

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ
ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA YÖNELİK
BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Güley ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN

KONYA-2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ
ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA YÖNELİK
BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Güley ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN

KONYA-2015

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Güley ARSLAN tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
Selçuk Üniversitesi



Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi



ONAY:

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

Prof. Dr. Hasan Hüseyin Dönmez
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince çalışmalarımnda bilimsel katkıları ile sürekli yanımda olan, zamanını, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN'e,

Bu çalışmada uzman görüşlerinden yararlandığım Prof. Dr. Emine EFE'ye (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi), Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN'a (Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi), Doç. Dr. Ayşegül İŞLER'e (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi), Yrd. Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER'e (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu), Yrd. Doç. Dr. Serap BALCI'ya (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi) ve Uzm. Dr. Aslıhan COŞKUN'a (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı)

Çalışmaya katılmayı kabul eden aile sağlığı elemanlarına,

Tüm eğitim hayatım boyunca bana gösterdikleri destek, ilgi ve güven sayesinde bu günlere gelmemi sağlayan aileme,

Sevgi, hoşgörü ve sabırla bana her zaman büyük destek olan sevgili eşim İlyas'a ve varlığıyla bana güç veren oğlum Furkan'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Güley ARSLAN

KONYA - 2015

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
1.GİRİŞ	1
1.1. Aşı	4
1.1.1. Aşının Tarihsel Gelişimi	4
1.1.2. Aşıların Temel Bileşenleri	7
1.1.3. Aşı Çeşitleri	7
1.2. Bağışıklama	9
1.2.1. Bağışıklama Tipleri.....	10
1.3. İdeal Aşının Özellikleri	10
1.4. Aşılamada Standartlar	11
1.5. Aşıların Aynı Anda veya Farklı Zamanlarda Uygulanması.....	12
1.6. Aşıların Uygulanma Yolları	13
1.6.1. Parenteral yol	13
1.6.2. Oral yol	15
1.6.3. İntranazal yol.....	15
1.7. Aşı Kontrendikasyonları.....	16
1.7.1. Genel aşı kontrendikasyonları.....	16
1.7.2. Canlı aşılar için kontrendikasyonlar	16
1.7.3. Aşılamada yanlış kontrendikasyonlar	16
1.8. Aşıların Yan Etkileri	17
1.9. Türkiye’de ve Konya’da Aşılanma Durumları.....	20
1.10. Ülkemizde Çocuklara Uygulanan Aşılar.....	21
1.10.1. Hepatit B Aşısı	23
1.10.2. Verem Aşısı (BCG) (Basillus-Calmette-Guerin).....	25
1.10.3. Beşli Karma Aşı (Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı [DaBT-İPA-Hib])	26
1.10.4. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA).....	29
1.10.5. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı (KKK)	29
1.10.6. Oral Polio Aşısı (OPA)	30
1.10.7. Erişkin tipi Difteri-Tetanoz Aşısı (Td).....	31
1.10.8. Hepatit A Aşısı	32
1.10.9. Suçiçeği Aşısı.....	32

1.11. Soğuk Zincir	34
1.11.1. Soğuk Zincir Koşulunu Sağlayabilmek İçin Bilinmesi Gereken Kurallar.....	35
1.12. Bağışıklamada Aile Sağlığı Elemanlarının Sorumlulukları	36
1.13. Konu ile İlgili Literatür Bilgisi.....	37
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	42
2.1. Araştırmanın Tipi	42
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	42
2.3. Araştırmanın Evreni	42
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	43
2.4.1. Örnek Seçimi	43
2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri.....	43
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	44
2.5.1. Verilerin Toplanması	44
2.5.2. Veri Toplama Araçları	44
2.6. Ön Uygulama	45
2.7. Değişkenler.....	45
2.7.1. Bağımsız Değişkenler	45
2.7.2. Bağımlı Değişkenler	46
2.8. Verilerin Analizi.....	46
2.9. Etik Boyut.....	46
3. BULGULAR	48
3.1. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular	48
3.2. Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılı ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular	49
3.2.1. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılı ile ilgili bilgi maddelerine verdikleri yanıtlara yönelik bulgular	50
3.2.2. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılı ile ilgili uygulama maddelerine verdikleri yanıtlara yönelik bulgular	54
3.3. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Çocukluk Dönemi Aşılı ile İlgili Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	56

4.TARTIŞMA	60
4.1. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	60
4.2. Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılı ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması	61
4.3. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Çocukluk Dönemi Aşılı İle İlgili Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
5.1. Sonuç	72
5.2. Öneriler.....	73
6. KAYNAKLAR	75
7. EKLER.....	81
EK A: “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” Anket Formu.....	81
EK B: Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
EK C: Etik Kurul İzin Belgesi	87
EK D: S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konusu Karar Yazısı.....	88
EK E: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı İzin Belgesi	89
EK F: Araştırma Öncesi Anket Formu İle İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar	91
EK G: S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konu Başlığı Değişikliği Karar Yazısı	92
EK H: Etik Kurul Proje Başlığı Değişikliği İzin Belgesi.....	93
8. ÖZGEÇMİŞ.....	94

SİMGELER ve KISALTMALAR

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

ASİE: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BCG: Verem Aşısı (Basillus-Calmette-Guerin)

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı (Beşli Karma Aşı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

IM: İntramuskuler

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

OPA: Oral Polio Aşısı

PPD: Purifiye-Protein-Derivesi

R: Rapel (Pekiştirme)

TCT: Tüberkülin Cilt Testi

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşlarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Güley ARSLAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2015

Araştırma; aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşlarına yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma Konya ili merkez ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde aile sağlığı elemanı olarak görev yapan 145 sağlık çalışanıyla Kasım 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında yapıldı. Veri toplama aracı olarak literatür ışığında ve altı uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Veriler, bilgisayar ortamında sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, pearson korelasyon analizi ve t testiyle değerlendirildi.

Araştırmada aile sağlığı elemanlarının yaş ortalamalarının $38\pm 5,58$ yıl, %57,2'sinin lise veya ön lisans mezunu, %43,4'ünün hemşirelik bölümlerinden mezun olduğu, %60,0'ının altı ay ile beş yıl arasında aile sağlığı elemanı olarak görev yaptığı bulundu. Ayrıca aile sağlığı elemanlarının %51,4'ünün aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim aldığı ve yaklaşık yarısının en az bir yıl veya daha önceki yıllarda eğitim aldıkları belirlendi. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşlarına yönelik bilgi durumlarının %25,5-97,2, aşların yerleşimi ile ilgili bilgi durumlarının %42,8-100, çocukluk dönemi aşlarına yönelik uygulamalarının %20-95,9 arasında değiştiği saptandı. Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının hepsi çocuğa uygulanan aşlar hakkında ebeveynleri bilgilendirdiklerini, %95,2'si aşı sonrası oluşabilecek hafif yan etkileri, %89,7'si yan etkilere yönelik müdahaleleri, %98,6'sı ise bir sonraki aşı zamanlarını ebeveynlere anlattıklarını belirtti. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşları ilgili bilgi maddelerinden en az 18, en fazla 35 maddeye doğru yanıt verdikleri tespit edildi. Bilgi puan ortalamaları $26,85 \pm 3,44$ idi. Çocukluk dönemi aşlarına yönelik uygulama durumlarını değerlendiren görsel soruların en az ise dört, en fazla 11 maddeye doğru yanıt verildiği tespit edildi. Ortalama uygulama puan ortalamaları $7,92 \pm 1,21$ idi.

Aile sağlığı elemanının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşları ile ilgili bilgi ve uygulama toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ayrıca aile sağlığı elemanlarının bilgi puan ortalaması ile uygulama puan ortalaması arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlendi ($r=-0,027$, $p=0,743$).

Sonuç olarak; aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşları ile ilgili bilgi ve uygulamalarının yüksek düzeyde olduğu, sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Bilgi durumu ile uygulama durumu arasında herhangi bir ilişki bulunmadı.

Anahtar Sözcükler: aile sağlığı elemanı; aşı uygulamaları; bilgi ve uygulama; çocukluk dönemi aşları; soğuk zincir

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Determination of Family Health Staff Members' Knowledge and Practice towards Childhood Vaccine

Güley ARSLAN
Department of Nursing

MASTER THESIS/ KONYA-2015

This study was done as descriptive in order to determine knowledge and practice towards childhood vaccine of family health staff members. The data were collected 145 health care workers working in family health centers between November 2014 and January 2015. A questionnaire developed by researchers based on literature and six expert opinion was used as a data collection tool. Data were evaluated by number, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson correlation and t tests.

It found that the average age of family health staff members was 38 ± 5.58 years, 57.2% were high school or associate degree graduates, 43.4% were nurses, 60.0% worked as a family health staff members between six months and five years. Additionally, 51.4% received training for vaccination, and approximately half of these received training at least one year or in previous years. Information for general vaccination status of the family health staff members were 25.5-97.2%, information for vaccines to specific practices were 42.8%-100%, practices for childhood vaccines were 20-95.9%. The majority of family health staff members informing parents about the vaccines administered to children (100%), mild side effects that may occur after vaccination (95.2%), interventions for adverse effects (89.7%) and the time of the next vaccine (98.6%). At least 18, maximum 35 of the knowledge items for childhood vaccines were given correct answers. The average knowledge score was 26.85 ± 3.44 . At least four, maximum 11 of the practice items for childhood vaccines were given correct answers. The average knowledge score was 7.92 ± 1.21

According to the demographic and occupational characteristics of family health staff members, the mean scores knowledge and practices related childhood vaccines was not statistically significant difference between the groups ($p > 0.05$). In addition, average practice and knowledge scores of family health staff members was no correlation ($r = -0.027$, $p = 0.743$).

As a result, knowledge and practice towards childhood vaccine of family health staff members were at high level, and there was a significant difference between the groups based on demographic and occupational characteristics. There were not any relationship between the knowledge and practice.

Key words: family health staff member; vaccinations; knowledge and practice; childhood vaccines; cold chain

1. GİRİŞ

Sağlıklı toplumlarda koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem büyüktür (Milli Eğitim Bakanlığı 2013). Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli ayaklarından biri, çocukluk çağı aşılama olup (Noyan ve Aycan 2002, Yalçın 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009, Arvas 2010, Buzgan 2011, Akşit 2012, World Health Organization 2014) aşılama programları sayesinde özellikle bebek ölümleri büyük oranda azaltılmıştır (Alparslan 2008, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013).

Önlenebilir hastalıklardan kaynaklı bebek ölümleri özellikle gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunudur. Aşılamanın başarılı olabilmesi için mümkün olan en erken dönemde ve en kısa zamanda yapılması önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1974 yılında "Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı (GBP)" başlattığından bu yana ulusal bağışıklama programları ile bebek ve çocuk ölüm hızında büyük oranda azalma görülmüştür. Çiçek hastalığı 1979'da eradike edilmiş, poliomiyelitte eradikasyon noktasına yaklaşılmış, kızamık eliminasyonunda önemli mesafe kaydedilmiş ve gelişmekte olan ülkelerin 2/3'ünde yenidoğan tetanozunu elimine edilmiştir (Noyan ve Aycan 2002, Yalçın 2005, Kuyucu 2012, Ulusal Aşı Çalıştay Raporu 2014).

Türkiye 76 milyon nüfusu ve yıllık 1.350.000 canlı doğum sayısı ile gelişmekte olan büyük bir ülkedir. Ülkemizde kızamık aşısı 1970 yılından bu yana uygulanmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2013, Ulusal Aşı Çalıştay Raporu 2014). Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Aşı Kampanyası 1985 yılından itibaren başlatılmıştır. O günden itibaren pek çok yeni aşı geliştirilmiş ve bunlarla ilgili çeşitli öneri ve uygulamalar yapılmıştır (Ulusal Aşı Çalıştay Raporu 2014). Ancak Ulusal Aşı Programlarında uygulanan aşı sayısı uzun yıllar değişmemiş, 1998 yılında Hepatit B aşısının eklenmesi ile yediye yükselmiştir. 2006 yılında programa kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) üçlü karma aşısı ve Hib aşısı eklenmiştir. 2006 yılında IPV ve aselüler boğmacayı içeren beşli kombine aşı ve 2008 yılında konjuge pnömokok aşısı ilave edilerek, önlenen hastalık sayısı 11'e yükselmiştir. DaBT-İPA-Hib aşısı 2008 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Son bir yılda Hepatit A ve suçiçeği

aşılarının da programa eklenmesi ile önlenebilen 13 çeşit hastalık için toplam 21 doz aşı uygulanmaktadır. Ayrıca son yıllarda aşı uygulama oranı da % 97'ye kadar yükselmiştir (TÜİK 2013, Ulusal Aşı Çalıştay Raporu 2014). Ülkemizde aşıya ayrılan bütçe de artış göstermiş olup 2002 yılında 18 milyon TL olan bütçe, 2013 yılı için 467 milyon TL'ye çıkmıştır (Ceyhan 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, Türk ve Türk 2014).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, 2010-2013 yılları arasında 15-26 aylık çocukların tam aşılanmış oranlarının yüzdesi 74'tür. Çocukların, sadece %3'ü hiç aşılanmamıştır. 15-26 aylık çocukların %94'ü tüberküloz (BCG) aşısı ve %90'ı kızamık aşısı olmuştur. 15-26 aylık çocukların %94'ü DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz), %96'sı Hepatit B, %90'ı KPA (Pnömonok) aşılarının ilk dozlarını almışlardır. DBT, Hepatit B ve KPA aşılarını tamamlamayanların oranı azaltılabilseydi tam aşılanma oranları daha yüksek olabilirdi. Bu durum, aşılanma programlarında takip edilmesi gereken çocuk sayısının büyüklüğünü göstermektedir.

Çocukluk döneminde uygulanan aşı sayısının artması ve içeriğinin değişmesi nedeniyle aile sağlığı elemanlarının enfeksiyonlara karşı duyarlı olan çocukların aşılanma programlarını bilme, planlama, uygulama ve soğuk zincir kurallarına uymadaki rolleri de değişmekte ve yenilenmektedir (Bozkurt ve Erdim 2005, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2012). Aşıların istenen immün yanıtı oluşturabilmesi, yüksek derecede koruma sağlaması ve en az yan etki oluşturabilmesi için aşılar, önerilen bölgelerden ve yollardan uygulanmalıdır (Chiodini ve ark 2001, Bozkurt ve Erdim 2005, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2009, Arvas 2012).

Çocukların fiziksel ve fonksiyonel yapıları yetişkinlerden farklıdır. Sağlık profesyonelleri aşılar konusunda bilgilerini kanıta dayalı çalışmalar ve protokollerle güncellemeli, çocuğun küçük bir yetişkin olmadığını, anatomik ve fizyolojik farklılıklarını dikkate alarak aşı uygulamalarını yapmalıdır (Chiodini ve ark 2001, Arvas 2004). Aşıların verilme yolu, dozu ve aşı uygulanacak bölge klinik çalışmalara, uygulamalara ve teorik bilgiye dayalı olarak belirlenmektedir. Uygulama hatasına bağlı olarak aşı sonrası istenmeyen etkilerin görülmesi, ebeveynleri çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmamaya yöneltebilmekte ve eksik aşıları çocukların aşı ile

korunulabilir hastalıklara yakalanmalarına neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009)

Aile sağlığı elemanları güvenli bağışıklamada eğitici, araştırmacı, planlayıcı ve uygulayıcı rolleri ile çocuk sağlığını, dolayısı ile toplum sağlığının korunmasında tartışmasız önemli hizmetler sunmaktadır. Bağışıklama hizmetinin planlanmasından, sonucunun değerlendirilmesine kadar olan bu süreçte sağlık profesyonellerinin aşıların etkinliğinin korunmasında uygun saklama koşullarını bilmesi, aşıları uygun teknikle ve doğru bilgiyle uygulaması son derece önemlidir (Yuan ve ark 1995, Bozkurt ve Erdim 2005, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2012). Bu araştırmanın amacı aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılarına yönelik aşı programları, aşıları planlama, soğuk zincir kurallarına uyma gibi konulardaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve etkileyen faktörleri (yaş, öğrenim durumu, mezun olunan bölüm, çalışma süresi, aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu) incelemektir. Konu ile ilgili literatürler incelendiğinde aile sağlığı elemanlarının çocukluk çağı aşıları konusundaki bilgi ve uygulamalarını değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaların (Özkan 1992, Özen 1997, Mahony ve ark 1999, Enjeksiyon Güvenliği Araştırması 2003, Petousis-Harris ve ark 2005, Al-Ayed ve Sheik 2006, Altıok ve ark 2007, Uzun 2007, Sekreter 2008, Ertem ve Yiğitalp 2010, Karataş ve Çimen 2011, Gözen ve ark 2013, Çetinkaya 2014) bulunması, ülkemizde son yıllarda aşılama oranının %97'lere yükselmesinde etkili olan aile sağlığı elemanlarının yanlış bilgi ve uygulamalarının saptanması araştırmanın önemini artırmaktadır. Bu araştırma sonunda, aile sağlığı elemanlarının aşılar konusundaki bilgileri ile aşı uygulamalarında doğru bölge ve tekniğin kullanılması hakkındaki bilgilerinin belirlenmesi sağlanacaktır. Ayrıca aile sağlığı elemanlarının aşı ve uygulamaları konusunda eğitim gereksinimleri belirlenerek bu konuda bilgilerin güncellenmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırma Soruları

- Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılarına yönelik bilgi ve uygulamaları nedir?

- Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşıları ile ilgili bilgi durumları arasında anlamlı fark var mıdır?
- Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre aşı ile ilgili uygulamaları arasında anlamlı fark var mıdır?
- Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılarına yönelik bilgi durumları ile aşı uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

1.1. Aşı

Aşılar insan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan virüs, bakteri gibi mikroorganizmaların öldürülerek, hastalık yapma özelliklerinden arındırılarak ya da bazı mikroorganizmaların salgıladığı toksinlerin etkileri ortadan kaldırılarak enfeksiyon hastalıklarından korunması için sağlam kişilere verilen biyolojik maddelerdir (Dirican ve Bingel 1993, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü 2008, avuşoğlu 2011, Plotkin 2013). l ya da etkisi azaltılmış bu maddenin vücuda uygun miktarlarda verilmesi sonucu ortaya çıkan immün yanıtta aşılama denilmektedir (Dirican ve Bingel 1993, Kanra 1998). Çocuklarda aşılamanın amacı; yakalanıldığında yan etki, sakatlık ve ölüm olasılığı yüksek olan enfeksiyon hastalığına karşı korumak, sağlanan yüksek aşılama hızları ile aşılanmamış kişilerde o hastalığa karşı bağışıklık sağlamak ve patojen ajanın geçişini azaltarak toplumda hastalığın azalmasını veya kaybolmasını sağlamak, salgınları önlemek ve hastalığın yeryüzünde ortadan kalkmasını sağlamaktır (National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2003, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Güler ve Akın 2006, Arvas 2010, avuşoğlu 2011, Henderson 1995, John ve Samuel 2000, Akt. Arvas 2012)].

1.1.1. Aşının Tarihsel Gelişimi

Aşılamanın tarihi yüzyıllara dayanmaktadır. Yedinci yüzyılda Hintli Budistler yılan zehri içerek, yılan sokmasına karşı bağışık olmayı denemişlerdir. iek aşısı ile ilgili ilk uygulamaların M.S. ikinci bin yılda Orta Asya'dan başladığı, buradan in'e, Hindistan'a ve Türkiye'den geçerek Avrupa'ya ulaştığı düşünülmektedir. 10.

yüzyılda Çinlilerin hastalığı hafif geçiren çocukların burunlarından aldığı cerahatli kabuğu toz haline getirdikten sonra sağlıklı kişilerin burunlarına üfleyerek aşılama yaptıkları bilinmektedir. 1713 yılında Osmanlı'da çiçek aşısı ile ilgili ilk bilimsel yazı Türk yöntemi ile hazırlanan aşığı Avrupa'ya bilimsel olarak tanıtan Emanuel Timonius'tur. Bir Fransız seyyah olan Aubry de la Motraye'nin Kafkaslara yaptığı ziyarette Çerkezlere uygulanan çiçek aşısını Timounius'a anlatması üzerine Timounius konu hakkında bir rapor hazırlamış ve Motraye'ye vermiştir. Motraye 1713 yılında yazılan bu yazığı 1727 yılında Motraye'nin Seyahatnamesi'nin ikinci cildinin son kısmına ekli olarak yayınlamıştır (Ildırım 2003, Aslan 2005, Selçuk 2011).

Avrupa'da ilk aşı 1717'de İstanbul'daki İngiltere elçisinin eşi olan Lady Montague, kendisi de çiçek hastalığı geçirmiş olduğundan, bu aşının İstanbul'da yaygın şekilde kullanıldığını görmüş ve çocuklarını aşılatmıştı. Lady Montague, hem İstanbul'da yazdığı ve tarihe "Şark Mektupları" olarak geçen mektuplarla hem de Londra'ya döndükten sonra bizzat kendisi çiçek aşısını İngilizlere tanıtmıştır (Ildırım 2003, Aslan 2005, Selçuk 2011).

1796'da Edward Jenner İngiltere'de inek çiçeği geçiren hastalarının çiçek hastalığına karşı korunduklarını fark etmiş ve inek çiçeği olan bir hastasının vezikül sıvısını sağlıklı bir kişiye enjekte etmiştir. Daha sonra bu kişiye gönüllü olarak çiçek mikrobi verildiğinde hastanın çiçeğe karşı korunduğu gösterilmiştir. Çalışmalarını 1798'de "Variolae Vaccinae" başlığıyla yayınlayan Jenner, inek çiçeğinin geçişinden sorumlu maddeye Latince inek anlamına gelen vacca'dan yola çıkarak vaccin; aşı, çiçeğe karşı korunmak için yaptığı bu işleme de "aşılama" adını vermiştir. Jenner'ın bu yöntemi kısa sürede benimsenmiş ve 10 yıl içinde çiçek hastalığına karşı tüm dünyada aşılama çalışmaları başlatılmıştır (Ada 2001, Arvas 2004, Ildırım 2003, Selçuk 2011).

Pasteur geliştirdiği kuduz aşısını ilk kez 1885 yılında kuduz bir köpek tarafından ısırılan dokuz yaşında bir çocuğa uygulamıştır. Çocuğun yaşadığı raporlandıktan sonra aşı defalarca denenmiş ve başarıya ulaştığı görülmüştür. 1896'da tifo ve kolera aşıları, 1897'de veba aşısı keşfedilmiştir. 20.yüzyılın ilk yarısında Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Tüberküloz (BCG), Sarıhumma, İnfluenza ve Riketsiya

aşıları keşfedilmiştir. 1900'lü yılların başında kullanılabilecek durumda iki canlı (çiçek ve kuduz) ve üç ölü (tifo, kolera, veba) aşı mevcutken bugün dünyada yaklaşık 30 hastalığa karşı aşı bulunmakta ve daha birçok hastalığa karşı yeni aşilar geliştirilmektedir (Ildırım 2003, Beyazova 2004, Selçuk 2011).

