

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**0-2 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN
BAĞIŞIKLAMA TUTUMLARI İLE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ**

DR. DUYGU DAMKA

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**0-2 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN
BAĞIŞIKLAMA TUTUMLARI İLE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. Duygu DAMKA

TEZ DANIŞMANI:

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ	i
ŞEKİL DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
SUMMARY/ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Bağışıklama	2
2.2. Bağışıklama Tarhçesi.....	2
2.3.Genişletilmiş Bağışıklama Programı(GBP).....	3
2.4. Türkiye ve Dünyada Aşılama Hakkında Kanunlar	5
2.5. Birinci Basamak Koruyucu Hekimlik ve Aşı	7
2.6. Aşı Üretim Teknolojileri.....	8
2.6.1 Canlı Aşılar	8
2.6.2 Ölü (İnaktive) Aşılar	9
2.6.3 Nükleik Asit Aşıları	10
2.7 Aşı Etkinilikleri.....	11
2.8 Aşı İçeriği	12
2.8.1 Aktif İçerik	12
2.8.2 Alüminyum Tuzları	12
2.8.3 Thimerosal.....	13
2.8.4 Jelatin	13
2.8.5 Sorbitol.....	13
2.8.6 Emülgatörler.....	14
2.8.7 Antibiyotikler	14
2.8.8 Yumurta Proteinleri.....	14
2.8.9 Maya Proteinleri.....	14
2.8.10 Latex.....	14
2.8.11 Formaldehit	14

2.8.12 pH Düzenleyiciler	15
2.8.13 Aktif İçeriğin Yetiştirilmesi	15
2.9 Aşı Yan Etkileri	15
2.10 Aşı Karşıtlığı Tarihçesi	17
2.11 Sağlık İnanç Modeli (SIM)	21
2.12 Sağlık Okuryazarlığı	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	26
3.4.2. Anket Formu	26
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	27
3.7. Veri Analizi.....	28
3.8. İzinler	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
7. KAYNAKLAR	96
8. EKLER.....	103
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	103
Ek 2: Anket Formu Örneği	104
Ek 3: Etik Kurul İzni.....	111

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Tablo 2. Aşı Üretim Teknolojileri

Tablo 3. Aşı Tereddüdü Belirleyicileri

Tablo 4. Sağlık İnanç Modeli

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 7. Katılımcıların sosyal medya kullanımı ve aşılar hakkında karara etkisi

Tablo 8. Aşılamada karar verirken bilgi edinilen kişiler

Tablo 9. Bağışıklamaya karar veren kişiler

Tablo 10. Aşı yaptırmada durumu ve red edilen aşılar

Tablo 11. Ailelerin özel aşı yaptırmada durumları

Tablo 12. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları değerlendirilmesi

Tablo 13. Türkiye Sağlık okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'nin değerlendirilmesi

Tablo 14. Genel sağlık okuryazarlığı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 15. Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 16. Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait test sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 17. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 18. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 19. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 20. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 21. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 22. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 23. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 24. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 25. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 26. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 27. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 28. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 29. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 30. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 31. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 32. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 33. Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 34. Sağlık okuryazarlığı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının korelasyonunun değerlendirilmesi

Tablo 35. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile sosyodemografik özelliklerin kıyaslanması

Tablo 36. Sosyal medya kullanımı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 37. Aşılamaya karar verme süreci ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 38. Bağışıklıma kararına etki edebileceği düşünülen bazı veriler ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tablo 39. Duyarlılık algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 40. Yarar algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 41. Engeller algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 42. Sağlık sorumluluğu algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 43. Ciddiyet algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 44. Pandemi öncesi ve pandemi sırasında bazı verilerin değerlendirilmesi

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Aşı tereddüdü spektrumu

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
GA: Güven Aralığı
GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HIV: Human Immunodeficiency Virüs
HPV: Human Papilloma Virüs
HR: Hazard Ratio / Tehlike Oranı
OR: Odds Ratio / Odds Oranı
OMV: Dış membran vezikülleri
RR: Relative Risk / Rölatif Risk
HPV: human papilloma virüsü
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
OPV: Oral polio aşısı
IPV: İnaktif polio aşısı
SSPE: Subakut sklerozan panensefalit
BCG: Bacillus Calmette-Guérin
DTP: Difteri, Tetanoz, Boğmca
SIM: Sağlık İnanç Modeli

TEŞEKKÜR

Tezimin en başından en sonuna kadar her aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, profesyonel iş hayatındaki tavrı ve duruşuyla bizlere örnek olan, çalışma azmine her zaman gıpta ettiğim, asistanlık sürecimde hep desteğini hissettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a emeklerinden ve özverisinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum. Aynı şekilde tez sürecim ve asistanlık eğitimim boyunca sorularımı usanmadan cevaplayan, bana hem bilimsel hem psikolojik açıdan destek olan Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ' ye teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresinde sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Mehtap KARTAL, Doç. Dr. Tolga GÜNDAR, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Makbule Neslişah TAN'a vebu süreci birlikte yaşadığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, aynı zamanda bana yeni dostluklar katan sevgili asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren ailem başta olmak üzere, sabrı ve desteği için kardeşim Didem DAMKA' ya minnet ve sevgilerimi sunarım.

ÖZET

0-2 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN BAĞIŞIKLAMA TUTUMLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Dr. Duygu DAMKA

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-2 yaş çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının sağlık inanç modeline göre bağışıklamaya yönelik tutumlarında ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı modelindeki bu çalışmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi E-ASM'lere kayıtlı 0-2 yaş çocuğu olan ebeveynler oluşturmaktadır.

Veri toplama araçları olarak; Sosyodemografik veri formu, Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 319 ebeveynin 287'si kadın (%90)dı. Katılımcılar Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'nden ortalama $37,44 \pm 9,72$ puan almışlardır. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutu olan duyarlılık algısından $16,54 \pm 2,33$ puan, yarar algısı alt boyutundan $19,89 \pm 3,11$ puan, ciddiye algısı alt boyutundan $15,80 \pm 3,22$ puan, engeller algısı alt boyutundan $14,76 \pm 5,36$ puan, sağlık sorumluluğu alt boyutundan $20,87 \pm 2,66$ puan almışlardır.

Sağlık okuryazarlığı sınıfları ile sağlık inanç modeli alt bileşenleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Sağlık okuryazarlığı sınıfları ile algılanan duyarlılık, ciddiye, yarar, sağlık sorumluluğu alt bileşenleri arasında anlamlı pozitif korelasyon, algılanan engeller alt boyutunda ise anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır ($p < 0,001$).

Ayrıca yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde bir yaşından büyük çocuğu olan ve aşıların güvenliği hakkında endişe duymayan ebeveynlerin istatistiksel anlamlı olarak duyarlılık, ciddiye, yarar algısı daha yüksek olduğu engeller algısının da daha düşük

olduğu tespit edilmiştir. Çocuklarına özel aşı yaptıran ebeveynlerin de duyarlılık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu algısının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma ebeveynlerin aşılarda hakkındaki tutumlarının sağlık okuryazarlığından etkilenebildiğini düşündürmektedir. Aşılarda hakkındaki bu olumsuz tutumlar ise tereddüt veya aşı reddi gibi durumların oluşmasına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: aşı, sağlık inanç modeli, sağlık okuryazarlığı



SUMMARY/ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF IMMUNIZATION ATTITUDE OF PARENTS WITH 0-2 YEARS OLD AND HEALTH LITERACY

Dr. Duygu DAMKA

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine the Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between health literacy and attitudes towards immunization of parents with 0-2 year old children registered in Dokuz Eylül University Hospital Education Family Health Center.

Method: The population of this study in the cross-sectional descriptive model consists of parents with 0-2 years old children registered in Family Health Center at Dokuz Eylül University.

As data collection instruments; Sociodemographic data form, Vaccine-related community attitude-health belief model scale and Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) is used.

Findings: 287 (90%) of the 319 parents who have participated in the study, are female. Participants have scored an average of 37.44 ± 9.72 on the Turkish Health Literacy Scale-32.

16.54 ± 2.33 points from sensitivity perception, which is a sub-dimension of the vaccine-related community attitude-health belief model scale, 19.89 ± 3.11 points from the perception of benefit sub-dimension, 15.80 ± 3.22 points from the perception of seriousness sub-dimension, obstacles 14.76 ± 5.36 points from the sub-dimension of perception of health and 20.87 ± 2.66 points from the sub-dimension of health responsibility, have been scored.

A significant difference is found between health literacy classes and health belief model sub-components ($p < 0.001$).

A significant positive correlation is found between health literacy classes and perceived sensitivity, seriousness, benefit, and health responsibility sub-dimensions, and a significant negative correlation is found in the perceived barriers sub-dimension ($p < 0.001$). In addition, in the multiple linear regression analysis, it has been determined that parents who have a

child older than one year old and who are not worried about the safety of vaccines have a higher perception of sensitivity, seriousness and benefit, and a lower perception of barriers. It has been observed that the perception of sensitivity, seriousness, benefit and health responsibility of parents who have their children specially vaccinated is higher.

Results: As a result, this study suggests that parents' attitudes about vaccines can be affected by health literacy. These negative attitudes about vaccines can lead to situations such as hesitation or vaccine rejection.

Key words: vaccine, health belief model, health literacy



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Bağışıklama en etkili koruyucu sağlık önlemlerinden biridir. Aşılama programları doğrudan aşılanan çocuğa yarar sağlar. Ayrıca dolaylı olarak toplum ("sürü") dokunulmazlığı yoluyla aşılanmamış kişilere de yarar sağlamaktadır. Toplumsal bağışıklık, popülasyonun enfeksiyona bağışık olan kısmı, bulaş riskini azaltacak kadar büyük olduğunda meydana gelir. Toplumsal bağışıklık, aşılama için çok genç çocukları ve aşılarla kontrendikasyonları olanları korur (1). Bağışıklama şu anda her yıl 2-3 milyon ölümü önüyor. En başarılı ve uygun maliyetli halk sağlığı müdahalelerinden biridir. Bununla birlikte, küresel aşı kapsamı düzelirse, 1,5 milyon ölüm daha önlenabilir (2). Aşığı yaptırmakta gecikme veya aşıya ulaşılmasına rağmen reddetme durumu aşı tereddüdü olarak tanımlanmaktadır ve bir ya da daha fazla aşı için olabilir. Aşı reddi ise hiç bir aşığı yaptırmama durumudur (3). Türkiye’de 2011 yılında çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen aile sayısı 183 kişiyken 2018 yılında bu sayı 23.000 olarak belirlenmiştir (4).

Aşı yaptırmayı reddetme, geciktirme veya tereddüt etme nedenleri araştırılmıştır ve bu nedenler temelde 4 kategoride sınıflandırılabilir. Bu kategoriler; dini nedenler, kişisel inançlar veya felsefi nedenler, güvenlik endişeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından daha fazla bilgi alma arzudur (5). Hollanda’da 2011-2012 yıllarında yapılan niteliksel bir çalışmada: ebeveynlerin aşı yaptırap yaptırmama kararını; yaşam tarzı, çocukluk hastalıkları ile ilgili inançlar, sağlık ve hastalık riskleri hakkındaki algılar, aşı etkinliği ve aşı bileşenlerine ilişkin algılar ve kurumlara duyulan güven gibi faktörlerin etkilediği tespit edilmiştir (6). Aşı redlerinde, ebeveynlerin bilgisiz olması en önemli nedenlerden biridir (7). Aşı karşıtı düşüncelere önemli etkisi olan bir kavram da aşılar hakkında bilgiye tesadüfen maruz kalmaktır. Buna en güzel örnek internetten edinilen bilgilerdir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramı öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleridir. Giderek artan aşı tereddüdü durumu göz önünde bulundurulduğunda sağlık okuryazarlığının durumunun bağışıklamada tutuma olan ilişkisin belirlemek önemli bir konu olarak değerlendirilebilir. Bu şekilde birinci basamakta hizmet vermekte olduğumuz halkın, sağlık okuryazarlığı durumu ve bağışıklama hakkındaki inanç ve tutumları da ortaya konmuş olacak ve bu konudaki eksiklikler de uygun müdahalelerle giderilmeye çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağışıklama

Bağışıklık sisteminin temel görevleri; bakteriler, virüsler, parazitler veya mantarlar gibi hastalığa neden olan patojenlerle mücadele etmek ve bunları vücuttan uzaklaştırmak, çevreden gelen zararlı maddeleri fark edip etkisiz hale getirmek ve hastalıklarla savaşmaktır. Pratikte aralarında çok fazla etkileşim olmasına rağmen fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik engelleri, ancak en çokta, anında konakçı savunması sağlayan bağışıklık sisteminin elemanlarını (nötrofiller, monositler, makrofajlar, tamamlayıcı, sitokinler ve akut faz proteinleri) kapsayan doğal bağışıklık ve T lenfositleri ve B lenfositleri aracılığıyla antijene özgü reaksiyonlardan oluşan edinsel bağışıklık diye ikiye ayrılır.

Doğal bağışıklık hızlı yanıt verir, ancak bazen özgüllük eksikliği nedeniyle normal dokulara zarar verirken, edinsel yanıt kesindir, ancak gelişmesi birkaç gün veya hafta sürer. Edinsel yanıtın hafızası vardır, bu nedenle sonraki maruziyette daha güçlü ve hızlı bir yanıtı yol açar, ancak bu hemen gerçekleşmez (8).

Aktif ve pasif olmak üzere iki tür bağışıklık vardır. Bir kişiye, kendi bağışıklık sistemi yoluyla antikor üretmek yerine, bir hastalığa karşı antikorlar verildiğinde pasif bağışıklık sağlanır. Yeni doğanlar, annesinden plasenta yoluyla pasif bağışıklık kazanır. Bir kişi ayrıca, belirli bir hastalıktan anında korunmaya ihtiyaç duyulduğunda verilebilen immünglobulin gibi antikor içeren kan ürünleri yoluyla da pasif bağışıklık kazanabilir. Bu, pasif bağışıklığın en büyük avantajıdır; koruma hemen gerçekleşirken, aktif bağışıklığın gelişmesi zaman alır (genellikle birkaç hafta). Fakat pasif bağışıklık yalnızca birkaç hafta veya birkaç ay sürerken aktif bağışıklık uzun sürelidir ve bazen ömür boyu sürer.

Aktif bağışıklık, bir enfeksiyon ajanı bağışıklık sistemini o hastalığa karşı antikorlar üretmesi için tetiklediğinde ortaya çıkar. Bu da ya hastalığı geçirmekle ya da aşılama ile hastalık ajanını öldürülmüş veya zayıflamış bir formunun vücuda verilmesiyle gerçekleşebilir. Her iki durumda da, bağışık bir kişi gelecekte bu hastalıkla temas ederse, bağışıklık sistemi onu tanıyacak ve onunla savaşmak için gereken antikorları hemen üretecektir (9).

2.2. Bağışıklamanın Tarihçesi

Bir mikrobiyal patojenin bir kısmını veya tamamını bu mikroba karşı korumak için açık bir girişimi olarak kullanılması yani aşılamanın başlangıcının zamanını tam tayin etmek mümkün değildir. Muhtemelen, ağır hastalığa karşı koruyan küçük dozlarda hastalık almak

homeopatik inançlardan kaynaklanıyordu ve ampirik olarak, hükümdarların rakipleri tarafından zehirlenmesini önlemek için küçük dozlarda zehir yutulmasıyla doğrulanmıştı. On birinci yüzyıla gelindiğinde, Çin literatüründe, çiçek hastalığına karşı bağışıklık kazandırmak için buruna üflenen variola kabuklarının kullanımına dair bilgiler mevcuttur, muhtemelen önceki çiçek hastalığının sonraki maruziyete karşı koruduğuna dair gözlemlere dayanarak fark edilmiştir. Bu aşı Orta doğu, Afrika ve Türkiye'ye oradan da İngiltere ve bütün Avrupa'ya yayılmıştır. Aşılama başarılı olsa da önemli ve hatta ölümcül tepkiler, kullanımını sınırlamıştır. 18. yy 'da Jenner'ın, insanlarda hafif bir hastalık olan sığır çiçeğinin çiçek hastalığını önleyebileceğine dair çığır açan gözlemiyle yirminci yüzyılda çiçek hastalığının ortadan kaldırılmasına yol açmakla kalmamış, aynı zamanda bulaşıcı hastalıklara maruz kalmaya karşı kasıtlı koruma fikrini de ortaya çıkarmıştır. Bundan 80 yıl sonra Pasteur, patojenlerin yüksek sıcaklık, oksijen ve kimyasallar gibi çevresel hakaretlere maruz kalınarak zayıflatılabileceği hipotezini oluşturmuş, şarbon ve kuduz üzerine yaptığı müteakip çalışması hipotezi doğrulamıştır. Sonraki yüzyılda, Calmette ve Guérin, Mycobacterium bovis'i zayıflatmak için yapay ortam, Theiler ise, sarıhumma virüsünü zayıflatmak için fare ve civciv embriyolarını kullanmıştır. Bu arada, antikorlar ve hücre sel bağışıklık tepkileri kavramı geliştirilmiş ve bunlar nispeten ilkel yöntemlerle ölçülmeye başlanmıştır. Aşı uzmanları sonuç olarak bu tepkileri uyarmaya odaklanmışlardır. 20. yy 'da da hücre kültüründe virüslerin çoğaltılmasıyla aşı gelişiminde altın çağı başlatmıştır(10).

Ülkemizde aşı üretimi için çalışmalar ilk Osmanlı İmparatorluğu Döneminde başlamıştır. 1721 yılında İngiltere Büyükelçisinin eşi Lady Mary Montagu ülkesine yazdığı bir mektupta İstanbul'da çiçek hastalığına karşı "aşı denilen bir şey" (varilasyon metodu) yapıldığını hayretle bildirmektedir. Bu mektup aşı yapımına ilişkin ulaşılmış en eski belgedir. 1885'te dünyada ilk defa çiçek aşısı uygulaması için Osmanlı'da kanun çıkarılır. Ülkemizde aşı üretimi 1996'da DBT ve kuduz aşısı, 1997'de BCG aşı üretiminin kesilmesi ile sona ermiştir(11).

2.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından aşı ile korunulabilir hastalıkların mortalite ve morbiditesini azaltmak amacıyla 1974 yılında dünya genelinde Genişletilmiş Bağışıklama Programı geliştirilmiştir. Ülkemizde 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programının uygulamaya konması ile birlikte bağışıklama konusunda çalışmalar hızla ilerlemiş, 1985 yılından sonra "Türkiye Aşı Kampanyası" ile hız kazanmıştır. Yıllar içinde çocukluk çağı aşı takvimi giderek genişlemiş ve gelişmeler günümüze kadar süregelmiştir (12).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile Streptokokus pnmoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ileduyarlı yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir.Temel amaç; doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan hastalıklara karşı bağışık kılınmasıdır. Genişletilmiş deyimini ise aşısız veya eksik aşılı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır.

Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında takip edilen hastalıklara özel hastalık kontrol programları içinde; Polio Eradikasyon Programı, Kızamık Eliminasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, Hepatit B Kontrol Programı, Diğer Hastalık Kontrol Programları (difteri, boğmaca, kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu, kabakulak, hemofilus influenza tip B, tüberküloz, invaziv pnömokokal hastalıklar, hepatit A, suçiçeği) ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) İzleme Sistemi bulunmaktadır (13).T.C. Sağlık Bakanlığı ocukluk Dönemi Aşı Takvimi Tablo 1'de sunulmuştur (14).

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi(14)

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ³	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği ¹						I				
KKK						I			II	
Hep-A ²							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılama ları şeklinde uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçeği: Suçiçeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Aşı Takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

2.4. Türkiye ve Dünyada Aşılama Hakkında Kanunlar

Aşılar “zorunlu aşılar” ve “yapılması tavsiye edilen aşılar” olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Zorunlu aşıların yapılması devlet tarafından yürütülmekte ve kişilerin bu

aşıları reddetmesi durumunda ülkeden ülkeye değişmekle birlikte bazı yaptırımlar mevcuttur. Bazı ülkeler aşılamanın faydaları konusunda halkı eğiterek tercihi kişilere bırakırken, bazı ülkeler de çocuklarını aşılatan ailelere mali teşvikte bulunur, diğer bir grup ülke ise aşılamayı zorunlu kılmaktadır. Zorunlu aşılama politikalarına sahip birçok ülke bunları uygulamamayı tercih etmekte ve aşı programlarının tıbbi muafiyetlere izin vermesi gerekliliği herkesçe kabul edildiği görülmektedir.

ABD’de eyaletlere göre çok fazla değişkenlik görülmekte, bazı eyaletlerde ebeveynlerin bir gerekçe göstermek zorunda kalmadan sadece muafiyet talep edebileceğini, diğer eyaletlerin ise ebeveynlerin çocuklarını riske attıklarının farkında olduklarını ifade eden imzalı onayları alınır. Çoğu eyalet tıbbi, dini ve felsefi muafiyetlere izin verilirken, Mississippi ve Batı Virginia politikaları yalnızca tıbbi muafiyetlere izin verir (15). İtalya’da çocukların okula kaydedilmesi için aşıları bir ön koşuldur ve okullara kayıt gününde aşı belgelerini ibraz etmek zorundadırlar (16). Ontario’da öğrencilerin büyük çoğunluğu eyaletteki okula gitmek için aşı durumlarını bildirme şartı vardır, teorik olarak, uyumsuzluk ağır cezalarla sonuçlanabilir. Ontario’da, çocukların aşılanmaması 1000 \$ 'a kadar para cezasıyla sonuçlanabilir. Alberta gibi aşıları düzenleyen herhangi bir yasaya sahip olmayan eyaletler, yine de bir salgın durumunda öğrencilerin okula gitmesini engelleme yetkisine sahiptir (17).

Türkiye’de 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda zorunlu olduğu bildirilen tek aşı çiçek aşısıdır. Söz konusu kanuna göre Türkiye sınırları içinde herkes çiçek aşısı olmak zorundadır (18). Lakin 1977 yılından beri dünyada çiçek hastalığı görülmediğinden, 1980 yılından beri Türkiye’de çiçek aşısı uygulaması yoktur. Bu durum Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun bazı hükümleri güncelliğini yitirdiği halde, halen yürürlükte olduğunu göstermektedir. Anayasa’nın 17’nci maddesinin 2. fıkrası uyarınca, “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz”. “Kanunda yazılı haller” tabiri, bu konuda Anayasa ile çizilen çerçevede kanun koyucunun takdir yetkisi olduğunu göstermekte, diğer taraftan “tıbbi zorunluluk” kavramının tanımı da bulunmadığından bu kavramın içeriği de kanun koyucu tarafından doldurulmalıdır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nde doğrudan doğruya zorunlu aşı uygulamasına ilişkin bir hüküm bulunmamakla birlikte, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü 8’inci maddede düzenlenen özel yaşama saygı hakkı kapsamında değerlendirmektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, kanunilik ölçütünü denetlerken, kanuni düzenlemenin varlığı yanı sıra kanunun niteliğini de ele alır. Kanunilik koşulunun gerçekleşebilmesi için, kanunun ulaşılabilir,

açık ve öngörülebilir olması, idare ile yargı organına aşırı ölçüde bir takdir yetkisi verecek belirsizlikte olmaması gerekmektedir.

Gerek Anayasa Mahkemesi kararlarında, gerekse Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarında, zorunlu aşı uygulamasının kanuni dayanağının bulunması gerektiği belirtilmektedir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu olarak yapılması düşünülen aşılardan (Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında iki yaşına kadar olan çocuklara uygulanan aşılardan gibi) hukuki bir dayanağının olması, diğer bir deyişle kanunda açıkça ve ayrıntılı olarak düzenlenmesi gerekir. Ayrıca, sadece zorunlu aşı uygulamasının değil, zorunlu aşının reddedilmesi durumunda uygulanacak olan idari yaptırımların da kanunda açık bir şekilde düzenlenmesi gereklidir (19).

2.5.Birinci Basamak Koruyucu Hekimlik ve Aşı

Aile Hekimleri; hastalarla ilk sağlık temasını yönetir, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız giriş temini sağlar. Acil girişim gerektirebilen rahatsızlıklardan tutun da gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan rahatsızlıklarla ilgilenir. Birinci basamakta tedavi edici hekimlik hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri de sunulmaktadır (20).

İnsanlara hastalıklardan koruma ve sağlığı geliştirme konusunda yapılan hizmetler iki temel grupta toplanır. Bunlardan biri insanın çevresine yönelen tedbirler; suların tasfiye ve kontrolü, pis su, lağım suları ve çöplerin yok edilmesi, besin kontrolü gibi uygulamalardır. Diğerleri ise duyarlı kişilerin aşılması, kişilerin uygun beslenmelerini sağlama, sağlam kişilerin erken teşhis amacıyla periyodik muayenesi, kişilerin sağlık konusunda eğitilmeleri gibi kişiye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleridir.

Kişiye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri kelimenin geniş anlamıyla bir hekimlik hizmetidir. Hekimler bu hizmeti hemşire, ebe gibi iş arkadaşlarıyla birlikte yürütür. Beslenme hizmetlerinde ve sağlık eğitimi konularında tarımcı ve eğitimci gibi diğer meslek mensuplarıyla işbirliği zorunluğu da vardır (21).Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın daha fazla ilerlemesini önlemek amacıyla hastalığın doğal seyri boyunca herhangi bir aşamada uygulanabilir. Temelde 5 kategoride sınıflandırılır (22).

