



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI NÜFUSTA AŞI REDDİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Can MUGAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2020



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI NÜFUSTA AŞI REDDİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Can MUGAN

**Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BAĞIŞIKLAMA	3
2.2. AŞILAR HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	5
2.2.2 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AŞININ KISA TARİHİ	6
2.2.3 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AŞI REDDİ	11
2.3.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	14
2.3.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....	14
2.3.2. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	14
2.4.STRES DÜZEYİNİN SAĞLIKLA İLİŞKİSİ	15
3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	18
4.BULGULAR	20
5.TARTIŞMA	34
6.KISITLILIKLARIMIZ.....	39
7.SONUÇ	40
8.KAYNAKÇA	42
9.ÖZGEÇMİŞ	47

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, deneyimini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ ve öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Tez hazırlama sürecinde desteklerini esirgemeyen, uzmanlık eğitimim boyunca pek çok konuda destek aldığım ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum dostlarım başta Dr. İsmail KABA, Dr. Seda Nur USLU, Dr. Zeynep ERDEM SANCAK olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tez hazırlama sürecinde desteklerini esirgemeyen birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım başta Neslihan ÖZBEY olmak üzere tüm Eğitim Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Fedakarlıkları ile beni bugünlere getiren ve üzerimde sayısız emeği olan annem Nur MUGAN, babam Yılmaz MUGAN, kardeşlerim Cihan MUGAN ve Gözde MUGAN' a,

Hayatıma geç girdiklerini düşündüğüm tanıdıktan sonra hep dost bildiğim meslektaşlarım Dr. Çağlar SARIOĞLU, Dr. Davut GENÇ, Dr. Erkan ÇAĞLAR, Dr. İslam ÖZDEMİR, Dr. Kürşat YILDIZ, Dr. Zafer YALÇIN ve sonrasında ailemizi genişleten değerli eş ve eş adaylarına,

Hayatıma girdiği andan itibaren her anımı güzelleştiren, desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli eşim Sevinç YELER MUGAN ve neşesi ile yüzümü her daim güldüren biricik kızıma tüm kalbimle teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Can Mugan

KISALTMALAR

Ark: Arkadaşları

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

Td: Tetanos

TUSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Aşı ile önlenabilir hastalıkların Türkiye’deki insidansı.....	4
Tablo 2: Aşı tipleri ve kronolojik sıralamaları	8
Tablo 3: Aşı reddini etkileyen faktörler	12
Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik verilerinin aşı reddi ile ilişkisi-1	20
Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik verilerinin aşı reddi ile ilişkisi-2	22
Tablo 6: Katılımcıların kronik hastalık ve sigara-alkol kullanma durumunun aşı reddi ile ilişkisi	23
Tablo 7: Katılımcıların stres ve problem listesi kısa tarama ölçeği puanları	24
Tablo 8: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-1.....	25
Tablo 9: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-2.....	26
Tablo 10: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-3.....	27
Tablo 11: Katılımcıların gebeliklerinde Td aşısı ve OGTT yaptırma oranları.....	28
Tablo 12: Aşı reddi olan ebeveynlerin aşı ret nedenlerinin dağılımı	29
Tablo 13: Aşı reddi olan ebeveynlerin diğer çocuklarına aşı yaptırma ve karşı olunmayan aşı durumları	30
Tablo 14: Katılımcıların son 1 yılda sağlık kurumlarına başvuru ve antibiyotik kullanma sayıları	30
Tablo 15: Katılımcıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu toplam puanı.....	31
Tablo 16: Aşı reddi olmayanlarda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılım	32
Tablo 17: Aşı reddi olanlarda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılım.....	33

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Aşı reddi olan ebeveynlerin aşı ret nedenlerinin dağılımı	29
Grafik 2: Sağlık Okuryazarlığı dağılımı.....	31



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Türkiye’de uygulanan güncel aşı takvimi	4
Şekil 2: Türkiye’deki aşılar hakkındaki gelişmelerin kronolojik sıralaması.....	10
Şekil 3: Türkiye’de yıllara göre aşı ret artış sayıları	13



EKLER LİSTESİ

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu.....	48
EK 2: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu.....	49
EK 3: Stres Termometresi	50
EK 4: Kısa Sorular Formu.....	51
EK 5: Tez Konusu Onayı	Error! Bookmark not defined.
EK 6: Etik Kurul Onamı.....	Error! Bookmark not defined.



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalarda aşı reddine yol açan bireysel ve toplumsal faktörleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ocak 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ ne bağlı Bağlaraltı Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı, Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programı çerçevesinde uygulanan aşılarından ilk 24 aylık aşı takviminde yer alan bir veya daha fazla aşıyı reddeden ailelerin tamamı dahil edilerek yapıldı. Tıbbi nedenlerle aşı yaptıramayan aileler çalışma dışı bırakıldı. Katılımcılar aşı reddi olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı ve sosyodemografik veri formu, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Kısa Formu, stres termometresinden oluşan sorular yüz yüze anket tekniği kullanılarak soruldu. Her iki grubun sağlık kayıtları incelenerek hastane başvuru ve antibiyotik kullanım sıklıkları tespit edildi.

Bulgular: 44 dört aşı reddi olan ve 44 aşı reddi olmayan katılımcıyla yaptığımız çalışmada her iki grup arasında eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı açısından istatistiksel bir fark izlenmemiştir. Sağlık okuryazarlığı verileri ortalaması her iki grubun yeterli düzeyde ve birbirine yakın olarak tespit edilmiş ve istatistiksel anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Stres termometresinde kesim noktası 4 olarak alındığında aşı reddi olmayan grubun %79,54’ ünün aşı reddi olan grubun ise %61,36’ sının bu kesim noktasının üzerinde olduğu izlendi. Her iki grup arasında stres ortalama puanları arasında anlamlı bir fark izlenmemesine karşın aşı reddi olmayan grubun bedensel ve duygusal problemlerinin stres düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Aşı reddi olan grubun gebeliklerinde tetanos ve oral glukoz tolerans testini kontrol grubuna göre daha fazla reddettiği tespit edilmiştir. Her iki grubun sağlık kayıtları incelendiğinde yine aynı şekilde aşı reddi olan grubun sağlık kurumlarına daha az başvurduğu ve daha az antibiyotik kullandığını gözlemledik. Aşı ret nedenlerinde ise katılımcılarımızın %59,09’ u aşıyı zararlı bulduğunu, %56,82’ i çevresindeki aşı yaptırmayan kişilerden etkilendiğini belirtmiştir.

Sonuç: Aşı reddi tek başına ele alınabilecek bir konu değildir süreç aşı reddine gelen kadar pek çok faktör sürece etki etmektedir. Bu faktörlerin doğru tespiti sonrası gerekli adımların atılması aşı reddi ile başlayıp diğer sağlık uygulamalarına sıçrayacak ret kavramının önüne erken dönemde geçmek için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı Reddi, Sağlık Okuryazarlığı, Stres Termometresi, Bağışıklama

ABSTRACT

Objective: In this study, we aimed to investigate the individual and social factors that lead to vaccine rejection in patients applying to the Family Health Center.

Material and Method: This study is one or more of the vaccines in the first 24-month vaccination schedule, which was implemented in the context of the Extended National Immunization Program registered in the Bağlaraltı Education Family Health Center, affiliated with the Health Sciences University Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital between January 2020 and April 2020. It was done by including all of the families who refused excess vaccines. Families who could not get vaccinated for medical reasons were excluded from the study. Participants were divided into two groups, with and without vaccine rejection, and questions consisting of sociodemographic data form, European Health Literacy Short Form, and stress thermometer were asked using face-to-face questionnaire technique. The health records of both groups were examined and the frequency of hospital admission and antibiotic use were determined.

Results: In our study with 44 participants with four vaccine rejection and 44 without vaccine rejection, no statistical difference was observed between the two groups in terms of educational status, income status, smoking and alcohol use. The average of health literacy data was found to be sufficient and close to each other, and no statistically significant difference was observed. When the stress point was taken as a cut-off point of 4, it was observed that 79.54% of the group without vaccination rejection was 61.36% of the group with vaccine rejection, above this cut point. Although no significant difference was observed between the mean stress scores between the two groups, the physical and emotional problems of the group without vaccination rejection had a significant effect on stress levels. It was found that the vaccine rejected group rejected the tetanus and oral glucose tolerance test more than the control group. When the health records of both groups were examined, we also observed that the group with the vaccine rejection applied less to the health institutions and used less antibiotics. For vaccination reasons, 59.09% of our participants stated that they found the vaccine harmful and 56.82% of them were affected by the people who did not have the vaccine.

Conclusion: Vaccine rejection is not an issue that can be handled alone. Many factors affect the process as well as the process. Taking the necessary steps after the correct determination of these factors is important to prevent the rejection concept that will begin with vaccine rejection and jump to other health practices in the early period.

Keywords: Vaccine Rejection, Health Literacy, Stress Thermometer, Immunization

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin birincil amacı ve sağlık personelinin temel sorumluluğu, kişilerin sağlıklı yaşamaya devam etmelerini sağlamak ve hasta olmamaları için çalışmaktır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, kaynakların harcanmasında ve hizmetin sunulmasında, söz konusu toplumda en sık görülen en çok ölüme ve sakatlığa yol açan durumlara öncelik verilmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesinde temel stratejidir. Kişinin hastalığı, hastalanan kişinin yanısıra ailesinin ve birlikte yaşadığı toplumun sorunudur. Aile bireylerinden birinin hastalığı, aileyi maddi ve manevi açıdan etkilerken aynı zamanda toplum içerisinde birlikte yaşadığı kişileri de aynı ölçüde etkiler (1).

Bu bağlamda sağlığın kaliteli bir şekilde sürdürülebilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konusunda yürütülen en önemli halk sağlığı uygulamalarından biri de aşı çalışmalarındır (2). Aşıların çocuk ve erişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntemlerden biri olduğu söylenebilir (3).

Bir aşılama programının başarısı kabul ve kapsama oranının yüksekliğine bağlıdır. Amerika Birleşik Devletlerinde aşı reddinde artışla beraber salgın hastalıklarda coğrafi kümelenmelerin olduğuna dair kanıtlar vardır (4). Bu nedenle, bir kişinin tedavisini yapmaması ya da kendisini hastalıklardan korumaması yalnızca o kişinin sorunu olarak kabul edilip geçirilemez. Bir toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek için, aynı toplumda yaşayan kişilerin müşterek sorumluluk ve dayanışma duygusu içinde birbirlerini desteklemeleri gerekir. (1)

Aşıların bulunması insanların bulaşıcı hastalıklarla başa çıkmasında dönüm noktası olmuştur. Aşılamanın başlamasıyla en çok öldüren hastalıkların başında gelen pek çok bulaşıcı hastalığının prevalansı hızla azalmıştır (5). 20. yüzyılda yaşam beklentisindeki artış, büyük ölçüde çocukların hayatta kalmasındaki iyileşmelerden kaynaklanmaktadır ve bu iyileşmeler de büyük ölçüde bağışıklama nedeniyle bulaşıcı hastalık mortalitesi ve morbiditesindeki azalma ile ilişkilidir (6,7).

Ancak bu durum aşıları kendi başarılarının kurbanı haline getirmiştir. Kişiler hastalığın kendisi ve bulgularına daha az aşına olduğunda bu kişileri aşıların gerekliliğine ikna etmek sağlık çalışanları için zorlaşmıştır (8).

Aşıların geliştirilmesinden bu yana aşı karşıtı hareketin de dönemine göre farklı argümanlarla sürekli mevcut olduğunu söyleyebiliriz (9). Ülkemizde de özellikle son yıllarda artmakla beraber aşı uygulamalarına ve etkilerine yönelik ebeveynler tarafından farklı nedenlere bağlı endişeler belirtilmekte ve medyada bu yönde haberler yer almaktadır. Örneğin otizm, nörolojik bozukluklar, bağışıklık sistemi bozuklukları ile aşılar arasında ilişki olduğuna dair güvenilir kanıtlar olmamasına rağmen birçok aile bu nedenle aşı tereddütü yaşamakta ya da aşıyı reddetmektedir. Yine aynı şekilde aşıların içeriğindeki koruyucu ve yardımcı kimyasal maddelerin zararlı olduğu ve bu zararların halktan saklandığı, aşı üreten firmaların para kaygısı nedeniyle bu işi yaptıkları söylemleri aşı karşıtlarının savundukları düşünceler arasındadır (10).

Aşı uygulamalarına yönelik bu endişelerin giderilmesi toplumu ciddi yan etkileri ve ölüm riski olan hastalıklara karşı korumak için gereklidir. Ülkemizde aşılama oranları artmaktadır ancak aşılama oranı yüksek birçok ülkede olduğu gibi aşılar konusunda tartışmaların da gündeme daha sık geldiği bir süreç yaşanmaktadır (11).

Tüm bu süreçte sonuç aşı reddine gelene kadar konunun toplumsal ve bireysel birçok yönü vardır. Bizler de çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran hastalarda aşı reddine yol açan bireysel ve toplumsal faktörleri inceleyerek çözüm önerisi üretmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklama bir mikroorganizmaya karşı vücuda yapay yollarla bir etkenin verilmesiyle oluşan immün yanıtın adıdır ve bu işlemle enfeksiyon hastalıklarına karşı koruma hedeflenir (12,13). Böylelikle toplum sağlığının korunması dolaylı olarak da sağlık maliyetlerinin azaltılması amaçlanır (14). Bağışıklama hizmetleri; bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılایarak, aşı ile önlenabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmek amacı ile yürütölen önemli bir temel sağlık hizmetidir (15). Bağışıklama işlemi için; aşilar, toksoidler, immunglobulin preparatları ve antitoksinler gibi çeşitli araçlar kullanılabilir (16).

Aşılama zayıflatılmış virüs ya da bakterilerin ya da bunların antijenik parçalarının vücuda verilerek bağışıklık elde edilmesidir (17).

