

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bekir ERTUĞRUL

**EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK
DÖNEMİ AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİ**

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK

YOZGAT-2019



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

“Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Bekir ERTUĞRUL

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK

İmza

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Sevinç POLAT


İmza

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.


İmza
Bekir ERTUĞRUL





	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ TEZ ONAY FORMU
---	---

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110115011 öğrenci numaralı öğrencisi Bekir ERTUĞRUL'un hazırladığı "Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılmasına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 25/03/2019 tarihinde (saat: 14:00) yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Derya TANIRER 

Jüri Üyesi (Danışman) : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALBAYRAK 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Tuğba UZUNCAKMAK 

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Yalçın ARAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİ

Bekir Ertuğrul

Bu araştırma ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırma Kırıkkale ili merkez ilçesinde 0-12 aylık yaş grubunda çocuğu olan 279 ebeveynle yürütüldü. Örnekleme yer alan ebeveynleri belirlemek için lot kalite tekniği kullanıldı. Araştırmanın yapılması için Kırıkkale ili Sağlık Müdürlüğünden ve Kırıkkale Üniversitesi etik kurulundan yazılı izin alındı. Araştırmanın verileri tanımlayıcı soru formu ve Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, minimum ve maksimum değerler, ortalama, standart sapma ve ki-kare kullanılmıştır.

Ebeveynlerin ortalama yaşı $30,18 \pm 6,16$, ortalama çocuk sayısı $1,74 \pm 0,83$ ve ortalama çocuk yaşı $7,79 \pm 3,74$ aydır. Araştırmaya katılan ebeveynlerden annelerin %41,2'si (n=115), babaların %43'ü (n=120) üniversite mezunu iken annelerin yarısından fazlasının çalışmadığı babaların ise yaklaşık 1/3'ünün memur olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puan ortalaması Avrupa sağlık okuryazarlık ölçeğine göre $30,57 \pm 8,30$ olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %62,8'inin genel sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu belirlenmiştir. Ebeveynin anne ya da baba olma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Babaların sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin en uzun yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Köy/kasabada yaşayanların yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin %98,6'sı çocuklarına aşı yaptırmıştır ve %96,8'inin aşı kartı bulunmaktadır. Ebeveynlerin aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme durumu ve zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünceleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$).

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin çocuklarını aşılatma durumuyla ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. Köy/kasabada yaşayanların ve babaların sağlık okuryazarlık seviyelerinin artırılması için eğitim programları düzenlenebilir. Aşılar konusunda aile sağlığı merkezinde görev alan hemşirelerin ebeveynleri bilinçlendirici eğitimler düzenlemesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: sağlık okuryazarlığı, aşı, lot kalite tekniği



ABSTRACT

MsThesis

The Relationship Between the Level of Health Literacy of Parents and Their Attitudes and Behaviors Towards Childhood Vaccines

Bekir Ertuğrul

This research was conducted as a descriptive study to determine the relationship between parents health literacy levels and their attitudes and behaviors towards childhood vaccines.

The study was carried out with 279 parents in the 0-12 month age group in the central district of Kırıkkale province. Lot quality technique was used to determine the parents in the sample. Written permission was obtained from Kırıkkale Provincial Health Directorate and Kırıkkale University Ethics Committee. The data of the study were collected by face-to-face interview technique using descriptive questionnaire and European Health Literacy Scale. In the analysis of data, number, percentage, minimum and maximum values, mean, Standard deviation and chi-square were used.

The mean age of the parents is $30,18 \pm 6,16$, the average number of children is $1,74 \pm 0,83$ and the mean age of the children is $7,79 \pm 3,74$ months. While 41,2% (n = 115) of the mothers who participated in the study, 43% (n = 120) of the fathers were university graduates, it was determined that about 1/3 of the fathers who did not work more than half of the mothers were civil servants. The mean health literacy score of the parents was $30,57 \pm 8,30$ according to the European health literacy scale. It was determined that 62,8% of the parents had inadequate and problematic-limited level of general health literacy. The difference between parental parenting status and health literacy level was statistically significant ($p < 0,05$). Father shave a high level of problematic-limited health literacy. The difference between the place where the parents live and the level of health literacy is statistically significant ($p < 0,05$). Inadequate health literacy rate was higher in the village / town. 98,6% of the parents had their children vaccinated and 96,8% had a vaccination card. There was no statistically significant difference between the opinions of parents about the need to vaccinate and their thoughts on compulsory vaccination programs and the levels of health literacy ($p > 0,05$).

It was determined that the level of health literacy of the parents did not correlate with the vaccination status of their children. Training programs can be organized to increase the level of health literacy of village / town dwellers and fathers. It can be suggested that nurses who take part in the family health center about vaccines should raise awareness of their parents.

Keywords: health literacy, vaccination, lot quality technique



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
ÖNSÖZ	xvi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi.....	1
1.2. Alt Problemler	4
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Okuryazarlık	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığı.....	6
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	8
2.4. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar.....	10
2.5. Bağışıklama.....	12
2.6. Aşı	12
2.7. Genişletilmiş Bağışıklama Programı	14
2.7.1. GBP hedefleri	15
2.8. Ülkemizde Uygulanan Aşılama Programları.....	15
2.9. Ulusal Aşı Takvimindeki Aşılar	16
2.9.1. Hepatit B aşısı.....	16
2.9.2. Verem aşısı (Basillus-Calmette-Guerin).....	18
2.9.3. Aselüler boğmaca, difteri, tetanoz, inaktif poliovirüs, haemophilus influenza tip B (DaBT-İPA-Hib).....	19
2.9.4. Konjugepnömokok aşısı (KPA).....	19
2.9.5. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları (KKK).....	20
2.9.6. Suçiçeği.....	21

2.9.7. Hepatit A	22
2.9.8. Oral polio aşısı (OPA)	22
2.10. Bağışıklamada Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü.....	25
2.11. Lot Kalite Tekniği (LKT)	25
2.11.1. LKT'nin genel tanımı.....	25
2.11.2. Genişletilmiş bağışıklama programında izleme-değerlendirme	26
2.11.3. LKT'nin uygulanması.....	26
2.11.4. LKT ile aşılama çalışmalarının izlenmesi	27
2.11.4.1. Ön hazırlık	27
2.11.4.2. Planlama.....	27
2.11.5. LKT'nin avantajları.....	29
2.11.6. LKT'nin dezavantajları.....	29
3. YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.3.1. Araştırmanın evreni.....	30
3.3.2. Araştırmanın örnekleme	30
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	32
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	32
3.6. Veri Toplama Araçları.....	32
3.6.1. Tanımlayıcı soru formu	32
3.6.2. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR).....	33
3.7. Veri Toplama Yöntemi	34
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi	35
3.9. Araştırmanın Süresi.....	35
3.10. Olanaklar ile Etik Açıklamalar.....	36
4. BULGULAR	37
4.1. Ebeveynlerin ve Çocuklarının Demografik Özellikleri.....	37
4.2. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Durumu.....	40
4.3. Ebeveynlerin Aşılarla İlgili Özellikleri.....	46
4.4. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Aşılama Durumları	49
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar	60

6.2. Öneriler	61
7. KAYNAKLAR.....	63
8. EKLER	81
EK 1: Etik Kurul Kararı	81
EK 2: Kurum İzin Belgesi	82
EK 3: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi	84
EK 4: Gönüllü Onam Formu	85
EK 5: Anket Formu	87
9. ÖZGEÇMİŞ	93



TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bazı ölçekler.....	11
Tablo 2. Ülkemizde 1980-1984 ve 2010-2014 yılları arasında hastalık vaka sayılarının karşılaştırılması	13
Tablo 3. 2017 yılı bölgelere göre Türkiye aşılama oranlarının dağılımı	24
Tablo 4. 2018 yılı (01.01.2018-30.9.2018) Kırıkkale aşılama oranlarının dağılımı.....	24
Tablo 5. LKT genel örneklem büyüklüğü belirleme tablosu.....	28
Tablo 6. Araştırmanın yürütüldüğü mahallelerin dağılımı	31
Tablo 7. HLS-EU-Q47 matrisi soru numaraları dağılımı	33
Tablo 8. Ebeveynlerin ve çocuklarının demografik özellikleri	37
Tablo 9. Ebeveynlerin ve çocuklarının sosyo-demografik özellikleri	37
Tablo 10. Ebeveynlerin eğitim düzeyi, gelir getiren bir meslekte çalışma durumu, aylık gelirleri ve sosyal güvencelerinin dağılımı	38
Tablo 11. Ebeveynlerin en uzun yaşadıkları yer, kitap okuma, internet ve sosyal medya kullanma sıklığının dağılımı.....	39
Tablo 12. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların ortalamalarının dağılımı.....	40
Tablo 13. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlık düzeyine göre dağılımı.....	41
Tablo 14. Ebeveynlerin aşılarla ilgili davranış özelliklerinin dağılımı.....	47
Tablo 15. Çocuklarına aşı yaptırma konusunda ebeveynlerin düşüncelerinin dağılımı.	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Okuryazarlık oranlarını etkileyen faktörler ve koşullar	5
Şekil 2. 2017 yılı Türkiye geneli okuma yazma oranının dağılımı	6
Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı çerçevesinde potansiyel müdahale alanları	8
Şekil 4. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi	16
Şekil 5. Kırıkkale ili Merkez ilçesinde ikamet eden ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı	40
Şekil 6. Ebeveynlerin çocukların annesi ya da babası olması ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı	42
Şekil 7. Ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı.....	42
Şekil 8. Annenin eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.....	43
Şekil 9. Babanın eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı	44
Şekil 10. Ailenin aylık gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı	44
Şekil 11. Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.....	45
Şekil 12. Kırıkkale ili merkez ilçesi mahalleleri aşılama haritası	46
Şekil 13. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumu.....	49
Şekil 14. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme durumu	50
Şekil 15. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkında düşüncelerinin durumu	51

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adult (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
NVS	: Newest Vital Sign-NVS (En Yeni Yaşamsal Belirteç)
HLS-EU-Q	: European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi)
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
WHO/DSÖ	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
BCG	: Basillus-Calmette-Guerin (Verem Aşısı)
DaBT-İPA-Hib	: Aselüler Boğmaca, Difteri, Tetanoz, İnaktif Poliovirüs, Haemophilus Influenza tip B
DaBT	: Difteri Asellüler Boğmaca Tetanoz
Hib	: Haemophilus Influenza Tip B
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
KKK Aşısı	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşılıarı
OPA	: Oral Polio Aşısı
LKT	: Lot Kalite Tekniği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Hep B	: Hepatit B Aşısı
Hep A	: Hepatit A Aşısı
Td	: Erişkin Tip Difteri, Tetanoz Aşısı
İÖÖ	: İlköğretim Okulu
R	: Pekiştirme (rapel) Dozu
HBIG	: Hepatit B Immune Globulin
HBV	: Hepatitis B Virus
Anti-HBs	: Hepatit B Yüzey Antikoru
HbsAg	: Hepatit B Yüzey Antijeni

PPD Testi	: Pürified Protein Derivative (Tüberkülin Deri Testi)
IPV	: İnaktive PolioVaccine
PPA-23	: Pnömokok Polisakkarit Aşısı
IPA	: İnaktif Polio Aşısı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
RNA	: Ribo Nükleik Asit
MS	: Milâttan Sonra
IOM	: Institute of Medicine
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
AIHW	: Australian Institute of Health and Welfare
ECDC	: European Centre for Disease Prevention and Control
HHS	: U.S. Department of Health and Human Services
REALM-R	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -Revised
S-TOFHLA	: Short Test of Functional Health Literacy in Adults
SILS	: Single Item Literacy Screen
BEHKA	: Brief Estimate of Health Knowledge and Action
HLSQMs	: Health Literacy Screening Question Methodologies
Eheals	: e-Health Literacy Scale
ABLE	: Adult Basic Learning Examination
LAD	: Literacy Assessment for Diabetes
REALD	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry
TABE	: Test of Adult Basic Education
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HALSI	: Health Literacy Skills Instrument
FCCHL	: Functional Communicative and Critical Health Literacy
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı
ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler
PPA	: Pnömokok Polisakkarit Aşısı
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SS	: Standart Sapma
Min	: Minimum Değer

Max	: Maximum Değer
N	: Sayı
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
EKMUD	: Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
IAC	: Immunization Action Coalition
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları



ÖNSÖZ

“Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi” adlı yüksek lisans tezimi hazırlamamda yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren, çalışmalarına büyük katkı sağlayan, bana ışık olan, her zaman örnek aldığım, değerli hocam; Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK’a, çalışmam için gerekli uygun ortamı sağlayan Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü’ne, istatistiklerimin hesaplanmasında yardımcı olan Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK’a, beni bugünlere taşıyan ve üzerimde emeği olan tüm hocalarıma, çalışmalarım sırasında her zaman yanımda olan bana destek veren, kızım; Nehir Nisa ERTUĞRUL’a, eşim; Merve ERTUĞRUL’a, bir ferdi olmaktan gurur duyduğum, canım aileme beni yalnız bırakmayan arkadaşlarıma, çalışmama katılan ebeveynlere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi

Okuryazarlık; bireyin bilgi ve becerilerine katkıda bulunmak, çalışma yaşamındaki faaliyetlerini devam ettirmek ve günlük yaşamındaki problemleri çözebilmek için yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi işleme yeteneğine sahip olma durumudur (Sezer, 2012). Okuryazarlık kavramı kullanıldığı yere göre değişkenlik gösteriyor olsa da bireylerin kendi duygu, düşünce ve isteklerini konuşarak ya da yazarak ifade etme şeklindedir (Aşıcı, 2009). Okumanın gerçekleşebilmesi için yazılı bir kaynağın bulunması ve bu metnin görsel ya da fiziksel olarak girdiyi dönüştürülmesi gerekmektedir (Alderson, 2000).

Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin merkezinde rol oynayan okuryazarlık, sağlık sistemlerinde çok az dikkate alınmaktadır (Ronson ve Rootmaan, 2009). Ancak günümüzde sağlık sisteminin giderek daha karmaşık hale gelmesiyle birlikte diğer taraftan sağlık hizmeti alanların bu sistemi etkin kullanabilmesi, toplum sağlığının gelişmesine katkı sağlaması ve bireyin üretkenliğinde payı olması gibi nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığının önemi artmaktadır (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2014). Sağlıkla ilgili konuların kilit belirleyicisi olan sağlık okuryazarlığı, çevresel ve genetik faktörlerle birlikte bireylerin sağlık davranışlarında, hastalıkların önlenmesinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Beaglehole, 2011). Sağlığın geliştirilmesi yolunda bilgi bulmak, anlamak, değerlendirmek ve iletmek için bir dizi beceriyi ifade eden sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerine erişim ve halk sağlığı üzerinde hayati bir etkisi olduğuna inanılmaktadır (Poureslami, Nimmon, Rootman ve Fitzgerald, 2016; Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kinding, 2004; Kickbusch, Pelikan, Apfel ve Tsouros, 2013; Sørensen vd., 2015).

Sağlık okuryazarlığı; “bireyin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, sağlığının bozulması durumunda ise iyileşme açısından temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve kullanma kapasitesi”dir (Sørensen vd., 2012). Tıp Enstitüsü Raporunda ise sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararlarını vermesi için gerekli temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır (Institute of Medicine [IOM], 2004).

Sağlık okuryazarlığı giderek kronik hastalık özyönetimi ve sağlık hizmeti kullanımının aracısı olarak anlaşılmaktadır (Poureslami vd., 2016; Shaw ve Disney, 2013). Hastalıkların yönetimi, tıbbi tedaviye uyum ve sağlıkla ilgili bilgiler gibi konuların toplumla basit, açık ve sade bir dil kullanılarak erişilebilir araçlar ile paylaşılması gerekmektedir. Hastalıkların önlenmesiyle ilgili eğitim materyallerinin yanı sıra bireylerin talimatları da anlayarak bu bilgileri yorumlaması ve uygun sağlık davranışlarını geliştirebilmesi gerekmektedir (Kickbusch vd., 2013).

Sağlık okuryazarlığı başlangıçta klinik çalışmaların odak noktasıyken giderek toplum temelli sağlık araştırmalarında kullanılmaya başlanmıştır (Nutbeam, 2008). Yapılan çalışmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin önleyici sağlık hizmeti aldıklarını bildirme durumunun düşük olduğunu ileri sürmektedir (Ng ve Omariba, 2010; Bennett, Chen, Soroui ve White, 2009). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı olan kişiler, doktorun talimatlarını ve tavsiyelerini veya sağlık eğitimini ve tanıtım materyallerini anlamada zorluk yaşarken, bağışıklama hakkında da yeterli bilgiye sahip olmayabilirler (Scott, Gazmararian, Williams ve Baker, 2002).

Aşılar, 20. yüzyılın en büyük halk sağlığı başarılarından biri olarak kabul edilmektedir. ABD'de çiçek hastalığının ortadan kaldırılmasında ve çocuk felci, kızamık, kızamıkçık ve diğer bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesinde etkin rol almaktadır. Hastalığın önlenmesi ve ortadan kaldırılmasındaki etkinliğine rağmen, rutin çocukluk çağı aşısı yaptırma alışkanlığı düşüktür (Maglione vd., 2014). Ebeveynlerin aşıları reddetme kararları, dünyanın birçok yerinde önemli bir halk sağlığı sorunudur (Sobo, 2015; Poltorak, Leach, Fairhead ve Cassell, 2005).

Aşılama, çocuklarda bağışıklamayı sağlayarak dünya çapında bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbidite insidansını önemli ölçüde azaltmıştır. Avustralya'da çocukluk dönemi aşı alımı, son 5 yılda %92,9'a ulaşan kapsamı ile yüksek seviyededir (Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2017). Bu genel başarıya rağmen, düşük aşı kapsamındaki alanların, çoğu zaman belirli coğrafi konumlarda kümelenmesi halk sağlığı için uygulama ve politika kaygıları yaratmaktadır (Frawley, Foley ve McIntyre, 2018). Son yıllarda aşılar karşı gelişen şüphe aşı ile önlenemez hastalıkların, salgınların ve ölümlerin devam etmesine neden olmaktadır (Dey, Knox, Wang, Beard ve McIntyre, 2016).

Chow ve ark. (2017) yapmış olduğu bir çalışmada, Avustralyalı ebeveynlerin sadece %48'i aşılarda ilgili endişeleri olmadığını bildirirken, beşte birinden fazlası aşılarda otizme neden olduğuna inanmaktadır (Chow, Danchin, Willaby, Pemberton ve Leask, 2017). Ayrıca 24 ülkenin katıldığı bir çalışmada, aşılara karşı tutumların komplocu inanışlarla ve bireysel dünya görüşüyle ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Hornsey, Harris ve Fielding, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşı tereddütünü etkileyen faktörleri üç temel başlık altında toplamıştır. Bağlamsal etkiler olarak iletişim ve medya araçları, sosyo-kültürel, ekonomik ve politik faktörler, tarihi, çevresel, sağlık sistemiyle ilgili faktörler; bireysel veya sosyal grup etkileri olarak bireyin kendi algısı, geçmiş deneyimleri, uygulamalara ilişkin inançları, sağlık sistemi ve sağlayıcılarına güven, sosyal faktörler; aşı ve aşılarmaya ait etkilerde ise doğrudan aşılara yönelik olarak risk ve yararları, yeni aşı veya formül tanıtımı, aşının uygulama şekli, aşılama programlarının düzenlenmesi ve bu programlara ulaşım şeklinde gruplandırılarak incelenmiştir. Aşılarmaya olan güvenin artmasına yardımcı olmak ve aşılara karşı yanlış inanışın önüne geçmek için, bireylerin aşılara olan tutumları ile içinde buldukları geniş demografik ve psikososyal özellikler arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir (World Health Organization [WHO], 2014; Sadaf, Richards, Glanz, Salmon ve Omer, 2013).

Türkiye’de uygulanan aşı politikaları 6.5.1930 tarihli 1593 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Umumî Hıfzısıhha Kanunu’nun halen yürürlükte olan 88-94. Maddelerinde çiçek aşısının mecburi olarak kabul edildiği, ancak genel ve zorunlu aşı uygulamasına yönelik kanun hükmünün mevcut olmadığı anlaşılmaktadır (Umumî Hıfzısıhha Kanunu, 1930). 26 Ekim 2016 tarihli 29869 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Anayasa Mahkemesi kararına göre; “Zorunlu aşı uygulaması açısından Anayasanın 17. maddesinde güvence altına alınan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiği” yönünde karar verilmiştir (Resmî Gazete, 2016).

Aşılama hizmetlerinin toplum üzerindeki etkisinin tespiti ve saha çalışmaları açısından lot kalite tekniği (LKT) kullanılan oldukça faydalı yöntemlerdendir. Bu yöntemle uygulanan bölgedeki küçük yerleşim yerleri ve araştırma yapılan tüm nüfus içerisindeki farklı yerlerin karşılaştırılması yapılabilmektedir. Ayrıca aşılama faaliyetlerinin etkinlikleri ve bölgesel haritaları çıkarılabilmektedir. Her nüfus

projeksiyonundan belirli miktarda örneklem seçilerek genel aşılama oranı hakkında yorumlamalar yapılabilmektedir. DSÖ 1990'lı yıllardan itibaren Genişletilmiş Bağışıklama Programının (GBP) etkililiğini tespit etmek amacıyla kolay ve anlaşılabilir bir yol olan lot kalite tekniğini (LKT) geliştirmiştir (Şener, 1997).

Ebeveynlerin aşıya karşı tutumlarının bilinmesi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin aşı tutum ve davranışlarına etki edip etmediğinin değerlendirilmesi aşı reddinin kontrol altına alınması noktasında önemli bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşireliği alanında doğrudan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle çocukluk dönemi aşılarına karşı tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalara rastlanmamıştır.

1.2. Alt Problemler

Bu çalışma, Kırıkkale ili merkez ilçesinde 0-12 ay yaş grubunda çocuğu bulunan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Sağlık okuryazarlık düzeyi nedir?
2. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri sağlık okuryazarlık düzeylerini etkiler mi?
3. Ebeveynlerin aşı tutum ve davranışları nelerdir?
4. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ile çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışları arasında ilişki var mıdır?
5. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

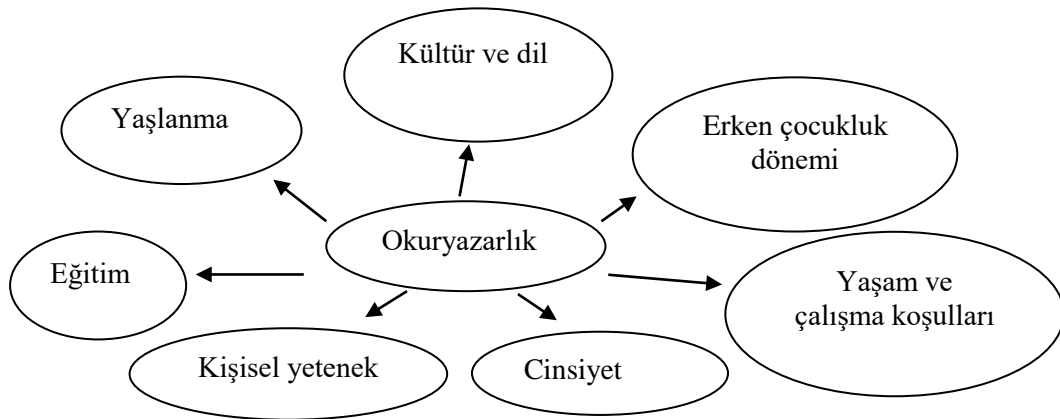
Araştırma 12 ay ve altında çocuğa sahip olan ve veri toplama sırasında evde bulunan gönüllü ebeveynlerle yürütüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

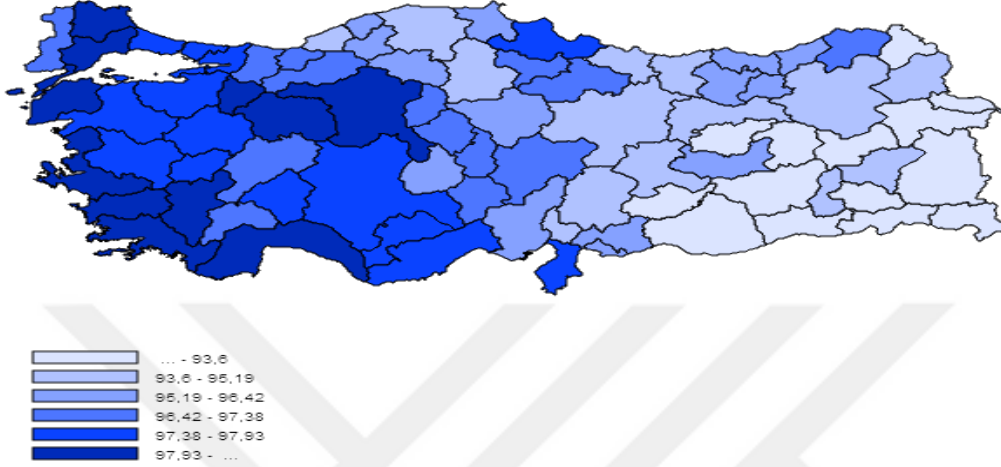
Okuryazarlık kavramı en genel ifadeyle yazılan yazılardaki simgeleri seslendirme ve bu seslendirilen simgelerin anlamlandırılması ile başlayan, maddeleri, olayların akışını anlayabilme ve anladıklarına da kendi deneyimlerini katarak kişinin kendisini ifade etme durumudur (Altun, 2005). Başka bir ifadeyle okuryazarlık kavramı kişinin okuma ve yazma etkinlikleriyle birlikte içinde yaşadığı hayatı ve bu hayatın içerisinde göstermiş olduğu deneyimlerini algılayışı, sosyal hayatındaki bütün ilişkilerine anlam yüklemesidir (Aşıcı, 2009).