Primordial Korunma: Risk faktörleri ortaya çıkmadan onların oluşmasını önlemek amaçlanır. Obezitenin engellenmesi, çocukların sigara kullanmalarını engelleyici okul eğitimleri gibi.

Birincil Korunma (Primer Korunma): Risk faktörleri mevcut iken koruyucu eylem ile hastalığın oluşmasını önlemek ve derecesini azaltmak amaçlanır. Obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, bağışıklama, aile planlaması hizmetleri gibi.

İkincil Korunma (Sekonder Korunma): Hastalıkları zamanında yakalamaktır. Erken tanı hizmetleri olarak bilinir. Kan basıncı ölçümleri, servikal sürüntü alınması, tüberkülin testi gibi.

Üçüncül Korunma (Tersiyer Korunma): Birincil ve ikincil korunma olanaklarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımıdır. Diyabeti olan kişinin göz komplikasyonları varken körlüğün veya diyabetik nöropatisi varken bacak amputasyonlarının engellenmesi gibi.

Dördüncül Korunma (Kuaterner Korunma): Korunma için alınan önlemler ile tanı ve tedavi testlerinin çeşitliliği ve duyarlılığı arttıkça hem tanı testleri olması gerekenden çok ve gereksiz yapılmaya başlanmış hem de hastalıklar veya rahatsızlıklar gerekmediği halde ya da gerektiğinden çok yoğun bir şekilde tedavi edilmeye başlanmıştır. Dördüncül korunma bu dönemde hem tanı hem de tedavinin aşırı kullanımın önüne geçebilmek için ortaya atılmıştır. Dördüncül korunma normal fizyolojik durumların hastalık olarak tanımlanması ile bu yeni tanımlanan hastalıkların gerekmediği halde tedavi edilmesini önlemeyi amaçlamaktadır. Böylece sağlıklı ya da muzdarip oldukları rahatsızlıklar tanı ve tedavi gerektirmeyen bireyler toplumsal açıdan daha düşük maliyetler ile geçerli ve güvenilir bilimsel bilgi birikimi doğrultusunda aşırı tanı ve tedavi yükünden kurtulabileceklerdir. Ayrıca her türlü fiziksel ve ruhsal gerilimden de korunabileceklerdir (23).

2.6 Aşı Üretim Teknolojileri

Aşılar canlı (zayıflatılmış) ve cansız (inaktive) olarak sınıflandırılır. Aralarındaki ayrımı bilmek önemlidir.

2.6.1 Canlı aşılar

Canlı aşılar, doğal enfeksiyonu daha doğru bir şekilde taklit ederler ve bu şekilde hümmoral antikorları, sekretuar antikorları ve sitotoksik T hücrelerini uyarak daha uzun ömürlü bir bağışıklık sağlarlar. Az da olsa zayıflatılmış aşıların virülans kazanması mümkündür. Bu açıdan üretiminde denge çok önemlidir. Canlı aşılar, bağışıklığı yeterli kişilerde, güçlü bir bağışıklık tepkisi oluşturacak kadar çoğalmalı ancak bunu yaparken önemli hastalık

semptomlarına neden olmamalıdır. Bu nedenle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde (örneğin, bazı primer immune yetmezliği olan çocuklar, HIV enfeksiyonu olanlar, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar kullanan kişiler) kontrolsüz bir şekilde çoğalma potansiyeline sahip olabilir ve bu durum kullanımlarında bazı sınırlamalara neden olabilir (24,25).

2.6.2 Ölü (İnaktive) aşılar

İnaktive aşılar mikroorganizmanın çeşitli inaktive edici ajanlar ile öldürülmesiyle oluşur. Zararsız ve bulaşıcı olmamaları için üretim süreçlerinde güvenilir inaktive edici ajanların ve inaktivasyon prosedürlerinin kullanılması önemlidir (24,26). Canlı olmayan bu aşıların antijenik bileşeni, bir organizmanın tamamen öldürülmesi (tam hücre boğmaca aşısı, inactive çocuk felci aşısı) şeklinde olabileceği gibi, organizmanın saflaştırılmış protein parçacıkları (aselüler boğmaca), rekombinant proteinleri (örneğin, hepatit B), polisakkaridleri (örneğin, *S. pneumoniae*'ye karşı pnömokok aşısı) veya toksin proteinlerinin (örneğin, tetanoz ve difteri) inaktivasyonu şeklinde de olabilir. Bu tür aşıların oluşturacağı bağışıklık yanıtı kısa sürelidir ve etkinliğini arttırmak için adjuvanlara gereksinim duyarlar. Buna karşılık, bağışıklığı baskılanmış kişiler için hiçbir risk oluşturmazlar.

Subunit Aşıları

Tüm mikroorganizmayı içermeyen bu aşılar patojenin yüzeyinden bir veya daha fazla spesifik antijen içerirler. Canlı aşılar gibi güçlü bir bağışıklık yanıtı oluşturmazlar, tekrarlayan ve hatırlatıcı dozlar gerektirirler ve etkilerinin artırılması için adjuvanlar kullanılır (24,25).

Rekombinant Protein Aşıları

Aşı geliştirmek istenen mikroorganizmadan bir DNA dizimi alınarak maya, bakteri gibi hücrelerde üretilir. Üretilen bu antijenik yapı aşıda kullanılır (24,25).

Toksoid Aşılar

Bazı mikroorganizmalar toksinler salgılayarak hastalık oluştururlar, bu toksinlerin inaktivasyonu ile elde edilen aşılar toksoid aşılar olarak tanımlanır (24,25).

Konjuge aşılar

Antijenik komponenti bakteri yüzeyindeki polisakkaritlerdir, daha iyi yanıt oluşturulabilmesi için genellikle tetanoz ya da difteri toksoid proteini ile konjuge edilerek elde edilirler (24,25).

Virüs benzeri parçacıklar

Virüs benzeri parçacıklar, bir viral partikülün şekil ve boyutunu taklit etmektedir. Ancak genetik materyalini içermemesi nedeniyle enfektif özelliği olmayan, genellikle viral kapsid proteinlerini barındıran küçük parçacıklardan oluşturulan aşılardır (27).

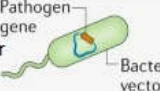
Dış membran vezikülleri (OMV)

Bakterilerin dış membranında bulunan proteolipozomlardır. OMV'ler sayesinde lipidler, lipopolisakaritler, zara gömülü ve ilişkili proteinler ve küçük moleküller, peptidoglikan ve nükleik asitler gibi kimyasal maddelerin taşınması gerçekleşir. Laboratuvar koşullarında OMV'ler aşı yapımında kullanılmak üzere geliştirilir (28).

2.6.3 Nükleik asit aşıları

Bu aşılar, bir dağıtım plazmitine klonlanmış, DNA veya mesenger RNA'nın doğrudan uygulanması ile sentezlenen bu endojen viral proteinler doğal bir enfeksiyonu taklit eder. Böylece antijenler doğal formlarında sunularak hem hücresel hem de humoral yanıtı uyarır (29).

Tablo 2. Aşı Üretim Teknolojileri

Aşı Tipleri		Lisanslı Aşılar	İlk Üretilen Aşılar
Canlı aşı		KKK, Sarı humma, İnfluenza, OPV, Tifo, Japon ensefaliti, Rota, BCG, Varisella zoster	1798 (Çiçek)
Ölü aşı		Tam hücre boğmaca aşısı, IPV, İnfluenza, Japon ensefaliti, Hepatit A, Kuduz	1896 (Tifo)
Toxoid		Difteri, Tetanoz	1923 (Difteri)
Subunit		Aselüler boğmaca, İnfluenza, Hepatit B, Meningokok, Pnömonokok, Tifo, Hepatit A	1970 (Antrax)
Virüs benzeri partiküller		HPV	1986 (Hepatit B)
Dış membran vezikülleri		Grup B meningokok	1987 (Grup B meningokok)
Konjuge protein-polisakkarit		Hemofilus influenza tip b, Pnömonokok, Meningokok, Tifo	1987 (Hemofilus influenza tip b)
Viral vektör aşıları		Ebola	2019 (Ebola)
Nükleik asit aşıları		SARS-CoV-2	2020 (SARS-CoV-2)
Bakterial vektör aşılar		Deneysel	-
Antijen sunan hücre aşıları		Deneysel	-

2.7 Aşı Etkinlikleri

Aşı etkinliği, bir aşının hastalığı ne derece önleyebildiği olarak tanımlanır. Hiçbir aşı %100 etkili değildir, insanların küçük bir yüzdesinde aşılmasına rağmen bağışıklık cevabı oluşmayabilir, ya da bağışıklığının baskılanması gibi belirli koşullar sebebiyle aşılammış olabilir. Aşı etkinliği, aşılammış ve aşılammamış kişiler arasındaki hastalık oranları karşılaştırılarak ölçülebilir.

$$\text{AŞI ETKİNLİĞİ (\%)} = \frac{\text{Aşı olmayanlarda atak hızı} - \text{Aşı olanlarda atak hızı}}{\text{Aşı olmayanlarda atak hızı}} \times 100$$

Bu ölçümler kontrollü deneyler sırasında yapılmaktadır, fakat hayata geçirildiğinde aynı sonucu göstermeyebilir. Bu bağlamda aşının sahadaki etkinlik kavramı doğmuştur. Aşının sahadaki etkinliği ölçüldüğünde, sadece aşının etkinliği değerlendirilmekle kalmaz aynı zamanda bağışıklama programının yürütülmesi hakkında da bilgi verir (soğuk zincirdeki aksaklıklar, bağışıklama maliyeti, sağlık bakımı erişimindeki sorunlar gibi) (30). Aşı etkinliği çalışmaları ile hastalık atak oranlarının yanı sıra; hastaneye yatışları, başvuru sıklığını ve oluşan maliyetleri de ölçmek mümkündür (31).

2.8 Aşı İçeriği

Aşılar içerisinde aktif bileşen dediğimiz bağışıklığı uyaran antijenin yanı sıra su ve çok az miktarda diğer bileşikler bulunur.

2.8.1 Aktif içerik

Bağışıklığı uyarmak için bakteri veya virüsün zayıflatılmış ya da tamamen öldürülmüş formunu içerebildiği gibi bu mikroorganizmaların yüzeyel proteinleri gibi parçalarından da oluşabilen antijenik yapılardır.

2.8.2 Alüminyum tuzları

Alüminyum doğada en çok maruz kalınan metallerden biridir. En çok bulunduğu kaynaklar içme suları, gıda katkı maddeleri ve ambalajları, formüla mamalar, antiasitler, aspirin ve ter önleyici ilaçlar gibi sağlık ürünleridir. Bu tuzlar, aşının salınımını yavaşlatarak daha yüksek bir bağışıklık cevabı oluşturmak için kullanılırlar. Konjuge pnömokok, hepatit B, HPV aşısı gibi bazı aşılar içerisinde alüminyum hidroksit, alüminyum fosfat, alüminyum potasyum ve alüminyum sülfat gibi alüminyum tuzlarını içerir. 60 yıldır kullanılan bu adjuvan bileşikler aşı içerisinde 2 mg dan az miktarda bulunur. Yiyeceklerden veya diğer kaynaklardan alınabilen alüminyum, böbrekten atılır. Yemeklerle ve aşılarla haftalık alınan alüminyum miktarının güvenli seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda bu seviyelerde Alzheimer hastalığı, genetik hasar veya kanser riskini artırdığına dair veriler ile karşılaşılmamıştır (30,32,33).

2.8.3 Thimerosal

Thimerosal, içerisinde cıva bulunduran bir bileşiktir. 1930’lardan bu yana, genellikle çok dozlu aşılar, flakonun iğne ile tekrar tekrar delinmesiyle meydana gelebileceği gibi aşının kazara kontamine olması durumunda da oluşabilecek bakteri ve mantarların büyümesini önlemek için bazı aşılar, küçük miktarlarda kullanılır. Aşı içerisindeki bu cıva bileşiği etil cıvadır. Bunu belirli balık türlerinde bulunan ve maruziyetin fazla olduğu durumlarda insanlar için toksik olan metil cıvadan ayırt etmek gereklidir. Artık tek dozlu flakonların üretilmesiyle aşılar içerisinde kullanım alanı sınırlanmıştır.Yapılan çalışmalarda, aşılar, timerosal kullanımı ile otizim arasında ilişki tespit edilememiştir (30,34).

2.8.4 Jelatin

Domuzlardan elde edilen jelatin, canlı virüsleri sıcaklığın etkilerine karşı koruyarak antijenin patojen özellik kazanmasını engellemek amacıyla stabilizatör olarak kullanılır. Ancak aşıda bulunan jelatinler doğal jelatinden farklı olarak yüksek oranda saflaştırılmıştır öyle ki yapılan çalışmalarda nazal olarak uygulanan grip aşısının içerisinde domuz DNA’sı tespit edilememiştir.Jelatin içeren aşılar karşı 2 milyonda bir alerjik reaksiyon vakası bildirilmiştir. Risk bu kadar düşük olmasına rağmen böyle bir hikâyesi olan hastayı aşılama öncesi muhakkak uzman görüşü alınmalıdır (32).

2.8.5 Sorbitol

Sorbitol, insan vücudunda da oluşabilen esasında meyvelerde bulunan, yiyecek ve içeceklerde tatlandırıcı olarak kullanılan bileşiklerdir. Aşılar, stabilizatör olarak kullanılırlar.

Stabilizatör olarak kullanılan diğer ürünler

- Sakkaroz
- Laktoz
- Mannitol, sorbitole benzer bir bileşiktir.
- Gliserol, gıda katkı maddelerinde de kullanılan, toksik olmayan bileşiklerdir.
- Medium 199; aminoasitlerin, mineral tuzlarının, vitaminlerin, pH’ı ayarlamak için hidroklorik asit veya sodyum hidroksitinin kompleks bir karışımıdır.
- Arginin hidroklorür, bir amino asit türüdür.
- Monosodyum glutamat, bir amino asit olan glutaminden yapılan bir tuzdur.
- Üre, protein yıkım ürünü sonucu oluşan azotlu bir bileşiktir (32).

2.8.6 Emülgatörler

Aşı içerisindeki maddeleri bir arada tutmak için kullanılırlar. Polisorbat 80 gıda ve kozmetik ürünlerinde yaygın kullanılır. Aşıların içinde çok az miktarda bulunur (2,5 µg).

2.8.7 Antibiyotikler

Genellikle eser miktarda bulunurlar. Aşıların üretim sürecinde bakteri üremesini engellemek için kullanılırlar. Yaygın olarak alerjik reaksiyon gelişen antibiyotikleri içermezler. Kullanılan antibiyotikler neomisin, streptomisin, polimiksin b, gentamisin ve kanamisin (32,33).

2.8.8 Yumurta proteinleri

Grip virüsü döllenmiş tavuk yumurtalarında geliştirilebildiği için inaktive grip aşılarında eser miktarda yumurta proteini bulunabilir. Az miktarda içerdiği için yoğun bakım yatışı gerektirecek derecede alerjik reaksiyon oluşan durumlar haricinde bu aşıların uygulanması sakıncalı görülmemiştir. Geçmişte yumurta alerjisi olan çocuklara KKK aşısının uygulanmaması önerilirdi. Ancak kızamık ve kabakulak virüsleri, civciv embriyo hücreleri içeren kültürlerde yetiştirilir, içerisinde yumurta proteini barındırmadığı için yumurta alerjisi bulunan çocuklarda uygulanabilir (32).

2.8.9 Maya proteinleri

HPV aşısının üretiminde maya kullanılır, fakat son ürün maya proteini içermediği için bu proteine alerjisi olan kişilerde uygulanabilir (32).

2.8.10 Latex

Hepatit B, grup B meningokok enfeksiyonuna karşı oluşturulan aşıların ambalajında iğne uçları latex bir tıpa ile korunduğu için ciddi latex alerjisi olan kişiler için risk teşkil edebilir.

2.8.11 Formaldehit

Formaldehit bazı aşılarda antijenik yapıların inaktivasyonunda kullanılan ve vücutta da bulunabilen organik bir bileşiktir. Aşıların büyük bir kısmı su içerir ve formaldehit su ile temasta hızla parçalanır (33).

2.8.12 pH düzenleyiciler

Aşılar üretilirken pH dengesinin doğru düzeyde tutulmasına yardımcı olmak için çok az miktarda kullanılırlar.

-Potasyum fosfat ve sodyum fosfat bazlı tuzlar, pH'ı dengelemenin yanı sıra aktif içeriği su yüzeyinde tutarak çökmesini engellerler, medium 199'un da içerisinde bulunabilirler.

-Sodyum adipat, gıda katkı maddesi olarak da kullanılır.

-Süksinik asit, vücutta bulunur.

-Sodyum hidroksit ve hidroklorik asit, kullanıldıklarında birbirleriyle reaksiyona girerek su ve zararsız tuzlara dönüşürler.

-Histidin, bir amino asittir.

-Sodyum borat (boraks), HPV ve hepatit B aşısında zarar vermeyecek miktarda bulunur (birkaç mikrogram).

-Trometamol, başka ilaçların üretiminde de kullanılır (32).

2.8.13 Aktif içeriğin yetiştirilmesi

İnsan ve hayvan hücre kültürleri

Suçiçeği, KKK'nın kızamıkçık kısmı, zona gibi virüsler insan hücrelerinde daha iyi gelişirler, bu gelişimden sonra materyal saflaştırır ve aşı içeriğinde bulunmaz. KKK aşısının kızamık ve kabakulak kısımları, bir civciv embriyo kültüründe yetiştirilir. Hayvan hücre kültürlerinde yetiştirilen bu aşılardan hayvansal kaynaklı hastalık bulaştıracağına dair hiçbir kanıt yoktur (32).

2.9 Aşı Yan Etkileri

Aşılarla bağlı en sık görülen yan etkiler lokal etkilerdir, aşının türüne bağlı olarak % 5– 60 arasında değişen sıklıkta olan bu yan etkiler genellikle enjeksiyon bölgesinde ağrı, şişlik, kızarıklıktır. Aşıdan sonra ateş, baş ağrısı, kas ağrısı ve iştahsızlık gibi sistemik yan etkiler görülebilir. Aşıdan aşırı farklılık göstermekle birlikte (örneğin OPV aşısından sonra %1'den az, beşli karma aşısından sonra ise % 20-40 oranında gözlemlenebilir) genellikle 2-3 gün içerisinde tedavisiz düzelmektedir (35). Hepatit B aşısına bağlı %3-29 oranında enjeksiyon bölgesinde ağrı, %1-6 oranında da 37,7'yi geçen ateş en sık görülen yan etkilerdir.

OPV aşısı uygulandığında nadiren paralitik poliomyelit görülebilir özellikle immun yetmezlik gibi durumlarda ölümcül paralitik poliomyelit oluşabilir bu yüzden bu kişilere aşı uygulanmamalıdır. OPV içerisinde eser miktarda streptomisin, basitrasin ve neomisin bulunabilir, daha önce OPV'ye veya bu antibiyotiklere karşı anafilaktik reaksiyonu olan kişilerde kullanımı kontrendikedir. IPV aşısında da eser miktarda streptomisin ve neomisin olabildiğinden, bu antibiyotiklere duyarlı kişilerde anafilaktik reaksiyon gelişebileceği için kullanılmamalıdır (36).

KKK aşısı uygulanmasından 5-12 gün sonra başlayan, %5–15 oranında görülebilen, 39.4 C ve üzerinde sıcaklık artışı, %5'inde de geçici döküntüler olduğu bildirilmiştir. Ateş oluşturabilmesi nedeniyle özellikle kendisinde veya soy geçmişinde nöbet öyküsü olan çocukların idiyopatik epilepsi geliştirme riski daha yüksek olsa da aşıları takiben meydana gelebilen bu ateşli nöbetler kendi başlarına bir sonraki epilepsi veya diğer nörolojik bozuklukların ihtimalini yükseltmemektedir. Kızamık aşısını takiben nöbetlerin çoğu basit ateşli nöbetlerdir, bu çocukların da enfeksiyonun yan etkileri ile kıyaslandığında risk faktörü olmayan çocuklar gibi aşılama ancak bu nadir görülebilen durumlar hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir (37).

Ensefalit riski 3 milyon dozda bir görülür ki bu oran hastalığın ensefalit yapma riskinden ve etiyolojisi bilinmeyen ensefalit insidansından daha düşüktür (1000 kızamık vakasında 1, 300 - 6000 kabakulak vakasında 1, 6000 kızamıkçık vakasında 1) (38). Kızamık aşılması yaygınlaştıktan sonra SSPE vakalarında belirgin azalma görülmüş ancak aşı olan çocuklarda nadiren SSPE bildirilmiştir (1 milyon kızamık vakasında 8,5 görülürken aşı ile 1 milyon dozda 0 ila 0,7 olarak görülür). Daha önce kızamık enfeksiyon geçirmiş kişilerde ya da daha önceden kızamık aşısı olan kişilerde bu aşının uygulanması SSPE gelişme ihtimalini arttırmamaktadır.

Özellikle trombositopenik purpura veya trombositopeni öyküsü olan çocuklarda, klinik olarak anlamlı trombositopeni gelişme olasılığı daha yüksek olmakla birlikte genellikle geçici ve iyi huylu olarak tespit edilmiştir (yapılan çalışmalarda 3000 kızamıkçık hastasında 1 olgu iken 40000 aşı dozunda 1 olgu olarak görülmüştür.).

Aşı içeriğindeki maddelere karşı anafilaktik reaksiyon gelişebilir ancak ABD verilerine göre 70 milyon dozda 33 olguda görülmüş, bunların çoğu bilinen alerji yatkınlığı olan kişilerde ve bağışıklamadan kısa bir süre sonra oluşmuştur. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde aşı içerisindeki virüslerin replikasyonu artıp enfeksiyona neden olabilir o yüzden bu hastalarda uygulanmamalıdır (36).

Difteri-boğmaca-tetanoz aşısı sonrası bebeklerde uzun süreli ağlama (bir milyon aşı dozunda 0-4800 vaka), ateşli nöbet (bir milyon aşı dozunda 0-290 vaka), hipotonik hiporesponsif atak (bir milyon aşı dozunda 0-470 vaka) bildirilmiştir. Hipotonik hiporesponsif atak ve ağlama atağı tedavisiz iyileşmektedir ve bu kişilerde uzun dönemde beyin gelişimini etkileyen bir durum tespit edilmemiştir (35).

Suçiçeği aşısından sonra çocukların %3'ünde enjeksiyon bölgesinde lokalize suçiçeği benzeri döküntü görülebilir. Suçiçeği aşısının içeriğindeki maddelere bağlı anafilaksi görülebilir yapılan çalışmalarda şimdiye kadar 76 vaka bildirilmiştir.

Rotavirus aşısı ile yeni aşılanmış bebeklerin, aşılanmamış bebeklere kıyasla biraz daha yüksek intususepsiyon riski mevcutken bu enfeksiyonu geçirenler kıyasla daha düşük riske sahip olduğu tespit edilmiştir (20000 ila 100000 dozda 1 olgu). Bu durum genellikle bağışıklamayı takiben bir hafta içerisinde gerçekleşmektedir (38).

BCG aşısından 2 hafta sonra başlayan ve 6. aya kadar olabilen aşının uygulandığı taraftaki servikal bölge ya da koltuk altında lenf bezinde büyüme meydana gelebilir.

İnfluenza aşısı ile Guillain-Barré sendromu arasındaki ilişki çelişkilidir. Yapılan çalışmalar, influenza enfeksiyonunun Guillain-Barré sendromu ile daha ilişkili olduğunu ve aşılama ile insidansının azalabileceğini öne sürmektedir (39).

Aşı Olumsuz Olay Raporlama Sistemi (VAERS)

FDA ve CDC tarafından aşı yan etkilerini değerlendirmek için kurulmuştur. VAERS'e aşı üreticileri ve sağlık profesyonelleri tarafından her yıl yaklaşık 30.000 vaka rapor edilmektedir. Türkiye'de bu bilgiler aşı istenmeyen yan etki bildirim sistemi ile toplanmaktadır (40,41).