Aşilar, bireysel düzeyde kişileri hastalıklardan korumasının yanında toplumsal düzeyde de bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından önemlidir. Belli oranda risk grubunun aşılınması sayesinde bulaşıcı hastalık etkeninin toplumda dolaşması engellenecek, bağışık olmayan bireylerin de hastalık etkeni ile karşılaşma riski azalacaktır. Bu çalışmalar sonucunda bulaşıcı hastalık salgınlarının önüne geçilebilecek hatta hastalıkların eliminasyon ve eradikasyonu sağlanabilecektir (18)

Dünyada her yıl aşı ile önlenilecek hastalıklardan yaklaşık 2-3 milyon çocuğun ölümünün engellendiğı eğer küresel aşılama kapsamı arttırılırsa buna ek 1.5 milyon ölümün daha engellenebileceğı düşünölmektedir (19).

Aşı ile önlenilebilir hastalıkların ölkemizdeki durumunu veren en güncel veri 10 Aralık 2019 tarihindeki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan verilerdir. Bu veriler doğrultusunda 1980 yılından 2018 yılına kadar aşı ile önlenilebilir hastalıkların insidansını Tablo 1’de görmekteyiz (20). Hastalıkların insidanslarında belirgin azalma mevcuttur. Yalnızca kızamık ile ilgi aşılama oranı artmasına rağmen, 2013 yılında bir miktar artış görölse de ek aşılama ile bu oran tekrar düşürölmüştür (21).

Tablo 1: Aşı ile önlenebilir hastalıkların Türkiye’deki insidansı

	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2018
Difteri	869	235	142	38	12	-	1	-
Kızamık	106.124	47.708	116.537	106.951	69.347	6.241	8.437*	1.151
Kabakulak	Veri yok	Veri yok	Veri yok	Veri yok		67.698	5.022	1.749
Boğmaca	18.095	4.623	2.589	2.364	1.529	420	409	636
Çocuk Felci	797	159	80	83	-	-	-	-
Kızamıkçık	Veri yok	Veri yok	Veri yok	Veri yok	Veri yok	4.183	1.953	46
Neonatal tetanos	Veri yok	Veri yok	Veri yok	Veri yok	Veri yok	3	1	3
Total Tetanos	550	634	535	235	237	129	88	49

*: Bu yıllar arasındaki kızamık vakalarının 7405’ i 2013 yılında görülmüştür.

Ülkemizde ilk yoğun aşılama programı 1981 yılında 5 hastalığa karşı başlatılan genişletilmiş bağışıklama programıdır. Bu program 2005 yılında 7 hastalığa karşı, 2013 yılında 13 hastalığa karşı genişletilmiştir (21). Ülkemizde uygulanan güncel aşı takvimi şekil 1’ de gösterilmiştir. Bu takvimdeki aşıların tamamı ücretsiz olarak sunulmaktadır (22).

Şekil 1: Türkiye’de uygulanan güncel aşı takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ³	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği¹						I				
KKK						I			II	
Hep-A²							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

2.2. AŞILAR HAKKINDA GENEL BİLGİLER

İnsan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan virüs, bakteri vb. patojenlerin hastalık yapma karakterlerinden arındırılarak ya da bazı mikroorganizmaların salgıladığı toksinlerin etkilerinin ortadan kaldırılarak, geliştirilen biyolojik maddelere aşı denir (23).

Aşıya yanıtı T ve B hücrelerinin ortak çalışması sonucu oluşur ve genelde aşılamadan sonra yanıt 7-10 gün içinde gelişmeye başlar. Antijenin kimyasal ve fiziksel yapısının yanı sıra, aşılarda saklanması, transfer koşulları, konağın genetik faktörleri, beslenme, yaş, cinsiyet, stres, kişinin fiziksel durumu, immün yetmezlik varlığı ve enfeksiyon gibi bir çok faktör aşıya yanıtı etkiler (13,24).

Aşıların içinde antijenler dışında süspansiyon sıvıları (steril su, serum fizyolojik), stabilize edici, antibiyotikler ve koruyucu maddeler (Tiyomersal, neomisin, albümin, glisin) immünojeniteyi artıran adjuvanlar (alüminyum tuzları) ve aşının üretildiği ortama ilişkin maddeler (yumurta antijenleri, serum proteinleri, hücre kültürü artıkları) bulunur (25,13). Alüminyum tuzları aşı içeriğinde çok uzun süredir kullanılmaktadır ve immün cevabı kuvvetlendiren maddelerdir. DSÖ aşılarıdaki antijenin en azından %80'inin alüminyum ile adsorbe edilmiş olmasını gerekli kılmıştır. Tiyomersal organik bir civa bileşiğidir. Tek kullanımlık aşılarında tiyomersal eklenmesi gerekli değildir. Aşıların içerisindeki civa miktarı toksisite yapabilecek düzeyde değildir. Tiyomersal, neomisin, yumurta proteini gibi maddelere karşı alerjik reaksiyonlar gelişebilir (13).

2.2.1 AŞI TİPLERİ

Aşılar antijenin özelliğine göre kabaca canlı-atenüe, inaktive ve toksoid aşılar olarak gruplandırılabilir. Canlı-atenüe aşılarında bakteri veya virüslerin hastalık yapma özelliği kaldırılır fakat bağışıklık oluşturma ve vücutta çoğalma özelliği korunur. İnaktive aşılar ise virüs ya da bakterinin tamamı veya bir kısmı kullanılarak mikroorganizmaların çoğalma yetisinin kimyasal veya fiziksel çeşitli yollarla inaktive edilmesi yoluyla hazırlanır (26,27,28). Toksoid aşılarında hastalığın ana patojeni bakterinin toksini kullanılmaktadır. Ekzotoksin bakterilerin kültür filtratından elde edilmektedir (tetanoz ve difteri) (29).

Bu aşı tipleri dışında hala üzerinde çalışılan, yeni kullanılmaya başlanan aşılar da bulunmaktadır. Bunlar rekombinant vektör aşıları, sentetik peptid aşıları ve DNA aşılarıdır.

Rekombinant aşılar ile ilgili çalışmalar hala devam etmekte olup, aşı patojen mikroorganizmanın antijen kodlayan geninin, vektör görevi gören atenüe bir virüs ya da bakterinin genomuna yerleştirilmesi ile yapılır. Sentetik peptid aşısı ise antijen olarak işlev gören proteinin aminoasit dizilimi belirlenir ve bu protein laboratuvarında sentetik olarak sentezlenir. Bir diğer üzerinde çalışılan aşı tipi olan DNA aşılarında ise istenilen antijenik yapıyı kodlayan DNA parçası, uygun bir transkripsiyon başlatıcısı (promotor) ile bir bakteri plazmidine yerleştirilir. Konak hücreye verilen bu plazmid taşıdığı DNA sayesinde özgül proteinlerin konak hücrede eksprese edilmesini sağlar. Bu yöntemle HIV, HBV, HCV, kuduz vb. ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır(13,30). Aşı tipleri aşağıda tablo 2’ de özetlenmiştir.

2.2.2 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AŞININ KISA TARİHİ

Bağışıklama ile ilgili ilk düşünceler milattan önceye dayanır. Antik Yunanlı tarihçi Thukididis MÖ 429 yılında Atina’da çiçek hastalığı geçiren kişilerin tekrar aynı hastalığa yakalanmadıklarını gözlemlediğini yazmaktadır; ancak bir aşı ya da benzeri uygulamadan bahsetmemektedir. Aşı kullanımına dair ilk yazılı kayıtlar Çinlilerin 15. Yüzyılda varyolasyon denen bir teknikle çiçek aşısı kullandıklarına dairdir (31,32). Varyolasyon, yani sağlıklı kişileri çiçek hastalarından alınan çiçek virüsü ile enfekte etme yöntemi o yıllarda sık kullanılıyordu. Ancak çiçek virüsü kullanıldığından alıcıda ciddi hastalık, çiçeği yayma ve ölüm gibi sonuçlara yol açıyordu (33). Çiçek aşısı eskiden beri Türkler arasında da uygulanan bir aşı olma özelliğine sahiptir, aşının Avrupa’ ya geçişi ise 1717’de İstanbul’daki bir İngiliz sefiresi olan Lady Mary Wortley Montague’ un arkadaşına yazdığı mektuplarda yaşlı kadınların çiçek hastalığı geçiren kişilerin lezyonlarından aldıkları materyali fındık kabuğunda kuruttukları ve başkalarını aşılama kullandıklarını belirtmesi ve Lady Mary Wortley Montagu olayı İstanbul’ da gözlemledikten sonra oğlunu ve kızını İngiliz hekimlerinin önünde bu şekilde aşılatmasıyla sağlanmıştır (34).

İlk sistematik bağışıklamayı ve immünolojiyi başlatan kişi 1796 yılında Edward Jenner olmuştur. Jenner, çiçek hastalığı ile ilgili yaptığı çalışmalarda vaksınasyon metodunu geliştirmiştir. Bu metot ile çiçek hastalığına maruz kalmış bir kişinin olgunlaşmamış püstüllerinden alınan madde bağışık olmayan bir kişinin kol veya bacaklarından açılan yara ile deri altına verilmiş ve o kişinin çiçek hastalığına karşı korunmasını sağlanmıştır (35)

Sonraki yıllarda bulaşıcı hastalıkların insan vücuduna giren mikroplar tarafından gerçekleştiğinin ortaya konması bir sürü uygulamanın bilimsel temelini oluşturdu. Pastör şarbon kültürlerine zayıf asit dökerek veya yüksek ısıda 8 gün ısıtarak hayvanlar için şarbon aşısını oluşturdu. Böylece virülansı düşürülmüş mikroplarla aşılamanın mümkün olduğunun görülmesi ilgileri bu alana yöneltti (36). Daha sonra difteri, tetanos (Td), verem aşıları geliştirilmiş, 1950'li yıllarda ise viral aşılar geliştirilmeye başlanmıştır. Önce ölü polio aşısı, sonra canlı polio aşısı geliştirilmiştir (37,38). Tablo 2' de aşılarda kronolojik gelişimi ve tipleri gösterilmiştir (31,39)



Tablo 2: Aşı tipleri ve kronolojik sıralamaları

Tarih	Canlı, atenüe	Ölü, tüm hücre	Pürifiye protein ya da Polisakkaridler	Genetik Mühendislik
18.yy	• Çiçek, 1798			
19.yy	• Kuduz, 1885	• Tifo, 1896 • Kolera, 1896 • Veba, 1897		
20.yy ilk yarı	• BCG, 1927 • Sarı humma, 1935	• Boğmaca, 1926 • İnfluenza, 1936 • Riketsiya, 1938	• Difteri toksoid, 1923 • Tetanoz Toksoid, 1926	
20.yy ikinci yarı	• Polio oral, 1963 • Kızamık, 1963 • Kabakulak, 1967 • Kızamıkçık, 1969 • Adenovirus, 1980 • Salmonella tifi, 1989 • Varisella, 1995 • Rotavirus reassortant, 1999 • Kolera atenue, 1994 • Soğuşa adapte İnfluenza, 1999	• Polio IM, 1955 • Kuduz (hücre kültürü) 1980 • Tik-born ensefaliti, 1981 • Japon Ensefaliti, 1992 • Hepatit A, 1996 • Kolera (WC-rBS), 1991 • Konjuge Meningekok (C Grubu), 1999	• Antraks sekrete proteinler, 1970 • Polisakkarid Meningokok, 1974 • Polisakkarid Pnömonok, 1977 • Polisakkarid H.İnfluenza Tip B, 1985 • Konjuge H.İnfluenza Tip B, 1987 • Polisakkarid Tifo (Vi), 1994 • Asellüler Boğmaca, 1996 • Hepatit B (plazmadan derive), 1981	• Hep Bs Ag rekombinant, 1986 • Lyme Osp A, 1998 • Kolera (rekombinant toksin B), 1933
21.yy	• Rotavirüs (atenüe ve yeni reassortans), 2006 • Zoster, 2006	• Japon Ensefaliti (vero cell), 2009 • Kolera (sadece WC), 2009	• Konjuge Pnömonok (23 valanlı), 2000 • Konjuge meningokok (4 valanlı), 2005 • Konjuge pnömonok (13 valanlı), 2010	• HPV rekombinant (4 valanlı), 2006 • HPV rekombinant (2 valanlı), 2009 • Meningokok Grup B proteinleri, 2013 • HPV rekombinant (9 valanlı), 2014 • Meningokok grup B proteinleri, 2013 • HPV rekombinant (9 valanlı), 2014

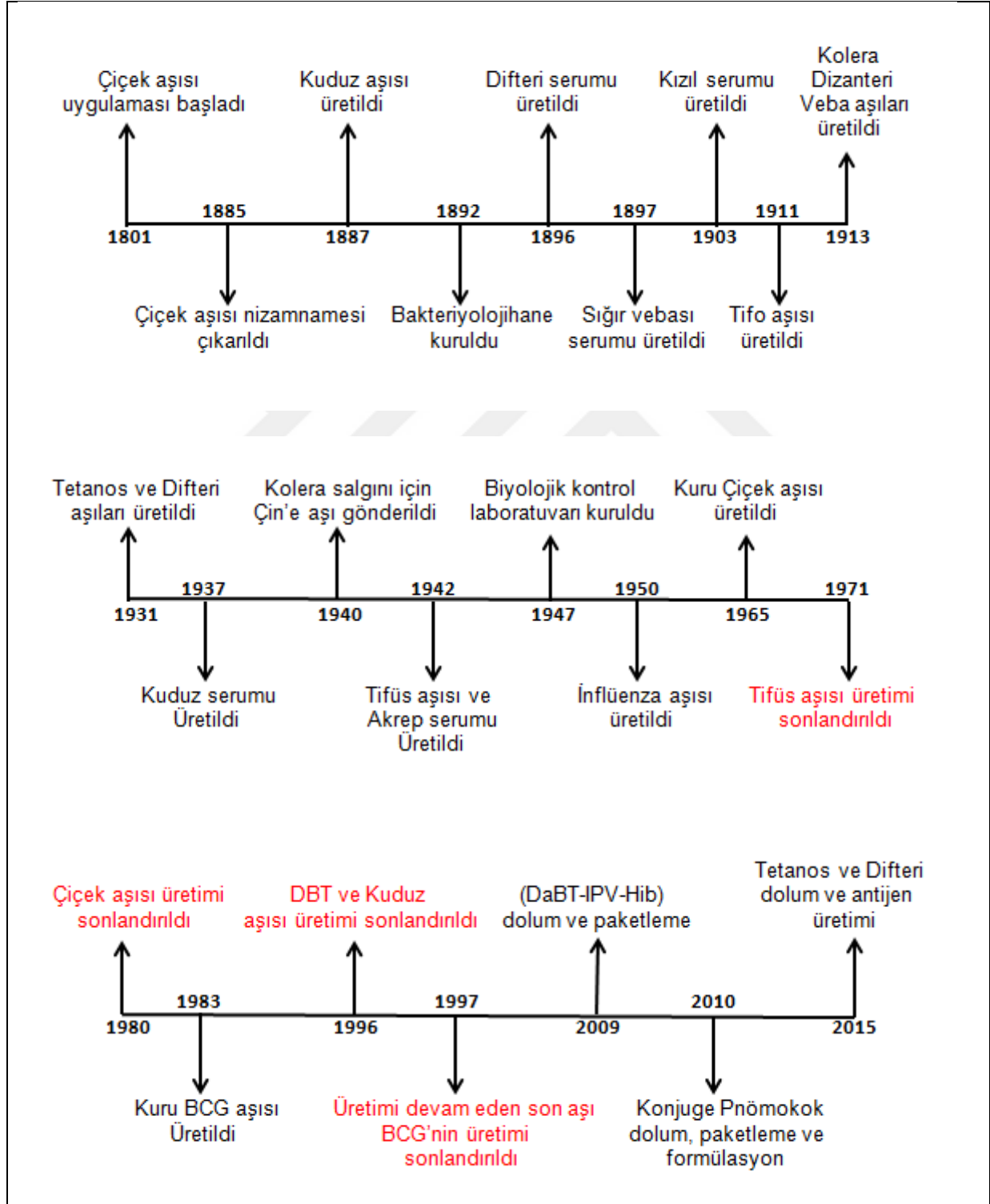
Aynı dönemde Osmanlı Devleti de batıdaki tıp merkezlerinde ortaya çıkan bu gelişmelerden uzak kalmamıştır. 1886 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane' den dahiliye kliniği şefi Mirliva Alexander Zoeros, Dr. Hüseyin Remzi ve Veteriner Hüseyin Hüsnü Bey' in yer aldığı ekip Louis Pasteur'un ve Robert Koch' un yanına eğitime gönderilmiştir (40).