20. yüzyıldaki bazı teknolojik gelişmeler okuryazarlık kavramında değişikliklere yol açmış ve yeni okuryazarlık türleri ortaya çıkmıştır. Okuryazarlık kavramı oluşumu gereği okuma ve yazma ile ilgili kavramlar olmasına rağmen karmaşık ve çoklu okuma ve yazma becerisi gerektiren bir olgu olmaya başlamıştır. Teknolojik gelişimlerle birlikte gelişen okuryazarlık kavramı birçok araştırmacı ve bilim insanı tarafından tartışılan bir konu haline gelmiştir (Aşıcı, 2009). Modern toplum içerisinde varlığını gösteren bir birey olmak, mesleki ve yaşamsal şartları düzenlemek, bağımsız karar verebilen birisi olmak ve çağın gereksinimlerine uygun bir bakış açısı kazanılabilmek için okuryazarlık yeteneklerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca iletişimin etkili yapılabilmesi ve diğer nesillere aktarılabilmesi için teknolojik gelişmelerin yakından takip edilerek modern okuryazarlık becerilerinin kazanılması gerekmektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).



Şekil 1. Okuryazarlık oranlarını etkileyen faktörler ve koşullar

Şekil 1’de görüldüğü gibi bireylerin okuryazarlık oranını etkileyen birtakım faktörler yer almaktadır. Bunlar; eğitim, kişisel yetenek, cinsiyet, erken çocukluk gelişimi, yaşlanma, yaşam ve çalışma koşulları, kültür ve dildir (Rootman ve Ronson, 2003).



Şekil 2. 2017 yılı Türkiye geneli okuma yazma oranının dağılımı (%)

2017 yılı TÜİK verilerine göre Türkiye geneli okuryazarlık oranı Şekil 2’de belirtilmiştir. Buna göre Türkiye geneli okuryazarlık oranı %96,7 olarak belirlenmiştir. Akdeniz ve Ege bölgelerinin özellikle kıyı kesimlerinde okuryazarlık oranları Türkiye ortalamasının üzerindeyken Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde okuryazarlık oranı Türkiye ortalamasının altındadır. Kırıkkale ili okuryazarlık durumunun ise %96,5 oranıyla Türkiye geneli ortalamasına yakın olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2017).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Tarihi süreçler göz önünde bulundurulduğunda yaşanan sosyal değişimler, tıp ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarında ve sağlığı algılamalarında birtakım değişikliklerin oluşmasına neden olmuştur. Tıp alanında özellikle 20.yüzyıldan itibaren yaşanan değişimler ve tedaviler kadar hastalıkların oluşmasının engellenmesi noktasında da birtakım değişikliklerin oluşmasını sağlamıştır. Değişen ve gelişen teknolojiyle birlikte yüzyıllardır insanlığı etkileyen enfeksiyon hastalıklarının yerini zamanla kronik hastalıklara bırakması nedeniyle sağlıklı yaşamın

devam ettirilmesinde sağlık personelleri ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar kadar bireyler ve aileleri de önem kazanmıştır (Sezgin, 2013). Sağlık geliştirilmesinin tüm alanlarında olduğu gibi, kronik ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde sağlık okuryazarlığı yaklaşımı hem güçlü hem de zayıf yanları oluşturmaktadır (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2014). Buradan hareketle bulaşıcı hastalıkların fazla görüldüğü toplumlarda sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması, sağlık okuryazarlık düzeyinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki önemini göstermektedir (Örnek, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede yer alarak dünya gündeminde konuşulacak konulardan biri olmuştur (Simonds, 1974). Sağlık okuryazarlığı; “bireyin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, sağlığının bozulması durumunda ise iyileşme açısından temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve kullanma kapasitesi”dir (Sørensen vd., 2012). Tıp Enstitüsü Raporu’nda ise sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararlarını vermesi için gerekli temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır (IOM, 2004). DSÖ ise sağlık okuryazarlığını “bireylerin iyi sağlığı teşvik eden ve sürdüren yollarla bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır. Koruyucu sağlık bilgilerinin anlaşılması ve bu bilgilere dayanarak sonraki kararların alınması hayati öneme sahiptir. (Nutbeam, 1998).

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili konuların anahtar belirleyicisidir. Çevresel ve genetik faktörlerle birlikte bireylerin sağlık davranışları hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Beaglehole vd., 2011).

Sağlık okuryazarlığı, uzun ve kaliteli bir yaşamın sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve ulaşımında eşitsizliklerin giderilmesini sağlar. Sağlık personellerinin mesleki doyumunun sağlanması, etkili ve doğru iletişimin sağlanması, klinik ortamda kazanmış olduğu becerilerin kullanılmasını sağlarken sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuranların ise sağlıkla ilgili kavramları anlamasını ve kendi hastalıklarıyla ilgili kararlar noktasında aktif rol almasını ve sağlık hizmetlerinden en

etkin şekilde faydalanmalarını sağlar (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2000).

Nutbeam (2000) Sağlık okuryazarlığı kavramını 3 evrede ele almıştır.

1. Temel / işlevsel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin temel düzeyde gündelik yaşamlarında okuma ve yazma becerilerini içerir.
2. İletişimsel/İnteraktif sağlık okuryazarlığı: Daha gelişmiş sosyal ve bilişsel okuma yazma becerileri ve farklı iletişim biçimlerinden anlamlar çıkarma becerilerini içerir.
3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlık alanındaki değişimler ve kavramlar konusunda yüksek seviyede bilişsel ve sosyal becerilerinin kazanılmasını, eleştirel düşünce yeteneklerinin gelişmesini içerir (Nutbeam, 2000).

2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kişinin bireysel yetenekleri, sağlık sistemi, eğitim sistemi, iş, aile ve sosyal kültürel faaliyetlerinin tümünden etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili okuryazarlık ve aritmetik becerilere, eleştirel düşünme ve sağlıkla ilgili karar verme becerilerine odaklanarak gelişmiştir. Bu beceriler sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyerek sağlık sonuçlarını ve sağlıkla ilgili maliyetleri etkilemektedir (Mancuso, 2009; Ingram, 2012; Sørensen vd., 2012).



Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı çerçevesinde potansiyel müdahale alanları

Şekil 3'te sağlık okuryazarlığını çerçevesinde potansiyel müdahale alanları gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin içinde bulunduğu eğitim sistemi, sosyo-kültürel faktörler ve sağlık sistemi tarafından şekillenmektedir. Tüm bu faktörler sağlık sisteminde harcamaları ve maliyetleri oluşturmaktadır (IOM, 2004).

Sağlık okuryazarlığı kavramının toplumsal düzeydeki etkileri 6 temel başlık altında toplanmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009). Bunlar;

1. Çok sayıda kişiyi etkilemesi: Ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri birbirinden farklıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelişmemiş ülkelere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dünyada yaşayan insanların %16'sı ve kadınlarında üçte ikilik kısmı temel okuryazarlık berilerinden yoksundur. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, kendi hastalıklarıyla ilgili kararları etkileme noktasında eksiklikler olduğunu göstermektedir.

2. Olumsuz sağlık sonuçları: Okuryazarlık seviyeleri eğitim, yaş ve etnik kökenle ilgili olsa da bazı çalışmalar sınırlı okuryazarlık veya aritmetik becerilere sahip olmanın da, sağlık için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Okuryazarlık ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda okuryazarlık seviyesi düşük olan insanların kısıtlı sağlık bakım hizmeti alma, hastaneye yatış süresinde uzama, küresel sağlık önlemleri ve bazı kronik hastalıklar konusunda bilgiler de dahil olmak üzere çeşitli sağlıkla ilgili değişkenlerle bağlantılı olduğu sonucuna varılmaktadır. Eğer insanlar temel sağlık bilgisini elde edemez, işleyemez ve anlayamazlarsa, kendilerine iyi bakamayacak veya sağlıkla ilgili kararlar veremeyecek hale gelmektedir.

3. Kronik hastalık oranlarının artması: DSÖ, her yaşta dünya çapındameydana gelen ölümlerin çoğunun kronik hastalıklara bağlı ortaya çıktığını belirtmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar (esas olarak kalp hastalığı ve inme) tüm ölümlerin %30'undan sorumludur. Kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet aynı zamanda mortalitenin başlıca nedenleridir. Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin bir veya daha fazla kronik durumla iyi yaşamayı üstlenmesi gereken tüm görevleri içerir. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalık öz-yönetiminde çok önemli bir rol oynar. Uzun dönem kronik hastalıkların yönetilebilmesi için, bireylerin karmaşık sağlık bilgilerini

anlayabilmeleri ve değerlendirebilmeleri, yaşam tarzlarını düzenleyebilmeleri ve bilinçli kararlar verebilmeleri gerekmektedir.

4. Sağlık harcamaları: Düşük sağlık okuryazarlık düzeyiyle ekonomik maliyetlerin değerlendirilmesi oldukça zor bir durumdur. Düşük sağlık okuryazarlığının yaygınlığı hakkında yeterli bilgi birikimin olmaması sağlık okuryazarlığını nelerin oluşturduğunun tespiti açısından oldukça zor bir konu haline gelmektedir. Ancak sağlık bakım sistemleri, sağlık hizmeti erişimi ve kullanımı alanlarında çalışan bazı araştırmacıların maliyet hesaplaması yapmaları engellenememektedir.

5. Sağlık bilgisi talepleri: Geçtiğimiz otuz yılda bilgilendirilmiş onam formları ve ilaç prospektüsü ekleri gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyallerin değerlendirilmesine yönelik 800'den fazla hakemli çalışma yapılmıştır. Çalışmalar materyallerin okuma seviyeleri ile hedef kitlenin okuma becerileri arasında bir uyumsuzluğun olduğunu göstermektedir. Aslında, değerlendirilen materyallerin çoğunun ortalama lise mezunu okuma becerilerini aştığı bulunmuştur.

6. Eşitlik: Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi, kötü sağlık sonuçları olanları sağlık okuryazarlık seviyelerinin geliştirilmesiyle mümkündür. Sınırlı sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kötü sağlık sonuçlarının, etik bir sorun olduğu ve sağlık sisteminin adaletsizliği olarak görülmektedir. Sağıktaki eşitsizliklerin giderilmesi noktasında tüm sağlık hizmetleri kullanıcıları için sınırlı sağlık okuryazarlığı, teknolojinin desteklediği iletişimin yaygın kullanımı ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek için klinik teşvikler içeren evrensel önlemler alınmalıdır.

2.4. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları Tablo 1'de gösterilmiştir (Filiz, 2015). Bu ölçeklerden en fazla kullanılanlar REALM, TOFHLA ve NVS olarak bilinmektedir (Akcilek, 2017).

Tablo 1. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bazı ölçekler

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -Revised (REALM-R)	Revize Edilmiş-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi
5. Newest Vital Sign (NVS)	En Yeni Yaşamsal Belirteç
6. Single Item Literacy Screen (SILS)	Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması
7. Brief Estimate of Health Knowledge and Action (BEHKA) – HIV Version	Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği
8.How confident are you filling out Medical forms by yourself?	Tıbbi formları kendiniz doldurma konusunda ne kadar iyisiniz?
9. Public Health Literacy Scale	Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
10. SOS Mnemonic	SOS Kısaltması
11. Health Literacy Screening Question Methodologies (HLSQMs)	Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri
12. e Health Literacy Scale (e HEALS)	e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
13. Adult Basic Learning Examination (ABLE)	Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi
14. Literacy Assessment for Diabetes (LAD)	Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi
15. Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD)	Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
16. Test of Adult Basic Education (TABE)	Yetişkin Temel Eğitim Testi
17. Health Activities Literacy Scale (HALS)	Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
18. Health Literacy Skills Instrument (HLSI)	Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı
19. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)	İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı
20. European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q)	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi

2.5. Bağışıklama

Bağışıklama; canlı vücuduna giren herhangi bir yabancı mikroorganizmanın (virüs ya da bakteri) enfeksiyon oluşturmasına karşın vücudun savunma mekanizması oluşturmasıdır (Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği [EKMUD], 2016). Vücut savunma mekanizmasını pasif ve aktif bağışıklama yöntemiyle yapmaktadır. Pasif bağışıklık, bireylerinden, en yaygın olarak plasentadan veya daha az sıklıkla, kanın veya immünoglobulin dahil kan ürünlerinin transfüzyonundan, antikörlerin transferinden sağlanan korumadır. Antikörlerin anneden çocuğa çapraz plasental transferi ile sağlanan koruma, bazı enfeksiyonlara (örneğin tetanoz ve kızamık) karşı, diğerlerine (örneğin çocuk felci ve boğmaca) göre daha etkilidir. Bu koruma geçicidir (Ramsay, Salisbury ve Noakes, 2006).

Aktif bağışıklık, bireyin kendi bağışıklık sistemi tarafından üretilen ve genellikle uzun süren bir korumadır. Bu bağışıklık, genellikle hücresel tepkileri, serum antikörlerini veya enfekte edici organizma üzerinde bir veya daha fazla antijene karşı etkili bir kombinasyonu içerir. Aktif bağışıklık, doğal hastalık veya aşılama yoluyla edinilmektedir (Ramsay vd., 2006).

2.6. Aşı

Aşı, bazı hastalıklara karşı bağışıklığı geliştiren biyolojik bir preparattır. Bir aşı tipik olarak bir hastalığa neden olan mikroorganizmayı andıran bir maddeyi içerir ve genellikle mikrobu, toksinlerinin veya yüzey proteinlerinin zayıflatılmış veya öldürölmüş formlarından yapılır. Ajan, vücudun bağışıklık sistemini, yabancı olarak tanınması, yok etmesi ve hatırlaması için uyarır, böylece bağışıklık sistemi daha sonra karşılaştığı bu mikroorganizmaları daha kolay fark edip yok etmektedir (WHO, 2017a).

Aşılar genel itibariyle iki ana grupta incelenmektedir. Bu gruplara canlı aşılar ve inaktive aşılar denilmektedir. Canlı aşılar genellikle virüs ya da bakterilerin zayıflatılmış formlarıdır ve tek dozda bağışıklık oluştururlar. Canlı aşılarda etken vücudun içerisinde çoğalma gösterir ve etkenlerin vahşi formları olmadıkları için hastalık oluşturmadan bağışıklık kazanılması sağlanmış olur. Canlı aşılara kabakulak, Oral Polio, BCG vb. örnek gösterilmektedir.

İnaktive aşılar ise vücuda giren etkenlerin bir kısmı için ya da tamamı için üretilmiş aşılardır. İnaktive aşılar da etkenin vücutta çoğalması söz konusu değildir. Bu tip aşılar birden fazla doz şeklinde uygulanır ve aşının etkisinin geçmesi halinde ise tekrar rapel dozu yapılması gerekmektedir. İnaktive aşılar ise Hepatit B örnek gösterilebilir (Türk Tabipleri Birliği [TTB], 2018).

Tablo 2. Ülkemizde 1980-1984 ve 2010-2014 yılları arasında hastalık vaka sayılarının karşılaştırılması

Hastalık	Aşılama Öncesi Vaka Sayısı*	1980-1984 Vaka Sayısı*	2010-2014 Vaka Sayısı*	Azalma Yüzdesi
Difteri	1236 (1932-1936)	173	0,2	100
Boğmaca	10761 (1963-1967)	3619	49	99,5
Tetanoz	Bildirimi yapılmamıştır. (1963-1967)	110	11	90
Çocuk Felci	501 (1958-1962)	159	0	100
Kızamık	50144 (1965-1969)	21224	1689	96,6

*5 yıllık ortalama alınmıştır.

Ülkemizde 1980-1984 ve 2010-2014 yılları arasında hastalık vaka sayılarının karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir. Yapılan aşılama çalışmaları sonucunda aşı ile önlenabilir hastalık hızlarında ciddi düşüşler yaşanmıştır. Özellikle 1924 -1944 yılları arasında büyük salgınlar ve ölümlere yol açmış olan çiçek hastalığı aşılama çalışmalarıyla 1977 yılından itibaren tamamen yok edilmiştir. Hastalık etkeni yok edildiğinden çiçek aşısı uygulamalarına da ihtiyaç kalmamış ve 1980 yılında ülkemizde

ve tüm dünyada aşılama durdurulmuştur. Yine çok önemli bir çocukluk çağı bulaşıcı hastalığı olan çocuk felci (poliomyelit) hastalığına karşı dünya genelinde yaygın aşılama çalışmaları yapılmış ve hastalık yok edilme aşamasına getirilmiştir. 1988 yılında dünya genelinde 350.000 olan vaka sayısı 2017 yılında 22 vakaya kadar azaltılmıştır. Ülkemizde son çocuk felci vakası Kasım 1998 yılında görülmüştür. DSÖ tarafından Avrupa Bölgesi Poliodan Arındırılmış Bölge Sertifikası ile belgelendirilmiştir. Ülkemizde kızamık vaka sayıları 2001 yılında 30.509 iken, etkili kızamık aşılması sonrası 2017 yılında vaka sayısı 84 ile sınırlı kalmıştır. Türkiye’de maternal ve neonatal tetanozun elimine edildiği 24 Nisan 2009 tarihinde DSÖ tarafından duyurulmuştur. 2004 yılından bu yana sadece 2011 yılında tek difteri ve ölüm vakamız olup, bu vaka dışında vaka görülmemiştir. 2017 yılında 2’si ölümle sonuçlanan toplam 25 tetanoz vakası görülmüş olup, vakaların tamamı aşısız olduğu görülmüştür. Etkin ve kapsayıcılığı yüksek aşılama faaliyetleri sonucunda aşı ile önlenebilir hastalıklardan hepatit A-B, boğmaca, invaziv bakteriyel hastalıklardan pnömokok ve Hib’e bağlı gelişen menenjit, sepsis ve bakteriyemi, suçiçeği, kabakulak ve kızamıkçık vaka görülme sıklıkları oldukça azalmıştır (<https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/27-a%C5%9F%C4%B1n%C4%B1n-yararlar%C4%B1.html>).

2.7. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmıştır. Genelgenin yayınlanmasındaki temel amaç; Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hib, KPA, Hepatit A ve Su Çiçeğinin oluşturduğu hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmak, hastalıkların yayılmasını kontrol altına almaktır. GBP’nin temel amacı, ülke genelinde aşılammamış çocuk kalmaması, daha önceden herhangi bir nedenden dolayı aşılammamış ya da aşılarını aksatmış çocukların tespit edilmesi halinde derhal aşılammalarının sağlanması ve tüm bu hizmetlerden ülkede yaşayan tüm çocukların aynı seviyede faydalanmasıdır.

2.7.1. GBP hedefleri

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12–23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılama,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal ve Neonatal Tetanozu elimine etmek,
- 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü elimine etmek,
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hib tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak,
- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir (GBP Genelgesi, 2009).

2.8. Ülkemizde Uygulanan Aşılama Programları

Aşıların ülke genelinde kullanıma girmesi, aşılamayla kontrol altına alınabilecek enfeksiyon hastalıklarının toplumda görülme insidanslarına ve mortalite özelliklerinin yüksek olmasına, tedavi imkanlarının kısıtlılığına, aşının bağışıklama oranlarının yüksekliğine, aşıların oluşturduğu yan etkilerin azlığına ve aşıların maliyetlerinin düşük olmasına bağlıdır. Bu bakımdan dünya üzerinde bulunan ülkeler farklı aşılama politikalarını halklarına sunmaktadırlar (Beyazova ve Aktaş, 2007).

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi										
Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	ilköğretim 1. sınıf	ilköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
 KPA: Konjuge Pnömonok Aşısı
 KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
 DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
 OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)
 Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
 R: Rapel (Pekiştirme)

Şekil 4. T.C. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi

T.C. Sağlık Bakanlığının oluşturmuş olduğu ve halen kullanılan çocukluk dönemi aşı takvimi Şekil 4'te gösterilmiştir. Ülkemizde her yeni doğan çocuğu bu aşı takvimine göre aşılanması sağlanmaktadır. Aşı takvimlerinin oluşturulmasında alanında deneyimli otoritelerin görüşleri ve klinik çalışmaları göz önünde bulundurulmaktadır (<https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>).

2.9. Ulusal Aşı Takvimindeki Aşılar

2.9.1. Hepatit B aşısı

Hepatit B enfeksiyonu çeşitli yollarla bir canlıdan diğer bir canlıya geçmektedir. Bireylerin kontrolsüz cinsel ilişkiye girmeleri, gebelik sürecinde annenin Hepatit B taşıyıcılığının olması ya da amniyon sıvısının bebek tarafından doğum esnasında yutulması, enfekte olmuş iğnelerin özellikle sağlık personellerine işlem sırasında batması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, vücut sıvıları vb. yollarla bulaşmaktadır (Kanra ve Cengiz, 1998).

Hepatit B aşısı dünyanın birçok ülkesinin ulusal aşılama takviminde yer almasına karşın Türkiye'de ilk defa 1998 yılında ulusal aşılama programına dahil edilerek rutinde uygulamaya geçilmiştir ve bebeklerde 3 doz şeklinde 0, 1, ve 6. ayında Hepatit B aşıları yapılmaktadır (Buzgan, 2012). Hepatit B aşısını 3 doz olarak 18 yaşına kadar yaptırmayan bireylerde 3 dozluk aşının tamamlanması gerekmektedir (Çokuğraş,

2008). Hepatit B aşısının 3 dozluk kısmını eksiksiz olarak yapan erişkinlerde %90 oranında antikor cevabı sağlanırken; yenidoğan, bebek, çocuk ve adölesanların %95'inde antikor cevabı sağlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda düzenli olarak Hepatit B aşısı yaptıran erişkin ve çocuklarda ilerleyen zamanlarda anti-HBs değerleri normal değerlerin altına inerse de 15 yıl ve daha fazla sürece immünolojik hafızalarının devam ettiği, ani gelişen klinik enfeksiyonlarda ve kronik HBV olgularına karşı koruyuculuklarının devam ettiği tespit edilmiştir (İncili, 2009).

Anne karnında gelişimini tamamlamadan doğan prematüre bebeklerin ağırlıklarının 2000 gramın üzerine çıkması durumunda Hepatit B aşısını yaptırmaları, 2000 gramın altında ve annede Hepatit B taşıyıcılığı bulunan prematüre bebeklerde aşı ve hepatit B immunoglobulinin (HBIG) birlikte uygulanması gerekmektedir (Atkinson vd., 2002).