2.10 Aşı Karşıtlığı Tarihçesi

1790'lı yıllarda Edward Jenner, inek çiçeği hastalığını geçiren kişilerin çiçek hastalığını geçirmediğini fark etmiş ve inek çiçeği hastalığı geçirmekte olan bir hastanın vezikül sıvısını sağlıklı bir bireye deride bir çizik oluşturarak uygulamıştır. İnek çiçeği hastalığı genellikle inek, kedi gibi hayvanlarda gözlenen ve sağlıklı insanlara deri bütünlüğü bozulan bölgelerden girerek lokalize sınırlayıcı ülsere hastalığa neden olan bir hastalıktır(42). Bu aşılama tedavinin uygulanış şekli itibari ile ailelerin bir kısmı red ederken, dini açıdan aşının hayvansal kaynaklı olmasından dolayı, tıbbi çevreden de yeni geliştirilen bu yöntemin güvenilirliği ve Jenner'ın hastalığın yayılması hakkındaki fikirlerine olan genel güvensizlikleri

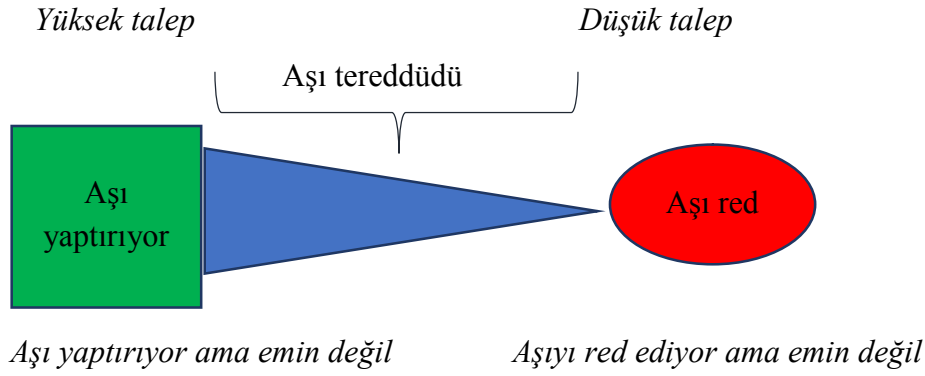
dolayısı ile çekimserlikler görülmüştür. Pek çok kişi de kişisel özgürlüklerinin ihlal edildiklerine inandıkları için aşıya karşı çıkmıştır. 1853 yılında 3 aya kadar olan bebeklerin aşı yaptırma zorunluluğu yasasına, 1867 yılında ise bu yaş sınırının 14 yaşına kadar çıkartılması ve aşı red eden kişilere yönelik cezalar eklenmiştir. Bu durum kendi ve çocuklarının bedenleri hakkında söz sahibi olmak isteyen kişiler tarafında direnişle karşılanmış ve aşı karşıtı örgütler ve dergilerin kurulmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler sonucunda aşı inceleme komisyonu kurulmuştur. 1896'da komisyon aşılamanın hastalığa karşı koruyucu olduğunu tespit etmiş ancak red ile ilgili cezai yaptırımların kaldırılmasını önermiştir ve böylece 1998 aşı yasasında cezalar kaldırılmış ve red eden kişiler için vicdani red maddesi eklenmiştir. 1902'de Massachusetts'te çıkan çiçek salgınında tüm şehrin aşılama zorunlu kılınmış bu uygulamanın red edilmesi ile ilgili açılan davalar sonucunda; 'devletin bulaşıcı bir hastalık durumunda halkın sağlığının korunması için zorunlu yasalar çıkarabileceğine karar vererek' devlet lehine sonuçlandırılmıştır.

1970'lerde DTP aşısına yönelik bazı çocuklarda nörolojik rahatsızlıklar meydana getirdiğine dair bir rapor öne sürülmüş ve bunun sonucu olarak bağışıklama oranlarında düşme ve boğmaca salgınları görülmeye başlanmıştır. Bunun üzerine bağımsız bir komisyon tarafından yapılan incelemelerde aşının güvenilir olduğu doğrulanmıştır. Lakin ara ara bu aşı hakkında tartışmalar alevlenmektedir.

Aşı karşıtlığına neden olan bir diğer spesifik aşı da KKK aşısıdır ki bunun nedeni de 1998 yılında İngiliz doktor Andrew Wakefield'in makalesinde bağırsak hastalığı, otizm ve KKK aşısı arasındaki olası bir ilişkinin varlığından bahsetmesidir. Yapılan araştırmalar sonucunda otizm ile KKK aşısı arasında ilişki tespit edilmemiştir ve makalenin ölümcül bir çıkar çatışması olduğu sonucuna varılmıştır. Söz konusu çıkar çatışmasının nedeni aşının çocuklara zarar verdiğine inan ebeveynler tarafından açılan davayı destekleyecek kanıt olup olmadığını öğrenmesi için bir hukuk firması tarafından ödeme almış olmasıdır. Bunu sonucunda 2010 yılında Lancet tarafında yayınlanan makale geri çekilmiş ve bu durum kişinin tıbbi siciline işlenmiştir(42-44).

Aşı tereddüdü, aşı hizmetlerinin bulunmasına rağmen aşılarda kabul edilmesinde veya reddedilmesinde yaşanan gecikmeler olarak tanımlanır, zamana, yere ve aşılar göre değişiklik göstermektedir. Aşı tereddüdü; aşı eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşım eksikliği, yetersiz aşı programı gibi durumları içerisinde bulundurmaz.

Aşı reddi ise tüm aşıları red etme durumudur. Aşı ile ilgili tutumlar, tamamen kabulden tamamen reddetmeye kadar uzanabilen bir süreçtir ve bu süreçte aşı tereddüdü olan kişileri bazı aşıları kabul ederken bazılarını da red edebilir. Bu neden aşı tereddüdü gösteren kişilerini aşıları red edenlere göre farklı olduğu kabul edilir.



Şekil 2.1: Aşı tereddüdü spektrumu

Aşı Tereddüt Belirleyicileri

Aşı tereddüdü, karar verme sürecinden kaynaklanan ve önerilen programa göre bazı veya tüm aşıları kabul etme kararını etkileyebilecek faktörlerin bir dizisini yansıtan davranıştır. Tereddüdü belirlemek için en kullanışlı iki model oluşturulmuştur.

- Bunlardan ilki 3 C modeli olarak tanımlanır. Bu modele göre aşı tereddüdü;
- aşıların etkinliği ve güvenliğinden
 - sağlık sistemine olan güven ve yeterlilikten ve
 - gerekli aşıları karar veren politikacıların motivasyonlarından etkilenir.

Diğer model ise; bağlamsal, bireysel ve grup, aşı ve aşıya spesifik nedenlerden etkilenir.

Tablo 3. Aşı Tereddüdü Belirleyicileri

- İletişim ve medya
- Etkili liderler, bağışıklama programı bekçileri ve aşı karşıtı veya aşı karşıtı lobiler.
- Tarihsel etkiler
- Din/kültür/cinsiyet/sosyo-ekonomik
- Siyaset/politikalar
- Coğrafi engeller
- İlaç endüstrisinin algısı

BAĞLAMSAK ETKİLER

Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumsal, ekonomik veya politik faktörlerden kaynaklanan etkiler

- Ağrı dahil olmak üzere kişisel, aile ve/veya topluluk üyelerinin aşılama deneyimi
- Sağlık ve korunma ile ilgili inançlar, tutumlar
- Bilgi/farkındalık
- Sağlık sistemi ve sağlık profesyonellerine güven ve kişisel deneyim.
- Risk/fayda (algılanan, sezgisel)
- Sosyal bir norm olarak bağışıklama, gerekli/zararlı

BİREYSEL VE GRÜP ETKİLERİ

Aşının kişisel algısından veya sosyal/akran ortamının etkilerinden kaynaklanan etkiler

- Risk/Yarar (epidemiolojik ve bilimsel kanıt)
- Yeni bir aşının veya yeni formülasyonun tanıtılması veya mevcut bir aşı için yeni bir öneri
- yönetim şekli
- Aşılama programının tasarımı/Teslimat şekli (örneğin, rutin program veya toplu aşılama kampanyası)
- Aşı ve/veya aşı ekipmanının güvenilirliği ve/veya tedarik kaynağı
- Aşı takvimi
- Maliyetler
- Sağlık profesyonellerinin tavsiyesinin ve/veya bilgi tabanının ve/veya tutumunun gücü

AŞI/ AŞILAMA-ÖZEL KÖNÜLAR

Doğrudan aşı veya aşı ile ilgili

Toplumdaki yüksek tereddüt oranları aşı talebinin düşüklüğünü ifade edebilir. Ancak tereddüt oranlarının düşük olması aşya olan talebin artmış olduğunun göstermez. Bu nedenle aşı tereddüdünün daha iyi betimlenmesi, konunun daha iyi anlaşılmasını ve değerlendirilmesini sağlarken diğer yandan aşya olan talebin arttırılması için çaba sarf edilmesi gerekmektedir (45,46).

2.11 Sağlık İnanç Modeli (SIM)

Sağlık inanç modeli, kişilerin inançlarının bir davranışın gerçekleştirilme olasılığını etkilediğini savunmaktadır. Bu model ilk olarak 1950'li yıllarda sosyologlar tarafından insanların bir hastalığın erken tespiti için yapılan tarama testlerinin yaptırmak istememe nedenlerini anlamak için geliştirilmiştir. Daha sonraları da ilaç uyumunu değerlendirmede ve bir hastalık semptomuna yönelik oluşan inançları anlamada kullanılmıştır. Sağlık inanç modeli zamanla geliştirilmiş ve yeni alt boyutlar eklenmiştir (47,48).

Algılanan duyarlılık, kişinin hasatlık veya hatalığa yakalanma riskine ilişkin kendi algısı olarak tanımlanır. Duyarlılık algısı, hastaya ve hastalığa bağlı olarak çok değişkenlik gösterir bu nedenle tek başına davranış değişikliğinin oluşturulması için yeterli olmayabilir (47–50).

Algılanan ciddiyet, kişileri hastalığa ve kendilerinde oluşturacağı etkinin ciddiyetine olan inançları olarak ifade edilebilir. Ciddiyet algısı hastalığa karşı tıbbi veya kişisel inançlardan etkilenebilir. Daha önce gribe yakalanıp hafif geçiren insanların hastalık hakkında ciddiyet algısı düşük olduğu için aşı olmak istemeyebilir (47–50).

Yarar algısı- Kişinin hastalığa veya hastalık tehdidini azaltmaya yönelik yapılacak olan davranışın etkili olduğuna inancıdır. Eylemin yararlı sonuçlar oluşturacağına dair olan inanç, kişinin harekete geçme ihtimalini yükseltir (örnek; sigara bırakmak, ilaçlarını düzenli kullanmak, tarama yaptırmak gibi) (47–50).

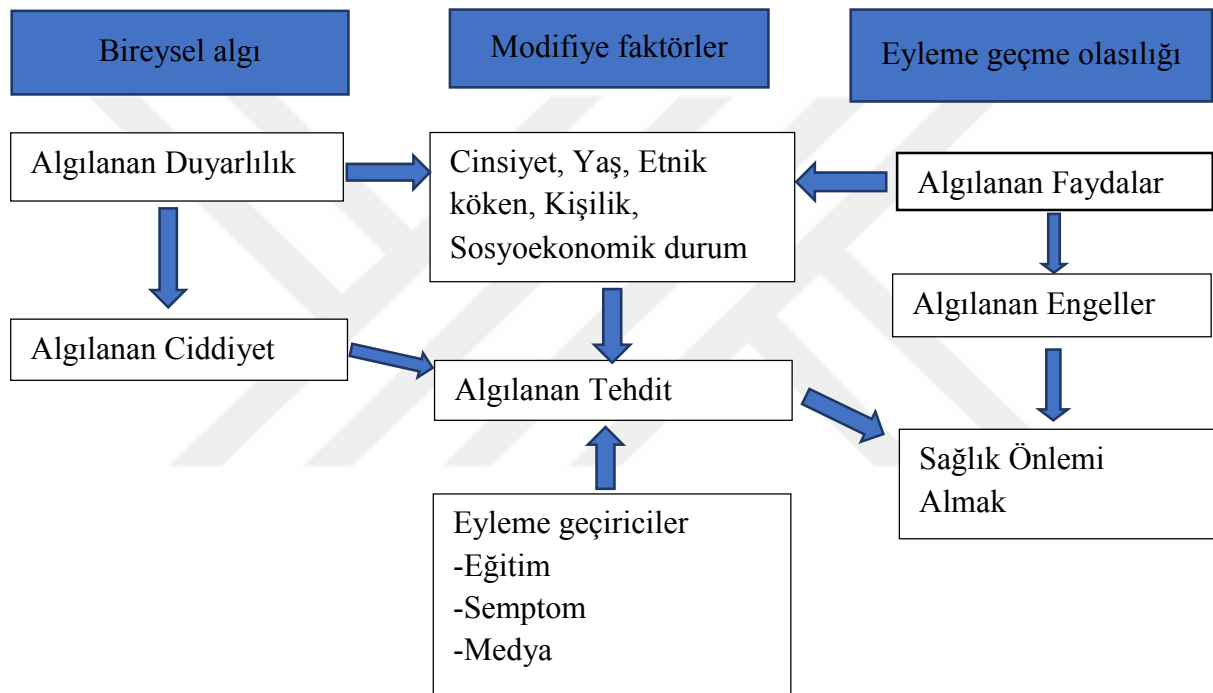
Engeller algısı- Kişinin davranış değişikliğini gerçekleştirmesinin önündeki algıladığı engellerdir. Bu engeller maddi olabileceği gibi utanç, rahatsızlık, acı verici deneyimler yaşama korkusu gibi psikolojik yönlü de olabilir. Davranış değiştirmede en önemli etkidir. Bir davranış değişikliği oluşabilmesi için algılanan yararların algılanan engellerden fazla olması gereklidir (47,49).

Eyleme geçiriciler- Davranışları değiştirmeyi tetikleyen olaylar, insanlar veya durumlar olarak ifade edilebilir. Bunlar sevilen birinin hastalığı, sosyal medya, gazete gibi dış

etkilerle veya göğüs ağrısı, hırıltı gibi iç etkililerle oluşabilir. Bu uyarılar ile engeller algısının üstesinden gelinip davranış değişikliği gerçekleştirilebilir (47–50).

Öz-yeterlilik- kişinin davranış değişikliğini gerçekleştirme yeteneğine olan inanç ve güveni olarak tanımlanabilir. Bir davranışı değiştirebilmek için o davranışın yararına inanmak yetmeyebilir, bunu için davranışın gerçekleştirilmesinin önündeki engeller ile baş edebileceğine de inanması gerekmektedir. Öz-yeterliliğin artırılması için teşvikler, destekler, eğitimler gerekli olmaktadır (47–50).

Tablo 4. Sağlık İnanç Modeli



Sağlık inanç modeli sınırlılıkları

1. Sağlık inanç modeline göre düzenlenen farklı versiyonlarda ölçekler mevcuttur. Çalışmaların bazılarında sağlık motivasyonu ve eyleme geçiriciler alt boyutları bulunmamaktadır.
2. Bu model alışılmış davranışları değerlendirmemektedir.
3. Önerilen eylemi engelleyebilecek veya teşvik edebilecek çevresel veya ekonomik faktörleri ele almamaktadır.
4. Herkesin hastalık hakkında eşit miktarda bilgiye erişimi olduğunu varsaymaktadır.

5. Model, bireyin sağlıklı olan bir davranışını gerçekleştirmede sadece sağlık inançlarından etkilendiğini varsaymaktadır. Sosyal kabul edilebilirlik gibi sağlıkla ilgili olmayan nedenlerle yapılan davranışları dikkate almamaktadır(47,51).

2.12 Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ele alındığı günden beri farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Nutbeam 3 bölüme ayırmıştır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, kişilerin günlük durumlarda faal bir şekilde işlev görmelerini sağlamak için okuma ve yazmadaki temel beceriler; iletişimsel sağlık okuryazarlığı, bir bilgiyi bulmak ve çıkarımlarda bulunarak yeni gelişen koşullarda bu bilgiyi uygulamak gibi daha gelişmiş beceriler; kritik sağlık okuryazarlığı, ise hayatta gerçekleşecek durumları kontrol altında tutabilmek için elde edilen bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz ederek kullanabilmek için en üst düzeyde beceriler olarak tanımlamıştır(52,53).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri olarak ifade etmektedir(54). Ağustos 2020'de sağlık okuryazarlığı kavramı güncellenmiştir. Buna göre sağlık okuryazarlığı kişisel ve örgütsel sağlık okuryazarlığı diye ele almaktadır.

Kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları alabilmesi için bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olma derecesi olarak ifade edilmektedir.

Örgütsel sağlık okuryazarlığı ise kuruluşların görevinin, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları alabilmesi için bilgi ve hizmetleri bulmasını, anlamasını ve kullanmasını adil bir şekilde sağlama derecesi olarak tanımlanmaktadır(52–58).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk öne sürüldüğünde sadece okuryazarlık seviyesi gibi okuduğunu anlama olarak tanımlanırken zamanla detaylandırılmıştır. Sağlık okuryazarlığı, birey ile iletişimde olduğu kültür ve toplumsal yapıdan, sağlık sistemi ve eğitim sisteminden etkilenmektedir. Bu sistemler ayrıca sağlık okuryazarlığını geliştirilmesi için müdahale noktalarını oluşturmaktadır(58). Avrupa'da yapılan 8 ülkenin dahil edildiği araştırmada yetişkinlerin yaklaşık yarısının sağlık okuryazarlıklarının yetersiz veya sorunlu olduğu tespit edilmiştir. Zayıf sağlık okuryazarlığı nedeni ile sağlıklı davranışların yapılmasında azalma, riskli davranışlarda artış, hastaneye yatış oranlarında artma görülmüştür. Sağlık

okuryazarlığı daha düşük olan kişilerin sağlık sistemindeki insan ve finansal kaynakların tüketiminden büyük ölçüde sorumludur ve kalkınmanın önünde engel olarak görülmektedir(54).

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgilere erişme	Sağlıkla ilgili bilgileri anlama	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgileri uygulama/kullanma
Sağlık hizmeti	1) Tıbbi veya klinik konularda bilgiye erişme yeteneği	2) Tıbbi bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	3) Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	4) Tıbbi konularda bilinçli kararlar verebilme becerisi
Hastalıktan korunma	5) Risk faktörleri ile ilgili bilgilere erişebilme	6) Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	7) Risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	8) Risk faktörleri hakkındaki bilgilerin uygunluğunu yargılayabilme
Sağlığın geliştirilmesi	9) Sağlık konularında kendini güncelleyebilme	10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	11) Sağlıkla ilgili konulardaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	12) Sağlık konularında yansıtılmış bir görüş oluşturma yeteneği

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel analitik tipte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri 1-10 Mart 2020 ve 1-28 Şubat 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde 0-2 yaş çocuğu olan 319 ebeveynle tamamlanmıştır. Araştırma Gaziemir 10no'lu ve 11 no'lu EASM'de yürütülmüştür.

Dahil Edilme Kriterleri:

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

0-2 yaş çocuğu olan ebeveyn olmak

Dışlanma Kriterleri: Dışlanma kriteri yoktur.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-2 yaş çocuğu olan ebeveynler oluşturmaktadır. Örneklem sayısı kullanılmayıp araştırmaya uygun popülasyonun tamamına ulaşılma amaçlanmıştır. Bu nedenle örneklem hesabı yapılmamıştır. Ulaşılması hedeflenen toplam uygun yaşta çocuğu olan ebeveyn sayısı 397kişidir. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dâhil edilmiştir.

Araştırmamız planlandığı gibi 2020 yılı mart ayında veri toplanmaya başlanmıştır. Ancak o sırada COVID-19 pandemisi sebebiyle 10 Mart 2020 tarihinde veri toplamaya ara verilmiştir. Veri toplamaya 1-28 Şubat 2021 tarihleri arasında devam edilmiştir.

Covid-19 salgını nedeniyle pandemi kliniklerinde yapılan görevlendirmeler, kişilerin hastalık endişesi ile sağlık kuruluşlarına başvurularında azalma, yüz yüze görüşme yaparak çalışmaya katılmayı reddetmeleri ve uzun süre aynı ortamda kalmayı istememe gibi sebeplerden dolayı çalışmaya onam alındıktan sonra telefon ile görüşülerek devam edilmiş ancak tekrarlı aramalara rağmen bir kısım ebeveynlere ulaşılamamış ya da anket yarım bırakılmıştır. Bu nedenle çalışmamız 319 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu formda araştırmacının amacı ve araştırmada uygulanacak yöntemler hakkında gönüllülere bilgi verilmektedir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurdıkları ve imzalarının yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır. Formda ayrıca kişisel verilerin gizli tutulacağı ve kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler de yer almaktadır. (Ek 1)

3.4.2. Anket Formu

Sosyodemografik özelliklerin ve araştırmacı tarafından literatür taranarak ailelerin aşılama kararı hakkında düşüncelerini etkileyebileceğini düşündüğü 28 sorudan oluşan anket oluşturulmuştur.

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği: Bu ölçek üç araştırmacı tarafından (Deniz Tanyer, Kübra Sultan Canbolat, Zeynep Büyükkarakurt) orijinal olarak geliştirilmiştir. Ölçek değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılamamaktadır. Beş alt boyutlu ve beşli likert şeklinde yanıtı olan ölçeğin alt boyutlarının hepsi ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Duyarlılık ve Ciddiyet alt boyutu dört madde (en düşük 4, en yüksek 20 puan); yarar ve sağlık sorumluluğu alt boyutu beş madde (en düşük 5, en yüksek 25 puan), engel alt boyutu ise sekiz maddeden (en düşük 8, en yüksek 40 puan) oluşmaktadır. Engel alt boyutunda puanın düşmesi olumlu tutumu gösterirken; diğer alt boyutlarda puan artışı olumlu tutum anlamına gelmektedir. Araştırmamızda kullanacağımız anket formu özel izin alınarak kullanılan bir ölçek olmayıp sağlık inanç modeline göre düzenlenmiş sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89'dur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe 'ye uygun olarak dönüştürülmüş halidir. Bu ölçeği Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) oluşturmuş ve geliştirmiştir. Bu ölçeğin ölçmek istediği fenomen ise 15 yaşından büyük insanlarda sağlık okuryazarlık durumunu değerlendirmektir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) kapsamaktadır. 32 maddelik ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan meydana gelmektedir. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelendirilmiştir. "Bilmiyorum" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Puanlama yapılırken 1-4 olan kodlama sırası

4-1 olacak şekilde puan değerlerine dönüştürülmüştür. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks=Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

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

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değerdir.

Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir. Bu formül vasıtasıyla dört eksen (genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, puana göre dört farklı kategoride sınıflandırılmıştır.

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): çok iyi sağlık okuryazarlığı

Bu ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirliliği Okbay ve Abacıgil tarafından Mayıs 2016 tarihinde gerçekleştirilmiş olup internal consistency coefficient değeri 0.982 hesaplanmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

Veri toplama, yüz yüze anket doldurma ve telefonla anket doldurma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve onam kâğıdı imzalatılmıştır.