Osmanlı'da 1801 yılında Jenner metoduna göre çiçek aşısı uygulaması başlanmıştır. Dünyada ilk defa 1885 yılında çiçek aşısı uygulanması için Osmanlı'da Çiçek Aşısı Nizamnamesi çıkarılmıştır. Türkiye'de etkin ve sürekli aşı uygulamaları 1930 yılında çiçek aşısı uygulamasını zorunlu kılan yasa ile başlamıştır (23,41).

Türkiye yurtdışındaki aşı gelişmelerini yakından takip etmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hıfzısıhha Müessesesi 1928 yılında kurulmuştur. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarından itibaren aşı üretimi başlamış ve birçok ülkenin ihtiyacını karşılamıştır (41). Tifüs aşısı Dr. Reşat Rıza Kor tarafından bulunmuş, Kafkas Cephesinde savaşılan askerlere Erzurum'da Dr. Refik Sağlam tarafından uygulanmıştır (39). 1937'de kuduz serumu üretilmeye başlanmıştır. 1940'ta Çin'deki kolera salgını için Çin'e kolera aşısı gönderilmiştir. Tifüs aşısı ve akrep serumu üretimi 1942'de başlamıştır. 1947'de Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve BCG aşısı üretimine geçilmiştir. 1948'de boğmaca aşısı üretimi başlamıştır. 1950'de İnfluenza laboratuvarı DSÖ tarafından Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi olarak tanınmış ve influenza aşısı üretimine geçilmiştir. 1951 yılında ülkemizde tifo, dizanteri, kolera, veba, meningokok, stafilokok, boğmaca, brucella, influenza, BCG (ağız ve deri içi olmak üzere), difteri, Td, kızıl, alüminyum presipiteli karma aşılar, tifüs, kuduz, çiçek, grip aşıları olmak üzere 17 farklı tip aşı üretilmekte ve ithal edilmekteydi (42). 1965'te ilk kez kuru çiçek aşısı üretimi yapılmış; 1976'da kuru BCG aşısının deneysel üretimi başlamış; 1983'te kuru BCG aşısı üretimine geçilmiştir (23,42).

Ancak eski teknolojinin yenilenememesi ve üretimin ekonomik olmaktan çıkması sebebiyle süreç içerisinde aşı üretimi azalmıştır. 1998 yılında BCG aşısının üretimine de son verilmesiyle aşı üretimine devam edilmemiştir. Dünyada Çin, Pakistan, Kore, Küba, Bulgaristan, Macaristan dahil pek çok ülke kendi aşısını üretirken Türkiye aşı ithal eden ülkeler arasındadır (43). Şekil 2' de Türkiye' deki aşı hakkındaki gelişmelerin kronolojik sıralaması verilmiştir.

Şekil 2: Türkiye’ deki aşlar hakkındaki gelişmelerin kronolojik sıralaması



Son yıllarda ülkemizde aşı üretiminin teşvik edilmesiyle birlikte; 2009 yılında beşli karma, 2011 yılında dördü karma aşının ülkemizde etiketlenmesi, paketlenmesi ve enjektöre dolum işlemine başlanmıştır(41,23). 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısının formülasyon, enjektöre dolum, etiketleme ve paketleme aşamaları Türkiye’de gerçekleştirilmektedir. Erişkin tip Td aşısının 2013 yılında Türkiye’de dolumuna başlanmıştır. Aşı için antijen üretimini de kapsayan 7 yıllık alım yapılmış ve yüklenici firma tarafından aşı üretim tesisi kurulmuştur. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TUSEB) bünyesinde Yerli Aşı Üretimi Çalışma Grubu kurulmuştur. TUSEB, Sağlık Bakanlığı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi işbirliğinde yerli bakteriyel aşı üretimine yönelik çalışma başlatılmıştır (44). Amaç yeniden kendi aşılarımızı üretmek yönünde belirlenmiştir.

2.2.3 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AŞI REDDİ

Aşılar toplumun tamamını ilgilendiren bulaşıcı hastalıkların neden olabileceği morbidite ve mortalitenin azaltılmasını büyük ölçüde sağlamışlardır. Fakat her tıbbi uygulamada olduğu gibi aşılamada da nadiren de olsa ortaya çıkan yan etki ve olumsuz sonuçlar faydasından daha fazla gündeme getirilmiş, birçok hastalık aşı ile ilişkilendirilmiş, aşılamamanın ahlakı, etiği, etkinliği, güvenliği ve gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır.

Geriye dönüp baktığımızda aşı reddinin temelleri 1800’ lü yıllara dayanır. 1853’te İngiltere’de ortaya çıkan çiçek salgınında devlet halka o zamanın şartları gereği kapsamlı bir bilgilendirme yapmadan zorunlu aşı yaptırmış ve aşı yaptırmayı reddedenlere hapis cezaları da dahil ağır cezalar uygulamıştır. Yapılan bu uygulamalar kişiler tarafından büyük tepki ile karşılanmış zoraki dayatma doğası gereği reddi doğurmuştur (21). O dönemdeki retlerin en büyük sebebi hastalıkların yaratıcı tarafından verilen cezalar olduğu bunları tedavi etmeye çalışmanın yaratıcıya karşı gelmek olduğu yönündeydi (45) 1885 Yılında İngiltere’de yüzbin kişiden oluşan kitle aşıları protesto için gösteri yapmışlardır. Geniş katılımlı bu eylemden sonra İngiliz hükümeti çiçek aşısı için aşılama programının devam etmesine ancak aşılamayı reddedenlere uygulanan cezaların kaldırılmasına karar vererek, vicdani reddin temellerini atmıştır (46).

1907 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde ilk Anti-Aşı Konferansı düzenlenmiş, 1908’de Philadelphia’ da Amerikan Anti-Aşı Derneği kurulmuştur. Aynı yıllarda Brezilya’da aşılar karşı direniş hareketi başlamıştır (45).

Gelişen çağ ve bilgi ile birlikte bilinçlenmenin artması ve devlet politikaları sayesinde aşı karşıtlığı direnci kırılmış ancak son 20 yılda aşı karşıtlığı ile ilgili söylemlerin sayısında yeniden bir yükseliş izlenmiştir. Bu nedenle DSÖ 2012 Mart ayında ‘‘Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu (Vaccine Hesitancy Working Group)’’ nu oluşturmuştur (47).

DSÖ, aşılamayı engelleyen faktörleri üç ana başlık altında toplamıştır. Tablo 3’ de alt başlıkları ile özetlenen bu üç ana başlık; bağlamsal nedenler, birey ve grup etkileri, aşı ve aşılamaya dair etkilerdir (47). Aşı reddinin önüne geçmek için bu nedenler iyi anlaşılmalı ve üretilecek çözüm multifaktöriyel bir yaklaşımla birden fazla aşı reddine neden olan faktörü ortadan kaldırmalıdır.

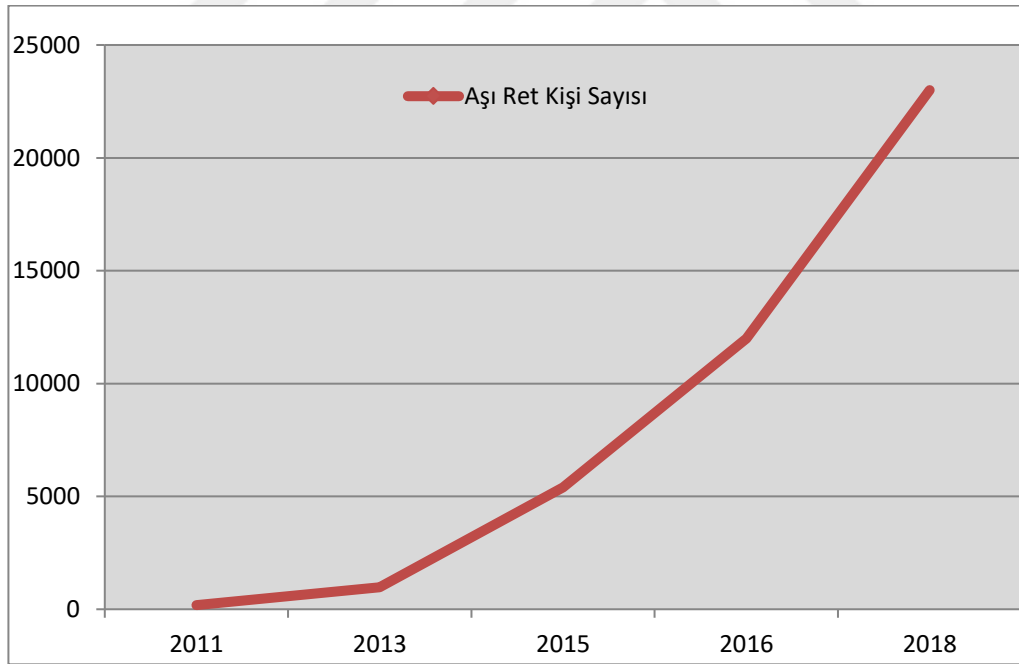
Tablo 3: Aşı reddini etkileyen faktörler

AŞI REDDİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER		
Bağlamsal Etkiler	Birey ve Grup Etkileri	Aşı ve Aşılamaya Ait Etkiler
1. İletişim ve Medya Araçları 2. Toplum Üzerinde Etkili Kişiler ve Aşı Karşıtı ya da Destekleyicisi Lobiler 3. Tarihi Etkiler 4. Sosyo-Demografik Özellikler 5. Politikalar/Yasalar 6. Coğrafi Engeller 7. İlaç Endüstrisi	1. Geçmiş Aşı Uygulamaları Tecrübeleri 2. Sağlık ve Önleyici Uygulamalara İlişkin İnanç ve Yaklaşımlar 3. Bilgi/Farkındalık 4. Sağlık Sistemi ve Sağlayıcılara Güven, Kişisel Deneyimler 5. Risk/Yarar 6. Sosyal Normlar	1. Riskler/Yararları (Bilimsel Kanıtlara Dayalı) 2. Yeni aşı veya Yeni Formülasyonların Tanıtımı 3. Uygulama Şekli 4. Aşı Programlarının Düzenlenmesi/Ulaştırma Şekli 5. Aşı Kaynaklarına Ulaşım 6. Aşılama Takvimi 7. Maliyet 8. Sağlık Çalışanlarının Rolü

Dünyada bu gelişmeler yaşanırken ülkemizde de paralel olarak aşı karşıtlığı boy göstermeye başlamış ve özellikle son 10 yılda aşı karşıtlığı istenmeyen seviyelere yükselmiştir. İnternetin özellikle de sosyal medyanın yaygın kullanımı ile olumlu ya da olumsuz görüşlerin hızla yayıldığı bir dönemde maalesef aşı karşıtlığı ile ilgili görüşler de hızla yayılmıştır. Doğruluğu yeterince irdelenmeden paylaşılan her bilgi aşı ile ilgili tereddütü olan kişilerin kafasındaki şüpheleri artırmış ve sürecin aşı reddine sürüklenmesinde büyük rol oynamıştır.

Önceleri çok az sayıda olan aşı reddi vakaları, 2015 yılında “aşı uygulaması için ebeveynlerden onam alınması” ile ilgili bir davanın kazanılması ve aşı karşıtı söylemlerin sık sık medyada yer alması ile hızla artış göstermiştir. Çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ailelerin sayısı; 2011’de 183’ken, 2013’te 980, 2015’te 5 bin 400, 2016’da 12 bin düzeyine yükselmiş, aşı reddi ile ilgili vaka sayısı 2018 yılı itibari ile 23 bin düzeyine ulaşmıştır (10).

Şekil 3: Türkiye’de yıllara göre aşı ret artış sayıları



2.3.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Kişilerin sağlıkla ilgili doğru kararlar verebilmeleri için gerekli olan temel sağlık bilgisini edinmeleri ve bu bilgileri anlama kapasitelerine sahip olma dereceleri sağlık okuryazarlığı (SOY) olarak tanımlanabilir (48).

DSÖ tarafından SOY “kişilerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gereken bilgiyi kullanma; bilişsel, sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme yetisi” olarak tanımlanmıştır (49).

