



**ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN AŞI REDDİNİN
GİDERİLMESİNE ETKİSİ**

Mehmet KAPLAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

Doktora Tezi – 2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN AŞI REDDİNİN GİDERİLMESİNE ETKİSİ

Mehmet KAPLAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aşı Karşıtlığı Tarihçesi	3
2.2. Aşı Reddinin Nedenleri	5
2.2.1. Bağlamsal Etkiler.....	6
2.2.2. Birey ve Grup Etkileri.....	9
2.3. Çözüm Odaklı Teori	15
2.3.1. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Temel Felsefe ve Varsayımları	17
2.3.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımın İlkeleri	18
2.4. Aşıya Reddinde Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Halk Sağlığı Hemşireliği	23
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:.....	25
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Hemşirelik Girişimleri	28
3.6.1. Hazırlık oturumu.....	28

3.6.2. Deney Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi	28
3.6.3. Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Terapisi.....	28
3.6.4. Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Terapisi Uygulama Planı.	29
3.7. Araştırma Değişkenleri	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	33
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	48
EKLER.....	54
EK-1. Özgeçmiş.....	54
EK-2. Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu	55
EK-3. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği.....	56
EK-4. Gönüllü Bilgilendirme Ve Onay Formu	58
EK-5. Çözüm Odaklı Yaklaşım Katılım Belgesi.....	59
EK-6. Etik Kurul Onayı	60
EK-7. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Araştırma İzni.....	61
EK-8. Çözüm Odaklı Yaklaşım Oturumları	62
EK-9. Ebeveynlere Verilen Broşürler.....	74

TEŐEKKÖR

Eğitimim boyunca tecrübeleriyle bana yol gösteren, tezimin her aşamasına destek veren, sevgi ve saygı duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Behice ERCİ başta olmak üzere eğitimim ve iyi bir akademisyen olmam konusunda benim için çok değerli emekleri olan İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalındaki hocalarıma,

Tezimi yazarken değerli katkılarını gördüğüm İnönü Üniversitesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK ve Doç. Dr. Ümmühan AKTÖRK hocalarıma, tez savunma sınavındaki değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Filiz TAŐ hocama, beni hep destekleyen ve akademiye hazırlayan Prof. Dr. Zeynep GÖNGÖRMÖŐ hocama,

Tez uygulama süresince benden yardımlarını esirgemeyen Bingöl Solhan İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına, tez verilerini toplamama katkı sağlayan ve çözüm odaklı yaklaşım terapisi oturumlarını düzenleyebilmem için yer ayarlayan Yeni mahalle muhtarı Hakan Çeliker'e, çalışmaya katılan ebeveynlere,

Lisans eğitimim sonrasında hedeflediğim amaçlarıma ulaşmamda beni her zaman destekleyen, motive eden ve bugünlere gelmemdeki en büyük destekçim olan sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet KAPLAN

ÖZET

Çözüm Odaklı Yaklaşımın Aşı Reddinin Giderilmesine Etkisi

Amaç: Bu çalışma, çözüm odaklı yaklaşımın aşı reddinin giderilmesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test- son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak Kasım 2020 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında uygulandı. Araştırmanın evrenini Bingöl ilinde yaşayan, 0-24 ay arasındaki bebeklerine aşı yaptırmak istemeyen 148 kadın ve erkek oluşturdu. Bireyler olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile örneklem grubuna seçildi, randomize olarak sıralandı. Deney grubunda toplam 43 kişi, kontrol grubunda 23 kişi ile araştırma tamamlandı. Araştırmada tanıtıcı bilgi formu ve Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği kullanıldı. Deney grubu, gruplara ayrıldı ve bir grup 8 kişi diğer gruplar 7 kişi olmak üzere toplamda 6 grup oluşturuldu. Her bir gruba, dört oturum çözüm odaklı yaklaşım danışmanlığı verildi. Her oturum yaklaşık 60-90 dk sürdü.

Bulgular: Deney grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği ön test puan ortalaması 25.76 ± 3.08 , son test puan ortalaması 16.69 ± 3.81 bulunmuştur. Kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test puan ortalaması 27.21 ± 2.17 , son test puan ortalaması 25.60 ± 2.27 bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda iki ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. ÇOY uygulanmasından sonra çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği davranış alt boyutunda artış bulunurken tutum ve güvenlik alt boyutlarında önemli azalma görüldü ($p < 0.05$).

Sonuç: Çözüm Odaklı Yaklaşım Terapisi, ebeveynlerin aşıya yönelik tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı Reddi, Çözüm Odaklı Yaklaşım, Hemşirelik.

ABSTRACT

Effect Of Solution Focused Approach On Overcome Vaccine Rejection

Aim: This study was carried out to determine the effect of solution focused approach on the elimination of vaccine rejection.

Material and Method: The study was applied as a semi-experimental model with pretest-posttest control group between November 2020 and May 2021. The population of the study consisted of 148 couples (female-male) who did not want to have their 0-24 month old babies vaccinated in the Bingöl. Individuals were randomly selected from the probabilistic sampling methods by simple random sampling method. A total of 43 individuals in the experimental group and 23 individuals in the control group completed the study. A descriptive data form including socio-demographic information, PACV scale were used. The experimental group was divided into groups and a total of 6 groups were formed, one group being 8 people and the other group being 7 people. Four sessions of solution focused approach counseling were applied to each group. Each session lasted about 60-90 minutes.

Results: The average of the pretest scores of the individuals in the experimental group 25.76 ± 3.08 , and the mean posttest score 16.69 ± 3.81 . The pretest mean score of the subjects in the control group 27.21 ± 2.17 , and the mean posttest score 25.60 ± 2.27 . As a result of the analyzes, a statistically significant difference was found between the two groups. In post-intervention individuals; a decrease in the attitude and security subscale was found, while an increase in the behavior subscale were observed ($p < 0.05$).

Conclusion: Solution Focused Approach Therapy has changed positively parents' attitudes and behaviors towards vaccination. and increased healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Vaccine, Vaccine Rejection, Solution Focused Approach, Nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇÖY	: Çözüm Odaklı Yaklaşım
PACV	: Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
H1N1	: İnfluenza A
APA	: Amerikan Pediatri Akademisi
SSPE	: Subakut Sklerozan Panensefalit
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
MRI	: Mental Research Institute
BFTC	: Brief Family Therapy Center
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı 2019
TBF	: Tanıtıcı Bilgi Formu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3. 11. Araştırma Planı Çizelgesi 34



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.2. Aşılamayı etkileyen faktörler.....	5
Tablo 3.7. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri	31
Tablo 3.8. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	32
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Aşıya Karşı Tutumlarına Göre Dağılımı	36
Tablo 4.3. Deney Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Aşıları Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Aşıları Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Son Test Puan Ort. Karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ

Aşı ile bulaşıcı hastalıkların engellenmesi, bu hastalıkların neden olacağı kalıcı sekellerin ya da ölümlerin önlenmesi amaçlanmaktadır. Toplum sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede maliyet ve güvenilirlik açısından en etkin yöntem aşılama programlarıdır (1). Bir toplumda aşılanma oranı düştükçe, hastalık etkeni ve hasta sayısında artış meydana gelmektedir. Dolayısıyla aşılanmamış bireyler, toplumsal sağlığı tehdit etmekte, erken dönemde hastalık etkeni ile karşılaşmaya neden olmaktadır. Buna bağlı olarak bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmakta, hastalıklar neticesinde kalıcı sekeller oluşmakta ve ölümler meydana gelmektedir (2, 3).

Sağlık Bakanlığı 2019 yılı verilerine göre ülkemizdeki aşılama programları ile 2002 yılında çocuk felci eradike edilmiş, 2009 yılında mortalite oranı yüksek olan yenidoğan tetanozu elimine edilmiştir. Ülkemizde aşılanma oranı son yıllarda %95'in üzerinde seyretmektedir. Ancak tüm dünyada ve ülkemizde ortaya çıkan "aşı kararsızlığı-aşı reddi" aşılanma oranlarında düşüşlere neden olmuştur. Bunun yanı sıra ülkemize gelen göçmenlerin (Suriye, Irak, Afganistan) aşılamalarının yetersiz olması aşı ile korunabilir bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olmuştur. Ebeveynlerin aşırı red etmelerinin en önemli nedenlerinden biri bilgi eksikliğidir (4). Koruyucu sağlık hizmetlerini sunan halk sağlığı hemşiresi bu noktada büyük önem arz etmektedir. Halk sağlığı hemşiresi toplumun sağlıklı yaşam tarzı kazanmasında ve davranış değişikliğinde liderdir. Hemşirelik felsefinde yer alan bireye saygı, bireyin mevcut potansiyel ve kaynaklarını kullanabilme, bağımsız olabilme çözüm odaklı yaklaşım (ÇOY) ile uyumludur (5).