Hepatit B aşısının 3 dozunu rutin olarak almış bebeklerde gelişimlerinin 9. ile 15. ayları arasında anti-HBs ve HBsAg kan testlerini yaptırarak hepatit marker değerlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Kan sonucunda anti-HBs 10 mIU/ml üzerinde ve HBsAg (-) çıkması durumunda rapel yaptırmaya gerek olmadığı belirtilmektedir (Banatvala, Van Damme ve Van Hattum, 2000). Hepatit B aşısı yaptıran bireylerde aşı yapılan yerde ağrı, GuillainBarre Sendromu, ateş anafilaksi vb. yan etkiler görülmektedir (Altun, 2008). Hepatit B aşısının sık görülen hafif yan etkilerinden ağrı, şişlik, kızarıklık gibi lokal reaksiyonlar erişkin bireylerde %15 oranında görülürken çocuklarda %5 oranında görülmektedir. Huzursuzluk, kırgınlık ve sistemik belirtiler ise %1-6 oranında görülmektedir. Yan etkilerinden nadir görülen ve ciddi olanı ise anafilaksi olup görülme sıklığı 1 milyon dozda 1-2'dir (Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler [ASİE] Genelgesi, 2009).

2.9.2. Verem aşısı (Basillus-Calmette-Guerin)

T.C. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu aşı takvimimize göre bebeklerde 2. ayda yapılan aşısıdır. Tüberkülozun etkeni olarak kabul edilen Mycobacterium Tuberculosis basili tarihin çeşitli evrelerinde insanları etkileyerek hala mortalite oranı yüksek bir tehdit olarak kabul edilmektedir. %90-95 oranında latent kalan M. Tuberculosis kişilerde genellikle semptom vermeden varlığını sürdürmektedir. Geri kalan %5-10'luk oranda ise aktif olarak varlığını sürdürüp çeşitli semptomlarla kendini göstermektedir (Kaufmann, 2012; WHO, 2009; Ottenhoff ve Kaufmann, 2012). Tüberküloz vakaları dünyanın gelişmiş ülkelerinde gelişmemiş ülkelere oranla daha az görülmektedir ve her yıl dünyada yaklaşık 8,8 milyon yeni tüberküloz vakasının ortaya çıktığı bildirilmektedir. Özellikle Afrika ve Doğu Avrupa ülkeleri tüberküloz etkeninin çok görüldüğü yerlerdir (Glaziou, Floyd, Weil ve Raviglione, 2016). 2015 yılında DSÖ tüberküloz konusunda yayınladığı bir raporda 10,4 milyon tüberküloz vakasının dünya genelinde görüldüğü, 2030 yılında tüberküloz görülme sıklığının %80 ve tüberküloza bağlı mortalite oranının ise %90 oranında azaltılmasının hedeflendiği belirtilmektedir (WHO, 2016a).

BCG aşısı yenidoğan bebeklerde ilk üç aylık süre içerisinde herhangi bir PPD testi yapılmadan direkt olarak uygulanmaktadır ancak 3 aylık sürenin bitiminden sonra BCG aşısı uygulanacak bireylerin PPD testlerinin yapılarak testin negatif olması halinde uygulanması gerekmektedir. Eğer uygulanan PPD testinin çapı 10 mm'den büyük ise, PPD (+) pozitif aile öyküsü, fizik değerlendirme ve detaylı laboratuvar tetkikleriyle tüberkülozun varlığı tespit edilmelidir (Şahin, 2004). PPD testi sonucu pozitif çıkan vakalarda daha önceden kızamık aşısı yaptırmışlar ise sonuç yanlış çıkabilmektedir. Bu yüzden testin 4-6 hafta sonra tekrarlanması gerekmektedir (Atkinson vd., 2002). Aşı yapılan yerde 2-8 hafta arasında görülen püstül meydana gelir ve aşı skarı oluşturarak aşı iyileşir. Ayrıca aşıya bağlı olarak yaygın BCG enfeksiyonu, aşı yapılan bölgede ülser, osteit, bölgesel lenf bezlerinde büyüme vb. yan etkiler görülmektedir (Rodrigues, Mangtani ve Abubakar, 2011). BCG aşısının sık görülen hafif yan etkilerinden ağrı, şişlik, kızarıklık %90-95 oranında görülmektedir. Ciddi yan etkilerinden nadir görülenler ise; lenfadenit, BCG Osteiti ve yaygın BCG Enfeksiyonu olup görülme

sıklığı 1 milyon dozda; lenfadenit (100-1000), BCG Osteiti (1-700), yaygın BCG enfeksiyonu görülmektedir (ASİE Genelgesi, 2009).

2.9.3. Aselüler boğmaca, difteri, tetanoz, inaktif poliovirüs, haemophilus influenza tip B

Ülkemizde 1937 yılında difteriye karşı mücadele tek doz olarak başlamıştır. 1968 yılına gelindiğinde ise Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nde geliştirilen difteri, boğmaca ve tetanoz aşılarının üçlü karma aşı olarak ülke genelinde uygulanmasına karar verilmiştir (EKMUD, 2016). Aşı preparatlarının çocuklar ve erişkinler için farklı formları bulunmaktadır. Çocuklar için difteri-tetanoz toksoidi (DT) ve erişkinler için tetanoz-difteri toksoidine, asellüler boğmaca (aB) eklendiğinde adını DaBT veya Tdabolarak almaktadır. Bunların içerisine de hepatit-B (HepB) ve inaktif polio (IPV) aşılarının eklenmesiyle adını DTaB-HepB-IPV olarak almaktadır. Bu grubun içerisine Hib'in katılmasıyla 5'li karma aşı denilen DTaB-IPV-Hib formu meydana gelmekte ve rutin aşılama programı kapsamında ülke genelinde uygulanmaktadır (Vitek ve Wharton, 2008; Wassilak, Roper, Kretsinger ve Orenstein, 2008).

DSÖ yayınlamış olduğu bir raporda 1980 yılında difteri-boğmaca-tetanoz aşılarının uygulanma oranı yaklaşık %20 iken bu rakam 2015 yılına geldiğinde yaklaşık %85 olmuştur (WHO, 2016c). Beşli karma aşı T.C. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu aşı takvimine göre 2, 4 ve 6. ayda rutin ve 18. ayda ise rapel şeklinde uygulanmaktadır. Bu aşılarla birlikte iki kez olmak üzere 6. ve 18. aylarda oral polio aşısı birlikte uygulanmaktadır (Arısoy vd., 2015). Aşı uygulamasıyla birlikte ağrı, endurasyon, şişme, enjeksiyon bölgesinde şişlik ve 38°C'yi geçen ateş yüksekliği gibi yan etkiler görülmektedir (Vitek vd., 2008; Kretsinger vd., 2006).

2.9.4. Konjugepnömokok aşısı (KPA)

Streptococcus pneumoniae adlı bir bakteri türünün canlı vücuduna girerek ensefalit, pnömöni, menenjit vb. hastalıkları oluşturarak canlılarda mortaliteye neden olmaktadır (Akova, Oder, Ergönül, Ruacan ve Türker, 2015). Dünya genelinde pnömokok hastalıklarının %62'sinden 10 tip sorumludur. Özellikle pnömokoklar çocuklarda septisemi ile yaşlılarda, immün yetmezliği olanlarda menenjitte ve akciğer

enfeksiyonlarına sebep olarak bireyin yaşamını tehdit ederler (Orenstein ve Atkinson, 2012).

KPA'nın polisakkarit pnömokok aşısı ve konjuge pnömokok aşısı olmak üzere iki formu bulunmaktadır (Taylan, 2014). T.C. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu ulusal aşılama programı kapsamında 2, 4 ve 6. ayların sonunda ve 12-18. aylar arasında da bir doz rapel şeklinde uygulanmaktadır. Eğer çocuklara pnömokok polisakkarit aşısı (PPA-23) uygulanmamışsa, en son uygulanan KPA-13'ten en erken sekiz hafta sonra PPA-23 uygulanması gerekmektedir. Daha önceden aşılanmamış ya da eksik aşılanmış çocuklara KPA yapılırken, daha önceden 7 bileşenli KPA aşılanması eksiksiz olarak yaptırmış 15-60 aylık sağlıklı çocuklara ek olarak bir kez KPA-13 yapılması gerekmektedir. Bir yaşın sonrasında KPA-13 dozunu yaptırmış olan çocuklarda aşının rapeline gerek yoktur (Arısoy vd., 2015).

Daha önceden aşı uygulamasından sonra alerjik reaksiyon gösteren kişilerde kontraendikasyonu vardır (EKMUD, 2016). Ayrıca aşı uygulamasından sonra aşı yapılan bölgede ağrı ve şişlik, eritem, ishal, kusma, endurasyon, miyalji, iştahsızlık vb. yan etkiler meydana gelebilmektedir (Kimberlin, Brady, Jackson ve Long., 2015; Eskola, Black ve Shinefield, 2004). KPA'nın yan etkilerinden sık görülen ve hafif nadir olanları; ağrı, şişlik, kızarıklık, 38°C'yi geçen ateş, huzursuzluk, kırgınlık ve sistemik belirtiler %10-20 oranında görülmektedir. Nadir görülen ciddi yan etkisi ise konvülsiyondur (ASİE Genelgesi, 2009).

2.9.5. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları (KKK)

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşıları canlı kombine attenué aşılarıdır. Kızamık, viralenfeksiyon çeşitlerindedir. 1-4 yaş grubu çocuklarda daha çok görülmekle birlikte hapşırma ve öksürük ile damlacık yoluyla bir canlıdan diğer bir canlıya bulaşmaktadır. Özellikle kırmızı lekeler ve kaşıntı yoluyla tüm deri yüzeyini kapsayarak yayılmaktadır. Kızamıkçık, viral enfeksiyon çeşitlerindedir. Vücutta ateş, lenf bezlerinde şişme, boğaz akıntısı, vücutta kırmızı lekeler ile kendini gösteren ve damlacık yoluyla yayılan enfeksiyondur. Özellikle bulaştırıcı özelliği enfeksiyonun vücutta başlamasından 7 gün önce ve enfeksiyon odağının vücutta görülmeye başladıktan 14 gün sonra devam ettiği söylenmektedir. Kabakulak, vücuttaki parotis bezlerindeki şişliğe ve ağrıya bağlı olarak damlacık yoluyla bulaşan bir tür

viral enfeksiyondur. Adolesanlık döneminde bireyin kabakulağa yakalanması halinde kısırlık, menenjit, ensefalit ve işitme duyusunda bozulma gibi ciddi sağlık sorunları oluşturabilmektedir (<http://viralinfections.info/article/865351927/measles-mumps-and-rubella/>; Özdemir, 2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı ulusal aşılama programında KKK aşısı 12. ayda ve ilköğretim 1. sınıfta uygulanmaktadır. Çeşitli nedenlerden dolayı KKK aşısını daha önceden hiç yaptırmamış ve kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarından herhangi birisini en az bir defa geçirmiş olan bir yaşını tamamlamış çocuk ya da erişkinlerin birer ay süreyle iki defa aşılınmaları, daha önceden KKK aşısıyla bir defa aşılınmış olanların ise ek bir dozla aşılınmaları sağlanmalıdır (Arısoy vd., 2015). KKK aşısı yapıldıktan sonra ilk 24 saatlik süre içerisinde aşının yapıldığı yerde ağrı, hafif ateş (%5 oranında $>39,4^{\circ}\text{C}$ ateş), döküntü, konvülsiyon v.b. yan etkiler görülebilmektedir (EKMUD, 2016).

2.9.6. Suçiçeği

Suçiçeği canlı attenuue aşısıdır. Varisella zoster adlı bir virüsün suçiçeği ve zonaya sebep olduğu bilinmektedir (Azap ve Kurt, 2001). Virüs özellikle damlacık ve temas yoluyla bir canlıdan diğer bir canlıya bulaşmaktadır (Tseng vd., 2011). Aşılama faaliyetlerinden önce ABD’de yılda yaklaşık dört milyon vaka görülürken aşılama faaliyetlerinin ülke politikalarına dahil edilmesinin ardından ABD’de görülen suçiçeği vakalarında %76-87 oranında azalma görülmüştür. T.C. Sağlık Bakanlığının ulusal aşılama programına 2013 yılında dahil edilmiş olan suçiçeği aşısı 12. ayın sonunda tek doz aşı olarak yapılmaktadır. Ancak tez doz aşının dünya genelinde sınırlı kalması (%81) ve aşı uygulandığı halde suçiçeği vakalarının görülmesinin devam etmesi üzerine dünyanın bazı ülkelerinde iki doz olarak yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan birçok çalışmada ise iki doz yapılan suçiçeği aşısının koruyuculuk ve bulaşıcılık açısından daha faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kurugöl, 2017).

Suçiçeği aşılması yapılan bireylerde suçiçeğine benzer özellikle nadiren döküntüler görülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanları, immün sistemi düşük olan bireyler ve onlarla birlikte yaşayan aile bireyleri, askeri kışlalar, öğretmenler, birçok insanın aynı yerde topluluk halinde yaşadığı bölgeler vb. durumlarda bulunanlar riskli grubu oluşturmaktadır (Marin, Güris, Chaves, Schmid ve Seward, 2007)

2.9.7. Hepatit A

Hepatit A virüsü tarihin eski çağlarından beri insan oğlunun tanıdığı viral hepatitlere de sebep olan bir enfeksiyon türüdür. Hepatit A virüsü Picornaviridae ailesinin Hepatovirüs türünde yer alan bir RNA virüsüdür (Yoldaş, Bulut ve Altındış, 2012). Hepatit A aşısı inaktif aşı grubundadır. Viral hepatitlerin önlenmesi için Hepatit A aşısının yaptırılması gerekmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu ulusal aşılama programı kapsamında 18. ve 24. aylar sonrasında iki doz olarak uygulanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2016).

Hepatit A virüsü oral fekal yolla bulaşmaktadır. Özelliği gereği aside karşı dirençli olduğundan mide asidinden etkilenmemektedir. Primer olarak karaciğere ulaşarak orada etkisini göstermektedir (Badur, 1999). Dünya üzerindeki 16 ülkede 2016 yılı itibarıyla Hepatit A aşısı ulusal aşılama programında rutin olarak uygulanmaktadır (Avrupa'da 4, Amerika'da 6, Batı Pasifik Bölgesinde 3 ve Doğu Akdeniz Bölgesinde 3). DSÖ 2030 yılında Hepatit A'nın sebep olduğu viral hepatit enfeksiyonlarını %90 oranında azaltmayı ve viral hepatitlerin sebep olduğu mortalite oranlarını %65 oranında azaltmayı hedeflemektedir (WHO, 2016b).

Hepatit A aşısı yapıldıktan sonra bireylerde aşının yapıldığı yerde genellikle ağrı, hassasiyet ve kızarıklık görülebilmektedir. Ayrıca nadiren şişlik, baş ağrısı, miyalji, halsizlik, yorgunluk vb. yan etkiler görülmektedir. Bu yan etkiler aşı yapıldıktan bir gün sonra genellikle kendiliğinden geçmektedir (EKMUD, 2016).

2.9.8. Oral polio aşısı (OPA)

Poliomyelit, polio virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Özellikle sinir sistemlerine tutunarak canlı bireyler üzerinde geri dönüşsüz paralizisi bırakmaktadır (WHO, 2017b). Polio aşısının canlı ve inaktif olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Canlı aşı şekli olan OPA çocuklara oral yolla uygulanırken, inaktif polio aşısı (İPA) çocuklara enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu ulusal aşılama programı kapsamında İPA'nın ilk iki dozu beşli karma aşının içerisinde diğer iki dozu ise aynı anda 6.ay ve 18.ay sonunda İPA ve OPA şeklinde beraber verilmektedir (Immunization Action Coalition [IAC], 2016). OPA aşının uygulandığı gün ishali olan bebeklerin aşıları bir ay sonra yenilenmelidir. OPA

uygulandığında çocuğun verilen aşığı kustuğu gözlemlenirse aşının yenilenmesi gerekmektedir (Mengüç, 2007).

OPA uygulanan bireylerde anafaksi ve paralizi görülebilmektedir. Ayrıca nadiren iştahsızlık, baş ağrısı, ishal, karın ağrısı görülmektedir. Ayrıca OPA'ya bağlı gelişebilecek istenmedik reaksiyon ise paralitik poliomyelittir. Paralitik poliomyelit riski ilk doz alanlarda, immün sistem yetersizliği olanlarda ve 18 yaşımdan büyüklerde daha yüksektir (Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, 2006).

DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan Türkiye'ye 'Poliodan Arındırılmış Bölge' sertifikası verilmiştir (Tezer, 2017; WHO, 2002). Türkiye ile birlikte bu sertifika 2002 yılında 51 DSÖ Avrupa Bölgesi Üye Devletleri'ne verilmiştir. Bu ülkeler; Çek Cumhuriyeti, Norveç, İspanya, Arnavutluk, Ermenistan, Andorra, Avusturya, Azerbaycan, Belçika, Belarus, Bulgaristan, Bosna-Hersek, Hırvatistan, Estonya, Danimarka, Fransa, Finlandiya, Almanya, Gürcistan, Macaristan, Yunanistan, İrlanda, İzlanda, İsrail, İtalya, Kırgızistan, Kazakistan, Litvanya, Letonya, Malta, Lüksemburg, Hollanda, Monako, Polonya, Moldova Cumhuriyeti, Portekiz, Rusya Federasyonu, Romanya, Slovakya, San Marino, Slovenya, İsviçre, İsveç, Makedonya Eski Yugoslav Cumhuriyeti, Türkiye, Tacikistan, Türkmenistan, Ukrayna, İngiltere, Özbekistan ve Yugoslavya'dan oluşmaktadır. Böylelikle DSÖ Poliosuz Avrupa Bölgesi'ni onaylama kararını almıştır (WHO, 2002a).

Tablo 3. 2017 yılı bölgelere göre Türkiye aşılamaya oranlarının dağılımı

Bölge Adı	DaBT1	DaBT2	DaBT3	BCG	HBV-3	KKK	KPA 3
İstanbul	93	97	98	93	98	96	98
Batı Marmara	97	98	98	97	98	99	98
Ege	96	98	98	96	98	98	98
Doğu Marmara	95	96	96	95	96	97	97
Batı Anadolu	95	97	97	95	97	97	97
Akdeniz	95	98	98	95	98	97	98
Orta Anadolu	95	96	97	95	97	95	97
Batı Karadeniz	95	96	96	95	96	95	96
Doğu Karadeniz	95	97	97	95	97	95	97
Kuzeydoğu Anadolu	88	91	92	88	92	89	92
Ortadoğu Anadolu	87	91	92	87	92	91	92
Güneydoğu Anadolu	88	93	94	88	94	95	94
Türkiye	93	96	96	93	96	96	96

Tablo 3'te 2017 yılı bölgelere göre Türkiye aşılamaya oranlarının dağılımı gösterilmiştir. Bağışıklamanın en yüksek olduğu Batı Marmara, Akdeniz ve Ege bölgeleri, en düşük olduğu bölgeler ise Kuzeydoğu ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri olarak tespit edilmiştir (<https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni.html>).

Tablo 4. 2018 yılı (01.01.2018-30.9.2018) Kırıkkale aşılamaya oranlarının dağılımı

	BCG	DBT-İPA-Hib1	DBT-İPA-Hib3	Hepatit B1	Hepatit B3	KKK	KPA 3	Hepatit A	Su Çiçeği	Gebe Td 1
Kırıkkale	99,34	99,39	99,19	99,37	98,19	98,55	99,19	98,59	97,64	60,54
Türkiye	93	93	96	96	98	96	96	94	97	52

**Aşı Oranları****(01.01.2018 - 30.09.2018)**

Tablo 4'te 2018 yılı (01.01.2018-30.09.2018) Kırıkkale geneli ve Türkiye'deki aşılamaya oranlarının dağılımı görülmektedir. Kırıkkale ili aşılamaya oranlarının tüm aşı türlerinde Türkiye geneli istatistiki ortalamalarının üzerinde tespit edilmiştir (<http://kirikkaleism.saglik.gov.tr>).

2.10. Başışıklamada Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü

Ebeveynlerin çocuklarını başışıklama ve aşılama kararlarını etkileme noktasında halk sağlığı hemşireleri aktif rol almaktadır. Halk sağlığı hemşireleri ebeveynlerle iletişim kurmak, hastalıkların riskleri hakkında bilgilendirmek ve aşıların yan etkileri hakkında bilgilendirme yapmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri aşıların güvenirliliği ile ilgili ebeveynlerin kaygılarını değerlendirme ve aşı yaptırmanın önündeki engelleri ortadan kaldıracak noktadadır. Halk sağlığı hemşireleri ebeveynlerin aşı ile ilgili bilgiler verirken kendilerinin de başışıklama ile ilgili tutum ve inançlarını göz önünde bulundurması gerekmektedir. Güvenilir sağlık hizmetinin sağlayıcıları olan halk sağlığı hemşireleri, ebeveynlerin çocuklarını başışıklık kazandırma kararlarını etkileyebilir ve hastalık salgınlarını önlemeye yardımcı olmaktadır (Wade, 2014). Toplumun başışıklanma faaliyetlerinin düzenlenmesinden değerlendirilmesine kadar olan sürecin tamamında halk sağlığı hemşirelerinin sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle aşıların toplum üzerindeki etkilerini bilme ve topluma bu etkileri öğretilme, soğuk zincir ve aşı uygulamalarının temel ilkelerine uyma, aşı sonrasında oluşabilecek yan etkileri bilme ve bu yan etkilere yönelik tedbirler almak görevleri arasında bulunmaktadır (Bozkurt ve Erdim, 2004).

2.11. Lot Kalite Tekniği (LKT)

2.11.1. LKT'nin genel tanımı

Küme, pay, grup ya da kısım anlamlarına gelen lot kelimesi kökenini İngilizceden almaktadır. İkinci Dünya Savaşı sırasında ilk defa uygulanan lot, endüstri alanında kalite güvence sistemlerinde kullanılmıştır. Günümüzde de kullanımına devam edilen lot, piyasaya herhangi bir ürün çıkartılacağı zaman bölgeler lotlara ayrılır ve rastgele seçilen lotlarla ürünlerin tanıtımları ve piyasaya sürme işlemleri gerçekleştirilmektedir. Temelinde küçük bir örneklem grubunda test edilen ürünün, hizmetin ya da tekniğin genel nüfustaki etkisinin tespit edilmesidir. LKT özellikle 1990'lı yıllardan itibaren Genişletilmiş Başışıklama Programlarında (GBP), aile planlamalarında ve ishalleri çocukların belirlenmesi, tespit edilmesi ve tedavilerinin yapılması noktalarında kullanılmaya başlanmıştır (şener ve Demirören, 1999).

2.11.2. Geniştirilmiş bağışıklama programında izleme-değerlendirme

Çocukluk çağında aşı ile önlenabilir hastalıkların önüne geçmek için DSÖ tarafından 1974 yılında GBP başlatılmıştır. GBP'nin temelinde doğan her çocuğun aşılması vardır. Türkiye'de ise 1979 yılında GBP başlatılmıştır (Şener, 1997). LKT'yi uygulayan DSÖ kümeleme yöntemiyle GBP kapsamında 30 küme örneklem araştırma yöntemi üzerinde çalışmaya başlamış ve bunu tüm dünyada uygulanabilir düzeyde standardize etmiştir. Küme örneklem tekniğiyle seçilmiş olan her 30 küme ve bu kümelerin içerisinde rastgele seçilmiş olan 7 örneklem baz alınarak bilgilerin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Bu uygulanan yöntemin güvenilirliği %95 ve güven aralığı ise ± 10 olarak alınmaktadır. Bu uygulanan LKT ile saha çalışmaları sırasında uygulama açısından kolay ve genel nüfusun bağışıklama oranının değerlendirilmesi açısından oldukça yararlı bilgilere ulaşılması sağlanmaktadır. Ancak LKT'nin dezavantajı nüfus olarak az yerleşim birimlerinde ya da merkezlerinde uygulamalarının etkinliğine yönelik doğru sonuçlar vermemektedir (Singh, Jain, Sharma ve Verghese, 1996; WHO, 1991).

2.11.3. LKT'nin uygulanması

LKT'nin GBP'de kullanılmasının temel hedeflerinden bir tanesi bir yerleşim yerinin planlanmış ve standardize edilmiş bağışıklama hizmeti vermeyen bölgelerinin (il, ilçe, köy, kasaba) tespit edilmesidir. Bu teknikle birlikte en çok kaynağa ihtiyaç duyulan bölgeler belirlenebilecektir. DSÖ'nün çalışmaları sonucu literatüre sunduğu bu tekniğin iki şekilde kullanımı dikkati çekmektedir.