SOY fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel olmak üzere üç sınıfta değerlendirilmektedir. Fonksiyonel SOY; kişilerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma becerilerini yansıtır. İletişimsel SOY; sağlık personeli ile iletişim kurabilme konusunda gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri, kişisel ve sosyal yetileri sayesinde sağlık aktivitelerine katılma ve sağlık bilgilerini uygulamayı kapsar. Eleştirel SOY; mevcut sağlık risklerini ve sağlık sorunlarını tanımlayıp analiz etme, çözüm için politika geliştirme süreçlerine katılma, medyada çıkan sağlık haberleri analizini ve yorumlama becerilerini içerir (50).

2.3.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel düzeyde sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak SOY düzeyinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aktarılamaması SOY’ un önemini artırmıştır (51).

Yeterli düzeye erişmiş bir SOY, sağlığın kalitesini, sağlıklı geçirilen yaşam yılını ve en önemlisi kaliteli sağlık hizmetini artırır (52)

2.3.2. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Bireylerin sağlık hizmetinden kaliteli bir şekilde yararlanabilmesi için şikâyetlerini, hastalık belirtilerini uygun bir şekilde anlatması gerekmektedir. Hastadan beklenen, verilen tedavi içeriğini ve tıbbi tavsiyeleri anlayarak bu bilgileri doğru bir şekilde kullanmasıdır (53). SOY düzeyinin düşük olduğu kişilerin, hastalık belirtilerini anlatma, tıbbi talimatları anlama,

sağlık hizmetlerine erişim, bilgiyi değerlendirme gibi sağlıkla ilgili önem arz eden durumlarda zorlandığı gösterilmiştir (54).

SOY oranı ile sağlık yönetimleri arasındaki bağlantıya bakılacak olursa, düşük SOY düzeyi olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığını, kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (55,56,57).

2.4.STRES DÜZEYİNİN SAĞLIKLA İLİŞKİSİ

Çağımızda yaşam koşullarındaki gelişmeler ve değişiklikler maalesef stresi hayatımızın bir parçası haline getirmiştir. Stres kişinin normal işlevlerini olumsuz yönde etkilemekle kalmayıp, uzun süre maruz kalındığında farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına da yol açmakta hatta insanın işlevde bulunmasını ve hayat kalitesini de olumsuz etkilemektedir (58).

Stresle ilgili bilimsel çalışmalar stresin ruh sağlığı ile de güçlü bir ilişkisinin olduğunu göstermektedir (59). Kişilerin duygu durumlarının yoğun stres ile birlikte depresif yöne kaydığı gösterilmiştir (60). Bu depresif duygu durumun kişinin sağlığıyla ilgili karamsar ve kuşkucu olma olasılığı artıracakını düşünürsek ne yazık ki stres sadece o anki sağlık durumunu değil vereceği kararlar nedeniyle gelecekteki sağlık durumunu da etkilemektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Ocak 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Bağlaraltı Eğitim ASM’ ye kayıtlı, Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programı çerçevesinde uygulanan aşılarından ilk 24 aylık aşı takviminde yer alan bir veya daha fazla aşığı reddeden ailelerin tamamı dahil edilerek yapıldı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulu, 13.11.2019 tarihli 2011-KAEK-25 2019/11-17 sayılı kararı ve izni ile “Bağlaraltı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Aşı Reddi ve İlişkili Faktörler” adlı uzmanlık tezi çalışması onaylanmıştır.

Çalışma Bağlaraltı Eğitim ASM’ye kayıtlı nüfusta ilk 24 aylık aşı takviminde en az bir aşığı reddetmiş çocuğu olan 44 aile ve herhangi bir aşı reddi olmayan kontrol grubu olarak planlanmış gönüllülük esasına dayalı olarak aşı retli çocuktan büyük ve doğum tarihi en yakın olan bir sonraki çocuğun ailesini alacak şekilde 44 ailenin katılımı ile yapıldı.

Katılımcılar için araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Bağlaraltı ASM’ ye kayıtlı olmak
- Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programı kapsamında bulunan aşılarından en az birisini reddetmiş olmak
- Aşı yaptırılmasına her hangi bir tıbbi engeli olmamak
- Çalışmaya katılmış olmayı kabul etmek

olarak belirlendi. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bir aile ve tıbbi nedenlerle aşı yaptırılmayan bir aile çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmamız kesitsel çalışma niteliğindedir. Çalışmada yüz yüze anket tekniği kullanılmış, anket öncesinde hastalara bilgi verilmiş ve onam alınmıştır. Ayrıca hastaların sağlık kayıtları incelenmiş birinci basamak ve hastane başvuru sayıları ve kullandıkları antibiyotik sayıları tespit edilmiştir. Tüm bu süreçte hasta gizliliğine özen gösterilmiştir.

Araştırmada hastalara sosyodemografik veri formu, HLS-EU Kısa Form Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Stres Termometresi ve hastanın geçmiş tıbbi kararlarını ve aşı ret nedenini sorgulayan kısa soruların yer aldığı bir form kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu (EK-1): Hastanın ve ebeveynin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanım durumu sorgulanmıştır. Tüm bu bilgiler çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuğun hem annesine hem de babasına yöneltilmiştir. Form üzerinde hasta adı soyadına yer verilmeyerek hasta mahremiyetine azami özen gösterilmiştir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu (HLS-EU Q16) (EK-2): Bu ölçek 2009-2012 yılları arasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması kapsamında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. SOY düzeyini tespit etmek için Türkiye’de geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2018 yılında Emiral ve arkadaşları (ark.) tarafından yapılan içerisinde katılımcıların “çok zor, zor, kolay, çok kolay ve bilmiyorum” olarak cevap verebileceği 16 sorudan oluşur. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. Çalışmamızda katılımcılara tek tek sorular okunarak kendileri için uygun olan kutucuğu seçmeleri söylendi. Testin puanlamasında çok zor 1 puan, zor 2 puan, kolay 3 puan, çok kolay 4 puan ve bilmiyorum yanıtı 0 olarak girildi. 3 ve üzerinde bilmiyorum seçeneğini işaretleyen katılımcılar değerlendirme dışı bırakıldı. Ölçekten elde edilen toplam puanın hesaplanmasında standardize edilmiş indeks puan kullanıldı. İndeks puan hesaplanırken aşağıdaki formül kullanıldı.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama} - 1) \times (50/3)$$

Bu formül ile elde edilen indeks puan 0-50 arasında değişmektedir. Elde edilen indeks değerlere göre SOY dört kategoriye ayrılmıştır:

- (0-25) puan yetersiz
- (>25-33) sorunlu SOY
- (>33-42) yeterli SOY
- (>42-50) mükemmel SOY

Stres Termometresi (EK-3): Roth ve ark. tarafından geliştirilen Türkiye’de geçerlilik-güvenirlilik çalışması Özalp ve ark. tarafından yapılan Stres Termometresinin kesme puanı 4’ tür. Dört ve üzerindeki puanlar kişilerin sıkıntı düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Ölçekte;

- günlük yaşam sorunları
- aile sorunları
- duygusal problemler
- inançla ilgili sorunlar
- bedensel sorunlar

olmak üzere 5 ana başlık ve her ana başlığın altında kırılımları mevcuttur. Ölçeğimizi katılımcılara verirken öncelikle stres puanlarını termometrede işaretlemelerini sonrasında stres nedeni olarak gördüğü maddeleri işaretlemesini istedik. Sonrasında ölçeği değerlendirirken total stres puanı yanında işaretledikleri maddelerin tek tek istatistiki yüzdelerini çıkardık.

Kısa Sorular Formu (EK-4): Aşı reddi sürecindeki gözlemlerimiz doğrultusunda ebeveyn tutumunun aşı reddi kararında ilişkili olabileceğini düşündüğümüz durumların ve aşı reddine hangi gerekçeyle karar verildiğini sorguladığımız içinde beş adet sorunun yer aldığı kısa form kullanılmıştır. Bu form aşı reddi olan kişilerin gebeliklerinde Td ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) yaptırma durumlarını, aşı ret nedeninin sorgulandığı hastanın kendisi için uygun olan maddeleri seçebileceği ve tüm aşıları mı yoksa belirli aşıları mı karşı olduğunu varsa diğer çocukları onların aşı durumunun ne olduğunu sorgular sorular içermektedir.

3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk göstermesi durumunda sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, uygunluk göstermemesi durumunda ise medyan (minimum: maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n(%) ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Pearson ki-kare, Fisher’in kesin ki-kare testi ya da Fisher Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında

yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi ve Student's T testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermemesi durumunda ortanca, IQR, min, maks ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir



4.BULGULAR

Çalışmamız Bağlaraltı ASM' ye kesin kayıtlı 44 aşı retli çocuğu olan ebeveyn ve 44 aşı reddi olmayan ebeveyn katılımı ile yapılmıştır.

Katılımcıların yaş dağılımı; aşı reddi olan grupta $31,73 \pm 5,65$ (min: 23 max:45), aşı reddi olmayan grupta $31,45 \pm 5,05$ (min:22 max:43)' tür. Cinsiyet dağılımında aşı retli grubun %72,7' si kadın (n=32), %27,3' ü erkek (n=12); aşı reddi olmayan grupta %81,8 kadın (n=36), %18,2 erkek (n=8)' tir. (Tablo 4)

Katılımcıların gelir durumuna baktığımız da aşı reddi olan grubun %68,2 ' si (n=30) orta gelir, %31,8' i (n=14) iyi gelir düzeyine sahiptir. Aşı reddi olmayan grubun gelir dağılımı ise %9,1' i (n=4) kötü, %63,6'sı (n=28) orta, %27,3' ü (n=12) iyi gelir düzeyine sahiptir. (Tablo 4)

Katılımcıların medeni durumunda ise aşı retli grubun tamamının evli olduğu, retsiz grubun ise %97,7' sinin (n=43) evli olduğu %2,3' ünün (n=1) eşinden ayrılmış olduğu görülmüştür. (Tablo 4)

Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik verilerinin aşı reddi ile ilişkisi-1

	Aşı Reddi Var (n=44)	Aşı Reddi Yok (n=44)	p değeri
Yaş	31,73 (min:23-max:45)	31,45 (min:22-max:43)	0,917*
Cinsiyet	Kadın: %72,7 (n=32) Erkek: %27,3 (n=12)	Kadın: %81,8 (n=36) Erkek: %18,2 (n=8)	0,309 ⁺
Gelir	Kötü: %0 (n=0) Orta: %68,2 (n=30) İyi: %31,8 (n=14)	Kötü: %9,1 (n=4) Orta: %63,6 (n=28) İyi: %27,3 (n=12)	0,179 [^]
Medeni Durum	Evli: %100 (n=44) Boşanmış: %0 (n=0)	Evli: %97,7 (n=43) Boşanmış: %2,3 (n=1)	0,494 [^]

*Mann Whitney U testi, ⁺Ki-kare analizi, [^] Fisher-Freeman-Halton testi

Çalışmaya katılan her iki grubun eğitim durumu hem anne hem baba için ayrı ayrı sorgulanmıştır. Eğitim durumu dağılımı aşı retli grupta annelerin %59,1' inin (n=26) lise ve üstü okul, %34,1' inin (n=15) ortaokuldan, %6,8' inin (n=3) ilkokul mezunu olduğu aynı grupta babaların %88,6' sının (n=39) lise ve üstü okul, %9,1' i (n=4) ortaokul, %2,3' ü (n=1) ilkokul mezunu olarak saptanmıştır. Aynı yüzdelere aşı retsiz anne ve babalar için baktığımızda annelerin %63,6 sının (n=28) lise ve üstü okul, %25'inin (n=11) ortaokul, %9,1' inin (n=4) ilkokul, %2,3' ünün (n=1) okuryazar olmadığı aynı grupta babaların %68,1' inin (n=28) lise ve üstü okul, %22,7' sinin (n=10) ortaokul, %9,1' inin ilkokul olmadığı izlenmiştir. Eğitim düzeyinin tamamı incelendiğinde aşı retli grupta her iki ebeveynin de üniversite düzeyinde eğitimde aşı retsizlere oranla daha iyi durumda olduğu izlenmiştir. (Tablo 5)

Katılımcıların meslekleri de yine hem anne hem baba için ayrı ayrı incelendiğinde aşı retli grupta annelerin %75' inin (n=33) çalışmadığı, %11,4' ünün (n=5) memur olduğu, %13,6' sının (n=6) diğer mesleklerde çalıştığı aynı grupta babaların %36,4' ünün (n=16) memur, %38,6' sının (n=17) işçi, %25' inin (n=11) diğer meslek gruplarında çalıştığı gözlenmiştir. Aşı reddi olmayan grubun annelerinin ise %77,3' ünün (n=34) çalışmadığı, %4,5' inin (n=2) memur, %4,5' inin (n=2) işçi, %13,6' sının (n=6) diğer mesleklerde çalıştığı, babaların ise %59,1' inin (n=26) işçi, %13,6' sının (n=6) memur, %27,3' ünün (n=12) diğer meslek gruplarında çalıştığı gözlenmiştir. (Tablo 5)

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik verilerinin aşı reddi ile ilişkisi-2

	Aşı Reddi Var ((n=44)	Aşı Reddi Yok (n=44)	p değeri
Eğitim Anne			
Okuryazar Değil	%0 (n=0)	%2,3 (n=1)	0,167^
İlkokul	%6,8 (n=3)	%9,1 (n=4)	
Ortaokul	%34,1 (n=15)	%25 (n=11)	
Lise	%13,6 (n=6)	%31,8 (n=14)	
Üniversite	%45,5 (n=20)	%31,8 (n=14)	
Eğitim Baba			
Okuryazar Değil	%0 (n=0)	%0 (n=0)	0,053^
İlkokul	%2,3 (n=1)	%9,1 (n=4)	
Ortaokul	%9,1 (n=4)	%22,7 (n=10)	
Lise	%34,1(n=15)	%38,6 (n=17)	
Üniversite	%54,5 (n=24)	%29,5 (n=13)	
Meslek Anne			
Memur	%11,4 (n=5)	%4,5 (n=2)	0,436^
İşçi	%0 (n=0)	%4,5 (n=2)	
Diğer	%13,6 (n=6)	%13,6 (n=6)	
Çalışmıyor	%75 (n=33)	%77,3 (n=34)	
Meslek Baba			
Memur	%36,4 (n=16)	%13,6 (n=6)	0,390+
İşçi	%38,6 (n=17)	%59,1 (n=26)	
Diğer	%25 (n11=)	%27,3 (n=12)	
Çalışmıyor	%0 (n=0)	%0 (n=0)	