Steve de Shaze ve Insoo Kim Berg tarafından 1980'li yıllarda ortaya çıkarılan ÇOY, geçmişte ve şimdi yaşanan problemlere odaklanmak yerine problemlerin çözülme ihtimali olan geleceğe odaklanmaktadır. Bireyin geçmişte tecrübe ettiği ve başarılı olduğu durumları anımsamasını sağlar daha önce bu problemlerle nasıl başa çıktığını hatırlatarak cesaretlendirir. Bu model bireyin kendi güçleriyle problemlerine çözüm yolları bulmasını ve özgüveninin artmasını sağlar (6). Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında uygulanan aşılanma programlarını reddeden ebeveynlere uygulanacak ÇOY ile aşı reddi vakalarının azaltılmasında kısa zamanda etkili sonuç elde edileceği öngörülmektedir.

Bu çalışma, kısa vadede 0-24 aylık bebeklerine aşı uygulamalarını reddeden ebeveynlere ÇOY uygulayarak aşı reddini azaltmayı uzun vadede ise bulaşıcı hastalıkları önlemeyi ve bu hastalıkların neden olduğu kalıcı sekelleri, ölümleri önlemeyi amaçlar.

Araştırmanın Hipotezleri

Deney grubuna OY kapsamında düzenlenen girişim ebeveynlerde:

H₀. Aşı reddine karşı olumsuz tutumu azaltır.

H₁. Aşılara karşı güvensizliği azaltır.

H₂. Aşı reddi davranışını azaltır .

H₃. Aşı tereddütünü azaltır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aşı Karşıtlığı Tarihçesi

Aşı kelimesi; Prototip çiçek virüsü diye geçen “Vaccinia virüs” ünden türetilmiştir. Bu virüs çiçek hastalığının yok edilmesindeki rolü ile bilinen aşı virüsüdür (7). Edward Janner ilk kez 1796 yılında klinik deneylere dayandırarak makalesini yayınlamıştır. Edward Janner makalesinde, inek çiçeği lezyonlarından aldığı cerahati bireyin koluna uyguladığı bu yöneme vaksinasyon (aşılama) adını vermiştir. Bu sayede bireyde bağışıklık sağlanmıştır. Ancak bu çalışması yayınlamadan önce bu çalışmanın benzerleri yapılmıştır. Bunlar: 1770’li yıllarda İngiltere’de kimliği bilinmeyen biri, 1772’de Almanya’da Sevel, 1774’de İngiltere’de 1782’de Jesty ve Rendall ve 1791’de Almanya’da Peter Plett’ tır (8).

İngiliz sefiresi Lady Mary Wortley Montague 1718’de, Türklerin hastalığı hafif geçiren kişilerden küçük miktarda sıvı alınıp fındık kabuğunda kurutularak başkalarını aşılama kullanıldığını mektuplarında ifade etmiştir. Variolasyon denilen bu metot yüzyıllarca Türkler tarafından kullanılmıştır (9).

İlk aşı yasası, 1840 yılında İngiltere’de çıkarılmıştır. Aşılama bu yasa ile tarihte ilk kez yasal bir hale getirilmiştir. Aynı zaman da bu yasa ile maddi imkânları olmayanların da aşıya ulaşımına imkân sağlanmıştır. Bu yasa ile toplumdaki aşılansız birey sayısının arttırılması hedeflenmiş ancak aşılama istenilen düzeye ulaşmamıştır. Bundan dolayı aşılama, İngiltere’de 1853 yılında zorunlu hale getirilmiştir (10). Bu yasa çerçevesinde bebeklerini doğumundan itibaren ilk üç ay içerisinde aşılatmayan ailelerin para cezası ödemesine karar verilmiştir. Eğer para cezasını ödenmezse caydırıcı olabilmesi için bu kişilere hapis cezası verilmesi öngörülmüştür (11). Ancak aşı yasası, ilk etapta katı bir şekilde uygulanmadığı için sadece küçük çaplı itirazlar olmuş kitlesel itirazlar olmamıştır. Aşılamanın yararları toplum tarafından görüldüğü için toplumsal kabul görmüştür. 1864 yılında kolera salgının ortaya çıkmasıyla aşı yasası kapsamında daha sıkı tedbirlere başvurulmuştur (12). Aşı yasanın çok sıkı bir şekilde uygulanmasıyla bu duruma birçok kişi tepki göstermiştir. Bu durum aşı karşıtlığının ortaya çıkmasına neden olmuştur. 1854 yılında John Gibbs tarafından “Tıbbi Özgürlüklerimiz” isimli kitapçık yazılmıştır. John Gibbs tarafından yazılan kitapçık aşı karşıtlığının başlangıç noktası olarak kabul edilebilir (13). Dünyada ilk defa halk sağlığını korumak adına

devletin yetki alanını genişleten sağlık yasaları, 19.yüzyılın ortalarında İngiltere’de uygulanmaya başlamıştır (11). Devletin yetki alanının genişlemesiyle aşılama faaliyetleri daha sıkılaşmış ve aşya karşı toplu, sistematik ve aktif bir hareket ortaya çıkmıştır (13). 1870-1880’li yıllarda yürütölen sistematik hareketler sonucunda kitap, broşür ve dergi gibi iletişim araçlarının etkin ve aktif kullanılması aşılama da ciddi düşüşlere neden olmuştur. Örneğin 1872 yılında İsveç’in başkenti Stokholm’de aşılama oranları %40’lara kadar gerilemiştir. Aşılama faaliyetlerinin azalmasıyla beraber iki yıl gibi kısa bir süre sonra büyük bir salgın ortaya çıkmış ve tekrar yaygın aşılama dönmüştür (14). Aşı karşıtlığı çalışmaları ilk defa 1898 yılında İngiltere’de “vicdani ret” kavramının yasalara girmesine neden olmuştur. Günümüz aşı karşıtlarının düşünce yapısı 19. yüzyıldaki aşı karşıtlarının düşünce yapısına büyük oranda benzemektedir (10).

Bakteriyel aşılarda geliştirildiği en yoğun dönem 1890-1950 yılları arası iken viral aşılarda geliştirildiği en yoğun dönem 1950-1985 yılları arası olmuştur. Bakteriyel aşılardan tetanoz 1923’de, difteri 1926’da, boğmaca 1948’de geliştirilmiştir (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programını ilan etmiştir. Bunun neticesinde 1979 yılında çiçek hastalığı eradike edilmiştir. 20. yüzyıl boyunca teknolojik gelişmeler ve bilgi birikiminin artmasıyla aşılarda geliştirilmiş ve yan etkiler bakımından daha güvenli hale getirilmiştir. Aşılar geliştirilirken ne yazık ki aşı karşıtlığı ve aşılarda ile ilgili tartışmalarda devam etmiştir (16).

1998 yılında Andrew Wakefield ve arkadaşları tarafından yapılan ve The Lancet dergisinde yayınlanan çalışma ile aşı karşıtlığı tekrar artmaya başlamıştır. Bu çalışmada otizm ile kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısı arasında ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Çalışma KKK aşısı yapılan 12 çocuk üzerinde yapılmıştır. KKK aşısı yapıldıktan bir ay sonra otizm semptomları tespit edilmiş ve bu çocuklarda endoskopide gösterilmiş lenfoid nodüler hiperplazi ve gastrointestinal semptomlar tespit edilmiştir. Bu gözlemden hareketle KKK aşısının bağırsakta enfeksiyon oluşturduğu, böylece geçirgen olmayan peptidlerin kan dolaşımına ve beyine geçerek gelişimi etkilediği şeklinde bir hipotez geliştirmişlerdir (17). Kontrol grubunun olmaması, verilerin sistematik olmaması, olguların tamamını içermemesi, endoskopik ve nörolojik değerlendirmelerin kör yapılmaması bu çalışmanın bilimsel sınırlılıkları olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmadaki çocukların ebeveynleri KKK aşısı uygulandıktan sonra çocuklarında otizm, zekâ geriliği gibi problemler ortaya çıktığı gerekçesiyle devlete karşı dava açmıştır. Bunun yanı sıra bu davaya bakan hukuk bürosu, Wakefield’e aşının otizme neden olduğunu ispatlaması için para ödediği tespit edilmiştir. 2010 yılında The Lancet dergisi

bu çalışmanın hatalı yapıldığı ve sonuçlarının çarpıtıldığı gerekçesiyle bu çalışmanın dergiden çıkarıldığını açıklamıştır (18). Sonrasında Wakefield ‘in bilimsel verileri tahrif ederek kendi çıkarına kullandığı gerekçesiyle doktorluk mesleğinden men edilmiştir (18). 1998 yılından günümüze kadar yapılan tüm epidemiyolojik çalışmalarda, KKK aşısının otizme neden olduğu ile ilgili herhangi bir kanıt veya bağlantı tespit edilmemiştir. Tarihsel süreçteki aşı karşıtlarının söylevlerine bakıldığında zaman hepsinin ortak özellikleri inanç, dogma gibi düşünce sistemlerine dayanması ve kanıta dayalı olmamasıdır (19).