3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler, Ebeynlerin bağışıklama tutumları

Bağımsız değişkenler, Sosyodemografik özellikler, sosyal medyada harcanan zaman, sosyal medyada aşı hakkında edinilen fikirler, aşı hakkında bilgi alınan kaynaklar, bağışıklamaya karar veren ebeveyn, red edilen aşı varlığı ve nedenleri, özel aşı yaptıрма durumu

ve yaptırılan aşılar, aşıların yaptırıldığı yer, aile hekimine güven, aşıların güvenliğine karşı endişe varlığı, yeni geliştirilen bir aşığı yaptırmama durumu, aşı yaptırmama hakkı düşüncesi, sağlık okuryazarlığı durumu

3.7. Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılmıştır. Tüm veriler için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Karşılaştırmalarda tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik sürekli değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, sürekli bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan verilerde t-testi ve ANOVA normal dağılmayan verilerde ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. İzinler

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 20.01.2020 tarih ve 2020/02-39 karar no ile izin alınmıştır (Ek 3). Daha sonra araştırmayı kabul eden bireylerden sözlü yazılı izin alınarak araştırma yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Analizler

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gaziemir 10 no'lu ve 11 no'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 319 ebeveyn katılmıştır. Çalışmaya alınan katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların 287'si (%90,0) kadın, 32'si (%10,0) ise erkekti. Annelerin yaş gruplarına göre dağılımları; 20-29 yaş arası 134 (%42,0), 30-39 yaş arası 168 (%52,7), 40 yaş ve üstü 17 (%5,3) kişi idi. Babaların yaş gruplarına göre dağılımları; 20-29 yaş arası 62 (%19,4), 30-39 yaş arası 205 (%64,3), 40 yaş ve üstü 52 (%16,3) kişi idi. Katılımcıların 246'sının (%77,1) 0-12 ay aralığında, 73'ünün de (%22,9) 13-24 ay aralığında çocukları vardı. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; 2 kişinin (%0,6) okur yazar olmadığı, 9 kişinin (%2,8) okuryazar olduğu, 43 kişinin (%13,5) ilkokul, 47 kişinin (%14,7) ortaokul, 75 kişinin (%23,5) lise, 143 kişinin de (%44,8) üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Babaların eğitim durumları incelendiğinde; 1 kişinin (%0,3) okur yazar olmadığı, 6 kişinin (%1,9) okuryazar olduğu, 48 kişinin (%15,0) ilkokul, 48 kişinin (%15,0) ortaokul, 90 kişinin (%28,2) lise, 126 kişinin de (%39,5) üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin 76'sı (%23,8) çalışıyor 243'ü (%76,2) ise çalışmıyordu. Katılımcıların 102'si (%32) gelir durumlarını gelirim giderimden az, 206'sı (%64,6) gelirim giderime eşit, 11'i (%3,4) ise gelirim giderimden fazla olarak tarif etmişlerdir. Ebeveynlerin 151'inin (%47,3) tek, 103'ünün (%32,3) iki, 42'sinin (%13,2) üç, 21'inin (%6,6) dört, 2'sinin de (%0,6) beş çocuğu vardı. 0-24 ay çocuğu olan bu ebeveynlerin çocuklarının 168'i (%52,7) kız, 151'i (%47,3) ise erkek idi. Annelerin 193'ü (%60,5) ev hanımı, 34'ü (%10,7) öğretmen, 17'si (%5,3) sağlık personeli, 20'si (%6,3) serbest meslek sahibi 46'sı (%14,4) özel sektör çalışanı ve 9'u (%2,8) devlet memuru idi. Babaların 171'i (%53,6) özel sektör çalışanı, 94'ü (%29,5) serbest meslek sahibi, 39'u (%12,2) devlet memuru, 10'u (%3,1) öğretmen, 5'i (%1,6) sağlık personeli idi.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Çocuk ile yakınlık derecesi	Anne	287	90
	Baba	32	10
Anne yaş dağılımı	20-29 yaş	134	42
	30-39 yaş	168	52,7
	40 yaş ve üstü	17	5,3
Baba yaş dağılımı	20-29 yaş	62	19,4
	30-39 yaş	205	64,3
	40 yaş ve üstü	52	16,3
Çocuk yaş dağılımı	0-12 aylık	246	77,1
	13-24 aylık	73	22,9
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	2	0,6
	Okur yazar	9	2,8
	İlkokul	43	13,5
	Ortaokul	47	14,7
	Lise	75	23,5
	Üniversite	143	44,8
Baba eğitim durumu	Okur yazar değil	1	0,3
	Okur yazar	6	1,9
	İlkokul	48	15
	Ortaokul	48	15
	Lise	90	28,2
	Üniversite	126	39,5
Ebeveynlerin çalışma durumu	Çalışıyor	76	23,8
	Çalışmıyor	243	76,2
Ebeveynlerin gelir durumu	Gelirim giderimden az	102	32,0
	Gelirim giderime eşit	206	64,6
	Gelirim giderimden fazla	11	3,4
Çocuk sayısı	1	151	47,3
	2	103	32,3
	3	42	13,2
	4	21	6,6
	5	2	0,6
Çocuğun cinsiyeti	Kız	168	52,7
	Erkek	151	47,3

Katılımcıların 87'si (%27,3) sosyal medyada günlük 0-15 dakika, 42'si (%13,2) 16-30 dakika, 69'u (%21,6) 31-60 dakika, 68'i (%21,3) 61-120 dakika ve 53'ü (%16,6)

120 dakika üzerinde zaman harcıyordu. Ebeveynlerin 94'ü (%29,5) sosyal medyadan olumsuz fikir edinirken 24'ü (%7,5) sosyal medyadan edinilen bu fikirlerin aşılama kararında etkili olduğunu söylemiştir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyal medya kullanımı ve aşılar hakkında karara etkisi

	n	%
Sosyal medya günlük kullanımı süresi		
0-15 dk	87	27,3
16-30 dk	42	13,2
31-60 dk	69	21,6
61-120 dk	68	21,3
120 dk ve üstü	53	16,6
Sosyal medyadan olumsuz fikir edinme		
Evet	94	29,5
Hayır	225	70,5
Sosyal medyadan edinilen fikirlerin karara etkisi		
Evet	24	7,5
Hayır	295	92,5

Ebeveynlerin 74'ü (%23,3) sadece çocuk doktorundan, 54'ü (%16,9) hemşireden, 52'si de (%16,3) aile hekiminden aşılar hakkında bilgi edinirken, 38'i (%11,9) aile hekimi ve hemşireden, 22'si (%6,9) aile hekimi ve çocuk doktorundan, 14'ü (%4,4) TV, sosyal medya, gazeteden, 11'i (%3,4) aile hekimi, çocuk doktoru ve hemşireden, 8'i (%2,5) çocuk doktoru, TV, sosyal medya ve gazeteden daha az bir kısmı bilimsel yayın ve makalelerden ve bunların kombinasyonlarından (%14,0) bilgi edinmekteydi. Bilgi almak için kullanılan kaynak sayısına bakıldığında 201'i (%63,0) bilgi edinirken tek kaynaktan, 83'ü (%26) iki, 31'i (%9,7) üç ve 4'ü (%1,3) de 4 kaynaktan faydalanmaktaydı.

Tablo 8. Aşılama hakkında karar verirken bilgi edinilen kişiler

		n	%
Bilgi edinme kaynakları	Hemşire	54	16,9
	Aile hekimi	52	16,3
	Çocuk doktoru	74	23,2
	Aile hekimi, Çocuk doktoru	22	6,9
	Aile hekimi, Hemşire	38	11,9
	Aile hekimi, Çocuk doktoru, Hemşire	11	3,4
	TV, Sosyal medya, Gazete	14	4,4
	Çocuk doktoru, TV, Sosyal medya, Gazete	8	2,5
Kullanılan kaynak sayısı	1	201	63
	2	83	26
	3	31	9,7
	4	4	1,3

Aileler çocuklarını bağışıklama konusunda 5'i (%1,6) baba, 56'sı (%17,6) anne ve 1'i (%0,3) de aile büyükleri tarafından karar alırken, 257'si (%80,6) ortak karar almaktaydı.

Tablo 9. Bağışıklamaya karar veren kişiler

		n	%
Baba	Evet	5	1,6
Aile büyükleri	Evet	1	0,3
Ortak karar alanlar	Evet	257	80,6
Anne	Evet	56	17,6

Katılımcıların 317'si (%99,4) tüm çocukluk aşılarını yaptırırken 2'si (%0,6) aşıları red ediyordu. Red edilen aşılar KKK, difteri, tetanoz, boğmaca, oral polio, Hepatit A, su çiçeği aşıları idi. Aşılamayı red etme nedeni olarak 1 (%0,3) kişi yan etkilerinden, 1 (%0,3) kişi de aşılarda ithal olmasından dolayı olduğunu belirtti.

Tablo 10. Aşı yaptırma durumu ve red edilen aşılar

		n	%
Aşı yaptırma durumu	Evet	317	99,4
	Hayır	2	0,6
Red edilen aşılar KKK	Evet	2	0,6
	Hayır	317	99,4
Difteri, Tetanoz, Boğmaca	Evet	2	0,6
	Hayır	317	99,4
Polio	Evet	2	0,6
	Hayır	317	99,4
Hepatit A	Evet	2	0,6
	Hayır	317	99,4
Su çiçeği	Evet	2	0,6
	Hayır	317	99,4
Yan etki nedeniyle red etme	Evet	1	0,3
	Hayır	318	99,7
İthal aşı olması nedeniyle red etme	Evet	1	0,3
	Hayır	318	99,7

Çalışmaya katılan 282 (%88,1) kişi çocuklarının aşılarını aile hekimliğinde 4 (%1,3) kişi özel hastanede yaptırırken 33 kişi (%10,3) ise her ikisinde de yaptırmaktaydı. Ailelerin 177'si (%55,5) özel aşıları hiç yaptırmamış iken 142'si (%44,5) en az bir tane özel aşı

yaptırmıştı. Sadece 58 (%18,2) kişi rotavirus aşısını, 8 (%2,5) kişi menenjit aşısını, 1 (%0,3) kişi grip aşısını, 74 (%23,2) kişi ise rotavirus ve menenjit aşılarını, 1 (%0,3) kişi ise her üç aşıyı da yaptırmıştı. Katılımcıların 199'u (%62,4) önemli bir hastalıktan koruyan yeni bir aşı geliştirilirse yaptırabileceklerini söyledi. 294 (%92,2) kişi aile hekimine güven duyduğunu, 25 (%7,8) kişi ise güvenmediğini belirtti. 104 (%32,6) kişinin aşı yaptırdığı halde aşılarda güvenliği hakkında endişeleri vardı. Ailelerin 160'ı (%50,2) insanların aşı yaptırmama hakkına sahip olması gerektiğini düşünüyordu.

Tablo 11. Ailelerin özel aşı yaptırmama durumları

		n	%
Aşı yaptırılan yerler	Aile hekimi	282	88,1
	Özel hastane	4	1,3
	Aile hekimi ve Özel hastane	33	10,3
Özel aşı yaptırmama durumu	Rotavirus aşısı	58	18,2
	Menenjit	8	2,5
	Grip	1	0,3
	Rota ve Menenjit	74	23,2
	Rota, Menenjit ve Grip	1	0,3
	Yaptırmamış	177	55,5
Yeni geliştirilen aşıyı yaptırmama durumu	Evet	199	62,4
	Hayır	120	37,6
Aile hekimine güven duyma	Evet	294	92,2
	Hayır	25	7,8
Aşı yaptırmama hakkı	Evet	160	50,2
	Hayır	159	49,8
Aşı hakkında endişe durumu	Evet	104	32,6
	Hayır	215	67,4

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 12 ve Tablo 13'te sunulmuştur. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutu olan duyarlılık algısından 16,54±2,33 puan, yarar algısı alt boyutundan 19,89±3,11 puan, ciddiyet algısı alt boyutundan 15,80±3,22 puan, engeller algısı alt boyutundan 14,76±5,36 puan, sağlık sorumluluğu alt boyutundan 20,87±2,66 puan almışlardır.

Tablo 12. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları değerlendirilmesi

	Duyarlılık algısı	Yarar algısı	Ciddiyet algısı	Engeller algısı	Sağlık sorumluluğu
n	319	319	319	319	319
Ortalama	16.54	19.89	15.80	14.76	20.87
Ortanca	16.00	20.00	16.00	15.00	20.00
Standart sapma	2.33	3.11	3.22	5.36	2.66
Minimum	4.00	5.00	4.00	8.00	11.00
Maximum	20.00	25.00	20.00	40.00	25.00

Katılımcılar Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'nden ortalama 37,4412±9,72330 puan almışlardır.

Tablo 13. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) nin değerlendirilmesi

n	319
Ortalama	37.44
Ortanca	39.58
Standart sapma	9.72
Minimum	5.73
Maximum	50.00

4.2. Analitik Analizler

a) Ana bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı, engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Genel sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 34,645; p = 0,000$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 26,282; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 39,275; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 61,545; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 57,815; p = 0,000$) anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Yapılan post-hoc analizlerde aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık ve ciddiye algısı alt boyutlarında; mükemmel ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Ölçeğin yarar ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında; mükemmel ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında, yeterli ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Engeller algısı alt boyutunda ise yeterli ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 14. Genel sağlık okuryazarlığı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Genel sağlık okuryazarlığı	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	145,05				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	83	118,61				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	66	160,57	34,645	3	<0,001	4-2
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	138	188,09				3-2
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	145,72				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	83	123,07				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	66	162,66	26,282	3	<0,001	4-2
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	138	184,25				3-2
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	108,81				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	83	122,23				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	66	171,7	39,275	3	<0,001	4-2,1
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	138	188,99				3-2,1

Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	32	195,09				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	83	215,56				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		66	157,39	61,545	3	<0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	138	119,69				3-2
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	32	102,8				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	83	114,18				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		66	166,27	57,815	3	<0,001	4-1,2
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	138	197,83				3-1,2

Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 24,565; p = 0,000$), ciddiye algısı ($\chi^2(3) = 18,916; p = 0,000$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 33,310; p = 0,000$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 54,282; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($F(3,315) = 16,449, p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 15. Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşısıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Tedavi ve hizmet	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
			1				
Duyarlılık algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	31	131,15				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	63	128,94				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	71	148,56	24,565	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	154	183,79				
Ciddiyet algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	31	136,19				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	63	134,18				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	71	146,35	18,916	3	<0,001	4-2
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	154	181,65				

Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	96,00				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	63	129,90				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	71	161,24	33,310	3	<0,001	4-1,2
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	154	184,63				3-1
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	201,35				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	63	214,32				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	71	173,34	54,282	3	<0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	154	123,31				

Post-hoc analizlerde aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı alt boyutu ile tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı arasında mükemmel sağlık okuryazarlığı ve diğer sağlık okuryazarlık sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ciddiyet algısı alt boyutunda; mükemmel ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı arasında ve mükemmel ile yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Yarar algısı alt boyutunda; mükemmel ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında, yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Engeller algısı alt boyutunda; mükemmel sağlık okuryazarlık ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile mükemmel sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda mükemmel ve diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 16. Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait test sonuçlarının değerlendirilmesi

Tedavi ve hizmet		n	X	SS	Varyansı n kaynağı	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı fark
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	31	15,1290	2.87219	Gruplar arası	147,803	3	49,268	4,922	0,002	4-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	63	15,0317	2.88471	Grup içi	3153,357	315	10,011			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)	71	15,2535	3.27204	Toplam	3301,160	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)	154	16,5000	3,27448							
	Total	319	15,7994	3,22196							
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (2)	31	17,3226	5,99103	Gruplar arası	1262,368	3	420,789	16,820	,000	3-4
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	63	17,5873	5,05976	Grup içi	7880,560	315	25,018			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)	71	15,1831	4,62697	Toplam	9142,928	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)	154	12,8831	4,92950							
	Total	319	14,7555	5,36203							
Sağlık sorumluluğu	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (2)	31	19,4516	2,12664	Gruplar arası	304,808	3	101,603	16,449	,000	4-1,2,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	63	19,6667	2,38273	Grup içi	1945,662	315	6,177			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)	71	20,4789	2,59042	Toplam	2250,470	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)	154	21,8247	2,54151							
	Total	319	20,8683	2,66025							

Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 27,543; p = 0,000$), ciddiye algısı ($\chi^2(3) = 20,740; p = 0,000$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 28,666; p = 0,000$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 57,079; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($\chi^2(3) = 52,100; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 17. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	48	133,10	27,543	3	<0,001	4-2,1 3-2
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	75	126,34				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	76	169,93				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	120	185,51				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	48	128,01	20,740	3	<0,001	4-1,2
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	75	139,89				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	76	159,43				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	120	185,73				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	48	116,68	28,666	3	<0,001	4-2,1 3-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	75	136,51				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	76	163,51				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	120	189,79				
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	48	190,64	57,079	3	<0,001	1,2,3-4 2-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	75	212,73				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	76	157,52				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	120	116,36				

Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	113,25					
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	75	117,27					
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		76	170,24	52,100	3	<0,001	4-1,2	
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	120	198,92				3-1,2	

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı alt boyutu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında, yeterli ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ciddiyet algısı alt boyutunda; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Yarar algısı alt boyutunda; mükemmel ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında, yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Engeller algısı alt boyutunda; mükemmel sağlık okuryazarlık ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda; mükemmel ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıflar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 30,592; p = 0,000$), ciddiyet algısı ($\chi^2(3) = 22,156; p = 0,000$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 36,519; p = 0,000$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 51,725; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($\chi^2(3) = 46,301; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 18.Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	140,05	30,592	3	<0,001	4-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	123,00				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	103	129,55				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	173	184,37				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	145,63	22,156	3	<0,001	4-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	117,58				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	103	134,72				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	173	180,73				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	95,62	36,519	3	<0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	120,50				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	103	139,88				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	173	186,11				
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	218,23	51,725	3	<0,001	1,3-4
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	156,38				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	103	198,31				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	173	127,37				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	107,35	46,301	3	<0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	144,15				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	103	124,78				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	173	191,29				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı ve ciddiye algısı alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı, sağlık sorumluluğu algısı ve engeller algısı alt boyutlarında mükemmel ile yetersiz ve yeterli sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Bu istatistiksel anlamlı farklılık engeller algısı alt boyutunda ters yöndedir.

Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 22,483; p = 0,000$), ciddiye algısı ($\chi^2(3) = 17,405; p = 0,000$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 29,616; p = 0,000$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 45,979; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($\chi^2(3) = 38,226; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 19. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	29	139,59	22,486	3	<0,001	4-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	137,17				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	117	137,35				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	155	183,57				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	29	146,31	17,405	3	<0,001	4-3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	124,86				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	117	141,52				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	155	180,59				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	29	96,36	29,616	3	<0,001	4-1,3 3-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	133,92				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	117	146,73				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	155	184,95				

Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	29	192,60				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	18	180,81				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	117	196,06	45,979	3	<0,001	1,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	155	124,26				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	29	102,76				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	18	110,81				
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	117	141,94	38,226	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	155	190,05				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı ve ciddiye algısı alt boyutu ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı alt boyutunda mükemmel ile yetersiz ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında da anlamlı farklılık vardı. Engeller algısı alt boyutunda; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık sorumluluğu alt boyutlarında mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 15,340; p = 0,002$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 17,827; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 30,489; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 25,016; p = 0,000$), sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($F(3,315) = 6,516, p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 20. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	106	137,97	15,340	3	p=0,002	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	153,56				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	113	161,78				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	82	187,45				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	106	133,67	17,827	3	<0,001	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	166,69				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	113	163,90				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	82	187,19				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	106	123,71	30,489	3	<0,001	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	192,97				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	113	164,39				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	82	193,62				3-1 2-1
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	106	187,77	25,016	3	<0,001	1,3-4
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	18	166,08				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	113	161,73				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	82	120,38				

Yapılan post-hoc analizlerde aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı alt boyutunda yetersiz sağlık okuryazarlığı ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Engeller algısı alt boyutunda yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı ile mükemmel sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı.

Tablo 21. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

			n	X	SS	Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı fark
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)		106	20,1321	2,52257	Gruplar arası	131,505	3	43,835	6,516	0,000	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)		18	21,5000	2,33263	Grup içi	2118,965	315	6,727			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)		113	20,8053	2,66545	Toplam	2250,470	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)		82	21,7683	2,63546							
	Total		319	20,8683	2,66025							

Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 11,434; p = 0,010$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 17,471; p = 0,001$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 42,572; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 54,385; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ciddiyet algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 5,215; p = 0,157$) ise istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 22. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	161,78				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	117,45				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	124	144,12	11,434	3	0,010	4-3
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	153	175,28				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	164,95				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	115,10				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	124	151,92	5,215	3	0,157	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	153	168,45				

Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	115,17				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	115,25				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	124	152,10	17,471	3	0,001	4-1
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	153	178,70				
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	209,84				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	198,65				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	124	186,30	42,572	3	<0,001	1,3-4
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	153	125,73				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	32	108,34				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	111,60				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	124	129,65	54,385	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	153	198,57				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı alt boyutu ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı alt boyutunda; mükemmel ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Engeller algısı alt boyutunda; yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı ile mükemmel sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 36,780; p = 0,000$), ciddiye algısı ($\chi^2(3) = 23,663; p = 0,000$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 39,130; p = 0,000$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 70,460; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($\chi^2(3) = 59,912; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 23. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	40	134,44	36,780	3	<0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	150,50				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	104	126,34				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	165	187,99				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	40	132,67	23,663	3	<0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	162,40				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	104	134,51				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	165	182,54				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	40	120,63	39,130	3	<0,001	4-1,2,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	75,50				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	104	137,25				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	165	189,01				
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	40	184,61	70,460	3	<0,001	1,2,3-4
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	220,45				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	104	209,76				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	165	119,00				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	40	113,34	59,912	3	<0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	10	120,30				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	104	121,42				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	165	198,04				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın

geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı ve engeller algısı alt boyutlarında mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Ancak engeller algısı alt boyutunda bu ilişki ters yönlüdür.

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı ($\chi^2(3) = 20,093; p = 0,010$), ciddiye algısı ($\chi^2(3) = 13,565; p = 0,004$), yarar algısı ($\chi^2(3) = 21,944; p = 0,001$), engeller algısı ($\chi^2(3) = 41,856; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ($\chi^2(3) = 31,474; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 24. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	45	134,64	20,093	3	0,010	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	122,81				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	116	145,15				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	145	183,08				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	45	131,61	13,565	3	0,004	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	147,04				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	116	148,95				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	145	178,81				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	45	119,37	21,944	3	0,001	4-1,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	13	120,58				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	116	151,01				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	145	183,34				

Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	45	193,54				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	13	198,77				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		116	188,12	41,856	3	<0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	145	123,62				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	45	110,76				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	13	137,31				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		116	145,57	31,474	3	<0,001	4-1,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	145	188,86				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Engeller algısı alt boyutunda ise mükemmel sağlık okuryazarlık ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı.

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 26,382; p = 0,000$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 23,890; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 25,253; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 34,960; p = 0,000$), sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 47,523; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 25. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	111	129,32	26,382	3	<0,001	4-1 3-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	20	153,40				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	101	168,18				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	87	191,17				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	111	130,68	23,890	3	<0,001	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	20	179,88				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	101	162,31				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	87	190,17				
Yarar algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	111	126,25	25,253	3	<0,001	4-1 3-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	20	165,25				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	101	171,68				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	87	188,29				
Engeller algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	111	194,28	34,960	3	<0,001	1-4,3 3-4
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	20	174,80				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	101	156,25				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	87	117,21				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	111	113,61	47,523	3	<0,001	4,3,2-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	20	189,17				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	101	173,16				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	87	197,20				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı ve yarar algısı alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ciddiyet algısı alt boyutunda mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Engeller algısı alt boyutunda yetersiz ile mükemmel ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile mükemmel sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise yetersiz ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı ile ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 8,290; p = 0,040$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 8,711; p = 0,03$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 17,261; p = 0,001$), sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 19,126; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 6,483; p = 0,09$) ise anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 26. Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	105	153,10	6,483	3	0,09	
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	21	142,24				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	112	155,00				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	81	180,46				
Ciddiyet algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	105	145,82	8,290	3	0,040	4-1
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	21	143,55				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	112	161,00				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)	81	181,27				

Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	105	146,90				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	21	159,02				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		112	154,32	8,711	3	0,03	4-1
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	81	185,05				
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	105	177,38				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	21	189,19				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		112	163,04	17,261	3	0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	81	125,70				
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	105	136,37				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	21	163,64				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		112	156,31	19,126	3	<0,001	4-1,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	81	194,79				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği ciddiye algısı ve yarar algısı alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Engeller algısı alt boyutunda mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise mükemmel ile yetersiz ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 34,729; p = 0,000$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 23,803; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 37,573; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 66,425; p = 0,000$), sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($F(3,315) = 19,330, p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 27. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark	
Duyarlılık algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	137,34				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	29	122,83				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		101	132,95	34,729	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	158	188,56				
Ciddiyet algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	132,73				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	29	129,50				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		101	139,67	23,803	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	158	183,95				
Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	109,26				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	29	117,90				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		101	140,51	37,573	3	<0,001	4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	158	190,14				
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	31	189,48				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	29	222,74				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		101	198,08	66,425	3	<0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	158	118,36				

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği tüm alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile diğer sağlık okuryazarlık sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Engeller algısı alt boyutunda tespit edilen bu anlamlı farklılık ters yöndedir.

Tablo 28. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

			n	X	SS	Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı fark
Sağlık sorumluluğu	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)		31	19,6774	2,37188	Gruplar arası	349,895	3	116,632	19,330	0,000	4-1,2,3
algısı	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)		29	19,8276	2,43588	Grup içi	1900,575	315	6,034			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)		101	19,8812	2,21489	Toplam	2250,470	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)		158	21,9241	2,61681							
	Total		319	20,8683	2,66025							

Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 27,713; p = 0,000$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 17,738; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 26,400; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 52,343; p = 0,000$), sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($F(3,315)=12,652, p=0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 29. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları		n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)		30	148,27				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)		34	111,31				
Duyarlılık algısı	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		100	142,49	27,713	3	<0,001	4-2,3
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)		155	184,25				
	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)		30	138,18				
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)		34	125,97				
Ciddiyet algısı	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		100	146,57	17,738	3	<0,001	4-2,3
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı (4)		155	180,35				

Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	30	108,62						
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	34	130,12						
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		100	147,33	26,400	3	<0,001	4-1,2,3		
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	155	184,67						
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	30	193,08						
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	34	212,46						
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)		100	190,80	52,343	3	<0,001	1,2,3-4		
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	155	122,22						

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı ve ciddiye algısı alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile sorunlu/sınırlı ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yarar algısı, engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ise mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Engeller algısı alt boyutunda tespit edilen bu anlamlı farklılık ters yöndedir.

Tablo 30. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

		n	X	SS	Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı fark
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	30	19,2000	2,48	Gruplar arası	242,012	3	80,671	12,652	0,000	4-1,2,3
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	34	20,0000	2,49	Grup içi	2008,458	315	6,376			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)	100	20,3700	2,33	Toplam	2250,470	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)	155	21,7032	2,66							
	Total	319	20,8683	2,66							

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 25,619; p = 0,000$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 22,847; p = 0,000$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 33,956; p = 0,000$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 45,191; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($F(3,315) = 10,494, p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 31. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1) sağlık	97	134,36				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2) sağlık	48	140,36				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	94	165,55	25,619	3	<0,001	4-1,2
	Mükemmel okuryazarlığı (4) sağlık	80	196,36				
Ciddiyet algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1) sağlık	97	132,16				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2) sağlık	48	145,58				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	94	168,70	22,847	3	<0,001	4-1,2
	Mükemmel okuryazarlığı (4) sağlık	80	192,17				3-1
Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1) sağlık	97	121,38				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2) sağlık	48	149,53				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	94	172,46	33,956	3	<0,001	4-1,2
	Mükemmel okuryazarlığı (4) sağlık	80	198,47				3-1
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1) sağlık	97	186,49				
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2) sağlık	48	206,57				
	Yeterli sağlık okuryazarlığı (3)	94	151,80	45,191	3	<0,001	1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4) sağlık	80	109,56				3-2

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz ve sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ciddiyet algısı ve yarar algısı alt boyutlarında; mükemmel ile sorunlu/sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Engeller algısı alt boyutunda ise mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık mevcuttu.