Ülkemizde ise ilk aşılama 1930'da çiçek aşılması ile başlamıştır. Sonrasında sırasıyla;

- 1937: Difteri, Boğmaca aşılması
- 1952: BCG aşılması
- 1963: Canlı polio aşılması
- 1968: DBT aşılması
- 1970: Kızamık aşılması
- 1981: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- 1985: Türkiye Aşı Kampanyası
- 1989: Polio Eradikasyonu Programı
- 1995: Polio Ulusal Aşı Günleri
- 1996: Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası
- 1997: PolioMop-up
- 1998: Hepatit-B Aşılması ve son polio olgusu
- 2003: Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2004: Erişkinlere tetanoz aşısı uygulanması gereken her durumda Td aşısına geçiş
- 2005: Kızamık Aşı Günleri
- 2006: Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib aşısının programa eklenmesi, Hepatit B ergenaşılmasının başlatılması
- 2007-2008: İlköğretim yaş gruplarının Hepatit B ve Kızamıkçık aşılarının tamamlanması
- 2008: Beş bileşenli (DaBT-P//Hib) aşının kullanılmaya başlanması
- 2008 Kasım: 7 bileşenli Konjuge pnömokok aşısının takvime girişi
- 2009 Şubat: Anne - yenidoğan Tetanoz Eliminasyonu
- 2010: İlköğretim 1. sınıfta Td ve Canlı polio aşısı yerine DaBT- İPA aşısının uygulanmasına geçilmesi

- 2011 Nisan: 13 bileşenli Konjuge Pnömonokok aşısının yapılmaya başlanması
- 2012 Kasım: Hepatit A aşısı
- 2013 Şubat ayında Suçiçeği aşısının güncel aşı programına eklenmesi ile devam etmektedir (İldırım 2003, Saçaklıoğlu 2005, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

1.1.2. Aşıların Temel Bileşenleri

a) **Aktif immünite oluşturan antijen:** Aşının immünizasyonunu sağlayan temel elemanıdır. Bazı aşılar iyi bilinen tek bir antijen içerir (pnömokok polisakkaridi, difteri ve tetanoz toksoidleri gibi) bazılarında ise antijenler komplekstir ve tam olarak tanımlanmamıştır (Canlı virüs aşıları, ölü bakteriyel aşıları gibi) (Kanra 1998, Pickering ve ark 2009).

b) **Süspansiyon sıvıları:** Genellikle steril su, serum fizyolojik gibi basit sıvılar olabileceği gibi, protein ve antijen içeren kompleks sıvılar da olabilir (Kanra 1998, Pickering ve ark 2009).

c) **Prezervatörler, stabilizatörler, antibiyotikler:** İstenmeyen olası kontaminasyonları önlemek ve antijeni stabilize etmek için kullanılır. Tiomersal gibi civa bileşikleri, jelatin, fenol, albumin, glisin ve neomisin bu amaçlar için kullanılır. Alerjik reaksiyonlar bu maddelere karşı gelişmektedir (Kanra 1998, Pickering ve ark 2009).

d) **Adjuvanlar:** Bazı aşılarda aşının immünojenik etkinliğini artırmak ve oluşan bağışık yanıtın uzun süreli olmasını sağlamak amacı ile alüminyum tuzları ve bazı maddeler adjuvant olarak kullanılır (Kanra 1998, Pickering ve ark 2009).

1.1.3. Aşı Çeşitleri

Aşı olarak kullanılan antijenler değişik yöntemlerle hazırlanmaktadır. Hazırlanma yöntemine göre canlı attenüe aşılar, ölü inaktive aşılar, toksoid aşılar, polisakkarid aşılar ve rekombinant DNA aşıları olarak sınıflandırılabilirler (Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

➤ **Canlı attenüe aşılar**

Bakteri ya da virüslerin anormal kültür koşullarında üretilerek hastalık oluşturma güçlerinin azaltılması, ancak verildikleri organizmada çoğalabilme yeteneklerinin saklı tutulması yoluyla hazırlanırlar. Bu aşılar antijenin bu üreme süreci boyunca uzun süre sunulması nedeni ile yüksek sayıda bellek hücresi oluştururlar, bunun sonucunda az ya da hiç pekiştirme dozu gerekmez. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, oral poliomiyelit, sarı humma, rotavirüs aşıları canlı virüs aşılarıdır. BCG, oral tifo aşıları ise canlı bakteri aşılarıdır. Olumsuz yanları canlı mikroorganizmanın yeniden virülans kazanma olasılığıdır. Bu özellik polio virüs aşısının parolitik poliomyelite yol açmasına neden olur. Bu durum aşının istenmeyen etkisi olarak adlandırılır, ancak bağışıklık sistemi güçsüz olan bireylere (AIDS, Ca, kemoterapi uygulaması) uygulandıklarında ciddi hatta ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir (Beyazova ve Aktaş 2007, Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

➤ **Ölü inaktive aşılar**

Üreme yeteneği ısıtılarak ya da formaldehit gibi kimyasal maddelerle yok edilmiş, ancak antijenik özellikleri korunmuş mikroorganizmaları içeren aşılarıdır. Başlıca salgısal bağışıklık yanıtını harekete geçirirler, hücre salgısal IgA üretimi konusundaki yetenekleri zayıftır. Temel bağışıklık elde etmek için birden fazla aşılama gerekir. Kolera, boğmaca, veba, salk tipi poliomiyelit aşısı, grip ve Hepatit A aşıları bu yolla elde edilmişlerdir. İnaktivasyon yeterli yapılamadığı zaman aşı nedeniyle salgınlar çıkabilir. Tam hücre, bağışıklık için gereken antijenlerin dışındaki birçok antijeni de içerdiği için istenmeyen etkiler sık görülür. Tam hücre boğmaca aşısının bu nedenle yan etkileri sıklığıdır (Beyazova ve Aktaş 2007, Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

➤ **Toksoid aşılar**

Salgıladıkları ekzotoksinleri aracılığıyla hastalık yapan bazı bakterilerin aşıları, bu bakterilerin ekzotoksinlerinin saflaştırılıp formaldehit ile inaktive edilerek toksoid haline getirilmesiyle yapılır. Difteri ve tetanoz aşıları bilinen ve sıklıkla kullanılan toksoid aşılarıdır. Bu aşılar toksoid gibi toksine bağlanan ve onu nötralize

eden antitoksik antikorların yapımını harekete geçirir, mikroorganizmanın canlı ya da ölü olarak kullanılmasındaki olumsuz özellikleri taşımazlar (Ada 2001, Beyazova ve Aktaş 2007).

➤ **Polisakkarit aşılar**

Virulansı başlıca polisakkarit kapsüllerinin fagositoza direnme özelliklerine dayalı olan bakterilerin tamamı yerine yalnızca kapsül antijenlerinin kullanması yoluyla hazırlanırlar. Hib, pnömokok, meningokok aşıları bu yolla hazırlanır. Bu aşuların sınırlılıkları yardımcı T hücrelerini harekete geçirme yetilerinin az olmasıdır. Timustan bağımsız B hücrelerini etkileyerek IgM üretebilirler, pek az bellek hücresi geliştirebilirler. Polisakkarit antijenler bu nedenle iki yaşından küçüklerde yeterli koruyucu yanıt oluşturamazlar. Küçük çocukları enfeksiyonlardan koruyabilmek için difteri ve tetanoz toksoidleri gibi bir protein taşıyıcı ile konjuge edilmeleri gerekir (Beyazova ve Aktaş 2007, Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

➤ **Rekombinant DNA aşuları**

Herhangi bir proteinin rekombinant DNA teknolojisi ile bakteri, maya veya memeli hücrelerinde klonlanması ile elde edilir. Bu yöntemle kullanıma giren ilk aşı Hepatit B aşısıdır (Ada 2001, Beyazova ve Aktaş 2007, Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

1.2. Bağışıklama

Bağışıklık, vücuda giren yabancı maddelerin etkisiz hale getirilmesi, dışarıya atılması ya da metabolize edilmesi için bedenin geliştirdiği bir direnç durumudur (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Bağışıklama ise kişileri enfeksiyon hastalığının görülme riskinin en yüksek olduğu yaş döneminden önce aşılıyarak hastalığa karşı yüksek korunma sağlayan, maliyet-yararlılık oranı en düşük çok önemli koruyucu sağlık hizmetidir (Noyan ve Aycan 2002, Yalçın 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı [GBP] 2009, Arvas 2010, Buzgan 2011, Akşit 2012, WHO 2014)

1.2.1. Bağışıklama Tipleri

Doğal Bağışıklık: Bir türün tüm üyelerinin normal vücut fonksiyonları ile enfeksiyona direnç yeteneğini ifade eder. Yani doğuştan sahip olunan bağışıklıktır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). İkiye ayrılır;

1. Aktif Doğal Bağışıklık: Bazı enfeksiyonların geçirilmesi ile kazanılan bağışıklıktır (Çavuşoğlu 2011, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

2. Pasif Doğal Bağışıklık: Anneden plesanta yoluyla geçen antikorlar ile kazanılan bağışıklıktır (Çavuşoğlu 2011, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Kazanılmış Bağışıklık: Kişinin yaşamı boyunca enfeksiyon etkenine karşı bireysel olarak geliştirdiği bağışıklıktır (Çavuşoğlu 2011, Törüner ve Büyükgönenç 2012). İki şekilde oluşmaktadır.

1. Aktif Kazanılmış Bağışıklık: Aşılama ile elde edilen bağışıklıktır (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

2. Pasif Kazanılmış Bağışıklık: Bağışıklık elemanlarının (insan serum immünoglobulini (IVIG), hayvan antiserumu ve antitoksinleri) dışarıdan verilmesi yoluyla oluşan bağışıklıktır. Kullanılan immünglobulin veya serum hayvanlardan elde edilmiş ise *heterolog pasif bağışıklık*, insanlardan elde edilmiş immünglobulin veya serum kullanılmış ise *homolog pasif bağışıklık* denir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

1.3. İdeal Aşının Özellikleri

1. Uygulandığı kişi açısından % 100 güvenli olmalı. Erken ve geç dönemde hastalık yapıcı ve yan etki potansiyeli olmamalı,
2. Aşı uygulanmamış kişiler açısından hastalık yapıcı özelliğe sahip olmamalı (Bu özellikle canlı (attenüe) aşılar için sorun yaratmaktadır. Yeni aşı uygulanmış kişinin immunsuprese bir kişi ile teması immunsuprese bir kişide hastalık oluşmasına neden olabilmektedir),

3. Korunması amacıyla yapıldığı etkenin neden olacağı bir hastalığa yol açmamalı,
4. Uygulandığı tüm bireylerde gelişen bağışıklık, hastalığa karşı koruyabilmeli,
5. Uygulanan bireylerde hayat boyu yeterli bağışıklık oluşturması için tek doz aşı uygulaması yeterli olmalı (tekrar dozlara gereksinim olmamalı),
6. Diğer aşularla eş zamanlı uygulanabilir ve aynı karışım içerisinde bulunabilme özelliği olmalı (DBT vs.),
7. Enjektör gerektirmeden uygulanabilmeli (enjektör maliyeti ve enjeksiyonun invazif olması nedeniyle),
8. Uygulanacağı zamana kadar kolay ve süresiz olarak muhafaza edilebilmeli,
9. Oda ısısında korunabilmeli ve özel soğutma sistemleri gerektirmemeli,
10. Üretim maliyeti ucuz olmalı,
11. Etkili bir toplum bağışıklığını sağlayabilmelidir (Sekreter 2008).

1.4. Aşılamada Standartlar

Aşılama hatalarının en aza indirilmesi, aşıdan yüksek derecede korunma sağlanması ve ortaya çıkacak yan etkinin en aza indirilmesi için belirlenen temel kurallara uyulması gerekir (Arvas 2004). “Aşılamada standardizasyon ilkeleri” olarak tanımlanan bu kurallar;

1. Aşı uygulaması yapan sağlık kuruluşları kolayca ulaşılabilir olmalı,
2. Aşı ücretsiz veya çok az ücretli olmalı,
3. Aşılanması gereken tüm bireylere ulaşılabilmesi,
4. Aşılamada önündeki engeller kaldırılmalı,
5. Aşılamada gerçek kontrendikasyonlar bilinmeli, aşılamada fırsatı kaçırılmamalı,
6. Bireyler aşının yararı ve riskleri konusunda bilgilendirilmeli,
7. Aşı hazırlama ve saklama kurallarına titizlikle uyulmalı,
8. Aşılamada yapan sağlık personeli aşılamada ilgili güncel bilgileri takip etmeli,
9. Aşı kayıtları eksiksiz, doğru ve anlaşılır biçimde tutulmalı, yan etkiler belirtilmeli,
10. Toplumda bağışıklama oranlarını yükseltecek yeni yöntemler belirlenmeli,
11. Aşılar uygun eğitim görmüş kişiler tarafından yapılmalı,
12. Sağlık hizmetlerini sunanlar, güncel bağışıklama önerileri üzerine kesintisiz eğitim görmelidir (National Vaccine Advisory Committee [NVAC] 2003, Arvas

2004, Centers for Disease Control and Prevention [CDC] 2006, Pickering ve ark 2009).

1.5. Aşıların Aynı Anda veya Farklı Zamanlarda Uygulanması

Ülkemizde bulunan canlı ya da inaktive aşıların birlikte uygulanması antikor yanıtının azalmasına ya da artmasına etki etmemektedir. Kızamık (veya kızamık-kabakulak-kızamıkçık) ve suçiçeği gibi parenteral yolla uygulanan canlı aşılar aynı anda birlikte uygulanabilir. Aynı anda uygulanmayacak ise, aşının biri uygulandıktan en az 4 hafta sonra diğer aşı uygulanmalıdır. Kızamık ve suçiçeği gibi parenteral yolla uygulanan aşılarla OPV aşısının herhangi bir etkileşimi yoktur (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009, Akşit 2012, Arısoy ve ark 2014).

Kızamık hastalığı ya da aşısı sonrası lenfopeni (T lenfosit azalması) oluşma olasılığı nedeniyle, hücresel bağışıklık yetersiz kalabileceğinden Kızamık içeren aşılar sonrası BCG uygulanmasında 4 haftalık bir süre bırakmak gerekir. BCG' nin önce uygulandığı durumda ise Kızamık içeren aşıların uygulanması için süre bırakmaya gerek yoktur. Canlı virüs aşıları Tüberkülin Cilt Testini (TCT) bozabilir, bu nedenle TCT uygulaması Kızamık içeren aşılar ile aynı günde veya 4–6 hafta sonra yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009, Akşit 2012, Arısoy ve ark 2014).

Bir canlı aşı ve bir immünglobülin aynı anda farklı bölgelere uygulanabilirler, ancak aşının üç ay sonra tekrar edilmesi gerekir. Canlı aşı yapılmışsa en az iki hafta immünglobulin verilemez. İmmünglobulin canlı aşı uygulama kurallarının istisnası sarı humma ve oral polio aşısıdır (Akçakaya 2010, Akşit 2012).

İki inaktive aşı arasında ya da biri inaktive diğeri canlı iki aşı arasında bir aylık süre olmasına gerek yoktur. Aynı anda uygulanabilir, tercihen farklı bölgelere uygulanmalı, aynı bölgeye uygulanacaksa iki enjeksiyon arasında 2 cm'lik aralık olmalıdır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009). Pratikte sık yapılan hatalardan biri, o anda normal

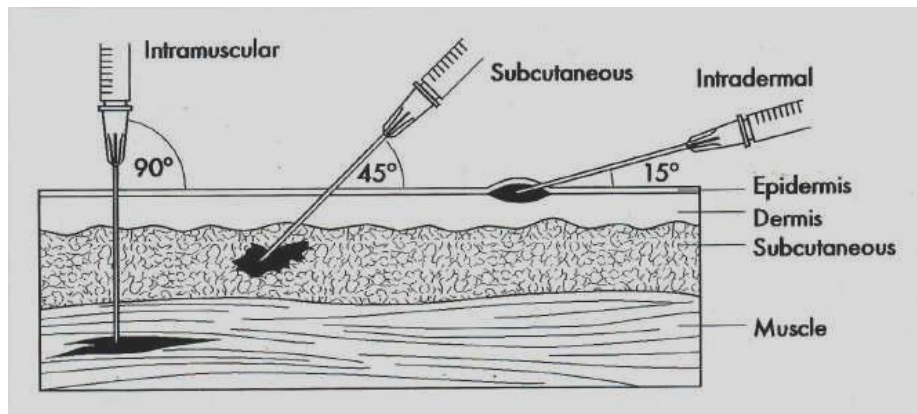
sağlık kontrolüne getirilmiş olan bir çocuğun aşılarının gözden geçirilerek tamamlanmaması ya da aşısı eksik saptandığı halde, örneğin, çocuğun 15 gün sonra aşı için sağlık kuruluşuna tekrar getirilmesinin aileye söylenmesidir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009, Akşit 2012, Arısoy ve ark 2014).

1.6. Aşıların Uygulanma Yolları

Aşıların immünolojik açıdan en uygun yanıtı oluşturması, yüksek derecede koruma sağlaması ve istenmeyen yerel ya da sistemik etkileri en düşük düzeye indirebilmesi için önerilen bölgelerden ve yollardan uygulanması gerekir (Chiodini ve ark 2001, Bozkurt ve Erdim 2005, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2009, Arvas 2012). Gelişen tıbbi çözümlerle artan aşı sayısı ve içeriğinin değişimi ile aşıların veriliş yolu, dozu ve aşı uygulanacak bölgeler değişmektedir (Bozkurt ve Erdim 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009). Aşı uygulanacak bölgenin temiz olması yeterlidir. Eğer aşı uygulanacak yer temizse derinin antiseptik madde ile silinmesine gerek yoktur, ancak silinmişse 30 saniye kuruması beklenmelidir (Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2012). Aşılar temel olarak parenteral, oral ve intranazal yol olmak üzere üç yoldan uygulanmaktadır.

1.6.1. Parenteral yol

Aşı uygulamasının en yaygın yapıldığı yoldur. Parenteral yol üç farklı biçimde olabilir.



Şekil 1.6.1. Aşıların parenteral uygulama biçimleri (Karataş 2007).

1. *Intradermal (cilt içi)*: BCG aşısı ve TCT testi bu yolla yapılır. Deri parmaklar arasında gerilir, iğne ucu 15° açı ile deriye paralel olarak açıklığı yukarı bakacak şekilde 2 mm ilerletilir ve enjeksiyon ile birlikte deride mercimek kadar bir kabarcık oluşturulur. Verilecek miktar 0,1-0,2 ml'den fazla olmamalıdır (Chiodini ve ark 2001, American Academy of Pediatrics (AAP) 2003). Enjeksiyondan sonra enjeksiyon bölgesine basınç ve masaj uygulanmamalı, deri silinmemelidir. BCG aşısı sol deltoid bölgeye, TCT ise ön kolun iç yüzüne yapılır. BCG aşısı omuz eklemine çok yakın bir yere yapılırsa daha geniş bir keloid doku oluşmaktadır (Gökçay ve Konukoğlu 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009, Akşit 2012, Dara ve ark 2014).

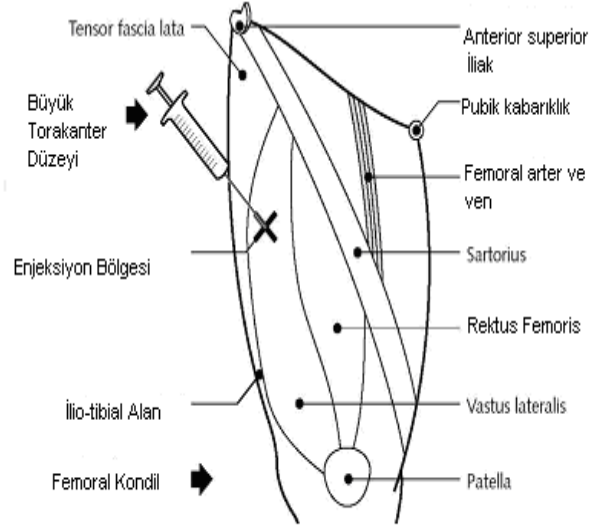
2. *Subkutan (cilt altı)*: Kızamık ve KKK gibi canlı viral aşılar bu yolla uygulanır. Enjeksiyondan önce deri ve derialtı baş parmak ve işaret parmağı ile kaldırılmalı, iğne ucu deriye 45° açı ile girmeli ve yavaş enjeksiyon yapılmalıdır (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2006). Subkutan enjeksiyonda verilecek miktar 0,1-1 ml'dir. Aşı sonrasında deri ovulmamalıdır. Subkutan aşı enjeksiyonu bir yaşın altındaki çocuklarda uyluk üst bölümünün anterolateraline daha büyük çocuklarda deltoid bölgeye yapılabilir (Gökçay ve Konukoğlu 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009, Akşit 2012).

3. *Intramüsküler (kas içi)*: Birçok bakteri aşıları ve inaktif viral aşılar kas içi uygulanır. Enjeksiyon cilde 90° açı ile yapılmalıdır. Kas içi aşı uygulaması için önerilen bölge, çocuğun yaşına, verilecek aşı miktarına ve uygulanacak kasın boyutlarına göre değişmektedir (Williams 2003, Gökçay ve Konukoğlu 2005). Bir yaşından küçük çocuklarda kas içi enjeksiyonlar uyluğun üst bölümünün anterolateraline yapılmalıdır (National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2003), (Şekil 1.6.3). Daha büyük çocuklarda deltoid bölge, intramüsküler enjeksiyon yapılacak kadar yeterli kas kitlesine sahip olduğundan tercih edilebilir (American Academy of Pediatrics (AAP) 2003), (Şekil 1.6.2). Gluteal bölge, siyatik sinir zedelenme riski yüksek olması ve 0-2 yaşta yeterli kas dokusunun olmaması nedeniyle önerilmez (Williams 2003, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Sağlık Bakanlığı

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı
2009, Akşit 2012).



Şekil 1.6.2. Deltoid bölge
(American Academy Of Pediatrics
(AAP) 2003).



Şekil 1.6.3. Bebeklerde uylukta aşı yapılacak bölge (National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2003).

1.6.2. Oral yol

Canlı çocuk felci aşısı (OPV) oral verilir. Çocuğun başı geriye doğru eğilir, ağzı açılıp bir elle yanaklardan tutulurken diğer elle dil üzerine aşı damlatılır. Aşıdan sonraki ilk 10 dakika içinde kusma ya da tükürme olursa doz tekrarlanmalıdır. Kusma aynı süre içinde tekrarlırsa, daha sonra 1 doz fazla aşı uygulanmalıdır. Aşı yapıldıktan sonra çocuğun beslenmesine ara verilmez. Anne sütü rahatlıkla verilebilir (Gökçay ve Konukoğlu 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009).

1.6.3. İntranazal yol

Canlı influenza aşısı bu yoldan uygulanmaktadır. Yaygın kullanılan bir yol değildir. Uygulama öncesi burnun iyi temizlenmiş olması aşı etkinliği açısından önemlidir (Saatçi ve Bozkır 2003, Gökçay ve Konukoğlu 2005).

1.7. Aşı Kontrendikasyonları

Aşıların yapılmaması gereken durumlar çok nadirdir. Kesin kontrendikasyon durumlarında ilgili aşı uygulanmaz. Kesin kontrendikasyona ve önlem alınarak aşı yapılacak durumlarda aşı takviminin ne şekilde tamamlanacağına, takip eden hekim tarafından karar verilir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009).

1.7.1. Genel aşı kontrendikasyonları

- ✓ Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- ✓ Bir aşı bileşenine karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, bu maddeyi içeren tüm aşılar için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- ✓ Ateşli veya ateşsiz ciddi hastalık durumunda, izleyen hekime danışılmadan aşı uygulanmaz (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009).

1.7.2. Canlı aşılar için kontrendikasyonlar

- ✓ Önceki aşıya ağır alerjik reaksiyon,
- ✓ Ağır immün yetmezlik (hematolojik ve solid tümörler, uzun süreli immunosupresif tedavi, semptomatik HIV enfeksiyonu),
- ✓ Hücrel immunité baskılanması (suçiçeği, BCG),
- ✓ Gebelik (MMR, suçiçeği),
- ✓ Ailede immün yetmezlikli birey (OPA),
- ✓ Kan ürünleri alan bireylerde canlı aşılar yapılmaz.
- ✓ Orta ve ağır derecedeki hastalıklar sırasında ise tüm aşılar yapılmaz (Akşit 2012).

1.7.3. Aşılamada yanlış kontrendikasyonlar

- ✓ Allerji veya astım (yukarıda anlatıldığı gibi, aşının belirli bir bileşenine karşı bilinen bir alerji dışında),

- ✓ 38.5 °C'nin altında seyreden solunum yolu enfeksiyonu veya ishal gibi hafif hastalıklar,
- ✓ Ailede aşıyı takiben yan etki görülme öyküsü,
- ✓ Ailede konvülsiyon, felç veya epilepsi bulunma öyküsü,
- ✓ Antibiyotik tedavisi görme,
- ✓ Anne sütü alma,
- ✓ Kronik kalp, akciğer, böbrek veya karaciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar,
- ✓ Serebral palsi, Down sendromu gibi kalıcı nörolojik durumlar,
- ✓ Prematürite (aşılama ertelenmemelidir),
- ✓ Ameliyat öncesi ve sonrası,
- ✓ Malnütrisyon,
- ✓ Yenidoğan sarılığı öyküsü,
- ✓ Topikal (cilt üzerine krem/merhem), aerosol (solunum yolu ile) şeklinde veya lokalize (intraartiküler, intrabursal veya tendon içi vb.) steroid kullanımı ya da ağız yolu ile düşük doz steroid kullanımı (2 mg/kg veya 20 mg/gün dozundan az),
- ✓ Konvülsiyon öyküsü: aşılama sonrası ateş görülebileceğinden, febril konvülsiyon öyküsü olan çocuklarda ateş çıkması beklenen dönemde ateş düşürücü verilmesi uygundur. Çocuk antikonvülzan tedavi alıyorsa tedavisine aksatılmadan devam edilmelidir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Başışıklama Programı 2009, Gökçay 2010).

