

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KIRSAL BÖLGE TOPLUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI
AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ SAĞLIK İNANÇ
MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep BÜYÜKKARAKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Deniz TANYER

KONYA-2018

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KIRSAL BÖLGE TOPLUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI
AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ SAĞLIK İNANÇ
MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep BÜYÜKKARAKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Deniz TANYER

KONYA-2018

ONAY SAYFASI

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Zeynep BÜYÜKKARAKURT konuk tarafından savunulan bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Dr. Öğr. Üye. Gökçe DEMİR

İmza: 

Danışman : Doç.Dr. Deniz TANYER

İmza: 

Üye : Dr. Öğr. Üye. Alime Selçuk-TOSUN

İmza: 

ONAY :

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ender ERDOĞAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmanın her aşamasında ilgisini, bilgisini, tecrübesini ve değerli zamanını benimle paylaşan her fırsatta bana rehberlik eden, sabırlı ve motive eden tutumuyla akademik olarak bana rol model olan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Deniz TANYER'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Sayın Prof.Dr. Belgin AKIN'a,

Hayatımın her alanında bana yardım eden, manevi desteğini gördüğüm, beni her koşulda destekleyen, ümidimi kaybettiğim anlarda ümit veren, yüreklendiren arkadaşlarım Oktay SAÇIKARA, Aliye DOĞAN, Kübra Sultan CANBOLAT, Ayyüce Tuba KULAKSIZ' a

Beni bu yaşıma getiren, maddi ve manevi destekleri kelimelerle bile ifade edilemeyecek kadar çok olan değerli AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep BÜYÜKKARAKURT

Konya/ 2018

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma soruları.....	6
1.2. Bulaşıcı hastalıklar	7
1.2.1. Enfeksiyon Zinciri.....	7
1.2.2. Savunma Mekanizmaları.....	9
1.2.3. Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma	10
1.3. Bağışıklama	10
1.3.1. Aktif Bağışıklık.....	10
1.3.2. Pasif Bağışıklık	11
1.4. Aşı	12
1.4.1. Aşı türleri	12
1.5. Aşılamaya Bağlı Toplumsal Kazanımlar	13
1.5.1. Ölüm Ve Hastalıkların Önlenmesine Etkileri	14
1.6. Literatür Özeti	14
1.6.1. Aşı İle İlgili Literatür	14
1.6.2. Sağlık İnanç Modeli	18
1.6.3. Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile İlgili Literatür.....	19
1.6.4. Aşı ve SİM ile ilgili literatür	24
2. YÖNTEM	27
2.1. Araştırmanın Tasarımı.....	27
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
2.3. Araştırmanın Evreni	27
2.4. Örneklem Büyüklüğü	28
2.4.1. Örneklem seçimi	28
2.4.2. Örneklem dışlanma kriterleri	29
2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	29
2.5.1. Anket formu	29

2.6. Ön Uygulama	32
2.7. Değişkenler.....	32
2.7.1. Bağımsız değişkenler	32
2.7.2. Bağımlı Değişkenler.....	32
2.8. Verilerin Analizi.....	32
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu	33
3. BULGULAR	34
4. TARTIŞMA	46
4.1. Kırsal Alanda Yaşayan Bireylerin Sosyodemografik Ve Aşı İle İlgili Bazı Özelliklerinin Tartışılması	47
4.2. Kırsal Alanda Yaşayan Bireylerin Aşı Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarını Sağlık İnanç Modeline Göre İncelenmesi	49
5.1. SONUÇ	56
6. KAYNAKLAR	58
7. EKLER.....	63
7.1. Ek A:ANKET FORMU	63
7.2. Ek B: Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	65
7.3. Ek C: Etik Kurul Onayı	67
7.4. Ek D: Yazılı Kurum İzni	68
8. ÖZGEÇMİŞ.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ECDC: Avrupa Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control)

SİM: Sağlık İnanç Modeli

KMO: Kaiser–Meyer–Olkin

KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

H1N1: Domuz Gribi

KKTM: Kendi kendine testis muayenesi

KKMM: kendi kendine meme muayenesi

GGK: gaitada gizli kan

KRK: Kolorektal Kanser

AIDS: Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

HPV: Human Papilloma Virüs

ÖZET

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRSAL BÖLGE TOPLUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep BÜYÜKKARAKURT
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Araştırma kırsal alanda yaşayan 18-65 yaş arası bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bazı bilgi, tutum ve davranışlarını sağlık inanç modeline göre değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın örneklem grubunu Konya iline bağlı Kadınhanı Devlet Hastanesi, Kadınhanı Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ni kullanan bireyler ile ilçeye bağlı yedi köyde yaşayan toplam 392 birey oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından ilçe merkezinde Kadınhanı Devlet Hastanesi ve Kadınhanı Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi ziyaret edilerek kurumlara herhangi bir nedenle başvuran hasta ve hasta yakınlarından, ilçeye bağlı köylerden ise anketör tarafından ev ziyareti yapılarak Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği formu aracılığıyla toplanmıştır. Ölçeğin geçerlik – güvenirlik analizi yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20 paket programından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler sayı, yüzde ve frekans olarak özetlenmiş, değerlendirmelerde çoklu regresyon analizi, Hiyerarjik model kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $37\pm 11,9$ olup %76,3' ü köyde yaşamakta, %28,6'sı ilkokul mezunu ve %45,7'si gelir getirici bir işte çalışmamakta, %22,2'si sağlık kuruluşlarına ulaşmakta sorun yaşamaktadır. Katılımcıların önemli bir çoğunluğu aşının bulaşıcı hastalıkları önlemede önemli bir yöntem olduğu konusunda yüksek duyarlılığa sahiptir. Bireylerin %89,0'ı çocukluk dönemi aşılarını duyduğunu ve farkında olduğunu söylemiş, yetişkin aşılarını yaptırma oranı ise %38,0'dır. Bireylerin %37,2'si son dönemde aşı ile ilgili tartışmaların farkında olduğunu belirtirken; %87,8'i "Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalı" önermesine katılmaktadır. Engel alt boyutunda aşının dini inançlara uygun olmadığına katılanların oranı en düşükken, en yüksek katılım oranı bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgi sahibi değilim önermesindedir. Sağlık sorumluluğunda ise toplum sağlığı için aşının gerekliliği olduğunu (%88,3) düşünme ve buna bağlı olarak da kendi çocuk ya da torunlarına aşı yaptıracağını söyleme (91.1) oranları yüksektir. Aşılar hakkında sağlık personelinin bilgi almak isteyenlerin oranı ise yüksektir. Aşı tutumunun önemli belirleyicileri sağlık güvencesine sahip olma, yaşanan yer, medeni durum, cinsiyet, çocukluk aşılarının farkında olmama, aşı zorunluluğuna inanma, çocuk çağı dışında aşı yaptırma ve 0-6 yaş arası çocuk/torun sahibi olma olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak kırsal alanda aşının reddinin yaşandığı ancak oranının kentsel alana göre daha az olduğu bulunmuştur. Aşı karşıtlığının önlenmesinde kırsala alana bilgi ve olanakların ulaştırılmasının önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: aşı tutumu, çocukluk çağı, sağlık inanç modeli,

SUMMARY

SELCUK UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

EVALUATION OF THE ATTITUDES TOWARDS CHILDHOOD VACCINATIONS OF THE RURAL AREA SOCIETY ACCORDING TO THE HEALTH BELIEF MODEL

Zeynep BÜYÜKKARAKURT
Nursing Department

MASTER THESIS / KONYA-2018

The study was conducted in a descriptive way to evaluate some knowledge, attitudes and behaviors about childhood vaccinations of people aged 18-65 living in the rural area according to the health belief model.

The sample group of the study consisted of 392 individuals living in seven villages connected with the women using the Women's Health Hospital, Women's Hospital, an Nolu Family Health Center in the province of Konya. The data were collected by the researcher from the patient and patient relatives who applied to the institutions for any reasons and visited the home by the interviewer by means of the community attitude - Health Belief Model Scale Form. Validity - reliability analysis of your scale was done. The data were collected using face-to-face interview method. SPSS 20 package program was used for statistical analysis of the data. The obtained data were summarized as number, percentage and frequency, and multiple regression analysis - Hierarchical model was used in the evaluations.

The average age of the individuals participating in the study is 37 ± 11.9 , 76.3% live in the village, 28.6% are primary school graduates, 45.7% are not working in income generating jobs and 22.2% are having problems in reaching health institutions. A significant number of participants have a high degree of awareness that vaccination is an important method of preventing infectious diseases. Of the individuals, 89.0% said they heard and recognized childhood immunizations and 38.0% had adult vaccinations. While 37.2% of the individuals stated that they were in the end of the debate about the vaccine; 87.8% of respondents stated that "vaccination should be a legal obligation, every born baby / child must be vaccinated compulsorily". It is suggested that I have no knowledge about the vaccinations recommended for infants / children with the highest inheritance rate, while the percentage of those who participated in the barrel subscale is not in compliance with religious beliefs. In health responsibility, the proportion of people who think that vaccination is necessary for community health (88.3%) and that they will vaccinate their children or grandchildren (91.1) are higher. The percentage of those who want to get information from health personnel about vaccinations is high. The most important determinants of vaccination were health care, place of living, marital status, gender, not being aware of childhood vaccinations, believing in immunization, vaccination outside childhood, and having children / grandchildren between 0-6 years of age.

As a result, it has been found that the rejection of vaccination in the rural area is experienced but the rate is lower than the urban area. Prevention of vaccination against vaccination seems to be important in reaching the information and possibilities of the rural area.

Key Words: vaccine attitude, childhood, health belief model,

1. GİRİŞ

Bulaşıcı hastalık; özel bir enfeksiyöz etkeninin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı bir kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan hastalıktır (Aksakoğlu 1983, Weiner ve ark 2015). Bulaşıcı hastalıklar sadece belirli bir bölgede veya toplumda görülüp salgınlara yol açtığı gibi ülkeler arası hatta kıtalar arası görülerek pandemilere de yol açmaktadır. Sınırların kalmadığı, globalleşen dünyada en önde gelen hastalık nedenleri sıralamasında ön sıralarda yer alan bulaşıcı hastalıklar, dikkatle ele alınması gereken bir hastalık grubudur (Aytaç 2017). İnsanlığın toplu halde yaşamaya başlaması sonucu bulaşıcı hastalıklara yol açan etmenler toplumda hızla yayılabilmekte, hatta alınan önlemler yetersiz kalabilmekte ve ciddi kayıplara neden olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların önemi, topluma verebilecekleri zararlar ile orantılıdır. Bulaşıcı hastalıklar toplumda sosyal yaşamı olumsuz etkilemekte, sakat kalma ve ölüm sayılarında artışa neden olmakta, ekonomiyi olumsuz etkilemekte ve sağlık hizmetlerinde beklenmeyen yükler getirmektedir (Gürsoy ve Öcek 2007, Arvas 2012, Akın 2015a, Hekimoğlu 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında dünyadaki 56.4 milyon ölümün yarısından fazlasının (%54) on hastalıkla ilişkili olduğu ve bu hastalıklardan üçüncü sırada yer alan alt solunum yolu enfeksiyonlarının en ölümcül bulaşıcı hastalık olarak dünya çapında 3.2 milyon ölüme neden olduğu bildirilmiştir. İlk onda yer alan diğer bulaşıcı hastalıklar ise ishal ve tüberküloz olarak belirtilmiş ve bu iki hastalıktan 1.4 milyon kişinin öldüğü rapor edilmiştir. 2015 yılındaki düşük gelirli ülkelerdeki ölümlerin yarısından fazlası (%52) bulaşıcı hastalıklar, maternal nedenler, gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan koşullar ve beslenme yetersizlikleri gibi "Grup I" olarak adlandırılan koşullardan kaynaklanmıştır (DSÖ 2017a). Türkiye sağlık istatistikleri yıllık verilerine göre 0-6 yaş grubundaki üst solunum yolu enfeksiyonu görülme oranı %42,6'dır ve bu hastalığı %31,6 oranı ile ishal, %11,1 oranı ile alt solunum yolu enfeksiyonu ve diğer bulaşıcı hastalıklar (%9,4) takip etmektedir (TÜİK 2016).

Tarih boyunca toplumlar veba, kolera, çiçek, kızamık gibi önemli salgınlarla karşılaşmışlardır. Yakın tarihe kadar bulaşıcı hastalıklara karşı yapılan çalışmalar ile önemli başarılar elde edilmiştir. Bu çalışmalar temiz içme suyu sağlanması, atık sistemlerindeki iyileştirmeler, bataklık ve vektörlerle mücadele, besin saklama

yöntemlerindeki gelişmeler, antibiyotiklerin bulunması ve en önemlisi de aşı ve serumların bulunmasıdır (Andre ve ark 2008, Öztürk 2012). Aşılar 20. yüzyılın en büyük 10 toplum sağlığı kazanımı arasında ilk sıralarda gösterilmektedir. Tarihi çok eskilere dayanmamakla birlikte aşılarla sağlanan bağışıklama, enfeksiyon hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltmada; topluma sunulan, bireysel, toplumsal ve ülke düzeyinde yararları olan maliyet-yararlılık oranı en düşük çok önemli bir koruyucu sağlık hizmeti kabul edilmektedir (Arvas 2012).

Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir (Sağlık Bakanlığı 2009). Çocukluk çağındaki enfeksiyon hastalıklarının önlenmesini, salgınlara dönüşmemesini, bazılarının yok edilmesini sağlayan ve bu hastalıkların komplikasyonlarını önleyen bağışıklama; en etkili, en ucuz, uygulanması en kolay ve riski en düşük halk sağlığı girişimlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Başarılı bir bağışıklama, çocukluk çağındaki aşı ile korunabilir hastalıkların önlenmesinin yanı sıra, aynı hastalıkların gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık döneminde de kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (Köksal 2017, Kürtüncü ve ark 2017).

Enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede, aşıların en etkili koruma yöntemi olduğu bilim dünyasında yadsınmaz bir gerçek olarak değerlendirilir. Halen dünyada uygulanan aşılama programları yaşamı tehdit eden hastalıkların görülmesini önemli ölçüde etkilemiş olup pek çok hastalığın görülmesini azaltmıştır. Nitekim aşılar sayesinde, en azından gelişmiş ülkelerde, zaman içinde bir dizi enfeksiyon hastalığının görülme sıklığında önemli azalmalar kaydedilmiş; çiçek hastalığı gibi bazılarının dünya üzerinden eradikasyonu sağlanmış; polio örneğinde olduğu gibi bazılarının ise Avrupa kıtası gibi belirli coğrafyalarda ortadan kaldırılması mümkün olmuştur (Badur 2011, Akın 2015a, Hekimoğlu 2016, Aytaç 2017). Aşılar görüldüğü gibi toplumu ölüm ve hastalıkları önlemesiyle, demografik ve sosyal yönden etkilemekle birlikte bireylerin yaşam kaliteleri ve ekonomik olarak da birçok yönden etkilemektedir. Toplumlar da aşılama sonucu elde edilen başarılar, aşıyla önlenebilen hastalıkların toplumlara neler kazandırdığı konusunda yeterince ilgi oluşturulamamıştır. Aileler ise çocuklarında ve çevrelerinde polimiyelit, kızamık, difteri gibi hastalıkları görmemeleri sonucu aşıların kazandırdıklarından çok aşıların

yan etkileri ile ilgili söylemleri dikkate almaktadır (Midyat ve Egemen 2007, Özen ve Doğan 2012).

Günümüzde 7.7 milyon olan beş yaş altı çocuk ölümlerinin %68'i enfeksiyon hastalıklarından dolayı olmakta, pnömoniden 1.5 milyon (700 bini pnömokoka bağlı), ishalden 1.3 milyon (527 bini rotavirusa bağlı) ve sıtmadan 730 bin çocuk kaybedilmektedir. Çocuk ölümlerinin %25'i etkin aşılama ile önlenabilir duruma gelebileceği tahmin edilmektedir (Black ve ark 2010). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre aşılama, şu anda her yıl 2-3 milyon arasında ölüm engelleyebilmektedir. Bağışıklama, difteri, tetanoz, boğmaca ve kızamıktan gelen her yaş grubunda ölümleri önlemekte olup en başarılı ve uygun maliyetli halk sağlığı müdahalelerinden biridir. Bununla birlikte, eğer küresel aşılama kapsamı artarsa, 1.5 milyon ölüm daha önlenir. 2000-2015 yılları arasında, halk sağlığında en iyi ilaçlardan biri olan kızamık aşısı yaklaşık 20.3 milyon ölümü engellemiştir (DSÖ 2017b).

On sekizinci yüzyılda çiçek aşısının uygulamaya konulması sonucu Avrupa'da nüfus artışının başladığı görülmektedir. Çocuk ve erişkinlere yapılan aşılamalar sonucu beklenen yaşam süresi artmaktadır. Bu durum diğer sağlık hizmetlerinin de toplumsal sağlığa yaptığı etkilerle birlikte ülkelerin nüfus piramitlerinde değişimlere neden olmaktadır(Haverkate ve ark 2012). Dünyada seyahat edenlerin artması gidilen ülkedeki bir enfeksiyon hastalığı etkeni ile karşılaşma olasılığını da artırmaktadır. Seyahat eden kişiler yakalandıkları enfeksiyon etmenlerini de kendi ülkelerine götürerek hastalığın yayılmasına neden olmaktadır. Bunun en yaygın bilinen örneği meningokoksik menenjit olarak bilinmektedir. Bunun için Suudi Arabistan yönetimi hacca gelenlerden meningokoksik menenjit aşısı yaptırmalarını zorunlu hale getirmiştir. Çocuklar uluslararası yolculuklar için hazırlanırken yapılan rutin aşılamalar güncel olmalıdır. Geçmiş yıllarda gözlenen çok sayıda kızamık salgını, yurtdışı gezilerden ülkelere dönen çocuklarla ilişkili bulunmuştur (Greenwood 2008, Vogel ve Funk 2008).

Sağlık hizmetleri ile bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri ve hastalıklardan korunması, sakatlıkların önüne geçilmesi için yapılan harcamalar yarar-maliyet yönünden değerlendirildiğinde, aşılamaların ilk sırada yer aldığı görülmektedir(Ceyhan 2013). Ülkemizde çocuk yaş grubu için pnömokok aşılamasının ekonomik analizi yapıldığında 7-bileşenli konjuge pnömokok aşısının

rutin uygulamaya girmesi sonucu çocuklarda kazanılan yaşam yılı başına 2.095 £'lık bir kazanç sağlamaktadır (Türel ve ark 2008). Mevcut şartlarda bir dizi ciddi hastalıklara karşı koruyan etkili ve güvenilir aşilar bulunmakta olup umut vaat eden yeni aşilar da geliştirilmektedir (DSÖ 2017b). Her ülkenin aşilama programı kendine özgüdür. Herhangi bir aşı, aşı takvimine dahil edilirken; korunulması planlanan hastalığın sıklığı, mortalite ve morbiditesi, komplikasyon, maliyet, etkinlik, uygulama şekli, ulaşım olanakları, yan etkileri, saklanma koşulları vb. değişkenler göz önünde bulundurulur (Hasanoğlu 2013).

Türkiye'de bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 13.03.2009 tarih ve 7941 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi uyarınca yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2009). Türkiye'nin ilk yoğun aşilama programı 1981 yılında başlatılan ve beş hastalığa karşı bağışıklık kazandırmayı amaçlayan genişletilmiş bağışıklama programıdır. Bağışıklama programları 2005 yılı itibariyle boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, tüberküloz, poliyomyelit ve hepatit B olmak üzere yedi hastalığa karşı aşiları kapsamıştır. Ancak, 2013 yılı itibariyle altı yaşından önce yapılan aşı sayısı on üç hastalığa karşı yirmi bir doz aşıya yükselmiştir (Topaç 2016).

Dünyadaki bebeklerin yaklaşık %86'sı (116.5 milyon bebek) ciddi hastalıklara, sakatlıklara ya da ölümlere neden olabilecek enfeksiyöz hastalıklara karşı onları koruyan üç doz difteri-tetanoz-boğmaca aşısı almıştır (DSÖ 2017a). Tüm dünyada aşilama oranlarının istenen düzeye ulaşamamasının altında toplum ve hekim bazında bilgi eksikliği, aşiların güvenliği konusunda korkular, sağlık hizmetinin yetersizliği, aşilama hizmeti veren sorumlu tutulan sabit bir birimin olmaması, aşı tedarikinde kısıtlılıklar ve bu sebeple kaçırılan aşilama fırsatları gibi faktörler yatmaktadır (Köksal 2017). Aşı reddinin nedenleri; yanlış bilgi kaynakları, medya, sosyal medya web siteleri, toplumsal çevre, dini inançlardır. Ülkemizde aşı karşıtlarının kullandığı gerekçeler; dinsel gerekçeler, bulaşıcı hastalıkların hafif hastalık gibi düşünülmesi (suçiçeği), olası yan etkilerin abartılması (alerji, konvulziyon vs.), zamanında aşıyla ilişkilendirilmiş durumlar (kızamık aşısı - otizm), aşı içerisindeki koruyucu maddelerin (Tiomersolvs) varlığıdır (Topaç 2016, Bozkurt 2018).

DSÖ, aşılamaı engelleyen faktörleri üç ana başlık altında toplamıştır. Bunlar bağlamsal etkiler, tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemiyle ilgili, ekonomik ve politik faktörleri içerir. Grupların ve kişilerin aşılama ve etkilerine karşı oluşan kişisel algılamaları ve anlayışları bireysel ve grup etkileri olarak adlandırılmıştır. Doğrudan aşıya ya da etkilerine bağlı olan faktörler ise ayrı bir grup olarak ele almıştır. Aşı ile önlenabilir bazı hastalıkların geçirilmesinin bağışıklığın oluşması için gerekli olduğu düşüncesi ya da emzirme, geleneksel/alternatif tedavi yöntemlerinin aşılama kadar ya da aşılamaadan daha önemli olduğu düşüncesi aşı çekingenliğini artırabilmektedir. Birlikte yaşanan kişiler ve içinde yaşanan toplumların aşılara yönelik tutumları, bireylerin aşılamaaya yönelik tutumlarını ve uygulamalarını doğrudan etkileyebilmektedir (DSÖ 2013). Aşıyla önlenabilir hastalıklar azaldığından beri, aşı yan etkilerinin ailelerin gözünde daha büyük risk olarak görülmeye başlandığı, risk algısının kritik olduğu belirtilmiştir (American Academy of Pediatrics 2013). (European Centre for Disease Prevention and Control) ECDC tarafından 2015 yılında aşı kararsızlığı hakkında yapılan araştırmaları ve bilgileri bir araya getirmek amacıyla yapılan çalışmada, tek bir grubun tamamen aşılar konusunda kararsız olamayacağı ancak aşı konusunda kararsız ve çekingen olan grupların toplumu etkileyebileceği belirtilmiştir (ECDC 2015).

Sağlık Bakanlığının Aralık 2017'de yaptığı açıklamaya göre aşı reddinde bulunan aile sayısı 2011 yılında 183, 2013 yılında 913, 2015 yılında 5091 iken, 2016 yılında 10.000' in üzerine çıkmıştır. Çığ gibi büyüyen bu süreçte ebeveynler kendi rızaları ve imzaları ile çocuklarına aşı yaptırmamışlardır (Medimagazin 2017). Yapılan çalışmalarda aşılamaı etkileyen faktörler arasında eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık kurumuna uzaklık, evde konuşulan dil, çocuk sayısı, ulusal aşı takviminin karışık ve anlaşılmaz olması, bağışıklama hizmetlerine duydukları güvensizlik yer almıştır (Derince 2006, Özkan ve Çatıker 2006, Şimşek ve ark 2010, Üner ve ark 2012, Gençer ve ark 2015). Aşılamaada kentsel ve kırsal yerleşimlere göre bir farklılaşma söz konusudur. Bölgesel farklılıklar ele alındığında, tam aşılu çocukların yüzdesi Doğu'da en düşük (%68); Güney ve Orta bölgelerde ise en yüksektir (%77) (TNSA 2014a).

Koruyucu sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktörde sağlık inançlarıdır. Aşı ve sağlık inancının birlikte değerlendirildiği bir çalışmada suçüçeği

aşısı yaptıırma durumunda anne babalar çocuklarını tavsiye edilen aşılarla aşılanmanın önemli olduğunu düşünmektedir. Aşılanan çocukların aileleri, genellikle, göreceli olarak daha yüksek bir eğitim seviyesine ve aşı hakkında daha iyi bilgilere sahiptir. En azından lise ya da üniversite eğitimi almış ebeveynlerin sağlık inançları hem anne hem de baba için daha olumludur. Bir ya da iki çocuğu olan ebeveynler, üç ya da daha fazla çocuğu olan ebeveynlere göre daha olumlu sağlık inançlarına sahiptir. Yüksek gelirli aileler ile çocuk sayısı düşük ailelerin olumsuz sağlık inançları vardır. Ailelerin yüksek geliri ve birkaç çocuğa sahip ebeveynler "varicella hafif bir hastalıktır, çünkü varisella aşısı gereksizdir" ifadesiyle olumsuz sağlık inançlarını ifade etmektedir (Gundogdu ve Gundogdu 2011).

Koruyucu sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktörde sağlık inançlarıdır. Sağlık inançlarını değerlendirmek için sağlık davranış modelleri kullanılmaktadır. Sağlık inanç modeli, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen etmenleri, tıbbi davranışlarını ve hastalık belirtileri yönetimini anlamak için kullanılan en eski ve en çok kullanılan bir modeldir (Rohleder 2012). Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlığa ilişkin davranışlarının; inanç, değer ve tutumlarından etkilenebileceği göstermektedir. Eğer soruna neden olan bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri bireye özgü belirlenebilecektir. Aşı karşıtlığının değerlendirilmesinde, çözümünü de içinde barındırması nedeniyle sağlık inanç modeli kullanışlı bir model olarak düşünülebilir.

Politika üreticilerin, karar vericilerin, hizmet sunanların ve toplumu oluşturan bireylerin aşılama hizmetleri ile kendilerinin ve yaşadıkları toplumun neler kazandıklarını bilmeleri gerekir. Toplum içerisinde aşılarla yönelik yanlış bilgilerin sunulması toplumun tüm kesimlerini farklı seviyelerde etkilemektedir. Toplumlarda aşılarla yönelik kaygılara sebebiyet verebilen sosyal normların belirlenmesi ve aşı konusunda doğru bilgilendirme yapılması durumunda aşılama engellerinin daha kolay aşılması olası olabilir. Bu nedenle bu araştırma kırsal alanda yaşayan bireylerin aşı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

1.1. Araştırma soruları

- Kırsal bölgede yaşayan bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında sağlık inanç modeline göre görüşleri nelerdir?

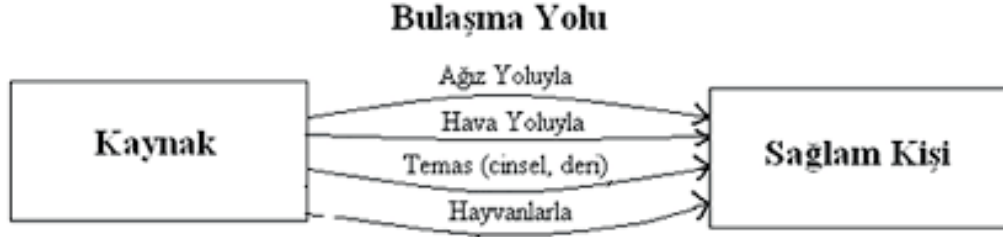
- Kırsal bölgede yaşayan bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' ne göre puan düzeyleri nedir?
- Kırsal bölgede yaşayan bireylerin sosyo-demografik ve bazı aşı uygulama özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, 0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma, eğitim durumu, ekonomik durum algısı, sağlık kurumuna ulaşım sorunu, çocukluk çağı aşılarını duyma durumu, çocukluk çağı dışında aşılama durumu, aşıyla ilgili yapılan tartışmalardan haberdar olma durumu, aşının zorunluluğu hakkında görüşü) Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları için belirleyici midir?

1.2. Bulaşıcı hastalıklar

Bulaşıcı hastalık; özel bir enfeksiyöz etkeninin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı bir kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan hastalıktır(Aksakoğlu 1983).Her enfekte kişi hasta değildir, tedavisine de gerek duyulmayabilir. Ancak tüm enfekte kişiler birer enfeksiyon kaynağı olarak kabul edilmelidir. Yalnızca enfekte olan ve hastalığı bulunmayan kişilere portör (taşıyıcı) denir. Bulaşıcı hastalık etkenleri vücuda girdikleri ilk anda hastalık belirtileri oluşturmazlar. Hastalık belirtilerinin oluşması için etkenin üreyip çoğalacağı bir süre gereklidir. İşte hastalık etkenin vücuda girişinden hastalık belirtilerinin ortaya çıkışına kadar olan süreye kuluçka süresi denir. Kuluçka süreleri her hastalık için aynı olmayıp farklılık gösterir. Diğer bir ifadeyle her hastalık etkenin kendine özgü kuluçka süreleri vardır(Görak ve ark 2011).

1.2.1.Enfeksiyon Zinciri

Bir enfeksiyonun oluşumu için bazı aşamalar gereklidir. Bu aşamalar enfeksiyon zinciri olarak adlandırılır. Enfeksiyon hastalıkları enfeksiyon kaynağı, sağlam kişi ve bulaşma yolunun oluşturduğu bir enfeksiyon zinciri sonucu ortaya çıkar (Görak ve ark 2011).



Şekil 1. Enfeksiyon zinciri (Görak ve ark 2011).

Bir etkenin sağlam bir kişiye geçerek enfeksiyon oluşturabilmesi için herhangi bir yolla rezervuardan (kaynaktan) çıkıp doğrudan ya da çeşitli araçlarla (bulaşma yolu ile) uygun bir giriş kapısından konakçıya (sağlam kişiye) ulaşması gereklidir. Bundan sonra hastalığın oluşması, konakçının duyarlı olup olmadığına bağlıdır. Konakçı duyarlı ise enfeksiyon hastalığı oluşur. Enfeksiyon hastalığının oluşması için etken (kaynak), bulaşma yolu ve sağlam kişiden (konakçı) oluşan üç temel ögenin bir arada bulunması gerekir. Bu üç temel öge enfeksiyon zincirini oluşturur. Enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede enfeksiyon zincirinin bir halkasının kırılması gerekir.

Kaynak; Enfeksiyon etkeninin üzerinde yaşadığı, ürettiği, yaşamını sürdürebilmek için bağımlı olduğu, duyarlı bir konakçıya geçebilecek şekilde çoğaldığı insan, hayvan, bitki, ya da toprak gibi cansız varlıkların tümüne enfeksiyon kaynağı denir.

Bulaşma yolu; Çeşitli yollardan, farklı kaynaklardan, sağlam ve duyarlı kişiye ya da konakçıya hastalığın bulaşmasıdır. Bulaşma iki türlü olur;

Doğrudan (direkt) bulaşma; enfeksiyon etkeninin araçsız ve doğrudan, kaynaktan sağlam kişiye bulaşmasıdır. Öpme, cinsel temas doğrudan bulaşmaya örnektir.

Damlacık (Droplet) yoluyla bulaşma da direkt bulaşmadır.

Dolaylı (indirekt) bulaşma; enfeksiyon etkeninin, kaynaktan insana bir araç ya da aracılıyla geçmesi (araçlar, vektörler, hava ile)

Konakçı; Enfeksiyon zincirinin üçüncü halkası konakçıdır. Bulaşıcı hastalık etkeninin yaracağı enfeksiyona açık olan kişidir. Konakçıya enfeksiyon etkenin girdiği bir giriş yeri vardır. Bunlar; deri, mukozalar, solunum sistemi, sindirim sistemi, transplental, organ nakli gibi. Bazı mikroorganizmaların konakçıya giriş yolu ne olursa olsun sistemik bir hastalığa neden olurlar (Aytaç 2017).

Enfeksiyon zincirine etki eden diğer bir faktör ise çevredir. Sıcaklık ve nem mikroorganizmaların üremesini kolaylaştırır. Hava akımları mikroorganizmaları taşıyan partikülleri sürükler ve uzaklara yayılmasını sağlayabilir. Nüfus yoğunluğu,

çalışma ve barınma ortamı ve hava kirliliği konakçının direncini olumsuz etkiler. Örneğin sigara dumanı solunum yollarında irritasyon yaparak ve silial hareketi bozarak enfeksiyonlara zemin hazırlar. Çevre, hastalıkların yayılmasında önemli rol oynar. Bu nedenle, salgınlara varan kolay yayılımlar ve kontrol önlemleri başarısız olabilir (Akın 2015b)

1.2.2. Savunma Mekanizmaları

Konakçının mikroorganizmalara karşı çeşitli savunma mekanizmaları vardır. Bunlar iki grupta incelenir.

Özgül olmayan savunma mekanizmaları

Deri: Epitel mekanik engel olarak hastalık etkenlerinin vücuda girişini önler. Ayrıca derinin ve epitel yüzeylerinin bakteriosidal sekresyonları da mevcuttur. Gözyaşı ise mekanik olarak mikroorganizmaları uzaklaştırır. Burun ve solunum yolu mukozalar ve silialepitel ile mikroorganizmaları filtre gibi tutar.

Öksürük-aksırık

Lokal inflamasyon: Doku ve kan dolaşımı yolu ile çeşitli hücrelerin, spesifik ve nonspesifik antikörlerin etkenin bulunduğu bölgeye taşınması sonucu lokal inflamasyon(yerel yangı) gelişir.

Genetik: Bazı genetik nedenler hastalıklara karşı direnç oluşturur.

Beslenme: Yeterli ve dengeli beslenme en büyük direnç mekanizmalarındandır.

Davranış: Kişilerin davranışlarının da genel immüniteye etkisi vardır. Yolculukta seçilen gıdalar yolculuk ishalini önleyebilir.

Yaş: Yaşanan süreye göre bazı hastalıklarla karşılaşp bağışıklık kazanılması, kişilerin aşılınması hastalıklardan korunmada önemli bir etkidir.

Cinsiyet Bazı hastalıkların mortalite hızları erkeklerde, morbidite hızları ise kadınlarda yüksektir. Bu farklılık yapılan seyahatler, faaliyetler, iş-meslek gibi nedenlere bağlanmaktadır.15 yaşın altındaki erkek çocuklarda kuduz kız çocuklara göre daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni erkek çocukların kızlara göre daha fazla oranda hayvanlarla temas etmesidir.

Özgül savunma mekanizmaları

Bu mekanizmalarda bazen hastalık geçirerek bazen de aşılarda oluşan antikörler ve T lenfositler önemli rol oynamaktadır(Akın 2015b).

1.2.3. Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ilkeleri hastalığın doğal seyri ile yakından ilgilidir. Hastalık etkeni ile henüz karşılaşmadığı, patolojik değişmelerin henüz oluşmadığı “Duyarlılık Evresi” denilen dönemde yapılan korumaya birincil (primer) korunma denir. Bu dönemdeki sunulacak hizmetler şunlardır: Sürveyans, izolasyon, filtrasyon ve havalandırma, besinlerin uygun koşullarda hazırlanması ve saklanması, kişisel hijyen, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık eğitimi, aşı ve serum uygulamaları ile sağlam kişinin direncinin artırılmasıdır. Etkenle karşılaşılana, patolojik değişimlerin başladığı ancak klinik bulguların olmadığı “Preseptomatik Dönem”de yapılan koruma ikincil (sekonder) korunmadır. Saha taramaları, erken tanı ve tedavi hizmeti ile ikincil korunma sağlanır. Hastalık bulgularının oluştuğu “Klinik Dönem”den itibaren yapılan koruma üçüncül (tersiyer) korunmadır. Hastaların tedavisi, rehabilitasyon ve sakatlıkların önlenmesi üçüncül koruyucu hizmetlerdir (Aytaç 2017).

1.3. Bağışıklama

Belirli antijen özelliğindeki maddeler vücuda ilk verildiklerinde yanıt bir süre sonra oluştuğu halde, ikinci kez verildiklerinde ise bu antijene karşı hemen yanıt ortaya çıkmaktadır. Birçok mikrobun veya bunların ürünlerinin vücuda verilmesi sonucunda oluşan yanıtın dolayısıyla bu mikropla aynı vücutta hastalık oluşmaz veya oluştuğunda hafif seyreder. Bu enfeksiyon etkeninin vücuda verilmesiyle oluşturulan direnç durumuna immunizasyon veya bağışıklama denir (Görak ve ark 2011).

Bağışıklama, bebekleri, çocukları yada erişkin bireyleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılıyarak, bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacıyla yürütülen bir sağlık hizmetidir (DSÖ 2017b). Belirli mikroorganizmalara karşı enfeksiyon oluşumunu önlemede yani enfeksiyon zincirinin son halkasındaki duyarlı konakçıyı, duyarsızlaştırmada kazanılmış bağışıklık önemli rol oynar. Kazanılmış bağışıklık aktif bağışıklık ve pasif bağışıklık olarak ikiye ayrılır.

1.3.1. Aktif Bağışıklık

Aktif immünizasyon yada diğer bir deyişle aşılama, mikroorganizmanın tamamının ya da belirli aşamalardan geçmiş bir bölümünün canlılara verilmesi ile

onlarda ciddi bir sorun oluşturmada, doğal enfeksiyon sonrası vücutta oluşan bağışık yanıt benzeyen bir cevabın alınmasıdır. Mikroorganizmalar veya bunların ürünleri ile ilişki kuran bir canlıda belli bir süre sonra ortaya çıkan ve onu bu mikroplara karşı koruyan hücrel ve humoral tipte bağışık yanıt olaylarından oluşan bağışıklıktır. Aktif bağışıklamada olay bir antijenin vücuda verilmesiyle organizmaya kendi antikorunu üretme olanağı sağlamasıdır. Aktif bağışıklık ya mikrobik hastalıkların geçirilmesiyle doğal olarak kazanılır ya da mikroorganizmalardan hazırlanan aşuların uygulanmasıyla yapay yolla kazandırılır (Usluer 2005).

Aktif Bağışıklama;

- a) Koruyucu antikorlar yavaş olduğundan pasif bağışıklamadan daha geç koruma sağlar.
- b) Uzun bir bağışıklık süresi sağlar ve yeni uyarımlarla bağışıklığın süresi ve kuvveti artırılır.

1.3.2. Pasif Bağışıklık

Pasif bağışıklama, daha önce mikropla veya ürünleriyle karşılaşmış ve aktif bağışıklık kazanmış bir organizmadan alınan özgül bağışık yanıt ürünlerinin (örneğin özgül antikorların) korunmak istenen bir başka kişiye verilmesiyle, dolaylı yoldan elde edilen bağışıklıktır. Annedeki antikorların fetüs ya da yeni doğana plasenta veya anne sütüyle geçişiyle doğal pasif bağışıklık sağlanırken, immunglobulin ya da antikorlar verilerek de yapay pasif bağışıklık kazanılmış olur (Görak ve ark 2011).

Pasif bağışıklamanın 2 özelliği vardır.

- a) Hemen koruma sağlar.
- b) Verilen antikorlar hızla katabolize olduğundan birey tekrar duyarlı hale gelir.

Aşılanma ve bağışıklama (immunizasyon) sıklıkla birbirinin yerine kullanılan terimlerdir. Aşılanma aşı veya toksin uygulanması ile sağlanırken, immunizasyon aktif veya pasif herhangi bir şekilde oluşturulan bağışıklığı anlatmak için kullanılır. Aşılanma ile mutlaka immunizasyon sağlanmaz. Aktif immunizasyonda değişik şekillerde antijen verilmesiyle bağışık sistemin uyarılması sağlanırken, pasif immunizasyon bağışık yanıt ürünlerin verilmesi ile geçici koruma sağlanır (Akin 2015a).

1.4. Aşı

Aşı; belirli bir hastalığa karşı bağışıklık sağlamak amacıyla gerekli işlemlerden geçtikten sonra organizmaya verilen, kişide antikor oluşumuna neden olan antijenik maddelere denir.

Aşı bileşenleri

- Antijen: aktif immünite oluşturur.
- Süspansiyon sıvıları: su, serum fizyolojik, proteinler,
- Prezervatif, stabilizatörler: thimerosal, fenol, albumin, glisin, antibiyotik
- Adjuvanlar: alüminyum tuzları (hidroksit, fosfat)

1.4.1. Aşı türleri

a) Canlı (Attenüe) Aşılar: bakteri ya da virüslerin anormal kültür koşullarında hastalık oluşturma yetenekleri azaltılarak, verildikleri canlıda çoğalma yetenekleri korunarak hazırlanırlar. Canlı aşı antijenleri uzun işlemlerden geçirilerek hazırlanmalarına bağlı yüksek oranda bellek hücresi oluştururlar. Verem (BCG) aşısı, Oral Poliovirüs Aşısı (OPA), Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) Aşısı, Suçiçeği, Rotavirüs aşıları canlı aşılardır.

b) Ölü (inaktive) Aşılar: üreme yeteneği formaldehit ya da ısıtma gibi kimyasal maddelerle yok edilerek, antijenik özelliği korunmuş aşılardır. Bağışıklık elde edebilmek için birden çok aşılama yapmak gerekir. Ölü inaktive aşılar, kolera, boğmaca, veba, salk gibi poliomiyelit aşısı(IPV), grip ve hepatit A aşılarıdır.

c) Toksoid Aşılar: Difteri ve Tetanos gibi primertoksik

hastalıklar için hazırlanan aşılar bu etkenlerin anatoksinlerinden ısı ve formal işlemleri ile elde edilmiş, toksoid aşılardır. Verdikleri bağışıklık antikorların etkisine dayanır.

d) Kombine Aşılar: Çok sayıda hastalığa karşı koruma sağlayan aşılardır. Difteri, boğmaca tetanoz antijenlerinin bir arada bulunduğu karma aşı (DBT) kombine bir aşıdır.

e) Rekombinant Aşılar: bir virüs, bakteri ya da protozoanın immünojenik özelliğini belirleyen bir geninin ayrılıp, sonra bir bakteri, maya ya da memeli hücresine rekombinant DNA tekniği ile klonlanması temeline dayanır. Bu yöntemle kullanıma giren ilk hepatit B aşısıdır.

f) Polisakkarit Aşılar: Virülansı başlıca polisakkarit kapsüllerinin fagositoza direnme özelliğine dayalı olan bakterilerin tamamı yerine yalnızca kapsül antijenlerinin kullanılması yoluyla hazırlanır. Hemophilus influenza tip b, pnömokok ve meningokok aşıları bu yolla hazırlanır. Polisakkarit antijenler 2 yaşından küçüklerde yeterli koruyucu yanıt oluşturamazlar. Küçük çocukları enfeksiyonlardan koruyabilmek için difteri ve tetanoz toksidleri gibi bir protein taşıyıcı ile konjuge edilmeleri gerekir. Konjuge pnömokok aşısı, difteri toksinine konjuge edilmiştir.

Başarılı bir aşıda bulunması gereken özellikler; etkinlik, stabilite, ucuzluk, güvenilirlik, erişilebilirliktir (Conk ve ark 2013).

1.5. Aşılamaya Bağlı Toplumsal Kazanımlar

Aşılar 20. yüzyılın en büyük 10 toplum sağlığı kazanımı arasında ilk sıralarda gösterilmektedir. Tarihçesi çok eskilere dayanmamakla birlikte aşılarla sağlanan bağışıklama, enfeksiyon hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltmada topluma sunulan, bireysel, toplumsal ve ülke düzeyinde yararları olan maliyet-yararlılık oranı en düşük çok önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir (Arvas 2012).

Toplumlarda aşılama sonucu elde edilen başarılar, aşıyla önlenebilen hastalıkların toplumlara neler kazandırdığı konusunda yeterince ilgi oluşturulamamıştır. Aileler ise çocuklarında ve çevrelerinde polimiyelit, kızamık, difteri gibi hastalıkları görmemeleri sonucu aşıların kazandırdıklarından çok aşıların yan etkileri ile ilgili yazıları dikkate almaktadır. Oysa ki politika üreticilerin, karar vericilerin, hizmet sunanların ve toplumu oluşturan bireylerin aşılama hizmetleri ile kendilerinin ve yaşadıkları toplumun neler kazandıklarını bilmeleri gerekir. Böylece aşılamının değeri çok daha farklı bir şekilde anlamaları sağlanabilir.

Aşıların topluma yaptığı etkiler şu başlıklar altında toplanabilir:

- 1.Ölüm ve hastalıkların önlenmesine etkileri,
- 2.Demografik ve sosyal etkileri,
- 3.Bireylerin yaşam kalitelerine etkileri,
- 4.Ekonomik etkiler (Akin 2015a).

1.5.1. Ölüm Ve Hastalıkların Önlenmesine Etkileri

Halen dünyada uygulanan aşılama programları yaşamı tehdit eden hastalıkların görülmesini önemli ölçüde etkilemiş olup pek çok hastalığın görülmesini azaltmıştır. Bunlar arasında çiçek hastalığının eradikasyonu, vahşi poliomiyelit enfeksiyonlarının görülmemesi, kızamık enfeksiyonlarının eliminasyonu tıp tarihine geçen önemli sonuçlardır(Akın 2015b).

1.6. Literatür Özeti

Literatür; aşı ile ilgili, sağlık inanç modeli ile ilgili, aşı ve sağlık inanç modelinin birlikte kullanıldığı mevcut literatür ile ilgili olmak üzere üç ana başlık altında incelenmiştir.

1.6.1. Aşı İle İlgili Literatür

Kırsal alanda yapılan bir çalışmada aşılar ve yapılma zamanıyla ilgili bilgi alan annelerin oranının %64,4 olduğu ve aşılarla ilgili bilgiyi %32,2 hemşirelerden aldığı sonucuna varılmıştır. Annelerin ücretli aşılar konusunda bilgileri sorgulandığında %72,2'si ücretli aşıların varlığını bilmediği, %65,6'sının ücretli aşıları gerekli bulmadığı ve hiçbirinin ücretli aşıları yaptırmadığı sonucuna varılmıştır (Kürtüncü ve ark 2017).

Eskişehir' de yapılan bir kesitsel çalışmada anne eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey ve yerleşim yeri gibi faktörlerin bağışıklama konusunda ki bilinçlilik düzeyini etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda ilçe merkezinde oturanların %89,'i çocuklarının aşısını zamanında yaptırırken köy de oturan annelerin %25'i çocuklarını geç aşılatmaktadır. Annelerin %60,1'inin yapılan aşıların ne aşısı olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir (Derince 2006) .

Dört il merkezinde(Elazığ, Samsun, Balıkesir, Giresun) yapılmış çalışmanın sonuçlarına göre, uygunsuz/yetersiz aşılama için tahmin edilen riskin annenin çalışması, ilkokul mezunu veya daha düşük eğitilmiş olması ve annenin yaşından olumlu olarak etkilenmekte olduğunu fakat çocuğun yaşından olumsuz olarak etkilenmekte olduğunu göstermiştir (Üner ve ark 2012).

Yapılan bir çalışmada annelerin %96,1' i aşılanmanın çocuğu için gerekli olduğunu düşünürken, %3,9'u da kısırlık yaptığı ve bazı yan etkileri olduğu

düşüncesiyle zararlı olduğunu ileri sürmekteydi. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça aşılarda hakkındaki bilgi düzeyi de artmaktaydı (İşler ve ark 2007).

Yeni doğum yapmış annelerin %60' ı Ulusal Aşı Takviminde bulunan aşılarda 1-3 ünü bilmekteydi. Annelerin bilgi düzeyi, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi ve gebelik izleminin oluşu ile istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Anneler %80,3' ü bebeğinin aşılarda hakkında kendisine bilgi verilmediğini ifade etmiş. Bilgisi olanların %12' si doktordan, %10,3' ü hemşireden, %21' i yaşlılardan, %15,4' ü basın yayından öğrenmişlerdir (Uzuner ve ark 2005).

Şanlıurfa' da yapılan bir çalışmada çocukların %53'ü tam aşı, %1,4' ü aşısızdır. Lojistik regresyon analizine göre, annenin öğrenimi, sağlık ocağına uzaklık ve evde konuşulan dil aşılama durumunu etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir (Şimşek ve ark 2010). Şanlıurfa' da yapılan bir diğer çalışmada tam aşı çocuk oranı % 55 olarak bulunmuştur. Kaçırılmış fırsatlar, aşının önemsenmemesi(%21), geçici tarım işçiliği nedeniyle yaptıramama (%27) ve aşının zararlı olduğunu düşünme (%21) olarak belirlenmiştir. Aşı hakkında olumsuz bilgiler nedeniyle aşı yaptırmayanların tamamı bu bilgileri komşu ve akrabalarından duyduklarını söylemişlerdir (Kurçer ve ark 2005).

Ankara'da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatı %8,5 olarak saptanmış. Kaçırılmış aşı fırsatının en sık (%37,2) nedeni olarak, "herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurduğu zaman aşılama durumunun sorulmamış olması" olarak bulunmuş. Diğer nedenler kötü hava koşulları (%25,4), yanlış kontrendikasyonlar (%19,6), aşının zararlı olduğunun düşünülmesi (%13,7), aşının olmaması (%3,9) dir (Taşar ve Dallar 2015).

Okuryazar olmayan annelerin çocuğunun eksik aşı olma riski 14,3 kat fazla bulunmuştur. Sağlık ocağından eve gelinmesinin eksik aşı olma riskini arttırdığı bulunmuştur. Ailelerin çocuklarını aşılatmama nedenleri %30 u sağlık kurumuna gitmeye zamanım yok, %21,7 si aşı için gittiğimizde bugün aşı günü değil dediler cevabı olmuştur (Yiğitalp ve Ertem 2008).

Bolu il merkezinde yapılan bir çalışmada annelerin %71,6'sı kendisini bağışıklama konusunda bilgili olarak tanımlamasına karşın, %77,6'sı aşı ile korunabilir hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilmemekte, %45,5'i çocukluk çağında aşı

ile korunabilir hastalıkların ciddi olduğunu düşünmemekte, %38,6'sı aşı sonrası bir sağlık sorunu olacak endişesi taşıdığını belirtmektedir. Anneler bağışıklama hizmetlerine ilişkin engelleri; ulusal aşı takviminin karışık ve anlaşılmaz olması (%35,1), sağlık ocağında kuyruk olması (%21,4) ve bağışıklama hizmetlerine duydukları güvensizlik (%10,7) olarak belirtmişlerdir (Özkan ve Çatıker 2006).

Yapılan bir çalışmada yeni doğmuş bebeğe ilk aşısının ne zaman yapılacağı sorusuna %33 anne doğumda cevabı verirken %27 anne birinci ay cevabı vermiştir. Anne ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi ve çocuğun aile içinde kaçınıcı çocuk olduğu aşılama durumunu etkilemektedir (Bilir Göksüür 2006).

Aşı oranları ve düzenli uygulamanın araştırıldığı bir çalışmanın sonucuna göre; devlet tarafından sağlanan aşılar ücretli aşılarla göre daha yüksek oranda ve daha düzenli olarak yaptırılmaktadır (Bülbül ve ark 2013).

Doğu – batı karşılaştırmalı yapılan bir çalışmada katılımcıdan %63 rutin dışı aşılarından haberdar olup haberdar olanların %39 çocuğuna rutin dışı aşı yaptırmıştır. Rutin dışı aşı yaptıran %89 kişinin bilgi kaynağı sağlık personelidir. Anne eğitim yılının ve aile gelir düzeyinin rutin dışı aşı yaptırmaya oranını arttırdığı saptanmıştır. Bingöl'de rota virüs aşısı: %17, hepatit A aşısı: %7, varicella aşısı: %3 iken İstanbul'da Rota aşısı: %9, hepatit A aşısı: %21, varicella aşısı: %5 çocuğa uygulanmıştır (Gençer ve ark 2015).

HPV aşılarına ilişkin yapılan bir çalışmada HPV' nin farkında olduklarını iddia eden annelerin sadece %26,9' u ve babaların %25' i, aşısının farkında olduklarını annelerin sadece %24,5'i ve babalarının %21,2'si iddia etmiştir. Türkiye'de aşı mevcut olsaydı, annelerin %21,6'sı, babaların %22,4'ü oğullarını aşılama istedi; Türkiye'de kız çocukları için aşı bulunmasına rağmen, annelerin sadece %14,4'ü ve babalarının %15,5' i kızlarını aşılama istiyorlardı (Seven ve ark 2015). Diğer bir çalışmada ise annelerin %45' i HPV' yi duyduğunu %41'i HPV ile serviks kanserinin ilişkili olduğunu, %59'u bu konu hakkında bir fikri olmadığını ifade etmiştir. Görüşülen annelerin %69'u HPV aşısını kendileri için, %68'i kızları ve %62'si de erkek çocukları için kabul edebileceklerini ifade etmiştir. Pap test öyküsü olan anneler HPV aşılarını kendileri kız çocukları ve erkek çocukları için daha fazla oranda kabul etmişlerdir (Dursun ve ark 2009).

Astımlı çocukların ebeveynlerinin mevsimsel influenza aşısı hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ebeveynlerinin %49'u aşının ağır gribal enfeksiyonlardan koruduğuna, %35'i astım ataklarını önleyebileceğine inanırken; %10'u faydalı olmadığını düşünmektedir. En sık grip aşısı yapılma nedeni %73,7 ile doktor önerisidir (Yılmaz 2017).

Hekimler kılavuzlarda önerilen grip aşısı olması gereken hasta gruplarının %58'ine grip aşısı yaptırmalarını önermiştir. Hekimlerin kendilerinin grip aşısıyla aşılanma oranı %11,3 dür. Grip aşısı yaptırmayan hekimlerin çoğunluğu (%41,9) aşısının etkili olmadığını düşündükleri için aşı yaptırmamışlardır (Ünver Ulusoy ve Tanyel 2017).

Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ailelerinin influenza aşısı hakkındaki en sık bilgi aldığı kaynak doktorlar %59,7, iken aşı yaptırap yaptırmama kararında en etkili faktörün medya %70,7 olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça aşının koruyuculuğunun olmadığını düşünme oranı artmıştır (Topaloğlu ve ark 2013).

Sağlık çalışanlarının bağışıklanma durumu ile ilgili H1N1, HBV ve sağlık personeli için önerilen kızamık aşısını yaptıranların oranı sırasıyla %46,6, %82,6, %18,3 olarak bulunmuştur. Aşı yaptırmama nedenleri arasında en sık belirtilenler MG aşısı için yararına inanmamak (%34,9), H1N1 aşısı için güvenilir bulmamak (%44,4), HBV aşısı için ihmal etmek (%36,8) , sağlık personeline uygulanması istenen kızamık aşısı için daha önce bu hastalığı geçirdiğini (%36,3) düşündürmektedir (Karacaer ve ark 2015).

Erişkinlerin aşılarına yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların %41'i hayatının herhangi bir döneminde hiç erişkin aşısı yaptırmamıştır. En fazla yapılan aşı tetanozdu (%47). Erişkin aşıları ile ilgili bilgileri araştırıldığında, katılımcıların %37'si yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinlerin aşılanması gerektiğini ve tüm toplumu aşılanmanın gerekli olmadığını; %36'sı erişkin aşılarının varlığından bilgisi olduğunu, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmediğini belirtmekteydi. En fazla bilinen erişkin aşısı influenza %2 idi; bunu sırasıyla tetanoz %30, hepatit-B aşısı %12, HPV %9, pnömokok %5, KKK %3, zona %1, kuduz %1, menenjit %1 izlemekteydi (Aşık ve ark 2013).

Aşı ile ilgili lüeratür incelendiğinde aşı yaptırma oranlarının genel anlamda yüksek olduğunu, aşı yaptırmayı etkileyen faktörlerin gelir durumu, eğitim düzeyi, sosyal güvence, anne bilgi düzeyi, yaşanan yer olduğu bilgilerini içermektedir. Literatür eksik aşı olma, tüm aşıları yaptırmama durumları ile ilgili çalışmalardan oluşmaktadır. Ülkemizde çocukluk çağı aşı reddi ile ilgili çalışma yoktur.

1.6.2. Sağlık İnanç Modeli

Bireyin sağlıkla ilgili durumlarda gösterdiği davranışları; sağlığına verdiği önem, hastalık ile ilgili inançları ve hastalığın sonucunda oluşan inançlarından etkilenir (Sağlık Bakanlığı 2011).Sağlık davranış modelleri bir ya da birden fazla teoriye dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta ve sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Sağlık inanç modeli, bireyin sağlığına ilişkin durumlardaki davranışlarını etkileyen faktörleri, tıbbi davranışlarını ve hastalığın belirtilerinin yönetimini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan modeldir (Rohleder 2012).

SİM, bireylerin sağlığına ilişkin gösterdiği davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkilenebileceğini savunmaktadır. Sıkıntıya sebep olarak görülen bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri bireye özgü belirlenebilecektir (Öz 2004). Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine önemli düzeyde zarar vereceğine yönelik hassas/duyarlı iseler, uygulamaya geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Uygulamaya geçilmediği zaman ise, engel algısı oluşturan faktörlerin (muayene olama, taramaya katılma, diyeti düzenleme gibi) yükünden (maliyet, zaman, vs) daha ağır sonuçlar doğabileceğine inanmaktadırlar (Champion ve Skinner 2008).

SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, hastalıklara erken tanı koymak için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl uygulamaya geçtiklerini anlamak için bazı bileşenler kullanır (Champion ve Skinner 2008). SİM bileşenleri ilişkin yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu belirlenmiştir (Conner ve Norman 2005). Modele sonradan Öz etkililik/yeterlilik eklenmiştir.(Champion ve Skinner 2008). Son yıllarda yapılmış bir çalışmada, SİM için sekiz bileşen olduğu bildirilmiştir. Bunlar; algılanan hassasiyet/duyarlılık,

ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır (Rohleder 2012).

Sağlık İnanç Modeli ilk başlarda tüberküloz hastalarının erken tanı ve tedavisinde etkili olabilecek faktörleri saptamak için kullanılsa da zamanla bu alan genişlemiş ve başta meme kanseri taramaları olmak üzere prostat, serviks, testis kanseri taramaları, diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedaviye uyum gibi birçok durumda sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde kullanılmıştır (Gözüm ve Çapık 2014).

1.6.3. Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile İlgili Literatür

Eğitimin kadınlarda meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi ve inançlara etkisinin incelendiği çalışmanın analizinde, kadınların ortalama bilgi puanlarının ve SİMÖ alt boyut puanlarının ön testten son teste kadar anlamlı derecede arttığı görülmüştür. SİM ölçeğinin duyarlılık, fayda, öz-yeterlik ve sağlık motivasyon alt ölçeği, KKMM uygulaması ve öz yeterliği olan kadınların meme kanseri tarama bilgileri de son test anlamlı; ön ve son testlerde kadınların eğitim düzeyi, duyarlılık ve ciddiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yılmaz ve ark 2017).

Kadınların papsmear yaptırma durumlarının incelendiği araştırmada, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile papsmear testi yaptırma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Papsmear testi yaptıran kadınların SİMÖ alt gruplarından ciddiyet, yarar/motivasyon ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması yüksek iken, engel puan ortalaması düşük olarak değerlendirilmiştir. Testin yapılmasına ilişkin en önemli engel ise utanma ve kadın hekim isteği olarak saptanmıştır. Katılımcıların %92'si servikal kansere yakalanma risklerinin olmadığını, %77,5'i ise papsmear testi yaptırmasını gerektirecek herhangi bir şikayetinin olmadığını belirtmiştir (Bal 2014).

Kolon kanserine yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların ciddiyet algısının düşük, engel algısının yüksek olması KKK(kolorektal kanser)'nin bir tehdit olarak algılanma durumunun düşük olduğunu, algılanan ciddiyetin henüz tarama yaptırmaya motive edecek düzeyde olmadığını göstermektedir. Erkeklerin engel ve ciddiyet algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça duyarlılık algısının arttığı belirlenmiştir. KKK tarama yöntemi olarak skopi

yaptıranların duyarlılık ve toplam ölçek puanları anlamlı olarak yüksektir çıkmıştır(Yılmaz ve ark 2016).

Diyabet hastalarına SİM kapsamında verilen eğitimin incelendiği çalışmada deney-kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler ve diyabet özellikleri bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim öncesi deney-kontrol gruplarının metabolik bulgular açısından fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası deney olgularının tokluk kan şekeri (TKŞ) anlamlı olarak düşüktür. Deney grubunun eğitim sonrasında AKŞ, TKŞ, HbA1c, total kolesterol, trigliserid, BKİ anlamlı düşük çıkmıştır. Kontrol grubunda eğitim sonrası total kolesterol değerinde düşme HDL değerinde artma, BKİ artma anlamlı bulunmuştur. SİMÖ puanları eğitim öncesi deney-kontrol grubunda anlamlı değildir. Eğitim grubunun SİMÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar kontrol grubuna göre anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Deney grubunda eğitim sonrası SİMÖ toplam puanı ve algılanan duyarlılık, algılanan yarar alt boyut puanları anlamlı yüksektir. Kontrol grubunda eğitim sonrası SİMÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar puanı anlamlı olarak yüksektir (Olgun ve Altun 2012).

Astım hastalarının tedavi başarısına olan uyumu incelendiğinde; hastaların tedavi başarısına yönelik inancı yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, başka kronik hastalığın olması, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı, ailede başka astım hastasının olması ile SİMÖ alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Medeni durum ve evde birlikte yaşayan kişi sayısı arasında yarar alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır. Eğitim durumu ve duyarlılık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ailede başka astımlı birey olması ve engel algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çimen ve ark 2012).

SİM' nin KKMM(Kendi Kendine Meme Muayenesi) uygulamasına ilişkin yapılan bir çalışmada; deney-kontrol grubunun eğitim sonrası öncesine göre KKMM sıklığı, KKMM yapılma zamanı, menapozdaki kadınların KKMM sıklığına ilişkin cevapları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Deney-kontrol gruplarının eğitim sonrası; duyarlılık, önemseme, KKMM engelleri ve KKMM özetkililiği istatistiksel anlamlı olarak yüksektir. Deney grubunda eğitim sonrası; KKMM yapma amacı ve KKMM başlama yaşı istatistiksel olarak anlamlıdır. Deney grubunda KKMM yapma sıklığı, yapılma zamanı, menapozdakilerin KKMM yapma sıklığı cevapları öntest-

son test değerleri anlamlıdır. Deney grubunda eğitim sonrası KKMM SİM ölçeğinin tüm boyutları anlamlı olarak farklıdır(Elik 2006).

Yapılan bir çalışmada cinsel ilişki sırasında kondom kullanma davranışının SİM özyeterliliklerinin, kondom kullanma davranışını anlamlı olarak yordamakta olduğu bulunmuştur. AIDS'ten korunma özyeterlilikleri ve SİM açısından cinsiyet özelliği bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların kondom kullanımında yarar algısı ve AIDS' ten korunma özyeterliliği erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsellikle ilgili aile ile konuşabilme özyeterlilikleri kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir (Cankardaş ve Tosun 2016).

Kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımına ilişkin yapılan çalışmada; deney grubunda reçetesiz ilaç kullanma oranı %44,8 iken kontrol grubunda %36,2'dir ve aralarındaki fark anlamsızdır. Kontrol grubunda ön test ilaç kullanımı SİMÖ toplam puan ve alt boyut puanları engeller hariç anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Deney-kontrol grubunun ilaç kullanımına ilişkin puan ortalamaları anlamlı olarak farklıdır. Kontrol grubunun son testte ilaç kullanımına ilişkin ciddiye algısı puanı ve engel algısı puanı puan ortalaması düşük, sağlık motivasyonu puan ortalaması anlamlı olarak yüksek görülmüştür. Deney grubunun son test puan ortalaması; SİMÖ toplam puanı, duyarlılık, ciddiye, yarar, engel ve özetkililik alt boyut puanları anlamlı olarak yüksektir. Kontrol grubunun son test ölçek toplam puanı, özetkililik puanı anlamlı olarak yüksektir (Çiçek 2012).

Sosyodemografik özellikler ile KKK' dan korunmaya yönelik sağlık inançları incelenen araştırmada bireylerin erken tanıya yönelik bilgi durumları SİM' nin yarar ve duyarlılık alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek görülmüştür. Engel alt boyutunda KKK hakkında bilgisi olmayanların puan ortalaması bilenlere göre anlamlı olarak yüksektir (Baysal ve Türkoğlu 2013).

Üniversite öğrencilerinin KKTm(Kendi Kendine Testis Muayenesi)' ne ilişkin bilgi düzeyi değerlendirildiğinde; öğrencilerin okuduğu sınıf ile testis kanseri(TK) ile ilgili bilgi alma durumu anlamlıdır. Testisleriyle ilgili sorun yaşamış olduğunu ifade edenler ile düzenli KKTm yapma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. 3. sınıf öğrencilerin KKTm yarar alt boyut puanı diğer sınıflardan anlamlı olarak yüksektir. Daha önce testis sorunu yaşayanların duyarlılık puanları yaşamayanlara

göre anlamlı olarak yüksektir. 3. ve 4. sınıfların öz etkililik puanları diğer boyutlardan anlamlı olarak yüksektir. TK ile ilgili bilgi alanların özetkililik puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Son 1 yılda KKTMM yapanların özetkililik puanı yapmayanlardan anlamlı olarak yüksektir(Doğan ve ark 2016).

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile meme kanseri ve KKTMM ile ilgili eğitim durumlarının SİM göre incelendiği çalışmada; katılımcıların %90'ının meme kanseri ve KKTMM eğitimi aldığı görülmüştür. Bunların %8 hizmet içi eğitim, %33,3 hemşirelik okulundan, %42,2 medyadan bilgi almıştır. KKTMM yapma ile ciddiye alt boyutu anlamlı bulunmamıştır. KKTMM yapanların duyarlılık, yarar, engel, sağlık motivasyonu ve güven alt boyutu anlamlı düzeyde farklıdır (Karayurt ve ark 2008).

Bireylerin %86,9'unun akrabalarında prostat kanseri teşhisi alan birisi bulunmamaktadır. Bireylerin %52,5'i prostat muayenesini utandırıcı bulmamaktadır. Çalışmaya ait değişkenler incelendiğinde yaş ortalaması, medeni durum ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Lise ve üzeri öğrenim gören bireylerin okuryazar olmayanlara göre engel algısı puan ortalaması anlamlı olarak düşüktür. Sağlık güvencesi olmayan, ilçe veya köyde yaşayan, daha önce prostat sorunu yaşamayan, daha önce prostat muayenesi olmayan, daha önce PSA düzeyini ölçtürmeyen ve gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyen/emince olmayan bireylerin engel algısı puan ortalamaları daha yüksektir. Akrabalarında prostat kanseri teşhisi alan bireyin olması ve prostat muayenesini utandırıcı bulma durumuna göre engel algısı puan ortalaması değişmemektedir (Çapık 2013).

Doktorların meme kanseri duyarlılık ve ciddiye algısı, taramaya katılım engel algısı hemşire ve ebelere göre daha düşük bulunmuştur; ancak yarar algısı, öz etkililik ve sağlık motivasyonu doktorların daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin yarar algısı ortalaması ile ebelerin öz etkililik ve sağlık motivasyonu ortalaması doktorlara göre daha düşük bulunmuştur. Taramalara katılım engel algısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde en yüksek hemşirelerde bulunmuştur. Klinik meme muayenesi yapan doktorların duyarlılık, ciddiye, engel algısı ve sağlık motivasyonu puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur; ancak klinik meme muayenesi yapmayanlarda bu fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır (Yılmaz ve Durmuş 2016).

Yaşlı ve diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada; toplam SİMÖ puanı ile yaş arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Algılanan ciddiyet alt boyutunda 65-70 yaştaki bireylerin 71-85 arasındaki bireylerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile SİM ölçek puanları anlamlı bulunmamıştır. Öğrenim durumu azaldıkça algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet ölçek puan ortalaması anlamlı olarak azalmıştır. Daha önce çalışıyor olan bireylerin SİM toplam ölçek puan ortalaması, çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. SİM puan ortalamaları kan şekeri ölçümü yaptırma durumu için anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Egzersiz yapanlar yapmayanlara göre SİM ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Arısoy 2013).

KRK erken tanısına yönelik yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan kişilerin kolorektal kanser tanısı alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde hiçbirisinin kolorektal kanser tanısı almadığı, %92,5'inin ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişilerin olmadığı saptanmıştır. Bireylerin %74'ü kolorektal kanserin erken tanısına yönelik testi bilmediklerini, % 94'ünün GGK(Gaitada Gizli Kan) testi yaptırmadığı görülmüştür. Yaş grupları ile KKSİM Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Güven-yarar alt boyutu puan ortalaması erkek bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı ile KRK SİMÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu için yalnızca lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin engel algısı alt boyutu anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Türk 2015).

Sonuç olarak, Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlığa ilişkin davranışlarının; inanç, değer ve tutumlarından etkilenebileceğini savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri bireye özgü belirlenebilecektir. Yapılan çalışmalar SİM'in sağlık davranışlarında etkin ve kullanılabilir bir rehber olduğunu göstermektedir. Sağlık İnanç Modeli başlangıçta önemli sağlık taramalarından olan meme, prostat, serviks, testis kanseri taramaları olmak üzere, grip, obezite, diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedaviye uyum, osteoporoz gibi birçok durumda sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde kullanıldığı görülmektedir. Sağlık davranışlarını etkileyen algısal faktörleri saptamak ve yapılan sağlık eğitimi uygulamalarının hangi algısal faktörü etkileyerek sağlık davranışının meydana

geldiğini değerlendirebilmede SİM'i rehber olarak hazırlanan farklı ölçüm araçlarından yararlanılmıştır.

1.6.4. Aşı ve SİM ile ilgili literatür

Kocaeli ilinde SİM ile suçüçeği aşısı yaptırmayı inceleyen bir çalışmada; anne babalar çocuklarını tavsiye edilen aşılarla aşılanmanın önemli olduğunu düşünmektedir. Aşılanan çocukların aileleri, genellikle, göreceli olarak daha yüksek bir eğitim seviyesine ve aşı hakkında daha iyi bilgilere sahiptir. En azından kolej veya üniversite eğitimi almış ebeveynlerin sağlık inançları hem anne hem de baba için daha olumludur. 1 veya 2 çocuğu olan ebeveynler, 3 veya daha fazla çocuğu olan ebeveynlere göre 3.35 ortalama puan ile daha olumlu sağlık inançlarına sahiptir. Ailelerin yüksek geliri ve birkaç çocuğa sahip ebeveynlerin olumsuz sağlık inançları vardır. 18 aydan küçük çocukların ebeveynlerinin, bundan büyük çocukların ebeveynlerine göre varisella aşılanma konusunda daha olumlu inançları olduğu bulunmuştur (Gundogdu ve Gundogdu 2011).

Washington'da ebeveynlerin çocuklarının aşılanmasıyla ilgili kararlarını nasıl verdiğini değerlendiren bir çalışmada; ebeveynlerin öncelikle bilgi ve tavsiye almak için diğer insanlara güvendiğini ve öncelikle yayınlanmış kaynaklardan bilgiye ulaştığını bulunmuştur (Brunson 2013).

Kanada'da pnömokok aşısı ile ilgili yapılan çalışmada; katılımcıların %58'i pnömokok aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Aşı yaptıranlar ile aşıyı bir sağlık uzmanı tarafından yapılmasını uygun görenler arasında güçlü bir ilişki vardır (OR: 23.4). Diğer bir değişken ise çok değişkenli aşı modelinin aşı yaptırmayla önemli bir ilişkisi bulunmasıdır (OR: 10.1) ve 65 yaş üzerindekiilerin pnömokok aşısını tekrar yaptırmının önemli olduğu cevabı güçlü bulunmuştur (OR: 3.3). Katılımcılardan 70 yaşın altındakilerin daha az aşılandığı görülmüştür (Schneeberg ve ark 2014).

Hamile kadınların DaBT aşısı hakkındaki tutumlarının araştırıldığı çalışmada; kadınların boğmaca hastalığı ve boğmaca aşısı hakkındaki bilgiler genellikle düşük bulunmuş; 19 sorudan doğru cevaplanan soru ortalaması 10.65'dir. Annenin bağışıklamaya yönelik tutumları genellikle olumludur; kadınların %51,7 -%94,7'si 10 tutum ifadesine olumlu cevaplar vermiştir. Bir soruya verilen cevaplarda önemli belirsizlik gözlemlenmiştir; gebelik sırasında aşılanma ile ilgili olumsuz tavır sergileyenlerin oranı; %22,3 -%45,7'i ne ifadeler üzerinde hemfikir ne de hemfikir

değildir. Önemlisi, eğer hekimleri tavsiye ederse kadınların %89'u gebeliğinde boğmaca ile aşılacağını bildirmiştir (MacDougall ve ark 2016).

Eczacıların aşı hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği çalışmada; katılımcıların büyük çoğunluğu, aşılardan yan etkilere göre daha fazla fayda sağladığını belirtmiştir. Yaklaşık %52 eczacı, kanun değişikliği olmadıkça aşıları reçete edebileceğini ve uygulayabileceğini belirtmiştir. Bu eczacılar seyahat, grip ve pandemilere kıyasla, çocuk veya yetişkinler için düzenli belirlenmiş aşılarla daha fazla ilgilenmişlerdir. Eczacının öncülüğünde aşı yaptıranın önündeki engeller zaman eksikliği (%90) ve eğitimsizlik (%92) ve bunların uygulanmasına yardımcı olacak en yaygın faktörler artmış aşılamaya eğitimi (%95) ve yeterli ücret (%92) olduğu belirlenmiştir (Valiquette ve Bédard 2015).

HIV in aşı kabul edilebilirliğinin bağımsız bir şekilde tahmin edildiği sağlık inançları, geleneksel olarak AIDS risk grubunda HIV' e karşı algılanan duyarlılığı, algılanan ciddiyeti ve AIDS'e neden olan aşı korkusu içermektedir. Aşı özelliklerinin etkinliği, aşı kabul edilebilirliğini en kuvvetli şekilde etkilemiş ve bunu takiben aşı türü uygulanmıştır (Liau ve ark 1998).

Ergen kızların HPV aşılması ile ilgili yapılan bir çalışmada; HPV aşısının uygulanmasındaki algılanan engeller potansiyel aşı zararları da ile ilişkili bulunmuştur. Ebeveynlerin inançları ırk grubu ve kentsel/kırsal alanda yaşama özellikleriyle anlamsız ilişkilendirilmiştir (Reiter ve ark 2009).

Aynı şekilde ebeveynlerin aşı tutumuyla ilgili bir çalışmada; aşı güvenliği konusunda kendine güveni yüksek ebeveynlerin benzer inançlara sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuş, ancak hastalığa yatkınlık ve ciddiyet ile aşı etkinliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aşırı yaptıranın faydasına inanan kişilerin, faydası olduğuna inanmayanlara göre yüksek oranda bağışıklama yapması anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Mergler ve ark 2013).

Genital Herpes aşısı hakkında yapılan bir araştırmada; HSV-tip 2 aşılama sırasında algılanan engeller alkol kullanımı ve egzersiz yapmama arasındaki ilişki düşük olarak değerlendirilmiştir. Aşılamanın algılanan yararı, azalmış egzersiz ve düşük alkol kullanımı, daha fazla uygulanmasında önemli bağımsız belirleyicileri olarak belirlenmiştir (Zimet ve ark 1997).

Aşı ve sağlık inanç modeli ile ilgili literatür incelendiğinde Türkiye' de sadece bir çalışmanın olduğu onunda tamamen ölçeğe dayalı olmadığı görölmüştür. Yabancı kaynaklarda bu konuya daha geniş yer verilmiştir. Bir sağlık davranışı olarak aşı yaptırmannın sağlık inançlarıyla ilişkili olduğu aşının türüne, yapılan hedef kitleye, eğitim durumuna göre tutum ve davranışların değiştiği, her birinin bulgularının kendi içinde farklı değerlendirildiği belirlenmiştir.



2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma kırsal alanda yaşayan 18-65 yaş arası bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bazı bilgi, tutum ve davranışlarını sağlık inanç modeline göre değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı yer Konya iline bağlı Kadınhanı Devlet Hastanesi, Kadınhanı Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Kadınhanı ilçesine bağlı yedi köydür. Kadınhanı ilçesinin köyleri ile birlikte toplam nüfusu 31830'dür. Nüfusun 16009' u erkek, 15821' i kadındır. İlçeye bağlı toplam 50 köy vardır (TÜİK 2017). Sağlık hizmetleri ilçe merkezinde bulunan bir devlet hastanesi ve bir aile sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. İlçe devlet hastanesinde acil servis yirmi dört saat açık olup hafta içi 08-17 saatleri arasında da poliklinik(dahiliye, genel cerrahi, çocuk) hizmetleri verilmektedir. Gerekli durumlarda hastaların yataklı kliniklerde tanı ve tedavisi sürdürülmektedir. Hastanede toplam 38 yatak bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde Pazar günleri dışında her gün 08-17 saatleri arasında muayene, müdahale, pansuman, izlem ve aşı yapılmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde yedi aile hekimi ve yedi aile sağlığı elemanı bulunmaktadır. Her bir aile hekimi haftanın bir gününde nüfusunun olduğu köylere gezici sağlık hizmeti vermektedir. Köydeki sağlık hizmetlerine aile hekimi ile birlikte aile sağlığı elemanı da katılmaktadır. Köyde verilen sağlık hizmeti kapsamında aile sağlığı merkezinde verilen hemen hemen tüm girişimler vardır. Bunlar; tansiyon, kan şekeri ölçümü, gebe, bebek, lohusa izlemleri, enjeksiyon, aşı ve pansuman uygulamaları, muayene ve reçete yazma, kronik hastalıkların takibi, sağlık eğitimi, sağlık taramaları bilgilendirmeleridir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Kadınhanı ilçesi ve ilçeye bağlı köylerde yaşayan 18-65 arası bireyler oluşturmaktadır.

2.4. Örneklem Büyüklüğü

Türkiye’de kırsal alanda yapılan bir çalışmada aşıyla ilgi herhangi bir sorun yaşama oranı %19 bulunmuştur (Kürtüncü ve ark 2017). Bu oran dikkate alınarak örneklem büyüklüğü; 0.04 hata oranı ve %95 güven düzeyinde maksimum 384 kişi olarak belirlenmiştir. Hesaplama için Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen “Tablo 1b: P’ yi d Kadarlık Mutlak Yüzde Puanı İçinde % 95 Güvenle Kestirmek İçin Gerekli Örneklem Büyüklüğü ” isimli tablodan yararlanılmıştır (Lemeshow ve ark 2000).

2.4.1. Örneklem seçimi

Örnek seçiminde kota örnekleme metodu kullanılmıştır. Olasılıksız örnekleme yöntemleri içinde diğerlerine oranla evreni temsil gücü daha yüksek olan bir yöntemdir(Erdoğan ve ark 2014). Bu çalışmada toplumda çok sayıda bireye ulaşmak için birden fazla araştırma merkezi seçimine gidilmiştir. Kadınhanı Devlet Hastanesi, Kadınhanı Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Kadınhanı ilçesine bağlı yedi köyden veriler toplandı. Köylerden veri toplamada anketör tarafından köy ziyaretleri yapıldı ve bu ziyaretler sırasında çalışmaya katılmayı kabul eden her evden bir birey ile görüşülmüştür. Çalışmada yer alacak köylere ise kura sonucu karar verilmiştir ve en az yedi köy merkezinin çalışmada yer alması sağlanmıştır, böylece ilçe merkezinde de iki merkez olmak üzere dokuz merkezli bir çalışma yürütülmüştür. Örneklem sayısı çalışmanın yapılacağı merkez sayısına bölünerek %11 bireyin çalışmaya alınmasına karar verilmiştir. Çizelge 2.1’de örneklemin dağılımı ile ilgili detaylar sunulmuştur.

Çizelge 2.1. Çalışmaya katılan bireylerin kota örneklem metoduna göre yerleşim yeri ve cinsiyet dağılımları

	Kadınhan ı Devlet Hastanesi	Kadınhan ı 1Nolu 1Nolu Asm	Çeşmeci k Köyü	Altınova Köyü	Köylütolu Köyü	Hacımehmetli i Köyü	Saçıkara Köyü	Kestel Köyü	Atlantı Kasabası
Erkek	23	19	21	21	18	21	21	21	21
Kadın	23	27	21	21	21	21	21	30	21
Toplam	46	46	42	42	39	42	42	51	42

2.4.2. Örneklem dışlanma kriterleri

18- 65 yaş arası bireylerden, ASM' ye aşı olmak için gelenlerin olumlu aşı tutumu sergilemesi; gebe olanların ise aşı tutumunu etkilememek için örnek seçiminden çıkarılarak çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler araştırmacı tarafından 15 Mayıs- 15 Haziran 2018 tarihleri arasında, ilçe merkezinde Kadınhanı Devlet Hastanesi ve Kadınhanı Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi ziyaret edilerek kurumlara herhangi bir nedenle başvuran hasta ve hasta yakınlarından anket formu ile bireylerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. İlçeye bağlı köylerden ise veri toplama öncesinde konu hakkında en az iki saat bilgilendirilmiş ve veri toplama süreci baştan sona en az iki kez izlenmiş sağlık meslek lisesi öğrencileri tarafından veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen bilgi formu ve Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini (Karayurt ve Dramal 2007, Erkin 2010, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Guvenc ve ark 2011, Arısoy 2013, Saitoh ve ark 2013, Kahraman 2015), Weiner ve ark (2015) (Bkz. EK 1) içeren bir anket kullanılmıştır.

2.5.1. Anket formu

Anket formunun ilk kısmını bireylerin sosyodemografik özellikleri ve çocukluk çağı aşılarına ilişkin görüşleri, ikinci kısmını ise Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği oluşturmaktadır. Anket formunun ilk kısmında bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik on bir soru, çocukluk çağı aşılarına ilişkin bazı bilgi ve davranış özellikleri durumuyla ilgili beş soru yer almaktadır.

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Bu ölçek araştırma ekibi tarafından orijinal olarak geliştirilmiştir. Sırasıyla madde havuzunun oluşturulması ve ölçek taslağının hazırlanması (a), geçerlik ve güvenilirlik olmak (b) üzere iki aşamalı bir süreç takip edilmiştir. ***Madde havuzunun oluşturulması:*** Bu süreçte kendi içinde üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada aşı ile ilgili literatür incelenmiştir (Karayurt ve Dramal 2007, Erkin 2010, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Guvenc ve ark 2011, Arısoy 2013, Saitoh ve ark 2013, Kahraman

2015), Weiner ve ark (2015). İkinci aşamada sağlık inanç modelini temel alınarak oluşturulan ölçekler gözden geçirilmiştir (Elik 2006, Karayurt ve Dramal 2007, Erkin 2010, Çapık ve Gözümlü 2011, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Çiçek 2012, Olgun ve Altun 2012, Baysal ve Türkoğlu 2013, Türk 2015, Cankardaş ve Tosun 2016). Üçüncü aşamada ise çocuklarına düzenli aşı yaptıran ve yaptırmayan iki anne ile derinlemesine görüşülmüştür. Annelerin ifadeleri sağlık inanç modelinde yer alan duyarlılık, ciddiyet, yararlılık, engel ve sağlık sorumluluğu temalarına göre kodlanmıştır. Ancak bu görüşmelerde bu beş tema yanı sıra annelerin ifadelerinde “güven” teması da ön plana çıkmış ve bu temada ayrı bir alt boyut olarak değerlendirilmiştir. Literatür, sağlık inanç modeli ölçeklerinden elde edilen maddelerde anne görüşleri ile birleştirilmiş ve sonuçta altı alt boyutlu ve 27 maddeli taslak ölçek formu hazırlanmıştır.

Toplumun aşı tutumlarını sağlık inanç modeline göre değerlendirmek için hazırlanan ölçeğin geçerlik – güvenirlik analizi yapılmıştır. Geçerlilik kapsam geçerliliği, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliliğinde ölçek 28 uzman tarafından incelenmiştir. Uzmanlar dört ayrı grup altında tanımlanmıştır. Birinci grup; halk sağlığı hemşireliği alanında doktora unvanına sahip ve kültür- sağlık inançları konusunda en az bir yayını olan akademisyenlerden oluşmuştur. İkinci grup pediatri hemşireliği alanında en az bilim uzmanı unvanına sahip olanlar; üçüncü grup hemşire ve ebe olarak birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanlar ve son grubu ise ölçme ve değerlendirme alanında yayın sahibi istatistik alanında doktora ünvanına sahip bireylerden oluşmuştur. Uzmanlar her bir ölçek maddesini gereksiz, yeterli ama düzeltilmesi gerekiyor ve gerekli olarak değerlendirmiştir ve CVI değeri hesaplanmıştır. Bu değer 0.80 ile 1.00 arasında olduğu görülmektedir. Bu aşamadan sonra uzmanların önerdiği düzeltmeler yapılarak ölçek beş uzmana gönderilmiş ve beş uzman arasındaki uyum Kendal W değeri ile değerlendirilmiştir ($p>0.05$). Ölçeğin okunabilirlik düzeyi Flesch-Kincaid okunabilirlik formülü ve Ateşman okunabilirlik formülüne göre değerlendirilmiştir. Flesch-Kincaid formülüne göre ifadeler yetişkinler için uygun bulunmuş ve Ateşman formülüne göre okunabilirlik aralığı ‘çok kolay’ düzeyinde bulunmuştur (Temur 2003)

Son hali verilen ölçek 520 kişi üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik analizleri için uygulanmıştır. Uygulama sonucunda verilere Açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve bu analizde Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) test sonucu 0.90 ve Bartlett Testi (Bartlett Test of Sphericity) 8352.6 ve $p < 0.01$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre verilerin çoklu normal dağılımdan geldiği, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve açıklayıcı faktör analizinin kullanılmasının uygun olduğu kabul edildi. Ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde beş faktör elde edilmiştir. Bu faktörler toplam varyansın %65.6'sını açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladığı varyans yüzdesi sırasıyla %15,5; %6.434 %16,3; %15.4 ve %11.95'tür. Açıklayıcı faktör analizinde ölçeğe ait güven alt boyutundaki sorularının yararlılık alt boyutunda yer aldığı görülmektedir. Böylece altı alt boyutta hazırlanan ölçek beş alt boyuta indirilmiştir.

Beş faktör yapısı gösteren ölçek Doğrulayıcı faktör analizi ile de değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme de ölçekte yer alan 22 maddenin başka bir alt boyutta yüksek kovaryans değeri göstermesinden dolayı ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğe ait uyum ölçütlerinin bazılarının iyi ya da kabul edilebilir uyum değerine sahip olduğu bazılarının ise kabul edilebilir değere sahip olduğu görülmektedir. Ölçeğin güvenilirlik düzeyi iç tutarlılık analizi ve test tekrar test ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin 26 maddesi üzerinde on beş gün arayla yapılan test sonucunda Cronbach Alpha değeri 0.89 çıkmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında; duyarlılık için alfa değeri 0.90, ciddiyet için 0.89, yararlılık için 0.86, engel için 0.87 ve sağlık sorumluluğu için 0.85 olarak belirlenmiştir ve maddelerden herhangi biri silindiğinde Cronbach alfa düzeyinin anlamlı bir şekilde yükselmediği belirlenmiştir.

Ölçek değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılamamaktadır. Beş alt boyutlu ve beşli likert şeklinde yanıtı olan ölçeğin alt boyutlarının hepsi ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Duyarlılık ve Ciddiyet alt boyutu dört madde (en düşük 4, en yüksek 20puan); yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutu beş madde (en düşük 5, en yüksek 25 puan) , engel alt boyutu ise sekiz maddeden (en düşük 8, en yüksek 40 puan) oluşmaktadır. Engel alt boyutunda puanın düşmesi olumlu tutumu gösterirken; diğer alt boyutlarda puan artışı olumlu tutum anlamına gelmektedir.

2.6. Ön Uygulama

Araştırma öncesi araştırmanın yürütüleceği Kadınhanı Devlet Hastanesi' nde 10 kişiye anket uygulanmış ve anketin bu haliyle anlaşılır olduğu, araştırmada toplanmak istenen veriler için yeterli kapsamda olduğu ve anket formunun bu haliyle kullanılmasına karar verilmiştir.

2.7. Değişkenler

2.7.1. Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Yaşanılan yer
- Medeni Durum
- 0-6 yaş arası çocuk/torun sahibi olma durumu
- Eğitim durumu
- Sosyal güvence durumu
- Ekonomik Durum Algısı
- Sağlık Kurumuna Ulaşım Sorunu
- Çocukluk çağı aşılarını duyma durumu
- Çocukluk çağı dışında aşılama durumu
- Aşıyla ilgili yapılan tartışmalardan haberdar olma durumu
- Aşı zorunluluğu hakkındaki görüşleri

2.7.2. Bağımlı Değişkenler

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarıdır.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistik analizi için SPSS 20.0 paket programından yararlanılmıştır. Veriler sayı, yüzde ve frekans dağılımları olarak özetlenmiştir. Analizler çoklu regresyon analizi - Hiyerarjik model kullanılarak yapılmıştır. İk ayrı model üzerinden analiz yapılmış olup; ilk model sosyodemografik değişkenleri ikinci model ise sosyodemografiklere ek olarak aşı ile ilgili bazı uygulama ve görüşleri içermektedir. Analiz için kategorik değişkenler 0 ve 1 olarak yeniden kodlanmıştır.

Bir olarak kodlanan kategoriler çizelgelerde gösterilmiş, diğer kategoriler ise 0'a dönüştürülmüştür.

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 28.03.2018 tarihinde 557 sayılı ve 2018/104 sayılı kararla yazılı olarak izin alınmıştır (Bkz. Ek C). Araştırmanın yürütülmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek D). Araştırma örneklemini oluşturan bireylerden araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır.



3. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $37\pm 11,9$ olup %52,6'sı kadın ve %76,3'ü köyde yaşamaktadır. Evli olanların oranı %77,6 olup, %28,6'sı ilkokul mezunudur ve %45,7'si gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %14,8'inin sağlık güvencesi bulunmamakta; %50,8'i ekonomik durumunu orta algılamakta, %56,4' ünün 0-6 yaş arası çocuğu ya da torunu bulunmakta, %22,2'si sağlık kuruluşlarına ulaşmakta sorun yaşamaktadır (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri(n=392)

Özellikler	Sayı	(%)
Cinsiyet		
Kadın	206	52,6
Erkek	186	47,4
Veri toplama yeri		
Köy	299	76,3
İlçe Merkezi	93	23,7
Yaşanılan yer		
Köy	308	78,6
İlçe merkezi	84	21,4
Medeni Durum		
Evli	304	77,6
Bekar	71	18,1
Boşanmış/Dul	17	4,3
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	16	4,1
Okur-yazar	35	8,9
İlkokul	112	28,6
Ortaokul	97	24,7
Lise	88	22,4
Üniversite	44	11,2
Meslek		
Çalışmıyor	179	45,7
Memur	47	12,0
Emekli	15	3,8
İşçi	69	17,6
Serbest Meslek	82	20,9
Sağlık Güvencesi		
Evet	334	85,2
Hayır	58	14,8
Algılanan Ekonomik Durum		
Çok iyi	9	2,3
İyi	153	39,0
Orta	199	50,8
Kötü	28	7,1
Çok Kötü	3	0,8
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma		
Evet	221	56,4
Hayır	171	43,6
Sağlık Kurumuna Ulaşım Sorunu		
Evet	87	22,2
Hayır	305	77,8
Yaş (ort±sd) (min-max)	37±11.9	(18-65)

Bireylerin %89,0'ı çocukluk dönemi aşılarını duyduğunu ve farkında olduğunu söylemiştir. Yetişkin aşılarını yaptırma orası ise %38,0'dır. Bireylerin %37,2'si son dönemde aşı ile ilgili tartışmaların farkında olduğunu belirtirken; %87,8'i "Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalı" önermesine katılmaktadır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Bireylerin aşı ile ilgili bazı özellikleri (n=392)

Özellikler	Sayı	(%)
Çocukluk aşısının farkında olma durumu		
Evet	349	89,0
Hayır	43	11,0
Çocukluk çağı dışında aşı yaptırma durumu		
Evet	149	38,0
Hayır	243	62,0
Son dönemde aşı ile ilgili yapılan tartışmaların ve haberlerin farkında olma durumu		
Evet	146	37,2
Hayır	246	62,8
Aşı hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin görüşü		
Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalıdır,	344	87,8
Aşı yaptırma kararı anne/babaya ait olmalı, eğer anne/baba izin vermiyorsa aşı yapılmamalıdır.	48	12,2

Bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.3'de incelenmiştir. Ölçeğin duyarlılık alt boyutunda yer alan önermelere katılım oranlarının %89,9 ile %93,6 oranları arasında olduğu görülmektedir. Katılımcıların önemli bir çoğunluğu aşının bulaşıcı hastalıkları önlemede önemli bir yöntem olduğu konusunda yüksek duyarlılığa sahiptir. Ciddiyet alt boyutuyla ilgili önermelerde ise katılım oranları %80,9 ile %89,0 arasında değişmektedir. Bu maddeler aşı yapılmaması durumunda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkarabileceği olumsuz sonuçlara odaklıdır. Yarar alt boyutunda ise aşının bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu olduğu ile ilgili iki önermeye yüksek katılım varken (%91,1 ve %90,8) aşının ekonomik ve iş gücünü önleme (%65,8); aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yol olduğunu düşünme (%79,3) ve bebek/çocuklara yapılan aşılarla uzun inceleme ve araştırmalar sonucunda karar verildiğini (%74,2) düşünme önermelerinde ise katılım oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Engel alt boyutunda ise aşı engelini ortaya çıkaran önermelere katılım oranı % 6,4 ile %29,3 arasında değişmektedir. Aşının dini inançlara uygun olmadığına katılanların oranı en düşükken, en yüksek katılım oranı bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgi sahibi değilim önermesindedir. Sağlık sorumluluğunda

ise toplumun önemli bir kısmının aşı takvimine uyulması gerektiğini düşünme (%88,3); kendi çocuk ya da torunlarına aşı yaptıracaklarını söyleme (91,1) ve toplum sağlığı için aşının gerekliliği olduğunu (%88,3) düşünme oranları yüksektir. Aşılar hakkında sağlık personelinin bilgi almak isteyenlerin oranı ise oldukça yüksektir (%94,4). Aşılarla ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip edeceği önermesine katılanların oranı ise (%72,7) daha düşüktür. Çizelge 3.3’de her bir önermeye ilişkin katılım durumu detaylı olarak verilmiştir.



Çizelge 3.3. Bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne verdikleri yanıtların dağılımı

	Hiç katılmıyorum /katılmıyorum	Karasızım	Tamamen katılıyorum/katılıyorum
Duyarlılık	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
Bebek/çocukaşılolsabulaşıcıhastalıkgeçirmeolasılığıtazadır.	16(4,1)	14(3,6)	362(92,3)
Bebek/çocukaşılolzamsayaşamının dönemindebulaşıcıhastalıkgeçirmeolasılığıvardır.	her 23(5,9)	17(4,3)	352(89,9)
Çocuklukdönemiasıllarınıyaptırmakbebek/çocuk sağlığıiçinönemlidir.	14(3,6)	11(2,8)	367(93,6)
Toplumdakibütünbebekveçocuklaraşılolsabulaşıcıhastalıklar azalabilir.	13(3,3)	19(4,8)	360(91,8)
Ciddiyet			
Bebek/çocukaşılmadığıiçinbulaşıcıhastalıkgeçirirsehastalığırgeçebilir.	18(4,6)	25(6,4)	349(89,0)
Aşıyapılmazsabulaşıcıhastalıklar salgınolarakortayaçıkabilir.	16(4,1)	41(10,5)	335(85,5)
Bebek/çocukaşılmadığıiçinbulaşıcıhastalıkgeçirirsebüyümeve gelişmesorunuyaşanabilir.	19(4,8)	48(12,2)	325(82,9)
Aşılmayanbebek/çocuklarbulaşıcıhastalıkgeçirirsesakatlıkyaşayabiliryayaşamınıkaybedebilir.	da 31(7,9)	44(11,2)	317(80,9)
Yarar			
Bebek/çocuklaraasıllarınıyaptırmakonlarıbulaşıcıhastalıklardankorur.	15(3,8)	20(5,1)	357(91,1)
Bebek/çocuğaaşıllarınıyaptırmakdiğerçocuklarıvetoplumdakibireyleribulaşıcıhastalıklardankorur.	16(4,1)	20(5,1)	356(90,8)
Bebek/çocuğaaşılıuygulamak, bulaşıcıhastalığınmedenolduğuekonomikveışgücükaybımönler.	57(14,5)	77(19,6)	258(65,8)
Aşılarbulaşıcıhastalıklardankorunmada en güvenilir yoldur.	41(10,5)	40(10,2)	311(79,3)
Bebek/çocuklarayapılanaşıllarazunincelemevearaştırmalarsonucundakarar verilmiştir.	25(6,4)	76(19,4)	291(74,2)

Çizelge 3.3.Devam Bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne verdikleri yanıtların dağılımı

Engel Algısı	Hiç katılmıyorum/ Katılmıyorum	Kararsızım	Tamamen katılıyorum/katılıyorum
	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
Bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgisi habire değilim. (hangitürüşarınolduğunuveaşılarının nerede, ne zaman, nasılyapıldığı gibi)	213(54,3)	64(16,3)	115(29,3)
Bebek/çocuklardüzenliolaraksağlık kontrolündengeçerse aşı olmasınınagerekyoktur.	276(70,4)	65(16,6)	51(13,0)
Günümüzdebulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındığı için bebekveçocuklar neskiyegör edahaazaşılmanmayagereksinimlerivardır	267(68,1)	66(16,8)	59(15,1)
Bebek / çocukluk döneminde yapılan aşıların sayısının ve çeşidinin fazla olmasının zararlı olduğunu düşünüyorum.	272(69,4)	60(15,3)	60(15,3)
Aşı yaptırmamın içinde değerlerime aşımdan bazı sakıncaları olabileceğini düşünüyorum.	337(86,0)	30(7,7)	25(6,4)
Aşıların içindeki bazı maddelerin bebek/çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.	269(68,6)	79(20,2)	44(11,2)
Anne sütünü düzenli alan bebeklerin aşılanmalarına gerekyoktur.	278(70,9)	68(17,3)	46(11,7)
Aşı yerine hastalığı geçirilmesidaha iyibağışıklıksağlar.	206(52,6)	112(28,6)	74(18,9)
Sağlık Sorumluluğu			
Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşı takvimi her a nne-baba tarafından takip edilmelidir.	18(4,6)	28(7,1)	346(88,3)
Toplumun bir bireyi olarak bebek /çocukluk dönemine aşıları çocuğumaya da torunumuyaptırırım.	11(2,8)	24(6,1)	357(91,1)
Toplumun sağlığını yükseltmesi için bebek/çocukların hepsi aşılanmalıdır.	11(2,8)	35(8,9)	346(88,3)
Aşılarla ilgili yeni bilgiler ve tartışmaları takip ederim.	41(10,5)	66(16,8)	285(72,7)
Aşılar hakkında sağlık personelinin bilgialmak isterim.	11(2,8)	11(2,8)	370(94,4)

Bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Çizelge 3.4’de incelenmiştir. Duyarlılık alt boyutundan ortalama 16,7±2,3; ciddiyet alt boyutundan 16,1±2,5; yarar alt boyutundan 19,7±2,6; engel alt boyutundan 18,2±5,0 ve sağlık sorumluluğu alt boyutundan ise 21,0±2,8 puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Çalışma grubu için ölçek alt boyutlarının cronbach alfa değerleri ise %68-%81 arasında değişmektedir.

Çizelge 3.4. Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ nin alt boyutlarının puan dağılımı

Alt boyut	Ortalama	±sd	Medyan	(En küçük-En büyük değer)	Cronbach Alfa
Duyarlılık	16,7	2,3	16	5,00-20,00	0,80
Ciddiyet	16,1	2,5	16,00	7,00-20,00	0,81
Yarar	19,7	2,6	20	9,00-25,00	0,68
Engel	18,25	5,0	17,0	8,00-34,00	0,78
Sağlık Sorumluluğu	21,0	2,8	21,0	10,00-25,00	0,74

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin duyarlılık alt boyutunun belirleyicileri çoklu regresyon analizi-hiyerarjik model ile değerlendirilmiştir. Model 1’de sosyodemografik değişkenler analize alınmıştır. Yaş ve sağlık güvencesinin önemli belirleyiciler olduğu belirlenmiştir. Yaşın artması duyarlılık puanını düşürürken ($\beta=-0,161$); sağlık güvencesinin olmaması da puanı negatif yönde etkilemektedir. ($\beta=-0,128$). Model 2’ye sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra aşı ile ilgili bazı değişkenler analize dahil edilmiştir. Bu modele göre sağlık güvencesinin olmaması ($\beta=-0,11$) duyarlılık puanını düşürürken aşının toplum için zorunluluk olması gerektiğini düşünme ($\beta=0,290$) duyarlılık puanını artırmaktadır. Bu değişkenler duyarlılık alt boyutunun %13’ünü açıklamaktadır. Model 1’e anlamlı katkı sağlayan yaş ise model 2’ye anlamlı katkı sağlamamaktadır (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Duyarlılık alt boyutunun belirleyicileri

Model 1 .Sosyodemografik değişkenler	Beta	t	p değeri
Yaş (sürekli)	-0,161	-2,365	0,019
Cinsiyet (Erkek)	-0,030	-0,569	0,570
Yaşanılan yer (Köy)	-0,006	-0,107	0,915
Medeni durum (Bekar)	-0,039	-0,570	0,569
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (hayır)	0,029	0,498	0,619
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,015	0,248	0,804
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,128	-2,427	0,016
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	-0,031	-0,596	0,552
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (Evet)	-0,073	-1,428	0,154
Model 2. Sosyodemografik değişkenler ve aşı ile ilgili değişkenler			
Yaş (sürekli)	-0,128	-1,938	0,053
Cinsiyet (Erkek)	-0,049	-0,966	0,335
Yaşanılan yer (Köy)	-0,031	-0,605	0,546
Medeni durum (Bekar)	-0,059	-0,890	0,374
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Evet)	0,054	0,954	0,341
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,037	0,619	0,537
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,110	-2,171	0,031
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	-0,001	-0,015	0,988
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (evet)	-0,077	-1,557	0,120
Çocukluk aşılarının farkında olma (Hayır)	-0,017	-0,332	0,740
Çocukluk çağı dışında aşı yaptıрма (Hayır)	0,009	0,178	0,859
Aşı ile ilgili yapılan tartışma ve haberleri duyma (Evet)	0,069	1,318	0,188
Aşı hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki fikri (Zorunlu olmalı)	-0,290	5,813	0,000
	Model 1. R = 0,221	R ² = 0,049	F= 2,181 p=0,02
	Model 2. R =0,362	R ² =0,131	F= 4,399 p<0,01

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin ciddiye alt boyutunun belirleyicileri incelendiğinde Model 1’de sosyodemografik değişkenler analize alınmıştır. Bu değişkenlerden sadece sağlık güvencesi modele anlamlı katkı sağlamaktadır ve sağlık güvencesinin olmaması da puanı negatif yönde etkilemektedir. ($\beta=-0,105$). Model 2’de ise sağlık güvencesinin olmaması ciddiye puanını negatif yönde etkilemektedir ($\beta=-0,128$) ve çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama ($\beta=-0,105$) ciddiye puanının düşürmemekte ve aşının toplum için zorunluluk olması gerektiğini düşünme ($\beta=0,290$) ciddiye puanını artırmaktadır. Bu değişkenler ciddiye alt boyutunun %11’ini açıklamaktadır (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Ciddiyet alt boyutunun belirleyicileri

Model 1 .Sosyodemografik değişkenler	Beta	t	p değeri	
Yaş (sürekli)	-0,114	-1,675	0,095	
Cinsiyet (Erkek)	-0,033	-0,625	0,532	
Yaşanılan yer (Köy)	0,065	1,255	0,210	
Medeni durum (Bekar)	-0,090	-1,310	0,191	
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (hayır)	0,045	0,761	0,447	
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,014	0,223	0,824	
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,128	-2,418	0,016	
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	0,045	0,852	0,395	
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (Evet)	-0,057	-1,114	0,266	
Model 2. Sosyodemografik değişkenler ve aşı ile ilgili değişkenler				
Yaş (sürekli)	-0,073	-1,093	0,275	
Cinsiyet (Erkek)	-0,047	-0,909	0,364	
Yaşanılan yer (Köy)	0,037	0,725	0,469	
Medeni durum (Bekar)	-0,099	-1,470	0,142	
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Evet)	0,070	1,222	0,222	
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,037	0,607	0,544	
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,105	-2,050	0,041	
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	0,081	1,577	0,116	
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (evet)	-0,058	-1,170	0,243	
Çocukluk aşılarının farkında olma (Hayır)	-0,077	-1,538	0,125	
Çocukluk çağı dışında aşı yaptırma (Hayır)	-0,036	-0,727	0,468	
Aşı ile ilgili yapılan tartışma ve haberleri duyma (Evet)	0,068	1,295	0,196	
Aşı hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki fikri (Zorunlu olmalı)	0,255	5,072	0,000	
	Model 1. R =0,199	R ² = 0,040	F= 0,077	p=0,07
	Model 2. R =0,343	R ² = 0,117	F= 3,870	p<0,01

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin yarar alt boyutu için Model 1'e göre yaşanan yerin köy olması ($\beta=0,140$) yarar puanını pozitif etki etmekte; medeni durumu bekar olması ise ($\beta=-0,149$) yarar puanını düşürmektedir. Model 2'de ise yaşanan yerin köy olması ($\beta=0,118$) ve medeni durumu bekar olması ($\beta=-0,148$) yanı sıra çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama ($\beta=-0,105$) negatif yönde ve aşının zorunlu olarak yapılması gerektiğini düşünme de pozitif yönde ($\beta=0,209$) yarar puanını etkilemektedir. Bu değişkenler yarar alt boyutunun %13'ünü açıklamaktadır (Çizelge 3.7).



Çizelge 3.7. Yarar alt boyutunun belirleyicileri

Model 1 .Sosyodemografik değişkenler	Beta	t	p değeri
Yaş (sürekli)	-0,127	-1,880	0,061
Cinsiyet (Erkek)	-0,064	-1,225	0,221
Yaşanılan yer (Köy)	0,140	2,723	0,007
Medeni durum (Bekar)	-0,148	-2,175	0,030
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (hayır)	0,049	0,831	0,406
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	-0,049	-0,811	0,418
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,002	-0,047	0,962
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	0,036	0,694	0,488
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (Evet)	-0,081	-1,598	0,111
Model 2. Sosyodemografik değişkenler ve aşı ile ilgili değişkenler			
Yaş (sürekli)	-0,081	-1,231	0,219
Cinsiyet (Erkek)	-0,077	-1,522	0,129
Yaşanılan yer (Köy)	0,118	2,303	0,022
Medeni durum (Bekar)	-0,149	-2,246	0,025
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Evet)	0,070	1,231	0,219
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	-0,030	-0,495	0,621
Sağlık güvencesi (Hayır)	0,021	0,410	0,682
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	0,072	1,415	0,158
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (evet)	-0,077	-1,561	0,119
Çocukluk aşılarının farkında olma (Hayır)	-0,086	-1,723	0,086
Çocukluk çağı dışında aşı yaptıрма (Hayır)	-0,105	-2,140	0,033
Aşı ile ilgili yapılan tartışma ve haberleri duyma (Evet)	0,045	0,869	0,386
Aşı hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki fikri (Zorunlu olmalı)	0,209	4,197	0,000
Model 1. R =0,254	R ² = 0,065	F= 2,935	p=0,02
Model 2. R =0,367	R ² = 0,134	F= 4,517	p<0,01

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin engel alt boyutu için Model 1'e göre yaşın artması ($\beta=0,140$), cinsiyetin erkek olması ($\beta=0,126$) ve medenin durumun bekar olması ($\beta=0,177$) engel puanını artırmaktadır. Model 2'de ise cinsiyetin erkek olması ($\beta=0,130$), medenin durumun bekar olması ($\beta=0,161$) yanı sıra çocukluk aşılarının farkında olmama ($\beta=0,159$) ve çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama ($\beta=0,162$) da engel puanını artırmaktadır. 0-6 yaş çocuğa sahip olmama ($\beta=-0,114$) ve aşının zorunlu olması gerektiğini düşünme ($\beta=-0,129$) ise engel puanını düşürücü bir etkiye sahiptir. Bu değişkenler engel alt boyutunun %13'ünü açıklamaktadır (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Engel alt boyutunun belirleyicileri

Model 1 .Sosyodemografik değişkenler	Beta	t	p değeri
Yaş (sürekli)	0,149	2,204	0,028
Cinsiyet (Erkek)	0,126	2,409	0,016
Yaşanılan yer (Köy)	-0,044	-0,842	0,400
Medeni durum (Bekar)	0,177	2,594	0,010
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (hayır)	-0,096	-1,630	0,104
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,052	0,850	0,396
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,029	-0,558	0,577
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	0,007	0,136	0,892
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (Evet)	0,047	0,925	0,356
Model 2. Sosyodemografik değişkenler ve aşı ile ilgili değişkenler			
Yaş (sürekli)	0,097	1,471	0,142
Cinsiyet (Erkek)	0,130	2,557	0,011
Yaşanılan yer (Köy)	-0,021	-0,406	0,685
Medeni durum (Bekar)	0,161	2,424	0,016
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Evet)	-0,114	-2,006	0,046
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	0,033	0,559	0,576
Sağlık güvencesi (Hayır)	-0,057	-1,122	0,263
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	-0,031	-0,622	0,534
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (evet)	0,039	0,788	0,431
Çocukluk aşılarının farkında olma (Hayır)	0,159	3,187	0,002
Çocukluk çağı dışında aşı yaptıрма (Hayır)	0,162	3,305	0,001
Aşı ile ilgili yapılan tartışma ve haberleri duyma (Evet)	-0,037	-0,706	0,480
Aşı hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki fikri (Zorunlu olmalı)	-0,129	-2,576	0,010
	Model 1. R =0,234	R ² = 0,05	F= 2,454 p=0,01
	Model 2. R =0,364	R ² =0,133	F= 4,451 p<0,01

Sağlık sorumluluğuna ait hiyerarjik regresyon modeli incelendiğinde model 1’de yaşın artması ($\beta=-0,142$); yaşanılan yerin köy olması ($\beta=-0,157$) ve medeni durumun bekar olması ($\beta=-0,189$), sağlık sorumluluğu puanının belirleyicileridir ve puanı negatif yönde etkilemektedir. Model 2’ye göre ise aşılarının farkında olmama ($\beta=-0,106$) ve çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama ($\beta=-0,101$) sağlık sorumluluğu puanını düşürmektedir. Aşının zorunlu olmasını gerektiğini düşünme ise sağlık sorumluluğu puanını olumlu yönde etkilemektedir ($\beta=0,192$) Bu değişkenler sağlık sorumluluğu alt boyutunun %12’sini açıklamaktadır (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. Sağlık sorumluluğu puanının belirleyicileri

Model 1 .Sosyodemografik değişkenler	Beta	t	p değeri
Yaş (sürekli)	-0,142	-2,092	0,037
Cinsiyet (Erkek)	-0,021	-0,404	0,686
Yaşanılan yer (Köy)	-0,157	-3,022	0,003
Medeni durum (Bekar)	-0,189	-2,759	0,006
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Hayır)	0,077	10,297	0,195
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	-0,035	-0,569	0,570
Sağlık güvencesi (Hayır)	0,011	0,214	0,831
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	-0,040	-0,773	0,440
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (Evet)	-0,076	-1,478	0,140
Model 2. Sosyodemografik değişkenler ve aşı ile ilgili değişkenler			
Yaş (sürekli)	-0,095	-1,432	0,153
Cinsiyet (Erkek)	-0,028	-0,555	0,579
Yaşanılan yer (Köy)	-0,190	-3,701	0,000
Medeni Durum (Bekar)	-0,180	-2,692	0,007
0-6 yaş arası çocuk ya da torun sahibi olma (Evet)	0,097	10,692	0,092
Eğitim düzeyi(İlkokul ve altı)	-0,005	-0,088	0,930
Sağlık güvencesi (Hayır)	0,035	0,687	0,492
Ekonomik durum algısı(Orta ve altı)	-0,003	-0,068	0,946
Sağlık Kuruluşuna ulaşım sorunu (evet)	-0,070	-1,415	0,158
Çocukluk aşılarının farkında olma (Hayır)	-0,106	-2,119	0,035
Çocukluk çağı dışında aşı yaptıрма (Hayır)	-0,101	-2,033	0,043
Aşı ile ilgili yapılan tartışma ve haberleri duyma (Evet)	0,093	1,779	0,076
Aşı hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki fikri (Zorunlu olmalı)	0,192	3,831	0,000
	Model 1. R =0,221	R ² = 0,049	F= 2,184 p=0,02
	Model 2. R =0,349	R ² =0,122	F= 4,025 p<0,01

4. TARTIŞMA

Bulaşıcı hastalıklar toplumda hızla yayılabilmekte, hastalıklara karşı alınan önlemler yetersiz kalabilmekte ve ciddi kayıplara neden olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede antibiyotiklerde dahil olmak üzere temiz içme suyu sağlanması yanı sıra başka hiçbir buluş aşılardan kadar yararlı olmamıştır. Aşılardan 20. yüzyılın en büyük 10 toplum sağlığı kazanımı arasında ilk sıralarda gösterilmektedir. Dünyada uygulanan aşılama programları yaşamı tehdit eden hastalıkların görülmesini önemli ölçüde etkilemiş olup pek çok hastalığın görülmesini azaltmıştır.(Aytaç 2017).Aşılardan günümüzde halen koruyucu sağlık hizmetlerinin temel hizmet bileşenlerinden biridir. Bütün bu gelişmelere rağmen aşı karşıtlığı hızla yayılan bir tutum ve davranış olarak karşımıza çıkmaktadır.

Koruyucu sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktörde sağlık inançlarıdır. Sağlık inançlarını değerlendirmek için sağlık davranış modelleri kullanılmaktadır. Sağlık inanç modeli, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen etmenleri, tıbbi davranışlarını ve hastalık belirtileri yönetimini anlamak için kullanılan en eski ve en çok kullanılan bir modeldir (Rohleder 2012). Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlığa ilişkin davranışlarının; inanç, değer ve tutumlarından etkilenebileceği göstermektedir. Eğer soruna neden olan bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri bireye özgü belirlenebilecektir. Aşı karşıtlığının değerlendirilmesinde, çözümü de içinde barındırması nedeniyle sağlık inanç modeli kullanışlı bir model olarak düşünülebilir.

Bu bölümde kırsal alanda yaşayan bireylerin aşı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını sağlık inanç modeline göre değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara ait tartışma iki başlık halinde yer verilmiştir.

1. Kırsal alanda yaşayan bireylerin sosyodemografik ve aşı ile ilgili bazı özelliklerinin tartışılması
2. Kırsal alanda yaşayan bireylerin aşı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını sağlık inanç modeline göre incelenmesi

4.1. Kırsal Alanda Yaşayan Bireylerin Sosyodemografik Ve Aşı İle İlgili Bazı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $37\pm 11,9$ olup %52,6'sı kadın ve %76,3'sü köyde yaşamaktadır. Evli olanların oranı %77,6 olup, %28,6'sı ilköğretim mezunudur ve %45,7'si gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %14,8'inin sağlık güvencesi bulunmamakta; %50,8'i ekonomik durumunu orta algılamakta, %56,4'ünün 0-6 yaş arası çocuğu ya da torunu bulunmakta, %22,2'si sağlık kuruluşlarına ulaşmakta sorun yaşamaktadır (Bkz. Çizelge 3.1). Bu bulgulardan yola çıkarak kırsal alanda yaşayan bireylerin düşük eğitim düzeyine sahip olduğu düzenli gelir getirici bir işte çalışmadığı, ekonomik algılarının orta düzeyde olduğu, sağlık güvencesine sahip olmayan bir grubun olduğu ve yaklaşık dörtte birinin sağlık hizmetine ulaşma sorunu yaşadığı görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara benzer şekilde kırsal alan eğitim ve sağlık olanakları bakımından dezavantajlı bölgeler olarak tanımlanmakta ve kırsal alan yoksulluğu önemli bir sorun olarak görülmektedir (Dığrak ve ark 2014). Bu özellikleri bakımından bu grup sağlık açısından riskli grup olarak tanımlanabilir ve bu nedenle başta aşı olmak üzere koruyucu sağlık hizmetleri kırsal alan toplumu için daha da önemli sağlık hizmet grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca kırsal alanda yaşayan bireylerin bulaşıcı hastalıklar ve kronik hastalıklar bakımından kırılgan olması nedeniyle sağlık hizmetine ulaşım sorunu dramatik sonuçları ortaya çıkarabilir.

Türkiye kırsalının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, bu çalışmayla benzer şekilde yaş popülasyonunda 15 yaş altındaki çocuk ve yaşlı nüfusun çoğunluğu oluşturduğu, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinin düşük olduğu, sunulan sağlık hizmetlerinin sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Ekonomik olarak aktif olan nüfus kırdan kente göç etmektedir. Özellikle eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlı kadınlar erkeklere oranla daha az göç etmekte ve kırsal alanda çalışmaya itilmektedir. Kırsal alanda çalışan kadınların çoğunluğunun tarım sektöründe çalıştığı ve sosyal güvence kapsamında olmadığı görülmektedir(TNSA 2014b, TÜİK 2017).Kırsal alan özelinde yapılan çalışmalarda ekonomik ve sağlık hizmetine ulaşım durumlarının birbirini etkilediği, sağlık kurumlarının mesafe olarak uzaklığı, sağlık kuruluşları ve sağlık insan gücü sayısının azlığı ve bireylerin düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyine sahip olması temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir(Ayçiçek 2004, Kurçer ve ark

2005, Şimşek ve ark 2010, Güçlü ve Uysal 2011, Taşar ve Dallar 2015, De Wet ve ark 2016, Güler ve ark 2016, Kürtüncü ve ark 2017, Zengin 2018).

Kırsal alanda yaşayan bireylerin aşı ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde çalışmaya katılan bireylerin %89,0'ı çocukluk dönemi aşılarını duyduğunu ve farkında olduğunu görülmektedir. Yetişkin aşılarını yaptırma oranı ise %38,0'dır. Bireylerin %37,2'si son dönemde aşı ile ilgili tartışmaların farkında olduğunu belirtirken; %87,8'i "Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalı" önermesine katılmaktadır (Bkz. Çizelge 3.2). Bu bulgulardan yola çıkılarak kırsal alandaki bireylerin büyük bir kısmının çocukluk dönemi aşılarını duyduğunu ve farkında olduğu, buna rağmen bireylerin üçte birinin aşı ile ilgili tartışmaların farkında olmadığı, yetişkin aşı yaptırma oranının gebelikte yapılan tetanoza bağlı olduğu düşünülürse yüksek olmadığı, aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmasını isteyenlerin oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Ülkemizde 1980'li yıllardan bu yana genişletilmiş bağışıklama programının uygulanmasıyla aşılama hizmetleri tüm ülkede yaygınlaşmış olması ve bunun bir sonucu olarak çalışmamızda da olduğu gibi bireylerin çocukluk dönemi aşıları duyduğu ve farkında olduğu görülmektedir(Sağlık Bakanlığı 2009). Buna rağmen kırsal bölgede sosyal medyanın yaygın olmaması, eğitim düzeyinin düşük olması ve televizyonda belli başlı şeylerin izlemesi bireyleri son dönemde çıkan aşı ile ilgili tartışmaların daha az farkında olmasına neden olabilir. Yetişkin aşılama oranının literatürden yüksek bulunması (İkinci ve ark 2012, Aşık ve ark 2013, Wagner ve ark 2017) çalışmanın yarısını kadınların oluşturması ve buna bağlı gebelikte tetanoz aşısı yapılmasından kaynaklanabilir. Bireylerin aşı uygulamasının zorunlu olmasına katılımları yüksek oranda olmasının nedenleri kırsal bölgede yaşamaya bağlı aşı ilgili tartışmalardan haberdar olmama ve sosyal olarak devlet eliyle ücretsiz yapılan uygulamalarda kabul oranının yüksek olması olabilir. Ayrıca halen kırsal alanda bulaşıcı hastalıkların görülüyor olması da bireyleri aşı zorunluluğunu desteklemeleri için itici bir güç olabilir.

4.2. Kırsal Alanda Yaşayan Bireylerin Aşı Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarını Sağlık İnanç Modeline Göre İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine verdikleri yanıtların tek tek incelenmesi toplumu anlama ve aşı karşıtlığının önlenmesinde etkin bir strateji geliştirmek için önemlidir. Kırsal alan katılımcıların önemli bir çoğunluğunun aşının bulaşıcı hastalıkları önlemede önemli bir yöntem olduğu konusunda hem yüksek duyarlılığa hem de yarar alt boyutunda yüksek katılıma sahip olduğu görülmektedir. Kırsal bölgede sağlık imkanlarının yetersiz olması koruyucu sağlık hizmetlerine olan önemi artırmakta ve bölgede yaşayan insanların hastalığın önlenmesine dair olan girişimlerden yüksek oranda yarar sağlayacağını düşünmesi duyarlılığı artıran bir faktör olabilir. Bireylerin çocukların aşılmasını gerektiği ve bu durumun toplum sağlığıyla yakından ilgili olduğunu düşünmesi özellikle bu bölgede yaşlı ve çocukların yakın temas halinde olması nedeniyle önemli bir tutumdur. Çünkü bebek/çocukların bulaşıcı hastalıkları yaşlı nüfus için bir mortalite olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda aşı duyarlılığı ile ilgili bireylerin çocuklarını hayatı tehdit eden bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve onları sağlıklı tutmak için aşının önemli olduğu, aşı duyarlılıklarının yüksek olduğu, önerilen aşular karşısında ebeveynlerin aşı yaptırma tutumlarını nispeten olumlu etkilediği görülmektedir (Derince 2006, Özkan ve Çatıker 2006, İşler ve ark 2007, Erkin 2010, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Sharma ve ark 2013, Tagbo ve ark 2014, Weiner ve ark 2015, Chow ve ark 2017, Kürtüncü ve ark 2017).

Kırsal alanda bireyler, aşı yapılmaması durumunda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkarabileceği olumsuz sonuçlara odaklanmakta ve bu da aşı tutumuna olan ciddiyeti artırmaktadır. Bu grup bireylerin daha fazla sonuca odaklandığını olumsuz bir durumla karşılaştığında dezavantajlı bir bölgede olmadan kaynaklı sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntıların yaşanması, yaşanabilecek olumsuz durumlar hakkında bilgi eksikliğinin olması daha fazla endişeyi artırmaktadır. Weiner ve ark (2015) çalışmalarında ilk kez bebek bekleyen annelerin olacak olan çocuklarına aşı yapılmaması durumunda çocuklarının aşı ile önlenemez ciddi hastalıklar sonucu olumsuz etkileceği tutumunu sergilediği görülmektedir. Aşı ile önlenemez hastalıklara yönelik algılarının değiştiğinin göstergesi olarak bulaşıcı hastalıkları hafife alan, ciddi olarak görmeyen, olumsuz sonuçlarını önemsemeyen ebeveyn

tutumları da mevcuttur (Blue ve Valley 2002, Özkan ve Çatıker 2006, Akıs ve ark 2011, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Topaloğlu ve ark 2013).

Aşının yarar algısının değerlendirildiği ifadelerde ise aşının bulaşıcı hastalıkları önleyebileceği ve bunun tüm toplumuna yararı olduğu görüşüne katılımın yaygın olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin aşının ekonomik ve iş gücünü önlemeye ilişkin katılım oranlarının düşük olduğu bunu da kırsal bölgedeki bireylerin eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklı aşının topluma kazandırdıklarından yeterince haberdar olmadığını göstermektedir. Sağlıkla ekonomik kalkınma arasındaki ilişki açısından bireylerin farkındalıklarının artırılması sağlık eğitimlerinin bir parçası haline getirilmelidir. Bunun yanı sıra aşının bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yol olduğuna ve bebek/çocuklara yapılan aşuların uzun inceleme, araştırmalar sonucunda karar verildiğine katılım oranlarında da görece bir düşüklük bulunmaktadır. Literatürde çalışmamızı destekleyen bireylerin aşulara yeterince güvenmediğini, endişelerinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Özkan ve Çatıker 2006, Akıs ve ark 2011, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Saitoh ve ark 2013, Weiner ve ark 2015, MacDougall ve ark 2016, Chow ve ark 2017). Aşı güvenliği ile ilgili bu tür endişeler, aşı kabul oranlarının düşmesine neden olabilir. Aşı güvenliği konusunda sağlık otoritelerinin toplumun duyduğu kaygıları ortandan kaldırılması, toplumun politik, sağlık ve eğitim alanındaki liderlerinin aşuya güven anlamında topluma örnek olması önemlidir (Argüt ve ark 2016). Devlet liderleri, ünlü kişiler ve dini liderler gibi kitleler üzerinde etki yaratabilen kişilerin aşulara yönelik tutumları ve uygulamaları, toplumun aşı kabulünü ve çekingenliğini doğrudan etkileyebildiği belirtilmektedir (DSÖ 2013).

ECDC (2015) (European Centre for Disease Prevention and Control) tarafından aşı kararsızlığı hakkında yapılan araştırmaları ve bilgileri bir araya getirmek amacıyla yapılan çalışmada, tek bir grubun tamamen aşular konusunda kararsız olamayacağı ancak aşı konusunda kararsız ve çekingen olan grupların toplumu etkileyebileceği belirtilmiştir. Aşulara yönelik olan ve aşı içeriğinde bulunan maddelere karşı güvensizlik ve buna bağlı çekingenlik de yaşanabilmektedir. Aşuların içeriğinde bulunan cıva, alüminyum gibi maddelerin zehirleyici etkisi olduğu inancı, çocuklara kısa sürelerde çok fazla aşı yapıldığı düşüncesi, kızamık aşısının otizm, SSPE gibi hastalıklara neden olduğu inancı, domuz, embriyo, tavuk

hücrelerinde üretilen aşuların helal olmadığı ya da insan DNAsıyla oynanarak genetiği değiştirdiğine dair dűřünceler insanların aşulardan korkmasına ve çekinmesine neden olabilmektedir (Badur 2011, Weiner ve ark 2015, Argüt ve ark 2016, Bozkurt 2018). Tıbbi bütün müdahalelerin risk taşıdığını bilmek ve bilimsel olarak sağlık personeli tarafından hastaları bilgilendirmek bu konudaki kaygıları azaltabilir. Yarar-zarar dengesi dűřünüldüğünde yapılan çalışmalar aşı ve aşılama lehinedir(Argüt ve ark 2016).

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeđi engel alt boyutunda aşının dini inançlara uygun olmadığına katılanların oranı en dűřükken, en yüksek kalıtım oranı bebek/çocuklara önerilen aşular hakkında bilgi sahibi değilim önermesindedir. Çalışmanın yapıldığı bölgede eğitim düzeyinin dűřük olması sağlık okuryazarlığını dűřürmekte ve bu durum aşı katılımı için engel olmaktadır. Literatürde aşı reddine neden olan iddialar arasında bazı dini etkinlik kazanmış kişiler tarafından dini inançları öne sürülerek aşuların zararlı olduğunu anlattıkları ve çocuklarına aşı yaptırmadıkları görölmektedir (Hausman ve ark 2014), ancak bizim çalışmamızda dinin daha az role sahip olduğu görölmektedir. Yapılan çalışmalarda bireylerin aşular konusunda bilgi eksikliğinin olduğunu ve aşı kabulünde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir (Kurçer ve ark 2005, Bilir Göksüđer 2006, İşler ve ark 2007, Yiđitalp ve Ertem 2008, American Academy of Pediatrics 2013, Weiner ve ark 2015, MacDougall ve ark 2016, Chow ve ark 2017, Kürtüncü ve ark 2017). Bunun yanı sıra katılımcuların yaklaşık %15'i bulaşıcı hastalıkları artık önemli bir hastalık olarak görmeme, anne sütünün ya da düzenli sağlık kontrollerinin aşının yerine alabileceğini dűřündükleri görölmektedir. Aşının içeriği ve sayısı da önemli engelleyici faktörlerdir. Son zamanlarda aşı reddinin temelini de bu tartışmalar oluşturmaktadır(Badur 2011, DSÖ 2013, Hausman ve ark 2014, ECDC 2015, Azap 2018). Aşı yerine hastalıkların geçirilmesi daha iyi bağışıklık sağlar önermesine katılım oranı çocuk sağlığı açısından olumsuz tabloları ortaya çıkabilir. Engel algısının ortadan kaldırılmasında bulaşıcı hastalık ve aşularla ilgili bilgilerin topluma ulaştırılması önemli bir stratejidir.

Sağlık sorumluluğu alanında toplum sağlığı için aşının gerekliliği olduğunu dűřünme ve buna bağlı olarak da kendi çocuk ya da torunlarına aşı yaptıracaklarını söyleme oranları yüksektir. Ancak yine de bu önermelere olumsuz yanıt veren

bireylerin tutum ve davranışlarının olumlu yönde değiştirilmeye çalışılması toplum sağlığının korunması için önemlidir. Kırsal bölgede yaşayan bireylerin eğitim düzeyinin düşüklüğünden, olanakların yetersizliğinden teknolojiyi yakından takip etmemesine bağlı aşılarda ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip edeceği önermesine katılım oranı ise düşüktür. Ama bunlara rağmen aşılarda hakkında sağlık personelinde bilgi almak isteyenlerin oranı ise oldukça yüksektir. Bunu da toplumun aslında bilgilenmek istediğini fakat bu bilgiyi kendi çabasıyla değil de toplumda bir statüsü olan, güven veren bir sağlık personelinde almak istediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada bireyler bebeğinin tavsiye edilen programa göre önerilen aşılarda almasının çok önemli olduğunu ve tavsiye edildiği gibi olacak bebeğine aşı yaptırmayı planlayanların oranı yüksek bulunmuştur(Weiner ve ark 2015). Bununla birlikte çocukluk çağı aşılarda önemi, çocukluk çağı aşılarda olan güven ve aşılarda niyetlerine ilişkin algılarda aşı bilgisiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Aşı yaptırmada oranları ne kadar yüksek olsa da gün geçtikçe aşılarda reddeden bir kitle oluşmaktadır. Literatüre baktığımızda bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti sunan yerlerdeki sağlık personelinde bilgi almak istediği görülmektedir (Akıs ve ark 2011, Gundogdu ve Gundogdu 2011, Weiner ve ark 2015, Chow ve ark 2017). Aşı reddinin giderek arttığı günümüzde sağlık profesyonellerinin aşı tutumunda önemli bir rolü olduğu görülmektedir.

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinde bireylerin inanç ve davranışları duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve sağlık motivasyonun yer aldığı beş alt boyutta açıklanmaktadır (Bkz. Çizelge 3.4). Sağlıklı davranışları benimsemelerde insanlar üzerinde güçlü bir etkiye sahip olan algılarda bir tanesi duyarlılıktır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranış gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz ve ark 2008). Ciddiyet kavramı bireyin bir hastalığın sonuçlarına karşı oluşan ciddiyet veya şiddeti kendisinin nasıl algılandığıdır. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayanmakla birlikte bireyin hastalığının neden olduğu sıkıntılarda veya genel olarak hayatındaki etkileri sonucu sahip olduğu inançlarda da kaynaklanabilmektedir. Yarar alt boyutu kişiyi hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın kendisinde oluşturacağı yararı göstermektedir. Engeller ise sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın uygulanmasını engelleyen ya da davranışı zorlaştıran faktörlerle ilgili olan

bir algıdır. Sağlık motivasyonu alt boyutu ise bireyin genel anlamda sağlığa duyulan ilgi, merak, kişinin sağlığına verdiği değer olarak davranışı uygulamak için motivasyonunun olduğunu ve amacına ulaşmak için daha çok çaba göstereceğini belirten bir durumdur (Champion ve Skinner 2008). Bu çalışmada bireylerin algılarının orta düzeyin biraz üzerinde duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısına sahip olduğu; sağlık sorumluluğu algısında ise yüksek bir düzeye sahip olduğu görülmektedir. Bu özellikleri kırsal alanda aşı reddi ya da karasızlığının önlenmesi için motivasyonu yüksek bir grubun olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Ancak modelin en güçlü belirleyicisi, algılanan engellerdir. Toplum düzeyinde baktığımız zaman aşı tutumunda da engelleyici faktörlerin bireylerin davranışlarında önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Çalışmamıza göre de bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi sahibi olmamaları aşı tutumunda engelleyici olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Toplum tarafından aşı tutumu ile ilgili aşı reddinin artmasında bireylerin duyarlılıklarının yüksek olmasına rağmen yarar ve ciddiyet alt boyutlarında eksikliklerden dolayı engelleyici faktörlerin ön planda olduğu görülmektedir. Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları doğrultusunda koruyucu bir sağlık davranışı olan aşı tutumu incelendiğinde aşı reddinin yaşandığı, toplumun düzeyinin kentsel alanda kötü olmasına rağmen kırsal alanda da geliştirilmesi gerektiği görülmektedir.

Çalışmada bireylerin yaşının Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin duyarlılık, engel, sağlık sorumluluğuna ait alt boyutlarında önemli bir belirleyici olduğu belirlenmiştir. Yaşın artması duyarlılık ve sağlık sorumluluğu puanını düşürürken engel puanını artırmaktadır. Çalışmaya 18-65 yaş arası bireyler dahil edildiğinden dolayı ilerleyen yaşlarda çocuk sorumlusunun fazla olmamasından duyarlılık ve sağlık sorumluluğu puanının düşük çıkması, bu durumun aşı tutumunda da engelleyici bir faktör olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamıza benzer olarak Yaprak ve ark (2005) çalışmalarında anne yaşının aşılama önemli olduğunu bulmuştur.

Sağlık güvencesinin olmaması hem duyarlılık hem de ciddiyet puanı negatif yönde etkilemektedir. Bunu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz

verilmesinden dolayı sağlık güvencesi olmayanların da bu hizmetlerden faydalanmasına bağlı duyarlılık ve ciddiyet puanının etkilenmemesi beklenirken; aslında sağlık güvencesinin olmaması genel olarak bireyleri sağlık sisteminden uzak tutma özelliğinden dolayı negatif etkilemektedir. Sağlık güvencesinin olmaması çalışmamızdan farklı birçok çalışmada aşılarmayı olumsuz etkilemektedir (Ayçiçek 2004, Şimşek ve ark 2010, Sharma ve ark 2013, Tagbo ve ark 2014).

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin yarar alt boyutu için yaşanan yerin köy olması; yarar puanını pozitif etkilerken sağlık sorumluluğunu negatif yönde etkilemektedir. Kırsal alanda yaşamının bir dezavantajı olarak bireyler sağlık hizmetlerine kolay ulaşamamakta ve ücretsiz yapılan aşılama hizmetlerinin yararlanmak istemektedir. Bu nedenle bu tablo ortaya çıkmış olabilir.

Medeni durumun bekar olması yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarını negatif yönde etkilemektedir. Bekar olan bireylerin herhangi bir çocuk sorumluluğu anlamayışından hem de bu konunun bekarlar tarafından bilincinde olunmadığından, önemli görülmediğinden engelleyici bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Kırsal alanda eğitim düzeyinin düşük olması, çocuk bakım ve sorumluluğunun annede daha fazla olmasından dolayı bekar ve erkek olmak aşı tutumunda engel puanını artırmaktadır.

Aşının toplum için zorunluluk olması gerektiğini düşünme duyarlılık, ciddiyet, yarar puanını artırmakta; sağlık sorumluluğunu olumlu etkilemekte ve engel puanını düşürücü bir etkiye sahiptir. Buradan yola çıkılarak kırsal bölgedeki bireyler tarafından zorunlu aşılamaya karşı kabul edilmiş bir durum mevcuttur. Ne kadar gündemde bununla ilgili zıt görüşler olsa da kırsal bölgeyi bu durumun çok fazla etkilemediğini görmekteyiz. Ayrıca toplumun aşının neden zorunlu olduğunu anlatmak ve halkın bunu benimsemesini sağlamak bu alandaki en önemli strateji olmalıdır. Bu aşı zorunluluğu ilgisi bireyin sağlık inançlarının hepsini istedik düzeye getirmektedir.

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin ciddiyet, yarar, engel, sağlık sorumluluğu alt boyutlarında önemli bir belirleyici çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama durumudur. Çocukluk çağı dışında aşı yaptırmama aşılarla

karşı tutumu etkileyerek engelleyici olmaktadır. Literatürde bireylerin çocukluk çağı dışında gebelikte yapılan tetanoz aşısı haricinde grip, pnömokok gibi aşıları yaptırmalarının yaygın olmaması toplum tarafından duyarlılığın düşük olduğu görülmektedir (Öztürk 2012, Bağışıklama Rehberi 2016). Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık inanç Modeli kullanarak yapılan çalışmalarda ise aşılanmayan yetişkinlerin aşılananlara göre grip konusunda daha duyarlı oldukları görülmektedir. (Blue ve Valley 2002, Shahrabani ve ark 2009, Erkin 2010).

Aşılarının farkında olmama ve eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlı bilgisizlikten kaynaklı sağlık sorumluluğu alt boyutu puanını düşürmektedir. 0-6 yaş çocuğa sahip olmama bireylerin kendi çocuk sorumluluğunu almamasına bağlı farkındalıklarının düşük olması da aşı tutumunda engel alt boyutu puanını düşürücü bir etkiye sahiptir.

Bu belirleyiciler yanı sıra yapılan diğer çalışmalarda annenin bilgi düzeyi, eğitim durumu ve gelir düzeyi aşı tutumunda anlamlı bulunmuştur (Ayçiçek 2004, Kurçer ve ark 2005, Şengül ve ark 2005, Yaprak ve ark 2005, Derince 2006, Seren ve ark 2006, Şimşek ve ark 2010, Sharma ve ark 2013, Tagbo ve ark 2014, Kürtüncü ve ark 2017). Ancak kırsal alanda olanakların, ulaşımın ve bilginin daha önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma sorularına dayalı olarak şu sonuçları içermektedir:

1. Kırsal alanda yaşayan bireylerin düşük eğitim düzeyine sahip olduğu düzenli gelir getirici bir işte çalışmadığı, ekonomik algılarının orta düzeyde olduğu, sağlık güvencesine sahip olmayan bir grubun olduğu ve yaklaşık dörtte birinin sağlık hizmetine ulaşma sorunu yaşadığı bulunmuştur.
2. Kırsal alandaki bireylerin aşı ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde büyük bir kısmının çocukluk dönemi aşılarını duyduğunu ve farkında olduğu, buna rağmen bireylerin üçte birinin aşı ile ilgili tartışmaların farkında olmadığı, yetişkin aşı yaptırma oranının gebelikte yapılan tetanoza bağlı olduğu düşünülürse yüksek olmadığı, aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmasını isteyenlerin oranın yüksek olduğu bulunmuştur.
3. Kırsal alan katılımcıların önemli bir çoğunluğunun aşının bulaşıcı hastalıkları önlemede önemli bir yöntem olduğu konusunda hem yüksek duyarlılığa hem de yarar alt boyutunda yüksek katılıma sahiptir olduğu görülmektedir.
4. Kırsal alanda bireyler, aşı yapılmaması durumunda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkarabileceği olumsuz sonuçlara odaklanmakta ve bu da aşı tutumuna olan ciddiyeti artırdığı bulunmuştur.
5. Aşının bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yol olduğuna ve bebek/çocuklara yapılan aşuların uzun inceleme, araştırmalar sonucunda karar verildiğine katılım oranlarında da görece bir düşüklük bulunmuştur.
6. Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği engel alt boyutunda aşının dini inançlara uygun olmadığına katılanların oranı en düşükken, en yüksek kalıtım oranı bebek/çocuklara önerilen aşular hakkında bilgi sahibi değilim önermesinin olduğu belirlenmiştir.
7. Sağlık sorumluluğu alanında toplum sağlığı için aşının gerekliliği olduğunu düşünme ve buna bağlı olarak da kendi çocuk ya da torunlarına aşı yaptıracaklarını söyleme oranları yüksek bulunmuştur.
8. Kırsal bölgede yaşayan bireylerin eğitim düzeyinin düşüklüğünden, olanakların yetersizliğinden teknolojiyi yakından takip etmemesine bağlı

aşılarda ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip edeceği önermesine katılım oranı ise düşük bulunmuştur.

9. Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları doğrultusunda koruyucu bir sağlık davranışı olan aşı tutumu incelendiğinde aşı reddinin yaşandığı, toplumumuzun düzeyinin kentsel alanda kötü olmasına rağmen kırsal alanda da pek iyi olmadığı bulunmuştur.

5.2. ÖNERİLER

- Bulaşıcı hastalıklara sebebiyet veren etkenler hakkında ailelerin bilgilendirilmesi, hastalıkları önleme ve tedavi yöntemlerinin nasıl işlediğinin ve etkililiklerinin, yani bilimsel gerçeklerin karşılaştırılarak kırsal bölge toplumuna anlayabileceği biçimde anlatılmasıyla ailelerin aşılara yaklaşımının pozitif yönde etkilenmesi,
- Aşılama engellerinin daha kolay aşılmasının sağlanmasında toplumlarda aşılara yönelik çekingenliğe sebebiyet verebilen sosyal normlar belirlenmesi ve aşı konusunda doğru bilgilendirme yapılması,
- Aşılamanın getirileri düşünüldüğünde, herhangi bir olumsuzluk konusunda ortaya atılacak savların özenle irdelenmesi; hem basın organlarının hem de sağlık çalışanlarının konunun hassasiyetini unutmaksızın söylevlerinde daha dikkatli ve duyarlı olması,
- Devlet liderleri, ünlü kişiler ve dini liderler gibi kitleler üzerinde etki yaratabilen kişilerin aşılara yönelik tutumları ve uygulamaları, toplumun aşı kabulünü ve çekingenliğini doğrudan etkilediğinden bu kişiler daha duyarlı olması,
- Televizyon ve sosyal medya araçları aşılara yönelik olumlu ya da olumsuz tutumların ve geniş çevreleri etkileyecek platformların oluşmasına neden olduğundan medya yoluyla, bağışıklamanın faydaları konusunda kamuoyunun farkındalığının artırılması,
- Sağlık hedeflerine ulaşılabilmesi ve sağlık halinin sürdürülebilirliğinin sağlanması için bağışıklamada oluşturulan politikalar ve koyulan yasaların tekrar gözden geçirilmesi,
- Aşı zorunluluğu konusunda toplumun ikna edilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Akın L, 2015a. Bağışıklama. In: Halk sağlığı temel bilgiler. Eds: Akın L, Güler Ç. Ankara: Hacettepe yayınları, s. 978-91.
- Akın L, 2015b. Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Akın L, Güler Ç. Ankara: Hacettepe Yayınları, s. 1354-60.
- Akıs S, Velipasaoğlu S, Camurdan AD, Beyazova U, Sahnı F, 2011. Factors associated with parental acceptance and refusal of pandemic influenza A/H1N1 vaccine in Turkey. *European journal of pediatrics*, 170, 9, 1165-72.
- Aksakoğlu G, 1983. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri. 3, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Ankara, s. 16.
- American Academy of Pediatrics, 2013. Immunization resources: addressing common concerns of vaccine--hesitant parents. Updated July.
- Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff T, 2008. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 2, 140-6.
- Argüt N, Yetim A, GöKÇAY G, 2016. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler. *Çocuk Derg*, 16, 1-2.
- Arısoy H, 2013. Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arvas A, 2012. Çocuklarda Bağışıklamanın Önemi. *Klinik Gelişim*, 25, 1-3.
- Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P, 2013. Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines. *Turkish Journal of Family Practice*, 17, 3, 113-8.
- Ayçiçek A, 2004. Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları. *Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi*, 47, 183-8.
- Aytaç N, 2017. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş ve Korunma In: Temel Halk Sağlığı. Eds: Akbaba M, Demirhindi H: Akademisyen Kitabevi, p. 157-75.
- Azap A, 2018. Aşı dosyası-enfeksiyon,9 maddede, aşı karşıtlarının iddiaları ve gerçekler. *Herkese bilim teknoloji dergisi*, 104, 12-3.
- Badur S, 2011. Aşı Karşıtı Gruplar Ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar. *Ankem Dergisi*, 25, 2, 82-6.
- BağışıklamaRehberi E, 2016. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu.
- Bal MD, 2014. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi.
- Baysal HY, Türkoğlu N, 2013. Evaluation of health beliefs and knowledge levels on protection from colorectal cancer in individuals Bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10, 1, 1238-50.
- Bilir Göksüğü S, 2006. Annelerin aşı bilgi düzeyleri, çocukların aşılanma durumu ve bunları etkileyen faktörler, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul.
- Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P, Campbell H, Walker CF, Cibulskis R, 2010. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *The lancet*, 375, 9730, 1969-87.
- Blue CL, Valley JM, 2002. Predictors of influenza vaccine: acceptance among healthy adult workers. *Aaohn Journal*, 50, 5, 227-33.
- Bozkurt HB, 2018. Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 8, 1, 71-6.
- Brunson EK, 2013. How parents make decisions about their children's vaccinations. *Vaccine*, 31, 46, 5466-70.
- Bülbül M, Ergüven M, Yasa O, Tombalak NA, 2013. Sağlam çocuk polikliniğimize başvuran çocukların rutin aşı ve diğer aşıların uygulama oran ve düzeninin değerlendirilmesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 28, 4, 171-8.
- Cankardaş S, Tosun A, 2016. Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Gençlerde Kondom Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Türk Psikoloji Dergisi*, Haziran, 31, 77, 31-41.
- Ceyhan M, 2013. Pediatrik Aşılarda Güncel Yaklaşımlar. *Ankem Dergisi*, 27, 2, 33-7.
- Champion V, Skinner C, (2008). *The Health Belief Model. Health behaviour and health education; theory, research, and practice.* Edited by: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. , San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Chow MYK, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J, 2017. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. *Australian family physician*, 46, 3, 145.

- Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz H, Bolışık B, 2013. Pediatri Hemşireliği, Ankara, Akademisyen Kitabevi, s. 755-761.
- Conner M, Norman P, 2005. Predicting health behaviour, McGraw-Hill Education (UK), p.
- Çapık C, 2013. Prostat kanseri taramalarına katılımda engel algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi, 16, 2, 185-91.
- Çapık C, Gözüm S, 2011. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. European Journal of Oncology Nursing, 15, 5, 478-85.
- Çiçek Z, 2012. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesi ilaç kullanımı üzerine etkisi, Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B, 2012. Astım hastalarının sağlık inanç modeline dayalı algı ve tutumları ile tedavi başarısına yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11, 1, 87-96.
- De Wet H, Ramulondi M, Ngcobo Z, 2016. The use of indigenous medicine for the treatment of hypertension by a rural community in northern Maputaland, South Africa. South African Journal of Botany, 103, 78-88.
- Derince D, 2006. Eskişehir İli İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bağışıklama Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Dığrak E, Koçoğlu D, Akın B. Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 5.3.
- Doğan U, Atay E, Öztürk M, Yurdagül G, 2016. Öğrencilerin kendi kendine testis muayenesi ile ilgili yaklaşımları. GÜSBD, 5, 3, 39-45.
- DSÖ, 2013. The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy. Erişim tarihi 03.01.2018. Erişim adresi, http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.
- DSÖ, 2017a. The top 10 causes of death. Erişim tarihi 01.01.2018. Erişim adresi, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>).
- DSÖ, 2017b. Vaccines and immunization. Erişim tarihi . Erişim adresi. Erişim tarihi 01.01.2018. Erişim adresi, (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/>).
- Dursun P, Kuşçu E, Zeyneloğlu HB, Yanık FB, Ayhan A, 2009. 10-15 yaş arası adölesan çocuğu olan annelerin hpv aşısı hakkındaki bilgi ve tutumları. J Turk Soc Obstet Gynecol, 6, 3, 206-10.
- European Center for Disease Prevention and Control, 2015. Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate. Stockholm. Erişim tarihi 03.01.2018. Erişim adresi.
- Elik Z, 2006. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M, 2014. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Baskı. ISBN, 978-605.
- Erkin Ö, 2010. Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı Olma Durumları Ve Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık inanç Modeli Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gençer MZ, Alicioğlu F, Arıca S, Arıca V, 2015. 24-72 ay çocukları olan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve rutin dışı aşılarda hakkındaki bilgi düzeyleri: doğu-batı karşılaştırması. Konuralp Tıp Dergisi, 7, 3, 141-5.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, 2008. Health behavior and health education: theory, research, and practice, John Wiley & Sons, p.
- Görak G, Savaşer S, Yıldız S, 2011. Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, p. 17-38.
- Gözüm S, Çapık C, 2014. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 3, 230-7.
- Greenwood CS, 2008. Çocuk yaş grubundaki yolcularda bağışıklama ile ilişkili konular. Expert Review of Vaccines, 2, 3, 123-35.
- Gundogdu Z, Gundogdu O, 2011. Parental attitudes and varicella vaccine in Kocaeli, Turkey. Preventive medicine, 52, 3, 278-80.

- Guvenc G, Akyuz A, Açikel CH, 2011. Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 67, 2, 428-37.
- Güçlü S, Uysal M, 2011. Kırsal Bölgelerde Yaşayan Kadınlara Verilen Sağlık Eğitimi Programının Yetişkin Eğitimi Açısından Değerlendirilmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 34, 34, 133-45.
- Güler Z, Güler N, Özsel D, 2016. Kırsal Kesimde “Yaşlı Kadın” Olmak. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 1, 2, 201-15.
- Gürsoy ŞT, Öcek ZA, 2007. Bağışıklamanın Ekonomik Analizi. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*, 21, 4, 217-23.
- Hasanoğlu E, 2013. Pratik aşı bilgileri, Ankara, Güneş Tıp Kitabevî, s. 21-25.
- Hausman BL, Ghebremichael M, Hayek P, Mack E, 2014. ‘Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff’: The rhetorical ecology of vaccination concern. *The Yale journal of biology and medicine*, 87, 4, 403.
- Haverkate M, D’Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco P, Cozza V, Appelgren E, 2012. on behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Euro Surveill*, 17, 22, 20183.
- Hekimoğlu CH, 2016. Aşı epidemiyolojisi: Aşı ve aşılamanın etkileri için epidemiyolojik ölçütler. *Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 73, 1.
- İkinci S, Birengel S, Çalışkan D, Akdur R, 2012. AÜTF İbni Sina Hastanesi’nde Hekim ve Hemşirelerin Mevsimsel Grip/Aşısı ile İlgili Tutum ve Davranışları. *STED*, 21, 1-9.
- İşler A, Işık Esenay F, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G, 2007. Annelerin aşılama konusundaki bilgi ve davranışları. *Ege Pediatri Bülteni*, 14, 1, 1-6.
- Kahraman F, 2015. 40 yaş üzeri bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inanç ve tutumları, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Karacaer Z, Öztürk İİ, Çiçek H, Şimşek S, Duran G, Görenek L, 2015. Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 14, 5, 353-63.
- Karayurt O, Dramal A, 2007. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30, 1, 69-77.
- Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K, 2008. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 4, 1, 15-20.
- Köksal İ, 2017. Erişkin aşılama sorunu. 7. Ulusal aşı sempozyumu, Ankara, 282.
- Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Günel R, 2005. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2, 2, 10-5.
- Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır Ö, 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.
- Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, Lwanga S, 2000. Under the title adequacy of sample size in health studies by World Health Organization (translated: S.Oğuz Kayaalp). 2000, Ankara, Hacettepe Taş, p.
- Liau A, Zimet GD, Fortenberry JD, 1998. Attitudes about human immunodeficiency virus immunization: the influence of health beliefs and vaccine characteristics. *Sexually Transmitted Diseases*, 25, 2, 76-81.
- MacDougall DM, Halperin BA, Langley JM, McNeil SA, MacKinnon-Cameron D, Li L, Halperin SA, 2016. Knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors of pregnant women approached to participate in a Tdap maternal immunization randomized, controlled trial. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 12, 4, 879-85.
- Medimagazin, 2017. Aşığı reddeden aile sayısı arttı! , Erişim tarihi 22.12.2017. Erişim adresi, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-asiyi-reddeden-aile-sayisi-artti-11-681-75620.html>.
- Mergler MJ, Omer SB, Pan WK, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, Taylor J, Patricia deHart M, Carter TC, Damico A, 2013. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. *Vaccine*, 31, 41, 4591-5.
- Midyat L, Egemen A, 2007. ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI VE THİOMERSAL. *Ege Pediatri Bülteni*, 14, 1, 53-62.

- Olgun N, Altun ZA, 2012. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19, 2, 46-57.
- Öz F, 2004. Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj, p.
- Özen M, Doğan N, 2012. Aşı-Hastalık İlişkisi: Söylenti mi, Gerçek mi? Klinik Gelişim, 25, 16-20.
- Özkan Ö, Çatıker A, 2006. Bolu il merkezindeki çocukların aşıllık durumları ve engelleri. Sted, 15, 10, 171-8.
- Öztürk R, 2012. Erişkinde Bağışıklama. Klinik gelişim, 25, 1, 49-59.
- Reiter PL, Brewer NT, Gottlieb SL, McRee A-L, Smith JS, 2009. Parents' health beliefs and HPV vaccination of their adolescent daughters. Social science & medicine, 69, 3, 475-80.
- Rohleder P, 2012. Critical issues in clinical and health psychology, Sage, p.
- Sağlık Bakanlığı, 2009. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genelge, 17.
- Sağlık Bakanlığı, 2011. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. . Deniz Matbaacılık, Ankara.
- Saitoh A, Nagata S, Saitoh A, Tsukahara Y, Vaida F, Sonobe T, Kamiya H, Naruse T, Murashima S, 2013. Perinatal immunization education improves immunization rates and knowledge: a randomized controlled trial. Preventive medicine, 56, 6, 398-405.
- Schneeberg A, Bettinger JA, McNeil S, Ward BJ, Dionne M, Cooper C, Coleman B, Loeb M, Rubinstein E, McElhaney J, 2014. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviours of older adults about pneumococcal immunization, a Public Health Agency of Canada/Canadian Institutes of Health Research Influenza Research Network (PCIRN) investigation. BMC Public Health, 14, 1, 442.
- Seren LP, Bozaykut A, İpek İÖ, Sezer RG, 2006. 2-Hastanede yatan süt çocuklarında rutin aşılanma oranları. Bakırköy Tıp Dergisi, 2, 7-10.
- Seven M, Güvenç G, Şahin E, Akyüz A, 2015. Attitudes to HPV vaccination among parents of children aged 10 to 13 years. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 28, 5, 382-6.
- Shahrabani S, Benzion U, Din GY, 2009. Factors affecting nurses' decision to get the flu vaccine. The European Journal of Health Economics, 10, 2, 227-31.
- Sharma B, Mahajan H, Velhal G, 2013. Immunization coverage: Role of sociodemographic variables. Advances in preventive medicine, 2013.
- Şimşek Z, İnacı İH, Koruk İ, SHERMATOV K, 2010. Vaccination status in children aged 12-23 months and predictors in Şanlıurfa. Türkiye Klinikleri Pediatri, 19, 1, 20-9.
- Şengül AM, Asena OB, Altuntaş Y, 2005. Bir Hastane Polikliniğinde Tedavi Gören Çocuklarda Rutin Aşıların Yapılma Oranları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 9, 1, 20-5.
- Tagbo BN, Eke CB, Omotowo BI, Onwuasigwe CN, Onyeka EB, Mildred UO, 2014. Vaccination coverage and its determinants in children aged 11-23 months in an Urban District of Nigeria. World Journal of Vaccines, 4, 04, 175.
- Taşar MA, Dallar YB, 2015. Ankara'da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatlarının irdelenmesi. TAF Prev Med Bull, 14, 4, 279.
- Temur T, 2003. Okunabilirlik (Readability) Kavramı. Türklük Bilimi Araştırmaları, 13, 13, 169-80.
- TNSA, 2014a. TNSA 2013 Raporu, Çocukların yaşa göre aşılanma durumu. 174-7.
- TNSA, 2014b. TNSA 2013 Raporu, sosyodemografik özellikler. 5-20.
- Topaç O, 2016. Bağışıklamada Güncel Durum. 4.Ulusal Pediatri Kongresi 16-19 Kasım 2016/Antalya.
- Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tekin M, Saçar S, Peker E, Şahin EM, 2013. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ailelerinin influenza aşısı hakkındaki düşünceleri. International Journal of Clinical Research, 1, 1, 10-3.
- TÜİK, 2016. Türkiye Sağlık Araştırması 2016.0-6 Yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı. 41.
- TÜİK, 2017. Erişim tarihi 02.01.2018. Erişim adresi, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>.
- Türel Ö, McIntosh D, Bakir M, 2008. Cost-effectiveness of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine (pvc) including herd protection in Turkey. Value in Health, 11, 6, A436.
- Türk S, 2015. Kolon kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarının 'Sağlık inanç modeline' temellendirilerek incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Usluer G, 2005. Profilaksi El Kitabı. In: Ankara: Bilimsel Tıp Kitabevi. Eds: Leblebicioğlu H, Ünal SA, p. 183-97.

- Uzuner A, Akman M, Altıokka Ö, Çelik U, Abubeker İ, Varol A, 2005. Yeni doğum yapmış annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi düzeyi. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 14, 1, 1-9.
- Üner S, Özelçi P, Çom S, Kosdak M, Mollahaliloğlu S, Erkoç Y, 2012. Türkiye’ de seçilmiş dört il merkezinde yaşayan 12-23 ay arasındaki çocuklarda aşılama oranları: lot kalite araştırması sonuçları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32, 4, 952-62.
- Ünver Ulusoy T, Tanyel E. Üniversite hastanesinde doktorların grip, soğuk algınlığı, grip aşısı ve antimikrobiyal kullanımı hakkındaki bilgi düzeyleri, algı, tutum ve davranışları. *Klinik Dergisi*, 71-7.
- Valiquette JR, Bédard P, 2015. Community pharmacists' knowledge, beliefs and attitudes towards immunization in Quebec. *Can J Public Health*, 106, 3, 89-94.
- Vogel C, Funk M, (2008). *Measles quarantine—the individual and the public*, Oxford University Press Oxford, UK.
- Wagner AL, Boulton ML, Sun X, Mukherjee B, Huang Z, Harmsen IA, Ren J, Zikmund-Fisher BJ, 2017. Perceptions of measles, pneumonia, and meningitis vaccines among caregivers in Shanghai, China, and the health belief model: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 17, 1, 143.
- Weiner JL, Fisher AM, Nowak GJ, Basket MM, Gellin BG, 2015. Childhood immunizations: First-time expectant mothers’ knowledge, beliefs, intentions, and behaviors. *Am J Prev Med*, 49, 6, 426-34.
- Yaprak I, Halıcıoğlu O, Kurun Ü, Çokçeken Okçu S, Akduman İ, 2005. İki-Altı Yaş Çocuklarda Aşılanma Durumu ve Etkileyen Risk Faktörleri. *İzmir Tepecik Hast Derg*, 15, 1, 13-21.
- Yığıtalp G, Ertem M, 2008. Diyarbakır ilinde 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenleri. *TAF Prev Med Bull*, 7, 4, 277-84.
- Yılmaz EA, 2017. The assessment of parents’ opinion about seasonal influenza vaccination in children with asthma. *Asthma Allergy Immunology*, 15, 1-10.
- Yılmaz M, Dereli F, Yelten G, 2016. Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanserine İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13, 3, 226-34.
- Yılmaz M, Durmuş T, 2016. Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. *The journal of breast health*, 12, 1, 18.
- Yılmaz M, Sayın Y, Cengiz HÖ, 2017. The Effects of Training on Knowledge and Beliefs About Breast Cancer and Early Diagnosis Methods Among Women. *European journal of breast health*, 13, 4, 175.
- Zengin EÇ, 2018. Kent ve Kentleşme Sarmalında Türkiye. *Kastamonu University Journal of Economics & Administrative Sciences Faculty*, 20, 1.
- Zimet GD, Fortenberry DJ, Fife KH, Tying SK, Herne K, Douglas JM, 1997. Acceptability of genital herpes immunization: The role of health beliefs and health behaviors. *Sexually transmitted diseases*, 24, 10, 555-60.

7. EKLER

7.1. Ek A:ANKET FORMU

ANKET FORMU

KIRSAL BÖLGE TOPLUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmanın amacı, kırsal alanda yaşayan 18-65 yaş arası bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bazı bilgi, tutum ve davranışlarını sağlık inanç modeline göre değerlendirmektir. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Bu araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayımda sizin adınız geçmeyecektir. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı Hemşire
Zeynep BÜYÜKKARAKURT

Anket No:.....

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1) Anketin yapıldığı yer

1-ASM () 2- Hastane () 3-..... Köyü ()

2) Şuan da yaşadığınız yer?

1-İlçe merkezi() 2-Köy ()

3)Yaşınız

4)Cinsiyetiniz

1- Erkek () 2- Kadın ()

5) Medeni durumunuz nedir?

1- Evli () 2- Bekar() 3-Boşanmış/Dul ()

6) 0-6 yaş arası çocuğunuz ya da torununuz var mı?

1- Evet () 2- Hayır ()

7) Eğitim düzeyiniz nedir?

1- Okur-yazar değil () 2-Okur-yazar() 3- İlkokul Mezunu()
4- Ortaokul Mezunu() 5- Lise Mezunu () 6-Üniversite Mezunu ()

8)Mesleğiniz nedir?

1- Çalışmıyor () 2-Memur() 3-Emekli()
4- İşçi () 5-Serbest meslek ()

9) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

1-Evet () 2-Hayır ()

10) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1-Çok iyi () 2-İyi () 3-Orta () 4-Kötü () 5-Çok kötü ()

11) Sağlık kurumuna ulaşım sorunu yaşıyor musunuz?

1- Evet () 2- Hayır()

B. Çocukluk Çağı Aşılara İlişkin Görüşler

12) Çocukluk çağı aşılarını duydunuz mu?

1-Evet () 2-Hayır ()

13)Çocukluk çağı aşıları hakkında bilgiye nereden duydunuz? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

- 1- Hekim ()
- 2- Hemşire/Ebe ()
- 3- TV/Radyo/Gazete/Dergi ()
- 4- İnternet ()
- 5- Yakın Çevre ()

14)Çocukluk çağı dışında hiç aşı yaptırdınız mı? Evet ise hangi aşılar belirtiniz.

1.Evet (.....) 2.Hayır ()

15)Son dönemde aşı ile ilgili yapılan tartışmaları ve çıkan haberleri duydunuz mu?

1- Evet () 2- Hayır()

16) Ülkemizde aşı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili önermelerden hangisi size daha uygundur?

- 1-Aşı uygulamasında yasal zorunluluk olmalı, her doğan bebek/çocuğa zorunlu olarak aşı yapılmalıdır.
- 2- Aşı yaptırma kararı anne/babaya ait olmalı, eğer anne/baba izin vermiyorsa aşı yapılmamalıdır.





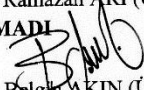
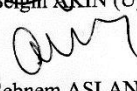

7.2. Ek B: Aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

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

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Bebek/çocuk aşı olursa bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı azalır.					
Bebek/çocuk aşı olmazsa yaşamının her döneminde bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı vardır.					
Çocukluk dönemi aşılarını yaptırmak bebek/çocuk sağlığı için önemlidir.					
Toplumdaki bütün bebek ve çocuklar aşı olursa bulaşıcı hastalıklar azalabilir.					
Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse hastalık ağır geçebilir.					
Aşı yapılmazsa bulaşıcı hastalıklar salgın olarak ortaya çıkabilir.					
Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse büyüme ve gelişme sorunu yaşanabilir.					
Aşı olmayan bebek/çocuklar bulaşıcı hastalık geçirirse sakatlık yaşayabilir ya da yaşamını kaybedebilir.					
Bebek/çocuklara aşılarını yaptırmak onları bulaşıcı hastalıklardan korur.					
Bebek/çocuğa aşılarını yaptırmak diğer çocukları ve toplumdaki bireyleri bulaşıcı hastalıklardan korur.					
Bebek/çocuğa aşı uygulamak, bulaşıcı hastalığın neden olduğu ekonomik ve işgücü kaybını önler.					
Bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgi sahibi değilim. (hangi tür aşıların olduğunu ve aşıların nerede, ne zaman, nasıl yapıldığı gibi)					
Bebek/çocuklar düzenli olarak sağlık kontrolünden geçerse aşı olmasına gerek yoktur.					
Günümüzde bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındığı için bebek ve çocukların eskiye göre daha az aşılanmaya gereksinimleri vardır.					
Bebek/çocukluk döneminde yapılan aşıların sayısının ve çeşidinin fazla olmasının zararlı olduğunu düşünüyorum.					
Aşı yaptırmamanın dini değerlerim açısından bazı sakıncaları olabileceğini düşünüyorum.					

Aşıların içindeki bazı maddelerin bebek/çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.					
Anne sütünü düzenli alan bebeklerin aşılınmalarına gerek yoktur.					
Aşı yerine hastalığın geçirilmesi daha iyi bağışıklık sağlar.					
Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yoldur.					
Bebek/çocuklara yapılan aşılar uzun inceleme ve araştırmalar sonucunda karar verilmiştir.					
Aşı içerikleri bebek/çocuk sağlığına zarar veren maddeleri içermez.					
Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşı takvimi her anne-baba tarafından takip edilmelidir.					
Toplumun bir bireyi olarak bebek /çocukluk dönemine ait aşıları çocuğuma ya da torunuma yaptırım.					
Toplumun sağlığının yükseltilmesi için bebek/çocukların hepsi aşılanmalıdır.					
Aşılarla ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip ederim.					
Aşılar hakkında sağlık personelinden bilgi almak isterim.					

7.3. Ek C: Etik Kurul Onayı

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Sayı: 557		Tarih: 28.03.2018
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU		
Toplantı tarihi:	28.03.2018	
Toplantı no:	03	
Proje no:	557	
Karar no:	2018/104	
<p>Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Deniz TANYER'in "Kırsal Bölge Toplumunun Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumlarının Sağlık İnanc Modeline Göre Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma proje önerisi, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.</p>		
 Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)		 Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)
Prof. Dr. Ramazan ARI (Üye) KATILMADI		Yrd. Doç. Dr. Emel FİLİZ (Üye)
 Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)		Yrd. Doç. Dr. Hacer Alan DİKMEN (Üye)
 Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)		Yrd. Doç. Dr. Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)
 Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)		Yrd. Doç. Dr. Ebru BAYRAK (Üye) KATILMADI
Doç. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye) KATILMADI		Yrd. Doç. Dr. Devlet ALAKOÇ PİRİR (Üye)
Doç. Dr. Deniz TANYER (Üye) KATILMADI		Yrd. Doç. Dr. Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)
Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)		Yrd. Doç. Dr. Doğa BAŞER (Üye)

7.4. Ek D: Yazılı Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma.

Dr. Zekiye Özlem YILMAZ

İlgi : 20.04/2018 tarihli müracaatınız,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Uz.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi
Cihaz Hizmetleri Başkanı.

Ek:
Yazı (2 adet)

DAĞITIM :
Ekli Liste

Zekiye Özlem YILMAZ
Hemşire
Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile aynıdır.
30.05/2018

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA
Faks No:(0332)3517268 Bilgi İçin: Sağlık Hizmetleri İzleme Değerlendirme ve
Denetim Birimi.
e-Posta:zekiyeozlem.yilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Bilgi için:Zekiye Özlem YILMAZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0332 310 43 62

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 374a15ad-85f7-4d00-a75e-c933df1b8a8b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek D devam: Yazılı Kurul İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 94723667-006.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzni.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.

Uz.Dr. Tarık ACAR
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi
Cihaz Hizmetleri Başkanı

OLUR
30.05/2018

e-İmzalıdır.
Prof.Dr.Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Zekiye Özlem YILMAZ
Hemşire
Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
30.05/2018

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA
Faks No:(0332)3517268 Bilgi İçin: Sağlık Hizmetleri İzleme Değerlendirme ve
Denetim Birimi.
e-Posta:zekiyeozlem.yilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Bilgi için:Zekiye Özlem YILMAZ
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0332 310 43 62

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 374a15ad-85f7-4d00-a75e-c933df1b8a8b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Konya’ da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Konya’da tamamladı. 2011 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı ve 2015 yılında mezun oldu. Ocak 2012 yılında Konya ili Kadınhanı Refik-Saime Koyuncu Devlet Hastanesine hemşire olarak atandı. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazandı. Halen Kadınhanı Refik-Saime Koyuncu Devlet Hastanesinde hemşire olarak görevini sürdürmektedir.