Tablo 32. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının ANOVA'ya ait sonuçlarının değerlendirilmesi

		n	X	SS	Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı fark
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı (1)	97	19,8247	2,41	Gruplar arası	204,487	3	68,162	10,494	0,000	4-1,2
	Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (2)	48	20,5833	2,63	Grup içi	2045,983	315	6,495			
	Yeterli sağlık okuryazarlığı(3)	94	21,2234	2,69	Toplam	2250,470	318				
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı(4)	80	21,8875	2,49							
	Total	319	20,8683	2,66							

Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı ile duyarlılık algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 8,666; p = 0,034$), ciddiye algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 8,985; p = 0,029$), yarar algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 16,136; p = 0,001$), engeller algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 31,369; p = 0,000$) ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ($\chi^2(3) = 42,182; p = 0,000$) istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 33. Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Okuryazarlık sınıfları	n	Sıralar Ortalaması	Ki-kare	Sd	p	Anlamlı fark
Duyarlılık algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	138,82			
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	50	141,95			
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	115	162,19	8,666	3	0,034
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	106	175,73			
Ciddiyet algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	142,09			
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	50	140,58			
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	115	159,28	8,985	3	0,029
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	106	178,05			
Yarar algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	120,25			
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	50	146,88			
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	115	162,41	16,136	3	0,001 4-1
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	106	181,58			3-1
Engeller algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	198,86			
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	50	195,57			
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	115	160,52	31,369	3	<0,001 1,2,3-4
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	106	125,06			
Sağlık sorumluluğu algısı	Yetersiz okuryazarlığı (1)	sağlık	48	108,41			
	Sorunlu – sınırlı okuryazarlığı (2)	sağlık	50	126,79			
	Yeterli okuryazarlığı (3)	sağlık	115	159,44	42,182	3	<0,001 4-1,2,3
	Mükemmel okuryazarlığı (4)	sağlık	106	199,64			3-1

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği yarar algısı alt boyutu ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı alt boyutu arasında; mükemmel ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Engeller algısı alt boyutunda mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık vardı. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda mükemmel ile diğer sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında ve yeterli ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 34. Sağlık okuryazarlığı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının korelasyonunun değerlendirilmesi

		Okuryazarlık sınıfları	Duyarlılık alt boyutu	Ciddiyet alt boyutu	Yarar alt boyutu	Engeller algısı alt boyutu	Sağlık sorumluluğu alt boyutu
Genel sağlık okuryazarlığı	R	1	0,299**	0,260**	0,339**	-0,416**	0,419**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı	R	1	0,274**	0,238**	0,313**	-0,402**	0,356**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi hakkında sağlık okuryazarlığı	R	1	0,275**	0,255**	0,300**	-0,392**	0,394**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	R	1	0,289**	0,243**	0,336**	-0,378**	0,369**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	R	1	0,250**	0,219**	0,297**	-0,351**	0,346**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	R	1	0,218**	0,232**	0,283**	-0,273**	0,216**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	R	1	0,151**	0,083	0,227**	-0,363**	0,409**
	p		0,007	0,137	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	R	1	0,309**	0,252**	0,338**	-0,418**	0,421**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	R	1	0,245**	0,205**	0,261**	-0,346**	0,313**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	R	1	0,287**	0,259**	0,274**	-0,330**	0,361**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	R	1	0,116*	0,156**	0,147**	-0,213**	0,232**
	p		0,039	0,005	0,008	<0,001	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi ulaşma	R	1	0,310**	0,266**	0,344**	-0,426**	0,331**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	R	1	0,267**	0,230**	0,287**	-0,387**	0,317**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	R	1	0,278**	0,267**	0,326**	-0,338**	0,301**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	R	1	0,163**	0,165**	0,218**	-0,312**	0,364**
	p		0,004	0,003	<0,001	<0,001	<0,001

Genel sağlık okuryazarlığı ile aşı ile ilgili sağlık inanç modeli duyarlılık, ciddiye ve yarar algısı alt boyutları arasında zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ise orta düzeyde korelasyon belirlenmiştir. Engeller algısı alt boyutunda negatif yönde ilişki varken diğer alt boyutlarda ilişki pozitif yönlüdür ($r_s=0,299, 0,260, 0,339, -0,416, 0,419$ $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır. Engeller algısı alt boyutu ile tedavi ve hizmet hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r_s=0,274, 0,238, 0,313, -0,402, r=0,356$ $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi hakkında sağlık okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,275, 0,255, 0,300, -0,392, 0,394$, $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık

okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,289, 0,243, 0,336, -0,378, 0,369, p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,250, 0,219, 0,297, -0,351, 0,346, p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,218, 0,232, 0,283, -0,273, r=0,216, p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, yarar algısı ve engeller algısı alt boyutları ile tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,151, 0,083, 0,227, -0,363, p=0,007, 0,137, <0,001$). Sağlık sorumluluğu algısı alt boyutunda ise orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu ($r_s=0,409, p=<0,001$).

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı ile aşı ile ilgili sağlık inanç modeli duyarlılık, ciddiye ve yarar algısı alt boyutları arasında zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ise orta düzeyde korelasyon belirlenmiştir. Engeller algısı alt boyutunda negatif yönde ilişki varken diğer alt boyutlarda ilişki pozitif yönlüdür ($r_s=0,309, 0,252, 0,338, -0,418, 0,421 p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,245, 0,205, 0,261, -0,346, 0,313, p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,287, 0,259, 0,274, -0,330, 0,361, p<0,001$).

Hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları ile duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve yarar algısı alt boyutları arasında çok zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,116, 0,156, 0,147,$

$p=0,039$, $p=0,005$, $p=0,008$). Engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlar ile ise zayıf bir korelasyon vardı($r_s=-0,213$, $0,232$, $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyeet algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi ulaşma hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır($r_s=0,310$, $0,266$, $0,344$, $r=0,331$, $p<0,001$). Engeller algısı alt boyutunda ise orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu ($r_s=0,426$, $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,267$, $0,230$, $0,287$, $-0,387$, $r=0,317$, $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme hakkında sağlık okuryazarlıkları sınıfları arasında zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,278$, $0,267$, $0,326$, $-0,338$, $r=0,301$, $p<0,001$).

Katılımcıların aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık ve ciddiyeet algısı alt boyutları ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama hakkında sağlık okuryazarlığı sınıfları arasında çok zayıf korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,163$, $0,165$, $p=0,004$, $p=0,003$). Yarar algısı, engeller algısı ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutlarında ise zayıf bir korelasyon mevcuttu($r_s=0,218$, $-0,312$, $0,364$, $p<0,001$).

b) Sosyodemografik veriler ile bağımlı değişkenin karşılaştırılması

Çalışmaya katılan ebeveynlerin aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları kıyaslandığında babaların engeller algısı alt boyutu puanının annelere göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Anne ve babaların yaşları ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çocukların yaş grupları ile ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark vardı. 13-24 aylık çocuğu olan ebeveynlerin duyarlılık, ciddiyeet, yarar algısı daha yüksek iken engeller algısı daha küçük çocuğu olan ebeveynlere göre daha düşüktü. Anne eğitim durumu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark vardı. Üniversite mezunu olan annelerin ciddiyeet ve sağlık sorumluluğu algısı ilkokul ve ortaokul mezunu olan annelere göre daha yüksekti. Ayrıca üniversite mezunu olan annelerin duyarlılık algısı da ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre daha yüksekti. Lise ve üniversite mezunu annelerin de ilkokul mezunlarına

göre yarar algısı anlamlı daha yüksek tespit edilmiştir. Baba eğitim durumu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Özel sektörde çalışan annelerin öğretmen olan annelere göre duyarlılık algısı daha düşüktü. Ev hanımlarının ise öğretmenlere ve özel sektörde çalışan annelere göre sağlık sorumluluğu algısı anlamlı daha düşük saptanmıştır. Babaların meslekleri ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışan ebeveynlerin duyarlık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu algısı çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir. Gelir durumlarını fazla olarak tanımlayan ebeveynlerin duyarlılık algısı gelir durumu az olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça duyarlılık, yarar ve sağlık sorumluluğu algısının daha düşük olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin sahip oldukları çocuğun cinsiyeti ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 35. Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile sosyodemografik özelliklerin kıyaslanması

		Duyarlılık algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Ciddiyet algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Yarar algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Engeller algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Sağlık sorumluluğu algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)
Anketi dolduran kişi						
Anne (1)	287	16,52±2,36 16,00 (4-20)	15,74±3,28 16,00 (4-20)	19,88±3,14 20,00 (5-25)	14,35±4,80 14,00 (8-30)	20,83±2,60 20,00 (11-25)
Baba (2)	32	16,71±2,00 16,00 (12-20)	16,34±2,60 16,00 (11-20)	19,97±2,88 20,00 (15-25)	18,41±8,15 17,00 (8-40)	21,19±3,13 20,00 (14-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0,956	p=0,807	p=0,681	p=0,005 2>1	p=0,649

Anne yaş grupları						
20-29 yaş	134	16,35±2,31 16,00 (4-20)	15,28±3,57 16,00 (4-20)	19,53±3,27 20,00 (6-25)	14,66±5,00 15,00 (8-30)	20,58±2,61 20,00 (12-25)
30-39 yaş	168	16,68±2,50 16,00 (4-20)	16,14±3,03 16,00 (4-20)	20,25±3,07 20,00 (5-25)	14,12±4,73 14,00 (8-30)	21,01±2,60 21,00 (11-25)
40 yaş ve üstü	17	16,37±1,26 16,00 (14-20)	15,62±2,82 16,00 (7-20)	19,19±2,40 19,00 (15-25)	13,94±4,04 14,50 (8-20)	21,25±2,54 21,50 (18-25)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(2)=2,030$ p=0,362	$\chi^2(2)=3,858$ p=0,145	$\chi^2(2)=4,236$ p=0,120	$\chi^2(2)=0,835$ p=0,659	F(2,284)=1,139, p=0,322
Baba yaş grupları						
20-29 yaş (1)	5	16,00±1,87 16,00 (14-19)	16,00±2,74 16,00 (13-20)	19,20±2,77 20,00 (15-22)	15,80±4,49 14,00 (12-22)	22,20±3,56 23,00 (16-25)
30-39 yaş (2)	24	16,96±2,11 16,00 (12-20)	16,46±2,57 16,00 (11-20)	20,00±2,90 20,00 (17-25)	18,46±8,50 17,00 (8-40)	20,92±3,16 20,00 (14-25)
40 yaş ve üstü (3)	3	16,00±1,00 16,00 (15-17)	16,00±3,60 15,00 (13-20)	21,00±3,60 20,00 (18-25)	22,33±10,78 27,00 (10-30)	21,67±2,89 20,00 (20-25)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(2)=2,216$ p=0,330	$\chi^2(2)=0,373$ p=0,830	$\chi^2(2)=0,353$ p=0,838	$\chi^2(2)=0,803$ p=0,669	F(2,29)=0,369, p=0,694
Çocuk yaş grupları						
0-12 ay (1)	246	16.50±1.87 16.00 (8-20)	15.70±2.91 16.00 (4-20)	19.74±2.72 20.00 (11-25)	15.29±5.27 15.00 (8-40)	20.80±2.52 20.00 (12-25)
13-24 ay (2)	73	16.67±3.46 14.00 (4-20)	16.10±4.10 16.00 (4-20)	20.38±4.15 20.00 (5-25)	12.93±5.29 11.00 (8-30)	21.09±3.10 21.00 (11-21)
Anlamlılık düzeyleri		p=0,022 2>1	p=0,021 2>1	p=0,010 2>1	p<0,001 1>2	p=0,122

Anne eğitim durumu						
İlkokul (1)	50	15.60±1.89 16.00 (8-20)	14.80±3.11 16.00 (4-20)	18.52±2.37 19.00 (13-23)	15.44±4.65 16.00 (8-24)	19.72±2.52 20.00 (14-25)
Ortaokul (2)	42	15.95±1.79 16.00 (10-20)	14.67±3.19 16.00 (6-20)	19.57±2.64 19.50 (15-25)	14.71±5.30 14.50 (8-27)	20.19±2.40 20.00 (14-25)
Lise (3)	68	16.37±2.23 16.00 (4-20)	15.72±3.01 16.00 (4-20)	19.91±3.19 20.00 (5-25)	14.35±4.80 14.00 (8-30)	20.87±2.61 20.00 (11-25)
Üniversite (4)	127	17.15±2.60 17.00 (4-20)	16.47±3.36 16.00 (4-20)	20.50±3.37 20.00 (6-25)	13.79±4.67 14.00 (8-30)	21.46±2.53 22.00 (12-25)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(3)=30,603$ p<0.001	$\chi^2(3)=20,573$ p<0.001	$\chi^2(3)=25,863$ p<0.001	$\chi^2(3)=6,066$ p=0.108	F(3,286)=6,769 p<0.001
Gruplar arası anlamlı fark		4-1,2,3	4-1,2	4-1 3-1		4-1,2
Baba eğitim durumu						
İlkokul (1)	5	16.20±0.84 16.00 (15-17)	14.20±2.17 15.00 (11-16)	18.40±1.14 18.00 (17-20)	21.80±5.36 22.00 (17-30)	19.20±3.96 19.00 (14-25)
Ortaokul (2)	5	16.60±1.95 16.00 (15-20)	16.40±2.51 16.00 (13-20)	21.20±2.59 21.00 (18-25)	18.00±6.52 17.00 (12-27)	22.60±2.51 23.00 (20-25)
Lise (3)	6	17.50±1.64 17.00 (16-20)	17.17±2.23 16.00 (15-20)	19.50±3.02 19.00 (17-25)	21.67±11.89 18.00 (10-40)	21.33±2.50 20.00 (19-25)
Üniversite (4)	16	16.62±2.42 16.00 (12-20)	16.69±2.72 16.00 (13-20)	20.25±3.23 20.00 (15-25)	16.25±7.61 15.50 (8-40)	21.31±3.22 21.50 (16-25)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(3)=1,857$ p=0.603	$\chi^2(3)=3,874$ p=0.275	$\chi^2(3)=3,604$ p=0.308	$\chi^2(3)=4,311$ p=0.230	$\chi^2(3)=2,975$ p=0.396

Anne meslekleri						
Ev hanımı (1)	165	16.14±2.17 16.00 (4-20)	15.17±3.39 16.00 (4-20)	19.49±2.91 20.00 (5-25)	14.87±5.08 15.00 (8-30)	20.33±2.57 20.00 (11-25)
Öğretmen (2)	30	17.27±2.70 17.00 (8-20)	16.57±3.01 17.00 (8-20)	20.00±4.22 20.00 (6-25)	14.00±4.16 14.50 (8-26)	21.87±2.44 22.00 (16-25)
Sağlık personeli (3)	14	17.43±3.00 18.00 (11-20)	17.78±2.36 18.00 (14-20)	21.64±2.82 22.00 (15-25)	13.50±5.43 11.50 (8-23)	20.71±3.36 20.50 (12-25)
Serbest meslek (4)	14	17.07±2.02 16.00 (14-20)	16.71±2.67 16.00 (11-20)	20.07±2.79 19.50 (16-25)	11.50±3.65 10.50 (8-18)	21.64±2.59 20.50 (18-25)
Özel sektör (5)	57	16.77±2.52 16.00 (4-20)	16.09±3.16 16.00 (4-20)	20.35±3.26 20.00 (7-25)	13.93±4.32 14.00 (8-28)	21.61±2.34 22.00 (13-25)
Devlet memuru (6)	7	17.14±1.95 16.00 (16-20)	16.71±2.75 16.00 (12-20)	20.71±2.21 20.00 (18-25)	14.28±3.99 15.00 (9-19)	20.57±2.15 20.00 (17-24)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(5)=15,072$ p=0.010	$\chi^2(5)=15,459$ p=0.009	$\chi^2(5)=14,517$ p=0.013	$\chi^2(5)=8,618$ p=0.125	$\chi^2(5)=18,752$ p=0.002
Gruplar arası anlamlı fark		2-5				2-1 5-1
Baba meslekleri						
Serbest meslek (1)	8	15.87±1.96 16.00 (12-19)	15.87±2.23 16.00 (13-20)	19.75±1.39 20.00 (17-22)	18.75±6.71 17.00 (12-32)	21.00±3.74 21.50 (14-25)
Özel sektör (2)	15	17.00±1.65 16.00 (15-20)	15.87±2.56 16.00 (11-20)	19.80±3.03 18.00 (17-25)	18.93±8.37 17.00 (9-40)	21.47±2.67 20.00 (18-25)
Devlet memuru (3)	7	16.71±2.63 16.00 (14-20)	16.86±2.85 16.00 (13-20)	19.14±3.13 19.00 (15-25)	19.57±9.73 19.00 (9-40)	19.71±3.20 19.00 (16-25)
Sağlık personeli (4)	2	18.00±2.83 18.00 (16-20)			9.00±1.41 9.00 (8-10)	
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(3)=2,238$ p=0.525	$\chi^2(3)=4,279$ p=0.233	$\chi^2(3)=4,833$ p=0.184	$\chi^2(3)=4,676$ p=0.197	F(3,28)=1,646, p=0.201

Çalışma durumu						
Çalışıyor	76	17.31±2.45 17.00 (8-20)	16.92±2.77 16.00 (8-20)	20.56±3.28 20.00 (6-25)	15.33±6.74 15.00 (8-40)	21.62±2.66 22.00 (14-25)
Çalışmıyor	243	16.30±2.24 16.00 (4-20)	15.45±3.28 16.00 (4-20)	19.67±3.03 20.00 (5-25)	14.58±4.85 15.00 (8-30)	20.63±2.62 20.00 (11-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0.001	p=0.001	p=0.018	p=0.995	t(317)=2,848 p=0.005
Gelir durumları						
Gelirim giderimden az (1)	102	16.26±1.71 16.00 (11-20)	15.28±3.01 16.00 (6-20)	19.51±2.82 20.00 (6-25)	14.53±5.35 14.00 (8-40)	20.71±2.57 20.00 (14-25)
Gelirim giderime eşit (2)	206	16.60±2.56 16.00 (4-20)	15.98±3.32 16.00 (4-20)	20.01±3.21 20.00 (5-25)	14.81±5.34 15.00 (8-40)	20.95±2.71 20.50 (11-25)
Gelirim giderimden fazla (3)	11	18.00±2.24 19.00 (14-20)	17.09±2.74 16.00 (13-20)	21.09±3.50 20.00 (15-25)	15.82±6.16 16.00 (9-30)	20.82±2.71 20.00 (17-25)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(2)=7,182$ p=0.028	$\chi^2(2)=4,368$ p=0.113	$\chi^2(2)=3,966$ p=0.138	$\chi^2(2)=0,440$ p=0.803	F(2,316)=0,258, p=0.773
Gruplar arası fark		3-1				
Çocuk sayısı						
1	151	16.85±2.43 16.00 (4-20)	15.99±3.25 16.00 (4-20)	20.12±3.28 20.00 (6-25)	14.36±5.10 14.00 (8-40)	21.23±2.58 21.00 (12-25)
2	103	16.59±2.12 16.00 (8-20)	16.13±3.00 16.00 (4-20)	20.33±2.55 20.00 (14-25)	14.74±5.94 14.00 (8-40)	20.99±2.68 21.00 (14-25)
3	42	15.62±2.63 16.00 (4-20)	15.07±3.59 16.00 (4-20)	18.74±3.51 19.00 (5-25)	15.78±4.97 16.00 (8-30)	19.88±2.92 20.00 (11-25)
4 ve üzeri	23	15.91±1.31 16.00 (12-19)	14.43±2.89 16.00 (8-18)	18.48±2.74 19.00 (11-23)	15.52±4.94 16.00 (8-26)	19.74±1.84 19.00 (18-23)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(3)=16,823$ p=0.001	$\chi^2(3)=7,737$ p=0.052	$\chi^2(3)=17,133$ p=0.001	$\chi^2(3)=4,295$ p=0.231	$\chi^2(3)=15,350$ p=0.002
Gruplar arası fark		1-3		1,2-4 1,2-3	1,2-4 1-3	

Çocuğun cinsiyeti						
Kız	168	16.40±2.45 16.00 (4-20)	15.52±3.49 16.00 (4-20)	19.63±3.32 20.00 (5-25)	14.35±5.18 14.00 (8-40)	20.95±2.71 20.00 (11-25)
Erkek	151	16.69±2.18 16.00 (4-20)	16.11±2.88 16.00 (4-20)	20.17±2.84 20.00 (7-25)	15.20±5.54 16.00 (8-40)	20.77±2.61 20.00 (13-25)
Anlamlılık düzeyi		p=0.358	p=0.158	p=0.118	p=0.157	p=0.521

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyal medyada harcadıkları zaman arttıkça duyarlılık ve yarar algısının istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek, engeller algısının ise anlamlı daha düşük olduğu görülmüştür.

Sosyal medyadan edinilen olumsuz fikirlerin ve bu olumsuz fikirlerin çocuklarını aşılama karar verirken etkisi incelendiğinde aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları ile arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 36. Sosyal medya kullanımı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Duyarlılık algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Ciddiyet algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Yarar algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Engeller algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Sağlık sorumluluğu algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)
Sosyal medya günlük kullanımı						
0-15 dk. (1)	87	15.79±2.35 16.00 (4-20)	15.14±3.04 16.00 (4-20)	19.05±2.93 19.00 (5-25)	15.05±4.38 16.00 (8-30)	20.25±2.57 20.00 (11-25)
16-30 dk. (2)	42	16.59±2.54 16.00 (14-20)	16.05±2.47 16.00 (8-20)	19.81±2.77 20.00 (15-12)	17.52±7.46 16.00 (9-40)	21.26±2.41 20.00 (18-25)
31-60 dk. (3)	69	17.13±1.89 16.00 (12-20)	16.72±2.33 16.00 (10-20)	20.49±2.74 20.00 (11-25)	14.67±5.18 15.00 (8-27)	21.29±2.62 21.00 (15-25)
61-120 dk. (4)	68	16.47±3.02 16.00 (4-20)	15.40±4.00 16.00 (4-20)	20.00±3.91 20.00 (6-25)	13.59±4.79 12.50 (8-27)	21.06±3.17 22.00 (12-25)

120 dk. üzeri (5)	53	17.04±1.98 16.00 (13-20)	16.00±3.67 16.00 (6-20)	20.40±2.71 20.00 (13-25)	13.70±5.12 13.00 (8-29)	20.77±2.17 20.00 (14-25)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(4)=17,331$ p=0.002	$\chi^2(4)=9,249$ p=0.055	$\chi^2(4)=14,512$ p=0.006	$\chi^2(4)=13,635$ p=0.009	$\chi^2(4)=8,450$ p=0.076
Gruplar arası fark		3-1 4-1 5-1		3-1 5-1	2-4,5	
Sosyal medyadan olumsuz fikir edinme						
Evet	94	16.62±2.50 16.00 (4-20)	16.04±3.10 16.00 (4-20)	19.79±3.41 20.00 (5-25)	15.61±5.57 16.00 (8-40)	21.08±2.55 21.00 (11-25)
Hayır	22 5	16.51±2.26 16.00 (4-20)	15.70±3.27 16.00 (4-20)	19.93±2.98 20.00 (6-25)	14.40±5.24 14.00 (8-40)	20.78±2.70 20.00 (12-25)
Anlamlılık düzeyi		p=0.594	p=0.503	p=0.977	p=0.058	p=0.252
Sosyal medyadan olumsuz fikir karara etkisi						
Evet	24	15.92±3.42 16.00 (4-20)	15.83±3.28 16.00 (4-20)	19.12±4.38 20.00 (5-25)	17.17±7.88 16.00 (8-40)	20.12±2.67 20.00 (11-25)
Hayır	29 5	16.59±2.22 16.00 (4-20)	15.80±3.22 16.00 (4-20)	19.95±2.98 20.00 (6-25)	14.56±5.07 15.00 (8-40)	20.92±2.65 20.00 (12-25)
Anlamlılık düzeyi		p=0.454	p=0.787	p=0.546	p=0.140	p=0.223

Ebeveynlerin bağışıklama ile ilgili bilgileri edindiği kaynaklar ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çocuk doktoru ve diğer kaynaklardan bilgi edinen ailelerin duyarlılık algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı hemşirelerden bilgi edinen ailelere göre daha yüksek görülmüşken engeller algısı alt boyutunda ise bu durum ters olarak saptanmıştır.

Bağışıklama hakkında bilgi edinirken kullanılan kaynak sayısı ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bağışıklama kararı çocuğun annesi tarafından veya ortak alındığında engeller algısı istatistiksel olarak anlamlı düşük tespit edilmiştir.