1.8. Aşıların Yan Etkileri

Ülkemizde ve dünyada kullanılmakta olan aşılar emniyetli ve etkindir (Arvas 2004, Moylett ve Hanson 2004, Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu 2004, Özkan ve Çatıker 2006, Bundy ve ark 2009, Yalçın ve Demirel 2011). Ancak yan etkilerinin de olduğu unutulmamalıdır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Akçakaya 2010). Ülkemizde aşı sonrası istenmeyen etkilerin izlenmesi, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) bildirim sistemi ile yapılmaktadır. ASİE, aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir

istenmeyen tıbbi olaydır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009).

Aşı sonrası yan etkiler; aşılardan kendi özelliklerine ve bileşenlerine bağlı olabileceği gibi çocuğun bireysel yanıtına, hastalıklarına veya aşı uygulama tekniğinde oluşan hatalara bağlı da oluşmaktadır. Aşı sonrası istenmeyen etkileri en aza indirmek için aşı uygulamasının prensiplere uygun yapılması önemlidir. Bunun için aşının saklanmasıyla uygulanmasına kadar dikkat edilmesi gereken kuralları vardır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Gökçay 2010). Aşı sonrası istenmeyen etkiler beş grupta toplanır;

1. Aşı yan etkisi

Aşı sonrası görülen yan etkiler lokal (yerel), sistemik ya da allerjik olabilir. Lokal reaksiyonlar genellikle sık görülen buna karşın ağır olmayan reaksiyonlardır. Aşı uygulamasından birkaç saat sonra görülür ve kendiliğinden geçer. Lokal reaksiyonlar daha çok aşı yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik veya ateş, sistemik reaksiyonlar ise ateş, kırgınlık, kas ağrısı, baş ağrısı, iştahsızlık, huzursuzluk, uyku hali, döküntü ve lenfadenopati şeklindedir. Lokal reaksiyonlar genellikle inaktif aşılarından sonra, en sık olarak da adjuvan içeren DBT aşısından sonra ortaya çıkar. Sistemik yan etkiler, canlı atenüe virüs aşılardan sonra inaktif aşılarla göre daha sık görülür (Karabiber 2006). Canlı atenüe aşılardan immün yanıt oluşturabilmesi için uygulandıktan sonra vücutta çoğalmaları gerekir. Virüsler vücutta çoğaldıktan sonra (kuluçka süresi) ateş ve döküntü yapabilirler; ancak bunlar genellikle hafif olarak geçer. Bu yan etkilerin görülmesi hastalığın kuluçka zamanına bağlı olarak genellikle bir ile iki hafta arasında değişir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Akşit 2012).

Aşılarından sonra ortaya çıkabilen diğer bir yan etki ağır allerjik reaksiyon (anafilaksi) dir. Bu reaksiyon, aşı antijenlerine karşı gelişebileceği gibi hücre kültür materyali, stabilizatör, koruyucular ya da bakteriyel bulaşı önlemek için aşı içine konulan antibiyotiklere karşı da gelişebilir. Anafilaktik reaksiyonlar yaşam açısından çok tehlikeli olmalarına karşın çok nadir görülürler (Karabiber 2006, Sağlık

Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Akşit 2012).

2. Program uygulama hataları (aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar)

Bu gruptaki etkiler, gerçek yan etkilerden biraz daha sık görülmeleri ve önlenebilir olmaları açısından önem taşımaktadır. Sık görülen hatalar;

- ✓ Yanlış aşı uygulanması,
- ✓ Aşının fazla miktarda verilmesi (tek doz yerine iki veya daha fazla doz verilmesi),
- ✓ Aşının uygun olmayan yerden ve yoldan yapılması (yaş grubunun dikkate alınmadan),
- ✓ Aşının uygun olmayan bölgeden yapılması (intradermal yapılması gereken aşının subkutan uygulanması),
- ✓ Steril enjektör ve iğne kullanılmaması,
- ✓ BCG ve kızamık gibi kuru liyofilize aşuların sulandırıcı miktarda hata yapılması,
- ✓ Sulandırılarak kullanılması gereken aşuların yanlış sulandırıcı ile sulandırılması,
- ✓ Sulandırıldıktan sonra adsorbe aşuların çalkalanmadan uygulanması,
- ✓ Sulandırılarak kullanılan aşuların kullanım süreleri sona erdikten sonra atılmayıp yeniden kullanılması,
- ✓ Aşuların hatalı depolanması ve saklanması,
- ✓ Kontrendikasyonlara dikkat edilmemesi,
- ✓ Aşular uygulandıktan sonra uygun şekilde atılmaması,
- ✓ Aşının imha edilmesi istenen süreden fazla kullanılmasıdır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009).

3. Enjeksiyon reaksiyonu

Genellikle aşının içeriğinden çok “ iğne olma korkusu” nun neden olduğu durumdur. Enjeksiyon nedenli anksiyeteye bağlı hiperventilasyon, bayılma, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız çevresinde ya da ellerde titreme gibi spesifik semptomlar ortaya çıkabilir (Karabiber 2006). Çok nadir olarak konvülsiyon da görülebilir. Bayılma, beş yaş üzeri grupta ve toplu aşılamalarda sık görülebilir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009).

4.Rastlantısal belirtiler

Aşı sırasında veya sonrasında ortaya çıkan aşıya bağlı olduğu düşünülen ancak altta yatan başka bir hastalığın ilk bulgusu olarak tesadüfen ortaya çıkan tıbbi olaylar aşı yan etkileri olarak değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009).

5. Bilinmeyenler

Aşı uygulanmasından sonra ortaya çıkan, aile ya da hekim tarafından aşıya bağlı olabileceği düşünülen, aşı dışında başka bir nedenin gösterilemediği, bilinen aşı yan etkisi ya da program hatası olmayan ciddi hastalanma, ölüm ya da kümelenme (Görülme zamanı, aşı uygulanan birim/uygulayan kişi veya ikamet yeri açısından ortak özellikler gösteren veya aynı aşının uygulandığı kişilerde beklenenden fazla sayıda aynı ASİE'nin ortaya çıkması) gösteren durumlardır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009).

1.9. Türkiye’de ve Konya’da Aşılama Durumları

Bir ülke ya da toplumdaki aşılama politikalarının başarısını belirleyen en önemli gösterge aşılama oranlarıdır. Aşılama oranlarının artırılması için yeterli altyapı donanımlarının sağlanması yanında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan her sağlık personelinin aşılama konusunda güncel ve doğru bilgilere sahip

olması bunu uygulamaya aktarması, toplumun bilgilendirilmesi gerekir (Akşit 2012). Yıllara göre Ülkemizde ve Konya’da aşılama oranlarının zamanla arttığı görülmektedir. Konya’da ülke geneline göre daha yüksek bir oranda aşılama vardır. Ülkemizde (%96) ve Konya’da (%99) bağışıklama yüzdesi en düşük olan aşı BCG aşısıdır (Çizelge 1.9.1. ve Çizelge 1.9.2).

Çizelge 1.9.1. Yıllara göre aşılama oranları (%), Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
DaBT 1	82	97	98	98	97	97
DaBT 2	80	96	98	98	97	98
DaBT 3	78	96	97	97	97	98
BCG	77	96	97	95	96	96
HBV 3	72	94	96	96	97	97
KKK	82	97	97	98	96	98
KPA 3	-	97	95	96	97	97

Çizelge 1.9.2. Yıllara göre aşılama oranları (%), Konya (Konya ili öncelikli yaşam kalitesi göstergeleri 2014)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BCG	95	98	94	96	95	98	99
DBT 3	95	99	95	97	95	98	100
OPV	95	99	94	93	94	98	100
HPV 3	98	96	92	96	93	98	100
KKK	95	99	96	92	92	96	100

1.10. Ülkemizde Çocuklara Uygulanan Aşılar

Bir aşının kullanıma girmesi, korunabilen enfeksiyon hastalıklarının toplumda görülme sıklığı ve ölümcül niteliğinin yüksek olmasına, tedavi olanaklarının sınırlılığına, aşının bağışıklayıcı gücünün yüksekliğine, yan etkilerinin azlığına ve aşı giderlerinin karşılanabilir olmasına bağlıdır. Bu nedenle dünyanın değişik ülkelerinde farklı aşı takvimleri uygulanmaktadır (Beyazova ve Aktaş 2007).

Çizelge 1.10.1.Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

(Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 29.01.2013 tarih ve 9133 sayılı yazısının eki)

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

DaBT-İPA-Hib : Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA : Konjuge Pnömonokok Aşısı

KKK : Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA : Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA : Oral Polio Aşısı

Td : Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R : Rapel (Pekiştirme)

Aşı takviminde belirtilen aralıklara göre aşıları tamamlanamamış çocuklarda önceki aşı dozlarının tekrar yapılmasına gerek yoktur. Aradan uzun bir süre geçmiş olsa bile, aşılamaya bırakılan yerden devam edilir, eksik aşıları çocuk saptandığında yaşına uygun olarak aşağıda belirtilen şemalara göre aşıları tamamlanır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009).

Çizelge 1.10.2. 1 Yaş Üstü Hiç Aşılınmamış Çocuklarda Aşılama Şeması

	12-71 ay (1-5 yaş)*	6-13 yaş	14 yaş ve üzeri
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib ¹ , Hep-B, KPA ² , TCT	DaBT-İPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep-B, KKK
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekliyorsa BCG	-	-
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra ³	DaBT-İPA-Hib ya da DaBT-İPA, Hep-B, OPA, KPA ²	DaBT-İPA, OPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep-B, KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA, Hep-B, OPA	DaBT-İPA, OPA, Hep-B	Td, Hep-B

* Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşılı ile devam edilecektir.

1- 59 ayın üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanmalıdır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir.

2- Mayıs 2008 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır. 12-23 aylık çocuklara 8 hafta ara ile iki doz yapılmalıdır. 24 aydan büyük çocuklarda tek doz yeterlidir.

3- DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-14 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

Not: Hib'in 2. dozu sadece ilk doz 12-14 ay arasında yapıldıysa gereklidir, 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir, 59 aylıktan büyüklerde Hib aşısı gerekli değildir.

1.10.1. Hepatit B Aşısı

- İnaktif (ölü) bir viral aşıdır.
- Aşı tek ya da çoklu dozlar biçiminde şişelenmiştir. Çoklu doz içeren aşılardan açıldıktan sonra 5 gün süre ile kullanılabilir.
- Hepatit B aşısı, 2 kg üzerinde doğan bebeklerde doğumdan sonra en geç ilk 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde başlanmak koşuluyla 0, 1 ve 6. aylarda uygulanır.
- Hepatit B aşısı 12. aya kadar uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına vastus lateralis kasının ön yan bölümüne İM olarak uygulanır. 12. aydan sonra kolda deltoid kasının orta dış bölümüne İM olarak uygulanır.
- Hepatit B aşısı çocuklarda (<10 yaşta) çocuk dozu olarak (0,5 ml, üreticiye göre 5 ya da 10 µg/0,5 ml) uygulanmaktadır.
- Doğum ağırlığı 2000 gramın altında olan bebeklerde;
 - a) Anne Hepatit B taşıyıcısı değil (HBsAg negatif) ise, 1. ayın sonunda ya da bebek 2 kg'a ulaştığında Hepatit B aşısının ilk dozu yapılır, aşı ilk dozdan 1 ve 6 ay sonra tekrarlanarak toplam 3 kez uygulanır.

b) Anne Hepatit B taşıyıcısı (HBsAg pozitif) ise ya da bu açıdan durumu bilinmiyorsa, ilk Hepatit B aşısı doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde uygulanır, daha sonra 1., 2. ve 12. aylarda aşı tekrarlanır (toplam 4 doz uygulanır).

- HBsAg-pozitif anneden doğan yenidoğanlarda, doğumu izleyen 12 saat içinde Hepatit B aşısı ve 0,5 ml Hepatit B immün globülini yapılmalıdır. Bu bebeklerde ikinci aşının 1. ay, üçüncü aşının 6. ayda yapılması sağlanmalı, son aşından 1-3 ay sonra bebekte serolojik değerlendirme yapılmalıdır.

- Annenin HBsAg yönünden durumunun bilinmediği yenidoğanda, durum belirlenene kadar anne HBsAg pozitifmiş gibi davranılır ve Hepatit B aşısı ilk 12 saat içinde yapılır. Anne HBsAg-pozitif bulunursa bebeğe en kısa sürede, 7. günden geç kalmamak üzere, Hepatit B immün globülini de (0,5 ml) yapılır. Bu bebeklerde 2. aşının 1. ay, 3. aşının da 6. ayda yapılması sağlanmalı, son 1-3 ay sonra serolojik değerlendirme yapılmalıdır.

- Annesi HBsAg-pozitif olan bebeklere, son aşından (6. ay) 1-3 ay sonra ya da 9-15. ay izlemlerinin birinde serolojik değerlendirme önerilir. Aşıya yanıtızlık durumunda, çocuk HBsAg pozitif değilse, bağışıklamaya ek 3 aşıyla tekrarlanır. Bu ikinci aşı dizisi “0, 2 ve 4. ay” (2 ay arayla) ya da 0, 1 ve 6. aylarda uygulanır ve son aşından bir ay sonra yeniden serolojik değerlendirme yapılır. Bu ikinci 3 aşılik diziden sonra da serolojik yanıt alınmazsa, sonraki aşılarla da yanıtızlık olasılığı çok yüksektir ve yeni aşılama dizilerine gerek yoktur.

- Büyük çocuk ve ergenlere aşılama öncesi serolojik test yapmak gerekli değildir.

- Aşılama tek başına ya da diğer aşılarla aynı anda farklı yerlerden yapılabilir.

- Kesin kontrendikasyon:

- Ekmek hamuru mayasına (*Saccharomyces cerevisiae*) anafilaktik reaksiyon.

- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- Yoktur.

- Görülebilecek yan etkiler: Lokal reaksiyonlar, ateş, anafaksi (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Mert 2010, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014, <http://www.immunize.org/catg.d/p4205.pdf>, World Health Organization, 2015).

1.10.2. Verem Aşısı (BCG) (Basillus-Calmette-Guerin)

- Canlı bir aşıdır.
- Aşı sulandırılmadan, oda sıcaklığında bir ay, buzdolabında +2-8 derece arasında 1-2 yıl etkinliğini korur. Işığa, ısıya ve donmaya karşı duyarlıdır.
- Aşı kuru toz halinde olup sulandırılması halinde aşı dolabında tutularak en geç 6 saat içinde tüketilmelidir.
- BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir (0-3 ay arasında), ancak uygulama kolaylığı, daha az komplikasyon olması ve immünitenin daha kuvvetli gelişmesi için 2. ayı doldurduğunda uygulanmalıdır.
- Ülkemizde tek doz olarak deri içine sol omuz bölgesine 0-12 aylık bebeklere yarım dizyem, daha büyüklere 1 dizyem olarak yapılır.
- Aşı yapılacak bölge herhangi bir antiseptikle silinmemeli, enjektöre aşı çekilirken aşı ampülüne hava verilmemelidir.
- Enjeksiyondan sonra aşı yerinde oluşan 5-6 mm'lik papül 20-30 dakikada kaybolur. İlk papül kaybolduktan 3-4 hafta sonra aşı yerinde önce hafifçe kızarıklık bir nodül oluşur, sonra hafifçe akar, 8. haftada kabuk bağlar ve bir kaç hafta sonra bu kabuk da düşerek yerinde yaşam boyu süren bir iz bırakır. Derideki bu yerel reaksiyon aşı yapılan insanların %90-95'inde görülür.
- İlk 3 ayda PPD (Purifiye-Protein-Derivesi) deri testi yapılmadan, daha sonra PPD deri testi yapılarak ve test negatif bulunursa yapılır. PPD deri testi pozitifse (BCG yapılmamışlarda endürasyon çapı >10 mm ise), bebek, ayrıntılı öykü, aile öyküsü, fizik ve laboratuvar inceleme bulguları temelinde verem enfeksiyonu ve verem hastalığı açısından değerlendirilir; hiçbir hastalık belirtisi, bulgusu yoksa tek ilaçla verem enfeksiyonu tedavisi ya da herhangi bir hastalık bulgusu varsa çok ilaçla verem hastalığı tedavisi başlanır, ayrıca aile taraması yapılır.
- PPD çözültisinin bulunmadığı durumlarda, üçüncü aydan sonra, çocukların verem aşısız kalmaması için, BCG aşısı PPD deri test olmadan yapılabilir.
- Kayıtlara göre BCG yapıldığı bilinen (aşı izi görülsün ya da görülmesin) ve BCG izi (skar) bulunan çocuklarda, herhangi bir yaşta BCG aşısının etkinliğini araştırmak amacıyla PPD yapılması ve sonucuna göre BCG uygulanmasına gerek yoktur.

- Altı yaşından küçük, BCG yapılmamış bir çocukta PPD sonucuna göre gerekiyorsa BCG uygulanır. BCG yapılmamış altı yaşından büyük çocuklarda BCG yapılması gerekli değildir.

- BCG diğer aşılarla aynı anda farklı yerlerden yapılabilir. Canlı virüs aşılarıyla birlikte uygulanmamışsa dört hafta ara ile yapmak uygun olur.

- Kesin kontrendikasyon:

- Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,

- Kortikosteroidler, alkileyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.

- Gebelik,

- Aşı bölgesinde deri enfeksiyonu veya yanık olan,

- 2 kg'ın altındaki olan çocuklar.

- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- HIV enfeksiyonu riski altındaki kişiler.

- Görülebilecek yan etkiler: Lokal reaksiyonlar, bulantı, hiperpigmentasyon, aşı yerinde büyük apseleşmeler, koltuk altında ceviz büyüklüğünde lenfadenopatiler, ülseratif lezyonlar, yaygın BCG enfeksiyonu ve osteiti görülebilir (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Zwerling ve ark 2011, Nelson 2012, Törüner ve Büyükgöncü 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014, Dara ve ark 2014).

1.10.3. Beşli Karma Aşı (Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı [DaBT-İPA-Hib])

- DaBT-İPA-Hib aşısının 1. ile 2. ve 2. ile 3. dozları arasındaki süre en az 4 hafta olmalıdır. Aynı aşının 3. dozu ile rapel dozu arasındaki süre ise en az 6 ay olmalıdır.

- Görülebilecek yan etkiler: Aşı yerinde ağrı, şişlik ve kızarıklık olabilir. Aşı sonrası ilk 24 saat içerisinde başlayan, 38 dereceyi geçen, en az 2 gün süren ateş,

huzursuzluk, febril konvülsiyon, ensefalopati, pramatürelde bradikardi ve apne (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014).

Difteri, Aselüler Boğmaca ve Tetanoz Aşısı (DaBT)

• Difteri, aselüler boğmaca ve tetanoz aşılarını içeren inaktif bakteriyel bir aşıdır.

• Ülkemizde rutin aşı programında İPA (inaktif polio aşısı) ve Hib ile birlikte beşli kombine aşı olarak 2, 4, 6. ayların sonunda ve 18. ayın sonunda rapel uygulanmaktadır.

• İlkokul birinci sınıfta yapılan DaBT-İPA (Dörtlü Karma Aşı) ile toplam beş doz aşı uygulanır.

• İÖO 8. sınıfta erişkin tip difteri-tetanoz karması (Td) uygulanır ve daha sonra 10 yılda bir tekrarı önerilir.

• Aşının uygulama üstyaş sınırı 6 yaştır.

• Aşı 12. aya kadar uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına vastus lateralis kasının ön yan bölümüne İM olarak uygulanır. 12. aydan sonra kolda deltoid kasının orta dış bölümüne İM olarak uygulanır.

• Kesin kontrendikasyon:

○ DaBT'ye bağlı ensefalopati (Boğmaca bileşeni çıkarılarak takvime devam edilir.).

Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

○ Aşılamadan sonra 48 saat içinde ortaya çıkan 40,5°C ve üzerinde rektal ateş,

○ Hipotonik hiporesponsif atak,

○ Konvülsiyon,

○ Aşılamadan 48 saat sonra ortaya çıkan ve en az 3 saat süren durdurulamayan ağlama (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014).

İnaktif Polio Aşısı (İPA)

- İnaktif virüs bir aşıdır.
- Rutin aşı takvimine göre inaktif (ölü) polio virüs aşısı DaBT-İPA-Hib ile birlikte beşli kombine aşı şeklinde 2,4,6. ayların sonunda ve 18. ayın sonunda rapel uygulanmaktadır.
- İlkokul birinci sınıfta yapılan DaBT-İPA (Dörtlü Karma Aşısı) ile toplam beş doz aşı uygulanır.
- Aşı 12. aya kadar uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına vastus lateralis kasının ön yan bölümüne İM olarak uygulanır. 12. aydan sonra kolda deltoid kasının orta dış bölümüne İM olarak uygulanır.
- Oral polio (çocuk felci) aşısı canlı aşı olduğu için doğuştan immün yetmezliği olan (doğuştan) veya immün sistemi baskılanmış çocuklara uygulanmaz. Bu çocuklara sadece İPA yapılır.

Kesin kontrendikasyon:

- Neomisin, streptomisin veya polimiksin B'ye karşı anafilaktik reaksiyon.

Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- Gebelik (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014).

Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı (Hib)

- Hib aşısı kombine aşı (DaBT-İPA-Hib) ile birlikte 2,4, 6. ayların sonunda üç doz ve 18. ayın sonunda bir doz rapel olarak uygulanmaktadır.
- Beş yaşından sonra, risk altında olmayan sağlıklı çocuklara Hib aşısı uygulanması gerekmez.
- Aşı 12. aya kadar uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına vastus lateralis kasının ön yan bölümüne İM olarak uygulanır. 12. aydan sonra kolda deltoid kasının orta dış bölümüne İM olarak uygulanır.
- Aşı yapıldıktan sonra şişlik, ateş, kızarıklık ve ağrı gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar gelişen kişilere yapılmamalıdır (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık

Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, , Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Milli Eğitim Bakanlığı 2013, Arısoy ve ark 2014).

1.10.4. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA)

- KPA için; 12. aydan küçük çocuklarda, 1. ve 2. dozlar ile 2. ve 3. dozlar arasında bırakılması gereken en az süre 4 hafta olmalıdır. Son doz ile pekiştirme dozu arasında en az süre 4 ay olmalıdır (pekiştirme dozu 12. aydan önce yapılmamalıdır).

- KPA tek dozluk kullanıma hazır enjektör içerisinde sunulmaktadır.

- KPA diğer çocukluk çağı aşılarıyla birlikte uygulanabilmektedir.

- Aşı 12. aya kadar uyluğun orta veya üst 1/3 kısmına vastus lateralis kasının ön yan bölümüne İM olarak uygulanır. 12. aydan sonra kolda deltoid kasının orta dış bölümüne İM olarak uygulanır.

- Görülebilecek yan etkiler: Aşı yerinde ağrı, şişlik, kızarıklık olabilir ve ateş sistemik olarak kırgınlık, huzursuzluk görülebilir. Nadiren ciddi yan etki olarak konvülsiyon oluşabilir (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Arısoy ve ark 2014).

1.10.5. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı (KKK)

- Aşı canlı virüs aşısıdır.

- Liyofilize toz aşıdır. Sulandırılmamış liyofilize aşı dondurulabilir ancak sulandırıcı kesinlikle dondurulmamalıdır. Aşı sulandırıcısı +2 ile +8°C arasında ya da oda sıcaklığında saklanabilir. Sulandırılan aşı karanlıkta ve 2-8°C derecede tutularak 4 saat içerisinde tüketilmelidir.

