

NESLIHAN ARGÜT

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**12-60 AY ARASI ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN AŞILAR
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ
İNCELENMESİ**

NESLİHAN ARGÜT

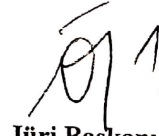
**DANIŞMAN
PROF. DR. EMİNE GÜLBİN GÖKÇAY**

**AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı, Ana-Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans öğrencisi **Neslihan ARGÜT** tarafından **Prof. Dr. Emine Gülbin GÖKÇAY**'ın danışmanlığında hazırlanan “**12-60 Ay Arası Çocuğu Olan Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi**” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **22/08/2019** tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında **başarılı** bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

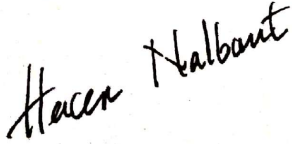


Jüri Başkanı
(Danışman)

Prof.Dr.Emine Gülbin GÖKÇAY
İ.Ü Çocuk Sağlığı Enstitüsü
Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Jüri

Dr.Öğr.Üyesi Hacer NALBANT
İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

**Jüri**

Doç.Dr.Nalan KARABAYIR
İst.Medipol Üniv. Uluslararası Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



BEYAN

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

Neslihan ARGÜT



İTHAF

Her güzel şeyin başlangıcında olduğu gibi aileme ve eşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Akademik anlamda bakış açısı geliştirmemdeki adımlardan ilki olan yüksek lisans eğitim ve öğrenimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, çalışma disiplinlerini örnek edindiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, Prof. Dr. E. Gülbin Gökçay'a ve ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Kılıç'a,

Mesleki yol göstericiliğimi ve akıl hocalığımı yapan, deneyimleri ve anlatılarıyla ideali hatırlatan ve takip etmemi sağlayan, desteğini her konuda sürekli hissettiren, aynı çatı altında olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Arzu Yükselen ve Prof. Dr. İ. Haluk Yavuzer'e,

Aradığım makalelere nasıl ulaşacağımı öğreten, her karşılaşmamızda motive edici konuşmalarıyla cesaretlendiren ve destek olan Dr. Öğretim Üyesi Hacer Nalbant'a,

Biyoistatistiği, anlatımıyla bana sevdiren, test yöntemlerini bulmaca gibi görmemi sağlayan Dr. Başak Gürtekin'e, örneklem saptama aşamasından başlayarak veri analizi sürecinin sonuna kadar biyoistatistik alanında danışmanlığımı ve yol göstericiliğimi yapan, samimiyetiyle çalışmamı kolaylaştıran Dr. Hayriye Ertem Vehid'e,

Bu süreçte türlü sorularımı yanıtlayan, bilgi ve tecrübeleriyle destek veren başta G. Benan Özan, S. Miraç Öztürk, Ezgi Yıldırım ve Figen Eroğlu olmak üzere tüm değerli çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ailelere ve aileleri bilgilendirme hususunda aşı bilgilendirme broşürlerini kullanmama olanak sağlayan Çocuk Sağlığı Derneği'ne,

Beni güler yüzüyle ağırlayan poliklinik çalışanlarına, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Hastalıklardan Korunma ve Aşı.....	2
2.2. Ülkemizde Yürütülen Başıııııkıama Programı ve Uygulanmakta Olan Aşılar	3
2.2.1. Verem (BCG) Aşııı.....	5
2.2.2. Difteri, Boğmaca ve Tetanos (DaBT) Aşıları	5
2.2.3. Polio Aşıları	6
2.2.4. Haemophilus Influenzae Tip B (Hib) Aşııı	7
2.2.5. Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) Aşıları	7
2.2.6. Suçiçeğı Aşııı.....	8
2.2.7. Hepatit A Aşııı.....	8
2.2.8. Hepatit B Aşııı.....	8
2.2.9. Meningokok Aşııı	9
2.2.10. Rotavirüs Aşııı.....	9
2.2.11. Influenza Aşııı	9
2.2.12. Pnömokok Aşııı	10
2.3. Aşı Uygulama Etkinlikleri	10
2.4. Ülkemizde Aşılanma Durumu ve Aşılama İstatistikleri	11
2.5. Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE)	12
2.6. Ülkemizdeki ve Dünya'daki Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamaları.....	13
2.6.1. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları	13

2.6.2. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Tutumları	16
2.6.3. Ailelerin Aşılanma Durumlarını Etkileyen Faktörler	17
2.6.3.1. Sosyo-Demografik Özellikler	18
2.6.3.2. Geçmiş Deneyimler.....	19
2.6.3.3. Maliyet	19
2.6.3.4. Sağlık Çalışanlarının Rolü	20
2.6.4. Aşı Kararsızlığı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Modeli.....	24
3.2. Onaylar.....	24
3.3. Veri Toplama Yöntemi	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.5. Genel Pediatri Polikliniği.....	25
3.6. Örneklemenin Oluşturulması.....	25
3.7. Tanımlamalar	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Mali Kaynak.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Sosyo-Demografik Bilgiler.....	29
4.2. Ailelerin ve Çocuklarının Aşılanma Durumlarına İlişkin Bilgiler ve Etkileyen Faktörler.....	33
4.3. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi Durumları ve Etkileyen Faktörler	40
4.4. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Tutumları.....	53
4.5. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler	59
5. TARTIŞMA	63
KAYNAKLAR	71
EKLER	79
ETİK KURUL KARARI	92
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	95
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Ulusal Bağışıklama Takvimi.....	4
Tablo 2-2: Ülkemizde ve Avrupa'daki Aşı Oranları	12
Tablo 2-3: Aşı Kararsızlığı Matriksi.....	22
Tablo 4-1: Çocukların Cinsiyete Göre Yaş Dağılımları	29
Tablo 4-2: Anket Formunu Cevaplayan Kişilerin Çocuğa Yakınlıkları.....	29
Tablo 4-3 : Çalışmaya Katılan Çocukların Doğum Sırası	30
Tablo 4-4: Çalışmaya Katılan Çocukların Kardeş Sayısı	30
Tablo 4-5 : Çocuklara Ait Aşı Kartlarının Varlığı.....	31
Tablo 4-6 : Annelerin Hamilelik Döneminde Kontrole Gitme Durumları	31
Tablo 4-7 : Annelerin ve Babaların Yaş Dağılımları.....	32
Tablo 4-8 : Anne Eğitim Düzeyi.....	32
Tablo 4-9: Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumları ile Anne Eğitim Düzeyi	33
Tablo 4-10: Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumları ile Kardeş Sayısı	34
Tablo 4-11: Çocukların Aşılarının Aksama Nedenleri	34
Tablo 4-12: Çocukların Yaşa Göre Aşılanma Durumları	35
Tablo 4-13: Araştırmaya Katılan Çocukların Eksik Aşılı Olma Nedenleri.....	35
Tablo 4-14: Çocukların Aşılanma Durumları ile Çocukların Cinsiyeti.....	36
Tablo 4-15: Çocukların Aşılanma Durumu ile Anne Yaşı	36
Tablo 4-16: Çocukların Aşılanma Durumu ile Baba Yaşı.....	37
Tablo 4-17: Anne Eğitim Düzeyi ile Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları.....	38
Tablo 4-18: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları ile Annenin Çalışma Durumu	38
Tablo 4-19: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları ile Babanın Çalışma Durumu.....	39
Tablo 4-20: Ailelere Aşılar Hakkında Bilgi Verilmesi ile Çocuklarına Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları.....	39
Tablo 4-21: Ailelerin Belirttiği Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Yöntemleri	40
Tablo 4-22: Ailelere Göre Aşıların Yapılma Nedenleri	41
Tablo 4-23: Ulusal Aşı Takviminde Yer Alan ve Aileler Tarafından Belirtilen Aşılar .	42

Tablo 4-24: Aileler Tarafından Belirtilen ve Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılar	42
Tablo 4-25: Aileler Tarafından Belirtilen Aşı ile Korunulabilen Bulaşıcı Hastalıklar... 43	43
Tablo 4-26: Ailelerin Bulaşıcı Hastalıkları Bilme ile Aşıları Bilme Durumları..... 44	44
Tablo 4-27: Ailelerin Aşı İle Korunulabilen Bulaşıcı Hastalıkları Bilme Durumları ile Anne Eğitimi Düzeyi	45
Tablo 4-28: Ailelerin Aşıları Bilmeleri ile Anne Eğitimi Düzeyi	46
Tablo 4-29: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılarından Haberdar Olmaları ile Anne Eğitimi Düzeyi	47
Tablo 4-30: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilmeleri ile Anne Eğitim Düzeyi	48
Tablo 4-31: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Bulaşıcı Hastalıkları Bilme Durumları	49
Tablo 4-32: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Aşıların Ücretsiz Olduğunu Bilme Durumları	50
Tablo 4-33: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılarından Haberdar Olma Durumları	51
Tablo 4-34 : Ailelerin Aşılama Sırasında Uygulanan Aşığı Bilme Durumları..... 52	52
Tablo 4-35:Ailelerin Aşılama Sırasında Yapılan Aşı İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynaklar	52
Tablo 4-36: Ailelerin Aşı Yaptırmamanın Riskli Olduğunu Bilme Durumları ve Aşı Gerekliliği Düşünceleri..... 53	53
Tablo 4-37: Anne Yaşı ile Aşı Gerekliliğine Dair Düşünce..... 54	54
Tablo 4-38: Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Anne Eğitim Düzeyi..... 54	54
Tablo 4-39: Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Baba Yaşı..... 55	55
Tablo 4-40: Ailelerin Aşılar ile İlgili Karşılaştıkları Olumsuz Söylemler	56
Tablo 4-41: Ailelerin Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Aşılarla İlgili Olumsuz Söylemler Karşılaşma Durumları..... 56	56
Tablo 4-42: Yeni Bir Çocuğu Olması Durumunda İzleneceği Belirtilen Alternatif Aşılama Planları..... 58	58
Tablo 4-43: Ailelerin Çevrelerinde Bulunan Aşısız Çocukların Aşılanmamış Olma Nedenleri..... 59	59
Tablo 4-44: Ailelerin Karşılaştıkları Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler..... 60	60

Tablo 4-45: Ailelerin Çevrelerinde Karşılaştıklarını Belirttikleri Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler	60
Tablo 4-46: Ailelerin Yaptırdıkları Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıların Dağılımı	61
Tablo 4-47: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırmama Nedenleri.....	62
Tablo 4-48: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumu ile Aşılamamanın Risk Olduğunu Bilmeleri.....	62



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (Merkezi)

ASİE: Aşı Sonrası İstenmeyen Etki

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BCG: Bacillus Calmette-Gueri (Tüberküloz) Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Aşısı

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Haemophilus Influenzae Tip B Aşısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

ECDC: European Center for Disease Prevention and Control (Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

GMP: Good Manufacturing Practices (İyi Üretim Uygulamaları)

İPA: İnaktif Polio Aşısı

KKK: Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

OPA: Oral Polio Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme) Dozu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

S.S.: Standart Sapma

Td: Erişkin Tipi Difteri Tetanos Aşısı

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

ÖZET

Argüt, N. (2019). 12-60 Ay Arası Çocuğu Olan Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, 12-60 ay yaş aralığında çocuğu olan ailelerin aşılarla ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran 218 aile oluşturmaktadır. Veriler, yüzyüze görüşme tekniği ile alanyazında bulunan çalışmalar doğrultusunda hazırlanan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmamızda, ailelerin %87,6'sının aşıların gerekliliğine inandıkları saptanmıştır. Ailelerin %99,1'i çocuklarına aşı yaptırdıklarını, %93,1'i çocuklarının aşılarının hiç aksamadığını, %96,3'ü çocuklarının aşılarının tam olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin tamamına yakını (%97,7) çocuklarının sağlığı için kendilerinin aşılatabileceklerini belirtmişlerdir. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için en sık belirtilen yöntem temizliktir (%39,9). Ailelerin ulusal programda yer alan aşıları bilme oranı %62,8; yer almayan aşıları belirtme oranı %3,2; bulaşıcı hastalıkları bilme oranı %51,4'tür. Kızamık (%29,4) en sık belirtilen aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıktır. Bulaşıcı hastalıkları ve aşıları bilen aile oranı %74,1 olarak saptanmıştır. Anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan ailelerin bulaşıcı hastalıkları daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır. Ailelerin %44,5'i ilk aşının doğumda, %40,8'i son aşının 2 yaşında yapıldığını belirtmişlerdir. Ailelerin %29,8'i çocuklarına ulusal programda yer almayan aşıları yaptırmış; yaptırmayanların %80,3'ü ise kendilerine bilgi verilmesi durumunda yapacaklarını belirtmişlerdir. Anne eğitim düzeyinin, annenin çalışıyor olmasının ve ailelerin bilgilendirilmesinin ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları yaptırma oranlarını artırdığı görülmüştür. Ailelerin bilgi edinmesinde ve yönlendirilmesinde sağlık çalışanlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, ailelerin aşılar konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, sağlık çalışanlarının bilgi edinme ve tutum geliştirmede önemli oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aşılar, Bilgi, Tutum, Aile, Çocuk

ABSTRACT

Argüt, N. (2019). Knowledge, Attitude and Practice of Families of 12-60 Months-Old-Children on Vaccines. İstanbul University, Institute of Child Health, Maternal and Child Health, Master's Thesis. İstanbul.

This descriptive study aimed to assess the knowledge, attitude, and practices of families regarding immunization of 12-60 month-old children. The sample of the research included 218 families admitted to the General Pediatric Outpatient Clinic of Istanbul Medical Faculty Hospital. The data were collected by face to face interviews through a questionnaire based on the literature review. According to the findings; 87,6% of families considered that vaccines were necessary for their children. Among all families, 99,1% reported that their children were vaccinated, 93,1% never delayed the vaccination, and 96,3% stated that their children were fully immunized. Most of the parents (%97,7) admitted that being immunized protect their children's health. Hygiene (39,9%) was reported as the most common way to protect against contagious diseases. 62,8% of families knew vaccines in the national program; 3,2% knew vaccines, not in the program; 51,4% knew the vaccine-preventable diseases. Of all families, 29,4% mentioned measles as the vaccine-preventable disease. 74,1% knew the vaccine-preventable diseases and the vaccines. As maternal education increased knowledge about vaccine-preventable diseases also increased. Only 44,5% of families reported the first vaccine applied at birth. 40,8% of families stated that immunization was completed at age 2. 29,8% of families were vaccinated their children with paid vaccines; 80,3% of families stated that they will vaccinate their children if they were informed about. Maternal educational level, maternal employment status, and being informed increased vaccination rates of vaccines not in the national program. According to the findings, families have a lack of knowledge regarding vaccines and healthcare workers were important as a source of information and to develop an attitude toward immunization.

Key Words: Vaccines, Knowledge, Attitude, Family, Child

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bulaşıcı hastalıklara karşı aşı ile korunmak, her çocuğun hakkıdır. Aşı uygulamaları çocukluk döneminde üç amaçla yapılır. Aşı uygulamaları ile çocukları ciddi yan etkileri ile ölüm riski olan hastalıklara karşı korumak ilk amaçtır. İkinci amaç, aşılama oranlarını yükselterek toplumda oluşabilecek salgınları engellemektir. Toplum düzeyinde yaygın aşılanmanın sağlanması ile toplumda çok düşük oranlarda bulunan aşılannmaları olanaksız çocukların (lösemi vb.) korunması sağlanır. Ölümcül hastalıkların dünyada görülmesini engellemek üçüncü amaçtır, bu amaca ilk kez çiçek hastalığı eradike edilerek erişilmiştir (Gökçay 2010).

Uzun yıllara dayanan çalışmalar sonucunda Türkiye, 2002 yılında çocuk felcinden arınmış ülke ilan edilmiştir (UNICEF 2019, Mart). 2009 yılından bu yana ülkemizde neonatal tetanos görülmemektedir (UNICEF 2011, Nisan). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verileri aşı uygulamaları sayesinde her yıl 3 milyona yakın çocuğun ölümden korunduğunu ve global hedefler gerçekleştirilebilirse 1,5 milyon çocuğun daha korunabileceğini belirtmektedir (WHO 2019a). Aşı uygulamaları sayesinde; kızamık nedeniyle görülen ölümler 2000-2007 yılları arasında %74 azaltılmıştır (WHO, UNICEF, World Bank 2009). Günümüzde dünya nüfusunun %80'i poliomylit enfeksiyonundan arındırılmış bölgelerde yaşamaktadır (Zaffran ve ark. 2018).

Son yıllarda sağlığa ve aşılarla dair farklı bilgi kaynaklarından yapılan çok sayıdaki yanlış paylaşım hızlı bir şekilde toplum içerisinde yayılmaktadır. Kişilerin mevcut bilgilerine eklenen bu paylaşımlar, sağlık hizmetlerine yönelik tutum ve uygulamaları etkileyebilmektedir (Argüt ve ark. 2016). Son zamanlarda toplumda gözlenen aşı kararsızlıkları da bu alanda araştırmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, aşılamaya ilişkin ailelerin mevcut bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Ailelerin aşılar hakkında sahip oldukları bilgiler, aşılarla karşı sergiledikleri tutumlar ve çocuklarının aşılama durumları annenin eğitim düzeyinden, annenin veya babanın yaşından, annenin veya babanın çalışma durumundan, çocuğun yaşından, ailelerin aşılar hakkında bilgilendirilme durumlarından, ailelerin aşılar ve bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma durumlarından, aşı gerekliliği inançlarından, aşılarla ilgili olumsuz bilgilerle veya duyumlarla karşılaşma durumlarından ve aşılammamanın risk olduğunu bilme faktöründen etkilenebilmektedir. Ailelerin bilgi, tutum ve uygulamaları üzerinde etkili olan bu faktörler, toplumlara ve dönemin sosyal dinamiklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple, halk sağlığının korunmasında oldukça önemli payı olan aşı uygulamalarına ve bunu etkileyen faktörlere ilişkin çalışmaların yapılması büyük önem taşımaktadır.

2.1. Hastalıklardan Korunma ve Aşı

Halk sağlığı çalışmalarının temel amacı kişileri hastalıklardan korumak ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarına devam etmelerini sağlamaktır. Toplumda en sık görülen, en çok ölüme ve sakatlığa sebep olan durumlar önemli hastalıklar olarak belirlenir. Önemli hastalıkların önlenmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve artırılması için stratejiler oluşturulur (Hacettepe Üniversitesi 2015).

Kişinin hastalanması, maddi ve manevi açıdan bireysel ve toplumsal etkilere sahiptir. Kişinin tedavi yaptırmaması ya da hastalıklardan korunmaması bireysel bir tercih olarak değerlendirilemez. Bu sebeple, toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek gayesiyle aynı toplumda yaşayan bireyler ortak sorumluluk ve dayanışma duygusu içinde birbirlerini desteklemelidirler (Hacettepe Üniversitesi 2015; Sachdeva 2017).

Bulaşıcı hastalıklar, hastalık ve ölüm hızlarında düşüşler sağlayan sağlık alanındaki ilerlemelere rağmen küresel olarak hala ölümlere neden olan hastalıkların en önemlilerindendir (Akın 2015a).

Çeşitli yollarla sağlam kişilere ulaşan bulaşıcı hastalıklar kısa sürelerde toplumu tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir. Tıp biliminin en önemli başarılarından olan ve en maliyet etkin sağlık uygulamalarından bir tanesi kabul edilen aşılama, hastalıkları önlemede en etkili halk sağlığı uygulamalarındandır (Akın 2015b).

Aşılar, belirli hastalık etkenlerinin veya ürünlerinin antijen özelliklerini taşırlar; ancak aşılar hastalık yapıcı özellik taşımayan ürünlerdir. Aşılama ile bulaşıcı hastalığa karşı etkin bağışıklık belirli bir süre sonra sağlanır ve bu bağışıklık uzun süre devam eder. Aşılama sonrası bağışıklığın gelişmesi aşılarla göre farklılık gösterebileceği gibi az sayıda kişide immün yanıt gelişemeyebilir (Koç ve Gökçay 2017).

Aşı uygulamaları ile her yıl 2 ila 3 milyon ölüm engellenmektedir. Global aşı korumasının gerçekleştirilebilmesi durumunda 1,5 milyon ölüm daha engellenebilir olacaktır (WHO 2017, Haziran). Aşılarla sağlanacak maksimum koruma topluma aynı zamanda şu faydaları da sağlayacaktır (Sachdeva 2017):

- Daha sağlıklı bir hayat ve halk sağlığının korunması
- Beklenen yaşam süresinde artış
- Antibiyotik direncinin azalması
- Kadının güçlenmesi
- Ekonomik güçlenme
- Toplumsal eşitlik
- Toplumda ve ülkede huzur/refah

2.2. Ülkemizde Yürütülen Bağışıklama Programı ve Uygulanmakta Olan Aşılar

Temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan bağışıklama programlarının amacı bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bulaşıcı hastalıklara yakalanmalarını önlemektir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat).

Aşılama takviminin ve hedef gruplarının oluşturulmasında hastalığın sık görüldüğü yaşlar, ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı, ülke genelinde ulaşım ve ulaşılabilirlik, mevsimsel ve coğrafi özellikler, kullanılması planlanan aşının türü, aşının özellikleri, aşının uygulandığı yaşa göre oluşturduğu bağışıklık seviyesi, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyi, toplumun ve sağlık personelinin alışkanlıkları gibi aşı uygulamasını etkileyen özellikler göz önüne alınmaktadır (Akın 2015c).

2008 yılında yayınlanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile tüberküloz, hepatit B, poliomiyelit, boğmaca, tetanos, haemophilus influenzae tip B,

difteri, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve invaziv pnömokokal hastalıklara karşı bağışıklama programı oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat). 2012 yılında hepatit A aşısı ve 2013 yılında suçiçeği aşısı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012, Ekim; T.C. Sağlık Bakanlığı 2013, Ocak). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılından bu yana uygulanan aşılarla ait ulusal aşı takvimi Tablo 2-1’de verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

Tablo 2-1: Ulusal Bağışıklama Takvimi

	Doğum	1. Ay Sonu	2. Ay Sonu	4. Ay Sonu	6. Ay Sonu	12. Ay Sonu	18. Ay Sonu	24. Ay Sonu	İlköğretim 1. Sınıf	İlköğretim 8. Sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

R: Rapel (Pekiştirme) Dozu

Ülkemizdeki aşı uygulamalarında, Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşılarla ek olarak özel sektör tarafından piyasaya sunulan aşılar da kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşılar ücretsiz uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat). Ulusal takvimde yer almayan, aileler tarafından temin edilmesi durumunda uygulanan aşılar; konjuge meningokok aşısı, rotavirüs aşısı, influenza aşısı ve HPV aşısıdır (Gülcü ve Arslan 2018).

Aşı uygulamaları, başta kamu sağlık kuruluşları olmak üzere özel sağlık kuruluşlarında da uygulanmaktadır. Yaygın olarak aile sağlığı merkezlerinde aşılama konusunda eğitimli sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü 2018, Şubat).

Aile sağlığı merkezleri ülkemizde ilk defa 2005 yılında Düzce’de denenmiş ve 2010 yılı itibariyle ülkemiz genelinde faaliyet göstermeye başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü 2017, Ekim). Aile sağlığı merkezleri bünyesinde verilen hizmetler arasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (gebe, lohusa, bebek, ocuk izlemleri, aşılama hizmetleri gibi) de yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, Mayıs). Aile sağlığı merkezleri bağışıklama hizmetlerini işleyişlerine uygun olacak şekilde esnek tutabilmekte ya da aşı günleri düzenleyerek uygulayabilmektedir.

Ülkemizde aşı uygulamasına doğumda başlanmakta, son çocukluk ağı aşısı ortaöğretim 4. sınıfta uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019). Bebeklik ve çocukluk döneminde yapılan aşıların bazılarının sağladığı bağışıklık zamanla azalabilmektedir. Bağışıklığın azalması kişileri hastalıklara açık duruma getirmektedir. Bu sebeple, ergenlerin ve yetişkinlerin aşıların pekiştirme dozlarını yeniden yaptırmaları önerilmektedir. Pekiştirme dozlarının yapılmaması, kişilerin sadece kendilerini değil aynı zamanda çevrelerinde bulunan bulaşıcı hastalık açısından yüksek risk taşıyan çocuklar ve henüz bağışık olmayan küçük bebekler için tehlikeli olabilmektedir. Çocuğun çevresinde yaşayan aile yeleri, bakıcılar ve sağlık çalışanları gibi çocukla temas halinde olan kişilerin aşılanması çocuğun etrafında bir koza oluşturarak onu hastalıklardan koruyabilmektedir. Bu yöntem özellikle boğmaca ve influenza için uygulanabilmektedir (Beyazova 2017a).

2.2.1. Verem (BCG) Aşısı

BCG aşısı, özellikle küçük yaştaki çocuklarda verem hastalığının yaygın ve lme yol açabilen klinik formlarının önlenmesi amacıyla kullanılır (Gökçay 2010). BCG aşısı ülkemizde, 2. ayın sonunda tek doz olarak uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019). Verem aşısı halen günümüzde kullanımda olan tek tüberküloz aşısıdır ve dünya genelinde en yaygın kullanılan aşıdır. BCG aşısı, 100’den fazla ülkenin ulusal aşı takviminde bulunmaktadır (Kondolot 2017).

2.2.2. Difteri, Boğmaca ve Tetanos (DaBT) Aşıları

Boğmaca, aşıyla korunabilir bir solunum yolu hastalığıdır. Boğmaca aşısı, difteri ve tetanos aşıları ile birlikte uygulanır. Koruyuculuğu genel olarak %80 kabul edilmektedir. Koruma süresi 10 yıl civarındadır. Toplumda bulaşmayı önlemek için risk altında bulunan kişilerin %92-95 oranında aşılanmış olması gereklidir (Beyazova 2017a).

Difteri, tarih boyunca kitlesel ölümlere ve pek çok salgına neden olmuştur. Difteriye karşı bağışıklamaya en erken altıncı haftada başlanabilir. Yedi yaşından büyüklere erişkin tip (Td) aşısı uygulanır. Bağışıklığın yaşam boyu devam etmesi için tetanos aşısı ile birlikte 10 yıllık aralarla tekrar edilmesi gereklidir. Aşının sağladığı bağışıklığın kalıcılık süresi hakkında kesin bilgi yoktur (Güney 2017).

Tetanos hatalığından aşısı ile tamamen korunulabilir. Tüm insanlar için tetanos aşısı önerilmektedir. Tüm dünyada kaydedilen, gelişmekte olan ülkelerde sabit oranlarda seyreden tetanos, en sık görülen tipi neonatal tetanos ile halen Afrika ve Asya ülkelerinde en sık görülen bebek ölüm nedenlerindendir. Aşılamayla sağlanan bağışıklık oranı zamanla azalmaktadır. Bu yüzden temel aşılama yapıp koruyucu antikor seviyelerine ulaştıktan sonra, yaralanma durumu gözetilmeksizin her 10 yılda bir aşılama tekrarlanmalıdır (Baltalı Halıcıoğlu ve İnce Bağ 2017).

Ülkemizde boğmaca, difteri ve tetanos (DaBT) aşıları doğumdan sonra 60. günden itibaren uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.3. Polio Aşıları

Canlı (OPA) ve inaktif (İPA) olmak üzere iki tip poliomyelit aşısı vardır. İki tip çocuk felci aşısı da üç tip polio virüsünü içerir. Canlı aşı (OPA), hastalığın görülmekte olduğu ya da yeni eradike edildiği ülkelerde uygulanmaya devam edilmektedir. Ancak, hastalığın on yıldan uzun süredir hiç görülmediği ülkelerde aynı yaşlarda OPA yerine İPA uygulamasına geçilmektedir. Üç doz İPA'dan sonra %99-100 oranında serokonversiyon elde edilmektedir (Gökçay 2010; Zaffran ve ark. 2018).

Gelişmiş ülkelerde 3 doz OPA'nın ardından %100 oranında antikor yanıtı gelişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde OPA sonrası tip 1 virüse karşı %73 oranında antikor yanıtı geliştiği aktarılmıştır. Tip 2 polio virüs eradikasyon çalışmaları sayesinde dünyadan tamamen silinmiştir. OPA içerisinde yer alan tip 2 virüsü ise toplumdaki dolaşımı yüksek olması nedeniyle canlı aşı (OPA) içinden çıkarılmıştır. Yakın zamanda ulusal aşı uygulamalarında ve polio kampanyalarında üç tip virüs içeren canlı aşılar yerine tip 2 içermeyen bivalent aşılar kullanılmaya başlanmıştır (Kılıç ve Tuğrul Aksakal 2017).

Ülkemizde inaktif polio aşısı (İPA) 2. aydan itibaren, zayıflatılmış canlı polio aşısı (OPA) 6. ve 18. ayda uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.4. Haemophilus Influenzae Tip B (Hib) Aşısı

Hib bakterisinin 5 yaş altındaki çocuklarda yol açtığı enfeksiyonlar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar gelişebilmektedir. Bu nedenle, Hib aşısı pek çok ülkede ulusal aşı takvimine alınmış ve hastalık riskinin azaltılması amaçlanmıştır (Şalk Vatandaş 2017). Hib aşısı, ülkemizde 2. aydan itibaren 5 yaşa kadar uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

Saflaştırılmış polisakkarit aşısı ilk Hib aşısıdır. 2 yaş altındaki çocuklarda bu tip aşının yeterli koruyuculuk sağlamaması nedeniyle konjuge aşılar geliştirilmiştir. Üç doz konjuge aşıdan sonra %100'e yakın oranda bağışıklık gelişmektedir (Gökçay 2010).

2.2.5. Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) Aşıları

Kızamık aşısı, anneden konjenital olarak gelen kızamık antikorlarının aşırıyı nötralize edici etkisi dikkate alınarak 12. aydan itibaren yapılmaktadır. Aşının, 4-6 yaşlarında tekrarlanması tavsiye edilmektedir (Gökçay 2010). Aşı tek başına, kızamıkçık ve kabakulak aşlarıyla ya da kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşıları ile birlikte olan biçimleriyle kullanılabilir. Tek doz aşı uygulaması ardından %5 oranında görülen yetersiz aşı yanıtı nedeniyle ikinci dozun uygulanması önerilmektedir (Karaayvaz 2017).

Kızamıkçık, tüm dünyada görülebilen bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık gebelerde fetus için risk taşıması nedeniyle önemlidir. Aşılamanın birinci amacı konjenital kızamıkçık sendromunu engellemektir. Bunu sağlamak için iki yaklaşım söz konusudur. Birinci yaklaşım, yalnız ergenlik dönemindeki kızların ve doğurganlık yaşındaki kadınların bağışık kılınmasıyla konjenital kızamıkçık sendromunun azaltılmasıdır. İkinci yaklaşım ise, kızamıkçık virüsünün bulaşmasının önüne geçen kapsamlı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, kızamıkçık aşısının ulusal aşı takviminde yer almasını ve kızamıkçığa duyarlı ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki bireylere yakalama aşılama aşılamlarının uygulanmasını gerektirir. Kızamıkçık aşılarında tek doz uygulamayı takiben %95 veya daha yüksek oranlarda antikor yanıtı elde edilmektedir (Evliyaoğlu 2017a).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kabakulak aşısının yaşam boyu koruyuculuk sağlaması için iki doz aşı uygulamasını önermektedir. Bir doz aşıdan sonra %95-96

oranında bağışıklık oluşur. KKK aşısını ulusal aşı takvimine alan ülkelerin çoğunluğunda aşı iki doz şeklinde uygulanmaktadır (Gökçay 2010; Örün 2017). Ülkemizde KKK aşısı kombine aşı olarak 12. ayda ve ilköğretim birinci sınıfta uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.6. Suçiçeği Aşısı

Suçiçeği hastalığından korunmanın en etkili yolu aşılamadır. Koruyucu antikor, tek doz uygulandığında çocukların %85-89'unu, iki doz uygulandığında çocukların tamamına yakınında (%99) oluşmaktadır. Aşı ile oluşturulan bağışıklığı artırmak ve aşılanmış bireylerde hastalık yükünü en aza indirmek için çocukluk döneminde iki doz olarak uygulanması tavsiye edilmektedir (Şimşek Orhon 2017). Ülkemizde ulusal aşı takvimi doğrultusunda tek doz olarak 12. ayda uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.7. Hepatit A Aşısı

Hepatit A enfeksiyonunun kimlerde ağır geçeceği öngörülememektedir. Çevre temizliği ve kişisel temizliğin sağlanmasının yanı sıra hepatit A hastalığından korunmada en etkin yollardan biri aşılamadır (Gür 2017).

Çocuklar ve yetişkinler için farklı tiplerde aşılar uygulanmaktadır. Bir yaş ve üstündeki sağlıklı çocuklarda ve ergenlerde birinci doz aşı uygulamasından sonra bir ay içinde uygulanan kişilerin %95'inde antikor yanıtı oluşmaktadır. İkinci doz aşı uygulamasının ardından aşılananların tamamında antikorlar koruyucu düzeye ulaşmaktadır. Aşılama uygulamaları klinik hepatit A enfeksiyonunu %94-100 arasında önlemektedir (Gür 2017). Ülkemizde ulusal aşı takvimi doğrultusunda 18. ayda ve 24. ayda iki doz uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.8. Hepatit B Aşısı

Hastalığa bağlı komplikasyonların (karaciğer kanseri, kronik karaciğer hastalığı gibi) önlenmesi için tüm yenidoğanlara aşı önerilmektedir. Enfeksiyonun erken yaşta geçirilmesi komplikasyon riskini artırmaktadır. Aşılanmamış tüm çocukların ve ergenlerin 19 yaşından önce aşılarını tamamlamaları gerekmektedir. Koruyuculuk süresinin temel aşılanmanın ardından yaklaşık olarak 22 yıl süreceği belirtilmektedir (Çöl

2017). Ülkemizde ulusal aşı takvimi doğrultusunda 3 doz uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.2.9. Meningokok Aşısı

Meningokok hastalıkları daha önce tanımlanmış bir risk faktörü olmayan sağlıklı bireylerde de yüksek oranlarda görülmektedir ve çok ağır seyretmektedir. Meningokok enfeksiyonlarının görülme sıklığının yüksek olduğu ülkelerde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) rutin aşılanmanın önemli olduğunu vurgulamaktadır. Polisakkarit, konjuge ve protein tipte olmak üzere üç farklı tipte aşı vardır. Polisakkarit aşılar asemptomatik taşıyıcılığı önlemediği ve toplumsal bağışıklığı sağlamadığı için günümüzde konjuge ya da protein aşılar tercih edilmektedir (Koç ve İnce Bağ 2017). Ülkemizde ulusal aşı takviminde yer almamakta, sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme doğrultusunda, aileler satın aldıkları takdirde uygulanmaktadır.

2.2.10. Rotavirüs Aşısı

Çocukluk çağı gastroenteritlerinin en önemli nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), rotavirüs aşılarının dünya genelinde uygulanmasını desteklemektedir (Evliyaoğlu 2017b). Ağızdan uygulanan aşı, ishal sıklığını azaltır ve hastanede yatarak tedavi görülmesini önler. Ülkemizde ulusal aşı takviminde yer almamakta, sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme doğrultusunda, aileler satın aldıkları takdirde uygulanmaktadır.

2.2.11. Influenza Aşısı

Kış mevsimi boyunca dünyada salgınlara sebebiyet veren influenza A ve B virüslerinin sebep olduğu akut solunum yolu hastalığıdır. Canlı ve inaktif olmak üzere iki tip aşı vardır. Dünyada bazı ülkelerde inaktif aşı 6. aydan sonra çocuklara her yıl influenza sezonu başlamadan önce uygulanmaktadır (Duyan Çamurdan 2017). İnaktif influenza aşısı ülkemizde ulusal aşı takviminde yer almaktadır. Sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme doğrultusunda aileler satın aldığı takdirde uygulanmaktadır. Kronik hastalığı olanlarda geri ödeme kapsamındadır. Ülkemizde 2017 yılında gebelere 2. trimesterden itibaren ücretsiz olarak önerilmektedir. Canlı influenza aşısı ülkemizde bulunmamaktadır.

2.2.12. Pnömonokok Aşısı

Streptococcus pneumoniae etkeni dünya çapında toplum kaynaklı pnömoni, akut sinüzit ve akut otitis medianın en yaygın bakteriyel sebebidir. Pnömonokok aşısının uygulanmadığı gelişmekte olan ülkelerde bu etkenin bakteriyel menenjitte neden olduğu bildirilmektedir. Etkenlerin antibiyotiklere karşı direnç kazanmaları ise önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Bu nedenlerle, pnömonokoklara karşı aşılama önem kazanmış ve yüksek aşılama oranları dirençli serotiplerin azalmasını sağlamıştır. Pnömonokok aşıları 30 yıldan fazla süredir kullanılmaktadır. Konjuge pnömonokok aşısı ve polisakkarit pnömonokok aşısı olmak üzere iki türü vardır (Taşar 2017). Konjuge pnömonokok aşısı (KPA) ulusal aşı takvimimizde yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

2.3. Aşı Uygulama Etkinlikleri

Aşı uygulamalarının temel amacı; doğan her bebeğin ulusal aşı takvimine uygun olarak hastalıklara karşı bağışık kılınmasıdır. Ülkemizde uygulanmakta olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) doğrultusunda, aşısız veya eksik aşı olduğu saptanan bebek ve çocukların aşılanmalarının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde eşit olarak gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Herhangi bir nedenle sağlık kuruluşlarına başvuran öncelikle bebek, çocuk ve gebe kadınlar olmak üzere tüm bireylerin aşılama durumları tespit edilmeli ve gerek görülen kişilerin aşılamaları yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat).

Aşı uygulamaları sonrasında her bireye bir aşı kartı düzenlenmektedir. Çocuklar için iki çeşit aşı kartı düzenlenir. İlki aşılama tarihinin gün-ay-yıl olarak doldurulduğu ve aileye verilen bebek/çocuk aşı kartı ve ikincisi okul aşılamaları sırasında verilen ve aşıların gün-ay-yıl olarak kaydedildiği okul aşı kartıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat). Ayrıca bazı illerde aile sağlığı merkezlerinde elektronik ortamda da kayıtlar başlamıştır.

Aşıların uygulama yolları aşı tipine göre farklılık gösterir. Aşılar temel olarak beş şekilde uygulanır (Babadağlı 2007; Koç ve Gökçay 2017):

- 1) Deri içi (İntradermal): BCG aşısı.
- 2) Deri altı (Subkütan): Kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşıları.

- 3) Kas içi (İntramusкуляр): Difteri, boğmaca, tetanos, hepatit A ve B, inaktive polio, inaktive influenza, Haemophilus Influenzae tip B, konjuge pnömokok aşıları.
- 4) Ağızdan (Oral): Canlı polio aşısı, rotavirüs aşısı.
- 5) Burun içi (Nasal): Canlı influenza aşısı.

Aşı uygulamaları, genelde sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda gerçekleştirilebileceği gibi, toplu aşı kampanyaları ile de gerçekleştirilebilmektedir. Toplu aşı kampanyaları, çok sayıda kişiye bir ya da daha fazla yerde kısa zaman dilimlerinde yapılır (Grabenstein ve Nevin 2006; WHO 2018a). Aşı kampanyaları, nüfusun sağlığını en üst düzeyde korumayı amaçlamaktadır (Grabenstein ve Nevin 2006). Ülkemizde bu kapsamda, 2014 ve 2015 yıllarında sığınmacı sayısının artması sebebiyle Hatay, Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa, Mardin, Şırnak, Adana, Malatya, Kahramanmaraş, Osmaniye, Adıyaman, Hakkari, Siirt, Van, Batman, Diyarbakır, Mersin ve İstanbul'da çocuk felci hastalığına karşı silip-süpürme (*mop-up*) çalışmaları yürütülmüştür (İstanbul Tabip Odası 2014, Haziran; T.C. Sağlık Bakanlığı 2014, Haziran). Bu aşı çalışmaları ile çocuk felci hastalığının görülme ihtimalinin olduğu bölgelerdeki evlerin tek tek gezilmesi ve çocukların aşılama amaçlanmaktadır (WHO 2019b).

2.4. Ülkemizde Aşılama Durumu ve Aşılama İstatistikleri

Ülkemizdeki ve Avrupa Birliği'nde bulunan ülkelerdeki çocukların 1. doğum günlerinde hesaplanan aşılama istatistikleri karşılaştırmalı olarak Tablo 2-2'de verilmiştir (WHO 2016, Haziran). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından açıklanan veriler doğrultusunda ülkemizdeki bebek aşılama oranları Avrupa'daki bebek aşılama oranlarından yüksektir (WHO 2016, Haziran).

Tablo 2-2: Ülkemizde ve Avrupa'daki Aşı Oranları

	Türkiye	Avrupa Birliği
Kızamık (1 doz)	%97	%94
Kızamıkçık (1 doz)	%98	%94
Kabakulak (1 doz)	%97	%94
Tüberküloz (1 doz)	%96	%57
Difteri (3 doz)	%97	%96
Tetanos (3 doz)	%97	%96
Boğmaca (3 doz)	%97	%96
Poliomyelit (3 doz)	%97	%96
Hepatit B (3 doz)	%97	%91

2.5. Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE)

Aşı uygulaması sonrası meydana gelen, bilinen aşı yan etkisi veya aşıya bağlı olduğu düşünülen istenmeyen tıbbi olaylar aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde kullanılmakta olan aşılar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen ve onaylanan, İyi Üretim Uygulamaları (*GMP - Good Manufacturing Practices*) kurallarına uygun üretilmiş, uluslararası referans laboratuvarlarında test edilmiş ve ülkemizde de tekrar kontrolden geçmiş olan aşılardır. Aşılar ülkemizde kullanıma sunulmadan önce Ulusal Referans Laboratuvarı'nda test edilerek uygunlukları kanıtlanmaktadır. Aşılama sonrası ortaya çıkan etkiler sıklıkla hafif, çok nadir olarak da ciddi istenmeyen etkilerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat). Aşılar toplumda kullanılırken bu açıdan da izlem ve değerlendirmeler yapılmaktadır. Yan etkisi yararından daha fazla olan hiçbir aşı kullanılmamaktadır (İskit 2006).

İstenmeyen etkiler bazı durumlarda aşının kendisine, bazı durumlarda ise aşının uygulanmasındaki hatalara bağlı olabilir. Ancak aşı veya uygulama ile ilgisiz de

gerçekleşebilir. Bu sebeple ASİE'ler beş başlıkta toplanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat):

- A. Aşı yan etkisi: Aşının içeriğine bağlı olarak gelişen etkiler.
- B. Program uygulama hataları: Aşının dağıtımı ve uygulanması anında ortaya çıkabilecek teknik sorunlar.
- C. Enjeksiyon reaksiyonu: Aşı yerinde ortaya çıkan şişlik, kızarıklık vb. durumlar.
- D. Rastlantısal: Aşının yapıldığı yaş ya da zamanla ilgili olarak ortaya çıkan dönemsel durumlar.
- E. Bilinmeyen: Herhangi bir nedene bağlanamayan etkiler.

Çocukların hemen her durumda aşı ile korunulabilir hastalıklara yakalanma ve bu hastalıklar sebebiyle ölme veya engelli olma ihtimali, aşı sonrası oluşabilecek istenmeyen etkilerin görülme ihtimali ile karşılaştırılamayacak kadar yüksektir. Bunun yanı sıra oluşan aşı sonrası istenmeyen etkiler ailelerin çocuklarının gelecek aşılarını yaptırmalarına engel olabilmekte; bu durum, eksik aşıli çocukların hastalıklara yakalanmasına veya ölümlerine neden olabilmektedir. Bu sebeple, aşıya bağlı istenmeyen etki izleme sistemi toplumun bağışıklama programına olan güveninin sürdürülebilmesi açısından da önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008, Şubat).

2.6. Ülkemizdeki ve Dünya'daki Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamaları

2.6.1. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları

Ailelerin aşılar hakkındaki mevcut bilgileri, bilgi edindikleri kaynaklar ve bu bilgilerin niteliği ailelerin aşılarla yönelik tutum ve uygulamalarını etkileyebilmektedir. Özkan ve Çatıker (2006) tarafından Bolu'da yapılan araştırmada; annelerin %51,4'ünün aşı ile korunabilir hastalıkların bulaşıcı olmadığını düşündükleri, %26,4'ünün ise bulaşıcı olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Annelerin %51,4'ünün çocukluk döneminde aşı ile korunabilir hastalıkların ciddiyetinin farkında olmadıkları ya da ciddi olmadığını düşündükleri; %6,7'sinin ise çocuğunun kısır kalacağı düşüncesi sebebi ile aşı yaptırmadıkları belirtilmiştir.

Smailbegoviç ve ark. (2003), İngiltere'de ailelerin bağışıklama ve aşı ile önlenabilir enfeksiyonlara ilişkin bilgi, tutum ve endişelerini incelemişlerdir.

Araştırmada ailelerin %82'si bağışıklamayı; koruma, hastalıkları önleme ve antikor gelişimi ile ilişkilendirmiş; %17'si bağışıklamanın nasıl oluştuğunu anlamadıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin %28'i ise kendilerine verilen bilgilerin yanlış olduğuna ve aşı güvenliğine ilişkin bilgilerin saklandığına inandıklarını belirtmişlerdir.

İstanbul'da ailelerin aşılar hakkındaki bilgi düzeyini ve aşılama durumlarını incelemek amacıyla yapılan bir tez çalışmasında (Bilir Göksüğü 2006) tüm aileler aşılamanın gerekli olduğunu ifade etmişler, ailelerin %67'si aşılamanın yapılma amacı için çocuklarının hastalanmaması, %39'u ise çocuklarının dirençlerinin artması cevabını vermişlerdir. Aynı çalışmada, ilk aşılamanın %33 oranında doğumda, son aşılamanın ise %24 oranında 1,5 yaşta yapıldığı belirtilmiştir. En çok bilinen aşının %71,5 oranı ile kızamık aşısı olduğu saptanmıştır.

