

**T.C.**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**0-24 AYLIK BEBEK/ÇOCUKLARIN  
EBEVEYLERİNİN AŞI RED SIKLIĞI VE  
NEDENLERİ**

**Esengül HAZIR**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülzade UYSAL**

**İSTANBUL, 2018**

**T.C.**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**0-24 AYLIK BEBEK/ ÇOCUKLARIN  
EBEVEYNLERİNİN AŞI RED SIKLIĞI VE  
NEDENLERİ**

**Esengül HAZIR**

**152038053**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülzade UYSAL**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Esengül Hazır

Öğrenci No : 152038053

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik



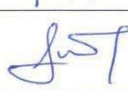
Tez Savunma Tarihi : 27.03.2018

Danışman : Yrd.Doç.Dr.Gülzade Uysal

Tez Savunma Saati :15.00

Tez Konusu : " 0-24 aylık Bebek/Çocukların ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenleri"

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **33.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ ne OYBİRLİĞİ / QYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr.Gülçin Bozkurt	KABUL	
Yrd.Doç.Dr.Kerime Derya Beydağ	KABUL	
Yrd.Doç.Dr.Gülzade Uysal	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr.İlknur Çalışkan		

## ÖZET

Araştırma, 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri basit rastgele yöntemle belirlenmiş olup İstanbul'da iki Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 1 Mart-31 Ekim 2017 tarihleri arasında elde edildi. Araştırmanın evrenini bu tarihler arasında iki ASM'ye başvuran 3942 ebeveyn, örneklemini ise çalışmaya katılmaya istekli 470 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırmada soru formu ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek uygulandı. Veriler SPSS 21,0 programına aktararak uygun istatistiksel testler ile analiz edildi.

Ebeveynlerin bebek/çocuklarını aşılatma durumları incelendiğinde; %80,4'ünün bebek/çocuklarının aşılarını yaptırdığı, %11,9'nun bazı aşıları yaptırmadığı belirlendi. Ebeveynlerin %7,7'sinin (n=36) ise aşı yaptırmayı reddettiği belirlendi. Ebeveynlerin %79,1'inin "Aşıların/gerekli yararlı olduğuna inandığı için" aşı yaptırdığı %46,7'sinin ise "İçeriğindeki maddelerin zararlı etkileri olduğunu düşündüğü için" aşı yaptırmadığı saptandı. Ebeveynlerin aşı yaptırma durumları ile bebeğin/çocuğun tanıtıcı özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Görüşülen ebeveyn ile aşı yaptırma durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerin aşıların yan etkileri olup olmadığını düşünmeleri ile bebeğin/çocuğun tanıtıcı özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu ve aile tipi grupları ile aşıların yan etkisi olup olmadığını düşünme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerin aşılama ile ilgili bilgi almak isteyip istememeleri ile bebeğin/çocuğun tanıtıcı bilgileri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Bebek/çocuğun yaşı, görüşülen ebeveyn ve sosyoekonomik durum ile aşılama ile ilgili bilgi almayı isteme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak ebeveynlerin çoğunluğunun çocukların aşılarını tam yaptıkları ancak ebeveynlerin aşıların içeriğiyle ilgili endişelerinin ve aşıları yaptırmama konusunda kaygılarının devam ettiği belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Bağışıklama, Aşı reddi, Bebek, Çocuk

## ABSTRACT

### FREQUENCY AND REASONS OF VACCINE REJECTION OF PARENTS OF 0-24 MONTHS CHILDREN

The aim of the research was to prospectively evaluate the frequency and reasons of vaccine rejection 0-24 months old children's parents. The data of the study were determined by simple randomization and were obtained from two Family Health Centers in Istanbul between March 1st and October 31th 2017. The study's universe consists of 3942 parents who applied for two health centers within that period, and the sample was 470 parents who were willing to participate in the study. In the research, the questionnaire was applied face to face with the parents. Data were transferred to SPSS 21.0 program and analyzed with appropriate statistical tests.

When investigating parents' infant/child immunization status; 80.4% of them had their babies/children vaccinated, and 11.9% didn't have some vaccinations. It was determined that 7.7% (n=36) of the parents refused to have the vaccine. It was found that 79.1% of the parents have the vaccine because they believed that the vaccines were necessary and 46.7% of the rejected group refused because they thought that the substances were harmful. The difference between the vaccination status of parents and the descriptive characteristics of the baby/child was statistically insignificant ( $p>0.05$ ). When the vaccinated cases were compared with the whole interviewed parents, the difference between the groups was found to be significant ( $p<0.05$ ). The difference between the parents' perception of the side effects of vaccinations and the descriptive characteristics of the baby/child was statistically insignificant ( $p>0.05$ ). When the parents, education status and parents' perception about the side effects of vaccinations were compared, it was determined that the difference between the groups was meaningful ( $p<0,05$ ). The difference between the parents' intentions to obtain information about the vaccination and the descriptive characteristics of baby/child was statistically insignificant ( $p>0.05$ ). When the age of the baby/child, the parents and the socioeconomic status and the parent's desire of getting information about the vaccination were compared, it was determined that the difference between the groups was significant ( $p<0,05$ ).

As a result, it has been determined that the majority of parents have their children completed their vaccinations, and those who completed their vaccination have concerns about the content of vaccinations and also have concerns about whether or not to vaccinate.

**Keywords:** Immunization, Vaccine rejection, Baby, Child

## ÖNSÖZ

Bu araştırma 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı red etme sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yüksekisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği ve sonsuz anlayışı gösteren değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülzade UYSAL'a,

Hayatım boyunca bana destek ve yardımlarını esirgemeyen, “ Oku kızım” diyen canım babama, canım anneme, her türlü desteği veren kız kardeşim Yurdagül Hazır'a, erkek kardeşlerim Taner Hazır, Caner Hazır ve yardımlarından dolayı kuzenim Tayfun Dalgıç'a,

Çalışmama desteklerini esirgemeyen canım çalışma arkadaşlarım Fatma Uçar, Esin Yetik, Özlem Karataş, Sema Çakır, Derya Deniz, Feraye Yücel, M.Tolunay Elönü Üzmez, Onur Baydemir, Aslı Yıldız ve Hamidiye semt ASM ekibine,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm ebeveynlere teşekkür ediyorum.

**ESENGÜL HAZIR**

## BEYAN

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

**ESENGÜL HAZIR**



# İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

ÖZET .....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ .....	v
BEYAN .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLOLAR LİSTESİ .....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	x
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bağışıklama .....	4
2.2. Bağışıklamanın Tarihçesi.....	4
2.3. Bağışıklama Türleri.....	5
2.4. Aşı.....	5
2.5. Aşıların Türleri .....	5
2.5.1. Canlı (Attenüe) Aşılar .....	5
2.5.2. Cansız (İnaktive) Aşılar.....	5
2.5.3. Toksoid (Anatoksin) Aşılar .....	5
2.5.4. Polisakkarit Aşılar .....	6
2.5.5. Rekombinant Aşılar.....	6
2.5.6. Karma Aşılar.....	6
2.6. Aşı Saklama, Transfer ve Uygulama İlkeleri .....	6
2.7. Ülkemizde Uygulanan Aşılar .....	7
2.7.1. Ülkemizde Uygulanan Rutin Aşılar .....	7
2.7.1.1. BCG (Bacillu-Calmette-Guerin).....	8
2.7.1.2. Çocuk Felci Aşısı (Polio, OPA) .....	8
2.7.1.3. Difteri Boğmaca Tetanoz (DBT) Aşısı .....	9
2.7.1.4. Hepatit B Aşısı.....	10
2.7.1.5. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK).....	10
2.7.1.6. Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı (Hib).....	11
2.7.1.7. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA, Prevenar) .....	11



2.7.1.8. Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı).....	12
2.7.1.9. Hepatit A Aşısı .....	12
2.7.2. Rutin Aşı Takvimi Dışındaki Aşılar.....	13
2.7.2.1. Rotavirüs Aşısı .....	13
2.7.2.2. Human Papilloma Virüs Aşısı (HPV) .....	13
2.7.2.3. Meningokok Aşısı.....	14
2.7.2.4. İnfluenza (Grip) Aşısı .....	14
2.8. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler .....	14
2.9. Aşı Reddi ve Nedenleri .....	15
2.10. Bağışıklamanın Önemi ve Hemşirenin Sorumlukları .....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	18
3.4. Veri Toplama Araçları .....	19
3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması .....	19
3.6. Verilerin Toplanması.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	20
3.9. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu Durumlar .....	20
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
6.1. Sonuçlar .....	40
6.2. Öneriler .....	41
KAYNAKLAR .....	42
EKLER .....	54
Ek-1 .....	54
Ek-2 .....	57
Ek-3 .....	58
Ek-4 .....	60
ÖZGEÇMİŞ .....	61

## TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO:

---

<b>Tablo 1. Bebek/çocuğa ilişkin tanıtıcı özellikler .....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 2. Ebeveynlere ilişkin tanıtıcı özellikler .....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 3. Aileye ilişkin tanıtıcı özellikler .....</b>	<b>24</b>
<b>Tablo 4. Ebeveynlerin aşı yaptırmaya ilişkin tutumları .....</b>	<b>25</b>
<b>Tablo 5. Ebeveynlerin aşlamaya ilişkin bilgi durumları .....</b>	<b>27</b>
<b>Tablo 6. Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin bebek/çocuklarını hastalıktan koruma yöntemleri .....</b>	<b>28</b>
<b>Tablo 7. Ebeveynlerin aşların yan etkilerine ilişkin düşünceleri .....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 8. Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması .....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 9. Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile yan etkisi olduğunu düşünme durumlarının karşılaştırılması .....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 10. Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile aşılama ile ilgili bilgi almak isteme durumlarının karşılaştırılması.....</b>	<b>32</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**SAYFA NO:**

Şekil 1.Sağlık Bakanlığı aşı takvimi .....	8
Şekil 2.Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin bebek/ çocuklarını hastalıktan koruma yöntemleri .....	28



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>BCG</b>	: Verem Aşısı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DTaP-IPV-Hib</b>	: Difteri-Tetanoz-Asellüler Boğmaca-İnaktif Polio-Hemopilus
<b>DTaP-İPA</b>	: Difteri- Asellüler Boğmaca-Tetanoz-İnaktif Polio
<b>GBP</b>	: Genişletilmiş bağışıklama programı
<b>KKK</b>	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (MMR) Aşısı
<b>KPA(PCV13)</b>	: Konjuge Pnömonok Aşısı
<b>OPA</b>	: Oral polio(çocuk felci) Aşısı
<b>PCV23</b>	: Pnömonok polisakkarid aşı
<b>PPD</b>	: Pürfiye Protein Derivesi
<b>TCT</b>	: Tüberkülin Cilt Testi
<b>Td</b>	: Tetanoz-erişkin tipi difteri aşısı
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması
<b>UNİCEF</b>	: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
<b>SSPE</b>	: Subakut Sklerozan Panensefalit
<b>DNA</b>	: Deoksiribo Nükleik asit
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>HPV</b>	: Human Papiloma Virü

# 1. GİRİŞ

Bağışıklama bir mikroorganizmaya karşı vücuda antijen verilmesi sonucunda oluşan immün yanıtıdır. İmmünolojik yanıtın elde edebilmesi için yapılan işleme de aşılama denilmektedir. (1, 2). İmmün sistem yenidoğan ve küçük çocuklarda imatürdür ve 6 yaşına kadar gelişir. Bu dönemde bebekler ve çocuklar enfeksiyon hastalıkları açısından risk altındadır (3). Bebek, çocuk ve erişkinlerde enfeksiyon hastalıklarını önleyen, kolay uygulanan, düşük riskli halk sağlığı hizmetlerinden biri olan bağışıklamanın sağlanması oldukça önemlidir (4-8).

Aşılama programları yaşam kalitesini arttırmakta, aşıyla önlenebilen hastalıkların sıklığını ve sağlık harcamalarını azaltmakta olup aşılanmış bireylerde korumakla kalmayıp toplumda aşılanmamış bireylere de hastalığın bulaşmasını önlemektedir (9, 10). Aşılama yalnızca çocukluk döneminde değil, ileri yaşlarda da hastalıklardan korumak için önemlidir (2, 4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Dünya’da gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin 1/5’inin aşı ile önlenebilir hastalıklar olduğunu bildirmektedir. Aynı verilere göre 100 milyonun üzerinde çocuk bir yaşından önce aşılanmakta ve her yıl 2,5 milyon çocuk ölümden korunmaktadır (11). Türkiye’de ise tam aşıli çocuk; bir doz BCG, üç doz DTaP-IPV-Hib, bir doz KKK, üç doz Hepatit B ve üç doz KPA aşısı yapılması olarak tanımlanmaktadır. TNSA (2013) verilerine göre 15-26 aylık çocuklarda tam aşıli çocuk oranı %74, aşısız çocuk ise %3 olarak bildirilmiştir. Tam aşıli çocukların yüzdesi kentte ve kırsal alanda farklılık göstermektedir. Türkiye tam aşılilik oranı kentlerde %77, kırdada %65 olarak belirlenmiş olup 5 yıllık dönemde bebek ölüm hızının %24, beş yaş altı ölüm hızının da %38 azaldığı bildirilmektedir (12).

Halk sağlığı kurumu sağlık istatistikleri’ne göre 2016 yılında aşılama oranının, 2015 yılına göre artış gösterdiği, 2015 yılında %97 olan DaBT3 ve KKK aşılama oranının 2016 yılında %98 olduğu bildirilmiştir. (13). Bununla birlikte literatürde gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında bulunan ve yeni üretilen aşuların halen istenilen oranda uygulanmadığı bildirilmiştir (9).

Literatürde aşılanmamış çocuklarda hastalık, sakatlık ve mortalite sıklığının aşılanmış çocuklara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (14, 15). Dünyada her yıl “aşı ile korunulabilir” hastalıklardan, genellikle az gelişmiş ülkelerde olmak üzere 1 milyon 500 bin kişinin hayatını kaybettiği bilinmektedir (7, 16). UNICEF’in 2017 yılı “Çocuk Ölümünde Düzeyler ve Eğilimler Birimi” raporuna göre ise beş yaşından önce ölen çocuk sayısı 2000 yılında 9,9 milyon iken 2016 yılında 5,6 milyona düşmüştür. Bu ölümlerde zatürenin oranı %16, ishalin ise %8’dir. UNICEF raporunda “2000 yılından bu yana 50 milyon çocuğun yaşamı kurtarılmıştır” olarak bildirilmiştir (17).

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde aşuların yaygınlaştırılmasını engelleyen birçok neden bulunmaktadır. Aşı reddindeki öncelikli neden aşulara karşı ön yargılar ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde aşı takvimi dışındaki aşuların maliyetleridir (9, 18 ). Çocukların aşılanma oranlarının istenilen düzeyde olmamasının nedenleri arasında; aşı maliyetinin yüksek olması, bazı aşuların ulusal aşı programında olmaması, mevcut hastalığın önemli sağlık sorunu olarak görülmemesi, aşının sağlanmasıdaki güçlükler, ailelerin ya da sağlık çalışanlarının aşulamayı zamanında yapmaması/ yaptırmaması, sağlık personelinin aşı öncesi ve sonrası yeterli eğitim vermemesi, aşı kartı verilmemesi, aşı günü uygulamaları, bilgi eksikliği, ebeveynlerin aşı içeriğiyle ilgili endişelerinin olması gibi nedenler bulunmaktadır (2, 9, 18, 19). Bununla birlikte ailedeki çocuk sayısı, ebeveynlerin eğitim durumları, ebeveynlerin aşı konusundaki düşünce ve yaklaşımları, ailelerin dini inançları, sosyal güvence varlığı gibi sosyo-demografik özellikler çocukların aşılanma sıklığını etkilediği bilinmektedir (5, 20).

Bağışıklamada belirlenen hedeflere ulaşmak için en etkili öge çocukların fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimini doğrudan/ dolaylı olarak etkileyen ebeveynlerdir. Ebeveynlerin bebeklik ve çocukluk dönemi bağışıklaması konusundaki yetersiz bilgilendirilmeleri bağışıklamada istenen hedefe ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Yetersiz ve eksik bilgilendirme bağışıklama programının sağlıklı yürütülmesini engelleyen önemli faktörlerdir. Bu sorunların ortadan kaldırılmasıyla bağışıklamada istenen hedefe ulaşılabilir. Sağlık ekibinin sayı ve donanımının yeterli olması, bağışıklama konusunda bilgili ve tecrübe sahibi olması, kayıtları düzenli ve eksiksiz tutması, ailelere aşılanma hakkında bilgi verilmesi ve önemini anlamasının sağlanması bağışıklama oranlarını yükseltecektir (19). Çocuk ve aile ile yakın iletişimde olan

hemşire ve ebelerin bağışıklama hakkında bilgileri, bağışıklamayla ilgili ebeveynlerle iletişimde olmaları, onlara yeterli ve uygun bilgi vermeleri etkili bağışıklamanın sağlanmasına katkıda bulunacaktır (21).