*Mann Whitney U testi, *Ki-kare analizi, ^ Fisher-Freeman-Halton testi

Çalışmaya katılan katılımcıların kronik hastalarının çalışmaya alınan çocukların da kronik hastalıkları sorgulandı her iki grubunda kronik hastalık yüzdesinin düşük olduğu izlendi. Aşı yaptırmayan grubun babalarında kronik hastalık izlenmezken, annelerinde %2,3 (n=1) ve çocuklarında %9,1 (n=4) oranında izlendi. Aşıların yaptıran grubun babalarında da aynı şekilde kronik hastalık izlenmezken, annelerinde %2,3 (n=1) ve çocuklarında %22,7 (n=10) oranında izlendi. (Tablo 6)

Katılımcıların sigara ve alkol içme oranlarında anlamlı bir fark izlenmedi. Her iki grubun annelerinin hiç alkol almadığı, aşı redli babaların gene aynı şekilde hiç alkol almadığı aşı reddi olmayan babaların ise %6,8 (n=3) oranında ara sıra alkol aldığı izlendi. Aşı redli olan grupta annelerin %11,4' ünün (n=5) sigara içtiği, %2,3' ünün bir dönem içtikten sonra bıraktığı, babaların %29,5'inin (n=13) aktif sigara kullandığı %4,5'inin (n=2) bir dönem sigara kullanıp şu an bıraktıkları saptanmıştır. Aşı reddi olmayan grupta ise annelerin %18,2' sinin (n=8) aktif sigara içtiği, %2,3' ünün (n=1) sigarayı bıraktıkları, babaların ise %50' sinin (n=22) aktif sigara içtiği, %6,8' inin (n=3) sigarayı bıraktıkları saptanmıştır. (Tablo 6)

Tablo 6: Katılımcıların kronik hastalık ve sigara-alkol kullanma durumunun aşı reddi ile ilişkisi

	Aşı Reddi Var (n=44)	Aşı Reddi Yok (n=44)	p değeri
Kronik Hastalık			
Anne	%2,3 (n=1)	%2,3 (n=1)	
Baba	%0	%0	
Çocuk	%9,1 (n=4)	%22,7 (n=10)	0,080 ⁺
Sigara			
Anne			
Kullanıyor	%11,4 (n=5)	%18,2 (n=8)	0,772 [^]
Bırakmış	%2,3 (n=1)	%2,3 (n=1)	
Baba			
Kullanıyor	%29,5 (n=13)	%50 (n=22)	0,122 [^]
Bırakmış	%4,5 (n=2)	%6,8 (n=3)	
Alkol			
Anne			
Sürekli kullanıyor	%0	%0	
Ara sıra kullanıyor	%0	%0	
İçmiyor	%100 (n=44)	%100 (n=44)	
Baba			
Sürekli kullanıyor	%0	%0	
Ara sıra kullanıyor	%0	%6,8 (n=3)	0,241 [^]
İçmiyor	%100 (n=44)	%93,2 (n=41)	

⁺Ki-kare analizi, [^]Fisher-Freeman-Halton testi

Çalışmaya katılan kişilerin stres düzeyleri stres termometresi ile ölçülmüş kesim noktası 4 alınmıştır. Aşı reddi olmayan grubun %79,54' ünün (n=35), aşı retli grubun %61,36' sının (n=27) kesim noktası ve üzerinde olduğu saptanmıştır. (Tablo 7)

Aşı reddi olmayan grubun toplam stres puan ortanca değeri 6 (min:0 – max:10), aşı reddi olan grubun ise 5 (min:0 – max:9) olarak gözlenmiştir. (Tablo 7)

Aşı reddi olmayan grubun duygusal (p=0,002) ve bedensel problemlerinin (p=0,009) stresleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu izlenmiştir. (tablo 7)

Tablo 7: Katılımcıların stres ve problem listesi kısa tarama ölçeği puanları

	Aşı reddi								
	Yok				Var				
	Ortanca	IQR	Min.	Max.	Ortanca	IQR	Min.	Max.	
Stres puanı	6.00	3.50	0.00	10.00	5.00	3.50	0.00	9.00	0,055
Günlük yaşam sorunları	1.00	1.00	0.00	5.00	1.00	0.00	0.00	2.00	0,115
Aile sorunları	0.00	1.00	0.00	2.00	0.00	1.00	0.00	2.00	0,665
Duygusal problemler	1.00	1.50	0.00	4.00	0.00	0.50	0.00	1.00	0,002
İnançla ilgili sorunlar	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9.00	0.00	0.00	-
Bedensel sorunlar	1.00	2.00	0.00	8.00	0.00	1.00	0.00	2.00	0,009

*Mann Whitney U testi

Aşı reddi olan ve olmayan grup stres ölçeğinin alt kırılımları yönünden incelendiğinde; aşı reddi olmayan grubun %11,36' sı (n=5) barınma, %15,91'i (n=7) iş/okul, %56,82' sı (n=25) çocuk bakımı gibi günlük sorunlarının stres düzeylerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Aşı reddi olan grubun ise barınma ile ilgili bir stresi bulunmayıp %31,82' si (n=14) iş/okul, %65,91'i (n=29) çocuk bakımının kendilerini streslendirdiğini ifade etmişlerdir. (Tablo 8)

Aşı reddi olan ve olmayan grubun duygusal problemleri yönünden detaylı değerlendirmesinde aşı reddi olmayan grubun %31,82' si (n=14) endişe, %25' i (n=11) üzüntü, %11,36' sı (n=5) depresyon; %29,55' i (n=13) sinirlilik olarak duygusal durumlarını tariflemişlerdir. Aynı oranlara aşı retli grupta baktığımızda %15,91 (n=7) endişe, %6,82 (n=3) depresyon, %2,27 (n=1) sinirlilik olarak dağılım göstermekte ve bu grupta hiç kimse duygusal problemleri içinde üzüntüyü belirtmemektedir. Her iki grup dağılımları incelendiğinde üzüntü ve sinirlilik oranlarının istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) olduğu izlenmiştir. (Tablo 8)

Aşı reddi olmayan grubun ağrı, yorgunluk, uykusuzluk gibi bedensel yakınmalarında aşı reddi olan gruba göre daha yüksek oranlar saptanmıştır. (Tablo 8)

Tablo 8: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-1

	Aşı Reddi Var (n=44)	Aşı Reddi Yok (n=44)	p değeri*
Günlük Yaşam Sorunları			
Barınma	%0	%11,36 (n=5)	0,055^
İş/okul	%31,82 (n=14)	%15,91 (n=7)	0,080+
Çocuk Bakımı	%65,91 (n=29)	%56,82 (n=25)	0,381+
Duygusal Problemler			
Endişe	%15,91 (n=7)	%31,82 (n=14)	0,080+
Üzüntü	%0	%25 (n=11)	0,001+
Depresyon	%6,82 (n=3)	%11,36 (n=5)	0,713^
Sinirlilik	%2,27 (n=1)	%29,55 (n=13)	0,001+
Bedensel Sorunlar			
Ağrı	%6,82 (n=3)	%13,64 (n=6)	0,484^
Yorgunluk	%31,82 (n=14)	%38,64 (n=17)	0,503+
Uykusuzluk	%20,45 (n=9)	%38,64 (n=17)	0,062+

*Ki-kare analizi, ^Fisher-Freeman-Halton testi

Her iki grubun da stres ölçeğindeki istatistiki yüzde, sayı ve p değerleri aşağıdaki Tablo 9 ve Tablo 10’ da verilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-2

		Aşı Reddi				
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde [†]	
Barınma	Yok	39	88,64%	44	100,00%	0,055^
	Var	5	11,36%	0	0,00%	
Sağlık güvencesi	Yok	41	93,18%	43	97,73%	0,616^
	Var	3	6,82%	1	2,27%	
İş/okul	Yok	37	84,09%	30	68,18%	0,080 ⁺
	Var	7	15,91%	14	31,82%	
Ulaşım	Yok	42	95,45%	43	97,73%	-
	Var	2	4,55%	1	2,27%	
Çocuk bakımı	Yok	19	43,18%	15	34,09%	0,381 ⁺
	Var	25	56,82%	29	65,91%	
Eş	Yok	37	84,09%	38	86,36%	0,764 ⁺
	Var	7	15,91%	6	13,64%	
Çocuklar	Yok	28	63,64%	29	65,91%	0,823 ⁺
	Var	16	36,36%	15	34,09%	
Endişe	Yok	30	68,18%	37	84,09%	0,080 ⁺
	Var	14	31,82%	7	15,91%	
Üzüntü	Yok	33	75,00%	44	100,00%	<0,001 ⁺
	Var	11	25,00%	0	0,00%	
Depresyon	Yok	39	88,64%	41	93,18%	0,713^
	Var	5	11,36%	3	6,82%	
Sinirlilik	Yok	31	70,45%	43	97,73%	<0,001 ⁺
	Var	13	29,55%	1	2,27%	
Tanrı ile ilgili	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
İnanç yitimi	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	

[†]Sütun yüzdesi, ⁺Ki-kare analizi, [^]Fisher-Freeman-Halton testi

Tablo 10: Katılımcıların problem listesi kısa tarama ölçeği maddelerine göre dağılımı-3

		Aşı Reddi				
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde [†]	
Ağrı	Yok	38	86,36%	41	93,18%	0,484^
	Var	6	13,64%	3	6,82%	
Bulantı	Yok	43	97,73%	44	100,00%	-
	Var	1	2,27%	0	0,00%	
Yorgunluk	Yok	27	61,36%	30	68,18%	0,503 ⁺
	Var	17	38,64%	14	31,82%	
Uyku	Yok	27	61,36%	35	79,55%	0,062 ⁺
	Var	17	38,64%	9	20,45%	
Gezinti	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
Banyo yapma	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
Nefes darlığı	Yok	42	95,45%	44	100,00%	0,494^
	Var	2	4,55%	0	0,00%	
Ağız yaraları	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
Yemek yeme	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
Hazımsızlık	Yok	42	95,45%	44	100,00%	0,494^
	Var	2	4,55%	0	0,00%	
Kabızlık/ishal	Yok	43	97,73%	44	100,00%	-
	Var	1	2,27%	0	0,00%	
İdrar sorunları	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	
Ateş	Yok	43	97,73%	44	100,00%	-
	Var	1	2,27%	0	0,00%	
Ciltte kuruma	Yok	42	95,45%	43	97,73%	-
	Var	2	4,55%	1	2,27%	
Burun tıkanıklığı	Yok	42	95,45%	43	97,73%	-
	Var	2	4,55%	1	2,27%	
Karıncalanma	Yok	43	97,73%	44	100,00%	-
	Var	1	2,27%	0	0,00%	
Şişkinlik	Yok	43	97,73%	43	97,73%	-
	Var	1	2,27%	1	2,27%	
Cinsel sorunlar	Yok	44	100,00%	44	100,00%	-
	Var	0	0,00%	0	0,00%	

[†]Sütun yüzdesi, ⁺Ki-kare analizi, [^]Fisher-Freeman-Halton testi

Katılımcıların sağlık uygulamalarına bakışlarını daha iyi anlayabilmek için annelerin gebeliklerinde Td ve OGTT testlerini yaptırıp yaptırmadıklarını sorguladık. Aşı reddi olan grubun %52,7' sinin (n=23) gebeliğinde Td yaptırmadığını, %86,3' ünün (n=38) OGTT yaptırmadığını saptadık. Aynı oranlara aşı reddi olmayan grupta baktığımızda %6,82' sinin (n=3) Td yaptırmadığını, %40,91' inin (n=18) OGTT yaptırmadığı saptadık. Çalışmamızda hem Td hem de OGTT yaptırma oranlarında istatistiksel anlamlı sonuçlar ($p<0,001$) elde ettik (Tablo 11)

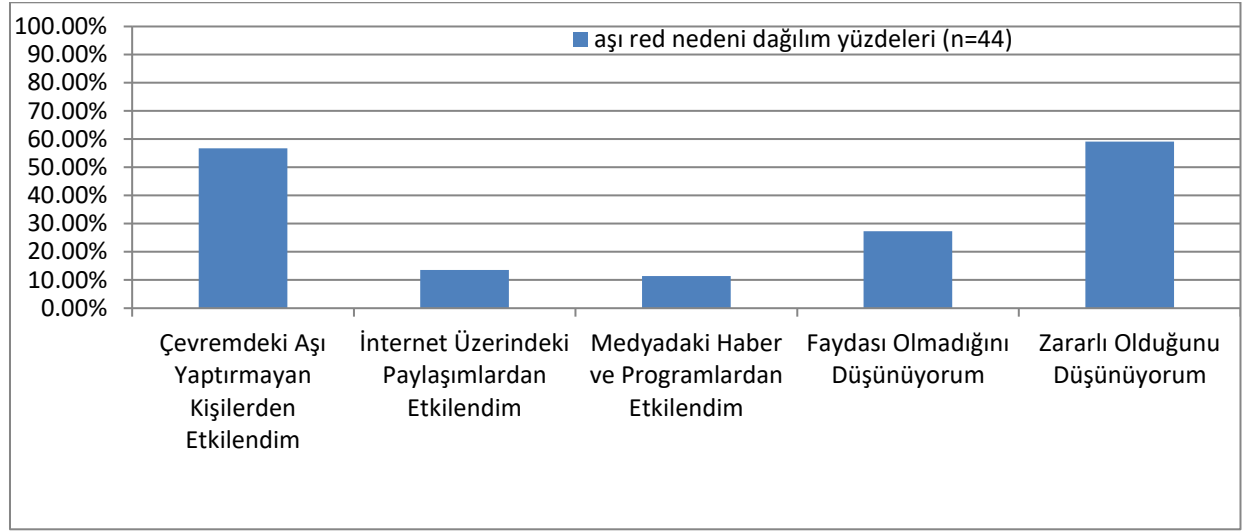
Tablo 11: Katılımcıların gebeliklerinde Td aşısı ve OGTT yaptırma oranları

		Aşı reddi				p değeri
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde [†]	
Gebelikte Td aşısı yaptırma	Hayır	3	6,82%	23	52,27%	<0,001
	Evet	39	88,64%	18	40,91%	
	Daha önce yaptırmış	2	4,55%	3	6,82%	
Gebelikte OGTT yaptırma	Hayır	18	40,91%	38	86,36%	<0,001
	Evet	26	59,09%	6	13,64%	