DSÖ’nün 2018 yılında yayınlanan verilerine göre; küresel bağışıklama programı sayesinde yılda ortalama 2–3 milyon kişinin ölümü engellenmektedir. Küresel bağışıklama oranı dünya genelinde yüzde 85 civarında seyretmektedir. Eğer bağışıklama oranları istenen seviyeye gelirse bir yıl içerisinde yaklaşık 1.5 milyon kişinin daha ölümünün engelleneceği belirtilmektedir (20). Aşılamaya faaliyetleri sayesinde dünyanın en fakir ülkelerinde hem tedavi masraflarının azalacağı hem de milyonlarca insanın hayatının kurtulacağı öngörülmektedir (21).

2.2. Aşı Reddinin Nedenleri

DSÖ, aşı reddi sebeplerini üç ana başlık altında değerlendirmiştir. Bunlar; bağlamsal etkiler, birey ve grup etkileri ve aşı ve aşılamaa ait etkilerdir. Bağlamsal etkiler; toplum üzerinde etkili kişiler ve aşı karşıtı/destekleyicisi lobiler, sosyo-demografik özellikler, politik faktörler, coğrafi durum gibi faktörleri içerir. Bireysel ve grup etkisi; kişilerin yada grupların deneyimlerini ve algılamalarını içerir. Aşı ve aşılamaa ait etkiler ise doğrudan aşıya yada etkilerine bağlı faktörleri içermektedir (22). Aşılamayı etkileyen faktörler Tablo 2.2’de verilmiştir.

Tablo 2.2. Aşılamayı etkileyen faktörler

1.Bağlamsal Etkiler	2.Birey ve Grup Etkileri	3.Aşı ve Aşılamaya Ait Etkiler
a. İletişim ve Medya Araçları	a.Geçmiş Aşı Uygulamaları Tecrübeleri	a.Riskler/Yararları (Bilimsel Kanıtlara Dayalı)
b. Toplum Üzerinde Etkili Kişiler ve Aşı Karşıtı/Destekleyicisi Lobiler	b.Sağlık ve Önleyici Uygulamalara İlişkin İnanç ve Yaklaşımlar	b.Yeni Aşı veya Yeni Formülasyonların Tanıtımı
c. Tarihi Etkiler	c.Sağlık Sistemi ve Sağlayıcılara Güven, Kişisel Deneyimler	c.Uygulama Şekli
d. Sosyo-Demografik Özellikler	d.Sağlık Sistemi ve Sağlayıcılara Güven, Kişisel Deneyimler	d.Aşı Programlarının Düzenlenmesi/Ulaştırma Şekli
e. Politikalar/Yasalar	e.Risk/Yarar	e.Aşı Kaynaklarına Ulaşım

f. Coğrafi Engeller	f.Sosyal Normlar	f.Aşılama Takvimi
g. İlaç Endüstrisi		g.Maliyet
		h.Sağlık Çalışanlarının Rolü

2.2.1. Bağlamsal Etkiler

İletişim ve Medya Araçları

Kitle iletişim araçları insanların davranışlarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen platformlardır. Dolayısıyla medya araçları kullanılarak insanların aşıya karşı olumlu veya olumsuz tavır sergilemeleri mümkündür (22). Günümüzde internetin çok yaygınlaşması ve internette yeteri kadar denetim olmaması nedeniyle aşı karşıtları herhangi bir ispat yapmadan, kendi düşüncelerini geniş kitlelere duyurabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, medya ve iletişim araçlarını kullanarak aşı reddini savunan sitelerin hepsinde aşılarda güvenli olmadığı, idiopatiye neden olduğu ve aşılarda zehirli olduğu vurgulanmıştır (23). Aşı karşıtı sitelerin, aşıya karşı olmalarının diğer sebepleri; astım, kanser, lösemi, otizm, fibromiyalji, ani bebek ölümü gibi hastalıkların oluşumunda aşılarda etkisi olduğunu savunmalarıdır. Bu sitelerin büyük çoğunluğu insanları alternatif tedavi yöntemlerine yöneltmekte ve bunların büyük çoğunluğu kayroprakti, akupunktur, homeopati gibi alternatif tedavi yöntemlerinin aşılardan üstün olduğunu savunmaktadır. Alternatif tedavi yöntemlerine yönelik “doğaya dönüş” fikrinin bir parçasıdır. Bu sitelerin ortak noktalarından bir diğeri de bilimsel, epidemiyolojik ve klinik çalışmaları kabul etmemesidir (23).

Geniş insan kitlesine ulaşan diğeri bir iletişim aracı yerel, ulusal ve uluslararası gazetelerdir. Bu gazetelerin aşıya karşı tutumları, insanların aşıyı kabulünü yada aşı reddini etkileyen faktörlerden biridir. Ülkemizdeki ulusal gazetelerde farklı zamanlarda aşılama faaliyetlerine yönelik pek çok haber bulunmaktadır. Aşı reddini savunan haberlerde aşılarda otizm, kısırlık gibi hastalıklara yol açtığını savunurken, aşılama faaliyetlerini savunan haberlerde ise KKK aşısının otizme neden olmadığı ve aşı yaptırmamanın neden gerekli olduğu hakkında bilgi verilmektedir (24, 25).

Toplum Üzerinde Etkili Kişiler ve Aşı Karşıtı/ Destekleyicisi Lobilerin Etkileri

2009 yılında Milliyet Gazetesi'nde yayınlanan bir haberde ünlülerin aşıya karşı soğuk durdukları ifade edilmiştir. Bu haberde içlerinde milletvekili, doktor, müftü, yazar ve ünlü kişilerin olduğu bu gruba “Çocuğunuza domuz gribi aşısı yaptırır mısınız?” sorusu sorulmuş ve 16 kişiden 14’ü bu soruya hayır yaptırmam yanıtı vermiştir (26). İnsan kitleleri üzerinde etki oluşturabilen kişilerin (devlet liderleri, dini liderler ve ünlü kişiler vb.) aşılamaya karşı tutum ve davranışları, toplumun aşıları kabulünü veya reddini doğrudan etkileyebilmektedir (22).

Tarihi Etkiler

Aşıların etkileri ve yan etkileri, karşılaşılabilecek muhtemel sorunlar bilimsel ve tarafsız bir şekilde topluma anlatılmalıdır. Aksi takdirde karşılaşılan bazı olumsuz tarihsel olaylar aşı reddinin artışına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra uygulanan aşılar hakkında toplum güveni tazelenmelidir.

Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkileri

Sosyo-demografik özellikler ailenin aşılama faaliyetlerine karşı tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Örneğin bir ailedeki anne babanın eğitim düzeyi, çocuk sayısı, ailenin dini inancı, ebeveynlerin aşı hakkındaki tutum ve davranışları, sosyal güvencenin olup olmaması gibi durumlar çocukların aşılama oranlarını etkilemektedir (27).

2004 yılında Diyarbakır’da yapılan bir çalışmada, çocuğun evdeki kaçınıcı çocuk olduğu ile aşılarının eksik olması arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiş, çocuğun doğum sırasının artmasıyla aşılama hızında düşüş olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, çocuk sayısının artmasıyla beraber aşılama faaliyetlerinin azaldığı tespit edilmiştir (28).

2014 yılında Kayseri Askeri Hastanesi’nde retrospektif bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma 0-24 ay arası 372 çocuğun aşılama durumlarını incelemiş ve Diyarbakır’da yapılan çalışmanın aksi yönde bir sonuç elde edilmiştir. Kardeş sayısı 3 ve üzeri olanlar, kardeş sayısı 2 veya daha az olanlara göre daha fazla aşı oldukları tespit edilmiştir (27).