Annelerin çocukluk çağı aşı takvimi ve aşılama komplikasyonları hakkındaki bilgilerini incelemek amacıyla Sivas ilinde yapılan bir çalışmada, annelerin %85'i aşı nedir sorusuna yanıt olarak bulaşıcı hastalıklardan korur, %94,9'u aşılamanın yapılma nedeni nedir sorusuna mikrop ve hastalıklardan korumak için gereklidir cevabını vermişlerdir. Annelerin %60,5'i yaptırdıkları aşının adını kısmen bildiklerini, %73,8'i aşılamanın hangi hastalıklardan koruduğunu kısmen bildiklerini belirtmişlerdir (Alparslan ve ark. 2010). Diyarbakır ilinde çocukların aşılama nedenlerini inceleyen bir araştırmada ise çocukluk dönemi aşılama hakkında bilgi sahibi olan ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarının aşılama hızlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Yiğitalp ve Ertem 2008).

Gellin ve ark. (2000), 6 yaşında veya daha küçük çocuğu olan ailelerin aşı ile önlenabilir hastalıklar, aşılar, bağışıklama uygulamaları ve politikalarına ilişkin bilgilerini ölçmek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1600 aileyle telefon görüşmesi yapmıştır. Katılımcıların %87'si çocuklarını sağlıklı tuttuğu için bağışıklamayı oldukça önemli bir uygulama olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde annelerin aşılar konusundaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, annelerin %3,9'unun aşılamanın kısırlık ya da başka yan etkiler yapacağına inandıkları için aşılamaya karşı olduğu belirtilmektedir (İşler ve ark. 2007). Kurçer ve ark. (2005) tarafından Şanlıurfa'da aşılama karşılaşılan sorunları saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %21,2'si aşılamanın zararlı olduğu

söylendiği için, %12,1'i aşıların ücretli olduğunu düşündükleri için çocuklarını aşılatmadıklarını ifade etmişlerdir.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kaçırılmış aşı fırsatlarının sıklığını ve nedenlerini incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada, ebeveynlerin %97,5'inin aşılar hakkındaki bilgilerini sağlık kuruluşlarından aldıkları belirtilirken; %2,5'nin ise bilgilerini internet, televizyon, komşu ve akrabalarından aldıkları belirtilmiştir (Taşar ve Dallar 2015). Alparslan ve ark.'nın (2010) 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocukluk çağı aşıları ve aşılama komplikasyonlarına dair bilgilerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, annelerin %91,2'sinin daha önce aşılar hakkında bilgi aldıkları ve bu bilgilerin %93,2 oranında sağlık personelinde kaynaklandığı belirtilmiştir. Avustralya'da Kwan Chow ve ark. (2017) tarafından ailelerin tutum, davranış ve endişelerini saptamak amacıyla yapılan araştırmada, en sık başvuru bilgi kaynağının sağlık çalışanları olduğu; bunu sırasıyla, resmi makamların ve internetin izlediği belirtilmiştir.

Nisar ve ark. (2010) tarafından Pakistan'da ailelerin aşılar hakkında bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, aileler, aşıların başlama yaşını %98,6 oranında doğum olarak; aşıların tamamlanma yaşını ise %56 oranında 9. ay, %22 oranında 2. yaş, %22 oranında ise 3. ay olarak belirtmişlerdir. Aşılarla korunabilen bulaşıcı hastalıklar sorulduğunda ailelerin %76'sı çocuk felci, %40,4'ü verem, %20,2'si boğmaca, %38,8'i tetanos, %18,7'si difteri, %33,5'i kızamık ve %15,4'ü hepatit B yanıtını vermişlerdir. Marskole ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada, ailelerin %87,3'ü çocuk felci aşısını ve %75,3'ü kızamık aşısını bildiklerini belirtmişlerdir.

İşler ve ark.'nın (2007) yaptıkları çalışmada, annelerin %25,1'inin aşı takviminde yer alan aşıların ücretsiz olduğunu bildikleri saptanmıştır. Annelerin %66,2'sinin kızamık, %61,4'ünün çocuk felci, %56,4'ünün hepatit B, %50,6'sının DaBT, %48'inin BCG aşısını bildikleri belirlenmiştir. Özkan ve Çatıker (2006) tarafından yapılan çalışmada, %85,8 oranında kızamığın ve %80,6 oranında kabakulağın aileler tarafından en sık belirtilen bulaşıcı hastalıklar olduğu saptanmıştır.

Yeni Zelanda'da ailelerin bağışıklamaya ve aşılarla ilişkin bilgi ve tutumlarını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada (Petousis-Harris ve ark. 2002), genel bağışıklama çalışmalarının, aşılanmayan çocukları da koruduğunu bildiğini belirten ailelerin oranı %29 olarak saptanmıştır.

Enkel ve ark.'nın (2017) tam aşılı çocukların ailelerinin aşılar hakkındaki endişelerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ailelerin aşıları desteklemelerine rağmen, çoğunluğunun bilgilerinin sınırlı olduğu, bazı ailelerin çocuklarını hangi hastalıklara karşı aşılattıklarını bilmedikleri saptanmıştır.

2.6.2. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Tutumları

Ailelerin aşılara ilişkin sergiledikleri tutumlar, olumlu ve olumsuz olarak ikiye ayrılabilir. Olumlu tutum sergileyen aileler aşılara ve aşılınmaya daha pozitif düşüncelerle yaklaşırlarken, olumsuz tutuma sahip ailelerin kararsızlık yaşayabildikleri saptanmıştır. Kararsızlığın aşı yaptırmaya devam eden ailelerde de görüldüğü, bazı ailelerin ise aşıyı reddetmelerine yol açtığı saptanmıştır (Yaqub ve ark. 2014).

Yurtdışında, Costa-Pinto ve ark. (2017) tarafından Avusturalya'da ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada ailelerin %98'i, Joseph ve ark. (2015) tarafından Hindistan'da ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada ailelerin %96'sı aşılardan gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde, Alparslan ve ark. (2010) tarafından Sivas'ta ailelerin aşılar ve aşı komplikasyonları ile ilgili bilgilerini ölçmek amacıyla yapılan araştırmada ailelerin %98,3'ü, İşler ve ark. (2007) tarafından İzmir Ege Üniversitesi Hastanesi'nde ailelerin bilgi ve uygulamalarını incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada ailelerin %96,1'i aşılardan gerekliliğini vurgulamışlardır.

Özkan ve Çatıker (2006) tarafından Bolu'da yapılan çalışmada, üç anneden biri bulaşıcı hastalıklardan en iyi korunma yöntemi olarak aşıları belirtmiş ve ailelerin %1,7 oranında aşı kararsızlığı yaşadığı saptanmıştır. Smailbegoviç ve ark. (2003) tarafından İngiltere'de ailelerin aşılara karşı karar alma nedenlerini saptamak amacıyla yapılan bir araştırmada %87 oranında ve Gellin ve ark. (2000) tarafından ailelerin bağışıklamaya ilişkin bilgilerini araştırmak amacıyla yapılan araştırmada %82 oranında bulaşıcı hastalıklardan korunmada en etkili yolun bağışıklama olduğu belirtilmiştir.

Avustralya'da ailelerin bağışıklama gereksinimleri ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, ailelerin aşıları destekleme oranı %98 olmasına karşın aşılardan içeriğine, 2 yaşından önce yapılmasına, alerji geliştirmesine, otizme sebep olmasına ve bağışıklık sistemini yavaşlattığı endişesine bağlı olarak toplamda %43 oranında aşı kararsızlığı dile getirilmiştir (Costa-Pinto ve ark. 2017). Çin'de yapılan bir araştırmada (Kwan Chow ve ark. 2017) ise 6 aydan küçük çocukların aşılınmasının ve

aynı anda birden çok aşı yapılmasının endişe yarattığı saptanmıştır. Çin’de yapılan bir başka çalışmada (Wagner ve ark. 2017) ise ailelerin endişelerinin çocuğun yaşına bağlı olduğu, küçük yaşlarda çocuğu olan ailelerin daha yüksek oranlarda tereddüt yaşadıkları belirtilmiştir. Kanada’da yapılan bir çalışmada (Dube ve ark. 2017), aşı kararsızlığı yaşayan ailelerin aşı yaptırmaya karar verdikleri ancak yine de aşılar hakkında tereddüt yaşadıkları ve sağlık çalışanlarına aşı yaptırma kararlarını sorgulamaya devam ettiklerini ilettikleri belirlenmiştir.

Toplu aşı kampanyaları, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla yürütülen çalışmalardan biridir. Alparslan ve ark. (2010) tarafından Sivas’ta ailelerin aşılar ve aşı komplikasyonları ile ilgili bilgilerini ölçmek amacıyla yapılan araştırmada, ailelerin toplu aşı kampanyalarına katılma oranı %58,2 olarak saptanmıştır. Bilir Gökşügür (2006) tarafından İstanbul’da ailelerin aşılar hakkındaki bilgi düzeyini ve aşılama durumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin %19’unda toplu aşı kampanyalarının kötü olduğuna dair düşünceler saptanmış; toplu aşı kampanyalarına katılmama nedeni olarak %7’si güvenli değil, %6’sı steril değil, %4’ü ise etkili değil yanıtını vermiştir.

Ataç ve Aker (2014) tarafından yayınlanan derlemede, “aşı karşıtları arasında en çok duyulan iki söylemin “Aşıların içeriğinde domuz ürünleri gibi helal olmayan ürünler bulunmaktadır” ve “Gizli düşmanlarımız, aşılar vasıtasıyla vücudumuza mutajen maddeler vererek neslimizi bozmak istiyorlar” olduğu belirtilmiştir. Topçu ve ark. (2018) tarafından aşıları reddeden aileler ile yürütülen çalışmada, ailelerin aşılarda çocuklar için güvenilir olmadığını düşündükleri ve aşılarla güvenmedikleri saptanmıştır. En az bir aşıyı reddeden ailelerin en sık kullandıkları bilgi kaynaklarının ise sağlık profesyonelleri ve sosyal medya ya da bloglar olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçları, topluma aşılar konusunda doğru bilgilerin aktarılmasının ve yerleşmesinin sağlanmasının gerekliliğini göstermektedir.

2.6.3. Ailelerin Aşılama Durumlarını Etkileyen Faktörler

Ailelerin sosyo-demografik özellikleri, ailelerin önceki aşı deneyimleri, aşılarda uygulanma şekilleri ve yerleri, ailelerin bilgilendirilme durumları aşı uygulamalarını etkileyen faktörler arasındadır.

2.6.3.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Ülkemizde yapılan birçok araştırmada (Kurçer ve ark. 2005; Babadağlı 2007; Gülgün ve ark. 2014) ailedeki çocuk sayısının artmasının aşılama oranlarını olumsuz etkilediği saptanırken ebeveyn eğitim düzeyinin artmasının aşılama oranlarını olumlu etkilediği saptanmıştır. Benzer olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde (Gust ve ark. 2004) ve İngiltere'de (Reading ve ark. 2004) yapılan araştırmalarda da aşılama oranlarını çocuk sayısının artmasının olumsuz etkilediği ve ebeveyn eğitim düzeyinin artmasının ise olumlu etkilediği belirtilmektedir.

Diyarbakır ilinde yapılan bir araştırmada, çocuk sırası ile eksik aşı olma arasında negatif bir ilişki saptanmış; 2 ve üzeri yerde aşı yaptıranın çocukların aşılamalarını olumsuz etkilediği görülmüştür (Yiğitalp ve Ertem 2008). Benzer şekilde, İngiltere'de yapılan bir araştırmada, kardeşi olmayan çocuklar için aşı gecikme oranı %6,2 iken, iki veya daha fazla kardeşi olan çocuklar için bu oran %23,3 olarak saptanmıştır (Reading ve ark. 2004). Kayseri Askeri Hastanesi'nde gerçekleştirilen araştırmanın aksine, kardeş sayısı 3 ve üzerinde olanların tam aşılama oranlarının, kardeş sayısı 2 ve daha az olanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gülgün ve ark. 2014).

Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, 2005 yılında çocukların ve gebelerin tetanos aşılama oranlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, anneler çocuklarını neden aşılatmadıkları sorusuna %27,3 oranında mevsimlik tarım işçileri olmaları yanıtını vermişlerdir. Aşı hakkında olumsuz bilgiler nedeniyle aşı yaptırmayan aileler bu bilgileri çevrelerinden edindiklerini belirtmişlerdir (Kurçer ve ark. 2005).

2001 yılında ABD'de yapılan vaka-kontrol çalışmasında, annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının aşıllılık durumunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Gust ve ark. 2004). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılan bir araştırmada da, ailenin gelir düzeyi ve annenin okuma yazma bilmesi ile çocuk aşılama skoru arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Bilir Göksüğü 2006).

Marskole ve ark.'nın (2016) Hindistan'da 5 yaş altında çocuğu olan ailelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını öğrenmek amacıyla yaptıkları araştırmada, ailelerin %53'ünün aşılamayı reddettikleri ve %33'ünün aşılamaya dair farkındalıkları olmadıkları için çocuklarını aşılatmadıkları saptanmıştır. Joseph ve ark. 2015 yılında ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada, aşı

aksama sebepleri sırasıyla çocukların aşı döneminde hasta olması, ailenin müsait olmaması ve sağlık kuruluşuna ulaşamama olarak belirtilmiştir (Joseph ve ark 2015).

Babadağlı tarafından 2007 yılında Yalova ilinde aşı eksikliklerini ve bunu etkileyen faktörleri incelemek için yapılan araştırmada, aşı kartı olmayan ailelerin sosyo-demografik düzeylerinin aşı kartı olan ailelere kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Annelerin eğitim durumu arttıkça aşı kartını yanında bulundurma oranlarının da arttığı saptanmıştır (Babadağlı 2007). İşler ve ark. (2007) tarafından yapılan bir araştırmada ailelerin %93'ünün aşı kartlarının olduğunu belirtilmiş ve anne eğitim düzeyinin arttıkça aşı kartını yanında bulundurma oranının arttığı saptanmıştır. Üniversite mezunu anneler, en yüksek oranda çocuklarının aşı kartının olduğunu ve her zaman yanlarında bulunduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, çocukların aşılatılmama nedenleri ülkelerin ve ailelerin koşullarına göre farklılık göstermektedir.

2.6.3.2. Geçmiş Deneyimler

Geçmişte yaşanan aşılamalara ilişkin olumlu ya da olumsuz tecrübeler, kişilerin aşılarla yaklaşımlarını etkileyebilir. Aşılarla bağlı yan etkilerin görülmesi aşı kararsızlığını arttırabilir ya da aşılanmayan bir kişinin, aşı ile önlenabilir hastalıklar nedeniyle muzdarip olduğunun bilinmesi kişileri aşılanmaya sevk edebilir (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2013, Mart).

İşler ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada, annelerin %56,7'sinin aşı sonrası yan etki gelişimini gözlemledikleri; bu yan etkilerin sırasıyla ateş, aşı yerinde kızarıklık ve şişlik ile huzursuzluk olduğu saptanmıştır. Bilir Göksüğü (2006) yaptığı araştırmada, annelerin %56 oranında aşı yan etkisi olarak ateş gözlemlediklerini saptamıştır. Derince (2006) araştırmasında annelerin, çocuklarının %97,6'sında ateş, %24,9'unda vücutta döküntü ve %49,8'inde aşı yerinde şişlik gözlemlediklerini belirtmiştir.

2.6.3.3. Maliyet

Aşı yaptırmaya gönüllü olan ve aşı sağlayıcı sistemlere güven duyan kişiler aşıları yaptırmak için ödeyecekleri ücretleri karşılayamayacaklarını düşünerek aşı yaptırmaktan çekinebilmektedir (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2013, Mart).

Yaprak ve ark. (2004) ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılarda yapılma oranını %2,8; İşler ve ark. (2007) %27; Derince (2006) ise %10,2 olarak saptamıştır. Bilir Göksüğü (2006) ailelerin %79'unun sağlık çalışanlarının bilgi vermesi durumunda ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları da yaptıracaklarını belirlemiştir.

2.6.3.4. Sağlık Çalışanlarının Rolü

Ailelerin sağlık çalışanları tarafından aşılarda hakkında bilgilendirilmesi, aşılama oranlarını artırmaktadır (Babadağı, 2007). Karafillakis ve Dina (2015) tarafından sağlık çalışanları ve hastaları arasındaki aşı kararsızlığını saptamak amacıyla Avrupa'da yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının aşı bilgilendirmesinde en güvenilir kaynak oldukları ancak bazı doktorların halka açık bir şekilde aşıları kınadıkları ya da aşılar konusunda kararsız davrandıkları belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının bilgi ve uygulamalarının; kendi aşı tercihlerini, uygulamalarını ve ailelere verdikleri aşı önerilerini etkiledikleri bulunmuştur.

Ailelerin bağışıklamaya ilişkin bilgilerini araştırmak amacıyla yapılan birçok araştırmada sağlık çalışanlarının, aşılama konusunda en sık başvuru ve güvenilen kaynaklar olduğu belirtilmiştir (Alpaslan ve ark. 2010; Joseph ve ark. 2015; Costa-Pinto ve ark. 2017; Kwan Chow ve ark. 2017).

2.6.4. Aşı Kararsızlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşı kararsızlığını, bağışıklama hizmetlerinin erişilebilir olmasına rağmen aşılamaı kabul etmede ya da reddetmede gösterilen çekince veya yaşanan gecikme olarak tanımlamaktadır (WHO 2018a). Aşı kararsızlığının nedenleri zaman, yer ve aşılarla ilgili olarak farklılık göstermesi sebebiyle karmaşık bir durum olarak ele alınır. Aşı kararsızlığında, aşı sağlayıcılarına veya uygulayıcılarına duyulan güven, aşılarla ulaşım sağlama ve aşıya gereksinim duyma ya da değer verme gibi hususlar etkilidir. Aşı kararsızlığı yaşayan bireyler, aşıları yaptırmalarına rağmen endişe taşıyabilir; tüm aşıları ya da bazılarını reddedebilir ya da geç yaptırmaları (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2013, Mart). Aşı kararsızları, aşıları kabul edenlerle reddedenlerin arasında kalan bir grup olması sebebiyle aşı karşıtlarından ayrılmaktadırlar.

Aşı kararsızlığı yeni ortaya çıkan bir kavram değildir. 1800'lü yıllarda çiçek aşısının hizmete sunulmasıyla birlikte Avrupa'da kararsız yaklaşımlar ve itirazların

görüldüğü kaydedilmiştir. Aşı karşıtı lobiler ve ekipler, ilk yıllarda kendi yayın araçlarını ve iletişim materyallerini kullanarak örgütlenmiş (Butler 2017); 1900’lü yıllarda aşı karşıtı dernekler kurulmaya başlamıştır. Aşı karşıtı ekiplerin bu çabaları, öncelikle ortaya çıktıkları ülkelerde aşılama oranlarının düşmesine ve takip eden süreçte hastalıkların yeniden salgın yapmasına neden olmuştur. Günümüzde artan iletişim olanakları ve özellikle internet ağı, aşı karşıtlarının bir araya gelmesine, bilimsel dayanağı olmayan söylemlerin toplumda yayılmasına olanak vermiştir (Beyazova 2017b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılında yayınladığı 10 küresel sağlık tehdidi arasında aşı kararsızlığını da vurgulamıştır (WHO 2019c).

Aşı kararsızlığına neden olan faktörleri açıklamak amacıyla, “*The Complacency, Convenience and Confidence (3Cs)*” başlığıyla bir model oluşturulmuştur. Oluşturulan bu modelde “*Complacency*” faktörü, aşılar sayesinde hastalığın görülmemesine bağlı olarak oluşan rehabeti-rahatlığı vurgulamaktadır. Aşılama programlarının başarısı ve aşılama oranlarının yüksek olması sayesinde günümüzde bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azalmış; ancak sağlanan bu başarı kendisinin tuzağı olmaya başlamıştır (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2014, Ekim). Hastalıkların görülme sıklığının azalması insanların dikkatini hastalıkların tehlikelerinden aşılardan risklerine çektiği, bir paradoks oluşturarak insanların rahatlığa-rehavete kapılmasına ve kararsızlık yaşamasına neden olduğu belirtilmiştir (Akın 2015b; The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2014, Ekim). “*Convenience*” (kolaylık, erişilebilir olma) faktörü, fiziksel imkanlar, sağlanabilirlik, ödeme yapmaya razı olma, coğrafi ulaşılabilirlik, anlayabilme becerisi ve sağlık hizmetlerine müracaat etmek gibi değişkenlerin hesaplanması ile oluşmaktadır (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2014, Ekim). “*Confidence*” faktörü ise, güveni ve inancı vurgulamaktadır. Güven ve inanç, aşılardan içeriğine olan güveni ve etkililiğine duyulan inancı, aşılardan sağlayıcısı olan kurum veya kişiler ile uygulanmak üzere aşılardan belirleyen resmi makamlara olan güveni temsil etmektedir (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2014, Ekim).

Aşı kararsızlığını açıklamaya çalışan Aşı Kararsızlığı Matriksi (The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group 2014, Ekim; Argüt ve ark. 2016) bağlamsal faktörler, bireysel-grup faktörleri ve aşı-aşılana özgü etki faktörleri olarak konuyu üç grupta toplamaktadır. Tablo 2-3’te bu gruplardaki faktörler ayrıntılı yer almaktadır.

Aşı kararsızlığı üzerinde etkili olan faktörler, ortaya çıkan farklı yaklaşımlar ve uygulama tercihleri çok boyutlu değerlendirilmeli, halk sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından incelenmeli ve hassasiyetle ele alınarak üzerinde çalışılmalıdır.

Tablo 2-3: Aşı Kararsızlığı Matrisi

Bağlamsal Faktörler Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumları, ekonomik ve politik faktörler	• İletişim ve medya faktörü • Etkili liderler, bağışıklama programı sağlayıcıları ve aşı karşıtı ya da destekleyici lobiler • Tarihi etkiler • Din/kültür/cinsiyet/sosyo-ekonomik durum • Politika ve kanunlar • Coğrafi engeller • İlaç endüstrisi algısı
Bireysel ve Grup Etkileri Aşılarla ilişkin kişisel algı ya da sosyal çevrenin etkisi	• Kişinin, ailenin veya toplumun tecrübeleri • Sağlık ve koruyucu uygulamalara karşı tutum • Bilgi ve farkındalık • Sağlık sistemi, sağlayıcılara güven ve kişisel deneyim • Kar/zarar ilişkisi(algılanan, bilinen) • Aşıların zararlı/riskli olarak algılanması gibi sosyal değerler
Aşı ve Aşılanmaya İlişkin Faktörler Doğrudan aşı ve aşılama ile ilgili unsurlar	• Kar/zarar ilişkisi (Bilimsel ve epidemiyolojik kanıtlarla) • Bir aşının yeni önerilmiş olması • Uygulama yöntemi • Aşılama programının oluşturulması ve uygulama şekli (ulusal aşı takvimi, toplu aşı kampanyaları vb.) • Aşı takvimi • Ücretlendirme • Sağlık çalışanlarının önermesi, tutumu ve bilgi sahibi olması

Aşı kararsızlığı üzerinde etkili olan faktörler, ortaya çıkan farklı yaklaşımlar ve uygulama tercihleri çok boyutlu değerlendirilmeli, halk sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından incelenmeli ve hassasiyetle ele alınarak üzerinde çalışılmalıdır.