Bu araştırma, 0-24 aylık bebek ve çocukların ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bağışıklama

Bağışıklama bir mikroorganizmaya karşı vücuda etken maddenin verilmesiyle oluşturulan immün yanıt olarak tanımlanmaktadır (15, 22). Dünya Sağlık Örgütü bağışıklamayı aşı ile kişileri hastalık ya da enfeksiyondan korumak olarak tanımlamıştır (16). Bağışıklama özellikle bebekleri olmak üzere tüm bireylerin hastalık öncesi dönemde aşılı olarak korunmayı sağlamak amacıyla yürütülen önemli bir halk sağlığı hizmetidir (1, 6, 23).

### 2.2. Bağışıklamanın Tarihçesi

Edward Jenner 1796 yılında ilk kez çiçek hastalığı için aşı uygulamış ve hastalık 1977'de eradike edilmiştir (1, 15, 22, 24). 1985 yılında bir köpeğin ısırıldığı çocuğa Louis Pasteur tarafından uygulanan aşı etkili olmuş ve 1887 yılından itibaren kuduz ve çiçek aşısı yapılmaya başlanmıştır (1, 22). İstanbul Kuduz Enstitüsü kuduz hastalığının tedavisinde dünyada üçüncü, doğu ülkelerinde ise ilk tedavi merkezi olmuştur (1, 24). 1916'da Tifus aşısı geliştirilmiş ve 1928 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Müessesesi kurulmuştur (22).

Ülkemizde 1930'da çiçek, 1937'de difteri, boğmaca, 1952'de BCG, 1968'de DBT, 1985'te aşı kampanyası, 1989'da Polio eradike programı, 1995'te Polio Ulusal aşı uygulaması, 1996'da kızamık aşısı kampanyası, 1997'de Polio Mop-Up, 1998 Hepatit B, 2003'te kızamık aşı günleri, 2004'te erişkin Td, 2005'te kızamık aşı günleri uygulanmıştır (15, 22, 24). Türkiye Ulusal aşı takvimine 2006'da KKK, 2008'de KPA, 2011'de KPA13, 2010'da DBT-İPA, 2012'de Hepatit A, 2013'te suçiçeği aşısı eklenmiştir (25).

Türkiye'de 2009 yılında yayınlanan günümüzde de kullanılmaya devam edilen güncel aşı genelgesinin hedefleri; ülke genelinin %95'ini aşılama, 12-23 aylık bebek/çocukların %90'nını tam aşıli hale getirmek, 5 yaş altı aşısız ya da eksik aşıli çocukları aşılama, okul aşılılarını yürütmek, gebelere Td uygulamak, ülkenin polioidan arındırılmış halini sürdürmek, kızamıkçık ve doğumsal rubella virüsünü ortadan kaldırmak, Difteri, Boğmaca, Hepatit b, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemophilus



influenza Tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak, aşı güvenliğini sağlamak, kayıt sistemini güçlendirmek ve toplum sağlığını korumaktır (15, 22, 23, 26, 27).

### **2.3. Bağışıklama Türleri**

Bağışıklık aktif ve pasif olmak üzere iki yolla kazanılmaktadır. Aktif bağışıklık hastalığın geçirilmesi ya da aşılama yoluyla oluşur ve genellikle yaşam boyu sürer (1, 15, 22). Pasif bağışıklık ise, insanlardan ya da hayvanlardan antikorların vücuda alınması ya da plasentadan ve anne sütünden geçen antikorların kişiye verilmesiyle oluşan bağışıklıktır (1, 3, 15, 21, 22).

### **2.4. Aşı**

Aşı belirli bir hastalığa karşı bağışıklık yanıtı oluşturarak bireyin enfeksiyon hastalıklarından korunmasını sağlayan maddedir (15, 22, 28). Aşılar zayıflatılmış ya da öldürölmüş enfeksiyon ajanları, toksinler ve yüzey proteinlerini içermektedir (22).

### **2.5. Aşıların Türleri**

#### **2.5.1. Canlı (Attenüe) Aşılar**

Canlı aşılar, bir virüs ya da bakterinin hastalık oluşturma etkisinin ortadan kaldırılıp, vücuda verildikten sonra çoğalma ve bağışıklık oluşturma yeteneğinin saklı tutulmasıyla hazırlanır (1, 21, 29).

#### **2.5.2. Cansız (İnaktive) Aşılar**

Cansız aşılar, mikroorganizmaların üreme yeteneğinin ısı ya da kimyasal yollarla inaktive edilmesiyle hazırlanan aşılardır (1, 15, 29).

#### **2.5.3. Toksoid (Anatoksin) Aşılar**

Toksoid aşılar, Difteri ve Tetanoz basillerinin sadece arılaştırılmış ısı ve formal işlemler sonucuyla inaktive edilen toksin aşılarıdır. Aşı sonrası oluşan bağışıklık antikorların etkisine bağlıdır (1, 29).

#### **2.5.4. Polisakkarit Aşılar**

Polisakkarit aşılar, bakterilerin tamamı yerine sadece kapsül antijenlerinin kullanılmasıyla hazırlanan aşılardır. Hib, pnömokok, meningokok aşıları bu yolla hazırlanırlar (21, 29).

#### **2.5.5. Rekombinant Aşılar**

Rekombinant aşılar bir vürüs ya da bakterinin immün yanıtını belirleyen geninin ayrılıp, daha sonra bakteri/ maya/ memeli hücrelerine rekombinant DNA tekniği ile klonlanmasıyla elde edilmektedir (21, 29).

#### **2.5.6. Karma Aşılar**

Ölü ve toksoid aşıların karıştırılarak beraber kullanılmasından elde edilir. Ayrıca anatoksinlerle bazı ölü bakteri aşılar karıştırılarak da karma aşılar oluşturulabilir. Karma aşı uygulamasıyla enjeksiyon sayısı azalır, zamandan tasarruf sağlanır ve aşıların tek tek uygulanmasına göre daha fazla bağışıklık elde edilir. Difteri-Tetanoz-Boğmaca karma aşıya örnektir (1, 23).

### **2.6. Aşı Saklama, Transfer ve Uygulama İlkeleri**

Bağışıklamanın etkin olabilmesi için aşıların naklinde ve saklanmasında soğuk zincir kurallarına uyulması oldukça önemlidir. Soğuk zincir aşımın üretildiği yerden uygulanacağı yere kadar uygun araç ve ekipmanla uygun ısıda, güneş ışığından korunarak etkinliği bozulmadan taşınmasını sağlamaktadır (30, 31).

Tüm aile sağlığı merkezleri ve sağlık kuruluşlarında aşılar aşı dolaplarında +2 ile +8 derecede saklanmalı, gereksiz dolabın açılması önlenmelidir. Aşıların dolaba yerleşimi ısıya ve donmaya duyarlı olanlar dikkat edilerek yapılmalıdır. Aşılar ısıya hassastır ve sulandırıcılarının hiçbir zaman dondurulmaması gerekmektedir. Aşı dolapları çalışır durumda olmalı, duvardan 20 cm uzakta olmalı, elektrik kesintisi halinde dolap içine buz aküleri koyulup kapağı açılmamalıdır. Aşı dolabında yiyecek, içecek olmamalıdır. Aşı nakil kaplarında 1 gün, aşı dolabında 1 aydan uzun süre bekletilmemelidir. Aşı dolaplarını orta rafında ısı takibini yapan frig-tag cihazları olmalı günlük takipleri yapılmalıdır. Tüm aşılar yapılmadan önce son kullanma tarihi bakılmalı ve bozulma riskine karşın kontrol edilerek yapılmalıdır. Tüm aile sağlığı merkezlerinde

1 asil, bir yedek aşı sorumlusu belirlenmelidir. Aşı dolaplarına aşilar ısıdan etkilenme durumlarına göre üst rafa KKK, OPA BCG aşiları yerleştirilir. Dolabın orta rafına beşli karma, kuduz ve alt rafına ise DT, TT, Td, Hepatit B, KPA, PPD solüsyonları yerleştirilir (3, 21, 30-32).

Tüm bebek ve çocuklarda aşilar aşı takvimine uygun yapılır. Birden fazla aşı aynı anda farklı ekstremiteleden uygulanır. Aynı ekstremitte kullanılacaksa 2cm aralık bırakılarak uygulanabilir. Canlı aşilar kızamık, kızamıkçık, kabakulak, opa, suçiçeği, bçg ve rota virüs aşilarıdır. Canlı aşiların tekrar virülen forma dönebilme olasılığı vardır. Parenteral uygulanacak iki canlı aşı aynı anda ya da 4 hafta ara ile yapılmalıdır. Ayrıca canlı aşilar güneş ışığına duyarlıdır. Canlı aşiların tek doz uygulanması yeterli olmaktadır. Cansız (inaktive) aşilara birden fazla aşılama gereklidir. Aşı şişelerinin üzerinde aşiların açıldığı tarihi gösteren etiket olmalıdır. Flakonların üzerindeki ısıya duyarlı etiketlerin aşı uygulamasından önce renk değişikliği kontrol edilmelidir. Suçiçeği aşısı sulandırıldıktan yarım saat sonra, KKK aşısı 8 saat sonra, BCG aşısı 6 saat sonra tüketilmelidir (1, 3, 14, 15, 22-24, 28, 29, 32-35).

Aşı uygulama sonrası enjeksiyon yerinde ağrı, şişlik ve kızarıklık olabilir (10, 15). Aşı uygulamalarında genellikle aşilar intramüsküler uygulanır. BCG aşısı ise sol kol omuz başına intredermal, KKK ve Suçiçeği subkutan uygulanmaktadır (23).

## **2.7. Ülkemizde Uygulanan Aşilar**

### **2.7.1. Ülkemizde Uygulanan Rutin Aşilar**

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayınlanan aşı genelgesi uygulanmaktadır. Yıllar içerisinde aşı takvimine eklenen aşilar olmuştur. Aşı takviminde yer alan aşilar ücretsiz olarak uygulanmaktadır (23, 36). Ülkemizde uygulanan güncel aşı takvimi Şekil 1’de verilmiştir.

## Şekil 1.Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		IV			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

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

Kaynak: 23.ve 36.kaynaktan alınmıştır

### 2.7.1.1. BCG (Bacillu-Calmette-Guerin)

BCG aşısı, 1908 yılında Calmette ve Guerin isimli iki bilim adamı tarafından tüberküloz basilinin “Mycobacterium bovis” suşundan virülansı azaltılarak elde edilmiş canlı bir aşıdır (1, 8, 15). Aşı 2007 yılında tek doz 2. ayın sonunda olacak şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Aşının en önemli etkisi hastalığın tanısında kullanılan Tüberkülin testin (TCT) değerini azaltmasıdır. Tüberküloz hastalığından korunmada en etkili yöntem BCG aşısıdır (1, 8, 15, 24, 26, 28, 29, 37).

Ülkemizde BCG aşılması, Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından gerçekleştirilen Tüberküloz Savaş Programının bir parçası olarak başlamıştır (28). BCG aşısı sol kol deltoid bölgeye intradermal olarak 0,5 diziye uygulanır. Aşı yapıldıktan 3 ay sonra skar oluşmaktadır. 6 yaşından büyük hiç aşılanmamış çocuklarda BCG aşısının yapılması gerekli değildir. 6 yaşından küçük BCG yapılmamış çocuklarda Tüberkülin Testi (TCT) sonucuna göre gerekiyorsa BCG uygulanır (15, 23, 28). Aşı sonrası yerel ülser, lenfadenopati, osteit, bulantı, hiperpigmentasyon ve keloid gibi yan etkiler görülebilir (15, 23).

### 2.7.1.2. Çocuk Felci Aşısı (Polio, OPA)

Poliomyelit özellikle sonbahar ve yaz aylarının başlarında görülen, polio virüslerinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. İnsandan-insana, fekal-oral yolla ya da virüsün bulaştığı su ve besinlerle bulaşır (1, 38, 39). Poliomyelit aşısının çocuklarda birkaç defa uygulanması ile hayat boyu koruyuculuk sağlanır (39). Çocuk felci aşısının

canlı ve inaktive olmak üzere iki çeşidi vardır. Canlı aşı ağızdan bir kerede iki damla verilmekte olup, inaktive polio ise enjeksiyon yoluyla uygulanır (14).

Ülkemizde 2008 yılından itibaren inaktive polio aşısı beşli karma aşı içinde 4 doz ve canlı OPA aşısı 6. ve 18. aylarda olmak üzere 2 doz şeklinde uygulanmaktadır (1, 14, 23, 28, 40). 2002 yılında Ülkemize DSÖ tarafından Avrupa Bölgesi “Poliodan Arındırılmış Bölge” Sertifikası verilmiştir (39-41).

### **2.7.1.3. Difteri Boğmaca Tetanoz (DBT) Aşısı**

Difteri, *Corynebacterium diptheriae*'nin neden olduğu ve çocuklarda görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Difteri farinks, larenks ve tonsillerin üzerini örten beyaz gri membranlarla karakterize olup kardiovasküler ve sinir sisteminde tutulumu neden olmaktadır (15, 42, 43). Yedi yaşından büyük çocuklarda erişkin formu olan difteri toksoidi azaltılmış aşı uygulanır (15, 28, 32).

Boğmaca, *Bordetella pertussis*'in neden olduğu tüm yaş gruplarını etkileyen bulaşıcı bir hastalıktır (8, 33, 35). Boğmaca hastalığından korunma aşının yapılmasıyla sağlanmaktadır (34, 44). Yenidoğanda boğmacaya karşı bağışıklık olmadığı için bu dönemde aşının yapılması oldukça önemlidir (1, 34). Boğmaca aşısı ömür boyu bağışıklık sağlamadığı ve boğmacaya yakalanma riski devam ettiği için geliştirilerek asellüler boğmaca aşısı 2005 yılında kullanılmaya başlanmıştır (8, 28, 34).

Tetanoz, *Colostridium tetani*'nin neden olduğu akut başlangıçlı tonik spazmlarla karakterize, çene kilitlenmesi, solunum yetmezliği gibi ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye sebep olan bir enfeksiyon hastalığıdır (8, 42, 45-47). Ülkemizde 2010 yılından itibaren DaBT-IPA-*hib* aşısı bebeklik ve çocukluk döneminde rutin aşı takviminde 2.,4.,6. ve 18. ayda rapeli olmak üzere 4 doz uygulanmaktadır. İlköğretim birinci sınıflara dörtlü karma (DTaB-IPA) olarak pekiştirme dozu uygulanmaktadır (23, 34, 35).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı istatistik verilerine göre; 2010'da 2 Neonatal tetanoz vakası tespit edilmiş, 2 kişi hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Aynı rapora göre 2010 yılında 25 ve 2015 yılında ise 8 tetanoz vakasının tespit edildiği, 5 kişinin hayatını kaybettiği belirlenmiştir. 2011 yılında 79 boğmaca vakası tespit edilmiş ve 3 kişi hayatını kaybetmiştir (48).

#### **2.7.1.4. Hepatit B Aşısı**

Hepatit B enfeksiyonu genellikle çocukluk çağlarında görülmektedir. Kan, kan ürünleri, vücut sıvıları, cinsel ilişki sırasında, enfekte anneden bebeğe geçiş şeklinde ve annenin memesindeki çatlaklardan bulaşabilir. Ancak anne sütünden geçiş olmamaktadır (38, 49).

Dünyanın birçok ülkesinde DSÖ önerisiyle uygulanan Hepatit B aşısı Türkiye’de ilk defa 1998 yılında aşılama programına alınmıştır ( 15, 28, 49). Tüm yaş gruplarında 0., 1. ve 6. aylarda olmak üzere 3 dozluk hepatit B aşısı uygulanmaktadır (15, 28). Anne HBsAg (+) veya taşıyıcılık durumu bilinmiyorsa doğum ağırlığı 2000 gr’ın altında olan bebeklere doğumdan sonra ilk 12 saat içinde 0,5 ml immunglobülin ve hepatit B aşısı yapılır ve 1., 2.ve 12. aylarda aşı tekrarlanır. Annesi HBsAg olan bebeklerin HBsAg ve anti- HBS değerlerine 9-15 aylık olduklarında bakılmalıdır (23, 28, 38). HBsAg (+) taşıyıcısı anneden doğan bebekler, tedavi edilmezlerse %65-90 oranında kronik HBsAg taşıyıcısı olmaktadırlar (49, 50). Hepatit B aşısı sonrası aşı yerinde ağrı, ateş, anafeksi, Guillain Barre Sendromu gibi yan etkiler görülebilir (28).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı istatistik verilerine göre 2015 yılında 2.266 Hepatit B vakasının olduğu bildirilmiştir (48).