2004 yılında Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağında yapılan bir çalışmada çocuk

ve gebe tetanoz aşı oranlarını belirlemek amacıyla 117 anneye anket uygulanmıştır. Annelere, çocuklarını aşılatmama gerekçesi sorulmuş ve annelerin %1.7'sinin cevabı ‘‘eşinin izin vermemesi’’ olmuştur. Bu çalışmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarını daha çok aşılattıkları sonucuna da ulaşılmıştır (29).

Politikalar/Yasalar

Sağlığın korunabilmesi, sürdürülebilmesi ve sağlık hedeflerine ulaşılabilmesi için politikalar ve yasalar oldukça önem taşımaktadır. Ülkemizdeki yasalar gereği aşı takviminde bulunan tüm aşılar ücretsiz bir şekilde her çocuğa uygulanmaktadır. Yurt dışındaki uygulanan aşılama politikalarına ve yasalarına bakıldığı zaman, Amerika'daki eyaletlerde çocukların okula başlamadan önce aşılama gerekmektedir. Bu eyaletlerde tıbbi gereklilikler dışında aşı reddi onaylanmamaktadır. Avustralya'da ise aşılama zorunlu değildir ancak vatandaşların aşılamaya teşvik edilmesi için maddi yönden desteklenmektedir. Slovenya aşılama konusunda sert bir politika ve yasalara sahiptir ve tıbbi açıdan herhangi bir engel yoksa çocuklar kesinlikle aşılanmaktadır (30).

Coğrafi Engeller

Ailelerin ulaşım imkânlarının sınırlı olması ve sağlık kuruluşuna uzak bir yerde ikamet etmeleri çocukların aşılanamama nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada, ailelerin aşı takviminde belirlenen tarihlerde çocuklarını aşılamaya götürmeme nedenlerini incelenmiştir. Bu çalışma sekiz merkez ve üç köy sağlık ocağında yürütülmüştür. 1,5-5 yaş arasındaki aşı takvimine uymayan veya devam etmeyen 350 çocuğa ulaşılmıştır. Bu araştırmaya göre 39 aile, ikamet ettikleri ev ile sağlık kuruluşu arasının uzak olması gerekçesiyle çocuklarını aşılamaya götürmediklerini etmişlerdir (28).

Yapılan başka bir çalışmada, çocukluk dönemi aşıları ve gebelikte tetanoz aşısının uygulanma oranlarını ve muhtemel problemleri tespit etmek amacıyla anket uygulanmıştır. Annelere çocuklarını neden aşılatmadığı sorusu sorulmuş ve annelerin %27,3'ü geçici tarım işçisi olduğunu ve sürekli göç halinde oldukları için yaptıramadığı yanıtını vermişlerdir (29).

İlaç Endüstrisi

İlaç endüstrisi son yıllarda çok gelişmiştir. Finansal olarak çok ciddi büyümeleri de beraberinde getirmiştir. Ancak toplumda, sağlığın yerine finansal çıkarların gözetildiği düşüncesi aşı reddine ve güvensizliğine neden olmaktadır. İlaç endüstrisi tarafından uygulanan aşı politikalarının yanlış yorumlanması ve aşılarda yeteri kadar şeffaf bilginin olmadığı düşüncesi aşılamada faaliyetlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (22).

2.2.2. Birey ve Grup Etkileri

Geçmiş Aşı Uygulamaları Tecrübeleri

Ebeveynlerin olumlu veya olumsuz geçmiş aşı deneyimleri, ebeveynlerin aşılarla karşı tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Geçmiş deneyim ve tecrübelerinde aşılarla ilgili yan etkiler görüldüyse aşılama karşı soğuk durabilir ya da daha önce aşı yaptırmamış bir kişinin, aşı olmadığı için hastalığa yakalanması bu kişinin muzdarip olmasıyla aşılama sevk edebilir (22).

Sağlık ve Önleyici Uygulamalara İlişkin İnanç ve Yaklaşımlar

Aşılanarak bağışıklık sağlamak yerine hastalığa yakalanarak bağışıklığın sağlanması düşüncesi, alternatif tedavi yöntemlerinin ve geleneksel yöntemlerinde aşı kadar etkin olduğu düşüncesi bireylerin aşılama karşı olmaya yönlendirebilmektedir (22). Ailelere hastalıklar hakkında bilgi verilmesi, hastalıklardan korunma yollarının ve tedavi yöntemlerinin aileye anlatılması ailenin aşılamada faaliyetlerine olan tutum ve davranışlarını pozitif yönde etkileyebilir.

Bilgi / Farkındalık

Yapılan bir çalışmada annelerin, çocukların hastalıklardan korunması ve bağışıklık kazanabilmesinin aşı ile mümkün olduğu bilgisinin doğru olduğuna inanma yüzdesi 7.5-89.6 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada annelerin çoğunluğunun aşılamalar hakkında bilgi eksikliği olduğu tespit edilmiştir. Aşılamada bulaşıcı hastalıklardan korunmak mümkün iken anneler bu hastalıkların ya bulaşıcı

olmadığını düşünmekte veya bulaşıcı olduğunu bilmemektedirler. Annelerin %50'si aşının koruduğu hastalıkların ciddi hastalıklar olduğunu bilmemekte ve %6.7'si aşılardan çocuklarında kısırlık yapacağı düşüncesiyle aşı yaptırmadığını belirtmiştir (31).

Yapılan bir çalışmada annelerin çocukluk dönemi aşları hakkında bilgi/egitim düzeyi arttıkça aşılanmanın önemini daha iyi kavradıkları ve bu durumun aşılanma hızını arttırdığı bulunmuştur (28). Aşılanma ile ilgili yapılan başka bir çalışmada, aşılanmanın herhangi bir sebepten dolayı yapılmadığı zaman aşılanmanın kaldığı yerden devam edeceğini veya daha sonra yapılabileceğini ebeveynler bilmemektedir. Bu durumun anne eğitim düzeyi ile alakası olmadığı tespit edilmiştir (32).

Büyük bir kısmı düşük gelir düzeyine sahip olan anneler ile yapılan bir çalışmada çocuklarını neden aşılatmadıkları sorulmuş ve sebepleri şu şekilde sıralanmıştır; sağlık hizmetlerine ulaşmada problem yaşama, hasta olma, bir sonraki aşı tarihinin yanlış anlaşılması ve evle işlerinin çok olması nedeniyle gidememe gibi nedenlerdir (33).

Sağlık Sistemi ve Sağlayıcılara Güven, Kişisel Deneyimler

Kata 2010'da yaptığı araştırmada annelerden sağlık sistemindeki engelleri sıralaması istenmiştir. Bu engeller sırasıyla; ülkemizde uygulanan aşı takviminin karışık olması, aile sağlığı merkezlerinde işlemlerin uzun sürmesi ve sıranın çok geç gelmesi, aşılar karşısında duyulan güvensizlik ve düzenli aşı kayıtlarının olmaması şeklinde sıralanmıştır (23). Kurçer ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada, ebeveynlerin %21.2'si aşıların zararlı olduğu söylendiği/duyduğu için, ebeveynlerin %12.1'i aşıların ücretli olduğunu düşündüğü için çocuklarını aşılatmamışlardır (29).

Risk ve Yarar

Yapılan bir çalışmada aşılar karşısında çekimser tutum sergileyen ailelerin kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmış ve aşılanma faaliyetlerine yönelik çekimserliğin sebebi; algılanan riskler olduğu vurgulanmıştır. (34).

Aşı reddini savunanların temel itiraz noktaları kar zarar ilişkisini yeterli görmemesi, aşıların yan etkileri ve içerdiği maddelerin uzun dönemde vücutta tahribata yol açmasından duyulan endişedir (35).

Sosyal Bir Norm Olarak Aşı

Bireysel ve toplumsal normlar bireylerin aşılama faaliyetlerine yönelik tutum ve davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir (22). Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada bir grubun aşılama faaliyetlerine karşı kararsız ve çekingen olmasının tüm toplumu etkileyebileceği belirtilmiştir (36). Aşılamaya yönelik yanlış bilgilerin topluma anlatılması tüm toplum kesimlerini farklı düzeylerde etkilemektedir. Bunun neticesinde aşı reddi vaka sayısının artmasına neden olmaktadır. Aşılama faaliyetlerinin artması için sosyal normların bilinmesi (toplumdaki kişilerin daha iyi tanınmasına imkân sağlar.) aşılar hakkında doğru bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir.