- Aşı deltoid kasın orta dış kısmına subkutan olarak uygulanır.

- Ülkemizde kızamık vakalarında iki yıldır ortaya çıkan artış nedeni ile 9. ayda ek bir doz KKK aşısı uygulanmakta, ilköğretim 1. sınıftaki KKK aşısı da olabildiğince okul öncesinde, 4. yaşta yapılmaya çalışılmaktadır (Ceyhan 2013).

- Aşı antikor içeren kan ürünlerinin verilmesinden iki hafta önce ya da üç ay geçtikten sonra uygulanmalıdır.

- Kızamık antijeni içeren iki aşı arasında en az 4 hafta süre olmalıdır.
- Kızamık hastalığı ya da aşısı sonrası lenfopeni (t lenfosit azalması) oluşma olasılığı nedeniyle, hücresel bağışıklık yetersiz kalabileceğinden Kızamık içeren aşılar sonrası BCG uygulanmasında 4 haftalık bir süre bırakmak gerekir. BCG'nin önce uygulandığı durumda ise Kızamık içeren aşılardan uygulanması için süre bırakmaya gerek yoktur.

- Canlı virüs aşıları Tüberkülin Cilt Testini (TCT) bozabilir, bu nedenle ppd uygulaması Kızamık içeren aşılar ile aynı günde veya 4–6 hafta sonra yapılmalıdır.

- Her ne kadar kızamıkçık aşısına bağlı fetal anomaliye dair bir kanıt olmasa da, kızamıkçık veya KKK aşısı alanlar 4 hafta süre ile gebelikten korunmalıdır.

- Kesin kontrendikasyon:

- Neomisin veya jelatine karşı anafilaktik reaksiyon
- Yumurtaya karşı anafilaktik veya anafilaktoid reaksiyon (Anafilaksi dışındaki yumurta allerjileri engel değildir)
- Gebelik,
- Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
- Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.

- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- Yakın zamanda (ürün veya doza göre 3–11 ay arasında değişebilir) kan ürünü veya immünglobulin preparatı verilmiş olması,
- Trombositopeni,
- Trombositopenik purpura öyküsü.
- Görülebilecek yan etkiler: Aşı yerinde ağrı, şişlik, kızarıklık olabilir ve ateş görülebilir. Ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati, trombositopeni vb. görülebilir (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012).

1.10.6. Oral Polio Aşısı (OPA)

- Aşı canlı virüs aşısıdır.

• OPA aşısı sıvı durumdadır, donmaya dayanıklıdır buzlukta saklanabilir. Aşı açıldıktan sonra 6 saat içinde kullanılmalıdır.

• Ağıza iki damla şeklinde damlatılır.

• OPA aşısı verildikten sonra ilk 30 dakika içinde kusan çocuklarda aşı yeniden uygulanmalıdır. Hafif ishali olan çocuklara OPA aşısı verilebilir, ancak yapılan dozun geçerli sayılmaması ve dört hafta sonra yeniden verilmesi önerilmektedir.

• Diğer çocukluk çağı aşılarıyla birlikte kullanılabilir.

• OPA yapıldıktan sonra, çocuğun beslenmesinin sınırlandırılmasına gerek yoktur.

Anne sütü rahatlıkla verilebilir.

• Kesin kontrendikasyon:

○ HIV enfeksiyonu veya evde HIV ile enfekte kişi olması,
○ Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik yada HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar.

○ Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.

○ Ev temaslarında bilinen immün yetmezlik durumu.

• Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

○ Gebelik.

• Görülebilecek yan etkiler: Nadir olarak paralitik poliomyelit, 38 derecenin üzerinde ateş görülür, ishal, kas ağrısı, uyku hali, iştahsızlık diğer olabilecek sistemik belirtilerdir (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012).

1.10.7. Erişkin tipi Difteri-Tetanoz Aşısı (Td)

• Difteri, tetanoz, boğmaca aşıları ile kombine tetanoz aşısının yanında tek tetanoz toksoid aşısı da bulunmaktadır. Altı yaş (72 ay) üzeri çocuklara boğmaca aşısı reaksiyonayol açabileceğinden dolayı uygulanamaz. Ancak erişkin yaşta hem difteri hem de tetanoza karşı korunabilmek için erişkin tip difteri, tetanoz (Td) aşısı yapılmaktadır. Bu nedenle bu yaştan itibaren erişkin tip difteri-tetanoz aşısı rapel olarak yapılır. Aşı sonrası kızarıklık ve ağrı görülebilir. Aşı ilköğretim 8. sınıfta 1 doz

olarak deltoid kasın orta dış bölümüne İM olarak uygulanır (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

1.10.8. Hepatit A Aşısı

- İnaktif bir aşıdır.
- Tek dozluk kullanıma hazır enjektör içerisinde sunulmaktadır.
- Hepatit A aşısı 18. ayın sonunda 1. dozu, 24. ayın sonunda 2. dozu olmak üzere toplam 2 doz olarak uygulanır. Birinci doz ile 2. doz arasında en az altı ay süre bırakılmalıdır.

- Deltoid kas içine İM uygulanır.
- Hepatit A aşısı diğer aşılarla aynı anda farklı bölgelerden uygulanabilir.
- Kesin kontrendikasyon:
 - Gebelikte yapılmasının güvenli olduğuna dair kesin kanıt yoktur. Gebelikte yüksek enfeksiyon riski olmadıkça aşı yapılmamalıdır.

Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- Yoktur.
- Görülebilecek yan etkiler: Lokal olarak ağrı ve hassasiyet, sistemik reaksiyon olarak ateş, kusma, halsizlik (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Mert 2010, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Ceyhan 2013, Arısoy ve ark 2014).

1.10.9. Suçiçeği Aşısı

- Canlı virüs aşısıdır.
- Liyofilize toz aşıdır. Hazırlandıktan sonra aşı hemen uygulanmalıdır.
- Aşı deltoid kasın orta dış kısmına subkutan olarak uygulanır.
- Diğer çocukluk çağı aşılarıyla birlikte kullanılabilir.
- Suçiçeği ve KKK aşıları aynı anda uygulanamayacak ise en az 28 gün arayla uygulanmalıdır.

- Suçiçeği aşısı uygulanan kişi, aşılardan sonraki 6 hafta boyunca duyarlı, yüksek risk taşıyan kişilerle yakın temastan kaçınmalıdır.

• Aşı uygulamasından sonra 6 hafta süresince salisilat kullanımından kaçınılmalıdır.

• Kesin Kontrendikasyonlar:

- Gebelik (Suçiçeği aşısının uygulanmasını takiben 1 ay gebelikten kaçınılmalıdır.)
- 12 aydan küçük çocuklar,
- Neomisin ve Jelatine karşı anaflaktik reaksiyon,
- Jenaralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
- Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar,
- Salisilat kullanımı.

Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:

- Orta derecede ya da ciddi akut hastalık,
- Yakın zamanda kan ve kan ürünü almış olma.

• Görülebilecek yan etkiler: Aşı yerinde ağrı, hassasiyet, kızarıklık olabilir ve ateş görülebilir. Ağır komplikasyonlar çok nadir olarak görülür (Beyazova ve Aktaş 2007, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Özen ve Doğan 2012, Ceyhan 2013, Arısoy ve ark 2014).

Çizelge 1.10.3. Çocukluk Dönemi Aşılama Takviminde Yer Almayan Aşılar

	Doğum	1.ay	2.ay	4.ay	6.ay	12.ay	18.ay	24.ay	iÖÖ1.sınıf ya da 4-6 yaş	iÖÖ 8.sınıf ya da 10-12 yaş
Rotavirüs (RVA)			I	II	III					
İnsan (human) Papilloma Virüsü (HPA)										10-18 yaş arasında toplam 3 aşı
İnfluenza (İİA)									6. aydan sonra her yıl (yaşa uygun doz ve sayıda)	
Meningokok (KMA4)									Aileye bilgi vererek 1 ya da 2 doz	

1.11. Soğuk Zincir

Bütün aşılar biyolojik olarak duyarlı maddelerdir ve hastalığa karşı korunma sağlama yeteneğini, etkisini zaman içinde kaybedebilir. Bazı aşılar daima uygun sıcaklık derecesinde bulundurulmaları gereken canlı organizmalar içerirken diğerleri çok düşük sıcaklık derecelerinde bozular. Kullanılan aşılar etkin değilse, %100 aşılama hızlarına ulaşılsa bile bağışık bir toplum oluşturma hedefine ulaşamayacaktır (Hacımustafaoğlu 2003). Tüm aşılar ısıya hassastır. Ayrıca BCG, Kızamık, KKK, Kızamıkçık aşıları güneş ışığı gibi ultraviyoleye de hassastır (Hacımustafaoğlu 2003, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009). Bu durumlarda da aşının etkinliği azalmaktadır. Bir kez aşının etkinliği kaybolur ya da azalırsa, aşılar eski haline döndürülemez. Bu durumda aşı, hedef hastalığa karşı koruma sağlamamanın yanında, daha fazla reaksiyonada neden olabilir (Kanra 1998). Bu nedenle aşuların saklanması ve aşılanacak kişiye ulaşana dek olan nakilleri sırasında doğru ısıların devamlılığının sağlanması çok önemlidir, aşuların +2°C ve +8°C arasında ortalama +4°C'de saklanmaları gerekir (Kanra 1998, Hacımustafaoğlu 2003, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Parlakay ve Kaya 2012). Soğuk zincir, bir aşının etkinliğini üretiminden kişiye uygulanana kadar koruyan ve ihtiyacı olanlara yeterli miktarda etkin aşının ulaşmasını sağlayan insan-malzemedeki oluşan sistemdir ve süreklilik gerektirir (Hacımustafaoğlu 2003, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Parlakay ve Kaya 2012).

Etkin bir bağışıklamanın oluşabilmesi için aşuların üretildikleri yerden kişiye uygulanacak sağlık birimine ulaşmaya kadar (fabrika-merkezdepo-il deposu-sağlık kuruluşu) uygun ısı ortamında taşınması ve güneş ışınlarından korunması gerekir (Hacımustafaoğlu 2003, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009). Soğuk zincirin sağlanması ve korunmasında pek çok görevliye iş düşmesine rağmen en büyük sorumluluk aşuyu en uzun süre elinde bulunduran ve uygulama kararını vermekle yükümlü olan aile sağlığı merkezleri ve aile sağlığı elemanlarıdır (Kanra 1998).

1.11.1. Soğuk Zincir Koşulunu Sağlayabilmek İçin Bilinmesi Gereken Kurallar

- Buzdolabının ısısı +2 ile +8°C arasında korunmalıdır. Özellikle +4°C'de kalması sağlanmalıdır.
- Polio, Kızamık, KKK, Kızamıkçık, liyofilize Hib ve BCG aşıları dondurulabilirken; DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hepatit B ve KPA ile liyofilize aşılardan sulandırıcılarının hiçbir zaman donmaması gerekir.
- Aşı flakonları, aralarında yeterli hava akımı dolaşacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Donmaya hassas olan aşılardan buzdolabının soğutucu kısmından uzakta tutulmalı, aşılardan orijinal kutularının içerisinde saklanmalı ve buzdolabının duvarı ile temas ettirilmemelidir.
- Dolap kapağına hiçbir şey konulmamalıdır.
- Buzdolaplarının içerisine aşı, sulandırıcı, antiserum, buz aküsü ve su bidonlarından başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır.
- Buzdolabı her açıldığında ısı kontrol edilmelidir.
- Buzdolabı ısısı sabah ve akşam olmak üzere, hafta sonları da dahil günde en az iki kez kontrol ederek kaydedilmelidir.
- Aşıların saklandığı buzdolabı aşırı soğuk ve sıcağa maruz kalmayacak şekilde uygun bir odaya yerleştirilmelidir. Buzdolabı kışın ısıtılan odalardan birine gölgede olacak şekilde, ısıtıcılardan uzak, duvardan en az 10–15 cm mesafede düz bir zemine yerleştirilmelidir.
- Buzlukta aralıklı olarak dizilmiş buz aküleri bulundurulmalıdır.
- Buzluğun 0,5 cm den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.
- Aşılar buzluğa konulmamalıdır.
- Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzlukta bulunan buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur.
- Aşı ve sulandırıcılar aşı nakil kabının orta kısmına yerleştirilmelidir. Donmaya karşı hassas olan aşılardan ve sulandırıcılar buz aküleri ile doğrudan temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır.

- Elektrik kesintilerinden sonra tekrar buzdolabı çalıştırılırken termostatı daha soğuk derecelere ayarlanmamalıdır, donmaya karşı hassas olan aşular donabilir.
- Üstten soğutmalı bir buzdolabı için buzdolabının;
 - Üst rafına: OPA, sulandırıcıları ayrı olmak üzere Hib, BCG, KKK, Kızamık ve Kızamıkçık aşuları,
 - Orta rafına: DaBT-İPA-Hib, suçiçeği aşısı,
 - Alt rafına: KPA, Hep B, Hep A, Td, DT aşuları ile PPD solüsyonu, aşı sulandırıcıları ve tüm antiserumlar yerleştirilmelidir (Kanra 1998, Hacımustafaoğlu 2003, Williams ve ark 2003, Arvas 2004, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009, Parlakay ve Kaya 2012).

1.12. Bağışıklamada Aile Sağlığı Elemanlarının Sorumlulukları

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli ayaklarından biri olan bağışıklama çocuk sağlığının iyileştirilmesinde son derece önemlidir. Birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aşular konusundaki bilgisi, aşı uygulamalarında doğru bölge ve tekniğin kullanılması, aşuların etkinliğinin korunmasında uygun saklama koşullarını bilmesi ve uygulaması yeterli bağışıklık etkisinin sağlanması açısından oldukça önemlidir (Yuan ve ark 1995, Bozkurt ve Erdim 2005, Akşit 2012). Güvenli aşı uygulamasında görev alan sağlık profesyonellerinin sorumlulukları;

- Aşılamanın yararlarını bilmek ve toplumdaki her bireye öğretmek,
- Aşının etkinliğini sürdürmek,
- Aşı uygulamalarında dikkat edilecek genel ilkeleri bilmek (Aşının dozu, uygulanacak bölge, uygulanan yollar vb.),
- Aşı kayıtlarını düzenli tutmak,
- Aşı sonrası gelişebilecek reaksiyonları ve alınacak önlemleri bilmek,
- Aşı uygulamalarının kontrendike olduğu durumları bilmektir (Bozkurt ve Erdim 2005, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Akşit 2012).

1.13. Konu İle İlgili Literatür Bilgisi

Ülkemizde sağlık profesyonellerinin aşı ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik yapılan oldukça az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Literatür taramasında çoğunlukla annelerin ya da ailelerin aşı ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye ve bağışıklama durumu ile aşılama oranlarını tespit etmeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Bodur ve ark 1997, Canbaz ve ark 2001, Ok ve ark 2004, Ayçiçek 2004, Yaprak ve ark 2005, Özkan ve Çatıker 2006, Göksügür 2006, Mengüç 2007, İşler ve ark 2007, Altun 2008, İncili 2009, Kennedy ve ark 2011, Bülbül ve ark 2013, Gülgün ve ark 2014). Sağlık çalışanlarının aşı ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik gerek yurt içi gerekse yurt dışı literatür taramalarında, aşağıda belirtilen alanlar ile ilgili çalışmalara rastlanmıştır;

Özkan'ın (1992) İstanbul ilinde 17 sağlık ocağı ve 11 Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin (150 kişi) 0-6 yaş grubu çocukların bağışıklanması ve aşılar konusunda bilgi ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmasında; aşılardan tanım ve çeşitleri, aşılardan saklanması, aşılardan uygulama zamanı ve dikkat edilecek kurallar, aşılardan uygulama dozları ve verilme yolları, aşılardan reaksiyon ve kontrendikasyonlarına yönelik bilgileri değerlendirilmiştir. Sağlık personelinin en yüksek iki bilgi puanını "aşılardan uygulama zamanları (%66,64)" ile "aşılardan uygulama dozları ve verilme yollarından (%67,41)" aldıkları, "aşılardan tanım ve çeşitleri" ne ilişkin orta düzeyde (%57,06), "aşılardan saklanması" (%40,13) ve "aşılardan reaksiyon ve kontrendikasyonları"na (%38,44) ilişkin bilgilerinin çok düşük düzeyde oldukları belirlenmiştir. Ayrıca bağışıklama konusunda eğitim düzeyi düşük olanların (sağlık okulu) yüksek olanlara (sağlık lisesi mezunu) oranla daha düşük bilgi puanına sahip olduğu belirtilmekte ve bağışıklama konusunda eğitim alma durumunun sağlık personelinin bağışıklama ve aşılar konusunda bilgi puanlarını etkilemediği saptanmıştır (Özkan 1992).

Özen (1997) çalışmasında; ebe ve hemşirelerin üç aşının (DBT, polio ve kızamık aşı) uygulanmasına yönelik bilgi ve davranışları incelemiştir. Gözlem yöntemi kullanılarak ebe ve hemşirelerin davranışları incelenmiş ve kontrol kriterleri doğrultusunda karşılaştırmalar yapılmıştır. Ebelerin %13,3'ünün, hemşirelerin %13'ünün DBT aşısını doğru teknikle uygulamadıkları saptanmıştır. Ebe ve

hemşireler arasında genel aşı uygulamaları ile ilgili bilgi ve davranışları arasında farklılık bulunmamış, ancak hemşirelerin DBT aşı uygulamasına yönelik davranış puan ortalamalarının, anlamlı derecede ebelerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Özen 1997).

Hemşire ve ebelerin 0-18 ay yaş grubunda bağışıklama ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelendiği Batı Avustralya’da yapılan başka bir araştırmada, sağlık çalışanlarının aşı uygulama hakkında bilgili oldukları ve aşıları doğru bir şekilde uyguladıkları tespit edilmiştir (Mahony ve ark 1999).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan “Enjeksiyon Güvenliği Araştırmasında” aşılama sırasında güvenli enjeksiyon uygulama oranını belirlemek ve enjeksiyon güvenliği konusunda mevcut durumu saptamak amacıyla 80 sağlık ocağında aşı uygulayan 80 sağlık personeli (ebe, hemşire ve sağlık memuru) gözlenmiştir. Sağlık personellerinin %33’ünün doğru teknikle aşıları uygulamadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık personelinin %73’ünün aşılar konusunda en son aldıkları eğitimin 6 yıl ve öncesinde olduğu sadece %9’unun son bir yıl içerisinde eğitim aldıkları belirtilmiştir (Enjeksiyon Güvenliği Araştırması 2003).

Aile hekimliğinde çalışan hemşirelerin (150 hemşire) çocukluk dönemi aşı uygulamaları konusunda bilgilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin aşılar (%29,3), aşıların yan etkileri (%27,3), medyada yer alan aşı ile ilgili güncel konular (%66), yeni aşılar (%48,7) ve ebeveynlerin aşılar konusundaki sorularını yanıtlama (%39,3) konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemiştir (Petousis-Harris ve ark 2005).

Birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının aşılama önlemleri ve kontrendikasyonlarına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirildiği ve 331 kişinin [ebe-hemşire 182 (%55), hekim 149 (%45)] katıldığı diğer bir çalışma da, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin oldukça iyi ve uygulamaların mevcut bağışıklama önerileri ile uyumlu olduğu belirlenmiştir (Al-Ayed ve Sheik 2006).

Birinci basamak temel sağlık hizmetinde (sağlık ocakları) alışan ebe ve hemşirelerin IM enjeksiyonuna yönelik bilgilerini belirlemek amacıyla planlanan başka bir çalışmaya, 98 hemşire ve 178 ebe olmak üzere toplam 276 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin IM enjeksiyona yönelik bilgi düzeyleri orta seviyede bulunmuş olup toplam bilgi puanları araştırma grubunun eğitimi, çalışma süresi ve meslek grupları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Altıok ve ark 2007).

Uzun (2007), Isparta il ve ilçe merkezlerinde bulunan ASM'lerde soğuk zincirin mevcut durumunu ve soğuk zincirle ilgili uygulamaları belirlemeyi amaçlayan 190 kişinin (%50'si doktor, %31,6'sı ebe, %16,3' hemşire ve %2,1'i sağlık memuru) katıldığı bir çalışma yapmıştır. Araştırma grubunda yedi tane soğuk zincir bilgi sorusunun hepsine doğru cevap veren olmadığı, buzdolabı iinin ısısı sorusuna ebelerin daha fazla doğru cevap verdiği (%85), kesinlikle dondurulmaması gereken aşı veya aşılar sorusuna hemşirelerin daha fazla doğru cevap verdiği (%9,7) görülmüştür. Ayrıca araştırmaya katılan grubun genel olarak aşıların buzdolabında bulunması gereken yeri doğru bilme yüzdelerinin düşük olduğu ve buzdolabında yerleşim yeri en fazla doğru olarak bilinen aşının oral polio aşısı olduğu belirlenmiştir (%84,4) (Uzun 2007).

Zonguldak ili merkez ilçesinde bağışıklama hizmeti veren birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin soğuk zincir bilgi düzeyinin belirlenmesine yönelik 125 sağlık personeli (%18,4' (23) pratisyen hekim, %24' (30) hemşire, %52'si (65) ebe, %5,6'sı (7) sağlık memuru) ile yürütülen araştırmada, sağlık personelinin yaşı ve hizmet yılı arttıkça soğuk zincir konusundaki bilgi puanının azaldığı, hizmet içi eğitim alma zamanı kısaldıkça soğuk zincir konusundaki bilgi puanı arttığı, soğuk zincir konusundaki bilgi puanları arttıkça aşıların buzdolabına yerleşiminin daha doğru olduğu belirlenmiştir (Sekreter 2008).

Diyarbakır il Merkezi Sağlık Ocağı ve AÇSAP merkezlerinde ebe/hemşirelerin aşı uygulamalarını değerlendirmek amacıyla 80 ebe/hemşire gözlenmiştir. Bu çalışmayla sağlık çalışanlarının soğuk zincir, aşı kaydı, aşı danışmanlığı, enjeksiyon güvenliği başlıkları altında nasıl uygulama yaptıkları değerlendirilmiştir. Soğuk zincir konusunda %98,8'inin aşıyı buzdolabından çıkarıp

tekrar yerine bıraktığı, %85'inin buz aküsüyle aşı temasını engellediği, %82,5'inin aşı nakil kabının bakımını sağladığı belirlenmiş; danışmanlık konusunda ise sadece %25'inin anneye hangi aşığı yaptığını söylediği, %48,8'inin aşı sonrası yan etkilerle ilgili bilgi verdiği %3,8'inin anneye soru sorma fırsatı verdiği gözlenmiştir (Ertem ve Yiğitalp 2010).

Karataş ve Çimen (2011) sağlık personelinin parenteral aşuların uygulanmasında bölge seçimi ve uygulama tekniğı konusunda bilgilerini ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında 96 sağlık personeli ile görüşmüşler ve aşuların uygulanmasında sekiz aşı için bölge seçimini doğru bilen yalnız iki kişi (%2,1), uygulama tekniğini doğru bilen 55 kişi (%57,3) olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin aşı uygulamalarında bölge seçimi ve uygulama tekniğı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (Karataş ve Çimen 2011).