#### **2.7.1.5. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK)**

Kızamık çocukluk yaş döneminde daha sık olmakla birlikte her yaşta görülebilen bulaşıcılığı yüksek bir hastalıktır. Başlıca bulaş yolları; temas, solunum ve damlacık yoluyla olup inkübasyon süresi ortalama 10-14 gündür (38, 51, 52). Kızamık aşısı Ulusal Aşı Programına 2006 yılında alınmıştır. Bu tarihten itibaren iki doz KKK (kızamık-kabakulak-kızamıkçık) aşısı olarak 12. ay ve ilköğretim 1. sınıfta uygulanmaktadır. Aşı yapıldıktan 6-12 gün sonra ateş, döküntü, trombositopeni, ensefalit, ensefalopati gibi yan etkiler görülebilir (24, 28, 51-55).

Kızamıkçık, rubella virüsünün neden olduğu bebek/çocuk ve ergenlerde hafif seyirli makülopapüler döküntülerle karakterize, gebelikte geçirildiğinde ise fetal kayıplara ve anomalili çocukların doğmasına neden olan bulaşıcı bir hastalıktır. Ülkemizde kızamıkçık aşısı 2006 yılından itibaren Ulusal Aşı Programına dahil edilmiştir (56-58).

Kabakulak, Mumps virüsünün sebep olduğu infertiliteye neden olan parotis bezini tek ya da çift taraflı tutan bulaşıcı bir hastalıktır. Kabakulak enfeksiyonundan korunmada tek yöntem aşılama değildir. Kabakulak aşısı 2006 yılında Ulusal Aşı Takvimine girmiştir (54, 56-59). Kabakulak aşısı 1 yaşın altında, gebe kadınlara ve immün yetmezliği olan bireylere uygulanmamalıdır (54).

KKK hastalıklarından birisini geçirenlere aşı mevcutsa tek tek yoksa üçlü uygulanır. Bağışık olmayan genç erişkinler ve adölesanlara bir ay ara ile iki doz yapılmalıdır (32, 55). KKK aşısı rutin aşı takviminde 2006 yılında itibaren 12. ayda 1 doz, ilköğretim 1. sınıfta 1 doz olacak şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Aşı sağlıklı kişilerde temas sonrası yapıldıktan 72 saat sonrasında koruyucu olabilmektedir (1, 26, 28, 32, 57, 58).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016'da yayınladığı istatistik verilerine göre; 2013 yılında 7.405 kızamık vakasının görüldüğü, 3 kişinin hayatını kaybettiği ve 2015 yılında 342 kızamık vakasının görüldüğü bildirilmiştir. Aynı rapora göre kızamıkçıkta 2010 yılında 65 vaka, 2015 yılında 16 vaka tespit edilmiştir. Ayrıca 2010 yılında 1.9754 ve 2015 yılında ise 776 kabakulak vakası bildirilmiştir. Bu vakalardan hayatını kaybeden olmamıştır (48).

#### **2.7.1.6. Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı (Hib)**

Haemophilus influenzae, gram negatif, sporsuz koku basili üst solunum yolundan vücuda girer. Hib menenjit, epiglottit, pnömoni, artrit, selülit, menejit gibi invazif hastalıklara neden olabilmektedir (10, 15). Ülkemizde hib aşısının tetanoz ile konjuge tipleri kullanılmaktadır. Hib aşıları tek başına ya da DBT, DT, DTaB ve IPV karma aşıları içinde bulunmaktadır. 2.,4.,6. ve 18. aylarda IM olarak uygulanan aşının bilinen bir kontrendikasyonu yoktur (10, 15, 29, 60).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılı istatistik verilerine göre; Haemophilus influenzae Tip b menenjitte 2011 yılında 3 vaka görülmüş ve 2015 yılında vaka görülmemiştir (48).

#### **2.7.1.7. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA, Prevenar)**

Streptococcus pneumoniae (pnömonokok), bakteriyemi, menenjit, pnömoni gibi invazif hastalıklara neden olmaktadır (10, 15, 22, 32, 45). Pnömonokok genellikle

sekresyon ya da damlacık yoluyla bulaşmaktadır (10). Bakterilere karşı antibiyotik direncinin artması nedeniyle 1983 yılında 23 valanlı pnömokok polisakkarit aşısı geliştirilmiş ancak 2 yaş altı çocuklarda etkili olmadığı gözlemlendiği için 7 valanlı konjuge pnömokok aşısı (KPA) geliştirilmiştir (8, 10, 32, 56, 61).

Türkiye’de 7 valanlı KPA (PCV-7) 2008 yılında Ulusal Aşı Takvimine kabul edilmiş olup 2011 yılında 13 valanlı formu aşı takvimine eklenmiştir (10, 15). Ülkemizde 4 doz olarak 2., 4., 6. ve 12. ayda uygulanan aşının 3.dozu ile rapel dozu arasında en az 6 ay beklenmesi gerekmektedir. Aşı sonrası kusma, ishal, iştahsızlık görülebilir (3, 10, 15, 23, 29).

#### **2.7.1.8. Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı)**

Suçiçeği, Varicella zoster (VZV) virüsünün neden olduğu veziküler döküntülü, çocukluk yaşlarında geçirilen bulaşıcı bir hastalıktır. Erkek ve kızlarda görülme sıklığı benzerdir. Virüsün tek bir serotipi olup doğal konağı insandır. Genellikle kış ve ilkbahar aylarında görülen hastalık damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır. Bulaşıcılık döküntünün oluşmasından 2 gün önce ve kurumaya başlamasından 4-5 gün sonrasına kadardır. Suçiçeği, gullian barre, adolesan dönemde pnömoni, reye sendromu, ensefalit gibi ağır komplikasyonlara neden olabilir (1, 25, 42, 58, 62-66)

Suçiçeği geçiren biriyle temas edilirse, temas olduğu ilk 3 gün içinde aşılama yapılırsa hastalık önlenir. Ülkemizde suçiçeği aşısı 2013 yılı itibariyle 2012 yılı ve sonrası doğanlara 12. ayda tek doz halinde olacak şekilde aşı takvimine eklenmiştir. (25, 54, 58, 66). Aşılanan kişiler yenidoğan ve gebelerle temastan kaçınmalıdır (8, 29, 67). Suçiçeği canlı aşı olduğundan immün yetmezliği olanlarda kullanılması kontrendikedir (29, 66, 68).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınlanan istatistik verilerine göre; 2012 yılından 2015 yılına kadar vaka sayısı azalmış olup suçiçeği nedeniyle hayatını kaybeden vaka olmadığı bildirilmiştir (48).

#### **2.7.1.9. Hepatit A Aşısı**

Hepatit A virüsü daha çok çocukluk çağında görülmekle birlikte her yaşta görülen bir RNA virüsüdür. Fekal- oral yolla bulaşan virüs karaciğerde enflamasyona neden olmakta ve diğer organlarda belirgin hasar bırakmamaktadır (33, 45, 56, 70-72).



Aşılama, hepatit A enfeksiyonundan korunmada en etkili yöntemdir (22, 42, 72, 73). Hepatit A aşıları; atenüe, inaktif ve kombine olmak üzere üç farklı tiptedir. Ülkemizde 2012 yılında ulusal aşı takvimine kabul edilen İnaktif Hepatit A aşıları kullanılmaktadır. Aşı bebeklik döneminde 18. ve 24. aylarda iki doz şeklinde uygulanmaktadır (8, 22, 23, 56, 58, 69, 72). Madde ve ilaç bağımlılığı, pıhtılaşma faktör bozukluğu, kronik karaciğer hastalığı, HIV, karaciğer transplantasyonu olanlar, enfeksiyonun yaygın olduğu yerde yaşayan çocuk ve adölesanlar da aşı endikedir (22, 58, 69).

Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı istatistik verilerine göre; 2012 yılında 2.688, 2015 yılında 2.266 hepatit A vakası tespit edilmiş, 2013 ve 2014 yılında toplam 4 kişinin Hepatit A nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (48).

## **2.7.2. Rutin Aşı Takvimi Dışındaki Aşılar**

### **2.7.2.1. Rotavirüs Aşısı**

Rotavirüs, özellikle gelişmekte olan ülkelerde 2 yaş altındaki çocuklarda mortaliteye neden olan ishallerin büyük bir kısmını oluşturan virüslerdir. Ölüm hızının düşük olduğu gelişmiş ülkelerde ise hastaneye yatan gastroenterit vakalarının çoğunun rotavirüse bağlı olduğu bildirilmektedir (24, 29).

2006 yılında ABD’de lisans alan Rotateg ve Rotarix iki canlı oral rotavirüs aşısı bulunmaktadır (25, 74). Rotateg 2.,4. ve 6. ayda olacak şekilde 3 doz uygulanır (74, 75). Rotarix aşısı ise 2. ve 4. aylarda uygulanmaktadır. Aşılamaya doğumdan sonra 6. haftada başlanabilir, ilk aşı 3 aydan sonraya kalmamalı ve 32. haftadan sonra verilmemelidir (74). Rotavirüs aşısının ciddi ishal ataklarına karşı %94 oranında koruyuculuk sağladığı görülmüştür (25).

### **2.7.2.2. Human Papilloma Virüs Aşısı (HPV)**

HPV servikal kanser ve genital siğillere neden olan cinsel yolla bulaşan insan papilloma virüsünün neden olduğu yaygın bir hastalıktır. Kadın kanserlerinin %12’si az gelişmiş ülkelerde görülmektedir (76). HPV 6,11 tipleri genital siğillere, HPV 16,18 tipleri servikal kanserlere neden olmaktadır (29, 70, 77). Aşı HPV virüsünün neden olduğu servikal kansere karşı aşı koruyuculuk sağlamaktadır (29, 56, 70). ABD’de 2007 yılından itibaren rutin aşı takviminde olan HPV aşısı, ülkemizde rutin aşı takvimde

uygulanmamaktadır (56). Aşının ilk cinsel ilişkiden önce uygulanması koruyuculuk sağlaması açısından ideal olanıdır (29, 37). Aşı 9-26 yaş kız çocukları ve genç kadınlara önerilmektedir (29, 70, 77). HPV aşısının koruyuculuğu 5 yıl devam etmektedir (22).

### **2.7.2.3. Meningokok Aşısı**

Bakteriyel menenjitin en önemli sebeplerinden biri olan, sekel bırakan, her yaş grubunda görülebilen bir hastalıktır (78). İki yaş altındaki bebek/ çocuklarda daha sık görülen hastalık genellikle beyin ve omurilikte tutulum yapar. Kronik seyirli olup ölümlerle sonuçlanabilir (70, 78, 79).

Meningokok aşısı saflaştırılmış A,C,Y,W-135 serotiplerinin proteinlerini içeren 4'lü bir aşıdır. (22, 37, 76). Ülkemizde 3 tip konjuge meningokok aşısı vardır. 2 yaş altı çocuklarda bağışıklık daha uzun sürelidir (56). Aşı salgınlarda temas eden kişilere, askerlere, dalak bozukluğu olanlara, endemik bölgelerde yaşayanlara, yatılı okulda kalanlara, sahra altı ülkelere gidenlere yapılır (22, 32, 37, 56). Aşı 11-12 yaş arasına tek doz, 9-23 aylığa kadar 3 ay ara ile 2 doz 0,5 ml IM uygulanır. (8, 70).

### **2.7.2.4. İnfluenza (Grip) Aşısı**

İnfluenza genellikle burun, boğaz, bronşlar ve akciğerleri etkileyen, Aralık ve Mart aylarında görülen, mortaliteye neden olan damlacık yoluyla yayılan bir hastalıktır (32, 70, 76). İnaktif ve canlı aşı olarak kullanılabilir (22, 29, 70). Grip aşısı 6 -18 yaş arası çocuklara, sağlık çalışanlarına, 65 yaş üstü risk gruplarına, immün yetersizliği olanlara, bakım evlerinde yaşayan ve çalışanlara önerilmektedir (22, 70).

## **2.8. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler**

Dünya Sağlık Örgütüne göre aşılamaı etkileyen faktörler bağlamsal ve aşılamaı ait etkiler olarak sınıflandırılmıştır. Bağlamsal etkiler; tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemine ilişkin, ekonomik ve politik faktörler olarak sıralanabilir. Aşı ve aşılamaı ait etkiler ise; grupların ve bireylerin kişisel algıları, anlayışları olarak bilinmektedir (19).

Aşı kabulünü ülkelerin uyguladığı aşı politikaları da etkilemektedir. Slovenya, Batı Virginia aşı reddini tıbbı zorunluluk dışında kabul etmemektedir. Aksine Avustralya'da aşılama zorunlu değildir. Ülkemizde ise aşılama ücretsiz olarak

uygulanır ve zorunlu değildir (19, 80, 81). Sağlık sistemi ve sağlayıcılara güvensizlik, bulaşıcı hastalıkları risk olarak görmeme, toplumun bilgi ve farkındalık durumu, yeni üretilen aşılardan olması aşı kabulünü etkileyen önemli faktörler arasındadır (19).

Toplumda insanların çoğunluğu üzerinde etki yaratabilen kişilerin ve kuruluşların bağışıklamaya yönelik tutum ve davranışlarının toplumun aşı ve aşılama bakış açısını etkileyebileceği bilinmektedir. İletişim ve medya araçlarında aşılarla yönelik olumlu ya da olumsuz tutumlar da çok daha geniş çevreleri etkileyebilir. Bununla birlikte ailelerin geçmiş olumsuz deneyimleri aşılama ile ilgili düşünceleri etkilemektedir (19, 81). Olumsuz deneyim ve bakış açılarının aşı reddine neden olabileceği göz ardı edilmemelidir ve bu bağlamda ebeveynlerin aşılama ile ilgili bilinmezlerine bilimsel ve tarafsız açıklamalar getirilebilmelidir (19).

## **2.9. Aşı Reddi ve Nedenleri**

Aşı reddi herhangi bir nedenle bebek/çocuğunun aşı takviminde yer alan aşısını yaptırmayı reddetmesi durumudur. Aşılama reddeden ebeveynlere aşı ve aşılamanın önemi tekrar detaylı bir şekilde anlatılarak aşı yaptırmaya yönlendirilmektedir. Ancak aile aşıyı her durumda reddediyorsa “aşı red formu” doldurularak Sağlık Bakanlığı’na bilgi verilmektedir (82).

Ebeveynlerin aşı reddini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; ebeveynlerin yaşadığı/duyduğu geçmiş olumsuz deneyimler, aşıların içeriğinde zararlı maddelerin bulunduğu düşüncesi, aşıların yan etkilerine karşı kaygıları, çocuklarına fazla aşı uygulandığının düşünülmesi, aşıların yan etki olarak hastalıklara neden olabileceği düşüncesi (örneğin kızamık aşısının otizm ve SSPE’ye neden olduğu vd.), dini inançları nedeniyle aşıların içeriğinde haram olan maddelerin olduğu düşüncesi (domuz, embriyo ve tavuk hücrelerinden üretilen aşılardan gibi) ve aşıların insan DNA’sını değiştireceği düşüncesi olarak sıralanabilir (19, 83-86). Bununla birlikte ebeveynlerin aşılama ihtiyacı olarak görmeme, aşının faydalarına inanmama, sağlık kuruluşuna ulaşım, maliyet, aşılarla ilgili bilgilendirme ve yönlendirme eksikliği gibi nedenlerle aşı reddini artıran faktörler arasındadır (19, 87).

İletişim ve medya araçlarında aşılarla ilgili yapılan olumsuz haberler aşı reddini arttırmaktadır (19, 81). Bu konuda sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Aşılama öncesi ve aile sağlığı merkezine gelen anne ve babalara aşıların

öneminin vurgulandığı planlı eğitimler yapılmalıdır. Çocuk ve aile ile yakın iletişimde olan hemşire ve ebeler ebeveynlerle görüşmelerinde birçok önlenebilir hastalıktan aşılama ile korunulabildiği vurgulanmalıdır. Bununla birlikte aileler bebek/ çocuklarının aşılarını yaptırmadıklarında yalnızca kendi çocukları değil tüm toplum salgın hastalıklar açısından risk altında olacağı anlatılmalıdır (19).

## **2.10. Bağışıklamanın Önemi ve Hemşirenin Sorumlulukları**

Bebek ve çocukların hastalıklardan korunmasında önemli bir yere sahip olan bağışıklama hizmetlerinin istenilen hedeflerine ulaşmasında aşının yapım aşamasından uygulama aşamasına kadar geçen süreçte pek çok kişi ve kurumların sorumluluğu vardır (21, 30). Sağlık alanındaki gelişmeler ve çocuk sağlığı konusundaki devlet politikalarının değişmesi hemşireliğin çocuk sağlığının korunmasındaki rollerinde değişikliklere neden olmuştur (1). Ebe ve hemşireler bağışıklamada eğitici, araştırmacı, planlayıcı ve uygulayıcı roller üstlenmektedir.