Aşı ve Aşılamaya Ait Etkiler

2015 yılında ECDC tarafından yapılan bir çalışmada aşılar konusunda tereddüt yaşayanların neden bu şekilde düşündüklerinin sebepleri incelenmiştir. Bu sebepler; ulaşım, ücret, aşılamaya ihtiyacı olmadığını düşünmesi, aşıyı uygulayan sağlık personelleri tarafından yeteri kadar bilgilendirme ve yönlendirmenin yapılmaması, yeni aşılar hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılmaması sebepleri sıralanmıştır (36).

Riskler/Yararlar

Güvenilirlik konusunda domuz gribi aşısı sonrasında Guillian-Barre sendromunun oluşması, İnfluenza A (H1N1) aşısından sonra narkolepsinin ortaya çıkması gibi kaygılar her ne kadar giderilse de aşı sonrasında ortaya çıkan yan etkiler de bu hastalıkların ortaya çıkmasını tetikleyebilir (22).

Amerikan Pediatri Akademisi(APA) tarafından yayınlanan bir derlemede, aşı yaptırmak istemeyen ve bu konuda çekimser davranan ebeveynlerin kaygı düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ailelerin kaygı düzeyinin artma sebepleri; medyada aşı ile ilgili çıkan olumsuz haberler, hastalıkların zararlı olmadığı algısı, kontrendikasyonlar hakkında yanlış bilgi sahibi olunması, fizyolojik durumlar, dini inançlar ve sağlam çocuğu hastalık etkeni ile karşılaştırmak istememe şeklinde sıralanmıştır (34).

Yeni Aşı ve Yeni Formülasyonların Tanıtımı

Yeni üretilen aşılar toplum tarafından hemen kabul görmemektedir. Bunun sebebi insanların yeni aşı hakkındaki düşünceleridir. Bu düşünceler, aşının yeteri kadar test edilmediği, aşının yeterince uzun süre kullanılmaması ya da yeni aşının ne kadar gerekli olduğu gibi durumlardır. Yeni aşılarda toplumsal kabul görmesi bu aşının hastalıktan koruyucu etkisinin yüksek olmasıyla ilişkilidir (22).

2015 yılında ECDC tarafından aşı kararsızlığı hakkında yapılan çalışmada Avrupa ülkelerinde aşı kabulünü etkileyen en etkili faktör aşı güvenilirliğinin bireysel ve grup etkisi olarak tespit edilmiştir (36). Yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarıyla hastaların arasındaki aşı kararsızlığını saptamak amaçlanmıştır. Çalışmada sağlık personellerinin sağlık otoritelerine güvendiğini ancak ilaç firmalarına güvenmedikleri tespit edilmiştir (37). Üretilen yeni aşılarda toplumun kullanımına sunulmadan önce ciddi kontrol ve denetim mekanizmalarından geçmektedir.

Yeni aşılarda üretiminde ve kullanımında ciddi kontrol ve denetim mekanizmaları bulunmaktadır. Doğal kaynaklar ya da sentez yoluyla elde edilen ilaçlar insanlarda kullanılmadan önce bir dizi aşamadan geçmektedir. Yeni aşı formları önce hayvanlarında denenmektedir. Bu aşamada prelinik araştırma dönemlerinden geçmesi zorunludur. Prelinik aşamasını geçen ve kullanılabilir potansiyeli gösteren aşı formlarının insanlarda kullanılabilmesi için dört farklı evreden geçmesi gerekmektedir. Bu dört evre yeni ilaç formunun fazları olarak isimlendirilir. Faz çalışmalarının başlaması ve ruhsat için başvuru süresi ortalama 2-10 yıl sürmektedir. Dört faz çalışmasının sonuçlanması ortalama 10-15 yıl devam etmektedir. DSÖ tarafından kabul edilen “Helsinki Deklarasyonu” klinik ilaç araştırmalarında uluslararası standart niteliğindedir. Çalışmaların, yasalara uygunluğu, alanında uzman kişiler tarafından yapılması, insanların gizliliğini koruması, bağımsız bir etik kurul tarafından incelenmesi gibi hususlar genel olarak bu bildirgede yayınlanmıştır (38). Aşılarda toplum kullanımına sunulduktan sonra da izlenmeye devam etmektedir. İzleme ve sürveyans döneminde aşılarda toplumun ihtiyaçlarına göre düzenlenmekte ve kullanıma devam edilmektedir. Süreçlerin uzun olması ve aşı uygulandıktan sonra izlenmesi toplumda aşılarda tam anlamıyla geliştirilmediği şeklinde algılanmaktadır. Bu durum aşı kararsızlığına neden olabilmektedir. Bu nedenle aşının aşamaları ve bilimsel gerçeklikler topluma anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.

Uygulama Şekli

Her aşının uygulanma şekli farklılık göstermektedir. Aşılarla göre aşı uygulama yolları şu şekildedir:

İntradermal: BCG aşısı

İntranasal: İnfluenza aşısı

İntramüsküler: Difteri, tetanoz, boğmaca, inaktive influenza aşıları, inaktive polio, hepatit A ve B

Oral: Rotavirus aşısı, polio aşısı

Subkütan: Suçiçeği, kızamık, kızamıkçık, kabakulak (27).

Aşılarla karşı sergilenen tutum aşının uygulanma şekline göre değişiklik göstermektedir. Örneğin nazal ya da oral yollarla uygulanan aşılarla karşı tutum enjeksiyon uygulanan intradermal, intramüsküler, subkutan gibi aşılama yöntemlerine göre daha olumlu ve ılımlı karşılanmaktadır. Enjeksiyonda iğnenin kullanılması korku duyulmasına neden olmakta, ebeveynlerin sağlık personelinin yeteneklerine ya da kullanılan araca ilişkin endişelenmesine neden olmaktadır (22).

Aşı Programlarının Düzenlenmesi/Ulaştırma Şekli

Aşıların topluma ulaşma biçimi de aşılarla karşı tutum ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Aileler aşılama için evlere giden sağlık personellerine güven duymayabilirler (22). Aşıları aile sağlığı merkezlerinde yapılanlarla aşısı evde yapılanlar kıyaslandığı zaman, evde aşılananların aşılarının eksik olduğu tespit edilmiştir. Bu veriye dayanarak, ‘‘aşının nerede yapıldığı aşılama hızını etkileyen faktörlerden biridir’’ sonucuna ulaşılabilir (28). Yapılan başka bir çalışmada, köy ve mezralarda yaşayanlar ile ilçe merkezlerinde yaşayanların aşılama oranları incelenmiştir. Köy ve mezrada yaşayanların aşılama oranları ilçe merkezinde yaşayanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Köy ve mezralarda aşılamamanın eksik olmasının nedeni ailelere ulaşamamasıdır. Ayrıca bu ailelerin büyük bir çoğunluğu aşılanmanın önemini anlayacak bilinç düzeyine sahip değildir (39).

Aşı Kaynaklarına Ulaşım

Yeni üretilen aşılar tarafsız ve bilimsel bir şekilde topluma anlatılmadığı zaman bireyler aşıya karşı güvensiz yaklaşabilir ve bunun neticesinde aşılamaya karşı çekimser

yaklaşabilir. Çocuklara gereksiz yere aşı yapıldığı düşüncesi, KKK aşısının otizm, Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE) gibi hastalıklara neden olduğu düşüncesi, aşı içeriğinde bulunan alüminyum, cıva gibi maddelerin zehirleyici olduğuna inanılması, insan Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) ile oynanarak genetiğin değiştirilmeye çalışıldığı düşüncesi, tavuk hücrelerinden ve embriyodan üretilen aşılarda helal olmadığı düşünceleri insanların aşılardan korkmasına ve çekimser davranmasına neden olabilmektedir. Aşı reddini savunanların en çok dile getirdiği düşünceler; aşılarda içerisinde helal olmayan domuz ürünlerinin bulunduğu ve düşmanlarımızın aşılarda aracılığıyla vücudumuza mutajen maddeler vererek genetik yapımızı bozmak istemeleridir (35). Toplumun bu duruma düşmemesi için aşılarda konusunda toplum bilimsel ve tarafsız bir şekilde eğitilmelidir.

Aşı Takvimi

Annelerin aşılarda hakkında bilgi düzeyini ve davranışlarını tespit etmek amacıyla İzmir Ege Üniversitesi'nde bir çalışma yapılmıştır

Bu çalışmada; annelerin %28.6'sının herhangi bir nedenden dolayı aşının aksamaması durumunda ilerleyen dönemlerde aşının yapılabilmesini ve aşılamadan kaldığı yerden devam edebileceğini bilmediği tespit edilmiştir. Anne eğitim düzeyi ile kaçırılan aşının tekrar yapılabilmesinin bir ilgisi olmadığı tespit edilmiştir (32).

Maliyet

Aşılamada faaliyetlerinin ücretli olması aşılara güven duyan ve aşılarda yaptırmak isteyen kişilerin aşılarda yaptırmaktan vazgeçmesine ya da çekimser davranmasına neden olabilmektedir (22). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen ve uygulanan aşılarda tamamı ücretsiz bir şekilde uygulanmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Rolü

Yapılan bir çalışmada ailelerin sağlık personelleri tarafından bilgilendirilmesiyle aşılamada oranlarını arttırdığı tespit edilmiştir (40). 2015 yılında ECDC tarafından Avrupa'da yapılan bir araştırmada, aşı hakkında hastaları sağlık personellerinin bilgilendirmesi en güvenilir kaynak olarak saptanmıştır. Ancak aşı karşıtı bazı doktorların aşılarda eleştirmesi ve kınaması toplumun aşı konusunda çekingen davranmasına neden olmuştur. Sağlık

personellerinin hastaların çekingenliğini cevaplama hususunda kendi rollerinin önemine inandıkları görülmüştür. Sağlık personellerinin bilgi düzeyi ve tecrübelerinin, aşılar hakkındaki önerilerini ve aşı kapsamalarını etkilediği tespit edilmiştir (37).

2.3. Çözüm Odaklı Teori

ÇOY, 1970'lerde Amerika'da geliştirilen danışmanlık yaklaşımıdır. Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. ÇOY'un gelişimi, kuramsal gelişim, klinik uygulama ve ampirik çalışmalara dayanmaktadır (41). Bu danışmanlık yaklaşımının temellerini, Mental Research Institute-MRI (Ruhsal Araştırma Enstitüsü) ve Brief Family Therapy Center-BFTC (Kısa Süreli Aile Terapi Merkezi) çalışmaları oluşturmaktadır (41). Liderliğini Milton H. Erickson'un yaptığı bu danışmanlık yaklaşımı aile terapisinden doğmuştur. Ancak bu yaklaşım problemlerin çözümüne odaklandığı için zamanla aile terapisinden ayrılmıştır (42).

ÇOY'un savunduğu temel yaklaşım: Görüşmelerde bireyin karşılaştığı problemlere ya da yetersizliklere odaklanmanın bireye olumlu yönde bir değişim sağlamayacağını, ancak bireyin güçlü yönlerine, yeteneklerine ve kaynaklarına odaklanıldığında bireyin becerilerini ortaya çıkaracağını savunmaktır (42). Bu danışmanlık yaklaşımında danışan bireyin kendi amaç ve çözümlerini oluşturabileceğine inanılmaktadır. Bu sayede danışan problemlerinin çözümünde sorumluluk üstlenmekte ve davranış değişikliği konusunda istekli olmaktadır (42). ÇOY' a göre, danışan karşılaştığı problemle veya buna benzer bir durum ile hayatının başka bir döneminde karşılaşmıştır ve bu problemle başa çıkmıştır (42, 43). Miller ve de Shazer, bireyler de olumlu ve kalıcı bir değişim olması isteniyorsa bireylerin yetersiz ve güçsüz görmelerini engellenmesi gerektiğini ve geçmişteki ve şimdiki problemlere odaklanmak yerine mevcut güçlere ve geleceğe odaklanılması gerektiğini vurgulamıştır (42). Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve ekibi bu danışmanlık yaklaşımını kullanmaya başladığında, problemlere odaklanmamışlardır. Bunun yerine görüşmelerde danışanlara hayatlarında nelerin yolunda gittiğini, hangi alanlarda daha iyi olduklarını fark etmelerini istemiştir. Her problemin çözümü vardır. Ancak danışanın dikkati, daha önceki başarılarla odaklandırılmazsa danışan mevcut çözümlerin farkına varamayacaktır. Yani amaçlanan geleneksel olarak probleme yapılan vurgudan, problemin etkisinin azaltıldığı çözüm odaklı vurguya geçişi yansıtmaktadır (41). Danışanda istenen değişim aslında geçmişte danışanın kendisi tarafından sağlanmıştır. Güç ve yetenek aslında danışanda vardır.

Danışanın güç ve yeteneklerini ortaya çıkarmak için ilk görüşmede bireyin geçmişte yaşadığı istisnai durumları keşfedip açığa çıkarmak amaçlanmakta ve danışana sorulan sorular bu doğrultudadır (42, 43). Dolayısıyla problem yerine çözüme odaklanan ve bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya çalışan bir danışmanlık yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, problem yerine çözüm üzerine konuşmayı amaçlamaktadır. Başka bir deyişle bireyin geçmişine ve problemlerine değil, güçlü yönlerine, geçmiş başarılarına ve gelecek üzerine odaklanır. ÇOY'un tedavi biçimi; danışana alternatif düşünebilmeyi ve bu düşüncelerin davranışa nasıl dönüşeceği konusunda yardımcı olmaktır. Dolayısıyla bu yaklaşım hem bireysel girişimler için hem de grup girişimleri için uygun bir yaklaşımdır (43). ÇOY' da oturum sayısı bir ile yirmi arasında değişebilmektedir. Ortalama altı oturum yapılabileceği belirtilmiştir. Her oturum ortalama 30-60 dk. sürmektedir. Danışman ve danışan arasında oturumların sıklığı ve süresi belirlenebilmektedir. Ancak oturumların sık sık yapılmasının gerekli olmadığı vurgulanmıştır. ÇOY tek başına uygulanabildiği gibi diğer terapötik yaklaşımlarla beraber de kullanılabilir (42). ÇOY, cinsel istismar, okul sorunları, evlilik sorunları, ruh sağlığı, konsültasyon, süpervizyon gibi çok çeşitli problemlerde çok yönlü uygulanabilir bir danışmanlık yaklaşımıdır. Bu alanların yanı sıra madde kullanımında, kaygı bozukluklarında, kompulsif bozukluklarda, kişilik bozukluklarında, yeme bozukluklarında, kendine zarar verme davranışı, intihar, şiddet, kötüye kullanım ve cinsel istismar gibi alanlarda da kullanılabilir. Ulaşılan araştırma sonuçları özellikle çocuk ve ergenlere yönelik uygulamalarda oldukça etkin olduğunu ve ayaktan hasta takip eden ruh sağlığı kurumlarında, psikiyatri kliniklerinde, okullarda, hapisanelerde, sosyal çalışma kurumlarında, üniversitelerde ve aile kliniklerinde kullanılabileceğini göstermektedir (43). ÇOY kişinin şu anı ve geçmişi üzerine odaklanmaktan ziyade sorunun çözülebileme olasılığının olduğu gelecek üzerine odaklanır. Kişinin sorunları değil başarmak istedikleri üzerinde durur. Kişinin ne olmak/olmasını istediği olumlu hedefleri belirlemesini amaçlar. ÇOY'un kilit noktalarından biri bireyin geçmişteki başarılarını ortaya çıkarmak ve daha önce karşılaştığı problemlerle başa çıktığını hatırlatmaktır. ÇOY kelebek etkisini benimsemiştir. Bireydeki küçük değişimlerin büyük değişimleri de beraberinde getireceği inancı hâkimdir. Bireyde küçük değişimlerin olabilmesi için bireyin başarılı olduğu alanlara yönelik sorular sorulmakta bu alanların ortaya çıkarılması hedeflenmektedir. Bu kapsamda bireyin hayal gücünün harekete geçmesi için farklı ve ilginç sorular sorulmaktadır (42).