Sağlık profesyonellerinin aşı uygulamaları ve aşı uygulamalarına ilişkin bilgi durumunu belirlemek amacıyla 395 sağlık profesyonelinin (%41,3'ü hemşire, %51,4'ü ebe, %2,5'i sağlık memuru ve %4,8'i acil tıp teknisyeni) katıldığı çalışmada, aşı uygulamalarına ilişkin genel bilinmesi gereken kurallardan oluşan 10 puanlık bilgi sorularının tamamını doğru bilen sağlık profesyoneli oranı %0,5; hiç aşı yapılmamış çocuklarda uygulanacak aşı takvimini tam doğru dolduranların oranı %31,6 ve aşuların uygulama bölgesi ve uygulama açısını resim üzerinde tam doğru işaretleyebilen sağlık profesyonelinin oranı %15,4 bulunmuştur. Bu çalışmada aşı uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu ve sağlık profesyonellerinin aşı uygulamalarıyla ilgili bilgilerinin güncellenmesi için eğitime gereksinim duydukları görülmüştür (Gözen ve ark 2013).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hemşire ve ebelerin (127 kişi) Hepatit B aşısına yönelik bilgi ve pratiklerinin incelendiğı çalışmada; Hepatit B aşısının buzdolabındaki yerleşim yeri (%74), buzdolabının ısısı +2 ile +8°C arasında korunmalı (%67,8), Hep B aşısının ilk ne zaman yapılması gerektiğı (%90,6), uygulanacağı yer (% 97,6) gibi sorulara doğru yanıt vermişlerdir. Bunun yanında sağlık çalışanları Hepatit B aşısı ile ilgili koruma ve yan etkiler (%18,1), aşı

markaları (%3,1), güncel bilgiler ve gelişmeler (%21,3) konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Çetinkaya 2014).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşlarına yönelik aşı programları, aşları planlama, soğuk zincir kurallarına uyma gibi konulardaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve etkileyen faktörleri (yaş, öğrenim durumu, mezun olunan bölüm, çalışma süresi, aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu) incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli merkez ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) yapıldı. Konya İli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden edinilen bilgilere göre, Konya ilinde toplam 201 ASM bulunmakta olup 583 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Konya İlinde Selçuklu, Karatay ve Meram olmak üzere toplam üç merkez ilçe yer almaktadır.

Selçuklu İlçesinde 26 ASM bulunmakta olup 599.139 kişiye hizmet verilmektedir. İlçede toplam 152 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Karatay İlçesinde 25 ASM bulunmakta olup 292.645 kişiye hizmet verilmektedir. İlçede toplam 76 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Meram İlçesinde 26 ASM bulunmakta olup 336.532 kişiye hizmet verilmektedir. İlçede toplam 87 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya İli merkez ilçelerinde aile sağlığı elemanı olarak görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Selçuklu ilçesinde 152 (%48,2), Meram ilçesinde 87 (%27,6), Karatay ilçesinde 76 (%24,1) olmak üzere toplam 315 aile sağlığı elemanı aktif görev yapmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

2.4.1. Örnek Seçimi

Örneklem büyüklüğü, bilinen oranı (Gözen ve ark 2013) dikkate alınarak %85 güçle %5 sapma içinde aynı oranda gösterebilmek için G*Power 3.1.1 programı ile hesaplandı. Araştırmanın örnekleme 145 kişi olarak belirlendi. Örneklem alınacak aile sağlığı elemanlarının sayısı aşağıda özetlendiği şekilde ilçelere göre tabakalı örneklem yöntemi ile belirlendi.

Çizelge 2.1. Aile sağlığı eleman sayılarının aile sağlığı merkezlerine göre dağılımlarının hesaplanması

Aile Sağlığı Merkezi	ASE sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem girecek ASE sayısı
Selçuklu İlçesi ASM	152	$152/315 = 0,482$	$0,482*145=70$
Meram İlçesi ASM	87	$87/315 = 0,276$	$0,276*145=40$
Karatay İlçesi ASM	76	$76/315 = 0,241$	$0,241*145=35$

Verilerin toplanacağı aile sağlığı merkezleri rastgele örneklem yöntemi ile toplam 40 ASM olarak belirlendi. Belirlenen ASM'lerinde toplam 235 aile sağlığı elemanı çalışmakta idi. Bu ASM'lerinde veri toplama tarihleri arasında izinli olan 80 ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 10 aile sağlığı elemanı araştırmaya dahil edilmedi. Belirlenen ASM'lerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 145 aile sağlığı elemanı araştırma kapsamına alındı.

2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri

Örnek seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- ASM'inde aile sağlığı elemanı olarak en az altı ay süre ile çalışıyor olmak.
- ASM'inde aile sağlığı elemanı olarak aktif olarak aşı uygulaması yapmak.

2.5. Veri Toplama Yöntemi

2.5.1. Verilerin Toplanması

Veriler, kurum ve araştırma etik kurul izinleri alındıktan sonra 01 Kasım 2014 – 30 Ocak 2015 tarihleri arasında belirlenen ASM'lerinde aile sağlığı elemanlarının uygun oldukları saatler tercih edilerek toplandı. Veri toplama araçları birebir dağıtılarak araştırmacının gözetiminde öz bildirim dayalı olarak aile sağlığı elemanlarının birbirleri ile etkileşim içerisinde olmadıkları ayrı bir odada uygulandı. Anlaşılabilirliği arttırmak için görsel sorular renkli olarak belirtildi. Anketin uygulanması ortalama 10-15 dakikalık bir süreyi kapsadı.

2.5.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak literatür (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009, Karataş ve Çimen 2011, Törüner ve Büyükgöncü 2012) doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılama Yönelik Bilgi ve Uygulamaları Anket Formu” (Ek A) kullanıldı. Anket formu dört bölüm ve 39 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde; aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerini içeren (yaş, öğrenim durumu, meslek grubu, aile sağlığı elemanı (ASE) olarak ne kadar süredir çalıştığı, aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu, son eğitim alma zamanı) altı soru, ikinci bölümde; çocukluk dönemi aşılımları ile ilgili bilgi maddelerini içeren (aşılama ile ilgili genel bilgiler ve DaBT-İPA-Hib aşısı, Hepatit B, BCG aşısı, OPA, KKK, Hepatit A ve suçiçeği aşılımlarıyla ilgili bazı bilgi maddeleri) 20 soru, üçüncü bölümde; soğuk zincir ile ilgili bilgi maddelerini içeren (güneş ışığı gibi ultraviyole ışınlarına karşı hassas aşılımların hangileri olduğu, bazı aşılama dondurulabilirken bazılarının hiçbir zaman donmaması gerektiği, aşı nakil kabının yerleştirilme şekli, buz akülerinin dondurulma süresi, aşılımların yerleşimi ve aşılımların korunması gereken sıcaklık aralığı vb.) dokuz soru, dördüncü bölümde; aşı ile ilgili uygulamaları içeren (KPA'nın uygulama yeri, Kızamık aşısı, DaBT-İPA-Hib aşısı ve BCG aşısının uygulanma yeri, uygulanma şekli, ebeveynleri bilgilendirme durumları) dört soru yer almaktadır.

Aile sağlığı elemanlarından anket formunda yer alan bilgi ve uygulama maddelerini doğru/yanlış şeklinde yanıtlamaları istendi. Doğru yanıtlar “1”, yanlış yanıtlar “0” olarak kodlandı ve toplam puan üzerinden değerlendirme yapıldı. Bilgi maddelerinde toplam en yksek “38”, en dkyk “0” puan alınmaktadır. Puanın yksek olması aşı ile ilgili bilgi dzyeyinin yksek olduğunu gstermektedir. Uygulama maddelerinden toplam en yksek “11”, en dkyk “0” puan alınmaktadır. Puanın yksek olması aşı ile ilgili uygulama dzyeyinin yksek olduğunu gstermektedir.

Araştırmaya başlamadan nce anket formunun değerlendirilmesi amacıyla altı uzmandan (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği nđretim yveleri beş kişi, Halk Sağlığı uzmanı bir kişi) gnrüş alındı (Bkz. EK F). Gnrüşler doğrultusunda formda gerekli değişiklikler (Grsel sorularda hangi aşıların yapıldığının belirtilmesi, yazım dzenlemeleri, nzel aşının buzdolabı yerleşim yerinden çıkarılması) yapıldıktan sonra veri toplama aracı n uygulama için hazır hale getirildi.

2.6. n Uygulama

nrekleme alınmayan bir ASM’nde gnev yapan 10 aile sağlığı elemanından anket formunu doldurması istendi. Elde edilen veriler araştırma kapsamına alınmadı. n uygulama sonunda anket sorularının açık ve anlaşılır olduğu belirlendiğinden herhangi bir dzenlemeye gidilmedi.

2.7. Değişkenler

2.7.1. Bağımsız Değişkenler

➤ Sosyodemografik nzellikler

- Yaş
- nđrenim durumu

➤ Mesleki nzellikler

- Meslek grubu

- Aile sağlığı elemanı (ASE) olarak çalışma sũresi
 - Aşı ve uygulamalarına y¶nelik eğitim alma durumu
 - Aşı ve uygulamalarına y¶nelik son eğitim alma zamanı
- Aile sağlığı elemanlarının çocukluk d¶nemi aşıları ile ilgili bilgi durumu
- Aile sağlığı elemanlarının çocukluk d¶nemi aşıları ile ilgili uygulamaları

2.7.2. Bağımlı Değişkenler

- Aile sağlığı elemanlarının çocukluk d¶nemi aşılarına y¶nelik bilgi ve uygulamaları toplam puan ortalamaları

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapıldı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yũzde, aritmetik ortalama, standart sapma) kullanıldı. Karşılaştırmalı verilerde t testi uygulandı. Uygulama ve bilgi durumları arasındaki ilişkiyi belirlemede pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi ve p değerı doğrudan yazıldı.

2.9. Etik Boyut

Araştırmanın etik izni Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakũltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 23 Temmuz 2014 tarihli ve 2014/77 sayılı karar ile alındı (Bkz. EK C). Tez başlığının değiştirilmesi hakkında tez savunma sınavı sonrasında S.. Sağlık Bilimleri Enstitũsũ'ne yapılan başvuru ile Enstitũ Y¶netim Kurulu 25 Haziran 2015 tarih ve 20/19 sayılı kararı ile tez başlığı değiştirildi (Bkz. EK G). S.. Sağlık Bilimleri Fakũltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nda 23 Temmuz 2014 tarihli ve 2014/77 sayılı kararda yer alan proje başlığının "Aile Sağlığı Elemanlarının ocukluk D¶nemi Aşılarına Y¶nelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi için

başvuruldu. Etik kurul 30.06.2015 tarihli ve 2015/54 sayılı kararı proje başlığı değiştirildi (Bkz. EK H).

Araştırmanın yürütülebilmesi için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan yazılı kurum izni alındı (Bkz. EK E). Ayrıca ilgili ASM'lerinde çalışan aile sağlığı elemanlarından araştırmanın amacı ve içeriği açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine yönelik "Bilgilendirilmiş Onam Formu" imzalatılarak yazılı onamları alındı (Bkz. EK B).

3. BULGULAR

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dnemi aşılarına ynelik aşı programları, aşıları planlama, soğuk zincir kurallarına uyma gibi konulardaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve etkileyen faktrleri incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada bulgular  blmde incelendi. Bu blmler:

1. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki zellikleri ile ilgili bulgular

2. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dnemi aşıları ile ilgili bilgi ve uygulamalarına ynelik bulgular

3. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki zelliklerine gre çocukluk dnemi aşıları ile ilgili bilgi ve uygulamalarının toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

3.1. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki zellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki zellikleri ile ilgili tanımlayıcı bulgularına gre dağılımları izelge 3.1’de gsterildi.

Araştırmaya katılan 145 aile sağlığı elemanının yaşlarının 24 ile 54 yıl arasında değiştiği, yaş ortalamasının $38\pm 5,58$ yıl olduğu bulundu. Aile sağlığı elemanlarının %57,2’si lise veya n lisans, %42,8’i lisans veya lisansst mezunu olduğunu belirtti. Katılımcıların %43,4’nn hemşirelik, %54,5’inin ebelik, %2,1’inin ATT ya da laboratuvar teknikerliği blmlerinden mezun olduğu; %60,0’inin altı ay ile beş yıl arasında, %40,0’nin beş yıldan fazla aile sağlığı elemanı olarak grev yaptđı bulundu. Aile sağlığı elemanlarının %61,4’ aşı ve uygulamalarına ynelik eğitim (kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb.) aldıklarını %38,6’sı herhangi bir eğitim almadıklarını belirtti. Eğitim alan aile sağlığı

elemanlarından %11,7'si eğitim alma zamanını hatırlamadıklarını, %49,7'si en az bir yıl veya daha önceki yıllarda eğitim aldıklarını bildirdi (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Aile sağlığı elemanlarının tanıtıcı özellikleri (n=145).

Özellikler	n	%
Yaş*		
24-35 yaş	51	35,2
35-54 yaş	94	64,8
Öğrenim Durumu		
Lise veya Ön lisans	83	57,2
Lisans veya Lisansüstü	62	42,8
Mezun Olunan Bölüm		
Hemşirelik	63	43,4
Ebelik	79	54,5
Diğer sağlık bölümleri**	3	2,1
Aile Sağlığı Elemanı Olarak Çalışma Süresi		
6 ay-5 yıl	87	60,0
5 yıldan fazla	58	40,0
Aşı ve Uygulamalarına Yönelik Eğitim Alma Durumu		
Evet	89	61,4
Hayır	56	38,6
Aşı veya Aşı Uygulamaları ile İlgili En Son Eğitim Alma Zamanı		
Almadım	56	38,6
Hatırlamıyorum	17	11,7
1-4 yıl	37	25,5
4 yıl üzeri	35	24,2

* Aile sağlığı elemanlarının yaş ortalaması $38 \pm 5,58$ yıl

** Diğer sağlık bölümleri: ATT, laboratuvar teknikerliği.

3.2. Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşları ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik tanımlayıcı bulgulara yer verildi.

3.2.1. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşıları ile ilgili bilgi maddelerine verdikleri yanıtlara yönelik bulgular

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılarına yönelik bilgi durumlarını değerlendiren anket soruları iki bölüm, 38 maddeden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocukluk dönemi aşıları ve soğuk zincir kurallarına yönelik bilgi durumları 27 maddelik anket sorusu ile değerlendirildi. Bu maddelerden 13 tanesinde doğru ifade, 14 tanesinde yanlış ifade yer almakta idi (Çizelge 3.2). İkinci bölümde ise aşıların buzdolabına yerleşim yerleri ve aşıların saklanma sıcaklıklarına yönelik toplam 11 soru yer almaktadır (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.2. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşıları ile ilgili bilgi durumları (n=145).

İfadeler	Doğru	
	n	%
Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.	119	82,1
Aynı ekstremiteden birden fazla aşının uygulanması zorunlu ise iki aşının uygulanma bölgesi arasında en az 4 cm mesafe olmalıdır.	63	43,4
Aşı ile intrauterin bulaşma ve sakatlıklar önlenir.	80	55,2
DaBT-İPA-Hib aşısı (beşli karma aşı) için üst yaş sınırı 72 aydır.	92	63,4
Herhangi bir yaş grubunda Hepatit B aşılması yapılmadan önce Hepatit B'ye yönelik serolojik inceleme yapılması gerekir.	49	33,8
Aşı uygulamasına gelen çocukta 38,5°C'nin altında seyreden ateşle birlikte solunum yolu enfeksiyonu veya ishal gibi hafif hastalıklar varsa uygulama ertelenir.	61	42,1
6 yaş üzerinde hiç aşılanmamış çocukta BCG aşısı gerekli değildir.	51	35,2
Kayıtlara göre BCG aşısı yapıldığı bilinen çocuklarda skar görülmezse, kontrol amacıyla herhangi bir yaşta Tüberkülin Cilt Testi yapılması gereklidir.	58	40,0
BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir. Ancak uygulama kolaylığı ve bağışıklık sisteminin daha kuvvetli gelişmesi için 2. ayı doldurduğunda uygulanmalıdır.	141	97,2
BCG aşısının bir defada uygulama dozu 0-1 yaşta 0.1 ml, 1 yaş üzerinde 0.5 ml'dir.	112	77,2
Oral Polio Aşısı (OPA) yapıldıktan sonra, çocuğun beslenmesine 1 saat ara verilir.	128	88,3
İshali olan çocuğa OPA uygulanabilir. Ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha yapılmalıdır.	84	57,9

Çizelge 3.2. (Devam) Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılı ile ilgili bilgi durumları (n=145).

12 aya kadar olan bebeklerde, intramuskuler uygulama için uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır.	137	94,5
Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlarda KKK (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık), OPA ve BCG aşılarının uygulanmasında herhangi bir sakınca yoktur.	123	84,8
OPA'da çocuğa uygulanan doz 3 damladır.	137	94,5
Hepatit A aşısı canlı virüs aşısı olup iki aşı dozu arasında en az 4 hafta olması gerekir	126	86,9
1-13 yaşları arasında suçüçeği geçirmemiş ve aşılanmamış çocuklarda bir doz suçüçeği aşısı önerilir.	119	82,1
BCG aşısı sulandırıldıktan sonra 4 saat içinde kullanılmalıdır.	105	72,4
Tek dozlu Hemafilus İnfluenza Tip b (Hib) ve KKK aşıları sulandırıldıktan sonra 6 saat içinde kullanılmalıdır.	83	57,2
6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılanmamış çocukla (12-71 ay) ilk karşılaştığımızda DaBT-İPA-Hib, Hepatit B, PPD ile tüberkülin deri testi, BCG aşısı yapılır.	37	25,5
BCG, Kızamık, KKK, Kızamıkçık aşıları güneş ışığı gibi ultraviyole ışınlarına karşı hassastır.	137	94,5
Polio, Kızamık, KKK, Kızamıkçık, liyofilize Hib ve BCG aşıları dondurulabilirken; DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hepatit B ve KPA ile liyofilize aşılardan sulandırıcılarının hiçbir zaman donmaması gerekir.	67	46,2
Aşı ve sulandırıcılar aşı nakil kabının orta kısmına yerleştirilmelidir. Donmaya karşı hassas olan aşılardan sulandırıcılar buz aküleri ile doğrudan temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.	140	96,6
Buzdolabının buzluğunun 0,5 cm' den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.	136	93,8
İzolasyonu iyi bir buzdolabında uzun süreli elektrik kesintisinde 12 saat süre ile aşı için uygun sıcaklık korunur.	71	49,0
Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır.	121	83,4
Elektrik kesintilerinden sonra tekrar buzdolabı çalıştırılırken termostat daha soğuk dereceye ayarlanmalıdır.	87	60,0

Çizelge 3.2 incelendiğinde; aile sağlığı elemanlarının en çok BCG aşısının yapılış zamanı ile ilgili maddeyi doğru yanıtladığı (%97,2) belirlendi. BCG, Kızamık, KKK ve Kızamıkçık aşılarının ultraviyole ışınlarına hassas olduğu (%94,5) ile BCG aşısının dozu (%77,2) ve sulandırıldıktan sonra kullanım süresi ile ilgili maddenin (%72,4) de büyük oranda doğru bilindiği görüldü. Buna karşın BCG aşısı yapıldığı bilinen çocuklarda skar görülmezse TCT yapılmasına (%40) ve altı yaş

üzerinde hiç aşılammamış çocuklara BCG aşısının yapılmasına gerek olmadığını (%35,2) bilen katılımcıların oranının düşük olduğu belirlendi (Çizelge 3.2).

Aşı ve sulandırıcılarının aşı nakil kabına yerleşim yeri ve şekli (%96,6), buzdolabının buzlanma kalınlığı (%93,8) ve buz akülerinin dondurulma süresinin de (%83,4) büyük oranda doğru bilindiği tespit edildi. Elektrik kesintileri sonrasında buzdolabının ısı ayarının değiştirilmemesi gerektiğini bilenlerin oranı ise %60 olarak belirlendi. Aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısı da (%49) izolasyonu iyi bir buzdolabının elektrik kesintisi sırasında uygun sıcaklığı koruma süresinin 12 saat olmadığını bilmekte idi (Çizelge 3.2).

Yapılan değerlendirmede IM aşıların uygulama yerinin (12 aya kadar) büyük oranda doğru bilindiği belirlendi (%94,5). Buna karşın aşının intrauterin bulaşma ve sakatlığı önlediği (%55,2), aynı ekstremiteye birden fazla aşı uygulanacağında iki aşı arasındaki mesafenin 4 cm olmadığını (%43,4) ve hafif hastalık belirtilerinin aşının uygulanmasına engel olmadığını (%42,1) düşük oranında doğru bilindiği belirlendi (Çizelge 3.2).

DaBT-İPV-Hib aşısının uygulanması için üst yaş sınırının 72 ay olduğunu bilenlerin oranının %63,4 olduğu bulundu. DaBT-İPV-Hib, Polio, Kızamık gibi aşılar dondurulabilirken sulandırıcılarının hiçbir zaman dondurulmaması gerektiğini bilenlerin oranı ise %46,2 olarak belirlendi (Çizelge 3.2).

Aile sağlığı elemanları, OPA sonrası çocukların beslenmesine ara verilmesine gerek olmadığını (%88,3) ve aşı dozunun üç damla olmadığını (%94,5) büyük oranda doğru bilmekte idi. Ancak ishelli çocuğa OPA yapılabileceğini ve dört hafta sonra dozun tekrarlanması gerektiğini bilenlerin oranı (%57,9) daha düşüktü (Çizelge 3.2).

Hepatit A aşısının canlı aşı olmadığını ve aşı dozları arasındaki sürenin bir hafta olmadığını bilenlerin oranı %86,9 olarak belirlendi. Ayrıca, 1-13 yaş arasında suçiçeği hastalığını geçirmemiş ve aşılammamış çocuklara bir doz aşının yeterli olduğunu bilenlerin oranı ise %82,1 olarak bulundu (Çizelge 3.2).

Aşıların zamanında yapılmasını etkileyen en önemli unsurlardan biri aşı kontrendikasyonları hakkındaki yanlış bilgilerdir. Aile sağlığı elemanlarının büyük bir kısmı Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlarda KKK (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık), OPA ve BCG aşılarının uygulanmaması gerektiğini (%84,8) ve anafilaktik reaksiyonun aşının diğer dozları için kesin kontrendikasyon oluşturduğunu (%82,1) doğru bilmiştir. Aşılar ile ilgili en az bilinen maddenin ise altı yaşından küçük ve hiç aşılanmamış çocukların aşılanması ile ilgili madde (%25,5) olduğu belirlendi (Çizelge 3.2).

Araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının aşıların yerleşimi ile ilgili bilgi durumları Çizelge 3.3'te gösterildi.

Çizelge 3.3. Aile sağlığı elemanlarının aşıların yerleşimi ile ilgili bilgi durumları (n=145).

	Aşının Adı/Yeri	Doğru	
		n	%
1	BCG (üst raf)	141	97,2
2	Hep B (alt raf)	117	80,7
3	Kızamık (üst raf)	142	97,9
4	OPA (üst raf)	145	100,0
5	Td (alt raf)	128	88,3
6	KPA (alt raf)	75	51,7
7	KKK (üst raf)	131	90,3
8	DaBT-İPA-Hib (orta raf)	136	93,8
9	Hep A (alt raf)	62	42,8
10	Suçiçeği (orta raf)	79	54,4

Aile sağlığı elemanlarının aşıların yerleşimi ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde; aile sağlığı elemanlarının aşıların buzdolabına yerleşim yerlerini genelde bildikleri belirlendi. Buzdolabındaki yerleri en çok doğru bilinen aşıların OPA (%100), Kızamık (%97,9) ve BCG (%97,2) aşıları olduğu, buzdolabındaki yerleri en az bilinen aşıların ise Hepatit A (%42,8), KPA (%51,7) ve Suçiçeği (%54,4) aşıları olduğu tespit edildi (Çizelge 3.3). Aşıların saklanması gereken sıcaklık aralığını (+2 ile +8) doğru bilenlerin oranı ise %86,9 olarak belirlendi.

3.2.2. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşıları ile ilgili uygulama maddelerine verdikleri yanıtla ra yonelik bulgular

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşı uygulamaları gorsel materyal aracılığı ile değerlendirildi. Araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşılarına yonelik uygulama bulguları izelge 3.4'te gosterildi.

Çizelge 3.4. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşılarına yonelik uygulamaları (n=145).

İfadeler	Doğru	
	n	%
Kızamık, Kızamıkçık Aşısı ya da KKK aşılarının st kolun dış kısmında deltoid kasa uyan bolgeye subkutan uygulanması	130	89,7
KPA' nın hangi bolgeye uygulanacağı	135	93,1
Kızamık aşısı uygulanırken çocuğun tutuş pozisyonu	73	50,3
Kızamık aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama yeri	29	20,0
Kızamık aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama şekli	46	31,7
DaBT-İPA-Hib aşısı uygulanırken çocuğun tutuş pozisyonu	96	66,2
DaBT-İPA-Hib aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama yeri	101	69,7
DaBT-İPA-Hib aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama şekli	64	44,1
BCG aşısı uygulanırken çocuğun tutuş pozisyonu	116	80,0
BCG aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama yeri	139	95,6
BCG aşısı uygulanırken enjeksiyon uygulama şekli	132	91,0

Aile sağlığı elemanlarının yanıtla ra değerlendirildiğinde; Kızamık, Kızamıkçık aşısı ya da KKK aşısının uygulama yeri (st kolun dış kısmında deltoid kasa uyan bolge) ve uygulama şekli (subkutan) (%89,7) ile KPA aşısının uygulama yerinin (%93,1) oğunlukla doğru bilindiği tespit edildi (izelge 3.4).

Kızamık aşısı ile ilgili olarak en çok çocuğun tutuş pozisyonu (%50,3) doğru bilinirken, enjeksiyon uygulama şekli (%31,7) ve yeri (%20) duşuk oranda doğru bilinmekte idi. DaBT-İPA-Hib aşısının uygulama şekli, çocuğun tutuş pozisyonu ve uygulama yeri açısından değerlendirildiğinde her üç maddeye aile sağlığı

elemanlarının yaklaşık yarısının doğru yanıt verdiği belirlendi. Buna ek olarak en çok doğru bilinen kriterin aşının uygulama yeri (%69,7), en az bilinen kriterin ise aşının uygulama şekli (%44,1) olduğu tespit edildi. BCG aşısı ile ilgili görsel sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde ise, aile sağlığı elemanlarının çoğunlukla doğru yanıt verdiği belirlendi. En çok bilinen kriterin aşının uygulama yeri (%95,6), en az bilinen kriterin çocuğun tutuş pozisyonu (%80) olduğu belirlendi (Çizelge 3.4).

Araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının aşilar hakkında ebeveynleri bilgilendirme durumları ve konuları Çizelge 3.5'te gösterildi.

Çizelge 3.5. Aile sağlığı elemanlarının ebeveynleri bilgilendirdikleri konular (n=145).

İfadeler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Çocuğa uygulanan aşilar hakkında ebeveynleri bilgilendirme durumu	145	100,0	-	-
Oluşabilecek ciddi yan etkileri bildirme	120	82,8	25	17,2
Oluşabilecek hafif yan etkileri bildirme	138	95,2	7	4,8
Yan etkilere yönelik müdahaleleri bildirme	130	89,7	15	10,3
Bir sonraki aşı zamanlarını bildirme	143	98,6	2	1,4

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının hepsi çocuğa uygulanan aşilar hakkında ebeveynleri bilgilendirdiklerini ifade ederken, %95,2'si aşı sonrası oluşabilecek hafif yan etkiler, %82,8'i aşı sonrası oluşabilecek ciddi yan etkiler konusunda ebeveynleri bilgilendirdiklerini belirtti. Ayrıca %98,6'sı bir sonraki aşı zamanları, %89,7'si yan etkilere yönelik müdahaleleri ebeveynlere anlattıklarını bildirdi (Çizelge 3.5). Aile sağlığı elemanları bu konulara ek olarak aşının içeriği, ateş düşürücü ve ağrı kesicinin verilme zamanı, ateşin ne olduğu, aşuya gidilmeden önce ateş düşürücü verilmemesi gerektiği, soğuk uygulama, ateş düşürücü kullanımı, aşının endikasyonları, uygulanan aşı ve aşının uygulama yeri gibi konularda da bilgi verdiklerini bildirdi.

Aile sağlığı elemanlarının bilgi ve uygulama puanları Çizelge 3.6'da verildi.

Çizelge 3.6. Aile sağlığı elemanlarının bilgi ve uygulama puanları (n=145)

Toplam puanlar	En düşük değer	En yüksek değer	Ort ± ss
Bilgi toplam puanı	18	35	26,85 ± 3,44
Uygulama toplam puanı	4	11	7,92 ± 1,21

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi maddelerinden en az 18, en fazla 35 maddesine doğru yanıt verdiği, bilgi puan ortalamasının ise 26,85 ± 3,44 olduğu bulundu. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşularına yönelik uygulama durumunu değerlendiren 11 maddelik anket sorusuna ise katılımcıların en az 4, en fazla 11 maddeye doğru yanıt verdiği, uygulama puan ortalamasının 7,92 ± 1,21 olduğu belirlendi (Çizelge 3.6).

3.3. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Çocukluk Dönemi Aşuları ile İlgili Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi ve uygulama toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.7’de gösterildi.

Çizelge 3.7. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik özelliklerine göre çocukluk dönemi aşılı ile ilgili bilgi durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145).

Özellikler	Çocukluk Dönemi Aşılı ile İlgili Bilgi Puan Ortalaması	
	n	$\bar{X} \pm Ss$
Yaş		
24-35 yıl	51	26,53 ± 3,40
35 yaş üstü	94	27,02 ± 3,47
<i>t</i>		-0,822
<i>p</i>		0,414
Öğrenim Durumu		
Lise-Ön lisans	83	26,61 ± 3,40
Lisans-Lisansüstü	62	27,16 ± 3,50
<i>t</i>		-0,945
<i>p</i>		0,348
Mezun Olunan Bölüm		
Hemşirelik	63	26,51 ± 5,75
Ebelik	79	27,03 ± 3,21
<i>t</i>		-0,088
<i>p</i>		0,378
Çalışma süresi		
6 ay-5 yıl	87	27,00 ± 3,46
5 yıl ve daha fazla	58	26,00 ± 3,28
<i>t</i>		1,257
<i>p</i>		0,202
Aşı uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu		
Aldı	89	26,96 ± 3,31
Almadı	56	26,68 ± 3,67
<i>t</i>		0,469
<i>p</i>		0,640

Aile sağlığı elemanlarının yaş ilerledikçe çocukluk dönemi aşılı ile ilgili bilgi puan ortalamalarının arttığı ancak gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0,414). Benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe çocukluk dönemi aşılı ile ilgili bilgi puan ortalamalarının da artmakta olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görüldü (p=0,348). Ebelik bölümünden mezun olan aile sağlığı elemanlarının hemşirelik bölümünden mezun olanlara göre çocukluk dönemi aşılına yönelik bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p=0,378). Buna karşın çalışma süresi arttıkça aile sağlığı elemanlarının bilgi puan ortalamasının azaldığı belirlendi. Ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde değildi ($p=0,202$). Çocukluk dönemi aşları ile ilgili bilgi durumunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer unsur olan aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu açısından gruplar arasındaki fark incelendiğinde aile sağlığı elemanlarının aşı hakkında eğitim almasının bilgi puan ortalamalarını çok fazla etkilemediği tespit edildi (Çizelge 3.7).

Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşları ile ilgili uygulama durumu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.8’de gösterildi.

Çizelge 3.8. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşları ile ilgili uygulama durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması ($n=145$).

Özellikler	n	Çocukluk Dönemi Aşları ile İlgili Uygulama Puan Ortalaması	
		$\bar{X} \pm Ss$	
Yaş			
24-35 yıl	51	7,90 ± 1,22	
35 yaş üstü	94	7,93 ± 1,21	
<i>t</i>		-0,112	
<i>p</i>		0,911	
Öğrenim Durumu			
Lise-Ön lisans	83	8,00 ± 1,21	
Lisans-Lisansüstü	62	7,81 ± 1,21	
<i>t</i>		0,952	
<i>p</i>		0,343	
Mezun Olunan Bölüm			
Hemşirelik	63	7,87 ± 1,24	
Ebelik	79	7,99 ± 1,19	
<i>t</i>		-0,558	
<i>p</i>		0,578	
Çalışma süresi			
6 ay-5 yıl	87	7,89 ± 1,22	
5 yıl ve daha fazla	58	8,09 ± 1,19	
<i>t</i>		-0,729	
<i>p</i>		0,465	
Aşı uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu			
Aldı	89	7,96 ± 1,23	
Almadı	56	7,86 ± 1,18	
<i>t</i>		0,473	
<i>p</i>		0,637	

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşıları ile ilgili uygulama puan ortalamaları sosyodemografik ve mesleki ozelliklerine gore kıyaslandığında; aile sağlığı elemanlarının yaşlarının aşı uygulama puan ortalamalarını çok fazla değiştirmediği belirlendi ($t=-0,112$, $p=0,911$). Eğitim duzeylerine gore kıyaslama yapıldığında lise veya on lisans mezunu olanların puan ortalamalarının ($8,00 \pm 1,21$) lisans veya lisansustu mezunlardan ($7,81 \pm 1,21$) daha yuksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu. Ebelik bolumunden mezun olan aile sağlığı elemanlarının hemşirelik bolumunden mezun olanlara gore çocukluk donemi aşılarına yonelik uygulama puan ortalamalarının daha yuksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p=0,578$). Çalışma suresine gore de gruplar arası puan ortalamaları arasında fark vardı. Çalışma yılı daha fazla olanların çocukluk donemi aşı uygulama puan ortalamaları ($8,09 \pm 1,19$) diğerlerinden ($7,89 \pm 1,22$) biraz daha yuksek olup, gruplar arası fark anlamlı bulunmadı. Aşılar hakkında eğitim alma durumu da çocukluk donemi aşı uygulama puan ortalamalarında onemli bir değişime neden olmamıştır ($t=0,473$, $p=0,637$) (izelge 3.8).

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşılarına yonelik bilgi durumları ile aşı uygulamaları arasındaki ilişki incelendiğinde puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlendi ($p=0,743$, $r =-0,027$). Buna gore aile sağlığı elemanlarının bilgi durumu ile uygulama arasında herhangi bir korelasyon bulunmamaktadır.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında tartışıldı:

1. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

2. Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik bulguların tartışılması

3. Aile sağlığı elemanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi ve uygulama toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

4.1. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşularına yönelik aşı programları, aşuları planlama, soğuk zincir kurallarına uyma gibi konulardaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışma 145 aile sağlığı elemanının katılımıyla gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının yaş ortalamasının $38\pm 5,58$ yıl olduğu ve yarıdan fazlasının lise veya ön lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %43,4'ünün hemşirelik, %54,5'inin ebelik ve %2,1'inin ATT ya da laboratuvar teknikerliği bölümlerinden mezun olduğu ve yarıdan fazlasının altı ay ile beş yıl arasında aile sağlığı elemanı olarak görev yaptığı bulunmuştur. Aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısının aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim (kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb.) aldığı ve eğitim alan aile sağlığı elemanlarından %49,7'sinin en az bir yıl veya daha önceki yıllarda eğitim aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

4.2. Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşuları ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi maddelerinden en az 18, en fazla 35 maddeye doğru yanıt verdikleri tespit edilmiştir (Çizelge 3.6). Anket formunda yer alan 38 sorudan oluşan bilgi değerlendirme maddelerinin tamamına doğru yanıt veren olmamıştır. Ortalama bilgi puanları ise $26,85 \pm 3,44$ olarak belirlenmiştir. Buna göre aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir. Ek olarak çocukluk dönemi aşularına yönelik uygulama durumlarını değerlendiren 11 maddelik görsel sorunun tamamına doğru yanıt veren bulunmakta iken en az dört soruya doğru yanıt verildiği tespit edilmiştir. Ortalama uygulama puanları ise $7,92 \pm 1,21$ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.6). Buna göre aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili uygulamalarının iyi düzeyde olduğu ancak eksikliklerin bulunduğu söylenebilir.

Çocuk sağlığının korunmasında güvenli bağışıklama hizmetinin önemi büyüktür (Arvas 2004, Bozkurt ve Erdim 2004). Aile sağlığı elemanlarının aşının yararı, aşuların korunma ve saklanması, aşı kontrendikasyonları gibi konuları bilmesi ve bu bilgilerini uygulamaya yansıtması oldukça önemlidir (Arvas 2004, Bozkurt ve Erdim 2004, Karataş ve Çimen 2011, Akşit 2012). Çalışmaya katılan aile sağlığı elemanlarının %84,8'i (Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlarda KKK, OPA ve BCG aşularının uygulanmaması gerektiği) ve %82,1'i (Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyonun, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturduğunu) kontrendikasyonlar ile ilgili maddeleri doğru yanıtlamıştır (Çizelge 3.2). Özkan'ın (1992) İstanbul ilinde ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş grubu çocukların bağışıklanması ve aşular konusunda bilgi ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmasında, "aşuların reaksiyon ve kontrendikasyonları"na (%38,44) ilişkin bilgilerinin çok düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının aşılama önlemleri ve kontrendikasyonlarına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirildiği bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlarının kontrendikasyonlar ile ilgili bilgi düzeylerinin oldukça iyi ve uygulamaların mevcut bağışıklama önerileri ile uyumlu olduğu

belirlenmiştir (Al-Ayed ve Sheik 2006). Aşı öncesi daha önce gelişen aşı kontrendikasyonları mutlaka sorulmalıdır. Aile sağlığı elemanlarının her bir aşının kontrendikasyonunu doğru bilmesi büyük önem taşımaktadır. Yanlış bilgiler ile aşı yapılması sonucunda anafilaksi veya benzeri tablolar ortaya çıkabilmektedir.

Aşılarda normal bir reaksiyon olarak görülen yan etkiler aşı uygulaması için bazen kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009). Bu yanlış bilgiler, aşıların yapılmasını engellemekte, dolayısıyla aşı uygulama oranının düşmesine yol açmaktadır (Bozkurt ve Erdim 2004, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009, Karataş ve Çimen 2011). Yapılan araştırmada aşı uygulamasına gelen çocukta 38,5°C'nin altında seyreden ateşle birlikte solunum yolu enfeksiyonu veya ishal gibi hafif hastalıklar varsa uygulamanın ertelenmemesi gerektiğine aile sağlığı elemanlarının yarısından fazlası yanlış yanıt vermiştir (Çizelge 3.2). Petousis-Harris ve arkadaşları (2005) çalışmasında, hemşirelerin aşılar (%29,3), yan etkileri (%27,3), medyada yer alan aşı ile ilgili güncel konular (%66), yeni aşılar (%48,7) konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da hemşire ve ebeler yan etkiler (%18,1), güncel bilgiler ve gelişmeler (%21,3) konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Çetinkaya 2014). Bu durum birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarına aşılar konusunda temel bazı kuralların (kesin kontrendikasyonlar, yanlış kontrendikasyonlar, aşıların yan etkileri) eksiksiz bir şekilde öğretilmesi ve belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini düşündürmektedir. Aşılama sonrası ortaya çıkan yan etkiler, ebeveynlerin çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmak konusunda isteksiz davranmalarına sebep olabilmekte ve bağışıklama programı gecikebilmektedir.

Araştırmada aile sağlığı elemanlarının çoğunlukla doğru bildiği sorulardan birisi BCG aşısının yapılış zamanıyla ilgili maddeydi. BCG aşısının yapılış zamanı, ultraviyole ışığına karşı hassas olduğu, aşının dozu ve sulandırıldıktan sonraki kullanım süresi büyük oranda doğru bilinmekte iken BCG aşısının dondurulabilinen aşı olduğunu ve aşı sonrası skar oluşmayan çocuğa TCT yapılmasına gerek

olmadığını bilenlerin oranı düşüktü (Çizelge 3.2). Sekreter'in (2008) yaptığı çalışmada, BCG aşısının sulandırıldıktan sonra kullanım süresini doğru bilen 23 sağlık personeli (%18,4) olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlık personelinin yaklaşık yarısının güneş ve floresan ışınlarından korunması gereken aşıları (%65,6), donma hassasiyeti en fazla olup, buzdolabının ısısı eksiye düştüğünde donarak bozulacak ilk aşığı (%56), ısı hassasiyeti en fazla olup, ısının yükselmesiyle bozulacak ilk aşığı (%41,6) doğru bildiği belirtilmiştir (Sekreter 2008). Bu durum aile sağlığı elemanlarının BCG aşısı ile ilgili bilgilerinin zaman içerisinde geliştiği, ancak aşının saklanması ile ilgili bilgilerin yeniden gözden geçirmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmada IM aşuların uygulama yeri (12 aya kadar) büyük oranda doğru bilinmekteydi. Buna karşın aynı ekstremiteye birden fazla aşı uygulanacağında iki aşı arasındaki mesafe %56,6 oranında yanlış bilinmekteydi. Enjeksiyonlar arasındaki mesafenin hatalı bilinme nedeninin aynı ekstremiteye zorunlu kalınmadığı sürece birden fazla aşı uygulamasının Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

OPA sonrası çocukların beslenmesi ile ilgili herhangi bir engel yoktur (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009). Bu bilgi aile sağlığı elemanlarının büyük çoğunluğu tarafından doğru bilinmekte idi. OPA canlı aşı olduğu için doz aşımı yan etkilere neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009). Aşı dozunun 3 damla olmadığını aile sağlığı elemanlarının tamamına yakını doğru bilmıştır. OPA ile ilgili en az bilinen madde ise, ishali çocuğa aşı yapılabileceği ancak dört hafta sonra dozun tekrarlanması gerektiği ile ilgili maddeydi (Çizelge 3.2). Bu durum çocukların eksik aşılanmasına neden olabileceğinden aile sağlığı elemanlarının eğitimlerine bu bilginin de eklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Hepatit A ve suçiçeği aşularının uygulama zamanı ve dozları ile ilgili maddeler büyük oranda doğru bilinmekte iken (Çizelge 3.2) buzdolabındaki yerleşim yerleri daha düşük oranlarda doğru bilinmekteydi (Çizelge 3.3). Bu

durumun belirtilen aşıların aşı takvimine en son eklenen aşılardan olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının büyük çoğunluğu aşı ve sulandırıcılarının aşı nakil kabına yerleşim yeri ve şekli, buzdolabının buzlanma kalınlığı ve buz akülerinin dondurulma özellikleri gibi bilgi maddelerine doğru yanıt vermiştir. Sekreter (2008)'in yaptığı araştırmada buzluğun müsaade edilen karlanma sınırını doğru bilen 43 sağlık personeli (%34,4), buz akülerinin buzlukta en az kalma süresine doğru yanıt veren 92 sağlık personeli (%73,6) olduğu bulunmuştur (Sekreter 2008). Aile sağlığı elemanlarının en az bildikleri madde ise, elektrik kesintilerinde iyi bir buzdolabının uygun sıcaklığı koruma süresi idi. Bu süre literatürde 24 saat olarak belirtilirken (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009) aile sağlığı elemanlarının %51'i bu sürenin 12 saat olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.2). Bu maddenin az bilinme nedeninin günümüzde elektrik kesintilerinin uzun süreli olmaması ve bu tarz kesintilerde jeneratörün aktif olarak devreye girmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Aşıların istenilen immün yanıtı oluşturabilmesi için kurallara uygun bir şekilde taşınması ve saklanması gerekir. Bunun içinde soğuk zincir kurallarına uyulması büyük önem taşımaktadır (Bozkurt ve Erdim 2004, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı 2009). Aşıların uygun sıcaklıkta korunması kadar sulandırıcılarının da korunması önemlidir. Yapılan çalışmada DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hepatit B ve KPA ile liyofilize aşıların sulandırıcılarının hiçbir zaman dondurulmaması gerektiği düşük oranda doğru bilinmiştir (%46,2).

Aile sağlığı elemanlarının aşıların buzdolabına yerleşim yeri ile ilgili bilgi durumlarına yönelik bulgular incelendiğinde; aile sağlığı elemanlarının en çok OPA (%100,0), Kızamık (%97,9), BCG (%97,2), DaBT-İPA-Hib (%93,8), KKK (%90,3), Td (%88,3), Hep B (%80,7) doğru bildiği, yarıdan fazlasının Hep A (%57,2) aşısının yerleşim yerini yanlış bildiği tespit edilmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada da buzdolabında bulunması gereken yeri en çok bilinen aşıların kızamık aşısı (%78,1) ve OPA (%72,4) olduğu bildirilmiştir (Kıyan 2002). Isparta il ve ilçe merkezlerinde

bulunan ASM'lerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise buzdolabında bulunması gereken yeri en çok bilinen aşuların OPA (%82,1) ve DBT (%61,1), olduğu bildirilmiştir (Uzun 2007). Sekreter'in (2008) yaptığı çalışmada da kızamık (%79,2) ve OPA (%69,6)'nın buzdolabına yerleşim yeri en çok bilinen aşular olduğu bulunmuştur (Sekreter 2008). Tüm bulgular değerlendirildiğinde sağlık profesyonellerinin aşuların yerleşim yerlerine yönelik bilgi düzeylerinin zamanla arttığı görülmektedir. Bu oran artışında, Sağlık Bakanlığı'nın elektronik ortamda sunduğu duyuruların aile sağlığı elemanlarının aşı ile ilgili bilgilerini güncel tutmalarında olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda aşuların soğuk zincir tanımı içerisinde korunması gereken sıcaklık aralığına aile sağlığı elemanlarının %86,9'unun doğru yanıt verdiği bulunmuştur. Sekreter'in (2008) çalışmasında 88 sağlık personelinin (%70,4) aşuların buzdolabında korunması gereken sıcaklık aralığını doğru bildiği bulunmuştur (Sekreter 2008). Başka bir çalışmada ise bu oran %67,8 olarak bulunmuştur (Çetinkaya 2014). Bu durumu soğuk zincir tanımına uyan sıcaklık aralığının hala yüksek oranlarda bilinmediğini göstermektedir.

Araştırmada altı yaş üzerinde hiç aşı yapılmamış çocuklarla ilk karşılaşmada yapılacak aşı uygulamalarına doğru yanıt verenlerin oranı %25,5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca altı yaş üzerinde hiç aşılınmamış çocuklara BCG aşısının yapılmasının gerekli olmadığını bilenlerin oranı ise %35,2 olarak bulunmuştur. Literatürde hiç aşı yapılmamış çocuklarda uygulanacak aşı takvimini tam doğru dolduranların oranı %31,6 olarak bildirilmiştir (Gözen ve ark 2013). Elde edilen bulguların literatür ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Bu oranın düşük çıkma nedeninin aile sağlığı elemanlarının rutin uygulamalarda bu durumla çok sık karşılaşmadıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gelişen tıbbi çözümlerle artan aşı sayısı ve içeriğinin değişimi ile aşuların verilmiş yolu, dozu ve aşı uygulanacak bölgeler değişmektedir (Bozkurt ve Erdim 2004, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi 2009). Aşuların immünolojik açıdan optimal etkiyi oluşturması, yüksek derecede koruma sağlaması ve istenmeyen yerel ya da sistemik etkilerin önlenmesi için önerilen bölgelerden ve yollardan uygulanması gerekir

(Bozkurt ve Erdim 2004, Gökçay ve Konukoğlu 2005, Chiodini ve ark 2001, Akşit 2009, Arvas 2012). Çalışmamızda aile sağlığı elemanlarının çoğunluğu Kızamık, Kızamıkçık aşısı ya da KKK aşılarının uygulama bölgesini ve uygulama şeklini (%89,7), KPA'nın uygulama bölgesini (%93,1) görsel sorulara göre doğru belirtmiştir (Çizelge 3.4).

Aile sağlığı elemanlarının %80,0'inin BCG aşısı uygulanırken bebeğin tutuş pozisyonunu, %95,9'unun BCG aşısı enjeksiyon uygulama yerini (en yüksek oranda doğru bilinen) ve %91,0'inin BCG aşısı enjeksiyon uygulama şeklini doğru belirttiği bulunmuştur. Karataş ve Çimen (2011)'in yaptığı çalışmada sağlık personelinin %97,9'u BCG aşısının (en fazla doğru bilinen) uygulama tekniğini doğru bildiğini belirtmiştir. Aile sağlığı elemanlarının BCG aşısının uygulama yerini, şeklini yüksek oranda doğru bilmesinin, BCG aşısının diğer aşılardan farklı bir yoldan uygulanması ve uygulama şeklinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile sağlığı elemanlarının DaBT-İPA-Hib aşısı uygulanırken çocuğun tutuş pozisyonunu (%66,2), enjeksiyon uygulama yerini (%69,7) doğru bilindiği, enjeksiyon uygulama şeklinin ise %55,9 oranında yanlış bilindiği bulunmuştur. Ebe ve hemşirelerin aşıların uygulanmasına yönelik bilgi ve davranışlarının incelendiği çalışmada ebelerin %13,3'ünün, hemşirelerin %13'ünün DBT aşısını doğru teknikle uygulamadıkları saptanmıştır (Özen 1997). Literatürdeki başka bir çalışmada iki yaş altındaki çocuklarda DBT aşısının (%13,5) ve rapel aşısının uygulanma tekniğinin (%11,5), uygulama yerinin (DBT aşısı için %69,8, rapel aşı için %13,5) ebe ve hemşireler tarafından yanlış bilindiği saptanmıştır (Karataş ve Çimen 2011). DaBT-İPA-Hib, aşı takviminde en çok uygulanan aşı (dört doz) olmasına rağmen bilgi düzeylerinin çok yüksek olmadığı görülmektedir.

Araştırmada aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısının Kızamık aşısı uygulanırken çocuğun tutuş pozisyonunu (%50,3) doğru olarak belirttiği, çoğunluğunun enjeksiyon uygulama yerini (%80,0) ve uygulama şeklini (%68,3) yanlış olarak belirttiği bulunmuştur. Karataş ve Çimen (2011) yapmış olduğu çalışmada Kızamık aşısının bölge seçiminde %6,3 oranında, uygulama tekniğinde %90,6 oranında doğru bilindiğini tespit etmiştir. Araştırmadan elde edilen bulguların literatür ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Aile sağlığı elemanlarının

uygulamalardaki eksikliklerin giderilmesi için aşı ile ilgili bilgilerin kanıta dayalı olarak güncellenmesi ve uygulamalı eğitimlerin verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Gözen ve ark.'nın (2013) sağlık profesyonellerinin aşı uygulamaları ve aşı uygulamalarına ilişkin bilgi durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada aşuların uygulama bölgesi ve uygulama açısını resim üzerinde tam doğru işaretleyebilen sağlık çalışanlarının oranı %15,4 bulunmuştur. Aynı çalışmada aşı uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu ve sağlık profesyonellerinin aşı uygulamalarıyla ilgili bilgilerinin güncellenmesi için eğitime gereksinim duydukları bildirilmiştir (Gözen ve ark 2013). Ülkemizde 2003 yılında yapılan “Enjeksiyon Güvenliği Araştırması”nda sağlık personellerinin %33’ünün doğru teknikle aşuları uygulamadıkları tespit edilmiştir (Enjeksiyon Güvenliği Araştırması 2003). Özen (1997) ve Özkan’ın (1992) ebe ve hemşirelerin bağışıklama konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarda da; aşuların uygulanmasına yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin 0-18 ay arası çocukların bağışıklaması ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelendiği araştırmada, sağlık çalışanlarının aşı uygulama hakkında bilgili oldukları ve aşuları doğru bir şekilde uyguladıkları tespit edilmiştir (Mahony ve ark 1999). Karataş ve Çimen (2011)’in çalışmasında aşuların uygulanması ile ilgili sekiz aşı için uygulanacak bölge seçimini doğru bilen yalnız iki kişi (%2,1), uygulama tekniğini doğru bilen 55 kişi (%57,3) olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada ebe ve hemşirelerin aşı uygulamalarında bölge seçimi ve uygulama tekniği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (Karataş ve Çimen 2011).

Sağlık çalışanları çocuğa aşı yapmanın yanı sıra, aşuya bağlı yan etkiler ve aşı yapılmadığında ortaya çıkabilecek hastalığın komplikasyonlarını aileye anlatmalı, onlara bu konuda soru sormaları için fırsat vermelidir. Anne ve babanın aşı konusundaki bilgisizliği, sağlık personelinin aşı endikasyonları, kontrendikasyonları ve kaçırılmış aşılama fırsatları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması kadar bağışıklamayı aksatmaktadır. Sağlık personelinin yeterli, güncel ve doğru bilgisinin olmaması aileyi yanlış yönlendirmekte ve bu durum çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aşı Sonrası İstenmeye Etkiler Genelgesi 2009). Yapılan bir çalışmada annelerin aşular konusunda bilgi kaynağı olarak %81,7 oranında sağlık personelini tercih ettiği

belirtilmiştir (Kennedy ve ark 2011). Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının hepsi çocuğa uygulanan aşilar hakkında ebeveynleri bilgilendirdiklerini, %95,2'si aşı sonrası oluşabilecek hafif yan etkileri, %89,7'si yan etkilere yönelik müdahaleleri, %98,6'sı ise bir sonraki aşı zamanlarını ebeveynlere söylediklerini belirtti. Katılımcılar bu konulara ek olarak aşının içeriği, ateş düşürücü ve ağrı kesicinin ne zaman verileceğini, ateşin ne olduğunu, aşuya gidilmeden önce ateş düşürücü verilmemesi gerektiğini, soğuk uygulama, ateş düşürücü kullanımı, aşının endikasyonları, uygulanan aşı ve aşının nereden yapılacağı hakkında bilgi verdiklerini söylemişlerdir. Bu şekilde ailelerin çocukluk dönemi aşılama oranları konusundaki bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, konunun önemini anlaması, aşılama oranlarını da yükseltecektir (Canbaz ve ark 2001, Bozkurt ve Erdim 2004, Gökçay ve Konukoğlu 2005). Yaprak ve ark (2005)'nin yaptıkları çalışmada eksik aşılama nedenleri arasında en büyük payı "aşının gerekliliğinden habersiz olma"nın oluşturduğu belirtilmiş, aileler ile görüşüldüğünde aşilar hakkında yetersiz ya da yanlış bilgiye sahip olduklarının belirlendiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada aşıyla önlenbilir hastalıkların ciddiyeti, aşiların gerekliliği ve önemi konusunda ailelerin bilgilendirilmesi, aşiların etkinliği ve güvenliğinin yanı sıra olası yan etkilerin anlatılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ebe ve hemşirelerin aşı uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada ise, aşı danışmanlığı konusunda; çalışanların %25'inin anneye yaptığı aşiyı söylediği, %48,8'inin aşı sonrası yan etkilerle ilgili bilgi verdiği, %3,8'inin anneye soru sorma fırsatı verdiği bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda ebe ve hemşirelerin özellikle aşı danışmanlığı konusunda yetersiz olduğu görülmüştür (Ertem ve Yiğitalp 2010).

Ailelerin eğitilmesi bu kadar önem taşırken sağlık çalışanlarının da bilgi donanımları ve bilgilerinin güncelliği daha da önem kazanmaktadır. Başbakkal (1990), bağışıklamada hemşirenin rolünü incelediği çalışmasında, çocuklarda aşılama oranının artırılması için sağlık personelinin bu konuda duyarlı tutacak şekilde sürekli hizmet içi eğitimlerin yapılması gerektiğini vurgulamıştır (Başbakkal 1990). Aile hekimliğinde çalışan hemşirelerin çocukluk dönemi aşı uygulamaları konusunda bilgilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin ebeveynlerin aşilar konusundaki sorularını yanıtlama (%39,3) konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlenmiştir (Petousis-Harris ve ark 2005). Aile sağlığı elemanları bebek ölümlerini azaltan, bulaşıcı hastalıkların salgın yapmasını engelleyen, mortalitenin

yanı sıra morbiditeyi de azaltan etkin ve koruyucu olan aşılar konusunda her zaman bilgilerini güncellemeli, doğru bir şekilde uygulamaya aktarmalı ve toplumu eğitmelidir.

4.3. Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Çocukluk Dönemi Aşuları ile İlgili Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada 35 yaş üstü aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumlarının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu durumun aşı uygulama sürelerindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Öğrenim durumu lisans veya lisansüstü olan aile sağlığı elemanlarının öğrenim durumu lise veya ön lisans mezunu olanlara göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumlarının daha yüksek olduğu ancak mevcut farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu durum eğitim sonrası herkese verilen hizmet içi eğitimlerin standart olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Mezun olunan bölüme göre aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde, ebelik bölümünden mezun olan aile sağlığı elemanlarının hemşire bölümünden mezun olanlara göre bilgi durumlarının daha fazla olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Özen'in çalışmasında da ebe ve hemşireler arasında genel aşı uygulamaları ile ilgili bilgi ve davranışları arasında farklılık bulunmamıştır (Özen 1997). Bölümlere göre bilgi puan ortalamaları arasında farklılık olmamasının nedeninin, her iki meslek grubunda da eğitim süresince aynı eğitim içeriğine sahip konularda dersler verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile sağlığı elemanı olarak görev yapılan süreye göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumlarının değiştiği, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde aile sağlığı elemanlarının aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim almalarının bilgi puan ortalamasını çok fazla

etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$). Al-Ayed tarafından yapılan çalışmada, aşı konusunda deneyimli olma durumunun sağlık personelinin bilgi düzeyi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Al-Ayed 2005). Mahony ve ark (1999)'nın çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin mesleklerindeki deneyim süreleri ile bağışıklama bilgi ve uygulama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürdeki diğer bir çalışmada da bağışıklama konusunda eğitim alma durumunun sağlık personelinin bağışıklama ve aşılarda bilgi puanlarını etkilemediği saptanmıştır (Özkan 1992).

Yapılan çalışmada aile sağlığı elemanlarının hem mesleki hem de demografik özelliklerinin aşı ile ilgili bilgi ve uygulamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, sağlık personelinin soğuk zincir konusundaki bilgi düzeyi puanları cinsiyet, yaş, meslek, öğrenim durumu, hizmet yılı, eğitim alma durumu ve eğitim aldığı yerlere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür (Sekreter 2008). Altıok ve ark (2007) yaptığı çalışmada sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin intramusküler enjeksiyona yönelik bilgi düzeyleri orta seviyede bulunmuş olup toplam bilgi puanları araştırma grubunun eğitimi, çalışma süresi ve meslek grupları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir.

Araştırmada 35 yaş üstü, öğrenim durumu lise veya ön lisans mezunu, aile sağlığı elemanı olarak çalışma süresi beş yıldan fazla olan aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılı ile ilgili uygulama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca aile sağlığı elemanlarının mezun olunan bölüm, aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumuna göre de çocukluk dönemi aşılı ile ilgili uygulama durumlarının değiştiği fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Karataş ve Çimen'in yaptığı çalışmada da sağlık personelinin mesleği ve eğitim düzeyi aşı uygulamalarında doğru tekniği bilme oranını etkilemediği bulunmuştur. Ayrıca sağlık personelinin çalışma süresinin ve aşı uygulamaları ile ilgili eğitim alma durumunun aşı uygulamalarında doğru tekniği bilme durumunu ve bölge seçimini etkilemediği saptanmıştır (Karataş ve Çimen 2011). Diğer bir çalışmada da hemşirelerin mesleklerindeki deneyim süreleri ile

başıklamayla ilgili uygulama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Mahony ve ark 1999).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

➤ Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi maddelerinden en az 18, en fazla 35 maddeye doğru yanıt verdikleri tespit edilmiştir. Anket formunda yer alan 38 sorudan oluşan bilgi değerlendirme maddelerinin tamamına doğru yanıt veren olmadığı,

➤ Çocukluk dönemi aşuları ile ilgili uygulama maddelerinden en az dört, en fazla 11 maddeye doğru yanıt verildiği,

➤ Aile sağlığı elemanlarının aşuların yerleşiminde en iyi bildikleri aşının OPA (%100,0), en az bildikleri aşının Hep A (%42,8) olduğu,

➤ Aile sağlığı elemanlarının büyük çoğunluğunun aşuların soğuk zincir tanımı içerisinde korunması gereken sıcaklık aralığına (%86,9) doğru yanıt verdiği,

➤ Aile sağlığı elemanlarının en yüksek BCG aşısının uygulama şeklini (%91,0), en düşük Kızamık aşısının uygulama yerini (%20,0) görsel resimler üzerinde doğru belirttiği,

➤ Aile sağlığı elemanlarının tamamının çocuğa uygulanan aşular hakkında ebeveynleri bilgilendirdikleri, tamamına yakınının aşı sonrası oluşabilecek hafif yan etkileri, yan etkilere yönelik müdahaleleri, bir sonraki aşı zamanları hakkında ebeveynleri bilgilendirdikleri belirtmiştir.

➤ Aile sağlığı elemanının sosyodemografik ve mesleki özelliklerine (yaş, öğrenim durumu, meslek grubu, aile sağlığı elemanı (ASE) olarak çalışma süresi, aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim alma durumu) göre çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi ve uygulamalarının toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın 35 yaş üstü aile sağlığı

elemanlarının hem bilgi hem de uygulama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma süresi beş yıldan daha az olan aile sağlığı elemanlarının ise bilgi puan ortalamalarının daha yüksek ancak uygulama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

➤ Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşuları ile ilgili bilgi durumları ile aşıya yönelik uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır;

✓ Aile sağlığı elemanlarının aşular ve soğuk zincir, aşı uygulamalarında doğru bölge ve tekniğin kullanılması hakkındaki bilgileri aralıklı olarak alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilmelidir.

✓ Hizmet içi eğitim programlarında kullanılan öğretim yöntemlerinin (elektronik ortamda kalmayıp, uygulamaya da dökülerek) gözden geçirilerek geliştirilmesi önerilmektedir.

✓ Aşılarla yönelik genel bilgilere ışık tutabilecek, uygulanması ve saklanması rehber olabilecek, bilgi ve uygulamalara standart getirecek kapsamlı bilgi kaynaklarının oluşturulması ve güncellenmesi önerilmektedir.

✓ Daha geniş çalışma gruplarında çocukluk dönemi aşularına yönelik bilgi ve uygulamalar ile ilgili araştırmaların yapılması önerilmektedir.

✓ Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşularına yönelik bilgi ve uygulamalarının daha detaylı araştırılması ve özellikle uygulamalara yönelik gözleme dayalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

✓ Çalışmada kullanılan “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” anket formunun yeniden uzman görüşü alınarak metodolojik çalışma ile geçerlilik ve güvenilirliğine bakılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Ada G, 2001. Vaccines and vaccination. *The New England Medicine*, 345(14), 1042-53.
- Akçakaya A, 2010. Aşılama ve prensipleri, In: Çocuklarda ve erişkinlerde aşılama, Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R, 1, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 71, 7-10.
- Akşit S, 2009. Aşılamamın genel ilkeleri. *Klinik Çocuk Forumu*, 9(2), 1-11.
- Akşit S, 2012. Aşılarla ilgili genel kurallar. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(1), 4-11.
- Al-Ayed HI, Sheik S, 2006. Knowledge and practices of childhood immunization among primary health care providers in Riyadh city part II - precautions and contraindications to vaccination. *Journal of Family & Community Medicine*, 13(1), 19-24.
- Alparslan Ö, 2008. Çocukluk dönemi aşı uygulama teknikleri ve ilgili standartlar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 47-55.
- Altıok M, Kuyurtar F, Gökçe H, Taşdelen B, 2007. Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan ebe ve hemşirelerin intramuskuler enjeksiyonuna yönelik bilgileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 69-84.
- Altun Ş, 2008. 6-14 yaş arası çocuklarda aşılama oranı ve ailelerin özel aşılarla ilgili bilgi düzeyi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- American Academy of Pediatrics (AAP), 2003. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases: p.19. Adapted by the immunization action coalition courtesy of minnesota department of health. Erişim tarihi, 12.07.2014, Erişim adresi, <http://www.immunize.org/catg.d/p2020.pdf>
- Arısoy ES, Ceyhan M, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, Vardar F, 2014. The national vaccination schedule in previously healthy children: the practical recommendations about additional vaccines, *Journal of Pediatric Infection*, 8, 1-6.
- Arvas A, 2004. Aşılamada yapılan hatalar. *Türk Pediatri Arşivi*, 39(1), 9-13.
- Arvas A, 2010. Dünya'da ve Türkiye'de çocukluk çağında aşılama, In: Çocuklarda ve erişkinlerde aşılama, Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R, 1, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 71, 11-9.
- Arvas A, 2012. Çocuklarda aşılamamın önemi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(2), 1-3.
- Aslan T, 2005. Ülkemizde aşı ve serum üretimine toplu bakış. I. Ulusal Aşı Sempozyum Kitabı: 21-25 Eylül 2005, Ankara.
- Ayçiçek A, 2004. Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılama hızları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 183-8.
- Başara BB, Güler C, Yentür GK, 2014. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, s.1-199.
- Başbakkal Z, 1990. İzmir metropolünde 0-60 ay arası çocuklarda aşılama yaygınlığının değerlendirilmesi ile aşılamayı etkileyen etmenlerin ve bağışıklamada hemşirenin rolünün araştırılması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Beyazova U, 2004. Aşılama yoluyla bağışıklık. *Türkiye Klinikleri Pediatri Aşılar Özel Sayı*, 2(9), 935-9.

- Beyazova U, Aktaş F, 2007. Çocukluk çağı aşılama ve erişkin bağışıklaması. Gazi Tıp Dergisi, 18(2), 47-65.
- Bodur S, Batan N, Akdin S, 1997. Konya’da çocukların aşılama hızı ve ailenin aşı ile ilgili tutumu. Genel Tıp Dergisi, 7(2), s.73-6.
- Bozkurt G, Erdim L, 2005. Güvenli bağışıklamada ebe ve hemşirelerin sorumlulukları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 119-126.
- Bundy DG, Shore AD, Morlock LL, Miller MR, 2009. Pediatric vaccination errors: application of the “5 Rights” framework to a national error reporting database. Vaccine, 27, 3890-6.
- Buzgan T, 2011. Türkiye’de dünden bugüne aşılama politikaları. Journal of Pediatric Infection, 5(1), 235-8.
- Bülbül M, Ergüven M, Yasa O, Tombalak AN, 2013. Sağlam çocuk polikliniğimize başvuran çocukların rutin aşı ve diğer aşılama oran ve düzeninin değerlendirilmesi. Göztepe Tıp Dergisi, 28(4), 171-8.
- Canbaz S, Pekşen Y, Sünter AT, 2001. Bağışıklama konusunda annelerden edinilen bilgilerle sağlık ocağı kayıtlarının karşılaştırılması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), 48-53.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2006. Standards for pediatric immunization practices. MMWR, 42(RR-5), 001.
- Ceyhan M, 2013. Pediatrik aşılar da güncel yaklaşımlar. ANKEM Dergisi, 27(2), 33-7.
- Chiodini J, Cotton G, Genasi F, Gupta K, Jones M, Kassianos G, Moreton J, Zukerman J, Driver J, 2001. UK Guidance on Best Practice in Vaccine, London, p. 1-77.
- Çavuşoğlu H, 2011. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, s.432-8.
- Çetinkaya Ş, 2014. The theoretical and practical knowledge of nurses and midwives regarding to the Hepatitis-b virus (HBV) vaccination: A cross-sectional study in Konya – Turkey, Coll. Antropol, 38(1), 47-54.
- Dara M, Acosta CD, Rusovich V, Zellweger JP, Centis R, Migliori BG, 2014. Bacille Calmette–Gue’rin vaccination: the current situation in Europe, European Respiratory Journal (ERJ), 43, 24-35.
- Dirican R, Bingel N, 1993. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, s. 311-34.
- Enjeksiyon Güvenliği Araştırması 2003. Erişim tarihi, 08.07.2014, Erişim adresi, <http://www.bsm.gov.tr>.
- Ertem M, Yiğitalp G, 2010. Diyarbakır il merkezi sağlık ocağı ve AÇSAP merkezlerinde ebe/hemşirelerin aşı uygulamalarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nighthingale Hemşirelik Dergisi, 18(3), 116-9.
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Bulaşıcı Hastalıklar, Kontrol ve Programları Birimi 2012. Erişim tarihi, 05.02.2015, Erişim adresi, www.thsm.gov.tr/ilan/files/GBP5.pptx.
- Gökçay G, 2010. Aşı uygulamalarında kaçırılmış aşı fırsatı ve aşı sonrası istenmeyen etkiler, In: Çocuklarda ve erişkinlerde aşılama, Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R, 1, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 71, 21-6.
- Gökçay G, Konukoğlu R, 2005. Aşı uygulamalarında genel prensipler ve sık rastlanan sorunlar. Klinik Gelişim, 18(3), 4-10.

- Göksügür SB, 2006. Annelerin aşı bilgi düzeyleri, çocuklarının aşılanma durumu ve bunları etkileyen faktörler. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Gözen D, Öztürk C, İnal S, Balcı S, Yıldız S, Canbulat N, Öztekin M. Sağlık profesyonellerinin aşı uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri. 35. Pediatri Günleri ve 14. Pediatri Hemşireliği Günleri, 284, 2013, İstanbul.
- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi. Ankara 2006, 865-1016.
- Gülgün M, Fidancı K, Karaoğlu A, Güneş Ö, Kesik V, Altun S, Babacan O, Saldır M, 2014. Bir askeri hastanenin çocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılanma durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 56, 13-6.
- Hacımustafaoğlu M, 2003. Aşı saklama-ulaştırma koşulları ve aşı kayıtları. In: Çocuk Sağlığında Aşılar, Özkınay C, Elit Ofset, İstanbul.
- Henderson RH, 1995. Vaccination: success and challenges. In Cutts FT, Smith PG (eds). Vaccination and World Health. Chichester, England, John Wiley, p. 3-16.
- Hepatitis B: Questions and Answers, Information about the disease and vaccines. Erişim tarihi, 12.12.2014, Erişim adresi, <http://www.immunize.org/catg.d/p4205.pdf>.
- Ildırım İ, 2003. Aşılanmanın dünü, bugünü, yarını. Güncel Pediatri, 1, 5-9.
- İncili DH, 2009. Çocuk polikliniklerimize başvuran çocukların annelerinin aşilar ile ilgili bilgi düzeyleri. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- İşler A, Esenay FI, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G, 2007. Annelerin aşilar konusundaki bilgi ve davranışları. Ege Pediatri Bülteni, 14(1), 1-7.
- John TJ, Samuel R, 2000. Herd immunity and herd effect: new insights and definitions. European Journal of Epidemiology, 16:601-6.
- Kanra G, 1998. Genel immünizasyon ilkeleri, Katkı Pediatri Dergisi, 19(2), 135-51.
- Karabiber H, 2006. Çocukluk çağı aşilarının yan etkileri. Clinic Pediatri, 1(3), 37-45.
- Karataş H, 2007. Sağlık personelinin parenteral aşı uygulama tekniği ve bölge seçimi konusunda bilgilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karataş H, Çimen S, 2011. Sağlık personelinin parenteral aşı uygulama tekniği ve bölge seçimi konusunda bilgileri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(1), 110-6.
- Kennedy A, Basket M, Sheedy K, 2011. Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 health styles survey. Pediatrics, 127(11), 92-9.
- Kıyan A, 2002. İstanbul ili Küçükçekmece İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde soğuk zincir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Konya ili öncelikli yaşam kalitesi göstergeleri. Erişim tarihi, 24.12.2014, Erişim adresi, http://www.konya.gov.tr/dosyalar/Konya_Oncelikli_Yasam_Kalitesi_Gostergeleri.pdf
- Kuyucu N, 2012. Gelecekteki aşilar. Klinik Gelişim Dergisi, 25(1), 44-8.
- Mahony A, Perceival P, Condon C, 1999. Vaccine know-how. Kimberley immunization study: Community nurses immunization education, knowledge and practice. Collegian, 6(2), 16-22.

- Mengüç Y, 2007. 6 ay-24 ay arasındaki çocuklarda aşılama oranları ve ailelerin sosyodemografik verileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Mert A, 2010. Hepatit a/b aşıları ve immunoprofilaksi, In: Çocuklarda ve erişkinlerde aşılama, Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 71, 89-108.
- Milli Eğitim Bakanlığı, 2013. Çocuklarda immün sistem ve enfeksiyon hastalıklarında bakım, Ankara.
- Moylett EH, Hanson IC, 2004. Mechanistic actions of the risks and adverse events associated with vaccine administration. *J. Allergy Clin Immunol*, 114(5), 1010-20.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2003. The Australian Immunization Handbook 8th Edition, Canberra National Capital Printers, p.12.
- National Vaccine Advisory Committee (NVAC), 2003. Standards for child and adolescent immunization. *Pediatrics*, 112(4), 958-63.
- Nelson HEJ, 2012. The Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccine and the future for vaccination against tuberculosis. Final year dissertation, Department of Biomedical Sciences The University of Warwick.
- Noyan N, Aycan S, 2002. Ülkemizde Rutin Aşılama Programları ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar. *Klinik Çocuk Formu Pediatrik Aşılar Özel Sayısı*, 2(2), 1-8.
- Ok Ş, Pehlivan E, Geçkil E, 2004. Malatya il merkezindeki 12 aylık bebeklerin bağışıklama durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 50-60.
- Özen M, 1997. Edirne il merkezinde görevli ebe ve hemşirelerin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bağışıklamada davranış ve bilgilerinin karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.
- Özen M, Doğan N, 2012. Aşı-hastalık ilişkisi: Söylenti mi, gerçek mi? *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(2), 16-20.
- Özkan N, İstanbul ilinde sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerindeki ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş çocuklarının bağışıklanması ve aşılar konusunda bilgi ve uygulamalarının araştırılması. 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyum Kitabı, 137-143, 1992, İstanbul.
- Özkan Ö, Çatıker A, 2006. Bolu il merkezi'ndeki çocukların aşıllık durumları ve engelleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15(10), 171-8.
- Parlakay AÖ, Kara A, 2012. Soğuk zincir. In: *Pratik aşı bilgileri*, Hasanoğlu E, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 25-36.
- Petousis-Harris H, Smith F, Turner N, Soe B, 2005. Family practice nurse views on barriers to immunising children. *Vaccine*, 23, 2725-30.
- Pickering LK, Baker CJ, Freed GL, Gall SA, Grogg SE, Poland GA, Rodewald LE, Schaffner W, Stinchfield P, Tan L, Zimmerman RK, Orenstein WA, 2009. Immunization programs for infants, children, adolescents, and adults: clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America, *IDSA Immunization Guidelines*, 49, 817-40.
- Plotkin SA, 2013. *Vaccine Fact Book 2013*, Pennsylvania. p.1-102. Erişim tarihi, 20.01.2015, Erişim adresi, http://www.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA_Vaccine_FactBook_2013.pdf.
- Saatçi F, Bozkır A, 2003. Aşıların nazal yoldan uygulanışı. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 32(3), 175-93.

- Saçaklıoğlu F, 2005. Aşı üretimi ve tarihçe. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, 22-24 Eylül 2005, İzmir.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma Modülleri 2008, Ankara. Erişim tarihi, 25.9.2014, Erişim adresi, <http://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/t10.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009. Aşı sonrası istenmeyen etkiler genelgesi (ASİE). Ankara, Erişim tarihi, 10.07.2014, Erişim adresi, www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-44885/h/2009-aside-genelgesi.doc.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi (GBP), Ankara, Erişim tarihi, 10.07.2014, Erişim adresi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-44926/h/gbp-genelgesi-2009.doc>.
- Sekreter Ö, 2008. Zonguldak ili merkez ilçesinde bağışıklama hizmeti veren 1. Basamak sağlık kurumlarında soğuk zincirin değerlendirilmesi ve sağlık personelinin bilgi durumu. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Selçuk EB, 2011. Aşıların tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2(5), 1-4.
- Törüner EK, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, s. 270-305.
- Türk Tabipleri Birliği (TBB) Halk Sağlığı Kolu, 2004. Türkiye’de sağlık ocaklarında aşı ile ilgili sorunların değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 19(4), 310-8.
- Türk Z, Türk Ö, 2014. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çocukluk çağı bağışıklama hizmetleri maliyetleri, uygulamaları. Journal of Clinical and Analytical Medicine, s.1-5.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. Erişim tarihi, 15.11.2014, Erişim adresi, [http://www.thsm.gov.tr/upload/files/2013%20y_1_%20%20yeni%20ocukluk%20D_nemi%20A_lama%20Takvimi\(3\).pdf](http://www.thsm.gov.tr/upload/files/2013%20y_1_%20%20yeni%20ocukluk%20D_nemi%20A_lama%20Takvimi(3).pdf).
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz, Erişim tarihi, 10.10.2014. Erişim adresi, <http://thsk.saglik.gov.tr/haberler/411-asiyla-hastaliklari-asiyoruz.html#sthash.81a15wvP.dpuf>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Haber Bülteni, 2013. Erişim tarihi, 12.07.2014. Erişim adresi, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Temel Bulgular, 2013. Erişim tarihi, 10.05.2014, Erişim adresi, www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- Ulusal Aşı Çalıştay Rapor, 2014. Ankara, s.1-56.
- Uzun E, 2007. Isparta il ve ilçe merkezlerindeki aile sağlığı merkezlerinde soğuk zincir, mevcut durum ve uygulamalar. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.
- Williams A, 2003. The Australian immunisation handbook. Australian Technical Advisory Group. 8.Edition, Canberra, National Capital Printers, p.1-44.
- World Health Organization (WHO). Hepatitis B vaccines. Erişim tarihi: 12.01.2015, Erişim adresi, http://www.who.int/immunization/topics/WHO_position_paper_HepB.pdf.
- World Health Organization (WHO). Immunization. Erişim tarihi: 12.09.2014, Erişim adresi, <http://www.who.int/topics/immunization/en/>.
- Yalçın BM, Demirel Y, 2011. Sorularla aşılar. Türkiye Klinikleri J. Fam Med-Special Topics, 2(6), 99-106.

Yalçın I, 2005. Aşıların yan etkileri. Güncel Pediatri, 3(1), 116-7.

Yaprak I, Halıcıoğlu O, Kurun Ü, Okçu S, Akduman İ, 2005. İki-altı yaş çocuklarda aşılama durumu ve etkileyen risk faktörleri. İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi, 15(1), 13-21.

Yuan L, Daniels S, Naus M, Brcic B, 1995. Vaccine storage and handling. Knowledge and practice in primary care physicians offices. Canadian Family Physician, 41, 1169-76.

Zwerling A, Behr MA, Verma A, Brewer TF, Menzies D, Pai M, 2011. The BCG World Atlas: A Database of Global BCG Vaccination Policies and Practices. PLoS Medicine, 8(3), 1-8.

7.EKLER

EK A:“Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşlarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşlarına yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayında sizin adınız geçmeyecektir. Araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Hem. Güley Arslan

A) Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler

A1) Yaşınız:.....

A2) Öğrenim durumunuz:

1. Lise 2. Önlisans 3. Lisans 4.Yükseklisans

A3) Mezun olduğunuz bölüm:

- 1.Hemşire 2. Ebe 3. Diğer.....

A4) Aile sağlığı elemanı olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz (Sağlık ocağında çalışma süresi dahil)?

1. 6 aydan az 2. 6 ay-11 ay 3. 1-5 yıl 4. 5 yıldan fazla

A5) Aşı ve uygulamalarına yönelik eğitim (kurs, seminer, hizmet içi eğitim vb.) aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

A6) Aşı veya aşı uygulamaları ile ilgili en son ne zaman (ay/yıl) eğitim aldınız?.....

B) Çocukluk Dönemi Aşuları İle İlgili Bazı Bilgi Maddeleri

B1) Aşağıdaki ifadelerden doğru olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “Doğru”, yanlış olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “Yanlış” seçeneğini işaretleyiniz.

	İfadeler	Doğru	Yanlış
1B	Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.	x	
2B	Aynı ekstremiteden birden fazla aşının uygulanması zorunlu ise iki aşının uygulanma bölgesi arasında en az 4 cm mesafe olmalıdır.		x
3B	Aşı ile intrauterin bulaşma ve sakatlıklar önlenir.	x	
4B	DaBT-İPA-Hib aşısı (beşli karma aşı) için üst yaş sınırı 72 aydır.	x	
5B	Herhangi bir yaş grubunda Hepatit B aşılması yapılmadan önce Hepatit B’ye yönelik serolojik inceleme yapılması gerekir.		x
6B	Aşı uygulamasına gelen çocukta 38,5°C’nin altında seyreden ateşle birlikte solunum yolu enfeksiyonu veya ishal gibi hafif hastalıklar varsa uygulama ertelenir.		x
7B	6 yaş üzerinde hiç aşılanmamış çocukta BCG aşısı gerekli değildir.	x	
8B	Kayıtlara göre BCG aşısı yapıldığı bilinen çocuklarda skar görülmezse, kontrol amacıyla herhangi bir yaşta Tüberkülin Deri Testi yapılması gereklidir.		x
9B	BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir. Ancak uygulama kolaylığı ve bağışıklık sisteminin daha kuvvetli gelişmesi için 2. ayı doldurduğunda uygulanmalıdır.	x	
10B	BCG aşısının bir defada uygulama dozu 0-1 yaşta 0.1 ml, 1 yaş üzerinde 0.5 ml’dir.		x
11B	Oral Polio Aşısı (OPA) yapıldıktan sonra, çocuğun beslenmesine 1 saat ara verilir.		x
12B	İshali olan çocuğa OPA uygulanabilir. Ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha yapılmalıdır.	x	
13B	Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlarda KKK (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık), OPA ve BCG aşılarının uygulanmasında herhangi bir sakınca yoktur.		x
14B	OPA’da çocuğa uygulanan doz 3 damladır.		x
15B	12 aya kadar olan bebeklerde, intramuskuler uygulama için uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır.	x	
16B	Hepatit A aşısı canlı virüs olup iki aşı dozu arasında en az 4 hafta olması gerekir		x

17B	1-13 yaşları arasında suçiçeği geçirmemiş ve aşılanmamış çocuklarda bir doz suçiçeği aşısı önerilir.	x	
18B	BCG aşısı sulandırıldıktan sonra 4 saat içinde kullanılmalıdır.		x
19B	Tek dozlu Hemafilus İnfluenza Tip b (Hib) ve KKK aşuları sulandırıldıktan sonra 6 saat içinde kullanılmalıdır.		x
20B	6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılanmamış çocukla (12-71 ay) ilk karşılaştığımızda DaBT-İPA-Hib, Hepatit B, PPD ile tüberkülin deri testi, BCG aşısı yapılır.		x

C) Soğuk Zincir İle İlgili Bazı Bilgi Maddeleri

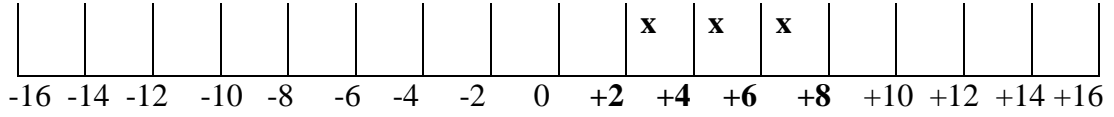
C1) Aşağıdaki ifadelerden doğru olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “Doğru”, yanlış olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “Yanlış” seçeneğini işaretleyiniz.

	İfadeler	Doğru	Yanlış
1C	BCG, Kızamık, KKK, Kızamıkçık aşuları güneş ışığı gibi ultraviyole ışınlarına karşı hassastır.	x	
2C	Polio, Kızamık, KKK, Kızamıkçık, liyofilize Hib ve BCG aşuları dondurulabilirken; DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hepatit B ve KPA ile liyofilize aşuların sulandırıcılarının hiçbir zaman donmaması gerekir.	x	
3C	Aşı ve sulandırıcılar aşı nakil kabının orta kısmına yerleştirilmelidir. Donmaya karşı hassas olan aşular ve sulandırıcılar buz aküleri ile doğrudan temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.	x	
4C	Buzdolabının buzluğunun 0,5 cm’den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.	x	
5C	İzolasyonu iyi bir buzdolabında uzun süreli elektrik kesintisinde 12 saat süre ile aşı için uygun sıcaklık korunur.		x
6C	Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır.	x	
7C	Elektrik kesintilerinden sonra tekrar buzdolabı çalıştırılırken termostat daha soğuk dereceye ayarlanmalıdır.		x

C2) Aşıların yerleşimi nasıl olmalıdır? (Üstten soğutmalı bir buzdolabı için)

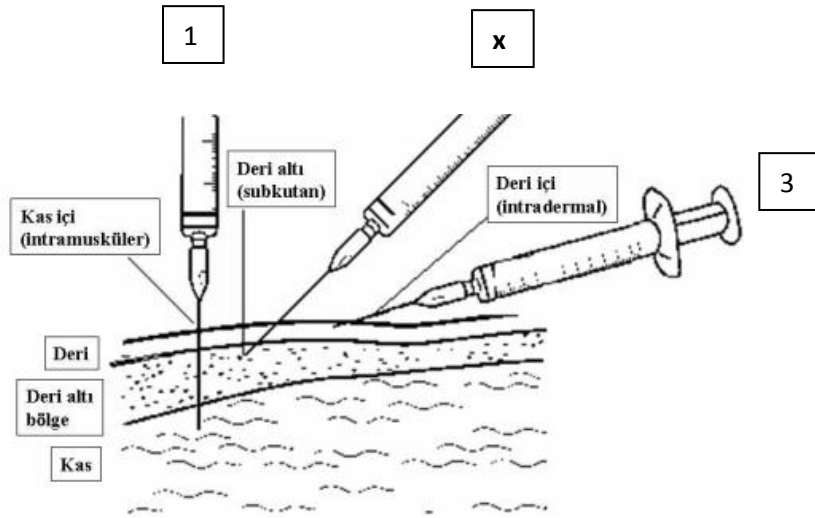
<u>Aşının adı</u>	<u>üst raf</u>	<u>orta raf</u>	<u>alt raf</u>	<u>kapakta</u>	<u>dışarıda</u>
BCG	(x)	()	()	()	()
Hep B	()	()	(x)	()	()
Kızamık	(x)	()	()	()	()
OPA	(x)	()	()	()	()
Td	()	()	(x)	()	()
KPA	()	()	(x)	()	()
KKK	(x)	()	()	()	()
DaBT-İPA-Hib ()	()	(x)	()	()	()
Hep A	()	()	(x)	()	()
Suçiçeği	()	(x)	()	()	()

C3) Aşıların soğuk zincir tanımı içerisinde korunması gereken sıcaklıklar hangi aralıktadır?



D) Aşı İle İlgili Bazı Uygulamalar

D1) Kızamık, Kızamıkçık Aşısı ya da KKK aşıları üst kolun dış kısmında deltoid kasa uyan bölgeye aşağıdaki uygulama şeklerinden hangisiyle uygulanır? (X işareti ile belirtiniz.)



D2)



10 aylık bir bebeğe Konjuge Pnömonokok aşısını (KPA) hangi bölgeye uygulanacağını resmin üzerine (X) işareti koyarak gösteriniz.

D3) Aşağıda aşı uygulama yöntemleri ile ilgili bazı resimler bulunmaktadır. Belirtilen maddeler doğrultusunda resimleri doğru/yanlış şeklinde değerlendiriniz.



Resim 1. Kızamık aşısı uygulaması (D/Y)

- Çocuğu tutuş pozisyonu: Y
- Enjeksiyon uygulama yeri: D
- Enjeksiyon uygulama şekli: Y

Resim 2. DaBT-İPA-Hib aşısı (beşli karma aşı) uygulaması (D/Y)



- Çocuğu tutuş pozisyonu: Y
- Enjeksiyon uygulama yeri: D
- Enjeksiyon uygulama şekli: Y



Resim 3. BCG aşısı uygulaması (D/Y)

- Çocuğu tutuş pozisyonu: D
- Enjeksiyon uygulama yeri: D
- Enjeksiyon uygulama şekli: D

D4) Çocuğa uygulanan aşılar hakkında ebeveynleri bilgilendiriyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Cevabınız evet ise, aileleri hangi konularda bilgilendiriyorsunuz?

- () Oluşabilecek ciddi yan etkiler () Oluşabilecek hafif yan etkiler
() Yan etkilere yönelik müdahaleler () Bir sonraki aşı zamanları
() Diğer (Belirtiniz):.....

EK B: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Aile sağlığı elemanlarının çocukluk donemi aşılarına yonelik aşı programları, aşıları planlama, soğuk zincir kurallarına uyma gibi konularda bilgi ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlayan bir yuksek lisans tezi yapmaktayım.

Çalışmaya katılmanız ve soruları doğru bir şekilde cevaplamamız bizim için çok onemlidir. Çalışmaya katılım durumunuz araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve konu ile ilgili gerekli bilgi verildikten sonra gonullulugunuze bağlıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yazılı ve sozlu olarak katılım izni alınacaktır. İzniniz alındıktan sonra, sizlere araştırmacı tarafından hazırlanan “Aile Sağlığı Elemanlarının ocukluk Donemi Aşılarına Yonelik Bilgi ve Uygulamaları” anket formu uygulanacaktır. Verilen formdan elde edilen bilgiler guvenliğinizi tehlikeye atabilecek herhangi bir risk taşımamakta olup elde edilecek bilgiler bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve saklı tutulacaktır. Bu araştırma suresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve hiçbir rapor/yayında sizin adınız geçmeyecektir. Çalışmaya katılma ya da katılmama, katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olsanız bile çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret odenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkur ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay TURKMEN
Karamanoğlu Mehmetbey universitesi Sağlık Yuksekokulu ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0338 226 21 31

Hem. Guley ARSLAN
Dr. Faruk Sukan Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi
Tel: 0332 235 42 05

Katılımcının Adı-Soyadı:

EK C: Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 34967403-

23/07/2014

Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay KURT
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

21.07.2014 tarihli "Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma projeniz, 23.07.2014 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2014/77 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampüsü Selçuklu KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK
KURULU KARARI



Toplantı Sayısı: 07

Toplantı Tarihi : 23.07.2014

Karar Sayısı 2014/77 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay KURT'un "Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 21.07.2014 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay KURT'un "Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.



EK D: S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konusu Karar Yazısı



**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

Sayı: 49103891- 1358

KONYA, 14.08.2014

SAYIN: Güley ARSLAN

Enstitü Yönetim Kurulumuzun **13.08.2014** tarih ve **24/21** sayılı karar sureti aşağıya çıkartılmıştır.
Gereğini ve bilginizi rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ
Enstitü Müdürü

Karar Tarihi: 13.08.2014	Karar No :24/21
<p>Aşağıda kimliği belirtilen öğrenci için önerilen tez konusunun uygun olduğuna, durumun danışman ve öğrenciye bildirilmesine oy birliğiyle karar verildi.</p> <p>Öğrenci: GÜLEY ARSLAN (Yüksek Lisans), Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. AYŞE SONAY KURT Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK Tez Adı: {Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşlarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları ile İlgili Faktörler} Öğrenci No: 123270001008</p>	
<p>ASLI GİBİDİR Mehmet Ali TUĞRUL Enstitü Sekreteri</p>	

EK E: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı İzin Belgesi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
18.11.2014 18:20 - 67350377 / 2014.5729.270



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin talebi (Ayşe Sonay Kurt)

KONYA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi: 26/09/2014 tarihli ve 325 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda, İliniz Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Güley ARSLAN tarafından, Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sonay KURT danışmanlığında yapılması planlanan " Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılama Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler " konulu araştırma izin talebi hususunda Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede, söz konusu araştırmanın Kurumumuz Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından yapılan değerlendirilmesinde;

1. "Amaç ve Kapsam: Anket soruları değerlendirildiğinde, araştırmanın amacının; "Aile sağlığı elemanlarının çocukluk dönemi aşılama yönelik aşılama, aşı uygulamaları ve soğuk zincir kurallarına uyma gibi konularda bilgilerini belirlemek" olarak belirlenmesinin uygun olacağı,

2. Genel Bilgiler: Kızamık aşısı ülkemizde 1970 yılından bu yana uygulanmaktadır. Kızamıkçık ve Kabakulak aşısı ise KKK (kızamık-kızamıkçık-kabakulak) aşısı olarak 2006 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Hib aşısı 2006 yılında, DaBT-İPA-Hib aşısı 2008 yılında uygulanmaya başlamıştır. Aşıya ayrılan bütçe 2013 yılında 467 milyon TL olduğu,

3. Anket Formu:

- B, C ve D maddelerinin değiştirilmesi: "B" Çocukluk dönemi aşılama ile ilgili bazı bilgi maddeleri, "C" Soğuk zincir ile ilgili bazı bilgi maddeleri, "D" Aşı ile ilgili bazı uygulamalar" şeklinde değiştirilmesinin uygun olduğu, "C2" sorusunda aşılama yerleştirilmelerinin hangi tip buzdolabı (üstten/alttan üflemler vb.) için sorulduğu belirtilmelidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı/Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı
Aşılama bilgisi için: Sinan BULUT Tel: (0 312) 565 58 93 Faks: (0 312) 565 59 75

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3313a98-0050-4f94-856e-eb6c85049579 kodu ile erişebilirsiniz.

EK E: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı İzin Belgesi (Devam)

- "D3" sorusunda belirtilen şıklarda aşılarda kontrendike olduğu durumlar yer almamaktadır. Yüksek ateş ve durdurulamayan ağlama önlem alınarak aşı yapılacak durumlardandır."

şeklinde görüş belirtilmiş olup, bu değerlendirmeler doğrultusunda belirtilen hususlara bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi ve araştırma sonuçlarının yayınlanması öncesinde Kurumumuzdan izin alınması gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı/Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı
A★ tılı bilgi için: Sinan BULUT Tel: (0 312) 565 58 93 Faks: (0 312) 565 59 75

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 331f3a98-0050-4f94-856e-eb6e85049579 kodu ile erişebilirsiniz.

EK F: Araştırma Öncesi Anket Formu ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar

1. Prof. Dr. Emine EFE (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
2. Doç. Dr. Fatma Taş ARSLAN (Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
3. Doç. Dr. Ayşegül İşler (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
4. Yrd. Doç. Dr. Nejla CANBULAT (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)
5. Yrd. Doç. Dr. Serap Balcı (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
6. Uzm. Dr. Aslıhan Coşkun (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı)

EK G: S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konu Başlığı Değişikliği Karar Yazısı



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı: 42933958- 1321

KONYA, 30/06/2015

SAYIN; Güley ARSLAN

Enstitü Yönetim Kurulumuzun **25.06.2015** tarih ve **20/19** sayılı karar sureti aşağıya çıkartılmıştır.
Gereğini ve bilginizi rica ederim.


Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ
Enstitü Müdürü

Karar Tarihi: 25.06.2015	Karar No20/19
<p>Aşağıda kimliği belirtilen öğrenci için önerilen tez konu başlığının, ilgili Anabilim Dalı Kurul Kararında belirtilen şekliyle değiştirilmesine, durumun danışman ve öğrenciye bildirilmesine oy birliğiyle karar verildi.</p> <p>Öğrenci: GÜLEY ARSLAN (Yüksek Lisans), Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. AYŞE SONAY KURT Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK Öğrenci No: 123270001008 Eski Tez Adı: Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları ile İlişkili Faktörler Yeni Tez Adı: Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi</p> <p>ASLI GİBİDİR Mehmet Ali TUĞRUL Enstitü Sekreteri</p>	

EK H: Etik Kurul Proje Başlığı Değişikliği İzin Belgesi



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 34967403-

30/06/2015

Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay TÜRKMEN
(KMÜ Sağlık Hizmetleri Y.O. Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

16.06.2015 tarihli “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler” başlıklı araştırma projesinin başlığının “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi” olarak değiştirilmesi 30.06.2015 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı’nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2015/54 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampüsü Selçuklu / KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK
KURULU KARARI



Toplantı Sayısı: 06

Toplantı Tarihi : 30.06.2015

Karar Sayısı 2015/54 Kurulumuzun 23.07.2014 tarih ve 2014/77 sayılı kararı ile uygunluğu verilen Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay KURT (TÜRKMEN)’in “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler” başlıklı araştırma projesinin başlığının “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi” olarak değiştirilmesi talebi ile ilgili 11.06.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd.Doç.Dr.Ayşe Sonay KURT (TÜRKMEN)’in “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İle İlişkili Faktörler” başlıklı araştırma projesinin başlığının “Aile Sağlığı Elemanlarının Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi” olarak değiştirilmesine oy birliği ile karar verildi.



8. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Konya'da doğdu. İlköğretimini Mareşal Mustafa Kemal İlköğretim Okulu'nda, liseyi Konya Lisesi'nde tamamladı. 2004-2008 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü tamamladı. 2008-2009 yılları arasında S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde reanimasyon hemşiresi olarak görev yaptı. 2009 yılından itibaren Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne atandı ve halen aynı hastanede yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak görevine devam etmektedir.