Bağışıklamanın planlanmasından sonuçların değerlendirilmesine kadar olan süreçte hemşire ve ebeler aşının içeriğini, saklama koşullarını, yan etkilerini, yararlarını, aşı yapılmadığında oluşabilecek hastalıkları, aşılama zamanını, aşı dozu ve uygulamasını çok iyi bilmelidir. Bununla birlikte aşılanmanın önemi bireysel ve toplumsal olarak açıklanmalıdır (3, 21, 30). Herhangi bir sebeple halk sağlığında kuruma gelen ebeveynlere bebek/ çocuklarının aşılama durumunu sorgulanmalı ve eksik aşılananların tespit edilmesi için her fırsatı değerlendirmelidir (21, 30, 31).

Aşılamada, aşıların etkinliğini sürdürmek bir başka önemli konudur. Etkili aşılama için; aşıların soğuk zincir kurallarına uygun olması, aşı uygulama sırasında genel ilkelere uyulması, aşı kontrendikasyonlarının bilinmesi ve aşı sonrası oluşabilecek yan etkilere karşı önlemler alınması önemlidir (30). Öte yandan aşı uygulanan sağlık kuruluşlarında doğru ve düzenli kayıt tutmak aşılama takibi açısından önemlidir. Yapılan aşılama tarihi, kime yapıldığı, dozu, iletişim bilgileri, adresi, hangi aşının yapıldığı, bir sonraki aşıya gelme zamanı kayıt altına alınmalıdır. Ailelere aşı kartı verilip, kartın okul yılları boyunca saklamalarının önemi anlatılmalıdır (21, 30, 31, 88).

Aşılamada önemli bir konu da aşı sonrası gelişebilecek yan etkilerin kontrol altında tutulmasıdır. Aşı sonrası reaksiyon oluşması aileyi endişelendirmekte olup aşı reddine neden olabilir. Bu bağlamda ebeveynlerin aşı ve yan etkileri açısından hemşire

ve ebeler tarafından bilgilendirilmesi ve önlemlerin detaylı konuşulması önemlidir. Ayrıca aşı yapılamazsa oluşabilecek riskler konusunda da aileleri bilgilendirilmeli ve uyarılmalıdır (21, 23, 30). Bazen yan etkiler kontrendikasyon olarak kabul edilip aşılamaya ertelenirken, öte yandan gerçek kontrendikasyonların bilinmemesiyle aşı yapılması sonucunda ciddi yan etkiler de ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle hemşire ve ebeler aşılar ile ilgili güncel bilgileri yakında takip ederek aşının yan etkileri ve kontrendikasyonlarını iyi bilmelidir (21, 30).

Ebeveynler herhangi bir nedenle bebek/çocuklarının aşılmasını reddedebilmektedir. Bu durumda öncelikle hemşire ve ebelerin ebeveynlerle etkin bir iletişim sağlaması önemlidir. Gerekli ve uygun bilgilendirme sonrası aşılamaya sıklığının arttığı bilinmektedir. Hemşire ve ebeler ebeveynlerin aşı red nedenlerini belirlemek, ailelerin endişelerini paylaşmaları için zaman ayırmak, aşıların yararları ve aşı sonrası oluşabilecek yan etkiler hakkında tekrar daha detaylı bilgi vermek gibi girişimlerle ebeveynleri desteklemelidir (19, 89).

Hemşire ve ebelerin bağışıklamayla ilgili toplumu eğitmeleri bebek/ çocuk ölümlerinin önlenmesi, birçok hastalığın önüne geçilmesi ve bağışıklamanın etkin bir şekilde sürdürülmesine önemli katkı sağlayacaktır (21, 30, 31).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, 0-24 aylık bebek ve çocuk ebeveynlerin aşı red sıklığı ve nedenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma İstanbul İli Kağıthane ilçesine bağlı Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi ve Hamidiye Semt Aile Sağlığı Merkezinde Mart-Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmayı bu kurumlarda yapmayı tercih nedeni bölge olarak sağlık kuruluşlarına uzak İstanbul Kağıthane bölgesinde izole bir bölge olması ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda aşı reddinin artmış olduğu bir bölge olmasıdır.

Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinde 6 birim bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde; toplam 2 ebe, 4 hemşire, toplam 6 aile hekimi ve 1 hizmetli personel çalışmaktadır.

Hamidiye Semt Aile Sağlığı Merkezinde 3 birim bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde (ASM); toplam 1 ebe, 2 hemşire, toplam 3 aile hekimi ve 1 hizmetli personel çalışmaktadır.

Tüm aile sağlığı merkezlerinde olduğu gibi araştırmanın yapıldığı her iki ASM'de de aşılarda aşı birimi sorumlusu tarafından haftalık olarak istenmektedir. Her Pazartesi aşılarda soğuk aşı depoları olan arabalar ile Toplum Sağlığı tarafından ASM'ye getirilip, aşı nakil kapları ile aşı takip sistemine her aşının barkodu okutularak aşı dolabına şemaya uygun olarak yerleştirilmektedir. Aşı dolap ısıları Sağlık Bakanlığı tarafından uzaktan erişim sistemi aşı takip cihazlarıyla takip edilip, ısı değişikliği, elektrik kesintisi vb. problemler mesaj ve telefon ile ASM aşı sorumlularına 7-24 bildirilmektedir. Ayrıca aşı dolap ısı Frigtag cihazı ile günlük takip edilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi ve Hamidiye Semt Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-24 aylık bebek/çocuğun 3942 ebeveyni oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırmaya katılmaya istekli 470 ebeveyn oluşturmuştur. Örneklem

seçim kriterleri; Türkçe bilmeyen ve iletişim kurulamayan aileler örneklem dışında bırakılmıştır.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (110). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 350 olarak hesaplanmıştır. Anketlerin eksik olması, araştırmanın yapıldığı bölgede mülteci ebeveynlerin çok olmasının iletişim eksikliği nedeniyle veri kaybı olabileceği gibi nedenler göz önünde bulundurularak belirlenmiş örneklem sayısının %30 fazlasıyla çalışılması hedeflenmiştir.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = 3942 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (3942-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 350$$

*n: Örnekleme alınacak birey sayısı*

*t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ( $\alpha = 0.05$  için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)*

*p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)*

*q: İncelenen olayın görülmeş sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)*

*d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma (0,10 olarak alınmıştır)*

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veriler araştırmacı tarafından litaretüre dayalı olarak hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Soru formu; ailelerin sosyo-demografik özellikleri, aile yapısı, yaşanan fiziki çevre, aşılardan hakkındaki düşünceleri, aşı yaptırmama nedenleri ile bilgileri içeren ilgili 24 sorudan oluşmaktadır (Ek-1). Soru formunun içeriği, soruların işlevliliği ve anlaşılabilirliği açısından 4 öğretim üyesinin görüşüne başvurulmuştur. Gelen görüş ve öneriler doğrultusunda soru formunda düzenlemeler yapılmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması**

Soru formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi ve Hamidiye Semt Aile Sağlığı Merkezinde 10 ebeveyn ile pilot uygulama

yapılmıştır. Pilot uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Ön uygulama yapılan formlar örnekleme dahil edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından 0-24 aylık bebek/çocuk ebeveynleriyle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş olup uygulama süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Araştırma tamamen gönüllülük esaslarına dayalı yürütülmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden; olarak sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi'ne Etik Kurul onayı (no: 77) ve İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (no: E.716) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm ebeveynlere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### **3.9. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu Durumlar**

- Araştırmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezinde çalışan ekip ile uyum içinde çalışılmıştır.
- Ebeveynlerin başışıklamaya yönelik soruları yanıtlanarak güvene dayalı bir ilişki kurulmuştur.
- Ebeveynler çalışmaya katkı vermekten memnun olduklarını ifade etmişlerdir.
- Ebeveynler aşular hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Ebeveynlerden bazılarının Türkçe bilmemesi nedeniyle iletişim kurulamaması ve bazı ebeveynler de beklemek istememeleri nedeniyle araştırma dışında bırakılmışlardır.



Araştırma iki Aile Sağlığı Merkezinde izlenen bebek/çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirilmiş olup evrene genellenemez. Araştırmadan elde edilen bulgular ebeveynlerin öz bildirimine dayalıdır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, aşılama ile ilgili bilgi durumları, aşı yaptırmaya ilişkin tutumlar, aşı yan etkisi hakkındaki görüşleri ve bu değişkenlerin aşı yaptırmaya etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1. Bebek/Çocuğa İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=470)**

Tanıtıcı Özellikler	$\bar{x}$	ss
<i>Ağırlık (1000-14000 gram)</i>	8276,74	6878,397
<i>Boyu (44-98 cm)</i>	68,42	12,304
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kız	223	47,4
Erkek	247	52,6
<b>Yaş</b>		
1-6 aylık	277	58,9
7-12 aylık	79	16,8
13-24 aylık	114	24,3

Bebek/çocuğa ilişkin tanıtıcı bilgiler Tablo 1’de incelenmiştir. Bebek/ çocuğun kilo ortalaması  $8276,74 \pm 6878,397$  ve boy ortalamasının da  $68,42 \pm 12,304$  olduğu bulunmuştur.

Bebek/ çocukların %47,4’ünün kız, %52,6’sının erkek olduğu belirlenmiştir. Bebek ve çocukların %58,9’unun 1-6 ay arasında, %16,8’inin 7-12 ay arasında, %24,3’ünün 13-24 aylık olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2. Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=470)**

Özellikler	n	%
<b>Görüşülen ebeveyn</b>		
Anne	455	96,8
Baba	15	3,2
<b>Ebeveyn yaşı</b>		
18-25 yaş	94	20,0
26-34 yaş	298	63,4
35 yaş ve üzeri	78	16,6
<b>Ebeveyn Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	65	13,8
Çalışmıyor	405	86,2
<b>Ebeveyn Öğrenim durumu</b>		
Okuryazar değil	22	4,7
İlkokul/ Ortaokul mezunu	249	53,0
Lise mezunu	131	27,9
Üniversite mezunu	64	13,6
Yükseklisans mezunu	4	0,9

Araştırmaya katılan ebeveynlere ilişkin tanıtıcı bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır. Görüşülen ebeveynlerden tamamına yakınının (%96,8) anne, %3,2’sinin baba olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %20’sinin 18-25 yaş grubunda, %63,4’ünün 26-34 yaş grubunda ve %16,6’sının da 35 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin %13,8’inin çalıştığı, %86,2’sinin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Öğrenim durumlarına bakıldığında; ebeveynlerin %4,7’sinin okur yazar olmadığı, %53’ünün ilkokul/orta okul mezunu, %27,9’unun lise mezunu, %13,6’sının üniversite mezunu ve yalnızca 4 ebeveynin de %0,9 yükseklisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3. Aileye İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=470)**

Özellikler	n	%
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	427	90,9
Geniş aile	43	9,1
<b>Başka çocuk olma durumu</b>		
Var	237	50,4
Yok	233	49,6
<b>Kardeş sayısı (n=237)</b>		
1 kardeşi olanlar	173	73,0
2 kardeşi olanlar	42	17,7
3 kardeş ve daha fazla olanlar	22	9,3
<b>Sosyo ekonomik durum</b>		
Gelir giderden az	165	35,1
Gelir gidere eşit	263	56,0
Gelir giderden fazla	42	8,9
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SGK	442	94,0
Özel sağlık sigortası	16	3,4
Özel hasta	12	2,6

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ailesine ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 3’de verilmiştir. Ailenin %90,9’unun çekirdek aile, %9,1’inin ise geniş aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %50,4’ünün başka çocuğu olduğu, %49,6’sının tek çocuğu olduğu belirlenmiştir. Çocukların kardeş sayısı incelendiğinde %73’ünün bir kardeşi, %17,7’sinin iki kardeşi, %9,3’ünün ise üç ve daha fazla kardeşi olduğu belirlemiştir.

Ailenin sosyo ekonomik durumu incelendiğinde; %35,1’inin gelirin giderinden az olduğunu, %56’sının gelirin giderine eşit olduğu, %8,9’unun ise gelirin giderinden fazla olduğu saptanmıştır Sağlık güvencesi incelendiğinde ise %94’ünün SGK’sı olduğu, %3,4’ünün özel sağlık sigortası olduğu, %2,6’sının ise özel hasta olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4. Ebeveynlerin Aşı Yaptırmaya İlişkin Tutumları (n=470)**

Özellikler	n	%
<b>Bebeginin /Çocuğunun aşılarını yaptırma durumu</b>		
Yaptırıyor	378	80,4
Yaptırmıyor	36	7,7
Bazılarını yaptırmıyor*	56	11,9
<b>**Aşılama yaptırma nedenleri (n=378)</b>		
Aşıların gerekli/yararlı olduğuna inanma	299	79,1
Aşıların hastalıklardan koruduğunu düşünme	255	67,5
Zorunlu olduğunu düşünme	67	17,7
Çevredeki herkesin çocuğunu aşılatıyor olması	25	6,6
<b>**Aşı yaptırmayı reddetme nedenleri (n=92)</b>		
İçeriğindeki maddelerin zararlı etkileri olduğunu düşünme	43	46,7
Ücretli aşıları maddi açıdan ödeyememe	43	46,7
Dini inanışlarımdan dolayı günah olduğunu düşünme	21	22,8
Aşının yararlı/gerekli olduğuna inanmama	31	22,8
Aşılarla bağlı ileride başka hastalıklar çıkabileceğinden korkma	19	20,7
Aşıların ilaç firmaları tarafında maddi amaçlı üretildiğini düşünme	13	14,1
Diğer***	16	17,4

\*Özel aşılar, Hepatit A, Hepatit B, KPA, Su çiçeği, pentaxim, MMR, bir yaş sonrası aşılar \*\*Birden çok yanıt verilmiştir. \*\*\* Aşıların yurtdışından temin ediliyor olması nedeniyle güvenmeme (6); çevredeki yakınlarının yaptırmıyor olması (5); bebek/çocuğun hastalığı geçirip doğal bağışıklık kazanmasını isteme (2), doktorunun önermemesi (2); Aşılama için bebeğin/çocuğun küçük olduğunu düşünme (1)

Ebeveynlerin aşı yaptırmaya ilişkin tutumları Tablo 4’te verilmiştir. Bebek/ çocuklarının aşısını yatırma durumu incelendiğinde; %80,4’ünün aşılarını yaptırdığı, %11,9’unun bazı aşıları yaptırmadığı, %7,7’sinin (n=36) ise aşı yaptırmayı reddettiği belirlenmiştir.

Aşı yaptıran ailelerin aşı yaptırma nedenleri incelendiğinde; %79,1’inin “aşılama/gerekli yararlı olduğuna inanma”, %67,5’inin “aşılama hastalıklardan koruduğuna inanma”, %17,7’sinin “zorunlu olduğunun düşünme” ve %6,6’sının ise “çevredeki herkesin çocuğunu aşılatıyor olması” nedeniyle bebeği/ çocuğunu aşılattığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Aşıların yaptırmayan ebeveynlerin aşılatmayı reddetme nedenleri incelendiğinde; ebeveynlerin %46,7'sinin “içeriğindeki maddelerin zararlı etkileri olduğunu düşünme”, %46,7'sinin “ücretli aşıları maddi açıdan ödeyememe”, %22,8'inin “dini inanışlarından dolayı günah olduğunu düşünme”, %22,8'inin “aşının yararlı/gerekli olduğuna inanmama”, %20,7'sinin “aşılara bağlı ileride başka hastalıklar çıkabileceğinden korkma”, %14,1'inin “aşılarda ilaç firmaları tarafından maddi amaçlı üretildiğini düşünme” gibi nedenler bildirmişlerdir. Ayrıca aşıların yurtdışından temin ediliyor olması nedeniyle güvenmeme (n=6); çevredeki yakınlarının yaptırmıyor olması (n=5); bebek/çocuğun hastalığı geçirip doğal bağışıklık kazanmasını isteme (n=2), doktorunun önermemesi (n=2); Aşılama için bebeğin/çocuğun küçük olduğunu düşünme (n=1) gibi nedenlerde aşı yaptırmayı reddettiği belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5. Ebeveynlerin Aşılamaya İlişkin Bilgi Durumları (n=470)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aşı reddi sonrası bilgi alma durumu (n=92)</b>		
Bilgi aldım	92	100
Bilgi almadım	-	-
<b>Aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu (n=92)</b>		
Yeterli	72	78,3
Kısmen yeterli	15	16,3
Yetersiz	5	5,4
<b>Aşı/ bağışıklama ile ilgili bilgi almak isteme durumu</b>		
Evet	229	48,7
Hayır	73	15,5
Kararsızım	168	35,8

Ebeveynlerin aşılamaya ilişkin bilgi durumları Tablo 5’de verilmiştir. Aşıların bir kısmını veya tamamını yaptırmayı reddeden ebeveynlerin tamamı (%100) sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Aşı reddi nedeniyle aşılama hakkında bilgi alanların (n=92) %78,3’ünün aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu, %16,3’ünün kısmen yeterli, %5,4’ünün ise yetersiz bulduğu saptanmıştır.