2.3.1. ÇOY'un Temel Felsefe ve Varsayımları

ÇOY insanın kendi gerçeklerini oluşturmaya, yaşamına yeni bir gözle bakmasına ve bu bakış açısı ile onu görüşmeye getiren problem için yeni çözümler üretmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır (41). Bu yaklaşımda bireye eğitim verilmesi yerine bireyin kendi bilgi ve güçlerini ortaya çıkarması için desteklenir. Bireyin sorumluluk alması teşvik edilir. Bireyin belirlenen amaç ve davranışlar için sorumluluk alması teşvik edilir (41). 1992'de Walter ve Peller ÇOY varsayımlarını şu şekilde oluşturmuşlardır: Problemler yerine çözümleri konuşmak süreci kolaylaştırır. Problemin çözümü için problemler hakkında çok fazla bilgi sahibi olmak gerekmemektedir. Bireyin geçmiş başarılarına odaklanıldığı takdirde bireyde olumlu değişimler meydana gelmektedir. Dolayısıyla problemlere odaklanmak çözüm getirmeyeceği için doğru yapılara odaklanmak gerekir. Bireyin yapacağı küçük değişimler, kelebek etkisi veya kartopu etkisi oluşturarak, olumlu yönde büyük değişimlere öncülük etmektedir (41). ÇOY felsefesinde her problemin bir çözümü vardır. Her problem için problemin yaşanmadığı istisna anlar vardır. Bu istisna anları problemin çözümünde kullanılabilir. Bu noktada önemli olan istisna durumları nerede, ne zaman ve nasıl oldu ipuçlarıdır. Her birey kendi problemleriyle başa çıkabilecek potansiyele sahiptir. Bireyin problemler karşısında yetersizliklerinin yerine güçlü yanların ortaya çıkarılması ve bu güçlü yanları problemlerle baş etmede nasıl kullanacağını göstermek bireydeki değişimi hızlandıracaktır. Birey amaçlarını oluştururken şu noktaya dikkat etmelidir. Ne yapmak istemediği değil ne yapmak istediği üzerine amaçlarını oluşturmalıdır. Bireyin koyduğu amaçlar bireyin kendisini güçlü hissetmesini sağlamalı ve ölçülebilir olmalıdır (41, 42).

Çözüm Odaklı Yaklaşım temel varsayımları:

- ❖ Birey, karşılaştığı problemlerle hayatının daha önceki dönemlerinde karşılaşmış ve başa çıkmıştır.
- ❖ Zor ve kompleks gibi görünen problemlerin aslında basit çözümleri vardır.
- ❖ Karşılaşılan problemlerin çözümleri bireyin kendisinde mevcuttur ancak birey bunun farkında değildir.
- ❖ Değişim başkaları tarafından değil bireyin kendisi tarafından olabilir.
- ❖ Bireyler kendi oluşturdukları çözüm yollarını daha kolay uygulamaktadır.
- ❖ Problemler sürekli olmayacak bir gün bitecektir.
- ❖ Problemlerin çözümü ve davranış değişimi için mevcut güç bireyin

kendisindedir (42).

2.3.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımın İlkeleri

1997’de Shazer ile Berg ve 1992’de Miller danışmanların ÇOY’u kullanabilmeleri için üç temel kuralı önermişlerdir:

1. Bozulmamış ise tamir etme: Eğer danışanda herhangi bir problem yoksa birey bu problemi daha önce çözmüştür. Ortadan kaldırılmış bir problemi ele almak gereksizdir.

2. Önce neyin işe yaradığını anla ve sonra onu daha çabuk yap: Bu aşamada bireyin problemlerle nasıl başa çıktığı incelenir. Birey bu davranışlarını devam ettirmesi konusunda desteklenir.

3. Eğer çalışmıyorsa tekrar deneme: Problemlerin çözümünde kullanılan yöntemler işe yaramayabilir. İşe yaramayan yöntemlerin devam ettirilmesi çözüm oluşturmayaacağı için bırakılıp yerine farklı bir şeyler yapılmalıdır (41).

Çözüm Odaklı Yaklaşımın Aşamaları/Teknikleri

ÇOY 8 aşaması bulunmaktadır. Bunlar:

- ❖ Tanışma ve Problemi Anlama
- ❖ Bireyin Dilini ve Çözüm Dilini Konuşmak
- ❖ Amaç Belirlemeye Yönlendirmek
- ❖ Amaç Belirlemek
- ❖ Mucize Soru Sorma
- ❖ İstisnaları Vurgulamak
- ❖ Derecelendirme
- ❖ Yeniden Çerçeveleme

1. Tanışma ve Problemi Anlama: Bireyle karşılaşma ve tanışma bu aşamadır. Bireyin problemlerini anlayabilmek için örnek istenir. Danışan bireyle terapötik ittifak kurulması çok büyük önem arz etmektedir. Bu ittifakın kurulabilmesi için danışan bireye samimi bir şekilde yaklaşılmalı ve bireyi görüşmeye getiren sebeplerin neler olduğunu öğrenebilecek sorular sorulmalıdır. Görüşmelerin/oturumların süreçleriyle ilgili açıklamalar yapılır. Örneğin, tanışma ve selamlaşmadan sonra danışana “Çalışmamızın nasıl ilerleyeceği ile ilgili sizi bilgilendirmek istiyorum. Size sorular soracağım, bu sorular size saçma gelebilir ve bazı soruları cevaplarken zorlanabilirsiniz. Oturumlar esnasında vermiş olduğun cevapların bazılarını not edeceğim. Almış olduğum notları size mesaj yazmak için kullanacağım. Oturumun sonunda almış olduğum notları

değerlendirmek ve oturum boyunca konuştuklarımızla ilgili düşüncelerimi toplamak adına kısa bir süreliğine yanınızdan ayrılacağım. Yanınıza geldiğimde sizin için yazdığım mesajı okuyacağım. “Bu mesaj hakkındaki düşünceleriniz nelerdir” şeklinde soru sorulabilir (41). Bu açıklama bireye ne ile karşılaşacağı ile ilgili bilgi vermeyi, bazı soruları cevaplarken ne kadar zorlanacağına hazırlamayı sağlar. Sonraki görüşmelerde birey sorular karşısında zorlandığında “Hatırlarsan başlangıçta bazı sorulara cevap vermenin ne kadar zor olacağını söylemiştim. Evet, bu da o sorulardan biri” şeklinde ifadeler kullanılabilir (41). Walter ve Peller danışan ile görüşme sürecinin amaç ve yönelimli bir soru ile başlamasını önermektedir. Bireye sorulan yönelimli sorular ile bireyin kendi hakkında düşünmesine, problemini anlamasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca bireye “Bu görüşme için randevu aldığın andan itibaren ne tür değişimlerin olduğunu ya da ne tür değişimlerin başladığını fark ettin?” şeklinde bir soru sorarak ilk görüşmeye başladığında görüşme öncesi değişime dikkat çekilmiş olmaktadır (41).

2. Bireyin Dilini ve Çözüm Dilini Konuşmak: Görüşmelerde bireyin anlayabileceği bir şekilde ve bireyin kullandığı ifade biçimlerine uygun bir şekilde konuşulmalıdır. Etkin dinleme metoduyla bireyin duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışılmalıdır. Bu durum başka bir ifadeyle izinde, temposunda, hızında takip etmek ve yönlendirmek (pacing & leading) olarak adlandırılmaktadır (41). İlk etapta bireye hak vermek, duygu ve düşüncelerine katılmak esastır. Ortak payda da buluşmak gereklidir. Bireyin duyguları kontrol altına alınmaya başlanır ve yavaş yavaş bakış açısı değiştirilir. Bu süreç içerisinde beden dilinin doğru kullanımı da elzemdir (41).

Öte yandan Steve de Shazer ve Insoo Kim Berg **çözüm odaklı konuşmayı** ayrı bir dil olarak görmüşlerdir. Çünkü çözüm odaklı sorularla birey tekrar tekrar çözüme yönlendirilmektedir. Çözüme yönlendirilen birey çözüm olduğunu fark ederek tekrar umutlanır, var olan çözümleri keşfeder, kendi çarelerini hatırlar. Sıkıntıların yerini başarabileceğine inanma duygusu ile oluşan çözüm hali almaya başlar (41). Danışanın dilinden konuşmak **danışanın kullandığı kelime ve ifade biçimine** uygun konuşmayı içerir. Kişinin kendi sözcükleriyle tanımladığı şekilde duygularını adlandırmak profesyonel bir dille adlandırmaktan daha yararlıdır. Görüşmeler sırasında danışana **beden diliyle aynalama** yapılması ve **danışana hak vererek** yanında olunması ile aynı dilin konuşulması sağlanabilir (42).