*Sütun yüzdesi, † Fisher-Freeman-Halton testi

Aşı reddi olan katılımcılara içerisinde beş maddenin olduğu kendileri için uygun olanlarını işaretlemelerini istediğimiz aşı red nedenlerini sorguladığımız anketi doldurmalarını istedik. Katılımcılara herhangi bir işaretleme sınırı getirmedi. Bu anketten çıkan sonuçlara göre aşı reddi olan kişilerin %59,9' u (n=26) aşılarda zararlı olduğunu, %27,27' si (n=12) faydası olmadığını, %11,36' sı (n=5) medyadaki haber ve programlardan etkilendiğini, %13,64' ü (n=6) internet üzerindeki paylaşımlardan etkilendiği, %56,82' si (n=25) çevresindeki aşı yaptırmayan kişilerden etkilendiğini ifade etmiştir. (Grafik 1)(Tablo 12)

Grafik 1: Aşı reddi olan ebeveynlerin aşı ret nedenlerinin dağılımı



Tablo 12: Aşı reddi olan ebeveynlerin aşı ret nedenlerinin dağılımı

Neden aşı yaptırmayı reddettiniz?	Yüzde (n=sayı)
Zararlı Olduğunu Düşünüyorum	%59,09 (n=26)
Faydası Olmadığını Düşünüyorum	%27,27 (n=12)
Medyadaki Haber ve Programlardan Etkilendim	%11,36 (n=5)
İnternet Üzerindeki Paylaşımlardan Etkilendim	%13,64 (n=6)
Çevremdeki Aşı Yaptırmayan Kişilerden Etkilendim	%56,82 (n=25)

*Sütun yüzdesi

Katılımcılardan aşı yaptırmayı reddeden gruba diğer çocuklarına aşı yaptırıp yaptırmadıkları ve tüm aşılara karşı olup olmadıklarını sorarak aşı hakkında tutumlarını hakkında detaylı bilgi elde etmeyi amaçladık. Katılımcılardan %43,18' inin (n=19) başka çocuğu olmadığını, %29,55' inin (n=13) diğer çocuklarına da aşı yaptırmadıklarını, %4,55' inin (n=2) ise ikiden fazla çocuğu olduğu ve bunlardan bazılarında aşı yaptırdıklarını ve bu aşı yaptırdıkları çocukların yaşça daha büyük olduğunu tespit ettik. (Tablo 13)

Aşı yaptırmayan ebeveyn grubunun %4,55' inin (n=2) bazı aşılara karşı olmadığını ve bu aşının da BCG aşısı olduğunu gördük. (Tablo 13)

Tablo 13: Aşı reddi olan ebeveynlerin diğer çocuklarına aşı yaptıрма ve karşı olunmayan aşı durumları

		Sayı	Yüzde [†]
Diğer çocuklara aşı yapılma durumu	Hayır	13	29,55%
	Evet	10	22,73%
	Kısmen	2	4,55%
	Başka çocuk yok	19	43,18%
Karşı olunmayan aşı	Yok	42	95,45%
	Var	2	4,55%

[†]Sütun yüzdesi

Her iki grubun da sağlık kayıtları incelenerek son bir yıl içinde çalışmaya dahil edilen çocukları için sağlık kurumları başvuru sayıları ve bu başvurularda reçete edilen antibiyotik kutu sayılarını inceledik. Aşı reddi olanların birinci basamak sağlık kurumlarına ve hastanelere daha az başvuruları olduğunu ve daha az antibiyotik kullandıklarını saptadık. Aşı reddi olan grubun birinci basamak başvuru sayısı ortanca değeri 4 (min:0 – max: 22) , hastane başvuru sayısı ortanca değeri 5 (min:0 - max:14), antibiyotik kullanım sayısı ortanca değeri ise 1 (min: 0 – max: 6) olarak saptandı. Aşı reddi olmayan grubun ise birinci basamak sağlık kuruluşu başvurusu ortanca değeri 10 (min:1 – max: 24), hastane başvuru sayısı ortanca değeri 7 (min:1 – max: 38), antibiyotik kullanım sayısı ortanca değeri 3 (min: 0 – max:17) olarak saptandı. (Tablo 14)

Tablo 14: Katılımcıların son 1 yılda sağlık kurumlarına başvuru ve antibiyotik kullanma sayıları

	Aşı reddi								p değeri*
	Yok				Var				
	Ortanca	IQR	Min.	Max.	Ortanca	IQR	Min.	Max.	
1. basamak başvuru sayısı	10.00	8.00	1.00	24.00	4.00	6.00	.00	22.00	<0,001
Hastaneye başvuru sayısı	7.00	8.00	1.00	38.00	5.00	6.00	.00	14.00	0,022
Antibiyotik sayısı	3.00	3.00	0.00	17.00	1.00	2.00	.00	6.00	<0,001

*Mann Whitney U testi

Çalışmamızda SOY ile aşı reddi arasında anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Değerlendirme yapılırken ölçekte bilmiyorum seçeneğini üç ve daha fazla sayıda işaretleyen katılımcıları değerlendirme dışı tutarak hesaplamamızı yaptık. Her iki grubunda SOY seviyesi

‘yeterli SOY’ düzeyinde ve birbirlerine yakın oranlarda saptanmıştır. Aşı reddi olanların ortalama puanı 37,9, aşı reddi olmayanların 39,7 olarak izlendi (Tablo 15).

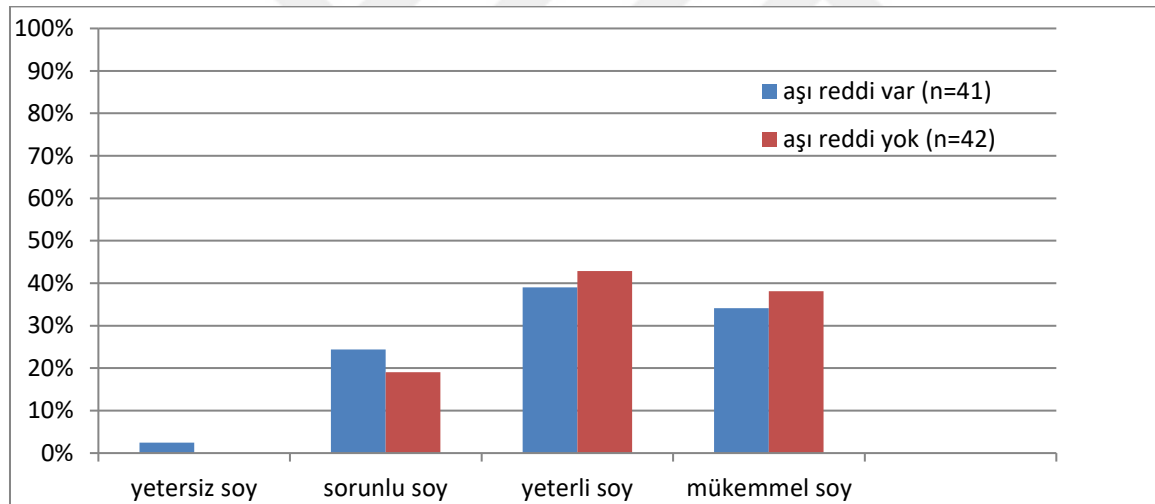
Tablo 15: Katılımcıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu toplam puanı

	Aşı reddi				p değeri
	Yok (n=42)		Var (n=41)		
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	
Ölçek toplam puanı	39,70	7,25	37,90	6,80	0,247 [×]

*Student's T testi

Katılımcılarımızın SOY kategorilerindeki oranları birbirine yakın olarak tespit edilmiştir (grafik 2).

Grafik 2: Sağlık Okuryazarlığı dağılımı



Aşı reddi olmayanların okuryazarlık ölçeğine verdikleri cevap dağılımı aşağıda tabloda özetlenmiştir. (Tablo 16)

Tablo 16: Aşı reddi olmayanlarda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılım

Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
1-) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	25	15	1
2-) Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	0	0	23	21	0
3-) Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	0	3	15	26	0
4-) Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	0	0	16	28	0
5-) İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	0	2	25	15	2
6-) Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	0	2	19	22	1
7-) Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	0	0	16	28	0
8-) Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	2	4	21	17	0
9-) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	0	1	16	27	0
10-) Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	0	0	20	22	2
11-) Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	6	20	15	2
12-) Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	0	9	20	12	3
13-) Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	0	1	21	21	1
14-) Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	0	5	17	22	0
15-) Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	0	5	22	16	1
16-) Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	0	0	22	20	2

*Sütun yüzdesi

Aşı reddi olanların okuryazarlık ölçeğine verdikleri cevap dağılımı aşağıda tabloda özetlenmiştir. (Tablo 17)

Tablo 17: Aşı reddi olanlarda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formu maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılım

Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
1-) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	0	4	23	17	0
2-) Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	0	4	21	19	0
3-) Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	0	0	21	23	0
4-) Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	0	0	18	26	0
5-) İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	0	14	20	10	0
6-) Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	0	5	25	11	3
7-) Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	0	0	11	33	0
8-) Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	0	3	18	23	0
9-) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	0	0	14	30	0
10-) Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	0	1	30	12	1
11-) Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	19	19	3	2
12-) Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	19	19	3	2
13-) Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	0	2	27	14	1
14-) Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	0	0	12	32	0
15-) Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	17	21	4	1
16-) Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	0	1	26	17	0

*Sütun yüzdesi

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda aşı reddi olan ve olmayan grup arasındaki sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Her iki grubun stres total puanlarında anlamlı bir fark olmamakla beraber aşı reddi olmayanlarda duygusal ve bedensel sorunların strese daha fazla sebep olduğu ve duygusal problemler içinde de üzüntü ve sinirliliğin aşı reddi olmayan grupta daha sık olduğu gözlemlenmiştir. SOY ile aşı reddi arasında istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Aşı yaptırmayı reddeden grubun aynı zamanda gebeliklerindeki Td ve OGTT yaptırmama oranları daha yüksek saptanmıştır. Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerden %59.09' u aşığı zararlı bulduğunu, %27,27' si faydası olmadığını düşündüğünü, %11,36' sı medyadaki haber ve programlardan etkilendiğini, %13,64' ü internet üzerindeki paylaşımlardan etkilendiğini, %56,82' si ise çevresindeki aşı yaptırmayan kişilerden etkilendiğini dile getirmiştir. Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin %95,5' inin tüm aşılarla karşı olduğu saptanmıştır. Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin aynı zamanda sağlık kurumlarına daha az başvurduğu ve çocuklarının daha az antibiyotik kullandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sosyodemografik verilerde anlamlı bir sonuç çıkmamasına karşın aşı reddi olmayanlarda anne ya da babanın üniversite mezuniyet oranı %30,6 iken aşı reddi olanlarda bu oranın %50 oluşu dikkat çekicidir. Bu da her zaman sanılanın aksine eğitim düzeyi düşüklüğünün yanı sıra eğitilmiş ailelerin de aşı reddine yönelimi açısından dikkate alınması gerektiğinin bir işareti kabul edilebilir. Benzer şekilde Konya' da 2020 yılında Hüseyin İlter tarafından yapılan bir çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip ailelerin daha fazla oranda çocuğunun aşı randevu tarihini unuttuğu tespit edilmiştir (44). Gülcü ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmış oldukları çalışmada ise çocukların aşılama oranları ile annenin eğitim düzeyi arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiş annenin eğitim düzeyi arttıkça aşılama oranlarının arttığı gösterilmiştir (30). Yine Gust ve ark. tarafından 2001 yılında ABD'de yapılan başka bir çalışmada annenin eğitim seviyesinin yüksek olmasının aşılama durumunu olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (61).

Çalışmamızda stres puanı toplamalarında aşı reddi olmayan grubun ortalaması daha yüksek olmasına karşın sonuçlar anlamlı düzeyde değildir. Aşı reddi olan katılımcılarda stres puanı ortanca değeri 5 olup testin kesme değeri olan 4 ve üstü puan alanların oranını %61,36 olarak tespit edilmiştir ve aynı oran çalışmamızda aşı reddi olmayan ebeveynlerde %79,54

olarak izlenmiştir. Çocuklardaki kronik rahatsızlıkların ebeveynler üzerinde önemli bir stres faktörü olduğu düşünüldüğünde çalışmamızdaki aşı reddi olmayan gruptaki çocuklardaki %22,7'lik kronik hastalık varlığı bunda büyük bir etken olabilir. Van oers ve ark. tarafından yapılan 2017 yılındaki bir çalışmada benzer şekilde kronik rahatsızlığı olan çocuğun ebeveynlerinin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden %53'e karşı %38,2' lik oranla daha fazla strese sahip olduklarını saptanmıştır. Aynı çalışmada bizim aşı redli grupta bulduğumuz ortanca değer tüm çalışmaya katılanlarda 3, kronik hastalığı olan çocukları olan grupta 4 olarak tespit edilmiştir (62). Diederer ve ark. nın 2018 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise inflamatuvar barsak hastalığına sahip çocukların ebeveyni ile sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin stres düzeyi karşılaştırılmış anlamlı istatistiksel fark tespit edilmemiştir (63).

Çalışmamızda kullandığımız stres ölçeğinden anlamlı sonuçlar elde ettiğimiz aşı reddi olmayan ebeveynlerdeki duygusal ve bedensel problemlerin daha fazla görülmesi ile ilgili verimizin alt kırılımında bu ebeveynlerin endişe ve sinirlilik yüzünden daha fazla stres altında oldukları görülmüştür. Benzer şekilde Diederer ve ark. nın yaptığı çalışmada İBH hastalığına sahip çocukların ebeveynlerinin korku ile başa çıkma sorunları yaşadığı saptanmıştır (63). Van Oers ve ark. çalışmalarında kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklara sahip ebeveynlerin duygusal stres yönünden anlamlı istatistiksel farkları olmadığını yönünde sonuca varmışlardır (62).

Çalışmamızın SOY düzeyini irdelediğimiz kısımda iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aşı reddi olmayan grubun indeks puanı 39,7 aşı reddi olan grubun ise 37.9 olarak birbirine yakın olarak bulunmuştur. Çalışmamızda aşı reddi olmayan grupta yeterli ve üzeri SOY düzeyine sahiplerin oranı %80,95 aşı reddi olanlarda aynı oran %73,17 olarak tespit edilmiştir. Tanrıöver ve ark. 2014 yılında Türkiye'de 23 ili kapsayacak şekilde yaptıkları çalışmada genel SOY indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada yeterli ve üzeri düzey SOY yüzdesi %35,4 olarak saptanmıştır. Bu veriler çalışmamızdaki verilerin çok altındadır. Bunun en büyük nedeni katılımcılarımızın genç ve eğitim seviyelerinin iyi olmaları olabilir (64).

Çalışmamızda anlamlı sonuçlar elde ettiğimiz verilerden bir tanesi de çocuğunda aşığı reddeden annelerin gebeliklerinde Td ve OGTT' yi ikinci gruba nazaran daha az yaptırmasıydı.

Çalışmamızda çocukları için aşığı reddeden annelerin gebeliklerinde Td yaptırmama oranları %52,27 iken aynı oran ikinci grupta olarak %6,82 izlenmiştir. Farkın bu kadar fazla

olması eliminasyon noktasına geline maternal Td için düşündürücü ve korkutucudur. Turan ve ark. 2019 yılında yaptıkları bir çalışmada gebelikte Td yaptırma oranlarının çalışmamız kontrol grubuna yakın oranda %77,9 olarak saptamışlardır (65). 2001 yılında Maral ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin Td yaptırma oranları %46,7 olarak tespit edilmiştir (66). Yine 2002 yılında Sağsöz ve ark. tarafından yapılmış başka bir çalışmada ise aynı oran %54,8 olarak saptanmıştır (67). Tüm bu oranlar incelendiğinde ne yazık ki aşı reddi olan grupta aşılama oranlarının 2000 li yılların başındaki seviyelerde olduğu görülmüştür. 2000 li yılların başındaki aşı kayıtlarının şimdiki kadar düzenli tutulmadığı da göz önüne alındığında tablonun bugün daha kötü olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların OGTT oranları incelendiğinde Td ile benzer bir durum ile karşılaştık. Yine aşı reddi olan grubun gebeliklerindeki OGTT yaptırmama oranları %86,36 iken, kontrol grubunda bu oran %40,91 olarak saptandı. Tanısında OGTT' den faydalanılan gestasyonel diyabetin ülkemizde görülme sıklığı %3-8 arasında tespit edilmiştir (68). GDM' nin hem bebek hem anne için oluşturacağı risk düşünüldüğünde hastalık varsa erken tespiti açısından OGTT' nin ne denli önemi olduğu ortadır. Ancak ne yazık ki Td' da olduğu gibi aşı reddi olanlarda OGTT reddi de ciddi boyutlara varmıştır. Yaprak ve ark. tarafından 2019 yılında yapılmış bir çalışmada çalışmamızın kontrol grubuyla benzer şekilde OGTT yaptırmama oranı %34,20 olarak tespit edilmiştir. Desdicioğlu ve ark. tarafından yapılmış çalışmada ise bu oran %14 olarak tespit edilmiştir (69). Literatürdeki bu farklı oranlar çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyoekonomik özellikler ve çalışma evreninin büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda aşı reddi olan gruba aşığı neden reddettiğini sorduğumuzda katılımcıların %59,09' unun aşığı zararlı bulduğunu, %27,27' sinin faydası olmadığını düşündüğünü, %11,36' sının medyadaki haber ve programlardan etkilendiğini, %13,64' ünün internet üzerindeki paylaşımlardan etkilendiğini, %56,82' sinin ise çevresindeki aşı yaptırmayan kişilerden etkilendiğini tespit ettik. Aynı zamanda dikkat çeken başka bir veri de aşığı zararlı bulduğunu belirten grubun %57,6' sının aynı zamanda çevresinden etkilendiğini belirttiğini tespit ettik. Çalışmamızla benzer oranlar elde edilen Hüseyin İlter tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %63,9' u aşıları güvenli bulmamış, %57,6' sı aşıları yararlı bulmamış, %21,9' u basındaki olumsuz haberlerden etkilenmiş, %15,8' i aşı karşıtı grupları takip ettiğini belirtmiştir (44). Bu oranlar çalışmamızın destekler nitelikte olup sonuçları çalışmamızdan daha yüksek oranlara sahiptir. Bu durum çalışmanın yapıldığı bölge, sosyoekonomik düzey ve örneklemin büyüklüğü ile alakalı olabilir. Yalçın ve ark. tarafından

2019 yılında yapılmış bir çalışmada ise en fazla aşı reddi nedenleri sırasıyla aşı içeriğindeki maddelere güvensizlik (%44.0) ve aşılarda meydana getirebileceği yan etkiler (%37.4) olarak belirlenmiştir. (70).

Çalışmamızda daha yüksek oranlarda olabileceğini düşündüğümüz medya ve internet üzerindeki paylaşımların aşı reddi üzerine etkisi sırasıyla %13.64 ve %11.36 olmasına rağmen beklentilerimizin altında kalmıştır. Dube ve ark 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada sosyal medyada aşılama hakkında olumsuz ve yanlış bilgilerin, katılımcıların aşı tereddütlerinin en önemli nedeni olarak saptanmıştır (7). Bu farkın önemli ölçüde katılımcılarımızın aşı reddinde daha çok sosyal çevrelerinden etkilenip bir kümelenme oluşturmuş olması etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda aşı ret nedenleri arasında %57,6 gibi yüksek bir oranla ret nedeni olarak saptadığımız çevresindeki kişilerden etkilenme toplum sağlığı açısından risk oluşturan bulaşıcı bir hastalık için coğrafi kümelenme durumunun izlenmesi açısından önemlidir. Birden fazla çalışma aşılama reddeden kişilerin coğrafi olarak toplanması durumunda, aşı ile önlenemez hastalıkların yerel riskinde bir artış olduğunu göstermiştir. Omer ve ark tarafından yapılan çalışmada aşı ret coğrafi kümeleri ile boğmaca kümeleri arasında bağlantılar saptanmıştır (71). Feikin ve ark tarafından yapılan başka bir çalışmada ise Colorada’ da 1987-1998 yılları arasında aşılanmış olan çocuklarda görülen kızamık insidansı o bölgedeki aşı retlerle ilişkilendirilmiştir. Aşılı olmasına rağmen kızamık geçiren çocukların %11’inin aşı retli bir çocukla temas sonrası hasta olduğu tespit edilmiştir (72).

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre katılımcılarımız büyük çoğunlukta özel bir aşı için değil tüm aşılarda için ret düşüncesindedir. Sadece katılımcılardan %4,55’ i BCG aşısına karşı olmadığı onun dışındaki tüm aşılara karşı olduklarını belirtmişlerdir. Literatüre baktığımızda Luthy ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hepatit B ve su çiçeğinin bulaşıcılık riskinin düşük algılandığı için en fazla reddedilen aşılarda olduğu tespit edilmiştir (73). Yine ülkemizde Abbasoğlu tarafından 2018 yılında yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin bir kısmının kendi oluşturdukları olumlu mikro çevrede Td ve hepatit aşısına gerek olmadığı düşündükleri tespit edilmiştir (74). Bizim çalışmamızda da BCG aşısını reddetmeyen ailelerin daha öncesinde yakın çevrelerinde tüberküloz hastalığı ile karşılaşmış kişilerin olması ve bu hastalık ile ilgili endişeleri olması olabilir.

Çalışmamızda aşı reddeden ebeveynlerin çocukları için daha az sıklıkta sağlık kurumlarına başvurduğunu ve bu başvuruların azlığı ile bağlantılı şekilde daha az antibiyotik

kullandıklarını tespit ettik. Sağlık kurumuna başvuruındaki fark ülkemizde aşılama programının büyük ölçüde yürütüldüğü birinci basamak sağlık kurumlarında anlamlı düzeyde daha fazla tespit edildi bu durumun oluşmasında aşılama yapıldığı sağlık kurumuna ve ilgili hekime karşı oluşan güvensizlik duygusu ya da aşı yaptırmamış olmanın vereceği sorgulanma hissi ile karşılaşmaktan kaçınmaya bağlı olabilir.

Sonuç olarak elde ettiğimiz veriler bize gösterdi ki aşı reddi tek başına eline alınması gereken bir konu değildir çünkü aşı reddi olanlar nasıl Td ve OGTT' yi daha fazla reddediyorlarsa aynı şekilde sağlık kurumlarına da başvuruyu da o kadar reddediyorlar. Bu sorun ne kadar görmezden gelinirse ilerde sonuçlarının ağır olacağı ortadır. Aşı reddi düşüncesine sahip ebeveynlerin zamanla modern tıbbin sunduğu hizmetleri bir bir reddetmeye başlayacağını zamanla aşıyla başlayan tarama testleriyle devam eden bu sürecin diğer tanı ve tedavi araçlarına da sıçrayacağını düşünmekteyiz.

6.KISITLILIKLARIMIZ

Çalışmamıza ASM' ye kayıtlı 45 aşı retli ailenin 44' ü katılım göstermiştir. Evrenin tamamına yakını çalışmamıza katılım gösterdiği için sonuçların bu bağlamda güvenilir olduğunu düşünüyoruz. Fakat aşı reddi tüm toplumu ilgilendiren bir konu olduğu için daha fazla kişiyi kapsayacak çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda her iki grup yüz yüze görüşmeler yapılmak üzere ASM' ye davet edilmiştir. Bazı sorular katılımcılara sorularak doldurulmuş, stres termometresinin ise katılımcılara verilerek doldurması istenmiştir. Katılımcıların düşünmeden cevap verme olasılığı göz önünde bulundurularak formun doldurulması için geniş zaman verilmiştir. Buna rağmen bazı hastaların beklenenden daha erken formları teslim ettiği gözlenmiştir. Bu durumun minimal de olsa çalışmamız üzerine etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Aşı reddi olan katılımcılarımız her aşı döneminde ASM' de kayıtlı olduğu birimin hemşire ve doktorları tarafından aranıp mevcut reddettiği aşı hakkında bilgilendirilip aşı yapılması gerekliliğine ikna edilmeye çalışılmaktadır. Gözlemlerimiz bu kişilerin aşılar hakkında savunucu bir tutumda olduğu yönündedir. Bu savunucu tutumlarını çalışmamızdaki sorulara karşı da gösterip gerçek düşüncelerini cevaplara yansıtmamış olabilirler.

Sağlık kurumu başvuru sayılarının daha az olduğunu tespit ettiğimiz ailelere çocuklarını hangi durumlarda hastaneye götürdüklerini hangi durumlarda evde takip ettiklerini alternatif tıp yöntemlerine ne kadar sıklıkla başvurdularının sorgulandığı bir anket hazırlanması bu ailelerin davranış özellikleri saptamak için daha faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

7.SONUÇ

Araştırmamızda aşı reddi ile sosyodemografik özellikler ve SOY arasında anlamlı bir bağlantı elde etmedik. Katılımcıların total stres düzeyleri arasında anlamlı bir fark yokken aşı reddi olmayan katılımcıların bedensel ve duygusal problemler nedeniyle daha fazla stres yaşadıklarını bu duygusal problemlerin derinine indiğimizde ise üzüntü ve sinirliliğin bu grupta daha fazla olduğunu tespit ettik.

Aşı reddi olan ebeveynlerin diğer tercihe bağlı sağlık uygulamalarındaki tutumlarını sorguladığımız Td ve OGTT yaptırma oranlarının kontrol grubumuza ve literatürdeki diğer çalışmalara göre çok düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bize aşı reddi olan ebeveynlerin diğer sağlık uygulamalarından da kaçındığı bu uygulamalara karşı büyük ölçüde bir güvensizlik duygusuna sahip olduklarını düşündürdü. Bu durumun engellenmediği takdirde toplum sağlığını tehdit eden aşı reddi haricinde bireysel bazda anne ve bebek sağlığını tehdit eden neonatal Td ve gestasyonel diyabet hastalıkların sıklığında artış olacağını düşünmekteyiz.

Aşı reddi olan ebeveynlerin sağlık kurumlarına özellikle de birinci basamak sağlık kurumlarına daha az başvurduğu ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığını saptadık. Ne yazık ki bu durum henüz karar yetisi olmayan çocukların yeterli sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sonucu tanı ve tedavilerinin gecikmesine neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Aşı reddi olan grupta görüşmelerimiz sonrasında iki aile aşı reddinden vazgeçtiğini aşıları yaptırmak istediklerini beyan ettiler. Bu durum bize gösterdi ki aşı tereddütü yaşayan ebeveynler erken dönemde doğru bir iletişimle doğru bir şekilde yönlendirilebilirse aşı reddinde bir miktar azalma sağlanabilir.

Aşı reddinin bireysel bir kararla değil toplum sağlığı açısından zorunlu bir hale getirilmesi bu sürecin önüne geçilmesinde büyük bir fayda sağlayacağını düşünmekteyiz. Yurt dışında bazı ülkelerde uygulanan aşı reddi olan çocukların devlet okullarına kabul edilmeme gibi yaptırımların benzerlerinin ülkemizde de hayata geçirilmesini önemli ve gerekli bir adım olarak görmekteyiz. Ancak etki tepki yaratma olasılığı yüksek aşı reddi gibi hassas bir konuda bu tarz yaptırımların toplumun kültürel değerlerine uygunluğunun değerlendirmesinin iyi yapılarak adımların atılmasının faydalı olacağını düşünüyoruz. Bu aşının zorunlu hale

getirilmesi durumunu bir basamak olarak görüyor ve devamının faydadan çok zarar vereceğini düşünüyoruz. Sonrasında aşı zararları hakkındaki yanlış bilgilerin bilimsel yayınlar eşliğinde hazırlanacak kamu spotları, afiş ve posterler ile halk eğitim merkezleri, iş yerleri ve kamu kurumları gibi yerlerde aşı hakkındaki soru işaretlerini giderecek eğitimlerin verilmesi ve aşının bir zaruriyet değil gereklilik olduğu anlayışının tüm topluma aktarılmasına çalışılmalıdır.



8.KAYNAKÇA

1. Hacettepe Üniversitesi. Halk Sağlığı Kavramı. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 18 04 2020.] <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/kavram.php>.
2. Immunization and Infectious Diseases. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 18 04 2020.] <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunization-and-infectious-diseases>.
3. Arisoy, E. S., Çiftçi, E., Hacımustafaoğlu, M., Kara, A., Kuyucu, N., Somer, A., & Vardar, F. (2015). *Clinical Practical Recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for Previously Healthy Children (National Vaccination Schedule) and Vaccines*.
4. Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., Dehart, M. P., & Halsey, N. (2009). *Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases*. *New England Journal of Medicine*, 360(19), 1981-1988.
5. National Foundation for Infectious Diseases. (2012). *Call to action: adult vaccination saves lives*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 19 04 2020.] <https://www.nfid.org/wp-content/uploads/2019/08/cta-adult.pdf>.
6. Prevention, C. D. C. (1999). *Achievements in public health, 1900–1999: control of infectious diseases*. *JAMA*, 283(3), 621-629.
7. Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Guay, M., Halperin, S., ... & Fisher, W. (2016). *Understanding vaccine hesitancy in Canada: results of a consultation study by the Canadian Immunization Research Network*. *PloS one*, 11(6).
8. Nichter, M. (1995). *Vaccinations in the Third World: a consideration of community demand*. *Social science & medicine*, 41(5), 617-632.
9. Dube, 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.
10. Gür, E. (2019). *Aşı kararsızlığı-aşı reddi*. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 1-2.
11. Argüt, N., Yetim, A., & Gökçay, G. (2016). *Aşı kabulünü etkileyen faktörler*. *Çocuk Dergisi*, 16(1), 16-24.
12. Beyazova, U., & Aktaş, F. (2007). *ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILAMALARI VE ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASI*. *CHILDHOOD VACCINATION AND ADULT IMMUNITATION*. *Gazi Medical Journal*, 18(2).
13. Rehberi, E. B. (2016). *Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği*.
14. Stern, A. M., & Markel, H. (2005). *The history of vaccines and immunization: familiar patterns, new challenges*. *Health affairs*, 24(3), 611-621.

15. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 19 04 2020.] <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>.
16. Walter A. O. “Bağışıklama” Cecil Textbook of Medicine, Goldman L.Ausiello D.(eds),Ünal S(çeviri ed) 22. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara; 2006:s.64-74.
17. KUTLU, R. (2017). Çocukluk Çağı Aşıları. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 8(5), 311-318.
18. Birliği, T. T. (2018). Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan, Ankara.
19. Immunization. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 19 04 2020.] <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>.
20. WHO vaccine-preventable diseases;monitoring system. 2019 global summary. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 04 2020.] https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR.
21. Bozkurt, H. B. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 8(1), 71-76.
22. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 25 05 2020.] <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>.
23. saglik.gov.tr. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 20 04 2020.] <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler>.
24. Çokça F. İmmunoproflaksi “Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi” içinde. Ed: Topcu AW, Söyletir G, Doğanay M, Nobel Tıp Kitapevi, 3. Baskı,2008, s:491-499.
25. BABACAN, F. (2002). Yeni Aşı Üretim Teknikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Microbiology Infection, 1(1), 4-16.
26. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 51(2),.
27. Tıbbi Mikrobiyoloji ve İmmünoloji. Warren Levinson Çeviri: Tuncay Özgüven. Güneş Tıp Kitabevleri. 2008. Ankara. Sayfa: 94-97.
28. Tenşak D. “Bir sağlık ocağı bölgesinde çocukların bağışıklama durumu ve bunları etkileyen faktörler”. (Tez). Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
29. AşILAMALARI, Ç. Ç. ÇOCUKLUK ÇAğı AşILAMALARI VE ERİşKİN BAğışIKLAMASI CHILDHOOD VACINATION AND ADULT IMMUNITATION.
30. GÜLCÜ, S., & ARSLAN, S. (2018). Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 34-43.

31. Plotkin, S. (2014). *History of vaccination. Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(34), 12283-12287.
32. Leung, A. K. C. (2011). "Variolation" and vaccination in late imperial China, Ca 1570–1911. In *History of vaccine development* (pp. 5-12). Springer, New York, NY.
33. Greenwood, B. (2014). *The contribution of vaccination to global health: past, present and future. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1645), 20130433.
34. Poulakou-Rebelakou E. *Contribution of Two Women Travelers to the History of*.
35. Blevins, S. M., & Bronze, M. S. (2010). Robert Koch and the 'golden age' of bacteriology. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(9), e744-e751.
36. Dr. Jenny Sutcliffe. *A History of Medicine, Barnes and Nobles. New York, NY, 1992 pp.; 56-61 ISBN 0-88029-927-4*.
37. Moulin, A. M., & Ulman, Y. I. (Eds.). (2010). *Perilous Modernity: History of Medicine in the Ottoman Empire and the Middle East from the 19th Century Onwards*. Isis Press.
38. Özmert, E. N. (2008). Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(3), 168-175.
39. AKDENİZ, M., & KAVUKCU, E. (2016). Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
40. Karlıkaya, E. (1999). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Uygulanan Aşı ve Serumlar İle Bunların Üretildiği Kuruluşlar. Balkan Medical Journal; Sayı: 3*.
41. Buzgan T. *Ülkemizde aşılama politikaları "Aşı Kitabı" Editörler, Badur S. Bakır M.1. Baskı, s:55-63 Express Basımevi, İstanbul, 2012*.
42. İzgöner A.Z, "Ahmed Cevdet Paşa'ya Ait Bazı Tıp Belgeleri", *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, c. IV, İstanbul 1998, s. 237-243.
43. İneli, B. U. (18). Yaş Üstü Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri İle Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Antalya.
44. İlter H. (2020), doktora tezi, konya ilinde çocukluk çağı aşı reddi konusunda anne-baba görüşleri ve aşılamayı etkileyen faktörler, Necmettin Erbakan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
45. Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *Bmj*, 325(7361), 430-432.
46. Swales, J. D. (1992). *The Leicester anti-vaccination movement. The Lancet*, 340(8826), 1019-1021.
47. REPORT OF THE SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY . [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 26 04 2020.]

https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.

48. Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). *Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi*.

49. healthy literacy. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 04 2020.]

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

50. 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.

51. Çiftçi f. (2017) Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

52. *Healthy People 2010 (Group), & United States. Dept. of Health. (2000). Healthy people 2010: Understanding and improving health. US Dept. of Health and Human Services.*

53. Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and Health in America. Policy Information Report. Educational Testing Service.*

54. Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press.*

55. Wennberg, D. E., Marr, A., Lang, L., O'Malley, S., & Bennett, G. (2010). *A randomized trial of a telephone care-management strategy. New England Journal of Medicine*, 363(13), 1245-1255.

56. Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). *Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.

57. Beşir ME. Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı üreme çağındaki kadınların sağlık okuryazarlığının obstetrik kararları üzerindeki etkisinin belirlenmesi (Uzmanlık tezi). Bursa, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

58. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013, October). *Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. In New/Yeni Symposium Journal (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).*

59. Çevik, A. (2008). *Tarihsel süreçte psikosomatik tıp ve psikosomatik bozukluklara genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 1(2), 1-11.

60. Hammen, C. (2005). *Stress and depression. Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 293-319.

61. Gust, D. A., Strine, T. W., Maurice, E., Smith, P., Yusuf, H., Wilkinson, M., ... & Schwartz, B. (2004). *Underimmunization among children: effects of vaccine safety concerns on immunization status. Pediatrics*, 114(1), e16-e22.

62. van Oers, H. A., Schepers, S. A., Grootenhuis, M. A., & Haverman, L. (2017). Dutch normative data and psychometric properties for the Distress Thermometer for Parents. *Quality of Life Research*, 26(1), 177-182.
63. Diederens, K., Haverman, L., Grootenhuis, M. A., Benninga, M. A., & Kindermann, A. (2018). Parental distress and quality of life in pediatric inflammatory bowel disease: implications for the outpatient clinic. *Journal of pediatric gastroenterology and nutr.*
64. TANRIÖVER, M. D., YILDIRIM, H. H., READY, F. N. D., ÇAKIR, B., & AKALIN, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması.
65. Turan, G., & Kul, G. (2019). Gebelerde tetanoz immünizasyonu: Maternal değ erlendirme, tetanoz afl› lama durumu ve afl› lama oran› n› etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 27(3), 137-142.
66. Maral, I., Baykan, Z. E. Y. N. E. P., Aksakal, F. N., Kayikcioglu, F., & Bumin, M. A. (2001). Tetanus immunization in pregnant women: evaluation of maternal tetanus vaccination status and factors affecting rate of vaccination coverage. *Public health*, 115(.
67. Sağsöz, N., & Apan, T. (2002). Gebelerde tetanoz, hepatit B ve rubella seropozitiflik oranları. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 12(1), 52-55.
68. Yaprak, M., Gümüştakım, R. Ş., Tok, A., & Doğaner, A. (2019). Gebelerde Oral Glukoz Tolerans Testi Farkındalığının Tespiti. *Ankara Medical Journal*, 19(3), 635-647.
69. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ, Atalay İ, Özcan M, Yavuz AF. Gebe Kadınların Antenatal Testlere Yaklaşımını Etkileyen Faktörler. *Ankara Med J* 2017;(1):57-64.
70. YALÇIN, B. N. B., TUNÇ, A. Y., & ŞAŞMAZ, C. T. (2019, September). Mersin İl Merkezinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Aşı Kararsızlığı Veya Reddi İle Karşılaşma Durumu Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. In 3. International 21. National Public Heal.
71. Omer, S. B., Enger, K. S., Moulton, L. H., Halsey, N. A., Stokley, S., & Salmon, D. A. (2008). Geographic clustering of nonmedical exemptions to school immunization requirements and associations with geographic clustering of pertussis. *American journal of.*
72. Feikin, D. R., Lezotte, D. C., Hamman, R. F., Salmon, D. A., Chen, R. T., & Hoffman, R. E. (2000). Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. *Jama*, 284(24), 3145-3150.
73. Luthy, K. E., Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Cahoon, S. (2012). Reasons parents exempt children from receiving immunizations. *The journal of school nursing*, 28(2), 153-160.
74. Çocukluk Aşılarının Uygulanmasını Reddeden Ebeveynlerin Tutumlarının Niteliksel Yöntemle İncelenmesi, Ahmet Abbasoğlu İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2018.

9.ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Can Mugan

Doğum Yeri ve Tarihi: Kars--05.07.1987

Yabancı dil bilgisi: İngilizce

Görev yeri: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-posta adresi: can_mugan@hotmail.com

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

2005: Kars Anadolu Lisesi

2013: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

2013-2017: Bor İlçe Devlet Hastanesi Acil Servis

2017-2020:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

İsmin baş harfleri :

Yaş :

Cinsiyet :

Ailenin Gelir Durumu:

Kötü () Orta () İyi ()

Medeni hali:

Evli () Bekar () Ayrılmış ()

Eğitim Durumu (erkek)

Okur Yazar Değil ()

Okuryazar ()

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Üniversite()

Eğitim Durumu (kadın)

Okur Yazar Değil ()

Okuryazar ()

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Üniversite()

Mesleği (erkek)

Memur ()

İşçi ()

Ev Hanımı ()

Diğer ()

Mesleği (kadın)

Memur ()

İşçi ()

Ev Hanımı ()

Diğer ()

Kronik hastalıkları (erkek)

Kronik hastalıkları (kadın)

Kronik hastalık(çocuk)

Sigara Kullanım Öyküsü (erkek)

Yok ()

Bırakmış ()

Hala içiyor ()

Sigara Kullanım Öyküsü (kadın)

Yok ()

Bırakmış ()

Hala içiyor ()

Alkol Kullanım Öyküsü (erkek)

Yok ()

Ara sıra ()

Sürekli ()

Alkol Kullanım Öyküsü (kadın)

Yok ()

Ara sıra ()

Sürekli ()

EK 2: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu					
Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
1-) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak					
2-) Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)					
3-) Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak					
4-) Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak					
5-) İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek					
6-) Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak					
7-) Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek					
8-) Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak					
9-) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak					
10-) Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
11-) Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)					
12-) Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)					
13-) Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)					
14-) Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
15-) Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)					
16-) Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)					

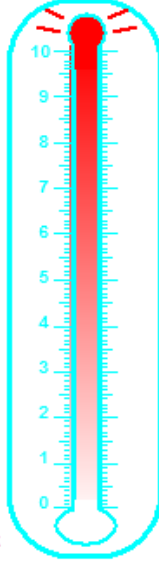
EK 3: Stres Termometresi

STRES VE PROBLEM LİSTESİ İÇİN KISA TARAMA

Geçtiğimiz hafta boyunca ne kadar stresli oldunuz? Lütfen termometre üzerinde stres düzeyinizi işaretleyiniz.

Aşağıdaki maddelerde hangisi/ hangilerinin STRESİNİZİN ana nedeni / nedenleri olduğunu düşünüyorsunuz?

Aşırı Stres



Stres yok

Günlük yaşam sorunları

Barınma
Sağlık güvencesi
İş/Okul
Ulaşım
Çocuk bakımı

Aile sorunları

Eş
Çocuklar

Duygusal Problemler

Endişe
Üzüntü
Depresyon
Sinirlilik

İnançla ilgili sorunlar

Tanrı ile ilgili
İnanç yitimi

Diğer sorunlar

Bedensel sorunlar

Ağrı
Bulantı
Yorgunluk
Uyku
Gezinti
Banyo yapma/giyinme
Nefes darlığı
Ağız yaraları
Yemek yeme
Hazımsızlık
Kabızlık/ishal
İdrar sorunları
Ateş
Ciltte kuruma/ kaşıntı
Burun tıkanıklığı
El/Ayakta karıncalanma
Şişkinlik hissi
Cinsel sorunlar

EK 4: Kısa Sorular Formu

- | | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1. Gebeliğinizde Td yaptırdınız mı? | Evet | Hayır | |
| 2. Gebeliğinizde OGTT yaptırdınız mı? | Evet | Hayır | |
| 3. Aşı yaptırmayı neden reddettiniz? | | | |
| a. Zararlı olduğunu düşünüyorum | | | |
| b. Faydası olmadığını düşünüyorum | | | |
| c. Medyadaki haber ve programlardan etkilendim | | | |
| d. İnternet üzerindeki paylaşımlardan etkilendim | | | |
| e. Çevremdeki aşı yaptırmayan kişilerden etkilendim | | | |
| 4. Diğer çocuklarınıza aşı yaptırdınız mı? | Evet | Hayır | Kısmen |
| 5. Özellikle karşı olduğunuz bir aşı var mı yoksa tüm aşılarla mı karşıısınız | | | |