Alan yazında elde edilen bilgiler doğrultusunda, ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamaları ile aşı kararsızlığı arasında bağlantı olabileceği düşünülmektedir. Ailelerin aşılar hakkında edindikleri bilgiler aşılar hakkındaki tutum ve uygulamalarını etkileyebilir. Anneye ve babaya ait sosyo-demografik özellikler ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamaları üzerinde etkili olabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın amacı, yaşları 12-60 ay aralığında çocuğu olan ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemektir.

3.2. Onaylar

Araştırmanın akademik kurul onayı, 07.11.2016 tarih ve 401811 sayı ile İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan; etik kurul onayı (Ek 4), 28.11.2016 tarih ve 1359 sayı ile İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada kullanılacak veri toplama formu, alanyazında yer alan çalışmalar incelenerek oluşturulmuştur. Veri toplama formunda yer alan sorular aileleri yönlendirmemesi amacıyla tarafsız bir anlatım kullanılarak hazırlanmıştır. Oluşturulan anket formu, pilot çalışma kapsamında 12-60 ay yaş aralığında çocuğu olan 20 aileye uygulanmıştır. Ailelerden alınan geribildirimler doğrultusunda çalışma formu yeniden düzenlenmiş, yönlendirici olduğu düşünülen ifadeler değiştirilmiş ve yeni sorular eklenmiştir. İkinci kez düzenlenen anket formu kullanılarak 20 aile ile ikinci bir çalışma gerçekleştirilmiş ve form araştırma için hazır duruma getirilmiştir.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölümde çocuğun ve ailenin demografik bilgileri hakkında sorular yer alırken; üçüncü bölümde ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını ölçmek amacıyla hazırlanan sorular bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırma tarihlerinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Pediatri Polikliniği'ne araştırmacının işyerinden izin alabildiği, cuma günleri arasıra başvuran 12-60 ay aralığında çocuğu olan aileler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme, evrenden hareketle evren oranı (P) %50, hata payı %5 ve %95 güven düzeyi kullanılarak en az 210 aile olarak belirlenmiştir.

3.5. Genel Pediatri Polikliniği

Genel Pediatri Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı içinde faaliyet göstermektedir. Ana işlevleri dört ana başlıkta toplanır (İstanbul Tıp Fakültesi 2012):

1. Hasta çocukların değerlendirilmeleri ve tedavilerinin sağlanması,
2. Süreğen bazı hastaların takiplerinin yapılması,
3. Ayaktan hasta olarak başvuranların ve İstanbul Tıp Fakültesi'nin diğer kliniklerinden gelen konsültasyon hastalarının başvurularının değerlendirilmesi,
4. Başvurular sırasında koruyucu ve tamamlayıcı sağlık hizmetlerinin verilmesi.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin referans hastane olması nedeni ile polikliniğe Türkiye'nin başta İstanbul ve Marmara Bölgesi olmak üzere çeşitli illerinden ve bölgelerinden başvuru olmaktadır.

3.6. Örneklemin Oluşturulması

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Pediatri Polikliniği'nde 03.03.2017-05.05.2017 tarihleri arasında Cuma günleri yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 12-60 ay yaş grubunda çocuğu olmak, Genel Pediatri Polikliniği'ne muayene ya da kontrol amacıyla başvurmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Bu tarihlerde Genel Pediatri Polikliniği'ne 12-60 ay yaş aralığında çocuğu olan 480 aile başvurmuştur. Görüşülen aileler ile %30 kayıp olacağı düşünüldükçe 277 aile ile görüşülmüştür. Görüşülen 277 aileden 25 tanesi araştırmaya katılmayı reddetmiştir. 6 aile acil işleri sebebiyle anket formunu tamamlayamamıştır. 28 çocuğun gerçek yaşının 12-60 ay aralığında olmadığı saptanmış, toplam 218 aile ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ailelere Gönüllü Olur Formu (Ek 1) okunup, imzalatılmıştır. Anne veya baba ile yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırma anketi (Ek 2) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya katılan tüm ailelere Çocuk Sağlığı Derneği tarafından hazırlanan Aşı Bilgilendirme Broşürü hediye edilmiştir.

3.7. Tanımlamalar

- Ailelerin bildikleri aşılar ve bulaşıcı hastalıklar isim olarak kaydedilmiş, birden fazla yanıt kabul edilmiştir. Ailelerin belirttikleri aşılar ulusal aşı takviminde yer

alan ve ulusal takviminde yer almayan aşılar olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Analiz sırasında en az iki tane doğru bulaşıcı hastalık ve en az iki tane doğru aşı adı söyleyen aileler aşıları veya hastalıkları doğru biliyor olarak kabul edilmişlerdir.

- Aşıların ilk defa yapılma zamanı için doğumda yanıtını verenlerin cevapları doğru kabul edilmiştir, son aşı için 8. sınıf ya da 12 yaş yanıtını verenlerin cevapları doğru kabul edilmiştir.
- Veri toplama sürecinde, ailelerden çocuklarının aşılanma durumlarını teyit etmek için aşı kartı istenmemiştir. Sağlık bilgi sisteminden teyit etmek amacıyla çocuklarının kimlik numaraları istenmiş; ailelerin tamamına yakını çocuklarının kimlik numaralarını vermeyi reddetmiştir. Çocukların aşılanma durumu ailelerin sözlü beyanlarına göre değerlendirilmiştir.
- Anne ve babanın doğum tarihleri gün, ay, yıl olarak kaydedilmiş; bu şekilde bilgi veremeyen ailelerden bilgi yaş (yıl) bazında alınmıştır.
- Ailelerin aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) ile karşılaşma durumları sorulmuştur. Bu soru ailelerin sözlü bildirimlerine göre değerlendirilmiştir.
- Ailelerin aşılarla ilgili karşılaştıkları olumsuzluklar sorulmuştur. Bu soru ile ailelerin haberlerden, internetten, çevrelerinden edindikleri olumsuz bilgiler ve yaşantılar saptanmaya çalışılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Microsoft Office Excel 2016 programına kaydedilmiş ve SPSS for Windows 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programına aktararak incelenmiştir. Değişkenler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerde aritmetik ortalama, standart sapma; açıklayıcı istatistiklerde korelasyon analizi yapılmış veya ki-kare analizi kullanılmış, anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ alınmıştır. Ki-kare testi uygulanırken beklenen değer büyüklüğünün 5'in altında olduğu tablolarda Fisher's Exact ya da Exact Ki-Kare; 5-25 arasında olduğu tablolarda Yates Ki-Kare; 25 ve üzerinde olduğunda Pearson Ki-Kare kullanılmıştır (Fields 2009; Karagöz 2015). 2x2 deseninde olan ve Fisher's Exact Ki-Kare yöntemi ile değerlendirilen değişkenlerde p değeri elde edilirken ki-kare değeri saptanamamaktadır.

Ki-kare testinin uygulanması sırasında tablo gözlerinde gözlenen değerin düşük olması nedeniyle bazı soruların cevap seçenekleri birleştirilerek analiz edilmiştir. Bu sorular şu şekilde düzenlenmiştir:

- Annenin eğitim düzeyi 8 yıl ve daha az, 9-12 yıl, 13-16 yıl ve 16 yıl ve üzeri seçenekleri ile sorulmuştur. 8 yıl ve daha az seçeneği ilköğretim ve altı, 9-12 yıl seçeneği lise olarak değerlendirilmiştir. Veri analizi sırasında ki-kare testinin uygulanmasında 16 yıl ve üzeri veri sayısının az olması sebebi ile 13-16 yıl ve 16 yıl ve üzeri seçenekleri birleştirilerek lisans ve üstü olarak değerlendirilmiştir.
- Çocukların aşılama durumları (tam aşı, eksik aşı, aşı, bilmiyor ve diğer) ve aşı kartı olma durumları (yanında, var ama yanında değil, kaybetti, diğer) ailelerin beyanları temel alınarak değerlendirilmiştir. Çocuğun doğum tarihinden bu yana aşı kartında yer alan aşıları yaptırmama durumları sorulmuştur. Bilmiyor veya diğer yanıtlarını veren aile olmamıştır. Veri analizi sırasında ki-kare testinin uygulanmasında aşı, veri sayısının çok az olması sebebi ile eksik aşı ve aşı, seçenekleri birleştirilerek değerlendirilmiştir.
- Hamilelik döneminde kontrole gitme; 3 ve daha az, 4 ve üzeri, hatırlamıyor, kontrole gitmedi seçenekleriyle sorulmuştur. Hatırlamıyor yanıtı verilmediği için analize alınmamıştır. Kontrole gitmeyen aile sayısının düşük olması sebebiyle, 3 ve daha az cevabı ile kontrole gitmedi cevabı birleştirilerek değerlendirilmiştir.
- Anne ve babanın çalışma durumu çalışmıyor, tam gün çalışıyor, yarım gün çalışıyor, işsiz, emekli ve diğer seçenekleriyle sorulmuştur. Diğer seçeneğine cevap alınmamıştır. Tam gün ve yarım gün çalıştığı belirtilen anneler ve babalar çalışıyor; ev hanımı, işsiz ve emekli olduğu belirtilen anneler ve babalar çalışmıyor olarak değerlendirilmiştir.
- Ailenin beyanına göre ailenin geçim durumu çok muhtaç durumda, ancak geçiniyor, orta halli (iyi), gelir durumu oldukça iyi ve varlıklı sayılır seçenekleriyle sorulmuştur. Veri sayılarının çok muhtaç durumda ve varlıklı sayılır seçeneklerinde az olması nedeniyle, muhtaç sayılır ve ancak geçiniyor seçenekleri birleştirilerek vasat-kötü; oldukça iyi ve varlıklı sayılır seçenekleri birleştirilerek çok iyi kategorileri oluşturularak değerlendirilmiştir.

- Ailelerin “Aşılar neden yapılır?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar doğrudan kaydedilmiştir. Hastalıktan korunmak, virüsten ya da bakteriden korunmak, önlem almak ya da bağışıklık sağlamak için cevapları korunma amaçlı olarak sınıflandırılmıştır. Sağlık için, sağlığı korumak için ya da sağlık açısından önemli olduğu için cevapları sağlıklı olmak için olarak sınıflandırılmıştır. İyileşmek için, aklımızın karışmaması için cevapları diğer olarak sınıflandırılmıştır.

- Ailelerin “Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için en iyi yöntem nedir?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar doğrudan kaydedilmiştir. Temiz-hijyenik olma, ellerini yıkama ve ev-eşya-kıyafet temizliği cevapları temizlik yöntemi olarak sınıflandırılmıştır. Dikkatli olmak, ilaç kullanmak ve eğitim cevapları diğer olarak sınıflandırılmıştır.

- Ailelerin aşıların nasıl uygulandığı konusundaki açık uçlu soruya verdikleri iğne ile, enjeksiyon ile, kalçadan, koldan cevapları enjeksiyon yöntemi olarak sınıflandırılmış; ağızdan, oral ve damla cevapları ise damla yöntemi olarak değerlendirilmiştir.

- Ailelere “Çocuğunuzun aşılarını nerede yaptırıyorsunuz?” sorusu devlet hastanesi, ana çocuk sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, özel hastane ve diğer seçenekleri ile sorulmuştur. Diğer seçeneğini belirten aile olmamıştır. Veri sayısının özel hastane seçeneğinde az olması nedeniyle özel hastane ve devlet hastanesi seçenekleri birleştirilerek hastane olarak değerlendirilmiştir.

- Ailelere “Aşılar hakkındaki bilgi kaynağınız nedir?” sorusu çocuk doktoru, aile hekimi, hemşire, internet, gazete/dergi, televizyon ve diğer seçenekleri ile sorulmuştur. Çocuk doktoru, aile hekimi ve hemşire seçenekleri birleştirilerek sağlık çalışanları olarak değerlendirme yapılmıştır.

- “Aşılar gerekli midir?” sorusu evet, hayır, kararsızım seçenekleri ile sorulmuştur. Kararsızım ve hayır cevaplarına ait veri sayısının düşük olması sebebiyle cevaplar birleştirilerek hayır olarak değerlendirilmiştir.

3.9. Mali Kaynak

Araştırmaya ait tüm giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Ailelere verilen Aşı Bilgilendirme Broşürleri (Ek-3) ise Çocuk Sağlığı Derneği’nden ücretsiz olarak sağlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Bilgiler

Çalışmaya toplam 218 çocuk ve ailesi katılmıştır. Çocukların %46,8'i erkek idi; yaşlara göre cinsiyet dağılımı birbirine yakın idi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Çocukların Cinsiyete Göre Yaş Dağılımları

Çocuğun Yaşı (Ay)	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
12-23	32	27,6	30	29,4	62	28,4
24-35	33	28,4	35	34,3	68	31,2
36-47	26	22,4	24	23,5	50	22,9
48-60	25	21,6	13	12,7	38	17,4
Toplam	116	100	102	100	218	100

(Ortalama yaş: 32 ay, SS:13,2)

Anket formunu cevaplayan ebeveynlerin çoğunluğu (%83) annelerden oluşmakta idi (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Anket Formunu Cevaplayan Kişilerin Çocuğa Yakınlıkları

	n	%
Anne	181	83
Baba	37	17
Toplam	218	100

Çalışmaya katılan çocukların %42,7'si (93 çocuk) ilk çocuk idi (Tablo 4-3).

Tablo 4-3 : Çalışmaya Katılan Çocukların Doğum Sırası

	n	%
Birinci	93	42,7
İkinci	69	31,7
Üçüncü	41	18,8
Dördüncü ve üzeri	15	6,9
Toplam	218	100

Çalışmaya katılan çocukların %38,1'i (83 çocuk) iki kardeş idi (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Çalışmaya Katılan Çocukların Kardeş Sayısı

	n	%
Tek çocuk	65	29,8
İki kardeş	83	38,1
Üç kardeş	52	23,9
Dört ve üzeri	18	8,3
Toplam	218	100

Araştırmaya katılan ailelere kendilerinin ve çocuklarının genel bir sağlık sorununun olup olmadığı sorulmuştur. Annelerin %82,6'sının, babaların %84,9'unun ve çocukların %56,4'ünün sağlık problemi olduğu belirtilmiştir. Annelerin, babaların ve çocukların aşılannmalarını engelleyecek herhangi bir sağlık problemi saptanmamıştır.

Ailelere “Çocuğunuz bulaşıcı bir ya da daha fazla hastalığa yakalandı mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %7,8'i (17 aile) bilgisi verilen çocuklarının bulaşıcı hastalık geçirdiğini belirtmiştir. Ailelerden çocuklarının geçirdikleri bulaşıcı hastalıkları belirtmeleri istenmiştir. Yanıt veren 12 ailenin en sık belirttiği hastalık suçiçeği (%35,3; 6 aile) idi.

Ailelerin araştırma kapsamına alınan çocuklarına ait aşı kartı olma oranı %97,6 idi. Ancak ailelerin %78,9'u çocuklarının aşı kartlarının yanlarında olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4-5).

Tablo 4-5 : Çocuklara Ait Aşı Kartlarının Varlığı

	n	%
Var, yanında	43	19,7
Var, yanında değil	172	78,9
Yok - Kaybetti	3	1,4
Toplam	218	100

Hamilelik döneminde annelerin %88,5'i dört veya daha çok kez, %11,5'i üç veya daha az kez kontrole gitmişti (Tablo 4-6).

Tablo 4-6 : Annelerin Hamilelik Döneminde Kontrole Gitme Durumları

	n	%
3 veya daha az	25	11,5
4 veya daha çok	193	88,5
Toplam	218	100

Annelere ve babalara ait yaş dağılımı Tablo 4-7’de gösterilmiştir. Annelerin çoğunluğu (%40,8) 25-30 yaş arasında, babaların çoğunluğu ise (%30,3) 31-35 yaş arasında idi.

Tablo 4-7 : Annelerin ve Babaların Yaş Dağılımları

Yaş Grubu (Yıl)	Anne		Baba	
	n	%	n	%
18-24	28	12,8	3	1,4
25-30	89	40,8	45	20,6
31-35	53	24,3	66	30,3
36-40	35	16,1	63	28,9
40+	13	6	41	18,8
Toplam	218	100	218	100

(Anne Yaş Ortalaması: 31, SS:5,6; Baba Yaş Ortalaması: 35,9 SS:7,4)

Annelerin eğitim düzeyi bilgileri Tablo 4-8’de verilmiştir. Annelerin büyük çoğunluğu (%55,5) ilköğretim ve altı düzeyinde eğitime sahipti. İlköğretim ve altı düzeyinde eğitime sahip olan annelerin %2’si sadece okuma yazma biliyor idi. Okur yazar olmayan anne yoktu.

Tablo 4-8 : Anne Eğitim Düzeyi

	n	%
İlköğretim ve altı	121	55,5
Lise	67	30,7
Lisans ve üstü	30	13,8
Toplam	218	100

Annelerin ve babaların tamamına yakını (%97,7) evli olduklarını ve eşleri ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Annelerin %87,6’sı (191 anne) çalışmadıklarını, babaların tamamına yakını (%97,7; 213 baba) para getiren bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Annelerin %82,4’ü ev hanımı olduklarını, babaların %73,4’ü işçi olduklarını belirtmişlerdir. Aileler geçim durumlarını %86,2 orta halli, %11 vasat-kötü, %2,8 çok iyi olarak belirtmişlerdir.

4.2. Ailelerin ve Çocuklarının Aşılama Durumlarına İlişkin Bilgiler ve Etkileyen Faktörler

Ailelere “Çocuğunuza aşı yaptırıyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Ailelerden %99,1’i (216 aile) aşı yaptırdıklarını, %0,9’u (2 aile) yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Yaptırmadıklarını belirten ailelere çocuklarını neden aşılatmadıkları sorulmuştur. Ailelerden bir tanesi aşılarla güvenmediği için yaptırmadığını belirtmiştir. Diğerleri ise neden belirtmemiştir.

Ailelerin çocuklarına aşı yaptırma durumları ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p= 0,657$). Tüm eğitim düzeylerinde ailelerin tamamına yakını çocuklarına aşı yaptırmakta idi (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumları ile Anne Eğitim Düzeyi

Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumu							x ²	p*
Anne Eğitim Düzeyi	Yaptırıyor		Yaptırmıyor		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	119	98,3	2	1,7	121	100	1,618	0,657
Lise	67	100	0	0	67	100		
Lisans ve üstü	30	100	0	0	30	100		
Toplam	216	99,1	2	0,9	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelerin çocuklarına aşı yaptırma durumları ile kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p= 0,772$). Tüm kategorilerde aşı yaptırma oranı %98'in üzerindedir (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumları ile Kardeş Sayısı

Ailelerin Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumları							x ²	p*
Kardeş Sayısı	Yaptırıyor		Yaptırmıyor		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Tek çocuk	65	100	0	0	65	100	1,422	0,772
İki kardeş	82	98,8	1	1,2	83	100		
Üç kardeş	51	98,1	1	1,9	52	100		
Dört ve üzeri	18	100	0	0	18	100		
Toplam	216	99,1	2	0,9	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Çocuğunuzun aşıları geçmişte hiç aksadı mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerden %93,1'i (203 aile) çocuklarının aşılarının hiç aksamadığını, %6,9'u (15 aile) ise aksadığını belirtmiştir. Aksadığını belirten ailelere aksama nedeni sorulmuştur. Ailelerin en sık belirttiği sebep çocuğun aşı döneminde hasta olması idi (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Çocukların Aşılarının Aksama Nedenleri

	n	%
Aşı döneminde çocuğun hasta olması	8	53,3
Unutkanlık	2	13,3
Aşı kararsızlığı	1	6,7
Cevap vermeyen	4	26,7
Toplam	15	100

Ailelere “Çocuğunuzun aşıları yaşına göre tam mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin ifadesine göre çocukların tam aşıli olma oranı %96,3 (210 çocuk), eksik aşıli oranı ise

%3,7 (8 çocuk) olarak bulunmuştur. Çocukların yaşa göre aşılama durumu Tablo 4-12’de gösterilmiştir.

Tablo 4-12: Çocukların Yaşa Göre Aşılama Durumları

Yaş (Ay)	Tam Aşılı		Eksik Aşılı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
12-23	60	96,8	2	3,2	62	100
24-35	65	95,6	3	4,4	68	100
36-47	47	94	3	6	50	100
48-60	38	100	0	0	38	100
Toplam	210	96,3	8	3,7	218	100

Aşıları eksik olan çocukların ailelerine neden eksik olduğu sorulduğunda, ailelerin beyanlarına göre çocukların %50’sinin (4 aile) aşı döneminde hasta olduğu belirtilmiştir (Tablo 4-13).

Tablo 4-13: Araştırmaya Katılan Çocukların Eksik Aşılı Olma Nedenleri

	n	%
Aşı döneminde hasta olması	4	50
Başka aşısı olduğunu bilmemeleri	1	12,5
Cevap vermeyen	3	37,5
Toplam	8	100

Çocukların aşılama durumu ile çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,726$). Her iki cinsiyette tam aşı olma oranı yüksek idi (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: Çocukların Aşılama Durumları ile Çocukların Cinsiyeti

Çocukların Cinsiyeti							
Çocukların Aşılama Durumu	Kız		Erkek		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Tam	111	95,7	99	97,1	210	96,3	0,726
Eksik	5	4,3	3	2,9	8	3,7	
Toplam	116	100	102	100	218	100	

*Fisher's exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Çocukların aşılama durumu ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,012$). 36 yaş ve üzerindeki annelerin çocuklarının eksik aşı olma oranının, 36 yaş altındaki annelerin çocuklarına kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Çocukların Aşılama Durumu ile Anne Yaşı

Çocukların Aşılanma Durumları								
Anne Yaşı (Yıl)	Tam		Eksik		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
18-24	28	100	0	0	28	100	14,602	0,012
25-30	87	97,8	2	2,2	89	100		
31-35	53	100	0	0	53	100		
36-40	31	88,6	4	11,4	35	100		
40+	11	84,6	2	15,4	13	100		
Toplam	210	96,3	8	3,7	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Çocukların aşılama durumu ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,617$). Tüm yaş gruplarında çocukların aşılama oranı yüksek idi (Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Çocukların Aşılama Durumu ile Baba Yaşı

Çocukların Aşılama Durumu								
Baba Yaşı (Yıl)	Tam		Eksik		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
18-24	3	100	0	0	3	100	2,354	0,617
25-30	45	100	0	0	45	100		
31-35	63	95,5	3	4,5	66	100		
36-40	60	95,2	3	4,8	63	100		
40+	39	95,1	2	4,9	41	100		
Toplam	210	96,3	8	3,7	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Şu ana kadar çocuğunuza ücretli aşı yaptırdınız mı?” sorusu sorulmuştur. Ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptıran aile oranı %29,8 (65 aile) olarak saptanmıştır. Ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptıрма durumları ile anne eğitimi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=<0,001$). Anne eğitim düzeyi arttıkça ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları yaptıрма oranlarının da arttığı saptanmıştır (Tablo 4-17).

Tablo 4-17: Anne Eğitim Düzeyi ile Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları

Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları								
Anne Eğitim Düzeyi	Yaptırmış		Yaptırmamış		Toplam		x ²	p*
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	20	16,5	101	83,5	121	100	25,135	<0,001
Lise	28	41,8	39	58,2	67	100		
Lisans ve üstü	17	56,7	13	43,3	30	100		
Toplam	65	29,8	153	70,2	218	100		

*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Ailelerin çocuklarına ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırma durumları ile annenin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Çalışan annelerin ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırma oranı çalışmayan annelere kıyasla daha fazla idi (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları ile Annenin Çalışma Durumu

Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumu								
Annenin Çalışma Durumu	Yaptırmış		Yaptırmamış		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Çalışıyor	17	63	10	37	27	100	14,422	<0,001
Çalışmıyor	48	25,1	143	74,9	191	100		
Toplam	65	29,8	153	70,2	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelerin çocuklarına ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırma durumları ile babanın çalışma durumu arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p=1$). Çalışan ve çalışmayan babaların ücretli aşıları yaptırmama oranları benzer idi (Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları ile Babanın Çalışma Durumu

Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumu							
Babanın	Yaptırmış		Yaptırmamış		Toplam		p*
Çalışma Durumu	n	%	n	%	n	%	
Çalışıyor	64	30	149	70	213	100	1
Çalışmıyor	1	20	4	80	5	100	
Toplam	65	29,8	153	70,2	218	100	

*Fisher's exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Aşılar hakkında size hiç bilgi veren oldu mu?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %73,4’ü (160 aile) genel olarak aşılar hakkında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Ailelere aşılar hakkında bilgi verilmesi ile ailelerin çocuklarına ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,023$). Aşılar hakkında bilgi verilmeyen ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Ailelere Aşılar Hakkında Bilgi Verilmesi ile Çocuklarına Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları

Ailelere Aşılar Hakkında Bilgi Verilmesi								
Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumları	Bilgilendirilmiş		Bilgilendirilmemiş		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Yaptırmış	55	34,4	10	17,2	65	29,8	5,181	0,023
Yaptırmamış	105	65,6	48	82,8	153	70,2		
Toplam	160	100	58	100	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

Annelerin %73,4'ü hamilelik döneminde aşı olduklarını belirtmişlerdir. Aşı yaptırdığını belirten annelerin %32,5'i (52 anne) oldukları aşığı hatırlamadıklarını belirtmişlerdir. Hatırladıklarını belirten annelerin %61,9'u (99 anne) tetanos aşısı, %1,9'u (3 anne) kan uyuşmazlığı aşısı, %1,3'ü (2 anne) antenatal kortikostreoid ve %2,4'ü (4 anne) KKK veya hepatit B aşısı yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Bu durumdan annelerin bir kısmının aşılar konusunda yanlış bilgiye sahip oldukları anlaşılmaktadır.

4.3. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi Durumları ve Etkileyen Faktörler

Ailelere “Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için en iyi yöntem nedir?” sorusu sorulmuş, ailelerin yanıtı doğrudan kaydedilmiştir. Temiz-hijyenik olma, ellerini yıkama ve ev-eşya-kıyafet temizliği cevapları temizlik yöntemi olarak sınıflandırılmıştır. Dikkatli olmak, ilaç kullanmak ve eğitim cevapları diğer olarak sınıflandırılmıştır. Temizlik (%39,9) aileler tarafından en sık belirtilen korunma yöntemi idi. Aşı ise en sık belirtilen (%32,1) ikinci korunma yöntemi idi (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Ailelerin Belirttiği Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Yöntemleri

	n	%
Temizlik	87	39,9
Aşı	70	32,1
Sağlıklı beslenme / sağlıklı yaşam	20	9,2
Etkenle temas etmemek	15	6,9
Diğer	6	2,8
Cevap vermeyen	20	9,2
Toplam	218	100

Ailelere “Sizce aşılar neden yapılır?” sorusu sorulmuş, ailelerin verdikleri cevap kaydedilmiştir. 173 aile hastalıklardan korunmak, 26 aile sağlıklı olmak için yanıtını vermiştir (Tablo 4-22). Sağlıklı olduğu için, iyileşmek için ve iyi gelişmek için cevapları diğer kategorisinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4-22: Ailelere Göre Aşıların Yapılma Nedenleri

	n	%
Korunma amaçlı	173	79,4
Sağlıklı olmak için	26	11,9
Hastalıkları hafif atlatmak için	4	1,8
Diğer	4	2
Cevap vermeyen	11	5
Toplam	218	100

Ailelerden bildikleri aşı isimlerini belirtmeleri istenmiştir. Bazı aileler birden fazla yanıt vermişlerdir. Aileler DaBT-Hib aşısını dördü aşı olarak ifade etmişlerdir. Ulusal aşı takviminde yer alan ve aileler tarafından belirtilen aşıların dağılımı Tablo 4-23'te verilmiştir. En çok belirtilen aşının (%44,5) tetanos aşısı olduğu saptanmıştır. Ailelerin, DaBT-Hib-IPA aşısını (beşli aşı) belirtmedikleri saptanmıştır.

Tablo 4-23: Ulusal Aşı Takviminde Yer Alan ve Aileler Tarafından Belirtilen Aşılar

	Belirten Aileler		Belirtmeyen Aileler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tetanos aşısı	97	44,5	121	55,5	218	100
Kızamık aşısı	96	44	122	56	218	100
Verem aşısı	62	28,4	156	71,6	218	100
Hepatit B aşısı	60	27,5	158	72,5	218	100
Suçiçeği aşısı	50	22,9	168	77,1	218	100
Hepatit A aşısı	13	6	205	94	218	100
Çocuk felci aşısı	13	6	205	94	218	100
KKK aşısı	10	4,6	95,4	95,4	218	100
KPA aşısı	4	1,8	214	98,2	218	100
DaBT-Hib (Dörtlü karma aşı)	1	0,5	217	99,5	218	100

Aileler tarafından belirtilen ancak ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılar Tablo 4-24'te verilmiştir. Bazı aileler birden fazla yanıt vermişlerdir. En çok belirtilen aşının (%18,8) rotavirüs aşısı olduğu saptanmıştır. En az belirtilen (%0,5) aşı ise HPV aşısıdır (%0,5).

Tablo 4-24: Aileler Tarafından Belirtilen ve Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılar

	Belirten Aileler		Belirtmeyen Aileler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Rotavirüs aşısı	41	18,8	177	81,2	218	100
Grip aşısı	8	3,7	210	96,3	218	100
Meningokok aşısı	8	3,7	210	96,3	218	100
Human papilloma virüs (HPV) aşısı	1	0,5	217	99,5	218	100

Ailelerden aşı ile koruma sağlanabilen bulaşıcı hastalıkların isimlerini belirtmeleri istenmiştir. Bazı aileler birden fazla yanıt vermişlerdir. Aileler tarafından belirtilen bulaşıcı hastalıklar Tablo 4-25’te verilmiştir. En çok belirtilen bulaşıcı hastalık kızamık (%29,4) olarak saptanmıştır. Suçiçeği (%28,9) en çok bilinen ikinci bulaşıcı hastalıktır.

Tablo 4-25: Aileler Tarafından Belirtilen Aşı ile Korunulabilen Bulaşıcı Hastalıklar

	Belirten Aileler		Belirtmeyen Aileler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kızamık	64	29,4	154	70,6	218	100
Suçiçeği	63	28,9	155	71,1	218	100
Verem	54	24,8	164	75,2	218	100
Grip	46	21,1	172	78,9	218	100
Tetanos	29	13,3	189	86,7	218	100
Rotavirüs	14	6,4	204	93,6	218	100
Çocuk felci	12	5,5	206	94,5	218	100
Hepatit B	11	5	207	95	218	100
Kabakulak	11	5	207	95	218	100
Kızamıkçık	6	2,8	212	97,2	218	100
Menenjit	5	2,3	213	97,7	218	100
Zatürre	4	1,8	214	98,2	218	100
Boğmaca	2	0,9	216	99,1	218	100
Hepatit A	2	0,9	216	99,1	218	100
Kuduz	1	0,5	217	99,5	218	100
Tifo	1	0,5	217	99,5	218	100

Ailelerin %62,8'inin (137 aile) ulusal aşı takviminde yer alan en az iki aşığı, %3,2'sinin (7 aile) ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan en az iki aşığı bildikleri saptanmıştır. Ailelerin %51,4'ünün (112 aile) en az iki aşı ile koruma sağlanabilen bulaşıcı hastalığı bildikleri saptanmıştır.

Ailelerin aşı ile koruma sağlanabilen bulaşıcı hastalıkları bilmeleri ile aşıları bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Aşı ile koruma sağlanabilen bulaşıcı hastalıkları bilen ailelerin aşıları doğru bilme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4-26).

Tablo 4-26: Ailelerin Bulaşıcı Hastalıkları Bilme ile Aşıları Bilme Durumları

Aşıları Bilme							x ²	p*
Bulaşıcı Hastalıkları Bilme	Biliyor		Bilmiyor		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Biliyor	83	74,1	29	25,9	112	100	12,514	<0,001
Bilmiyor	54	50,9	52	59,1	106	100		
Toplam	137	62,8	81	36,2	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelerin bulaşıcı hastalıkları bilmeleri ile anne eğitimi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,01$). Eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan annelerin bulaşıcı hastalıkları, ilköğretim ve altı olan annelere kıyasla daha yüksek oranda doğru bildikleri saptanmıştır (Tablo 4-27).

Tablo 4-27: Ailelerin Aşı İle Korunulabilen Bulaşıcı Hastalıkları Bilme Durumları ile Anne Eğitimi Düzeyi

Bulaşıcı Hastalıkları Bilme								
Anne Eğitim Düzeyi	Biliyor		Bilmiyor		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	51	42,1	70	57,9	121	100	9,727	0,01
Lise	42	62,7	25	37,3	67	100		
Lisans ve üstü	19	63,3	11	36,7	30	100		
Toplam	112	51,4	106	48,6	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelerin aşıları bilme durumları ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,125$). Tüm eğitim düzeylerinde aşıları bilmeyen annelerin oranı oldukça yüksek idi (Tablo 4-28).

Tablo 4-28: Ailelerin Aşıları Bilmeleri ile Anne Eğitimi Düzeyi

Ailelerin Aşıları Bilmeleri								
Anne Eğitim Düzeyi	Biliyor		Bilmiyor		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	52	43	69	57	121	100	4,163	0,125
Lise	19	28,4	48	71,6	67	100		
Lisans ve üstü	10	33,3	20	66,7	30	100		
Toplam	81	37,2	137	62,8	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Aşı uygulama yolları nelerdir?” sorusu sorularak aşı uygulama yöntemlerini belirtmeleri istenmiştir. Bazı aileler birden fazla yanıt vermişlerdir. Ailelerin %90,4’ü (197 aile) aşıların enjeksiyon ile, %26,1’si (57 aile) damla ile uygulandığını belirtmişlerdir.

Ailelere “İlk aşı ve son aşı çocuklara ne zamanda yapılır?” sorulmuştur. İlk aşının yapılma zamanına doğumda, son aşının yapılma zamanına ilköğretim 8. sınıfta ya da 12 yaşında yanıtını veren aileler biliyor olarak değerlendirilmiştir. Ailelerin %44,5’inin (97 aile) ilk aşının yapılma tarihini doğru bildikleri belirlenmiştir. Son aşının ne zaman yapıldığı sorusuna doğru cevap veren aile olmamıştır. Ailelerin %40,8’i (89 aile) son aşının 2. yaşta yapıldığı yanıtını vermişlerdir.

Ailelere “Ulusal aşı takviminde yer alan aşıların ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %80,3’ü (175 aile) ücretsiz olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir.

Ailelere “Bazı aşıların ulusal aşı takvimi içinde ücretsiz olarak yer almadığı ancak aile tarafından ücretli olarak alınırsa yapılabileceğini biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Aileler %66,1 oranında (144 aile) bu durumu bildiklerini belirtmişlerdir.

Anne eğitim düzeyi ile ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılarından haberdar olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$). Anne eğitim düzeyi arttıkça ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılarından haberdar olma oranının arttığı saptanmıştır (Tablo 4-29).

Tablo 4-29: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılarından Haberdar Olmaları ile Anne Eğitimi Düzeyi

Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılarından Haberdar Olma								
Anne Eğitim Düzeyi	Haberdar		Haberdar Değil		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	66	54,5	55	45,5	121	100	16,231	<0,001
Lise	53	79,1	14	20,9	67	100		
Lisans ve üstü	25	83,3	5	16,7	30	100		
Toplam	144	66,1	74	33,9	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Aşılar hakkında size hiç bilgi veren oldu mu?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %73,4’ü (160 aile) genel olarak aşılar hakkında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.

Anne eğitim düzeyi ile ailelerin aşılarda hakkında bilgilendirilme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,041$). Anne eğitim düzeyi yükseldikçe aşılarda hakkında bilgilendirilme oranının da arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 4-30).

Tablo 4-30: Ailelerin Aşılarda Hakkında Bilgilendirilmeleri ile Anne Eğitim Düzeyi

Aşılar Hakkında Bilgilendirilme							x²	p*
Anne Eğitim Düzeyi	Bilgilendirilmiş		Bilgilendirilmemiş		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	81	66,9	40	33,1	121	100	6,405	0,041
Lise	53	79,1	14	20,9	67	100		
Lisans ve üstü	26	86,7	4	13,3	30	100		
Toplam	160	73,6	58	26,6	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelerden aşı ile koruma sağlanabilen hastalıkları belirtmeleri istenmiştir. En az iki tane aşı ile koruma sağlanabilen bulaşıcı hastalık adı söyleyen aileler biliyor olarak kabul edilmiştir. Ailelerin aşılar hakkında bilgilendirilmeleri ile bulaşıcı hastalıkları bilme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,007$). Aşılar hakkında bilgilendirilen ailelerin bilgilendirilmeyen ailelere kıyasla bulaşıcı hastalıkları daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır (Tablo 4-31).

Tablo 4-31: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Bulaşıcı Hastalıkları Bilme Durumları

Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları								
Bulaşıcı Hastalıkları Bilme	Bilgilendirilmiş		Bilgilendirilmemiş		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Biliyor	91	81,3	21	18,7	112	100	7,279	0,007
Bilmiyor	69	65,1	37	34,9	106	100		
Toplam	160	73,4	58	26,6	218	100		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Aşılar hakkında size hiç bilgi veren oldu mu?” sorusu ile “Ulusal aşı takviminde yer alan aşıların ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin bilgilendirilmeleri ile aşıların ücretsiz olduğunu bilmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,051$). Ancak farkın anlamlılık sınırında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-32).

Tablo 4-32: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Aşıların Ücretsiz Olduğunu Bilme Durumları

Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları								
Ulusal Aşı Takviminde Yer Alan Aşıların Ücretsiz Olduğunu Bilme	Bilgilendirilmiş		Bilgilendirilmemiş		Toplam		χ^2	p^*
	n	%	n	%	n	%		
Biliyor	134	83,8	41	70,7	175	80,3		
Bilmiyor	26	16,3	17	29,3	43	19,7	3,798	0,051
Toplam	160	100	58	100	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Bazı aşıların ulusal aşı takvimi içinde ücretsiz olarak yer almadığı ancak aile tarafından ücretli olarak alınırsa yapılabileceğini biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Aşılar hakkında bilgilendirildiğini belirten ailelerin %68,8’i, bilgilendirilmediği belirten ailelerin %58,6’sı bazı aşıların ücretli olarak alınırsa yapılabileceğinden haberdar idi.

Ailelerin aşılar hakkında bilgilendirilme durumları ile ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıların varlığından haberdar olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,217$). Aşılar hakkında bilgilendirildiğini belirten ailelerin %31,2'si ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılarından haberdar olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4-33).

Tablo 4-33: Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları ve Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılarından Haberdar Olma Durumları

Ailelerin Aşılar Hakkında Bilgilendirilme Durumları								
Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılardan Haberdar Olma	Bilgilendirilmiş		Bilgilendirilmemiş		Toplam		x ²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Haberdar	110	68,8	34	58,6	144	66,1		
Haberdar değil	50	31,2	24	41,4	74	33,9	1,522	0,217
Toplam	160	100	58	100	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Aşılar hakkındaki bilgi kaynağınız nedir?” sorusu sorulmuştur. Aşılar hakkında bilgilendirildiğini belirten ailelerin %98,1'i (157 aile) bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını veya aşı kartını belirtmişlerdir. Ailelerin %1,9'u bilgilerini internet, gazete, dergi ve televizyon aracılığıyla sosyal iletişim kaynaklarından aldıklarını belirtmişlerdir.

Ailelere “Çocuğunuzu aşıya götürdüğünüzde hangi aşının yapıldığını biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Ailelerden %82,6’sının aşı için sağlık kuruluşlarına başvurduklarında çocuklarının hangi aşığı olacaklarını bildikleri saptanmıştır (Tablo 4-34).

Tablo 4-34 : Ailelerin Aşılama Sırasında Uygulanan Aşığı Bilme Durumları

	n	%
Biliyor	180	82,6
Bilmiyor	38	17,4
Toplam	218	100

Aşı amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduklarında çocuklarına yapılacak aşığı bildiklerini belirten aileler bilgilerini %71,1 oranında hemşire/ebelerden, %10,6 oranında aşı kartından aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4-35).

Tablo 4-35:Ailelerin Aşılama Sırasında Yapılan Aşı İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynaklar

	n	%
Hemşire – Ebe	128	71,1
Aşı kartı	19	10,6
Aile hekimi - Çocuk doktoru	13	7,2
Araştırarak	9	5
Hatırlamıyor	11	6,1
Toplam	180	100

Ailelere “Bir çocuğa ailesi aşı yaptırmama kararı alırsa diğer çocukların hastalıklara yakalanma riskinin arttığını biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %77,5’i çocuklarına aşı yaptırmamanın diğer çocuklar için riskli olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. Aşı yaptırmamanın diğer çocuklar için riskli olduğunu bilme durumu ile aşı gerekliliği düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,029).

Çocuklarının aşılınmamasının diğer çocuklar için risk oluşturduğunu bilen ailelerin bilmeyen ailelere kıyasla aşı gerekliliğine daha çok inandıkları saptanmıştır (Tablo 4-36).

Tablo 4-36: Ailelerin Aşı Yaptırmamanın Riskli Olduğunu Bilme Durumları ve Aşı Gerekliliği Düşünceleri

Aşı Yaptırmamanın Risk Olduğunu Bilme								
Aşıların Gerekliliği Olduğunu Düşünüyor Musunuz?	Biliyor		Bilmiyor		Toplam		x ²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Evet	153	90,5	38	77,6	191	87,6	4,764	0,029
Hayır	16	9,5	11	22,4	27	12,4		
Toplam	169	100	49	100	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

4.4. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Tutumları

Ailelere “Sizce aşı gerekli bir uygulama mıdır?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %87,6’sı (191 aile) aşıların gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Gerekli olmadığı yanıtını veren ailelerden neden belirtmeleri istenmiştir. Ailelerin %3,7’si (1 aile) aşıların koruyucu olmadığını, %3,7’si (1 aile) ise aşı yapılan çocuklarla yapılmayanlar arasında fark olmadığını düşündüklerini ve %92,6’sı (25 aile) çocuklarını aşılatma konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Aşı gerekliliği düşüncesi ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=<0,001$). 40 yaş ve üzerindeki annelerin, 40 yaş altındaki annelere oranla aşıların gerekli olduğu düşüncesine daha az katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4-37).

Tablo 4-37: Anne Yaşı ile Aşı Gerekliliğine Dair Düşünce

Aşıların Gerekli Olduğunu Düşünüyor Musunuz?								
Anne Yaşı (Yıl)	Evet		Hayır		Toplam		x²	p*
	n	%	n	%	n	%		
18-24	28	100	0	0	28	100	25,545	<0,001
25-30	77	86,5	12	13,5	89	100		
31-35	48	90,6	5	9,4	53	100		
36-40	32	91,4	3	8,6	35	100		
40+	6	46,2	7	53,8	13	100		
Toplam	191	87,6	27	12,4	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Aşı gerekliliği düşüncesi ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,31$). Tüm eğitim düzeylerinde aşıların gerekli olduğuna inanan aile oranı yüksek idi (Tablo 4-38).

Tablo 4-38: Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Anne Eğitim Düzeyi

Aşıların Gerekli Olduğunu Düşünüyor Musunuz?								
Anne Eğitim Düzeyi	Evet		Hayır		Toplam		x ²	p*
	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	109	90,1	12	9,9	121	100	2,350	0,31
Lise	58	86,6	9	13,4	67	100		
Lisans ve üstü	24	80	6	20	30	100		
Toplam	191	87,6	27	12,4	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Aşı gerekliliği düşüncesinin anne yaşından etkilendiğinin saptanması sonucunda annenin eğitim düzeyinin bu sonuç üzerindeki etkisini incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi yapılması planlanmıştır. Bu doğrultuda, yapılan korelasyon analizinde anne eğitim düzeyi ile aşı gerekliliği düşüncesi arasında ilişki saptanmamış ($p=0,153$); bu sebeple lojistik regresyon analizi yapılmamıştır.

Baba yaşı ile aşı gerekliliği düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,351$). Her yaş grubunda yer alan babaların aşı gerekliliğine yüksek oranda inandıkları belirlenmiştir (Tablo 4-39).

Tablo 4-39: Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Baba Yaşı

Aşıların Gerekli Olduğunu Düşünüyor Musunuz?								
Baba Yaşı (Yıl)	Evet		Hayır		Toplam		x ²	P*
	n	%	n	%	n	%		
18-24	3	100	0	0	3	100	4,201	0,351
25-30	42	93,3	3	6,7	45	100		
31-35	55	83,3	11	16,7	66	100		
36-40	57	90,5	6	9,5	63	100		
40+	34	82,9	7	17,1	41	100		
Toplam	191	87,6	27	12,4	218	100		

*Exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere “Çocuğunuzun sağlığı için sizin de aşılmanızın gerektiği bir durumda aşı yaptırır mısınız?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %97,7’si (213 aile) çocuklarının sağlığı için kendilerine aşı yapılmasını onaylayacaklarını belirtmişlerdir. Hayır yanıtı veren aileler böyle bir uygulama hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirterek aşı yaptırmayacaklarını iletmişlerdir.

Ailelere “Aşılarla ilgili herhangi bir olumsuzlukla karşılaştınız mı?” sorusu sorulmuştur. Bu soru ile ailelerin çevrelerinde aşılarla ilgili karşılaştıkları yanlış bilgilerin ve olumsuz söylemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ailelerin verdikleri yanıt doğrudan kaydedilmiştir. Ailelerin %90,8’i (198 aile) aşılarla ilgili herhangi bir olumsuz söylemle karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Karşılaştığını belirten 20 ailenin en sık karşılaştıkları olumsuzlukların ateş, huzursuzluk, lokal reaksiyon gibi hafif aşı sonrası istenmeyen

etkilere (ASİE) bağlı durumlar olduğu saptanmıştır (Tablo 4-40). Üç aile bu konuda belirli bir tanımlama yapmamış, genel olarak olumsuz söylemlere rastladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4-40: Ailelerin Aşılar ile İlgili Karşılaştıkları Olumsuz Söylemler

	n	%
Aşı sonrası istenmeyen hafif etkiler	6	30
Kısırlık ve sakatlık	3	15
Alerji	2	10
Hastalığa sebebiyet verme	2	10
Televizyonda olumsuz haber	2	10
Doktor-ilaç firması anlaşması	1	5
Etkili olmadığı söylentisi	1	5
Net söylem belirtilmedi	3	15
Toplam	20	100

Aşı gerekliliği düşüncesi ile aşılarla ilgili olumsuzlukla karşılaşma durumu arasında anlamı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Aşı gerekliliğine inanmayan aileler daha yüksek oranda aşılarla ilgili olumsuzluklarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4-41).

Tablo 4-41: Ailelerin Aşı Gerekliliği Düşüncesi ile Aşılarla İlgili Olumsuz Söylemle Karşılaşma Durumları

Aşıların Gerekli Olduğunu Düşünüyor Musunuz?							p*
Aşılarla İlgili Olumsuz Söylemle Karşılaşma	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Karşılaşmış	12	6,3	8	29,6	20	9,2	<0,001
Karşılaşmamış	179	93,7	19	70,4	198	90,8	
Toplam	191	100	27	100	218	100	

*Fisher's exact ki-kare testi kullanılmıştır.

Ailelere çocuklarına aşı yaptıırken önerisini göz önünde bulunduracakları kişi ya da kurumlar sorulmuştur. Aileler aşılar konusunda önerisini göz önünde bulundurabilecekleri kurumları ya da kişileri %86,7 (189 aile) doktorlar, %8,7 (19 aile) devlete ait resmi kaynaklar, %3,2 (7 aile) sadece kendi görüşleri ve %1,4 (3 aile) dini kaynaklar ve sosyal çevre olarak belirtmişlerdir.

Aileler aşılar hakkındaki bilgilerini %98,1 oranında sağlık çalışanlarından ve aşı kartından, %1,9 oranında internet, gazete, dergi ve televizyondan edindiklerini belirtmişlerdir. Ailelere “Bu kaynaklardan edindiğiniz bilgiler tutum ve uygulamalarınızı etkiledi mi?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %55’i (121 aile) etkilediğini belirtmiştir. Etkilendiğini belirten ailelerden davranışlarını nasıl etkilediğini belirtmeleri istenmiştir. Yanıt veren ailelerin %75’i (78 aile) olumlu etkilendiklerini, aşılama konusunda motive olduklarını ve bilgilerinin arttığını, %7,7’si (8 aile) kararsız olduklarını ama yaptırmaya karar verdiklerini, %7,6’sı (7 aile) aşılara güvenmeye başladıklarını ve daha duyarlı davranmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin %8,7’si (9 aile) edindikleri bilgilerin şüphe ve kararsızlığa neden olduğunu belirtmişlerdir.

Ailelere “Toplu aşı kampanyalarında çocuğunuzu aşılattınız mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %13,8’i (30 aile) bilgisi verilen çocuklarını toplu aşı kampanyalarında aşılattıklarını belirtmişlerdir. Aşılatmadığını belirten ailelere (%86,2; 188 aile) neden aşılatmadıkları sorulduğunda, ailelerin %69,7’si (131 aile) yanıt vermiştir. Ailelerin %48,9’u (92 aile) bilgilerinin olmadığını, %13,3’ü (25 aile) güven duymadıklarını ve %6,9’u (13 aile) gerek duymadıklarını belirtmişlerdir.

Ailelere “Yeni bir çocuğunuz olması durumunda aşı uygulamalarını daha önce yaptırdığınız şekilde mi planlarsınız yoksa yeni bir yol mu izlersiniz?” sorusu sorulmuştur. Yeni bir çocuğu olması durumunda daha önce takip ettiği aşı rutini dışında farklı bir yol izleyeceğini belirten ailelerin oranı %11,5’tir. Bu 28 ailenin belirttikleri alternatif yollar Tablo 4-42’de verilmiştir.

Tablo 4-42: Yeni Bir Çocuğu Olması Durumunda İzleneceği Belirtilen Alternatif Aşılama Planları

	n	%
Araştırarak yaptırım	12	48
Yönlendirmelere göre değiştirebilirim	4	16
Ulusal aşı takviminde bulunmayan aşıları da yaptırım	1	4
Hiçbir aşıyı yaptırım	1	4
Ulusal aşı takviminde bulunmayan aşıları yaptırım	1	4
Cevap vermeyen	6	24
Toplam	25	100

Ailelere “Çevrenizde aşı yapılmayan çocuk var mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerden %87,2’si (190 aile) çevrelerinde aşısız çocuk olmadığını belirtmişlerdir. Çevrelerinde aşısız çocuk olduğunu belirten ailelere nedeni sorulmuştur. Ailelerin çevrelerinde bulunan aşısız çocukların %17,9’unun sosyal medyadan ya da sosyal çevreden duyulan olumsuz söylemler veya yapılan olumsuz yönlendirmeler nedeniyle, %50’sinin ise ailelerinin yaşadığı aşı kararsızlığı nedeniyle aşılamadıkları öne sürülmüştür. İhmalkarlık, göçmenlik ve bilgisizlik diğer kategorisinde değerlendirilmiştir (Tablo 4-43).

Tablo 4-43: Ailelerin Çevrelerinde Bulunan Aşısız Çocukların Aşılanmamış Olma Nedenleri

	n	%
Sosyal medya ve çevre	5	17,9
Aşı kararsızlığı	14	50
Diğer	3	10,7
Cevap vermeyen	6	21,4
Toplam	28	100

Çevrelerinde aşılanmamış çocuk olduğunu belirten ailelere aşılanmamış çocuklarla ilgili olarak aşılanmaları yönünde herhangi bir çabada bulunup bulunmadıkları sorulduğunda 4 aile yanıt vermiş, ailelerin %10,7'si (3 aile) konuşarak ikna etmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir.

4.5. Ailelerin Aşılar Hakkındaki Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler

Ailelere “Çocuğunuzun aşılarını nerede yaptırdınız?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %83'ü (181 aile) aşılarını aile sağlığı merkezlerinde, %9,6'sı (21 aile) hastanelerde, %6,9'u (15 aile) AÇSAP'ta, %0,5'i (1 aile) gezici sağlık aracında yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

Ailelere “Doğumdan sonra çocuğunuza ilk aşının yapılması için sizi yönlendiren oldu mu?” sorusu sorulmuştur. Ailelerden %90,8'i (198 aile) aşı yaptırmaları için yönlendirildiklerini, %9,2'si (20 aile) yönlendirilmediklerini belirtmişlerdir. Yönlendirildiğini belirten ailelerden %73,5'i (134 aile) doktorlar, %21,4'ü (39 aile) ebe ya da hemşire, %4,5'i (9 aile) hastane tarafından yönlendirilmiştir. Ailelerin %82'si (132 aile) aile sağlığı merkezine, %18'si (29 aile) hastaneye yönlendirildiklerini belirtmişlerdir.

Ailelere “Aşı sonrası istenmeyen etki ile karşılaştınız mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %21,1'i (46 aile) aşı sonrası istenmeyen etki ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Aileler tarafından en sık belirtilen ASİE ateş idi (Tablo 4-44).

Tablo 4-44: Ailelerin Karşılaştıkları Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler

	n	%
Ateş	28	60,9
Alerji	4	8,7
Ateş ve huzursuzluk	3	6,5
Döküntü	2	4,3
Ateş ve kaşıntı	1	2,2
Morarma	1	2,2
Koma	1	2,2
Uykuya eğilim	1	2,2
Aşı yerinde şişlik ve sertlik	1	2,2
Cevap vermeyen	4	8,7
Toplam	46	100

Ailelere “Çevrenizde aşı sonrası istenmeyen etki ile karşılaşan var mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %11,9’u (26 aile) çevrelerindeki ailelerin ASİE ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Belirtilen aşı sonrası istenmeyen etkiler Tablo 4-45’te verilmiştir. Yanıtlardan birçok nedenin aşuya bağlanmaya çalışıldığı anlaşılmıştır.

Tablo 4-45: Ailelerin Çevrelerinde Karşılaştıklarını Belirttikleri Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler

	n	%
Ateş	18	69,2
Otizm ve epilepsi	3	11,5
Aşı yerinde şişlik	2	7,7
Felç	1	3,8
Alerji	1	3,8
Net bir yan etki belirtmeyen	1	3,8
Toplam	26	100

Ailelere “Çocuğunuzun doktoru tarafından size bilgi verilirse ve gerekli olduğu anlatılırsa ücretli aşı yaptırmayı düşünür müsünüz?” sorusu sorulmuştur. Ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşılar hakkında bilgi verilmesi durumunda bu aşıları yaptırmayı düşünürüm cevabını veren ailelerin oranı %80,3 (175 aile) idi.

Ailelere “Şu ana kadar çocuğunuza ücretli aşı yaptırdınız mı?” sorusu sorulmuştur. Ailelerin %29,8’i (65 aile) ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Bazı aileler birden fazla aşı yaptırmışlardır. Ailelerin yaptırdıkları ulusal aşı takviminde yer almayan aşılar Tablo 4-46’da verilmiştir.

Tablo 4-46: Ailelerin Yaptırdıkları Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıların Dağılımı

	n	%
Rotavirüs aşısı	22	33,8
Meningokok aşısı	9	13,8
Grip aşısı	2	3,1
Cevap vermeyen	32	49,2
Toplam	65	100

Ailelerin %70,2’si (153 aile) ulusal aşı takviminde yer almayan ücretle alınan aşıları yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları yaptırmama nedenleri Tablo 4-47’de verilmiştir. En sık belirtilen neden bilgilendirilmeme idi. “Doktor yaşının büyük olduğunu söyledi” ve “Çocuk o dönemde hasta idi cevapları” diğer grubunda yer almıştır.

Tablo 4-47: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırmama Nedenleri

	n	%
Bilgisi yok	53	34,6
Kendisi ya da doktoru gerek görmedi	46	30,1
Ekonomik nedenler	14	9,2
Güvensizlik	12	7,8
Devletin onaylamadığını düşünme	3	2
Diğer	4	2,7
Cevap vermeyen	21	13,7
Toplam	153	100

Aşılanmamanın riskli olduğunu bildiklerini belirten aileler daha yüksek oranda ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4-48).

Tablo 4-48: Ailelerin Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumu ile Aşılanmamanın Risk Olduğunu Bilmeleri

Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşıları Yaptırma Durumu								
Aşılanmamanın Risk Olduğunu Bilme	Yaptırmış		Yaptırmamış		Toplam		x ²	p*
	n	%	n	%	n	%		
Biliyor	58	34,3	111	65,7	169	100	6,36	0,012
Bilmiyor	7	14,3	42	85,7	49	100		
Toplam	65	29,8	153	70,2	218	100		

*Yates ki-kare testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını inceleyen tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, aşı kararsızlıklarının gündemde olduğu bir dönemde yapılmış olması ve aşı uygulamalarına ilişkin güncel bilgileri açıklaması sebebiyle önem taşımaktadır. 12-60 ay arasında çocuğu olan 218 aileye ulaşılan bu araştırma ile, ailelerin %87,6 oranında aşı gerekliliğine inandıkları ancak aşilar ve hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bilgilerini yüksek oranlarda sağlık çalışanlarından ve aşı kartından edindikleri, sağlık çalışanlarının yönlendirmelerini takip ettikleri, anne eğitim düzeyinin, annenin çalışıyor olmasının ve anne yaşının ailelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını etkilediği saptanmıştır.

Babadağlı (2007) tarafından Yalova Devlet Hastanesi'nde aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin %69'unun aşı kartlarının yanlarında olduğu saptanmıştır. İşler ve ark. (2007) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde ailelerin aşilar konusundaki bilgi ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, aşı kartı olanların oranı %93, yanında bulunduranların oranı %29,7 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, aşı kartının olduğunu belirten ailelerin oranı %97,6; yanında bulunduran ailelerin oranı ise %19,7 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-5). Bulgularımız aşı kartını yanında bulunduran aile sayısında düşüş olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılan ailelerin %62,8'i ulusal aşı takviminde yer alan en az iki aşiyı doğru bilmektedir. Nisar ve ark. (2010) tarafından Pakistan'da ailelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, aşıları doğru bilen ailelerin oranı %54 olarak saptanmıştır. İşler ve ark. (2007) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların aileleri ile yapılan çalışmada ailelerin ulusal aşı takviminde yer alan aşıları bilme oranı %25,1 olarak saptanmıştır. Aşıları doğru bilme oranındaki farklılıklar değişik tanımlamaların kullanılmasından kaynaklanabilir.

Bilir Göksüğü'ün (2006) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran aileler ile gerçekleştirdiği çalışmada ulusal aşı takviminde yer alan aşiların ücretsiz olduğunu bilen aile oranı %70 olarak saptanmış ve ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları önerilmesi durumunda satın alarak yaptıracığını belirten aile oranı %79 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda, ulusal

aşı takviminde yer alan aşılardan ücretsiz olduğunu bilen ailelerin oranı %80,3 ve bilgilendirilmesi durumunda ulusal aşı takviminde yer almayan aşıları yaptıracaklarını belirten ailelerin oranı ise yine %80,3 olarak saptanmıştır. Araştırmalar arasındaki farklılığa, İşler ve ark. (2007) ile Bilir Göksüğü (2006) tarafından gerçekleştirilen araştırmaların aile hekimliği sisteminin yeni başladığı dönemlerde gerçekleştirilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda, %44,5 aile çocuklarına ilk aşının doğumda yapıldığını bildirmişlerdir. Ailelerin %40,8'i son aşının 2 yaşta yapıldığını belirtmişlerdir. Ailelerin büyük oranda aşıların başlangıç ve bitiş tarihlerini bilmedikleri saptanmıştır. Nisar ve ark. (2010) tarafından Pakistan'da ailelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada, aileler çocuklarına ilk aşının yapılma zamanını %98,6 oranında doğumda, son aşının yapılma zamanını %56 oranında 9. ayda olarak yanıtlamışlardır. Pakistan'da uygulanan aşılar doğumda başlamakta ve 15. ayda tamamlanmaktadır (WHO 2018b). Birhanu ve ark. (2016) tarafından Etiyopya'da ailelerin aşılar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada, ailelerin %89,8'i aşıların doğumda yapılmaya başladığını ve %52,4'ü bir yaşından önce tamamlandığını belirtmişlerdir. Bilir Göksüğü (2006) ailelerin bilgi düzeylerini ve çocuklarının aşılilik durumlarını ölçmek amacıyla yaptığı araştırmada, ilk aşının %33 oranında doğumda, son aşının %9,5 oranında 7 yaşında ve %24 oranında 1,5 yaşında yapıldığı bilgisine ulaşmıştır. Araştırmamıza göre, ailelerin çoğunluğu aşıların zamanı konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Ailelerin okullarda uygulanan aşılar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda aileler tarafından ismi en çok bilinen ve ulusal aşı takviminde yer alan aşılar tetanos ve kızamık aşısı (Tablo 4-23), bilinen ancak ulusal aşı takviminde yer almayan aşı ise rotavirüs aşısıdır (Tablo 4-24). En çok bilinen aşı ile korunulabilen bulaşıcı hastalıklar ise kızamık ve suçiçeğidir (Tablo 4-25). Bu durum, İşler ve ark.'nın (2007) İzmir'de ailelerin bilgi ve uygulamalarını ölçtükleri araştırmayla, Özkan ve Çatıker'in (2006) Bolu'da çocukların aşılilik durumlarını ölçtükleri çalışmayla ve İncili'nin (2009) İstanbul'da ailelerin aşılar ile ilgili bilgi düzeylerini ölçtüğü araştırma ile benzerdir. Nisar ve ark.'nın (2010) Pakistan'da ailelerin bağışıklamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada ise çocuk felci aşısının daha sık bilindiği saptanmıştır. Kagone ve ark. (2018) tarafından Burkina Faso'da

çocukluk çağı aşıları ve etkililiğine karşı toplumun algısını ölçmek amacıyla yapılan araştırmada, aileler tarafından bilinen bulaşıcı hastalıklar arasında çocuk felci, menenjit ve sarıhumma bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Espelata ve ark. (2017) tarafından gelecekte ebeveyn olacak gençlerin karar alma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, en çok bilinen bulaşıcı hastalıklar arasında grip, çocuk felci, suçiçeği, malarya ve kızamık bulunmaktadır. En çok bilinen bulaşıcı hastalıkların ülkeler arasında değişiklik göstermesine, ülkelerde sık görülen ya da salgın yapan hastalıkların farklılık göstermesinin neden olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda aşılarda gerekli olduğunu belirten ailelerin oranı %87,6 olarak saptanmıştır. Alanyazındaki benzer çalışmalarda bildirilenlere göre düşük bir orandır (Bilir Göksügür 2006; İşler ve ark. 2007; İncili 2009). Belirtilen çalışmalar 2006-2010 yılları arasında yayınlanmıştır. Bu durum aşının gerekli olduğuna inananların azalmakta olduğunu düşündürülebilir. Nitekim ülkemizde aşığı reddeden aile sayısı 2011 yılında 183, 2016 yılında 12 bin, 2017 yılında ise 23 bin olarak bildirilmiştir (Türk Tabipler Birliği 2018, Nisan).

Araştırmamızda 40 yaş üzerindeki annelerin aşı gerekliliğine daha düşük oranda inandıkları saptanmıştır (Tablo 4-37). Bu durumda anne eğitim düzeyinin rol oynayabileceği düşünülerek yapılan korelasyon analizi sonucunda annenin yaşı, annenin eğitim düzeyi ve aşı gerekliliği düşüncesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu değerlendirme, anne eğitim düzeyinin ve anne yaşının birbirinden bağımsız olarak aşı gerekliliği düşüncesi üzerinde etkili olduğunu düşündürmüştür.

Ülkemizdeki kadınların %62'si ilköğretim ve altı, %22'si lise ve %16'sı lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Belirtilen oranların araştırmamıza katılan annelerin eğitim düzeyleri ile benzer olması nedeniyle ülkemizdeki ailelerin de aşı konusundaki bilgi düzeylerinin benzer olabileceği düşünülebilir. Ancak araştırmamızın örnekleminin evreni temsil ettiğini öne sürmek doğru olmaz. Bilir Göksügür'ün (2006) annelerin aşılar konusundaki bilgi düzeylerini ve çocuklarının aşılılık durumlarını değerlendirdiği araştırmada annenin eğitim düzeyinin ve ailenin gelir durumunun yüksek olmasının; Yiğitalp ve Ertem'in (2008) çocukların aşılama oranını ölçmek amacıyla yaptıkları araştırmada annelerin bilgi ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının çocuklarının aşılama oranını arttırdığı belirtilmiştir.

Araştırmamızda, belirtilen çalışmalara benzer şekilde ailelerin bilgilendirilmesinin (Tablo 4-20), annenin çalışıyor olmasının (Tablo 4-18) ve anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının (Tablo 4-17) ulusal aşı takviminde yer almayan aşılarda yaptırmaya oranlarını olumlu etkilediği saptanmıştır. Eğitimli annelerin sağlık konusunda farkındalığının yüksek olmasının ve ekonomik olarak kendilerini etkili hissetmelerinin bunu sağlamış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda anne eğitimi ve kardeş sayısı ile aşılama durumu arasında farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-10). Araştırmamıza katılan ailelerin çocuklarının aşılama oranlarının yüksek olmasının bu duruma neden olabileceği düşünülmüştür. Alanyazında yer alan araştırmalarda (Reading ve ark. 2004; Yiğitalp ve Ertem 2008; Gülgün ve ark. 2014) kardeş sayısının 3 ve üzerinde olmasının aşılama oranını olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

Babadağlı tarafından 2007 yılında Yalova ilinde aşı eksikliklerini ve bunu etkileyen faktörleri incelemek için yapılan araştırmada; Kurçer ve ark. (2005) tarafından çocukların aşılama oranlarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada çocukların aşılama durumu ile cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızda; yapılan araştırmalara benzer olarak cinsiyet ve aşılama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-14). Araştırmamızın örnekleminde yer alan çocukların yüksek aşılama oranlarına sahip olması nedeni ile böyle bir sonucun oluştuğu düşünülebilir.

Çalışmamızda ailelerin ulusal programda yer almayan en az bir aşıyı yaptırmaya oranı %29,8 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda saptanan oran, İşler ve ark. (2007) tarafından saptanan oran ile benzerlik göstermektedir. Yaprak ve ark. (2004) tarafından yapılan araştırmada ulusal programda yer almayan en az bir aşıyı yaptırmaya oranı %2,8; Derince (2006) tarafından yapılan araştırmada %10,2; İncili (2009) tarafından yapılan araştırmada ise %43,9 olarak saptanmıştır. Araştırma örnekleminimizin sosyo-ekonomik özellikleri ile araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz dönemin sağlık hizmeti yapısı ve zamanı bulgular arasında farklılığa yol açabilir.

İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada, ailelerin %3,9 oranında kısırlık ya da başka olumsuz söylentiler nedeniyle aşılar karşısında oldukları saptanmıştır (İşler ve ark. 2007). Kwan Chow ve ark. (2017) tarafından Çin'de ve Costa-Pinto ve ark. (2017) tarafından Avusturalya'da yapılan araştırmalarda aileler

aşıların küçük yaşlarda başlamasının çocuklarına zarar vereceği düşüncesi ile aşıları yaptırmama ile ilgili tereddüt yaşadıklarını ve aşıların alerjiye ya da otizme neden olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Campbell (2018) tarafından İngiltere’de ailelerin aşı tutumlarını incelemek amacıyla yapılan araştırmada, aileler grip ve KKK aşılarının otizm ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna neden olduğunu duyduklarını belirtmişlerdir. Araştırmamızda, aşılarla ilgili karşılaştıkları olumsuz söylemleri belirten ailelerin %15’i aşıların kısırlığa veya sakatlığa neden olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4-40). Ailelerin %11,5’i ise çevrelerinde bahsedilen aşı sonrası istenmeyen etkiler arasında otizm ve epilepsinin ifade edildiğini belirtmişlerdir (Tablo 4-45).

Araştırmamızda ailelerin %11,5’i yeni bir çocuğu olması durumunda farklı bir aşılama planı izleyeceklerini belirtmişlerdir. Thybo Pihl ve ark. (2017) tarafından Danimarkalı ailelerde yapılan niteliksel bir araştırmada, ailelerin aşı ile korunulabilen hastalıkların kendi geçmişlerinde bulunmasına göre aşı için karar verebilecekleri saptanmıştır. Espelata ve ark. (2017) tarafından gelecekte ebeveyn olacak üniversite öğrencilerinin karar alma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların %31’inin aşıları yaptırmadan önce bilgi edinecekleri belirlenmiştir. Campbell ve ark. (2018) tarafından İngiliz ailelerin tutum değişikliklerini araştırmak amacıyla yapılan araştırmada ise ailelerin %11’inin bazı aşıları çocuklarına yaptırmayacaklarını belirttikleri saptanmıştır. Araştırmamızda, gelecekte aşı rutinlerini değiştirmeyi düşünen ailelerin oranı, Campbell ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada saptanan oran ile benzerlik göstermektedir. Ailelerin aşı rutinlerinde değişiklik yapma düşüncelerinde aşı kararsızlıklarının rol oynadığı düşünülebilir.

İngiltere ve Avusturalya’da yapılan araştırmalarda ailelerin aşılar hakkındaki bilgilerinin tamamına yakınına sağlık kuruluşlarından aldıkları saptanmıştır (Smailbegoviç ve ark. 2003; Kwan Chow ve ark. 2017; Costa Pinto ve ark. 2017). Kagone ve ark. (2018) tarafından Burkina Faso’da yapılan araştırmada en sık bilgi edinilen kaynaklar arasında sağlık çalışanları, radyo, kiliseler ve camiiler bulunmaktadır. Faccioli ve ark. (2019) tarafından İtalya’da yapılan bir araştırmada aşı taraftarı olan ailelerin bilgilerini sağlık çalışanlarından aldıkları belirlenmiştir. Ülkemizde de ailelerin aşılar hakkındaki bilgilerinin tamamına yakınına sağlık kuruluşlarından aldıklarını ortaya koyan çalışmalar vardır (Taşar ve Dallar 2005; Alpaslan ve ark. 2010). Araştırmamızda,

belirtilen çalışmalara benzer olarak ailelerin tamamına yakını (%98,1) bilgilerini sağlık çalışanlarından almıştır. Ailelerin %1,9'i ise bilgilerini dergi, gazete, televizyon ve internetten edindiklerini belirtmişlerdir. Bulgularımız, sağlık çalışanlarının aileleri bilgilendirmelerinin önemli olduğunu göstermektedir.

Taşar ve Dallar (2015) tarafından Ankara'da sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir ilçe hastanesinde yapılan araştırmada ailelerin doktor tavsiyelerini takip etme oranı %93,2, Topçu ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada %51,3 olarak saptanmıştır. Bu oran, Smailbegoviç ve ark. (2003) tarafından İngiltere'de ailelerin aşılar karşı karar alma nedenlerini saptamak amacıyla yapılan bir araştırmada %48 olarak saptanmıştır. Campbell ve ark. (2018) tarafından İngiliz ailelerin tutum değişikliklerini saptamak amacıyla yapılan araştırmada, önerisine en çok güvenilen kişilerin doktorlar (%90) olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda da, ailelerin %86,7'si doktorların tavsiye ve önerilerini takip edeceklerini belirtmişlerdir.

Araştırmamızda aşılama sırasında çocuğuna yapılan aşırı bilen ailelerin oranı %82,6 idi (Tablo 4-34). Derince (2006) tarafından Eskişehir'de ailelerin bilgi tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla bir sağlık ocağı bölgesinde gerçekleştirilen araştırmada bu oran %39,9 olarak bildirilmiştir. Derince (2006) ile araştırmamızın yapıldığı tarihleri arasında yaygınlaşan aile sağlığı merkezi uygulamalarının aradaki farka neden olduğu düşünülebilir. Araştırmamızda, uygulanan aşırı bildiğini belirten ailelerin %71,7'si (128 aile) bilgi kaynağını hemşireler ve ebeler olarak belirtmişlerdir (Tablo 4-35); Derince (2006) Eskişehir'de gerçekleştirdiği araştırmasında bu oranı %64,8 olarak saptamıştır.

Aşıların korunma amacıyla yapıldığını belirten ailelerin oranı araştırmamızda %79,4 olarak bulunmuştur. Aşıların koruma amacıyla yapıldığını belirten ailelerin oranı Alparslan ve ark. (2010) tarafından Sivas ilinde ailelerin aşılar ve aşı komplikasyonları ile ilgili bilgilerini ölçmek amacıyla yapılan araştırmada %94,9 olarak saptanmıştır. Gellin ve ark. (2000) tarafından ailelerin bağışıklamaya ilişkin bilgilerini araştırmak amacıyla yapılan araştırmada %87 ve Smailbegoviç ve ark. (2003) tarafından İngiltere'de ailelerin çocuklarını aşılatmama nedenlerini saptamak için yapılan araştırmada %82 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda saptanan oran, belirtilen araştırmalarda saptanan oranlardan düşüktür. Bu durum, araştırmamıza katılan ailelerin aşılar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda, bulaşıcı hastalıklardan korunmada en iyi yöntem %39,9 oranında temizlik ve %32,1 oranında bağışıklama olarak belirtilmiştir (Tablo 4-21). Hastalıklardan korunmak için en iyi yönteme bağışıklama cevabını verenlerin oranı Özkan ve Çatiker (2006) tarafından Bolu’da çocukların aşılılık durumlarını ölçmek amacıyla yapılan çalışmada %32,8, Gellin ve ark. (2000) tarafından ABD’de yapılan araştırmada %87, Smailbegoviç ve ark. (2003) tarafından İngiltere’de yapılan araştırmada %82 olarak bildirilmiştir.

Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) gelişmesi oranını, İşler ve ark. (2007) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların aileleri ile yapılan araştırmada %56,7, Derince (2006) tarafından Eskişehir’de bir sağlık ocağı bölgesinde gerçekleştirilen araştırmada %82,2 olarak saptanmıştır. Alfahl ve Alhabri (2017) tarafından Suudi Arabistan’da yapılan araştırmada, sık karşılaşılan aşı sonrası istenmeyen etkilerin ateş, aşı yerinde ağrı veya kızarıklık olduğunu bildirilmiştir. Çalışmamızda, aileler tarafından ASİE gelişme oranı %21,1 olarak belirtilirken, en çok gözlenen ASİE %60,9 oranında ateş olarak saptanmıştır (Tablo 4-44).

Petousis-Harris ve ark. (2002) Yeni Zelanda’da ailelerin bilgilerini ölçmek amacıyla yaptıkları araştırmada annelerin %71’inin aşılınmamış çocukların çevreleri için risk oluşturabileceğini belirttiğini aktarmıştır. Çalışmamızda, aşılınmamış çocukların çevrelerindeki çocuklar ve insanlar için risk taşıdığını bilenlerin oranı benzer şekilde %77,5 olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda ailelerin tamamına yakını çocuklarının sağlığı için gerekli olması durumunda kendilerinin de aşı yaptırabileceklerini belirtmişlerdir. Ailelerin bu tutumu, koza stratejisinin ailelerde etkili olarak uygulanabileceğini ve toplumun koza stratejisi konusunda bilgilendirilmesinin aşılama oranlarını olumlu etkileyebileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Katılan ailelerin, bir sağlık kuruluşuna başvuranlar arasından seçilmelerinin aşıları reddeden ya da aşı kararsızlığı yaşayan ailelere ulaşmamızı engellemiş olabileceği düşünülebilir. Babalara ait sosyo-demografik özelliklere ayrıntılı olarak ulaşılammıştır. Araştırmamızda, bilgisi edinilen çocukların aşılama durumlarını sağlık bilgi sisteminden teyit etmek amacıyla çocukların kimlik numaraları istenmiş; ailelerin tamamına yakını çocuklarının kimlik numaralarını vermeyi reddetmiştir. Bu nedenle çocukların aşılama durumu ailelerin sözlü beyanları

doğrultusunda değerlendirilmiştir. Diğer yandan araştırmada bilgi, tutum ve davranış ölçme konusunda ölçüt geliştirme yapılamamıştır. Bu konuda likert tip ölçekler de kullanılarak yapılacak araştırmalara gereksinim vardır.

Araştırmamızda uygulamaya yönelik önemli sonuçlar da bulunmaktadır. Araştırmada ailelerin mevcut bilgilerinin, tutumlarının ve sürdürmekte oldukları uygulamalarının annenin eğitim düzeyi, annenin çalışıyor olması, annenin yaşı, çocuğun yaşı, bulaşıcı hastalıkları ve aşıları bilmeleri ve aşılar hakkında bilgilendirilmiş olmalarından etkilenebileceği saptanmıştır. Ailelerin bilgi edinme ve uygulama sürecinde sağlık çalışanlarının önemli yer tuttukları ve ailelerin tutumları üzerinde etkili oldukları görülmüştür. Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri sürecinde aşılar hakkında güncel bilgileri edinmelerinin sağlanması, ailelerin aşı kararsızlıklarının azalmasında etkili olacağı düşünülmüştür. Ailelerin aşılarını yüksek oranlarda (%83) aile sağlığı merkezlerinde yaptırdıkları saptanmıştır. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık personellerinin aşılar hakkında güncel bilgilere ulaşmasına öncelik verilmelidir.

Sonuç olarak araştırmamızda, ailelerin aşılar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu açıdan sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmeye gereksinimleri vardır. Bu durum ortaya çıkan aşı karşıtlığını önlemede önemli rol oynayabilir. Ailelerin aşılar konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları üzerinde yapılacak yeni çalışmalarda; sosyoloji, antropoloji veya psikoloji alanındaki uzmanlar ile iş birliği yapılmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

- Akın, L. (2015a). Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi. İçinde Ç. Güler, L. Akın (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1354.
- Akın, L. (2015b). Bağışıklamaya Bağlı Toplumsal Kazanımlar. İçinde Ç. Güler, L. Akın (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1456-1457.
- Akın, L. (2015c). Aşı Uygulamaları. İçinde Ç. Güler, L. Akın (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1471.
- Alfahl, S.O. ve Alharbi, K.M. (2017). Parents' Knowledge, Attitude and Practice Towards Childhood Vaccination, Al Madinah, Saudi Arabia. *Neonatal and Pediatric Medicine*, 3:1.
- Alparslan, Ö., Demirel, Y., Doğaner, G., Kızıldağ, N., Özdemir, F. ve Güçyetmez, Ö. (2010). Annelerin Çocukluk Çağı Aşı Takvimi ve Aşılama Komplikasyonları ile İlgili Bilgi Durumları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20, 27-33.
- Argüt N., Gökçay E. G. ve Yetim A. (2016). Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler. *Çocuk Dergisi*, 16(1), 16-24.
- Ataç, Ö. ve Aker, A. A. (2014). Aşı Karşıtlığı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 30, 42-47.
- Babadağlı, F. (2007). Yalova Devlet Hastanesine Başvuran 12-36 Ay Arası Çocuklarda Aşı Eksiklikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Baltalı Halıcıoğlu, O. ve İnce Bağ, Ö. (2017). Kızamıkçık Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 555-561.
- Beyazova, U. (2017a). Boğmaca Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 479-483.
- Beyazova, U. (2017b). Ailelerin Çocuklarını Aşılatma Konusunda Kararsızlıkları. İçinde E.G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 469-472.
- Bilir Göksüğü, S. (2006). Annelerin Aşı Bilgi Düzeyleri, Çocuklarının Aşılanma Durumu ve Bunları Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

- Birhanu, S., Anteneh, A., Yezabnesh, K. ve Jejaw, A. (2016). Knowledge, Attitude and Practice of Mothers Towards Immunization of Infants in Health Centres at Addis Ababa, Ethiopia. *American Journal of Health Research*, 6-17.
- Butler, R. (2017). Vaccine Hesitancy, Acceptance and Demand. İçinde Timo Vesikari, Pierre Van Damme (Ed.) *Pediatric Vaccine and Vaccination A European Textbook*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG; 27-36.
- Campbell, H., Edwards, A., Letley, L., Bedford, H., Ramsay, M. ve Yarwood, J. (2018). Changing Attitudes to Childhood Immunisation in English Parents. *Vaccine*, 35, 2979-2985.
- Costa-Pinto, J.C., Willaby, H.W., Leask, J., Hoq, M., Schuster, T., Ghazarian, A. ve ark. (2017). Parental Immunisation Needs and Attitudes Survey in Pediatric Hospital Clinics and Community Maternal and Child Health Centres in Melbourne, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1-8.
- Çöl, N. (2017). Hepatit B Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 496-501.
- Derince, D. (2006). Eskişehir İli İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bağışıklama Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.
- Dube, E., Vivion, M., Sauvageau, C., Gagneur, A., Gagnon, R. ve Guay, M. (2017). Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?: Vaccine Hesitancy Among Mothers. *Qualitative Health Research*, 26(3), 411-25.
- Duyan Çamurdan, A. (2017). İnfluenza Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 502-508.
- Enkel, S. L., Attwell, K., Snelling, T. L. ve Christian, H.E. (2017). Hesitant Compliers: Qualitative Analysis of Concerned Fully-Vaccinating Parents. *Vaccine*, 2017.
- Espeleta, H.C., Beasley, L.O., Ridings L.E., Smith T.J. ve Shields, J.D. (2017). Immunizing Children: A Qualitative Analysis of Future Parental Decision Making. *Clinical Pediatrics*, 56(11), 1032-1039.
- Evliyaoğlu, N. (2017a). Kızamıkçık Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 516-519.
- Evliyaoğlu, N. (2017b). Rotavirüs Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 542-545.

- Faccioli , A., Visalli, G., ve ark. (2019). Vaccine Hesitancy: An Overview On Parents' Opinions About Vaccination and Possible Reasons of Vaccine Refusal. *Journal of Public Health Research*, 8(1436), 13-18.
- Fields, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications Ltd; 686-700.
- Gellin, B., Maibach, E. ve Marcuse E.K. (2000). Do Parents Understand Immunizations? A National Telephone Survey. *Pediatrics*, 106(5), 1097–102.
- Gökçay, G. (2010). Aşı Uygulamaları. İçinde O. Neyzi, T. Ertuğrul (Ed.) *Pediyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 65-78.
- Grabenstein, J.D. ve Nevin, R.L. (2006). Mass Immuzation Programs: Principles and Standards. *Current Topics on Microbiology and Immunology*, 304, 31-51.
- Gust, D.A., Strine, T.W., Maurice, E., Smith, P., Yusuf, H., Wilkinson, M. ve ark. (2004). Underimmunization Among Children: Effects of Vaccine Safety Concerns on Immunization Status. *Pediatrics*, 114:1, e16-e22.
- Gülcü, S. ve Arslan, S. (2018). Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 34-43.
- Gülgün, M., Fidancı, K., Karaoğlu, A., Güneş, Ö., Kesik, V., Altun, S. ve ark. (2014). Bir Askeri Hastanenin Çocuk Polikliniğine Başvuran Çocukların 0-24 Ay Arasındaki Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56, 13-16.
- Güney, S. (2017). Difteri Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 483-486.
- Gür, Emel. (2017). Hepatit A Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 493-496.
- Hacettepe Üniversitesi. (2015). Halk Sağlığı Kavramı. Erişim 06.07.2015, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/kavram.php>
- İncili H.D. (2009). Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- İskit, A. (2006). Klinik İlaç Araştırmaları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 37, 78-83.
- İstanbul Tabip Odası. (2014, Haziran). Polio Mop-up Çalışması. Erişim, 11.09.2018, <https://www.istabip.org.tr/3385-polio-mop-up-alamas-konusunda-istanbul-halk-sal-mueduerlueue-le-goerueme-.html>

- İstanbul Tıp Fakültesi. (2012). Genel Pediatri Bilim Dalı. Erişim, 20.01.2018, <http://www.itf.istanbul.edu.tr/cocukhast/genel-pediatric.html>
- İşler, A., Esenay F.I., Kurugöl, Z., Conk, Z. ve Koturoğlu, G. (2007). Annelerin Aşılar Konusundaki Bilgi ve Davranışları. *Ege Pediatri Bülteni*, 14(1), 1–17.
- Joseph, J., Devarashetty, V., Reddy, S.N. ve Sushma, M. (2015). Parents' Knowledge, Attitude, and Practice on Childhood Immunization. *International Journal of Basic and Clinical Pharmacology*. 4:6, 1201-1207.
- Karaayvaz, S. (2017). Kızamık Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 512-516.
- Kagone, M., Ye, M., Nebie E., Müller, O. ve Beiersmann C. (2018). Community Perception Regarding Childhood Vaccinations And Its Implications For Effectiveness: A Qualitative Study In Rural Burkina Faso. *BMC Public Health*, 18:324.
- Karafilakis, E. ve Dina, I. (2015). Vaccine Hesitancy Among Healthcare Workers And Their Patients in Europe: A Qualitative Study. *Vaccine*, 34(41), 5013-5020.
- Karagöz, Yalçın. (2015). *SPSS 22 Uygulamalı Biyoistatistik*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık; 442-461.
- Kılıç, A. ve Tuğrul Aksakal, M. (2017). Polio Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 536-541.
- Kondolot, M. (2017). BCG Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 473-478.
- Koç, F. ve Gökçay E.G. (2017). Çocuklarda Aşı Uygulamaları. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 451-456.
- Koç, F. ve İnce Bağ, Ö. (2017). Meningokok Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 519-527.
- Kurçer, M.A., Şimşek, Z., Solmaz, A. ve Dedeoğlu, Y. (2005). Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 Yaş Çocuk ve Gebelerde Aşılanma Oranları ve Aşılanmada Sorunlar. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(2), 10–15.
- Kwan Chow, M.Y., Danchin, M., Willaby, H.W., Pemberton, S. ve Leask, J. (2017). Parental Attitudes, Beliefs, Behaviours and Concerns Towards Childhood Vaccinations in Australia: A National Online Survey. *Australian Family Physician*, 46(3), 145-151.

- Marskole, P., Rawat, R., Chouhan, P., Sahu, P. ve Choudhary, R. (2016). Knowledge, Attitude and Practices on Vaccination among Mothers of under-5 Children, Attending Immunization Out Patients Department at Gwalior, Madhya Pradesh. *International Journal of Scientific Study*. 3:12, 235-237.
- Nisar, N., Mirza, M. ve Qadri MH. (2010). Knowledge, Attitude and Practices of Mothers Regarding Immunization of One Year Old Child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 26, 183-186.
- Örün, E. (2017). Kabakulak Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 509-512.
- Özkan, Ö. ve Çatıker, A. (2006). Bolu İl Merkezi'ndeki Çocukların Aşılılık Durumları ve Engelleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(10), 171-178.
- Petousis-Harris, H., Turner, N. ve Herse, N. (2002). New Zealand Mothers' Knowledge Of And Attitudes Towards Immunisation. *New Zealand Family Physician Journal*, 29, 240-246.
- Reading, R., Surridge, H. ve Adamson, R. (2004). Infant Immunization and Family Size. *Journal of Public Health*, 26(4), 369-371.
- Sachdeva, A. (2017). Vaccination: Perfect Gift for Our Babies. *Indian Pediatrics*, 54, 355-356.
- Smailbegovic, M.S., Laing, G.J. ve Bedford, H. (2003). Why Do Parents Decide Against Immunization? The Effect Of Health Beliefs And Health Professionals. *Child: Care, Health Development*, 29(4), 303-311.
- Şalk Vatandaş, N. (2017). Haemophilus Influenza Tıp B Aşısı Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 487-493.
- Şimşek Orhon, F. (2017). Suçiçeği Aşısı. İçinde G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 545-554.
- Taşar, M.A. (2017). Pnömonokok Aşısı. İçinde E.G. Gökçay, U. Beyazova (Ed.) *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 528-535.
- Taşar, M.A. ve Dallar, Y.B. (2015). Ankara'da Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Bölgede Kaçırılmış Aşı Fırsatlarının İrdelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(4), 279-283.
- The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group (2013, Mart). What Influences Vaccine Acceptance: A Model Of Determinants Of Vaccine Hesitancy. Erişim

- 03.11.2017,
http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_drive_rsofvaccineConfidence_22_March.pdf
- The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group (2014, Ekim). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Erişim, 03.11.2017,
https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- Thybo Pihl, G., Johannessen, H., Ammentorp, J., Schmidt Jensen, J. ve Kofoed, P.E. (2017). “Lay Epidemiology”: An Important Factor In Danish Parents’ Decision of Whether to Allow Their Child to Receive a BCG Vaccination. A Qualitative Exploration of Parental Perspective. *BMC Pediatrics*. 17, 194.
- Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F.Ş. ve Ulukol, B. (2018). Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics*.
- Türk Tabipler Birliği. (2018, Nisan). 20 Nisan 2018 Tarihli Basın Açıklaması. Erişim 16.09.2018, http://www.ttb.org.tr/kollar/_asi/haber_goster.php?Guid=15ed5072-449d-11e8-b46f-14b550714509
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Erişim; 11.09.2018,
<http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do?metod=search&araType=vt>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008, Şubat). Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Erişim 12.11.2017,
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012, Ekim). Hepatit A Aşısının Takvime Eklenmesi. Erişim 12.11.2017, <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-sayfa/102-gorusler/2096-hepatit-a-asnn-takvime-eklenmesi-konulu-resmi-yaz.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013, Ocak). Suçiçeği Aşısı Uygulaması. Erişim 12.11.2017,
https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/asi_db/sucicegi_asis_i_uygulamasi_fedb8.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010, Mayıs). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim 09.09.2018, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, Haziran). Çocuk Felci Mop-up Aşı Çalışması. Erişim 11.09.2018,

<http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=40005>

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Aşı Portalı. Erişim 04.03.2019, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2018, Şubat). Rutin Çocuk Aşıları. Erişim, 09.09.2018, <http://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,56075/rutin-cocuk-asilari.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü. (2017 Ekim). Türkiye’de Aile Hekimliği. Erişim, 09.09.2018,

<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34674/turkiyede-aile-hekimligi.html>

UNICEF. (2011, Nisan). Türkiye’de Çocukların Durumu Raporu. Erişim 12.11.2017, <http://abdigm.meb.gov.tr/projeler/ois/egitim/032.pdf>

UNICEF. (2019, Mart). Milestones in European Polio Eradication. Erişim 04.03.2019, <https://www.unicef.org/newsline/poliopkeuromilestones.html>

Wagner, A.L., Boulton, M.L ve ark. (2017). Parents’ Concerns About Vaccine Scheduling in Shanghai, China. *Vaccine*, 35(34), 4362-4367.

WHO (2016, Haziran). European Health for All Database. Erişim, 06.06.2017, <http://data.euro.who.int/hfad/>

WHO (2017, Haziran). Immunization Coverage. Erişim, 06.06.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>

WHO (2018a). Course on Vaccine Safety Basics. Erişim, 23.02.2018, <http://vaccine-safety-training.org/mass-vaccination-campaigns.html>

WHO (2018b). Pakistan Expanded Programme on Immunization. Erişim, 16.09.2018, <http://www.emro.who.int/pak/programmes/expanded-programme-on-immunization.html>

WHO (2019a). 10 Facts on Immunization. Erişim, 06.05.2019, <https://www.who.int/features/factfiles/immunization/en/>

WHO (2019b). Polio Eradication Initiative. Erişim, 04.03.2019, <http://www.emro.who.int/polio/strategy-targeted-campaigns/targeted-mop-up-campaigns.html>

WHO (2019c). Ten Threats to Global Health in 2019. Erişim 17.01.2019, <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

WHO, UNICEF, World Bank. (2009). State Of The World’s Vaccines and Immunization, 3rd Ed. Geneva, World Health Organization.

- Yaprak, I., Halıcıoğlu, O., Kurun, Ü., Okçu, S.Ç. ve Akduman, İ. (2004). İki-Altı Yaş Çocuklarda Aşılama Durumu ve Etkileyen Risk Faktörleri. *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi*, 15(1), 13-21.
- Yaqub, O, Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., ve Chataway, J. (2014). Attitudes to Vaccination: A Critical Review. *Social Science and Medicine*, 112, 1-11.
- Yiğitalp, G. ve Ertem, M. (2008). Diyarbakır İlinde 0-12 Aylık Çocukların Aşıya Devamsızlık Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(4), 277-284.
- Zaffran, M., McGovern M., Hossaini, R. Martin, R. ve Wenger J. (2018). The Polio Endgame: Securing a World Free of All Polioviruses. *The Lancet*, 391(10115), 11-13.



EKLER

Ek 1:

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Aile Sağlığı Anabilim Dalı Ana Çocuk Sağlığı Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. E. Gülbin Gökçay ve Prof. Dr. Ayşe Kılıç danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Neslihan Argüt tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, 12-60 ay arası çocuğu olan ailelerin aşılardaki bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesidir. Bu araştırma sonucunda elde edilecek bilgiler, gelecek araştırmacılara rehber olabilecektir. Anket formu soru-cevap şeklinde doldurulmakta ve yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir. Bu çalışma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen; bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, kendinize en uygun olan cevabı verecek şekilde içtenlikle cevaplandırmanızdır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler sadece araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacıyla kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi ve sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya neslihanargut@gmail.com e-posta adresi ve 0212-4143000 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Neslihan Argüt tarafından İstanbul Üniversitesi Aile Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Neslihan Argüt’e, 0212-414300 numaralı telefon ve İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü’nden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının Adı-soyadı/ İmzası/Tarih

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekliyse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Ek 2:

BİLGİ TOPLAMA FORMU

COCUK BİLGİLERİ

1. **Çocuğun adı-soyadı:**
2. **Çocuğun T.C. kimlik numarası:**
3. **Çocuğun doğum tarihi:**
4. **Çocuğun cinsiyeti:** a) Kız b) Erkek
5. **Çocukla yakınlık dereceniz:**
A) Anne b) Baba c) Bakıcı d) Diğer (açıklayınız:)
6. **Ailenizde kaç çocuğunuz var? Bilgileri verilen çocuk kaçınıcı çocuğunuz?**
7. **Çocuğunuzun herhangi bir sağlık sorunu var mı?**
A) Evet (Belirtin:) B) Hayır
8. **Çocuğunuzun aşı kartı var mı?**
A) Evet. Yanında. B) Evet ama yanında değil.
C) Kaybetti. D) Diğer (Açıklayınız:)
9. **Çocuğunuzun aşıları yaşına göre tam mı?**
A) Tam aşıllı
B) Eksik aşıllı (Nedenini Belirtiniz:)
C) Aşısız (Nedenini Belirtiniz:)
D) Bilmiyor
E) Diğer (Belirtiniz:.....)
10. **Gebe iken kaç kez kontrole gittiniz?**
A) 3 ve daha az B) 4 ve üzeri C) Hatırlamıyor D) Gitmedi
11. **Gebeyken aşı oldunuz mu?**
A) Evet (Belirtiniz:)
B) Hayır

AİLE BİLGİLERİ

12. Annenin doğum tarihi:

13. Babanın doğum tarihi:

14. Annenin eğitim düzeyi:

A) 8 yıl ve daha az B) 9-12 yıl C) 13-16 yıl D) 16 yıl ve üzeri

15. Medeni durumunuzu belirtir misiniz?

A) Evli, eşiyle beraber yaşıyor.

B) Evli, eşinden ayrı yaşıyor.

C) Eşi vefat etmiş.

D) Boşanmış.

E) Diğer (Açıklayınız:)

16. Ebeveynlerin çalışma durumu nedir?

Annenin;

Babanın;

A) Halen tam gün çalışıyor.

A) Halen tam gün çalışıyor.

B) Halen yarım gün çalışıyor.

B) Halen yarım gün çalışıyor.

C) Halen İşsiz

C) Halen İşsiz

D) Emekli

D) Emekli

E) Diğer (Belirtiniz:)

E) Diğer (Belirtiniz:)

17. Mesleğiniz nedir?

Annenin;

Babanın;

A) Ev Hanımı

A) İşçi

B) İşçi

B) Memur

C) Memur

C) Doktor-Mühendis-Avukat

D) Doktor-Mühendis-Avukat

D) Öğretmen-Ebe-Hemşire

E) Öğretmen-Ebe-Hemşire

E) Diğer (Belirtiniz:)

18. Geçim durumunuzu tanımlar mısınız?

- A) Çok muhtaç durumda B) Ancak geçiniyor C) Orta halli
D) Gelir durumu oldukça iyi E) Varlıklı sayılır

19. Anne ya da babada herhangi bir sağlık sorunu var mı?

- A) Annede var (Belirtiniz.....)
B) Babada var (Belirtiniz.....)
C) Hayır yok.

BİLGİ, TUTUM ve UYGULAMAYA İLİŞKİN SORULAR

20. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için en iyi yöntem nedir?

21. Sizce aşı neden yapılır?

22. Sizce aşı gerekli bir uygulama mıdır?

- A) Evet B) Hayır (Nedenini belirtiniz:.....)
C) Kararsızım D) Diğer

23. Bildiğiniz aşılardan isimlerini sayar mısınız?

24. Aşı ile koruma sağlanabilen hastalıkların isimlerini sayabilir misiniz?

25. Aşıların uygulama yolları nelerdir, söyleyebilir misiniz?

26. Çocuğunuza aşı yaptırıyor musunuz?

- A) Evet B) Hayır (Nedenini belirtiniz:.....)

27. Çocuğunuzun aşıları geçmişte aksadı mı?

- A) Evet (Nedenini belirtiniz:.....) B) Hayır

28. Aşılar ilk ne zaman yapılır ve son aşı ne zaman yapılır?

29. Doğumdan sonra çocuğunuza ilk aşının yapılması için sizi yönlendiren oldu mu?

A) Evet (Kim, Nereye Yönlendirdi?.....)

B) Hayır

30. Çocuğunuz bulaşıcı bir ya da daha fazla hastalığa yakalandı mı?

A) Evet (Nedir? Belirtiniz:)

B) Hayır

31. Aşı sonrası istenmeyen bir etkiyle karşılaştınız mı?

A) Evet (Nedir? Belirtiniz:)

B) Hayır

32. Çevrenizde aşı sonrası istenmeyen etkiyle karşılaşan tanıdıklarınız var mı?

A)Evet (Nedir? Belirtiniz:.....)

B) Hayır

33. Ulusal aşı takviminde yer alan aşılardan ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?

A) Evet

B) Hayır

34. Bazı aşılardan Sağlık Bakanlığı ücretsiz aşılamada programı içinde ücretsiz olarak yer almadığını ancak aileler tarafından ücretli olarak alınır yapılabileceğini biliyor musunuz?

A) Evet

B) Hayır

35. Çocuğunuzun doktoru tarafından size bilgi verilirse ve gerekli olduğu anlatılırsa ücretli aşı yaptırmayı düşünür müsünüz?

A) Evet

B) Hayır

36. Şu ana kadar çocuğunuza hiç ücretli aşı yaptırdınız mı?

A) Evet (Hangileri? Belirtiniz:.....)

B) Hayır

Cevabınız hayır ise nedenini belirtir misiniz?

A) Gerekli görmüyorum.

B) Güvenmiyorum

C) Ekonomik zorluklar

D) Diğer (Açıklayınız.....)

37. Çocuğunuza aşı yaptırırken öncelikle aşağıdaki seçeneklerden hangisinin önerisini göz önünde bulundurursunuz?

A) Devletin

B) Doktorumun

C) Çevremin

D) Sadece kendimin

E) Diğer (Belirtiniz:.....)

38. Aşılar hakkında size hiç bilgi veren oldu mu?

A) Evet

B) Hayır

39. Aşılar hakkındaki bilgi kaynağınız nedir?

A) Çocuk doktoru

B) Aile hekimi

C) Hemşire

D) İnternet

E) Gazete/dergi

F) Televizyon

G) Diğer (Belirtiniz:.....)

40. Bu kaynaklardan edindiğiniz bilgiler aşılar hakkındaki tutum ve uygulamalarınızı etkiledi mi?

A) Evet (Nasıl? Belirtiniz:.....) B) Hayır

41. Çocuğunuzun aşılarını nerede yaptırdınız?

A) Devlet hastanesinde

B) Ana çocuk sağlığı merkezinde

C) Aile sağlığı merkezinde

D) Özel hastanede

E) Diğer (Belirtiniz:.....)

42. Çocuğunuzu aşıya götürdüğünüzde hangi aşılardan yapıldığını biliyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

Cevabınız evet ise kimden, nasıl öğreniyorsunuz?

A) Kendim araştırıyorum

B) Ebe/Hemşire

C) Doktorumdan

D) Komşum/Arkadaşım

E) Diğer (Belirtiniz:.....)

43. Toplu aşı kampanyalarında çocuğunuzu aşılattınız mı?

A) Evet B) Hayır (Nedenini Belirtiniz:.....)

44. Aşılarla ilgili olarak herhangi bir olumsuzlukla karşılaştınız mı?

A) Evet (Nedir? Belirtiniz:.....) B) Hayır

45. Yeni bir çocuğunuz olsa aşı uygulamalarını daha önce yaptırdığınız şekilde mi planlarsınız yoksa yoksa yeni bir yol mu izlersiniz?

A) Evet (Yeni yolu belirtiniz:.....) B) Hayır

46. Çocuğunuzun sağlığı için sizin de aşılmanızın gerektiği bir durumda aşı yaptırır mısınız?

A) Evet B) Hayır (Nedenini belirtiniz:.....)

47. Çevrenizde aşı yapılmayan çocuk var mı?

A) Evet (Nedeni:..... Girişiminiz oldu mu?:.....)

B) Hayır

52. Bir çocuğa ailesi aşı yaptırmama kararı alırsa diğer çocukların da hastalıklara yakalanma riskinin arttığını biliyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

Ek 3:

AŞI BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ



The grid contains the following diseases in Turkish:

- Meningokoksik menenjit
- Tetanos
- Bogmaca
- Verem
- Grip (İnfluenza)
- Hib menenjit
- Hepatit B
- Çocuk felci
- Difteri
- Kızamık
- Kabakulak
- Suçiçeği
- Pnömonok
- Kızamıkçık
- HPV
- Hepatit A

Aşı çocuğunuzun sağlığını korur.

Kreş çağındaki çocuklar için de Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği ve kullanımına onay verdiği aşıları çocuğunuza yaptırmayı ihmal etmeyin. İlköğretime başlamadan bütün aşılarının eksiksiz olması, çocuğunuzun sağlıklı ve mutlu bir eğitim dönemi geçirmesi demektir. Çocuğunuza aşı ile hastalıklardan korunmak için bir fırsat yaratın.

AŞI NEDİR?

Aşılar, çocuğunuz hastalığa yakalanmadan, sanki hastalığı geçirmiş gibi vücudunda antikor oluşumunu sağlar. Antikorlar, zararlı hatta öldürücü olabilen bakteri ve virüsleri yok eden ve bulaşıcı hastalıklara karşı koruma sağlayan proteinlerdir.

Aşılar uzun bilimsel araştırmalar sonucu geliştirilir. Aşılama sayesinde, vücut bulaşıcı hastalığa karşı kendi savunma sistemini geliştirir.

AŞILAR HANGİ HASTALIKLARDAN KORUR?

DaBT (DİFTERİ, BOĞMACA, TETANOS)

DaBT aşısı, difteri (kuşpalazı), boğmaca ve tetanos (kazıklı humma) gibi öldürücü ve sekellere yol açan hastalıklardan korur. Bu aşıya 2. aydan itibaren başlanır ve pekiştirme dozu ile birlikte toplam 4 doz uygulanır. İleri yaşlarda da pekiştirme dozları yapılır.

POLİO

Polio aşısı, çocuk felcinden ve çocuk felcine bağlı gelişecek sakatlıklardan korur. 2. aydan itibaren başlanır ve pekiştirme dozları ile birlikte toplam 5 doz uygulanır. Bu aşının enjeksiyon ve ağızdan uygulanan tipleri bulunur.

SUÇİÇEĞİ

Suçiçeği aşısı, suçiçeği hastalığından ve ona bağlı gelişebilecek sorunlardan korur. 12. aydan itibaren 1 ya da 2 doz olarak uygulanır.



HAEMOPHILUS INFLUENZA TİP B (Hib)

Hib aşısı, menenjit (beyin zarı iltihabı), zatürre ve orta kulak iltihaplarından korunma sağlar. 2. aydan itibaren aşılama yapılır ve pekiştirme dozu ile birlikte toplam 4 doz uygulanır.

BCG

BCG aşısı, veremden, özellikle vereme bağlı gelişen menenjitten korur. 2-3. aylardan itibaren tek doz olarak uygulanır.

KIZAMIK

Kızamık aşısı, kızamığa bağlı gelişen zatürre, beyin iltihabı (anensefalit) ve kızamıktan yıllar sonra görülebilen subakut sklerozan panensefalit (SSPE) hastalığından korur. Ayrıca kızamık sonrası direnç düşmesi ile gelişen zatürre, orta kulak iltihabı ve ishal gibi durumlardan da korunma sağlar. Kızamık aşısı, 12. aydan sonra belirli bir ara ile en az iki doz uygulanır. Salgın durumlarında daha erken yaşta da uygulanabilir.

KIZAMIKÇIK

Kızamıkçık aşısı, özellikle doğumsal kalp sorunu, zeka geriliği ve katarakt gibi sorunlara yol açan doğumsal kızamıkçık sendromundan korur. Bu aşı, 12. aydan sonra belirli bir ara ile en az iki doz uygulanır.

KABAKULAK

Kabakulak aşısı, kabakulak hastalığı sonucu gelişebilecek beyin zarı iltihabı, sağırılık, testis ve yumurtalık iltihabından korur. 12. aydan sonra, belirli bir ara ile iki doz uygulanır.

PNÖMOKOK

Pnömonokok aşısı, zatürre, beyin zarı iltihabı ve kan zehirlenmesinden (sepsis) korur. Bu aşı, 2. aydan itibaren uygulanmaya başlanır ve pekiştirme dozu ile birlikte toplam 4 doz uygulanır. Yaşa göre doz sayısı değişir.

HEPATİT B

Hepatit B aşısı, hepatit B hastalığı sonucu gelişebilecek siroz ve karaciğer kanserinden korunma sağlar. Bu aşı, doğumdan itibaren uygulanır ve belirli aralıklarla 3 doz yapılır.

**HEPATİT A**

Bu aşı, hepatit A hastalığı sonucu gelişebilecek karaciğer yetersizliğinden korur. 18. aydan itibaren herhangi bir dönemde, 6 ay ara ile 2 doz yapılır.

MENİNGOKOK

Meningokok aşısı, hem meningokok menenjitinden hem de kanamalarla seyreden meningokok şokundan korunma sağlar. 9. aydan itibaren, en az 3 ay ara ile 2 doz olarak ya da daha ileri yaşlarda tek doz uygulanır.

GRİP

Grip aşısı, yüksek ateş ile seyreden influenza ve ona bağlı gelişebilecek zatürre ve orta kulak iltihabı gibi sorunlardan korur. Bu aşı, 6. aydan itibaren yaşa göre değişen dozlarla yapılır.

HPV

HPV (Human Papilloma Virus) aşısı, bu etkenin hastalığı sonucu ileri yaşlarda gelişen rahim ağzı kanserinden korunmak için fırsat yaratır. HPV aşısı, ergenlik çağında uygulanır.

BU HASTALIKLARDAN ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KORUNMAK, SAĞLIKLI GELİŞMEK VE BÜYÜMEK AÇISINDAN ÇOK ÖNEMLİDİR ÇÜNKÜ HASTALIKLAR KÜÇÜK YAŞLARDA DAHA AĞIR SEYREDER VE SAKATLIKLARA YOL AÇAR.

LÜTFEN ÇOCUĞUNUZUN AŞILARINI AKSATMAYINI! AŞILAR, ÇOCUĞUNUZUN DAHA SAĞLIKLI VE UZUN YAŞAMASINI SAĞLAYACAKTIR.

Sağlık Bakanlığı Aşılama Takvimi

Ülkemizde halen uygulanan çocukluk dönemi aşı takvimi aşağıdadır:

Doğum	1. ay sonu	2. ay sonu	4. ay sonu	6. ay sonu	12. ay	18. ay sonu	24. ay sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B I	Hepatit B II			Hepatit B III		Hepatit A I	Hepatit A II		
		BCG			Suçiçeği I				
		DaBT-IPA-Hib I	DaBT-IPA-Hib II	DaBT-IPA-Hib III		DaBT-IPA-Hib R		DaBT-IPA R	Td R
					KKK I			KKK R	
				OPA I		OPA II			
		KPA I	KPA II	KPA III	KPA R				

BCG: Bacille Calmette Guérin Aşısı (Tüberküloz)

DaBT-IPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

OPA: Oral (ağızdan) Polio (Çocuk Felci) Aşısı

Td: Erişkin Tipi Difteri- Tetanos Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

DaBT-IPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif (enjeksiyon) Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

R: Rapel (pekiştirme) doz

Tablodan da görüleceği üzere; bazı aşıların bir kez uygulanması yeterli iken bazıları için pekiştirme (rapel) dozlarına ihtiyaç vardır.

NOT: En güncel aşı takvimi için lütfen TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu web sitesini ziyaret ediniz:
<http://thsk.saglik.gov.tr/asi-ile-onlenebilir-hastaliklar/>



Çocuk Sağlığı Derneği tarafından hazırlanmıştır.

Aşılar konusunda daha ayrıntılı bilgi için derneğin web sitesi olan www.cocuksagligiderneği.org adresini ziyaret edebilirsiniz.

Prof. Orhan Ersek Sokak, Armir Apartmanı, No: 60/4, Teşvikiye 34365 İstanbul
Telefon: (0212) 231 1467 • Faks: (0212) 296 9428

Basımı Sanofi Pasteur tarafından desteklenmiştir.

ETİK KURUL KARARI

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 1359

Tarih : 28.11.2016

Konu : Prof. Dr. Gülbın GÖKÇAY hk.

**Sayın Prof. Dr. Gülbın GÖKÇAY
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**

İlgi: Çocuk Sağlığı Anabilim Dalının 07/11/2016 gün ve 401811 sayı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Arş. Gör. Neslihan ARGÜT'ün yürüteceği 2016/1339 dosya numaralı "12-60 Ay Arası Çocuğu Olan Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 25/11/2016 gün ve 20 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağz ÜRESİN

**İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı**

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"12-60 Ay Arası Çocuğu Olan Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLAR ARASI ☐

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"12-60 Ay Arası Çocuğu Olan Ailelerin Aşılar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi"	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21/11/2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	OLGU RAPOR FORMU		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ		
	SİGORTA		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ		
	İLAN		
	YILLIK BİLDİRİM		
	SONUÇ RAPORU		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:20	Tarih: 25/11/2016	
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY' ın sorumluluğunda ve Arş. Gör. Neslihan ARGÜT' ün yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi *	Katılım **	İmza			
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ■ K □	E □ H ■	E ■ H □				
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E □ K ■	E □ H ■	E ■ H □				
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■ K □	E □ H ■	E ■ H □				
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■ K □	E □ H ■	E ■ H □				
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E □ K ■	E □ H ■	E ■ H □				

- * :Araştırma ile ilişkisi
 ** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığının izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

12-60 AY ARASI ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN AŞILAR HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%7

BENZERLİK ENDEKSİ

%5

İNTERNET
KAYNAKLARI

%1

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

www.journalagent.com

İnternet Kaynağı

%2

2

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

%1

3

asirehberi.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

İŞLER, Ayşegül, ESENAY, Figern Işık,
KURUGÖL, Zafer and KOTUROĞLU, Güldane.
"Annelerin aşılar konusundaki bilgi ve
davranışları", Ege Üniversitesi, 2007.

Yayın

<%1

5

mersin.mitosweb.com

İnternet Kaynağı

<%1

6

acikerisim.aku.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

7

Submitted to Istanbul University

Öğrenci Ödevi

<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Neslihan	Soyadı	Argüt
Doğ.Yeri	Konak	Doğ.Tar.	13.09.1991
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	33820251734
Email	neslihanargut@gmail.com	Tel	0553 0521697

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Ankara, Hacettepe Üniversitesi	2013
Lise	İzmir, Karşıyaka Cihat Kora Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016- Halen
2.	Çocuk Gelişimci	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü	2014-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı
İngilizce	Çok İyi	İyi	Çok İyi	75

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	-	-	-

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	İyi
Microsoft Excel, Word, Powerpoint	Çok İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Argüt, N. (2018). Çocuk Gelişiminde ve Gelişimin Değerlendirilmesinde Kültürün Etkileri. 2. Uluslararası Erken Müdahale Kongresi. Antalya, Türkiye.
- Yükselen, A., Argüt, N. (2018). Erken Müdahalede Değerlendirme. İçinde Bayhan, P. (Ed.) Erken Müdahale. Ankara: Hedef CS Yayıncılık.
- Aldış, B., Argüt, N., Savcı, F., Yıldırım, E., Yükselen, A. (2017). Beykoz İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Çocukların Gelişimlerinin Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası Okulöncesi Eğitimi Kongresi. Ankara, Türkiye.
- Argüt N., Gökçay E. G., Yetim A. (2016). Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler. J Child. 2016; 16(1): 16-24.
- Yükselen, A. Kıracı, B. Güneş Argüt N. (2015). Aile Hekimlerinin Gelişimsel Gecikmesi Olan Çocuklara Yönelik Erken Müdahale Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. 1.Uluslararası ve 2. Ulusal Gelişimsel Pediatri Kongresi. İstanbul, Türkiye.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Suluboya Resim