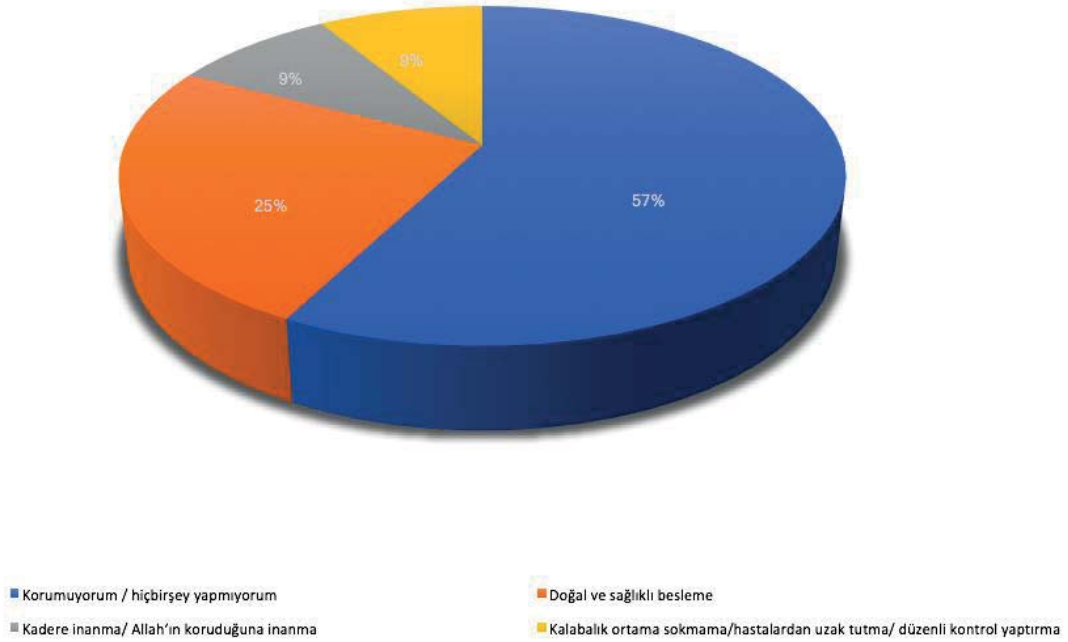
Ebeveynlerin aşılama hakkında bilgi almak isteme durumları incelendiğinde; ebeveynlerin yarısına yakını (%48,7) bilgi almak istediğini, %15,5’i bilgi almak istemediğini ve %35,8’i ise bilgi alıp almama konusunda kararsız olduğunu ifade etmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6. Aşı Yaptırmayı Reddeden Ebeveynlerin Bebek/Çocuklarını Hastalıktan Koruma Yöntemleri (n=92)**

Koruma yöntemleri	n	%
Korumuyorum / hiçbirşey yapmıyorum	53	57,6
Doğal ve sağlıklı besleme	23	25,0
Kadere inanma/ Allah'ın koruduğuna inanma	8	8,7
Kalabalık ortama sokmama/hastalardan uzak tutma/ düzenli kontrol yaptırma	8	8,7

Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin bebek/çocuklarını hastalıktan koruma yöntemlerinin dağılımı Tablo 6'da incelenmiştir. Aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin yarısından çoğu (n=53) hiçbir korunma yolu kullanmadığını bildirirken, %25'i doğal ve sağlıklı besleme yöntemini kullandığını, %8,7'si kadere/ Allah'ın koruduğuna inandığını, %8,7'si de kalabalık ortama sokmama/ hasta olanlardan uzak tutma ve düzenli kontrole götürme yöntemlerini kullandığını belirtmiştir.

**Şekil 2. Aşı Yaptırmayı Reddeden Ebeveynlerin Bebek/Çocuklarını Hastalıktan Koruma Yöntemleri (n=92)**





**Tablo 7. Ebeveynlerin Aşıların Yan Etkilerine İlişkin Düşünceleri (n=470)**

	n	%
<b>Aşıların yan etkisi olduğunu düşünme durumu</b>		
Yan etkisi var	79	16,8
Yan etkisi yok	391	83,2
<b>^Aşıların olası yan etkileri (n=79)</b>		
Kronik hastalıklar*	29	36,7
Hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu	16	20,3
Akut bulgular**	16	20,3
Otizm spektrum bozukluğu	12	15,2
Gelişim geriliği/ sakatlık/ felç	12	15,2

*^Birden çok yanıt verilmiştir. \*Diyabet, hipertansiyon, astım, epilepsi, ensefalit, infertilite \*\*Ateş, kusma, diyare, konstipasyon, titreme, bayılma*

Ebeveynlerin aşıların yan etkilerine ilişkin düşünceleri Tablo 7’de verilmiştir. Ebeveynlerin %16,8’i aşıların yan etkisi olduğunu düşünmekte olup %83,2’sinin ise yan etkisi olduğunu düşünmediğini ifade etmişlerdir.

Aşıların yan etkisi olduğunu ifade eden ebeveynlere hangi yan etkileri olduğunu düşündükleri sorulduğunda; ebeveynlerin %36,7’si ileride kronik hastalıklara neden olacağını, %20,3’ü hiperaktiviteye neden olacağını, yine % 20,3’ü ise ateş, diyare, bayılma gibi akut bulgulara neden olacağını, %15,2’si otizm spektrum bozukluğuna, yine %15,2’si de gelişim geriliği, sakatlık, felç gibi durumlara neden olacağını belirtmişlerdir (Tablo 7).

**Tablo 8. Ebeveynlerin ve Bebek/Çocukların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Aşı Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler	Aşı yaptırıyorum		Aşı yaptırmıyorum		Bazı aşıları yaptırıyorum		Test	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	183	48,4	16	44,4	24	42,9	0,745	0,689
Erkek	195	51,6	20	55,6	32	57,1		
<b>Yaş</b>								
1-6 aylık	231	61,1	23	63,9	23	41,1	8,954	0,062
7-12 aylık	59	15,6	5	13,9	15	26,8		
13-24 aylık	88	23,3	8	22,2	18	32,1		
<b>Görüşülen ebeveyn</b>								
Anne	371	98,1	31	86,1	53	94,6	16,379	<b>0,000*</b>
Baba	7	1,9	5	13,9	3	5,4		
<b>Ebeveyn yaşı</b>								
18-25 yaş	76	20,1	5	13,9	13	23,2	3,334	0,504
26-34 yaş	235	62,2	27	75,0	36	64,3		
35 yaş ve üzeri	67	17,7	4	11,1	7	12,5		
<b>Ebeveyn Çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	52	13,8	8	22,2	5	8,9	3,258	0,196
Çalışmıyor	326	86,2	28	86,8	51	91,1		
<b>Ebeveyn Öğrenim durumu</b>								
Okuryazar değil	18	4,7	-	-	4	7,2	9,170	0,376
İlkokul/ Ortaokul	196	51,9	17	47,2	36	64,3		
Lise mezunu	105	27,8	15	41,7	11	19,6		
**Üniversite mezunu	59	15,6	4	11,1	5	8,9		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	342	90,5	35	97,2	50	89,3	1,987	0,370
Geniş aile	36	9,5	1	2,8	6	10,7		
<b>Başka çocuk olma</b>								
Var	190	50,3	22	61,1	21	37,5	5,255	0,072
Yok	188	49,7	14	38,9	35	62,5		
<b>Sosyoekonomik durum</b>								
Gelir giderden az	128	33,9	8	22,2	29	51,8	13,604	<b>0,009</b>
Gelir gidere eşit	218	57,7	21	58,3	24	42,9		
Gelir giderden fazla	32	8,5	7	19,5	3	5,3		

\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ ; \*\*Yüksek lisans mezunu 4 ebeveyn üniversite mezunu grubuna eklenmiştir.

Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile aşı yaptırma durumlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Ebeveynlerin aşı yaptırma durumları ile Bebeğin/çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuğunun olması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ). Görüşülen ebeveyn grubu ve ailenin sosyo-ekonomik durumu ile aşı yaptırma durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 9. Ebeveynlerin ve Bebek/Çocukların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Yan Etkisi Olduğunu Düşünme Durumlarının Karşılaştırılması (n=470)**

Tanıtıcı Özellikler	Yan etkisi var		Yan etkisi yok		Test	P
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	38	48,1	185	47,3	-	0,902
Erkek	41	51,9	206	52,7		
<b>Yaş</b>						
1-6 aylık	41	51,9	236	60,4	2,314	0,314
7-12 aylık	14	17,7	65	16,6		
13-24 aylık	24	30,4	90	23,0		
<b>Görüşülen ebeveyn</b>						
Anne	72	91,1	383	98,0	-	<b>0,006*</b>
Baba	7	8,9	8	2,0		
<b>Ebeveyn yaşı</b>						
18-25 yaş	10	12,7	84	21,5	3,211	0,201
26-34 yaş	55	69,6	243	62,1		
35 yaş ve üzeri	14	17,7	64	16,4		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	15	19,0	50	12,8	2,120	0,103
Çalışmıyor	64	81,0	341	87,2		
<b>Öğrenim durumu</b>						
Okuryazar değil	-	-	22	5,6	10,456	<b>0,015*</b>
İlkokul/ Ortaokul	35	44,3	214	54,7		
Lise mezunu	31	39,2	100	25,6		
**Üniversite mezunu	13	16,5	55	14,1		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	76	96,2	351	89,8	-	<b>0,047*</b>
Geniş aile	3	3,8	40	10,2		
<b>Başka çocuk olma</b>						
Var	41	51,9	192	49,1	-	0,371
Yok	38	48,1	199	50,9		
<b>Sosyoekonomik durum</b>						
Gelir giderden az	23	29,1	142	36,3	5,128	0,077
Gelir gidere eşit	44	55,7	219	56,0		
Gelir giderden fazla	12	15,2	30	7,7		

\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ ; \*\*Yüksek lisans mezunu 4 ebeveyn üniversite mezunu grubuna eklenmiştir.

Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile aşıların yan etkileri olduğunu düşünme durumlarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Ebeveynlerin aşıların yan etkileri olup olmadığını düşünmeleri ile; bebeğin/çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, başka çocuğunun olması ve sosyo ekonomik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ). Görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu ve aile tipi grupları ile aşıların yan etkisi olup olmadığını düşünme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 10. Ebeveynlerin ve Bebek/Çocukların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Aşılama ile İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler	İstiyorum		İstemiyorum		Kararsızım		Test	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	111	48,5	30	41,1	82	48,8	1,402	0,496
Erkek	118	51,5	43	58,9	86	51,2		
<b>Yaş</b>								
1-6 aylık	144	62,9	48	65,8	85	50,6	12,244	<b>0,016*</b>
7-12 aylık	40	17,5	12	16,4	27	16,1		
13-24 aylık	45	19,7	13	17,8	56	33,3		
<b>Görüşülen ebeveyn</b>								
Anne	225	98,3	72	98,6	158	94,0	6,476	<b>0,039*</b>
Baba	4	1,7	1	1,4	10	6,0		
<b>Ebeveyn yaşı</b>								
18-25 yaş	52	22,7	13	17,8	29	17,3	2,853	0,583
26-34 yaş	138	60,3	50	68,5	110	65,5		
35 yaş ve üzeri	39	17,0	10	13,7	29	17,3		
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	34	14,8	6	8,2	25	14,9	2,283	0,319
Çalışmıyor	195	85,2	67	91,8	143	85,1		
<b>Öğrenim durumu</b>								
Okuryazar değil	9	3,9	3	4,1	10	6,0	4,384	0,625
İlkokul/ Ortaokul	117	51,1	44	60,3	88	52,4		
Lise mezunu	64	27,9	19	26,0	48	28,6		
**Üniversite mezunu	39	17,0	7	9,6	22	13,1		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	210	91,7	64	87,7	153	91,1	1,098	0,578
Geniş aile	19	8,3	9	12,3	15	8,9		
<b>Başka çocuk olma</b>								
Var	109	47,6	34	46,6	90	53,6	1,694	0,429
Yok	120	52,4	39	53,4	78	46,4		
<b>Sosyoekonomik durum</b>								
Gelir giderden az	64	27,9	34	46,6	67	39,9	13,094	<b>0,011*</b>
Gelir gidere eşit	145	63,3	35	47,9	83	49,4		
Gelir giderden fazla	20	8,7	4	4,0	18	10,7		

\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ ; \*\*Yüksek lisans mezunu 4 ebeveyn üniversite mezunu grubuna eklenmiştir.

Ebeveynlerin ve bebek/çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile aşılama ile ilgili bilgi almak isteme durumlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Ebeveynlerin aşılama ile ilgili bilgi almayı isteme durumları ile; bebeğin/çocuğun cinsiyeti, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuk olma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ). Bebeğin/çocuğun yaşı, görüşülen ebeveyn ve sosyoekonomik durum ile aşılama ile ilgili bilgi almayı isteme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bağışıklama bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde, eradike edilmesinde, bebek/ çocuk ölümlerinin azaltılmasında uygulaması kolay, riski az, etkili ve ucuz bir halk sağlığı uygulamasıdır. Bir toplumda aşısı olmasına rağmen enfeksiyon hastalığının yüksek oranda görülmesi, bebek/ çocukların aşılama oranlarının istenilen düzeyde olmamasından kaynaklanmaktadır. Sağlıklı nesiller yetişmesi için toplum sağlığının korunması gerekmektedir. Dünyada ve ülkemizde halen eksik aşılı çocukların sayısı azımsanamayacak kadar fazladır (19, 90).

Bu bölümde 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı reddi ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ve bebek/çocuklarının tanıtıcı özellikleri, aşılama ve aşı reddine ilişkin özellikleri ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bebek/çocuğun %52,6'sının erkek olduğu, ağırlık ortalamasının 8276,74±6878,39; boy ortalamasının 68,42±12,304 ve %58,9'unun ise 1-6 aylık olduğu belirlenmiştir. Görüşülen ebeveynlerden tamamına yakınının anne, %63,4'ünün 26-34 yaş grubunda olduğu, %86,2'sinin ise çalışmadığı ve %53'ünün ilköğretim/ortaokul mezunu, olduğu saptanmıştır Ailenin %90,9'unun çekirdek ailede, %50,4'ünün başka çocuğu olduğu belirlendi. Ailelerin %56'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %94'ünün SGK'sı olduğu saptanmıştır (Tablo 1-2-3). Araştırmamızın örneklem grubunun sosyoekonomik düzeyin orta düzeyde olduğu ve bebek ve çocuklarla ilgilenen ebeveynin anne olduğu bu durumun sebebinin annelerin çalışmıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde; aşılama durumunu etkileyen faktörlerin sıklıkla ebeveyn eğitimi, sosyal güvence, gebelik izlemleri, yerleşim yeri, sosyo ekonomik çevre, ailenin ekonomik durumu, çocuğun kardeş sayısı olduğu bildirilmiştir (2, 5, 19, 91, 92). Göksüğü (2006) yaptığı çalışmada annelerin yaş olarak genç yaşta olduğu %81,5'nin ev hanımı olduğu görülmüştür (14). Gülgün ve ark. (2014) Kayseri askeri hastanesi çocuk polikliniğine başvuran çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada annelerin %38,4'ünün ilköğretim mezunu, %92,4'ünün ev hanımı ve çocukların %55,4'ünün iki kardeş olduklarını belirlemişlerdir (2). Özkan ve Çatıker'in (2006) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin %54'ü ilköğretim mezunu, 26-35 yaş grubunda yarısından

çoğu, ailelerin %64,2'sinin geliri giderinden az ve % 44,8 'nin SGK'lı olduğu bulunmuştur (4). Başka bir çalışmada ise ortalama çocuk sayısı  $3.7 \pm 0.22$ , çocukların yaş ortalaması  $11,9 \pm 0,72$  aylık, çocukların %56'sı erkek, annelerin %60,3 okur-yazar olmadığı bulunmuştur (83). Kuzey Hindistan'da çocukların aşı durumu ve bağışıklama olmama nedenleriyle ilgili çalışmada çocukların %54,4'ü kız, yaş ortalaması 34 aylık olduğu bulunmuştur. Görüşülen ebeveynlerin %84'nün anne olduğu belirtilmiştir (93). Sonuçlar, araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada aşılanma sıklığına ilişkin sonuçlara bakıldığında; ebeveynlerin %80,4'ünün bebek/çocuklarının aşılarını yaptırdığı, %11,9'unun bazı aşıları yaptırmadığı, %7,7'sinin (n=36) ise aşı yaptırmayı reddettiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Bu çalışmada ebeveynlerin çoğunluğunun çocukların aşılarını tam yaptırdığı görülmekte olup; bu sonuç ebeveynlerin aşılanmanın önemini algıladıkları ve çocuklarının sağlığını koruma konusunda duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Öte yandan aşılanma oranının genel olarak yüksek olmasına karşın halen aşı reddi ve eksik aşıların varlığı dikkati çekmektedir. TNSA (2013) verilerine göre 15 aya kadar bebek ve çocuklar tam aşılanma oranı %74, hiç aşı olmamış olanların oranı %3 olarak bildirilmiştir (12). Bu çalışmada hiç aşı yaptırmayanların oranı TNSA oranına göre oldukça yüksektir.

