

Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi

Meryem Akgün

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Eylül 2022
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Hatice Bebiş

2. Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk

3. Yrd. Doç. Dr. Dilay Necipoğlu

ÖZ

Bu araştırma, son trimester gebelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışmanın evrenini Gazimağusa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde hizmet gören 239 gebe, örneklemini ise 234 gebe oluşturdu. Araştırmanın verileri Katılımcı Tanıtım Formu, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu ve Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak toplandı.

Katılımcıların çoğunluğu 25-30 yaş aralığında (%47,44), lisans veya üzeri eğitim seviyesinde (%53,85), çalışmayan (%57,26), gelirini giderine denk algılayan (%59,40), ilçede yaşayan (%64,53), primipar gebelerden (%48,29) oluşmaktaydı. Yine çoğunluk çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi sahibi (%76,92) olup, bebeklerine aşılarını tam yaptırmayı düşünmekte (%92,31) ve çocukluk çağı aşılarının zorunlu olmasına inanmaktaydı (%64,96). Gebelerin aşıyla ilgili Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Duyarlılık Alt Boyutu için 16,16±2,93 puan, Ciddiyet Alt Boyutu için 15,12±3,19 puan, Yarar Alt Boyutu için 20,19±3,56 puan, Engel Alt Boyutu için 19,56±6,18 puan ve Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutun için 20,28±3,68 puan idi. Çalışmada Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanlarını etkileyen faktörlerin; eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanılan yer, aile tipi, parite ve çocuk sayısı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Araştırmada gebelerin “Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli” ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına dayanarak aşılarla yönelik hassasiyetleri, farkındalıkları, bilgileri ve sorumluluk algıları yüksek; olumsuz algıları ise düşüktür. Ayrıca gebelerin bilgi ve tutumlarını etkileyen çok sayıda sosyodemografik etken bulunmaktadır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda gebelerin çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi ve tutumlarını etkileyen faktörler dikkate alınarak özellikle riskli olduğu belirlenen ebeveynler başta olmak üzere tüm gebelere yapılandırılmış aşı bilgilendirme programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, Bağışıklama, Çocuk Sağlığı, Gebelik, Hemşirelik, Tutum

ABSTRACT

This study was carried out to determine the knowledge and attitudes of last trimester pregnant women about childhood vaccines. The population of the study consisted of 239 pregnant women working in the Famagusta State Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic, and the sample consisted of 234 pregnant women. The data of the study were collected using Participant Introduction Form, Parent Information and Opinion Form Regarding Childhood Vaccines and the Vaccine -Related Community Attitude Health Belief Model Scale.

The majority of the participants are between the ages of 25-30 (47.44%), undergraduate or higher education level (53.85%), not working (57.26%), perceiving their income as equal to their expenses (59.40%), living in a district (64%). ,53), primiparous pregnant (48.29%). Again, the majority are knowledgeable about childhood vaccinations (76.92%), they think about having their babies fully vaccinated (92.31%), and they believe that childhood vaccinations should be mandatory (64.96%). The mean scores of pregnant women from the Community Attitude Health Belief Model Scale sub-dimensions regarding vaccination were 16.16 ± 2.93 points for the Sensitivity Sub-Dimension, 15.12 ± 3.19 points for the Severity Sub-Dimension, and 20.19 ± 3 for the Benefit Sub-Dimension. It was 56 points, 19.56 ± 6.18 points for the Disability Sub-Dimension and 20.28 ± 3.68 points for the Health Responsibility Sub-Dimension. In the study, the factors affecting the Community Attitude Health Belief Model Scale scores; Educational status, employment status, economic status, place of residence, family type, parity, number of children were determined ($p < 0.05$).

In the study, the sensitivity, awareness, knowledge, and sense of responsibility of pregnant women towards vaccines are high based on the average scores they got

from the Community Attitude Health Belief Model Scale. On the other hand, their negative perceptions towards vaccines are low. In addition, there are many sociodemographic factors that affect the knowledge and attitudes of pregnant women.

In line with the results of the study, it is recommended to organize structured vaccination information programs for all pregnant women, especially the parents who are determined to be at risk, considering the factors affecting the knowledge and attitudes of pregnant women about childhood vaccinations.

Keywords: Vaccination, Immunization, Child Health, Pregnancy, Nursing, Attitude

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince, değerli bilgi ve deneyimleriyle beni aydınlatan, yol gösteren, destekleyen ve tezimin her aşamasında değerli zamanını bana ayıran, her zaman bir hocadan daha fazlası olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Rojgin MAMUK’a saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince, bana yol gösteren ve desteklerini her zaman hissettiğim Hemşirelik Bölümü hocalarına saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırmaya izin veren Doğu Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü’ne ve araştırma verilerimin toplanmasında destek olan bütün gebelere teşekkürlerimi sunarım.

Beni yetiştiren, her daim yanımda olup sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren canım aileme, desteğini bir an bile eksik etmeyen biricik kardeşim Arif Akgün’e, dostlarıma, yüksek lisans arkadaşlarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	3
1.2 Araştırmanın Soruları.....	4
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Bağışıklama.....	5
2.2 Aşı	6
2.3 Bağışıklama ve Aşının Tarihçesi	8
2.3.1 Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Bağışıklama ve Aşı Çalışmaları	10
2.4 T.C. ve KKTC Aşı Takviminde Yer Alan Aşılar.....	12
2.4.1 Difteri	12
2.4.2 Boğmaca	13
2.4.3 Tetanoz (DBT) Aşısı	13
2.4.4 BCG.....	13
2.4.5 Polio Aşıları.....	14
2.4.6 Kızamık	14
2.4.7 Kızamıkçık	15

2.4.8 Kabakulak.....	15
2.4.9 Hepatit B.....	15
2.4.10 Hemofilusinfluenza Aşısı (Hib).....	16
2.4.11 Konjuge Pnömonokok	16
2.4.12 Hepatit A Aşısı	16
2.4.13 Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı)	17
2.5 Aşı Takvimine Ek Olarak Yapılması Önerilen Aşılar	17
2.5.1 Rotavirüs.....	17
2.5.2 Human Papillomavirüs Aşısı (HPV)	17
2.5.3 Meningokok.....	18
2.6 Aşı Programları	18
2.7 Sağlık İnancı ve Aşılama Sistemlerine Yönelik Tutum.....	19
2.8 Aşılama Sistemlerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	21
3 GEREÇ YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Tipi	23
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4 Araştırma Değişkenleri	24
3.5 Veri Toplama Araçları	24
3.5.1 Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-1)	24
3.5.2 Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu (Ek-2).....	24
3.5.3 Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek-3)	25
3.6 Veri Toplama Süreci	26
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	26

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.10 Araştırmanın Takvimi	28
4 BULGULAR.....	29
5 TARTIŞMA	54
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	67
6.1 Sonuçlar.....	67
6.2 Öneriler	70
KAYNAKLAR	71
EKLER.....	91
Ek 1: Katılımcı Tanıtım Formu	92
Ek 2: Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu	94
Ek 3: Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	97
Ek 4: Ölçek Sahibinden İzin Yazısı	99
Ek 5: Ölçek Kullanım İzni Yazısı	100
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	101
Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni	103
Ek 8: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devler Hastanesi Kurum İzni.....	104

KISALTMALAR

BCG	(Bacillus Calmette-Guerin) Aşısı
DaBT	Difteri Aselüler Boğmaca Tetanos
DaBT-IPA	Difteri Aselüler Boğmaca Tetanos-İnaktif Poliomyelit Aşısı
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTaB-IPV-Hib	Difteri Tetanos Aselüler Boğmaca-İnaktif Polio Virüs Aşısı- Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HbsAg	Hepatit B Yüzey Antijeni
Hib	Hemofilusinfluenza Tip B Aşısı
HPV	Human papilloma Virüsü
IPA	İnaktif Poliomyelit Aşısı
KKK	Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KPA	Konjuge Pnömonokok Aşısı
OPA	Oral Poliomyelit Aşısı
RNA	Ribonükleik Asid
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234) ...	29
Tablo 2: Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234).....	30
Tablo 3: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı (n=234).....	31
Tablo 4: Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n=234).....	33
Tablo 5: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sorulara Verdikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
Tablo 6: Katılımcıların Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları (n=234)	36
Tablo 7: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	37
Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	38
Tablo 9: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	39
Tablo 10: Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	40
Tablo 11: Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	41
Tablo 12: Katılımcıların Aile Tipine Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	42

Tablo 13: Katılımcıların Aile İçi Karar Alma Mekanizmasını Tanımlama Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	43
Tablo 14: Katılımcıların Pariteye Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	44
Tablo 15: Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	45
Tablo 16: Katılımcıların Şu An Ki Gebelik Haftasına Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234).....	46
Tablo 17: Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Bilgilendirilme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	47
Tablo 18: Katılımcıların Ulusal Aşı Takviminde Olan Aşıları Yaptırmayı Düşünme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	48
Tablo 19: Katılımcıların Ücretli Olan Aşıları Yaptırmayı Düşünme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	49
Tablo 20: Katılımcıların Aşı Reddi / Tereddüdü Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	50
Tablo 21: Katılımcıların Aşı Hizmetlerinin Yürütülmesiyle İlgili Görüşüne Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)	51

Tablo 22: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Bazı Sorulara Verdikleri Puan Ortalamaları ile Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar (n=234).....	52
--	----

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmanın Takvimi.....	28
------------------------------------	----

Bölüm 1

GİRİŞ

Aşılama; bireyi ve toplumu bulaşıcı hastalıklardan korumak için uygulanan tıbbi bir müdahaledir. Aşılama çalışmaları ile dünyada çiçek hastalığı ortadan kaldırılmış, çocuk felcinin belli bölgeler de ortadan kalkması sağlanmış, diğer birçok bulaşıcı hastalığın görülme, sakatlık ve ölüm oranlarında ciddi düşüşler gözlenmiştir (1). Aşılama çalışmaları 21. yüzyıldaki en önemli toplum sağlığı başarıları arasında ilk sırada yer almaktadır (2).

Tarihsel süreç içerisinde aşılama uygulamalarına ilk olarak Çinlilerin başladığı ve ilk aşının çiçek hastalığı için geliştirildiği sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere’de Edward Jenner’ın geliştirdiği aşı metodu ise tüm dünyada bir dönüm noktası olmuş ve her geçen gün aşılanmanın önemi daha da iyi anlaşılmıştır (3,4). Türkiye de ise aşılama Osmanlı İmparatorluğu zamanına kadar dayanmaktadır. İlk aşı uygulamalarına başka ülkelerden gelen tüccarlardan etkilenme ile başlanmıştır (3,24). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) ilk aşılama uygulamalarına ne zaman başladığı konusunda bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılı itibari ile aşılanmanın yaygınlaşmasını sağlamak, aşıyla engellenebilen hastalıkların görülme sıklığını ve buna paralel ölüm oranlarını azaltmayı hedefleyen Genişletilmiş Bağışıklama Programını (GBP) başlatmıştır (5,105). Bu program kapsamında çocukluk çağı aşı uygulamaları Dünya genelinde birçok ülkede başarıyla uygulanmaktadır. Türkiye’de de DSÖ’nün politikalarına benzer olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı”

başlatılmış olup başarıyla yürütülmeye devam edilmektedir. Bu program sayesinde ülkenin 2015 yılından itibaren aşılama hızı %97'ye kadar ulaşmıştır (25). KKTC' nin de ulusal aşı programı bulunmakta olup ulusal aşı takvimi son olarak Ekim 2015 yılında güncellenmiştir (6).

Dünya genelinde aşılamanın ehemmiyeti anlaşılmış olmasına rağmen istenen oranda yayılmasının önünde güçlükler bulunmaktadır. DSÖ aşılama mani olan/etkileyen unsurları üç başlık altında derlemiştir. Bunlar; bağlamsal etkiler, birey ve gruplara yönelik etkiler ve aşılama ait etkilerdir. Bağlamsal etkiler içerisinde aşılar ulaşım, temin etme imkânı, bazı aşıların ücretli olması yer almaktadır. Birey ve gruplara yönelik etkiler de aşı karşıtı grupların artışı, bireysel olumsuz deneyimler ve çevresel- kültürel etkiler yer almaktadır. Aşılama ait etkiler de ise bazı aşıların diğer tip aşılar göre uygulanmasının daha kolay olması, risk/yarar durumları yer almaktadır (7).

Dünya genelinde aşılama konusunda öncelikli sorun az gelişmiş ülkeler de alt yapı iken gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise ebeveynlerin aşılar konusunda olumsuz tutumlarıdır. Ailelerin aşılar ilişkin düşünce ve kararında; bilgi kaynakları ve bunlara olan güven, diğer aile bireylerinin görüşleri, aile bireylerinin endişe ve korku gibi duygu durumları, bireyin geçmiş deneyimleri, sosyal medyanın rolü ve aşı reddi çalışmalarının etkili olduğu belirtilmektedir (1,7-9). Bu nedenle bazı ülkelerde çocukluk çağı aşılamalarının yaptırılmasına yasal zorunluluk getirilmiştir (2). Bu durumun en büyük nedeni son yıllarda görülme sıklığı oldukça düşürülmüş olan kızamık, kabakulak ve boğmaca gibi hastalık salgınlarında artış olmasıdır. İncelenen literatür doğrultusunda, Corben ve Leask'e göre aşı çalışmalarının önündeki en önemli engeller arasında; hastalıkların nedenlerinin belirsizliği, aşıların yan etkileri, aşıların fayda etmediği görüşü, aşı ile önlenen hastalıkların toplumda az görülmesi,

yönetimlere ve aşı üreten şirketlere güvensizlik, ekonomik sebepler, aşılama ile doğal bağışıklığın ortadan kalkacağı düşüncesi, vb bulunmaktadır (10).

Weiner ve arkadaşları ise aşılar hakkında edinilen bilginin aşı yaptırmayı doğrudan etkilediği sonucuna varmıştır. Ayrıca aşıyla ilgili bilgilerin çevreden, internet ve sosyal medyadan alınmasının ailelerde aşıya karşı olumsuz düşüncelere ve güvensizliğe neden olduğu ve bu nedenle çocuklarına aşılarını yaptırmak istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmacılar aşılama ile ilgili bilgiler doğru kaynaklardan alınırsa aşı yaptırma oranlarının artacağını belirtmektedir (11).

Wolff ve Madlon-Kay araştırmasında, ailelerin çocukluk çağı aşılarını yaptırmamasının nedenleri arasında kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının otizme sebep olduğu düşüncesinin yer aldığı görülmektedir (12).

Yukarıda açıklandığı gibi ebeveynlerin görüşleri aşılama üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarını yönelik düşüncelerinin incelenmesi gerekmektedir. Buradan yola çıkarak yapılan literatür taramasında KKTC’de ebeveynlerin çocukluk çağı aşılara ilişkin görüşlerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca literatür incelendiğinde aşı tutumunu araştıran çalışmaların tamamının doğum sonrası veya çocuğu olan ebeveynlerle gerçekleştirildiği görülmektedir (70,74,85). Ancak aşılara yönelik ebeveyn tutumu ne kadar erken belirlenirse o kadar erken müdahale etme şansı bulunmaktadır. Bu nedenle prekonsepsiyonel ve antenatal dönemde anne-baba adaylarının bebek ve çocuk sağlığı ve dolayısıyla çocukluk çağı aşıları hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi ve ihtiyaç duydukları eğitime erişimleri önemlidir (13).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, son trimestır gebelerin çocukluk çağı aşılara ilişkin bilgi ve tutamlarının ayrıca bunları etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.2 Araştırmanın Soruları

1. Son trimester gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları nedir?
2. Son trimester gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanlarını etkileyen faktörler nelerdir?
3. Son trimester gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları ile aşı hakkında bilgi ve tutumlarına yönelik sorulara verdikleri puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Bağışıklama

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağışıklamayı; bireyleri aşı yoluyla enfeksiyon ve hastalıktan koruma olarak tanımlamaktadır (14). Bir diğer tanımda ise vücuda verilen virölansı azaltılmış bir mikroorganizmaya karşı vücudun göstermiş olduğu immün yanıt olarak tanımlanmaktadır. Bağışıklama toplumun geleceği olan bebekler başta olmak üzere tüm bireylerin hastalık ortaya çıkmadan önce aşılansak korunması için yapılan önemli bir halk sağlığı çalışmasıdır (3,15). Bu nedenle bağışıklama çalışmalarında elde edilmek istenen sonuç aşı ile engellenebilen hastalıklara karşı aktif bağışıklık geliştirerek hastalıklar ve onlara bağlı ortaya çıkan morbidite ve mortaliteyi en aza indirmektir (16,31).

Bağışıklama iki yolla gerçekleşebilmektedir. Birinci yol doğal ikincisi ise edinsel (kazanılmış) bağışıklamadır. Doğal bağışıklık; genetik faktörler, hücresel nedenler, anatomik engeller, vücut sıvılarında yer alan spesifik önleyici etmenler ve de hücreler ile ortaya çıkan bağışıklığa denir. Kazanılmış (edinsel) bağışıklık; vücudun savunma gücü ile meydana gelen spesifik savunma durumudur. Nedene özgü olmaktadır. Pasif ve aktif bağışıklık olarak ikiye ayrılmaktadır (17).

Pasif bağışıklık; plasenta yolu ile (pasif doğal bağışıklık), anne sütü içeriğinde yer alan antikorlar veya başka bir canlıda oluşan antikorların bireye uygulanması ile meydana gelen bağışıklığa (pasif edinsel bağışıklık) denilmektedir (17,18,24).

Aktif bağışıklık; vücudun kendi savunma gücü ile oluşan özel savunma halidir. Hastalık sonrasında oluşan antikorlar (doğal aktif bağışıklık) ve aşı ile ortaya çıkan bağışıklık (yapay aktif bağışıklık) olarak ikiye ayrılır. Aşının ilk uygulamasından sonra gelişen bağışık yanıtı primer, tekrarlanan aşılarından sonra oluşan bağışık yanıtı ise sekonder bağışık yanıtı denir (18). Hafıza T lenfositleri sayesinde oluşan sekonder bağışık yanıt antikorları, serumda uzun süreler hatta yaşam boyu kalabilirler.

Aktif bağışıklıkta koruyuculuk uzun süreli olmaktadır. Pasif bağışıklık ise istenilen düzeyde bağışıklığı olmayan kişilerin hastalığa karşı bağışıklık düzeylerinin artması için hastalığı geçiren kişilerden, hayvanlardan elde edilen antikorların (immünglobülin), uygulanması ile oluşan bağışıklıktır ve uygulanan antikor oranına göre 1-2 hafta ya da 1-2 ay arasında koruyuculuk ortaya çıkmaktadır. T lenfositleri (Hafıza) ile oluşan antikorlar uzun süre koruyuculuk sağlamaktadır (19,26,27). Aşıdan hemen sonra ortaya çıkan yanıtı primer, tekrarlanan aşıdan sonra meydana gelen yanıtı sekonder bağışık yanıtı denilmektedir.

2.2 Aşı

Aşı, insan ve hayvanlarda hastalık yapan virüs, bakteri gibi mikroorganizmaların öldürülerek, zayıflatılarak ya da bazı mikroorganizmaların salgıladığı toksinlerin etkileri ortadan kaldırılarak sağlam kişilere hastalık bulaşmaması için verilen biyolojik maddedir (14). Aşılama ise bu biyolojik maddelerin vücuda uygun yollarla ve uygun miktarlarda verilmesidir. En etkili bağışıklama yolu aşılama (8,20,27,39,74). Aşılar yakın zamana kadar literatürde canlı atenué ve inaktif olarak 2'ye ayrılmaktaydı. Ancak COVID-19 pandemisiyle beraber yaygın kullanıma RNA aşıları da girmiştir. DNA aşıları ile ilgili çalışmalar ise deneysel düzeydedir. Bu aşılar ek olarak üzerinde değişiklik yapılan virüslere istenilen

mikroorganizmanın antijenik yapısının ve genetik bilgilerinin verilmesi ile hazırlanan vektör aşılar da bulunmaktadır (4,28).

Cansız (İnaktive) aşılar ise mikroorganizmanın çeşitli yöntemlerle inaktive hale gelmesi ile hazırlanır. Salk, polio, influenza aşıları, kuduz ve Hepatit B en yaygın kullanılan cansız aşılardır. Cansız aşıların en önemli avantajları diğer aşılar ile kullanıma uygun olmalarıdır. Canlı aşılarda olduğu gibi bulaşma hastalık yapma durumu yoktur (4,20). Dezavantajları ise yetersiz nadirde olsa inaktivasyon oluşması sonucunda poliomyelit ve ensefalit meydana gelme olasılığıdır (24). Bu nedenle bu aşılarda en dikkat edilmesi gereken nokta antijenik yapılarının korunmasıdır. İnaktivasyonları ısı, radyasyon, bazı kimyasallar gibi fiziksel veya kimyasal yöntemler ile sağlanmaktadır. Ancak inaktivasyonun ısı ile yapılması protein yapısını dolayısıyla antijenik yapıyı bozabildiği için önerilmemektedir (20).

İnaktif aşılar virüs veya bakterinin tamamı veya bir kısmı kullanılarak elde edilebilir. Tamamı kullanılarak geliştirilen aşılara örnek olarak; boğmaca, influenza, hepatit A ve IPV verilebilir. Mikroorganizmanın bir kısmı kullanılarak elde edilen aşılarda genellikle mikroorganizmanın saf hücre duvarının ayrıştırılmış kısmı veya protein yapıları kullanılmaktadır. Bu aşılara örnek olarak Hepatit B, aselüler boğmaca, difteri ve tetanoz verilebilir (24). İster mikroorganizmanın tamamı isterse bir kısmı kullanılsın inaktif aşılar rapel doz gerektirmektedir.

Canlı atenüe aşılar, virüs veya bakterilerin hastalık yapma özelliğinin ortadan kaldırılarak vücutta çoğalma ve bağışıklık yaratma özelliğinin korunması esasına dayanır bu aşılara en iyi örnekler; KKK, OPV, suçiçeği ve BCG aşılarıdır (29). Bu aşıların en önemli yanı bağışıklama için uygulanan dozun az olmasıdır. Bu aşıların avantajları arasında etkinliklerinin daha fazla olması ve çeşitli yollarla uygulanabilir olmalarıdır (21,22). Ayrıca hazırlanması kolay ve uzun süreli bağışıklanma sağlayan

aşılarıdır. Ancak avantajları olduğu kadar bu aşılarda dezavantajları da mevcuttur, kolay kontamine olmaları, diğer aşılarda beraber uygulanmamaları ayrıca çevreye bulaşma ihtimallerinin olması dezavantajları arasında yer almaktadır. Diğer önemli bir konu ise soğuk zincirine ve saklama koşullarına dikkat edilmemesi durumunda etkinliğinin kolayca bozulmasıdır (20,22).

RNA aşılarda istenilen mikroorganizmanın antikor oluşturan antijenik yapısının mRNA'sını içeren aşılardır. DNA aşılarda ise hedef mikroorganizmadaki antijenik yapının DNA'sını içeren aşılardır (23).

2.3 Bağışıklama ve Aşının Tarihçesi

Günümüzde aşının ilk kaynağının neresi olduğu bilinmemekle birlikte 1000'li yıllarda Asya merkezli bir bölgede başlayıp Doğu Çin, Afrika, Batı Anadolu ve Avrupa'ya yayılım gösterdiği varsayılmaktadır. Kesin olmamakla birlikte bilinen ilk bağışıklama çalışmasının Hintli Budistlerin 7.yy'da yılan zehrini içirerek bağışıklığı uyarmaya çalışmaları olarak gösterilmektedir (30). İnsanlık tarihinde katedilen gelişmelere paralel olarak aşı çalışmalarında da gelişmelerin olduğu gözle çarpılmaktadır. Bilinen ilk sistemli aşı çalışması ise Brahminler tarafından 16. yüzyılda çiçek hastalarının derisindeki püstüllerde bulunan irinlerin kurutulduktan sonra sağlıklı kişilerin cildine enjekte edilmesi ile sağlanmıştır (24,31). Diğer bir bağışıklama çalışmasından ise 1742 yılında Çin'de yayımlanan bir tıp kitabı söz etmektedir. Kitaba göre 1695'li yıllarda çiçek hastalığından korunmak için toz formuna getirilen çiçek kurutu bir pamuk parçası ile buruna uygulanmakta veya kurut buruna üflenmekteydi. Kimileri ise çiçek geçiren çocuğun çamaşırlarını sağlıklı olan çocuklara giydirerek bağışıklama yaratmaya çalışmaktaydı (29,32).

Tarihte aşı çalışmalarına ilk yer veren toplumlar arasında Osmanlı imparatorluğu bulunmaktadır. Tarihi kayıtlara göre çiçek aşısı Osmanlı'da kullanılan

ilk aşı olup 1717 yılında İstanbul’da görev yapan İngiliz Sefiresi Lady Mary Wortley Montague’nun ilgisini çekmiştir. 1721 yılında ülkesine geri dönen sefire sayesinde bu aşı İngiltere’de de kullanılmaya başlanmıştır (4,33).

1774’te ise İngiltere’de sığır yetiştiren Benjamin Jesty sığır çiçeği hastalığında kendiliğinden bağışıklık kazanmış ve çevresinde yer alan beş çiftçinin de sığır çiçeği hastalığına bağışıklık kazandığını görerek az miktarda sığır çiçeği virüsünü inokülasyon ile karısı ve iki oğluna uygulamıştır. Bu uygulama sığır çiçeğini önlemeye yönelik ilk aşı çalışması olarak kayıtlara geçmiştir (24,34).

Edward Jenner 1770-1773 yılları arasında sığır çiçeği ve çiçek hastalığı hakkında araştırmalar yapmış ve 1798’de “Variolae Vaccinae” dergisinde kendi soyadını verdiği “Jenner Metodu”nu tanıtmıştır. Edward Jenner ilk kez kelime olarak aşığı kullanmış, ancak Richard Dunning 1800’de aşılama terimini kullanarak literatürde yer almasını sağlamıştır (24,35).

Bilim tarihinde aşların babası olarak bilinen Louis Pasteur tavuk kolerasına karşı ilk bakteri aşısını 1880’de geliştirmiştir. Bu aşı tarihte ikinci bulunan aşı olma özelliği taşımaktadır. Bu dönüm noktasından sonra laboratuvarlarda hastalığa sebep etkenden aşı oluşturma, atenüasyon ve pasajlar ile modifikasyon yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Pasteur 1881’de ikinci bakteri aşısı olan Şarbon aşısını, 1885 yılında ise kuduz aşısını geliştirmiştir (24,26,36,37).

19 yy. sonlarına doğru Richard Pfeiffer, Wilhelm Kolle ve Almroth Wright ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda ölü tifo aşısını bulmuşlardır (38). 1883’te Jaime Ferran ve Waldemar Haffkine kolera etkenini izole edip ardından aşısını uygulamışlardır. 1890’ların sonlarına doğru Shibasaburo Kitasoto ve Alexander Yersin vebanın etkeni olan Yersinia Pestis’i tanımlamış ve Haffkine Hindistan’da ortaya çıkan veba salgını sonrası hastalığın aşısını bulmuştur (24,26,38). 1891’de ise Emil Von Behring, hasta

çocuğun difteri antitoksiniyle iyileşmesini sağlamıştır ve bu sayede 1901’de ilk Nobel Tıp Ödülü’nü almaya hak kazanmıştır (90).

2.3.1 Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Bağışıklama ve Aşı Çalışmaları

Dünya tarihinde aşılama için ilk yazılı düzenleme olan Çiçek Aşısı Nizamnamesi 1885 yılında Osmanlı İmparatorluğu’nda hayata girmiştir. 1887 yılında ise Mirliva Alexander Zoeros gözetiminde üretilmeye başlanan kuduz aşısı Osmanlı hakimiyeti altındaki topraklarda uygulanmaya başlamıştır (26).

Osmanlı döneminde ortaya çıkan aşılar için ilgi Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşu sonrasında da devam etmektedir. Örneğin aşıların üretimi önem kazanmış bununla birlikte de 1928 yılında Sağlık Bakanlığı gözetiminde Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuştur. Aşı üretimine ise 1930’lu yıllar da başlamış ve de aşı ihtiyacı olan diğer ülkelere yardım yapılmıştır. Sonraki yıllarda ise laboratuvar gereksinimi meydana gelmiş ve Biyolojik Kontrol Laboratuvarı 1947 yılında kurulmuştur. Laboratuvarın kurulması sonrasında BCG, boğmaca aşılarının üretimi başlamıştır (40,43). 1950 yılında kurulan influenza laboratuvarı DSÖ kararı ile Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi olarak kabul almış ve influenza aşısının üretimine başlamıştır. 1965 yılı itibari ile ilk olarak kuru çiçek aşısı üretimi başlamış ayrıca 1976 yılında kuru BCG aşısının deneysel üretimine başlamış ve 1983 yılında üretimi yapılmıştır. Aşı üretimindeki olumlu gelişmelerin ardından gelişen teknolojiye önem vermeme, ekonomik endişe gibi etmenler nedeni ile aşı üretiminde azaltmaya gidilmiştir. En son 1998 yılında BCG aşısı üretimi sonrasında aşı üretim çalışmaları durdurulmuştur (32,40,43).

Türkiye’de 1930 yılı itibari ile sürekli ve planlı aşılama uygulaması çiçek aşısının zorunlu olarak uygulanması ile başlamıştır. Nusret Fişek’in sağlık bakanlığı

yaptığı 1961 yılında aşılama çalışmalarının ülkenin her yerine ulaşması ve yaygın olarak kullanılması için 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu çıkarılmıştır. DSÖ'nün 1974 yılında başlattığı Genişletilmiş Bağışıklama Programına (GBP) Türkiye 1981 yılı itibari ile katılmıştır (22). 1985 yılı mart ayında Türkiye'de Aşı Kampanyası başlatılmış ve aşılama oranları %25-35'lerden %92'lere kadar çıkartılmıştır. Ulusal aşı takviminde yer alan aşılar arasına 1998'de hepatit B aşısı, 2006'da Hib, 2008'de KPA (konjuge pnömokok aşısı) ve son olarak da 2013'te hepatit A ve su çiçeği aşıları da eklenmiş olup toplamda 13 hastalığa karşı aşılama uygulamaları planlı olarak devam etmektedir (40,41). Aşıların bulunması ve uygulanması sonucunda salgın yapabilen öldürücü hastalıklar azalmış hatta bazıları ortadan kaldırılmıştır. 1942-1944 yıllarında büyük salgınların nedeni olan çiçek hastalığı vakası son olarak 1970 yılında görülmüş ve sonrasında dünya genelinde yok edilmiştir. Türkiye'de çiçek aşısı uygulaması 1980 yılı itibari ile kaldırılmıştır. Ayrıca Türkiye'de son polio vakası 1996 Kasım ayında bildirilmiş ve buna paralel olarak DSÖ, 21 Haziran 2000 itibari ile Türkiye ve Avrupa bölgesini "Poliodan Arındırılmış Bölge" olarak ilan etmiştir. Ancak hastalık henüz tüm dünyada eradike edilememiştir (24).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı "GBP" en yaygın görülen bulaşıcı hastalıkları (Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus influenza tip b, Konjuge Pnömokok, Hepatit A ve Suçiçeği) kontrol altında tutmak dahası ortadan kaldırmak için yaş gruplarına özel aşılama yapılmasını amaçlamaktadır (40,42). Programın en önemli çıktısını tüm dünyada aşılarla eşit erişimin sağlanması ve eksik aşıli veya aşısız çocukların aşılarının tamamlanması oluşturmaktadır (32). KKTC'de ise aşılama

alışmalarına ne zaman başlanıldığı ile ilgili kaynaklara ulaşılammıştır. Ancak ulusal aşı takvimi 2015 yılında son olarak güncellenmiştir (6).

2.4 T.C. ve KKTC Aşı Takviminde Yer Alan Aşılar

2.4.1 Difteri

Difteri, gram pozitif bir bakteri olan *Corynebacterium diphtheriae*'nın sebep olduğu özellikle çocuklarda sık görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Genel olarak asemptomatik olarak ilerler ancak bakterinin tutulum yerine göre hastalık ağır geçebilmektedir. Hastalığın bulaşmasında en önemli etmen ekzotoksindir. Yenidoğan bebeklerde ilk altı ay difteriden korunmaları anneden plasenta yolu ile geçen antikorlar sayesinde olmaktadır. Ancak buna ek olarak aşılama ile koruma sağlamak gerekmektedir (45).

İlk olarak 1937 yılında aşı takviminde yerini alan difteri aşısı protein içelikli fraksiyone özellikte olup kas içine uygulanmaktadır. Uygulama şekli yaşa göre değişiklik göstermektedir. Buna göre yedi yaş altına DTaB (Difteri Tetanos Aselüler Boğmaca) olarak DT (Difteri Tetanos) formda, yedi yaş üzerine ise Td, (Tetanos ve Difteri) ve TdaB (Tetanos Difteri Aselüler Boğmaca) formda yapılmaktadır. Türkiye’de 2010 yılından itibaren ilköğretim birinci sınıfta DaBT-IPA aşısı olarak uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde DTaB-IPV-Hib 4 doz olarak 2. 4. 6. ve 18. aylarda 5-li karma aşı olarak uygulanmaktadır. DaBT, DT, Td toksoid formda olan aşılardır. 4-lü (DaBT-IPV) aşısı 1 Temmuz 2020 yılından sonraki listede yapılan güncellemeler ile ilkokul dönemine kalmadan pekiştirme dozunun 48. ay itibari ile uygulanabilmesine başlanılmıştır (4). Türkiye’de 2005 yılı itibariyle difteri vakası bildirilmemiş olup KKTC’de konuya ilişkin bilgiye ulaşılammıştır.

2.4.2 Boğmaca

Etmeni Bordetella pertussis olan bulaşma ihtimali yüksek bir hastalık olmakla birlikte çocukluk çağında sıklıkla görülmektedir. Difteri ile 1937 yılında aşı takviminde yerini almıştır. 2 yaş altı çocuklarda özellikle yenidoğanlarda hastalığın klinik seyri oldukça ağır seyretmektedir bu nedenle bağışıklama son derece önemlidir. Aşının etki süresi 10 yıl olmakla birlikte altı yaştan sonra aşının yapılması önerilmemektedir. Asellüler boğmaca aşısı inaktif aşı grubunda yer alan subunit aşılarından biri olup Türkiye’de 2005 yılından beri kas içi uygulama formuna kullanılmaktadır (22,45).

2.4.3 Tetanoz (DBT) Aşısı

Tetanos, Clostridium tetani’nin neden olduğu aniden ortaya çıkan, kasılmalar, ataklar, çenenin kilitlenmesi ve solunum yetmezliği gibi komplikasyonlara ve ileri vakalarda ölüme neden olan infeksiyon hastalığıdır. Tetanoz aşısı toksoid aşıdır ve kas içine uygulanır. Tetanos aşısının pediatrik DT veya yetişkin Td olarak difteri ile kombine formu ayrıca pediatrik DaBT veya yetişkin TdaB olarak hem difteri toksoidi hem de asellüler boğmaca aşısı ile kombine formları vardır (22,45).

2.4.4 BCG

BCG (Bacillus-Calmette-Guerin) aşısı ilk kez 1908’de tüberküloz basilinin “Mycobacterium bovis” bakterisinden virölansı indirgenerek yapılan canlı atenüe bir aşıdır. DSÖ tarafından 1974 yılında aşı GBP’ye eklemiştir (44). KKTC’de 2007 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Doğum sonrası 2. ay sonunda tek doz olarak deltoid kasa intradermal olarak uygulanmakta olup rapel doz ihtiyacı bulunmamaktadır. Aşı tüberkülozdan korunmada en güçlü ve en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Altı yaşı üzerine ve hiç aşılanmamış çocuklara uygulamaya gerek

duyulmamakta, altı yaşından küçük ve BCG aşısı yapılmayan çocuklara ise tüberkülin deri testi sonrasında aşı uygulanmaktadır (6).

2.4.5 Polio Aşıları

Poliomyelit, çocuk felci (IPA, OPA), polio virüslerinin neden olduğu son derece bulaşıcı bir hastalıktır. Kontaminasyon bireyler arası bulaş, fekal-oral bulaş veya kontamine su-besinlere temas ile olmaktadır. Türkiye’de 2008’den itibaren inaktif poliomyelit aşısı (IPV) ve oral poliomyelit aşısı (OPA) olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. İnaktif poliomyelit aşısı (IPV), takvimde 2, 4, 6. aylarda uygulanmaktadır. Birinci rapel 18. ayda 5’li karma aşıyla beraber, ikinci rapel ise ilköğretim birinci sınıfta 3’lü karma aşı içerisinde intramusküler yolla uygulanmaktadır. Oral Poliomyelit Aşısı (OPA) ise canlı atenüe bir aşıdır. Aşı takviminde 6. ve 18. aylarda toplam 2 doz şeklinde kullanılmaktadır (4,43,44). Aşı canlı aşı grubunda yer aldığı için gebelerde ve immün sistem yetmezliği olan kişilerde kullanılmamalıdır. Ayrıca oral formda dışkılama yolu ile canlı virüs atımı meydana gelebilme ihtimaline karşı evde immün yetersizliği ya da kanser hastalığı olan bireyler varsa kullanımı önerilmemektedir (22).

2.4.6 Kızamık

Paramyxoviridae ailesinden gelen morbillivirus’ün neden olduğu, çok bulaşıcı ancak aşı ile önlenabilir bir hastalıktır. Bulaş enfekte bireylerin salgılarıyla, damlacık yolu ile ya da birebir temas ile olmaktadır. Canlı atenüe özellikte olan bu aşı kas içine veya subkutan olarak yapılmaktadır. Kızamık aşısı üç ayrı formda kullanılabilir; bunlar; tek başına kızamık, kızamık-kızamıkçık kabakulak (KKK) veya kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği (KKKV) şeklindedir. Türkiye’de KKK aşısı 2006 yılından itibaren aşı takvimine girmiştir. 1 Temmuz 2020 yılında yapılan güncelleme ile rapel dozun 1 Temmuz 2016 sonrasında doğan ve 48. ayını doldurmuş bütün

çocuklara yapılması kararlaştırılmıştır (4). KKTC aşı takviminde ise 12-15 ayları arasında birinci doz ve 4-6 yaş arasında rapel olarak ikinci doz uygulanmaktadır (6).

2.4.7 Kızamıkçık

Kızamıkçık rubivirüs cinsinden rubella virüsünün etken olduğu hastalıktır. Hastalık kısmen asemptomatik olarak ilerlemektedir. Birebir temas ya da damlacık yolu ile bulaş ortaya çıkmaktadır. Ayrı bir aşısı yoktur. KKK aşısı içinde yer almaktadır (4,22).

2.4.8 Kabakulak

Kabakulak, rubulavirus tipte bir RNA virüsünün neden olduğu yaygın bir çocukluk çağı hastalığıdır. Bununla birlikte yetişkin yaşlarda da görülmektedir. Bulaş yolu birebir temas ya da damlacık yoludur. KKTC’de kızamık ve kızamıkçık aşılırları ile birlikte 12-15. aylarda birinci doz ve 4-6. yaşlarda rapel olmak üzere iki doz şeklinde uygulanmaktadır (6).

2.4.9 Hepatit B

Hepatit B Deoksiribo nükleik asit (DNA) virüsü olup aşısı rekombinant özelliktedir. Türkiye de 1998 yılında aşılama programına alınmıştır. KKTC’de ilk ne zaman kullanıma başlandığı hakkında bilgiye ulaşılamamıştır. Üç dozu bulunan aşı 0-1 ve 6. aylarda uygulanmaktadır. Koruyuculuğu %95’e kadar ulaşmakta ve risk grubunda gerçekleştirilen çalışmalarda, 3. aşı dozu sonrasında uzun süren bir koruyuculuk oluşturmaktadır. Yenidoğanın doğum ağırlığı ve annenin HbsAg durumuna göre uygulamada bazı farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin annesi HbsAg (+) olan ve 2000 gr ve üzeri doğan bebeklere doğum sonu ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısının ilk dozu yapılmakta ve ilk 36 saatte Hepatit B İmmünglobülin (HBİG) uygulanmaktadır. Ancak annesi HbsAg (-) olup 2000 gr altında doğan bebeklerde ilk doz bebek 2000 gr olduğunda ya da doğumdan bir ay sonra

uygulanmaktadır. İkinci doz birinci dozdan bir ay sonra, üçüncü doz birinci dozdan altı ay sonra uygulanmalıdır. Ancak Anne HbsAg (+) ise ilk 12 saat içerisinde hepatit B aşısının birinci dozu ve HBİG uygulanır. Bu durumda 0, 1, 2, 6.ay şemasına göre 4 doz aşı uygulaması yapılır (4,22,45).

2.4.10 Hemofilusinfluenza Aşısı (Hib)

Gram-negatif bir kokobasildir. 5 yaş altı çocuklarda sinüzit, otitismedia, artritselülit gibi infeksiyonların yanı sıra pnömoni, menenjit ve sepsis gibi ciddi sorunlara neden olmaktadır. Konjuge polisakkarit bir aşı olan Hib; monovalan formda difteri-tetanos-boğmaca (DBT) ve inaktif polio ile kombine olarak yer almaktadır. Türkiye’de Hib aşısı 25 Aralık 2006 yılında aşı takviminde yerini almıştır. KKTC’de ise 2, 4, 6. aylarda üç doz ve 18.ayda rapeli uygulanmaktadır. Aşının uygulama yolu subkutan ya da kas içidir (6,22).

2.4.11 Konjuge Pnömokok

Pneumococcus (Streptococcus pneumoniae), özellikle az gelişmiş ülkelerde beş yaş altı çocuk ölümlerinin en sık karşılaşılan nedenleri arasında yer almaktadır. Pnömokok aşıları inaktif toksoid aşılar içerisinde yer almaktadır. Polisakkarit ve konjuge pnömokok olmak üzere iki ayrı formu vardır. Türkiye’de 2011 yılı itibari ile aşı takvimine konjuge pnömokok aşısı eklenmiştir. KKTC’de ise 2. 4. 6. aylarda bir doz, 12-15 aylar arasında da rapel doz yapılmaktadır (4,6).

2.4.12 Hepatit A Aşısı

Pikornavirüs grubundan zarfsız bir RNA virüsüdür. Çocuklarda akut karaciğer infeksiyonuna neden olması ve hastalığın görülme oranının yüksek olması nedeniyle DSÖ, Hepatit A aşısının aşı takvimine alınmasını önermektedir. Hepatit A’dan korunmada en önemli faktör aşılanmadır. Aşılar inaktif, atenüe ve kombine aşılar olmak üzere üçe ayrılır. Türkiye’de 2012’de aşı programında yerini alan tip ise İnaktif

Hepatit A aşısı olmuştur. Aşı 18. ve 24. ayların sonunda intramüsküler olarak uygulanmaktadır (22,45). KKTC’de ise 24. ve 30. aylarda yapılmaktadır. Aşının koruyuculuğu %95-99’dur (6).

2.4.13 Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı)

Suçiçeği, Varicella zoster DNA virüsünün (VZV) neden olduğu, çocuklukta görülme oranı fazla olan döküntülü, bulaş ihtimali yüksek bir hastalıktır. Suçiçeği aşısı; canlı attenuue bir aşıdır. Türkiye’de 2013 yılında aşı takvimine eklenmiş olup 12. ay sonunda tek doz olarak üst kola veya dış bacağı subkutan yolla uygulanmaktadır (22,45). Koruyuculuk %97 oranındadır. KKTC’de ise 12-15 ayları arasında tek doz ve 4-6 yaş döneminde rapel doz uygulanmaktadır (6).

2.5 Aşı Takvimine Ek Olarak Yapılması Önerilen Aşılar

2.5.1 Rotavirüs

Rotavirus beş yaş altı şiddetli dehidratasyon ve diyarenin nedenleri arasında yer almaktadır. Rotavirus aşısı, 2 doz olarak uygulanan canlı attenuue bir aşıdır. Aşının ilk dozu bebek 15 haftalık olmadan önce; ikinci doz ise 32 haftalık olmadan yapılmalıdır. Aşı bebeklerde ağır seyreden ciddi ishal ataklarına karşı %94 oranında koruyuculuk sağlamaktadır. Aşı sonrası kusma olması durumunda aşı tekrarına gerek yoktur. Türkiye’de rotavirüs aşısı rutin dışı aşılama programına dâhil olup isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır (4-22-45). KKTC’de rotavirüs aşısı pentavalan aşı ile yapılıyorsa 3 doz şeklinde 2.4.6. aylarda, monovalan dozda uygulanıyorsa 2 doz 2.4. aylarda uygulanmaktadır (6).

2.5.2 Human Papillomavirüs Aşısı (HPV)

Bir DNA virüsünün neden olduğu HPV en sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir. HPV için üç aşı tipi bulunmaktadır. Bunlar; Cervarix (2’li aşı) HPV tip 16 ve tip 18’e karşı koruyucudur. Gardasil (4’lü aşı) HPV tip 6-11-16-

18'e karşı koruma sağlamaktadır. Gardasil 9'da ise 4'lü Gardasil'e ek olarak; HPV tip 31, 33, 45, 52 ve tip 58'e karşı koruma sağlanmaktadır. Aşı için ideal uygulama yaşı aralığı 9-26'dır. HPV aşısı Türkiye ulusal aşı programında bulunmazken, KKTC'de 12 yaş üzeri çocuklar için aşı takvimine alınmıştır ancak uygulandığına dair veri bulunmamaktadır (46-48).

2.5.3 Meningokok

Neisseria meningitidis gram negatif diplokoktur. Menenjit ve meningokoksemiye neden olmaktadır. En fazla 2 yaş altı ve 12-18 yaşları arasında bakteriyel menenjit nedenidir. Meningokok aşıları inaktif aşılardır ve iki ayrı formları mevcuttur. Günümüzde polisakkarit formları yerine konjuge formda aşılardan kullanılmaktadır (22). KKTC'de dokuz yaş üzerine aşı uygulaması vardır (6).

2.6 Aşı Programları

Aşılama programının temel amacı, her çocuğa aşı takviminde bahsedilen hastalıklar karşı bağışıklık kazandırılmasıdır. Genişletilmiş kelimesi ise aşısız veya eksik aşıları bebek ve çocukların saptandığı anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır (22,42,45).

Geçmişten günümüze çeşitli aşı programları uygulanmıştır. Bunlar arasında polio eradikasyon programı, kızamık eliminasyon programı, maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon programı, hepatit B kontrol programı, difteri, boğmaca, kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu eliminasyon programı, kabakulak, hemofilus influenza tip B kontrol programı ve tüberküloz kontrol programıdır. Türkiye'de ilk aşılama programı 1981'de oluşturulan genişletilmiş bağışıklama programı olup ilk etapta 5 hastalığa karşı aşılanma yapılmaktaydı. Programa 2013 yılından beri 13 hastalık için toplam 18 doz aşı şeklinde devam ettirilmektedir (49,50).

2.7 Sağlık İnancı ve Aşılama Sistemlerine Yönelik Tutum

Sağlık inancı; bireyin sağlık ve hastalık gibi durumlarda kendi davranış ve düşüncelerini ifade etmesi anlamına gelmektedir ve bireyden bireye değişmektedir. Bireylerin bir konudaki sağlık inançlarını öğrenmek önemlidir çünkü olumlu davranışların pekiştirilmesi, ya da sağlığı olumsuz etkileyecek davranışların değiştirilmesine olanak sağlar. Bu nedenle bireyin sağlık inanç sistemleri değerlendirmelidir (51).

Sağlık İnanç Modeli 1950'li yıllardan beri bireylerin sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin olarak kullanılan bir rehberdir. Model, özellikle sağlığı koruyucu davranışların motive edilmesi üzerinde durduğundan aşılama gibi birincil önleme programları ile yakından alakalıdır (52).

Aşı tutumu ebeveynlerin aşılama çalışmalarına karşı gösterdikleri olumlu veya olumsuz geri dönüşlerdir. Ailelerin aşılar karşı tutumları aşıların uygulanabilirliği için son derece önem arz etmektedir. Aşılar karşı olumlu tutum geliştirilmesi toplum bağışıklığını sağlamakla birlikte toplumda sık görülen hastalıkların ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır. Buna karşılık son 10 yıldır aşılar karşı gelişen olumsuz tutumlar nedeni ile aşı tereddütü kavramı doğmuştur. Bilimsel kanıtlara dayanmayan bu karşıtlığın birçok nedeni vardır. Bunlar bireyin yaşadığı olumsuz deneyimler, toplumun önde gelen insanların ifadeleri, yanlış bilgi kaynakları, dini inançlar, aşının faydası olmayacağı görüşü ve aşılama ihtiyacı duyulmadığı gibi görüşlerdir (34,36). Aşıların otizme neden olduğu görüşü bilinen en yaygın aşı karşıtlığı nedenleri arasında yer almaktadır. Aşı tereddütü yaşayan ebeveynler çocukluk çağı aşılarını yaptırmakta kararsız kaldıkları ve aşı yaptırmadıkları için geçmişte önlenebilen ve hatta ortadan

kaldırılan bazı hastalıklar günümüzde tekrar görülmeye ve salgın oluşturmaya başlamıştır (1,24,36).

Aşı karşıtlığının artması nedeni ile birçok Avrupa ülkesinde aşılar zorunlu hale getirilmektedir. Türkiye’de ilk kez aşılar hakkında olumsuz tutum 2012 yılında ortaya çıkmış ve sonrasında hızlı bir artış meydana gelmiştir. Bu duruma paralel olarak konuya yönelik çalışma sayısı da artmış nihayetinde birey ve ailelerin aşılara yönelik olumlu ya da olumsuz tutumunu etkileyen pek çok faktör tanımlanmıştır. Bu faktörlerden en iyi bilinenleri; eğitim durumu, ekonomik durum ve çocuk sayısıdır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin ücretli olan aşıları yaptırmaktan kaçındıkları bildirilmektedir. Türkiye’ de yapılan bir çalışmanın sonuçları ailelerin sosyodemografik özelliklerinin aşılara karşı tutumlarını etkilediği yargısını desteklemektedir (53). Ayrıca ailelerin aşılar için kullandıkları bilgi kaynakları, değer verilen aile bireylerinin görüşleri, bireyin geçmişte yaşadığı deneyimler, aile bireylerinin endişe ve korku gibi duyguları, sosyal medya ve aşı reddi propagandaları aşılara yönelik toplumsal duyarlılığı etkilemektedir (24,36). Örneğin Roma’da yürütülen bir çalışmada annelerin aşıya yönelik tutumlarında en fazla aşılar hakkında belirsizliklerin olması, yanlış bilgilerin olması nedeni ile olumsuz tutumlar ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Aşılar hakkında bilgi düzeyi arttıkça olumsuz tutumun azaldığı da vurgulanmıştır (125). Malezya da yapılan bir başka çalışmada ise annelerin aşılara yönelik bilgi sahibi olmalarına rağmen aşıların otizm yapacağı korkusu taşıdıkları ve dini yönden tereddütleri olduğu görülmüştür (126). Nijerya da yapılan çalışmada ise ailelerin aşılar hakkında yeterince bilgi sahip olmadıkları bildirilmiştir. Bu nedenle genellikle çocuklarının aşılarını eksik bıraktıkları çalışma sonuçlarına yansımıştır (127). Buna karşılık Yunanistan’da yapılan bir çalışmada annelerin eğitim

durumlarının yüksek olmasının aşılarla karşı olumlu bir tutum gelişmesi üzerinde etkisi olduğu bildirilmiştir (128).

Yukarda açıklandığı gibi bireylerin aşılarla yönelik tutumu toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Birey ve ailelerin aşılarla yönelik olumlu tutumunun motive edilebilmesi buna karşılık olumsuz tutum ve davranışlarının değiştirilmesi için öncelikle durum değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu bağlamda değerlendirmenin Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı standart ölçekler aracılığıyla yapılması iyi bir alternatif olacaktır.

2.8 Aşılama Sistemlerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık hizmetlerinin temelini birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Sağlık taramaları, sağlıklı yaşam davranışları geliştirme, sağlık eğitimleri ve bağışıklama bu hizmetlerin en önemli bileşenleridir. Hemşireler ise bu hizmetlerin vazgeçilmez ve en önemli sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle aşılama programlarında hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bunlar;

- Aşılar ve aşı takvimlerine dair güncel gelişme ve bilgileri takip etmek,
- Aşılar hakkında toplumsal duyarlılığın gelişmesine katkı sağlayacak çalışmalar yürütmek,
- Aşının tesliminden uygulanmasına kadar her aşamada soğuk zincir basamaklarına dikkat etmek ve konuya dair diğer ekip üyelerini denetlemek,
- Aşılarla yönelik pozitif tutum sergileyen aileler desteklemek, negatif tutum sergileyenlerin nedenlerini araştırmak ve bu konu üzerinde aileyle çalışmak,
- Ailelere aşılar hakkında tarafsız kanıta dayalı bilgi sağlamak,

- Aileler ile iletişim kurarken iletişim becerilerini kullanmak ve ailenin kültürel özelliklerine saygı duymak,
- Ailelere konu hakkında soru sorma şansı tanınmak ve anlaşılır tarafsız ve net cevaplar vermek,
- Aşı uygulama tekniklerine dikkat etmek,
- Aşıdan sonra oluşabilecek yan etkiler, istenmeyen durumlar hakkında aileleri bilgilendirmek ve hastaneye başvuru gerektiren durumları anlatmak,
- Tüm işlemleri ayrıntılı olarak kayıt altına almak,
- Aşı reddi durumunda, ailenin mahremiyet ve hakları dikkate alınarak ulusal bildirim politikası çerçevesinde üst birimler bilgilendirmek,
- Aşı ve bağışıklamanın geliştirilmesi için bilimsel kanıtlar üretmek,
- Aşılama programlarına yönelik ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı koymak yer almalıdır.

Bölüm 3

GEREÇ YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı-kesitsel araştırma modelinde yapıldı.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Şubat–15 Haziran 2022 tarihleri arasında KKTC’nin Gazimağusa Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’nde yürütülmüştür. Araştırma için bu merkezin seçilmesinde, KKTC’nin ikinci büyük devlet hastanesi olması, ayrıca kurumun araştırmanın yürütülmesi için gereken desteği sağlaması etkili olmuştur. Hastane 2007 yılında kurulmuş olup 12’si kadın doğum kliniğine ait toplamda 160 yatak kapasitesi ile ilçe halkına hizmet sunmaktadır. Kadın Doğum Polikliniği’nde 08:00-13:00 saatleri arasında haftanın beş iş günü rutin gebelik takipleri ve bakım hizmetleri iki hemşire ve iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından verilmektedir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın genel evrenini 15 Şubat- 15 Haziran 2022 tarihler arasında Gazimağusa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 337 gebenin tamamı oluşturmuştur. Çalışma evrenini ise örneklem kriterlerini karşıladığı belirlenen 239 gebe oluşturmuştur. Çalışmada örneklem büyüklüğü hesaplamasına gidilmeyip çalışma evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama aşamasında beş gebe anket formlarını tam doldurmadığı için çalışma dışı

bırakılmıştır. Böylece çalışma evreninin %97,90'ını temsil eden 234 gebe ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma kabul kriterleri;

- Son trimestır gebe olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe konuşmak ve anlamak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Çalışmadan dışlama kriterleri;

- Veri toplama formlarını tam doldurmamak şeklinde belirlenmiştir.

3.4 Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile katılımcıların aşılar hakkındaki bilgi, düşünce ve tutumlarına verdikleri puanlardır.

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların tanıtıcı özellikleridir.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla ‘‘Katılımcı Tanıtım Formu’’, ‘‘Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu’’ ve ‘‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’’ kullanılmıştır.

3.5.1 Katılımcı Tanıtım Formu (EK-1)

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form; katılımcıların yaş, eğitim durumu, aile yapısı, yaşadığı yer vb. 15 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2 Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu (EK-2)

Bu ölçüm aracı ebeveynlerin aşıya yönelik bilgi ve tutumlarını etkileyebileceği düşünülen özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür

taranarak oluşturulmuştur (1,85). 19 sorudan oluşan formun ilk 12 sorusu kapalı uçlu diğer yedi sorusu ise katılımcıların aşı hakkında bilgi ve tutumlarını puanlayacak şekilde tasarlanmıştır. Katılımcıların bu yedi soruyu literatürde gösterildiği gibi 0-10 arasında (0-Hiç katılmıyorum / 10-Tamamen katılıyorum) puanlamaları istenmiştir (54-55). Hazırlanan soru formunun uygunluğu için beş akademisyenden uzman görüşü alınmıştır.

3.5.3 Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-3)

Ölçek, toplumun aşı ile ilgili tutumunun belirlenmesi için Koçoğlu-Tanyer ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkçe olarak geliştirilmiş olup 26 soru ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Duyarlılık alt boyutundan minimum 4, maximum 20 puan, ciddiyet alt boyutundan minimum 4 maximum 20, yarar alt boyutundan minimum 5 maximum 25, engel alt boyutundan minimum 8 maximum 40 puan, sağlık sorumluluğu alt boyutundan minimum 5 maximum 25 puan alınmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçek “hiç katılmıyorum” (1), “katılmıyorum”(2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4) “tamamen katılıyorum” (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin engeller alt boyutu hariç puan artışı olumlu olmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 26 en yüksek puan 130 olmaktadır. Ölçekten engeller alt boyutu hariç alınan yüksek puanlar aşılar konusunda tutumun olumlu olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin toplam cronbach alfa değeri 0,89 olarak bildirilmiş olup, Duyarlılık alt boyutu için cronbach alfa değeri 0,88, Ciddiyet alt boyutu 0,86, Yararlılık alt boyutu 0,81, Engel alt boyutu 0,80 ve Sağlık sorumluluğu alt boyutu 0,71’dir. Bu çalışmada ise ölçeğin Duyarlılık alt boyutu için hesaplanan cronbach alfa değeri 0,76, Ciddiyet için 0,79, Yarar için 0,82, Engel için 0,58 ve Sağlık sorumluluğu için 0,76 olup ölçeğin toplamı için belirlenen cronbach alfa değeri 0,70’tir.

3.6 Veri Toplama Süreci

Çalışma verilerinin toplanmasına Etik Kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlanmıştır. Veriler poliklinik katında bulunan boş bir odada gebelerin kendi öz bildirimlerine dayalı olarak yüz yüze toplanmıştır. Gebelerin konfor ve rahatı için görüşmeler katılımcıların uygun oldukları bir zaman aralığında gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi her bir katılımcıya çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" aracılığı ile onamları alınmıştır. Ardından anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Her bir katılımcının çalışmaya ayırdığı süre yaklaşık 15 dakikadır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analizinde SPSS yazılımının 26'ncı sürümü kullanılmıştır. Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine, aşı hakkında bilgi ve tutumlarına göre dağılımı frekans analiziyle belirlenmiştir. Gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanlarının normal dağılıma uyma durumu Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiş olup puanlar normal dağılım göstermediği için analizlerinde nonparametrik testler kullanılmıştır. İki gruplu bağımsız değişkenler için Mann-Whitney U testi, 3 ve üzeri sayıda gruplu ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Kadınların aşı hakkında bilgi ve tutumlarına yönelik verdikleri puanlar ile kullanılan ölçeğin puanlarının arasındaki korelasyonlar Spearman testiyle incelenmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Covid-19 pandemi koşulları nedeniyle yalnızca Gazimağusa Devlet Hastanesine başvuran gebelerle yürütülmüştür. Bu nedenle tüm gebelere genellenemez.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

DAÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 31.12.2021 tarihinde "Etik Kurul İzni (ETK00–2022-0034) ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi etik kurulu tarafından 21/01/2022 01/22 kodu ile kurum izni alınmıştır. Gebelerden ise Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile imzalı onamları alınmıştır. Ayrıca Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli lçeği kullanımı için mail yolu ile yazarlarından kullanım izni alınmıştır.

3.10 Araştırmanın Takvimi



Şekil 1: Araştırmanın Takvimi

Bölüm 4

BULGULAR

Son trimester gebelerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi ve tutamlarının incelendiği bu çalışmaya toplam 234 gebe katılmıştır. Çalışma bulguları bu bölümde incelenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
24 yaş ve altı	45	19,23
25-30 yaş	111	47,44
31 yaş ve üzeri	78	33,33
Eğitim durumu		
İlköğretim	37	15,81
Lise	71	30,34
Üniversite ve üzeri	126	53,85
Çalışma durumu		
Çalışıyor	100	42,74
Çalışmıyor	134	57,26
Ekonomik durum Algısı		
Gelir giderden az	54	23,08
Gelir gidere denk	139	59,40
Gelir giderden fazla	41	17,52
Yaşanılan yer		
Köy/kasaba	83	35,47
İlçe	151	64,53
Aile tipi		
Çekirdek aile	181	77,35
Geniş aile	53	22,65
Aile ve /veya çevrede engelli veya kronik hastalığı olan çocuk varlığı		
Var	66	28,21
Yok	168	71,79
Aile içi karar alma mekanizmasını tanımlama		
Eşler ortak karar alırsız	162	69,23
Eşimin kararı baskındır	37	15,81
Benim kararım baskındır.	20	8,55
Aile büyüklerimizin kararı baskındır	15	6,41

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1’de verildiği gibidir. Buna göre gebelerin %47,44’ü (n=111) 25-30 yaş aralığında, %53,85’i (n=126) lisans veya üzeri eğitim seviyesinde, %57,26’sının (n=134) çalışmadığı, %59,40’nın (n=139) gelirinin giderine denk algıladığı, %64,53’nün (n=151) ilçede yaşadığı, %77,35’inin (n=181) çekirdek ailesi olduğu, %71,79’unun (n=189) ailesinde/çevresinde engelli veya kronik hastalığı olan çocuğun olmadığı ayrıca %69,23’ünün (n=162) aile içinde eşi ile ortak kara aldığı belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Parite		
Nulipar	51	21,79
Primipar	113	48,29
Multipar	70	29,91
Çocuk sayısı		
Çocuksuz	58	24,79
Bir çocuk	109	46,58
İki ve üzeri	67	28,63
Şu an ki gebelik haftası		
24-28 hafta	114	48,72
29-33 hafta	55	23,50
34 ve üstü	65	27,78
Gebelik kontrollerine gitme sıklığı		
4 ve altı	49	20,94
5-9 arası	150	64,10
10 ve üstü	35	14,96

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %48,29’u (n=113) primipar olup %46,58’inin (n=109) yaşayan bir çocuğa vardır. Ayrıca katılımcıların %48,72’si (n=114) 24-28. gebelik haftaları aralığında olup %64,10’u (n=150) 5-9 kez antenatal izlem yaptırmıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı (n=234)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocukluk çağı aşıları hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilme		
Evet	138	58,97
Hayır	96	41,03
Eğer varsa çocuğa, çocukluk çağı aşılarını yaptırma		
Çocuğum yok	58	24,8
Evet hepsini yaptırdım	155	66,2
Hayır, eksik aşıları var	18	7,69
Hiçbirini yaptırmadım	1	0,43
Bilmiyorum, hatırlamıyorum	3	1,28
Çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi sahibi olma		
Evet	180	76,92
Hayır	54	23,08
Kaynak		
Hekim	164	70,09
Hemşire ve Ebe	114	48,72
TV / radyo / gazete	29	12,39
İnternet	133	56,84
Yakın çevre	84	35,90
Hepatit B		
Bilgim var	189	80,77
Bilgim yok	45	19,23
Difteri/boğmaca/tetanos		
Bilgim var	78	33,33
Bilgim yok	156	66,67
Çocuk felci		
Bilgim var	148	63,25
Bilgim yok	86	36,75
Menenjit		
Bilgim var	95	40,60
Bilgim yok	139	59,40
Kızamık/kızamıkçık/kabakulak		
Bilgim var	220	94,02
Bilgim yok	14	5,98
Hepatit A		
Bilgim var	130	55,56
Bilgim yok	104	44,44
Suçiçeği		
Bilgim var	214	91,45
Bilgim yok	20	8,55
Pnomokok		
Bilgim var	71	30,34
Bilgim yok	163	69,66
Rota		
Bilgim var	126	53,85
Bilgim yok	108	46,15
Meningokok		
Bilgim var	162	69,23
Bilgim yok	72	30,77
HPV		
Bilgim var	99	42,31
Bilgim yok	135	57,69

Tablo 3'te katılımcıların çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi, durumlarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde, katılımcıların %58,97'sinin (n= 138) çocukluk çağı aşıları hakkında bilgilendirildiği, %66,2'sinin (n=155) önceki çocuk/çocuklarına aşı takviminde bulunan aşıların hepsini yaptırdığı belirlenmiştir. Katılımcıların %76,96'sının (n=180) çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi sahibi olduğu ayrıca aşılar hakkında bilgi sahibi olanların bu bilgiyi %70,09 (n=164) ile en çok hekimlerden edindiği belirlenmiştir. Katılımcıların en çok bildiği aşılar %94,02 (n=220) ile kızamık / kızamıkçık / kabakulak ve %91,45 (n=214) ile suçiçeği aşısıdır. Buna karşılık gebelerin en az bildikleri aşılar arasında %66,67 (n=156) ile difteri / boğmaca / tetanos ve %69,66 (n=163) ile pnömokok aşısı bulunmaktadır.

Tablo 4: Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n=234)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aşıların yan etkisi olduğunu düşünme		
Evet	117	50,00
Hayır	117	50,00
Yan Etkiler		
Ateş	84	71,79
Halsizlik	32	27,35
Baş dönmesi	2	1,71
Kırgınlık	1	0,85
Ağrı	7	5,98
Alerji	9	7,69
Güvensizlik	1	0,85
Şişlik	3	2,56
Döküntü	1	0,85
Kusma	20	17,09
Ulusal Aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünme		
Evet	216	92,31
Hayır	18	7,69
Ücretli olan aşıları yaptırmayı düşünme		
Evet	183	78,21
Hayır	51	21,79
Çocuğunuz veya çevrenizden herhangi biri aşıya bağlı olumsuz deneyim yaşama		
Evet	28	11,97
Hayır	206	88,03
Aşı reddi / tereddütü hakkında bilgi sahibi olma		
Fikrim var	68	29,06
Fikrim yok	166	70,94
Aşı yaptırmada tereddüt yaşayan aile		
Evet	76	32,48
Hayır	158	67,52
Neden		
Bilgisizlik	16	21,05
Yan etkiler	27	35,53
Aşırı fazlalığı	3	3,95
Güvensizlik	12	15,79
Korku	16	21,05
Aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili görüş		
Yasal zorunluluk olmalı	152	64,96
Anne babaya bırakılmalı.	82	35,04

Tablo 4'te katılımcıların çocukluk çağı aşılarına dair diğer bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %50'sinin (n=117) aşıların yan etkisi olduğuna bildiği ve en çok bilinen yan etkilerin sırasıyla ateş %71,79 (n=84) halsizlik %27,35 (n=32) ve kusma %17,09 (n=20) olduğu görülmüştür. Katılımcıların çocukluk çağı aşılarını yaptırmaya dair planları sorulduğunda %92,31'inin (n=216) ulusal aşı takviminde olan aşıları yaptıracak; ek olarak %78,21'inin (n=183) ücretli olan aşıları da yaptırmayı düşündüğü saptanmıştır.

Katılımcıların aşılarla ilgili olumsuz durumları sorgulandığında yalnızca %11,97'sinin (n=28) çocuğunun veya çevresinden herhangi birinin aşya bağlı olumsuz bir durum yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %29,06'sının (n=68) aşı reddi / tereddütü hakkında bilgi sahibi olduğu, %32,48'inin (n=76) ailesinin veya çevresindekilerin aşı yaptırmada tereddüt yaşadığı görülmüştür. Aşı tereddütünün nedeni olarak çoğunlukla aşıların yan etkileri (%35,53 / n=27) gerekçe gösterilmiştir. Katılımcıların aşı politikalarına dair düşünceleri sorulduğunda %64,96'sının (n=152) aşı hizmetlerinin yürütülmesinin yasal zorunluluk olmasını savunduğu görülmüştür.

Tablo 5: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sorulara Verdikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	$\bar{x}$	s	Alınabilecek	
				*Min.	**Max.
Çocukluk çağı aşılarını yaptıрма konusunda tereddüt yaşama (<i>min 0 / max 10</i>)	234	2,82	2,65	0	10
Çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeyi (<i>min 0 / max10</i>)	234	5,75	2,35	0	10
Çocukluk çağı aşılarına duyulan güven (<i>min0 /max10</i>)	234	6,97	2,43	0	10
Çocukluk çağı aşılarının yan etkilerinden duyulan endişe (<i>min 0 /max 10</i>)	234	3,89	2,69	0	10
Aşılarla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin düşüncelerini etkileme durumu (<i>min 0 /max 10</i>)	234	3,73	2,90	0	10
Aşı üreten firmaların art niyetli olabileceğine dair düşünce (<i>min 0 /max 10</i>)	234	3,39	2,97	0	10
Aşı yerine hastalığı geçirerek doğal bağışıklamanın gelişmesi gerektiği düşüncesine katılma (<i>min 0 /max 10</i>)	234	3,43	3,33	0	10

*Min: Minimum, **Max: Maksimum

Tablo 5’te araştırmaya dahil olan gebelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarına dair bazı sorulara verdikleri puanların ortalaması gösterilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı aşılarını yaptıрма konusunda tereddüt yaşama durumlarına verdikleri puan ortalaması $2,82 \pm 2,65$, aşılarla ilişkin bilgi düzeyine verdikleri puan ortalaması $5,75 \pm 2,35$, aşılarla duydukları güven puan ortalaması $6,97 \pm 2,43$, aşıların yan etkilerinden duydukları endişeye verdikleri puan ortalaması $3,89 \pm 2,69$, aşılarla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin düşüncelerini etkileme durumuna verdikleri puan ortalaması $3,73 \pm 2,90$, aşı üreten firmaların art niyetli olabileceğine dair düşüncelere katılma puan ortalaması $3,39 \pm 2,97$ ve aşı yerine

hastalığı geçirerek doğal bağışıklamanın gelişmesi gerektiği düşüncesine katılma puan ortalaması $3,43 \pm 3,33$ 'dür.

Tablo 6: Katılımcıların Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları (n=234)

	n	$\bar{x}$	S	Ölçekten Alınabilecek	
				*Min	**Max
Duyarlılık (<i>min4 /max20</i>)	234	16,16	2,93	4	20
Ciddiyet (<i>min4 /max20</i>)	234	15,12	3,19	4	20
Yarar (<i>min5 /max25</i>)	234	20,19	3,56	5	25
Engel (<i>min8 /max40</i>)	234	19,56	6,81	8	40
Sağlık sorumluluğu (<i>min5 /max25</i>)	234	20,28	3,68	5	25

*Min: Minimum, **Max: Maksimum

Tablo 6'da gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanları verilmiştir. Katılımcıların ölçeğin Duyarlılık Alt Boyutundan ortalama $16,16 \pm 2,93$ puan, Ciddiyet Alt Boyutundan ortalama $15,12 \pm 3,19$ puan, Yarar Alt Boyutundan ortalama $20,19 \pm 3,56$ puan, Engel Alt Boyutundan ortalama $19,56 \pm 6,18$ puan ve Sağlık sorumluluğu Alt Boyutundan ortalama $20,28 \pm 3,68$ puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 7: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Yaş grubu	N	$\bar{x}$	S	M	SO	X ²	p
Duyarlılık	24 yaş ve altı	45	16,71	2,51	17	128,84	1,664	0,435
	25-30 yaş	111	15,91	3,20	16	113,68		
	31 yaş ve üzeri	78	16,19	2,72	16	116,40		
Ciddiyet	24 yaş ve altı	45	15,16	3,18	15	117,33	0,841	0,657
	25-30 yaş	111	14,89	3,26	15	113,78		
	31 yaş ve üzeri	78	15,41	3,10	16	122,89		
Yarar	24 yaş ve altı	45	19,91	3,21	20	109,63	1,070	0,586
	25-30 yaş	111	20,12	3,73	20	117,09		
	31 yaş ve üzeri	78	20,45	3,54	21	122,63		
Engel	24 yaş ve altı	45	20,87	7,38	20	127,02	2,128	0,345
	25-30 yaş	111	19,68	6,65	19	119,40		
	31 yaş ve üzeri	78	18,62	6,65	19	109,30		
Sağlık sorumluluğu	24 yaş ve altı	45	20,53	4,35	21	128,44	5,946	0,051
	25-30 yaş	111	19,75	3,55	20	106,22		
	31 yaş ve üzeri	78	20,88	3,37	21	127,24		

Tablo 7.'de araştırmaya katılan kadınların yaş grubuna göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları gösterilmiş olup kadınların yaş grubuna göre ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Duyarlılık	İlköğretim	37	15,84	2,47	16	105,54	1,886	0,390	
	Lise	71	15,99	3,19	16	115,27			
	Üniversite ve üzeri	126	16,35	2,90	17	122,27			
Ciddiyet	İlköğretim	37	14,27	2,94	14	95,28	7,633	0,022*	1-3
	Lise	71	14,69	3,26	15	110,92			
	Üniversite ve üzeri	126	15,60	3,15	16	127,73			
Yarar	İlköğretim	37	19,92	3,27	20	109,86	1,398	0,497	
	Lise	71	19,93	3,59	20	113,10			
	Üniversite ve üzeri	126	20,41	3,64	20,5	122,22			
Engel	İlköğretim	37	20,46	6,05	20	128,51	5,527	0,063	
	Lise	71	20,46	5,49	20	128,83			
	Üniversite ve üzeri	126	18,78	7,60	17	107,88			
Sağlık sorumluluğu	İlköğretim	37	19,86	2,95	20	102,34	4,701	0,095	
	Lise	71	19,82	3,77	21	110,32			
	Üniversite ve üzeri	126	20,66	3,81	21	126,00			

Tablo 8.'de araştırmaya dahil edilen kadınların eğitim durumuna göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruska-Wallis H testi sonuçları gösterilmiş olup, kadınların eğitim durumuna göre ölçeğin duyarlılık, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Buna karşılık kadınların eğitim durumuna göre ciddiye alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İlköğretim mezunu olan kadınların bu alt boyutundan aldıkları puanlar üniversite ve üzerinde eğitim görmüş olanlara göre daha düşüktür.

Tablo 9: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Çalışma Durumu	N	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Çalışıyor	100	16,40	2,92	16,5	123,56	-1,192	0,233
	Çalışmıyor	134	15,98	2,93	16	112,98		
Ciddiyet	Çalışıyor	100	15,60	3,32	16	128,92	-2,243	0,025*
	Çalışmıyor	134	14,75	3,04	15	108,98		
Yarar	Çalışıyor	100	20,71	3,49	21	127,20	-1,903	0,057
	Çalışmıyor	134	19,80	3,58	20	110,26		
Engel	Çalışıyor	100	19,30	7,46	18	112,57	-0,965	0,335
	Çalışmıyor	134	19,75	6,31	20	121,18		
Sağlık sorumluluğu	Çalışıyor	100	20,61	4,06	21	127,73	-2,010	0,044*
	Çalışmıyor	134	20,03	3,37	20	109,87		

*p<0,05

Tablo 9.'da kadınların çalışma durumuna göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir. Kadınların çalışma durumuna göre ölçeğin duyarlılık, yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak kadınların çalışma durumuna göre ciddiye ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların her iki alt boyutundan aldıkları puanlar çalışanlara göre daha düşüktür.

Tablo 10: Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Ekonomik durum	N	x	S	M	SO	X ²	p	Fark
Duyarlılık	Gelir giderden az	54	15,94	2,90	16	112,16	0,903	0,637	
	Gelir gidere denk	139	16,22	2,72	16	117,26			
	Gelir giderden fazla	41	16,22	3,64	18	125,35			
Ciddiyet	Gelir giderden az	54	14,11	3,05	14,5	94,29	8,937	0,011*	1-2
	Gelir gidere denk	139	15,36	3,04	16	122,40			1-3
	Gelir giderden fazla	41	15,61	3,63	16	131,48			
Yarar	Gelir giderden az	54	19,91	3,56	20	112,79	5,693	0,058	
	Gelir gidere denk	139	20,09	3,22	20	112,61			
	Gelir giderden fazla	41	20,90	4,54	21	140,29			
Engel	Gelir giderden az	54	20,80	6,68	20	129,68	2,591	0,274	
	Gelir gidere denk	139	19,11	6,73	18	112,31			
	Gelir giderden fazla	41	19,44	7,21	20	119,05			
Sağlık sorumluluğu	Gelir giderden az	54	19,28	3,58	20	96,09	7,339	0,025*	1-2
	Gelir gidere denk	139	20,53	3,65	21	122,62			1-3
	Gelir giderden fazla	41	20,76	3,77	21	128,35			

*p<0,05

Araştırmaya dahil edilen kadınların gelir durumuna göre ‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların gelir durumuna göre ölçeğin duyarlılık, yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Buna karşılık kadınların gelir durumuna göre ciddiyet ve sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Geliri giderinden az olan kadınların bu alt boyutlardan aldıkları puanlar diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Yaşanılan yer	N	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	p
Duyarlılık	Köy/kasaba	83	15,58	3,14	16	104,61	-2,176	0,030*
	İlçe	151	16,48	2,76	17	124,59		
Ciddiyet	Köy/kasaba	83	14,77	3,16	15	109,23	-1,393	0,163
	İlçe	151	15,30	3,20	16	122,04		
Yarar	Köy/kasaba	83	19,98	3,35	20	111,89	-0,944	0,345
	İlçe	151	20,30	3,68	20	120,58		
Engel	Köy/kasaba	83	19,59	6,36	20	119,13	-0,274	0,784
	İlçe	151	19,54	7,07	19	116,60		
Sağlık sorumluluğu	Köy/kasaba	83	20,27	3,83	20	118,51	-0,171	0,865
	İlçe	151	20,28	3,61	21	116,94		

*p<0,05

Tablo 11.'da kadınların yaşadıkları yere göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların yaşadıkları yere göre ölçeğin ciddiyet, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Buna karşılık yaşanılan yere göre duyarlılık alt boyutundan alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). İlçede yaşayan kadınların bu boyuttan aldıkları puanlar köy/kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 12: Katılımcıların Aile Tipine Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Aile tipi	N	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Çekirdek aile	181	16,46	2,66	16,00	122,86	5,089	0,024*
	Geniş aile	53	15,11	3,54	16,00	99,19		
Ciddiyet	Çekirdek aile	181	15,35	3,04	16,00	122,18	3,867	0,049*
	Geniş aile	53	14,32	3,57	14,00	101,52		
Yarar	Çekirdek aile	181	20,31	3,23	20,00	117,81	0,017	0,895
	Geniş aile	53	19,75	4,54	21,00	116,42		
Engel	Çekirdek aile	181	19,10	6,92	19,00	112,39	4,562	0,033*
	Geniş aile	53	21,09	6,25	21,00	134,94		
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek aile	181	20,39	3,63	21,00	119,54	0,738	0,390
	Geniş aile	53	19,91	3,86	20,00	110,52		

*p<0,05

Tablo 12.'de araştırmaya dahil edilen kadınların aile tipine göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların aile tipine göre ölçeğin ciddiyet, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna karşılık aile tipine göre duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aile sahip olan kadınların bu alt boyutundan aldıkları puanlar geniş aileye sahip kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 13: Katılımcıların Aile İçi Karar Alma Mekanizmasını Tanımlama Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Karar	N	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	P	Fark
Duyarlılık	Eşler ortak karar alır	162	16,31	2,73	16	119,52	0,744	0,863	
	Eş kararı baskın	37	15,78	3,51	16	113,51			
	Kendi kararı baskın	20	15,85	3,56	17	117,43			
	Aile büyüklerinin kararı baskın	15	15,80	2,70	16	105,63			
Ciddiyet	Eşler ortak karar alır	162	15,14	3,21	15	118,57	5,413	0,144	
	Eş kararı baskın	37	14,35	2,99	14	99,53			
	Kendi kararı baskın	20	16,25	2,71	16	142,35			
	Aile büyüklerinin kararı baskın	15	15,27	3,71	14	117,10			
Yarar	Eşler ortak karar alır	162	20,35	3,48	20	119,66	3,950	0,267	
	Eş kararı baskın	37	19,16	3,83	20	100,16			
	Kendi kararı baskın	20	20,00	3,92	21	117,05			
	Aile büyüklerinin kararı baskın	15	21,20	3,10	22	137,57			
Engel	Eşler ortak karar alır	162	19,20	6,85	18,5	113,39	6,640	0,084	
	Eş kararı baskın	37	21,89	6,51	22	143,00			
	Kendi kararı baskın	20	19,40	7,63	19,5	114,95			
	Aile büyüklerinin kararı baskın	15	17,87	5,17	17	102,40			
Sağlık sorumluluğu	Eşler ortak karar alır	162	20,35	3,78	21	119,71	15,663	0,001*	2-3
	Eş kararı baskın	37	18,89	3,13	19	85,18			
	Kendi kararı baskın	20	21,95	3,50	22	157,05			
	Aile büyüklerinin kararı baskın	15	20,73	3,17	20	120,67			

*p<0,05

Tablo 13.'de araştırmaya dahil edilen kadınların aile içi karar alma mekanizmasını tanımlama durumları ile 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre kadınların aile içi karar alma mekanizmasını tanımlama durumuna göre ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Eşinin kararı baskın olanların sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar kendi kararı baskın olanlara göre daha düşüktür. Kadınların aile içi karar alma mekanizmasını tanımlama durumuna göre ölçeğin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 14: Katılımcıların Pariteye Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Parite	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Duyarlılık	Nulipar	51	16,47	2,47	17	121,66	6,985	0,030*	1-3
	Primipar	113	16,52	2,89	17	126,49			2-3
	Multipar	70	15,34	3,16	16	99,96			
Ciddiyet	Nulipar	51	15,27	3,09	15	120,17	5,490	0,064	
	Primipar	113	15,49	3,10	16	125,84			
	Multipar	70	14,40	3,32	14	102,09			
Yarar	Nulipar	51	20,75	3,35	21	127,23	1,854	0,396	
	Primipar	113	20,20	3,49	20	117,54			
	Multipar	70	19,76	3,81	20	110,34			
Engel	Nulipar	51	19,61	6,52	19	118,45	0,528	0,768	
	Primipar	113	19,36	7,31	19	114,41			
	Multipar	70	19,83	6,25	19	121,79			
Sağlık sorumluluğu	Nulipar	51	21,06	3,59	21	134,66	5,652	0,059	
	Primipar	113	20,21	3,89	21	117,37			
	Multipar	70	19,81	3,34	20	105,21			

*p<0,05

Tablo 14.'te araştırmaya dahil edilen kadınların pariteye göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Kadınların pariteye göre ölçeğin duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Multipar kadınların duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar nulipar ve primipar kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Kadınların pariteye göre ciddiyet, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 15: Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Çocuk sayısı	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	P	Fark
Duyarlılık	Çocuksuz	58	16,10	2,87	16	115,16	6,791	0,034*	2-3
	Bir çocuk	109	16,69	2,55	17	128,55			
	İki ve üzeri	67	15,34	3,37	16	101,55			
Ciddiyet	Çocuksuz	58	15,00	3,11	15	114,04	7,750	0,021*	2-3
	Bir çocuk	109	15,65	3,05	16	129,56			
	İki ve üzeri	67	14,34	3,34	14	100,87			
Yarar	Çocuksuz	58	20,40	3,35	21	119,40	1,666	0,435	
	Bir çocuk	109	20,45	3,37	21	121,92			
	İki ve üzeri	67	19,58	4,00	20	108,67			
Engel	Çocuksuz	58	20,12	6,61	19,5	123,40	0,831	0,660	
	Bir çocuk	109	19,32	7,44	19	113,58			
	İki ve üzeri	67	19,45	5,93	19	118,77			
Sağlık sorumluluğu	Çocuksuz	58	20,48	3,92	21	124,43	2,691	0,260	
	Bir çocuk	109	20,47	3,63	21	120,66			
	İki ve üzeri	67	19,79	3,56	20	106,37			

*p<0,05

Tablo 15.'de kadınların çocuk sayısına göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları gösterilmiştir. Kadınların çocuk sayısına göre ölçeğin duyarlılık ve ciddiye alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bir çocuğu olan kadınların duyarlılık ve ciddiye alt boyutundan aldıkları puanlar iki ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan kadınlara göre daha yüksektir. Kadınların çocuk sayısına göre ölçeğin yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 16: Katılımcıların Şu Anki Gebelik Haftasına Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Gebelik haftası	N	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	P	Fark
Duyarlılık	24-28 hafta	114	16,06	3,04	16	115,27	7,355	0,025*	2-3
	29-33 hafta	55	15,53	3,04	16	101,84			
	34 ve üstü	65	16,86	2,50	17	134,66			
Ciddiyet	24-28 hafta	114	15,06	3,32	15	116,61	1,042	0,594	
	29-33 hafta	55	14,85	2,96	15	111,65			
	34 ve üstü	65	15,43	3,16	15	124,00			
Yarar	24-28 hafta	114	20,04	3,56	20	113,60	1,277	0,528	
	29-33 hafta	55	20,05	3,97	20	116,33			
	34 ve üstü	65	20,57	3,22	21	125,33			
Engel	24-28 hafta	114	19,96	7,05	20	121,18	2,218	0,330	
	29-33 hafta	55	19,91	6,67	19	122,37			
	34 ve üstü	65	18,54	6,50	17	106,92			
Sağlık sorumluluğu	24-28 hafta	114	20,08	4,03	20	115,16	0,352	0,839	
	29-33 hafta	55	20,56	3,43	21	121,65			
	34 ve üstü	65	20,38	3,24	21	118,10			

*p<0,05

Tablo 16.'de kadınların gebelik haftasına göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları gösterilmiştir. Kadınların gebelik haftasına göre ölçeğin duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Gebelik haftası 34 ve üstü olanların, duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar gebelik haftası 29-33 olanlara göre yüksektir. Araştırmaya alınan kadınların pariteye göre ölçeğin ciddiyet, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür(p>0,05).

Tablo 17: Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Bilgilendirilme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Bilgi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Evet	180	16,38	2,73	16	121,79	-1,784	0,074
	Hayır	54	15,41	3,43	16	103,19		
Ciddiyet	Evet	180	15,31	3,15	16	121,61	-1,706	0,088
	Hayır	54	14,48	3,24	14,5	103,81		
Yarar	Evet	180	20,29	3,59	20,5	119,88	-0,986	0,324
	Hayır	54	19,83	3,49	20	109,57		
Engel	Evet	180	19,18	7,06	19	113,63	-1,601	0,109
	Hayır	54	20,80	5,80	20	130,42		
Sağlık sorumluluğu	Evet	180	20,41	3,62	21	119,36	-0,771	0,440
	Hayır	54	19,85	3,89	21	111,31		

Tablo 17.'da kadınların çocukluk çağı aşıları hakkında bilgilendirilme durumuna göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların çocukluk çağı aşıları hakkında bilgilendirilme durumuna göre ölçeğin duyarlılık, ciddiye, yarar, engel ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Katılımcıların Ulusal Aşı Takviminde Olan Aşıları Yaptırmayı Düşünme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Aşıları Yap. düş.	N	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Evet	216	16,34	2,84	16	121,79	-3,385	0,001*
	Hayır	18	14,00	3,20	14	66,00		
Ciddiyet	Evet	216	15,28	3,09	15	120,48	-2,345	0,019*
	Hayır	18	13,17	3,75	13	81,78		
Yarar	Evet	216	20,43	3,35	21	121,40	-3,067	0,002*
	Hayır	18	17,28	4,75	18	70,72		
Engel	Evet	216	19,14	6,68	19	113,45	-3,172	0,002*
	Hayır	18	24,50	6,59	25	166,06		
Sağlık sorumluluğu	Evet	216	20,38	3,64	21	119,35	-1,459	0,145
	Hayır	18	19,06	4,09	19,5	95,28		

*p<0,05

Tablo 18.'de kadınların ulusal aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünme durumuna göre 'Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Kadınların ulusal aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünme durumuna göre ölçeğin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Ulusal aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünenlerin duyarlılık, ciddiyet ve yarar alt boyutlarından aldıkları puanlar yüksek, engelden alınan puanların ise düşüktür. Araştırmaya katılan kadınların ulusal aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünme durumuna göre ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 19: Katılımcıların Ücretli Olan Aşıları Yaptırmayı Düşünme Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Aşıları Yap. Düş.	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Evet	183	16,48	2,78	17	124,91	-3,196	0,001*
	Hayır	51	15,00	3,19	15	90,91		
Ciddiyet	Evet	183	15,60	3,12	16	127,90	-4,478	0,000*
	Hayır	51	13,37	2,83	14	80,20		
Yarar	Evet	183	20,57	3,27	21	124,11	-2,843	0,004*
	Hayır	51	18,82	4,23	19	93,78		
Engel	Evet	183	19,04	6,63	19	112,22	-2,265	0,024*
	Hayır	51	21,41	7,19	21	136,46		
Sağlık sorumluluğu	Evet	183	20,61	3,63	21	124,64	-3,076	0,002*
	Hayır	51	19,08	3,66	20	91,87		

*p<0,05

Tablo 19’de araştırma kapsamına alınan kadınların ücretli olan aşıları yaptırmayı düşünme durumuna göre ‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir. Kadınların ücretli olan aşıları yaptırmayı düşünme durumuna göre ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Ücretli olan aşıları yaptırmayı düşünen kadınların ölçeğin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksek, engel puanları ise düşüktür.

Tablo 20: Katılımcıların Aşı Reddi / Tereddüdü Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Bilgi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Duyarlılık	Bilgim var	68	15,94	3,22	16,5	114,59	-0,424	0,671
	Bilgim yok	166	16,25	2,80	16	118,69		
Ciddiyet	Bilgim var	68	15,51	3,44	16	128,49	-1,599	0,110
	Bilgim yok	166	14,95	3,07	15	113,00		
Yarar	Bilgim var	68	20,29	3,89	21	121,72	-0,613	0,540
	Bilgim yok	166	20,14	3,43	20	115,77		
Engel	Bilgim var	68	18,03	6,20	18	102,98	-2,103	0,035*
	Bilgim yok	166	20,18	6,97	20	123,45		
Sağlık sorumluluğu	Bilgim var	68	20,81	3,01	21	125,79	-1,206	0,228
	Bilgim yok	166	20,06	3,91	20	114,11		

*p<0,05

Kadınların aşı reddi / tereddüdü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 20.’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların aşı reddi / tereddüdü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ölçeğin duyarlılık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Buna karşılık kadınların aşı reddi / tereddüdü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ölçeğin engel boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Aşı reddi / tereddüdü hakkında bilgi sahibi olan kadınların engel boyutundan aldıkları puanlar daha düşük bulunmuştur.

Tablo 21: Katılımcıların Aşı Hizmetlerinin Yürütülmesiyle İlgili Görüşüne Göre Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

	Görüş	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Duyarlılık	Yasal zorunluluk olmalı	152	16,85	2,60	17	133,66	-5,011	0,000*
	Anne babaya bırakılmalı.	82	14,88	3,09	15	87,54		
Ciddiyet	Yasal zorunluluk olmalı	152	15,62	3,10	16	128,70	-3,467	0,001*
	Anne babaya bırakılmalı.	82	14,18	3,15	14	96,74		
Yarar	Yasal zorunluluk olmalı	152	20,86	3,29	21	130,63	-4,060	0,000*
	Anne babaya bırakılmalı.	82	18,95	3,74	19	93,16		
Engel	Yasal zorunluluk olmalı	152	18,72	6,98	18	107,79	-2,993	0,003*
	Anne babaya bırakılmalı.	82	21,10	6,25	22	135,51		
Sağlık sorumluluğu	Yasal zorunluluk olmalı	152	20,76	3,71	21	128,32	-3,348	0,001*
	Anne babaya bırakılmalı.	82	19,39	3,47	20	97,45		

*p<0,05

Tablo 21’de kadınların aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili görüşüne göre ‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili görüşüne göre ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili görüşü yasal zorunluluk olmalı şeklinde olan kadınların ölçeğin duyarlılık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar istemeyenlere göre yüksek, engel puanları ise düşüktür.

Tablo 22: Katılımcıların Aşı Hakkında Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Bazı Sorulara Verdikleri Puan Ortalamaları ile Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar (n=234)

		Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Sağlık Sorumluluğu
Çocukluk çağı aşılarını yaptırmada tereddüt yaşama	R	-0,252	-0,261	-0,292	0,277	-0,181
	P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,006*
Çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeyi	R	0,053	0,135	0,126	-0,299	0,152
	P	0,418	0,039*	0,054	0,000*	0,020*
Çocukluk çağı aşılarına duyulan güven	R	0,206	0,278	0,327	-0,296	0,405
	P	0,002*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Çocukluk çağı aşılarının yan etkilerinden duyulan endişe	R	-0,210	-0,205	-0,300	0,382	-0,203
	P	0,001*	0,002*	0,000*	0,000*	0,002*
Aşılarla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin düşüncelerini etkileme durumu	R	-0,169	-0,070	-0,211	0,314	-0,084
	P	0,009*	0,283	0,001*	0,000*	0,201
Aşı üreten firmaların art niyetli olabileceğine dair düşünce	R	-0,191	-0,045	-0,264	0,318	-0,074
	P	0,003*	0,497	0,000*	0,000*	0,260
Aşı yerine hastalığı geçirerek doğal bağışıklamanın gelişmesi gerektiği düşüncesine katılma	R	-0,321	-0,121	-0,287	0,370	-0,175
	P	0,000*	0,065	0,000*	0,000*	0,007*

*p<0,05

Tablo 22’de Katılımcıların aşı hakkında bilgi ve tutumlarına yönelik bazı sorulara verdikleri puan ortalamaları ile ‘Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ puanlarının arasındaki korelasyonların incelendiği Spearman testi sonuçları verilmiştir. Gebelerin çocukluk çağı aşılarının yaptırmada tereddüt yaşama sorusuna verdikleri puanlar ile ölçeğin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık

sorumluluğundan aldıkları puanlar arasında negatif, engelden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeylerine dair soruya verdikleri puan ile ölçeğin ciddiyet ve sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar arasında pozitif, engelden aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya dahil edilen gebelerin çocukluk çağı aşılarına ne kadar güven duyduklarına dair soruya verdikleri puan ile ölçeğin duyarlık, ciddiyet, yarar ve sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar arasında pozitif, engelden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gebelerin çocukluk çağı aşılarının yan etkilerine ilişkin ne kadar endişe duyduklarına dair soruya verdikleri puanlar ile ölçeğin duyarlık, ciddiyet, yarar ve sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar arasında negatif, engelden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gebelerin aşılarla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin düşüncelerini ne kadar etkilediğinde dair soruya verdikleri puanlar ile ölçeğin duyarlık ve yarar aldıkları puanlar arasında negatif, engelden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gebelerin aşı üreten firmaların art niyetli olabileceğine dair şüphelerine verdikleri puanlar ile ölçeğin duyarlık ve yarar aldıkları puanlar arasında negatif, engelden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya alınan gebelerin aşı yerine hastalığı geçirerek doğal bağışıklamanın gelişmesi gerektiği düşüncesine katılma sorusuna verdikleri puanlar ile ölçeğin duyarlık, yarar ve sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar arasında negatif, engelden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

DSÖ 2022 yılı için tüm dünyada Covid-19 aşısı hariç 25 aşının erişime uygun olduğunu belirtmektedir. Buna karşılık bir yaş altı 25 milyon çocuğun aşılanmadığını ayrıca 2019 yılına kıyasla aşılanmamış çocuk sayısının beş milyon arttığına dikkat çekmektedir. Örgüt bu nedenle çocukluk çağı aşılarına yönelik bölgesel, ulusal ve küresel tüm çalışmaları önemsemektedir (56). Buradan yola çıkarak Kuzey Kıbrıs'ta son trimester gebelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemek için yapılan bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun genç, üniversite mezunu ve ev hanımı olduğu belirlendi. Yine büyük çoğunluğu şehirde çekirdek ailesi ile yaşamakta, gelirlerini giderlerine denk algılamakta ve aile içerisinde eşleriyle ortak karar almaktadır. Beklendiği gibi ailesi ve yakın çevresinde engelli çocuk olan katılımcı sayısı oldukça azdır (Tablo 1). Bununla birlikte katılımcıların çoğunluğunun primipar olması, yaşayan bir çocuklarının bulunması ve ideal sayıda antenatal kontrollerini yaptırmaları çoğunluğun iyi bir obstetrik öyküye sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Aşılarla ilişkin doğru bilgilenme aşılarla ilişkin olumlu bir tutum geliştirmeye yardımcı olacak en önemli enstrümandır (57). Yapılan çalışmalar bu fikri doğrulamakta ve ebeveynlerin aşılarla yönelik bilgi sahibi olması ile aşılarla yönelik tutumları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (58,59). Özellikle annelerin aşı bilgisi aşı kabulü konusunda oldukça önemli bir belirleyicidir (60). Diğer çalışmalardan farklı olarak kadınların gebelik sürecinde çocukluk çağı aşılarına

yönelik bilgileri ve tutumları incelenmiş ve gebelerin çoğunluğunun aşılar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirttiği görülmüştür (%76,92). Buna karşılık aşılarla yönelik ne kadar bilgi sahibi olduklarına dair soruya verdikleri puan ortalaması orta düzeydedir. Bu durum aşılarla yönelik danışmanlık ve bilgilendirme alınsa bile yeterliliğinin tartışılır olduğunu göstermektedir.

Bireylerin önceki deneyimleri aşılarla yönelik tutumları hakkında fikir vericidir. Bu nedenle çocuğu olan gebelerin önceki çocuklarının aşılanma durumu sorulmuş ve çoğunluğun aşıların tamamını yaptırdıkları belirlenmiştir. Kültürel özellikleri açısından KKTC'ye en çok benzeyen ülke olan Türkiye'nin, Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre tam aşılı çocuk oranı %67, hiç aşı olmayanlar ise %2'dir (61). UNİCEF her geçen gün eksik aşılanan çocuk sayısının arttığını belirtmektedir. Örneğin 2019 yılından 2022 yılına kadar DTP aşılanma oranlarında 5 puanlık düşüş olmuştur (62). Kuzey Kıbrıs'ta yapılan bu çalışmanın sonuçları uluslararası istatistiklerle kıyaslandığında aşı yaptıрма oranının iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda doğru planlama ve zamanlama çok önemlidir. Örneğin ebeveynlerin sadece bebek dünyaya geldikten sonra aşılar hakkında bilgilendirilmesi yeterli olmayacaktır. Bu nedenle gebelik döneminde başlayarak aileleri bilinçlendirmek oldukça kıymetlidir. Buradan hareketle gebelik döneminde olan katılımcılarımızın aşılar hakkında bilgilendirilip bilgilendirilmediği sorgulanmış ve yarıdan fazlasına bir sağlık personeli tarafından aşılar hakkında bilgilendirildiği görülmüştür. Gebelerin tamamının bilgilendirilmemesi ise sağlık hizmetlerinin eksiği olarak kabul edilmiştir. Bilgilendirmeyi yapanların çoğunluğunu ise hekimler oluşturmaktadır. Literatür örnekleri incelendiğinde de ailelerin aşılar hakkında bilgiyi çoğunlukla başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarından aldıkları

görülmektedir (64-66,72). Diğer yandan gebelerin aşılar hakkında kullandığı ikinci en önemli bilgi kaynağı internettir. Bu çalışmada olduğu gibi internetin sağlık alanında bilgi aramanın en yaygın yolu olarak kullanıldığı çalışmalara yansımaktadır (67,68). Ancak internette bulunan yanlış bilgilendirmeler kullanıcıların aşı tutumları üzerinde istenmedik etkilerde yaratabilmektedir (66,69).

Bu çalışmada çocukluk çağı aşılardan en çok bilinenler sırası ile kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği, hepatit B'dir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da en çok bilinen aşılar bu çalışma ile benzerdir (65,70,91,92,94). Bu aşılardan iyi bilinmesi ise ulusal aşı takviminde yerini almış en eski aşılar olmaları, koruyuculuk düzeylerinin yüksek olması ve aşılanmayan çocukların hastalığa yakalanma durumunda komplikasyonlarının halk arasında yaygın olarak bilinmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastalıklardan korunmanın altın standardı aşılanmadır. Ancak yan etkileri zaman zaman ebeveynler üzerinde tedirginlik yaratmaktadır. Bu nedenle ebeveynlerin aşılardan olası yan etkileri hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir (74,75). Bu çalışmada aşılardan yan etkisi olduğunu bilenlerin oranı yarı yarıya olup, en fazla bilinen yan etki ise yüksek ateştir. Ayrıca katılımcıların aşılardan yan etkilerine yönelik duydukları endişeye verdikleri puan ortalaması düşük seviyede belirlenmiştir. Endişe seviyesinin düşük olması aşılar karşısında negatif tutumun düşüklüğü ile ilişkilendirilebilir. (Tablo 5) Bununla birlikte katılımcıların çoğunluğunun aşılar hakkında bilgilendirilmiş olduğu dikkate alındığında yalnızca yarısının yan etkiler hakkında bilgi sahibi olması alınan eğitimlerin içeriğinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çocuklarında veya çevrelerinde aşı ile ilgili olumsuz bir deneyim yaşayan katılımcı sayısının oldukça düşük olması bu durumun bir diğer nedeni olabilir. Türkiye'de yapılan çalışma örneklerinde de benzer sonuçlar elde

edilmiş olup aşılar ile ilgili en iyi bilinen yan etkiler ateş, enjeksiyon bölgesinde hassasiyet, uyku hali, bulantı-kusma olarak bildirilmiştir (75,87,93).

Aşı takvimleri, ülkelerin ihtiyaçlarına, sağlık bütçelerine ve sağlık politikalarına göre değişmektedir. Özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde gerekli olmasına rağmen bazı aşılar ailelerin tercihinin bırakılmakta ve ücretleri genel sağlık sigortası tarafından karşılanmamaktadır (26,95). Bu çalışmada ise katılımcıların büyük bir kısmı ücretli aşılar da dahil olmak üzere ulusal aşı takviminde yer alan aşıları yaptırmayı düşünmektedir. Bu bulgu gebelerin aşılara karşı olumlu bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Türkiye’de Güngör ve arkadaşlarının (53) yaptığı çalışmada ebeveynlerin çoğunluğunun ücretli aşılar dışında çocuklarının aşılarını zamanında ve tümüyle yaptırdıkları, öğrenim durumları ve mesleklerinin bu durumu etkilediği belirlenmiştir Benzer şekilde Wenner ve arkadaşlarının (11) yaptığı çalışmada annelerin büyük bir kısmı çocukluk çağı aşılarını yaptıracaklarını ifade etmişleridir. Hazır (36) çalışmasında da anneler çocukluk çağı aşılarını yaptırma konusunda olumlu bir tutum içerisindeydi. Özdemir (73) çalışmasında da ailelerin aşı takviminde olan tüm aşıları yaptırmayı istedikleri gösterilmiştir. Çalışma bulgularımız verilen literatür örnekleri ile oldukça uyumludur. Tıbbi tarama, tanı, aşılama ve tedavi uygulamaları için bireylerin kendileri ve sorumluluklarını üstlendikleri çocukları için onam vermesi beklenmektedir (96). Buna karşılık halk sağlığını tümünden tehdit edecek salgınlara ve pandemilere neden olabilecek enfeksiyonlar için zorunlu aşılama politikalarının gerekliliği tartışılmaktadır (124). Bu çalışmanın katılımcılarının büyük çoğunluğu aşılardan zorunlu olarak uygulanması görüşüne katılmaktadır. Elde edilen bu bulgu katılımcıların aşı programlarına güvendiklerini göstermektedir. Benzer şekilde Özdemir (70) ve Özümit (91) Türkiye’de yaptıkları çalışmalarda katılımcıların

çoğunluğunun, aşılama ile ilgili yasal zorunluluk olması gerektiği görüşüne katıldıkları sonucu ortaya çıkmıştır.

Aşılama, tüm dünya çapında toplumsal bağışıklamanın sağlanmasında genel kabul görmüştür. Bunun yanı sıra küçük bir grup insan aşı uygulamalarını reddetmekte, bir grubu ise ertelemekte veya geciktirmektedir. Her geçen gün tereddüt eden grup sayılarının artması endişe yaratmaktadır (98). Buradan yola çıkarak bu çalışmada gebelerin aşı tereddüt düzeyleri, aşı tereddütü hakkında bilgileri ve çevrelerinde aşı tereddütü yaşayanların olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların aşılarla yönelik tereddütlerine, aşılarla ilişkin olumsuz medya haberlerinden etkilenmelerine ve aşı firmalarının kötü niyetli olacağı şüphesine verdikleri puan ortalaması oldukça düşük, buna karşılık aşılarla duydukları güven puan ortalaması orta düzeydedir. (Tablo 5) Ayrıca gebelerin çok azının aşı reddi / tereddütü hakkında bilgi sahibi olduğu ve yine çok azının aşı tereddütü yaşayan yakınları olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular katılımcıların aşı tereddütü açısından düşük riskli bir sosyal çevre içerisinde olduklarını göstermektedir. Ünsal'ın (104) çalışma sonuçları da bu çalışma ile benzerlik gösterip annelerin aşılarla karşı olumlu tutum sergilediği ve aşı tereddütü yaşayan az sayıda anne olduğu gösterilmiştir.

Halk sağlığı açısından büyük riskleri olan aşı tereddütü çok faktörlüdür. Bu çalışmanın katılımcıları, aşı tereddütü yaşayan ailelerin bilgisizlik, aşılardan yan etkileri, güvensizlik ve korku nedeniyle aşılar konusunda tereddüt yaşadıklarını düşünmektedir. Byström ve arkadaşlarının (99) İsveç'te yaptığı çalışmada da aşı tereddüt nedenleri arasında yan etkilerden endişe duyma yer almaktadır. Aygün ve Tortop'un (89) çalışmasında ise ailelerin en temel tereddüt nedenleri arasında aşılarla ilgili olumsuz ve gerçeği yansıtmayan haberler ile dini gerekçeler yer almaktadır. Lim'in (88) yaptığı çalışmada ise aşıların etkileri olmadığı ve alternatif tedavi

yöntemlerine yönelim görüşleri ön plana çıkmaktadır. İlter (1) çalışmasında ise ailelerin aşı yaptırmama nedenleri arasında güvenli olduğuna inanmama, gerekli olduğunu düşünmeme, aşının yurt dışından ihraç edilmesi ilk üç sırada yer alırken aşilar hakkında olumsuz deneyim ve bilgiler yedinci sırada yer almaktadır. Mohammed ve arkadaşlarının (86) Nijerya da yaptığı çalışma da en sık karşılaşılan aşı reddi nedenleri arasında aşıya gereksinim duyulmaması yer almıştır. Bu çalışmanın bulgularına ve literatür örneklerine bakıldığında aşı tereddüdüne ilişkin nedenlerin hemen hemen benzer olduğu görülmektedir.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireylerin sağlık davranışları inanç, değer ve tutumlardan etkilenmektedir. Sorun olarak kabul edilen inanç ve tutumların saptanması durumunda ise koruma yöntemleri, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri daha iyi belirlenebilir (52). Araştırmada gebelerin aşılara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Aşıyla İlgili Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların Ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar toplumsal hassasiyetin, aşı duyarlılıklarının ve aşı farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada her ne kadar gebeler, aşılara dair bilgi düzeylerini orta seviyede puanlamış olsalar bile ölçeğin yararlılık alt boyut puan ortalamasına göre bilgi düzeyleri yüksektir. Ölçeğin engel alt boyutu gebelerin aşilar hakkında olumsuz bilgi ve tutumlarını değerlendirmektedir. Katılımcıların aşı yerine doğal bağışıklanmayı tercih etme, aşıları yaptırmama konusunda tereddüt yaşama vb. olumsuz tutuma yönelik puanları oldukça düşük olmasına karşılık ölçek alt boyut puan ortalamasına göre aşılara yönelik olumsuz tutumları orta düzeydedir. (Tablo 5 ve 6) Ölçekte yer alan son alt boyutta ise bireylerin aşilar konusunda almaları gereken sorumlulukları göstermekte olup gebelerin aşılara yönelik sorumluluk algılarının yüksek olduğu görülmüştür. Kaydırak ve arkadaşlarının (85) çalışmasında da Aşıyla

İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanmış ve alt boyut puanları bu çalışma ile benzer bulunmuştur. Yukarda tartışıldığı gibi bu çalışmada elde edilen ölçek puanları literatür örneği ile benzer olup katılımcıların Sağlık İnanç Modeline dayalı aşı tutumlarının pozitif yönde olduğu düşünülmektedir. Yine bu çalışmada gebelerin aşı hakkında bilgi ve tutumlarına yönelik sorulara verdikleri puan ortalamaları elde ettiğimiz bu sonucu destekler niteliktedir (Tablo 5 ve 6).

Yaş, bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir demografik değişkendir (84). Özellikle anne yaşının bebek ve çocuk sağlığıyla yakından ilişkisi vardır. Bu nedenle erken yaş gebeliklerin önlenerek anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflenmektedir (13). Buradan yola çıkarak yapılan literatür araştırmasında annelerin yaş ortalamasının aşı tutumlarını etkileyip etkilemediği incelenmiş ve çalışma sonuçlarının çelişkili olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda genç yaştaki annelerin çocukluk çağı aşıları konusunda yetersizlik gösterdikleri diğer bazı çalışmalarda ise yaş ile aşı tutumu arasında fark olmadığı bildirilmiştir. (79,81-83). Bu çalışmada ise gebelerin yaş ortalamasının aşı tutumunu etkilemediği belirlenmiştir.

Toplumların en temel kalkınma ve gelişme unsurları eğitim ve sağlık olup aralarında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır (80). Bu nedenle eğitim yılı arttıkça sağlıklı yaşam davranışları ve sağlıklılık durumunda da artış beklenmektedir Buradan yola çıkarak gebelerin eğitim düzeyi ile aşı tutumları karşılaştırılmış ve ilköğretim mezunu gebelerin üniversite ve üzeri mezun gebelere oranla aşı hassasiyet düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Büyükkarakurt'un (78) yaptığı benzer bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını düşürdüğü ve sonuç olarak aşilar ile ilgili engellerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Özlem'in (31) yaptığı çalışma da aşı reddi artışı ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Mugada ve arkadaşlarının (57)

2017 yılında Hindistan’da yaptığı bir başka çalışmada da anne eğitim seviyesi ile aşı hassasiyeti arasında ilişki bildirilmiştir. Literatür örneklerine dayanarak düşük eğitim seviyesinin aşılarla yönelik farkındalığı olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Tablo 7).

Gelir getirici bir işte çalışma durumu bireylerin sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir. Ağır ve yoğun çalışma koşulları sağlık davranışlarında istenmeyen değişikliklere neden olurken uygun koşullarda çalışma bireylerin sağlık davranışları üzerinde geliştirici ve olumlu etkiye sahiptir (100,101). Benzer şekilde ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarında gelişme kaydedilmektedir (103). Bu çalışmada da gelir getirici bir işte çalışan ve gelirini giderine eşit veya fazla algılayan gebelerin aşı hassasiyeti ve aşılarla yönelik sorumluluk algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kürtüncü ve arkadaşlarının (93) Türkiye’de yaptığı çalışmada da gelir getirici bir işte çalışan annelerin aşı tutumları daha olumlu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada da ekonomik durumu iyi olan kadınların aşılamaya daha olumlu baktıkları saptanmıştır (65). Kyprianidou ve arkadaşlarının (75) Kıbrıs Cumhuriyeti’nde yaptığı çalışmada çalışan ve ekonomik durumu iyi olan ailelerin aşılama konusunda daha aktif oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Galadima ve arkadaşlarının (79) Afrika’da yaptığı çalışmada meslek sahibi, gelir getirici bir işte çalışan ve ekonomik durumu iyi olan annelerin çocuklarının aşılama konusunda daha fazla önem verdikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Literatür örneklerine dayanarak gelir getirici bir işte çalışmanın ve ekonomik gelir algısının orta ve üzerinde olmasının aşı duyarlılığını ve sorumluluğunu arttırdığı kabul edilmiştir. Yine bu çalışmada ücretli aşıları yaptırmayı isteyen ailelerin aşı farkındalığının, bilgilerinin ve sorumluluğunun yüksek bulunması buna karşılık aşılarla yönelik olumsuz tutumlarının düşük bulunması elde ettiğimiz bu sonucu destekler niteliktedir.

Çıklar ve Güner'in (8) yaptıkları çalışma da ekonomik durumu iyi olan gebelerin ücretli aşıları yaptıрма konusunda daha dikkatli olması çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Yaşam alanlarının sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyini etkilediği dolaylı olarak sağlık davranışlarında fark yaratabileceği öngörülebilir. Bu noktada kırsal alanlarda yaşayan, kadın ve çocukların daha dezavantajlı olduğu kabul edilmektedir (78). Bu çalışmada yer alan gebelerin büyük bir kısmı ilçede yaşamaktadır. İlçede yaşayan gebelerin aşılar hakkındaki hassasiyetleri köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Mayerova ve Abbas'ın (77) Arnavutluk'ta yaptığı çalışmada da kırsal kesimde ikamet eden bireylerin aşılar konusunda daha fazla tereddüt yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Buna karşılık Kyprianidou ve arkadaşlarının (75) Kıbrıs Cumhuriyeti'nde yaptığı çalışmada yerleşim yerinin bireylerin aşı tutumunu etkilemediği bildirilmiştir. Benzer şekilde Mugada ve arkadaşlarının (57) Hindistan'da yaptığı çalışmada kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan annelerin aşı tutumu arasında fark bildirilmemiştir. Literatür örnekleri ile karşılaştırıldığında bu çalışmada saptanan kırsal alanda yaşayan kadınların aşı farkındalığının düşük olduğu sonucu Mayerova ve Abbas (77) çalışması ile desteklenmektedir. Çalışmalar arasındaki farkın ise annelerin yaşadığı ülkelerin sosyokültürel yapısı ve sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bireylerin içinde yetiştiği aile tipi ve ailenin dinamikleri aile üyelerinin davranışlarını, tutumlarını, sağlıklarını vb. hayata dair pek çok alanı etkilemektedir. Aile yapısına ilişkin çalışmaların çoğunluğu aile üyelerinin bir konuya yönelik ortak tutumlar sergilediklerini göstermektedir. Ayrıca birkaç neslin bir arada yaşadığı, gelenek ve göreneklere olan bağlılığın yüksek olduğu geleneksel ailelerde yanlış tutum

aktarımının daha kolay olduğu bir gerçektir (76). Bu noktada aile tipinin ve aile içi karar alma mekanizmalarının gebelerin aşı tutumunu etkileyip etkilemediğı sorgulanmıştır. Yapılan karşılaştırmalarda çekirdek ailesi olan gebelerin aşılara yönelik hassasiyeti, farkındalığı daha yüksek buna karşılık engel algıları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca aile içi karar alma mekanizmasında söz sahibi olan gebelerin aşılara yönelik sorumluluk algısı daha yüksektir. Bu iki bulgumuz birbirini destekler nitelikte olup demokratik ortamların gebelerin aşılara yönelik tutumunu pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

Aşı tutumunu araştıran pek çok çalışmanın aksine bu çalışmada gebe olan kadınların aşılara yönelik tutumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Aşılara yönelik olumsuz tutumun ne kadar erken belirlenirse o kadar erken düzeltilebilme şansının olacağı fikri bu noktada etkili olmuştur. Gebelik sayısı, gebelik haftası ve çocuk sayısı gibi obstetrik özelliklerin gebe kadınları sadece fiziksel değil duygusal ve davranışsal olarak da etkilediğı gerçeğinden yola çıkarak gebelerin aşıya yönelik tutumları ile obstetrik özellikleri karşılaştırılmıştır (13). İkinden fazla doğumu ve çocuğı olan kadınların hiç çocuğı olmayan veya bir doğumu ve çocuğı olan kadınlara kıyasla aşı hassasiyeti ve farkındalığı düşüktür. Üzüm ve arkadaşlarının (65) Türkiye’de yaptığı çalışmaya göre de çocuk sayısı arttıkça aşılama oranı artmaktadır. Yine Türkiye’de yapılan bir çalışmada ilk çocuklarda aşılama oranı daha yüksek bulunmuştur (97). Kyprianidou ve arkadaşlarının (75) Kıbrıs’ta yaptığı çalışmada da çocuk sayısı fazla olan annelerin aşıları yaptırmama oranlarının daha düşük olduğı sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık Mugada ve arkadaşlarının (57) Hindistan çalışmasında doğum sayısı ile aşı farkındalığı arasında fark bildirilmemiştir. Buradan yola çıkarak bu çalışma ile Türkiye ve Kıbrıs Cumhuriyeti çalışmalarının birbirini destekler nitelikte olduğı ve fazla gebelik ve çocuk sayısının aşılara yönelik hassasiyet

ve farkındalığı azalttığı kabul edilmiştir. Üç ülkenin kültürel ve idari pek çok ortak özelliğinin olması bu sonucu anlaşılır kılmaktadır. Bu çalışmanın bir diğer önemli sonucu ise aşılarla yönelik hassasiyetin özellikle 34. gebelik haftasında yüksek bulunmasıdır. Son haftalarla beraber annenin bebeğinin dış dünya ile temas edeceğine yönelik düşüncelerinin ve bebeğini dış dünyada koruma güdülerinin bu sonucu şekillendirdiği düşünülmektedir (13). Bu nedenle aşılarla yönelik verilecek eğitimlerin 34. gebelik haftasında yoğunlaştırılmasının önerilmektedir.

Sağlık eğitimi, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını, hastalık durumunda iyileşme sürecine katkıyı ayrıca hastalıktan sonra rehabilitasyonu kolaylaştıran önemli bir faktördür (102). Buna karşılık bu çalışmada aşılarla yönelik bilgilendirilmenin gebelerin aşı tutumları üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın aksine Türkiye’de yapılan bir çalışmada annelerin aşıları yeteri kadar bilmemesinin çocukların eksik aşılansması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (26). Çalışmamızda gebelerin sağlık çalışanlarından aldıkları bilgilendirmenin aşı tutumlarını etkilememsi tesadüfi olabileceği gibi verilen eğitimlerin içeriği ile de ilgisinin olabileceği düşünülmektedir. Bu sonucun aksine aşı tereddütü hakkında bilgi sahibi olduğunu bildiren gebelerin aşılarla yönelik olumsuz algılarının daha düşük olduğunun belirlenmesi memnuniyet verici bir durumdur. Elde ettiğimiz bu sonuçlara dayanarak KKTC’de ebeveynlere yönelik yapılandırılmış aşılama eğitimlerine ihtiyaç duyulduğu düşünülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlenmiş bir zorunlu bağışıklama tanımı ve programı bulunmamaktadır. Bununla birlikte gelişmiş Avrupa ülkelerinin bazılarında veya bazı eyaletlerinde konuya yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. Ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte zorunlu bağışıklama "her çocuğun, ebeveynin kabul etme veya reddetme olasılığı olmaksızın kanunen alması gereken aşı" şeklinde

tanımlanmaktadır. Konuya yönelik tartışmalar ise farklı boyutları ile varlığını sürdürmeye devam etmektedir. (100). Bu noktada çalışmaya katılan gebelere çocukluk çağı aşılarının zorunlu olup olmamasına dair düşünceleri sorulmuş ve üçte ikisinin aşıların zorunlu olması gerektiğine inandığı belirlenmiştir. Ayrıca aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünenlerin aşı hassasiyetleri, farkındalıkları, bilgileri ve sorumluluk algıları daha yüksek buna karşılık aşılarla yönelik engel algıları düşük bulunmuştur. Türkiye’de Özdemir ve Aşut’un (73) yaptığı çalışma da annelerin aşıların yasal zorunluluk olarak yapılması gerektiğine inandıkları belirlenmiştir. Elde ettiğimiz bu bulgulara dayanarak çalışmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğunun aşıların zorunlu olarak yapılması gerektiğini destekleyecek düzeyde aşılarla yönelik olumlu bir tutum içinde oldukları kabul edilmektedir.

Çalışmada gebelerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli’ne verdikleri cevapların tutarlılığının belirlemek amacıyla aşılar hakkında bilgi ve bazı tutumlarını puanlamaları istenmiş ve elde edilen puanlar ile ölçek alt boyut puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir (Tablo 22). Yapılan analizlerde gebelerin aşılarla ilişkin ne kadar bilgi sahibi olduklarına ve aşılarla ne kadar güvendiklerine verdikleri puanlara göre bilgi ve güvenleri orta düzeyde olup ve bu olumlu düşünceleri ile ölçeğin aşılarla yönelik hassasiyet, farkındalık, bilgi ve sorumluluk duyma algıları arasında pozitif; olumsuz aşı algısı ile negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. Öbür taraftan gebelerin "aşı tereddütlü yaşama", "yan etkilerinden endişe duyma", "olumsuz medya haberlerinden etkileme", "aşı firmalarının art niyetli olduğuna inanma" ve "aşı yerine doğal bağışıklamaya inanma " gibi negatif önermelere oldukça düşük puanlar verdikleri ve bu puanlar ile ölçeğin aşılarla yönelik hassasiyet, farkındalık, bilgi ve sorumluluk duyma algıları arasında negatif; olumsuz aşı algısı ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular doğrultusunda gebelerin ölçek puanları ile

aşılara dair sorulan bazı sorulara verdikleri puanların birbirini desteklediği, gebelerin cevaplarının tutarlı olduğu dolayısıyla çalışma sonuçlarımızın güvenilir olduğu düşünülmüştür.

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu araştırma, Gazimağusa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran son trimester gebelerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapıldı. Araştırmada gebelerin Toplum Tutumu Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına dayanarak aşılarla yönelik hassasiyetleri, farkındalıkları, bilgileri ve sorumluluk algıları yüksektir. Buna karşılık aşılarla yönelik olumsuz algıları düşüktür. Araştırmada aşağıdaki diğer sonuçlara ulaşılmıştır;

- Gebelerin çoğunluğu 25-30 yaş aralığında, üniversite mezunu, ev hanımı olup şehirde çekirdek ailesi ile yaşamakta, gelirlerini giderlerine denk algılamakta ve aile içerisinde eşleriyle ortak karar almakta ve çok azının çevresinde engelli çocuk bulunmaktadır (Tablo 1),
- Gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında çoğunluğun primipar olduğu ve yaşayan bir çocukları bulunduğu, gebelik haftalarının ise 24-28 hafta arasında ve antenatal kontrol sayılarının 5-9 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 2),
- Gebelerin çoğunluğu aşılar hakkında bilgi sahibi olup yarısından fazlası bir sağlık profesyoneli tarafından aşılar hakkında bilgilendirilmiştir. Bilgi kaynağı ise çoğunlukla hekimler ve internettir (Tablo 3),

- Çocuğu olan gebelerin çoğunluğu çocukluk çağı aşılarını tam olarak yaptırmış olup en çok bildikleri çocukluk çağı aşıları arasında kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği, hepatit B bulunmaktadır (Tablo 3),
- Gebelerin yarısı aşıların yan etkileri hakkında bilgi sahibi olup en iyi bildikleri yan etkiler arasında ateş, halsizlik, kusma bulunmaktadır (Tablo 4),
- Gebelerin büyük bölümü bebeklerine ücretli aşılar da dahil olmak üzere ulusal aşı takviminde yer alan çocukluk çağı aşılarını yaptırmayı düşünmektedir (Tablo 4),
- Gebelerin çok az bir bölümü aşı reddi / tereddüdü hakkında bilgi sahibi olup aşı tereddüdü yaşayan aile tanınmaktadır. Yine çok azının çevrenizde aşıya bağlı olumsuz deneyim yaşayan çocuklar bulunmaktadır (Tablo 4),
- Gebelerin çoğunluğu aşı tereddüdü nedeni olarak "aşıların yan etkilerini" görmektedir (Tablo 4),
- Gebelerin üçte ikisi çocukluk çağı aşılarının yasal zorunluluk olması gerektiğine inanmaktadır (Tablo 4),
- Gebelerin "Çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeyleri" ve "Çocukluk çağı aşılarına güvenleri" orta düzeydedir (Tablo 5),
- Gebelerin "aşı tereddüdü yaşama", "yan etkilerinden endişe duyma", "olumsuz medya haberlerinden etkileme", "aşı firmalarının art niyetli olduğuına inanma" ve "aşı yerine doğal bağışıklamaya inanma " düzeyleri düşüktür (Tablo 5),
- Gebelerin yaşları ölçek puanlarını etkilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 7)
- İlköğretim mezunu gebelerin üniversite ve üzeri mezun gebelere oranla aşı hassasiyet düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8),

- Gelir getirici bir işte çalışan gebelerin aşı hassasiyeti ve aşılarla yönelik sorumluluk algıları daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 9),
- Gelirini giderine eşit veya fazla algılayan gebelerin aşı hassasiyeti ve aşılarla yönelik sorumluluk algıları daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 10),
- İlçede yaşayan gebelerin aşılar hakkındaki hassasiyetleri köyde yaşayanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 11),
- Çekirdek ailesi olan gebelerin aşılarla yönelik hassasiyeti, farkındalığı daha yüksek buna karşılık aşılarla yönelik olumsuz algıları daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 12),
- İkiiden fazla doğumu ve çocuğu olan kadınların hiç çocuğu olmayan veya bir doğumu ve çocuğu olan kadınlara kıyasla aşı hassasiyeti ve farkındalığı daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 14),
- Gebelerin aşılarla yönelik bilgilendirilme durumu aşı tutumlarını etkilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 17),
- Aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünen gebelerin aşı hassasiyetleri, farkındalıkları, bilgileri ve sorumluluk algıları daha yüksek buna karşılık aşılarla yönelik olumsuz algıları düşüktür ($p<0,05$),
- Gebelerin "çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeylerinin" ve "çocukluk çağı aşılarına güvenlerinin" orta düzeyde olduğu (Tablo 5) ve bu olumlu düşünceleri ile ölçeğin aşılarla yönelik hassasiyet, farkındalık, bilgi ve sorumluluk duyma algıları arasında pozitif; olumsuz aşı algısı ile negatif ilişki vardır ($p<0,05$) (Tablo 22),
- Gebelerin "aşı tereddüttü yaşama", "yan etkilerinden endişe duyma", "olumsuz medya haberlerinden etkileme", "aşı firmalarının art niyetli olduğuna inanma" ve "aşı yerine doğal bağışıklamaya inanma" gibi negatif

önermelere düşük puanlar verdikleri (Tablo 5) ve bu puanlar ile ölçeğin aşıllara yönelik hassasiyet, farkındalık, bilgi ve sorumluluk duyma algıları arasında negatif; olumsuz aşı algısı ile pozitif ilişki vardır ($p<0,05$) (Tablo 22),

- Elde edilen bu bulgular doğrultusunda gebelerin ölçek puanları ile aşıllara dair sorulan soruların (önermelerin) puanlarının birbirini desteklediği, gebelerin cevaplarının tutarlı olduğu dolayısıyla çalışma sonuçlarımızın güvenilir olduğu düşünülmüştür.

6.2 Öneriler

Araştırma sonuçları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Bu çalışmada çocukluk çağı aşılları hakkında daha olumsuz tutum sergilediği belirlenen düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip, köyde yaşayan, geniş aile mensubu, çalışmayan, multipar ve ikiden fazla çocuğu olan gebeler başta olmak üzere tüm gebelere yapılandırılmış aşı bilgilendirme programlarının düzenlenmesi.
- Gebelerin çocukluk çağı aşıllarına yönelik farkındalıklarını arttıracak sosyal medya, basın ve yayın programlarının düzenlenmesi,
- Gelecekte konuyla ilgilenecek araştırmacılara ise, çocukluk çağı aşılları konusunda daha olumsuz tutum sergilediği belirlenen düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip, köyde yaşayan, geniş aile mensubu, çalışmayan, multipar ve ikiden fazla çocuğu olan gebelerle grup odaklı derinlemesine görüşmeye dayalı nitel çalışmalar yapmaları,
- Yine araştırmacılara çocukluk çağı aşıllarına ilişkin yapılandırılmış eğitimlerin gebelerin bilgi ve tutumlarına etkisini inceleyecek randomize kontrollü çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- (1) İlater, H. (2020), *Konya İlinde Çocukluk Çağı Aşı Reddi Konusunda Anne-Baba Görüşleri ve Aşılamayı Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- (2) Epöztürk, K., Görkey, Ş., Sert, G. (2020), *Bazı Batı Ülkelerinde Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Yakın Dönemli Yasal Düzenlemeler*, Lokman Hekim Dergisi- Lokman Hekim Journal 10 (3): 309-316.
- (3) T.C. Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Rehberi (2011), Erişim Tarihi: (20.05.2022).
- (4) T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı Genel Bilgiler (2018), <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/49-a%C5%9F%C4%B1-nedir,-nas%C4%B1-etki-eder.html> Erişim Tarihi: (20.05.2022).
- (5) Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu-UNICEF (2018), *Bağışıklanma*.
www.unicef.org/turkiye/ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1klama
Erişim Tarihi: (20.05.2022).
- (6) Kıbrıs Türk Tabipler Birliği (2019), *Aşı Bilgilendirilmesi*, www.kttb.org/asi-bilgilendirmesi/ Erişim Tarihi: (25.05.2022).

- (7) Etesamina, S., Derinpınar Bağcı, K. (2021), *Aşı Tereddütlerinde Sosyal Medyanın Rolü*, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi; 7(2),377-390.
- (8) Çıklar S., Güner P. (2020), *Annelerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları ve Aşı Reddi Nedenleri: Nitel ve Nicel Bir Araştırma*, Ankara Med J, 2020 (1),180-195 doi no:10.5505/amj.2020.80148.
- (9) Çıtak, G., Duran Aksoy, Ö. (2021), *Aşılamada Önemli Bir Engel: Aşı Reddi*, ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7 (2), 15-20.
- (10) Corben, P., Leask, J. (2016), *To Close The Childhood Immunization Gap, We Need A Richer Understanding Of Parents' Decision-Making*, Hum Vaccin Immunother. 2016 Dec;12(12):3168-3176. doi: 10.1080/21645515.2016.1221553.
- (11) Weiner, J.L., Fisher, A.M., Nowak. G.J., Basket, M.M., Gellin, B.G. (2015), *Childhood Immunizations: First-Time Expectant Mothers' Knowledge, Beliefs, Intentions, and Behaviors*. Am J Prev Med. 2015 Dec;49(6 Suppl 4): S426-34. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.002. Epub 2015 Aug 18.
- (12) Wolff, E.R., Madlon-Kay, D.J. (2014), *Childhood Vaccine Beliefs Reported By Somali And Non-Somali Parents*.J Am Board Fam Med. 2014 Jul-Aug;27(4):458-64. doi:10.3122/jabfm.2014.04.130275.

- (13) Taşkın, L. (2016), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. XIII. Basım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- (14) World Health Organization (WHO) (2020), Official Vaccine Information Erişim Tarihi: (20 Nisan 2022)
- (15) Taşar, M.A., Daller, Y.B. (2015), Ankara’da *Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Bölgede Kaçırılmış Aşı Fırsatlarının İrdelenmesi*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 14(4), 279 – 283.
- (16) Argüt, N., Yetim, A., Gökçay, G. (2016), *Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler*, Çocuk Dergisi, 16 (1), 16-24. DOI: 10.5222/j.child.2016.016.
- (17) Yıldız, Y. (2018), *Aşılamada Temel Pratikler* 5. Ulusal Erişkin Bağışıklaması Sempozyumu, Mardin.
- (18) Akşit S. (2012), *Aşılarla İlgili Genel Kurallar*, Klinik Gelişim, 25:4-11. https://klinikgelisim.org.tr/kg_25_1/2.pdf Erişim Tarihi: (12.06.2022).
- (19) Abbas, A.K., Lichtman, A.H., Pillai, S. (2015), *Temel İmmünoloji: İmmün Sistemin İşlevleri ve Bozuklukları*, 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- (20) Temel Mikrobiyoloji (2021), *Virüser, Viral Aşılar Aşı Türleri*. <http://www.mikrobiyoloji.org/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA79D6F5E6C1B43FF4B5119729FFAA2F9#03> Erişim Tarihi: (15.06.2022).

- (21) Örer, H.S. (2020), *Aşı Teknolojileri*, <https://sarkac.org/2020/12/asi-teknolojileri/>
Erişim Tarihi: (25.06.2022).
- (22) Gülcü, S., Arslan, S. (2018), *Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 8(1), 34-43.
- (23) T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Aşısı Bilgilendirilme Platformu (2022), *Aşı Türleri.*, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77805/asi-turleri.html> Erişim Tarihi: (26.06.2022)
- (24) Deniz Ş. (2018), *Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi.
- (25) Demirtürk Selçuk, E., Demirbağ B., (2019), *0-2 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Ebeveynlerin Aşılar Hakkındaki Düşünceleri*, Cukurova Medical Journal, 44, 156-164.
- (26) Köseoğlu T. (2019), *Annelerin Çocukluk Dönemi Özel Aşıları Konusundaki Farkındalıklarının ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (27) Huseynov, J. (2021), *Çocuk Kliniğine Başvuran 0-6 Yaş Grubu Hastaların Ailelerinin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Düşünceleri ve Aşı Karşıtlığı Durumu*, Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

- (28) Kazak, A., Hindistan, S., Önal, B. (2020), *Dünyada ve Türkiye’de Covid-19 Aşı Geliştirme Çalışmaları*, Derleme Review Article Cbu-Sbed, 7(4), 571-575.
- (29) Ceyhan, E. N. (2021), *Çocukluk Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği ve Aşı Tereddüdü Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik Güvenirlik Çalışması*, Yüksek Lisan Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (30) Şimşek, E. (2020), *Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde Çalışan Doktorların Aşı Karşıtlığı Konusundaki Görüş, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- (31) Özlem, A. (2020), *Çocukluk Çağı Aşılarında Aşı Reddine veya Aşı Tereddütüne Yol Açan Sebeplerin Araştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (32) Mühür, İ., Yılmaz, Ş., Soylu, P. (2022), *Geçmişten Günümüze Aşılama*, Journal Of Medical Topics And Updates, 1(1),32-36. Retrieved From <http://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Jomtu/Issue/69653/1099145>.
- (33) Deliloğlu Gürhan, İ.S., Sağlam Metiner, P., Gül, A., Kımız, I. (2018), *Aşı Teknolojisi: Geleneksel Aşıdan Güncel Biyoteknolojik Aşıya*, <https://cleanroomnews.org/asi-teknolojisi-geleneksel-asidan-guncel-biyoteknolojik-asiya> Erişim Tarihi: (20.06.2022)
- (34) Demir, T. (2021), *Aşı Karşıtı Tutumların Sosyokültürel ve Dinî Boyutları*, İslami İlimler Fakültesi Dergisi,2(2), 275-291.

- (35) Akyol, S.A. (2013), *Aşı Karşıtı Kampanyalarının Tarihçesi*
<https://evrimagaci.org/asi-karsiti-kampanyalarin-tarihcesi-1574> Erişim Tarihi:
(10.07.2022).
- (36) Hazır, E. (2018), *0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri* Yüksek Lisans Tezi Okan Üniversitesi.
- (37) Sarıgül, B. (2019), *Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerin Aşı Hakkındaki Davranış, Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Tıpta uzmanlık Tezi Çanakkale 18 Mart Üniversitesi.
- (38) Akdeniz, M., Kavukcu, E. (2016), *Aşılama ve Aşıların Tarihçesi*. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 8 (2),11-28. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45376/487032>.
- (39) İnenli, B.U., (2016), *18 Yaş Üstü Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri ile Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi*, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- (40) Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-TUSEB, (2021), *Türkiye'nin Kısa Aşı Tarihçesi*,
https://www.tuseb.gov.tr/tbe/uploads/genel/files/raporlar/tuseb_asi_tarihcesi.pdf(2021). Erişim Tarihi: (20.06.2022).
- (41) Eskiocak, M., Marangoz B. (2021), *Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu*, 2.Basım, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- (42) Velipaşaoğlu S. (2021), *Rutin Dışı Aşılama Uygulamaları*, 56. Türk Pediatri Kongresi, Antalya, Türkiye, 17- 21 Ekim 2021.
- (43) T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı, (2018), *Aşı İçerikleri*, <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html> Erişim Tarihi: (20.06.2022).
- (44) Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (2016), *Erişkin Bağışıklaması alışma Grubu. Erişkin Bağışıklama Rehberi*, ANKARA: Bilimsel Tıp Yayınevi.
- (45) Milli Pediatri Derneği (2012), *lkemizde Güncel Aşılama*, <https://www.millipediatri.org.tr/Custom/Upload/files/asilama.pdf> Erişim Tarihi: (25.06.2022).
- (46) Valentino, K., Poronsky, C.B. (2016), *Human Papillomavirus İnfection And Vaccination*, J Pediat Nurs, 31(2),155-156. doi: 10.1016/j.pedn.2015.10.005.
- (47) Glaxo Smith Kline’s, [https:// www.gsksource.com/cervarix](https://www.gsksource.com/cervarix) Erişim tarihi: (28.06.2022).
- (48) Roberts, C., Green, T., Hess, E. (2014), *et al. Development Of A Human Papillomavirus Competitive Luminex İmmunoassay For 9 HPV Types*, Hum Vaccin Immunother, 10(8),2168-2174.

- (49) T.C Sağlık Bakanlığı Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu (2022), *Türkiye de Bağışıklama Programı* <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77802/turkiyede-bagisiklama-programi.html> Erişim Tarihi: (27.06.2022).
- (50) Türk Tabipler Birliği (2021), *Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu*, https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/turkiyede_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf. Erişim Tarihi: (27.06.2022).
- (51) Cankardaş, S., Tosun, A. (2016), *Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Gençlerde Kondom Kullanımını Etkileyen Faktörler*, Türk Psikoloji Dergisi, 31 (77), 31-41.
- (52) Gözümlü, S., Capık, C. (2014), *Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli*, DEUHYO ED,7(3), 230-237.
- (53) Güngör, G., Ersoy, S., Pala, E. (2021), *0-24 Ay Arası Çocuğu olan Ebeveynlerin Bağışıklama ile İlgili Bilgi Düzeyleri ’nin Değerlendirilmesi*, Fırat Tıp Dergisi, 26(4): 198-205.
- (54) Wewers, M.E., Lowe, N.K. (1990), *A Critical Review Of Visual Analogue Scales In The Measurement Of Clinical Phenomena*. Research in Nursing & Health. 13(4): 227–236. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130405>.
- (55) Yale University. IM: Palliative Care. [Internet]. 2021. Available from: <https://assessment-module.yale.edu/im-palliative/visual-analogue-scale>. Erişim Tarihi: (20.08.2022).

- (56) World Health Organization (WHO), Immunization coverage (2022), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.
Erişim Tarihi: (25.08.20220).
- (57) Mugada, V., Chandrabhotla, S., Kaja D.S., Machara SGK. (2017), *Knowledge Towards Childhood Immunization Among Mothers & Reasons For Incomplete Immunization*, J App Pharm Sci 7(10):157-161 DOI: 10.7324/JAPS.2017.71023.
- (58) Qidwai, W., Ali, S., Ayub, S. (2007), *Knowledge, Attitude And Practice Regarding Immunization Among Family Practice Patients*, J Dow Univ Health Sci, 1 (1),15–19.
- (59) Nath, B., Singh, J.V., Awasthi, S., Bhushan, V., Kumar, V., Singh, S.K. (2008), *KAP Study On Immunization Of Children In A City Of North India — A 30 Cluster Survey*. Online J Health Allied Sci, 7: 2.
- (60) Nisar, N., Mirza, M., Qadri, M.H. (2010), *Knowledge, Attitude and Practices Of Mothers Regarding Immunization Of One Year Old Child At Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi*, Pak J Med Sci, 26(1): 183- 186.
- (61) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA Raporu (2018), http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: (20.06.2022).

- (62) United Nations International Children's Emergency Found -Unicef (2022), *Immunization*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>.(2022)
Erişim Tarihi: (20.06.2022).
- (63) Coşkun, A. (2019), Erişkinlerin *Bağışıklama Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları*. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (64) Güngör, G. (2020), *0-24 Ay Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bağışıklama ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi* Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (65) Üzüml, Ö., Eliaçık, K., Hortu Örsdemir, H., Karadağ Öncel E. (2019), *Ebeveynlerin Aşı Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler: Bir Eğitim Araştırma Hastanesine İlişkin Değerlendirme*, J Pediatr Inf 13(3),144-149.
- (66) Mercan, B. (2017), *Xix. Yüzyılda Osmanlı 'da Çiçek Salgınları ve Çiçek Hastalığı ile Mücadele*, Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi.
- (67) Tamer Gencer, Z., Daşlı, Y., Biçer, E.B. (2019), *Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi 22(1),42-52.
DOI:10.29249/selcuksbmyd.466855.
- (68) Yiğit, T., Oktay, B.Ö., Özdemir, C.N., Moustafa Pasa, S. (2020), *Aşı Karşıtlığı ve Fikri Gelişimi*. Journal of Social and Humanities Sciences Research, 7(53),1244-1261.

- (69) Sekmen, H. (2018), *İnternet Sitelerinde Çocukluk Çağı Aşıları Bilgi Kapsamı ve Güvenilirliği ile Aşı Karşıtlığı Hakkında Bilgi Güvenilirliğinin İncelenmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi Karadeniz Üniversitesi.
- (70) Özdemir İ.N. (2017), *Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Bilgi, Tutum ve Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (71) Bal, H., Börekçi, G. (2016), *Investigation of the Adult Vaccination Status and Influencing Factors in People Aged 65 Years and Over Registered in A Family Health Center in Mersin City*, İstanbul Med J 2016; (17), 121-30.
- (72) Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2019), *Vaccines for Your Children*. <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index.html> Erişim Tarihi: (25.06.2022).
- (73) Kardaş Özdemir, F., Aşut, G. (2021), *Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi*, YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2),58-69.
- (74) Yüksel, G.H., Topuzoğlu, A. (2019), *Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler*, ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 4(244-258). <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.525983>.
- (75) Kyprianidou, M., Tzira, E., Galanis, P., Giannakou, K. (2021), *Knowledge Of Mothers Regarding Children's Vaccinations In Cyprus: A Cross-Sectional*

Study, PLoS ONE 16(9), e0257590.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257590>.

(76) Erdem, R., Çetintürk, İ., Kuh, Z. (2020), *Sağlık Hizmeti Kullanımında Aile Tipinin Rolü: “Büyük Ebeveyn Etkisi*, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (ASBD)DOI: <https://www.doi.org/10.46971/ausbid.761478>.

(77) Mayerová, D., Abbas, K. (2021), *Arnavutluk'ta Sağlık Bilgi Kaynağı, Annelik, Sosyoekonomik ve Coğrafi Özelliklere Göre Çocukluk Çağı Aşılama Zamanlaması ve Aşı Güveni*, BMC Halk Sağlığı 21, (1724), (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11724-6>.

(78) Büyükkarakurt, Z. (2018), *Kırsal Bölge Toplumunun Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi* Yüksek Lisans Tezi Selçuk Üniversitesi.

(79) Galadima, A.N., Zulkefli, N.A.M., Said, S.M., Ahmad N. (2021), *Factors Influencing Childhood Immunisation Uptake In Africa: A Systematic Review*, BMC Public Health. 21(1): 1475.doi:10.1186/s12889-021-11466-5.

(80) Toprakçı, E., Meşe, Ö.F. (2019), *Relationship Between Education And Health Of Induvaduals İn Turkey: An Analysis İn The Light Of National Data*, Mehmet Akif Ersoy University Journal of Education Faculty, 51,118-143.

(81) Herrera, G.A., Zhao, Z., Klevens, R.M. (2001), *Variation İn Vaccination Coverage Amone Children Of Hispanic Ancestry*, Am J Prev Med.20,6974.

- (82) Luman, E.T., McCauley, M.M., Stokley, S.Y., Pickering, L.K. (2002), *Timeliness of Childhood Immunizations*, *Pediatrics*.110, (5),935-939.
- (83) Salmon, D. A., Smith, P. J., Pan, W. K., Navar, A. M., Omer, S. B., & Halsey, N. A. (2009), Disparities In Preschool Immunization Coverage Associated With Maternal Age, *Human vaccines*, 5(8), 557–561. <https://doi.org/10.4161/hv.5.8.9009>.
- (84) Mašina, T., Madžar, T., Musil, V., Milošević, M. (2017), *Differences In Health-Promoting Lifestyle Profile Among Croatian Medical Students According To Gender And Year Of Study*, *Acta clinica Croatica*, 56(1), 84–91. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.01.13>.
- (85) Kocoglu-Tanyer, D., Dengiz, K. S., Sacikara, Z. (2020), *Development And Psychometric Properties Of The Public Attitude Towards Vaccination Scale–Health Belief Model*, *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1458-1468'.
- (86) Mohammed, A., Sabitu, K., Nguku, P. (2011), Characteristics Of Persons Refusing Oral Polio Vaccine During The Immunization Plus Days- Sokoto, Nigeria , *Pan Afr Med J*.18 Suppl 1:10.
- (87) Arlı H. (2018), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Başvuran 0-24 Ay Aralığında Çocuğu Olan Annelerin Sağlık Bakanlığı Rutin Aşı Takvimi ve Çocuk Aşılamaı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi.

- (88) Lim, W.Y., Amar Singh, H.S.S., Jeganathan, N., Rahmat, H., Mustafa, N.A., Yusof,,F.M., Rahman, R., Itam, S., Chan, C.H., N-Julia,M.S. (2016), *Exploring Immunisation Refusal By Parents In The Malaysian Context*, Cogertt Medicine, 3,1-4.
- (89) Aygün, E., Tortop H.S. (2020), *Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi*, JCP 2020;18(3):300-316.
- (90) Plotkin S.L., Plotkin S.A. *A Short History Of Vaccination*. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. *Vaccines* (sixth edition). London. W.B. Saunders; 2013;1-13.
- (91) Özümit, D. (2019), *Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- (92) Uyar, M., Yıldırım, N.E., Şahin, K.T. (2019), *On Sekiz Yaş ve Üzeri Erişkin Bireylerin Aşılar ve Aşılama Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*, Flora Dergisi 24(4):288-294.
- (93) Kürtüncü, M., Alkan, I., Bahadır, Ö., Arslan, N. (2017), *Zonguldak''ın Kırsal Bir Bölgesinde Yaşayan Çocukların Aşılanma Durumu Hakkında Annelerin Bilgi Düzeyleri*, Electronic Journal of Vocational Colleges 7(1),8-17.

- (94) Alben, A.F. (2019), *Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Aşı Farkındalığı ve Aşı Reddi Konusundaki Düşünceleri*, Uzmanlık Tezi Gaziantep Üniversitesi.
- (95) Gencer, M.Z., Alıcıoğlu, F., Arıca, S., Arıca V. (2015), “24-72 Ay Çocukları Olan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Rutin Aşılar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Doğu-Batı karşılaştırması”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(3),141- 145.
- (96) Okyay,R.A., Akbaba M., Kirkit E., (2015), *Aydınlatılmış Onam ve Aşılama*, *Türk J Public Health* 13(2) Available online at: <http://tjph.org/ojs/index.php/>.
- (97) Babadağlı, F. (2007), *Yalova Devlet Hastanesi'ne Başvuran 12-36 Ay Arası Çocuklarda Aşı Eksiklikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler*, *Çocuk Dergisi*, 7(4), 233- 239.
- (98) MacDonald, N.E., Harmon, S., Dube E., Steenbeek A., Crowcroft, N., Opel, D.J., Faour, D., Leask, J., Butler, R. (2018), *Mandatory Infant & Childhood Immunization: Rationales, Issues, And Knowledge Gaps*. *Vaccine* 36 (2018) 5811–5818.
- (99) Byström, E., Lindstrand, A., Bergström, J., Riesbeck, K., Roth, A. (2020), *Confidence In The National Immunization Program Among Parents In Sweden 2016 – A Crosssectional Survey*, *Vaccine* 38:3909-17.
- (100) Esin, MN., Aktaş, E. (2012), *Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme*, *Florence Nightingale Journal of*

- (101) Yıldızeli, F., Alabaz, D., Gözüyeşil, E. (2021), *Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarının Kabulünün Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi*. J Pediatr Inf 15(2):91-99.
- (102) Arıkan, İ. (2020), *Gelecek Salgınlara Hazırlıkta Sağlık Eğitimi ve Bireysel Davranış Modelleri: Covid -19 Örneği*. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020; 5:70-78.
- (103) Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011), *Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Anadolu Kardiyol Derg, 11, 619-626.
- (104) Çam, C., Ünsal, A., Arslantas, D., Kılınç, A. & Öztürk Emiral, G. (2021), *Erişkinlerin Bağışıklama Bilgi Yeterlilik Düzeylerinin, Tutum ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Osmangazi Tıp Dergisi, 43 (1), 7-19. DOI: 10.20515/otd.696984.
- (105) Orhon Şimşek, F. (2020), *Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış*, Sosyal Pediatri Özel Sayısı Mart 2020; 6-14 Doi: 10.20515/otd.681563.
- (106) Yüksel, F., Kara Uzun, A. (2021), *Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları*, Türkiye Çocuk Hast Derg 15, 35-42.

- (107) Odabaş, N., Kuzlu Ayyıldız, T. (2020), *Anne Babaların Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*, Med J West Black Sea. 4(1):7-11.
- (108) Dereli, F., Ağartıoğlu Kundakçı, G., Yıldırım, J. G., Uyanık, G., Yılmaz, M. (2021), *Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerin Bağışıklama Durumlarının Belirlenmesi*, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,6(2);77-83. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/62599/892729>.
- (109) Ekinci, C. F. (2021), *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri*, Tıpta Uzmanlık Tezi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- (110) Hasar, M., Özer, Z. Y., Bozdemir, N. (2021), *Aşı Reddi Nedenleri ve Aşılar Hakkındaki Görüşler*, Cukurova Medical Journal 46 (2021): 166-176 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/59504/790733>.
- (111) Çakırelı, S.Z. (2021), *Covid-19 Pandemi Sürecinde Rutin Çocukluk Çağı Aşı Takvimine Uyumun Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- (112) Polat, E. (2010), *Çocukların Aşılanma Durumlarının ve Ailelerin Aşı Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Zeynep

Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği.

(113) Abbasoğlu, A. (2018), *Çocukluk Aşılarının Uygulanmasını Reddeden Ebeveynlerin Tutumlarının Niteliksel Yöntemle İncelenmesi* Uzmanlık Tezi İ.Ü.

(114) Ertuğrul, B., Albayrak, S. (2021), *Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 8(2):186-195. DOI: 10.31125/hunhemsire.966461.

(115) Yalman, F., Sancar, T. (2021), *Toplum Sağlığının Yönetimi: Sağlık Okuryazarlığı ve Aşıya İlişkin Tutum Arasındaki İlişki*, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi,45(2).

(116) Yalman, F. (2021), *Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 706-719. doi: 10.33715/inonusaglik.827895.

(117) Çiçek, H. (2021), *Toplum Bağışıklamasında Ebelerin Roller ve Güncel Sorun; Aşı Karşıtlığı*, Biruni Health and Education Sciences Journal (BHESJ) ISSN: 2687-5608 Volume 4/1 Spring 2021 p. 60/67.

(118) Güllü, F.N, Tümer, A. (2021), *Pandeminin Gölgesinde Çocuk Sağlığı*, Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, (3): 249-257. Doi: 10.54061/jphn.918654.

- (119) Gomleksiz, M., Yakar, B., Pirincci, E. (2020), *Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler*, Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J 47 (2): 347-358.
- (120) Özcan, H., Kızılkaya Beji N. (2015), *Health Practices Of Pregnant Women In Gumushane City Center*, Perinatal Journal 23(1):13–19.
- (121) Andiç, M. (2019), *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastalarda Birincil Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgi Düzeyi ve Davranışları*, Uzmanlık Tezi, A.M.Ü.
- (122) Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş., Macit, M. (2019), *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma Balkan Sosyal Bilimler Dergisi 8(15); 43–52.
- (123) MacDonald, N.E. (2015), Vaccine Hesitancy: Definition, Scope And Determinants Vaccine 33:4161-4164
<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.
- (124) Kılıç, B. (2022), *Sosyalist Küba Sağlık Sistemi ve Covid-19 ile Mücadele*, Toplum ve Hekim Dergisi Temmuz- Ağustos 2022 Cilt: 37 Sayı: 4.
- (125) Rosso, A., Massimi, A., De Vito, C., Adamo, G., Baccolini, V., Marzuillo, C., Vacchio, M.R, Villari, P. (2019), *Knowledge And Attitudes On Pediatric Vaccinations And Intention To Vaccinate In A Sample Of Pregnant Women From The City Of Rome*, Vaccine 37 (2019) 1954–1963.

- (126) Singh, H.K.B., Badgujar, V.B., Yahaya, R.S., Abd Rahman, S., Sami, F.M., Badgujar, S., Govindan, S.N., Ansari M.T. (2019), *Assessment Of Knowledge And Attitude Among Postnatal Mothers Towards Childhood Vaccination In Malaysia*, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 15:11, 2544-2551, DOI: 10.1080/21645515.2019.1612666.
- (127) Awosan, K.J., Ibrahim, M.T.O., Yunusa, E.U., Isah, B.A., Raji, M.O., Abubakar, N. (2018), *Knowledge, Attitude And Compliance With Full Immunization Of Children Against Vaccine Preventable Diseases Among Pregnant Mothers In Sokoto, Nigeria*, International Journal Of Contemporary Medical Research 2018;5(6): F10-F16.
- (128) Giannakou, K., Kyprianidou, M., Hadjickou, A., Fakonti, G., Photiou, G., Tzira, E., Heraclides, A. (2021), *Knowledge Of Mothers Regarding Children's Vaccinations In Greece: An Online Cross-Sectional Study*, BMC Public Health (2021) 21:2119 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12179-5>.

EKLER

Ek 1: Katılımcı Tanıtım Formu

Sayın katılımcı aşağıda size ilişkin verilen sorulara cevap vermeniz istenmektedir. Her bir sorunun cevaplanması çalışma sonuçları açısından önemlidir. Teşekkürler

1. Yaşınız :.....
2. Eğitim durumunuz;
 - a. Okur-yazar
 - b. İlköğretim
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite ve üstü
3. Çalışma durumunuz:
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor
4. Ekonomik durumunuz:
 - a. Gelir giderden az
 - b. Gelir gidere denk
 - c. Gelir giderden fazla
5. Yaşadığınız yer:
 - a. Köy/kasaba
 - b. İlçe
6. Aile tipi:
 - a. Çekirdek aile
 - b. Geniş aile
 - c. Tek ebeveynli aile
7. Doğum sayınız:.....
8. Çocuk sayınız:
9. Şu an ki gebelik haftanız:
10. Bu gebeliğinizde kontrole gitme sıklığınız:
11. Gebelik kontrollerinizde çocukluk çağı aşıları hakkında bilgilendirildiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır
12. Eğer varsa çocuğunuz/çocuklarınız, çocukluk çağı aşılarını yaptırdınız mı?

- () Çocuğum yok
- () Evet, hepsini yaptırdım.,
- () Hayır, eksik aşıları var,
- () Hiçbirini yaptırmadım,
- () Bilmiyorum/Hatırlamıyorum,

13. Varsa önceki çocuğunuzda aşılarla erişimde sorun yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

14. Aileniz / çevrenizde engelli veya kronik hastalığı olan çocuk var mı?

- a. Var
- b. Yok

15. Aile içi karar alma mekanizmanızı nasıl tanımlarsınız?

- a. Eşler olarak ortak karar alırız
- b. Eşimin kararı baskındır
- c. Benim kararım baskındır
- d. Aile büyüklerimizin kararı baskındır

Ek 2: Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Bilgi ve Görüş Formu

Sayın katılımcı aşağıda verilen aşılar ile ilgili sorulara cevap vermeniz istenmektedir.

Her bir sorunun cevaplanması çalışma sonuçları açısından önemlidir. Teşekkürler

1. Çocukluk çağı aşıları hakkında bilginiz var mı?

a) Evet

b) Hayır

2. Çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla cevap verilebilir)

a) Hekim

b) Hemşire ve Ebe

c) TV / radyo / gazete

d) İnternet

e) Yakın çevre

3. KKTC Ulusal Aşı Takviminde yer alan aşılardan hangilerini biliyorsunuz?

Aşının Adı	Bilgim var	Bilgim yok
Hepatit-B		
Difteri-Boğmaca-Tetanos-		
Çocuk Felci,		
Hemofilis İnfluenza tip B (Menenjit aşısı),		
Kızamık-		
Kızamıkçık-		
Kabakulak,		
Hepatit A,		
Suçiçeği,		
Pnömonokok		

4. Ücretli yaptırılan aşıların hangisini biliyorsunuz?

Aşının Adı	Bilgim var	Bilgim yok
Rota Virüs		
Meningokok		
HPV aşısı		

5. Sizce aşıların yan etkisi var mıdır?

a. Evet (Yazınız):

b. Hayır

6. Ulusal Aşı takviminde olan aşıları yaptırmayı düşünüyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır (Neden):

7. Ücretli olan aşıları yaptırmayı düşünüyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır (Neden):

8. Çocuğunuz veya çevrenizden herhangi biri aşıya bağlı olumsuz deneyim yaşadımı?

a. Evet (Nedir):

b. Hayır

9. Aşı reddi / tereddüdü hakkında bilginiz var mı?

a. Bilgim var:

b. Bilgim yok

10. Çevrenizde aşı yaptırma konusunda tereddüt yaşayan aileler var mı?

a. Var (Neden):

b. Yok

11. Sizce aşı uygulaması zorunlu hale gelmeli mi?

a. Evet

b. Hayır

12. Ülkemizde aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili önermelerden hangisi size daha uygundur?

A. Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalıdır.

B. Aşı yaptırma kararı anne/babaya ait olmalı, eğer anne/baba izin vermiyorsa aşı yapılmamalıdır.

13. Çocukluk çağı aşılarını yaptıırma konusunda yaşadığınız tereddütte 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç yok / 10- çok fazla)

0					5				10

14. Çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi düzeyinize 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç yok / 10-çok iyi)

0					5				10

15. Çocukluk çağı aşılarına ne derecede güvendiğinize 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç güvenmiyorum / 10- Tamamen güveniyorum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 5 10

16. Çocukluk çağı aşılarının yan etkileri hakkında ne derecede endişe duyduğunuza 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç endişelenmiyorum /10- Tamamen endişeleniyorum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 5 10

17. Aşılarla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin düşüncelerinizi etkileme durumunu 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç endişelendirmiyor /10- Tamamen endişelendiriyor)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 5 10

18.Aşı üreten firmaların art niyetli olabileceğine dair düşüncelere ne derecede katıldığınıza 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç katılmıyorum /10- Tamamen katılıyorum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 5 10

19.Aşı yerine hastalığı geçirerek doğal bağışıklamanın gelişmesi gerektiği düşüncesine ne ölçüde katıldığınıza 0-10 arasında kaç puan verirsiniz? (0-hiç katılmıyorum /10- Tamamen katılıyorum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 5 10

Ek 3: Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Aşağıda yer alan ifadelere katılma durumunuzu “hiç katılmıyorum”dan “tamamen katılıyorum” kadar olan seçeneklere göre değerlendiriniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyordum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Algılanan duyarlılık	X	X	X	X	X
Bebek/çocuk aşı olursa bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı azalır.					
Bebek/çocuk aşı olmazsa yaşamının her döneminde bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı vardır.					
Çocukluk dönemi aşılarını yaptırmak bebek/çocuk sağlığı için önemlidir.					
Toplumdaki bütün bebek ve çocuklar aşı olursa bulaşıcı hastalıklar azalabilir.					
Algılanan Önem/ciddiyet	X	X	X	X	X
Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse hastalık ağır geçebilir.					
Aşı yapılmazsa bulaşıcı hastalıklar salgın olarak ortaya çıkabilir.					
Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse büyüme ve gelişme sorunu yaşanabilir.					
Aşı olmayan bebek/çocuklar bulaşıcı hastalık geçirirse sakatlık yaşayabilir ya da yaşamını kaybedebilir.					
Algılanan Yarar	X	X	X	X	X
Bebek/çocuklara aşılarını yaptırmak onları bulaşıcı hastalıklardan korur.					
Bebek/çocuğa aşılarını yaptırmak diğer çocukları ve toplumdaki bireyleri bulaşıcı hastalıklardan korur.					
Bebek/çocuğa aşı uygulamak, bulaşıcı hastalığın neden olduğu ekonomik ve işgücü kaybını önler.					
Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yoldur.					
Bebek/çocuklara yapılan aşılarla uzun inceleme ve araştırmalar sonucunda karar verilmiştir.					
Algılanan Engel	X	X	X	X	X
Bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgi sahibi değilim. (hangi tür aşıların olduğunu ve aşıların nerede, ne zaman, nasıl yapıldığı gibi)					
Bebek/çocuklar düzenli olarak sağlık kontrolünden geçerse aşı olmasına gerek yoktur.					

Günümüzde bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındığı için bebek ve çocukların eskiye göre daha az aşılanmaya gereksinimleri vardır					
Bebek / çocukluk döneminde yapılan aşılardan sayısının ve çeşidinin fazla olmasının zararlı olduğunu düşünüyorum.					
Aşı yaptırmamanın dini değerlerim açısından bazı sakıncaları olabileceğini düşünüyorum.					
Aşıların içindeki bazı maddelerin bebek/çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.					
Anne sütünü düzenli alan bebeklerin aşılanmalarına gerek yoktur.					
Aşı yerine hastalığın geçirilmesi daha iyi bağışıklık sağlar.					
Sağlık sorumluluğu	X	X	X	X	X
Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşı takvimi her anne-baba tarafından takip edilmelidir.					
Toplumun bir bireyi olarak bebek /çocukluk dönemine ait aşıları çocuğuma ya da torunuma yaptırırım.					
Toplumun sağlığının yükseltilmesi için bebek/çocukların hepsi aşılanmalıdır.					
Aşılarla ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip ederim.					
Aşılar hakkında sağlık personelinin bilgi almak isterim.					

Ek 4: Ölçek Sahibinden İzin Yazısı

Ölçek İzni Hakkında

Etiket ekle



Meryem Akgun 30.10.2021

Alıcılar: Deniz ▾



Sayın **Deniz** Tanyer Hocam,

Ben, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi , Meryem Akgün . Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rojin Mamuk ile "Annelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tezim için Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğini yaptığınız "Aşıyla İlgili Toplum Tutumu- Sağlık İnanç Modeli" ölçeğini kullanmayı planlıyoruz. Ölçeğin konu başlığına uygunluğu hakkında düşüncenizi ve kullanım yönergesini benimle paylaşmanızı rica ediyorum.

İlginiz için şimdiden çok teşekkür ederim .

Saygılarımla ,



Yanıtla



Tümünü
yanıtla



Yönlendir

Ek 5: Ölçek Kullanım İzni Yazısı

Ölçek hakkında

Gelen Kutusu



Deniz Koçoğlu 02.11.2021

Alıcılar: ben ✓



Sevgili Meryem;

Ölçeği tabi ki kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim şimdiden.

Makale bilgisi şöyledir;

Kocoglu-Tanyer, D., Dengiz, K. S., & Sacikara, Z. (2020). Development and psychometric properties of the public attitude towards vaccination scale-Health belief model. Journal of Advanced Nursing, **76**(6), 1458-1468.

Ölçeğin hesaplanması diğer sağlık inanç modelleriyle aynı. Beşli likert tüpünde bir ölçek, puan artışı engeller boyutu hariç olumludur. Engeller alt boyutunda ise puan artışı olumsuz olarak değerlendiriliyor. Ölçeği ekli dosya olarak gönderiyorum. Herhangibir sorunuz olursa lütfen iletişim kuralım. Şimdiden kaloylular ve iyi bir yayın süreci dilerim.

Duyarlılık alt boyutunda 4 soru (1-20 puan)

Ciddiyet altboyutunda 4 soru (1-20 puan)

Yarar 5 soru (1-25 puan)

Engeller 8 soru (1-40 puan)

Sağlık sorumluluk 5 soru (1-25 puan)

Deniz Tanyer



Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Son Trimestir Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi

Bu form ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Gazimağusa Devlet Hastanesinde "Son Trimestir Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi" isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk sorumluluğu altında yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışmanın amacı, KKTC' de yaşayan son trimestir gebelerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi ve tutumlarının incelenmesidir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ: Aşılama ile ilgili ebeveyn görüşleri çocukluk çağı aşılama kararını etkileyen faktörler oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu çalışma ile son trimestir gebelerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi ve tutumlarının anlaşılması planlanmıştır. Herhangi bir girişim yapılmadan sadece görüşlerinize başvurulacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı -Soyadı : Meryem Akgün

Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon: 05428759144

Adres:GaziMağusa

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgileri bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda MERYEM AKGÜN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Meryem Akgün Yüksek Lisans Öğrencisi

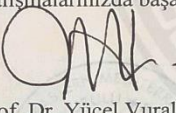
Adres:GaziMağusa

Tel: 05428759144

İmza:

Tarih:

Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"	Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"	Galileo Galilei Sk. / Str., 99628, Gazimağusa, KUZNEY KIBRIS / Famagusta, NORTH CYPRUS, via Mersin 10, TURKEY Tel: (+90) 392 630 1327 bayek@emu.edu.tr
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) / Board of Scientific Research and Publication Ethics		
Sayı: ETK00-2022-0034 12.01.2022		
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.		
Sayın: Meryem Akgün		
Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 31.12.2021 tarih ve 2021/05 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk danışmanlığında yürüttüğünüz "Annelerin Çocuk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.		
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.		
 Prof. Dr. Yücel Vural Etik Kurulu Başkanı		
YV/ek.		
www.emu.edu.tr		

Ek 8: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kurum İzni



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



14/02/2022

Doğu Akdeniz Üniversitesi Pediatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Meryem Akgün tarafından yürütülecek “Son Trimester Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi” başlıklı çalışma 21/01/22 tarihinde 01/22 proje kodu ile onaylanmıştır.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Etik Kurul Adına
Uzm. Dr. Ömer Taşargöl



Uzm. Dr. Sonuç E.
Başhekim Y. Z.

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com