1. Uygulamalarının çeşitlilikleriyle birlikte bir bölgeye ait bilgilerin farklı birimlerde toplanmasını ve değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu teknikle bir bölgeye ait aşılama oranı belirlenebilecektir. Aşılama oranının belirlenmesi ile ilgili araştırmalara ise lot kalite aşılama oranı araştırması denilmektedir. Örneğin Ankara ilindeki aşılama yüzdelerinin tespit edilmesi için bölgedeki tüm Aile Hekimliklerindeki aşılama oranlarının hesaplanması gibi.
2. Seçilen birimlerdeki ya da yerleşim yerlerindeki sunulan hizmetlerin standart kurallara uygunluğunun değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Bu işleme Lot kalite değerlendirilmesi denilmektedir. Örneğin bir sağlık merkezinde bulunan

örnekleme yer alanların kaçırılmış fırsat değerlendirilmesinin yapılarak standart değerlerle karşılaştırılması gibi.

Yukarıda belirtilen iki maddeyi göz önünde bulundurduktan sonra bunlara ek olarak bir yerleşim yerine ait eksikliklerin belirlenmesi, malzeme temininin sağlanması, eğitim faaliyetlerinin planlanması ve uygulanması, hizmeti veren kesimle hizmeti alan kesim arasındaki odak noktaların tespiti LKT'nin uygulanmasının avantajlarından (Şener ve Demirören, 1999).

2.11.4. LKT ile aşılama çalışmalarının izlenmesi

Aşılama çalışmalarının incelenmesi ön hazırlık ve planlama olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

2.11.4.1. Ön hazırlık

Çalışmaya başlamadan önce hedeflenen kitlenin belirlenmesidir. Hedeflenen kitlenin belirlenmesinden sonra değerlendirmeye alınma kriterleri belirlenmelidir. Bağışıklama ile ilgili değerlendirme kriterleri olan çocuğun tam aşılı ya da aşısız olma durumu belirlenmelidir.

2.11.4.2. Planlama

LKT'de bir çalışma için hedeflenen güven aralığı $\pm 1-10$ olarak belirlenmektedir. Eğer yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde güven aralığının hedeflenmiş olması tercih edilirse seçilen örneklemin sayısal olarak daha büyük olması gerekmektedir. LKT'de güven aralığının seçiminde üç çeşit düzey karşımıza çıkmaktadır. Bunlar %90, %95 ve %99'dur. Seçilen güvenilirlik düzeyleri güven aralıklarıyla birlikte değerlendirilir ve anlaşılandırılır.

Tablo 5. LKT genel örneklem büyüklüğü belirleme tablosu (WHO,1996)

İstenilen Güven Aralığı	İstenilen Güvenirlik Düzeyi		
	%90	%95	%99
±1%	6718	9512	16317
±2%	1688	2395	4130
±3%	751	1066	1840
±4%	423	600	1036
±5%	270	384	663
±6%	188	267	461
±7%	138	196	338
±8%	106	150	259
±9%	83	119	205
±10%	68	96	166

LKT'ye göre genel örneklem büyüklüğünün hesaplanması Tablo 5'te gösterilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken DSÖ'nün belirlemiş olduğu tabloya bakılıp istenilen güven aralığı ve istenilen güvenirlik düzeyi göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü hesaplanmaktadır. LKT'de araştırmaların yapılacağı bölgede çalışmalar yapılarak hedeflenen nüfusun sayısal olarak değerinin belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin çocuk nüfus sayısını belirlemek için o bölgede o yıl içerisinde doğan çocukların istatistiklerinin çıkarılması gerekmektedir. LKT'de seçilen örneklemin büyüklüğü ile hedef nüfusun oranının karşılaştırılması yapılmaktadır. Örneklem büyüklüğü belirlenirken hedeflenen nüfusun %10'undan daha büyük bir oran belirlenemez. Hesaplama sonucunda yüzde 10'un üzerinde bir değer tespit edilmesi halinde örneklem büyüklüğünün azaltılması gerekmektedir.

LKT'de çalışmanın yapılacağı bölgede yer alan birimler ya da merkezlerin her biri bir lot olarak adlandırılmaktadır. Lot il, ilçe, mahalle, köy v.b. yerler olabilir. Çalışmanın yapılacağı lotlar belirlendikten sonra hedef nüfusun ve lotların sayısal nüfuslarının belirlenmesi gerekmektedir. LKT'de ilgili bölgeler, lotlar belirlendikten sonra lotlardan alınması gereken kişi sayısı örneklem büyüklüğünü belirlemektedir. Genel örneklem büyüklüğünün (basamak 5) ve çalışmaya dahil edilecek lotların ise (basamak 6) bölünmesi ile belirlenmektedir. Bu belirlenen değer, lotun büyüklüğü ne

olursa olsun standarttır. Arttırılabilir ancak azaltılması mümkün değildir (Şener ve Demirören, 1999).

2.11.5. LKT'nin avantajları

1. Sayısal olarak az nüfusa uygulanabilir ancak 30 binin altındaki GBP kapsamında kümeleme yöntemi uygulanamamaktadır.

2. Çalışmaların yapılacağı hedef bölgelerdeki birimlerin mevcut durumlarının belirlenmesi ve bu birimlerin karşılaştırılmasını sağlar.

3. Çalışmanın yapılacağı bölgelerdeki sağlık merkezlerinden verilerin alınıp belirlenmesinin ardından değerlendirilmesinin hemen yapılmasını sağlar.

4. Araştırmacılara küçük örneklerde çalışma olanağı vererek belirlenen güven aralıklarında değerlendirme yapma imkânı vermektedir.

5. LKT'de genellikle %90-99 aralığında bir güvenilirlik düzeyi belirlenmektedir ancak GBP kapsamındaki çalışmalarda %95 güvenilirlik oranı tercih edilmektedir (Valadez, 1991; WHO, 1996).

2.11.6. LKT'nin dezavantajları

1. Aşılama oranlarının tespit edilmesinde sadece kabul edilebilirliği ya da kabul edilemezliğinin değerlendirilmesinin yapılabilir olması söz konusudur. İl ya da bölge düzeyindeki verilerin hesaplanmasında tüm bölgelerdeki verilerin toplanması gerekmektedir.

2. Çalışmalarda seçilen örneklemin sayısal olarak büyüklüğü ya da bir bölgedeki hizmetin sunumuna ilişkin kabul edilebilirlik düzeyinin belirlenmesi işlemi risk içermektedir (Valadez, 1991; WHO, 1996).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı mahallelerde 11-31 Ocak 2019 tarihinde yapılmıştır. TÜİK (2017) verilerine göre 278 749 nüfusa sahip Kırıkkale ilinin 9 ilçesi ve 85 mahallesi olmakla birlikte merkez ilçesine bağlı 31 mahallesi bulunmaktadır. Merkez ilçe nüfusu 197 945 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2017a; TÜİK, 2017b). Kırıkkale 2017 yılı toplam 3313 doğum gerçekleşmiştir (TÜİK, 2017d). Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı 31 mahallede 0-12 ay yaş grubu 2599 çocuk ikamet etmektedir (TÜİK, 2017c).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Bu araştırmanın evrenini Ocak 2019 tarihinde Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı 31 mahallede ikamet eden 0-12 ay yaş grubu 2599 çocuğun görüşmeyi kabul eden tüm ebeveynleri oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmada optimum örneklem büyüklüğü, DSÖ'nün GBP araştırmalarında, LKT'nin saha uygulamaları için geliştirdiği güven aralığı ve güvenilirlik düzeyine göre belirlenmiştir. Araştırma için güven aralığı $\pm\%7$ ve güvenilirlik düzeyi $\%95$ seçilerek, DSÖ'nün geliştirdiği tablodan örneklem büyüklüğü 196 kişi bulunmuştur. Örneklemin seçileceği hedef nüfus 2599 olarak bilinmektedir. Örneklem oranı ise örneklem büyüklüğünün hedef nüfusa oranı olan $196/2599=\%7,5$ olarak bulunmuştur. Her mahalle bir lot kabul edilecek olup toplam 31 lot üzerinde çalışılmıştır. Minimum lot örneklem büyüklüğü genel örneklem büyüklüğünün lot sayısına oranı olup $196/31=6,3$ kişi bulunmuş bir üst sayıya yuvarlanarak 7 kişi olarak tespit edilmiş ancak her lotta 9 ebeveyn değerlendirilmiştir. Böylece her lot bölgesinden 9 kişi olmak üzere 31 lot

bölgesinde 279 0-12 ay yaş grubu çocuğun çalışma kriterlerine uyan ebeveynleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmanın yürütüldüğü mahallelerin dağılımı

Mahalle İsmi	n	%
Altınova Mah.	9	3,22
Hacıbey Mah.	9	3,22
Sağlık Mah.	9	3,22
Akşemsettin Mah.	9	3,22
Aşağımahmutlar Mah.	9	3,22
Bağlarbaşı Mah.	9	3,22
Bahçelievler Mah.	9	3,22
Çalılıöz Mah.	9	3,22
Çullu Mah.	9	3,22
Etiler Mah.	9	3,22
Fabrikalar Mah.	9	3,22
Fatih Mah.	9	3,22
Gündoğdu Mah.	9	3,22
Gürler Mah.	9	3,22
Güzeltepe Mah.	9	3,22
Hüseyin Kahya Mah.	9	3,22
Kaletepe Mah.	9	3,22
Karşıyaka Mah.	9	3,22
Kimeski Mah.	9	3,22
Kırıkköyü Mah.	9	3,22
Kızılırmak Mah.	9	3,22
Kurtuluş Mah.	9	3,22
Osmangazi Mah.	9	3,22
Ovacık Mah.	9	3,22
Sanayi Mah.	9	3,22
Selim Özer Mah.	9	3,22
Tepebaşı Mah.	9	3,22
Yaylacık Mah.	9	3,22
Yenidoğan Mah.	9	3,22
Yenimahalle Mah.	9	3,22
Yuva Mah.	9	3,22

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımsız değişkenlerini; araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş, ebeveynlik durumu, eğitimi, meslek ve gelir durumları, kitap/gazete okuma sıklıkları oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenlerini ise; araştırmaya katılan ebeveynlerin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması toplam puan ortalaması, aşılarda hakkındaki bilgiyi kimden/nereden öğrendiği, çocukların aşı öyküsü, çocuklarına aşı yaptırmayı/yaptırmama kararları oluşturmuştur.

Sağlık okuryazarlığının aşı yaptırmayı durumu üzerindeki etkisi incelenirken sağlık okuryazarlığı düzeyi bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 0-12 ay yaş grubunda çocuğu bulunan ebeveyn
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmamak

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ebeveynlerden Tanımlayıcı Soru Formu ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) formu kullanılarak anket yöntemi ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı soru formu

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan (Korkmaz, 2006; İncili, 2009; Eşkin, 2017), katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve aşı yaptırmayı/yaptırmamaya karşı görüşleri, aşılarda hakkında bilgiyi öğrendiği yer ve kişi, aşılarda hakkında bilgi ve tutumları ile ilgili 33 yapılandırılmış sorudan oluşmaktadır (Ek-5).

3.6.2. Avrupa sağlık okuryazarlığı leği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR)

Avrupa sağlık okuryazarlığı leği, 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. İlk Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2011 yazında İşpanya, Polonya, Hollanda, İrlanda, Yunanistan, Avusturya, Bulgaristan, Almanya'nın yer aldığı sekiz ülkede gerçekleştirilmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeğinde, sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli; sağlığı geliştirme, hastalık nleme ve sağlık hizmeti konularında bilgiye ulaşmak, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için motivasyon bilgi ve yeterlilikler olarak tanımlanmaktadır (The HLS-EU Consortium, 2012).

lme aracının madde formülasyonunu yönlendiren bir matris yapı oluşturulmuştur. Bu yapı uluslararası sağlık okuryazarlığı uzmanları ile Avrupa lkelerinde sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiştir. Matriste her hücre için 3-5 madde belirlenmiştir (The HLS-EU Consortium, 2012).

Tablo 7. HLS-EU-Q47 matrisi soru numaraları dağılımı (Duong vd., 2017)

HLS-EU Matrisi	Sağlık hakkında bilgi bulma	Sağlıkla ilgili bilgileri anlama	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama
Sağlık Hizmeti	1-4	5-8	9-12	13-16
Hastalıktan korunma	17-20	21-23	24-28	29-31
Sağlığın geliştirilmesi	32-36	37-40	41-43	44-47

Tablo 7'de HLS-EU-Q47 matrisi soru numaraları gösterilmektedir. ASOY-TR z bildirim leği olup sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı leği' nin Türkçe' ye uyarlanmış hali olan ASOY-TR' nin Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik alışması Abacıgil ve ark. tarafından 2016 yılında yapılmıştır. 47 sorudan oluşan bu ölçek, 4 dereceli olup her madde 1=ok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=ok kolay olarak belirlenmiştir.

Ölçek puanlaması 0-50 arasında olup bir formül ile standardize edilmiştir.

Forml=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye zgn indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekten alınan puanlar 4 kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlık

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlık

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlık

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlık olarak belirlenmiştir (Abacıgil vd., 2016).

Ölçeğin genel cronbach alfası; tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığında 0,86, hastalıkları önleme sağlık okuryazarlığında 0,87, sağlığı geliştirme sağlık okuryazarlığında 0,91 ve genel sağlık okuryazarlığında 0,95 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise ölçeğin genel cronbach alfası; tedavi ve hizmetleri altboyut cronbach's alfa değeri 0,90, hastalıkları önleme sağlık okuryazarlığı cronbach's alfa değeri 0,87, sağlığı geliştirme sağlık okuryazarlığında cronbach's alfa değeri 0,90 ve genel sağlık okuryazarlığında 0,95 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

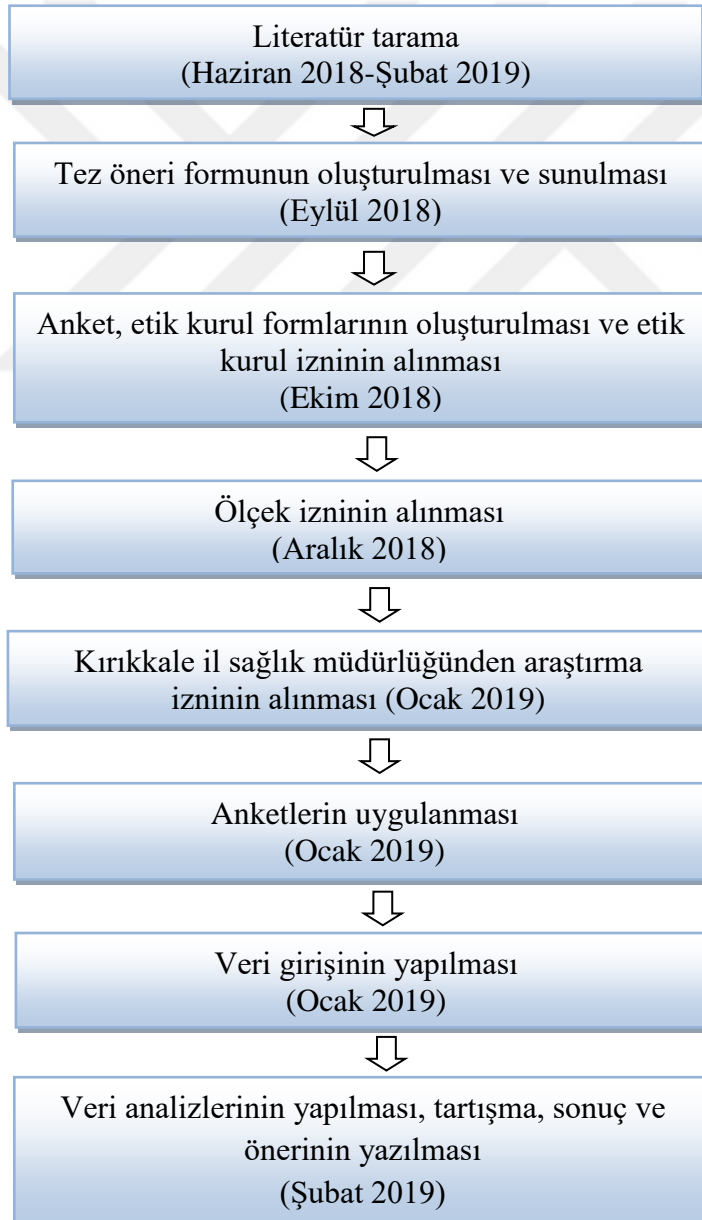
Araştırmada, veriler tanımlayıcı soru formu ve Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlamasından oluşan anket formları kullanılarak Kırıkkale ili merkez ilçesindeki mahallerin her biri bir lot bölgesi kabul edilerek 31 lottaki ebeveynlere anket formları uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından eğitilen anketörler 20 gün boyunca alana çıkarak araştırmayı kabul eden ebeveynlerle yüz yüze görüşerek veri toplama işlemini gerçekleştirmiştir. Anketörler hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerden oluşmaktadır. Anketörlere soru formları anlatılmıştır ve araştırmacı ile birlikte birer uygulama yapmaları istenmiştir. Uygulamalarını eksiksiz yapanların alana çıkmasına izin verilmiştir. Veri toplamak için alana çıkan araştırmacı ve anketörler mahallelere giderek mahallelerdeki muhtarlarla görüşmüşlerdir. Muhtarlardan alınan bilgelerin ardından rastlantısal güzergâh örnekleme yöntemi kullanılarak muhtarlığa en yakın binadan

başlayarak uygun lot sayısına ulaştıktan sonra bir diğer mahalleye geçerek aynı işlemi uygulamışlardır.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapmalar ve ki-kare kullanılarak istatistiksel analizler yapılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Süresi



3.10. Olanaklar ile Etik Açıklamalar

Araştırmanın tüm masraflarını araştırmacı kendisi karşılamıştır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında; Araştırma için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 24.10.2018 tarihli 2018.10.13 karar numarasıyla izin alınmıştır (Ek-1).Araştırmanın yapılabilmesi için Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden 11.01.2019 tarihli 46743357-799 sayılı izin alınmıştır (Ek-2).Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması için Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını geliştiren araştırmacılardan olan Filiz Abacıgil'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-3). Araştırmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Katılımcılara verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve başka bir yerde kullanılmayacağı açıklanarak araştırmanın uygulanması esnasında, “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırmada 0-12 aylık çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşlarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla, Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı 31 mahallede ikamet eden 279 ebeveyne ait bulgular araştırma soruları dahilinde aşağıda sunulmuştur.

4.1. Ebeveynlerin ve çocuklarının Demografik zellikleri

Tablo 8. Ebeveynlerin ve çocuklarının demografik özellikleri

	n	En küçük	En büyük	Ort.	Ss.
Yaş	279	19	58	30,18	6,16
ocuk Sayısı	279	1	4	1,74	0,83
Çocuğun Yaşı (ay)	279	1	12	7,79	3,74

Tablo 8’de ebeveynlerin ve çocuklarının bazı demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ortalama yaşı $30,18\pm 6,16$, ortalama ocuk sayısı $1,74\pm 0,83$ ve ortalama ocuk yaşı $7,79\pm 3,74$ aydır.

Tablo 9. Ebeveynlerin ve çocuklarının sosyo-demografik zellikleri

Demografik zellikleri	n	%	
Ebeveynlik Durumu	Anne	233	83,5
	Baba	46	16,5
Medeni Durum	Evli	273	97,9
	Dul (eşi ölmüş)	2	0,7
	Boşanmış	4	1,4
	İki	4	1,4
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		117	41,9
	Dört	100	35,8
	Beş	34	12,2
	Altı ve daha fazlası	24	8,7
Çocuğun Doğum Sırası	1	137	49,1
	2	99	35,5
	3	32	11,5
	4	11	3,9

Ebeveynlerin ve çocuklarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 9’da gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %83,5’ini anneler, %16,5’ini ise babalar oluşturmaktadır. Ebeveynlerin %97,9’u evlidir, %41,9’unun hanesinde üç, %35,8’inin ise hanesinde dört kişi yaşadığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının %49,1’i birinci ve %35,5’i ikinci çocuktur.

Tablo 10. Ebeveynlerin eğitim düzeyi, gelir getiren bir meslekte çalışma durumu, aylık gelirleri ve sosyal güvencelerinin dağılımı

Ebeveynlerin Bazı Demografik Özellikleri	n	%	
Yaş Dağılımı	15-24	49	17,6
	25-34	165	59,1
	35-44	58	20,8
	45+	7	2,5
Annenin Eğitim Düzeyi	İlköğretim	66	23,7
	Lise	87	31,2
	Üniversite	115	41,2
	Üniversite Sonrası	11	3,9
Babanın Eğitim Düzeyi	İlköğretim	44	15,7
	Lise	103	36,9
	Üniversite	120	43,0
	Üniversite Sonrası	12	4,4
Anne Mesleği	Çalışmıyor	166	59,5
	Memur	69	24,7
	Serbest Çalışan	25	9,0
	İşçi	19	6,8
Baba Mesleği	Memur	94	33,7
	İşçi	91	32,6
	Serbest Çalışan	87	31,2
	Emekli	6	2,2
	Çalışmıyor	1	0,3
Ailenin Aylık Geliri	Gelir gidere eşit	144	51,6
	Gelir giderden az	78	28,0
	Geliri giderinden fazla	57	20,4
Sosyal Güvence	SGK	269	96,4
	Özel Sağlık Sigortası	5	1,8
	Yok	5	1,8

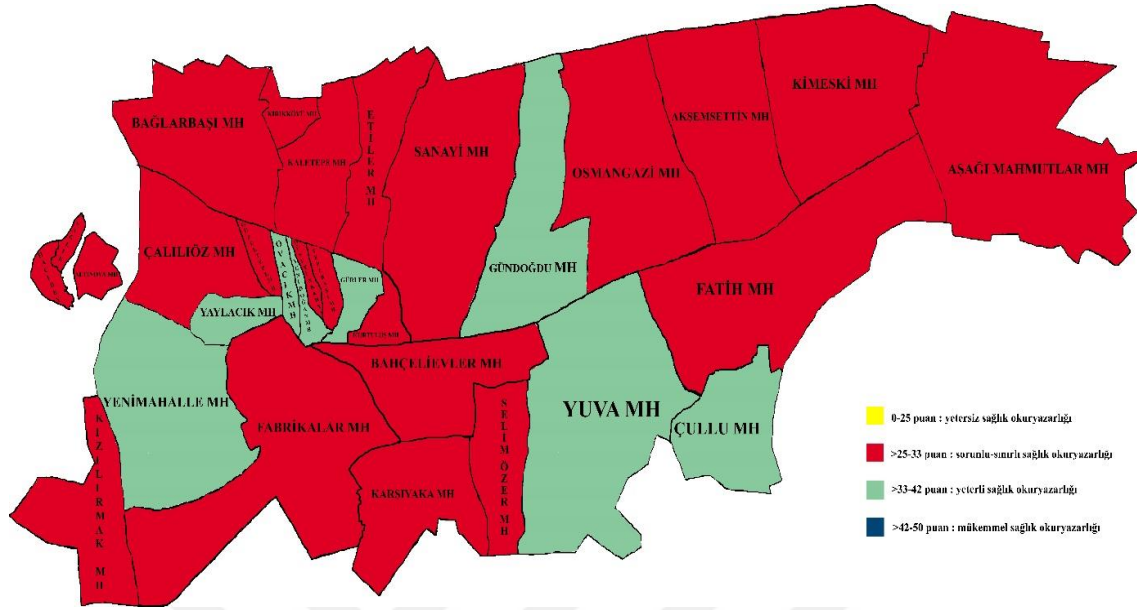
Tablo 10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan annelerin %41,2’si üniversite, %31,2’si lise mezunu iken babaların %43’ünün üniversite, %36,9’unun lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %59,5’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %24,7’sinin memur olduğu babaların ise %33,7’sinin memur, %32,6’sının işçi, %31,2’sinin serbest olarak çalıştığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %51,6’sının aylık geliri giderine eşit ve %96,4’ünün sosyal güvencesi SGK’dır.