Literatür incelendiğinde aşılanma ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda çocukların %80'in üzerinde tam aşılanma olduğu bildirilmiştir (2, 94-98). Bolu il merkezi'ndeki çocukların aşılanma durumları ve engelleri ile ilgili yapılan çalışmada çocukların %93'ü tam aşılanma, %6'sı eksik aşılanma, %1'inin hiç aşı yaptırmadığı tespit edilmiştir (4). Şanlıurfa'da (2005) yapılan bir başka çalışmada da 0-2 yaş aralığındaki çocukların yaşına göre tam aşılanma oranı %55,2 iken eksik aşılanma oranı %12,9, hiç aşı yaptırmama oranı %28,4 olarak bildirilmiştir (83). Babadağlı ve ark. (2007)'nin yaptıkları çalışmada 12-36 ay aralığındaki çocukların %81,1'inin tam aşılanma, %18,9'unun ise eksik aşılanma olduğu ve hiç aşı yapılmayan bebek/çocuğun olmadığını bulmuşlardır (89). Kuzey Hindistan'da 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada ise çocukların %17,8'nin tamamen aşılanma, %48'nin kısmen aşılanma ve %34,1'inin hiç aşılanmadığı saptanmıştır (93).

Bu araştırmada ebeveynlerin %79,1'inin "aşıların/gerekli yararlı olduğuna inanma", %67,5'inin "aşıların hastalıklardan koruduğuna inanma" gibi nedenlerle aşı yaptırdığı belirlenirken; aşıyı reddedenlerin ise %46,7'sinin "içeriğindeki maddelerin zararlı etkileri olduğunu düşünme", %46,7'sinin "ücretli aşıları maddi açıdan ödeyememe" gibi nedenlerle reddettiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Aşı reddi nedenlerine bakıldığında bu durumun ebeveynlerin çocuklarına zarar vermeme çabasından kaynaklandığı dikkati çekmektedir. Bu konuda sağlık ekip üyelerine ve özellikle çocuk ve ebeveyn ile birebir iletişimde olan hemşire ve ebelere büyük rol düşmektedir. Hemşire ve ebelerin aşı ve aşılamanın önemi konusunda toplumu bilgilendirme açısından önemli sorumlulukları olduğu göz ardı edilemez bir gerçektir.

Aşı yaptırma nedenleriyle ilgili yapılan benzer çalışmalarda ebeveynlerin aşının bebek/çocukları hastalıktan koruduğunu düşündükleri için yaptırdıkları bildirilmektedir (95, 96, 99-102). Gülgün ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada annelerin büyük bir çoğunluğu aşılamanın çocuğu için gerekli olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir (2). Yapılan başka bir çalışmada ise; annelerin %80'ninin aşılamanın gerekli olduğundan habersiz olduğu saptanmıştır (103). Khalq ve ark'ları (2017) Karaçi'de 5 yaş altı çocuklarda eksik aşılanma nedenlerini inceledikleri çalışmada; ebeveynlerin %21,3'ünün aşı yan etkilerinden endişe duyması nedeniyle, %17,2'sinin ise çocuğunun hastalanacağını düşünme ve hükümete olan güven eksikliği nedeniyle aşı yaptırmadıklarını bildirmişlerdir (86).

Avusturalya'da 2017 yılında yapılan bir çalışmada aşılamayı reddetme nedenleri aşının yan etkilerden korkma (%35,9), aşıların etkinliğinden şüphe duyulması (%35,9) ve ilaç endüstrisine olan güvensizlik (%23,1) olarak belirtilmiştir (104). Chan ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada 2 yaşın altındaki çocuklarda aşılamayı reddetme oranının 2013'te %4,72 iken 2015'te %10,51'e yükseldiği ve 2016'da %5,02'ye düşüştüğünü tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada aşılamayı dini inanç nedeniyle reddeden annelerin oranı 2013 ile 2015 yılları arasında %78 iken 2016'da %67,1'e düşüştüğu, Ocak 2016'dan beri yürütölen eğitimsel ve dini müdahalenin olumlu etkisi olduğunu bildirmişlerdir (105). Kuzey Hindistan'da 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmama nedenleri olarak; %52,4'ünün aşı hakkında bilgi eksikliği

olduğunu ve %28,8'inin de aşının yan etkiye neden olduğunu düşündükleri saptanmıştır (93).

Lim ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada aşılamaı reddetme nedenleri incelendiğinde ebeveynlerin %75'inin alternatif tedaviye inandığı için, %25'inin aşılara inanmadığı ve içeriğinden kuşkuı olduğu için, diğer nedenler ise sağlık hizmet sunucuları, sosyal medya ve aile etkisi, klinikte uzun süre bekleme, dini ve kişisel inançlardaki yetersiz bilgi olarak tespit edilmiştir (107). Özkan ve Çatıker'in (2006) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin %6,7'si aşılarda kısırlık yapabileceğinin düşüncesi nedeniyle çocuklarına aşı yaptırmayı red ettikleri tespit edilmiştir (4).

Öte yandan farklı bir çalışma olarak Kurçer ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada aşı yaptırmamada en önemli gerekçe tarım işçisi olmaları nedeniyle göç etmeleri, aşılarda önemsememe, babanın izin vermemesi, aşının zararlı ya da ücretli olduğunu düşünme, çocuk aşıya bağlı hastalanır diye yaptırmadıkları bulmuşlardır (83).

Amerikan Pediatri Akademisinin ailelerin aşılarda ilgili endişesinin belirlenmesiyle ilgili yaptığı araştırmada ise kontrendikasyonlar hakkında yanlış bilgiye sahip olma, sağlam çocuğu hastalık ile karşılaştırmak istememe, olumsuz medya mesajlarını etkisi, hastalıkların zararlı olmadığı algısı ve dini inançların etkili olduğu bulunmuştur (108). Ataç ve Aker (2014) yaptıkları çalışmada, aşının risklerinin yararlarından daha fazla olduğunu düşünen ailelerin, aşı red nedenleri; aşılarda kaynaklanan yan etkiler ve aşılarda içeriğindeki maddelerin uzun vadede vücuda yapacağı zarar nedeniyle duydukları endişe olarak bulmuşlardır (85).

Bu araştırmada aşılamaı reddeden ebeveynlerin tamamı sağlık çalışanlarından bilgi aldığı, %78,3'ünün aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir. Aşılarda hakkında ebeveynlerin yarısına yakını bilgi almak istediğini ifade etmişlerdir (Tablo 5). Bu sonuçlar ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun bilgi kaynağının sağlık çalışanları olduğu görülmektedir. Diğer bilgi kaynakları ise internet, televizyon, komşu ve akrabalarıdır. Toplumun çoğunluğuna ulaşılabilecek olan sağlık çalışanlarının aşılarda hakkında doğru ve yeterli bilgilendirme yapmasının, aşı reddi sonrası tüm ebeveynlerin tekrar bilgilendirilmesinin ebeveynlerin aşılarda önemi algılaması ve çocukların aşılanma oranlarını artıracağı düşünülebilir.



Literatür incelendiğinde Ankara’da 2015 yılında yapılan bir çalışmada ebeveynlerin aşı hakkında %97,5’inin sağlık kuruluşlarından bilgi aldığı bildirilmiştir (6). Kürtüncü ve ark (2017)’inin çocukların aşılama durumu hakkında annelerin bilgi düzeyleri ile ilgili yaptıkları çalışmada annelerin %64,4’ünün aşıyla ilgili bilgileri ebe (%32,8) ve hemşirelerden (%32,2) aldıkları bildirilmiştir (90). Yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynlerin yarısına yakını aşılarla ilgili bilgi kaynağının sağlık personeli olduğunu belirtmişlerdir (109). Derince’nin (2006) yaptığı çalışmada da annelerin % 90,7’sinin aşılar hakkındaki bilgileri sağlık personelinde aldığı, çocuğuna yapılan aşının ne olduğunu % 60,1’inin bilmediği ve aşının ne olduğunu bilen ebeveynlerin %64,8’inin bu bilgiyi ebe/hemşirelerden öğrendiklerini belirtmişlerdir (1).

Araştırmaya katılan ebeveynlerden aşı yaptırmayı reddedenlerin yarısından çoğu hastalıklardan korunmak için hiçbir yol kullanmadığını bildirirken, %25’i doğal ve sağlıklı besleme yöntemini kullandığını, %8,7’si kadere/ Allah’ın koruduğuna inandığını, %8,7’si de kalabalık ortama sokmama/ hasta olanlardan uzak tuttuğunu ve düzenli kontrole götürdüğünü belirtmiştir (Tablo 6). Araştırmada aşılama yaptırmayı reddeden ebeveynlerinin sıklığının bebek ve çocuklarını Allah’ın koruduğuna, kadere inanlarla aynı sıklıkta olduğu dikkati çekmekte olup aşılama karşı bakış açısının toplumun kültür yapısı ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Ebeveynlerin aşılamanın %36,7’si kronik hastalıklara neden olacağını, %20,3’ ü hiperaktiviteye neden olacağını, yine % 20,3’ü ateş, diyare, bayılma gibi akut bulgulara neden olacağını, % 15,2’si ebeveyn otizm spektrum bozukluğuna, yine % 15,2’si ebeveyn de gelişim geriliği, sakatlık, felç gibi durumlara neden olacağını ifade etmiştir (Tablo 7). Bu sonuçlar, ebeveynlerin aşıların olası etkilerini komplikasyon olarak gördüğü ve bu konuda eksik ve yanlış inanışlara sahip oldukları dikkati çekmektedir. Toplumda aşılarla yönelik endişeye neden olan durumlar belirlendiğinde etkin bağışıklamanın önündeki engellerin daha kolay ve hızlı aşılması sağlanabilir.

Litaretürde bulaşıcı hastalıkların azalmasından dolayı aileler aşıların yan etkilerini daha büyük risk olarak görmekte bu durumun aşı red oranlarını etkileyeceği bildirilmektedir (108). Benzer çalışma sonuçları incelendiğinde; Göksügür (2006) yaptığı çalışmada ebeveynlerin %63’ü aşıların yan etkisi olmadığını düşünürken, yan etkisi olduğunu düşünenlerin çoğu yan etki olarak ateşi bildirmişlerdir (14).

Kürtüncü ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada annelerin %66,7'si aşının yan etkisi olduğunu, %66,2'si aşıların yan etkisinin allerji olabileceğini ifade etmişlerdir (90). İncili'nin (2009) yaptığı çalışmada ise ebeveynler yan etki olarak ateş (%93,3) allerji (%4,2), enfeksiyon, ağrı, felç gibi nedenleri sıralamışlardır (110). Eskişehir'de 0-59 aylık çocuğu olan annelerle yapılan bir çalışmada da ebeveynlerin %82,2'si aşı sonrası çocuklarında yan etki gözlemlemiş ve yan etki olarak ateş, aşı bölgesinde şişlik olarak bildirmişlerdir (1).

Araştırmada ebeveynlerin aşı yaptırma durumları ile Bebeğin/çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuk olma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Görüşülen ebeveyn grupları ve ailenin sosyo ekonomik durumu ile aşı yaptırma durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

Ailelerin sosyo-demografik özellikleri bebek/çocukların aşılama oranlarını etkilemektedir. Aşılarla ilgili verilen bilgiler tüm toplumda annenin eğitim düzeyi, çocuğun cinsiyeti, ailelerin yerleşim yeri, ebeveynlerin manevi inançları, çocukların kardeş sayıları, ailelerin sosyo-ekonomik durumu gibi nedenlere bağlı olarak farklı seviyelerde algılanmaktadır. Bu nedenle ebeveynlere aşılama konusunda bilgi verilirken sosyodemografik özelliklerinin dikkate alınarak verilmesi aşılama oranlarını olumlu yönde etkilebilir.

TNSA 2013 verilerine göre hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş annelerin çocuklarının tam aşılanma oranı %63, en az lise mezunu annelerin çocuklarının tam aşılanma oranı %78 olduğu ve eğitimi olmayan annelerin %9'unun hiç aşı yaptırmadığı bildirilmektedir. Aynı verilere göre çocukların aşılanma oranları ile annenin eğitim durumu, çocuğun cinsiyeti ve hane halkının ilişkili olduğu saptanmıştır (12).

Litaretürde annenin öğrenim durumunun çocukların aşılanma oranını etkilediği, öğrenim düzeyi arttıkça aşılanma oranlarının artış gösterdiği bildirilmektedir (94-96, 101, 111-113). Kumar ve ark. (2010) çocukların aşı durumu ve red nedenleriyle ilgili yaptıkları çalışmada ebeveynlerin çocuklarının aşı olma durumları ile ebeveynlerin eğitim durumları arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada aile tipi ile arasındaki farkın anlamsız olduğu bildirilmişlerdir (93). Mengüç'ün (2007) 6-24 aylık çocuklardaki aşılanma oranlarıyla ilgili yaptığı çalışmada

anneninin eğitim seviyesi yükseldikçe aşılama oranının arttığını saptamışlardır (111). Öte yandan araştırmamızın sonuçlarına paralel olarak Gülgün ve ark. (2014) ve Altun'un (2008) yaptıkları çalışmalarda ebeveynlerin eğitim durumlarının aşılama oranlarını etkilemediğini bildirmişlerdir (2, 28).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin aşılama oranları ile aşıların yan etkileri olup olmadığını düşünmeleri ile; bebeğin/çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, başka çocuk olma ve sosyo ekonomik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu ve aile tipi ile aşılama oranları arasındaki fark anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 9). Bu sonuçlar bu gruplar arasındaki veri dağılımının eşit olmamasından kaynaklanmış olabilir. İncili'nin (2009) yaptığı çalışmada ise annenin yaşı ile aşılama oranları arasında fark anlamsız bulunmuştur. Yine aynı çalışmada annenin öğrenim durumu ile aşılama oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonucumuzla benzer sonuçlardır (110). Öte yandan Derince'nin (2006) yaptığı çalışmada bizim araştırma sonucumuzdan farklı olarak annenin yaşı ile aşı yan etkileri bilgi durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (1).

Araştırmada ebeveynlerin aşılama ile ilgili bilgi almayı isteme durumları ile; bebeğin/çocuğun cinsiyeti, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuk olma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0,05$ ). Bebeğin yaşı, görüşülen ebeveyn ve sosyo-ekonomik durum ile aşılama oranları ile ilgili bilgi almayı isteme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki fark anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 10). Bu sonuçlar çocuk sahibi olan ebeveynlerin aldıkları eğitim, çocuk sahibi oldukları yaş, sosyo-ekonomik düzeyleri kişilerin bilgiye açık olup olmama durumunu aşılama ve aşı reddini etkilediğini düşündürebilir.

Araştırma sonuçlarına paralel olarak Babadağlı ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ailelerin aşı konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmama ve sosyo-ekonomik durumları ile aşılama oranları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuşlardır (89). Öte yandan bizim sonucumuzla farklı olarak yapılan başka bir çalışmada aile tipi, annenin mesleği, annenin eğitim düzeyi ile aşı hakkında bilgi düzeyleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (1). Araştırma sonucumuzda bu değişkenlerle ilişki olmaması ise sınırlı bir bölgede benzer sosyokültürel özelliklerde insanlarla yapılmasından kaynaklanmış olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu bölümde 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı reddi ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiştir.

- Araştırmadaki ebeveynlerin bebek/çocuğunun %52,6'sının erkek olduğu ve %58,9'unun ise 1-6 aylık olduğu belirlenmiştir.
- Görüşülen ebeveynlerden tamamına yakınının anne, %63,4'ünün 26-34 yaş grubunda olduğu, %86,2'sinin ise çalışmadığı ve %53'ünün ilkokul/orta okul mezunu, olduğu saptanmıştır.
- Ailenin %90,9'unun çekirdek ailede, %50,4'ünün birden fazla çocuğu olduğu belirlendi. Ailelerin %56'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %94'ünün SGK'sı olduğu belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin %80,4'ünün bebek/çocuklarının aşılarını yaptırdığı, %11,9'unun bazı aşıları yaptırmadığı, %7,7'sinin ise aşı yaptırmayı reddettiği saptanmıştır.
- Bu araştırmada aşılamaı reddeden ebeveynlerin tamamı sağlık çalışanlarından bilgi aldığı, %78,3'ünün aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu, %5,4'ünün ise yetersiz bulduğu belirlenmiştir.
- Aşılama hakkında ebeveynlerin yarısına yakını bilgi almak istediği saptanmıştır.
- Ebeveynlerinden aşı yaptırmayı reddedenlerin yarısından çoğu hiçbir korunma yolu kullanmadığını bildirirken, %25'i doğal ve sağlıklı besleme yöntemini kullandığı belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin %16,8'i aşıların yan etkisi olduğunu ifade etmiştir.
- Ebeveynlerin bebek/çocuğunu aşılatma durumları ile çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuk olma arasındaki fark anlamsızdır.
- Görüşülen ebeveynler ile aşı yaptıırma durumları arasındaki fark ise anlamlıdır.

- Ebeveynlerin aşıların yan etkileri olup olmadığını düşünmeleri ile; bebeğin/çocuğun cinsiyeti, yaşı, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, başka çocuk olma ve sosyo ekonomik durumları arasındaki fark anlamsızdır.
- Görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu ve aile tipi grupları ile aşıların yan etkisi olup olmadığını düşünme durumları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı bulunmuştur.
- Araştırmada ebeveynlerin aşılama ile ilgili bilgi almak isteyip istememeleri ile bebeğin/çocuğun cinsiyeti, ebeveynin yaşı, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi ve başka çocuk olma ve durumları arasındaki fark anlamsızdır.
- Çocuğun yaşı, görüşülen ebeveyn ve sosyoekonomik durum ile aşılama ile ilgili bilgi almayı isteme durumları arasındaki fark anlamlıdır.

## 6.2. Öneriler

*Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;*

- Bağışıklamaya ilişkin güncel bilgilerin takibi ve bağışıklamanın başarı ile sürdürülmesi için sağlık ekip üyelerinin hizmet içi eğitimlerinin artırılması,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebeveynler için aşılarla ilişkin (içerik, yan etki, yararları, yapılmadığında karşılaşılabilecek durumlar vd.) düzenli seminer, eğitim vb. aktivitelerin planlanması,
- Medya, internet gibi kanallarla bağışıklamanın önemini vurgulanması için farklı kurumlarla ortak projeler geliştirilmesi,
- Aşı reddi nedenlerinin çok merkezli çalışmalarla irdelenmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Derince D. *Eskişehir ili inönü merkez sağlık ocağı 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2006.
2. Gülgün M, Fidancı K, Karaoğlu A, Güneş Ö, Kesik V, Altun S, Babacan O, Saldır M. “Bir askeri hastanenin çocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılama durumlarının değerlendirilmesi”, *Gülhane Askeri Tıp Dergisi*, 2014, 56: 13-16.
3. Bozkurt G. “İmmün sistem ve Bağışıklama”, Genç RE, Özkan H. *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı*, Birinci Basım, Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 393.
4. Özkan Ö, Çatıker A. “Bolu il merkezi’ndeki çocukların aşılılık durumları ve engelleri”, *STED*, 2006, 15(10): 171-177.
5. Yiğitalp G, Ertem M. “Diyarbakır ilinde 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenleri”, *TAF Preventive Medicine Bulltein*, 2008, 7(4): 277-284.
6. Taşar MA, Daller YB. “Ankara’da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırmış aşı fırsatlarının irdelenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14(4): 279-283.
7. Akçakaya N. “Aşılama ve Prensipleri”, Camcıoğlu Y, Gür E, Akçakaya N, Öztürk R. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kitabı*, Birinci Basım, Doyuran Matbaası, İstanbul, 2010: 7-9.
8. Güner E. *Sağlık çalışanlarının aşıyla korunabilen hastalıkları ve aşılama ile ilgili farkındalıkları ve aşılama durumlarının belirlenmesi* (Tez). Sağlık Bakanlığı, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.

9. Arvas A. “Çocuklarda aşılamanın önemi”, *Klinik Gelişim Dergisi*, 2012, 25: 1-3.
10. Aydın TK. *Van ilinde Hastane personelinin ve toplumun erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut aşılama durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi* (Tez). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
11. WHO. UNİCEF. Word Bank. “*State of the World’s Vaccines and Immunization*”, 3rd ed. Geneva, Word Health Organization, 2009
12. Hacettepe Üniversitesi. “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013”, [www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ara\\_rapor\\_pdf/](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013/rapor/TNSA_2013_ara_rapor_pdf/) Erişim Tarihi: 23 Ocak 2018.
13. Sağlık Bakanlığı.“Sağlık İstatistikleri Yıllığı”. [https://www.saglik.gov.tr/saglikistatistikleriylligi\\_2016](https://www.saglik.gov.tr/saglikistatistikleriylligi_2016). Erişim tarihi: 29 Eylül 2017.
14. Göksugür SB. *Annelerin aşı bilgi düzeyleri, çocukların aşılanma durumu ve bunları etkileyen faktörler* (Tez). T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi; 2006.
15. Tenşak D. “*Bir sağlık ocağı bölgesinde çocukların bağışıklama durumu ve bunları etkileyen faktörler*”. (Tez). Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
16. WHO. “Global Immunization Data 2014”. [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/global\\_immunization\\_data.pdf](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/global_immunization_data.pdf). Erişim Tarihi: 05 Şubat 2018.
17. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. “Beş yaş altı ölüm hızları raporu”. [www.Unicef.Org.Tr/Basinmerkezi/10.2017](http://www.Unicef.Org.Tr/Basinmerkezi/10.2017). Erişim tarihi: 20 Aralık 2017.
18. Gencer MZ, Alıcıoğlu F, Arıca S, Arıca V. “24-72 ay çocukları olan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve rutin aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri: Doğu-Batı karşılaştırması”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015, 7(3): 141-145.

19. Argüt N, Yetim A, Gökçay G. “Aşı kabulünü etkileyen faktörler”, *Çocuk Dergisi*, 2016, 16: 16-24.
20. Reading R, Surridge H, Adamson R. “Infant immunization and family size”, *Journal Public Health*, 2004, 26(4): 369-71.
21. Karataş H. *Sağlık personelinin parenteral aşı uygulama tekniği ve bölge seçimi konusunda bilgilerinin incelenmesi* (Tez). T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2007.
22. İnenli BU. *18 yaş üstü erişkinlerin, erişkin aşıları konusundaki bilgi, tutum ve görüşleri ile aşı yaptırma oranlarının değerlendirilmesi* (Tez). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
23. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR./genisletilmisbagisiklama-programi-genelgesi/2009>. Erişim tarihi: 02 Ocak 2018.
24. Özmert EN. “Dünya’da ve Türkiye’de aşılama takvimindeki gelişmeler”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008, 51: 168-175.
25. Ceyhan M. “Pediatrik aşılar da güncel yaklaşımlar”, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Ankem Dergisi*, 2013, 33-37.
26. Akşit S. “Çocukluk çağında aşı takvimi”, *Türk Pediatri Arşivi*, 2007, 42: 26-35.
27. Mengüç Y. *6 ay-24 ay arasındaki çocuklarda aşılama oranları ve ailelerin sosyodemografik verileri* (Tez). T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi; 2007.
28. Altun Ş. *6-14 yaş arası çocuklarda aşılama oranı ve ailelerin aşılarla ilgili bilgi düzeyi* (Tez). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2008.
29. Beyazova U, Aktaş F. “Çocukluk çağı aşılama lar ve erişkin bağışıklaması”, *Gazi Tıp Dergisi*, 2007, 18(2): 47-65.



30. Bozkurt G, Erdim L. “Güvenli bağışıklamada ebe ve hemşirelerin sorumlulukları”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2004, 8(3).
31. Gökçay G, Konukoğlu R. “Aşı uygulamalarında genel prensipler ve sık rastlanan sorunlar”, *Klinik Gelişim*, 2005, 18(3): 4-10.
32. Yıldız O. *Yaşlılarda bağışıklama durumu hekimlerin yaşlı bağışıklaması konusundaki tutumları ve yaşlı bağışıklamasını iyileştirebilecek önlemler (Tez)*. T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık tezi; 2015.
33. Kara A. “Adölesan immünizasyonu”, *Ankem Dergisi*, 2009, 23: 86-95.
34. Otar G, Yıldız İ, Kılıç A, Varkal MA, Devocioğlu E. “Boğmacada korunma prensipleri”, *Çocuk Dergisi*, 2014, 14(2): 52-59.
35. Kurugöl Z. “Boğmaca aşısı ve sorunları”, *Ankem Dergisi*, 2011, 25: 212-217.
36. Sağlık Bakanlığı. “Aşı takvimi”, <https://www.saglik.gov.tr/TR21088/sagliga-asilama.html>. Erişim tarihi: 25 Aralık 2017.
37. Öztürk R. “Erişkinde Bağışıklama”. Camcıoğlu Y, Gür E, Akçakaya N, Öztürk R. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama Kitabı*, Birinci Basım, Doyuran Matbaası, İstanbul, 2010: 76-77.
38. Törüner EK, Büyükgönenç L. “Enfeksiyon Süreci ve Bağışıklama”, Koçak H. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları Kitabı*, Birinci basım, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 2013: 271-289.
39. Tezer H. “Dünya'da polio'da son durum”, *Journal Pediatr Infectious*, 2017, 11: 60-65.
40. Sağlık Bakanlığı, “Çocuk Felci Destek Aşılama Çalışmaları”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,1281/cocuk-felci-destek-asilama-calismalari.html>. Erişim Tarihi: 04 Mart 2018.

41. WHO. 2002 Polio-Free Zone Certificate. [www.who.int/mediacentre/news/releases/releaseeuro2/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/releaseeuro2/en/). Erişim Tarihi: 09 Mart 2018.
42. Gür E. “Adölesanlarda aşılama: difteri-boğmaca-tetanoz, kızamık-kızamıkçık-kabakulak ve suçiçeği aşılıarı”. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2008, 63: 85-88.
43. Kostakoğlu U, Yılmaz G. “Difteri”, *Türkiye Klinikleri Journal Infectious Disease Special Topic*, 2015, 8(3): 1-5.
44. Waters V, Halperin S. “Bordetella pertussis”, eds: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. *Mandell, Douglas and Bennett’s Principles and Practise of Infectious Diseases*, 7th ed. Philedephia, Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 2955-2964. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-443-06839-3.00230-7>. Erişim Tarihi :01 Ocak 2018.
45. Kahyaoğlu İ, Kahyaoğlu S, Moraloğlu Ö, Çiçek N. “Gebelikte immünizasyon”, *The Journal Of Gynecology-Obstetrics And Neontology*, 2012, 8(33): 1380-1384.
46. Murphy TV, Slade BA, Broder KR, Kretsinger K, Tiwari T, Joyce PM, Iskander JK, Brown K, Moran JS. “Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and postpartum women and their infants”, *Recommendations Of Advisory Committee On Immunization Practices (ACIP)*, 2008, 57(4): 47-51.
47. Kaya Ş, Deveci Ö, Çelen MK, Tardu A, Ukil F, Beyazıt Ü, Kaya S, Çil H, Kaya Ş, Elaldı N. “Aşıya rağmen gelişen bir tetanoz vakası: Erken başlangıç ve iyi seyir”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2014, 36: 555-557.
48. Türk Halk Sağlığı Kurumu. “İstatistik verileri”, [www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatistiksel-veriler/aşı-ile-onlenebilir-hastalıklar-dire-başkanlığı-istatistiksel-verileri.html](http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatistiksel-veriler/aşı-ile-onlenebilir-hastalıklar-dire-başkanlığı-istatistiksel-verileri.html). Erişim Tarihi: 12 Aralık 2017.
49. Ayvaz A, Nur N, Engin A, Çetinkaya S. “Sivas il merkezinde yaşayan ilkokul birinci sınıf öğrencisi çocuklarda Hepatit B ve Hepatit C yaygınlığı”, *Türk*

*Pediatric Arşivi*, 2010, 45: 132-6.

50. Alter MJ. “Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide”, *Journal Hepatol*, 2003, 39: 64-9.
51. Hatipoğlu N, Hatipoğlu H, Kuzdan C, Şanlı K, Engerek N, Şiraneci R. “Kızamık”, *Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi*, 2013, 5(3): 105-113.
52. Şengöz M. *Sağlık personelinde kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği seroprevalansının değerlendirilmesi* (Tez). Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
53. Bulut A, Özdemir BN, Çetin S, Gül YG, Dereağzı E. “İstanbul İli Sınırları İçindeki Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarının Kızamık Seronegatifliğinin Belirlenmesi”, *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, (3): 140-143.
54. Özkök S. “Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği ve aşılmalarda güncel durum”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2016, 32: 20-23.
55. Türk Halk Sağlığı Kurumu. “Kızamık Eliminasyonu”. [www.thskgov.tr/kizamikeliminasyonprogrami](http://www.thskgov.tr/kizamikeliminasyonprogrami) /Erişim Tarihi:10 Temmuz 2017.
56. Camcıoğlu Y. “Ergenlik çağında yeni aşılar”, *Türk Pediatri Dergisi*, 2011, 46: 39-42.
57. Kutlu R, Çivi S,Aslan R. “Tıp fakültesi kız öğrencilerinde kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve hepatit b seroprevalansı”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011,10(5): 549-556.
58. Gür E. “Adolesanlarda bağışıklama ve önemi”, *Klinik Gelişim*, 2012, 25: 12-15.
59. Bican M, İnan M, Karakuş YT. “Kabakulak ve trombositopenik purpura olgusu”, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2005, 6(3): 49-50.
60. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. “Heamophilus İnfluenza Tip B, Centers for Disease Control and Prevention”, *Epidemiology and Prevention of Vaccine-*

*Preventable Diseases*, 13 th ed, Washinton D.C. *Public Health Foundation*, 2015: 119-134.

61. Vaughn JA, Miller RA. “Update on immunizations in adults”, *Am Fam Phisician*, 2011, 84: 1015-20.
62. Dilli D, Dalar Y, Önde U, Doğan F, Yağcı S. “Ergenlerde kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği seroprevelansı”, *Çocuk Dergisi*, 2008, 8(3): 172-178.
63. Köse Ü, Özgüven AA, Ecemiş T, Akçalı As, Lağarlı T, Onağ A. “Manisa ilinde yaşayan 7-15 yaş grubundaki çocuklarda suçiçeği seroprevalansı”. *Ege Tıp Dergisi*. 2011, 50(3): 187-191.
64. Külcü NU, Say A, Güven FM, Sezer RG, Değirmenci S, Şahin E. “Bir eğitim araştırma hastanesinde suçiçeği ve komplikasyonları sebebiyle yatırılan hastaların değerlendirilmesi”, *Journal Pediatr Infectious*, 2012, 6: 12-17.
65. Ünsal E, Çelik T, Buyrukçu AT, Kızılay O, Eltutar K. “Suçiçeğine bağlı keratokonjonktivit; Olgu sunumu”, *İstanbul Mend Journal*, 2013, 14: 294-296.
66. Bayhan C. *Suçiçeği nedeniyle hastanede yatan çocuklarda pnömoko aşılması* (Tez). T.C. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2013.
67. Türk Halk Sağlığı Kurumu. “Su Çiçeği”. [www.thskgov.tr/suçiçeği/](http://www.thskgov.tr/suçiçeği/) Erişim Tarihi:10 Temmuz 2017.
68. Hancıoğlu G. *Suçiçeği ve suçiçeği komplikasyonları nedeniyle çocuk enfeksiyon servisinde yatırılarak izlenen hastaların değerlendirilmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
69. Kara İH. “Akut viral Hepatit A”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2007, 11(4): 177-184.
70. Gür E. “Adolesanda Aşılama”, Camcıoğlu Y, Gür E, Akçakaya N, Öztürk R. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama Kitabı*, Birinci Basım, Doğan Matbaası,

İstanbul, 2010: 32-35.

71. Turker K, Balcı E, Satı S, Hasçuhada M, Savaş E. “Ülkemizde Hepatit A enfeksiyonunun değişen epidemiyolojisi”, *Türk Mikrobiol Cem Dergisi*, 2011, 4(4): 143-148.
72. Yoldaş Ö, Bulut A, Altındaş M. “Hepatit A enfeksiyonlarına güncel yaklaşım”, *Viral Hepatit Dergisi*, 2012, 18(3): 81-86.
73. Hu YI, Li Q2, Chen Y3. “Timeliness of Childhood Primary Immunization and Risk Factors Related with Delays: Evidence from the 2014 Zhejiang Provincial Vaccination Coverage Survey”, *International Journal Environ Research Public Health*, 2017,14(9): 20-26.
74. Kocabaş E, Dayar T. “Rotavirüs aşılı”, *Journal Pediatr Infectious*, 2015, 9: 166-74.
75. Pickering LK, Baker CJ, Long SS. “Active and passive immunization”, Report of the Committee on infections Diseases Red Book, 28th ed, Elk Grove Village IL. *American Academy of Pediatrics*. 2009, 1-98: 203-733.
76. Bal H. *Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler* (Tez). T.C.Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.
77. Yemişen M. “Hpv, Kızamık, Kızamıkcık, Kabakulak, Sarı humma, Suçiçeği, Zona aşılı”, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama Kitabı*, 1.Basım, 2010: 45-46.
78. Bilgöl M, “Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Meningokok, BCG, Tifo ve Şarbon aşılı”, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama Kitabı*, 1. Basım, 2010: 129-131.
79. Abulandan M, Çalık M,Oymak Y,Almaz V,Kaya C,Eren E,İşcan A. “Çocuklarda Menenjit:92 oldu değerlendirilmesi”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 10(1): 15-20.

80. Kondro W. “Mandatory vaccinations: The international ladscape”, *Canadian Medical Associotion*, 2012, 184(13): 1456-7.
81. WHO. “What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy”. [http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1\\_Model\\_analyze\\_driversofvaccineConfidence\\_22\\_March.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccineConfidence_22_March.pdf). Erişim Tarihi: 08 Mart 2018.
82. Sağlık Bakanlığı. “Aşı reddi ile ilgili düzenleme”, [www.e-saglik.gov.tr/TR,6090/asi-uygulamalarinin-reddi-ile-ilgili-duzenleme.html](http://www.e-saglik.gov.tr/TR,6090/asi-uygulamalarinin-reddi-ile-ilgili-duzenleme.html). Erişim Tarihi: 09 Mart 2018.
83. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Gülel R. “Şanlıurfa harrankapı sağlık ocağı bölgesi’nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunları”, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 2(2): 10-15.
84. İşler A, Esenay FI, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. “Annelerin aşılar konusundaki bilgi ve davranışları”, *Ege Pediatri Dergisi*, 2009, 14(1): 1-17.
85. Ataç Ö, Aker AA. “Aşı karşıtlığı”. <http://www.sdplatform.com/Dergi/777/Asi-karsitligi.aspx>. Erişim Tarihi: 17 Şubat 2018.
86. Khaliq A, Sayed SA, Hussaini SA, Azam K, Qamar M. “Missed immunization opportunities among children under 5 years of age dwelling in karachi city”, *Journal Ayub Med Coll Abbottabad*, 2017, 29(4): 645-649.
87. Erdem Ö, Tektaş İ, Celepoğlu T, Demir V. “Mop-Up oral polio aşı kampanyasında aşırı reddetme nedenleri: bir aile sağlığı merkezi deneyimi”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2017, 9(11): 19-23.
88. Farren EM, Even M. “The basic of pediatric immunizations newborn and infort”, *Nursing Reviwes*, 2004, 4(1): 5-14.
89. Babadağlı F, Gökçay G, Ertem HV, Bulut A. “Yalova Devlet Hastanesine başvuran 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörleri”,

*Çocuk Dergisi*, 2007, 7(4): 233-239.

90. Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır Ö, Arslan N. “Zonguldak’ın kırsal bölgesinde yaşayan çocukların aşılama durumu hakkında annelerin bilgi düzeyi”, *Elektronic Journal of Vocational Colleges-October*, 2017, 8-17.
91. Ayçiçek A. “Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılama hızları”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, 47: 183-188.
92. Uzuner A, Akman M, Altıokka Ö, Çelik U, Varol A. “Yeni doğum yapmış annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi düzeyi”, *Türkiye Klinikleri Journal Peditr*, 2005, 14: 1-9.
93. Kumar D, Aggarwal A, Gomber S. “Immunization status of children admitted to a tertiary-care hospital of North India: reasons for partial immunization or non-immunization”, *Journal Population Nutrition*, 2010, 28(3): 300-304.
94. Odusanya OO, Ewan FA, Francois PM and Vincent IA. “Determinants of Vaccination Coverage in Rural Nigeria”, *BMC Public Health*, 2008, 8: 381.
95. Tagbo BN, Eke CB, Omotowo BI, Onwuasigwe CN, Onyeka EB, Mildred UO. “Vaccination Coverage and Its Determinants in Children Aged 11-23 Months in an Urban District of Nigeria”, *World Journal of Vaccines*, 2014, 4: 175-183.
96. Ms. Mereena, Mrs. Sujatha, R. “A Study on Knowledge and Attitude Regarding Vaccines among Mothers of Under Five Children attending Pediatric OPD in a Selected Hospital at Mangalore”, *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2014, 3(5): 39-46.
97. Lodha N, Bhavsar S, Patel M, Sarkar A, Mehta JP, Parmar DV. “Immunization status of 12-23 month children of urban Jamnagar”, *Journal Reseach Medical Den Sciences*, 2014, 2(1): 51-4.
98. Payne S, Townend J, Jasseh M, Lowe Jallow Y, Kampmann B. “Achieving comprehensive childhood immunization: an analysis of obstacles and opportunities in The Gambia”, *Health Policy And Planning*, 2014, 29(2): 193-203.

99. Schoeps A, Ouédraogo N, Kagoné M, Sié A, Müller O, Becher H. “ Socio-demographic determinants of timely adherence to bcg, penta3, measles, and complete vaccination schedule in burkina faso”, *Vaccine*, 2013, 32(1): 96-102.
100. Sharma B, Mahajan H, Velhal GD. “Immunization coverage: role of sociodemographic variables”, *Advances In Preventive Medicine*, 2013, 4(2):3-5.
101. Kassahun MB, Biks GA, Alemayehu ST. “Level of immunization coverage and associated factors among children aged 12–23 months in lay armachiho district, north gondar zone, northwest Ethiopia: a community based cross sectional study”, *BMC Research Notes*, 2015, 8: 239-241.
102. Adisa OP, Akinleye CA, Obafisile CI, Oke OS. “Childhood immunization perception and uptake among mothers of under-five children attending in Osogbo, South Westera, Nigeria ”, *Research Journal of Health Science*, 2016, 4(3): 186.
103. Rehman US, Siddiqui AR, Ahmed J, Fatmi Z, Shah SM, Rahman A, Yousafzai MT. “Coverage and predictors of routine immunization among 12-23 months old children”, *International Journal Health Science*, 2017, 11(1): 1-6.
104. Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulning J. “Vaccine hecitancy in Avustria: A cross-sectional survery”, *Wiener Klinische Wocherschn*, 2017, 129(1-2): 59-64.
105. Chan HK, Soelar SA, Md Ali SM, Ahmad F, Abu Hassan MR. “Trends in Vaccination Refusal in Children Under 2 years of age in Kedah, Molaysio:A4-year Review from 2013 to2016”, *Asia Pac Journal Public Health*, 2017.
106. Bülbül M, Ergüven M, Yasa D, Tombalak NA. “Sağlam çocuk polikliniğimizde başvuran çocukların rutin aşı ve diğer aşuların uygulama oran ve düzeninin değerlendirilmesi”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 2013, 28(4): 171-178.
107. Lim WY, Amar-Singh HSS, Jeganathan N, Rahmat H, Mustafa NA, Yusof FM, Rahman R, Itam S, Chan CH, N-Julia MS. “Exploring immunisation refusal by parents in the Malaysian context”, *Cogertt Medicine*, 2016,3:1-4.



108. American Academy of Pediatrics. “*Frequently Asked Questions American Academy of Pediatrics Immunization Resources Addressing Common Concerns of Vaccine-Hesitant Parents*”. 2010  
[https://www.aap.org/enus/Documents/immunization\\_reducingvaccineliability.pdf](https://www.aap.org/enus/Documents/immunization_reducingvaccineliability.pdf)  
f). Erişim Tarihi: 19 Ocak 2018.
109. Smailbegovic MS, Laing GJ, Bedford H. “Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals”, *Hild Care Health Dev*, 2003, 29(4): 303-311.
110. İncili DH. *Çocuk polikliniklerimize başvuran çocukların annelerinin aşular ile ilgili bilgi düzeyleri* (Tez). Sağlık Bakanlığı Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği Uzmanlık Tezi; 2009.
111. Mengüç Y. *6ay-24ay arasındaki çocuklarda aşılama oranları ve ailelerin sosyodemografik verileri* (Tez). Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi; 2007.
112. Ebot JO. “Place matters: community level effects of women's autonomy on Ethiopian children's immunization status”, *Afr Popul Stud*, 2014, 28: 1202-1215.
113. Owais A, Hanif B, Siddiqui AR, Agha A, Zaidi AK. “Does improving maternal knowledge of vaccines impact infant immunization rates? A community-based randomized-controlled trial in Karachi, Pakistan”, *BMC Public Health*, 2011, 11: 239-242.

## EKLER

### Ek-1

Bu araştırma 0-24 aylık bebek/çocukları olan ebeveynlerin bağışıklamayı sıklık ve red etme nedenlerini belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma elde edeceğimiz sonuçlar sizlere daha iyi hizmet sunmamıza yardımcı olacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların güvenilirliği için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Araştırmaya katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire: Esengül HAZIR  
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güلزade UYSAL

### I. Bebek/Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

<b>1-Bebek/Çocuk Cinsiyet</b> <input type="checkbox"/> Kız <input type="checkbox"/> <b>Erkek</b>	<b>2-Yaşı :</b> ...../aylık
<b>3-Kilo:</b> .....	<b>4-Boy:</b> .....
<b>5-Kardeş Olma Durumu :</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	<b>6-Aile Tipi:</b> <input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile <input type="checkbox"/> Parçalanmış aile/boşanmış
<b>7-Sağlık güvencesi</b> <input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> Özel Hasta <input type="checkbox"/> Diğer.....	<b>8-Sosyo ekonomik durum</b> <input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Gelir gidere eşit <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla
<b>9-Görüşme yapılan ebeveyn</b> <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba	<b>10-Görüşülen Ebeveynin Yaşı:</b> .....
<b>11-Çalışma Durumu:</b> <input type="checkbox"/> *Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<b>12-Eğitim Durumu:</b> <input type="checkbox"/> Okur yazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul/ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu <input type="checkbox"/> Diğer .....

## II. Aşı ve Bağışıklamaya İlişkin Bilgiler

1. Bebeğinizin/çocuğunuzun aşılarını düzenli yaptırıyor musunuz?

Evet Hayır

Bazı aşıları yaptırmıyorum.....(yaptırmadığınız aşıların adını yazınız)

### EVET İSE;

2. Bebeğinize ve çocuğunuzun aşılarını düzenli yaptırma nedenleriniz nelerdir?

- Aşıların gerekli olduğuna inandığım için
- Aşıların yararlı olduğunu düşündüğüm için
- Hastalıklardan koruduğunu düşündüğüm için
- Çevremdeki herkes aşıları yaptırdığı için
- Zorunlu olduğunu düşündüğüm için
- Diğer.....

### HAYIR İSE;

3. Bebeğinize aşı yaptırmama kararı vermede kim/kimler etkili oldu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Kendim
- Eşim
- Aile büyükleri (Babaanne/anneanne, dede, amca, dayı, teyze vb)
- Arkadaşlar
- Din adamları
- Diğer (Yazınız).....

4. Bebeğinize/çocuğunuza aşı yaptırmayı reddetme nedenlerinizi belirtiniz (birden fazla neden belirtilebilir)

- İçeriğindeki maddelerin zararlı yan etkileri olduğunu düşünüyorum
- Ücretli aşıları maddi açıdan ödeyemiyorum
- Dini inanışlarımdan dolayı günah olduğunu düşünüyorum
- Aşı için bebeğimin/çocuğumun küçük olduğunu düşünüyorum
- Aşının yararlı olduğuna inanmıyorum
- Aşıların gerekli olmadığını düşünüyorum
- Aşıların ilaç firmalarına para kazandırmak amaçlı olduğunu düşündüğüm için
- Aşılarla bağlı ileride başka hastalıklar çıkabileceğinden korkuyorum
- Diğer (Açıklayınız).....

5. Yan etkisi/zararlı etkisi olduğunu düşündüğünüz aşılar var mı?

Evet Hayır

6. Cevabınız evet ise bu aşılar hangileridir?

.....

7. Aşıların ne tür zararlı etkileri olduğunu düşünüyorsunuz? (Birden çok etki yazabilirsiniz?)

.....  
.....  
.....

8. Aşı yaptırmayı reddediyorsanız (Yaptırmayı reddettiğiniz aşılar için) bu aşı ile korunulduğu söylenen hastalıklardan bebeğinizi/çocuğunuzu hangi yöntemlerle koruyorsunuz?

.....  
.....

9. Aşıl ile ilgili bilgi kaynaklarınızı belirtiniz (Birden fazla kaynak belirtilebilir)

- Ebe /Hemşireler
- Doktorlar
- Komşular/arkadaşlar
- Din adamları
- Medya
- Kitaplar
- Diğer.....

10. Aşı yaptırmayı red ettiğinizde sağlık çalışanları aşı olma/ bağışıklama hakkında size bilgi verdi mi?

- Evet    Hayır

11. Evet ise bu bilgi yeterlimiydi?

- Yeterli    Kısmen yeterli    Yetersiz

12. Aşı/ bağışıklama ile ilgili sağlık kurumlarından daha detaylı bilgi almak/seminerler/eğitimler vb. katılmak ister misiniz?

- Evet    Kararsızım    Hayır

*Katılımınız için teşekkürler*

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bağışıklama bir mikroorganizmaya karşı vücuda antijen verilmesi sonucu ortaya çıkan immün yanıttır. İmmünolojik yanıt elde edebilmek için yapılan işlem ise aşılama olarak adlandırılmaktadır. Aşılanmamış çocuklarda hastalık, sakatlık ve ölümler, aşılanmış çocuklara göre çok sık görülmektedir.

Bu araştırma 0-24 ay bebek ve çocuk ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu bağlamda çalışmada aşı yaptırmak istemeyen ailelerin bebek ve çocuklarını neden aşılatmadıkları belirlenip, aşılarda içeriği, yararları, güvenliği, uygulanması konularında yeterince bilgilendirildiklerinde yanlış inanış ve kaygılarının giderileceği ve aşı uygulamasına karşı direncin ortadan kaldırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmaya, katılıp katılmama konusunda, hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemez iseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz. Çalışmada kesinlikle isim sorulmayacak, kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ile paylaşılmayacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

*ESENGÜL HAZIR*

*Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

*Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi*

*DanışmanYrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL*

*Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

*Öğretim Üyesi*

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun araştırmaya gönüllü olarak katılabileceğini kabul ediyorum.

Adı- Soyadı:

İmza:

Toplantı Sayısı:77

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

"Kurul Kararları"

Toplantı Tarihi: 19.10.2016

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 19.10.2016 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak'ın Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 8- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Esengül HAZIR'ın "0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 8-** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Esengül HAZIR'ın "0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan  
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)

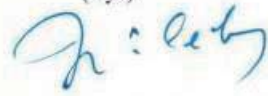


Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)

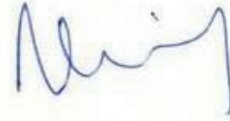


Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)





T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187-060.99  
Konu : Araştırma İzni - Esengül HAZIR

Sayın Esengül HAZIR  
( Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi / İSTANBUL )

Dilekçenize istinaden, Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL danışmanlığında yapmak istediğiniz "0 - 24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri" başlıklı araştırmaya ilişkin izin talebi görüşülmüştür.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 30.12.2015 tarih ve E.716 sayılı yazısının "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii" Eki'nde

"9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yer alan "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara air, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür" hükmü ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir biçimde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veriler paylaşılamaz..."

denmektedir. Ayrıca aynı yazının "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Kriterleri" Eki'nde

"5. Aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."

denmektedir. Bu hususlar gözetilerek, araştırma yapılacak merkezlerden veri talep edilmeden, araştırma örnekleminin belirtilen tarihler arasında ilgili merkezlere gelen hastalardan gönüllülük esasına dayalı olarak yapılması ve çalışma süresince protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra bir nüshanın tarafımıza verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

**EKLER:**  
Protokol

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No: 81/83 Ginza Plaza Zeytinburnu/İSTANBUL

Faks No:

e-Posta:dilek.oruc1@saglik.gov.tr İnt. Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 089ffeda-7bcc-4bf1-976f-79b29063ec60 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Dilek ORUÇ

Unvan:ÇOCUK GELİŞİMCİSİ

Telefon No:409 23 27



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	ESENGÜL	<b>Soyadı:</b>	HAZIR
<b>Doğ. Yeri</b>	ORDU	<b>Doğ. Tar:</b>	10.03.1982
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel:</b>	
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:e-sen-gul52@hotmail.com">e-sen-gul52@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Old. Kurum</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
<b>Lisans</b>	19 Mayıs Üni. Ordu Sağlık Yüksek Okulu – Hemşirelik Bölümü	2000-2004
<b>Lise</b>	Ordu Atatürk Lisesi	1997--2000

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl- Yıl)</b>
Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi	Florance Nigtingale Hastanesi	2004-2011
Çocuk ve Acil servis Hemşiresi	Şişli Hamidiye E.A.H	2011 ocak-2011 ekim
Aile Sağlığı Elemanı	İstanbul Kağıthane Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi	( 2011- Devam Ediyor)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS/ YDS Puanı	(Diğer) Puan
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf		