçek salgınları için zorunlu aşı politikası izleyen İngiliz hükümetine karşı aşı karşıtı grupların etkisi belirginleşmiştir. 1870 yıllarında oluşturulan aşı karşıtı gruplar Avrupa'da etkili olmaya başlamıştır (Kata, 2010). Aşılanma oranları düşen hükümetler tedbir amaçlı zorunlu aşılamayı ve izolasyon önlemleri ile toplumsal bağışıklığı güçlendirmeye çalışmışlardır (Janssen, 2022). Benzer şekilde Amerika'da aşı yaptırmayan bireylere para cezası verilmiş ve bu durumda mahkemeye başvuran kişilere ise hükümetin kararını destekleyen bir tutum izlenmiştir (Janssen, 2022; Wolfe, 2002).

İngiltere'de 36 çocuğun DBT aşı uygulaması sonrasında ciddi nörolojik yan etkiler gözlemlendiğine dair kanıtların ortaya konulmasıyla birlikte, 1972 yılında

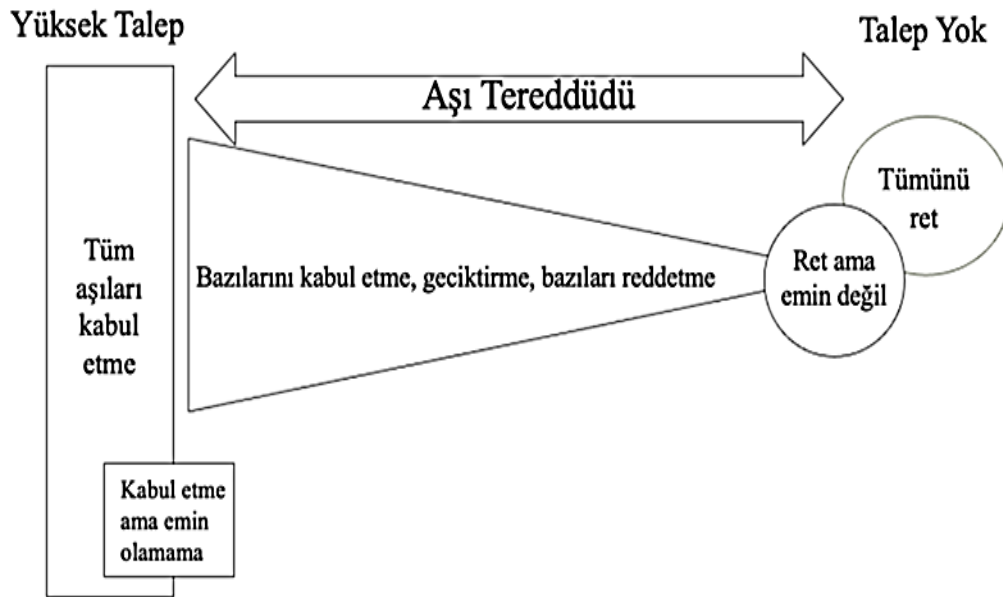
aşılama oranlarında büyük düşüşler meydana gelmiştir (E. Dubé et al., 2015). Toplum bağışıklığının etkilenmesi üzerine salgın ortaya çıkmıştır. Bu durumun aşı karşıtları tarafından hazırlanan, Amerika’da 1982 yılında yayınlanan “DBT Aşı Ruleti” konu işleyiş belgeseli sonrasında aşı karşıtı hareketler daha da artmıştır (E. Dubé et al., 2015).

Bazı aşılarda yer alan civa maddesi aşı karşıtı kampanyaların konusu olmaktadır. Özellikle İngiliz Doktor Andrew Wakefield 12 kişilik örneklem grubuyla KKK aşı ile otizm arasındaki ilişki iddiası ile Lancet dergisinde makale yayınlamıştır (Kata, 2010). Bu çalışma Lancet dergisinden etik dışı uygulama ve sonuçların çarpıtılması nedeniyle yayından çekilmiştir. Ancak çalışmanın yayınlandığı ilk yıl içerisinde çalışmanın medya kanalları tarafından haber yapılması üzerine ebeveynlerde şüphecilik artmıştır ve aşılama oranlarında düşüşler meydana gelmiştir (Lane et al., 2018; Wang et al., 2015). Aşı içeriğindeki kimyasal bileşen olarak bulunan Thiomersal koruyucu maddedir. Thiomersal (Etil Civa) organik bir bileşendir ve genellikle çoklu dozlu aşılarda bulunmaktadır. Temel işlevi ise aşıda mikrobiyal üremeyi engellemektir. Tek kişiye uygulanmak üzere üretilmiş enjektörlü aşılarda thiomersal bulunmamaktadır. 1930’lu yıllardan bu yana aşılarla ve ilaçlarda koruyucu bakteriyel kontaminasyonu önlemek için yer almaktadır. Örneğin göz damlaları ve kontak lens solüsyonlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca mikrobiyal üreme olursa kalite ve etkinlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu madde DST Aşı Güvenliği Genel Komitesi’nin yayınladığı raporda, aşı yapıldıktan sonra 4-9 günde sindirim yoluyla vücuttan atıldığı ve civa birikimi ile ortaya çıkabilecek hastalıkların nedeni olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Aşı Portalı, 2024). Civa bileşenlerinden metil civanın ise vücuttan atılımı oldukça güçtür, aşırı maruziyet yaşanırca çeşitli nörolojik hastalıklara neden olmaktadır (Clements & McIntyre, 2006; Nelson & Bauman, 2003).

Geçmişten günümüze uzanan aşı karşıtı söylemler toplumsal bağışıklamanın başarısını etkilemektedir. Ebeveynlerin maruz kaldığı yazılı ve görsel içeriklerin, aşı karşıtı yanıltıcı tutumların gelişmesine neden olmaktadır. Aşı içeriğinde bulunan kimyasal bileşenler ve komplikasyonlar konusunda bilimsel temelli olmayan söylemler oldukça yaygındır. Bunun yanında toplum üzerinde etki bırakan uzman hekimler, siyasi liderler, medyatik ünlü kişiler veya din adamlarının söylemlerine eleştirel bakış açısıyla bakılarak araştırılması gerekmektedir. Ancak ailenin eğitim durumu, önceki aşılarından edindikleri deneyimler, yaşanan bölge, sağlık kuruluşuna

uzaklığı ve sağlık çalışanının iletişim becerileri gibi pek çok etken aşının kabulünden reddine kadar giden süreci etkilemektedir (Gür, 2019; Higgins et al., 2023; Honcoop et al., 2023).

Bağışıklama uygulamalarının ulaşılabilir olmasına karşın aşya karşı şüpheli yaklaşım ve isteksizlik eğilimleri ortaya çıkmıştır. DST “aşların bulunmasına rağmen aşya, aşı uygulamalarına karşı isteksizlik ya da aşı uygulamalarını reddetmeyi” küresel sağlığa yönelik tehdit olarak tanımlamıştır (MacDonald, 2015). Önerilen aşların uygulanmasında geciktirme ya da reddetme seçimlerine yönelen bireylerin nedenleri karmaşıktır. Bu nedenle DST aşı tereddüdünü incelemek için çalışma grubu oluşturmuştur. SAGE (Stratejik Danışma Uzman Grubu)’nin belirlediği alanlar içerisinde etkili liderler ve bireyler, sağlık sistemlerine karşı güven ve aşya özgü konularda sağlık profesyonellerinin rolü yer almaktadır (Jarrett et al., 2015).



Şekil 2.3 Aşı Tereddüdü ve Aşı Reddi Kavramları

Kaynak: MacDonald, 2015

Şekil 2.3’te aşı tereddüdü ve aşı reddi kavramları belirtilmiştir. Aşı tereddüdü; bireylerin kendileri ya da çocukları için uygulanacak aşları kabul etme ya da reddetme davranışlarını göstermemesidir (E. Dubé et al., 2015).

Aşı kabulü; aşı ve bağışıklama programının etkili ve güvenli olmasına aynı zamanda sağlık sistemine ve sistemde yer alan sağlık profesyonellerine, aşı araştırma

gruplarına güvenmeye ve inanmaya bağlıdır (E. Dubé et al., 2015). Tereddütlü bireyler belirli aşılar ya da genel olarak aşılar hakkında kararsız kalmaktadırlar. Bu yaklaşıma sahip bireyler aşıları uygulatma konusunda kararsız kalsa da kendilerine ve çocuklarına aşı yaptırebilmektedirler. Ancak bu süreçte aşığı uygulatma konusunda erteleme ya da reddetme olasılıkları da vardır. Aşı takvimine uygun şekilde süreci yönetmeyen ebeveynlerine yönelik yapılan çalışmalarda “aşı takviminde çok fazla aşı mevcut ve aşı uygulamaları için çok erken” gibi sonuçlar belirlenmiştir. Bu bakış açısındaki ebeveynler aşı uygulamalarını erteledikleri sağlık çalışanları ise bu süreçte müdahale etmemektedir (Kempe et al., 2015; MacDonald & Dubé, 2015)

Bazı bireyler ise aşığı özgü kararsızlık yaşayarak bazı aşıları uygulatabilir, bazılarını erteleyebilir ya da reddedebilmektedirler. Bu nedenle aşı kararsızlığı ve aşı reddi sürecinde geçişler söz konusu olabilmektedir (Butler & MacDonald, 2015) . Bu davranış şekilleri coğrafi farklılıklar, siyasi görüşler, ırk ve davranışsal faktörlerden de etkilenebilmektedir (Dubé et al., 2021; Edwards & Hackell, 2016). Yaşanan ülke ve sosyal çevre açısından; gelişmiş ülkelerde aşı tereddütü daha yüksek iken aşı reddi gelişmekte olan ülkelere göre oldukça düşük seviyededir. Bunun temelinde toplumsal bilincin yüksek olması, okuryazarlık oranının yüksek olması ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin bilimsel temelli kaynağa ulaşarak tereddüt ettiği alanlarda doğru araştırmayı yapmaktadır (Larson et al., 2015). Ebeveynlerin aşığı yönelik tutumları toplum sağlığı açısından büyük öneme sahiptir.

Aşı tereddütü veya reddi sadece çocukları değil, aynı zamanda toplumun genelini riske atmaktadır. Aşığı yönelik kabul, tereddüt ya da red süreçlerini inceleyen pek çok makalede kişisel görüş farklılıkları, inançlar ve inanışların yanlış yönlendirilmesi, eğitim seviyesi, sağlık okuryazarlık düzeyi ve yaşanan çevre gibi pek çok etken bulunmaktadır (Picchio et al., 2019; Higgins et al., 2023; Honcoop et al., 2023). Bu nedenle tutumlar üzerine incelenen çalışmalarda spesifik bölgeye özgü pek çok etken ortaya çıkabilmektedir.

Ebeveynlerin eğitim seviyelerinin yüksek olması çocukların enfeksiyon hastalıkları ve tedavileri konularında bilinçli yol almasını sağlamaktadır. Ulusal aşı takvimine uygun olarak zamanında aşılanmanın yapılmasında ebeveynlerin eğitim düzeyi oldukça önemlidir. Düşük eğitim düzeyindeki ebeveynlerin çocuklarına uygulanan aşı türleri hakkında bilgi sahibi olmadığı ve uygulanan aşılar hakkında bilgilerinin çok az olduğu tespit edilmiştir (Facciola et al., 2019)

Dini, felsefi ve komplo teorileri tarafından bakıldığında; aşının geliştirilmesiyle toplu bebek ve çocuk ölümleri ve hastalık sonucu çocuklarda hasar bırakmasının önüne geçilmiştir. Aşının sağlık müdahalesi olarak kaliteli yaşamı getirmesi, hastalıkların Tanrı tarafından ceza olarak geldiği inancıyla, aynı zamanda pasif kaderci görüşe ve ilahi iradeye de karşıtlık göstermiştir (Trangerud, 2023).

Geçmişten bugüne dini görüşlerde değişim yaşanmış olsa da dini açıdan aşı içeriğinde bulunan Jelatin türünün domuz jelatini olduğu ve haram ürün olduğu için üretim aşamalarının etik olmadığı, bireyin vücudunu kirletecek bileşenler olduğu şeklinde söylemler mevcuttur. Jelatin bitkisel ya da hayvansal kaynaklı olabilmektedir ve aşı içeriğinde sığır jelatini kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde KKK ve suçiçeği gibi bazı canlı virüs aşılarında ısının değişkenlik göstermesi gibi nedenlerle etkenin çoğalarak patojen hale gelmesinin önlemek için stabilizör olarak kullanılmaktadır (Wood, 2013). Ancak bu konu özellikle Müslüman, Yahudi ve Hristiyan inancına sahip ülkelerdeki hassasiyetten kaynaklı dikkate alınmaktadır (Trangerud, 2023; Wombwell et al., 2015). Müslüman toplumlarda özellikle çocukları kısırlaştıracağı ve toplumu yok etmeye çalışıldığı propagandası yapılmaktadır. Bu tutum daha çok siyasi bir ideoloji olsa da dini inançlar kısmında Müslüman bireyleri etkilemektedir. Afrika'daki Müslüman nüfusun Amerika tarafından çoğalmasının önüne aşıyla geçileceği düşüncesiyle ilgili fetvalar verilmiştir. 2003 yılında Nijerya'da aşı kampanyalarında istenilen hedefe ulaşılamayarak toplumsal bağışıklık etkilenmiş ve çocuk felci vakaları görülmüştür (Demir, 2021; Trangerud, 2023).

Emzirme, annenin yenidoğanı patojenlere karşı erken dönemde koruduğu önemli mekanizmadır. Doğal bağışıklık ve anne sütünün koruyuculuğunun yeterli olduğuna dair yaygın bir inanış vardır. Gerçekten de anne sütü, bağışıklığın gelişimine katkı sağlayan bazı koruyucu bileşenler içermektedir (Hanson, 1998). Ancak, antikorlar gibi koruyucu maddeler bebeği tam anlamıyla korumakta yetersiz kalmaktadır. Bu noktada, bebeğin kendi antikorlarını üretebilmesi ve bağışıklık sisteminin güçlenmesi adına aşılama programlarının önemi büyüktür. Doğum öncesinde anneden alınan antikorlar ve doğum sonrası anne sütünden geçen antikorlar, bebeğin bağışıklık sistemini desteklese de kalıcı bir bağışıklık sağlamamaktadır. Anne sütü, solunum yolu enfeksiyonları ve ishal gibi hastalıklara karşı koruma sağlarken, yaşamı tehdit eden hastalıklara karşı tam bir koruma sunamamaktadır. Bu nedenle,

çocukluk döneminde yapılan aşılar, hayatı tehdit eden hastalıklara karşı erken dönemde alınan kritik bir önlemdir (Cinicola et al., 2021).

Basın, sosyal medya ve dijital içerikler gibi yazılı ve görsel materyallerin artmasıyla ebeveynlerin bilgi aldıkları kaynaklar çoğunlukla bilimsel temellere dayanarak hazırlanmamaktadır. Bu içeriklerde aşı sonrası olabilecek yan etkiler, içeriğindeki bileşenlerin miktarı ve vücuttan atılım zamanları üzerine yanıltıcı beyanlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu nedenle “Aşı Portalı” isimli dijital sayfa oluşturarak bilimsel temelli bilgilendirici içeriklere yer vermiştir (Aşı Portalı, 2024).

Sağlık hizmetlerinde koruyucu ve tedavi edici çalışmaların hiçbirinde riskin tamamen ortadan kalktığı söylenememektedir. Bu nedenle, aşının olumlu etkilerine ilişkin basın ve yayın organları titizlikle çalışmalar yürütmeli, içerik üretiminde bilimsel verilere dayanan sonuçlar dikkate alınmalıdır. Aynı hassasiyet sağlık çalışanları için de geçerlidir; bireylere yönelik bilgilendirme yapılarak etkin iletişim yöntemleri kullanılmalıdır (Jarrett et al., 2015). Bu bağlamda, ülkemizde 2003 yılından itibaren aktif olarak kullanılan Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) bildirim sistemi, aşı uygulanan kişilerde görülen olumsuz tıbbi olayların değerlendirilmesi için önemli bir mekanizmadır. Aşıya bağlı istenmeyen etkilerin incelenmesi ve geri bildirim yapılması hem aşının kabulünü artırmak hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek açısından kritik öneme sahiptir. Bu sayede, sağlık profesyonelleri vakaları inceleyerek ciddi etkilerin aşıyla ilişkili olup olmadığını tespit etmekte, ebeveynlerin aşıya yönelik şüphelerinin giderilmesine katkı sağlamaktadır (ASİE Genelgesi, 2009).

2.6. Sağlık Okuryazarlığı

DST sağlığı; *“sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bireyin tam bir iyilik hali içerisinde olması”* şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Tanımlamayla hastalığın olmaması durumuyla sınırlandırılan sağlık, bireyin ve dolaylı şekilde toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi yaklaşımına evrilmiştir. Günümüz şartlarında bireyin stresle baş edebilmesi ve ruhsal yönden iyilik hali ve sosyal olarak toplumdaki iletişimi oldukça önemlidir. Aynı zamanda hastalıklara zemin hazırlayan süreçlerin devlet

tarafından gözetilerek halk sağığı çalışmalarıyla önlemler alınması sağııklı birey ve toplumun başlıca etkenlerindendir (Sağıık Bakanlığı, 2011).

Sağıık bilgisine ulaşma, anlama, yorumlama ve yaşamına katabilmek eskiye göre çok daha önemli hale gelmiştir. Sağıık bilgi sisteminde büyük bir bilgi asimetrisi vardır. Tıbbi bilgiyi yorumlayan hizmet verici sağıık çalışanında “tıbbi okuryazarlık” mevcuttur. Ancak hizmetin alıcı kısmındaki bireylerde tıbbi kavramlara yönelik bilgiye hâkim olması beklenemez. Bu bilgiden faylanan bireylerin sağıık okuryazarlık düzeyi ne kadar yüksek olursa olsun “tıbbi okuryazarlık” ve “sağıık okuryazarlığı” kavramları aynı değildir. Sağıık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesiyle kişi sağııklı davranış tutumları gösterebilecektir. Etkileşimsel olarak toplumda var olan davranışlarda araştırma ve yorumlama becerisiyle iyi yönde farklılaşma ve genişleme hedeflenmektedir (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Sağıık sistemlerinin modernleşmesiyle, hizmet sunumundaki ve hizmet kullanımında süreçlerin yönetilmesi karmaşık hale gelmiştir. Teknolojik ilerlemeler sağıık ve sağıık algısı üzerinde fikir değıışikliğine yol açmıştır (Gözlü, 2023) Korunma yöntemleri başta olmak üzere tedavi yöntemlerindeki değıışimlerde çok hızlı olmaktadır. Bu nedenle bireyler sağııklı yaşamın sürdürülebilirliğı ya da hastalık durumunda tedavi ve bakım yönetiminde ve hizmet talebinde sorumlulukları giderek artmaktadır (Özkan et al., 2020).

Küresel pandemi döneminde yaşanan karmaşada da gördüğümüz gibi kişisel yaşadığımız sağıık problemi bölgeleri ve hatta küresel boyutta tüm ülkeleri etkisi altına alabilmektedir. Bu nedenle etkileşimin çok hızlı olduğı yeni dünya düzeninde verdiğimiz sağıık kararlarında da yeni rollerimiz ortaya çıkmıştır (Özkan et al., 2020).

Sağıık okuryazarlığının ortaya çıkışı; S. K. Simonds tarafından “Sosyal politika olarak sağıık eğitimi” içeriğinde ilk kez 1974 yılında kullanılmıştır. Okullarda tüm eğitim seviyelerine uygun sağıık eğitiminden bahsetmiştir. Ottawa’da 1986 yılında “Uluslararası Sağıığı Geliştirme Konferansı” sonunda yayınlan Ottawa Şartında sağıığı geliştirme çabaları için sektör bazlı katılımlar gerektirdiğı ve bu alanda diğerk sektörlerinde sorumluluklarının olduğı belirtilmiştir (Pinheiro, 2021).

Bilimsel temelli bilgilerin toplumun anlayabileceğı ve ulaşılabilir olmasının ve toplumda sağıık davranışlarında değıışiklik yaratması hedeflenmiştir. Bilgilerin toplum tarafından anlaşılabilmesinde ise sağıık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır

(Berkman et al., 2010). Bu kavram ise evrilerek “sağlık okuryazarlığı” olarak Don Nutbeam tarafından geliştirilmiştir (Pinheiro, 2021). Sağlık literatüründe 2000’li yılların başında sağlık okuryazarlığı kavramına daha fazla odaklanılmıştır.

DST sağlık okuryazarlığını “kişilerin bireysel sağlıklarını sürdürebilmek ve iyileştirebilmek amacı ile sağlık ile ilgili var olan bilgilere ulaşabilmesi, edindiği bu bilgileri anlaması ve kullanılması için ihtiyaç duyulan sosyal becerilere ve yetilere sahip olması” olarak tanımlamaktadır (Okan, 2019). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık okuryazarlığı kavramını “insanlara, sağlıklı olabilmeyi öğrenme ve sağlıklı olmayı sürdürecektir şekilde bilgiye ulaşmasını, bilgiyi anlamasını ve kullanmasını belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık okuryazarlığı kavramı 2012 yılında Sorensen ve arkadaşları ile bütün tanımların analizleri yapılarak ortak bir tanıma ulaşılmıştır (Sørensen et al., 2012). Sağlık okuryazarlığı kavramı *“okuryazarlık durumu ile bağlantı kurmuş bireylerin, sağlıklarıyla ilgili gündelik yaşamlarında karar almaları, yaşam standartlarını yükseltmeleri, sürdürebilmeleri amacıyla sağlık durumlarını geliştirme aynı zamanda oluşabilecek hastalıkları önlemek amacıyla ihtiyaç duyulan sağlık bilgisini edinme, ulaşma, anlama, yorumlama, değerlendirebilme ve edinilen bilgiyi kullanmayı sağlayan enformasyon, motivasyon ve beceridir”* şeklinde tanımlamıştır (Sørensen et al., 2012).

2.7. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı kavramını Nutbeam; Temel, İşlevsel ve Eleştirel düzeyde sağlık okuryazarlığı olmak üzere ayrı ayrı 3 düzeyde kategorize etmiştir (Nutbeam, 2000). Buna göre;

Temel/Fonksiyonel/ İşlevsel sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık sistemini kullanabilmek için bilgi edinebilme, doğru sağlık bilgisine ulaşabilme ve sağlığı için risk faktörleri hakkında araştırma yapabilme becerilerini temel düzeyde okuyarak ve yazarak kullanabilmesidir. Bu beceriye sahip bireyler hastalık önleme faaliyetleri ve bu yönde yapılacak davranış değişikliklerine katılım sağlayarak eğitime ve iletişime açık tedavi sürecinde de uyumlulardır (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Temel düzey sağlık okuryazarlığında sağlık bilgisini ulaşma ve ulaştığı bilgiye uyum, hastalığına uygun branşta randevu alabilme, tedavisinde kullanılan reçeteleri ve ilaç etiketlerini okuma, anlama, yorumlamayı içermektedir (Nutbeam, 2008).

Halk sağlığı ve klinik bakımın acil ve erken evrelerine uyum sağlanması oldukça önemlidir. Düşük düzeyde okuryazarlık düzeyinde karar verme süreci de olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin risk olarak algılaması ve titizlikle vakaya uygun çalışması gerekmektedir. Halk eğitimleri davranış değişikliklerini hedefleyerek bireysel davranış şekilleri üzerine odaklanmaktadır (Nutbeam, 2008).

İnteraktif/İletişimsel Sağlık okuryazarlığı; bireyin mevcut bilgisini geliştirmesi sürecinde yeni öğrendiği bilgileri değişen koşullara uygulayabilmesi ve karar verme aşamasında çıkarımlar yaparak etkileşim halinde olabilmesidir. Sağlık iletişimi için kullanılan eğitimler, mobil uygulamalar, etkileşimli interaktif ortamlarda verilen bilgi kaynaklarındaki farklılıkları algılayabilmektedir (Nutbeam & Lloyd, 2021). Birey iletişime açık ve eğitime yanıt vermesiyle sağlık profesyonelleri tarafından erişilebilirdir bu sayede halk sağlığı çalışmalarında ve klinik bakımda hastaya eşit sağlık hizmeti verilebilmektedir (Marmot & Allen, 2014). Bireysel sağlık bilgisi yüksek olduğu için sağlık davranışları kazanılmıştır ve bireysel koruyucu sağlık yaklaşımlarından faydalanma becerileri yüksektir. Değişen sağlık sistemleri ve sağlık koşullarında bilgilerini kullanabilmektedirler (Inoue et al., 2013).

Eleştirel/ Kritik sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlığı üzerinde etkisi olan süreçte bilgi edinebilmesi ve kullanabilmesi için en ileri okuryazarlık becerisidir. Bu bilgileri değerlendirme aşamasında sağlık üzerinde faydanın bireysel düzeyden toplumsal düzeye yansımaları anlayabilmektedir. Farkındalık seviyesi yüksek olan bireyin doğru kararı alması, yeni bilgileri eleştirel bakış açısıyla analiz etmesi, uyumlanarak kullanması ve sağlıkla ilgili aktivitelere katılım sağlaması mümkündür (Nutbeam & Lloyd, 2021).

İkinci ve üçüncü ileri düzey sağlık okuryazarlık kavramlarında sağlığın geliştirilmesi için karar alma süreçlerinde kişi davranışlarını topluma aktarabilmektedir. Bu anlamda bireysel aktarabilme ve eleştirel düşünme becerileri geliştirilmelidir (Nutbeam, 2008).

2.8. Aşı Okuryazarlığı

DST “Aşılama Hedefleri ve Stratejileri” üzerine çalışmalarında aşılama hizmetlerine erişimi iyileştirerek aşılama kapsamını artırmayı hedeflemektedir. Aşılama hizmetlerinde erişimi artırarak daha fazla insanın aşılama sonucu toplumsal bağışıklığı güçlendirmek önemli bir stratejidir (Doherty et al., 2016). Hizmet esnasında aşı lojistiği ve soğuk zincir uygulamaları için standart uygulamaların iyileştirilmesi vurgulanmıştır. Hizmet sürecinde ayrıca aşılamanın önemi ve faydaları üzerinde farkındalık çalışmalarına değinilmiştir. Bu sayede aşı tereddütünü azaltılarak aşılama oranlarının yükseleceği ön görülmektedir (Doherty et al., 2016)..

Toplumun aşılama üzerine farkındalığının artırılması için ilk kez Ratzan 2011 yılında “Vaccine Literature” yani “Aşı Okuryazarlığı” bahsetmiştir (Ratzan, 2011). Aşı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı kavramından yola çıkarak inşa edilmiştir. Aşı okuryazarlığı; aşılama hizmeti sunumunda aşının lojistik sürecinden uygulama sürecine kadar geliştirilen sağlık hizmetlerinin karmaşıklıklardan arındırılarak anlaşılır sistem geliştirmesidir. Toplumsal bağışıklığı artırmak için aşı okuryazarlığını oldukça önemlidir (Ratzan, 2011).

Bağışıklama ve aşı iletişimi çalışmalarında aşı okuryazarlığına değinilmelidir. Toplumun farklı kesimlerinin aşı okuryazarlığı üzerine kazanımları bilinçlendirme çalışmalarındaki faydayı artırmaktadır. Bu fayda sayesinde toplumda, aşı konusunda karar verirken birçok farklı konu üzerine farkındalık sağlanacaktır. Ancak aşı iletişimi üzerine çalışmalar yapılırken aşı okuryazarlığına yeterince yer verilmemektedir (Biasio, 2019).

Aşı okuryazarlığı, insanların aşılama ve ilgili hizmetlerle ilgili bilgi edinme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir (Lorini et al., 2023). Kişisel, örgütsel ve toplumsal düzeylerde bağışıklama, aşılama ve aşılama programları hakkındaki bilgilere erişmek, anlamak, eleştirel olarak değerlendirmek ve uygulamak için ' bilgi', 'motivasyon' ve 'yeterlilikler' gerektirmektedir (Lorini et al., 2023).

Sağlık okuryazarlığının üç alt boyutu aşı okuryazarlığına da yansımıştır. Aşı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı aynı kavram temeline dayanmaktadır. Bunlar; fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel aşı okuryazarlığıdır (Badua et al., 2022). Aşı okuryazarlığı psikometrik açıdan incelendiğinde etkileşimli/iletişimsel boyutları;

problem çözme ve karar verme üzerinedir. İşlevsel boyutu ise anlamsal sistemlere ve dil becerisine odaklanmaktadır (Badua et al., 2022).

Aşı bilgisi genel olarak anlaşılması zor ve karmaşık olabilmektedir. Daha anlaşılabilir olması için kullanılan dilin sade olmasına ve anlatım şeklinin ise anlaşılır olmasına dikkat edilmelidir. Toplumun aşı okuryazarlık düzeyini artırmak için güvenilir materyallerin sayısı artırılmalı, kolay ulaşılmalı ve çağımızın vazgeçilmezi olan temiz içerikli dijital kaynakların yardımıyla aşı kabulü artırılmalıdır (Rowlands, 2014).

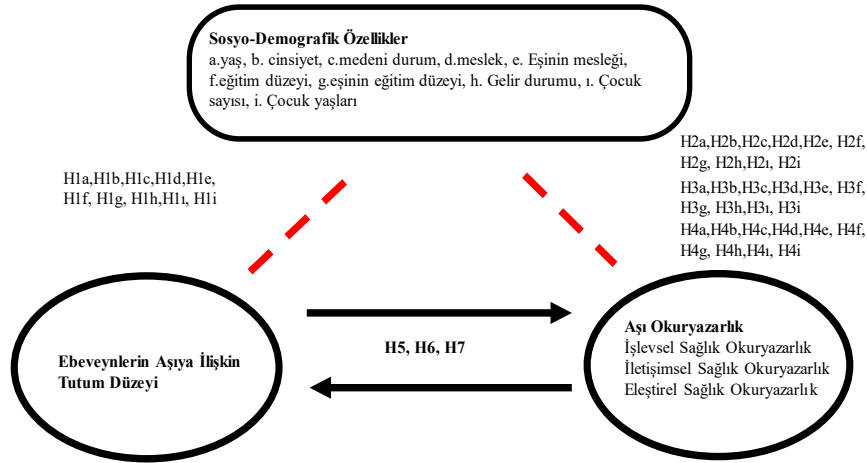


3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın tipi, evreni ve örneklem seçimi, kullanılan istatistiksel yöntem ve veri toplama araçları, araştırmanın etik izni hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1. Çalışmanın Modeli

Çalışmanın amacını ortaya koymak üzere Şekil 3.1’de sunulmuştur.



Şekil 3.1 Çalışmanın Modeli

3.2. Çalışma Hipotezleri

H1: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyleri; H1a: yaş, H1b: cinsiyet, H1c: medeni durum, H1d: meslek, H1e: eşinin mesleği, H1f: eğitim düzeyi, H1g: eşinin eğitim düzeyi, H1h: gelir durumu, H1ı: çocuk sayısı, H1i: çocukların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyleri; H2a: yaş, H2b: cinsiyet, H2c: medeni durum, H2d: meslek, H2e: eşinin

mesleği, H2f: eğitim düzeyi, H2g: eşinin eğitim düzeyi, H2h: gelir durumu, H2i: çocuk sayısı, H2i: çocukların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H3: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyleri; H3a: yaş, H3b: cinsiyet, H3c: medeni durum, H3d: meslek, H3e: eşinin mesleği, H3f: eğitim düzeyi, H3g: eşinin eğitim düzeyi, H3h: gelir durumu, H3i: çocuk sayısı, H3i: çocukların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri; H4a: yaş, H4b: cinsiyet, H4c: medeni durum, H4d: meslek, H4e: eşinin mesleği, H4f: eğitim düzeyi, H4g: eşinin eğitim düzeyi, H4h: gelir durumu, H4i: çocuk sayısı, H4i: çocukların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H5: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Kulesinde bulunan polikliniklere başvuru yapan ebeveynlere yönelik anket uygulanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve kişisel bilgilere yer verilmemiştir. Ayrıca araştırmacı tarafından ebeveyne ankete sorularına başlamadan önce dahil tutma ve

hariç tutma kriterlerine uygun sorular sorularak kriterle uygunluk sağlıyor ise çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın yapılacağı hastaneden alınan bilgi üzerine 2023 yılı 1-15 Haziran tarihlerinde Çocuk Polikliniğine yapılan toplam başvuru sayısı 35.000 olarak tespit edilmiştir. Daha önce aynı ölçekle yapılan çalışma bulguları değerlendirildiğinde en az %80 power gözetilerek, %95 güven aralığında, %5 hata payıyla ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır (Çay & Gol, 2023). Çalışmaya ise 400 ebeveyn katılım sağlamıştır.

Ebeveynlerin çalışmaya katılmasında dahil olma ve hariç tutma kriterleri vardır. Dahil etme kriterleri; poliklinik başvurusunda bulunan kişinin çocuğun anne ya da babası olması, ebeveynin Türkçe biliyor olmasıdır.