Tablo 11. Ebeveynlerin en uzun yaşadıkları yer, kitap okuma, internet ve sosyal medya kullanma sıklığının dağılımı

Özellikler		n	%
En Uzun Yaşanan Yer	Köy/Kasaba	20	7,2
	Kent Merkezi	157	56,3
	Büyükşehir/metropol	102	36,6
Kitap Okuma Sıklığı	Hiç	46	16,5
	Bazen	152	54,5
	Çoğu zaman	55	19,7
	Sık sık	17	6,1
	Her zaman	9	3,2
Kitap/Gazete/Dergi Okumaktan Hoşlanma	Evet	227	81,4
	Hayır	52	18,6
İnternet ve Sosyal Medya Uygulamalarını Kullanma Sıklığı	Hiç	6	2,2
	Bazen	73	26,2
	Çoğu zaman	94	33,7
	Sık sık	58	20,8
	Her zaman	48	17,2

Ebeveynlerin yaşadıkları en uzun yer, kitap okuma, internet ve sosyal medya kullanma sıklıkları Tablo 11’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %56,3’ü bugüne kadar en uzun kent merkezinde, %36,5’i ise büyükşehir/metropolde yaşamışlardır. Ebeveynlerin %54,5’i bazen kitap okuduğunu, %81,4’ü kitap/gazete/dergi okumaktan hoşlandıklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin internet ve sosyal medya uygulamalarını kullanma sıklığı sırasıyla %33,7’sinin çoğu zaman, %26,2’sinin bazen ve %20,7’sinin ise sık sık olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Durumu



Şekil 5. Kırıkkale ili Merkez ilçesinde ikamet eden ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

Şekil 5'te Kırıkkale ili Merkez ilçesinde ikamet eden ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri gösterilmiştir. Kırıkkale İli Merkez ilçesine bağlı Yenimahalle, Yaylacık, Ovacık, Yenidoğan, Gürler, Gündoğdu, Yuva ve Çullu mahallelerinde ikamet eden ebeveynlerin genel sağlık okuryazarlık puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Diğer mahallelerde ikamet eden ebeveynlerin ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin sorunlu-sınırlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 12. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların ortalamalarının dağılımı

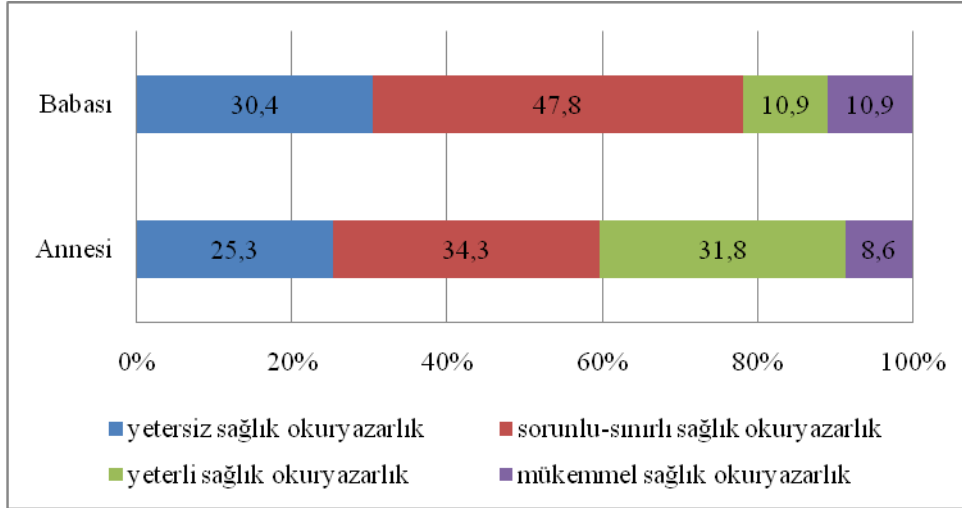
	n	En küçük	En büyük	Ort.	Ss.
Tedavi Hizmet	279	2,08	50,00	31,91	8,90
Hastalıklardan Korunma	279	0,00	50,00	30,34	9,16
Sağlığı Geliştirme	279	0,00	50,00	29,44	9,48
Genel	279	2,13	50,00	30,57	8,30

Ebeveynlerin Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları Tablo 12’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin tedavi hizmet alt boyutundan ortalama $31,91 \pm 8,90$, hastalıklardan korunma alt boyutundan $30,34 \pm 9,16$, sağlığı geliştirme alt boyutundan $29,44 \pm 9,48$ almışlardır ve genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $30,57 \pm 8,30$ olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin sorunlu-sınırlı oldukları görülmektedir.

Tablo 13. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlık düzeyine göre dağılımı

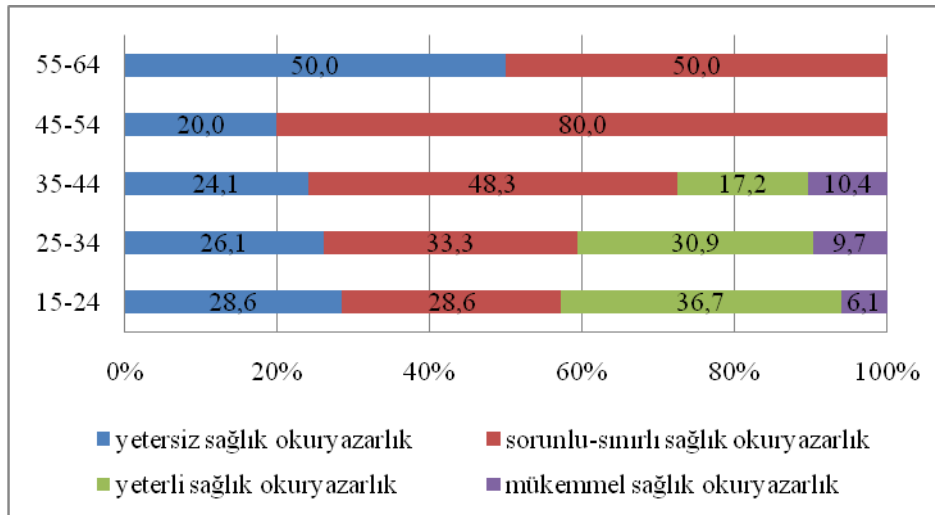
	Yetersiz Sağlık Okuryazarlık		Sorunlu - Sınırlı Sağlık Okuryazarlık		Yeterli Sağlık Okuryazarlık		Mükemmel Sağlık Okuryazarlık	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tedavi Hizmet	62	22,2	88	31,5	97	34,8	32	11,5
Hastalıklardan Korunma	76	27,2	95	34,1	70	25,1	38	13,6
Sağlığı Geliştirme	87	31,2	93	33,3	73	26,2	26	9,3
Genel	73	26,2	102	36,6	79	28,2	25	9,0

Tablo 13’te Avrupa sağlık okuryazarlık ölçeği alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlık düzeyine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %34,8’i tedavi/hizmet alt boyutunda yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine, %34,1’i hastalıklardan korunma alt boyutunda sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine, %33,3’ü sağlığı geliştirme alt boyutunda sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir ve %36,6’sının genel sağlık okuryazarlığında sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.



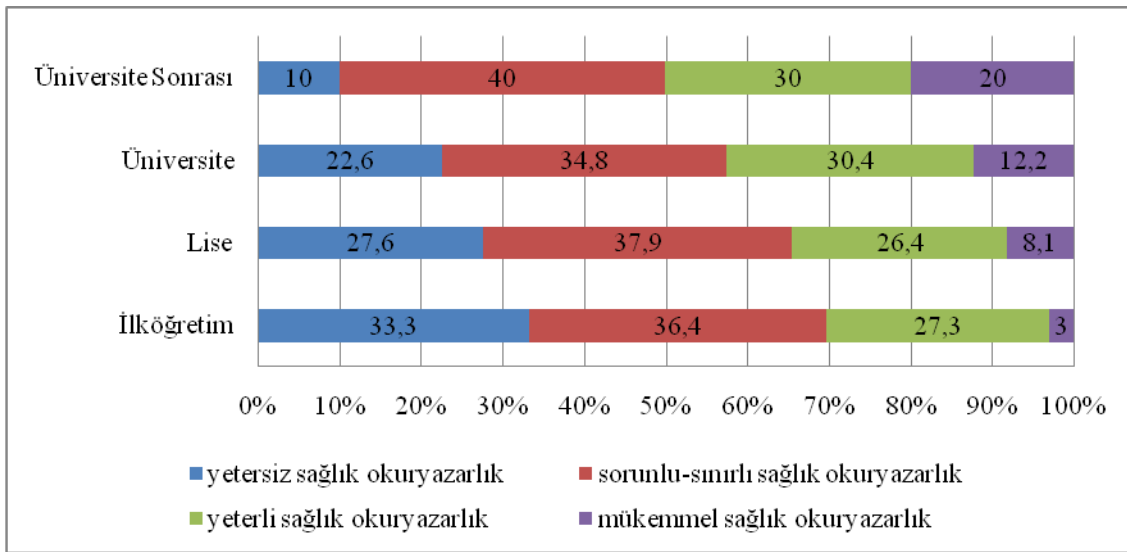
Şekil 6. Ebeveynlerin çocukların annesi ya da babası olması ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

Şekil 6'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan annelerin %34,3'ünün, babaların ise %47,8'inin sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin anne ya da baba olma durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 8,441$; $p=0,038$). Farkın kaynağı incelendiğinde babaların daha fazla sorunlu-sıkıntılı sağlık okuryazarlığı düzeylerinin olduğu belirlenmiştir.



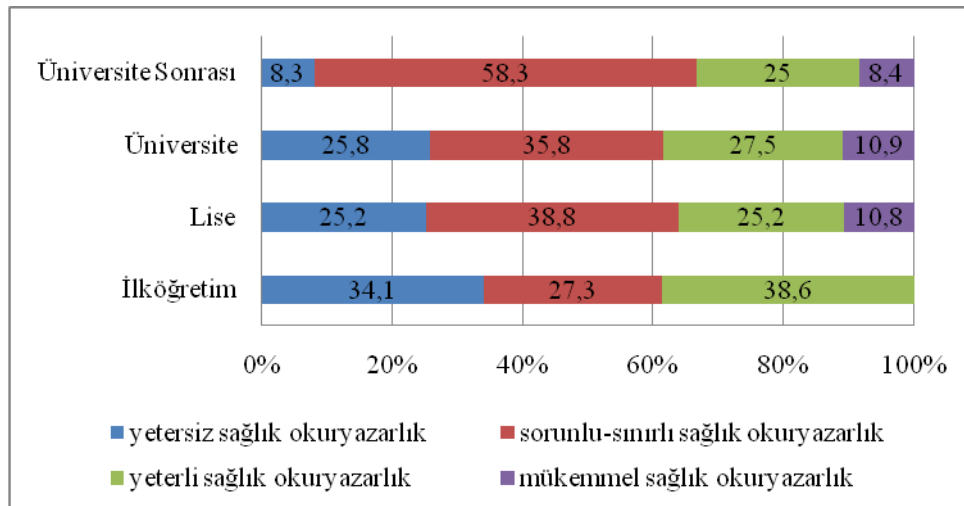
Şekil 7. Ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri Şekil 7'de sunulmuştur. 15-24 yaş grubundaki ebeveynlerin %36,7'sinin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken 25-34 yaş grubundakilerin %33,3'ü, 35-44 yaş grubundakilerin %48,3'ü, 45-54 yaş grubundakilerin %80'inin ve 55-64 yaş grubundakilerin %50'sinin sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 14,294$; $p=0,282$).



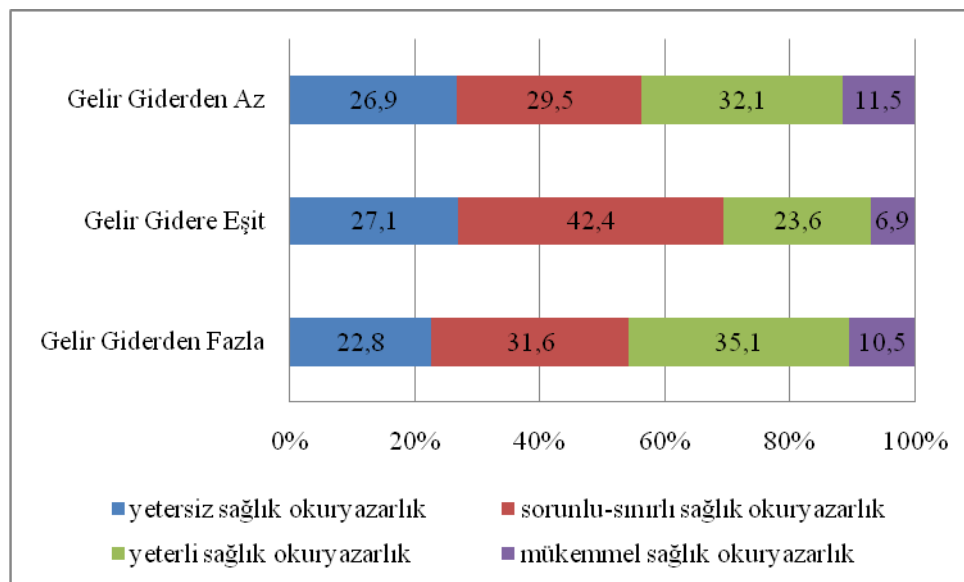
Şekil 8. Annenin eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

Araştırmaya katılan annelerin eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı Şekil 8'de sunulmuştur. İlköğretim mezunlarının %36,4'ünün, lise mezunlarının %37,9'unun, üniversite mezunlarının %34,8'inin ve üniversite sonrası mezunlarının %40'ının sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Annenin eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 8,742$; $p=0,461$).



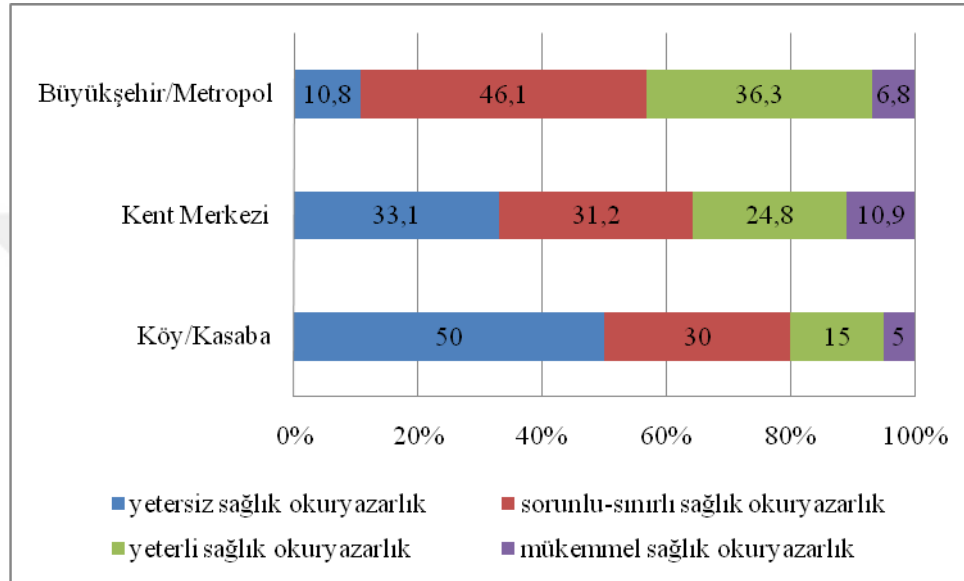
Şekil 9. Babanın eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

Şekil 9'da babanın eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri gösterilmiştir. İlköğretim mezunlarının %38,6'sının sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken lise mezunlarının %38,8'inin, üniversite mezunlarının %38,3'ünün ve üniversite sonrası mezunların %58,3'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Babanın eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 12,141$; $p=0,205$).



Şekil 10. Ailenin aylık gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

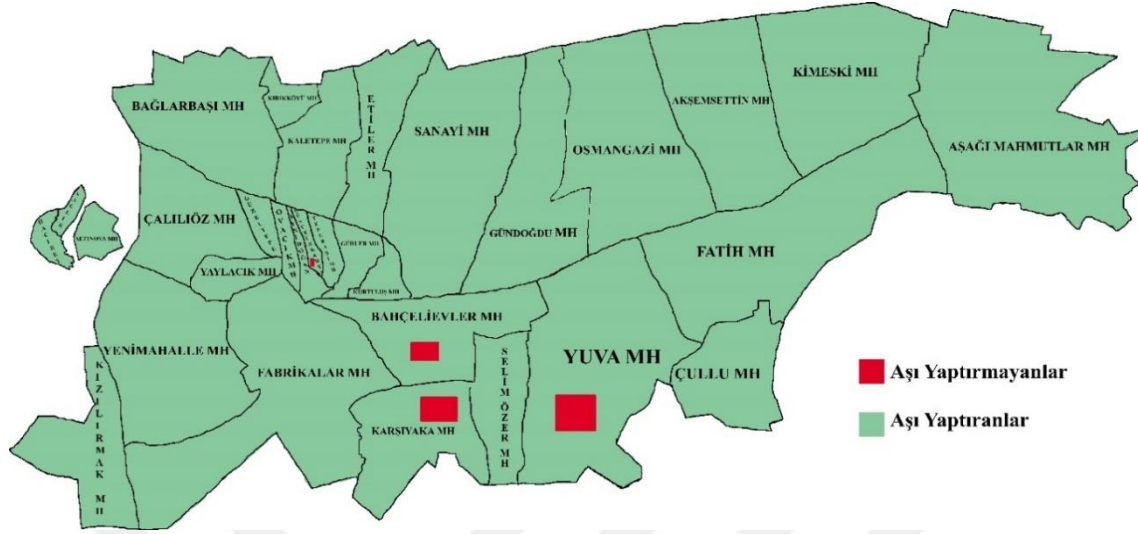
Ailenin aylık gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi Şekil 10'da verilmiştir. Geliri giderinden fazla olanların %35,1'inin, geliri giderinden az olanların %32,1'inin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken geliri giderine eşit olanların %42,4'ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin aylık gelir durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 6,910$; $p=0,329$).



Şekil 11. Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı

Şekil 11'de ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyleri sunulmuştur. Köy/kasabada yaşayanların %50'sinin, kent merkezinde yaşayanların %33,1'inin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz iken büyükşehir/metropolde yaşayanların %46,1'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 26,126$; $p=0,000$). Farkın kaynağı incelendiğinde köy/kasabada yaşayanların yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.3. Ebeveynlerin Aşılarda İlgili Özellikleri



Şekil 12. Kırıkkale ili merkez ilçesi mahalleleri aşılama haritası

Kırıkkale İli Merkez ilçesine bağlı 31 mahallede ikamet eden 279 ebeveynin çocuklarını aşılatma dağılımları Şekil 12’de gösterilmiştir. Ebeveynlerin %98,6’sı çocuklarına aşı yaptırdığını belirtmiştir. Araştırmamızda Kırıkkale ili Merkez ilçesi Hüseyin Kahya, Bahçelievler, Karşıyaka ve Yuva Mahallerinde ikamet eden bazı ebeveynlerin çocuklarını aşılatmadığı görülmüştür. Geri kalan tüm mahallelerde tam aşılanmanın sağlandığı tespit edilmiştir.

Tablo 14. Ebeveynlerin aşılarla ilgili davranış özelliklerinin dağılımı

Davranış Özellikleri		n	%
Çocuğun Aşı Kartı Olma Durumu	Var	270	96,8
	Yok	9	3,2
Çocuğun Sağlığıyla ilgili veya Aşılar Konusunda Kararları Veren Ebeveyn	Anne	68	24,4
	Baba	4	1,4
	Anne ve baba birlikte	207	74,2
Aşı Kaynaklı Yan Etki Yaşama	Evet	103	36,9
	Hayır	172	61,6
	Aşı Yaptırmadım	4	1,4
Aşılar Hakkındaki Bilginin Öğrenildiği Yer/Kişi*	Doktor	210	75,3
	Ebe/hemşire	157	56,3
	TV, Radyo, Gazete	37	13,3
	İnternet	63	22,6
	Komşular/Akrabalar	24	8,6
Aşının Yapıtırıldığı Yer*	Bilmiyorum	3	1,1
	Aile Hekimliği	260	93,2
	Hastane	99	35,5
Rutin Aşıların Ertelenmesi ile İlgili Düşünceler*	Hastalıkta ertelenir	161	57,7
	Yüksek ateşte ertelenir	106	38,0
	Ertelenemez	17	6,1
	Bilmiyorum	63	22,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 14'te görüldüğü gibi ebeveynlerin %96,8'inin çocuklarının aşı kartı bulunmaktadır. Ebeveynlerin %74,2'si çocuklarının sağlıklarıyla ve aşılanmalarıyla ilgili kararları birlikte vermektedirler. Ebeveynlerin %61,6'sı aşı ile ilgili herhangi bir yan etki yaşamadığını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %75,3'ü aşılar ile ilgili bilgileri doktorlardan aldığını belirtirken, %56,3'ü ise ebe/hemşireden aldığını belirtmiştir. Ebeveynlerin %93,2'si aşıların yapıldığı yer olarak aile hekimliğini ifade etmişlerdir ve %57,7'si hastalık, %38'i ise ateş durumunda rutin aşıların ertelenebileceğini belirtmiştir.

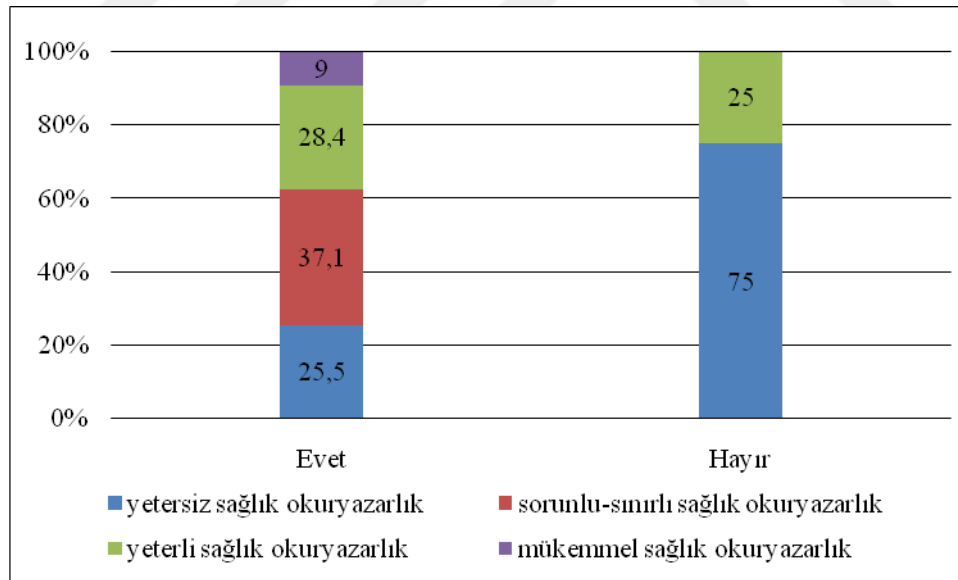
Tablo 15. Çocuklarına aşı yaptırmada ebeveynlerin düşüncelerinin dağılımı

Ebeveynlerin Düşünceleri		n	%
Aşı Yaptırmanın Gerekli Olduğunu Düşünme	Gerekli bulan	266	95,3
	Gerekli bulmayan	13	4,7
Aşı yaptırmamanın Gerekli Olduğunu Düşünmemeye Nedenleri*	Aşının gerekliliğinden habersiz olma	-	-
	Yan etkilerinden korkma	6	2,2
	Aşıya güvenmeme	7	2,5
	Akraba, komşunun vb. olumsuz söylemleri	3	1,1
Aşı Yaptırmanın Gerekli Olduğunu Düşünme Nedenleri*	Mikroplara karşı direnç oluşturur	135	48,4
	Hastalıktan korur	122	43,7
	Sağlıklı olmak için yaptırılır	78	28,0
	Diğer	2	0,7
Aşı Yaptırıp Yaptırmama Kararını Etkileyen Faktörler*	Doktorun önermesi	170	60,9
	Aşının ücretli olması	9	3,2
	Mutlaka yapılması gerekirse aşının ücreti önemsizdir	174	62,4
	Aşının etkileri ve yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olmak	146	52,3
	Eşin aşı konusundaki düşüncesi	44	15,8
	Diğer	6	2,2
Zorunlu Aşılama Programları Hakkında ki Düşünce	Zorunlu olmalı	227	81,4
	Zorunlu olmamalı	52	18,6
Aşıların Yapılmamasının Çocuğa Zararları*	Zararı yoktur	9	3,2
	Sık ve çabuk hasta olur	140	50,2
	Hastalıkları ağır geçirir	124	44,4
	Enfeksiyon riski artar	147	52,7
	Bilmeyenler	17	6,1
Aşıların Yan Etkisinin Olması*	Yoktur	35	12,5
	Ateş ve Enfeksiyon	231	82,8
	Alerji	68	24,4
	Felç	15	5,4
	Ağrı	81	29,0
	Diğer	9	3,2

* birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

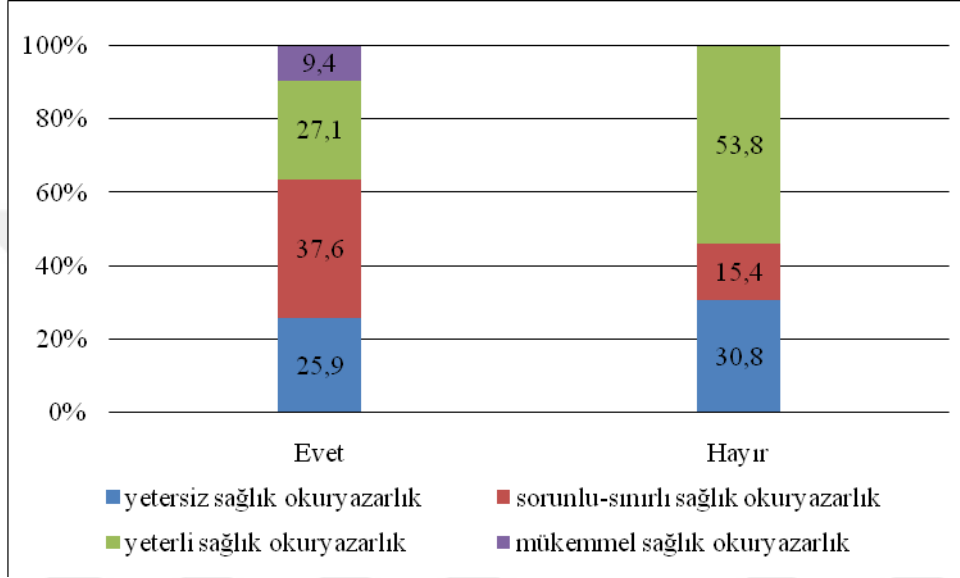
Tablo 15’te ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırma konusundaki düşünceleri sunulmuştur. Ebeveynlerin %95,3’ü aşı yaptırmayı gerekli bulmaktadır. Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünmeme nedeni olarak yedi ebeveyn aşıya güvenmediklerini belirtirken, aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme nedeni olarak %48,4’ü mikroplara karşı direnç oluşturduğunu, %43,7’si ise hastalıklardan koruduğunu belirtmişlerdir. Ebeveynlerin aşı yaptırap/yaptırmama kararını etkileyen faktörleri olarak sırasıyla %62,4’ü aşının yaptırılması mutlaka gerekli ise ücretinin önemsiz olduğunu, %60,9’u doktor önerirse aşı yaptıracığını ve %52,3’ü aşının etkileri ve yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %81,4’ü zorunlu aşılama programı kapsamında aşuların zorunlu olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %52,7’si aşuların yapılmaması durumunda çocuklarında enfeksiyon riskinin artacağını, %50,2’si sık ve çabuk hastalanacağını, %44,4’ü hastalıkları ağır geçireceğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %82,8’i aşılarından sonra çocuğunda ateş ve enfeksiyonun yan etki olarak görülebileceğini belirtmişlerdir.

4.4. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Aşılama Durumları



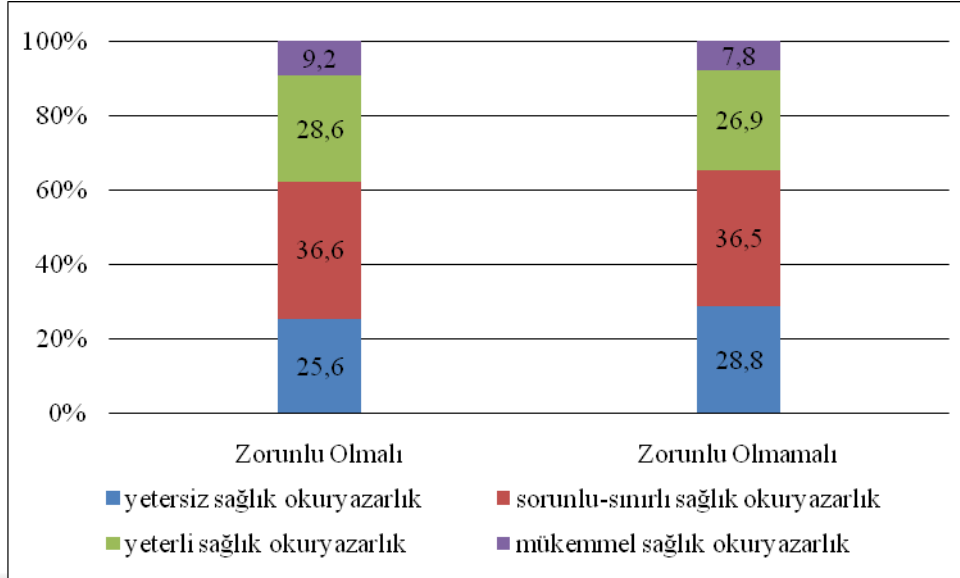
Şekil 13. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumu

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumları Şekil 13'te sunulmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olan ebeveynlerin %37,1'i çocuklarına aşı yaptırdığı ancak sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olan ebeveynlerin %75'i çocuklarına aşı yaptırmamıştır. Ebeveynlerin ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ile çocuklarına aşı yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 5,562$; $p=0,135$).



Şekil 14. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme durumu

Şekil 14'te ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme durumları gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olan ebeveynlerin %37,6'sı aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşündüğü ancak sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olan ebeveynlerin %53,8'inin aşı yaptırmanın gerekli olmadığını düşündüğü tespit edilmiştir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 6,143$; $p=0,105$).



Şekil 15. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkında düşüncelerinin durumu

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünceleri Şekil 15'te sunulmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olan ebeveynlerin %36,6'sı aşı yaptırmanın zorunlu olması gerektiğini, %36,5'i ise zorunlu olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünceleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,334$; $p=0,953$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, ebeveynlerin ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılmasına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla yürütülen araştırma bulguları, araştırma soruları ve literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmamız çoğunluğu annelerden (%83,5) oluşan 279 ebeveynle yapılmıştır. Ebeveynlerin ortalama yaşı $30,18 \pm 6,16$ yaş, ortalama çocuk sayısı $1,74 \pm 0,83$ kişi ve ortalama çocuk yaşı $7,79 \pm 3,74$ aydır. Araştırmaya katılan ebeveynlerden annelerin %41,2'si, babaların %43'ü üniversite mezunu iken annelerin yarısından fazlasının çalışmadığı babaların ise yaklaşık 1/3'ünün memur olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeğine göre genel sağlık okuryazarlık puan ortalamasının $30,57 \pm 8,30$ olduğu görülmüştür (Tablo 12). Yine araştırmamızda ebeveynlerin %62,8'inin genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz (%26,2) ya da sorunlu-sınırlı (%36,6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Avrupa genelinin sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla yapılan geniş çaplı bir araştırma sonucunda Avrupa genel sağlık okuryazarlığı ortalaması $33,8 \pm 7,95$ olarak bulunmuştur. Bu ülkeler içerisinde Hollanda, İrlanda, Almanya ve Polonya gibi bazı Avrupa ülkelerinde genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin ortalamasının da üzerinde olduğu belirlenmiştir (Sørensen vd., 2015). Yurt içerisinde Tanrıöver vd. (2014) yapmış olduğu 23 ili kapsayan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Türkiye geneli sağlık okuryazarlık ortalaması $30,4 \pm 0,16$ olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmaya katılan bireylerin %64,6'sının sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz (%24,5) ya da sorunlu-sınırlı (%40,1) olduğu tespit edilmiştir. Muslu vd. (2017) yürütmüş olduğu başka bir çalışmada genel sağlık okuryazarlık puan ortalamaları $33,64 \pm 6,91$ olarak bulunmuş, %49,6'sının sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Avrupa'nın sağlık okuryazarlık düzeyinin Türkiye'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Kırıkkale ilinde yapmış olduğumuz araştırmamız da sonuçları itibarıyla Türkiye ile benzerdir. Bu sonuçlar birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin bireyleri değerlendirirken eğitim ve çalışma durumlarından bağımsız sağlık okuryazarlık düzeylerini de değerlendirmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda ebeveynlerin çocuklarının annesi ya da babası olması durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,038$). Bu farkın annelerin sağlık okuryazarlığı puanından aldıkları puanın babalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Şekil 6). Yurt içinde Hayran ve Özer'in (2018) örgütsel sağlık okuryazarlığının belirleyicisi üzerine yapmış olduğu bir araştırmada kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Çatı vd. (2018) yapmış olduğu araştırmada cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Öncü vd. (2018) 290 birey üzerinde yapmış olduğu bir başka araştırmada erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyinin kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinden yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmamız Hayran ve Özer'in yapmış olduğu araştırmayı desteklediği diğer sonuçlardan farklı olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda kadınlarla erkekler arasında farklı sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma da kadınların eğitim düzeyi diğer araştırmalara göre daha yüksektir.

Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar oldukça fazladır (Sørensen vd., 2015; Vogt, Scheffer, Messer, Berens ve Hurrelmann, 2018; Van der Heide vd., 2016; Abacıgil vd., 2016; Deniz, Öztaş ve Akbaba, 2018). Özellikle Avrupa'daki yapılan araştırmalarda 66 ile 75 yaş arasındaki bireylerin %51,8'inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen vd., 2015). Buna karşın literatür taramalarında yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında herhangi bir farklılığın olmadığı çalışmalara da rastlanmıştır (Aydın ve Aba, 2019; Akbolat, Kahraman, Erigüç ve Sağlam, 2016). Araştırmamıza katılan ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,282$) (Şekil 7). Farklılığın kaynağına bakıldığında, bu durumun araştırmamıza katılan bireylerin yaş gruplarının dağılımlarının birbirine yakın olmasından ve ileri yaş grubunu temsil eden örneklemin az olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda anne ve baba eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark anlamsızdır (sırasıyla $p=0,461$ ve $p=0,205$) (sırasıyla Şekil 8 ve Şekil 9). Literatür taramalarında düşük eğitim seviyeleri ile düşük sağlık sonuçları arasında güçlü bir bağ olduğu görülmektedir (Van der Heide vd., 2016). Özellikle eğitim seviyesinin

düüklüğü ekonomik kaynakların az kullanılmasına, sağlık hizmetlerine erişim noktasında sorunların yaşanmasına, sosyal destek eksikliğine ve istenmeyen sağlık davranışlarına neden olmaktadır. ABD’de eğitim ve sağlık okuryazarlığının incelendiğı bir çalışmada bireylerin eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$) (Yamashita ve Brown, 2017). Yurt içinde Dinçer ve Kurşun’un (2016) 260 üniversite öğrencisiyle yapmış olduğu bir çalışmada eğitim seviyeleriyle sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında ilkokul dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin ilkokul birinci sınıfta okuyanlardan yüksek olduğu görülmüştür. Okyay ve Abacıgil’in (2016) yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın yurt içinde yürütölen çalışmalardan farklı olduğu görölmektedir. Araştırmalar arasındaki farkın bizim araştırmamızdaki anne ve babaların eğitim seviyelerinin oldukça yüksek olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir

Araştırmamızda büyükşehir/metropol ve kent merkezinde diğer alanlara göre daha uzun süre yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu görölmüştür ($p=0,00$) (Şekil 11). Kırsal ve kentsel bölgede yaşayanların sağlık okuryazarlık oranları farklı olabilmektedir. Yurt dışında Golboni vd. (2018) yapmış olduğu bir çalışmada kırsal kesimdekilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin kentsel kesimdekilere göre düşük olduğu görölmüştür ($p<0,001$). Montalto vd. (2000) kırsal alanda yaptıkları çalışmada, katılımcıların yaklaşık %15’i fonksiyonel sağlık okuryazarlık rakamlarında eksiklikler olduğunu göstermiştir. Banihashemi vd. (2007) İran’da yapmış olduğu bir başka çalışmada, kırsal ve kentsel sakinler arasında fonksiyonel sağlık okuryazarlığı oranları sırasıyla %31,5 ve %53,4 olarak bulunmuştur. Yurt içinde Çimen ve Temel’in (2017) yapmış olduğu çalışmada köy/kasabada yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, kent merkezinde yaşayanlardan, kent merkezinde yaşayanların ise büyükşehir/metropolde yaşayanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,00$). Üçpunar’ın (2014) yapmış olduğu bir başka çalışmada şehir merkezinde yaşayanların ilçe ve köyde yaşayanlardan daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Araştırmamız yurt içi ve yurt dışı çalışmalara benzerdir.

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %98,6'sının çocuklarını aşılattığı görülmüştür (Şekil 12). Aşılar tüm dünyada kullanılan koruyuculuğu yüksek, maliyeti düşük ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında kullanılan en etkin halk sağlığı uygulamalarının başında gelmektedir. ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezinin (2017) 19-35 aylık çocuklar üzerinde yapmış olduğu araştırmada aşılama oranının %90'ın üzerinde olduğu görülmektedir (<https://www.cdc.gov/nchs/fastats/immunize.htm>). Avustralya Hükümeti Sağlık Departmanı (2018) verilerine göre ülke genelinde bir yaş ve altı çocukların aşılama oranı %94,1 olarak belirtilmiştir (<https://beta.health.gov.au/health-topics/immunisation/childhood-immunisation-coverage/immunisation-coverage-rates-for-all-children>). Boulton vd. (2018). Bangladeş'te çocuklukta aşılama ile ilgili sosyoekonomik faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, tam aşılı çocukların oranının %83 olduğu bulunmuştur. Oliveira vd. (2014) Angola'da 5 yaş altı çocukların bağışıklaması üzerine yapmış olduğu araştırmada, çocukların %52'sinin aşılanmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kumar vd. (2010) Kuzey Hindistan'da yapmış olduğu bir başka çalışmada çocukların %17,8'nin tam aşı, %48'inin ise eksik aşı olduğu belirlenmiştir. Yurt içerisinde yürütülen diğer çalışmalarda da aşılama oranlarının %90'ın üzerinde olduğu görülmektedir (Taşar ve Dallar, 2015; Hazır, 2018; Derince, 2006). Hatta Deniz'in (2018) 1019 gebe üzerinde yapmış olduğu çalışmasında gebelerin %90,1'inin Sağlık Bakanlığı'nın aşılama takvimine göre çocuğunu aşılayacağını ifade ettiği görülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2013) verilerine göre Türkiye'de 12-35 ay yaş grubunda bulunan çocukların %69,9'unun tam aşı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre Kırıkkale ilindeki aşılatma oranı yurt içinde ve yurt dışındaki çalışmalardan yüksektir. Avrupa ülkelerinde aşılama oranının gelişmemiş ülkelerdeki aşılama oranından yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmamızın aşılama oranının yüksek çıkmasının nedeni aşıların tamamlanmamış olması ve ebeveynlerin aşya güvenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %75,3'ü aşılar hakkındaki bilgiyi doktordan, %56,3'ü ise hemşire/ebeden aldığını ifade etmişlerdir (Tablo 14). Arlı'nın (2018) 0-24 yaş grubunda çocuğu olan 180 anne üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada annelerin %61,1'i aşılar hakkındaki bilgileri doktorlardan aldıklarını belirtmişlerdir. Yılmaz'ın (2018) astımlı çocuklarda mevsimsel influenza aşısı hakkındaki görüşlerinin

incelendiği çalışmada ebeveynlerin %73,7'si aşular hakkındaki bilgileri doktorlardan aldıklarını ifade etmişlerdir. Topaloğlu vd. (2013) 214 ebeveyn üzerinde yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin %59,7'si aşular hakkındaki bilgiyi doktordan aldığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda aşular hakkındaki bilgilerin doktordan alındığı görülse de aile hekimliklerinde aşuların uygulanması ve takibinin yapılması görevi ebeveynler ya da hemşirelere aittir. Ebeveynlerin ebeler ya da hemşireler tarafından bilgilendirilmesi daha az maliyetli ve uygun olacaktır. Araştırmamızın sonuçları Türkiye'de yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan ebeveynlere çocuklarına aşularını nerede yaptırdığı sorulduğunda ebeveynlerin %93,2'si çocuklarına aile hekimliğinde aşı yaptırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 14). Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aşular toplum sağlığı merkezleri tarafından aile sağlığı merkezlerine gönderilmektedir. Aile sağlığı merkezlerine gönderilen aşular, soğuk zincir ilkeleri doğrultusunda aile hekimi ya da aile sağlığı elemanları tarafından aile hekimliklerinde uygulanmaktadır (Toprak, Köksal, Sargın ve Akan, 2018). Kürtüncü vd. (2017) Zonguldak il merkezinde yürütmüş oldukları bir çalışmada annelerin %94,4'ü aşuların yapıldığı yer olarak aile hekimliğini belirtmişlerdir. Taşar vd. (2015) 602 anne üzerinde yapmış olduğu bir başka çalışmada aşuların yapıldığı yer olarak %90,2 oranında aile hekimliği belirtilmiştir. Araştırmamızın yurt içerisinde yapılan diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Ebeveynler aşılama konusunda aile sağlığı merkezlerini tercih etmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde verildiği ülkemizde bu durumun ebeveynler tarafından doğru algılandığı görülmektedir.

Kırıkkale ili merkez ilçesinde yürütmüş olduğumuz araştırmamıza katılan ebeveynlerin %57,7'si hastalık, %38,0'ı yüksek ateş durumunda rutin aşuların ertelenebileceğini ifade etmiştir (Tablo 14). Yurt içerisinde Özdemir'in (2017) ebeveynlerin çocukluk çağı aşularına ilişkin tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada ebeveynlerin %40,9'u hastalık, %30,7'si ateş durumunda ertelenebileceğini düşündüğünü belirtmiştir. İncili'nin (2009) aşular üzerine yapmış olduğu bir başka çalışmada annelerin %35'i hastalık, %47'si ateş durumunda rutin aşuların ertelenebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveynlerin büyük bir kısmının rutin aşuların hastalık ve ateş durumlarında ertelenebileceğini bilmeleri önemli bulunmuştur. Ancak çocukların aşılama durumlarının ertelenmesi kararını aile hekimliğinde görev alan

sağlık personellerinin vermesi gerekmektedir. Ailelerin tek başına aşuların ertlenmesi kararını vermesi kaçırılmış aşuların sayısının artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

Aşılama, çocuklarda bağışıklamayı sağlayarak dünya çapında bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbidite insidansını önemli ölçüde azaltmıştır (Frawley vd., 2017). Uganda’da yapılan bir çalışmada annelerin %63,9’u aşı yaptırmanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Vonasek vd., 2016). Yurt içerisinde Candan’ın (2017) yapmış olduğu çalışmada katılımcılar %74,6 oranında aşı yaptırmanın gerekli olduğunu belirttikleri sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda ebeveynlerin %95,3’ü aşı yaptırmanın gerekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 15). Bu oran diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Bu durum Kırıkkale ilinde aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetin güçlü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda aşı yaptıran ebeveynlere aşı yaptırmanın neden gerekli olduğu sorusu yöneltildiğinde ebeveynlerin %48,4’ü aşuların çocuklarında mikroplara karşı savunma mekanizması oluşturduğu ve %43,7’si çocuklarını hastalıklardan koruduğunu ifade etmiştir (Tablo 15). Bu sonuçlar, ebeveynlerin çocuklarında oluşabilecek herhangi bir patolojik riske karşı aşılamaı koruyucu bağışıklama açısından önemli gördüklerini göstermektedir. Benzer sonuçlar Arlı’nın (2018) yapmış olduğu bir çalışmada annelerin %44,8’i mikroplara karşı direnç oluşturduğu, %46’sı hastalıklardan koruduğu için çocuklarını aşılattığını göstermiştir. Yine Vonasek vd. (2016) yapmış olduğu çalışmada annelerin %93,5’i çocukluk dönemi aşularının hastalıklardan koruduğunu, %32,8’i bağışık sistemini güçlendirdiğini ve %26,3’ü büyümesine teşvik ettiğini belirtmiştir. Araştırmamız yurt içindeki ve yurt dışındaki çalışmalara benzerdir.

Ebeveynlerin aşuları reddetme kararları, dünyanın birçok yerinde önemli bir halk sağlığı sorunudur (Sobo, 2015; Poltorak, 2005). Araştırmamızda 13 kişi aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünmediklerini belirtmişler ve bunun nedeni olarak da aşuya güvenmediklerini (%2,5) ve aşuların yan etkilerinden korktuklarını (%2,2) belirtmişlerdir (Tablo 15). Yurt dışında Paterson vd. (2017) İngiltere’de 913 ebeveynle aşı tereddütleri üzerine yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin %60’ının aşuya güvenmediklerini belirtilmiştir. Murhekar vd. (2017) Hindistan’da 12-23 ay çocuğu olan 283 ebeveynle yapmış olduğu bir başka çalışmada ebeveynlerin %14,3’ünün aşı takviminden haberdar olmadığı, %12,3’ünün bağışıklama için sağlık kuruluşuna hiç

başvurmamış olması ve %10,1'inin aşının ikinci ya da üçüncü dozundan habersiz olmalarını belirtmişlerdir. Yurt içinde Hazır'ın (2018) 0-24 aylık çocuğu olan ebeveynlerin aşı reddiyle ilgili yapmış olduğu çalışmada aşı yaptırmayı reddeden 92 kişinin %46,7'si aşıların içeriğindeki maddenin zararlı olduğunu düşündüklerini, %22,8'i aşının yararlı/gerekli olduğuna inanmadıklarını belirtmiştir. Kumru vd. (2018) %91,7'si eksik aşı ve %8,3'ünün aşı durumu bilinmeyen 60 adolesanla yapmış olduğu çalışmada aşı yaptırmama nedeni olarak %75'i aşılar hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, %13,3'ü ise aşıların yan etkilerinden korktuğunu ifade etmişlerdir. Araştırmamızda aşı reddinin diğer çalışmalara göre daha az olduğu görülmektedir.

Anayasa Mahkemesinin aşılar hakkında 11 Kasım 2015 tarihindeki hak ihlali kararından bu yana, Türkiye'de aşılama durumu yasal olarak zorunlu değildir (Saltık, 2018). Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %81,4'ü zorunlu aşılama programı kapsamında aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 15). Yurt içerisinde Büyükkarakurt'un (2018) kırsal bölgede toplumun çocukluk çağı aşılarına bakışını ele alan bir çalışmada bireylerin %87,8'i aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Canbolat'ın (2018) yaptığı kentsel bölgede toplumun çocukluk çağı aşılarına bakışını ele alan çalışmada bireylerin %67,1'i aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünürken, %32,9'u zorunlu olmaması gerektiğini düşünmektedir. Araştırmamız diğer çalışmalarla benzerdir. Toplumun büyük bir kısmı aşılama programındaki aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Ancak zorunlu olmaması gerektiğini düşünen bireylerin sayısı da az değildir. Bu da zaman içerisinde aşı reddi konusunu gündeme getirmektedir. Bir toplumda aşılarla karşı reddin artmasının zaman içinde halk sağlığı sorunlarını arttıracakını düşündürmektedir.

Bir toplumda aşıların yapılmaması sonucunda başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere birçok rahatsızlık görülmektedir. Araştırmamıza katılan ebeveynlere çocuğunuzu aşılatmadığınızda görülebilecek zararlar nelerdir? Sorusunu sorduğumuzda ebeveynlerin %52,7'si enfeksiyon riskinin artacağını, %50,2'si sık ve çabuk hastalanacağını, %44,4'ü hastalıkları ağır geçireceğini ifade etmiştir (Tablo 15). Yurt içerisinde Özdemir'in (2017) 260 ebeveyn üzerinde yapmış olduğu çalışmada çocuklara aşı yapılmaması durumunda ebeveynlerin %47,7'si hastalıkları ağır geçireceğini, %43,4'ü daha çabuk hastalanacağını ve %42,2'si bulaşıcı hastalığa yakalanacağını belirtmiştir. Araştırmamız

Özdemir'in çalışmasını destekler niteliktedir. Ebeveynler çocuklarının koruyuculuk düzeyleri olarak primer koruyucu faktörü aşılardan olarak gördüğü söylenebilir.