Tablo 37. Aşılamaya karar verme süreci ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Duyarlılık algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Ciddiyet algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Yarar algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Engeller algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Sağlık sorumluluğu algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)
Bilgi edinilen kaynaklar						
Hemşire (1)	54	15.83±1.72 16.00 (8-20)	14.96±3.05 16.00 (4-20)	19.09±2.50 19.00 (13-25)	16.57±4.72 17.00 (8-29)	19.76±2.49 20.00 (14-25)
Aile hekimi (2)	52	16.50±1.94 16.00 (10-20)	15.19±3.44 16.00 (4-20)	19.73±2.84 20.00 (13-25)	15.46±6.35 15.00 (8-40)	21.31±2.64 20.50 (16-25)
Çocuk doktoru (3)	74	17.11±2.41 16.00 (8-20)	16.70±2.95 16.00 (7-20)	20.89±2.76 20.00 (15-25)	13.99±5.14 14.00 (8-40)	21.38±2.29 21.00 (16-25)
Aile hekimi, çocuk doktoru (4)	22	16.59±2.56 16.00 (8-20)	16.23±2.88 16.00 (8-20)	20.04±2.87 20.00 (14-25)	13.91±3.65 15.50 (8-19)	21.04±2.21 20.00 (17-25)
Aile hekimi, çocuk doktoru, hemşire (5)	11	17.36±1.75 17.00 (15-20)	16.82±2.96 16.00 (10-20)	20.64±2.20 20.00 (18-25)	16.54±5.63 17.00 (8-30)	20.73±2.83 20.00 (16-25)
Aile hekimi, hemşire (6)	38	15.97±1.95 16.00 (11-20)	15.50±3.20 16.00 (6-20)	19.26±2.42 20.00 (13-24)	14.74±4.97 15.00 (8-26)	19.81±2.78 20.00 (12-24)
Çocuk doktoru, hemşire (7)	4	15.50±1.00 16.00 (14-16)	14.75±2.50 16.00 (11-16)	17.00±2.16 17.50 (14-19)	14.75±4.03 16.00 (9-18)	19.25±1.26 19.00 (18-21)
Çocuk doktoru, TV, sosyal medya, gazete (8)	8	16.12±5.17 17.00 (4-20)	15.37±5.012 16.00 (4-20)	19.12±6.24 20.50 (5-25)	14.37±6.91 13.00 (8-30)	21.25±4.56 22.00 (11-25)
TV, sosyal medya, gazete (9)	14	16.36±1.90 16.00 (11-20)	15.50±2.90 16.00 (10-20)	19.14±4.31 20.00 (6-25)	12.21±3.33 12.00 (8-20)	21.64±1.94 21.50 (19-25)
Diğer (10)	42	17.00±2.78	16.09±3.40	20.28±3.91	13.81±6.06	21.57±2.85

		17.00 (4-20)	16.00 (4-20)	22.00 (7-25)	11.00 (8-30)	22.00 (13-25)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(9)=26,389$ p=0.002	$\chi^2(9)=15,322$ p=0.082	$\chi^2(9)=22,449$ p=0.008	$\chi^2(9)=20,544$ p=0.015	F(9,309)=2,97 6, p=0.002
Gruplar arası fark		3-1 10-1		3-1	1-3,10	3-1 10-1
Bilgi edinilen kaynak sayısı						
1	201	16.53±2.10 16.00 (8-20)	15.72±3.24 16.00 (4-20)	19.93±2.96 20.00 (6-25)	14.96±5.49 15.00 (8-40)	20.97±2.58 20.00 (14-25)
2	83	16.32±2.55 16.00 (4-20)	15.84±3.11 16.00 (4-20)	19.69±3.34 20.00 (5-25)	14.25±4.78 15.00 (8-30)	20.60±2.69 20.00 (11-25)
3	31	17.19±3.05 17.00 (4-20)	16.19±3.59 16.00 (4-20)	20.19±3.51 20.00 (7-25)	14.71±4.78 15.00 (8-30)	20.84±9.47 20.00 (13-25)
4	4	16.25±1.71 16.50 (14-18)	16.00±2.45 6.00 (13-19)	19.50±3.11 20.50 (15-22)	15.25±4.79 16.50 (9-19)	21.25±3.30 21.00 (18-25)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(3)=5,975$ p=0.113	$\chi^2(3)=0,689$ p=0.876	$\chi^2(3)=0,557$ p=0.906	$\chi^2(3)=1,089$ p=0.780	$\chi^2(3)=0,433$ p=0.933
Aşlamaya karar veren						
Karar veren anne (1)	56	16.09±2.75 16.00 (4-20)	15.02±3.66 16.00 (4-20)	19.39±3.38 19.00 (5-25)	15.75±6.13 15.50 (8-40)	20.61±2.67 20.00 (11-25)
Karar veren baba (2)	5	17.60±1.95 17.00 (15-20)	15.80±2.59 15.00 (13-20)	20.00±3.00 19.00 (17-25)	25.80±9.44 23.00 (16-40)	19.60±3.91 20.00 (14-25)
Ortak karar (3)	257	16.60±2.22 16.00 (4-20)	15.95±3.11 16.00 (4-20)	19.98±3.05 20.00 (6-25)	14.33±4.84 15.00 (8-32)	20.93±2.63 20.00 (12-25)
Anlamlılık düzeyi		$\chi^2(2)=4,044$ p=0.132	$\chi^2(2)=4,328$ p=0.115	$\chi^2(2)=1,653$ p=0.438	$\chi^2(2)=10,880$ p=0.004	F(2,315)=0,91 6, p=0.401
Gruplar arası fark					2-3 2-1	

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptıırma durumu ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çocuklarına özel aşı yaptıran ebeveynlerin duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir.

Rotavirus ve menenjit aşlarının ikisini de yaptıran ailelerin yaptırmayanlara göre duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmişken engeller algısı ise anlamlı daha düşük görülmüştür.

Çocuklarını çok önemli bir hastalıktan koruyacağına inandıkları halde yeni geliştirilen bir aşı yaptıırabileceklerini söyleyen katılımcıların duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmişken engeller algısı ise anlamlı daha düşük bulunmuştur.

Aileler çocuklarına hem özel hastane hem de aile hekimliğinde aşı yaptıırıyorsa duyarlılık, ciddiye ve yarar algısının daha yüksek, engeller algısının da anlamlı düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimlerine güven duyup duymaması ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kişilerin aşı yaptıırmama hakkı olması gerektiğini düşünmeyen katılımcıların ciddiye ve yarar algısı anlamlı yüksek görülmüştür.

Çocuklarına aşı yaptıırdığı halde aşlar hakkında endişesi olmayan ebeveynlerin duyarlılık, ciddiye ve yarar algısının istatistiksel olarak daha yüksek, engeller algısının da daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 38. Bağışıklama kararına etki edebileceği düşünülen bazı veriler ile aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Duyarlılık algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Ciddiyet algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Yarar algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Engeller algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)	Sağlık sorumluluğu algısı puan Ortalama±SS Ortanca (Min-Max)
Özel aşı						
yaptırma durumu						
Evet (1)	143	17.08±2.48 16.00 (4-20)	16.69±2.95 16.00 (4-20)	20.72±2.99 20.00 (7-25)	14.35±5.58 14.00 (8-40)	21.48±2.40 21.00 (13-25)
Hayır (2)	176	16.10±2.11 16.00 (4-20)	15.07±3.25 16.00 (4-20)	19.21±3.04 20.00 (5-25)	15.08±5.17 15.00 (8-32)	20.37±2.76 20.00 (11-25)
Anlamlılık düzeyleri		p<0.001 1>2	p<0.001 1>2	p<0.001 1>2	p=0.105	t(317)=3,794 p<0.001 1>2
Özel aşılar						
Rotavirus (1)	58	16.90±2.07 16.00 (10-20)	16.52±2.76 16.00 (7-20)	20.46±2.48 20.00 (16-25)	16.03±5.74 16.00 (8-40)	21.19±2.35 20.00 (16-25)
Menenjit (2)	8	17.00±1.51 16.00 (16-20)	16.62±1.99 16.00 (14-20)	19.37±2.26 19.50 (17-24)	13.87±5.49 13.00 (8-22)	20.12±1.96 19.50 (18-24)
Rotavirus, menenjit (3)	76	17.18±2.83 17.00 (4-20)	16.79±3.19 16.00 (4-20)	21.04±3.39 21.50 (7-25)	13.00±5.10 12.00 (8-40)	21.85±2.45 22.00 (13-25)
Yaptırmamış (4)	177	16.12±2.12 16.00 (4-20)	15.10±3.27 16.00 (4-20)	19.23±3.04 20.00 (5-25)	15.13±5.19 15.00 (8-32)	20.37±2.75 20.00 (11-25)
Anlamlılık düzeyleri		$\chi^2(3)=20,792$ p<0.001	$\chi^2(3)=19,364$ p<0.001	$\chi^2(3)=22,718$ p<0.001	$\chi^2(3)=16,168$ p=0.001	F(3,315)=6,326, p<0.001
Gruplar arası fark		3-4	3-4	3-4	4-3 1-3	3-4

Yeni geliştirilen aşı yaptırma durumu						
Evet (1)	199	16.83±2.12 16.00 (8-20)	16.29±2.89 16.00 (7-20)	20.39±2.88 20.00 (6-25)	14.36±5.45 14.00 (8-40)	21.30±2.49 20.00 (15-25)
Hayır (2)	120	16.05±2.58 16.00 (4-20)	14.99±3.57 16.00 (4-20)	19.06±3.30 19.00 (5-25)	15.41±5.17 15.00 (8-30)	20.15±2.79 20.00 (11-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0.005 1>2	p=0.001 1>2	p<0.001 1>2	p=0.048 2>1	p=0.001 1>2
Aşı yaptırma yeri						
Aile hekimi (1)	282	16.40±2.35 16.00 (4-20)	15.61±3.28 16.00 (4-20)	19.74±3.14 20.00 (5-25)	15.04±5.45 15.00 (8-40)	20.75±2.72 20.00 (11-25)
Özel hastane (2)	4	16.50±2.52 16.00 (14-20)	15.75±3.09 15.00 (13-20)	19.25±3.59 28.50 (16-24)	13.75±6.24 12.50 (8-22)	22.00±2.58 22.00 (19-25)
Aile hekimi ve özel hastane (3)	33	17.70±1.76 17.00 (16-20)	17.39±2.25 16.00 (12-20)	21.24±2.42 22.00 (16-25)	12.42±3.87 11.00 (8-21)	21.70±1.93 21.00 (19-25)
Anlamlılık düzeyi		F(2,316)=4,65 5, p=0.010	F(2,316)=4,61 4, p=0.011	F(2,316)=3,60 1, p=0.028	F(2,316)=3,65 3, p=0.027	F(2,316)=2,23 5, p=0.109
Gruplar arası fark		3-1	3-1	3-1	1-3	
Aile hekimine güven						
Evet (1)	294	16.54±2.36 16.00 (4-20)	15.79±3.23 16.00 (4-20)	19.90±3.17 20.00 (5-25)	14.75±5.38 15.00 (8-40)	20.97±2.64 20.00 (11-25)
Hayır (2)	25	16.52±1.96 16.00 (12-20)	15.88±3.19 16.00 (6-20)	19.76±2.37 20.00 (15-25)	14.80±5.24 15.00 (8-26)	19.72±2.70 20.00 (14-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0.622	p=0.792	p=0.636	p=0.844	p=0.051

Aşı yaptırmama hakkı						
Evet (1)	160	16.34±2.29 16.00 (4-20)	15.26±3.45 16.00 (4-20)	19.44±3.33 20.00 (5-25)	15.22±5.61 15.00 (8-40)	20.72±2.67 20.00 (11-25)
Hayır (2)	159	16.73±2.35 16.00 (8-20)	16.34±2.89 16.00 (6-20)	20.33±2.81 20.00 (13-25)	14.29±5.07 14.00 (8-40)	21.02±2.65 20.00 (14-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0.066	p=0.003 2>1	p=0.009 2>1	p=0.167	p=0.424
Aşılar hakkında endişe						
Evet (1)	104	16.04±2.41 16.00 (4-20)	15.40±2.95 16.00 (4-20)	19.19±3.51 20.00 (5-25)	16.01±6.05 15.00 (8-40)	20.70±2.77 20.00 (11-25)
Hayır (2)	215	16.78±2.25 16.00 (8-20)	15.99±3.34 16.00 (4-20)	20.22±2.84 20.00 (13-25)	14.14±4.89 14.00 (8-40)	20.95±2.61 20.00 (14-25)
Anlamlılık düzeyleri		p=0.005 2>1	p=0.019 2>1	p=0.035 2>1	p=0.009 1-2	p=0.695

c) Çoklu lineer regresyon analizinin değerlendirilmesi

Ebeveynlerin genel sağlık okuryazarlığı durumu, annelerin eğitim durumu, çalışma durumu, çocuklarına özel aşı yaptırmama durumu, aşı hakkında endişe durumu ve çocuğun yaşı ile ilgili değişkenler kullanılarak duyarlılık algısı alt boyutu değişkenini yordamak amacıyla birçok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır.

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(11,305)=11,27$, $p<0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %27'sinin ($R^2_{\text{adjusted}} = .27$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Buna göre, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmak duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,16$, $t(294)=2,41$, $p=0,017$ $pr^2=0,05$.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmak duyarlılık algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,14$, $t(294)=-2,20$, $p=0,028$ $pr^2=0,02$.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak duyarlılık algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,03$, $t(294)=-0,51$, $p=0,608$ $pr^2=0,0009$.

Üniversite mezunu olmak duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,13$, $t(294)=2,29$, $p=0,023$ $pr^2=0,02$.

Ortaokul mezunu olmak duyarlılık algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,02$, $t(294)=-0,43$, $p=0,664$ $pr^2=0,0006$.

İlkokul mezunu olmak duyarlılık algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,03$, $t(294)=-0,47$, $p=0,639$ $pr^2=0,0007$.

Ebeveynlerin çalışıyor olması duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,11$, $t(294)=2,16$, $p=0,031$ $pr^2=0,01$.

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptırıyor olması duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,18$, $t(294)=3,36$, $p=0,001$ $pr^2=0,04$.

Ebeveynlerin aşıların güvenliği hakkında endişe duymuyor olması duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,19$, $t(294)=3,84$, $p<0,001$ $pr^2=0,05$.

Yeni geliştirilen aşı yatıracağını söyleyen ebeveynler duyarlılık algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,06$, $t(294)=1,11$, $p=0,267$ $pr^2=0,004$.

Bir yaşından büyük çocuk sahibi olmak duyarlılık algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,13$, $t(294)=2,61$, $p=0,010$ $pr^2=0,02$.

Tablo 39.Duyarlılık algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

	B	Std.Hata	Beta	t	p
Sabit	15.462	.292		52.865	.000
13-24 aylık	.568	.218	.132	2.611	.010
Çalışanlar	.472	.218	.114	2.164	.031
Özel aşı yaptıranlar	.654	.195	.184	3.361	.001
Yeni geliştirilen aşı yaptıranlar	.208	.187	.057	1.112	.267
Aşıların güvenliği hakkında endişesi olmayanlar	.721	.187	.191	3.843	.000
İlkokul	-.140	.298	-.029	-.470	.639
Ortaokul	-.130	.300	-.025	-.434	.664
Üniversite	.483	.211	.134	2.292	.023
Sorunlu-sınırlı	-.580	.263	-.143	-2.206	.028
Yetersiz	-.176	.343	-.030	-.514	.608
Mükemmel	.562	.233	.157	2.411	.017

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(11,314) = 8,41$, $p < 0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %21'inin ($R^2_{\text{adjusted}} = .21$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Buna göre, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmak yarar algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,08$, $t(303) = 1,15$, $p = 0,252$ $pr^2 = 0,004$.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmak yarar algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = -0,21$, $t(303) = -3,18$, $p = 0,002$ $pr^2 = 0,03$.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak yarar algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = -0,16$, $t(303) = -2,58$, $p = 0,010$ $pr^2 = 0,02$.

Üniversite mezunu olmak yarar algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,02$, $t(303) = 0,41$, $p = 0,685$ $pr^2 = 0,0005$.

Ortaokul mezunu olmak yarar algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,02$, $t(303) = 0,27$, $p = 0,787$ $pr^2 = 0,0002$.

İlkokul mezunu olmak yarar algısını yordamamaktadır, $\beta = -0,06$, $t(303) = -0,98$, $p = 0,327$ $pr^2 = 0,003$.

Ebeveynlerin çalışıyor olması yarar algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,04$, $t(303) = 0,72$, $p = 0,471$ $pr^2 = 0,002$.

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptırıyor olması yarar algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,18$, $t(303) = 3,27$, $p = 0,001$ $pr^2 = 0,03$.

Ebeveynlerin aşıların güvenliği hakkında endişe duymuyor olması yarar algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,11$, $t(303) = 2,22$, $p = 0,027$ $pr^2 = 0,01$.

Yeni geliştirilen aşı yatıracağını söyleyen ebeveynler yarar algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,11$, $t(303) = 2,06$, $p = 0,040$ $pr^2 = 0,01$.

Bir yaşından büyük çocuk sahibi olmak yarar algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,12$, $t(303) = 2,32$, $p = 0,02$ $pr^2 = 0,02$.

Tablo 40.Yarar algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	18.813	.470		40.011	.000
13-24 aylık	.801	.346	.120	2.318	.021
Çalışanlar	.253	.351	.039	.722	.471
Özel aşı yaptırılanlar	1.022	.313	.184	3.269	.001
Yeni geliştirilen aşı yaptıranlar	.621	.302	.108	2.058	.040
Aşıların güvenliği hakkında endişesi olmayanlar	.676	.304	.114	2.220	.027
İlkokul	-.468	.477	-.062	-.981	.327
Ortaokul	.130	.481	.016	.270	.787
Üniversite	.138	.341	.024	.406	.685
Sorunlu-sınırlı	-1.343	.422	-.213	-3.182	.002
Yetersiz	-1.430	.554	-.156	-2.580	.010
Mükemmel	.431	.375	.077	1.148	.252

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(11,303) = 10,05$, $p < 0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %25'inin ($R^2_{\text{adjusted}} = .25$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Buna göre, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmak algılanan engelleri olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = -0,18$, $t(292) = -2,76$, $p = 0,006$ $pr^2 = 0,02$.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmak algılanan engelleri olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,33$, $t(292) = 4,96$, $p < 0,001$, $pr^2 = 0,08$.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta = 0,11$, $t(292) = 1,85$, $p = 0,065$ $pr^2 = 0,01$.

Üniversite mezunu olmak algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta = -0,01$, $t(292) = -0,16$, $p = 0,875$ $pr^2 = 0,00008$.

Ortaokul mezunu olmak algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta = -0,11$, $t(292) = -1,96$, $p = 0,051$ $pr^2 = 0,01$.

İlkokul mezunu olmak algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta = -0,05$, $t(292) = -0,72$, $p = 0,472$ $pr^2 = 0,002$.

Ebeveynlerin çalışıyor olması engeller algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,05$, $t(292) = 0,99$, $p = 0,321$ $pr^2 = 0,003$.

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptırtıyor olması algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta=-0,09$, $t(292)=-1,69$, $p=0,093$ $pr^2=0,01$.

Ebeveynlerin aşıların güvenliği hakkında endişe duymuyor olması algılanan engelleri olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,15$, $t(292)=-2,96$, $p=0,003$ $pr^2=0,03$.

Yeni geliştirilen aşı yatıracağını söyleyen ebeveynler algılanan engelleri yordamamaktadır, $\beta=-0,05$, $t(292)=-0,92$, $p=0,356$ $pr^2=0,003$.

Bir yaşından büyük çocuk sahibi olmak algılanan engelleri olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,16$, $t(292)=-3,08$, $p=0,002$ $pr^2=0,03$.

Tablo 41.Engeller algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	15.880	.721		22.021	.000
13-24 aylık	-1.607	.521	-.158	-3.083	.002
Çalışanlar	.536	.540	.053	.993	.321
Özel aşı yaptıranlar	-.806	.478	-.094	-1.687	.093
Yeni geliştirilen aşı yaptıranlar	-.428	.463	-.048	-.924	.356
Aşıların güvenliği hakkında endişesi olmayanlar	-1.383	.466	-.150	-2.965	.003
İlkokul	-.530	.736	-.046	-.720	.472
Ortaokul	-1.462	.747	-.115	-1.958	.051
Üniversite	-.083	.523	-.010	-.158	.875
Sorunlu-sınırlı	3.232	.652	.332	4.961	.000
Yetersiz	1.639	.886	.111	1.850	.065
Mükemmel	-1.579	.572	-.184	-2.759	.006

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(11,315)=5,50$, $p<0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %21'inin ($R^2_{\text{adjusted}} = .21$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Buna göre, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmak sağlık sorumluluğu algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,16$, $t(304)=2,39$, $p=0,018$ $pr^2=0,02$.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmak sağlık sorumluluğu algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,24$, $t(304)=-3,53$, $p<0,001$, $pr^2=0,04$.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak sağlık sorumluluğu algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,18$, $t(304)=3,06$, $p=0,002$ $pr^2=0,03$.

Üniversite mezunu olmak sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=0,00$, $t(304)=-0,003$, $p=0,997$ $pr^2=0,000$.

Ortaokul mezunu olmak sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,02$, $t(304)=-0,38$, $p=0,703$ $pr^2=0,0005$.

İlkokul mezunu olmak sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=-0,03$, $t(304)=-0,56$, $p=0,575$ $pr^2=0,001$.

Ebeveynlerin çalışıyor olması sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=0,05$, $t(304)=0,88$, $p=0,378$ $pr^2=0,003$.

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptırıyor olması sağlık sorumluluğu algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,12$, $t(304)=2,11$, $p=0,036$ $pr^2=0,01$.

Ebeveynlerin aşıların güvenliği hakkında endişe duymuyor olması sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=0,03$, $t(304)=0,59$, $p=0,558$ $pr^2=0,001$.

Yeni geliştirilen aşı yatıracağını söyleyen ebeveynler sağlık sorumluluğu algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,10$, $t(304)=1,99$, $p=0,047$ $pr^2=0,01$.

Bir yaşından büyük çocuk sahibi olmak sağlık sorumluluğu algısını yordamamaktadır, $\beta=0,02$, $t(304)=0,47$, $p=0,640$ $pr^2=0,0007$.

Tablo 42.Sağlık sorumluluğu algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	20.353	.429		47.423	.000
13-24 aylık	.146	.313	.024	.468	.640
Çalışanlar	.280	.318	.048	.883	.378
Özel aşı yaptırılanlar	.598	.283	.118	2.112	.036
Yeni geliştirilen aşı yaptıranlar	.547	.274	.105	1.995	.047
Aşıların güvenliği hakkında endişesi olmayanlar	.162	.276	.030	.586	.558
İlkokul	-.244	.435	-.035	-.561	.575
Ortaokul	-.167	.438	-.022	-.381	.703
Üniversite	-.001	.310	.000	-.003	.997
Sorunlu-sınırlı	-1.351	.383	-.236	-3.530	.000
Yetersiz	-1.547	.505	-.185	-3.064	.002
Mükemmel	.817	.342	.160	2.387	.018

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(11,287) = 9,31$, $p < 0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %24'ünün ($R^2_{\text{adjusted}} = .24$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Buna göre, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmak ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,03$, $t(276) = 0,41$, $p = 0,685$, $pr^2 = 0,0006$.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmak ciddiye algısını olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = -0,30$, $t(276) = -4,35$, $p < 0,001$, $pr^2 = 0,06$.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = -0,09$, $t(276) = -1,50$, $p = 0,134$, $pr^2 = 0,008$.

Üniversite mezunu olmak ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,05$, $t(276) = 0,88$, $p = 0,382$, $pr^2 = 0,003$.

Ortaokul mezunu olmak ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = -0,03$, $t(276) = -0,50$, $p = 0,615$, $pr^2 = 0,0009$.

İlkokul mezunu olmak ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = -0,02$, $t(276) = -0,29$, $p = 0,772$, $pr^2 = 0,0003$.

Ebeveynlerin çalışıyor olması ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,08$, $t(276) = 1,53$, $p = 0,126$, $pr^2 = 0,008$.

Ebeveynlerin çocuklarına özel aşı yaptırıyor olması ciddiye algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,14$, $t(276) = 2,50$, $p = 0,013$, $pr^2 = 0,02$.

Ebeveynlerin aşıların güvenliği hakkında endişe duymuyor olması ciddiye algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,21$, $t(276) = 4,08$, $p < 0,001$, $pr^2 = 0,06$.

Yeni geliştirilen aşı yatıracağını söyleyen ebeveynler ciddiye algısını yordamamaktadır, $\beta = 0,05$, $t(276) = 0,94$, $p = 0,350$, $pr^2 = 0,003$.

Bir yaşından büyük çocuk sahibi olmak ciddiye algısını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta = 0,17$, $t(276) = 3,29$, $p = 0,001$, $pr^2 = 0,04$.

Tablo 43.Ciddiyet algısı ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	15.502	.390		39.763	.000
13-24 aylık	.942	.286	.174	3.290	.001
Çalışanlar	.432	.281	.085	1.535	.126
Özel aşı yaptırtılanlar	.630	.252	.142	2.498	.013
Yeni geliştirilen aşı yaptırtılanlar	.233	.248	.050	.937	.350
Aşıların güvenliği hakkında endişesi olmayanlar	.998	.245	.213	4.077	.000
İlkokul	-.115	.395	-.019	-.290	.772
Ortaokul	-.203	.404	-.030	-.504	.615
Üniversite	.240	.275	.053	.876	.382
Sorunlu-sınırlı	-1.521	.349	-.303	-4.355	.000
Yetersiz	-.690	.459	-.094	-1.505	.134
Mükemmel	.127	.314	.029	.406	.685

d) Pandemi öncesi ve pandemi sırasında bazı verilerin değerlendirilmesi

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının pandemi öncesi ve pandemi sırasında değerlendirilmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Pandemi sırasında katılımcıların duyarlılık ve sağlık sorumluluğu algısı daha yüksek, engeller algısı skoru ise daha düşük tespit edilmiştir.

Pandemi sırasında katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı skoru istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır.

Çocuklarına aşı yaptırdıkları halde endişe duyma, aşı yaptırmama hakkı olma durumu, aile hekimine karşı duyulan güven, çocuklarını çok önemli bir hastalıktan koruyacağına inandıkları halde yeni geliştirilen bir aşı yaptırabileceklerini söyleme durumu ve özel aşı yaptıрма durumları pandemi öncesi ve sırasında değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 44. Pandemi öncesi ve pandemi sonrası bazı verilerin değerlendirilmesi

	Pandemi öncesi	Pandemi sonrası	Anlamlılık düzeyleri
Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği			
Duyarlılık algısı	16.25±1.82 16.00 (10-20)	16.67±2.53 16.00 (4-20)	p=0.001
Ciddiyet algısı	15.91±2.38 16.00 (8-20)	15.74±3.56 16.00 (4-20)	p=0.309
Yarar algısı	19.61±2.52 20.00 (13-25)	20.02±3.35 20.00 (5-25)	p=0.051
Engeller algısı	18.43±5.42 18.00 (8-40)	13.00±4.36 12.00 (8-30)	p<0.001
Sağlık sorumluluğu algısı	20.33±2.59 20.00 (12-25)	21.12±2.66 21.00 (11-25)	p=0.001
Genel sağlık okuryazarlığı	32.84±8.34 31.25 (6.25-50)	39.63±9.59 43.23 (5.73-50)	p<0.001
Aşılar hakkında endişe			
Evet	34	70	$X^2(1) = 0.012$ p=0.915
Hayır	69	146	
Aşı yaptırmama hakkı			
Evet	44	116	$X^2(1) = 3.367$ p=0.067
Hayır	59	100	

Aile hekimine karşı güven duyma			
Evet	97	197	$X^2(1)=0.852$ p=0.356
Hayır	6	19	
Yeni geliştirilen aşı yaptırma durumu			
Evet	71	128	$X^2(1)=2.781$ p=0.095
Hayır	32	88	
Özel aşı yaptırma durumu			
Evet	47	96	$X^2(1)=0.040$ p=0.842
Hayır	56	120	

5. TARTIŞMA

a) Sosyodemografik veriler ve bazı değişkenler ile bağımlı değişkenin karşılaştırılması

Bağışıklama en önemli koruyucu sağlık hizmetlerinden biridir. Bağışıklama davranışının nasıl gerçekleştiğini anlayarak aşı tereddüdü ve reddinin de önüne geçilebilir. Sağlık davranışlarını anlamak için kullanılan en yaygın modellerden biri sağlık inanç modelidir. Bu model kişilerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkilenebileceğini ileri sürer ve sağlık davranışlarındaki bireysel değişiklikleri açıklamak ve tahmin etmek için kullanılabilir.

Model, sağlık davranışlarını etkileyen temel faktörleri, bir bireyin hastalık veya hastalığa yönelik algılanan tehdidi (algılanan duyarlılık), kişilerin hastalığa ve kendilerinde oluşturacağı etkinin ciddiyetine olan inançları (algılanan şiddet), kişinin hastalığa veya hastalık tehdidini azaltmaya yönelik yapılacak olan davranışın etkili olduğuna inancı (algılanan fayda), bireyin yeni davranışı benimsemesini neyin engelleyeceğine ilişkin görüşü (algılanan engeller), davranışları değiştirmeyi tetikleyen olaylar, insanlar veya durumlar (eylem ipuçları) ve bir şeyi yapabilme yeteneğine olan kişisel inançlar (öz yeterlilik) olarak tanımlar.

Literatür sağlık inanç modelini kullanılarak aşılama davranışını neyin etki ettiğini anlamaya çalışmıştır. İsveç'te 200 ebeveynle yapılan bir çalışmada HPV aşısını red eden ebeveynlerin, aşı hakkında algıladıkları risklerin faydalarından daha çok olduğu sonucuna varılmıştır(59). Tayvan'da 2009 yılında 2778 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise 6-36 ay arası çocuğu olan ebeveynlere grip aşısı önerilmiş, aşı yaptıran ebeveynlerin duyarlılık, yarar algısı ve eyleme geçme ipuçları ile pozitif bir ilişkisi olduğu tespit edilmişken, engeller algısı ile ters yönlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir(60). 2009 yılında ABD'de 11206 ebeveynle yapılan bir çalışmada da aşı tereddüdünün artması ile sağlık inançları alt boyutları arasında ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır(61). Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara varılmıştır(62–65). Nijerya'da 2014 yılında 72 kişi ile yapılan bir niteliksel çalışmada algılanan yarar ve duyarlılığın aşı kabulünü etkilediği tespit edilmiştir(66).

Çalışmamızda çocuklarına aşı yaptırmayan iki ebeveyn mevcuttur. Sayısal yetersizlik dolayısıyla bu ebeveynler ayrı bir analize dahil edilmemiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %1,1'i çocuklarına aşı yaptırmayacağını, %6,2'si ise kararsız olduğunu söylemiştir. Ayrıca ebeveynlerin %39,7'si çevrelerinde çocuğuna aşı yaptırmayan bireyler olduğunu belirtmiştir(67).

Çalışmamızda ebeveynlerin Aşıyla İlgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı duyarlılık algısı alt boyutundan ortalama 16.5 ± 2.3 ; ciddiye algısı alt boyutundan 15.8 ± 3.2 ; yarar algısı alt boyutundan 19.9 ± 3.1 ; engeller algısı alt boyutundan 14.7 ± 5.2 ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutundan ise 20.9 ± 2.7 puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

Konya’da yapılan bir çalışmada annelerin aşıyla İlgili Toplum Tutumu - Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı duyarlılık algısı alt boyutunda ortalama 16.1 ± 4.1 ; ciddiye algısı alt boyutunda 15.6 ± 4.3 ; yarar algısı alt boyutunda 19.8 ± 5.4 ; engeller algısı alt boyutunda 17.1 ± 8.2 ve sağlık sorumluluğu algısı alt boyutundan ise 20.4 ± 4.7 puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir (62). Aynı ilde bu ölçek kullanılarak toplumun aşılar hakkında sağlıkla ilgili tutumlarına bakılmıştır ve bu ölçekten aldıkları puan bizim çalışmamız ile benzer bulunmuştur (68,69). Bu çalışmalarda engeller algısı puanının bizim çalışmamıza göre nispeten daha yüksek olmasının nedeni, çalışmanın genel popülasyona uygulanmış olmasından ve sağlık okuryazarlığı durumundan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda babaların engeller algısı puanının annelerden anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. İstanbul’da 383 kişi ile yapılan bir çalışmada doğumu takip eden 72 saat içerisinde aileler ile görüşülmüş ve anneler ile babaların sağlık inanç modeline göre sağlık davranışları arasında farklılık tespit edilmemiştir(67). Bu konuda yapılan iki çalışma da benzer sonuçlar göstermiştir(69). 2011 yılında Hindistan’da 1599 ebeveynin HPV aşısı hakkında sağlık davranışlarının incelendiği başka bir çalışmada ise çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunmuştur(68,70). Bu durum seçilmiş olan popülasyonun yaşından, kültüründen, aşı türünden ya da çalışmanın yürütüldüğü zamandan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda anne ve baba yaşları ile aşıyla ilgili Toplum Tutumu-Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde yaş ile sağlık inanç modeli alt boyutları arasında ilişkiyi gösteren farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bir çalışmada 30 yaş üstünde olan ebeveynlerin engeller algısının daha düşük, sağlık sorumluluğu algısının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(67). 2015 yılında Tayland’da HPV aşısı ile ilgili 301 kişi ile yapılan bir çalışmada ise 30 yaş altı kişilerin ciddiye algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(71). Konya’da kırsal alanda yapılan bir çalışmada yaş arttıkça duyarlılık algısı ve sağlık sorumluluğu algısının azaldığı aksine engeller algısının ise arttığı gözlenmiştir (68). Aynı şehirde kentsel alanda yapılan bir çalışmada ise yaş ilerledikçe duyarlılık, ciddiye ve yarar algısının da arttığı tespit edilmiştir(69). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada ise çalışmamızla benzer sonuçlara varılmıştır(70). Bu çalışmalarda anne ve baba yaşı ile sağlık inançları karşılaştırılmamış olup genel bir toplam yaş karşılaştırmasından bahsedilmektedir(67–

70). Konya’da ve Tayland’da yapılan çalışmalarda bizim popülasyonumuza göre yaşlar daha büyüktür(68,69,71) ve sadece ebeveynleri değil dede, nine gibi çocuk ile diğer yakınlık derecesinde olan akrabaları da içermektedir(68,69). Bu durum sonuçlarımızın farklı olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda 13-24 aylık çocuğu olan ebeveynlerin duyarlılık, ciddiye, yarar algısı daha yüksek iken engeller algısı daha küçük çocuğu olan ebeveynlere göre daha düşüktür. Literatürde bu konu ile ilgili bir değerlendirilmeye rastlanmamıştır. Ancak bu durum, çalışmamıza katılan ailelerin genelde tek çocuğu olduğu göz önünde bulundurulduğunda aşılarda ve bulaşıcı hastalıklar hakkında artan tecrübe nedeniyle olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda üniversite mezunu olan annelerin duyarlılık algısının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Babaların eğitim düzeyi ile sağlıkla ilgili tutumları arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Literatürde ailelerin eğitim düzeyleri ile sağlık davranışları arasında farklı sonuçlar vardır. Konya’daki kırsal alanda yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile ilişki bulunmazken,(68) aynı ilde kentsel bölgede yapılan çalışmada eğitimin düşmesi ile ciddiye algısının arttığı; engeller algısını ise azaldığı tespit edilmiştir(69). 674 anne ile yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyinin artması ile duyarlılık algısının azaldığı gözlenmiştir(62). Konuyla ilgili olarak yapılan bir başka çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça duyarlılık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu algısının arttığı engeller algısının ise bu durumdan etkilenmediği görülmüştür (70). Literatürde anne ve babaların eğitim düzeyleri ile sağlık inançları ayrı bir şekilde değerlendirilmemiş olup bu konuda farklı sonuçlar görülmektedir. Bu duruma o bölgenin kültürel özellikleri ya da ebeveynlerin kişisel özellikleri neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda öğretmen olan annelerin özel sektörde çalışan annelere göre duyarlılık algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca öğretmen olan anneler ile özel sektörde çalışan annelerin sağlık sorumluluğu algısı ev hanımı olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Babaların meslekleri ile sağlık tutumları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Literatürde bu konu değerlendirilmemiş olup öğretmenlerin bu konudaki duyarlılık ve sağlık sorumluluğun yüksek olması beklenen bir durum olarak düşünülmüştür.

Çalışan ebeveynlerin çalışmayanlara göre duyarlılık ve yarar algısının istatistiksel olarak anlamlı yüksek, engeller algısının ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde Tayland’da HPV aşısı ile ilgili yapılan bir çalışmada anlamı fark saptanmamış iken, (71) Türkiye’de yapılan diğer iki çalışmada ise çalışmamızla benzer sonuçlar görülmektedir (62,67).Bu sonuca coğrafik, kültürel durum ve araştırmanın yapıldığı aşının tipi neden olmuş olabilir.

Gelir durumlarını fazla olarak tanımlayan ebeveynlerin duyarlılık algısı, gelir durumu az olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. İstanbul’da yapılan çalışmada gelir durumu yüksek olan kişilerin sağlık sorumluluk algısı yüksek bulunmuştur (67). Bu durum ebeveynlerin eğitim durumu, sağlık okuryazarlığı gibi durumlardan etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça duyarlılık, yarar ve sağlık sorumluluğu algısının daha düşük olduğu görülmüştür. Anneler ile yapılan bir çalışmada da çocuk sayısı arttıkça duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık sorumluluğu algısı puanı düşerken, engel algısı puanının arttığı tespit edilmiştir(62). Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise çocuk sayısının artması ile engeller algısının azaldığı saptanmıştır(70). Bu konudaki farklı sonuç araştırmanın yapıldığı aşının türünden ya da bölgesel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyal medyada harcadıkları zaman arttıkça duyarlılık ve yarar algısının istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek, engeller algısının ise anlamlı daha düşük olduğu görülmüştür. Sosyal medyadan edinilen olumsuz fikirlerin ve bu olumsuz fikirlerin çocuklarını aşılama kararı verirken etkisi incelendiğinde ise istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. İsveç’te yapılan çalışmada aşılama reddeden ebeveynlerin HPV aşısı hakkında okul hemşiresi tarafından verilen bilgiyi yetersiz buldukları ve bu konu hakkında merak ettikleri durumlar için internetten yararlanmış oldukları belirtilmiştir(59). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da sosyal medyada aşılar hakkında olumsuz fikir edinenlerin aşı reddine daha yakın olduğu tespit edilmiştir(72). Bu farklılığın nedeni ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve bu çalışmanın yürütüldüğü zamandan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda çocuk doktoru ve diğer kaynaklardan bilgi edinen ailelerin duyarlılık algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı hemşirelerden bilgi edinen ailelere göre daha yüksek görülmüşken engeller algısı alt boyutunda ise bu durum ters olarak saptanmıştır. Bağışıklama hakkında bilgi edinirken kullanılan kaynak sayısı ile aşıyla ilgili sağlık tutumları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmada diğer kaynaklar olarak bahsedilen kısmın büyük bir çoğunluğunu dergi, makale ve bilimsel yayınlardan elde edilen bilgiler oluşturmaktaydı. Bu nedenle bu kişilerin bağışıklama hakkındaki sağlık tutumlarının olumlu olması beklenen bir durum olabilir. Bu anlamlı farklılık ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinden de kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda bağışıklama kararı çocuğun annesi tarafından veya ortak alındığında engeller algısı istatistiksel olarak anlamlı düşük tespit edilmiştir. Bu durum babaların engeller algısı puanının annelere göre daha yüksek olduğu sonucumuz ile paralellik göstermektedir.

Çocuklarına özel aşı yaptıran ebeveynlerin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir. Bu yükseklik özellikle her iki özel aşığı yaptıran ebeveyn ve hiç yaptırmayan ebeveyn arasında anlamlı bulunmuştur. Türkiye’de 2018 yılında yapılan bir çalışmada da aşı karşıtı düşünce puanlarının bu ebeveynlerde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır(73).

Çocuklarını çok önemli bir hastalıktan koruyacağına inandıkları halde yeni geliştirilen bir aşı yaptırabileceklerini söyleyen katılımcıların duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve sağlık sorumluluğu algısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmişken engeller algısı ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Türkiye’de sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da bu katılımcıların aşı kabulü puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür(72).

Kişilerin aşı yaptırmama hakkı olması gerektiğini düşünmeyen katılımcıların ciddiyet ve yarar algısı anlamlı yüksek görülmüştür. Bu konuda literatürde bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çocuklarına aşı yaptırdığı halde aşılar hakkında endişesi olmayan ebeveynlerin duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısının istatistiksel olarak daha yüksek, engeller algısının da daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu soru ileride tereddüde veya aşı reddine neden olabileceği için sorulmuş ve endişesi olmayan kişilerin aşılar hakkındaki düşüncelerinin daha olumlu olduğu gözlenmiştir. Bu konuda literatürde incelemeye rastlanmamıştır.

b) Ana bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

Çalışmamızda genel sağlık okuryazarlığı toplam puanı $37,44 \pm 9,72$ olarak bulunmuştur. Okuryazarlık sınıflarına göre katılımcılar %10 yetersiz, %26 sorunlu-sınırlı, %20,7 yeterli ve %43,3 mükemmel sağlık okuryazarlığına sahipti. 2017 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelendiği 6228 kişinin katıldığı çalışmada %30,9 yetersiz, %38 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli ve %7,7’sinin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktaydı (74).

Çalışmamızla benzer popülasyona sahip olan çalışmalarda ise TSOY-32 ölçek puan ortalamaları sırasıyla $34,49 \pm 9,14$, $32,3$, $30,83 \pm 8,38$ olarak tespit edilmiştir(75–77). Çalışmamızın diğer üç çalışmaya göre daha yüksek sağlık okuryazarlık puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu duruma araştırmamızın yapıldığı ilin daha gelişmiş sosyoekonomik koşullara ve katılımcıların daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip olmaları etki etmiş olabilir.

Araştırmamızın tedavi ve hizmet boyutunun genel puanı $38,74 \pm 9,78$, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun genel puanı $36,14 \pm 10,75$, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun genel puanı $40,31 \pm 10,68$, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun genel puanı $40,03 \pm 10,01$, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun genel puanı $32,63 \pm 12,18$, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutunun genel puanı $36,79 \pm 10,16$ olarak bulunmuştur.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan aşı ile ilgili sağlık inanç modeli ölçeği ile bağımsız değişkeni olan sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça duyarlılık, ciddiye, yarar ve sağlık sorumluluğu algısında da artış gözlenmiştir. Bu iki değişken arasında zayıf pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu algısında; genel sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutlarında orta düzeyde ilişki gözlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça aşı ile ilgili engeller algısında azalma görülmüştür. Özellikle genel sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmet boyutunda ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunda olan sağlık okuryazarlığı ile engeller algısı alt boyutunda orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Diğer alt boyutlarda ise zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Bursa’da 2021 yılında 400 kişiyle yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığını ölçmek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) kullanılmış ve kişilerin aşı kabulüne yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek için literatür taraması sonucunda oluşturulan sorularla bu iki değişken arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça aşılama uygulamalarına yönelik olumlu tutumların da anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir(78).

İtalya’da 2018 yılında 95 anaokulu çocuğunun ebeveyni ile yapılan bir çalışmada sağlık inanç modeli ile sağlık okuryazarlığı ölçmek için Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER) kullanılmış ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık inançları arasında bir ilişki bulunamamıştır(79).

İsrail’de ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ile çocuk aşılarına ilişkin karar vermeleri arasındaki ilişkiyi araştıran 3-4 yaş aralığında çocuğu olan 731 ebeveynin dahil edildiği bir çalışmada daha yüksek düzeyde iletişimsel ve kritik sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynlerin aşılama uyma olasılıkları daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin internetteki yanıltıcı bilgiler içeren siteleri diğerlerine göre daha inandırıcı buldukları görülmüştür. Buna neden olan, bu ebeveynlerin aşırıya ilişkin önceden var olan olumsuz tutumlarına veya aşıyla ilgili endişelerine dayanarak, korkularını destekleyen

bilgilerin peşine düşmeleri ve daha sonra karar vermek için bu kaynakları kullanmış olmaları gösterilmiştir. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı olan kişilerin tıbbi bilgileri elde etme, analiz etme ve anlama becerisine sahip olmaları beklenmektedir, ancak sonuç internetteki yanıltıcı bilgileri ayırt etmenin bu insanlar için bile zor olabileceğini düşündürmektedir(80).

Sağlık okuryazarlığı ile aşıya yönelik davranış arasındaki bağlantıyı araştıran dokuz kesitsel çalışmayı içeren bir sistematik derlemede çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bir araştırmada ilişki gözlenmemiş iken diğerlerinde ise pozitif veya negatif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir (81). Kişilerin hastalık hakkında risk algıları arttıkça sağlık okuryazarlığı aşılanmayı pozitif yönde etkilerken risk algıları azaldığında ise sağlık okuryazarlığı bağışıklamada olumsuz etki etmiş veya hiç etki göstermemiş olabilir. Özellikle ebeveynlerin bu durum karşısında algıladıkları yararlar ve engeller arasındaki denge, çocuklarına karşı olan bir sorumluluk duygusu tarafından yönlendirilmiş olabilir bu da aşılara ilgili seçimlerinin çok yönlü doğası olduğunu düşündürür. Bu belirsiz sonuçların özellikle sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılmış olan farklı ölçeklerden, yapılan çalışmaların azlığından ve hedef popülasyonun çeşitliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir(81).

Bu bulgular ışığında bakıldığında çalışmamız ile diğer çalışmalar arasında kullanılan ölçek farklılıkları gibi nedenler ile farklı sonuçlar bulunmuş olabilir. Bizim çalışmamızda hastaların diğer popülasyonlara oranla daha yüksek bir sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip olması nedeniyle ya da aşılara ilgili benzer sağlık tutumlarına sahip olmaları gibi nedenlerle zayıf bir ilişki bulunmuş olabilir. İsrail’de yapılmış olan çalışmada çocuklarının aşılmasını tamamlamayan ebeveynler de dahil edilmiş ve burada kullanılan ölçek aşı okuryazarlığına spesifik olarak hazırlanmıştır (80). Hindistan ve İtalya’da yapılan çalışmalarda kullanılan ölçek farklılığına ek olarak sağlık okuryazarlık seviyeleri bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur, ayrıca İtalya’daki çalışmada katılımcıların sayısının 95 kişi ile sınırlı olması da sonuçlarımızdaki farklılığa neden olmuş olabilir(79,82). Hindistan ve İsrail’de yapılan çalışmalarda çocuklarının aşılmasını tamamlayan ve tamamlamayan ebeveynlerin dahil edildiği göz önünde bulundurulduğunda da sonuçlarımız arasındaki farklılığı açıklıyor olabilir (80,82).

c) COVID-19 pandemi öncesi ve pandemi sırasında bazı verilerin değerlendirilmesi

Veri toplama sürecinin bir kısmının pandemi öncesi dönem olan 11 Mart 2020'ye bir kısmının da COVID-19 salgını için aşılama sürecinin başlangıç dönemi olan Şubat 2021'e denk gelmesi verilerin bu açıdan da değerlendirilmesini zorunlu hale getirmiştir.

Aşıyla ilgili toplum tutumu-sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının pandemi öncesi ve pandemi sırasındaki değerlendirilmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Pandemi sırasında katılımcıların duyarlılık ve sağlık sorumluluğu algısı daha yüksek, engeller algısı skoru ise daha düşük tespit edilmiştir. İtalya'da sağlık çalışanlarında bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada da pandemi sırasında kendileri için önerilen aşıları yaptıрма oranı öncesine göre anlamlı derecede artış göstermiştir (83).

Pandemi sırasında katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı skoru istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Japonya'da pandemi öncesi ve sırasında sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarımızla zıt yönde bulgulara varılmıştır (84). Bu farklı sonuçlar popülasyonlarımız arasındaki sosyodemografik ve kültürel farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise bulgularımızla benzer sonuçlara varılmıştır(85).

Çocuklarına aşı yaptırdıkları halde endişe duyma, aşı yaptırmama hakkı olma durumu, aile hekimine karşı duyulan güven, çocuklarını çok önemli bir hastalıktan koruyacağına inandıkları halde yeni geliştirilen bir aşı yaptırabileceklerini söyleme durumu ve özel aşı yaptıрма durumları pandemi öncesi ve sırasında değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu konuda anlamlı bir farklılık görülmemesi katılımcı sayısını eksik olmasından kaynaklanıyor olabilir.

COVID-19 salgını nedeniyle katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve aşı ile ilgili tutumları etkilenmiş ve bu da diğer çalışmalar ile aramızda farklı sonuçların ortaya çıkmasına sebebiyet vermiş olabilir.

Çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları

Bu alanda yapılan çalışmalar çok yeni ve azdır, bu nedenle çalışmamız literatüre katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, çocukların ağırlıklı olarak aşılandığı 0-2 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin seçilmesi ile ailelerin bu dönemdeki aşılardaki

tutumlarını ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek açısından faydalı olduğu düşünülebilir.

2020 Mart ayında ngrlemeyen bir neden olan Covid-19 salgını nedeniyle resmi olarak pandemi kliniğinde görevlendirme sonucu veri ayının büyük bir bölümü değerlendirilememiş ve veri için sahaya çıkılamamıştır.

Ağırlıklı olarak yüz yüze anket doldurma şeklinde planlanan alışma COVID-19 pandemisi nedeniyle hastalık kapma endişeleri gibi nedenlerden dolayı Aile Sağlığı Merkezi'nde harcanacak srenin azaltılması için şubat 2021'de telefon ile veri toplama sürecine devam edilmiş, bu da iletişim bilgilerine ulaşılamama, anketin yarım bırakılması gibi durumlara yol açarak bazı ebeveynlere ulaşılmada sınırlılıklara sebebiyet vermiştir. Ebeveynlerin bir kısmı araştırmacı ile ortak dile sahip olmadıkları için çalışmaya dahil edilememiştir. Bu nedenlerle 397 kişi olarak planlanan çalışma 319 kişi ile tamamlanmıştır.

Veri toplama sürecinde bir yıla yakın olan bu uzun süreli aksaklık ve COVID-19 pandemisi sonuçlarımızı etkilemiştir. Diğer taraftan pandemi öncesi ve sırasında ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı durumlarını, aşılar hakkındaki tutumlarını ve bunların değişimlerini değerlendirebilmemize neden olmuştur. Çalışmamızın bu açıdan da değerli olduğu düşünülebilir.

Çalışma İzmir genelinde yapılması planlanmış, ancak kişiisel verilerin korunması nedeni ile ocuk sayısı, dağılımları ve aşi reddi gibi bilgiler paylaşılamadığı için gerçekleştirilememiştir.

Verilerin sadece Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde toplanması, kullanılan ölçeklerin ebeveynlerin beyanına dayalı olması ile sonuçlarımız etkilenmiş olabilir, bu nedenle çalışmamız topluma genellenemeyebilir. Ayrıca bulgularımız Eğitim Aile Sağlığı Merkez'lerindeki hizmet verdiğimiz ebeveynlerin aşılar hakkındaki tutumlarını ve sağlık okuryazarlığı durumlarını tespit etmek açısından da değerlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, ebeveynlerin aşılarla ilgili tutumlarını sağlık inanç modeli metodolojisini kullanarak keşfetme fırsatı vermiştir.

Çalışmamızda ebeveynlerin aşılarla ilgili tutumları, çocuklarının yaşı ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle gebelik döneminde ailelere bağışıklama hakkında bilgi vermek, müdahalelerde bulunmak, olumlu tutumların arttırılmasında katkı sağlayabilir. Aşı güvenliği hakkında endişe duyan ebeveynlerin tutumlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür. Ebeveynlerle endişeleri hakkında konuşmak, çözüm yolu bulmaya çalışmak yararlı olabilir.

Sonuç olarak bu çalışma ebeveynlerin aşılar hakkındaki tutumlarının sağlık okuryazarlığından etkilenebildiğini düşündürmektedir. Aşılar hakkındaki bu olumsuz tutumlar ise tereddüt veya aşı reddi gibi durumların oluşmasına yol açabilir.

Aşırı reddeden bireylerin dahil edilememesinden dolayı, çalışmamız genelde çocuk aşılarını yaptıran ve aşılar hakkında olumlu tutumları olan homojen bir grup üzerinde sürdürülmüş, örneklemin sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerden oluşması ile de sağlık tutumları ve sağlık okuryazarlığı arasında zayıf bir ilişkinin bulunmasına neden olmuş olabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde durumun daha iyi anlaşılabilmesi için heterojen gruplarda çalışmalar yapılması faydalı olabilir.

Sağlık inanç modeli sadece bilişsel boyutta tutumu değerlendirir. Aşı hakkındaki tutumlar bu kişilerin duygularından da etkilenebilir, bu nedenle ebeveynlerle güçlü bir iletişime sahip olmak, empati kurmak reddi azaltmakta yararlı olabilir.

İnternet kullanımının yaygınlaştığı bu dönemde doğru ve yanlış olabilen bu bilgilerin ayırımını yapabilmek için sağlık okuryazarlığının yüksek olması önemlidir. Sağlık okuryazarlığının gelecekte daha da önemli bir yere sahip olacağı düşünüldüğünde, okulların müfredatının bir parçası haline getirilmesi bu durumun geliştirilebilmesi için önemli bir adım olabilir.

COVID-19 salgını ve hastalığın ciddiyeti aşının önemini gündeme getirmiştir. Çalışmamızda, COVID-19 pandemisinin ebeveynlerin olumlu tutumlar geliştirmesine ve sağlık okuryazarlıklarının artmasına neden olduğu görülmüştür. Bu durum medyanın bulaşıcı hastalıklar hakkında daha fazla konuşulmasına yer vermesinin bir sonucu olabilir. Medyanın pandemi sürecindeki rolü ebeveynlerin aşılar hakkındaki olumlu tutumlarının ve sağlık okuryazarlıklarının artmasına sebebiyet vermiş olabilir.

Tüm bunların ışında sağlık okuryazarlığı ve aşılar arasındaki ilişki, halen belirsizliğini korumaktadır. Bunun nedenleri yayınlanmış çalışmaların azlığı ve sağlık

okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan araçlar, hedef kitleler ve sonuç ltleri açısından Şimdiye kadar yapılan araştırmalardaki farklılıklardır. Çoklu lm araçlarını, yani aşı okuryazarlığına özel ve genel sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan araçları kullanan yeni çalışmaların uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu, sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı bir değerlendirmesini sağlayacak ve böylece sağlık okuryazarlığının aşı kabulünü tahmin etmede oynadığı rolün daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Standard immunizations for children and adolescents: Overview - UpToDate [Internet]. [Erişim tarihi: 06.10.2020]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/standard-immunizations-for-children-and-adolescents-overview>
2. Vaccines and immunization [Internet]. [Erişim tarihi: 29.01.2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/vaccines-and-immunization>
3. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [Erişim tarihi: 29.01.2022]. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005010>
4. Gür E. Vaccine hesitancy - vaccine refusal. Turk Arch Pediatr Pediatr Arş. 2019 Mar 1;54(1):1–2.
5. McKee C, Bohannon K. Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. J Pediatr Pharmacol Ther JPPT. 2016;21(2):104–9.
6. Harmsen IA, Ruiter RAC, Paulussen TGW, Mollema L et al. Factors that influence vaccination decision-making by parents who visit an anthroposophical child welfare center: A focus group study. Adv Prev Med. 2012;2012:175694.
7. Tyminińska J, Wysocki J. Is one minute enough to convince parents to vaccinate their child? Przegl Epidemiol. 2017;71(3):439–55.
8. Delves PJ, Roitt IM. The immune system. N Engl J Med. 2000 Jul 6;343(1):37–49.
9. Types of immunity to a disease | vaccines and immunizations | CDC [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 14.10.2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/immunity-types.htm>
10. Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. Nat Med. 2005 Apr;11(4):S5–11.
11. Türkiye’de aşının tarihçesi [Internet]. [Erişim tarihi: 15.10.2020]. Erişim adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-asinin-tarihcesi>
12. şimşek Orhon F. Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. Osman J Med. 2020 Mar 19;6–14.
13. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi [Internet]. [Erişim tarihi: 17.10.2020]. Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42937/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>
14. Aşılama takviminde değişiklik yapıldı [Internet]. [Erişim tarihi: 17.10.2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html>

15. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: the international landscape. CMAJ Can Med Assoc J. 2011 Nov 8;183(16):e1167–8.
16. Bozzola E, Spina G, Russo R, Bozzola M et al. Mandatory vaccinations in european countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the italian pediatric society. Ital J Pediatr [Internet]. 2018 Jun 14 [Erişim tarihi: 17.10.2020];44. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001041/>
17. Mandatory vaccinations: the canadian picture | CMAJ [Internet]. [Erişim tarihi: 17.10.2020]. Erişim adresi: <https://www.cmaj.ca/content/183/16/E1165>
18. Fasil İK. Sıhhat ve İştimaİ Muavenet teşkilâtı. 1930;17. [Internet]. [Erişim tarihi: 17.10.2020] Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/3337.pdf>
19. Kasapoęlu Turhan M. İdari kolluk yetkisi bağlamında zorunlu aşı uygulaması. Hacet Hukuk Fakóltesi Derg. 2019 Jun 30;9(1):1–40.
20. Özenç S, Parlak A, Yeşilkaya ř. Aile Hekimliğinde Genel Prensipler. :5.
21. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları - I [Internet]. [Erişim tarihi: 19.10.2020]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html
22. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. J Fam Med Prim Care. 2014;3(4):309–10.
23. Koruyucu sağlık hizmetleri [Internet]. [Erişim tarihi: 19.10.2020]. Erişim adresi: <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>
24. Francis MJ. Recent advances in vaccine technologies. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2018 Mar;48(2):231–41.
25. Types of vaccine | vaccine knowledge [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022]. Erişim adresi: <https://vk.ovg.ox.ac.uk/vk/types-of-vaccine>
26. Pollard AJ, Bijker EM. A guide to vaccinology: from basic principles to new developments. Nat Rev Immunol. 2021 Feb;21(2):83–100.
27. Roldão A, Mellado MCM, Castilho LR, Carrondo MJ et al. Virus-like particles in vaccine development. Expert Rev Vaccines. 2010 Oct 1;9(10):1149–76.
28. Van Der Pol L, Stork M, Van Der Ley P. Outer membrane vesicles as platform vaccine technology. Biotechnol J. 2015 Sep;10(11):1689–706.
29. Qin F, Xia F, Chen H, Cui B et al. A guide to nucleic acid vaccines in the prevention and treatment of infectious diseases and cancers: from basic principles to current applications. Front Cell Dev Biol [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 26.06.2022];9. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2021.633776>

30. Birinci basamak sağlık alışanları için aşı rehberi. :89. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf
31. Weinberg GA, Szilagyi PG. Vaccine epidemiology: efficacy, effectiveness, and the translational research roadmap. J Infect Dis. 2010 Jun 1;201(11):1607–10.
32. Vaccine ingredients | vaccine knowledge [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://vk.ovg.ox.ac.uk/vk/vaccine-ingredients>
33. Research C for BE and. common ingredients in U.S. licensed vaccines. FDA [Internet]. 02.02.2021[Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/safety-availability-biologics/common-ingredients-us-licensed-vaccines>
34. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. Vaccine. 2014 Jun 17;32(29):3623–9.
35. Aşı sonrası istenmeyen etkiler [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/26-asinin-bilinen-yan-etkileri.html>
36. Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP) [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046738.htm>
37. Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP) [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046738.htm#00001893.htm>
38. Vaccine adverse events: separating myth from reality [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0615/p786.html>
39. Centers for disease control and prevention (CDC). interim results: state-specific influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccination coverage - United States, October 2009-January 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010 Apr 2;59(12):363–8.
40. Bakanligi TCS. aşı sonrası istenmeyen etkiler genelgesi (2009) [Internet]. T.C. Sağlık Bakanligi. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>
41. Surveillance for adverse events using VAERS | CDC [Internet]. 2022 [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt21-surv-adverse-events.html>

42. Timeline | history of vaccines [Internet]. [Erişim tarihi: 20.03.2022]. Erişim adresi: <https://www.historyofvaccines.org/timeline/all>
43. Cowpox | cause, symptoms, & treatment | Britannica [Internet]. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.britannica.com/science/cowpox>
44. History of the anti-vaccine movement [Internet]. Verywell Health. [Erişim tarihi: 26.06.2022], Erişim adresi: <https://www.verywellhealth.com/history-anti-vaccine-movement-4054321>
45. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. Vaccine. 2015 Aug;33(34):4161–4.
46. Succi RC de M. Vaccine refusal – what we need to know. J Pediatr (Rio J). 2018 Nov 1;94(6):574–81.
47. The health belief model [Internet]. [Erişim tarihi: 20.03.2022]. Erişim adresi: <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/behavioralchangetheories2.html>
48. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The health belief model. health behavior and health education. Health Belief Model. 2002;45–66.
49. Washburn L. Understanding the health belief model. :4.
50. Mimiaga MJ, Reisner SL, Reilly L, Soroudi N et al. Chapter 8 - Individual interventions. In: Mayer KH, Pizer HF, editors. HIV prevention [Internet]. San Diego: Academic Press; 2009 [Erişim tarihi: 27.06.2022]. p. 203–39. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012374235300008X>
51. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. 2014;8.
52. What is the meaning of health literacy? a systematic review and qualitative synthesis | Family Medicine and Community Health [Internet]. [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://fmch.bmj.com/content/8/2/e000351>
53. CDC. What is health literacy? take action. find out. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [Erişim tarihi: 20.03.2022]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
54. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p. (The solid facts).
55. An introduction to health literacy | NNLM [Internet]. [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://nnlm.gov/guides/intro-health-literacy>

56. Health literacy in healthy people 2030 - healthy people 2030 | health.gov [Internet]. [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>
57. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century | Health Promotion International | Oxford Academic [Internet]. [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
58. Literacy I of M (US) C on H, Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. What is health literacy? [Internet]. health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press (US); 2004 [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>
59. Grandahl M, Tydén T, Westerling R, Nevéus T et al. To consent or decline HPV vaccination: a pilot study at the start of the national school-based vaccination program in sweden. J Sch Health. 2017 Jan;87(1):62–70.
60. Chen MF, Wang RH, Schneider JK, Tsai CT et al. Using the health belief model to understand caregiver factors influencing childhood influenza vaccinations. J Community Health Nurs. 2011 Jan 31;28(1):29–40.
61. Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z et al. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the health belief model. Public Health Rep. 2011;126(Suppl 2):135–46.
62. Bardak F. Annelerin sağlık inanç modeline göre aşı tutumları ve bazı bebek sağlığı uygulamaları ile ilişkisi. Konya, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2021.
63. Han Y, Yin J, Zeng Y, Chu CI et al. Determinants of parental intentions to vaccinate kindergarten children against seasonal influenza in Xiamen, China. J Prim Prev. 2019 Jun 1;40(3):325–42.
64. Deas J, Bean SJ, Sokolovska I, Fautin C. Childhood vaccine attitudes and information sources among oregon parents and guardians. Health Promot Pract. 2019 Jul 1;20(4):529–38.
65. Chen CH, Chiu PJ, Chih YC, Yeh GL. Determinants of influenza vaccination among young Taiwanese children. Vaccine. 2015 Apr 15;33(16):1993–8.
66. Murele B, Vaz R, Gasasira A, Mkanda P et al. Vaccine perception among acceptors and non-acceptors in Sokoto State, Nigeria. Vaccine. 2014 May 30;32(26):3323–7.

67. Kaydirak MM, Gumusay M, Gulec Y, Sahin NH. Parental opinions and approaches about childhood vaccinations: are anti-vaccination approaches and indecisiveness parental rights? J Community Health Nurs. 2020 Oct 1;37(4):222–32.
68. Büyükkarakurt Z. Kırsal bölge toplumunun çocukluk çağı aşılamlarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
69. Canbolat KS. Kentsel bölge toplumunun çocukluk çağı aşılamlarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
70. Degarege A, Krupp K, Srinivas V, Ibrahimou B et al. Structural equation modeling to detect correlates of childhood vaccination: a moderated mediation analysis. PLoS ONE [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 22.07.2022];15(10). Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561155/>
71. Grandahl M, Chun Paek S, Grisurapong S, Sherer P et al. Parents' knowledge, beliefs, and acceptance of the HPV vaccination in relation to their socio-demographics and religious beliefs: a cross-sectional study in Thailand. PLoS ONE. 2018 Feb 15;13(2):e0193054.
72. Arıcan MD. Sağlık çalışanları arasında aşılama genel bakış, aşı kabulü ve reddini etkileyen faktörler. İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.
73. Sarıgül B. Aile hekimliğine başvuran bireylerin aşı hakkındaki davranış, bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.
74. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Ankara, 2018, [Erişim tarihi: 27.06.2022]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf>
75. Yılmaz S, Kavuncuoğlu D, Koşan Z, Kadioğlu BG. Erzurum il merkezinde hastanelere başvuran gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkili faktörler. İn: 3International 21National Public Health Congress [İnternet]. 2019 [Erişim tarihi: 22.07.2022]. Erişim adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/146>
76. Varlı S, Çelikyürek NA, Sevinç Ö. Bir üniversite hastanesi pediatri poliklinikleri'ne başvuran çocukların ailelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri. İn: 3International 21National Public Health Congress [İnternet]. 2019 [Erişim tarihi: 22.07.2022]. Erişim adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/216>

77. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T ve ark. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. *Ankara Med J*, 2020;(3):588-604 //doi: 10.5505/amj.2020.59320
78. Yalman F, Sancar T. Toplum sağlığının yönetimi: sağlık okuryazarlığı ve aşıya ilişkin tutum arasındaki ilişki. :20.
79. Restivo V, Palmeri S, Bono S, Caracci F et al. Knowledge and attitudes of parents after the implementation of mandatory vaccination in kindergartens of Palermo, Italy. *Acta Bio Medica Atenei Parm*. 2020;91(Suppl 3):41–7.
80. Amit Aharon A, Nehama H, Rishpon S, Baron-Epel O. Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Educ Couns*. 2017 Apr 1;100(4):768–75.
81. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L et al. Health literacy and vaccination: a systematic review. *Hum Vaccines Immunother*. 2017 Dec 6;14(2):478–88.
82. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, Dudeja S et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Sep;69(9):849–57.
83. Ledda C, Costantino C, Cuccia M, Maltezou HC et al. Attitudes of healthcare personnel towards vaccinations before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 8;18(5):2703.
84. Ishikawa H, Kato M, Kiuchi T. Declines in health literacy and health-related quality of life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of the Japanese general population. *BMC Public Health*. 2021 Nov 27;21:2180.
85. Schaeffer D, Klinger J, Berens EM, Gille S et al. [Health literacy in Germany before and during the COVID-19 pandemic]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. 2021 Oct;83(10):781–8.

8. EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İnsan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneği olan virüs, bakteri vb. mikropları zayıflatarak ya da bazı mikropların salgıladığı zehirlerin (toksinler) etkilerini azaltarak, geliştirilen biyolojik maddelere aşı denir. Aşılar, sağlıklı ve risk altındaki kişilere hastalığa yakalanmadan önce ulaşılarak uygulanır. Uygulanan aşı sayesinde vücut mikropları veya toksinleri tanır ve onlara karşı bir savunma yöntemi geliştirir. Böylece hastalıklara karşı vücut dirençli olur. Aşı uygulamaları ile, ilgili hastalıklar azalır. Aşılanarak hastalığa karşı dirençli hale gelmiş bireylerin oluşturduğu toplumlarda, hastalıklar da sık görülmez, yayılmaz. Bu yolla aşıli aşısız herkes korunmuş olur. Aşılar difteri (kuşpalazı), boğmaca, tetanoz, çocuk felci, sarılık, siroz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, beyin iltihabı, beyin zarı iltihabı, anne karnındaki bebeklerin sakatlığından ve kısırlık gibi hastalıklardan korur.

Bu çalışmada; **0-2 yaş çocuğu olan ebeveynlerin bağışıklama tutumları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini** saptamayı amaçladık.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

Telefonu:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Duygu

Soyadı: DAMKA

Tel:

Adresi:

EK 2: ANKET FORMU ÖRNEĞİ

ANKET

Bu çalışmada; **0-2 yaş çocuğu olan ebeveynlerin bağışıklama tutumları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini** saptamayı amaçladık. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Annenin yaşı:.....

2. Babanın yaşı:.....

3. Çocukla yakınlık dereceniz? a) Annesi b) Babası

4. Annenin eğitim düzeyi?

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

5. Babanın eğitim düzeyi?

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6. Annenin mesleği nedir?.....

7. Babanın mesleği nedir?.....

8. Çalışma durumunuz nedir? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) İşsiz

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla

10. Kaç çocuğunuz var?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6 ve üstü

11. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir? a) Kız b) Erkek

12. Sosyal medya kullanımına günlük ne kadar vakit ayırıyorsunuz?

- a) 0-15 dk. b) 16-30 dk. c) 31-60 dk. d) 61-120 dk. e) 120 dk. ve üstü

13. Medya aracılığıyla aşılar hakkında olumsuz fikirler edindiniz mi?

- a) Evet b) hayır

14. Medyadan edindiğiniz bu olumsuz fikirler çocuğunuzu aşılama kararınızı etkiler mi?

- a) Evet b) hayır

15. Aşılama hakkında karar verirken aşılar hakkındaki bilgiyi nereden edirsiniz?

- a) Aile hekimi b) Hemşire c) Çocuk doktoru

d)TV, sosyal medya, gazete e) Aile büyükleri f) Dergi, makale, bilimsel yayınlar

16.Çocuğunuzu aşılmasında kararı kim verir?

a) Anne b) Baba c) Aile büyükleri d) Ortak karar alınır

17.Çocuğunuzun tüm aşılarını yaptırdınız mı?

a) Evet b) hayır

18.Hiç reddettiğiniz bir aşı oldu mu?

a) Evet b) hayır

19.Cevabınız evet ise hangi aşığı yaptırmadınız?

a) Hepatit b b) Verem c) Kızamık Kızamıkçık Kabakulak d) Difteri Tetanoz Boğmaca
e) Çocuk felci f) Hepatit a g) Su çiçeği h) Pnomokok i) Hib?

20.Neden?

- a) Sağlık biriminden uzakta yaşadığım için
- b) Bilgisizlikten dolayı
- c) Yan etkilerinden dolayı
- d) Aşılar başka ülkelerde üretildiği için bizi hasta etmeye çalıştıklarından dolayı

21.Hiç ücretli aşı yaptırdınız mı?

a) Evet b) hayır

22.Cevabınız evet ise hangi aşığı yaptırdınız?

a) **Rotavirüs** b) **Menenjit** c) **Grip**

23.Yeni geliştirilen bir aşı yaptırır mısınız? (Önemli ve çok ağır bir hastalıktan koruyabilen)

a) Evet b) hayır

24.Çocuğunuzun aşılarını nerde yaptırdınız?

a) Aile hekimliğinde b) Devlet hastanesinde c) Üniversite hastanesinde d) Özel
hastanede

25.Aile hekiminize güveniyor musunuz?

a) Evet b) hayır

26.Sizce aşı yaptırmama hakkı olmalı mıdır?

a) Evet b) hayır

27.Aşı yaptırdığınız halde aşıların güvenliği açısından endişe duyuyor musunuz?

a) Evet b) hayır

Aşıyla İlgili Toplum Tutumu- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

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

MADDELER	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Bebek/çocuk aşı olursa bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı azalır.					
2. Bebek/çocuk aşı olmazsa yaşamının her döneminde bulaşıcı hastalık geçirme olasılığı vardır.					
3. Çocukluk dönemi aşılarını yaptırmak bebek/çocuk sağlığı için önemlidir.					
4. Toplumdaki bütün bebek ve çocuklar aşı olursa bulaşıcı hastalıklar azalabilir.					
5. Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse hastalık ağır geçebilir.					
6. Aşı yapılmazsa bulaşıcı hastalıklar salgın olarak ortaya çıkabilir.					
7. Bebek/çocuk aşı olmadığı için bulaşıcı hastalık geçirirse büyüme ve gelişme sorunu yaşanabilir.					
8. Aşı olmayan bebek/çocuklar bulaşıcı hastalık geçirirse sakatlık yaşayabilir ya da yaşamını kaybedebilir.					
9. Bebek/çocuklara aşılarını yaptırmak onları bulaşıcı hastalıklardan korur.					
10. Bebek/çocuğa aşılarını yaptırmak diğer çocukları ve toplumdaki bireyleri bulaşıcı hastalıklardan korur.					
11. Bebek/çocuğa aşı uygulamak, bulaşıcı hastalığın neden olduğu ekonomik ve işgücü kaybını önler.					
12. Bebek/çocuklara önerilen aşılar hakkında bilgi sahibi değilim. (hangi tür aşıların olduğunu ve aşıların nerede, ne zaman, nasıl yapıldığı gibi)					
13. Bebek/çocuklar düzenli olarak sağlık kontrolünden geçerse aşı olmasına gerek yoktur.					

14. Günümüzde bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındığı için bebek ve çocukların eskiye göre daha az aşılanmaya gereksinimleri vardır.					
15. Bebek/çocukluk döneminde yapılan aşılardan sayısının ve çeşidinin fazla olmasının zararlı olduğunu düşünüyorum.					
16. Aşı yaptırmanın dini değerlerim açısından bazı sakıncaları olabileceğini düşünüyorum.					
17. Aşıların içindeki bazı maddelerin bebek/çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.					
18. Anne sütünü düzenli alan bebeklerin aşılanmalarına gerek yoktur.					
19. Aşı yerine hastalığın geçirilmesi daha iyi bağışıklık sağlar.					
20. Aşılar bulaşıcı hastalıklardan korunmada en güvenilir yoldur.					
21. Bebek/çocuklara yapılan aşılar uzun inceleme ve araştırmalar sonucunda karar verilmiştir.					
22. Aşı içerikleri bebek/çocuk sağlığına zarar veren maddeleri içermez.					
23. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşı takvimi her anne-baba tarafından takip edilmelidir.					
24. Toplumun bir bireyi olarak bebek /çocukluk dönemine ait aşıları çocuğuma ya da torunuma yaptırırım.					
25. Toplumun sağlığının yükseltilmesi için bebek/çocukların hepsi aşılanmalıdır.					
26. Aşılarla ilgili yeni bilgi ve tartışmaları takip ederim.					
27. Aşılar hakkında sağlık personelinin bilgi almak isterim.					

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ – 32

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?

MADDELER	ÇOK KOLAY	KOLAY	ZOR	ÇOK ZOR	FİKRİM YOK
1. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					

10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3 ETİK KURUL İZNİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar No:2020/02-39	Tarih:20.01.2020		
Prof.Dr. Nilgün Özçakar'ın sorumlusu olduğu "0-2 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bağışıklama Tutumları İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu