

60934

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi: Yard. Doç. Dr. Nur TUNCEL

İSTANBUL İLİNDE
SAĞLIK OCAĞI ve ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ
EBE ve HEMŞİRELERİN
0-6 YAŞ ÇOCUKLARININ BAĞIŞIKLANMASI ve AŞILAR KONUSUNDA
BİLGİ ve UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Nursen ÖZKAN

İstanbul, 1988

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Çocuk Sağlığı ve Bağışıklama	4
2.2. Aşının Tanım ve Tarihi	6
2.3. Aşı Tipleri	7
2.4. Temel Aşı Programında 0-6 Yaş Grubu Çocuklara Uygulanan Aşılar	8
2.5. Ülkemizde Aşı Kampanyası, Bağışıklama Hizmetleri ve Bağışıklama Hizmetlerinde Ebe ve Hemşirelerin Sorumlulukları	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırma Alanı	25
3.2. Araştırma Grubu	26
3.3. Araştırmanın Uygulanması	27
3.4. Değerlendirme	28
4. BULGULAR	
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	29
4.2. Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Puanlarına İlişkin Bulgular	33
4.3. Diğer Bulgular	42
5. TARTIŞMA	
5.1. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışma	48
5.2. Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Puanlarına İlişkin Tartışma	51
5.3. Diğer Bulgulara İlişkin Tartışma	56

	<u>Sayfa No</u>
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	59
7. ÖZET	65
SUMMARY	66
8. KAYNAKLAR	67
9. EKLER	74
Ek.1. Ebe ve Hemşirelere Uygulanan Anket Formu	74
Ek.2. Ebe ve Hemşirelere Uygulanan Anket Formunda Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Ait Cevap Anahtarı	87
10. ÖZGEÇMİŞ	89

1. GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz yüzyılımızda toplum sağlığı açısından gebelik, doğum, 0-6 yaş grubu çocuk ve bebek bakımı üzerinde öncelikle durulması gereken konulardır. Güçlü ve sağlıklı bir kuşağın yetişmesi, sağlıklı anne-baba ilişkisine, annelerin düzenli gebelik kontrollerine, iyi koşullarda doğum yaptırılmasına, yenidoğan bebeğin, çocuğun bakımı, beslenmesi ve bulaşıcı hastalıklardan korunmasına bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde piramidi andıran nüfus yapısına bakıldığı zaman nüfusun % 15-20'si, ülkemizde ise % 18.3 gibi bir oranı 0-6 yaş grubu çocukların oluşturduğu görülmektedir. Dış etkenlere karşı direnci düşük olan çocukların hastalıklara yakalanma eğilimleri fazladır. Doğal olarak da bu grupta ölümler oldukça kabarık olacaktır. Yeryüzünde her üç ölümden biri, 5 yaşından küçük bir çocuğun ölümüdür ve her hafta çeyrek milyonu aşkın küçük çocuk ölmeye devam etmektedir. Yine pek çok ülkede yenidoğan bebeklerin % 10'u daha 1 yaşına gelmeden ölmektedir. Bu ölümlerin başlıca sebepleri, gelişmekte olan ülkelerdeki her doğan çocuğun bazı dezavantajlarla dünyaya gelmesidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda görülen bu morbidite ve mortalite nedenlerinin çoğu, sağlık hizmetlerinden yararlanma, aralıklı çocuk doğurma, gebelerin tetanoz aşısı olmaları, aşıyla korunabilir hastalıklara karşı bağışıklama, anne sütünü verme ve yeterli beslenmeyi sağlama gibi çalışmalarla kolaylıkla önlenabilir yapıdadır. Konuya ilişkin olarak belirtilenler sağlık hizmetlerinin sunulması ve kullanımındaki yetersizlik bebek ve çocuk sağlığı düzeyini, dolayısı ile ölüm boyutunu etkilemektedir. Bebek ölüm hızı, hem toplumun genel sağlık düzeyinin hem de bebeklerin sağlık düzeyinin ölçüsü olarak ele alınabilir. Birçok ülkede mümkün olan en düşük düzeye indirilmeye çalışılan bebek ölümleri ülkemizdeki önemli sağlık sorunlarından biridir (%092). Gelişmekte olan ülkeler arasında, gelişme düzeyi daha düşük olan bazı ülkelerin bile bebek ölüm hızları ülkemizdekinden daha iyi düzeyde bulunmaktadır (3,10,13 22,24,37,44,56,59,69).

Çeşitli dünya ülkelerinde her yıl bağışıklanma ile korunabilir hastalıklardan yaklaşık kızamıktan 2 milyon, boğmacadan 600.000, yenidoğan tetanozundan 800.000, çocuk felcinden 30.000 çocuk yaşamını yitirmektedir. Difteriye çok sık rastlanmasa da hastalığa yakalananların % 10-15'i ölmektedir. Yılda 10 milyon çocuk da tüberkülozdan etkilenmektedir. Ülkemizde ise bu hastalıklardan ölen 0-5 yaş arası çocuklar tüm çocuk ölümleri içinde % 25-30 gibi önemli bir oranda bulunmaktadır. Böylece bu hastalıklar nedeniyle 3.5 milyondan fazla çocuk kaybedilmekte ve sakat kalmaktadır. Bebek ve çocuk ölümlerinde aşıyla önlenabilir hastalıkların oranı gözönüne alınacak olursa, 0-6 yaş grubu çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmeleri için difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, çocuk felci ve tüberküloza karşı aşılınmaları gerekmektedir. Oysa gelişmekte olan ülkelerde yılda yaklaşık 100 milyon çocuğun doğduğu düşünülecek olursa bunun ancak % 40'dan azının çocukluk çağının en yaygın ve en tehlikeli 6 hastalığına karşı bağışıklandığı söylenebilir (3,7,25,36,37,41,44,58,59,65,69,76).

Bağışıklamanın halk sağlığındaki önemi kuşkusuz yadsınamaz. Aşılama ile çiçek hastalığının dünya üzerinden yok edilmesi güzel bir örnektir. Başarıya ulaşmada koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde bağışıklama hizmetlerinin ele alınması ve çok yönlü bir yaklaşımla sunulması temel koşuldur. Bu amaçla ülkemizde aşılama çalışmalarının yoğunlaştırılması düşünülerek "Genişletilmiş ve Hızlandırılmış Aşı Kampanyası" benimsenmiş, 1985 yılında uygulamaya konmuştur. Ulusal aşı kampanyasında 0-6 yaş grubunda çocukların % 76.9'u DBT, % 77.7'si çocuk felci ve % 83.4'ü kızamığa karşı aşılanarak bağışık kılınan çocuk oranı yükselmiştir. Ancak bağışıklamanın risk grubunu oluşturan 0-6 yaş çocuklarının sağlık düzeyini yükseltebilmesi için bu hizmetin sürekliliğinin sağlanması gerektiği de unutulmamalıdır (10,23,37,44,60,61,65,72,75,76).

Aşılar sağlık personelinin bulaşıcı hastalıklarla savaşında en güçlü silahlarından biridir. Ancak bu silah etkin bir şekilde kullanılmazsa başarılı sonuç alınamaz. Yapılan çeşitli araştırmalar sağlık örgütlerinin yürüttükleri mevcut aşılama programı ile yeterli şekilde bağışıklama düzeyine ulaşılama-

dığını göstermiştir. Bunun başlıca sebepleri arasında aşı uygulayan sağlık personelinin sayı ve nitelik olarak yetersizliği de yer almaktadır (22,69,75). Yine araştırmalara göre; buzdolaplarında aşuların saklanma koşulları uygun değildir. Soğuk zincirin hiçbir halkasında ısı ölçümü yapılmamaktadır. Sağlık personeli mezuniyet sonrası aşular konusunda yeterince eğitim görmediğinden aşı uygulamalarında, ağızdan verilmesi gereken aşuların kas içi yapılması, kızamık aşısı yerine sulandırma suyunun verilmesi gibi aksaklıklar olabilmektedir (22).

Bilinçli bir aşı uygulaması için ebe ve hemşirelerin aşular konusunda güncel bilgi sahibi olmaları önemlidir. Çünkü aşı ile korunmada başarı, aşıya ve aşılanan kişiye özgü temel ilkelerin bilinmesi ve uygulanması ile mümkündür. Ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşular konusundaki bilgileri çocuk sağlığını önemli ölçüde etkileyeceğinden, başta sağlık ocakları olmak üzere temel sağlık hizmetleri doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık personeli olarak, aşuların ne zaman, hangi dozda ve nasıl uygulanacağını bilmeleri, olabilecek komplikasyonları tanıyabilmeleri, aşuların soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanmasına özen göstermeleri ve bağışıklanma konusunda halkla iletişim kurarak onları eğitmeleri kuşkusuz bebek ve çocuk ölümlerini azaltacak, bağışıklama hizmetlerinin başarısına katkıda bulunacaktır (7,41,44,69).

Bu çalışma, İstanbul ilinde sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ile ilgili mevcut bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK SAĞLIĞI ve BAĞIŞIKLAMA

Kişinin çevresinde bulunan tüm canlılar biyolojik çevreyi oluştururlar. Yenidoğan bir bebeğin sağlıklı olması ve yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesinde biyolojik çevrenin yanısıra annelerin sık gebelikleri nedeniyle düşük doğum tartılı olarak dünyaya gelme, yaşamın ilk yıllarında mededen kesilme, aşıyla korunabilen enfeksiyon hastalıklarına yakalanma, bir kaç kez ishal ve akut solunum yolu enfeksiyonu geçirme...gibi birçok olumsuz durumların da etkisi söz konusudur. Bu şoklarla daha yaşamının çok başında karşılaşılan çocuk, eğer kendini toparlayamazsa gelişimi bozulur, sahip olduğu kilonun da altına düşer ve enfeksiyon-malnütrisyon-ölüm kısır döngüsüne girer. Bu nedenle gelişmekte olan üçüncü dünya ülkelerinde ve ülkemizde çocuk sağlığı programları yürütülürken, bebek ve çocuk sağlığını aynı zamanda ölüm boyutunu olumlu yönde değiştiren, birçok programların birlikte düşünülmesi ve ele alınması gerekmektedir. Bağışıklama bunların bir parçası olarak ilk sırayı alabilir (7,9,10,39,56).

Hastalıklara karşı "bağışıklama", çocuklara gelecekte sağlıklı bir yaşam sağlamak için alınacak en önemli koruyucu önlemlerden birisidir. Çocukları korunabilen enfeksiyon hastalıklarına ve bunların sonuçlarına karşı aktif veya pasif yolla koruyarak ya da tedavi ederek sağlık düzeylerini yükseltmek amacıyla yapılır (44,50).

Bağışıklamanın Yararları

- . Çocukların bazı enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaları önlenir, dolayısıyla bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalite hızları düşürülür.
- . Kızamık ve çocuk felci gibi bazı enfeksiyon hastalıklarının yapabildiği sekeller önlenir.

. Antenatal dönemde anne ve çocuk enfeksiyon hastalıklarına karşı korunarak konjenital malformasyonlara ve yenidoğan tetanozlarına engel olunur.

. Sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları önlenir.

. Hastalığın tedavisinden daha da ucuza mal olarak sağlık harcamalarında ekonomik kayıplara engel olunur.

. Enfeksiyon-malnütrüsyon ilişkisini kırmak suretiyle, beslenme bozukluğu sorununa çözüm olanağı sağlar (4,41,44,50).

Belli bir hastalıktan kişiyi koruyan süreç olarak da tanımlanan BAĞIŞIKLAMA, aktif ve pasif olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

Aktif Bağışıklık, bir enfeksiyon hastalığını geçirmek veya hastalığa karşı aşılana makla oluşur. Gerçekte enfeksiyon hastalıklarından ya da aşılana madan sonra gelişen bağışıklık çoğu kez birçok immün mekanizmanın birlikte ya da birbiri ardısına etki yapması sonucu gelişir. Aktif bağışıklık yavaş gelişir fakat uzun süre devam eder. Aktif bağışıklığın antijen verilerek elde edilen şekli, hastalığı geçirerek, doğal olarak kazanılmış şekline kıyasla daha kısa süre devam eder. Bunun yanında aşılar belirli aralıklarla tekrarlanarak birçok hastalıkların ortaya çıkması önlenir (4,6,13,53,59).

Pasif Bağışıklık ise, doğumdan önce plasenta yolu ile anneden çocuğa antikor transferi ile kazanılır. Doğum sonrası anne sütü ile veya o hastalığı geçiren kimselerin kanından elde edilen gamaglobülinler veya bir başka canlı vücuduna hastalık etkenlerinin kan yolu ile enjeksiyonu sonucu antikor oluşturulması ve bu antikorları içeren kan serumunun insanlara verilmesi ile kazanılır. Kısa süreli bağışıklık sağlanabildiğinden halk sağlığında pasif bağışıklamanın değeri aşılar kadar büyük değildir. Alıcı kişinin hiçbir aktif katılımı sözkonusu değildir (4,13,35,53,59).

2.2. AŞININ TANIM ve TARİHÇESİ

Enfeksiyon hastalıklarına karşı vücudun direnç kazanması açısından hastalıklardan korumak için kullanılan maddeye "AŞI" adı verilir. Aşı (immünproflaksi) belirli bir enfeksiyon hastalığını geçirip de iyileşen kişilerin, bundan sonra aynı hastalığa direndiklerinin fark edilmesi ile gelişmiştir. Aşının keşfinden günümüze kadar hastalıktan korunmada immünizasyondan daha iyi ve daha ucuz bir yöntem ortaya konmamıştır.

Aşılamanın tarihi çok eski zamanlara kadar uzanmaktadır. 17. Y.Y. sonlarına kadar Afrika, Çin, Hindistan ve Orta doğuda uygulanmakta olan aşılama yöntemi, çiçek geçiren hastaların lezyonlarından bambu çubuklarla alınan pürülan materyalin sağlıklı kişilerin burun mukozasına sürülmesi ile gerçekleştirilmekteydi. 1721'li yıllarda Türkiye'deki İngiliz elçisinin hanımı olan Lady Mary Wortley Montagu tarafından Avrupa'ya tanıtılan yöntem, 1796 yılında yine bir İngiliz doktoru olan Edward Jenner'in inek çiçeği lezyonundan aldığı materyali 8 yaşındaki bir çocuğu aşılması ve çocuğun çiçeğe karşı korunduğunu göstermesiyle ilk kez daha çağdaş bir biçimde kullanıldı ve giderek kullanılan yöntemler daha da geliştirildi.

Jenner'in keşfinin ardından insanoğlunu etkileyen çeşitli bulaşıcı hastalıklara karşı diğer aşılardan keşfi izledi. Şu anda aktif bağışıklığı sağlayan 20 çeşit aşı bulunmaktadır. Bu aşılarından yaygın olarak kullanılanları kızamık, çocuk felci, verem, difteri, tetanoz ve boğmaca aşılardır. Kolera ve tifo aşuları da sıklıkla yan etkileri olmasına rağmen bazı bölgelerde ve ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kabakulak ve kızamıkçık aşuları ise gelişmekte olan ülkelerde maliyetinin yüksekliğinden dolayı henüz olmasa da gelişmiş ülkelerde sıklıkla kullanılmaktadır (4,12,35,53,65,76).

Dünya sağlık örgütü verilerinden anlaşılacağı gibi gelişmekte olan ülkelerde aşıyla korunabilir bulaşıcı hastalıklardan en fazla ölüm kızamık, çocuk felci, verem, difteri, boğmaca ve tetanoz sebebiyle meydana gelmektedir. Bu sebeple tüm çocukları aşı ile korunabilir öldürücü veya sakat bırakıcı hastalıklardan koruyacak aşı uygulamasının her ülkede yaygın ve

düzenli olarak yapılmasını öngören Unicef'in "Çocuk Yaşamı Devrimi" ilkeleri ve "WHO-Yaygınlaştırılmış Bağışıklama Programı (EPI)", 6 hastalık üzerinde yoğunlaşmıştır (25,65,76).

Aşı ile korunmada ilke doğayı taklittir. Hastalığı geçirmekle edinecek aktif bağışıklığı, uygun antijenin uygun dozda vücuda verilmesiyle hastalık belirtileri görülmeden sağlamaktır. İdeal bir aşı, uygun bir antikor cevabı sağlayan, buna karşın hiçbir patolojik belirtiyeye yol açmayan aşıdır. Gerçekte kullanılmakta olan hiçbir aşı bu ideal aşı niteliğini taşımaz. Aşının etkinliği ve riski ile hastalık riski karşılaştırıldığında aşının yan etkileri az ve önemsiz, etkinlik derecesi yüksek ise o aşı kabul edilebilir bir aşıdır. Örneğin, kızamık aşısının sağladığı uzun süreli ve etkin bağışıklık yanında aşıya bağlı reaksiyonlar kızamık hastalığında ölüm veya sakatlık riski dikkate alınarak değerlendirilirse kabul edilebilir aşıdır. Aşılar üzerinde halen devam eden yoğun çalışmalar sonucu önümüzdeki yıllarda hemen her aşının ideale en yakın şekillerinin geliştirileceği kuşkusuzdur (37,42).

Aşıda Olması Gereken Nitelikler

- . Bağışıklamada kullanılan etken hastalık yapmamalıdır.
- . Uzun süre bağışıklık sağlamalıdır.
- . Aşı etkeni kişiden kişiye bulaşıcılık göstermemelidir.
- . Pürifiye olmalı ve kontamine edici maddeler içermemelidir.
- . Aşının hazırlanması ve uygulanması kolay olmalıdır (41,50).

2.3. AŞI TIPLERİ

Antijenler aktif bağışıklık için mikroorganizmaların içindeki metabolik olaylara göre çeşitli şekillerde kullanılırlar. Bunlar;

. **CANLI AŞILAR** : Hastalık yapamayacak kadar zayıflatılmış fakat canlılıklarını henüz koruyan mikroorganizmaları içerir. Bu mikroorganizmalar aşılana canlılığın vücutunda çoğalırlar, çoğalırken çıkardıkları metabolizma ürünleri antikor yapımını uyarır. Bu aşılar aşılana kişide o hasta-

liğin çok hafif belirtilerini oluştururlar. Poliomyelit (sabin) aşısı, verem aşısı, canlı kızamık aşısı bu tür aşılaradır. Canlı aşıların dış etkenlere karşı dirençleri azdır, ısı ve ışıkla kolaylıkla bozulabilirler. Canlı aşılarla sağlanan aktif bağışıklık tek dozda bile iyi koruma sağlar. İnaktif (ölü) aşılarından daha etkilidir (4,6,9,13,35,53).

. ÖLÜ AŞILAR : Bazı patojen bakteriler kendi vücutlarındaki protein ile antikor yapımını uyarırlar. Günümüzde yaygın olarak kullanılan ölü aşılar canlı aşılar kadar antikor üretimini sağlayamadıklarından yeterli korumayı sağlamak için bir kaç doz verilir. Bu dozlar en azından bir ay ara ile verilmelidir (4,6,13,35).

. TOKSOİD AŞILAR : Difteri ve tetanoz gibi bazı bakteriler ekzotoksin çıkarırlar. Bu toksinler antijen gibi kullanılırlar ve antikor yapımını uyarırlar (4,6,13,35).

2.4. TEMEL AŞI PROGRAMINDA 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARA UYGULANAN AŞILAR

. KIZAMIK AŞISI : Aşı ile önlenebilir hastalıklardan olan kızamık gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı morbidite ve mortalite sebeplerinden en önemlisidir. Hemen hemen aşılanmamış her çocuk kızamığa yakalanır. Kızamık aşısı 1963'den beri uygulanmaktadır. Aşının etkinliği ve koruyuculuğu, uygun yaşta ve etkin aşı ile yapıldığında % 95-100'dür. Bağışıklığı uzun sürer. Canlı atenue virüs ile hazırlanan aşı bir dozluk ampuller ya da 5 dozluk şişelerde liyofilize haldedir. Yanında sulandırma sıvısı bulunur. Uygulama dozu 0.5 ml'dir. Aşı koldan deri altına (SC) veya kas içi (IM) uygulanır (2,6,18,53,59,65).

Aşılama, hem kızamığı önleme hem de bunun yol açtığı solunum yolları enfeksiyonlarını yok etme bakımlarından etkili bir yöntemdir. Önceki 1 yaşından küçük çocuklara aşı uygulamasından çekinilmekteydi. Oysa günümüzde gelişmiş ülkelerde kızamık aşısı 15 aylıkta yapılırsa da gelişmekte olan ülkelerde 9.aydan başlatılmaktadır. Hatta bir epidemisi sırasında 6 aylık bebeklerin de aşılanmaları önerilmektedir. Bunlar için 15 aylıkta

aşının ikinci dozunun yapılması gerekecektir. Yenidoğan bebeklerin % 25'i hayatının ilk yılında kızamık olduklarından ve aşılama da geç kalınmış vakaların oranı da önemli olduğundan dengeyi sağlamak için epidemiyologlar ve immünologlar en uygun zamanın 9 ay olduğunda birleşmektedirler. Bu sebeple birçok gelişmekte olan ülkelerde aşılamanın başlıca hedefi 9 aylık bebeklerin bağışıklanmasıdır (2,3,6,47,53,61,65,67,72).

Kızamık aşılarının etkisi

Aşılama Yaşı	Etki
6 ay	% 50
9 ay	% 90-95
12 ay	% 95-99
15 ay	% 99

Kızamık aşısı malnütrüsyonlu çocuklarda etkili ve zararsızdır. Kötü beslenmiş veya hasta çocukların kızamığa karşı bağışıklanması ile ilgili çok sayıda araştırma mevcuttur. Mc Murray ve arkadaşları kötü beslenmiş çocuklar üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda orta ölçüde kötü beslenmiş çocuklar açısından, kızamık aşısının hem güvenli hem etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Sonuç olarak malnütrüsyonlu olmanın kızamık bağışıklaması için bir kontrendikasyon değil tersine önde gelen bir endikasyon sayılması gerektiği söylenebilir (10,42,59).

Kızamık aşısı termolabil olduğu için buzdolabında uygun ısı derecesinde saklanması gerekir. Çünkü doğru olmayan depolama, dağıtım ve kullanım sonucu aşı verilmiş kişilerde yetersiz bağışıklık gelişmektedir. Bu olumsuzluğu giderebilmek için termostabil aşı üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır (6,53).

. DİFTERİ-BOĞMACA-TETANOZ : Difteri, boğmaca ve tetanoz aşılarının aynı şişede biraraya getirilmiş (karma) şeklidir. Difteri ve tetanoz aşısı toksoid, boğmaca aşısı ölü bakterileri içerir. Her bir aşı ayrı hazırlanır, belli oranlarda karıştırılır. Böylece bir doz karma aşıda her aşı için gerekli olan antijenik güç mevcuttur. Aşı, bulanık görünümde ve esmerimsi

renktedir. Buzdolabında, karanlıkta saklanmalı ve dondurulmamalıdır.