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri aşılamanın önemini kavranması, bebek aşılamaya programlarına erişimin sağlanması ve aşıların tamamlanması açısından önemli görülmekle birlikte ve (Johri vd., 2015), yapılan bazı araştırmalarda sağlık okuryazarlık düzeyiyle aşılamaya kararları arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını gösterilmiştir (Pati vd., 2011; Duman, 2017). Araştırmamızda da ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile çocuklarını aşılatma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,135$) (Şekil 13). Araştırmamız yurt içindeki ve yurt dışındaki çalışmalara benzerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde Kırıkkale ili merkez ilçesinde 0-12 aylık çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşlarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiştir.

- Araştırmamıza katılan ebeveynlerin ortalama yaşlarının $30,18 \pm 6,16$, ortalama çocuk sayısı $1,74 \pm 0,83$, ortalama çocuk yaşı $7,79 \pm 3,74$ ay olduğu görülmüştür (Tablo 8).
- Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %83,5'inin anneler, %16,5'ini ise babalar oluşturmuştur. Ebeveynlerin %97,9'u evli ve %41,9'unun hanesinde üç kişi yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 9).
- Araştırmamıza katılan ebeveynlerden annelerin %41,2'si, babaların %43,0'ı üniversite mezunudur. Annelerin %59,1'inin çalışmadığı babaların ise %33,7'sinin memur olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin %51,6'sının geliri giderine eşit ve %96,4'ünün sosyal güvencesi SGK'dır (Tablo 10).
- Ebeveynlerin %56,3'ünün bugüne kadar en uzun kent merkezinde yaşadığı, %54,5'inin bazen kitap okuduğu, %81,4'ünün kitap/gazete/dergi okumaktan hoşlandığı ve %33,7'si internet/sosyal medya uygulamalarını çoğu zaman kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 11).
- Araştırmamızın yaptığı Kırıkkale ili merkez ilçesi sağlık okuryazarlık düzeyinin Yenimahalle, Yaylacık, Ovacık, Yenidoğan, Gürler, Gündoğdu, Yuva ve Çullu mahallelerinde yeterli olduğu diğer mahallelerde sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Şekil 5).
- Ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyleri, gelir durumları ile genel sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Ebeveynlerin en uzun yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın

kaynağına bakıldığında köy/kasabada yaşayanların yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 11).

- Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %98,6'sı çocuklarına aşı yaptırdıklarını belirtmiştir ve %96,8'inin aşı kartı bulunmaktadır. Ebeveynlerin %74,2'si çocuklarının aşılamaıyla ilgili kararları birlikte verdiği ve %61,6'sının aşı kaynaklı herhangi bir yan etki yaşamadığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %75,3'ü aşılama hakkındaki bilgileri doktordan aldığını ve %93,2'si aşılama yapıldığı yer olarak aile hekimliğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %57,7'si hastalık durumunda aşılama ertelenebileceğini ifade etmiştir (Tablo 14).
- Ebeveynlerin %95,3'ü aşı yaptırmayı gerekli bulmaktadır ve %48,4'ü aşı yaptırmamanın gerekli olma nedeni olarak mikroplara karşı direnç oluşturduğunu ifade etmiştir. Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %62,4'ü aşı yaptırmama kararını etkileyen faktör olarak aşılama yapılması mutlaka gerekli ise ücretinin önemli olmadığı belirtmiştir (Tablo 15).
- Ebeveynlerin %81,4'ü aşılama zorunlu olması gerektiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin %52,7'si çocuklarına aşı yapılmaması durumunda enfeksiyon riskinin artacağını, %82,8'i aşılama yan etkisi olarak ateş ve enfeksiyonu belirtmiştir (Tablo 15).
- Araştırmamızda Kırıkkale ili merkez ilçesi Hüseyin Kahya, Bahçelievler, Karşıyaka ve Yuva Mahallerinde ikamet eden çok az ebeveynin (n=4) çocuklarını aşılama madığı tespit edilmiştir (Şekil 12).

6.2. Öneriler

Araştırmamız Kırıkkale ili merkez ilçesinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılama yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisinin tespit edilmesi açısından önem arz etmektedir.

Bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda;

- Türkiye’de ve Kırıkkale’de sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması için Mill Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşların eğitim planlaması yaparak, eğitici videolar, broşürlere ve afişler hazırlaması sağlanması,
- Türkiye ve Kırıkkale’de aşı yaptırmamış ebeveynlerin tespitinin yapılarak aşıyı reddetme nedenleri sorgulanmalı, eksik ya da yanlış bilinen noktaların giderilmesi sağlanmalı ve hiç aşısız ocuk kalmaması için ülke politikasının düzenlenmesi sağlanması,
- Aşıların yapıldığı yer olan aile sağlığı merkezlerinde sağlık personellerinin özellikle halk sağlığı hemşirelerinin aşılar konusunda halkı bilinçlendirici faaliyetlerde rol alması ve eğitim vermesi,
- Türkiye genelinde 81 il merkezinde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin aşılama durumlarını etkileyip etkilemediğini gösteren kapsamlı çalışmanın yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Abacıgil, F., Harlak, H. ve Okyay, P. (2016). “Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması”. P. Okyay, F. Abacıgil (Ed.). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (s. 21-41). Ankara: Anıl Matbaa.

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.

Akcilek, E. (2017). *Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. (yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi. İstanbul.

Akova, M., Oder, B. E., Ergönül, Ö., Ruacan, Ş. ve Türker, K. (Temmuz 2015). *Bilim Akademisinin Aşılama ile İlgili Görüşü* (Rapor No: 34). Erişim: 28 Ekim 2018, <https://bilimakademisi.org/wpcontent/uploads/2015/07/BilimAkademisiAsiDuyurusu2015.pdf>

Alderson, J. C. (2000). *Assessing reading*. (1. Baskı). Cambridge: Cambridge University Press.

Altun, A. (2005). *Gelişen teknolojiler ve yeni okuryazarlıklar*. (1. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Altun, Ş. (2008). *6-14 yaş arası çocuklarda aşılama oranı ve ailelerin özel aşılarla ilgili bilgi düzeyi*. (uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Arısoy, E. S., Çiftçi, E., Hacımustafaoğlu, M., Kara, A., Kuyucu, N., Somer, A. et al. (2015). Clinical Practical Recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for Previously Healthy Children (National Vaccination Schedule) and Vaccines not Included in the Schedule – 2015 [Daha Önce Sağlıklı Olan Çocuklara Yönelik Türk Ulusal Aşılama Programı (Ulusal Aşılama Programı) ve Programa Dahil Olmayan Aşılar İçin Klinik Pratik Öneriler – 2015]. *Journal of Pediatric Infection*, 9, 1-11.

Arlı, H. (2018). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 0-24 ay aralığında çocuğu olan annelerin Sağlık Bakanlığı rutin aşı takvimi ve çocuk aşılama hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.* (uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. İzmir.

Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.

Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, B100TSH 011 0000, 13 Mart 2009.

Atkinson, W. L., Pickering, L. K., Schwartz, B., Weniger, B. G., Iskander, J.K. ve Watson J. C. (Şubat 2002). *General Recommendations on Immunization. Recommendations of The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP)* (Rapor No: 2). Erişim: 02 Şubat 2019, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5102a1.htm>

Avustralya Hükümeti Sağlık Departmanı (Australian Government Department of Health]. (t.y.). Erişim tarihi: 23 Ocak 2019, <https://beta.health.gov.au/health-topics/immunisation/childhood-immunisation-coverage/immunisation-coverage-rates-for-all-children>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*, 2014, Erişim tarihi: 31 Aralık 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>

Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *Healthy Communities: Immunisation Rates for Children in 2015–16*, 2017, Erişim tarihi: 12 Kasım 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://www.myhealthycommunities.gov.au/our-reports/immunisation-rates-for-children/june-2017>

Aydın, D. ve Aba, Y. A. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 31-39.

Azap, A. ve Kurt, H. (2001). Varisella zoster virüs infeksiyonları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 54(4), 357-370.

Badur, S. (1999). "Hepatit A Virusu". Ş. Ustaçelebi (Ed.). *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji* (s. 861-870). Ankara: Güneş Kitabevi.

Banatvala, J., Van Damme, P. ve Van Hattum, J. (2000). Boosters for hepatitis B. European Consensus Group on Hepatitis B Immunity [Hepatit B için Destekleyiciler B. Hepatit B Bağışıklık Üzerine Avrupa Konsensüs Grubu]. *The Lancet*, 356(9226), 337-338.

Banihashemi, S. T., Amirkhani, M. A., Haghdoost, A. A., Alavian, S., Asgharifard, H., Baradaran, H. et al. (2007). Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran [Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Etmenler: İran'ın Beş İlinde Bir Çalışma]. *Strides in Development of Medical Education*, 4(1), 1-9.

Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P. et al. (2011). Priority Actions for The Non-Communicable Disease Crisis [Bulaşıcı Olmayan Hastalık Krizi için Öncelikli Eylemler]. *The Lancet*, 377(9775), 1438-1447.

Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S. ve White, S. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults [Yaşlı Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığının Özerk Sağlık Durumunda Eşitsizliklere ve Önleyici Sağlık Davranışlarına Katkısı]. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.

Beyazova, U. ve Aktaş, F. (2007). Çocukluk çağı aşılamaları ve erişkin bağışıklaması. *Gazi Tıp Dergisi*, 18(2), 47-65.

Boulton, M. L., Carlson, B. F., Power, L. E. ve Wagner, A. L. (2018). Socioeconomic Factors Associated with Full Childhood Vaccination in Bangladesh, 2014 [Bangladeş'te Çocukluk Çağında Tam Aşılama ile İlgili Sosyoekonomik Faktörler, 2014]. *International Journal of Infectious Diseases*, 69, 35-40.

Bozkurt, G. ve Erdim, L. (2004). Güvenli bağışıklamada ebe ve hemşirelerin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 119-126.

Buzgan, T. (2012). "Ülkemizde aşılama politikaları". S. Badur, M. Bakır (Ed.). *Aşı Kitabı* (s. 55-63). İstanbul: Express Basımevi.

Büyükkarakurt, Z. (2018). *Kırsal bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi*. (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi. Konya.

Canbolat, K. S. (2018). *Kentsel bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi*. (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi. Konya.

Candan, H. (2017). *Bir üniversite hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılanma durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi*. (tıpta uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]). (2017). Erişim tarihi: 24 Ocak 2019, <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/immunize.htm>

Chow, M. Y. K., Danchin, M., Willaby, H. W., Pemberton, S. ve Leask, J. (2017). Parental Attitudes, Beliefs, Behaviours and Concerns towards Childhood Vaccinations in Australia: A National Online Survey [Avustralya'da Çocukluk Aşılarına Karşı Ebeveyn Tutumları, İnançları, Davranışları ve Kaygıları: Ulusal bir Çevrimiçi Anket]. *Australian Family Physician*, 46(3), 145-151.

Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics. (2006). "Poliovirus Infections". L. K. Pickering, C. J. Baker, S. S. Long ve J. A. Mc Millan (Ed.). *2006 report of the committee on infectious diseases* (s. 542-547). Northwest Point Blvd, Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics.

Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F. ve Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.

Çimen, Z., Temel B. A., (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3):105-125.

Çokuğraş, F. Ç. (2008). “Adolesan Çağında A ve B Hepatitinde aşılama”. Adölesan Sağlığı Derneği, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı ve Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu (Ed.). *Adolesan Sağlığı II* (s. 89-94). İstanbul: Hünkâr Ofset.

Deniz, Ş. (2018). *Gebelerin çocukluk çağı aşılarına karşı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*. (tıpta uzmanlık tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Deniz, S., Öztaş, D. ve Akbaba, M. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 214-228.

Derince, D. (2006). *Eskişehir ili İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. (yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi. Afyonkarahisar.

Dey, A., Knox, S, Wang, H., Beard, F. H. ve McIntyre, P. B. (Nisan 2016). Summary of National Surveillance Data on Vaccine Preventable Diseases in Australia, 2008-2011. Erişim: 25 Aralık 2018, <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdi40suppl.htm>

Diñçer, A. ve Kurşun, Ş. (2016). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 20-26.

Duman, A. (2017). *Fatih ilçesinde ilkokul 1. sınıf aşılamalarında velilerin genel sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirleme*. (uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q. et al. (2017). Measuring Health Literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 Survey Tool in Six Asian Countries [Asya'da Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi: Altı Asya Ülkesinde HLS-EU-Q47 Anketi'nin Onaylanması]. *Journal of Epidemiology*, 27, 80-86.

Eskola, J., Black, S. B. ve Shinefield, H. (2004). “Pneumococcal conjugate vaccine”. S. A. Plotkin, W. A. Orenstein (Ed.). *Vaccines* (s. 589-624). Philadelphia: Saunders.

Eşkin, M. (2017). *Gebe kadınların aşılama davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (Kasım 2014). Transferability of Health Promotion and Health Education Approaches between Non-Communicable and Communicable Diseases. Erişim: 25 Aralık 2018, <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf>

Filiz, E. (2015). *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi*. (doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

Frawley, J. E., Foley, H. ve McIntyre, E. (2018). The Associations between Medical, Allied and Complementary Medicine Practitioner Visits and Childhood Vaccine Uptake [Tıbbi, Müttefik ve Tamamlayıcı Tıp Uygulayıcı Ziyaretleri ve Çocukluk Aşı Alımları Arasındaki Dernekler]. *Vaccine*, 36(6), 866-872.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, B100TSH0110005, 13 Mart 2009.

Glaziou, P., Floyd, K., Weil, D. ve Raviglione, M. (2016). TB Deaths Rank Along side HIV Deaths as Top Infectious Killer [TB Ölümleri, Enfeksiyöz Katil Olarak HIV Ölümünün Yanında]. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 20(2), 143-144.

Golboni, F., Nadrian, H., Najafi, S., Shirzadi, S. ve Mahmoodi, H. (2018). Urban-Rural Differences in Health Literacy and Its Determinants in Iran: A Community-Based Study [İran'da Sağlık Okuryazarlığında Kentsel-Kırsal Farklılıklar ve Belirleyicileri: Toplum Temelli Bir Çalışma]. *Australian Journal of Rural Health*, 26(2), 98-105.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2014, Erişim tarihi: 01 Nisan 2019, Hacettepe Üniversitesi Ağ Sitesi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Hayran, O. ve Özer, O. (2018). Organizational Health Literacy as a Determinant of Patient Satisfaction [Hasta Memnuniyetinin Bir Belirleyicisi Olarak Örgütsel Sağlık Okuryazarlığı]. *Journal of Public Health*, 163, 20-26.

Hazır, E. (2018). *0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenleri*. (yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.

HLS-EU Consortium, *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*, 2012, Erişim tarihi: 1 Aralık 2018, European Commission Ağ Sitesi: http://ec.europa.eu/eahc/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf

Hornsey, M. J., Harris, E. A. ve Fielding, K. S. (2018). The Psychological Roots of Anti-Vaccination Attitudes: A 24-Nation Investigation [Aşılama Karşıtı Tutumların Psikolojik Kökenleri: 24 Uluslu Bir Araştırma]. *Journal of Health Psychology*, 37(4), 307-315.

Immunization Action Coalition [IAC], *Vaccine Information Statements: Polio Vaccine*, 2016, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, Immunization Action Coalition: http://www.immunize.org/vis/polio_ipv.pdf

Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's Process of Cultural Competence Model to Examine the Relationship Between Health Literacy and Cultural Competence [Sağlık Okuryazarlığı ve Kültürel Yeterlilik Arasındaki İlişkiyi İncelemek için Campinha-Bacote'un Kültürel Yeterlilik Süreci Modelini Kullanma]. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695-704.

Institute of Medicine (IOM) Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.

İncili, H. D. (2009). *Çocuk polikliniklerimize başvuran çocukların annelerinin aşılar ile ilgili bilgi düzeyleri*. (uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Johri, M., Subramanian, S. V., Sylvestre, M. P., Dudeja, S., Chandra, D., Koné, G. K. et al. (2015). Association Between Maternal Health Literacy and Child Vaccination in India: A Cross-Sectional Study [Hindistan'da Anne Sağlığı Okuryazarlığı ve Çocuk Aşılama Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 849-857.

Kanj, M. ve Mitic, W. (2009, Ekim). *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi Kenya.

Kanra, G. ve Cengiz, A. B. (1998). Hepatit B virüs enfeksiyonu. *Katkı Pediatri Dergisi*, 19(6), 594-609.

Kaufmann, S. H. (2012). Tuberculosis Vaccine Development: Strength Lies in Tenacity [Tüberküloz Aşısı Gelişimi: Mukavemet Tenakta]. *Trends in Immunology*, 33(7), 373-379.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. ve Tsouros, A. D., *Health Literacy The Solid Facts*, 2013, Erişim tarihi: 8 Kasım 2018, WHO Ağ Sitesi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Kimberlin, D. W., Brady, M. T., Jackson, M. A. ve Long, S. S. (2015). *Report of the Committee on Infectious Diseases*. (30. Baskı). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Korkmaz, Y. (2006). *Malatya Merkez ilçede yaşayan 0-5 yaş çocuklarda aşı oranları ve etkileyen faktörler*. (yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.

Kretsinger, K., Broder, K. R., Cortese, M. M., Joyce, M. P., Lee, G. M., Tiwari, T. et al. (Aralık 2006). *Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adults: use of tetanustoxoid, reduced diphtheriatoxoid and acellular pertussis vaccine recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and recommendation of ACIP, supported by the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), for use of Tdap among health-care personnel* (Rapor No: 17). Erişim: 05 Şubat 2019, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5517a1.htm>

Kumar, D., Aggarwal, A. ve Gomber, S. (2010). Immunization Status of Children Admitted to a Tertiary-Care Hospital of North India: Reasons for Partial Immunization or Non-Immunization [Kuzey Hindistan'daki Üçüncü Basamak Bakım Hastanesine Başvuran Çocukların Bağışıklama Durumu: Kısmi Bağışıklama ya da Bağışıklamama Sebepleri]. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(3), 300-304.

Kumru, Ş., Çaka, S. Y., Topal, S. ve Altinkaynak, S. (2018). Adolesan aşılama oranları ve sosyo-demografik faktörler ile arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20(1), 33-43.

Kurudayıoğlu, M. ve Tüzel, S. (2010). 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, 15(28), 283-298.

Kurugöl, Z. (2017). “Suçiçeği aşısının özellikleri nelerdir?”. S. Badur ve Y. Camcıoğlu (Ed.). *30 Soruda Aşı* (s. 183-187). İstanbul: Selen Yayıncılık.

Kürtüncü, M. Alkan, I., Bahadır, Ö. ve Arslan, N. (2017). Zonguldak’ın kırsal bir bölgesinde yaşayan çocukların aşılama durumu hakkında annelerin bilgi düzeyleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 7(1), 8-17.

Maglione, M. A., Das, L., Raaen, L., Smith, A., Chari, R., Newberry, S. et al. (2014). Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of U.S. Children: A Systematic Review [ABD Çocuklarının Rutin Bağışıklamalarında Kullanılan Aşıların Güvenliği: Sistematik Bir İnceleme]. *Pediatrics*, 134(2), 325-337.

Mancuso, J. M. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of The Literature [Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi: Edebiyatın Bütünleştirici Bir İncelemesi]. *Nursing&Health Sciences*, 11(1), 77-89.

Marin, M., Güris, D., Chaves, S. S., Schmid, S. ve Seward, J. F. (Haziran 2007). *Prevention of Varicella Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* (Rapor No: 4). Erişim: 05 Şubat 2019, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>

Mengüç, Y. (2007). *6 ay-24 ay arasındaki çocuklarda aşılama oranları ve ailelerin sosyodemografik verileri*. (uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

Montalto, N. J. ve Spiegler, G. E. (2001). Functional Health Literacy in Adults in a Rural Community Health Center [Kırsal Topluluk Sağlık Merkezinde Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı]. *West Virginia Medical Journal*, 97(2), 111-114.

Murhekar, M. V., Kamaraj, P., Kanagasabai, K., Elavarasu, G., Rajasekar, T. D., Boopathi, K. et al. (2017). Coverage of Childhood Vaccination Among Children Aged 12-23 Months, Tamil Nadu, 2015, India [12-23 Ay Çocuklarda Çocukluk Aşılarının Kapsamı, Tamil Nadu, 2015, Hindistan]. *Indian Journal of Medical Research*, 145(3), 377-386.

Muslu, L., Çiftçi, Ş. ve Aktaş, E. N. (2017). Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 277-285.

Ng, E. ve Omariba, W. R., *Health Literacy and Immigrants in Canada: Determinant and Effects on Health Outcomes*, 2010, Erişim tarihi: 31 Aralık 2018, Canadian Council on Learning (CCL) Ağ Sitesi: <https://pdfs.semanticscholar.org/7f7d/78e6f2f0e183a02adee41ce1989a3fc2c714.pdf>

Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A. M. ve Kinding, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary [Sağlık Tanıtım Sözlüğü]. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century [Halk Sağlığı Hedefi Olarak Sağlık Okuryazarlığı: 21. Yüzyılda Çağdaş Sağlık Eğitimi ve İletişim Stratejileri İçin Bir Sorun]. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy [Gelişen Sağlık Okuryazarlığı Kavramı]. *SocialScience&Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Oliveira, M. F. S., Martinez, E. Z. ve Rocha, J. S. Y. (2014). Factors Associated with Vaccination Coverage in Children <5 Years in Angola [Angola'da 5 Yaşından Küçük Çocuklarda Aşı Kapsama ile İlgili Faktörler]. *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 906-915.

Orenstein, W. A. ve Atkinson, Q. L. (2012). "Immunization". L. Goldman ve A. I. Schafer (Ed.). *Goldman's Cecil Medicine* (s. 63-75). Philadelphia: Elsevier/Saunders.

Ottenhoff, T. H. ve Kaufmann, S. H. (2012). Vaccines Against Tuberculosis: Where are We and Where Do We Need to Go? [Tüberküloza Karşı Aşılar: Neredeyiz ve Nereye Gitmeliyiz?]. *PLOS Pathogens*, 8(5), e1002607.

Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H. ve Karakuş, E. (2018). Hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 1, 31-32.

Örnek, M. (2014). "Sağlık okuryazarlığı". M. Kaya (Ed.). *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış* (s. 26-31). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları

Özdemir, İ. N. (2017). *Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı bilgi, tutum ve davranışları*. (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi.İstanbul.

Paterson, P., Chantler, T. Ve Larson, H. J. (2017). Reasons for Non-Vaccination: Parental Vaccine Hesitancy and the Childhood Influenza Vaccination School Pilot Programme in England [Aşı Olmama Nedenleri: Ebeveyn Aşı Tereddütleri ve İngiltere'de Çocukluk Aşısı Aşılama Okulu Pilot Programı]. *Vaccine*, 36(36), 5397-5401.

Pati, S., Feemster, K. A., Mohamad, Z., Fiks, A., Grundmeier, R. ve Cnaan, A. (2011). Maternal Health Literacy and Late Initiation of Immunizations Among an Inner-City Birth Cohort [Şehir İçi Doğum Kohortu Arasında Anne Sağlığı Okuryazarlığı ve Geç Bağışıklama Başlatma]. *Maternal Child Health Journal*, 15(3), 386-394.

Poltorak, M., Leach, M., Fairhead, J. ve Cassell, J. (2005). 'MMR Talk' and Vaccination Choices: An Ethnographic Study in Brighton ['MMR Konuşması' ve Aşılama Seçimleri: Brighton'da Etnografik Bir Çalışma]. *SocialScience&Medicine*, 61(3), 709-719.

Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I. ve Fitzgerald, M. J. (2016). Health Literacy and Chronic Disease Management: Drawing from Expert Knowledge to Set an Agenda [Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalıklar Yönetimi: Uzman Bilgisinden Çizim ve Gündem Hazırlama]. *Health Promotion International*, 32(4), 743-754.

Ramsay, M., Salisbury, D. ve Noakes, K. (2006). *Immunisation against infectious diseases*. (3. Baskı). Great Britain: The Stationery Office.

Resmî Gazete, (2016). Muhammed Ali Bayram Başvurusu. Erişim tarihi: 10 Kasım 2018, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161026-18.pdf>

Rodrigues, L. C., Mangtani, P. ve Abubakar, I. (2011). How Does the Level of BCG Vaccine Protection Against Tuberculosis Fall Over Time? [BCG Aşısının Tüberküloza Karşı Koruma Seviyesi Zaman İçinde Nasıl Düşüyor?]. *British Medical Journal*, 343, d5974.

Ronson, B. ve Rootman, I. (2009). “Literacy and health literacy: New understandings about their impact on health”. D. Raphael (Ed.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (s. 171-185). Toronto: Canadian Scholars’ Press.

Rootman, I. ve Ronson, B., *Literacy and Health in Canada: What We Have Learned and What Can Help in the Future?*, 2003, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, Canadian Public Health Association Ağ Sitesi: http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/literacy_e.pdf

Sadaf, A., Richards, J. L., Glanz, J. Salmon, D. A. ve Omer, S. B. (2013). A Systematic Review of Interventions for Reducing Parental Vaccine Refusal and Vaccine Hesitancy [Ebeveyn Aşı Reddi ve Aşı Tereddütünü Azaltmaya Yönelik Müdahalelerin Sistematik Bir İncelemesi]. *Vaccine*, 31(40), 4293-4304.

Saltık, A. (2018). Anayasa Mahkemesi’nin zorunlu aşı uygulamasının yasal düzenleme bulunmaması gerekçesiyle hak ihlali olduğuna ilişkin bireysel başvurular üzerine verdiği kararların değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V. ve Baker D. W. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare enrollees in a Managed Care Organization [Sağlık Okuryazarlığı ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Yönetilen Bir Bakım Kuruluşunda Medicare Kayıtlı Kişilerinde Kullanılır]. *Medical Care*, 40(5), 395-404.

Sezer, A. (2012). *Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi*. (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel sayı(3)*, 73-92.

Shaw, D. M. ve Disney, L. (2013). Expanding Access, Knowledge, and Participation for Learning Disabled Young Adults with Low Literacy [Düşük Okuryazarlığı Olan Engelli Genç Yetişkinlerin Öğrenimine Erişim, Bilgi ve Katılımın Genişletilmesi]. *Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary and Basic Education*, 1(3), 148-160.

Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy [Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi]. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.

Singh, J., Jain, D. C., Sharma, R. S. ve Verghese, T. (1996). Evaluation of Immunization Coverage by Lot Quality Assurance Sampling Compared with 30-Cluster Sampling in a Primary Health Centre in India [Hindistan'da Bir Temel Sağlık Merkezinde 30 Küme Örneklemesine kıyasla Bağışıklama Kapsamının Lot Kalite Güvencesi Örneklemesi ile Değerlendirilmesi]. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(3), 269-274.

Sobo, E. J. (2015). Social Cultivation of Vaccine Refusal and Delay among Waldorf (Steiner) School Parents [Waldorf (Steiner) Okul Velileri Arasında Aşı Reddi ve Gecikmenin Sosyal Yetiştiriciliği]. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(3), 381-399.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models [Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı: Tanım ve Modellerin Sistematik Bir İncelemesi ve Entegrasyonu]. *BMC Public Health*, 12, 80.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU) [Avrupa'da sağlık okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU) Karşılaştırmalı Sonuçları]. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

Şahin, F. (2004). BCG ve yeni tüberküloz aşılıarı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Özel Dergisi*, 2(9), 954-959.

Şener, S. (1997). *Kahramanmaraş ve Kars illerinde genişletilmiş bağışıklama programının lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi*. (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Şener, S. ve Demirören, M. (1999). Genişletilmiş bağışıklama programının izlenmesinde lot kalite tekniği. *Toplum ve Hekim*, 14(3), 218-223.

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, N. D., Çakır, B. ve Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. (1. Baskı). Ankara: Altan Özyurt Matbaacılık.

Taylan, M. (2014). Pnömonokok aşıları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(1), 98-105.

Taşar, M. A. ve Dallar, Y. B. (2015). Ankara’da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatlarının irdelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(4), 279-283.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, (t.y.). Erişim tarihi: 25 Ekim 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı Ağ Sitesi: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni*, 2018, Erişim tarihi: 12 Aralık 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü. (t.y.). Erişim: 12 Aralık 2018, <http://kirikkaleism.saglik.gov.tr>

T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı. (t.y.). Erişim: 01 Nisan 2019, <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/27-astinin-yararları.html>

Teleş, M. (2018). *Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma*. (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Tezer, H. (2017). Dünyada Polio’da son durum. *Journal of Pediatric Infection*, 11, 60.

Topaloğlu, N., Yıldırım, Ş., Tekin, M., Saçar, S., Peker, E. ve Şahin, E. M. (2013). Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ailelerinin influenza aşısı hakkındaki düşünceleri. *International Journal of Clinical Research*, 1(1), 10-13.

Toprak, D., Köksal, İ., Sargın, M. ve Akan, H. (2018). Erişkin aşılması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılmasındaki rolü. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 166-174.

Tseng, H. F., Smith, N., Harpaz, R., Bialek, S. R., Sy, L.S. ve Jacobsen, S. J. (2011). Herpes Zoster Vaccine in Older Adults and The Risk of Subsequent Herpes Zoster Disease [Yaşlı Erişkinlerde HerpesZoster Aşısı ve Sonraki HerpesZoster Hastalığı Riski]. *The Journal of the American Medical Association*, 305(2), 160-166.

TÜİK, *Türkiye Geneli Okuma Yazma Oranı*, 2017, Erişim tarihi: 12 Aralık 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>

TÜİK, *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2017)*, 2017b, Erişim tarihi: 22 Ekim 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>

TÜİK, *Doğum İstatistikleri (2017)*, 2017c, Erişim tarihi: 22 Ekim 2018, Ağ Sitesi Adı: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=113&locale=tr>

TÜİK, *Genel Nüfus Sayımı Sonuçları (1980-2000) ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları (2008-2017)*, 2017a, Erişim tarihi: 21 Ekim 2018, Ağ Sitesi Adı: http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1595

TÜİK, *İstatistik Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Doğumlar (2012-2017)*, 2017d, Erişim tarihi: 22 Ekim 2018, Ağ Sitesi Adı: http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=27588&tb_id=1

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). (2016). Erişkin Dönemde Yapılması Önerilen Aşılar. *Erişkin Bağışıklama Rehberi* içinde (17-49) Ankara: Arvin Yayınevi.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK), *28 Temmuz Dünya Hepatit Günü*, 2016, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018], Ağ Sitesi Adı: <http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/201-asi-ileonlenebilir-hastaliklar-dairebaskanligi-haberler/28temmuz-dunya-hepatit-gunu.html?highlight=YTozOntpOjA7czo3OjJoZXBhdGI0IjtpOjE7czoxOjJiIjtpOjI7czo5OjJoZXBhdGI0IGliO30>

Türk Tabipleri Birliği (TTB). (2018). *Birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Umumî Hıfzısıhha Kanunu. (1930). T.C. Resmî Gazete, 1489, 24 Nisan 1930.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. (2. Baskı). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması*. (yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Valadez, J. J. (1991). *Assessing child survival programs in developing countries: testing lot quality assurance sampling*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Van der Heide, I., Uiters, E., Sørensen, K., Röthlin, F., Pelikan, J., Rademakers, J. et al. (2016). Health Literacy in Europe: The Development and Validation of Health Literacy Prediction Models [Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık Okuryazarlığı Tahmin Modellerinin Geliştirilmesi ve Doğrulanması]. *European Journal of Public Health*, 26(6), 906-911.

Vitek, C. R. ve Wharton, M. (2008). "Diphtheriatoxid". S. S. Plotkin, W. A. Orenstein, W. A. ve P. A. Offit (Ed.). *Vaccines* (s. 139-156). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.

Vogt, D., Schaeffer, D., Messer, M. Berens, E. M. ve Hurrelmann, K. (2018). Health Literacy in Old Age: Results of a German Cross-Sectional Study [Yaşlılıkta Sağlık Okuryazarlığı: Alman Kesitsel Bir Çalışmanın Sonuçları]. *Health Promotion International*, 33(5), 739-747.

Vonasek, B. J., Bajunirwe, F., Jacobson, L. E., Twesigye, L. Dahm, J., Grant, M. J. et al. (2016). Do Maternal Knowledge and Attitudes towards Childhood Immunizations in Rural Uganda Correlate with Complete Childhood Vaccination? [Kırsal Uganda'da Anne Çocuk Bilgi Edinme ve Çocukluk Aşılarına Karşı Tutum Tamamen Çocukluk Aşı ile İlişkili midir?]. *PLOS ONE*, 11(2), e0150131.

Wade, G. H. (2014). Nurses as Primary advocates for immunization adherence [Bağışıklama Uyumu İçin Başlıca Avukat Olarak Hemşireler]. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(6), 351-356.

Wassilak, S. G. F., Roper, M. H., Kretsinger, K. ve Orenstein, W. A. (2008). "Tetanus toxoid". S. A. Plotkin, W. S. Orenstein ve P. A. Offit (Ed.). *Vaccines* (s. 805-839). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.

WHO. (2017a). Erişim tarihi: 16 Ekim 2018, WHO Ağ Sitesi: <http://www.who.int/topics/vaccines/en/>

WHO, *Immunization, Vaccines and Biologicals: Poliomyelitis*, 2017b, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, WHO Ağ Sitesi: <http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/en>

WHO, (2009). *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing*. Switzerland: WHO Press.

World Health Organization. (Ekim 2016a). *Global Tuberculosis Report* (Rapor No: 19). Erişim: 28 Ekim 2018, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23098en/s23098en.pdf>

World Health Organization, *Hepatitis A*, 2016b, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, Ağ Sitesi Adı: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/>

WHO/UNICEF, *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2015 Estimates of Immunization Coverage*, 2016c, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, UNICEF Ağ Sitesi: <https://www.unicef.org/immunization/files/unicef-who-immunization-coverage-2015.pdf>

World Health Organization. (Ekim 2014). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy* (Rapor No: 1). Erişim: 31 Aralık 2018, https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

WHO, (1991), *The EPI Coverage Survey, Training for Mid Level Managers*. Expanded Program for Immunization, Geneva.

WHO, *Polio-Free Zone Certificate*, 2002, Erişim tarihi: 28 Ekim 2018, WHO Ağ Sitesi Adı: www.who.int/mediacentre/news/releases/releaseeuro02/en/

WHO, *Europe Achieves Historical Milestone as Region is Declared Polio Free*, 2002a, Erişim tarihi: 12 Kasım 2018, WHO Ağ Sitesi: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/releaseeuro02/en/>

WHO, *Monitoring Immunization Services Using the Lot Quality Technique*, 1996, Erişim tarihi: 31 Aralık 2018, WHO Ağ Sitesi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63177/WHO_VRD_TRAM_96.01_SU_PP.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yamashita, T. ve Brown J. S. (2017). Does Cohort Matter in the Association Between Education, Health Literacy and Health in the USA? [ABD'de Eğitim, Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Arasındaki İlişkilerde Kohort Önemli mi?]. *Health Promotion International*, 32(1), 16-24.

Yılmaz, E. A. (2018). Astımlı çocukların ebeveynlerinin mevsimsel influensa aşısı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Asthma Allergy Immunology*, 16, 24-33.

Yoldaş, Ö., Bulut, A. ve Altındış, M. (2012). Hepatit A enfeksiyonlarında güncel yaklaşım. *Viral Hepatit Dergisi*, 18(3), 81-86.

<http://viralinfections.info/article/865351927/measles-mumps-and-rubella/>,

Erişim tarihi: 10 Ekim 2018.

8. EKLER

EK 1: Etik Kurul Kararı


KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 24.10.2018
Toplantı Sayısı: 18/8
Karar No: 2018.10.13

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 24.10.2018 Çarşamba günü saat 11:00'de Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT başkanlığında toplanarak gündemdeki Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dr. Öğrt. Üyesi Sevil ALBAYRAK'ın " Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığının Çocukların Aşılama Durumuna Etkisi " isimli başvurusunu görüştü.

KARAR:


Kırıkkale Üniversitesi isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dr. Öğrt. Üyesi Sevil ALBAYRAK'ın " Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığının Çocukların Aşılama Durumuna Etkisi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun bulunmaktadır.


Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT
Başkan

Prof.Dr. Hakan BOWUNAGA
Başkan Dekani

Prof.Dr. Murat DEMİRBAŞ
Üye

Prof.Dr. Teoman Zafer APAN
Üye


Prof.Dr. Ali Ahmet DOĞAN
Üye

Dr.Öğr. Üyesi Oktay AYDIN
Üye

Dr.Öğr. Üyesi Mehmet ZAHİT ADİŞEN
Üye

EK 2: Kurum İzin Belgesi



T.C.
KIRIKKALE VALİLİĞİ
II Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 46743357-799
Konu : Araştırma Talepleri Değerlendirme
Komisyon Kararları

İADELİ TAHHÜTLÜ

Sayın: Öğr. Görv. Bekir ERTUĞRUL
(Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu)
(Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mah. Eskişehir yolu 18.km. 16790 EtimesgutANKARA)

İlgi : Bekir ERTUĞRUL'ın 09/01/2019 tarihli dilekçesi

İlgi tarih ve sayılı dilekçenize istinaden; Sorumlu araştırmacı Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi, Doktor Öğretim Üyesi Sevil ALBAYRAK ve araştırmacı Öğretim Görevlisi Bekir ERTUĞRUL ile yürütülmesi planlanan "Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Çocuklarını Aşılatma Durumuna Etkisi" isimli çalışmanın yapılabilmesi için Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonumuz II Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Dr. Hakan KILIÇ Başkanlığında 11.01.2019 tarihinde toplanmış olup, alınan kararlar yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır,
Doç. Dr. Uğur TİFTİKÇİ
II Sağlık Müdürü

Ek:
Komisyon Kararları (1 Adet)

Güvenli Elektronik İmza
ABDÜLİLE AYMOĞLU
16.01.2019
Abdulkadir CEBEÇİ
Y. H. K. İ.

Kırıkkale II Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 03182338888
e-Posta: zeynep.karakoc@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: Bilgi için Zeynep
KARAKOÇ Sağlık Memuru 03182339000/1164
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06751002-68a7-4451-8824-00359cbb008 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Bilgi için: Zeynep KARAKOÇ
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 03182339000

KARAR TARİHİ : 11.01.2019
 KARAR NO : 3
 KONUSU : Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Çocuklarını Aşılatma Durumuna Etkisi
 YER : İl Sağlık Müdürlüğü Toplantı Salonu

ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Dr. Hakan KILIÇ Başkanlığında yapılan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonunda "Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Çocuklarını Aşılatma Durumuna Etkisi" isimli çalışmanın gerçekleştirilmesi komisyonumuzca görülmüş olup;

1. Sorumlu araştırmacı Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doktor Öğretim Üyesi Sevil ALBAYRAK ve araştırmacı Öğretim Görevlisi Bekir ERTUĞRUL ile yürütülmesi planlanan "Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Çocuklarını Aşılatma Durumuna Etkisi" isimli çalışmanın yapılabilmesi için diğer Kurumlardan alınması gereken izinlerin araştırmacı tarafından alınması,
2. 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Hasta Hakları yönetmeliğine çalışma süresince uyulması,
3. Bahse konu olan çalışma sonucundan ve yapılan bilimsel yayınlardan bir nüshasının Müdürlüğümüze bildirilmesi,
4. Alınan komisyon kararlarının birer örneğinin dilekçe sahibi bireye gönderilmesi kararı alınmıştır.

Komisyon Başkanı

Dr. Hakan KILIÇ

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Üye Dr. Adem YENİ

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Üye Dr. Sinan KURT

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yard.

Üye Dr. Yusuf YILMAZ

Sağlık Hizmetleri Başkanı

Üye Fatih YILMAZ

Personel ve Destek Hizmetleri Başkan Yard.

EK 3: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi

Re: ASOY Ölçeği Kullanma İzni Posta: 1 / 2

 Gönderen **filiz ergin** 
Alıcı **bertugrul@baskent.edu.tr** 
Tarih **2018-12-24 09:25**

Bekir bey, ölçeği kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar

iPhone'umdan gönderildi

bertugrul@baskent.edu.tr şunları yazdı (23 Ara 2018 20:36):

Filiz Hocam merhabalar

Ben Bekir Ertuğrul. Bozok Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının çocuklarını aşılatma durumuna etkisi adlı yüksek lisans konum için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Öğr. Gör. Bekir ERTUĞRUL
Başkent Üniversitesi SHMYO
ilk ve Acil Yardım Programı

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

EK 4: Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirme Bölümü

Sevgili Katılımcı,

‘Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi’ başlıklı bu araştırma, Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, **ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek** amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla **sağlık okuryazarlığının boyutu, aşılama veya aşılammaya etki eden faktörler ve sağlık okuryazarlığının aşılammaya etkisi** planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz **2** bölümden oluşmaktadır. **80** soruluk, **20** dk. zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı: Bekir ERTUĞRUL

Telefon: 0531 640 30 46

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

Gönüllü Oluru Bölümü

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, sorumlu araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ya da araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Sorumlu Araştırmacı,

Ad-Soyadı:

Tarih ve İmza:

EK 5: Anket Formu**EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİ**

Sayın katılımcı;

Bu anket; ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarna yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır.

Bilimsel bir araştırma için kullanılacağı için anket verilerini doğru bilgilerle doldurmanızı rica ederiz. Anketi uygulamak gönüllülük esasına bağlıdır. Teşekkür ederiz.

Proje Sorumlusu: Bekir ERTUĞRUL

Anket no:

Mahalle ismi:

1.) Yaşınız:.....

2.) Ebeveyn Durumunuz: 1.)Annesi 2.)Babası

3.) Medeni Durumunuz: 1.) Bekar 2.) Evli 3.) Dul (Eşi ölmüş) 4.) Boşanmış

4.) Çocuk Sayınız: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ve daha fazla

5.) Çocuğunuzun yaşı (ay olarak):.....

6.) Çocuğunuzun cinsiyeti: 1.) Erkek 2.) Kız

7.) Kaçınıcı çocuğunuz:.....

8.) Annenin Eğitim Düzeyi:

1.) Okuryazar değilim 2.) İlkokul 3.) Ortaokul 4.) Lise 5.) Yüksekokul
6.) Üniversite 7.) Yüksek Lisans 8.) Doktora

9.) Babanın Eğitim Düzeyi:

1.) Okuryazar değilim 2.) İlkokul 3.) Ortaokul 4.) Lise 5.) Yüksekokul
6.) Üniversite 7.) Yüksek Lisans 8.) Doktora

10.) Annenin Mesleği:

1.) Çalışmıyor 2.) İşçi 3.) Memur 4.) Emekli 5.) Esnaf 6.) Çiftçi
7.) Serbest Çalışan 8.) Diğer(belirtiniz).....

11.) Babanın Mesleği:

1.) Çalışmıyor 2.) İşçi 3.) Memur 4.) Emekli 5.) Esnaf 6.) Çiftçi
7.) Serbest Çalışan 8.) Diğer (belirtiniz).....

12.) Hanede yaşayan kişi sayısı:() 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ve daha fazlası

13.) Sosyal Güvenceniz:

1.) Yok 2.) SGK (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur) 3.) Özel Sağlık Sigortası

14.) Çocuğun sağlığıyla ilgili veya aşilar konusunda kararları kim verir?

1.) Anne 2.) Baba 3.) Anne ve Baba birlikte

15.) Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yeri tanımlayınız

1.) Köy/Kasaba
2.) Kent Merkezi
3.) Büyükşehir (metropol)

16.) Ailenizin aylık gelirini giderlere oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.) Gelir giderden fazla 2.) Gelir gidere eşit 3.) Gelir giderden az

17.) Ne sıklıkla kitap okursunuz?

1.) Hiç 2.) Bazen 3.) Çoğu zaman 4.) Sık sık 5.) Her zaman

18.) Kitap/ gazete/ dergi okumaktan hoşlanır mısınız?

1.) Evet 2.) Hayır

19.) İnternet ve sosyal medya uygulamalarını ne sıklıkla kullanırsınız?

1.) Hiç 2.) Bazen 3.) Çoğu zaman 4.) Sık sık 5.) Her zaman

A. Aşı Öyküsü Formu

20.) Çocuğunuza aşı yaptırdınız mı?

1.) Evet 2.) Hayır

**21.) Herhangi bir sağlık personelinen aşilar hakkında bilgi aldınız mı?
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1.) Hayır 2.) Ebe 3.) Hemşire 4.) Doktor

22.) Sizce aşı yaptırmak gerekli mi?

1.) Evet 2.) Hayır

23.) Cevabınız hayır ise neden? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Aşının gerekliliğinden habersizim
- 2.) Yan etkilerinden korkuyorum
- 3.) Aşıya güvenmiyorum
- 4.) Akraba, komşu, vb. olumsuz söylentileri
- 5.) Diğer (belirtiniz).....

24.) Cevabınız evet ise neden yaptırılır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Mikroplara karşı direnç oluşturur
- 2.) Hastalıktan korur
- 3.) Sağlıklı olmak için yaptırılır
- 4.) Diğer (belirtiniz).....

25.) Aşı yaptırap/ yaptırmama kararınızı etkileyen en önemli faktörler nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Doktor önerirse aşı yaptırırım.
- 2.) Aşı ücretli olursa yaptırmam.
- 3.) Eğer mutlaka gerekirse aşının ücreti benim için önemsizdir.
- 4.) Aşının etkileri ve yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi almak benim için önemlidir.
- 5.) Eşimin aşı yaptırmama konusundaki düşüncesi benim için önemlidir.
- 6.) Diğer (belirtiniz).....

26.) Zorunlu aşılama programları hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1.) Zorunlu olmalı
- 2.) Zorunlu olmamalı

27.) Aşılardaki bilgiyi öğrendiğiniz yer/kişi neresidir/kimlerdir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Doktor
- 2.) Ebe/Hemşire
- 3.) TV, radyo, gazete
- 4.) İnternet
- 5.) Komşular/Akrabalar
- 6.) Diğer (belirtiniz).....

28.) Çocuğunuzun aşı kartı var mı?

- 1.) Evet
- 2.) Hayır

29.) Aşılarda yapılmaması durumunda çocuğunuzda görülebilecek zararlar nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Zararı yoktur
- 2.) Sık ve çabuk hasta olur
- 3.) Hastalıkları ağır geçirir
- 4.) Enfeksiyon riski artar
- 5.) Bilmiyorum

30.) Sizce aşıların yan etkisi var mıdır?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Yoktur 2.) Ateş ve Enfeksiyon 3.) Alerji 5.) Felç
6.) Ağrı 7.) Diğer (belirtiniz)

31.) Yaptırdığınız aşılar da yan etki yaşadınız mı?

- 1.) Evet 2.) Hayır 3.) Aşı yaptırmadım

32.) Aşı nerede yaptırılır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Bilmiyorum 2.) Aile hekimliği 3.) Hastane

33.) Rutin aşı programındaki aşılar hangi durumlarda ertelenebilir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.) Hastalık 2.) Ateş 3.) Ertelenemez 4.) Bilmiyorum

B. AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI (ASOY-TR)

Açıklama: Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için **zorluk** derecesini işaretleyiniz.

		1.) Çok Zor	2.) Zor	3.) Kolay	4.) Çok Kolay	5.) Bilmiyorum
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak					
2.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak					
3.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak					
4.	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak					
5.	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak					
6.	İlacınızın prospektüsünü anlamak					
7.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak					
8.	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak					
9.	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek					
10.	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
12.	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek					
13.	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak					
14.	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek					
15.	Acil bir durumda ambulans çağırmak					
16.	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek					
17.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18.	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak					
19.	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak					
20.	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak					
21.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak					
22.	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
23.	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
24.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek					
25.	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek					
26.	Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar vermek					
27.	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek					

		1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
28.	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek					
29.	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek					
30.	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
31.	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
32.	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak					
33.	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak					
34.	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak					
35.	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak					
36.	İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak					
37.	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
38.	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak					
39.	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak					
40.	Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak					
41.	Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek					
42.	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek					
43.	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek					
44.	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak					
45.	İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak					
46.	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek					
47.	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak					

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Bekir ERTUĞRUL

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 21.03.1991/Kırşehir

Medeni Hali: Evli

Telefon: 0312 246 67 14

Fax: 0312 246 67 02

e-mail: bertugrul@baskent.edu.tr

Eğitim

Derece

Eğitim Birimi

Lise (2005-2009)

Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi

Lisans (2009-2014)

Başkent Üniversitesi Hemşirelik Bölümü (%100 Burslu)

Yüksek Lisans (2015-2019)

Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Ortak Yüksek Lisans Programı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İş Deneyimi

Yıl

Yer

2014-2015

Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Servis Hemşiresi

2015-2018

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi

Temmuz 2018-Halen

Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

Yabancı Dil: İngilizce