Hariç tutma kriterleri; poliklinik başvurusunda çocuğun kronik bir hastalığının olması, immün yetmezliğinin olması, ailede primer yakınlarında sağlıkçı olması, çocuğun ve kardeşlerinin son bir yılda hastaneye yatışının olması, çocuğun 5 yaşından büyük olmasıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri toplama aracı üç bölümden ve 37 sorudan oluşmaktadır. 1. bölüm sosyodemografik özellikleri içeren 10 sorudan oluşmaktadır. 2. bölüm aşıya ilişkin tutumlar üzerinedir ve 14 sorudur. 3. bölüm aşı okuryazarlık üzerinedir ve 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

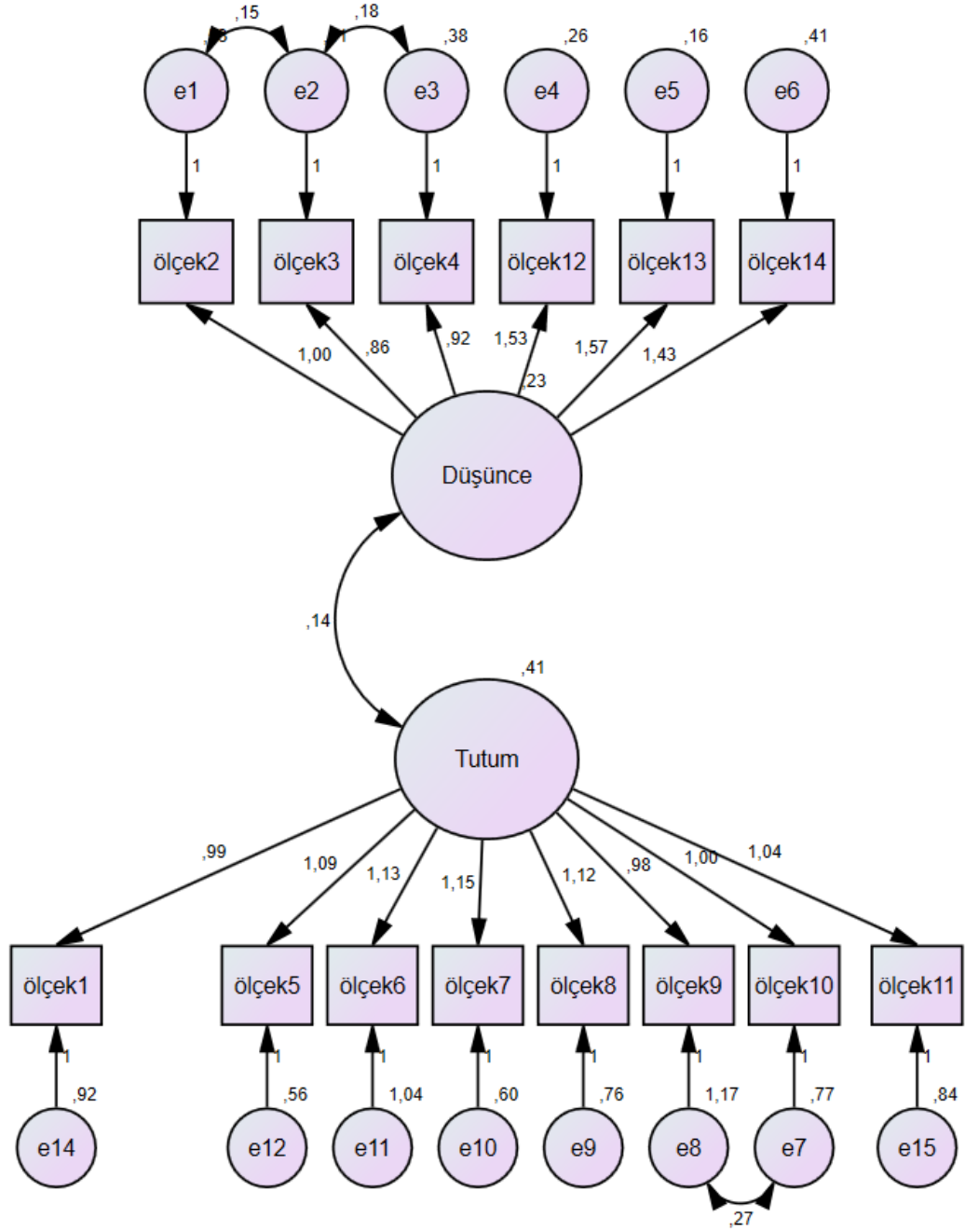
Araştırmada veri toplama araçları kapsamında birinci bölümde; literatür değerlendirmesi sonucunda sosyodemografik özellikleri içeren soru formu oluşturulmuştur.

3.5.2. Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği

Araştırmada; Özümit ve Sarı'nın (2021) Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; Cvjetkovic ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir ve 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri genel anlamda aşı uygulamalarına ilişkin kişilerin tutum, davranış ve düşüncelerini kapsamaktadır (Özümit & Yıldırım Sarı, 2021).

Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği, 5'li likert tipindedir; 1 “Kesinlikle katılmıyorum”, 5 “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Puanlamada olumsuz ifade içeren maddelere ters puanlama uygulanmıştır. 14-32 arasında puanlar olumsuz tutum, 33- 51 arasında puanlar orta tutum, 52-70 arasında puanlar olumlu tutum olarak değerlendirilmektedir (Özümit & Yıldırım Sarı, 2021). Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90'dır. Türkçe uyarlama çalışmasında 14 ölçek maddesi için Cronbach α değeri 0.853 olarak elde edilmiş ve maddeler arası iç tutarlılık değeri yüksek bulunmuştur (Özümit & Yıldırım Sarı, 2021).

Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği Türkçe formu 2 faktörlü, 14 maddeden oluşmuştur. Ölçek aşıya ilişkin toplumsal tutumları belirlemek için kullanılabilecek Türk dilinde geçerli ve güvenilir bir araçtır (Özümit & Yıldırım Sarı, 2021).



Şekil 3.2 Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 3.1 Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Puanlama Sistemi

ÖLÇEK MADDE SKORLAMA	
Madde Numarası	Puanlama Sistemi
Madde 2	1 "kesinlikle katılmıyorum"
Madde 3	2 "katılmıyorum"
Madde 4	3 "kararsızım"
Madde 12	4 "katılıyorum"
Madde 13	5 "kesinlikle katılıyorum"
Madde 14	
Madde 1	1 "kesinlikle katılıyorum"
Madde 5	2 "katılıyorum"
Madde 6	3 "kararsızım"
Madde 7	4 "katılmıyorum"
Madde 8	5 "kesinlikle katılmıyorum"
Madde 9	
Madde 10	
Madde 11	

Ölçek alt boyutları Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2 Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Alt Kategorileri ve Maddeleri

ALT ÖLÇEKLER	İÇERİK	MADDELER
Tutum	Aşı uygulamasına yönelik olumlu ya da olumsuz tutumlar, davranışlar ve uygulamalardan oluşmaktadır.	Madde 2
		Madde 3
		Madde 4
		Madde 12
		Madde 13
		Madde 14
Düşünce	Aşı uygulamasına yönelik tüm tereddütlerle, düşünceleri kapsamaktadır.	Madde 1
		Madde 5
		Madde 6
		Madde 7
		Madde 8
		Madde 9
		Madde 10
		Madde 11

3.5.3. Aşı Okuryazarlık Ölçeği

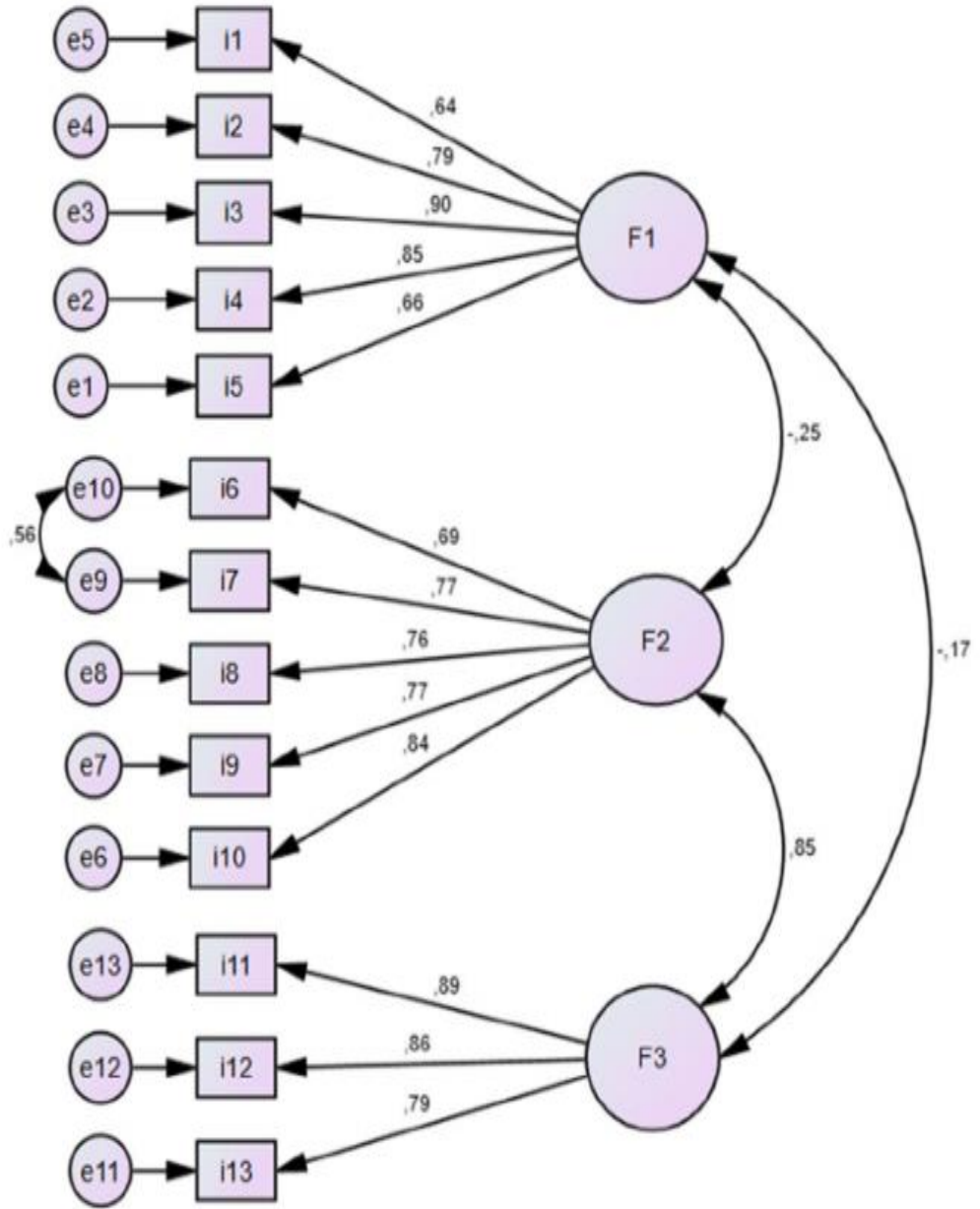
Veri toplama araçlarının üçüncü bölümünde; Yorulmaz ve Kocaoğlu’nun (2023) Aşı Okuryazarlık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; 2017 yılında Aharon ve ark. tarafından Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek 13

maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır: Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı (beş madde), iletişimsel sağlık okuryazarlığı (beş madde) ve kritik sağlık okuryazarlığı (üç madde) (Yorulmaz & KocogluTanyer, 2023).

Maddeler dörtlü Likert tipi ölçek (1 Hiçbir zaman, 2 Bazen, 3 Sıklıkla, 4 Çoğu zaman) ile derecelendirilmektedir. Toplam puanlama yapılmamakta olup her alt boyut kendi içerisinde değerlendirilmektedir. Alt boyutta yanıtlara göre madde sayısına bölünerek puan elde edilmektedir. İşlevsel alt boyutundan en az 4 en fazla 1 puan alınmaktadır. Ayrıca İşlevsel alt boyutundan alınan puan 1'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır. İletişimsel, Eleştirel alt boyutlarından en az 1 en fazla 4 puan alınmaktadır. İletişimsel, Eleştirel alt boyutlarından 4'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır (Yorulmaz & Kocoglu Tanyer, 2023).

Toplam ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,85'tir. Bu çalışmada “fonksiyonel sağlık okuryazarlığı”, “interaktif sağlık okuryazarlığı” ve “eleştirel sağlık okuryazarlığı” alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,91, 0,90 ve 0,87 olarak bulunmuştur. Türkçeye uyarlama çalışmasında toplam ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89, “İşlevsel sağlık okuryazarlığı”, “iletişimsel sağlık okuryazarlığı” ve “eleştirel sağlık okuryazarlığı” alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,87, 0,88 ve 0,88'dir (Yorulmaz & Kocoglu Tanyer, 2023).

Yapılan analiz ve değerlendirmeler Aşı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Türk ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin sağlık okuryazarlığını belirlemek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır (Yorulmaz & Kocoglu Tanyer, 2023). Şekil 3.3'de ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi gösterilmiştir.



Şekil 3.3 Aşı Okuryazarlık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi

3.6. Yöntem

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışmada ölçeklerin geçerliliğini test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek skorlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin

ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (McKillup, 2011; Tabachnick et al., 2013).

Verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane's T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için ölçek sahiplerinden elektronik ortamda gerekli izinler alınmıştır. İlgili “Ölçek İzin Yazıları” (Ek-4) sunulmuştur. Ayrıca katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve çalışmaya katılımın gönüllü olduğu belirtilmiştir.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 20.05.2024 tarihli ve 05-739 karar sayılı izin belgesi ile çalışmanın uygulanmasının etik açıdan uygun olduğu belirlenmiştir. İlgili “Etik Kurul Onayı” (Ek-5) sunulmuştur.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 27.05.2024 tarihli ve E-72300690-799-244629850 karar sayılı izin belgesi ile çalışmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde

uygulanmasının idari açıdan uygun olduğu belirlenmiştir. İlgili “Hastane Uygulama İzinleri” (Ek-6) sunulmuştur.

3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışmaya ilişkin veriler tek bir zaman aralığında (kesitsel çalışma) toplanmıştır. Bu durum, gelecekteki çalışmalarda değişkenler arasındaki nedensel ilişkiyi doğrulamak için boylamsal çalışmaların yapılmasını gerektirmektedir. İkincisi, çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Kulesi Çocuk Polikliniğine başvuran ebeveynlerin değerlendirilmesi ile sınırlıdır. Dolayısıyla araştırma bulguları Türkiye’deki tüm ebeveynler için genellenememektedir.

Çalışmanın yapıldığı hastanenin polikliniklerinde sıra bekleyen, 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin anketi okuması ve doğru cevabı vermesi çalışmanın zorluklarından. Çünkü hasta çocuğuna eşlik eden ebeveynlerin odak noktası çocuklarıdır. 0-5 yaş çocuğun bakım ihtiyaçları düşünöldüğünde ebeveynlerin ankete katılım hızı oldukça yavaştı ve polikliniklere başvuru oranları yüksek olsa da güç analizine göre yeterli veri toplanması zaman almıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; yapılan analizler sonucunda elde edilen tanımlayıcı bulgular ve hipotezlere yönelik sonuçların özet bilgileri yer almaktadır.

Tablo 4.1. *Demografik bilgilerin incelenmesi (n=400)*

		n	%
Yaş	ort±ss (min-maks)	34,68±5,29 (21-55)	
	21-30 yaş	93	23,25
	31-40 yaş	250	62,5
	40 yaş üzeri	57	14,25
Cinsiyet	Kadın	317	79,3
	Erkek	83	20,8
Medeni durum	Evli	384	96,0
	Bekar	16	4,0
Meslek	Ev hanımı	107	26,8
	Memur	128	32,0
	İşçi	93	23,3
	Serbest meslek	57	14,3
	Diğer	15	3,8
Eşin mesleği	Ev hanımı	27	7,0
	Memur	136	35,4
	İşçi	147	38,3
	Serbest meslek	66	17,2
	Diğer	8	2,1

Eğitim durumu	İlköğretim	14	3,6
	Ortaöğretim	69	17,3
	Ön lisans	56	14,0
	Lisans	170	42,5
	Lisans Üstü	91	22,8
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	10	2,6
	Ortaöğretim	51	13,3
	Ön lisans	72	18,8
	Lisans	171	44,5
	Lisans Üstü	80	20,8
Aylık gelir	Gelir-giderden az	77	19,3
	Gelir-gidere denk	180	45,0
	Gelir-giderden fazla	143	35,8
Çocuk sayısı	1	227	56,8
	2	130	32,5
	3	43	10,8
Çocuk yaşı	1'den küçük	59	14,8
	1	70	17,5
	2	51	12,8
	3	73	18,3
	4	68	17,0
	5	79	19,8

Çalışmadan yola çıkarak Tablo 4.1'de 400 ebeveynin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması $34,68 \pm 5,29$ (min: 21, maks: 55) olup, büyük çoğunluğu 31-40 yaş aralığındadır (62,5%). Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %79,3'ü kadın, %20,8'i erkektir. Medeni durum açısından katılımcıların %96,0'sı evli, %4,0'ı bekardır. Meslek gruplarına göre dağılımda en yüksek oran memurlara aittir (%32,0). Eşlerin meslekleri incelendiğinde ise en yüksek oran %38,3 ile işçi grubundadır. Eğitim durumu %42,5'i lisans mezunu, %22,8'i lisans üstü eğitim mezunudur. Eşlerin eğitim durumunda da benzer bir dağılım gözlemlenmiş olup, %44,5'i lisans, %20,8'i lisans üstü eğitim mezunudur. Aylık gelire göre, ebeveynlerin %45,0'ı gelir-gidere denk olduğunu belirtmiştir. Çocuk sayısı incelendiğinde, katılımcıların %56,8'inin 1 çocuğu bulunmaktadır. Çocukların yaş dağılımı ise en yüksek %19,8 ile 5 yaş grubundadır.

Tablo 4.2. Ölçek ve Alt Boyut Puanlara Dair Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi (n=400)

	Ort	SS	Min	Maks	Cronbach's alfa
Düşünce	23,07	6,16	6	30	0,898
Tutum	25,06	8,61	8	40	0,916
Aşıya ilişkin tutumlar ölçeği	48,13	13,03	14	70	0,923
Aşı okuryazarlığı ölçeği işlevsel	10,33	3,84	5	20	0,883
Aşı okuryazarlığı ölçeği iletişimsel	15,35	3,53	5	20	0,852
Aşı okuryazarlığı ölçeği Eleştirel	9,55	2,13	3	12	0,872

Tablo 4.2 belirtildiği gibi; Aşıya ilişkin tutumlar ölçek puanı $48,13 \pm 13,03$, aşı okuryazarlığı ölçeği işlevsel alt boyut puanı $10,33 \pm 3,84$, iletişimsel alt boyut puanı $15,35 \pm 3,53$ ve eleştirel alt boyut puanı $9,55 \pm 2,13$ 'tür.

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Ölçekler için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir (Nunnally, 1978).

Tablo 4.3. *Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Bilgilere Göre İncelenmesi (n=400)*

	Düşünce	Tutum	Aşıya ilişkin tutumlar ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş			
21-30 yaş	23,39±5,77	25,30±8,60	48,69±12,81
31-40 yaş	23,13±6,24	24,80±8,67	47,93±13,02
40 yaş üzeri	22,32±6,48	25,79±8,41	48,11±13,60
F/p	0,560/0,571	0,354/0,702	0,115/0,891
Cinsiyet			
Kadın	22,89±6,22	25,38±8,87	48,26±13,58
Erkek	23,78±5,90	23,84±7,43	47,63±10,73
t/p	-1,181/0,238	1,603/0,111	0,453/0,651
Medeni durum			
Evli	23,03±6,19	25,07±8,61	48,10±13,06
Bekar	24,19±5,53	24,75±8,80	48,94±12,66
t/p	-0,739/0,461	0,146/0,884	-0,253/0,801
Meslek			
Ev hanımı	21,79±5,63b	23,38±7,82b	45,18±11,52b
Memur	23,74±6,11	26,73±9,01b	50,47±13,68b

İşçi	23,56±6,52	24,28±8,33b	47,84±12,58b
Serbest meslek	22,40±6,58	23,51±8,69b	45,91±13,87b
Akademisyen	26,00±4,64a	33,47±4,02a	59,47±7,08a
F/p	2,737/0,029*	6,825/0,000*	5,951/0,000*

Eşin mesleği

Ev hanımı	23,63±6,63	23,48±8,40	47,11±12,56
Memur	22,58±6,36	25,07±8,53	47,65±13,33
İşçi	22,97±6,11	25,60±8,28	48,56±12,69
Serbest meslek	24,02±5,65	24,61±9,51	48,62±13,43
Akademisyen	21,50±7,56	24,63±10,21	46,13±16,25
F/p	0,785/0,535	0,419/0,795	0,197/0,940

Eğitim durumu

Lise ve altı	22,17±5,56b	21,35±7,41b	43,52±9,93b
Ön lisans	22,07±6,34	21,82±8,36b	43,89±13,18b
Lisans	23,05±6,37	26,19±8,32a	49,24±13,20a
Yüksek lisans/doktora	24,55±5,97a	28,32±8,57a	52,87±13,16a
F/p	2,873/0,036*	14,436/0,000*	10,578/0,000*

Eşin eğitim durumu

Lise ve altı	23,43±5,74	21,87±8,56b	45,30±11,90b
Ön lisans	21,75±6,25	23,94±8,00	45,69±12,26
Lisans	23,06±6,42	25,99±8,86	49,05±13,92
Yüksek lisans/doktora	23,79±5,86	26,56±8,01a	50,35±12,17a
F/p	1,518/0,209	4,811/0,003*	2,890/0,035*

Aylık gelir			
Gelir-giderden az	23,47±5,35	24,09±8,13	47,56±11,64
Gelir-gidere denk	23,32±6,05	24,93±8,65	48,24±12,90
Gelir-giderden fazla	22,55±6,69	25,74±8,80	48,29±13,93
F/p	0,809/0,446	0,957/0,385	0,092/0,912
Çocuk sayısı			
1	23,71±6,06a	26,10±8,62a	49,81±13,02a
2	22,79±6,35	24,56±8,52	47,35±13,07a
3 ve üzeri	20,53±5,51b	21,07±7,56b	41,60±10,74b
F/p	5,117/0,006*	6,673/0,001*	7,769/0,000*
Çocuk yaşı			
0	24,36±5,33	26,24±8,16	50,59±11,95
1	22,77±6,03	23,54±8,90	46,31±13,24
2	22,86±6,84	26,02±7,62	48,88±12,89
3	21,90±6,95	24,62±8,52	46,52±13,69
4	22,51±5,99	25,47±8,91	47,99±13,62
5	24,08±5,61	24,95±9,09	49,03±12,51
F/p	1,626/0,152	0,854/0,512	1,027/0,401

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi: $p<0,05$*

Tablo 4.3’de görüleceği üzere; yaş, cinsiyet, medeni durum, eşin mesleği, aylık gelir ve çocuk yaşları arasında aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Meslekler arasında aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre, akademisyenlerde düşünce alt boyut puanı ev hanımı olanlara göre ve akademisyenlerde aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları diğer mesleklere göre daha yüksektir.

Eğitim durumları arasında aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda düşünce alt boyut puanı lise ve altı mezunu olanlara göre ve lisans ve üzeri mezunu olanlarda aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları ön lisans ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Eşin eğitim durumları arasında düşünce alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları lise ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Çocuk sayıları arasında aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, 1 çocuğu olanlarda olanlarda düşünce ve tutum alt boyut puanları 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre ve 1 ya da 2 çocuğu olanlarda aşıya ilişkin tutumlar ölçek puanı 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.4. *Aşı okuryazarlığı ölçeği alt boyut puanlarının demografik bilgilere göre incelenmesi (n=400)*

	İşlevsel okuryazarlık ölçeği	İletişimsel okuryazarlık ölçeği	Eleştirel okuryazarlık ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş			
21-30 yaş	9,92±3,78	16,17±3,61a	10,13±1,88a
31-40 yaş	10,33±3,77	15,13±3,55b	9,36±2,14b
40 yaş üzeri	11,02±4,19	14,98±3,15	9,39±2,31

F/p	1,434/0,240	3,365/0,036*	4,659/0,010*
Cinsiyet			
Kadın	10,12±3,84	15,66±3,63	9,74±2,07
Erkek	11,14±3,76	14,18±2,86	8,82±2,21
t/p	-2,174/0,030*	3,940/0,000*	3,544/0,000*
Medeni durum			
Evli	10,30±3,82	15,29±3,52	9,51±2,12
Bekar	11,13±4,26	16,81±3,43	10,38±2,16
t/p	-0,842/0,400	-1,696/0,091	-1,597/0,111
Meslek			
Ev hanımı	10,13±3,92	15,15±3,58	9,93±1,85
Memur	9,90±3,53	15,45±3,44	9,46±2,23
İşçi	11,26±4,06a	15,32±3,64	9,28±2,13
Serbest meslek	10,79±3,77	15,02±3,44	9,53±2,27
Akademisyen	8,00±3,40b	17,40±3,27	9,20±2,31
F/p	3,504/0,008*	1,510/0,198	1,417/0,228
Eşin mesleği			
Ev hanımı	10,59±3,44	13,70±2,97b	9,07±2,32
Memur	10,35±3,86	14,81±3,76	9,23±2,24
İşçi	10,51±3,93	15,82±3,36a	9,67±1,93
Serbest meslek	9,77±3,85	15,76±3,38	9,97±2,16
Akademisyen	8,88±1,46	15,25±3,33	9,00±1,85

F/p	0,746/0,561	3,181/0,014*	2,018/0,091
Eğitim durumu			
Lise ve altı	10,35±4,15	14,45±3,63	9,45±2,04
Ön lisans	10,29±3,73	15,54±3,79	9,89±2,12
Lisans	10,28±3,63	15,45±3,29	9,39±2,14
Yüksek lisans/doktora	10,44±4,06	15,87±3,62	9,71±2,17
F/p	0,036/0,991	2,600/0,052	1,061/0,366
Eşin eğitim durumu			
Lise ve altı	10,44±3,45	15,25±3,54	9,46±1,87
Ön lisans	10,61±4,07	15,15±3,36	10,04±1,69a
Lisans	9,99±3,83	15,15±3,60	9,54±2,18
Yüksek lisans/doktora	10,58±3,88	15,74±3,53	9,00±2,41b
F/p	0,702/0,551	0,555/0,645	3,129/0,026*
Aylık gelir			
Gelir-giderden az	10,83±3,96	15,44±3,38	9,62±1,99
Gelir-gidere denk	10,11±3,83	15,28±3,73	9,49±2,18
Gelir-giderden fazla	10,35±3,79	15,39±3,37	9,57±2,13
F/p	0,965/0,382	0,073/0,929	0,127/0,881
Çocuk sayısı			
1	9,93±3,63b	15,84±3,48a	9,63±2,11a

2	10,72±4,08	15,22±3,36a	9,65±2,04a
3 ve üzeri	11,26±3,98a	13,16±3,52b	8,77±2,34b
F/p	3,172/0,043*	11,083/0,000*	3,265/0,039*

Çocuk yaşı

0	10,05±3,47	15,37±3,38	9,46±1,79
1	10,30±3,74	15,91±3,77	9,84±2,19
2	10,39±3,79	15,27±3,49	9,71±2,33
3	10,44±3,78	15,23±3,72	9,19±2,23
4	10,76±4,42	14,93±3,08	9,76±1,95
5	10,06±3,83	15,35±3,68	9,38±2,21
F/p	0,325/0,898	0,572/0,722	0,997/0,419

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi: $p < 0,05$*

Tablo 4.4 aşı okuryazarlığı alt boyutlarının demografik özellikleriyle ilişkisi belirtildiği üzere; eğitim durumu, aylık gelir, medeni durum ve çocuk yaşları arasında aşı okuryazarlık ölçek alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Yaş grupları arasında aşı okuryazarlığı ölçeği işlevsel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p > 0,05$) iken iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre, 21-30 yaşında olanlarda iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları 31-40 yaşında olanlara göre daha yüksektir.

Cinsiyetler arasında aşı okuryazarlığı ölçeği; işlevsel, iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre, erkeklerde işlevsel alt boyut puanı kadınlara göre ve kadınlarda iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksektir.

Meslekler arasında aşı okuryazarlığı ölçeği; iletişimsel ve eleştirel alt boyut

puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken işlevsel alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, işçi olanlarda işlevsel alt boyut puanı akademisyen olanlara göre daha yüksektir.

Eşin meslek durumları arasında aşı okuryazarlığı ölçeği; işlevsel, eleştirel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken iletişimsel alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, eşi işçi olanlarda iletişimsel alt boyut puanı eşi ev hanımı olanlara göre daha yüksektir.

Eşin eğitim durumları arasında aşı okuryazarlığı ölçeği; işlevsel, iletişimsel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken eleştirel alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, eşi ön lisans mezunu olanlarda eleştirel alt boyut puanı eşi yüksek lisans/doktora mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Çocuk sayıları arasında aşı okuryazarlığı ölçeği; işlevsel, iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, çocuk sayısı 3 ve üzeri olanlarda işlevsel alt boyut puanı 1 çocuğu olanlara göre ve 1 ya da 2 çocuğu olanlarda iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.5. Ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

		İşlevsel Okuryazarlık Ölçeği	İletişimsel Okuryazarlık ölçeği	Eleştirel Okuryazarlık ölçeği
Düşünce	r	-0,166	0,062	-0,076
	p	0,001*	0,219	0,130
Tutum	r	-0,225	0,117	-0,023
	p	0,000*	0,019*	0,645
Aşıya ilişkin tutumlar ölçeği	r	-0,227	0,107	-0,051
	p	0,000*	0,033*	0,308

*r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$*

Tablo 4.5’de ölçeklerin alt boyut puanları belirlenmiştir. İşlevsel alt boyut puanı ile aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları arasında negatif yönde ve iletişimsel alt boyut puanı ile aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve tutum alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği Soru Bazlı Dağılımı ($n=400$)

	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Basında yer alan; aşıların otizm ve multiple skleroz gibi bazı psikolojik ve nörolojik hastalıklara yol açabileceğine dair iddialar, aşılamanın güvenilirliği hakkında endişelenmeme neden olmaktadır.	103	25,8	87	21,8	67	16,8	82	20,5	61	15,3
2.Yeni salgın hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek için tüm nüfusun aşılama kapsamına alınması önemlidir.	133	33,3	119	29,8	54	13,5	48	12,0	46	11,5
3.Nüfusun aşılama kapsamına alınmasının önemli bir yolu anne-babaların aşılar hakkında eğitilmesidir.	207	51,8	121	30,3	16	4,0	29	7,3	27	6,8
4.Anne- babaların çocukluk çağı aşılmasının önemi konusunda eğitilmesinde doktor ve hemşireler önemli bir role sahiptir.	224	56,0	122	30,5	11	2,8	20	5,0	23	5,8
5.Aşılama programı içinde yer alan hastalıkların hepsi günümüzde çok nadir görüldüğünden, çocukların aşılanması artık gerekli değildir	47	11,8	48	12,0	64	16,0	102	25,5	139	34,8
6.Bir enfeksiyon hastalığının durdurulması o hastalığa karşı aşılanmadan daha güvenlidir.	74	18,5	83	20,8	118	29,5	83	20,8	42	10,5
7.Aşılar, çocukların sağlığı için zararlı olduğu kanıtlanmış maddeleri içerir	58	14,5	51	12,8	104	26,0	99	24,8	88	22,0

8.Zorunlu aşılamadan önce, hastalıklar daha iyi hijyen ve sağlık önlemleriyle yok olmaya başlamıştı.	48	12,0	78	19,5	98	24,5	105	26,3	71	17,8
9.Devletin çocukların aşılanmasını zorunlu kılma hakkı yoktur; çocukları için olumlu kararı verecek olanlar anne-babalar olmalıdır	93	23,3	85	21,3	49	12,3	90	22,5	83	20,8
10.Aşılanmanın bulaşıcı hastalıkların oluşumunu önlediğine dair yeterli kanıt yoktur.	59	14,8	69	17,3	84	21,0	103	25,8	85	21,3
11.İlaç firmaları, aşılanmanın zararlı olduğunun farkında olmalarına rağmen, kâr etmek için çocukların aşılanmasını teşvik etmektedir.	80	20,0	71	17,8	103	25,8	84	21,0	62	15,5
12.(Sorumlu kişi olsam) Önerilen bağışıklama programı kapsamında, çocukları aşıladım.	102	25,5	142	35,5	72	18,0	31	7,8	53	13,3
13.(Sorumlu kişi olsam) Anne-babalara, önerilen bağışıklama programı kapsamında, çocuklarını aşılatmasını tavsiye ederim.	121	30,3	150	37,5	55	13,8	27	6,8	47	11,8
14.HIV (AIDS'e neden olan virus) ve Hepatit C'ye (sarılığa sebep olan virus) karşı aşılar mevcut olsaydı, kesinlikle aşı olurdum.	162	40,5	127	31,8	52	13,0	15	3,8	44	11,0

Tablo 4.6'da Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin soru bazlı dağılımı incelenmiştir. Çalışmada ebeveynler %27,3 (n=109) oranında aşıların sağlığa zararlı maddeler bulunduğunu düşünmektedir. Bu durum ebeveynlerin aşı içerik bilgisinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Aşılama programında yer alan hastalıkların hepsinin günümüzde çok nadir görülmesi nedeniyle, çocukların aşılanması gerekli görmeyen %23,8 (n=95) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir. Aşıların bulaşıcı hastalıkları önlediğine dair yeterli kanıt yoktur %32,1 (n=128) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir. Bu oran, aşılama konusunda bilgi eksikliği veya güven eksikliği yaşandığını göstermektedir. İlaç firmaları karşı duyulan güvensizlik nedeniyle, kar etmek için

zararlı olduklarını bilmelerine rağmen aşılar teşvik ettiğine %37,8 (n=151) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir.

Çalışmada devletin çocukluk aşılarını zorunlu kılma hakkı yoktur ve bu kararı verecek olan anne-babalardır %44,5 (n=178) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Bu bulgu, bazı ebeveynlerin aşı politikalarının bireysel kararlara bırakılmasından yana olduğunu göstermektedir. Yeni salgın hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek için tüm nüfus aşılmasına %23,5 (n=94) oranında “kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum” cevabı verilmiştir. Ancak nüfusun aşılama kapsamına alınması için ebeveynlerin aşılar hakkında eğitilmesine %82 (n=328) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir.

Anne ve babaların çocukluk çağı aşılarının önemiyle ilgili doktor ve hemşirelerin rolü önemlidir %86,5 (n=346) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Ebeveynlerin %61,0 (n=244) oranında önerilen bağışıklama programı kapsamında çocukları aşıladım ve anne-babalara çocuklarını aşılatmasını tavsiye ederim %67,8 (n=271) “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Ayrıca, HIV ve Hepatit C’ye karşı bir aşı mevcut olsaydı %72,3 (n=289) oranında ebeveynin bu aşıları yaptırmayı kabul edeceği ifade edilmiştir

Tablo 4.7. Aşı Okuryazarlık Ölçeği Soru Bazlı Dağılımı (n=400)

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Çoğu zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Yazıları okunmayacak kadar küçük buluyorum.	76	19,0	188	47,0	71	17,8	65	16,3
2.Anlamadığım karakterler ve kelimelerle karşılaşıyorum.	76	19,0	176	44,0	99	24,8	49	12,3
3.Yazılanları/metni anlamak için çok zor buluyorum	128	32,0	159	39,8	71	17,8	42	10,5
4.Onları okumak ve anlamak için uzun zamana ihtiyaç duyuyorum.	128	32,0	159	39,8	71	17,8	42	10,5
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyaç duyarım.	244	61,0	101	25,3	33	8,3	22	5,5
6.Çeşitli kaynaklardan aşılar hakkında bilgi toplarsınız.	23	5,8	120	30,0	130	32,5	127	31,8

7.İlgilendiğiniz aşılar hakkındaki bilgileri araştırırsınız.	18	4,5	88	22,0	136	34,0	158	39,5
8. Aşılar hakkında elde ettiğiniz bilgileri anlarsınız	14	3,5	83	20,8	148	37,0	155	38,8
9.Çocuğunuzun aşılarıyla ilgili düşüncelerinizi sağlık personeli ve diğer kişilerle görüşürsünüz.	19	4,8	80	20,0	138	34,5	163	40,8
10.Çocuğunuzun aşılanmasına yönelik karar vermek için topladığınız bilgileri kullanırsınız.	24	6,0	68	17,0	136	34,0	172	43,0
11.Aşılar hakkındaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirirsiniz.	13	3,3	69	17,3	175	43,8	143	35,8
12.Aşılar hakkındaki bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol edersiniz.	11	2,8	71	17,8	172	43,0	146	36,5
13.Bilgiler, çocuğunuzun sağlığı ile ilgili kararlar almanıza yardımcı olur.	8	2,0	56	14,0	147	36,8	189	47,3

Tablo 4.7’de Aşı Okuryazarlık Ölçeği alt boyutlarının soru bazlı dağılımları incelenmiştir.

İşlevsel alt boyutunda çocuklarının aşılarına yönelik talimatları/yazılı belgeleri ve broşürleri okurken; ebeveynlerin %16,3’ü (n=65) “çoğu zaman” yazıları okunmayacak kadar küçük bulmaktadır. %12,3’ü (n=49) “çoğu zaman” anlamadığı karakterler ve kelimelerle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Yazılanları okumak ve anlamakta “çoğu zaman” %10 (n=42) zorlanmaktadır ve uzun zamana ihtiyacı olmaktadır. Broşürleri ya da belgeleri okurken birisinin yardımına %5,5’i (n=22) “çoğu zaman” ihtiyaç duymaktadır.

İletişimsel alt boyutunda çocuklarının doğumundan itibaren; ebeveynlerin %5,8’i (n=23) çeşitli kaynaklardan “hiçbir zaman” bilgi toplamamaktadır. İlgilendiği aşılar hakkında %4,5’i (n=18) “hiçbir zaman” araştırma yapmamaktadır. Aşılar hakkında elde ettiği bilgileri %3,5’i (n=14) “hiçbir zaman” anlamamaktadır. Ebeveynlerin %4,8’i (n=19) çocuklarının aşılarıyla ilgili düşüncelerini sağlık personeli

ve diğer kişilerle “hiçbir zaman” görüşmemektedir. %6,0 (n=24) çocuğunun aşılmasına yönelik karar vermek için “hiçbir zaman” bilgileri kullanmamaktadır.

Eleştirel alt boyutunda çocuklarının aşıya ihtiyacı olmasıyla birlikte; aşı bilgilerinin güvenilirliğini %3,3 (n=13) “hiçbir zaman” değerlendirmemektedir. Aşı bilgilerinin geçerli ve güvenilir olduğunu %2,8 (n=11) “hiçbir zaman” kontrol etmemektedir. Ebeveynlerin %2,0 (n=8) “hiçbir zaman” çocuğunun sağlığıyla ilgili karar verirken bilgilerden yardım almamaktadır.

Tablo 4.8. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar

Hipotez	Alt değişkenler	Sonuç
H1: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyleri	a) Yaş	Red
	b) Cinsiyet	Red
	c) Medeni durum	Red
	d) Meslek	Kabul
	e) Eşinin mesleği	Red
	f) Eğitim düzeyi	Kabul
	g) Eşinin eğitim düzeyi	Kabul
	h) Gelir durumu	Red
	ı) Çocuk sayısı	Kabul
	i) Çocukların yaşları	Red
H2: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyleri	a) Yaş	Red
	b) Cinsiyet	Kabul
	c) Medeni durum	Red
	d) Meslek	Red
	e) Eşinin mesleği	Red
	f) Eğitim düzeyi	Red
	g) Eşinin eğitim düzeyi	Red
	h) Gelir durumu	Red
	ı) Çocuk sayısı	Kabul
	i) Çocukların yaşları	Red
	a) Yaş	Kabul
	b) Cinsiyet	Kabul

H3: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyleri	c) Medeni durum	Red
	d) Meslek	Kabul
	e) Eşinin mesleği	Kabul
	f) Eğitim düzeyi	Red
	g) Eşinin eğitim düzeyi	Red
	h) Gelir durumu	Red
	ı) Çocuk sayısı	Kabul
	i) Çocukların yaşları	Red
H4: Ebeveynlerin aşı okuryazarlık alt boyutu olan eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri	a) Yaş	Kabul
	b) Cinsiyet	Kabul
	c) Medeni durum	Red
	d) Meslek	Kabul
	e) Eşinin mesleği	Red
	f) Eğitim düzeyi	Red
	g) Eşinin eğitim düzeyi	Kabul
	h) Gelir durumu	Red
H5: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.		Kabul
H6: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel		Kabul

olarak anlamlı bir ilişki vardı		
H7: Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeyi ile aşı okuryazarlık alt boyutu olan eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.		Red

Tablo 4.8 Araştırma hipotezlerine ilişkin sonuçlar incelenmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde, literatür bulguları ile istatistiksel yöntemle bulunan sayısal analiz sonuçlarının yorumlandığı ve çözümlendiği tartışma bölümüne yer verilmiştir.

Çalışmada ebeveynlerin aşıya yönelik tutumları ile aşı okuryazarlığı alt boyutlarına yönelik algıların çeşitli sosyodemografik özelliklerle farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmada ayrıca aşıya ilişkin tutum ile aşı okuryazarlığının işlevsel, iletişimsel ve eleştirel alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmada yapılan analizler sonucunda; Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutumlar ölçek puanı $48,13 \pm 13,03$ olarak tespit edilmiştir. Puan ortalamaları üç seviye (olumsuz,orta,olumlu) olarak değerlendirilmektedir. Bu bakımdan tutuma ilişkin ölçek puanı orta seviyededir. Ebeveynlerin %43,5 (n=174) olumlu tutum, %44,0 (n=176) orta tutum ve %12,5 (n=50) olumsuz tutum sergilemiştir. Torun ve Bal Yılmaz (2023) çalışmasında ise Bursa'da 0-5 yaş çocuğu olan 220 ebeveynin katıldığı çalışmada benzer şekilde %45,91'i "olumlu tutum", %1,36'sı ise "olumsuz tutum" sergilemiştir (Torun & Bal Yılmaz, 2023). Aşı okuryazarlığı ölçeği işlevsel alt boyut puanı $10,33 \pm 3,84$, iletişimsel alt boyut puanı $15,35 \pm 3,53$ ve eleştirel alt boyut puanı $9,55 \pm 2,13$ 'tür.

Çalışmada kullanılan ebeveynlere yönelik aşı okuryazarlık ölçeği 2023 yılında yayınlandığı için alanda benzer çalışmalarla kıyaslama yapılamamaktadır. Aşı okuryazarlık üzerine geliştirilen ölçekler daha çok COVID-19 aşılara yönelik çalışmalarda kullanılmıştır. Bu çalışma çocukluk çağı aşılara ilişkin tutumları incelerken aşı okuryazarlığı etkileyen faktörleri anlamak açısından önemlidir. Ayrıca ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyiyle ilgili olan bu çalışma literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

Sosyodemografik özelliklerin aşıya ilişkin tutuma etkisi analiz edildiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelir düzeyi ve çocuk yaşının aşıya ilişkin tutumunda anlamlı farklılıklar yoktur. Sosyodemografik özelliklerin aşı okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim durumu, aylık gelir ve çocuk yaşları arasında aşı okuryazarlık ölçeği alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Bu sosyodemografik özelliklerin çalışmada aşı okuryazarlığı üzerinde belirleyici olmadığını göstermektedir.

Ebeveynlerin eğitim seviyesi, eşlerinin eğitim seviyesi ve aşıya ilişkin tutum puanları incelendiğinde yüksek lisans/doktora mezunlarının lise ve altı mezunlarına göre tutum puanları yüksektir. Eğitim seviyesi ve aşıya ilişkin tutum puanı arasındaki pozitif ilişki tespit edilmiştir. Benzer şekilde Yüksel ve Kara Uzun (2021) araştırmasında ebeveynlerin eğitim düzeyi ve mesleği ile çocuklarına rutin dışı aşı yaptırma arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yüksel & Kara Uzun, 2021). Bu durum, yüksek eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin, aşının önemini daha iyi kavradıklarını ve bu konuda daha olumlu tutumlar sergilediklerini göstermektedir. Eşin eğitim durumunda eleştirel aşı okuryazarlık alt boyut puanı açısından anlamlı farklılıklar mevcuttur ($p<0,05$). Eşi ön lisans mezunu olan bireylerin eleştirel aşı okuryazarlığı puanlarının, eşi yüksek lisans veya doktora mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, ön lisans mezunlarının sağlık bilgilerini daha sorgulayıcı ve eleştirel bir şekilde değerlendirme eğiliminde olabileceğini düşündürülebilir. Aşı okuryazarlığı ile eğitim seviyesi doğrudan ilişkilidir ve aşı kabulünü etkilemektedir. Aşı tereddütüyle mücadele etmek için eğitim seviyesi dikkate alınması gereken sosyodemografik özelliktir (Michel & Goldberg, 2021).

Yaş grupları arasında ise 21-30 yaş grubundaki ebeveynlerin aşı okuryazarlık ölçeğinin iki alt boyutu olan iletişimsel ve eleştirel puanlarının 31-40 yaş grubundaki ebeveynlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Uruç Öztürk ve ark.(2023) çalışmalarında benzer şekilde genç yaş grubundaki bireylerin aşı okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur (Uruç Öztürk et al., 2023). Bu durum, genç ebeveynlerin aşıyla ilgili bilgileri daha iyi anladıkları ve eleştirel bir şekilde değerlendirme özelliği taşıdığını göstermektedir. Genç ebeveynlerin puanlarının daha yüksek olması bilgiye ulaşabilirlik becerilerinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Dijital çağda büyüyen bu ebeveynler dijital kaynaklardan daha kolay bilgi alabilmektedir (Durak, 2016). Ancak Michel ve Goldberg (2021) çalışmasında aşı okuryazarlığın yaşla artış gösterdiği sonucuna ulaşmıştır (Michel & Goldberg, 2021).

Cinsiyetler arasında aşı okuryazarlık alt boyutlarında; erkeklerin işlevsel aşı okuryazarlık puanı, kadınlara göre daha yüksektir. Çalışmanın ölçek puanlamasından anlaşılabileceği üzere işlevsel okuryazarlığın düşük puanı aşı okuryazarlığı için

olumludur. Kadınlar erkeklere göre aşı ve aşı süreçleriyle ilgili pratik bilgi ve becerilere sahiptir. Bu durum, kadınların işlevsel okuryazarlığın özü itibarıyla sağlık bilgilerini daha fazla kullanma eğiliminde olabileceğini göstermektedir. Aynı şekilde kadınların iletişimsel ve eleştirel aşı okuryazarlık puanının erkeklere göre daha yüksek olması, çocuklarının doğumundan itibaren aşılara daha çok ilgili olduklarıyla ilişkilendirilebilir. İletişimsel aşı okuryazarlığı aşı bilgisini araştırma, yorumlama ve karar verme üzerinedir. Bu da aşıyla ilgili iletişim becerisini kapsamaktadır. Eleştirel aşı okuryazarlık ulaşılan aşı bilgisini değerlendirme ve güvenilirliği üzerine karar alma becerisidir. Kadınların eleştirel aşı okuryazarlık puanının yüksek olması aşı konusunda eleştirel bir şekilde değerlendirme yaptıkları ve aşı kararlarını bilinçli verdiklerini göstermektedir.

Çocuk sayıları arasında aşıya ilişkin tutumlar ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, 1 çocuğu olanlarda tutum ve düşünce alt boyut puanları 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre ve 1 ya da 2 çocuğu olanlarda aşıya ilişkin tutumlar ölçek puanı 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre daha yüksektir. Çocuk sayıları arasında aşı okuryazarlığı ölçeğinde işlevsel, iletişimsel ve eleştirel alt boyut puanları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$). Üç ve üzeri çocuğu olan bireylerin işlevsel aşı okuryazarlığı puanlarının, bir çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, bir çocuğu olan ebeveynlerin aşılarda bilgiye daha fazla ihtiyaç duymalarından kaynaklanabilir. Bir ya da iki çocuğu olan bireylerin ise iletişimsel ve eleştirel aşı okuryazarlığı puanlarının, üç ve üzeri çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bir çocuğa sahip ebeveynler karar verme sürecinde daha fazla araştırma yapma eğiliminde olabilirler. Daha az çocuk sahibi olan ebeveynler, sağlık bilgilerini daha derinlemesine araştırma ve değerlendirme konusunda daha fazla zaman ve enerji harcayabilirler. Araştırmada ebeveynlerin gelir seviyesinin ve çocuk yaşının hem aşıya ilişkin tutumda hem de aşı okuryazarlığında etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Aşının otizm ve benzeri psikolojik ve nörolojik hastalıklara neden olabileceği iddialarının basında yer alması %47,6 ($n=190$) oranında ebeveyni endişelendirmektedir. 2000’li yılların başında İsveç’te KKK aşısında yaşanan yüksek tereddüt nedenleriyle ilgili yapılan bir çalışmada ebeveynlerin medyadan etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Dannetun et al., 2005).

Aşı reddinde bulunan ebeveynler üzerine yapılan çalışmalarda; red nedenleri incelendiğinde aşıya ilişkin bilimsel temelli olmayan yanıltıcı haberlerden etkilendikleri belirlenmiştir (Yelda Özer et al., 2021; Ustuner Top et al., 2023; Yorulmaz et al., 2023). Aşı karşıtı kampanyaların sosyal medyada yer alması ve kullanıcılarının içerik algoritması nedeniyle benzer içeriklere maruz kalması dijital içeriklerin aşı tereddütü ve reddi üzerinde önemli etkisi olmuştur (Garett & Young, 2021; Wilson & Wiysonge, 2020). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde aşıların yan etkileri ve güvenilirliği konusunda medyada yayılan yanlış bilgiler, ebeveynlerin aşı yaptırma kararlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Ebeveynlerin aşıya yönelik olumsuz tutumunda; aşının yan etkileri otizm ve kısırlık gibi iddialar nedeniyle tereddüt ve hatta red nedenleri arasında yer almaktadır (Atasever et al., 2021; Çay & Göl, 2023; Topçu et al., 2019). 1970’lerde Amerika’da ortaya çıkan, aşıların otizm yaptığına dair yanıltıcı içerikli yazılı materyaller, bilimsel olarak aksi kanıtlanmıştır. Ancak ebeveynlerin aşı karşıtı söylemlerinde halen otizm cevabı ve thiomersal gibi koruyucu bileşenler nedeniyle aşı içeriğine karşı şüpheli tutumlara rastlanmaktadır (Wang et al., 2015; Lane et al., 2018). Araştırmada ise %27,3 (n=109) oranında aşıların sağlığa zararlı madde içerir sonucuna ulaşılmıştır.

Aşılama programında yer alan hastalıkların hepsi günümüzde çok nadir görülmesi nedeniyle, çocukların aşılınması gerekli görmeyen %23,8 (n=95) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir. Bu durum Akgül ve Ergün (2023)’ün araştırması ile paralellik göstermektedir. Ebeveynlerin %12’sinin çocukluk çağı aşılarını gerekli bulmadığı tespit edilmiştir (Akgul & Ergun, 2023). Aşıların bulaşıcı hastalıkları önlediğine dair yeterli kanıt yoktur %32,1 (n=128) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir.

İlaç firmalarına karşı duyulan güvensizlik nedeniyle, kar etmek için zararlı olduklarını bilmelerine rağmen aşılar teşvik ettiğine %37,8 (n=151) oranında ebeveyn “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabını vermiştir. Çelik ve ark. (2021)’nin araştırmasına Ankara’da yaşayan 2019 yılında çocuklarının aşılınmasını reddeden 0-5 yaş çocuğu olan 23 anne katılım sağlamıştır. Türkiye’de aşı reddi nedenleri konusunda yapılan görüşmede ilaç sektörüne güvensizlik gibi tutumlar tespit edilmiştir (Aygün & Tortop, 2020; Çelik et al., 2021). Bireylerin ulusal tıbbi kurumlara ve ilaç firmalarına güveni, aşı kabulünde oldukça önemlidir. Uluslararası sağlık

kurumları DST gibi sağlık otoritelerine guven yu̇ksek aşı kabulü (Featherstone et al., 2019), guvensizlik ise duşuk aşı kabulüyle ilişkilendirilmektedir (Hardt et al., 2013).

Tu̇rkiye’de u̇ocukluk u̇ağı aşıları ebeveyn rızasıyla yapılmaktadır. Aşının zorunlu uygulanması iu̇in herhangi bir hukuki dayanak yoktur. Aşılama hizmetlerinin hukuki su̇reu̇leri ve zorunlu aşılama politikaları ku̇resel olarak etkileşim yaratmaktadır. Bazı u̇lkeler aşıyı zorunluluk haline getirirken, Tu̇rkiye gibi bazı u̇lkelerde bu kararı u̇ocuğun yasal vasisine bırakmaktadır. u̇alışmada devletin u̇ocukluk aşılarını zorunlu kılma hakkı yoktur ve bu kararı verecek olan anne-babalardır %44,5 (n=178) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Ertuğrul ve Albayrak (2021) u̇alışmasında ebeveynlerin %98,6’sı u̇ocuklarına aşılarını yaptırdıklarını ve %81,4’u aşı yaptırmamanın zorunlu olması gerektiğini duşunmektedir (Ertuğrul & Albayrak, 2021).

Pandemi riski yaratabilecek enfeksiyonlar GBP’nin başarısı sayesinde gu̇nu̇mızda gu̇ru̇lmemektedir. Ancak aşı karşıtlığı nedeniyle toplumsal bağışıklama oranlarındaki azalma yeni salgınların ortaya u̇ıkmasına neden olmaktadır. Yeni salgın hastalıkların ortaya u̇ıkmasını u̇nlemek iu̇in tu̇m nu̇fus aşılanmasına %23,5 (n=94) oranında “kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum” cevabı verilmiştir. Bu durum, aşı karşıtlılığının yaygınlaşmasının halk sağlığını tehdit edebilecek potansiyel bir risk oluşturduğunu gu̇stermektedir.

Aşı tereddu̇t su̇recinde sağlık profesyonellerinden alınan bilgi sayesinde aşı kabulü sağlamada u̇nemli bir rol oynadığı gu̇ru̇lmektedir. Nu̇fusun aşılama kapsamına alınması iu̇in ebeveynlerin aşılar hakkında eğitilmesine %82 (n=328) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Anne ve babaların u̇ocukluk u̇ağı aşılarının u̇nemiyle ilgili doktor ve hemşirelerin rolü u̇nemlidir %86,5 (n=346) oranında “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Benzer şekilde Ayyıldız ve Kolcu (2023) u̇alışmasında aşı hakkında ebeveynlerin %72,8 oranında hemşirelerden bilgi aldıklarını belirttiğini bulgulamıştır (Ayyıldız & Kolcu, 2023). Ayrıca aşı bilinci ve bilgisi du̇zeyi yu̇ksek olan ebeveynlerde sağlık u̇alışanlarından aldıkları bilgilere gu̇vendiklerini ve bu bilgilerin aşı yaptıрма kararlarında etkili olduğunu sonucuna ulaşılmaktadır (Yorulmaz et al., 2023). Ancak Turan (2022)’ın araştırmasında; aşı tereddu̇t oranı %58,71 (n=150) ve en az yararlanılan bilgi kaynakları ASM’de u̇alışan hekim/hemşiresi olarak belirlenmişlerdir

(Turan, 2022). Gökçe ve ark. (2021)'nin araştırmasında; benzer şekilde aşığı reddeden ebeveynlerin %91'i aşıların yan etkileri nedeniyle aşıları reddetmektedir ve %93 oranında sağık personelinin aşılar hakkında verdiği bilgiyi yeterli bulmamaktadır (Gökçe et al., 2021).

Ebeveynlerin %61,0 (n=244)'i önerilen bağışıklama programı kapsamında çocukları aşıladım ve %67,8 (n=271) anne-babalara çocuklarını aşılatmasını tavsiye ederim “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” cevabı verilmiştir. Bu bulgular, ebeveynlerin çoğunluğunun çocukluk çağı aşılarını desteklediğini ve bu konuda olumlu bir tutum sergilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, HIV ve Hepatit C'ye karşı bir aşı mevcut olsaydı %72,3 (n=289) oranında ebeveynin bu aşıları yaptırmayı kabul edeceği ifade edilmiştir. Bu yüksek kabul oranları, ebeveynlerin aşıların koruyucu sağık üzerindeki önemini fark ettiklerini ve yeni aşıların geliştirilmesi durumunda bu aşıları yaptırmaya istekli olduklarını göstermektedir. Ayrıca, Betsch ve ark. (2018) çalışması, aşılama programlarına duyulan güvenin ve aşığı yönelik olumlu tutumların, aşı kabul oranlarını artırdığını vurgulamaktadır (Betsch et al., 2018). Bu bağlamda, ebeveynlerin aşı kabulü ve önerilen bağışıklama programlarına duydukları güvenin artırılması, toplum sağığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada aşığı ilişkin tutum puanı orta seviyede iken aşı okuryazarlık alt boyutları olan işlevsel aşı okuryazarlığı $10,33 \pm 3,84$, iletişimsel aşı okuryazarlığı $15,35 \pm 3,53$, eleştirel aşı okuryazarlığı $9,55 \pm 2,13$ sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde ebeveynlerin aşı tutumunun aşı okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olduğu ve aşı okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin aşı kabulününse yüksek ve aşı tereddüt seviyesinin ise düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Oztorra et al., 2022). Aşı okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalarda alt boyutlarındaki puanlamalardan yola çıkarak aşı alımı niyetini güçlü şekilde tahmin etmektedir. Ancak yapılan çalışmaların sınırlılıkları nedeniyle aşı okuryazarlığının aşılama karar alma sürecindeki rolü için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Isonne et al., 2024)

İşlevsel alt boyutunda çocuklarının aşılarına yönelik talimatları/yazılı belgeleri ve broşürleri okurken; ebeveynlerin %16,3'ü (n=65) “çoğı zaman” yazıları okunmayacak kadar küçük bulmaktadır. %12,3'ü (n=49) “çoğı zaman” anlamadığı karakterler ve kelimelerle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Yazılanları okumak ve anlamakta “çoğı zaman” %10 (n=42) zorlanmaktadır ve uzun zamana ihtiyacı

olmaktadır. Broşürleri ya da belgeleri okurken birisinin yardımına %5,5'i (n=22) "çoğu zaman" ihtiyaç duymaktadır. Bu durum, işlevsel aşı okuryazarlığı düşük olan ebeveynlerin aşı hakkında bilgisini artıracak çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle sağlık profesyonellerinin ebeveynleri aşı hakkında bilgilendirirken açık, anlaşılır ve güncel kaynaklarla bilgilendirmelidir (Rauh et al., 2020).

İletişimsel alt boyutunda çocuklarının doğumundan itibaren; ebeveynlerin %5,8'i (n=23) çeşitli kaynaklardan "hiçbir zaman" bilgi toplamamaktadır. İlgilendiği aşılarda %4,5'i (n=18) "hiçbir zaman" araştırma yapmamaktadır. Aşılar hakkında elde ettiği bilgileri %3,5'i (n=14) "hiçbir zaman" anlamamaktadır. Ebeveynlerin %4,8'i (n=19) çocuklarının aşılarıyla ilgili düşüncelerini sağlık personeli ve diğer kişilerle "hiçbir zaman" görüşmemektedir. %6,0 (n=24) çocuğunun aşılmasına yönelik karar vermek için "hiçbir zaman" bilgileri kullanmamaktadır. Glanz ve ark. (2013) çalışmasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının doğru ve güvenilir aşı bilgisi iletme yeteneklerinin, ebeveynlerin aşı kararlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Glanz et al., 2013). Sağlık çalışanlarının, ebeveynlerin aşı konusundaki endişelerini anlamaları ve bu endişelere yönelik açık ve bilimsel temelli yanıtlar vermeleri gerekmektedir. Silahlı ve ark. (2024) araştırmasında ebeveynlerin %63'ü çocukluk çağı aşıları hakkında tereddüt yaşamamaktadır. %69,38'i (n=68) aşılar hakkında aldıkları bilgilere güvenmektedir ve aşılarla ilgili endişelerini sağlık çalışanlarıyla açıkça tartışabildiklerini bildirmiştir (Silahlı et al., 2024). Aşı iletişimini başarıyla yürüten sağlık hizmeti sağlayıcıları aşıya olan güveni artırmaktadır (MacDonald & Dubé, 2015). Aksi yönde ebeveynler aşı kararsızlığı yetersiz iletişim nedeniyle aşı reddine kadar ilerleyebilmektedir (Ames et al., 2017). Bu da sağlık çalışanının aşı bilgilendirme ve uygulama sürecinde önemli role sahip olduğunun göstergesidir (Ertugrul & Albayrak, 2021).

Eleştirel alt boyutunda çocuklarının aşıya ihtiyacı olmasıyla birlikte; aşı bilgilerinin güvenilirliğini %3,3 (n=13) "hiçbir zaman" değerlendirmemektedir. Aşı bilgilerinin geçerli ve güvenilir olduğunu %2,8 (n=11) "hiçbir zaman" kontrol etmemektedir. Ebeveynlerin %2,0 (n=8) "hiçbir zaman" çocuğunun sağlığıyla ilgili karar verirken bilgilerden yardım almamaktadır. Ebeveynlerin aşılarla güvenmesi aşı tereddütüyle yakından ilişkilidir. Üstüner Top ve ark. (2023)'ün çalışmasında, ebeveynlerin aşı tereddüt oranı %31,3 olarak tespit edilmiştir. Sosyal medyada aşı

karşıtı haberlerden etkilenme oranı ise %28,3 olarak belirlenmiştir. Çocuklarına aşılarını tam yaptırmama nedeni olarak aşılarla güvenmeme oranı %24,5'tir (Ustuner Top et al., 2023).

Ebeveynleri sağlık okuryazarlığının aşıya yönelik tutuma etkisinin incelendiği çalışmalarda; ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi düşük çıkmasına rağmen %98,6 oranında çocuklarına aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Ertugrul & Albayrak, 2021). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan ebeveynlerin %95,9'u aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu belirtmiştir (Yıldızeli et al., 2021). Benzer şekilde sağlık okuryazarlık düzeyinin artmasıyla, aşıya yönelik tereddüt oranının azaldığı tespit edilmiştir (Dağlı & Topkara, 2023).

COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bazı çalışmalarda ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tereddüt oranları yükselmeye başlamıştır. Pandemi süreci başlangıcında aşıya yönelik tereddüt oranı düşük iken sonraki süreçlerde ebeveynlerde tereddüt oranının arttığı tespit edilmiştir (Duran et al., 2023). Pandemi döneminde çocuklarının aşılarını erteleyen ebeveynler sağlık çalışanlarıyla kurdukları iletişim sayesinde tereddütlerinin azaldığını belirtmişlerdir (Yorulmaz & Kocoglu-Tanyer, 2023). Ankara'da pandemi döneminde hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada; çocukluk aşılarını ebeveynler erteleseler bile çocuklarına aşığı yaptırdıkları sonucuna ulaşılmıştır (Kara et al., 2021). Pandeminin son dönemlerinde yapılan çalışmalarda çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüt artmıştır ve geçmiş dönemlerde çocuklarına aşı yaptırdıkları için endişelenen ebeveynler tespit edilmiştir (Akgul & Ergun, 2023; Turan, 2022). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık oranı yüksek olmasına rağmen COVID-19 aşısını çocuklarına uygulatma oranı düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Bektas & Bektas, 2023; Şanlı Erkekoğlu & Eser, 2023; Turan, 2022). Bu durum, pandemi sürecinde Türkiye'de ebeveynlerin, medyada yayılan yanlış bilgiler ve aşıyla ilgili spekülasyonlardan etkilendiğini düşündürebilir. Bu dönemde artan aşı hassasiyeti ve düşük sağlık okuryazarlığı, gelecekte toplumun bağışıklık oranını etkileyebilir.

Türkiye'de ebeveynlerin aşı tutumu üzerine yapılan bu çalışmalarda sosyal medya ve dijital içeriklerin ebeveynlerin aşıya yönelik tutumlarını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Özellikle pandemi döneminde sosyal medya kullanımının artması ve aşılarla ilgili yanlış bilgilerin hızla yayılması, ebeveynlerin aşı tereddütlerini artırmıştır. Bu çalışmada ebeveynlerin büyük bir kısmı, sosyal medyada

karşılaştıkları olumsuz içeriklerin kararlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Ebeveynler kitle iletişim araçlarını da yüksek oranda bilgi kaynağı olarak belirttiği için ebeveynlerin dijital kaynak kullanımıyla aşı konusundaki bilgileri bilimsel olmayan içerikler nedeniyle ileriki dönemde risk yaratabileceği düşünülmelidir (Argın et al., 2022; Ustuner Top et al., 2023). Ebeveynlerle yapılan çalışmalarda; aşuya yönelik bilgi kaynağı olarak öncelikle sağlık çalışanlarını ve sonrasında kitle iletişim araçları, sosyal medya gibi dijital içerik sağlayıcılarını belirtmişlerdir. Dijital içerikler aşı şüpheciliği açısından incelendiğinde, komplo teorileri, etik ihlaller, dini ideolojiler, alternatif tıp ve bilimsel gerçeklerle örtüşmeyen güvenlik ve etkinlik iddialarının yer aldığı belirlenmiştir. Bu yanıltıcı bilgilere karşı eğitim faaliyetlerini artırmak ve bireylere doğru kaynaklardan ulaşmak önemlidir (Kata, 2010). Çalışmalarda tereddüt oranlarındaki yükselmenin sosyal medyadaki aşı karşıtı içeriklerin etkisi tespit edilmiştir. Sosyal medyanın aşı karşıtı kampanyalar için bir platform olarak kullanıldığı ve bunun sonucunda aşı tereddütü ve reddinin arttığı belirtilmiştir (Garett & Young, 2021; Wilson & Wiysonge, 2020). Bu çalışmalarla paralel olarak, ebeveynlerin sosyal medya üzerinden yanlış bilgilere maruz kaldığı ve bu durumun aşuya yönelik güvenlerini sarstığı tespit edilmiştir. Özellikle aşuların yan etkileri ve güvenilirliği konusunda sosyal medyada yayılan yanlış bilgiler, ebeveynlerin aşı yaptırma kararlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun nedeni dijital kaynaklarda içerik üretiminin artmasıyla bilgi alımının yaygınlaşması ve ailelerin sosyoekonomik durum ya da eğitim düzeyi fark etmeksizin kolayca bilgiye ulaşması olabilir. Yıldızeli ve ark. (2021)'nın çalışmasında sağlık okuryazarlık oranı yüksek olan annelerin sağlık çalışanlarından aldıkları bilgilere güvendiklerini ve aşı yaptırma kararlarında sağlık çalışanlarının bilgilerinin etkili olduğunu belirtmişlerdir (Yıldızeli et al., 2021).

6. SONUÇ

Çalışmanın bu bölümünde, ebeveynlerin çocukluk aşılara ilişkin tutumu ve aşı okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılara yönelik geliştirilen sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Çalışma ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin, aşıya ilişkin tutum ve aşı okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılmıştır. Ebeveynlerin aşıya ilişkin tutum düzeylerinin, aşı okuryazarlık düzeyleri ve bazı sosyodemografik özellikler tarafından belirlendiği tespit edilmiştir. Bulgular, aşıya ilişkin tutumların ve aşı okuryazarlığı alt boyutlarının, ebeveynlerin eğitim düzeyi, yaş grubu ve meslek gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bu bulgular, aşı okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahalelerin daha hedefe yönelik yapılması gerektiğini göstermektedir. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinden çocuk sayısı ve cinsiyet gibi faktörler, aşıya yönelik tutumlarında önemli bir etkiye sahiptir. Özellikle kadınların, çocuklarının aşılarıyla ilgili daha yüksek bilgi ve uygulama düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Genç ebeveynler aşı okuryazarlığı konusunda daha yüksek puan alması, dijital iletişim araçlarına daha hızlı erişimleri ve bilgi kaynaklarını daha etkin kullanabildiklerini göstermektedir.

Araştırmada elde edilen veriler sağlık politikalarının geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Hedef kitleye özgü eğitim materyallerinin hazırlanması, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlere yönelik sade ve anlaşılır eğitim materyalleri geliştirilmelidir. Cinsiyet temelli farklılıklar dikkate alınarak, kadınların bilgiye erişim ve uygulama becerilerini artıracak eğitim programları tasarlanmalıdır. Ayrıca çalışmadan elde edilen sonuca yönelik düşük eğitim seviyesi ve birden fazla çocuğu olan ebeveynlere odaklanarak aşı konusunda eğitici materyaller oluşturulabilir.

Halk sağlığı kampanyaları açısından; medyada yayılan yanlış bilgiler, aşılardan etkileri ve güvenilirliği konusunda ebeveynlerin aşı yaptırma kararlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu endişeleri gidermek ve doğru bilgileri yaymak amacıyla, sağlık otoritelerinin daha etkili iletişim stratejileri geliştirmesi gerekmektedir. Bu stratejiler arasında doğru bilgilendirme kampanyalarının artırılması ve yayılan yanlış bilgilerin düzeltilmesi önemli yer tutmaktadır. Doğru bilgiye erişimi hızlandırmak için sosyal medyada görünürlüğü artıracak platformlar hazırlanmalıdır. Ayrıca bu

platformların tanıtımı yapılarak ebeveynlerin içerikler hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.

Toplumda aşılama oranlarının düşük olması ve aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının fazla olmasının pek çok nedeni vardır. En önemli nedeni ise ulusal aşı takviminde aşıya yer verilmesi için maliyet ve fayda analizlerinin doğru şekilde yapılarak halk sağlığı hizmetlerindeki alt yapıya yatırım yapmasıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının aşı savunucusu olarak aşılama programlarının etkinliği ve toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin vurgulanması, aşı takvimine uygun ebeveynlere bilgilendirici faaliyetler bulunması ve iletişim becerilerinin güçlü olması, ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ve ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlık çalışanından doğru kanalla alması oldukça önemlidir.

Ülkemizde çocukluk çağı aşılama programlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında Aile Sağlığı Merkezlerinde ücretsiz olarak yapılması çalışmada gelir seviyesindeki farksızlığın sebebi olabilir. Çünkü ebeveynler aşılama hizmetlerine kolaylıkla ve ücretsiz ulaşabilmektedir. Ayrıca ihtiyaç duydukları aşı bilgisi burada hizmet veren sağlık profesyonelleri tarafından verilmektedir. Çocuk yaşı farklılıklarının aşıya ilişkin tutuma ve aşı okuryazarlığına etkisinin olmaması aşılama takvimine yönelik genel kabul ve bilincin yaygın olması ile açıklanabilir.

Aşı uygulayıcıları, çalışmalarında düşük aşı okuryazarlığına sahip hastaları tespit edebilirler. Bu sağlık profesyonelleri, hastaların sağlık ve yaşamın diğer alanlarında okuryazarlık ve sayısal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olacak yerel fırsatlar hakkında bilgi vermek için uygun bir konumdadır. Sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar, ebeveynlerin aşılar hakkında bilinçlendirilmesi ve güvenilir bilgiye erişimlerinin sağlanması için çabalarını artırarak, toplumsal bağışıklığın korunmasına katkı sağlayabilirler. Aşı okuryazarlığı artırılarak doğru bilgiye ulaşmada, bilimsel temelli kaynağa erişim kolaylığı sağlanarak, bilimsel doğruların geniş kitlelere yayılımı sayesinde ebeveynlerin aşılara ilişkin tereddütü büyük oranda azalacaktır.

Çalışmada ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırdığını ve aşının zorunlu hale getirilmesi konusunda güçlü bir destek olduğunu göstermiş olmasına rağmen Türkiye’de yasal çerçeve ve politikaların ebeveyn haklarını ve bireysel özgürlükleri gözetmektedir. Ancak halk sağlığı açısından, bireysel özgürlüklerin toplumun

sağlığına zarar vermesi konusu aşı savunucuları tarafından sürekli gündemde tutulmaktadır.

Bu çalışmada literatüre benzer şekilde kesitsel saha araştırması yapılmıştır. Benzer çalışmalar yapılarak örneklem gruplarında bölgesel ve yerel farklılıklar kıyaslanabilir. Bunun yanında boylamsal çalışmalarda yapılmalıdır. Bu sayede zaman içerisinde ebeveynleri etkileyen faktörlerdeki değişiklikler neden-sonuç ilişkisiyle incelenebilecektir. Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitimsel faaliyetlerde bulunmasıyla eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi üzerine çalışmalarda bilimsel literatüre katkı sağlayacaktır. Çalışmaların artırılmasıyla elde edile bilimsel bilgi sayesinde sağlık politikalarının geliştirilmesi için stratejiler belirlenmesinde önemi kaynak niteliği taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

- Akgul, E., & Ergun, A. (2023). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları ile COVID-19 Aşısına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 64–75. <https://doi.org/10.54061/jphn.1185448>
- Ames, H. M., Glenton, C., & Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011787.pub2>
- Andre, F., Booy, R., Bock, H., Clemens, J., Datta, S., John, T., Lee, B., Lolekha, S., Peltola, H., Ruff, T., Santosham, M., & Schmitt, H. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(2), 140–146. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.040089>
- Argın, V., Akalın, D., & Güngör, S. (2022). Ebeveynlerin Çocuklarına Aşı Uygulanmasına Karşı Düşünce ve Tutumları: Kahramanmaraş Örneği. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(2), 300–313. <https://doi.org/10.25279/sak.795110>
- ASİE Genelgesi. (2009). *ASİE Genelgesi*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>
- Aşı Portalı. (2020). *T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi*. <https://asi.saglik.gov.tr/asi/asi-takvimi2>
- Aşı Portalı. (2024). *T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı*. <https://asi.saglik.gov.tr/asi/>
- Atasever, B. N., Sayar, S., Sabancı, M., Gür, A. B., & Karakoç, H. (2021). Vaccine Rejection for Parents with Babies of 0-24 Months: Solution Recommendations for Causes and Reduction. *Journal of Pediatric Infection*, 15(2), 97–102. <https://doi.org/10.5578/ced.202119817>
- Aygün, E., & Tortop, H. S. (2020). Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi. *Güncel Pediatri*, 18(3), 300–316.
- Ayyıldız, S., & Kolcu, M. (2023). COVID-19 Pandemisinde Doğum Yapan Annelerin Çocukluk Dönemi Aşıları Hakkındaki Farkındalıkları. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 277–286. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1209936>
- Badua, A. R., Caraquel, K. J., Cruz, M., & Narvaez, R. A. (2022). Vaccine literacy: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 857–867. <https://doi.org/10.1111/inm.12988>
- Bektas, İ., & Bektas, M. (2023). The effects of parents' vaccine hesitancy and COVID-19 vaccine literacy on attitudes toward vaccinating their children during the pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*, 71, e70–e74. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.04.016>

- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15(sup2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*, 13(12), e0208601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
- Biasio, L. R. (2019). Vaccine literacy is undervalued. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(11), 2552–2553. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1609850>
- Boulter, B. L., Datta, T. S., & Goldfarb, R. S. (2007). Vaccination Externalities. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 7(1). <https://doi.org/10.2202/1935-1682.1487>
- British Society for Immunology. (2024). *Vaccine Infographics*. 2024. <https://www.immunology.org/public-information/vaccine-resources/childhood-vaccines/vaccine-infographics>
- Butler, R., & MacDonald, N. E. (2015). Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*, 33(34), 4176–4179. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.038>
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. In *Cilt* (Vol. 26, Issue 2).
- Çay, B., & Gol, İ. (2023). Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşıları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 45–54. <https://doi.org/10.53493/avraysasbd.1232002>
- Çelik, K., Turan, S., & Üner, S. (2021). I’m a mother, therefore I question”: Parents’ legitimation sources of and hesitancy towards early childhood vaccination. *Social Science & Medicine*, 282, 114132. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114132>
- Cinicola, B., Conti, M. G., Terrin, G., Sgrulletti, M., Elfeky, R., Carsetti, R., Fernandez Salinas, A., Piano Mortari, E., Brindisi, G., De Curtis, M., Zicari, A. M., Moschese, V., & Duse, M. (2021). The Protective Role of Maternal Immunization in Early Life. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.638871>
- Clements, C. J., & McIntyre, P. B. (2006). When science is not enough – a risk/benefit profile of thiomersal-containing vaccines. *Expert Opinion on Drug Safety*, 5(1), 17–29. <https://doi.org/10.1517/14740338.5.1.17>
- Dağlı, E., & Topkara, N. (2023). The Effect of Parents’ Health Literacy Level on the Attitudes and Behaviors of Childhood Vaccinations. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(1), 47–56. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1167822>

- Dannetun, E., Tegnell, A., Hermansson, G., & Giesecke, J. (2005). Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(3), 149–153. <https://doi.org/10.1080/02813430510031306>
- Demir, T. (2021). Aşı Karşıtı Tutumların Sosyokültürel ve Dinî Boyutları. *Tevilat*, 2(2), 271–291. <https://doi.org/10.53352/tevilat.1034303>
- Deogaonkar, R., Hutubessy, R., van der Putten, I., Evers, S., & Jit, M. (2012). Systematic review of studies evaluating the broader economic impact of vaccination in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 12(1), 878. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-878>
- Doherty, M., Buchy, P., Standaert, B., Giaquinto, C., & Prado- Cohrs, D. (2016). Vaccine impact: Benefits for human health. *Vaccine*, 34(52), 6707–6714. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.025>
- Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, 14(1), 99–117. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>
- Dubé, È., Ward, J. K., Verger, P., & MacDonald, N. E. (2021). Vaccine Hesitancy, Acceptance, and Anti-Vaccination: Trends and Future Prospects for Public Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 175–191. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102240>
- Durak, H. (2016). Türkiye’de Sosyal Medya Okuryazarlığı ve Sosyal Ağ Kullanım Örüntülerinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 9(46), 526–526. <https://doi.org/10.17719/jisr.20164622619>
- Duran, S., Duran, R., Acunaş, B., & Şahin, E. M. (2023). Changes in parents' attitudes towards childhood vaccines during COVID -19 pandemic. *Pediatrics International*, 65(1). <https://doi.org/10.1111/ped.15520>
- Dyda, A., King, C., Dey, A., Leask, J., & Dunn, A. G. (2020). A systematic review of studies that measure parental vaccine attitudes and beliefs in childhood vaccination. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09327-8>
- Edwards, K. M., & Hackell, J. M. (2016). Countering Vaccine Hesitancy. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2146>
- Ehreth, J. (2003). The global value of vaccination. *Vaccine*, 21(7–8), 596–600. [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(02\)00623-0](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(02)00623-0)
- Ertugrul, B., & Albayrak, S. (2021). Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 186–195. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.966461>

- Etesamını, S., & Derinpinar, K. B. (2021). Aşı Tereddütlerinde Sosyal Medyanın Rolü. In *Usaysad Derg* (Vol. 7, Issue 2). <http://dergipark.gov.tr/usaysad>
- Facciola, A., Visalli, G., Orlando, A., Bertuccio, M. P., Spataro, P., Squeri, R., Picerno, I., & Pietro, A. Di. (2019). Vaccine Hesitancy: An Overview on Parents' Opinions about Vaccination and Possible Reasons of Vaccine Refusal. *Journal of Public Health Research*, 8(1), jphr.2019.1436. <https://doi.org/10.4081/jphr.2019.1436>
- Featherstone, J. D., Bell, R. A., & Ruiz, J. B. (2019). Relationship of people's sources of health information and political ideology with acceptance of conspiratorial beliefs about vaccines. *Vaccine*, 37(23), 2993–2997. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.04.063>
- Fine, P. (1993). Herd Immunity: History, Theory, Practice. *Epidemiologic Reviews*, 15(2), 265–302. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036121>
- Fine, P., Eames, K., & Heymann, D. L. (2011). “Herd Immunity”: A Rough Guide. *Clinical Infectious Diseases*, 52(7), 911–916. <https://doi.org/10.1093/cid/cir007>
- Garett, R., & Young, S. D. (2021). Online misinformation and vaccine hesitancy. *Translational Behavioral Medicine*, 11(12), 2194–2199. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab128>
- Glanz, J. M., Wagner, N. M., Narwaney, K. J., Shoup, J. A., McClure, D. L., McCormick, E. V., & Daley, M. F. (2013). A Mixed Methods Study of Parental Vaccine Decision Making and Parent–Provider Trust. *Academic Pediatrics*, 13(5), 481–488. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.05.030>
- Gökçe, A., Karakaş, N., Özer, A., & Bentli, R. (2021). Investigation of knowledge, attitude and behaviours of parents refusing childhood vaccines in Malatya, an eastern city of Turkey. *Central European Journal of Public Health*, 29(3), 183–186. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6153>
- Gözlü, K. (2023). Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 7(1), 66–76. <https://doi.org/10.52148/ehta.1284407>
- Gür, E. (2019). Aşı kararsızlığı - aşı reddi. *Türk Pediatri Arşivi*. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2019.79990>
- Hanson, L. A. (1998). Breastfeeding Provides Passive and Likely Long-Lasting Active Immunity. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 81(6), 523–537. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62704-4](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62704-4)
- Hardt, K., Schmidt-Ott, R., Glismann, S., Adegbola, R., & Meurice, F. (2013). Sustaining Vaccine Confidence in the 21st Century. *Vaccines*, 1(3), 204–224. <https://doi.org/10.3390/vaccines1030204>
- Hasar M., Özer Yelda Z., & Bozdemir N. (2021). Aşı reddi nedenleri ve aşılarda hakkındaki görüşler Reasons for vaccine rejection and opinions on vaccines. *Cukurova Medical Journal Cukurova Med J*, 46(1), 166–176. <https://doi.org/10.17826/cumj.790733>

- Higgins, D. M., Moss, A., Blackwell, S., & O’Leary, S. T. (2023). The COVID-19 Pandemic and Parental Attitudes Toward Routine Childhood Vaccines. *Pediatrics*, 152(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-062927>
- Honcoop, A., Roberts, J. R., Davis, B., Pope, C., Dawley, E., McCulloh, R. J., Garza, M. Y., Greer, M. L., Snowden, J., Fu, L. Y., Young, H., Dehority, W., Enlow, P. T., Watts, D.-J., Queen, K., Costello, L. M., Alamarat, Z., & Darden, P. M. (2023). COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Parents: A Qualitative Study. *Pediatrics*, 152(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-062466>
- Hotez, P. J. (2023). Vaccine Preventable Disease and Vaccine Hesitancy. *Medical Clinics of North America*, 107(6), 979–987. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2023.05.012>
- Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-40>
- Isonne, C., Iera, J., Sciurti, A., Renzi, E., De Blasiis, M. R., Marzuillo, C., Villari, P., & Baccolini, V. (2024). How well does vaccine literacy predict intention to vaccinate and vaccination status? A systematic review and meta-analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2300848>
- Janssen, D. F. (2022). A familiar species of Crank: Anti-Vaccinationists in medical history. *Vaccine*, 40(31), 4135–4141. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.05.050>
- Jarrett, C., Wilson, R., O’Leary, M., Eckersberger, E., & Larson, H. J. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*, 33(34), 4180–4190. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>
- Kara, A., İlbay, S., Topaç, O., Arabulan, E. A., Tezer, H., Tavukçu, N., & Şimşek, Ç. (2021). Alteration in vaccination rates and an evaluation of physicians’ perceptions of the possible impact of the SARS-CoV-2 pandemic on childhood vaccinations in Ankara, Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(10), 3457–3462. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1923345>
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora’s box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709–1716. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.12.022>
- Kempe, A., O’Leary, S. T., Kennedy, A., Crane, L. A., Allison, M. A., Beaty, B. L., Hurley, L. P., Brtnikova, M., Jimenez-Zambrano, A., & Stokley, S. (2015). Physician Response to Parental Requests to Spread Out the Recommended Vaccine Schedule. *Pediatrics*, 135(4), 666–677. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3474>

- Lane, S., MacDonald, N. E., Marti, M., & Dumolard, L. (2018). Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015–2017. *Vaccine*, 36(26), 3861–3867. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.03.063>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., Schuster, M., MacDonald, N. E., & Wilson, R. (2015). Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, 33(34), 4165–4175. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037>
- Laxminarayan, R. (2022). The overlooked pandemic of antimicrobial resistance. *The Lancet*, 399(10325), 606–607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00087-3)
- Lorini, C., Del Riccio, M., Zanobini, P., Biasio, R. L., Bonanni, P., Giorgetti, D., Ferro, V. A., Guazzini, A., Maghrebi, O., Lastrucci, V., Rigon, L., Okan, O., Sørensen, K., & Bonaccorsi, G. (2023). Vaccination as a social practice: towards a definition of personal, community, population, and organizational vaccine literacy. *BMC Public Health*, 23(1), 1501. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16437-6>
- Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., & Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(2), 478–488. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423>
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- MacDonald, N. E., & Dubé, E. (2015). Unpacking Vaccine Hesitancy Among Healthcare Providers. *EBioMedicine*, 2(8), 792–793. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.06.028>
- Mallory, M. L., Lindesmith, L. C., & Baric, R. S. (2018). Vaccination-induced herd immunity: Successes and challenges. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 142(1), 64–66. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.05.007>
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- McKillup, S. (2011). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists*. . Cambridge University Press.
- Michel, J.-P., & Goldberg, J. (2021). Education, Healthy Ageing and Vaccine Literacy. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(5), 698–701. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1627-1>
- Montero, D. A., Vidal, R. M., Velasco, J., Carreño, L. J., Torres, J. P., Benachi O., M. A., Tovar-Rosero, Y.-Y., Oñate, A. A., & O’Ryan, M. (2024). Two centuries of vaccination: historical and conceptual approach and future perspectives. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1326154>

- Nandi, A., & Shet, A. (2020). Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(8), 1900–1904. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1708669>
- Nelson, K. B., & Bauman, M. L. (2003). Thimerosal and Autism? *PEDIATRICS*, 111(3), 674–679. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.674>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd Ed.). New York: McGraw.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Okan, Orkan. (2019). *International handbook of health literacy : research, practice and policy across the lifespan*. Policy Press.
- Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L., & Walker, D. G. (2016). Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries, 2011–20. *Health Affairs*, 35(2), 199–207. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1086>
- Ozawa, S., Mirelman, A., Stack, M. L., Walker, D. G., & Levine, O. S. (2012). Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: A systematic review. *Vaccine*, 31(1), 96–108. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.10.103>
- Özkan, S., Tüzün, H., Uğraş Dikmen, A., & İlhan, M. N. (2020). Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4, 105–110. <https://doi.org/10.34084/bshr.719139>
- Oztora, S., Gokcen, G. B., & Dagdeviren, H. N. (2022). Anti-Vaccination and Its Growing Importance. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 11(3), 151–156. <https://doi.org/10.33880/ejfm.2022110302>
- Özümit, D., & Yıldırım Sarı, H. (2021). Adaptation of Attitudes Towards to Vaccine Scale to Turkish, Investigation of Validity and Reliability. *Journal of Pediatric Infection*, 15(3), 165–174. <https://doi.org/10.5578/ced.20219720>
- Picchio, C. A., Carrasco, M. G., Sagué-Vilavella, M., & Rius, C. (2019). Knowledge, attitudes and beliefs about vaccination in primary healthcare workers involved in the administration of systematic childhood vaccines, Barcelona, 2016/17. *Eurosurveillance*, 24(6). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.6.1800117>

- Pinheiro, P. (2021). Conceptualizations of Health Literacy: Past Developments, Current Trends, and Possible Ways Forward Toward Social Practice. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(2). <https://doi.org/10.3928/24748307-20210316-01>
- Postma, M. J., Carroll, S., & Brandão, A. (2015). The societal role of lifelong vaccination. *Journal of Market Access & Health Policy*, 3(1), 26962. <https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.26962>
- Ratzan, S. C. (2011). Vaccine Literacy: A New Shot for Advancing Health. *Journal of Health Communication*, 16(3), 227–229. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561726>
- Rauh, L. D., Lathan, H. S., Masiello, M. M., Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2020). A Select Bibliography of Actions to Promote Vaccine Literacy: A Resource for Health Communication. *Journal of Health Communication*, 25(10), 843–858. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1878312>
- Rodrigues, C. M. C., & Plotkin, S. A. (2020). Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives. *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01526>
- Rowlands, G. (2014). Health literacy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 10(7), 2130–2135. <https://doi.org/10.4161/hv.29603>
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/978_97903613_tur.pdf,
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Aşılama Öncesi ve Sonrasında Vaka Sayıları ve Azalma Yüzdeleri Türkiye, (1980-1984 ve 2015-2019)*. <https://Covid19asi.Saglik.Gov.Tr/TR-77803/Genisletilmis-Bagisiklama-Programi-Gbp.Html>. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html>
- Şanlı Erkekoğlu, G., & Eser, E. (2023). 5-12 Yaş çocuklar için COVID-19 aşısı ebeveyn tereddüdünün sıklığı ve ebeveynlerin çocuklarının COVID-19'dan korunmasına yönelik tutum, davranışları. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 21(1), 43–58. <https://doi.org/10.20518/tjph.1090012>
- Shattock, A. J., Johnson, H. C., Sim, S. Y., Carter, A., Lambach, P., Hutubessy, R. C. W., Thompson, K. M., Badizadegan, K., Lambert, B., Ferrari, M. J., Jit, M., Fu, H., Silal, S. P., Hounsell, R. A., White, R. G., Mosser, J. F., Gaythorpe, K. A. M., Trotter, C. L., Lindstrand, A., ... 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00850-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00850-X)
- Silahlı, N. Y., Ture, S., & Oz, N. Z. (2024). Understanding Parental Perspectives on Childhood Vaccines: Examining Attitudes and Behaviors of Parents with Young Children. *Chronicles of Precision Medical Researchers*, 5(1), 28–33.

- Şimşek Orhan, F. (2020). Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. *Osmangazi Journal of Medicina*, 6–14. <https://doi.org/10.20515/otd.681563>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6).
- Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. Ş., & Ulukol, B. (2019). Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics*, 86(1), 38–43. <https://doi.org/10.1007/s12098-018-2714-0>
- Torun, F., & Bal Yılmaz, H. (2023). Knowledge and Attitudes of Parents with Children Aged 0-5 with Respect to Childhood Vaccines. *Journal of Pediatric Infection*, 17(4), 255–268. <https://doi.org/10.5578/ced.20239605>
- Trangerud, H. A. (2023). “What is the problem with vaccines?” A typology of religious vaccine skepticism. *Vaccine*, X, 14, 100349. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100349>
- Turan, F. D. (2022). Ulusal Aşılama Programında Yer Alan Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveynlerin Tutumları: Aksaray Örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 239–250. <https://doi.org/10.54061/jphn.1183177>
- Türk Tabipler Birliği. (2018). *Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü[1]*. <https://www.ttb.org.tr/255ygbe>
- Uruç Öztürk, E., Bülbül, A., & Talmaç, N. (2023). Aşı Okuryazarlığı ve Aşı Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(4), 315–322. <https://doi.org/10.52791/aksarayiibd.1314495>
- Ustuner Top, F., Çevik, C., & Bora Güneş, N. (2023). The relation between digital literacy, cyberchondria, and parents’ attitudes to childhood vaccines. *Journal of Pediatric Nursing*, 70, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.01.006>
- Wang, E., Baras, Y., & Buttenheim, A. M. (2015). “Everybody just wants to do what’s best for their child”: Understanding how pro-vaccine parents can support a culture of vaccine hesitancy. *Vaccine*, 33(48), 6703–6709. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.10.090>
- WHO. (2009). *State of the world’s vaccines and immunization, 3rd edition*. <https://iris.who.int/handle/10665/44169>
- WHO. (2019). *Improving vaccination demand and addressing hesitancy. Immunization, Vaccines, and Biologicals*. www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/
- WHO. (2023). *Vaccines and Immunization*. WHO. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>

- WHO. (2024). *50th anniversary of the Expanded Programme on Immunization (EPI), 2024*. [www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/01/default-calendar/50th-anniversary-of-the-expanded-programme-on-immunization-\(epi\)](http://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/01/default-calendar/50th-anniversary-of-the-expanded-programme-on-immunization-(epi))
- Wikipedia. (2024). *Temel Üreme Katsayısı*. https://en.wikipedia.org/wiki/Basic_reproduction_number
- Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 5(10), e004206. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>
- Wolfe, R. M. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*, 325(7361), 430–432. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430>
- Wombwell, E., Fangman, M. T., Yoder, A. K., & Spero, D. L. (2015). Religious Barriers to Measles Vaccination. *Journal of Community Health*, 40(3), 597–604. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9956-1>
- Wood, R. A. (2013). Allergic reactions to vaccines. *Pediatric Allergy and Immunology*, 24(6), 521–526. <https://doi.org/10.1111/pai.12102>
- Yalçın Balçık, P., & Demir, H. (2021). Aşı Karşıtlığı ve Ekonomisi. In *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* (Vol. 24, Issue 2). <https://orcid.org/0000-0002-8990-7228>
- Yalçın Balçık, P., & Kartal, N. (2019). Assessment of the Externality of Immunization from the Health Economics Perspective. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(2), 219–230. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2018-62134>
- Yıldızeli, F., Alabaz, D., & Gözüyeşil, E. (2021). Determining the Relationship of Parents, Knowledge and Attitudes and Health Literacy About the Admission or Refusal of Childhood Immunization. *Journal of Pediatric Infection*, 15(2), 88–96. <https://doi.org/10.5578/ced.202119816>
- Yorulmaz, D. S., & Kocoglu-Tanyer, D. (2023). A vaccine literacy scale for childhood vaccines: Turkish validity and reliability vaccine literacy scale. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01878-5>
- Yorulmaz, D. S., Mumcu, H. K., & Karadeniz, H. (2023). *Opinions of Parents with 0-24 Month Old Children on Vaccination and Vaccine Rejection during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Research* (Vol. 33, Issue 2). <https://www.researchgate.net/publication/373548964>
- Yüksel, F., & Kara Uzun, A. (2021). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 1–8. <https://doi.org/10.12956/tchd.825092>

8. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Soru Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu yüksek lisans tez çalışması kapsamında; Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programı Rutin Aşılarına Yönelik Tutumları ve Aşı Okuryazarlığının Sosyodemografik Özellikleri ile ilişkisini araştırmak üzere hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçla değerlendirilecek olup bireysel düzeyde bir analiz yapılmayacaktır. Formda isim belirtmenize gerek yoktur ve kimlik/kişilik bilgilerinize dair hiçbir soru bulunmamaktadır. Verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak, hiçbir şekilde kişi veya kurumlarla paylaşılmayacaktır; istatistiksel veri olarak kullanılacaktır. Soruların doğru, eksiksiz ve içtenlikle doldurulması konusunda elinizden gelen hassasiyeti göstermenizi rica ederiz. İlgî ve katkınız için teşekkür ederiz.

Kübra YAKIŞIR

Araştırmacı

Doç. Dr. Keziban AVCI

Akademik Danışman

Prof.Dr. Aslınur ÖZKAYA PARLAKAY

Yardımcı Danışman

EK 1: SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU

Formu Dolduran

- 1) Yaşınız
- 2) Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek
- 3) Medeni Durumunuz () Evli () Bekar
- 4) Mesleğiniz
- 5) Varsa Eşinizin Mesleği
- 6) Eğitim Durumunuz () Okur-Yazar Değil () Okur-Yazar () İlköğretim
() Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
- 7) Varsa Eşinizin Eğitim Durumu () Okur-Yazar Değil () Okur-Yazar () İlköğretim ()
Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
- 8) Aylık Geliriniz
() Gelir- Giderden Az () Gelir -Gidere Denk () Gelir-Giderden Fazla
- 9) Çocuk sayınız ()1 ()2 ()3 ()4
- 10) Çocuklarınızın Yaşları:

Ek-2. Aşı Okuryazarlık Ölçeği

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıda yer alan ifadeleri size uygun şekilde yanıtlayınız.

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman
İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuzun aşılarına yönelik talimatları/yazılı belgeleri veya broşürleri okurken;				
1.Yazıları okunmayacak kadar küçük buluyorum.				
2.Anlamadığım karakterler ve kelimelerle karşılaşıyorum.				
3.Yazılanları/metni anlamak için çok zor buluyorum.				
4. Onları okumak ve anlamak için uzun zamana ihtiyaç duyuyorum.				
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyaç duyarım.				
İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuzun doğumundan itibaren şunları yaparsınız;				
6. Çeşitli kaynaklardan aşılar hakkında bilgi toplarsınız.				
7. İlgilendiğiniz aşılar hakkındaki bilgileri araştırırsınız.				
8. Aşılar hakkında elde ettiğiniz bilgileri anlarsınız.				
9. Çocuğunuzun aşılarıyla ilgili düşüncelerinizi sağlık personeli ve diğer kişilerle görüşürsünüz.				
10. Çocuğunuzun aşılmasına yönelik karar vermek için topladığınız bilgileri kullanırsınız.				
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuz aşıya ihtiyaç duyduğundan bu yana şunları yaparsınız;				
11. Aşılar hakkındaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirirsiniz.				
12. Aşılar hakkındaki bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol edersiniz.				
13.Bilgiler, çocuğunuzun sağlığı ile ilgili kararlar almanıza yardımcı olur.				

Ek-3. Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1) Basında yer alan; aşıların otizm ve multiple skleroz gibi bazı psikolojik ve nörolojik hastalıklara yol açabileceğine dair iddalar, aşılanmanın güvenilirliği hakkında endişelenmeme neden olmaktadır.					
2) Yeni salgın hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek için tüm nüfusun aşılama kapsamına alınması önemlidir.					
3) Nüfusun aşılama kapsamına alınmasının önemli bir yolu anne-babaların aşılar hakkında eğitilmesidir.					
4) Anne- babaların çocukluk çağı aşılanmasının önemi konusunda eğitilmesinde doktor ve hemşireler önemli bir role sahiptir.					
5) Aşılama programı içinde yer alan hastalıkların hepsi günümüzde çok nadir görüldüğünden, çocukların aşılanması artık gerekli değildir.					
6) Bir enfeksiyon hastalığının durdurulması o hastalığa karşı aşılanmadan daha güvenlidir.					
7) Aşılar, çocukların sağlığı için zararlı olduğu kanıtlanmış maddeleri içerir.					
8) Zorunlu aşılamadan önce, hastalıklar daha iyi hijyen ve sağlık önlemleriyle yok olmaya başlamıştı.					
9) Devletin çocukların aşılanmasını zorunlu kılma hakkı yoktur; çocukları için olumlu kararı verecek olanlar anne-babalar olmalıdır.					
10) Aşılanmanın bulaşıcı hastalıkların oluşumunu önlediğine dair yeterli kanıt yoktur.					
11) İlaç firmaları, aşılanmanın zararlı olduğunun farkında olmalarına rağmen, kâr etmek için çocukların aşılanmasını teşvik etmektedir.					
12) (Sorumlu kişi olsam) Önerilen bağışıklama programı kapsamında, çocukları aşıladım.					
13) (Sorumlu kişi olsam) Anne-babalara, önerilen bağışıklama programı kapsamında, çocuklarını aşılatmasını tavsiye ederim.					
14) HIV (AIDS'e neden olan virus) ve Hepatit C'ye (sarılığa sebep olan virus) karşı aşılar mevcut olsaydı, kesinlikle aşı olurdum.					