Ülkemizde uygulanan DBT aşısı iki tiptir. Birincisi Refik Saydam (Resamens) kökenli aşıdır ki bu SC olarak 1 ml uygulanır. İkincisi ithal edilen, adsorban (Aluminum Hydroxide) aşılardır. Bunlar ise 0.5 ml ve IM olarak uygulanır. Alüminyum hidroksit sıklıkla antikor üretimini uyarmaya yardım için eklenir (2,4,6,18,47,53,59,61).

Ölü ve toksoid aşılar grubuna giren difteri-boğmaca-tetanoz aşısı canlı aşılarında olduğu kadar antikor üretimini sağlayamadıklarından yeterli korumayı sağlamak için 3 temel doz, bir de rapel (destek, booster) doz yapmayı gerektirir. Primer aşılama süt çocuklarında ikinci ayda başlar, bu 6 haftaya kadar da kısaltılabilir. Daha sonra birer ay ara ile üç doz tekrarlanır. Rapel doz son aşıdan 1 yıl sonra yapılır. Yan etkileri sebebiyle boğmaca aşısı 5 yaşından sonra karışımdan çıkarılır ve 5 yaşından büyük olanlara boğmaca aşısı yapılmaz, difteri-tetanoz (DT) karması şeklinde yapılır (2,4,6,13,41,47,53,59,65,72).

Aşıların dozlarına göre etkileri

Doz	Boğmaca	Tetanoz	
1	0	0	
2	% 50	% 80	3 yıl süreyle
3	% 80	% 95	5 yıl süreyle
4	% 90	% 99	1 yıl süreyle
5	% 95	%100	yaşam boyu

Yukarıda görüldüğü gibi boğmacada en yüksek bağışıklık oranı üç dozda, tetanozda ise ikinci dozdan sonra elde edilmektedir (72).

• POLİOMYELIT (Çocuk Felci) AŞISI : Çocuk felci birçok gelişmekte olan ülkelerde sakatlığın büyük bir sebebini oluşturmaktadır. Canlı doğan her 200 çocuktan biri paralitik polio hastalığına yakalanmaktadır ve paralitik olguların % 90'ını 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır (4,10, 65).

Poliomiyelite karşı aktif bağışıklama ilk defa 1950 yılında Salk tarafından polio virüsünün formalinle inaktive edilerek hazırlanması (IPV-inactive polio virüs) ile başlanmıştır. Daha sonra Sabin, zayıflatılmış canlı ve oral olarak uygulanan ve adını taşıyan aşığı geliştirmiştir (OPV). Her iki aşının da emin ve etkili olmasına rağmen ağızdan verilen polio çeşitli sebeplerden dolayı yaygın olarak kullanılmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü yaygınlaştırılmış bağışıklama programlarında yer almaktadır. Bu sebepler;

. Oral olarak verme en az düzeyde eğitilmiş sağlık personeli tarafından kolaylıkla yürütülür.

. Oral polio, inaktif polioidan çok daha ucuzdur.

. Oral polio verilen çocuklarda kanda antikorların bulunmasının yanı sıra, barsak kanalında da antikorlar gelişir. Bundan dolayı oral polio ile aşılanmış çocuklar evde ve toplumda diğer kişilere fekal bulaştırma yolu ile geniş bir şekilde poliovirüs yaymazlar (2,53,65).

Her tip poliovirüs için monovalan aşılar ve ayrıca üç tip poliovirüsünü birlikte içeren trivalan aşılar vardır. Trivalan aşılar basit, güvenilir ve daha fazla etkili olduğundan ülkemizde de trivalan aşı polio aşısı kullanılmaktadır. Canlı polio aşıları ağızdan alındığında tonsillalar ve barsak lenf oluşumlarında yerleşirler, çoğalırlar ve aynen doğal bulaşmalarda olduğu gibi enfeksiyon yaparak immünize ederler. Aşı damlatılarak kullanılmaya hazır 10-50 dozluk şişe veya tüplerde bulunur. Portakal kırmızısı olan aşı rengi sarı veya koyu eflatuna dönerse kullanılmaz. Oral olarak verilen aşının bir dozu 2-4 damladır. Dozun tam olması için damlalık dik tutulmalıdır. Serbest klor polio virüsünü öldürebileceğinden ağızdan uygulanan aşıdan sonra klorlu su içirilmemelidir (2,4,41,53,59,61).

Çoğu gelişmiş ülkelerde çocuklar başlangıçta yaklaşık 2 aylıkta başlayan ve sonra 1-3 ay aralarla devam eden iki ya da üç doz oral polio aşısı alırlar. 3. ve 4. doz sıklıkla yaklaşık 18 aylıkta ve bir destek dozu 4 ile 6 yaşında verilir. Polionun endemik olduğu yerlerde polio vakaları yaşamın ilk aylarında meydana geldiğinden ve bazı çocukların sağlık personeli ile teması sadece doğumda olacağından bu fırsatı değerlendirmek için Dünya

Sağlık Örgütü'nün Yaygınlaştırılmış Bağışıklama Programları oral polio aşısının doğumda hemen başlatılmasını uygun görmektedir. Böylece barsakta immünite amaçlanmakta ve hastanede doğan çocukların % 50-60'ı daha doğar doğmaz polioya karşı bağışıklanmış olmaktadır. Polio aşısı, DBT ile veya kızamık ve verem ile simultane olarak beraber kullanılabilir (4,6,10,13,18,38,41,47,53,58,59,61).

Dozlara göre aşı etkisi

Doz	Polio
1.	% 25 0
2.	% 50 3 yıl süreyle
3.	% 90 5 yıl süreyle
4.	% 95 10 yıl süreyle
5.	% 99 yaşam boyu

• VEREM AŞISI (BCG) : Yaşamın en erken döneminde yapılabilen ve ülkemiz için büyük değer taşıyan BCG (Bacillus-Calmette Guerin) aşısı ilk defa 1908 yılında Calmette ve Guerin isimli Fransızlar tarafından Mycobacterium Bovis suşundan pasajlarla virulansı azaltılarak elde edilmiş canlı bir aşıdır. Halen tartışmalı olmakla beraber aşının etkinliği üzerinde fikir birliği vardır (2,3,4,13).

BCG Aşısı İki Tiptir :

1.Sıvı aşı : Kullanma süresi 3 haftadır. Son kullanma tarihinden sonra şişe hiç açılmamış olsa bile kullanılmamalıdır.

2.Kuru aşı (liyofilize aşı) : Sulandırılmazsa uygun ısı derecesinde uzun süre saklanabilir. 10 ml Serum fizyolojikle sulandırıldıktan sonra 24 saat içinde kullanılmalı ve 24 saat sonra geriye kalan miktar atılmalıdır (4,13).

BCG aşısı sol omuza, deltoid veya triceps kası üzerine deri içi(ID, IC) olarak uygulanır. Sıvı ve kuru BCG aşısı için uygulama dozu süt çocuğu ve daha büyük çocuklar için 0.1 ml, yeni doğanlar için 0.05 ml olup

canlı BCG basili içerir. Aşı uygun teknikle yapıldığı zaman 6-8 mm genişliğinde bir papül oluşur ve 15-20 dakika sonra bu papül kaybolur. Aşı uygulanan yere iyot sürülmemeli, bandaj yapılmamalıdır. Koruyuculuğu ortalama olarak 5 yıldır. BCG aşısı ışığa karşı duyarlı olduğundan gün ışığına maruz kalması potensinde azalmaya sebep olmaktadır (2,4,6,13,41,47,59,61).

. TETANOZ TOKSOİDİ : Yenidoğan tetanozu hemen hemen çoğu gelişmiş bölgelerde bilinmemekte iken, birçok gelişmekte olan ülkelerde ölüm oranı binde 5-30 gibi bir oranda olması sebebiyle önemli bir sorundur. Türkiye'deki vaka sayısı bilinmemekle birlikte 1986 yılında görülen tetanoz vakasının yarısının neonatal tetanoz olduğu bilinmektedir. Yenidoğan tetanozu doğumlardan hemen sonra göbek kordonunun kesiminde steril olmayan yöntemler kullanılmasından veya kesilen yerin kül, çamur, gübre, toprak, bazı bölgelerde hayvan pisliği, örümcek ağı, hamam böceği gibi bulaşmış maddelerin sürülmesi sonucu enfekte olmasıyla ortaya çıkar. İhmal edilmiş bir hastalık olarak da tanımlanabilir (3,10,65).

Tetanozun önlenmesinde doğumların aseptik koşullarda gerçekleştirilmesi kadar neonatal tetanozun sık görüldüğü bölgelerde gebelerin tetanoza karşı aşılınmaları da önemlidir. Gebe kadınlara; eğer 3-4 yıl öncesinde tetanoz aşısı yapılmış ise gebeliğin 5.ayından itibaren tek doz, önceden aşı yapılmamış ise 4-8 hafta aralıklarla iki kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. Son aylarda bile yapılan aşılama doğan bebeği koruyabilmektedir. Böylece hem bebek hem de anne puerperal tetanoz tehlikesinden uzaklaştırılmış olur. Şimdiki kullanılan mevcut tetanoz toksidi (TT) alüminyum tuzlarına emdirilmiş olan inaktive edilmiş tetanoz toksoidinin bir solüsyonudur. Adsorban aşılarda kas içi olarak 0.5 ml, yerli aşılarda deri altına 1 ml yapılır. Enjeksiyon yerinde ağrı gibi lokal reaksiyonlar ve arasıra orta derecede ateşe sebep olsa da tetanoz toksidi güvenilir bir aşıdır (3,18,24,41,53,61,65).

2.5. ÜLKEMİZDE AŞI KAMPANYASI, BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ ve BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNDE EBE ve HEMŞİRELERİN SORUMLULUKLARI

Bağışıklama hizmetlerinde değişik hizmet modelleri benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Ülkemizdeki aşı uygulamalarında ise günümüze gelinceye kadar değişik stratejiler kullanılmış ve kullanılmaya devam etmektedir.

Ana-çocuk sağlığı merkezlerinde uygulanan "Sabit Merkez Stratejisi" en ucuz stratejidir. Ancak burada aşılama yaygınlığı çok düşük kalmakta, aşıya gereksinimi olan çocuklar gelmemekte veya gelememektedir. Sağlık ocaklarında uygulanan ve zamanı geldiğinde çocuğun evinde aşı yapılmasını öngören strateji, bir öncekinin tam tersidir. Burada ise soğuk zincirde büyük kayıplar olmakta, tutarlı bir nüfus tesbiti zorunluluğu zaman kaybına yol açmakta, şişede yarım kalmış aşılardan atılma gerekliliği ve ulaşım harcamaları bu tür hizmeti güç ve masraflı kılmaktadır. Diğer yandan hedef gruba ulaşılması açısından da en etkin hizmet türü budur. Başka bir strateji ise kampanya stratejisi olup diğer yöntemlerin yarar ve zararlarını içinde taşır (22).

Ülkemizde yeterli düzeyde bağışıklama oranına ulaşamaması sebebiyle, Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilip Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından onaylanan "1990 yılına kadar çocukların aşı ile korunabilir altı hastalığa karşı bağışıklanması" hedefinin gerçekleştirilmesi için "Genişletilmiş ve Hızlandırılmış Aşılama Programı (Kampanya)" benimsenmiştir. Bu kampanya süresince 5 yaş altı çocukların % 91.7'si aşılanarak yaklaşık 30.000 çocuğun hayatı kurtarılmış, 3 milyon dolayında çocuğun ise kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci hastalıklarına yakalanmaları önlenmiştir. Gerek aşı kampanyasında gerekse kampanya dışı zamanlarda aşılardan saklanması, uygulanması, kayıtedilmesi ve aşılama ile ilgili ailelere sağlık eğitiminde ebe ve hemşireler önemli görevler almışlardır. Ülkemizde aşıyla korunabilir bulaşıcı hastalıklara karşı savaşta elde edilen bağışıklama düzeylerinin korunması ve daha iyi duruma getirilebilmesi ve de binlerce

çocuğun bu hastalıklar sebebiyle ölümlerinin önlenmesi bağışıklama hizmetini yürüten "Temel Personel" konumundaki ebe ve hemşirelerin, aşılama çalışmalarında aynı heyecan ile düzenli olarak sorumluluk ve görev almalarına bağlıdır (60,72,75). Bu konuları sebebiyle tüm olanakların seferber edildiği bir sağlık hizmetini sunarken ebe ve hemşirelerin bilgi ve becerilerindeki eksiklikler ve yetersizlikler bu hizmeti olumsuz yönde etkileyecek ve başarı oranını düşürecektir. Sözgelimi, soğuk zincirde meydana gelen kırılmalar aşuların potenslerini kaybetmelerine yol açacak ve aşı etkinliğini gösteremeyecektir. Çocukların büyük bir çoğunluğu aşılanırsa da aşı potensindeki kayıplar sebebiyle bağışıklık kazananların oranı düşecektir. Dolayısı ile maliyet ve iş gücü hesap edilirse hem ülke ekonomisi için bir kayıp olacak hem de çocuklar hassas konakçı olma durumlarını koruyacaklardır. Yine aşı programından haberdar olmayan ebe ve hemşire hangi aşının ne zaman yapılabileceğini, elde olmayan sebeplerle aşı zamanı gecikmiş çocuklar için nasıl bir yol izleneceğini bilemediği zaman da yanlışlıklar yapacak ya da aşılanması gereken zamanlarda çocuklar aşılanamayacağı için yine hastalıklara kolayca yakalanabileceklerdir. Ayrıca aşuların uygulanmasında ve uygulama sonrasında neler yapılacağı konusundaki yetersizlikler de aşı komplikasyonlarının oluşması ve aşının etkisini göstermemesi...gibi sebeplere yol açacaktır.

Ülkemizdeki aşılama çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda difteri, boğmaca, tetanoz ve çocuk felci aşularının aşılama yüzdelerinin düşmesi, ebeveynlerin çocukların aşılanmaları konusundaki ilgisizliklerine ya da aşılama hizmetlerinde bazı problemlerin ortaya çıkmasına bağlanmaktadır. Aynı zamanda ebe ve hemşirelerin aşılama sonrasında ailelere yetersiz eğitim vermelerinin de bu tür olaylara yol açacağı kaçınılmazdır. Ebeveynlerin bu konudaki ilgisizliği ebe ve hemşirelerin sağlık kurumlarında, evde, okulda...vb.yerlerde konuya ilişkin sürekli sağlık eğitimi yapmalarıyla düzelebilir ve motive edilebilir (7,71,72).

Bağışıklama hizmetlerine etki edebilecek bir diğer faktör de sağlık personelinin eğitimidir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin dengeli, etkin ve sürekli bir biçimde yürütülmesi ve sağlık alanında planlanan hedeflere ulaşılması amacıyla çeşitli seviyelerde sağlık personeli yetiştirilmektedir.

Eğitimin, sağlık mesleklerinin tüm düzeylerinde sağlık hizmetlerinin biçimlenmesinde önemli bir araç olmasına rağmen temel sağlık hizmetlerinde etkin görev ve sorumluluklar üstlenmiş ebe ve hemşirelere verilen eğitim götürecekleri hizmete uygun verilmemektedir. Hemşirelik eğitimi, orta ve liseye temellendirilmiş olup sağlık liseleri ve üniversitelere bağlı hemşirelik yükseköğretim kurumlarında verilmektedir. Ebe okullarının süresi ve derslerinin içeriği son yıllarda birçok kez değişikliğe uğramıştır. Ancak halen alanda görev yapan ebelerin çoğunluğu ilköğretim eğitiminden sonra 3 yıllık ebelik eğitimi görmüştür. 1979 yılından sonra ise sağlık okulları orta okula dayalı ebe-hemşire yetiştiren sağlık liselerine dönüştürülmüştür. Dünya sağlık örgütü, temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında "halk sağlığı hemşireleri"ni temel insan gücü olarak önermektedir. Ülkemizde halk sağlığı hemşireliği uygulamalarına baktığımızda bu mesleğin ebelle kaynaşmış olduğunu görmekteyiz. Ebe ve hemşirelerin görev ve yetkileri görev yaptıkları yere göre değişmektedir. Sağlık evinde çalışıyorlarsa "ebe", ocak hemşiresi olarak çalışıyorlarsa "Halk sağlığı hemşiresi" konumunda olurlar. Halk sağlığı hemşireliğine okul mezunu hemşire atanması olanağı olmayan durumlarda kurs görmüş, çalışması ve yapılan sınavla yeterliliği saptanmış ebeler vekil olarak atanabilirler (5,14,30,31,35,43,49).

Bu gerçekler ışığında temel sağlık hizmetlerinde çok yönlü hizmetler verecek olan ebe ve hemşireler farklı düzeylerde eğitime sahip olsalar da çocuk sağlığı açısından "0-6 yaş çocuğunun bağışıklaması ve aşılar" konusunda temel bazı bilgilere sahip olmalıdırlar. Bilgilenmesini gerektiren bu konular şöyle sıralanabilir :

1) Aşı programı hakkında bilgi sahibi olmalı ve aşı programındaki son gelişmeleri takip etmelidirler. Çünkü günümüzde rutin olarak uygulanan aşılama programları ve aşuların cinsi, ülkelerin izledikleri sağlık politikaları, ekonomik ve çevre faktörleri...gibi çeşitli sebeplerle değişebilmektedir. Örneğin birçok batı ülkelerinde yenidoğan tetanozu tamamen, tüberküloz ise genellikle yok olmakta olan hastalıklar olduğundan gebelere tetanoz aşısı ve yenidoğanlara verem aşısı yapılmaz. Yine Avusturya ve İsveç gibi bazı ülkelerde poliomyelitte karşı sabin aşısı yerine ölü salk aşısı kullanılmaktadır. DBT ve OPV serilerini Mısır'da 4.6. ve 8. aylarda, Guatemala'

da ise 3.5. ve 7. aylarda verilmektedir. Maliyetinin yüksekliğinden dolayı ülkemizde kızamıkçık ve kabakulak aşuları rutin aşı programına dahil edilmemiştir (65,76).

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkeler için önerdiği bağışıklama programı aşağıdaki gibidir (65).

Yaş	Bağışıklamalar
Doğumda	BCG, OPV
6 hafta	DBT, OPV
10 "	DBT, OPV
14 "	DBT, OPV
9 ay	Kızamık

Ülkemizde uygulanan temel bağışıklama programı ise (2,6,41,47,50, 53,59,60,61,75,76).

Yaş	Bağışıklamalar
Doğumda(0-1 ay)	BCG
2 ay bitiminde	DBT, OPV
3 ay bitiminde	DBT, OPV
4 ay bitiminde	DBT, OPV
9 ay	Kızamık (varsa Kızamıkçık, Kabakulak)
18 ay	DBT, OPV (I.rapel)
4-6 yaş	DT, OPV

Bebeklik çağında aşılanmamış (1-5 yaş) çocuklar için aşı programı:

1.karşılaşmada	DBT,OPV,BCG(PPD negatif ise)
İlk karşılaşmadan bir ay sonra	Kızamık (varsa kızamıkçık, kabakulak)
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra	DBT, OPV
İlk karşılaşmadan 4 ay sonra	DBT, OPV
İlk karşılaşmadan 12 ay sonra	DBT,OPV
14-16 yaş	Td (Tetanoz, erişkin tip difteri)

. Difteri ve tetanoz infeksiyonları genellikle immünite sağlamadıklarından, hastalığı geçirenler ve infeksiyon hastalığının iyileşme döneminde olan çocukların bağışıklanmasında uyanık olmalıdırlar (76).

. Aşılarmalar sonunda, aileyi çocuğunu sonraki doz için tekrar getirmesi konusunda ve tek dozun yeterli olmadığı konusunda bilgilendirmelidirler (25).

2) Aşılar ısıya karşı duyarlı olduklarından kısa sürede bozulurlar ve potenslerini kaybederler. Aşı bir kez bozulduktan sonra tekrar soğutulsa bile eski etkinliğini kazanamaz. Bu sebeple ebe ve hemşireler "aşılarmın saklanması, soğuk zincir ve malzemeleri" hakkında bilgili olmalıdırlar (25,65).

Aşıların sıcaklığa karşı duyarlılıkları farklıdır. Canlı virus aşıları (oral polio, kızamık gibi) ve canlı bakteri aşıları (kuru BCG-sulandırılmamış) dondurulabilir, fakat DBT, tetanoz toksoidi ve sıvı BCG kesinlikle dondurulmamalıdır. Bu özelliklerinden dolayı, aşıların cinslerine ve özelliklerine göre merkezden en uzak yerdeki sağlık ünitesine ya da eve-kadar gerek saklanırken, gerekse taşınırken aşağıda belirtilen ısı derecelerinde ve aynı zamanda prospektüsündeki uyarılar doğrultusunda saklanması ve taşınması gerekir. Bu olaya "soğuk zincir" denilmektedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarında soğuk zincirden birinci derecede sorumlu kişiler ebeler ve hemşirelerdir (7,25,59,76).

Aşıların uygun ısı dereceleri ve depolama süreleri aşağıda verilmiştir (59,61,65).

Yer	Kızamık	Oral Polio	BCG	DBT	Tetanoz
1.Bölgesel depoda	-20°C	-20°C	0+8°C	0+8°C	0+8°C
depolama	3 ay	3 ay	3 ay	3 ay	3 ay
2.Sağlık merkezine nakil	-20+8°C	-20+8°C	0+8°C	0+8°C	0+8°C
3.Sağlık merkezinde 1 ay süreyle depolama	0+8°C	0+8°C	0+8°C	0+8°C	0+8°C

. Ebe ve hemşirelerin aşuların saklanması dikkat edecekleri bir diğer konu aşuların buzdolabı içindeki saklanma yerleridir. Buzdolabının kapağındaki raflarda ısı artı 8⁰C'nin üzerinde olduğundan buzdolabının kapağındaki raflara kesinlikle aşı konmamalıdır. Özellikle DBT, DT ve Tetanoz aşuları donmaya karşı çok duyarlı olduklarından buzdolabının arka duvarındaki evaporatör yüzeyine değmemelerine dikkat etmelidirler. Ayrıca oral polio ve kızamık aşularının buzluk bölümü ve buz paketlerinin altındaki üst rafta, verem aşısının üstten ikinci rafta, DBT,DT,T ve dilüsyon sıvılarının orta rafta muhafaza edilmesine özen göstermelidirler (25,59,61).

. Hergün aşuları kontrol ederek sabah ve öğleden sonraki buzdolabı ısısını ölçmeli, kullanılan aşuları kayıtmelidirler.

. Buzlukta buz olup olmadığını kontrol edip, buzdolabının boş kalan yerlerine buz kalıpları ve su şişeleri koyarak özellikle elektriğin sık ve uzun süre kesildiği yerlerde buzdolabı ısısının birdenbire düşmesini önleyecek tedbirler almalıdırlar.

. Aşı uygulamalarının dışında buzdolabının kapısının her zaman kilitli olmasını sağlamalıdırlar.

. Her zaman en yeni tarihli aşının buzdolabının içinde en sağ tarafa konulmasına, kullanırken ise aşuların sol taraftan alınmasına dikkat etmelidirler. Böylece en eski tarihli aşı daha önce kullanılarak israf önlenmiş olacaktır.

. Aşı yaparken aşı şişelerini ısı ve güneş ışınlarından korumalıdırlar.

Ayrıca sağlık kuruluşunda bu işleri yapmaktan ve denetlemekten sorumlu kişilerin özellikle soğuk zincir sorumlularının belirlenmesi ve aşı ünitesinde herkesin görebileceği bir yere, "En yakın acil buzdolabı nerede?, En yakın buz temin edilecek yer nerede?, En yakın tamirci nerede?" sorularına cevap verecek bir yazılı belgenin asılması gerekir (25,59,65).

3) Aşı uygulamalarından sorumlu ebe ve hemşire sözkonusu aşıya özgü uygulama yöntemini kullanmalıdır. Bağışıklamak için yeterli miktarda antijen yani aşı dozunu vermelidir. Her aşı için "temel ilke" prospektüsündeki bilgiye uymaktır. Çünkü belirli doz aşı kas içi (IM), deri altı (SC), deri içi (ID) enjeksiyon ya da oral (ağızdan) yolla verilir. Alüminyum hidrokisit tuzlarına emdirilmiş aşılar (adsorban) özellikle aşının kas içi yapılmasına dikkat etmelidir. Bazı aşılar tek doz ile immün cevap yeterli olmakta, bazıları ise tekrarlama dozları gerektirmektedir (4,50,59,76).

. Aşılarda tekniğine uygun olarak yapılmalıdır ve enjeksiyonlarda bir kullanımlık enjektörleri (özellikle kızamık aşısında) kullanılmalıdır.

. Aşı uygulama sayısının immünite düzeyi ile yakın ilişkisi vardır. Vücudun bağışıklık cisimlerini olumlu seviyede hazırlayabilmesi için aşılamalar arasında belli bir zaman süresi gerektiğini gözönüne alarak aşı dozları arasındaki süreye dikkat etmelidirler. Her ne kadar elde olmayan nedenlerle normal aşı uygulamaları arasındaki süreler uzatılabilirse de, birinci ile ikinci aşı arası 6 ayı, ikinci ile üçüncü aşı arası 1 yılı geçmişse bir önceki aşı dozunu tekrarlamalı ve aileyi bu konuda uyarmalıdır (4,25,50).

Aşı çeşitlerine göre aşı dozları ve uygulama yerleri :

Aşı Çeşitleri	Doz	Uygulama Yeri
DBT - adsorban	0.5 ml	Kas içi
- R.Saydam	1 ml	Deri altı
Kızamık	0.5 ml	Deri altı veya Kas içi
Tetanoz toksoidi	1 ml	Deri altı veya Kas içi
BCG - yenidoğan	0.05 ml	Deri içi
- süt çocuğu	0.1 ml	
Oral polio	2-4 damla	ağızdan (oral)

. Aşı uygularken asepsi-antisepsi kurallarına uymalıdır. DBT, DT, T ve kızamık aşılarında enjeksiyon yapılan bölgeyi % 70'lik Alkolle veya % 2'lik tentürdiyod'dan sonra % 70'lik Alkolle, BCG aşısında ise % 70'lik Alkolle veya eterle silmelidir (4).

. Sulandırılarak kullanılan aşılar da (kızamık gibi) etkin maddenin iyice erimesine dikkat etmeli ve renk değişikliklerine karşı uyanık olmalıdırlar.

. Son kullanma tarihi geçmiş aşığı kullanmamalıdırlar ve bu durumda ilgili yere rapor etmelidirler.

4) Ebe ve hemşirelerin aşı uygulamaları sonrası aşıların reaksiyon ve komplikasyonlarına karşı uyanık olmaları, ikinci kez aşıya gelenlerden birinci aşı ile ilgili olarak çocukta herhangi bir rahatsızlık belirtisi olup olmadığını sormaları gerekir. Çünkü aşıların bazılarında çok bazılarında ise daha az olmak üzere lokal ve genel komplikasyonlar gelişebilir. Aşıların tekniğine uygun olarak yapılması ve iyi bir gözlem ile komplikasyonlar en az düzeyde tutulabilir (4).

Hemen hemen bütün aşılamalarda lokal kızarıklık, şişlik, ağrı, baş ağrısı, kırıklık, halsizlik ve ateş olabilir. Bu durum aşının toksik özellikleri ile ilgili olup genellikle 24-48 saat devam edebileceğinden, ebe ve hemşireler ailenin endişelenmemesi için lokal ve genel reaksiyonlara ilişkin bilgiler vermelidirler. Ayrıca allerjik reaksiyonlar, postvaksinal ansefalit gibi seyrek aşı komplikasyonları da görülebilir (4,50,53,59). Aşı uygulamalarından sorumlu ebe ve hemşirelerin her aşıya özgü reaksiyonları ve komplikasyonları bilmeleri gerekir, bunlar sırasıyla;

BCG aşısı, aşı uygulamasından 2-4 hafta sonra aşı yerinde eritem, papül, vezikül ve ülserasyon sonucu kabuklaşma ve nedbeleşme görülür. 48 saat sonra aşı yerinde görülen şişme, ülserleşme, sol koltuk altındaki lenf bezlerinde meydana gelen şişme- BCGitis-aşı komplikasyonu olarak düşünülür. Bu olay % 1-10 oranında görülmektedir. Çok nadir olarak osteomyelit ve immün yetersizliği olanlarda yaygın infeksiyona rastlanmaktadır (2,11, 41,42,47,68).

Aşılanmadan sonra sterilizasyon eksikliği, aşının bozuk olması ya da deri altına yapılması gibi teknik kusurlar nedeniyle deri altı abseleri

oluşur, enjeksiyon yerinde kronik ülserleşme tüberküloza duyarlı kişilerde meydana gelir. Komplikasyonlar tehlikeli değildir, tedavi edilebilir (6,42).

DBT aşısı, aşı uygulamasını izleyen 24 saat içinde genellikle ateş meydana gelse de reaksiyonlar veya komplikasyonlar yaygın değildir. Lokal olarak aşı yerinde kızarıklık, sertlik olabilir. Adsorbe aşılarından sonra aşı yerinde doku reaksiyonuna bağlı olarak içi steril sıvı dolu kist oluşur. 3-4 haftada kendiliğinden resorbe olur, herhangi bir müdahaleye gerek yoktur, enjeksiyon sonrası aşı yerinin iyice ovulması önerilmektedir. Genel olarak ateş yükselmesi, huzursuzluk, iştahsızlık, kusma olabilir. Çoğunlukla semptomlar hafif seyreder. Boğmaca aşısı ender olarak konvülziyon ve nörolojik bozukluklar yapabilir, bu durumda Difteri-tetanoz aşısı kullanılmalıdır. Duruma göre hiçbir aşı yapılmaz (6,11,18,42,53,75).

Ansefalopati gelişmesi nadir bir komplikasyon olsa da ebe ya da hemşire aşılamadan önce bebeğin merkezi sinir sistemi hastalığı olup olmadığını ve de ailede böyle bir hastalık hikayesini araştırmalıdır.

Kızamık aşısı : Başlıca reaksiyonlar olarak, iştahsızlık, titreme, deride kızarıklık ve 7 ile 10.gün arasında ateş, konjunktivit ve döküntü meydana gelebilir. Komplikasyonlar olarak, çok nadir canlı virüs aşısıyla aşılanmış çocuklarda akut ansefalit, otitis media, pnömoni (bebeklerde) gözlenebilir. Ancak bu risk doğal hastalık sonucu görülenden çok daha düşük sıklıktadır (1:1 milyon doz). Sadece kızamık aşısına özgü olmamakla birlikte kızamıkçık ve kabakulak gibi canlı virüs aşılarından sonra Reye sendromu gözleendiği bildirilmektedir ve bu sendromun etyolojisinde bir co-faktör olasılığından söz edilmektedir (2,6,11,15,42,53,75).

Çocuk felci aşısı (oral polio) : Aşı genellikle reaksiyon vermez. Fakat aşı uygulamasından sonra 7. ve 9.günlerde 38-39°C'ye çıkan ateş, hafif gastro-entestinal sistem şikayetleri ve rinofarenjit görülebilir. Aşı ile ilgili sakatlık, larenjial ve solunum kaslarını kapsayan asendan felçler, bulbar poliomyelit ender olarak görülen komplikasyonlardır (6,15,41,75).

Tetanoz toksoidi : Temelde komplikasyonları olmayan, reaksiyonları ise nadir olan bir aşıdır. Aşı uygulamasını izleyen 12-24 saat içinde enjeksiyon yerinde orta derecede ağrılı lokal reaksiyonlar ve hafif ateş görülebilir (6,11,41,65).

5) Aşıların komplikasyonlarını önlemede veya en az düzeyde tutabilmede etkin olan bir diğer durum ebe ve hemşirelerin aşıları uygularken aşı kontrendikasyonlarına dikkat etmeleridir. Tüm aşılamalardan önce aşı yapılacak kişinin genel bir muayenesinin yapılması, geçmişinde allerjik bir yapıya sahip olup olmadığı, geçirmiş olduğu hastalıklar...vb.durumların sorgulanması gerekir. Her ne kadar sağlık ünitelerinde ilk aşılanan çocukların aşılanmasına hekim karar verse de, gözden kaçan durumlar olabilir. Bu durumda ebe ve hemşire ister merkezde isterse ev ziyaretlerinde olsun çocuğun aşılanmasını etkileyebilecek durumları tespit edebilmelidir. Bu da aşıların yapılmama durumunu iyi bilmeleriyle mümkündür. Kontrendikasyonlar her aşıya özgü olmakla birlikte genel olarak aşıların uygulanmasının sakıncalı olduğu durumlar şöyle sıralanabilir (2,4,11,15,38,41,47,50,53,59) :

- . İmmün yetmezliği olanlar veya immünosupresif tedavi görenler,
- . Kan transfüzyonu, plazma veya gamma globülin alanlar,
- . Lösemi, lenfoma ve diğer habis hastalıklar,
- . Atenüe aşılar febril konvülziyonlara yol açabildiğinden febril konvülziyon öyküsü olanlar,
- . Gebelik genellikle herhangi bir canlı aşının yapılması konusunda kesin kontrendikasyon olarak kabul edilmelidir,
- . Nörolojik bozuklukları olan çocuklarda, epileptik olanlarda veya ilk DBT aşısı ile önemli bir reaksiyon (> 39°C ateş, çılgılık atma, somnolans, şok, konvülziyon...vb) gösteren çocuklarda ve 5 yaşından büyük olan çocuklara boğmaca aşısı yapılmamalıdır,

- . Poliomyelit geçirenlere hastalık geçirdikten 1 ay sonra kadar,
- . Kızamık aşısı tavuk embriyo dokusunda hazırlandığı için bütün bir yumurtayı alerjik bir belirti göstermeden yiyemeyen çocuklara yapılması önerilmektedir,
- . Hastanede yatarak tedaviyi gerektirecek düzeyde bronkopnömoni, böbrek yetmezliği veya metabolik hastalığı ve benzer sağlık sorunları olanlar,
- . Kaşeksiye yol açan hastalıklar ve yaygın cilt hastalığı olanlar.

Ancak ebe ve hemşirelerin sağlık ünitelerinde yukarıda sayılanların dışındaki tüm bebek ve çocuklara, malnütrisyon, ateş, nezle ve üst solunum yolu enfeksiyonları teşhis edilse bile tedavinin yanısıra aşı uygulamaları gerekir. Zira hafif sayılabilecek rahatsızlık nedeniyle aşılınmayan çocukların aşılınmadan gönderilmesi ülkemizde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde aşılama yaygınlığına engel olacaktır. Bu nedenlerle, aşı uygulayan temel personel olarak ebe ve hemşirelerin bu konudaki bilgileri ve ilgileri bağışıklama hizmetlerinin başarısına katkıda bulunacaktır (10,50,59).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, İstanbul ilinde sağlıkocacı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş grubu çocukların bağışıklanması ile ilgili genel bilgi düzeylerini ve uygulamalarını saptamak üzere tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.1. ARAŞTIRMA ALANI

Bu çalışma, İstanbul ilinde Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na doğrudan bağlı sağlıkocakları, Ana-çocuk sağlığı merkezleri ve S.S.Y.B. ile işbirliği halinde çalışan İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı sağlık ocakları olmak üzere toplam 63 sağlık ocağı ve 21 Ana-çocuk sağlığı merkezlerinden rastlantısal olarak seçilen 17 sağlık ocağı ve 11 A.Ç.S. merkezinde yapılmıştır.

İstanbul ilinde aşı uygulamaları sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, sağlık evleri, verem savaş dispanserleri, hastaneler ve özel hekim muayenahaneleri vb.yerlerde gerçekleştirilmektedir. Ancak sosyalizasyon ile birlikte temel hizmet ünitesi olma niteliğini kazanan ve temel sağlık hizmetleri doğrultusunda çok yönlü hizmetlerin gerçekleştirildiği bir ünite olan sağlık ocakları ile monovalan (tek amaçlı) hizmetlere göre örgütlenmiş ana-çocuk sağlığı merkezleri 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanmasında daha geniş sorumluluklar almaktadırlar. Bu nedenle araştırmamız sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde görev alan ebe ve hemşireler üzerinde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA GRUBU

İstanbul ilinde (1987) sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire sayısı 215, ebe sayısı 411, ebe-hemşire sayısı 43, yardımcı hemşire sayısı 22'dir.

Çalışmamızın örneklerini ise, rastlantısal olarak seçilen sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde görev yapan 62 ebe, 57 hemşire, 22 ebe-hemşire, 9 yardımcı hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmanın uygulandığı sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı merkezleri ile bu ünitelerdeki kapsamına alınan ebe ve hemşire sayısı :

A) A.Ç.S. Merkezleri (Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri)	Hemşire Sayısı	Ebe Sayısı	Ebe - Hemşire Sayısı	Y.hemşire Sayısı	TOPLAM
- Eyüp	-	1	1	1	3
- Alibeyköy	2	1	3	-	6
- Yıldırım Mahallesi	-	3	-	-	3
- Kartal	3	2	3	2	10
- Tarabya	4	2	1	-	7
- Gültepe	3	2	-	2	7
- Üsküdar	6	1	1	-	8
- Çapa	5	-	-	-	5
- Rami	2	-	1	1	4
- Tefik Sağlam	5	1	-	-	6
- Küçükyalı	2	4	1	-	7
B) S.S.Y.B.'na Doğrudan Bağlı Sağlık Ocakları					
- Bakırköy Merkez	1	11	1	-	13
- Eyüp Merkez	4	-	1	1	6
- Ramazanoğulları	2	2	1	-	5
- Yıldırım Mahallesi	-	1	-	-	1
- Fatih Merkez	-	1	1	-	2

- Kadıköy Merkez	1	3	-	-	4
- Kartal Merkez	1	3	-	-	4
- Maltepe	-	2	-	1	3
- Sarıyer	1	1	-	-	2
- Çeliktepe	3	-	-	-	3
- Zeytinburnu	1	1	-	-	2
- Küçükçekmece	2	2	1	-	5

**C) İst.Üniv. +
S.S.Y.B.'na Bağlı
Sağlık Ocakları**

- Avcılar	5	4	-	-	9
- Halkalı	2	4	1	-	7
- Mahmutbey	-	6	2	-	8
- Arnavutköy	-	2	1	-	3
- Büyükçekmece	2	2	2	1	7
T o p l a m	57	62	22	9	150

3.3. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmada veriler, hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik 61 sorudan oluşan bir anket formu ile elde edilmiştir. Veri toplama tekniğinin kullanışlı olup olmadığını saptamak amacı ile uygulanan anket formu önce 25 kişilik bir pilot çalışmada kullanılıp geliştirilerek son şekli verilmiştir. Deneklerin soruları rahat yanıtlamaları için uygun ortam seçilmiş ve araştırmanın amacı kısaca açıklanmıştır.

Hemşireler arasındaki etkileşimi en aza indirmek amacıyla anket formu araştırmacı gözetiminde ebe ve hemşireler tarafından doldurulmuştur. Anket soruları hakkında bilgi alış verişi olması ve bununda anket sonucunu etkilemesi ihtimali düşünülerek, izinli, raporlu olan veya o sırada görevi olmayan ebe ve hemşireler çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

Anket soruları birkaç bölüm halinde gruplandırılmış ve bilgi düzeyini ölçen sorular toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Bilgi düzeyini ölçen sorular 5 grupta toplanmıştır. Bunlar;

- . Aşıların tanım ve çeşitleri
- . Aşıların saklanması
- . Aşıların uygulanma zamanları ve dikkat edilmesi gereken kurallar
- . Aşıların uygulama dozları ve verilme yolları
- . Aşıların reaksiyonları ve kontrendikasyonları

Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlar, ebe ya da hemşire olma durumları, temel mesleki eğitimleri, deneyim yılları, mesleği sevme, görevden memnun olma durumları ve mezuniyet sonrası 0-6 yaş çocuğunun bağışıklama ve aşılar ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumları değişken olarak kullanılmıştır.

3.4. DEĞERLENDİRME

Araştırma sonucu elde edilen veriler İstanbul Üniversitesi Haydar Furgaç Bilgisayar Yüksek Okulu Bilgi İşlem Merkezi'nde değerlendirilmiştir. Değerlendirmede yüzdeler, ortalama ve "t anlamlılık testi" kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Gereç ve yöntem bölümünde belirtilen esaslara göre alınan sonuçlar ve istatistik değerlendirmeler aşağıda tablolar ve grafikler halinde verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki bulgular üç bölümde incelenmiştir. İlk bölüm, "olguların çalıştıkları kurumlar, Ebe ya da hemşire olma durumları, temel mesleki eğitimleri, mesleki deneyimleri, mesleği sevme, kurumdaki görevlerinden memnun olma durumları, kurumdaki görevinden memnun olmayanların memnun olmama sebepleri ve mezuniyet sonrası eğitim alma durumları" gibi tanımlayıcı bulguları içermektedir.

İkinci bölüm, ebe ve hemşirelerin "0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşılar" ile ilgili bilgi puanlarını içermekte olup bu bilgi puanlarını etkileyeceği düşünülen bağımsız değişkenler ile incelenmiştir.

Üçüncü bölüm, olgularımızın 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanmasını etkileyebilecek düşüncelerini ve uygulamalarını içermektedir.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Ebe ve hemşirelerin Çalıştıkları Sağlık Kurumları ve Ebe yada hemşire olma durumları

Araştırma kapsamına giren olgularımızın çalıştıkları sağlık kurumlarına göre dağılımları Tablo 1'de görüldüğü gibi, % 45.3'ü (68 kişi) Anaçocuk sağlığı merkezlerinde, % 32.0'si (48 kişi) doğrudan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı sağlık ocaklarında, % 22.7'si (34 kişi) ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile işbirliği içinde olan İstanbul Üniversitesi

Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında yoğunlaşmaktadırdır. Olgularımızın büyük bir çoğunluğunun % 41.3' (62 kişi) ebe, % 38.0'nin (57 kişi) hemşire, % 14.7'nin (22 kişi) ebe-hemşire, % 6'sının (9 kişi) ise yardımcı hemşire olduğu saptanmış olup ebelerin çoğunun (% 54.16 ve % 52.94) sağlık ocaklarında, hemşirelerin çoğunun (% 50.0) ana-ocuk sağlığı merkezlerinde yoğunlaştıkları görülmektedir.

Tablo 1: Olguların alıştıkları Sağlık Kurumlarına ve Ebe ya da Hemşire Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Çalışılan Kurum	EBE Sayı %	HEMşİRE Sayı %	EBE- HEMşİRE Sayı %	YARD. HEMşİRE Sayı %	TOPLAM Sayı %
Ana-ocuk Sağlığı Merkezi	18 26.47	34 50.00	11 16.17	5 7.35	68 45.30
S.S.Y.B.Doğrudan Bağlı Sağlık Ocağı	26 54.16	14 29.16	5 10.41	3 6.25	48 32.00
Üniv.+S.S.Y.B. Sağlık Ocağı	18 52.94	9 26.47	6 17.64	1 2.94	34 22.70
TOPLAM	62 41.3	57 38.00	22 14.7	9 6.00	150 100.00

Temel Mesleki Eğitim

Tablo 2'de görüldüğü gibi olgularımızın % 47.3'n (71 kişi) sağlık okulu, % 51.3'n (77 kişi) sağlık lisesi ve % 1.3 (2 kişi) gibi küçük bir bölümünü ise hemşirelik yüksek okulu nlisans mezunları oluşturmaktadır.

Tablo 2: Ebe ve Hemşirelerin Temel Mesleki Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Temel Mesleki Eğitim	Sayı	%
Sağlık Okulu Mezunu	71	47.3
Sağlık Lisesi Mezunu	77	51.3
H.Y.O. nlisans Mezunu	2	1.3
TOPLAM	150	100.0

Mesleki Deneyim Yılları

Olguların mesleki deneyim süreleri ele alındığında % 58.7'sini (88 kişi) 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip ebe ve hemşirelerin, % 28.0' ni (42 kişi) 6-10 yıl, % 13.3'ünü (20 kişi) ise 1-5 yıllık çalışma süresine sahip ebe ve hemşirelerin oluşturduğu saptanmıştır.

Çalışmamızı oluşturan olgularımızın halk sağlığı alanındaki mesleki deneyim yıllarına bakılacak olursa % 12.0'nin (18 kişi) 1 yıldan az, % 48.0 (72 kişi) gibi büyük bir oranın 1-5 yıllık olduğu, % 13.3'ünün (20 kişi) 6-10 yıllık ve % 26.7'sinin (40 kişi) 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip oldukları bulgulanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Olguların Mesleki Deneyim ve Halk Sağlığı Alanındaki Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımları

Deneyim Yılları	Mesleki Deneyimi Olanlar		Halk Sağlığı Alanındaki Mesleki Deneyimi Olanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
1 yıldan az	-	-	18	12.0
1-5 yıl	20	13.3	72	48.0
6-10 yıl	42	28.0	20	13.3
10 yıl ve üzeri	88	58.7	40	26.7
TOPLAM	150	100.0	150	100.0

Mesleği Sevme

Ebe ve hemşirelerin mesleklerini sevme durumları Tablo 4'de incelendiğinde, % 80.0'nin (120 kişi) mesleklerini sevdikleri, % 20.0'sinin (30 kişi) sevmedikleri görülmektedir.

Tablo 4: Olguların Mesleklerini Sevme Durumlarına Göre Dağılımları

Mesleği Sevme Durumu	Sayı	%
Seven	120	80.0
Sevmeyen	30	20.0
TOPLAM	150	100.0

Kurumdaki Görevden Memnun Olma

Ebe ve hemşirelerin % 80.0 gibi önemli bir çoğunluğunun mesleklerini sevmelerine rağmen, Tablo 5'de görüldüğü gibi % 49.3'ünün (74 kişi) çalıştıkları kurumdaki görevlerinden memnun olmadıkları, % 50.7'sinin (76 kişi) ise memnun oldukları saptanmıştır.

Tablo 5: Olguların Kurumdaki Görevlerinden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Memnun Olma Durumu	Sayı	%
Memnun	76	50.7
Memnun Değil	74	49.3
TOPLAM	150	100.0

Kurumdaki görevlerinden memnun olmayan (% 49.3) ebe ve hemşirelerin memnun olmama sebepleri incelendiğinde, "Ekonomik kazancın düşük olduğunu söyleyenler" % 37.3 (56 kişi), "Sosyal olanakların azlığından şikayetçi olanlar" % 25.3 (38 kişi), "Kurumdaki organizasyon bozukluğundan yakınanlar" ve "Ev ziyaretlerinin çok yordugunu söyleyenler" % 17.3 (26 kişi), "Hekim/hemşire, ebe ilişkilerini beğenmeyenler" % 16.0 (24 kişi), "Toplumun meslek hakkındaki düşüncelerinden etkilenenler" % 14.0 (21 kişi), "Ebe ya da hemşirelikte umduğunu bulamayanlar" % 11.3 (17 kişi) ve "Tedavi hizmetlerine ait başka kurumlarda gece nöbet tutmanın sorun olduğunu söyleyenler" % 9.3 (14 kişi) gibi bir dağılım göstermişlerdir.

Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı Alma Durumu

Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrası "0-6 yaş çocuğunun bağışıklaması ve aşilar" ile ilgili herhangi bir eğitim programı alıp-almama durumlarına göre dağılımları Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre, % 56.7'nin (85 kişi) ilgili eğitim programlarından herhangi birini aldığı, % 43.3'ünün (65 kişi) ise hiç bir eğitim programı almadığı saptanmıştır.

Tablo 6: Olguların Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Programı Alma Durumu	Sayı	%
Eğitim Alan	85	56.7
Eğitim Almayan	65	43.3
TOPLAM	150	100.0

Mezuniyet sonrası ilgili konularda herhangi bir eğitim programı alan % 56.7 oranındaki olgularımızın aldıkları eğitim türlerinin dağılımları incelendiğinde, % 31.3'nün (47 kişi) "kurum içi hizmet-içi eğitim programı"na katıldığı, % 18.0'nin (27 kişi) "kurum dışı seminer", % 11.3'nün (17 kişi) "kısa süreli kurs" ve % 5.3 (8 kişi) gibi çok küçük bir oranın da "workshop" programına katıldıkları bulunmuştur.

4.2. EBE ve HEMŞİRELERİN BİLGİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışılan Sağlık Kurumlarına Göre Bilgi Puanları

Tablo 7 incelendiğinde çalışılan kurumların niteliklerine göre ebe ve hemşirelerin genel bilgi puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$). Buna göre Ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışanların bilgi puan ortalamaları 59.24 ± 11.40 , S.S.Y.B.'na doğrudan bağlı sağlık ocaklarında çalışanların 57.01 ± 10.02 ve İstanbul Üniversitesi eğitim-araştırma sağlık grup başkanlığı ile S.S.Y.B.'nın işbirliği sayesinde hizmet veren sağlık ocaklarında çalışanların 60.98 ± 10.96 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Olguların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Ana-çocuk sağlığı Merkezi	68	59.24	11.40			
S.S.Y.B.'na doğrudan bağlı Sağlık Ocağı	48	57.01	10.02	1.09	114	p>0.05
Ana-çocuk sağlığı Merkezi	68	59.24	11.40			
Üniv.+S.S.Y.B.'na bağlı Sağlık Ocağı	34	60.98	10.96	-0.74	100	p>0.05
S.S.Y.B.'na doğrudan bağlı Sağlık Ocağı	48	57.01	10.02			
Üniv.+S.S.Y.B.'na bağlı Sağlık Ocağı	34	60.98	10.96	-1.70	80	p>0.05

Ebe ya da Hemşire Olma Durumuna Göre Bilgi Puanları

Olguların "ebe ya da hemşire" olma durumlarına göre aldıkları bilgi puan dağılımları Tablo 8'de incelendiğinde, Ebelerin bilgi puan ortalamaları 56.83 ± 10.02 , hemşirelerin 60.93 ± 10.09 , ebe-hemşirelerin 64.59 ± 10.70 ve küçük bir grubu oluşturan yardımcı hemşirelerin 46.66 ± 10.77 olarak saptanmıştır. Bilgi puan ortalamaları, ebe ya da hemşire olma durumları ile karşılaştırıldığında, "ebeler ile hemşireler", "ebeler ile yardımcı hemşireler" "ebeler ile ebe-hemşireler" arasında fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). "Yardımcı hemşireler ile hemşireler" ve "yardımcı hemşireler ile ebe-hemşireler" arasında fark ise istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 8: Olguların Ebe ya da Hemşire Olma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

EBE yada HEMŞİRE Olma Durumu	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Ebe	62	56.83	10.02	-2.22	117	p<0.05 *
Hemşire	57	60.93	10.09			
Ebe	62	56.83	10.02	-3.06	82	p<0.05*
Ebe-hemşire	22	64.59	10.70			
Ebe	62	56.83	10.02	2.82	69	p<0.05*
Yardımcı hemşire	9	46.66	10.77			
Hemşire	57	60.93	10.09	-1.42	77	p>0.05
Ebe-hemşire	22	64.59	10.70			
Hemşire	57	60.93	10.09	3.91	64	p<0.001*
Yardımcı hemşire	9	46.66	10.77			
Ebe-hemşire	22	64.59	10.70	4.22	29	p<0.001*
Yardımcı hemşire	9	46.66	10.77			

Temel Mesleki Eğitime Göre Bilgi Puanları

Tablo 9'da olgularımızın temel mesleki eğitimlerine göre aldıkları bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık okulu mezunlarının bilgi puan ortalamaları 55.54 ± 10.60 , sağlık lisesi mezunlarının 61.84 ± 10.35 ve hemşirelik yüksek okulu önlisans mezunlarının 66.25 ± 11.66 olduğu görülmektedir. İstatistiksel yönden sağlık okulu mezunları ile sağlık lisesi mezunları arasında bilgi puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) Hemşirelik yüksek okulu önlisans mezunlarının aldıkları bilgi puan ortalamalarında diğerlerine oranla hafif bir farklılık mevcutsa da N sayısı (2 kişi) yetersiz olduğundan istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamıştır.

Tablo 9: Olguların Temel Mesleki Eğitimlerine Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Temel Mesleki Eğitim	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Sağlık okulu mezunu	71	55.54	10.60	-3.65	146	$p < 0.001^*$
Sağlık lisesi mezunu	77	61.84	10.35			
Sağlık okulu mezunu	71	55.54	10.60	-1.40	71	$p > 0.05$
H.Y.O.Önlisans mezunu	2	66.25	11.66			
Sağlık lisesi mezunu	77	61.84	10.35	-0.59	77	$p > 0.05$
H.Y.O.Önlisans mezunu	2	66.25	11.66			

Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Bilgi Puanları

Tablo 10'da görüldüğü gibi ebe ve hemşirelerden 1-5 yıl çalışma süresine sahip olanların bilgi puan ortalamaları 61.97 \pm 10.26, 6-10 yıldır çalışmakta olanların 59.28 \pm 10.70, 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanların 58.05 \pm 11.13 olarak bulunmuştur. Mesleki deneyim yılları ile bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 10: Olguların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Mesleki Deneyim Yılları	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
1-5 yıl	20	61.97	10.26	0.94	60	$p > 0.05$
6-10 yıl	42	59.28	10.70			
1-5 yıl	20	61.97	10.26	1.44	106	$p > 0.05$
10 yıl ve üzeri	88	58.05	11.13			
6-10 yıl	42	59.28	10.70	0.60	128	$p > 0.05$
10 yıl ve üzeri	88	58.05	11.13			

Halk Sağlığı Alanındaki Çalışma Sürelerine Göre Bilgi Puanları

Ebe ve hemşirelerin genel mesleki çalışma süreleri dışında Ana-çocuk sağlığı merkezleri ve sağlık ocaklarında çalışma süreleri ile ilişkili bilgi

puan ortalamaları Tablo II'de incelendiğinde, 1 yıldan az deneyime sahip olanların bilgi puan ortalamaları 54.38 ± 8.40 , 1-5 yıllık olanların 59.45 ± 10.82 , 6-10 yıllıkların 59.00 ± 12.76 ve 10 yıldan fazla çalışma süresine sahip olanların ise 59.96 ± 10.95 oranında olduğu görülmektedir. Halk sağlığı alanlarındaki deneyim süreleri ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo II: Olguların Halk Sağlığı Alanındaki Çalışma Sürelerine Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Halk Sağlığı Alanındaki Deneyim Yılları	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
1 yıldan az	18	54.38	8.40	-1.85	88	$p > 0.05$
1-5 yıl	72	59.45	10.82			
1 yıldan az	18	54.38	8.40	-1.30	36	$p > 0.05$
6-10 yıl	20	59.00	12.76			
1 yıldan az	18	54.38	8.40	-1.92	56	$p > 0.05$
10 yıl ve üzeri	40	59.96	10.95			
1-5 yıl	72	59.45	10.82	0.16	90	$p > 0.05$
6-10 yıl	20	59.00	12.76			
1-5 yıl	72	59.45	10.82	-0.24	110	$p > 0.05$
10 yıl ve üzeri	40	59.96	10.95			
6-10 yıl	20	59.00	12.76	-0.30	58	$p > 0.05$
10 yıl ve üzeri	40	59.96	10.95			

Mesleklerini Sevme Durumlarına Göre Bilgi Puanları

Olgularımızın % 80.0 (120 kişi) gibi büyük bir çoğunluğunu oluşturan ve mesleklerini sevenlerin bilgi puan ortalamaları Tablo 12'de görüldüğü gibi 58.30 ± 10.95 , mesleğini sevmeyenlerin ise 61.40 ± 10.55 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 12: Olguların Mesleklerini Sevme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Mesleği Sevme Durumu	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Seven	120	58.30	10.95	-1.39	148	$p > 0.05$
Sevmeyen	30	61.40	10.55			

Kurumdaki Görevden Memnun Olma Durumlarına Göre Bilgi Puanları

Tablo 13'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren olgularımızın kurumdaki görevlerinden memnun olma durumlarına göre bilgi puan ortalamalarının dağılımını 59.23 \pm 11.49'u memnun olanlar, 58.60 \pm 10.34'u ise memnun olmayanlar oluşturmuştur. Her iki grubun bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 13: Olguların Kurumdaki Görevlerinden Memnun Olma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Memnun olma durumu	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Memnun	76	59.23	11.49	0.36	148	$p > 0.05$
Memnun Değil	74	58.60	10.34			

Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumlarına Göre Bilgi Puanları

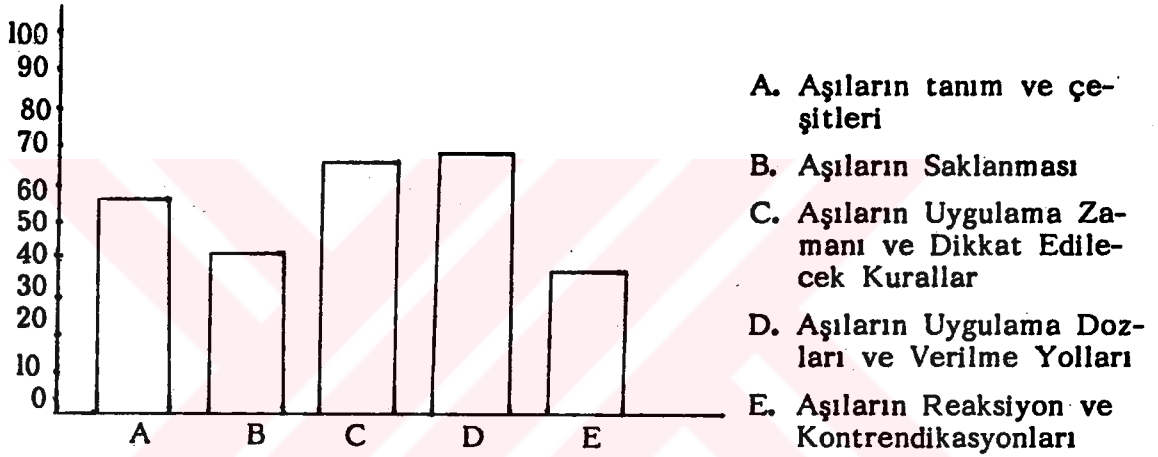
Tablo 14'de, mezuniyet sonrası "0-6 yaş çocuğunun bağışıklaması ve aşilar" ile ilgili herhangi bir eğitim programı alan olgularımızın bilgi puan ortalamaları 59.20 \pm 10.63, eğitim almayanların ise 58.56 \pm 11.33 oranında bir puana sahip oldukları görülmektedir. Eğitim programı alıp-almama durumlarına göre bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 14: Olguların Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı Alma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları

Eğitim Programı Alma Durumu	N	\bar{X}	\pm S.D.	t	s.d.	p
Eğitim Alan	85	59.20	10.63	0.35	148	$p > 0.05$
Eğitim Almayan	65	58.56	11.33			

Bilgi Düzeyini Ölçen Soru Gruplarından Alınan Puanlar

Olgularımızın "aşuların uygulama dozları ve verilme yolları"na ilişkin sorularda % 67.41 puan, "aşuların uygulama zamanı ve dikkat edilecek kurallar"a ilişkin sorularda % 66.64 puan yüzdeleriyle en çok bilinen soru grubunu oluşturmuşlardır. "Aşının tanım ve çeşitleri"ne ilişkin sorularda % 57.06 puan, "aşuların saklanması"na ilişkin % 40.13, "aşuların reaksiyon ve kontrendikasyonları"na ilişkin sorularda % 38.44 puan elde etmişlerdir (grafik 1).



Grafik 1: Olguların Soru Gruplarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımları

Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verilen Yanıtlar

Olguların % 92.0 (138 kişi) gibi büyük bir çoğunluğu 0-6 yaş çocuğuna uygulanan temel aşuları bilmesine karşın, aşuların tanımını bilmede % 48.0 (72 kişi), aşı tiplerini bilmede % 50.0 (75 kişi) gibi bir başarı göstermişlerdir. Aşı çeşitlerine verilen yanıtlara göre en fazla bilinen % 74.7 (112 kişi) oranda canlı aşı, en az bilinen % 24.7 (37 kişi) oranında toksoid aşı çeşitleri olmuştur. Çeşitli aşuların buzdolabında bir ay süreyle saklanma yerlerini bilmede en fazla başarıyı kızamık ve polio aşularında (% 49.3), en düşük başarıyı DBT aşularında (% 5.3) ve Verem aşısında (% 11.3) elde etmişler, saklanma derecelerini bilmede ise % 46.7 gibi başarı saptanmıştır (Tablo 15).

. Aşıların yapılma zamanları sorulduğunda, verem aşısında % 99.3 (149 kişi), kızamık aşısında % 78.7 (118 kişi), DBT aşısında % 82.7 (124 kişi) oranında oldukça yüksek bir başarı sağlanmıştır.

. Aşıların verilme yollarına ilişkin sorularda başarı oranı DBT aşısında % 72.7 (109 kişi), polio aşısında % 99.3 (149 kişi), kızamık aşısında % 40.0 (60 kişi), verem aşısında ise % 47.3 (71 kişi) dir.

. Aşıların uygulama dozlarına ilişkin sorularda başarı oranı, DBT aşısında % 68.0 (102 kişi), polio aşısında % 94.7 (142 kişi), kızamık aşısında % 84.7 (127 kişi) ve verem aşısında % 16.0 (24 kişi) dir.

. "Çocuk felci ile verem aşısı aynı zamanda uygulanabilir mi?" sorusunu doğru yanıtlayanlar % 22.0 (33 kişi), çocuk felci aşısı uygulanan bir çocuğun hemen anne sütü almasında bir sakınca olup olmadığı sorusuna doğru yanıt verenler % 64.0 (96 kişi) dür.

. Aşıların uygulanmama durumlarını doğru bilmede başarı oranı % 25.3 (38 kişi) gibi çok düşük düzeyde bulunmuştur. Reaksiyonları sebebiyle 5 yaş üzeri çocuklarda temel aşı programından çıkartılan boğmaca aşısını bilenlerin oranı ise % 49.3 (74 kişi) dür.

. Kızamık salgını durumunda 8 aylık bir bebeğe kızamık aşısının yapılma zamanı sorulduğunda olgularımızın ancak % 66.0'ı (99 kişi) doğru yanıtlayabilmişlerdir. Elde olmayan sebeplerle birinci ile ikinci aşı arasındaki sürenin uzadığı durumlarda bağışıklığın sürdürülmesi için gerekli olan sürenin ne olması gerektiği sorulduğunda olgularımızın ancak % 53.3'u (80 kişi), lokal reaksiyonları bilmede ise % 40.7'si (61 kişi) başarı sağlamışlardır.

. Olgularımızın % 92.7'si (139 kişi) gebelere tetanoz aşısının yapılma nedenini bildikleri, % 74.0 (111 kişi)'nin hiç tetanoz aşısı olmamış gebe için izlenecek yolu doğru bildikleri saptanmıştır.

. Son kullanma tarihi geçmiş bir aşının kullanılmaması gerektiğini savunanların oranı ise % 93.3 (140 kişi) dür (Tablo 15).

Tablo 15: Ebe ve Hemşirelerin 0-6 Yaş Çocuğunun Bağışıklanmasına İlişkin Bilgi Sorularından Aldıkları Yanıtlara Göre Dağılımları

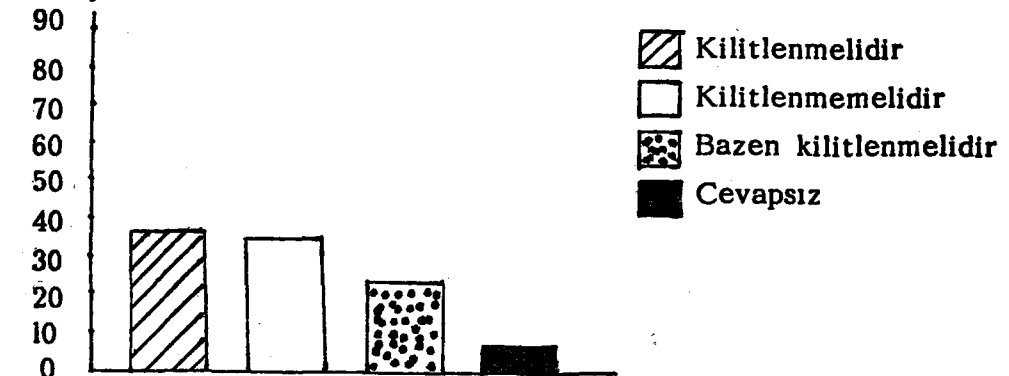
SORULAR	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
. Aşının tanımı	72	48.0	78	52.0
. Aşı tipleri	75	50.0	75	50.0
. 0-6 yaş çocuğuna uygulanan temel aşilar	138	92.0	12	8.0
. Canlı aşı çeşitleri	112	74.7	38	25.3
. Toksoid aşı çeşitleri	37	24.7	113	75.3
. Kızamık ve polio aşısının buzdolabında saklanma yeri (1 ay)	74	49.3	76	50.7
. Verem aşısının buzdolabında saklanma yeri (1 ay)	17	11.3	133	88.7
. DBT aşısının buzdolabında saklanma yeri (1 ay)	8	5.3	142	94.7
. Aşıların saklanma derecesi (1 ay)	70	46.7	80	53.3
. Aşıların saklandığı buzdolabına yiyecek-içecek konmasının sakıncası	136	90.7	14	9.3
. Verem aşısının yapılma zamanı	149	99.3	1	0.7
. Verem aşısı olmamış 2 yaşındaki bir çocuk için izlenecek yol	132	88.0	18	12.0
. Kızamık aşısının yapılma zamanı	118	78.7	32	21.3
. DBT aşısının yapılma zamanı	124	82.7	26	17.3
. DBT aşısının rapeli ile birlikte kaç kez yapıldığı	103	68.7	47	31.3
. DBT aşısının verilme yolu	109	72.7	41	27.3
. Polio aşısının verilme yolu	149	99.3	1	0.7
. Verem aşısının verilme yolu	71	47.3	79	52.7
. Kızamık aşısının verilme yolu	60	40.0	90	60.0
. DBT aşısının dozu	102	68.0	48	32.0
. Polio aşısının dozu	142	94.7	8	5.3
. Verem aşısının dozu	24	16.0	126	84.0
. Kızamık aşısının dozu	127	84.7	23	15.3
. Polio ile verem aşısının aynı anda uygulanabilirliği	33	22.0	117	78.0
. Aşının uygulanmama durumları	38	25.3	112	74.7

. 5 yaşından sonra aşı programından çıkarılan aşı	74	49.3	76	50.7
. Kızamık salgını durumunda 8 aylık bebeğe kızamık aşısının yapılma zamanı	99	66.0	51	34.0
. Elde olmayan nedenlerle uzatılabilen 1. ile 2. aşı arasındaki süre sınırı	80	53.3	70	46.7
. Lokal reaksiyonlar	61	40.7	89	59.3
. İkinci kez aşıya gelenlerden 1.aşının yaptığı reaksiyonların alınma gerekliliği	91	60.7	59	39.3
. Polio aşısı uygulanan bir çocuk anne sütünü alabilir mi	96	64.0	54	36.0
. Son kullanma tarihi geçmiş bir aşının kullanılabilirliği	140	93.3	10	6.7
. Hiç tetanoz aşısı olmamış gebe için izlenecek yol	111	74.0	39	26.0
. Gebelere tetanoz aşısının yapılma nedeni	139	92.7	11	7.3

4.3. DİĞER BULGULAR

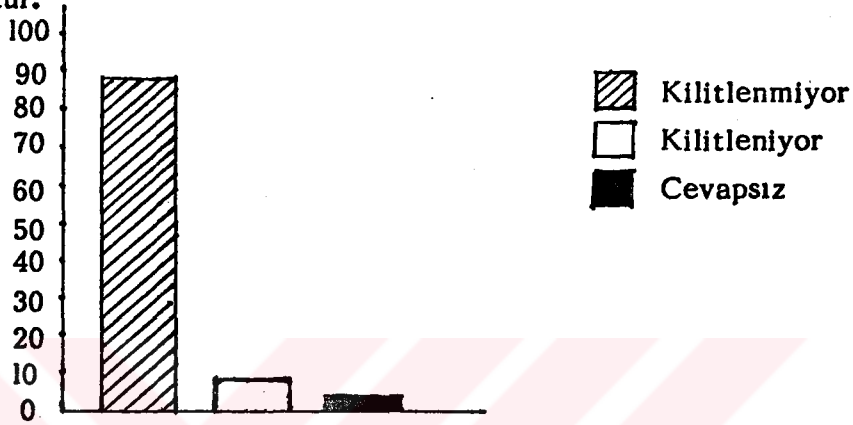
Aşıların Saklandığı Buzdolabının Kilitlenmesine İlişkin Görüşler

Grafik 2'de olguların aşıların saklandığı buzdolabının gereksiz yere açılıp kapanmasını önlemek için kilitlenmesini uygun bulup bulmama durumları gösterilmektedir. Buna göre, % 36'sı (54 kişi) kilitlenmesi gerektiğini, % 34.0'ü (51 kişi) kilitlenmemesi, % 23.3'ü (35 kişi) bazen kilitlenmesi gerektiğini belirtmişler ve % 6.7'si (10 kişi) de bu konuda herhangi bir fikir ileri sürmemiştir.



Grafik 2: Olguların Aşıların Saklandığı Buzdolabının Kilitlenmesini Uygun Bulma Durumlarına Göre Dağılımları

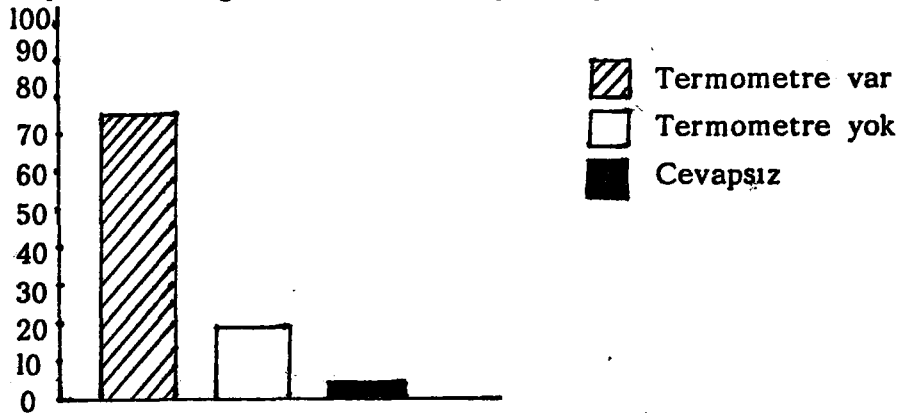
Grafik 3'de görüldüğü gibi sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde aşuların muhafazası için kullanılan buzdolaplarının kilitlendiğini söyleyen ebe ve hemşirelerin oranı % 9.3 (14 kişi), kilitlenmediğini söyleyenlerin oranı % 88.7 (133 kişi), cevapsız kalanlar ise % 2.0 (3 kişi) olarak bulunmuştur.



Grafik 3: Olguların çalıştıkları sağlık ünitelerindeki Aşuların Saklandığı Buzdolaplarının Kilitlenmesinden Haberdar Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Aşuların Saklandığı Buzdolaplarında Termometrenin Bulunma Durumu

Olguların çalıştıkları kurumlarda aşuların saklandığı buzdolaplarında termometre bulunup bulunmadığını bilenlerin dağılımları Grafik 4'de görülmektedir. Buna göre % 76.0 (114 kişi) gibi büyük bir çoğunluğu termometre bulunduğunu, % 20.0'si (30 kişi) bulunmadığını, % 4.0'nün (6 kişi) ise termometre bulunup bulunmadığını bilmedikleri saptanmıştır.



Grafik 4: Olguların Çalıştıkları Sağlık Ünitelerindeki Aşuların Saklandığı Buzdolaplarında Termometre Bulunup Bulunmadığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Aşıların Saklandığı Buzdolabının Isısının Birdenbire Düşmesini Engellemek İçin Alınan Önlemler

Olgularımızın % 50'sinin (75 kişi) önlem olarak buzdolabındaki buz kalıplarını artırdıkları, % 18.0'nin (27 kişi) hemen en yakın yerden buz temin ettikleri, % 14.7'sinin (22 kişi) buzdolabının boş yerlerine su şişeleri koydukları, % 14.7'sinin (22 kişi) Başhekim/Hekim/Başhemşire'nin direktiflerine göre hareket ettikleri, % 8.0'nin (12 kişi) hiçbir önlem almadıkları saptanmıştır.

Prospektüs Okuma Durumu

Ebe ve hemşirelerin aşıları uygulamadan önce prospektüs okuma durumları Tablo 16'da incelendiği zaman % 50'nin (75 kişi) prospektüs okuduğu, % 23.3'nün (35 kişi) okumadığı, % 24.0'nün (36 kişi) bazen okuduğu ve % 2.7'sinin (4 kişi) cevapsız kaldığı görülmektedir.

Tablo 16: Olguların Prospektüs Okuma Durumlarına Göre Dağılımları

Okuma Durumları	Sayı	%
Okuyan	75	50.0
Okumayan	35	23.3
Bazen okuyan	36	24.0
Cevapsız	4	2.7
TOPLAM	150	100.0

Aşı uygulamadan önce prospektüs okumayanların her zaman okuma sebepleri arasında en fazla oranda % 14.7 (22 kişi) aşıları bildikleri için okumayanlar gelmektedir. Prospektüslerin bazıları yabancı dille yazılı olduğu için okumadıklarını belirtenlerin oranı % 5.3 (8 kişi), Başhekim/Hekim nasıl aşı yapılması gerektiğini söyledikleri için okumaya gerek görmeyenlerin oranı ise % 2.0 (3 kişi) dir.

Bazen prospektüs okuyanların her zaman okumama sebepleri arasında "aşı ünitesinde çalışacağım zaman okurum" diyenlerin oranı % 7.3 (11 kişi), "prospektüs yabancı dille yazılı olduğu için okumuyorum" diyenler % 6.0 (9 kişi), "zamanım olursa okuyorum" diyenler % 4.7 (7 kişi), "şüpheye düştüğüm zamanlar okurum" diyenler % 2.7 (4 kişi) ve % 2.0 (3 kişi) oranında da "unutuyorum", "Başhekim/hekim/başhemşire nasıl aşı yapmamız gerektiğini söylüyor", "prospektüsü bulamıyorum" diyenler saptanmıştır.

Aşı Yapılan Kişilere "Aşı Kartı" Verme Durumu

Olgularımızın aşı uygulamaları sonrasında % 91.3 (137 kişi) gibi büyük bir bölümünün aşı kartı verdiği, % 1.3'ünün (2 kişi) vermediği, % 0.7'nin (1 kişi) bazen verdiği ve % 6.7'nin (10 kişi) ise bu soruda cevapsız kaldığı görülmektedir (Tablo 17).

Tablo 17: Olguların Aşı Kartı Verme Durumlarına Göre Dağılımları

Aşı kartı Verme Durumları	Sayı	%
Veriyorum	137	91.3
Vermiyorum	2	1.3
Bazen veriyorum	1	0.7
Cevapsız	10	6.7
TOPLAM	150	100.0

Aşıları Uyguladıktan Sonra Yan Etkilerine İlişkin Neler Yapılacağı Hakkında Aileye "Eğitim Verme" Durumu ve "Eğitimin Niteliği"

Olgularımızın % 96.0'sı (144 kişi) aşıları uyguladıktan sonra eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Böyle olmakla birlikte ebe ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun % 83.3'ünün (125 kişi) ailelere "eksik", % 0.7'sinin (1 kişi) "yanlış", ancak % 4.0'nün (6 kişi) konuya ilişkin "doğru" bilgi verdiği, % 12.0'sinin (18 kişi) ise bu konuda cevapsız olduğu bulgulanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Olguların Ailelere Verdikleri Eğitimin Niteliğine Göre Dağılımları

Eğitimin Niteliği	Sayı	%
Doğru	6	4.0
Yanlış	1	0.7
Eksik	125	83.3
Cevapsız	18	12.0
TOPLAM	150	100.0

Ateş Düşürücü İlaçları "Rutin" Önerme Durumu

Tablo 19'da görüldüğü gibi olguların % 85.3 (128 kişi) gibi büyük bir bölümünün aşı yaptıktan sonra aspirin gibi ateş düşürücü ilaçları rutin önerdiği, % 6.7'sinin (10 kişi) önermediği saptanmıştır.

Tablo 19: Olguların Aşı Yaptıktan Sonra Ateş Düşürücü İlaçları Rutin Olarak Önerme Durumlarına Göre Dağılımları

Ateş Düşürücü İlaçları Rutin Önerme Durumları	Sayı	%
Öneren	128	85.3
Önermeyen	10	6.7
Bazen öneren	10	6.7
Cevapsız	2	1.3
TOPLAM	150	100.0

Deri Dezenfeksiyonunda Kullanılan Solüsyonlar

Ebe ve hemşirelerin DBT ve kızamık aşılarını uygulamadan önce deri dezenfeksiyonunda kullandıkları solüsyonların cinsi sorulduğunda, sadece % 70'lik Alkol kullananlar % 61.3 (92 kişi), sadece % 96'lık Alkol kullananlar % 11.3 (17 kişi), iyot-% 96'lık alkol kullananlar % 10.7 (16 kişi), baş-hemşire/hekim hangi solüsyonu önerirse onu kullandıklarını belirtenler % 18.7 (28 kişi), alkol, eter karışımı kullananlar % 1.3 (2 kişi) olarak bulunmuştur.

Olgularımızın verem aşısına ilişkin kullandıkları deri antiseptiğinin cinsi sorulduğunda % 34.0 (51 kişi) gibi büyük bir bölümü herhangi bir şey kullanmaya gerek yoktur, yanıtını vermişlerdir. Diğer solüsyonları kullananlar sırasıyla, sadece % 70'lik alkol % 22.0 (33 kişi), sadece % 96'lık alkol % 7.3 (11 kişi), su ve sabun yeterlidir diyenler % 6.7 (10 kişi), elimizde hangi solüsyon mevcutsa diyenler % 6.7 (10 kişi), iyot-% 96'lık alkol kullananlar % 2 (3 kişi) oranında bulunmuştur.

Parenteral Aşıları Uygularken Kullanılan Enjektör Cinsleri

Ebe ve hemşirelerin % 91.3'ü (137 kişi) aşıları uygularken sadece bir kullanımlık plastik enjektör kullandıklarını, % 5.4'ü (8 kişi) hem cam hem plastik enjektör, % 2.0'si (3 kişi) plastik enjektörleri kaynatıp tekrar kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 20).

Tablo 20: Olguların Aşıları Uygularken Kullandıkları Enjektörlerin Cinslerine Göre Dağılımları

Kullanılan Enjektörlerin Cinsleri	Sayı	%
Bir kullanımlık plastik enjektör kullanıyorum	137	91.3
Hem cam hem plastik enjektör kullanıyorum	8	5.4
Plastik enjektörleri kaynatıp tekrar kullanıyorum	3	2.0
Cevapsız	2	1.3
TOPLAM	150	100.0

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ebeler genellikle sağlık evleri, sağlık ocakları gibi uç bölgelerde, hemşireler ise ara düzeyde çalışan sağlık personeli olarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti zincirinin ilk halkasını oluşturmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin risk gruplarına yeterli ve nitelikli olarak verilebilmesi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ebe ve hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Ülkemizde aşıyla korunabilir bulaşıcı hastalıkların önemli bir sağlık sorunu oluşturması, bağışıklama hizmetlerine olan ilgiyi artırmaktadır. Bu hizmetin etkin yürütümü ve başarıya ulaşması, bağışıklama hizmeti veren ekip üyelerinden ebe ve hemşirelerin görev tanımlarının gereği olan bilgi ve becerilerle donanık olmalarıyla sağlanabilir (17,49,64). Bu sebeple araştırmamız sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde görev ve sorumluluk alan ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ile ilgili bilgilerinin saptanması, eksiklik ve yanlışlıkların görülüp konuya ilişkin çalışmalara rehber olabilmesi amacıyla planlanmış olup elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

5.1. TANIMLAYICI BULGULARA İLİŞKİN TARTIŞMA

Tablo 1'de görüldüğü gibi olgularımızın % 45.3'ü Ana-çocuk sağlığı merkezinde çalışmakta olup % 41.3'ü Ebe'dir. Ebelerin büyük bir bölümü (% 54.16 ve % 52.94) sağlık ocaklarında, Hemşirelerin % 50.0'si ise Ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışmaktadır. Bu bulgular ülkemiz sağlık politikası ile ebe ve hemşirelerin eğitim amaçlarıyla aynı doğrultudadır. Ülkemizde temel sağlık hizmetleri alanında ebelere ayrılan kadro oranı % 82'dir. Buna göre Temel Sağlık Hizmetleri alanında yararlanılan temel insan gücü unsurunu yüksek oranda "Ebeler" oluşturmaktadır (17,43,64).

Araştırmamız kapsamındaki ebe ve hemşirelerin % 51.3'ü sağlık lisesi, % 47.3'ü sağlık okulu ve % 1.3'ü hemşirelik yüksek okulu önlisans mezunudur (Tablo 2). Bu sonuç bize hemşirelik yüksek okulu mezunlarının koruyucu sağlık hizmetlerinde yok denilecek kadar az bir oranda çalıştıklarını göstermektedir. Yüksekokul mezunu hemşirelerin bu alanda çalışmayı tercih etmeyişlerinin nedeni olarak ülkemizde henüz koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışmanın benimsenmeyişi gösterilebilir. Bulgularımızın doğrultusunda olarak, Bayık'ın çalışma bulgularında da hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinden sadece % 6.8'i mezuniyetten sonra koruyucu sağlık hizmetleri sunan kurumlarda çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (8). Şentürk ve arkadaşlarının çalışmalarında da hemşirelik yüksek okulu öğrencileri mezuniyet sonrası daha çok klinik alanda yoğun bakım gerektiren cerrahi, doğum, dahiliye...vb. alanlarda çalışmak, yönetici ya da öğretmen hemşire olmak istediklerini belirtmişlerdir (66). Seviğ'in yaptığı çalışmada ise çok düşük bir oranla hemşirelerin ancak % 15'i, ebelerin % 24'ü sağlık ocaklarında çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (64).

Olgularımızın % 58.7'si (88 kişi) mesleklerinde 10 yıl ve üzeri deneyim süresine sahip olmaları, çalışma grubumuzun çok genç ebe ve hemşirelerden oluşmadığını göstermektedir (Tablo 3). Aynı tabloda olgularımızın halk sağlığı alanındaki mesleki deneyim yıllarına baktığımızda % 48.0 (72 kişi) gibi yarıya yakın bir oranda 1-5 yıllık, % 26.7'sinin (40 kişi) de 10 yıl ve üzeri yıla sahip oldukları görülmektedir. Bu oran ve yıllar koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimin kazanılması için azımsanamayacak sayılardır. Ancak bu alanda çalışmanın daha sonraki yıllarda tercih edilmesinde tedavi hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere shift sistemi çalışma koşullarının zamanla ağır gelmesi ve sosyal zorlanmaların bu yönde eğilime neden olabilecekleri gösterilebilir.

Olgularımızın % 80.0 (120 kişi) gibi büyük bir bölümü mesleklerini sevmelerine rağmen, % 49.3'ünün (74 kişi) kurumdaki görevlerinden memnun olmadıkları saptanmıştır (Tablo 4,5). Bu bulgularda mesleği sevmek ve görevden memnun olmak gibi iki olayı yaşıyoruz. Köknel'e göre çeşitli meslek sahiplerinde kendi iş dallarına ilişkin memnuniyetsizlik % 45.0'den fazladır. Çeşitli işlerde çalışanların % 40.0'ı bir başka mesleğin özlemi içindedir (48). Bizim bulgu sonucumuz bu literatür bilgisini kanıtlayıcı niteliktedir.

Çalışmamızda kurumdaki görevinden memnun olmayan ebe ve hemşirelerin memnun olmama sebepleri sorulduğunda % 37.3'ü (56 kişi) "Ekonomik kazancın düşük olması", % 25.3'ü (38 kişi) "sosyal olanakların azlığı", % 17.3'ü (26 kişi) "Kurumdaki organizasyon bozukluğu" ve "ev ziyaretlerinin çok yorduğu", % 16.0'sı (24 kişi) "Hekim/hemşire-ebe ilişkilerini beğenmediği", % 14.0'ü (21 kişi) "toplumun mesleğim hakkındaki düşünceleri beni etkiliyor", % 11.3'ü (17 kişi) "Ebe/hemşirelikte umduğumu bulamadım", % 9.3'ü (14 kişi) "tedavi hizmetleriyle ilgili başka bir kurumda gece nöbeti tutmak" şeklinde belirtmişlerdir. Erdil'in, Oktay ve arkadaşlarının, Erefe ve arkadaşlarının yaptıkları benzer çalışmalarda, hemşirelerin ücret yetersizliğini, iş doyumunu olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun olarak saptamaları ve çeşitli literatürlerde de ebe ve hemşirelerin özlük haklarının ve aldıkları ücretin yetersiz olduğunun ifade edilmesi bulgularımızı desteklemektedir (26,27,48,51). Sever'in çalışma bulgularına göre ise hemşirelerin görevlerinden memnun olmalarında % 50.0'den fazlası sosyal olanakların yetersiz olduğunu, % 48.0'i organizasyon bozukluğu ile ilgili sorunların varlığını belirtmişlerdir. Gerçekten de, ulaşım, kreş...gibi sosyal olanakların yetersiz olması, kurum içinde görevlendirmelerin kişilerin bilgi ve becerileri doğrultusunda planlanmaması çalışanların görevlerine karşı ilgilerinin ve sevgilerinin azalmasına, kişiler arası ilişkilerin bozulmasına yol açmakta ve iş verimini düşürmektedir (43).

Hemşirelerin görevlerinde gelişim yaratacak eğitime ihtiyaçları olduğunun farkedilmesi olayı yeni değildir ve bu eğitimin organizasyonu dışındaki sorumluluk kişisel olarak hemşireye ve ebeye bağlıdır (70). Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrası "0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşilar" ile ilgili konularda herhangi bir eğitim programı alma durumları Tablo 6'da görüldüğü gibi, olgularımızın % 56.7'sinin (85 kişi) konuya ilişkin eğitim almaları konunun sağlıklı bir biçimde sonuçlandırılmasının, ebe ve hemşirelerin sorumluluğunda olduğunun bir göstergesidir. Çalışmamızda ayrıca eğitim programlarından herhangi birisini alanların eğitim türleri incelendiğinde, % 31.3'nün (47 kişi) kurum-İçi "hizmet-İçi eğitim", % 18.0'nin (27 kişi) kurum dışı "seminer", % 11.3'nün (17 kişi) kısa süreli "kurs", % 5.3'nün (8 kişi) "workshop" programına katıldıkları bulgulanmıştır. Sürekli yapılması arzu edilen bu programların çalışmamız bulgularına göre, sağlık

kurumlarında hizmet-içi eğitim programlarının diğerlerine göre daha fazla yapıldığı söylenebilir. Ancak bu eğitim programları günümüz Türkiye'sinde olayı sağlıklı bir biçimde uygulamaya sokamadığından konuyu istenilen düzeye getirememiştir.

5.2. EBE ve HEMŞİRELERİN BİLGİ PUANLARINA İLİŞKİN TARTIŞMA

Olgularımızın çalıştıkları sağlık kurumlarına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde Ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışanların bilgi puan ortalamaları 59.24 ± 11.40 , doğrudan S.S.Y.B.'na bağlı sağlık ocaklarında çalışanların 57.01 ± 10.02 , S.S.Y.B. ile işbirliği halinde olan İstanbul Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı sağlık ocaklarında çalışanların ise 60.98 ± 10.96 olarak saptandığı görülmektedir (Tablo 7). Buna göre çalışılan kurumların nitelikleri ile ebe ve hemşirelerin konuya ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Özellikle üniversite bünyesindeki sağlık ocakları gelişime açık kuruluşlar olmasına rağmen kapsamındaki ebe ve hemşirelerin bu olanaklardan yararlandırılmadıklarını, daha kötüsü olgularımızın yararlanmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca Ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi tek görevli örgütlenmenin en önemli yararı olan, hizmeti veren personelin bir alanda uzmanlaşacağı görüşü mevcutsa da bizim bulgularımıza uygunluk göstermemektedir (34). Ayrıca Yürekli ve Conk'un benzer çalışmalarında da kurumların niteliklerine göre bilgi puanları arasındaki farkın anlamlı bulunmamış olması bizim bulgularımızı desteklemektedir (20,80).

Konuya ilişkin bilgi puan ortalamaları olgularımızın "Ebe" ya da "Hemşire" olma durumları ile değerlendirildiğinde, Tablo 8'de görüldüğü gibi, ebelerin 56.83 ± 10.02 , hemşirelerin 60.93 ± 10.09 , ebe-hemşirelerin 64.59 ± 10.70 , yardımcı hemşirelerin 46.66 ± 10.77 oranında puana sahip oldukları bulunmuştur. Olgularımızın ebe ya da hemşire olma durumlarına göre bilgi puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda "Ebeler ile hemşireler", "ebeler ile Ebe-hemşireler", "Ebeler ile yardımcı hemşireler" arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Aynı şekilde beklentimiz doğrultusunda olarak "Yardımcı hemşireler ile ebe-hemşireler" ve "Yardımcı

hemşireler ile hemşireler" arasında fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu sonuç ülkemizde orta dereceli mesleki öğretim yapan ve sağlık kuruluşlarımıza belli bir dönem mezun vermiş olan sağlık okullarının mesleki öğretimdeki başarısızlığını bir kere daha vurgulamaktadır.

Olgularımızın temel mesleki eğitimlerine göre bilgi puan ortalamalarının incelenmesinde, "sağlık lisesi mezunları"nın 61.84 ± 10.35 , "sağlık okulu mezunları"nın ise 55.54 ± 10.60 oranında bilgi puanı sergiledikleri ve de aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık bulunduğu görülmektedir ($p < 0.001$) (Tablo 9). Bu sonuç Tablo 8'deki gibi beklentimiz doğrultusundadır. Ancak hemşirelik yüksek okulu önlisans mezunlarının bilgi puan ortalamaları 66.25 ± 11.66 gibi diğerlerine göre yüksek bulunmakla birlikte N sayısı (2 kişi) yetersiz olduğundan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sağlık elemanlarının çeşitli düzeylerde aldıkları eğitim, sağlık hizmetlerinin biçimlenmesinde önemli bir araçtır. Ülkemizdeki hemşire, ebe sayısındaki büyük yetersizlik sebebiyle yıllarca çeşitli seviyelerde ebe ve hemşire yetiştirilmiştir. Ancak bu kişilere verilen eğitim götürecekleri hizmete uygun biçimde verilememektedir. Konunun daha acı yönü geçmiş yıllarda ebelik ve hemşirelik olgusu önemsenmemiş, rol tanımı yapılmamış ve mezuniyet sonrası mesleki gelişimleri ile ilgili girişimlerde geç kalınmıştır. Bunlar, bu sonu hazırlayıcı birer etkendirler (5,35).

Olgularımızın konuya ilişkin bilgi puan ortalamalarını olumsuz yönde etkileyen diğer bir durum da çalışma sürelerinin uzunluğudur (Tablo 10). Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan olgularımızın bilgi puan ortalamaları 61.97 ± 10.26 , 6-10 yıl olanların 59.28 ± 10.70 , 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanların ise 58.05 ± 11.13 olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak olgularımızın halk sağlığı alanındaki deneyimleri ile bilgi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin araştırılmasında, olayı olumsuz yönde etkileyen çalışma yıllarının azlığı olmuştur (Tablo 11). 1 yıldan az deneyime sahip olanların bilgi puan ortalamaları 54.38 ± 8.40 olup, 59.96 ± 10.95 oranında bilgi puanına sahip 10 yıl ve üzeri olanlar arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Olgularımızın bilgi düzeyini olumlu

yönde etkileyeceği düşünülerek incelenen bu iki değişkenin bilgi puanını etkilemediği görülmüştür. Bulgu sonuçlarımız ebelik ya da hemşirelikle ilgili çeşitli araştırmalardaki bulgularla paralellik göstermektedir. Akbal'ın, Conk'un, Fadiloğlu'nun ve Postacıoğlu'nun yaptıkları çalışmalarda da deneyim yılının uzunluğu bilgi puanlarını etkilememiştir (1,20,33,57). Ayrıca Kubilay'ın yaptığı araştırmasında köy ebelerinin yaşlarının ve hizmet sürelerinin artmasının bilgilerini artırıcı faktörler olarak gözlemiş olması bizim bulgularımıza uygunluk göstermemektedir (45). Bizim bulgu sonucunun nedeni, ebe ve hemşirelerin genelde okuma alışkanlıklarının olmaması, mesleki gelişimin arayışı içine hiç girmemeleri, sağlık ünitelerinde faydalanabilecek bir kitaplığın bulunmaması ve hizmet içi eğitim programlarının etkin ve disiplinli bir biçimde uygulanmamasına bağlanabilir.

Tablo 12'de görüldüğü gibi olgularımızın % 80.0'i (120 kişi) mesleklerini sevmelerine rağmen bilgi puan ortalamaları 58.30 ± 10.95 olup, sevmeyen % 20.0 (30 kişi) oranındaki grubun bilgi puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Görülüyor ki, ebe ve hemşirelerin mesleklerini sevmeleri, görevleri ile ilgili bilgi birikimlerine, uygulamalarına, kısacası hizmetlerini daha sağlıklı sunmalarına etkili olmamıştır. Bu durumu, meslek ruhu ile görev bilincinin henüz bütünleşmediğinin bir göstergesi olarak kabul edebiliriz.

Aynı şekilde, kişilerin işlerini severek yapmalarının başarılı olmayı etkileyen önemli bir faktör olduğu varsayımı ile, ebe ve hemşirelerin kurumdaki görevlerinden memnun olup olmama durumlarına göre bilgi puan ortalamalarını incelediğimizde, aralarında çok az bir fark olmakla birlikte, bulgu sonucumuz ilgili varsayım doğrultusunda bulunmamıştır (Tablo 13). Kurumdaki görevinden memnun olanların (% 50.7) bilgi puan ortalamaları 59.23 ± 11.49 , memnun olmayanların (% 49.3) ise 58.60 ± 10.34 olarak bulunmuştur. Bilgi puanları yönünden aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının yanısıra beklenen sonucun da altında bulunmuştur. Akbal'ın araştırmasında, kurumdaki görevinden memnun olan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının memnun olmayanlara göre daha yüksek bulunması, bizim bulgularla uygunluk göstermemektedir (1).

Yapılan çeşitli araştırmalarda ebe ve hemşirelerin sürekli eğitimi ve denetimi ile bilgi eksikliğinin giderilebileceği gösterilmiştir (17). Olgularımızın bilgi düzeylerine etkisi olabileceği düşünülen mezuniyet sonrası kurum içinde veya dışında eğitim programı alanların bilgi puan ortalamaları 59.20 ± 10.63 , eğitim almayanların 58.56 ± 11.33 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 14). Bulgu sonucumuz mezuniyet sonrası eğitimin etkinliğini ortaya çıkaran bazı çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Kubilay'ın yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelere sürekli görev-içi eğitim yapılmasının bağışıklamada da dahil olmak üzere çocuk sağlığına ilişkin bilgilerini yükselttiği bulunmuştur (45). Bulut'un yaptığı benzer çalışmada ise ebelerin ana-çocuk sağlığına ilişkin bilgilerinin hizmet içi eğitim programları ile arttığı saptanmıştır (17). Ancak, temel eğitimleri ve eğitim süreleri farklı olmasına rağmen ebe ve hemşirelere çocukların temel bağışıklanmasına yönelik mezuniyet sonrası sürekli eğitimin ve denetimin yapılmaması, onlara okulda kazandıkları bilgileri unutturmakta ve giderek bilgilerinin azalmasına yol açmaktadır.

Araştırma konumuzun bir diğer bulgusu ve belki günümüz koşullarında en gerekli kısmını kapsayan, aşılama olayının özü ile ilgili tarafıdır ki, olgularımızın Grafik 1'de görüldüğü gibi A grubu sorulardan elde ettikleri başarı yüzdesi 57.06 ile "Aşının tanım ve çeşitlerine ilişkin bilgileri" orta düzeydedir. Bu bulgu yanında olgularımızın % 92'sinin (138 kişi) 0-6 yaş çocuğuna uygulanan temel aşuları bilmesi sevindiricidir. Aşı çeşitlerine verilen yanıtta ise en az bilinen "toksoid aşı" çeşitleri olmuştur (% 24.7) (Tablo 15). Ebe ve hemşirelerin en azından aşının ne olduğu hakkında fikir sahibi olmaları, yapacakları aşının ne tip bir aşı olduğunu ve özelliklerini bilmeleri gerekir görüşü ve ilkesine, bulgu sonucumuz cevap verebilmekte, doğrulamaktadır.

Olgularımızın B grubu sorulardan aldıkları puanların yüzdesi 40.13 ile "Aşıların saklanması" konusundaki bilgileri orta düzeyin oldukça altındadır (Grafik 1). Daha açık bir ifadeyle, ebe ve hemşirelerin aşıların 1 ay süreyle buzdolabında saklanma derecelerini bilenlerin oranı % 46.7 (70 kişi) olup, aşılarla özgü buzdolabında muhafaza yerleri sorulduğunda en az

bildikleri verem aşısı (% 11.3) ve DBT aşısı (% 5.3) olmuştur (Tablo 15). Dedeoğlu'nun benzer doğrultudaki araştırmasında soğuk zincir koşullarına uyulmadığını ve DBT aşılarının dondurulmakta olduğunu saptamış olması bizim bulgularımızı desteklemektedir (22).

Olgularımızın C grubu soruları oluşturan, "Aşıların uygulama zamanı ve dikkat edilecek kurallar"da aldıkları puan yüzdesi 66.64 ile konunun hemşirelikle ilgisi açısından sevindiricidir. D grubu soruları kapsayan "Aşıların uygulama dozları ve verilme yolları" konusunda aldıkları puan yüzdesi 67.41 ile en çok bilinen soru grubunu oluşturmuştur (Grafik 1). Bu sonuçla birlikte Tablo 15'de görüldüğü gibi verem aşısının verilme yolunu doğru bilenlerin oranı % 47.3 (71 kişi), verem aşısının dozunu doğru bilenlerin oranı ise % 16.0 (24) dir. Ülkemizde BCG aşılamaalarının daha çok Verem Savaş Dispanserlerince yürütülmesi, aşının deri içine (ID) verilmesi biraz da el becerisi gerektirdiğinden sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde genelde verem aşısı kursu görmüş ebe ve hemşirelerin yapmaları bu olumsuz sonucu doğurmuş olabilir. İlk bakışta uygulama sıklığının olgularımızda, aşıların uygulama zamanları, dozları ve verilme yollarına ilişkin bilgilerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülecek olursa, bizim çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin bilgilerinin yetersizliğini uygulama azlığına bağlayabiliriz. Ayrıca ebelik ve hemşirelik eğitimi veren okullarda uygulamalı öğretimde her öğrencinin eşit olarak öğrenim deneyimlerinden faydalanamaması diğer bir neden olarak gösterilebilir.

Ebe ve hemşirelerin E grubu sorulardan aldıkları puanların yüzdesi 38.44 olup, "Aşıların reaksiyon ve kontrendikasyonları"na ilişkin bilgilerinin çok düşük olduğunu göstermektedir (Grafik 1). Ayrıca olgularımızın ancak % 25.3'nün (38 kişi) aşının uygulanmama durumlarını, % 40.7'sinin (61 kişi) lokal reaksiyonları doğru bilmeleri, en kuramsal ve bilimsel gözleme dayalı içeriğe sahip bu konularda başarısızlık beklentimiz doğrultusundadır (Tablo 15).

Olgularımızın "Gebelere tetanoz aşısının yapılma nedenini bilenlerin oranının % 92.7 (139 kişi) ve "hiç tetanoz aşısı olmamış gebe için izlenecek yolu" doğru yanıtlayanların % 74.0 (111) olması, ebe ve hemşirelerin

çocuk sağlığını önemli ölçüde etkileyebilecek bir olayda bilgilerinin yeterli olduğunu göstermektedir.

5.3. DİĞER BULGULARA İLİŞKİN TARTIŞMA

Aşıların sıcaklığa karşı duyarlılıkları farklıdır. Soğuk zincirdeki kırılmalar her zaman ve her düzeyde meydana gelebilir. Aşı uygulamalarında soğuk zincirde kırılmanın en önemli nedeni aşıların muhafazasında buzdolaplarının hatalı kullanılmasıdır. Buzdolabının bir günde açılıp kapatılması 20'yi geçmemelidir, bu nedenle aşıların muhafaza edildiği buzdolabına kesinlikle hiçbir yiyecek ve içecek malzemesi konmamalı, aşı uygulama zamanları dışında buzdolabı sürekli kilitli (eldeki olanaklar ölçüsünde) tutularak gereksiz yere açılması önlenmelidir (25,59,65). Aşı ünitesinde çalışan ebe ve hemşirelerin bu konudaki fikirlerinin davranışlarına yansıtacağı düşünülecek, olgularımıza aşıların saklandığı buzdolaplarının kilitlenmesini uygun bulup bulmadıkları sorulmuş ve ancak % 36.0'sı (54 kişi) kilitlenmelidir yanıtını vermişlerdir (Grafik 2). Bu durum bize ebe ve hemşirelerin buzdolaplarının kapısının fazla açılmasıyla, ısının düşeceğinin farkında olmadıklarını, kilitlenme nedenini bilmediklerini ve buzdolaplarını amaç dışı kullanma eğilimlerinin yaygın olduğunu göstermektedir.

Konuya devamla, olgularımızın çalıştıkları sağlık kurumlarında aşıların muhafazası için kullandıkları buzdolaplarının kilitlenme durumlarının ve termometrenin bulunup bulunmadığının farkında olma durumları incelendiğinde, % 88.7'si (133 kişi) buzdolaplarının kilitlenmediğini, % 76.0'sı (114 kişi) ise termometre bulunduğunu belirtmişlerdir (Grafik 3,4). Çalışmamızda aynı zamanda olgularımızın sağlık ünitelerindeki buzdolaplarının ısı ayar bölümü (termostat) ile termometreyi karıştırdıkları gözlenmiştir. Her ne kadar soğuk zincir malzemelerindeki yetersizlikler doğrudan ebe ve hemşirelerin sorumluluğunda olmasa da, eldeki mevcut olanakların en iyi biçimde kullanılması, yetersizliklerin olanaklar ölçüsünde giderilmeye çalışılması ve soğuk zincir malzemelerinin iyi bilinmesi olgularımızın doğrudan sorumluluk alabileceği faaliyetlerdir.

Aynı zamanda çalışmamız kapsamındaki ebe ve hemşirelerin aşılardan muhafaza edildiği buzdolabının ısısının birdenbire düşmesini engellemek için alınan önlemlerde % 50.0'sinin (75 kişi) "buz kalıplarını artırdıklarını", % 18.0'nin (27 kişi) "hemen en yakın yerden buz temin ettiklerini", % 14.7'nin (22 kişi) "buzdolabının boş yerlerine su şişelerini koyduklarını ifade etmeleri, olgularımızın büyük çoğunluğunun ısı düşmesini engellemek için alınması gereken önlemler hakkında bilinçli olmaları ve konuyla ilgili doğru kararlar alabilmeleri sevindirici bir durumdur. Bununla birlikte, olgularımızın % 14.7'sinin (22 kişi) "başhekim-hekim-başhemşirenin direktiflerine göre hareket ettiklerini" ifade etmeleri, ebe ve hemşirelerin bir bölümünün bağımlı ve bağımsız işlevlerini bir ölçüde de olsa karıştırabildiklerini vurgulamaktadır.

Aşılarla ilgili çeşitli literatürlerin en önemli kısmı bizim için aşılardan uygulamaları hemşirenin dikkat etmesi gereken hususlardır. Buradaki temel ilke "ebe ve hemşire aşı prospektüsünü okumalıdır" (50,59,76). Bu tür bir uyarım yaygınlığına rağmen çalışmamız içeriğindeki ebe ve hemşirelerin aşılardan uygulamadan önce prospektüs okuma durumlarını incelediğimizde ancak % 50.0'sinin (75 kişi) okuduğu görülmüştür (Tablo 16). Tüm iyimserliğimizle olaydaki % 50.0 sonuç, olgularımızın konuya birçok yönden sağlıklı baktıklarını irdelemektedir. Ancak prospektüs okumayanların okumama nedenleri incelendiğinde % 14.7'sinin (22 kişi) "aşılardan bildikleri için okumadıklarını" ifade etmeleri, olgularımızın kendi bilgilerini yeterli bulduklarını ve yeni gelişmelere açık olmadıklarını göstermektedir. Oysa birer sağlık disiplini olan ebe ve hemşirelerin mesleklerini yaparlarken her zaman yeni gelişmelere açık olmaları gerektiği literatür bilgilerinde vurgulanmaktadır (75,80).

Ülkemizde aşı kampanyası sonrası yapılan araştırmalarda, kampanya sonrası aşılardan kaydı ve belgelendirilmesi ile bunların saklanması konusundaki eğitimi yeterli olmadığı, kampanya bitiminde çocukların sadece % 40'ında "Aşı kartı" bulunduğu saptanmıştır (72). Bizim araştırmamızda ise ebe ve hemşirelerin % 91.3 (137 kişi) gibi büyük bir bölümünün aşı uygulamaları sonunda aşılanan kişilere aşı kartı verdiklerini söylemeleri (Tablo

17) olgularımızın aşuların kaydı ve belgelendirilmesi hakkında bilinçli olduklarını vurgulamaktadır.

0-6 yaş grubu çocuklarının temel bağışıklanma programlarında önemli hususlardan bir diğeri de konuya ilişkin sağlık eğitimi uygulamalarıdır. Aşı uygulamalarından önce ve sonra ebe ve hemşirelerin daha önceki aşuların yaptıkları reaksiyonlar hakkında bilgi almaları ve gerekli durumlarda anneleri uyarmaları, önerilerde bulunmaları, konunun ülke düzeyinde başarıya ulaşmasında önemli etkenlerden biri olacaktır (7). Ancak bizim çalışmamızda olgularımızın % 83.3'ünün (125 kişi) aşuları uyguladıktan sonra yan etkilerine ilişkin neler yapılacağı konusunda aileye eksik bilgi vermeleri konuya ilişkin literatür bilgisi ile ters düşmektedir (Tablo 18).

Konuya devamla, olgularımızın % 85.3 (128 kişi) gibi büyük bir bölümünün aşı sonrası ateş düşürücü ilaçları ve özellikle "Aspirin"i rutin olarak önerdikleri saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgulardan, araştırma kapsamındaki ebe ve hemşirelerin yeni yayınları izlemedikleri ve son gelişmelerden haberdar olmadıkları bir kez daha ortaya çıkmış olup bu eğitsel işlevi mekanik olarak sürdürdükleri söylenebilir. Dünya Sağlık Örgütü, çocuk bağışıklama programlarında antipiretiklerin ve analjeziklerin profilaktik etkisi kanıtlanmadığından bu tür ilaçların rutin bir şekilde kullanılmamasını önermektedir. Yalnızca tek bir araştırma, DBT bağışıklamasından hemen önce verilen acetaminophen'in, aşıdan sonraki 6 saat içinde ateşi azalttığına işaret etmektedir. Lokal reaksiyonları azalttığını gösterir bir araştırma mevcut değildir. Ayrıca bu ilaçlarla ilişkili hiperpireksi, reye sendromu ve aşırı doz tehlikesi gibi bazı riskler olup, bağışıklama programlarına önemli mali ve eğitsel sonuçlar yüklemektedir (65). Bulgu sonucumuz ilgili literatür doğrultusunda değildir.

Bakteriyel enfeksiyonlardan ve hepatitten korunmak için aşuların steril ve aseptik şartlarda kullanılması, basit olarak temizleme ve steril malzemelerin kullanılması ile sağlanabilir (4). DBT ve kızamık aşularını uygulamadan önce olgularımızın % 61.3'ünün (92 kişi) % 70'lik Alkol kullandıklarını saptamış olmamız bizce olumlu bir bulgu olmakla birlikte, % 11.3

nün (17 kişi) % 96.lık Alkol, % 18.7'sinin (28 kişi) başhemşire/hekim hangi solüsyonu verirse onu kullandıklarını ifade etmeleri olgularımızın bir grubunun kullandıkları solüsyonların bilincinde olmadan, oranlarına ve özelliklerine dikkat etmeden kullandıklarını göstermektedir.

Aynı şekilde verem aşısına ilişkin deri antiseptiği konusunda, olgularımızın % 34.0'nün (51 kişi) "herhangi bir şey kullanmaya gerek olmadığını", % 6.7'sinin (10 kişi) "su ve sabunun yeterli olduğunu belirtmeleri, ebe ve hemşirelerin eski bilgilere sahip olduklarını ve hiç bir deri antiseptiğinin bulunmadığı durumlarda yapılabilecek uygulamalara ilişkin bilgiye sahip oldukları söylenebilir.

Deri dezenfeksiyonlarına ilişkin ebe ve hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını yetersiz bulmakla birlikte, % 91.3'nün (137 kişi) aşıları uygularken "bir kullanımlık plastik enjektör" kullanmaları (Tablo 20), bakteriyel enfeksiyonları önlemede steril malzemelerin gerekliliğini kavradıklarını göstermektedir. Ayrıca bu sonuç ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde giderek daha çağdaş tıbbi malzemelerin kullanım olanaklarının sağlandığının ve arttığının da bir göstergesidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu çalışmada, sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin "0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşilar" ile ilgili bilgileri ve bu bilgilerini etkileyebilecek etkenler araştırılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir :

- Araştırma kapsamına giren olgularımızın % 41.3'ü Ebe olup, % 45.3'ü ana-çocuk sağlığı merkezinde çalışmaktadır. % 51.3'ü sağlık lisesi, % 47.3'ü sağlık okulu mezunudur.

- Olgularımızın % 58.7 gibi çoğunluğu 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime, % 48.0'i ise 1-5 yıllık halk sağlığı alanında deneyime sahiptir.

- Mesleğini seven ebe ve hemşirelerin oranı % 80.0 olmakla birlikte kurumdaki görevinden memnun olmayanların oranı % 50.7'dir.

- Mezuniyet sonrası 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşilar ile ilgili herhangi bir eğitim programı alanların oranı % 56.7'dir.

- Ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş çocuğunun bağışıklanması ve aşilara ilişkin bilgi puan ortalamalarını çalıştıkları sağlık ünitelerinin (sağlık ocağı ve ana-çocuk sağlığı merkezi) etkilemediği bulgulanmıştır.

- Olgularımızın Ebe ya da Hemşire olma durumuna göre bilgi puanları yönünden "ebelerin ve yardımcı hemşirelerin" aldıkları puanlar "hemşire ve ebe-hemşirelere" göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

- Temel mesleki eğitimin bilgi düzeylerine etki ettiği, buna göre de beklenen varsayım doğrultusunda sağlık okulu mezunlarının bilgi puanları sağlık lisesi mezunlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Bilgi düzeyini olumlu yönde etkileyeceği düşünülen "mesleki deneyim, halk sağlığı alanındaki çalışma süresi, mesleği sevme, kurumdaki görevden memnun olma ve kurum içi-dışı mezuniyet sonrası eğitim programı alma" durumlarının bilgi puanlarına etki etmediği bulgulanmıştır.

- Bilgi düzeyini ölçen soru gruplarından alınan puanlara göre en fazla başarı oranı "aşuların uygulanma zamanları" ile "aşuların uygulama dozları ve verilme yolları"na ilişkin olup, olgularımızın genelde bu konularda bilgileri iyi seviyede bulunmuştur. Bunun yanı sıra ebe ve hemşirelerin genelde doz hesaplarını karıştırdıkları, bilimsel tarzda bulunmayan ifadeler kullandıkları (mercimek tanesi büyüklüğü kadar, yarım...gibi) ve uygulama yöntemleri arasında da intradermik, intramusküler, sübkütan enjeksiyon terimlerine yabancı oldukları ve uzun süreli uygulamalar sonucu motor bilgi ve beceri kazandıkları gözlenmiştir.

"Aşuların tanım ve çeşitleri"ne ilişkin orta düzeyde bir başarı, "aşuların saklanması" ile "aşuların reaksiyon ve kontrendikasyonları"na ilişkin sorularda ise çok düşük bir başarı elde etmişlerdir.

- Olgularımızın soğuk zincir malzemeleri hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu, aşuların muhafaza edildiği buzdolaplarının kilitlemesi gerektiği konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları saptanmış olup, termometre ile termostatı (ısı ayar bölümü) karıştırdıkları gözlenmiştir.

- Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin % 50.0'si aşuları uygulamadan önce prospektüs okuduklarını ifade etmeleri sevindirici bir sonuçtur. Prospektüs okumayanların ise okumama sebepleri arasında, ebe ve hemşirelerin bilgilerini yeterli bulmaları, yöneticilerinin direktiflerine bağlı kalmaları, prospektüslerin yabancı dille yazılı olmasından okuyamadıkları ve zamanları olursa okuyabildikleri yer almıştır.

- Olgularımızın aşı uygulamalarında parenteral aşıları uygularken bir kullanımlık plastik enjektör kullananların ve uygulama sonrası aşılanarlara aşı kartı verenlerin oranı % 91.3 (137 kişi) olarak bulunmuştur.

- Olgularımızın % 96.0'sının (144 kişi) aşıları uyguladıktan sonra ailelere sağlık eğitimi yaptıkları, ancak % 83.3'nün (125 kişi) "eksik eğitim" verdikleri, ayrıca ateş düşürücü ilaçlardan Aspirini % 85.3 (128 kişi) gibi büyük bir çoğunluğunun "rutin olarak" önerdiği bulgulanmıştır.

- Deri dezenfeksiyonunda kullanılan solüsyonlardan % 70'lık alkolün genellikle bilinen ve en çok kullanılan solüsyon olduğu bunun yanısıra dezenfektan solüsyonların özellikleri, aşıların uygulama yöntemlerine özgü nasıl ve hangi oranda kullanılacağı konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve gelişigüzel uyguladıkları saptanmıştır.

Öneriler

Sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşması ve gelişmesi, sağlık personelinin bilgi tutum ve yetenekleri ile sağlık örgütünün yapısına bağlıdır. Tutum ve yetenekleri değiştirip istendik duruma getirmenin en etkin yolu eğitimidir. Birçok sağlık sorunlarında olduğu gibi çocuk sağlığı sorunlarının da çözümlenmesinde yeterli sayıda ve nitelikte eğitim görmüş personele gereksinim vardır. Ülkemizde bağışıklama hizmetlerinde önemli görev ve sorumluluklar alan ebe ve hemşirelerin hizmet vereceği gruba yönelik eğitilmesi, kendi uzmanlık alanlarında çalışmalarının sağlanması ve bunu destekleyen denetimin yapılması öncelikle ele alınabilecek konulardan olmalıdır. Çalışma grubumuzu oluşturan ebe ve hemşirelerin bağışıklanma ve aşılar konusundaki bilgilenmelerini artırmak için;

1. Ebe ve hemşirelerin temel mesleki eğitimlerine önem verilmelidir:

Hemşirelik ve ebelik eğitimi veren okulların tümünün liseye temellendirilmiş ve üniversiter düzeyde mezunlar vermesi bir ölçüde de olsa çocuk sağlığı sorunlarının üstesinden gelebilen, kendine güvenen ve sorumluluk alabilen sağlık personeli yetiştirmenin temelini oluşturacaktır. Şu an

için ülkemizde bu olasılık kısa sürede gerçekleşemeyeceğinden ebe ve hemşire yetiştiren mevcut sağlık liseleri ve hemşirelik yüksekokullarının müfredat ders programlarının ülkemiz sağlık sorunları doğrultusunda düzenlenmesi, özellikle aşıyla korunabilir bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama ve anaçocuk sağlığı konularının daha ayrıntılı bir biçimde yer alması,

. Uygulamalı öğretimin zorunlu olduğu ebelik ve hemşirelik eğitiminin ülkenin genel eğitim sorunlarından etkilenmesinin yanısıra yeterli araç-gereçlerin sağlanamaması, meslek derslerinin yeterince kitap, dergi gibi kaynaklarının bulunmaması, yatılı okullarda tek kaynak olarak okul kütüphanesinin kullanılması, meslek dersi verebilecek eğitimcilerin sayısal yetersizliğinin olması, uygulamalı derslerin ilgili eğitimciler tarafından ve ilgili alanda verilmemesi ve her öğrencinin her öğrenim deneyiminden faydalanamaması ebe ve hemşirenin mezuniyet öncesi bilgilenmesini yetersiz kılmaktadır. İyi ve etkin bir temel mesleki eğitim için bu olumsuz durumların giderilmesi,

. Eğitimde beceri kazanma uygulama sayısı ve sıklığı ile gerçekleşeceğinden eğitimcilerin uygulamalı öğretim döneminde hemşire ve ebe öğrencilerinin yeterli deneyim kazanmaları için ilgili alandaki sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapması, öğrencilere birer denetimci gibi değil de işbirliği yapan ve öğrenciyi rahatlatan bir yaklaşım içinde davranması gerekir.

2. Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerine önem verilmesidir :

. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışacak ebe ve hemşirelerin göreve başlamadan önce çalışacakları alanlara, verecekleri sağlık hizmetlerine yönelik yoğun bir eğitim programından geçmeleri hem temel eğitimi pekiştirici nitelikte olabileceği hem de ilgili alanda adaptasyon sağlayacağından gereklidir.

. Sağlık ünitelerinde sürekli eğitim programlarının yıllık, aylık ve haftalık olarak planlanması, eğitim konularının daha çok soğuk zincir ve

malzemeleri, 0-6 yaş çocuklarına uygulanan temel aşuların uygulama dozları, verilme yolları, aşuların reaksiyon ve kontrendikasyonları ile ailelere verilecek sağlık eğitimi konusunda yoğunlaşması,

. Sürekli eğitim programlarının daha etkin ve verimli olabilmesi için eğitimin anlatma-dinleme şeklinde değil de izleyenlerin aktif katılımını sağlayacak öğretim yöntemlerinden yararlanılması, görsel işitsel öğretim malzemelerinin kullanılması,

. Denetimin eğitimdeki önemliliği nedeniyle, ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarından edindikleri bilgileri uygulamaya aktarabilmesi konusunun hekim ve başhekimlerce değil de yine kendi meslek grubundan olan halk sağlığı hemşireleri ya da sorumlu hemşireler tarafından denetlenmesi,

. Denetimci hemşirelerin sadece yapılan işi ve işi yapan kişiyi denetlemek ve rapor etmekle kalmaması, aynı zamanda denetim sırasında rehberlik yapması ve bilgi vermeyi de kapsayacak biçimde davranması, eleştirilerinin yapıcı karakterde olması gerekir.

Ayrıca kurum dışı eğitim programlarına katılmaları için ebe ve hemşireler ekip liderleri veya sorumlu hemşireler tarafından yönlendirilmeli, motive olmaları sağlanmalıdır.

. Her sağlık ünitesinde ebe ve hemşirelerin ve de diğer sağlık personelinin yararlanabileceği olanaklar ölçüsünde hazırlanmış, küçük çapta bir kitaplığın bulunması,

. Günümüzde her geçen gün değişen bağışıklama programları, aşular ve uygulama dozlarına, verilme yollarına ilişkin yeni gelişmelerden ebe ve hemşirelerin haberdar olabilmesi ve unutulması muhtemel bazı bilgilerin hatırlanması için en yeni tarihli bir "işlem el kitabı" ya da "aşı uygulama rehberi" el altında bulundurulmalıdır.

7. ÖZET

Temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınan bağışıklama hizmetlerinde Ebe ve Hemřirelere önemli sorumluluklar dűřmektedir. Bu bağlamda, bu hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin "0-6 yař çocuklarının bağışıklanması ve aşılar" konusundaki yanlış bilgi ve uygulamalarının bağışıklama hizmetlerine en önemlisi çocuk sağlığına olumsuz etkileri olacaktır. İlgili konularda ebe ve hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, eksikliklerinin mevcut olanaklar içinde giderilmeye çalışılmasının başarıda temel oluşturacağı kaçınılmazdır. Bu nedenlerle çalışmamız, koruyucu sağlık hizmetleri kurumlarından sağlık ocağı ve ana-ocuk sağlığı merkezlerindeki ebe ve hemşirelerin 0-6 yař çocuklarının bağışıklanması ve aşılar ile ilgili bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

Rastlantısal olarak seçilen sağlık ünitelerinden 17 sağlık ocağı ve 11 Ana-ocuk sağlığı merkezinde alışan 150 Ebe ve hemşire çalışma kapsamına alınmış ve anket formu uygulanmıştır.

Sonuçlar, istatistiksel olarak sayı, yüzdeler ve t anlamlılık testi ile değerlendirilmif ve literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Bilgi düzeyini ölçen soru gruplarından alınan puanlara göre, ebe ve hemşireler "aşıların uygulama dozları ve verilme yolları" ile "aşıların uygulama zamanı"na ilişkin sorularda iyi, "aşının tanım ve eşitleri"ne ilişkin sorularda orta düzeyde bir başarı elde etmişlerdir. "Aşıların saklanması" ile "aşıların reaksiyon ve kontrendikasyonları"na ilişkin sorularda çok düşük bir başarı sağlamışlardır.

Bilgi düzeyini etkileyeceği dűřünölen "alışılan kurum, mesleki deneyim, halk sağlığı alanındaki çalışma süresi, mesleği sevme, kurumdaki görevden memnuniyet ve mezuniyet sonrası eğitim programı alma" durumlarının bilgi puanlarına etki etmediği, sadece temel mesleki eğitimin olayda etkili olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

Nurses and midwives carry out some important functions and responsibilities in immunization of children in Primary Health Care. It is fundamental for nurses and midwives to know and understand the factors underlying the reasons for immunizing children 0-6 years of age.

This study was planned for the purpose of determining the knowledges and practices of nurses and midwives concerning "the vaccines and immunization of children 0-6 years of age."

The group which was randomly selected for this study consisted of 150 nurses and midwives working in 17 Health Centers and 11 Maternity-Child Health Services. A Special questionnaire was used for gathering data.

The results were evaluated statistically by percentage and "student t test", and were compared with appropriate sources in the discussion section.

As a result, it was found that nurses and midwives have a good level of knowledge for "administration vaccines", but only a medium level of knowledge concerning "the definition and type of vaccines". However, it was found that their level of knowledge dealing with "keeping the vaccines, and reactions and contraindications of vaccines" was inadequate.

It was also established that, the center in which she works, her professional experience, the duration of experience in public health centers, her love for her profession, enjoying her work and post-graduate education have not much effect on gaining knowledge in the above mentioned matters. However, the most important factor that was effective the knowledge acquired during basic professional education.

KAYNAKLAR

1. Akbal, Y.: Akut miyokard infarktüsülü hastalara bakım veren hemşirelerin bu hastaların bakımı konusundaki bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985.
2. Akgönül, G.: Çocukluk çağında sistematik olarak uygulanan aşılar. Türk Hemşireler Dergisi, 3: 15, 1986.
3. Akgönül, G.: Çocuklar için tehlikeli olan ve aşılama ile önlenilecek altı önemli hastalık. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 2, 1986.
4. Akgönül, G.: Aktif bağışıklık ile enfeksiyon hastalıklarından korunma (aşılar), Türk Hemşireler Dergisi, 3: 11, 1984.
5. Bahar, Z.: Temel sağlık hizmetlerinde hemşirelik eğitimi nasıl olmalı. Türk Hemşireler Dergisi, 1: 37, 1985.
6. Balladin, B., Hart, R., Huenges, R., Versluys, Z.: Child Health. African Medical and Research Foundation, Kenya, 1975.
7. Bayık, A.: Bağışıklama hizmetlerinde hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 2, 1986.
8. Bayık, A., Bahar, Z.: Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bilgi ve becerilerinin temel sağlık hizmetleri kavramı doğrultusunda değerlendirilmesi. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1985.
9. Berkow, R.: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Çeviri: M.Pekus ve ark., Merk Yayıncılık, İstanbul, 14.baskı, 1985.

10. Bertan, M.: 1986 aşı durumu ve aşılama da aylık izleme yöntemi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3, 1987.
11. Bezyoka, U., Çakmakçı, M.: Temel Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Hastalıkları. Güneş Kitap ve Kırtasiye Ticaret Şti., Ankara, 6.baskı, 1988.
12. Bilgel, N.: Bağışıklamanın kilometre taşları. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3, 1987.
13. Bilir, Ş.: Ana ve Çocuk Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 4.baskı, 1984.
14. Birol, L.: Türkiye'de hemşirelikte yeterlilik sınavının gerekliliğine ilişkin bir çalışma. I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1985.
15. Brés, P.: Public Health Action in Emergencies Caused by Epidemics. World Health Organization, Geneva, 1986.
16. Brunell, P.A.: The prevention of infectious diseases by immunization. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 6, 79: 848, 1987.
17. Bulut, A., Özcebe, H.: Ebelerin hizmet içi eğitimi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3, 1987.
18. Byrne, M., Bennett, F.J.: Community Nursing in Developing Countries. Fletcher and Son Ltd., Oxford University Press, Norwich, 1973.
19. Cherry, J.D.: Kızamık ve kızamıkçığın yeni epidemiyolojisi. Çeviri: Ç. Güler, Sağlık Dergisi, 58, 7-9: 83, 1984.
20. Conk, Z., Dağlı, C.: Hemşirelerin bebek beslenmesine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması ve bunu etkileyeceği düşünülen bazı etkenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 37, 1986.
21. Dave, K.H., Mandke, V.B.: Efficacy of wet ice as a refrigerant for transport of oral polio vaccine. Indian J.Med.Res., 85: 715, 1987.

22. Dedeoğlu, N.: Türkiye'de aşılama hizmetlerinin değerlendirilmesi. Doçentlik Tezi, Ankara, 1982.
23. Dedeoğlu, N.: Aşılama yaygınlığının değerlendirilmesi için pratik bir yöntem araştırması. Sağlık Dergisi, 1: 67, 1988.
24. Ebrahim G.J.: ocuk sağlığı. Literatür, 3: 163, 1984.
25. Erdemir, F., Durak, Z.: Evrensel ocuk bağışıklaması. Türk Hemşireler Dergisi, 3: 48, 1986.
26. Erdil, F.: Tedavi hizmetlerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların yönetici hemşireler ve klinikte çalışan hemşireler tarafından değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1985.
27. Erefe, İ.: Türkiye hemşireliğinin sağlık yasalarımız içindeki konumu ve ağdaş bir hemşirelik yasası için neriler. Türk Hemşireler Dergisi, 2-3: 40, 1982.
28. Erefe, İ., Kocaman, G.: Bir niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu üzerine bir araştırma. Türk Hemşireler Dergisi, 2-3: 26, 1982.
29. Eren, N., ztek, Z.: Sağlık Ocağı Yönetimi. Yargıoğlu Matbaası, Ankara, 2.baskı, 1985.
30. Eren, N.: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1984.
31. Eren, N.: Köy, ile ve illerde Sağlık Yönetimi ve Mevzuatı. Beta Basım Yayın Dağıtım A.ř., İstanbul, 1984.
32. Eren, N.: Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, Ankara, 1982.
33. Fadiloğlu, ., Ertuğ, H.: Hemşirelerin sitostatik ilaçlar hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 10, 1986.

34. Fişek, N.H.: Çocuk sağlığı yönünden sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi. 0-6 Yaş Arası Çocuklarının Korunması; 5. ve 6. Pediatri Günleri Raporları, İstanbul, 1985.
35. Fişek, N.H.: Halk Sağlığına Giriş. Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
36. Grant, J.P.: Dünya çocuklarının durumu. Unicef Bülteni, 5: 7, 1982.
37. Grant, J.P.: Dünya Çocuklarının Durumu 1988. Unicef Yayını, 1988.
38. Grist, N.R.: Çocuk felci aşılarda dikkat edilmesi gereken noktalar. Literatür, 1: 5, 1984.
39. Güray, Ö.: Bugünkü Şartlarda Sağlığımızı Etkileyen Faktörler. İst.Tıp Fak.Basımevi, İstanbul, 1982.
40. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Yayını: Nüfus-Aile-Sağlık 1983. 1983.
41. Kavaklı, A., Görak, G., Erdoğan, S., Savaşer, S., Yıldız, S.: Bağışıklık sistemi, aşılama programı, primer sağlık hizmetleri yönünden toplumda aşılamanın önemi ve hemşirenin rolü. İst.Üniv.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Seminerleri, İstanbul, 1984.
42. Kocaman, G.: Hasta çocuklar aşılmalı mı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1: 79, 1985.
43. Kocaman, G.: Hemşireliğin günümüzdeki konumunun temel sağlık hizmetleri açısından incelenmesi. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1985.
44. Kocaman, G.: Bağışıklama hizmetleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 2, 1986.
45. Kubilay, G.: Ankara il sınırları içindeki ebe ve hemşirelerin çocuk sağlığına ilişkin bilgileri. Türk Hemşireler Dergisi, 1: 28, 1979.
46. Neyzi, O., Kavaklı, A., Saner, G., Çakıroğlu, S., Görak, G.: Çocuk Hemşireliği Bilgisi. Demet Ofset Matbaası, İstanbul, 2. baskı, 1982.
47. Neyzi, O., Uzel, N.: Pediatri Uygulamalar ve Acil Durumlar. Bayda Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 1983.

48. Oktay, S., Yazar, J., Önsel, S., Kanan, N.: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının konumu, sorunları, beklenti ve önerilerine ilişkin bir çalışma. Hemşirelik Bülteni, 2: 17, 1982.
49. Okumuş, H., Bayık, A.: Türkiye'de sağlık sorunları ve hemşirelik eğitimi. Türk Hemşireler Dergisi, 4: 52, 1980.
50. Öneş, Ü.: Enfeksiyonlardan korunma. 0-6 Yaş Arası Çocuklarının Korunması, 5.ve 6. Pediatri Günleri Raporları, İstanbul, 1985.
51. Özden, Y.G.: İnsan hakları ve hemşirelik çalışma koşulları. Türk Hemşireler Dergisi, 2: 6, 1976.
52. Özgür, S.: Sağlık Ocağı Hekiminin El Kitabı. Ankara, 1985.
53. Özgür, S.: Aşılar. Ege Üniv.Matbaası, Bornova, 1981.
54. Öztekin, Z.: Temel Sağlık Hizmetleri. Üçbilek Matbaası, Ankara, 1986.
55. Öztürk, Y., Bilir, N.: Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen bazı etmenler. Sağlık Dergisi, 55, 4-12: 183, 1981.
56. Paçacı, K.: Bebek sağlığını etkileyen faktörler. Türk Hemşireler Dergisi 2: 35, 1981.
57. Postacıoğlu, Z.: Prostat ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3: 43, 1985.
58. Sabın, A.B.: Ulusal aşı kampanyaları. Literatür, 25: 322, 1986.
59. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını: Aşı Uygulama Rehberi. Ankara, 1987.
60. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını: Türkiye Aşı Kampanyası 1985.
61. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tamimi: Aşı Uygulamaları. 1987.

62. Salomon, M.E., Halperin, R., Yee, J.: Evaluation of the two-needle strategy for reducing reactions to DPT vaccination. The American Journal of Diseases of Children, **141**, 1987.
63. Sever, A.: Tedavi hizmetlerinde çalışan hemşirelerin işlevlerini yerine getirirken karşılaştıkları sorunlar ve yaşadıkları stresin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
64. Seviğ, Ü.: Halk sağlığı hemşireliği hizmetlerini yürütecek personelin görev tanımlarına ilişkin bilgilerinin araştırılması ile ilgili bir çalışma. I.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1985.
65. Sherris, J.D., Blackbaum, R.: Immunizing the world's children. Population Reports, **5**, 1986.
66. Şentürk, S., Yazar, J., Önsel, S., Oktay, S., Kanan, N.: Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-ekonomik özellikleri, sorunları ve mesleksel beklentilerinin araştırılması. Hemşirelik Bülteni, **3**: 1, 1983.
67. Tali, Ç.E.: İnfeksiyon Hastalıkları. Çeliker Matbaacılık, İstanbul, 1979.
68. Tardieu, M., Carriere, J.P., Truffot-Pernot, C., Dupic, Y.: Daha önce sağlıklı olan iki çocukta BCG'ye bağlı tüberküloz menenjit. Literatür, **7**: 274, 1988.
69. Tezcan, S.: Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölümleri. Üçbilek Matbaası, Ankara, 1985.
70. Thompson, B.: Hemşirelikte kalite güvenliği çalışmalarında sürekli eğitimin yeri ve önemi. Çeviri : E.Uğurbil, N.Gümrükçüoğlu, Ed: İ.Erefe, Hemşirelikte Kalite Güvenliğinin Sağlanması Semineri, 29, İzmir, 1987.
71. Tunçbilek, E.: Report on the baseline survey for the 1985. Turkish national immunization campaign. **7-5**: 26, 1985.
72. Tunçbilek, E.: Hızlandırılmış aşı kampanyası sonrasında 0-5 yaşlarındaki çocukların aşılama durumu ve kampanya öncesi ile karşılaştırılması. Nüfus Bilim Dergisi, **8,5**, 1986.

73. Tunçbilek, E.: Türkiye'de Bebek Ölümleri-Temel Etkenler. Semih Ofset Matbaacılık, Ankara, 1988.
74. Uyer, G., Fişek, N., Seviğ, Ü., Kocaman, G., Kubilay, G.: Panel: 2000 yılında herkese sağlık için hemşirenin rolü ne olmalıdır. Türk Hemşireler Dergisi, 2: 4, 1983.
75. Uyer, G., Bertan, M., Biliker, M.A., Abraham, S., Ural, Ü., Özdemir, K., Kurt, A.: Panel: Çocuk sağlığı ve aşılama. Türk Hemşireler Dergisi, 2: 21, 1986
76. Uzel, N.: Primer Hekimlikte Aşı Uygulamaları. İst.Üniv.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını, İstanbul, 1984.
77. Velicangil, S.: Koruyucu ve Sosyal Tıp. Formül Matbaası, İstanbul, 1980.
78. Velioglu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru. Bozak Matbaası, İstanbul, 1985.
79. Wong, D.L., Whaley, L.F.: Clinical Handbook of Pediatric Nursing. The C.V. Mosby Company, St.Louis, second edition, 1986.
80. Yürekli, A., Sarıkaya, A.: Hemşirelerin hastanın ameliyat öncesi hazırlık ve bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2-3: 47, 1986.

9. EKLER

EK 1. Ebe ve Hemşirelere Uygulanan Anket Formu

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₁	1	Sıra No : 1. Çalıştığınız kurum aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Ana-çocuk sağlığı merkezi () 2. S.S.Y.B.'na doğrudan bağlı sağlık ocağı () 3. Üniversite+S.S.Y.B.Sağlık Ocağı	
X ₂	2	2. Ebe mi hemşire misiniz? () 1. Ebeyim () 2. Hemşireyim () 3. Ebe-hemşireyim () 4. Yardımcı hemşireyim	
X ₃	3	3. Temel mesleki eğitiminiz nedir? () 1. Sağlık okulu mezunuyum () 2. Sağlık lisesi mezunuyum () 3. Hemşirelik Yüksekokulu ön lisans mezunu () 4. Hemşirelik yüksekokulu lisans mezunu	
X ₄	4	4. Ebe ya da hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz? () 1. 1 yıldan az () 2. 1-5 yıl () 3. 6-10 yıl () 4. 10 yıldan fazla	
X ₅	5	5. Şu andaki işinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz? () 1. 1 yıldan az () 2. 1-5 yıl () 3. 6-10 yıl () 4. 10 yıldan fazla	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₆	6	6. Mesleğinizi seviyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır	
X ₇	7	7. Kurumunuzdaki görevinizden memnun musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır	
		8. <u>"7. soruya cevabınız HAYIR ise"</u> , sizce memnun olmama sebepleriniz nelerdir?	
X ₈	8	() 1. Ebe ya da hemşireliği sevmiyorum	
X ₉	9	() 2. Ebe ya da hemşirelikte umduğumu bulamadım	
X ₁₀	10	() 3. Hekim-hemşire/ebe ilişkilerini beğenmiyorum	
X ₁₁	11	() 4. Toplumun mesleğim hakkındaki düşünceleri	
X ₁₂	12	() 5. Ekonomik kazancın düşük olması	
X ₁₃	13	() 6. Kurumdaki organizasyon bozukluğu	
X ₁₄	14	() 7. Sosyal olanakların azlığı	
X ₁₅	15	() 8. Ev ziyaretleri çok yoruyor	
X ₁₆	16	() 9. Diğer (belirtiniz)	
		9. Mezuniyet sonrası "AŞILAR" ile ilgili herhangi bir eğitim programı (kurs,seminer,hizmet içi eğitim...gibi) aldınız mı?	
X ₁₇	17	() 1. Evet () 2. Hayır	
		10. <u>"9. soruya cevabınız EVET ise"</u> aldığınız eğitimin türü.	
X ₁₈	18	() 1. Seminer	
X ₁₉	19	() 2. Kurs	
X ₂₀	20	() 3. Workshop	
X ₂₁	21	() 4. Hizmet-içi eğitim	
X ₂₂	22	() 5. Diğer (belirtiniz)	
2. B Ö L Ü M			
X ₂₃	23	11. Aşağıdakilerden hangisi "Aşının Tanımına" en uygundur? () 1. Paraziter hastalıklara karşı bağışıklık yaratabilen madde.	

Değişken İsmi Kolon No

SORULAR

KOD

- () 2. Çocuklarda bulaşıcı hastalıklara karşı kemoproflakside kullanılan madde.
- () 3. İnfeksiyon hastalıklarına karşı vücudun direnç kazanması açısından hastalıklardan korumak için kullanılan madde.
- () 4. İnfeksiyon hastalıklarına karşı pasif bağışıklamada kullanılan madde.
- X₂₄ 24 12. Aşağıdakilerden hangisi hazırlanış şekillerine göre "aşı tiplerini" içerir?
- () 1. Ölü aşılar, yarı ölü aşılar, steroid aşılar.
- () 2. Steroid aşılar, enzimatik aşılar, canlı aşılar.
- () 3. Toksoid aşılar, steroid aşılar, yarı ölü aşılar.
- () 4. Toksoid aşılar, canlı aşılar, ölü aşılar.
- X₂₅ 25 13. Temel aşı programında 0-6 yaş arası çocuklarına uygulanması her zaman için gerekli aşılar aşağıdakilerden hangisidir?
- () 1. Difteri,tetanoz,boğmaca,kolera,kızamık,verem.
- () 2. Difteri,tetanoz,boğmaca,tifo,kolera,kızamık.
- () 3. Çocuk felci,verem,difteri,kızamık,çiçek,tetanoz.
- () 4. Boğmaca,çocuk felci,difteri,kızamık,verem,su çiçeği.
- () 5. Çocuk felci,kızamık,verem,tetanoz,boğmaca,difteri.
- X₂₆ 26 14. Canlı aşılar aşağıdakilerden hangi şıkta gösterilmiştir?
- () 1. Difteri,tetanoz,boğmaca.
- () 2. Verem,kızamık,çocuk felci(sabin).
- () 3. Difteri,verem,kızamık.
- () 4. Tetanoz,kızamık,çocuk felci.
- X₂₇ 27 15. Toksoid aşılar aşağıdakilerden hangi şıkta gösterilmiştir?
- () 1. Tetanoz, difteri.
- () 2. Difteri,boğmaca.
- () 3. Boğmaca,kızamık.
- () 4. Verem,tifo.

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₂₈	28	16. Kızamık ve Polio (sabin) aşıları 1 ay süreyle buzdolabının hangi bölümünde saklanmalıdır? () 1. Buzlukta. () 2. Buzluktan sonraki ilk rafta. () 3. Buzluktan sonraki ikinci rafta. () 4. Buzluktan sonraki üçüncü rafta. () 5. Buzdolabının kapağında.	
X ₂₉	29	17. Verem aşısı 1 ay süreyle buzdolabının hangi bölümünde saklanmalıdır? () 1. Buzlukta. () 2. Buzluktan sonraki ilk rafta. () 3. Buzluktan sonraki ikinci rafta. () 4. Buzluktan sonraki üçüncü rafta. () 5. Buzdolabının kapağında.	
X ₃₀	30	18. Difteri,boğmaca ve tetanoz aşısı 1 ay süreyle buzdolabının neresinde saklanmalıdır? () 1. Buzlukta. () 2. Buzluktan sonraki ilk rafta. () 3. Buzluktan sonraki ikinci rafta. () 4. Buzluktan sonraki üçüncü rafta. () 5. Buzdolabının kapağında.	
X ₃₁	31	19. Şu anda kullandığınız buzdolabında (aşı) <u>termometre</u> varmı? () 1. Evet () 2. Hayır	
X ₃₂	32	20. Buzdolabının gereksiz yere açılıp kapanmasını önlemek için buzdolabının (aşılardan saklandığı) kilitlenmesi <u>uygun olurmu?</u> () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	
X ₃₃	33	21. Şu anda kullandığınız buzdolabı(aşı) kilitlenebiliyor mu? () 1. Evet () 2. Hayır	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
		22. Elektriğin sık sık ve uzun süre kesilmesinden dolayı buzdolabının ısısının birdenbire düşmesini önlemek için aşağıdakilerden <u>hangi önlemleri alıyorsunuz?</u>	
X ₃₄	34	() 1. Hiç bir önlem alamıyorum.	
X ₃₅	35	() 2. Hemen en yakın yerden buz temin ediyorum.	
X ₃₆	36	() 3. Buzdolabının boş yerlerine su şişeleri koyuyorum.	
X ₃₇	37	() 4. Buzdolabındaki buz kalıplarını artırıyorum.	
X ₃₈	38	() 5. Başhemşire ne söylese onu yapıyorum.	
X ₃₉	39	() 6. Başhekim/hekim ne söylese onu yapıyorum.	
X ₄₀	40	() 7. Herhangi bir önlem almam istenmiyor.	
X ₄₁	41	() 8. Diğer (belirtiniz).	
X ₄₂	42	23. Buzdolabındaki aşılarda 1 ay süreyle kaç °C (derece) de saklanmalıdır? () 1. -20 ile 0°C arasında () 2. 0 ile 8°C arasında () 3. 8°C'nin üzerinde	
X ₄₃	43	24. Aşıların saklandığı buzdolabına yiyecek ve içecek konmasında bir sakınca var mıdır? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	
X ₄₄	44	25. Aşı uygulamadan önce prospektüs (aşı uygulama bilgi kağıdını) okuyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	
		26. "25. soruya cevabınız HAYIR ise", sizce prospektüs okuyamama sebepleriniz nelerdir?	
X ₄₅	45	() 1. Aşıları bildiğim için okumuyorum.	
X ₄₆	46	() 2. Gereksiz buluyorum.	
X ₄₇	47	() 3. Zamanım olmuyor.	

Değişken İsmi	Koloni No	SORULAR	KOD
X ₄₈	48	() 4. Prospektüs okumamız istenmiyor (söylenmiyor).	
X ₄₉	49	() 5. Başhemşire nasıl aşı yapmamız gerektiğini söylüyor.	
X ₅₀	50	() 6. Başhekim/hekim nasıl aşı yapmamız gerektiğini söylüyor.	
X ₅₁	51	() 7. Prospektüs yabancı dille yazılı olduğu için okuyamıyorum.	
X ₅₂	52	() 8. Prospektüsü bulamıyorum.	
		27. "25. soruya cevabınız BAZEN ise", sizce her zaman prospektüs okuyamama sebepleriniz nelerdir?	
X ₅₃	53	() 1. Zamanım olursa, okuyorum.	
X ₅₄	54	() 2. Unutuyorum.	
X ₅₅	55	() 3. Aşı ünitesinde çalışacağım zaman okurum.	
X ₅₆	56	() 4. Başhemşire okumamızı isterse okurum.	
X ₅₇	57	() 5. Başhekim/hekim okumamızı isterse okurum.	
X ₅₈	58	() 6. Şüpheye düştüğüm zaman okuyorum.	
X ₅₉	59	() 7. Prospektüsü bulamıyorum.	
X ₆₀	60	() 8. Yabancı dille yazılı olduğu için okuyamıyorum.	
X ₆₁	61	28. Yenidoğan bir bebeğe VEREM aşısı <u>ilk ne zaman</u> yapılmalıdır? () 1. Doğduğu zaman. () 2. 2 aylıkta () 3. 4 aylıktan sonra () 4. süre önemli değildir.	
X ₆₂	62	29. "2 yaşındaki" bir çocuk hiç Verem aşısı olmamışsa, SİZCE aşağıdakilerden <u>hangi yol</u> izlenmelidir? () 1. BCG aşısı ve Koruyucu ilaç tedavisi. () 2. Akciğer filmi ve Balgam muayenesi. () 3. Balgam muayenesi ve PPD kontrolü. () 4. PPD kontrolü ve BCG aşısı. () 5. PPD kontrolü ve Akciğer filmi.	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₆₃	63	30. Temel aşı programında KIZAMIK AŞISI ne zaman yapılmaktadır? () 1. Süre önemli değildir. () 2. 9 aylıkta. () 3. 12 aylıkta. () 4. 15 aylıkta.	
X ₆₄₋₆₅	64-65	31. Temel aşı programında Difteri-tetanoz-boğmaca aşısına ne zaman başlanmalı ve <u>rapeli ile birlikte kaç kez yapılmalıdır?</u> () 1. Doğduğu zaman () 1. 3 kez () 2. 2 aylıkta () 2. 7 kez () 3. 4 aylıkta () 3. 4 kez () 4. süre önemli değil () 4. 5 kez	
X ₆₆	66	32. DBT aşısının <u>verilme yolu</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Kas içine/IM () 2. Deri altına/SC () 3. Deri içine/ID () 4. Ağızdan/oral	
X ₆₇	67	33. DBT aşısının bir defadaki <u>uygulama miktarı</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. 0.05 ml/cc () 2. 0.5 ml/cc () 3. 1 ml/cc () 4. 1.5 ml/cc	
X ₆₈	68	34. Polio aşısının <u>verilme yolu</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Kas içine/IM () 2. Deri altına/SC () 3. Deri içine/ID () 4. Ağızdan/oral	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₆₉	69	35. Polio aşısının bir defadaki <u>uygulama miktarı</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. 0.5 ml/cc () 2. 1 damla () 3. 2-4 damla () 4. 1 ml/cc	
X ₇₀	70	36. Verem aşısının <u>verilme yolu</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Kas içine/IM () 2. Deri içine/ID () 3. Deri altına/SC () 4. Ağızdan/oral	
X ₇₁	71	37. Verem aşısının bir defadaki <u>uygulama miktarı</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. 0.01 ml/cc () 2. 0.1 ml/cc () 3. 1 ml/cc () 4. 0.05 ml/cc	
X ₇₂	72	38. Kızamık aşısının <u>verilme yolu</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Kas içine/IM () 2. Deri içine/ID () 3. Deri altına/SC () 4. Ağızdan/oral	
X ₇₃	73	39. Kızamık aşısının bir defadaki <u>uygulama miktarı</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. 0.01 ml/cc () 2. 0.1 ml/cc () 3. 1 ml/cc () 4. 0.5 ml/cc	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₇₄	74	40. <u>Çocuk felci aşısı</u> ile <u>Verem aşısı</u> aynı anda uygulanabilir mi? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	
X ₇₅	75	41. Aşağıdaki hangi durumlarda Aşı Uygulanmaz? () 1. Ateşsiz üst solunum yolu infeksiyonlarında ve gripde () 2. Düşük kilolu çocuklara ve hafif ateş durumlarında. () 3. Yeni kan takılmışsa ve immün sistem yetersizliğinde. () 4. 10 yaşın üstündeki çocuklara ve nezlede. () 5. Hafif ve orta dereceli ishallerde.	
X ₇₆	76	42. "5 YAŞ"ından sonra hangi aşının yapılması <u>sakıncalıdır</u> ? () 1. Tifo () 5. Çocuk felçi () 2. Kızamık () 6. Boğmaca () 3. Tetanoz () 7. Difteri () 4. Verem () 8. Kızamıkçık	
X ₇₇	77	43. Bir KIZAMIK SALGINI durumunda 8 aylık bir bebeğe Kızamık aşısı ne zaman yapılmalıdır? () 1. Hemen () 2. 9 aylık olduğunda () 3. 15 aylık olduğunda () 4. 18 aylık olduğunda	
X ₇₈	78	44. Temel aşı programında elde olmayan nedenlerle aşilar arasındaki süre uzamışsa, <u>birinci ile ikinci aşı</u> arasındaki süre en fazla ne kadar olmalıdır? () 1. 1 AY () 2. 3 AY () 3. 6 AY () 4. 12 AY () 5. süre önemli değildir	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₇₉	79	45. Aşağıdakilerden hangisi <u>lokal (bölgesel) aşı reaksiyonlarıdır?</u> () 1. Konvülziyon, enjeksiyon yerinde şişme, titreme. () 2. Ateş, kırıklık, enjeksiyon yerinde kızarıklık. () 3. Havale, titreme, ateş, kırıklık. () 4. Enjeksiyon yerinde şişme, kızartı, sıcaklık. () 5. Enjeksiyon yerinde kızartı, lenfadenopati, ateş.	
		46. Difteri-boğmaca-tetanoz, Difteri-tetanoz ve Kızamık aşılarını uygulamadan önce deriyi ne ile temizliyorsunuz?	
X ₈₀	80	() 1. Sadece % 70'lik Alkol	
X ₈₁	81	() 2. Sadece % 96'lık Alkol	
X ₈₂	82	() 3. İyot-% 96'lık Alkol	
X ₈₃	83	() 4. Mersol	
X ₈₄	84	() 5. Alkol-eter karışımı	
X ₈₅	85	() 6. Kolonya	
X ₈₆	86	() 7. Başhemşire, Dr.bize hangisini verirse.	
		47. Verem aşısını uygulamadan önce <u>deriyi ne ile temizlersiniz?</u>	
X ₈₇	87	() 1. Su ve sabunu yeterlidir	
X ₈₈	88	() 2. Sadece kolonya	
X ₈₉	89	() 3. Sadece % 70'lik Alkol	
X ₉₀	90	() 4. Sadece % 96'lık Alkol	
X ₉₁	91	() 5. Sadece Eter	
X ₉₂	92	() 6. Herhangi bir şey kullanmaya gerek yoktur	
X ₉₃	93	() 7. İyot-% 96'lık Alkol	
X ₉₄	94	() 8. Mersol	
X ₉₅	95	() 9. Elimizde hangisi varsa.	
X ₉₆	96	48. Son kullanma tarihi geçmiş fakat buzdolabından hiç çıkarılmamış bir aşı kullanılabilir mi? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₉₇	97	49. Hiç Tetanoz aşısı olmamış bir gebe anne için aşağıdakilerden hangi yol izlenmelidir? () 1. Gebeliğinin ilk ayından itibaren birer ay ara ile 2 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. () 2. Gebeliğinin son ayında 1 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. () 3. Gebeliğinin 6. ayında 1 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. () 4. Gebeliğinin 6. ayından itibaren birer ay ara ile 2 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. () 5. Doğum yaptıktan sonra 1 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır. () 6. Gebeliğinin ilk aylarından itibaren 3 kez tetanoz aşısı yapılmalıdır.	
X ₉₈	98	50. Gebelere tetanoz aşısını niçin yapıyorsunuz? () 1. Doğumun daha kolay olması için. () 2. Bebeğin doğumsal sakatlığını önlemek için. () 3. Yenidoğan tetanozunu önlemek için. () 4. Diğer bebeklere tetanoz bulaşmasını önlemek için.	
		51. Parenteral (kas içi, deri altı gibi) aşıları uygularken Hangi Tip Enjektör kullanıyorsunuz? () 1. Sadece bir kullanımlık plastik enjektör kullanıyorum () 2. Sadece cam enjektör kullanıyorum () 3. Plastik enjektörleri kaynatıp tekrar kullanıyorum () 4. Hem cam hem bir kullanımlık plastik enjektör kullanıyorum	
X ₉₉	99		
X ₁₀₀	100		
X ₁₀₁	101		
X ₁₀₂	102		
X ₁₀₃	103	52. İkinci kez aşıya gelenlerden birinci aşının yaptığı reaksiyonlar hakkında Aileden Bilgi Alıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
		53. "52. soruya cevabınız HAYIR" ise, sizce bilgi alamama sebepleriniz nelerdir?	
X ₁₀₄	104	() 1. Zaten anne bir şey olduğunda söylüyor	
X ₁₀₅	105	() 2. Zamanım olmuyor	
X ₁₀₆	106	() 3. Doktor sorduğu için sormuyorum	
X ₁₀₇	107	() 4. Anne bilemeyeceği için ona sormak gereksizdir.	
X ₁₀₈	108	() 5. Aileden bilgi almam istenmiyor	
X ₁₀₉	109	() 6. Aşıların reaksiyonlarını bildiğim için sormuyorum	
X ₁₁₀	110	() 7. Diğer	
		54. "52.soruya cevabınız BAZEN" ise, sizce her zaman bilgi alamama sebepleriniz nelerdir?	
X ₁₁₁	111	() 1. Zamanım olursa alabiliyorum	
X ₁₁₂	112	() 2. Doktor isterse alıyorum	
X ₁₁₃	113	() 3. Çok yoğun olduğum zamanlar unutuyorum	
X ₁₁₄	114	() 4. Anne bir şey söylemediği zaman soruyorum	
X ₁₁₅	115	() 5. Anne bir şey söylemeye başlarsa soruyorum	
X ₁₁₆	116	() 6. Diğer (belirtiniz)	
		55. Aşı uygularken aşağıdakilerden <u>hangi yolu izliyor sunuz?</u>	
X ₁₁₇	117	() 1. Aynı tip aşı için, aynı enjektör, ayrı iğne kullanıyorum.	
X ₁₁₈	118	() 2. Aynı tip aşı için, ayrı enjektör, ayrı iğne kullanıyorum.	
X ₁₁₉	119	() 3. Ayrı tip aşı için, ayrı enjektör, ayrı iğne kullanıyorum.	
X ₁₂₀	120	() 4. Ayrı tip aşı için, aynı enjektör, ayrı iğne kullanıyorum.	
X ₁₂₁	121	56. Aşı yapılan kişilere "Aşı Kartı" verebiliyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	

Değişken İsmi	Kolon No	SORULAR	KOD
X ₁₂₂	122	57. Aşı ünitesinde İlk çalışmaya başladığınızda, aşı uygulamadan önce <u>ilk yaptığınız faaliyet ya da iş</u> aşağıdakilerden hangisidir? () 1. Hemen aşığı enjektöre çeker, çocuğı hazırlarım () 2. Annenin kucasına çocuğı oturtur, aşı yapacağım bölgeyi temizlerim () 3. Yapacağım aşının prospektüsünü okur, çocuğı hazırlarım () 4. Çocuğı hazırlar, yan etkileri hakkında anneye bilgi veririm	
X ₁₂₃	123	58. Aşıları uyguladıktan sonra, aşılardan yan etkilerine karşı neler yapılacağı konusunda anneye (aileye) Bilgi veriyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen 59. "58. soruya cevabınız EVET" ise hangi konularda bilgi veriyorsanız yazınız :	
X ₁₂₄	124		
X ₁₂₅	125	60. Aşı yaptıktan sonra ateş düşürücü ilaçları (aspirin gibi) ve ağrı kesicileri RUTİN olarak öneriyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	
X ₁₂₆	126	61. Çocuk felci aşığı uygulanan bir çocuğun Hemen Anne Sütü almasında <u>bir sakınca</u> var mıdır? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen	

EK 2. Ebe ve Hemşirelere Uygulanan Anket Formunda Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Ait Cevap Anahtarı

Soru
Sırası

11. c. İnfeksiyon hastalıklarına karşı vücudun direnç kazanması açısından hastalıklardan korumak için kullanılan madde
12. d. Toksoid aşılar, canlı aşılar, ölü aşılar
13. e. Çocuk felci, kızamık, verem, tetanoz, boğmaca, difteri
14. b. Verem, kızamık, çocuk felci (sabin)
15. a. Tetanoz, difteri
16. b. Buzluktan sonraki ilk rafta
17. c. Buzluktan sonraki ikinci rafta
18. d. Buzluktan sonraki üçüncü rafta
23. b. 0 ile 8°C arasında
24. a. Evet
25. a. Evet
28. a. Doğduğu zaman
29. d. PPD kontrolü ve BCG aşısı
30. b. 9 aylıkta
31. b-c. 2 aylıkta - 4 kez
32. a(b).Kas içi (deri altı)
33. b(c).0.5 ml (1 ml)
34. d. Ağızdan
35. c. 2-4 damla
36. b. Deri içine/ID
37. b. 0.1 ml
38. c. Deri altına/SC
39. d. 0.5 ml
40. a. Evet
41. c. Yeni kan takılmışsa ve immün sistem yetersizliğinde
42. f. Boğmaca
43. a. Hemen
44. c. 6 ay
45. d. Enjeksiyon yerinde şişme, kızartı, sıcaklık
48. b. Hayır

49. d. Gebeliğinin 6. ayından itibaren birer ay ara ile 2 kez tetanoz aşıı yapılmalıdır
50. c. Yenidoğan tetanozunu önlemek için
52. a. Evet
61. b. Hayır