3. Amaç Belirlemeye Yönlendirmek: Bu aşamada bireyin gelecekle ilgili amaçları ya da hedeflerini ortaya çıkaracak sorular sorulur. Bireyin kendi güçlü yönlerini fark etmesi sağlanır. Bireyin öz kaynakları (yetenekler, beceriler, kendi kendine emir

verme, telkin etme, kendi kendine yardımcı olma, güçlü yanlar vb.) ve dış kaynaklarını (bireyi destekleyici ilişkiler kurabileceği kişiler (danışmanı, ailesi, arkadaşları, öğretmeni vb.) ortaya çıkartabilecek bir teknik olan “yardım eli tekniği” kullanılır. Bireyden kaygının resmini çizmesi istenir. Kaygının resmi, onu kaygılandıran, buraya görüşmeye gelmesine neden olan şeyin resmini çizmesi istenir. Ayrıca bireyin dış kaynaklarına özel yetenekleri, ilgileri, hobileri örnek verilebilir. Bu hobiler bireye “Bos zamanlarında ne yapmaktan hoşlanırsın?”, “Başka bir konuda konuşmak istersen ne hakkında konuşmak istersin?” gibi sorular sorularak ortaya çıkarılabilir (41). Bu aşamada iç kaynakların ortaya çıkarılmasında “**mektup yazdırma tekniği**” de kullanılabilir. Mektup yazdırma tekniği ile birey bir sorunun ömür boyu sürmediğini görmüş ve başarabileceğine inanma duygusunu hissetmiş, çözüm için heyecanlanmış olacaktır. Bu teknik ile bireyin tercih ettiği geleceğini görmesi sağlanmıştır (41).

4. Amaç Belirlemek: Amaç belirlemek nedir? Amaca ulaştığımızı nereden anlayacağız? Bireyin somut, davranışsal öğeleri içerecek şekilde amacını belirlemelidir. Bu amaç açık, net, ulaşılabilir ve gerçekçi olmalıdır. Pozitif ve ölçülebilir olmalıdır. Küçüklük özelliği ile amaçların aşama aşama gerçekleştirilmesi sağlanır (1). Örneğin “Bazı şeylerin daha iyiye gittiğinin en küçük ilk işareti ne olacak?”, “Daha fazla görüşmeye gereksinimin olmadığını nasıl anlayacaksın?” gibi sorular sormak bireyin amacını ortaya çıkartmayı sağlar. Bu nedenle amaçlar bireyin başarabileceği küçük adımlar şeklinde değerlendirilmeli, yapmaktan vazgeçtiği yada durduracağı davranışlar üzerine değil, neyi veya neleri yapmaya başlayacağı üzerine temellendirilmelidir (41). Bireyden gelen amaçlar pozitif olabileceği gibi negatif, zarar verici ya da “ben bilmiyorum” şeklinde de olabilmektedir. Örneğin notları düşük olan ve “Artık okula gitmek istemiyorum” ifadeleriyle olumsuz ve zararlı amaçlar geliştiren bir öğrenciye “Eğer düşük not almıyor olsaydın, ne yapıyor olurdun”, “Notlarını ne yaparsan yükseltebilirsin?” şeklinde sorularak pozitif amaçlar oluşturması sağlanabilir. Sorulara “...bilmiyorum.” şeklinde cevap veren birisine “Eğer biliyor olsaydın.../ Eğer bir fikrin olsaydı.../ Eğer tahin edebiliyor olsaydın.../ Eğer kontrolünde olsaydı yaşamında ne farklı olurdu?” şeklinde olumlu amaç belirlemesi sağlanabilir (41).

5. Mucize Soru (çözüm amaçlı soru) Sorma: Temeli Milton H. Erickson’un “Kristal Top Tekniği” ne dayanan bu teknik bireye daha iyi bir gelecek ve pozitif bir değişim beklentisi oluşturmanın vazgeçilmez yoludur. Amaç belirlerken bireye yardımcı olabilir. Bireyin, değişime inanmasına, farkındalık geliştirmesine ve geleceğe dair beklentilerinin ortaya çıkmasına imkân sağlar. Mucize soru sorma tekniği hem tek bir

bireye hem de gruba sorulabilmektedir. Bu teknik bireye ilk oturumda veya sonraki oturumlarda da sorulabilmektedir. Mucize soru sorma tekniği uygulanırken bireyin çözüme odaklanması sağlanır (41). Mucize soru ile birey kendini problemin çözüldüğü ya da ortadan kalktığı pozitif gelecek içinde görür. Problemin çözüldüğünü hayal etmek problemin çözülebilir olduğunu gösterir. Mucizenin değişimin istendiği yerde olması önem taşır. Genellikle bu yer günlük hayattır. Bireyin problem yaşamadığı ve başarılı olduğu sıra dışı istisna anları bulmak için “**Başka ne?**” soru tekniği ile “Mucize olduğunda yaşamında farklı olan ne olacak?” şeklinde soru tarzları kullanılabilir (41). “Diyelim ki sen uyurken bir mucize oldu. Bu mucizeyle beraber var olan problemin ortadan kalktı. Fakat uykuda olduğun için mucizenin gerçekleştiğini bilmiyorsun. Ertesi sabah uyandığında mucizenin gerçekleştiğini fark etmeni sağlayacak ilk şey ne olurdu, Senden dışında mucizenin gerçekleştiğinin farkına var ilk kim olurdu, Sonrasında bu mucizeyi kimler fark ederdi, Mucize hakkında sana ne derlerdi, Mucizeyi fark edenlere karşı tepkin ne olurdu, Başka, Başka?...”

Bu soruya verilen cevaplar karşısında şu mucizeler de ortaya çıkabilir:

a. Belirgin olmayan mucizeler: Belirgin olmayan cevapların netleştirilmesi gerekir. Örneğin; “Sabah uyandığımda mutlu olurdum” cevabına karşılık “Mutlu olduğunu gösterecek ne yapıyor olurdun?” sorusuna yanıt alınarak mutlu olmanın ipuçlarını açıklştırması sağlanmalıdır.

b. Gerçekleşmesi mümkün olmayan mucizeler: Mucize soruya gerçekleşmesi mümkün olmayan cevaplar verilebilir (Boşanan anne-babanın tekrar birleşmesini, ölmüş olan birinin yasama tekrar dönmesini isteme vb.). Bu durumda altta yatan isteğin, gereksinimin ortaya çıkartılması için yardımcı sorular sormak gerekebilir.

c. “Başkalarının farklı olmasını istiyorum” mucizesi: Bazen bu soruyu bazı bireyler kendi mucizelerini problem olarak gördükleri diğer insanların değişmesini isteme şeklinde cevaplayabilirler (41).

Burada yapılması gereken ilk şey davranış değişikliğini bireyin kendisinin gerçekleştirebileceğini fark ettirmektir. Örneğin “mucize olsaydı öğretmenim arkadaşlarıma davrandığı şekilde bana da davranır ve söz hakkı verirdi” diyen bir öğrenciye “farz edelim ki öğretmenin sana adil davranmaya ve sana söz vermeye başladı neler farklı olurdu” sorusu yöneltilebilir (41).

6. İstisnaları (problemsiz dönemleri) Vurgulamak: Her sorunun kendi içinde bir çözüm ögesi barındırdığı keşfedilmiş ve buna “istisna durumlar” denmiştir. Problemin olmadığı zamanlar vurgulanır ve bireyin mevcut problemi için kullanmadığı ama bireyde

var olan öz kaynakları belirleyerek problemi çözmeyi amaçlamıştır. Gerçekten de en sorunlu kişinin bile hiç sorununun olmadığı istisna anlar vardır. “Son dönemlerde mevcut problemi yaşamadığın veya bu durumla ilgili daha az problem yaşadığın zamanlar oldu mu?” Bireyin vermiş olduğu cevaplar çerçevesinde sorular sorulur (41). İstisna soruları mucize sorudan hemen sonra sorulabilir. Bu kullanım bireye mucize soruya yakınlaştığı duygusunu hissettirir. Çünkü istisnalar küçük mucizelerdir (41). İstisna durumları sormak amacın belirlenmesinde kullanılan en etkili yöntemlerden birisidir. Yaşamlarındaki istisna durumların farkına varmak danışanları şaşırtır. İstisna durumların farkına varılması danışanın yeterlik duygusunun gelişmesini sağlar ve birey problemlerinin çözümü için küçük adımlar planlamaya başlar. Danışanların yaşamlarındaki istisnai durumları hatırlaması probleminden nasıl uzak durduğunu veya nasıl başa çıktığını anımsar. Bunun neticesinde bireyde yetkinlik hissi oluşmaya ve problemin çözümü için yol haritası oluşturmaya başlar. Danışman düzenli olarak istisnaları araştıran sorular sormalı, danışan istisnai durumun önemini ne kadar azaltırsa azaltsın istisnaları yakalamak için etkin dinlemeli ve istisnanın gerçekleştiği durumları sağlayan tüm faktörleri ayrıntılandırmalıdır (42).

7. Derecelendirme: Derecelendirmeye danışandan 0’dan 10’a kadar olan bir ölçek üzerinde kendi problemini değerlendirmesi istenir. Danışanların oluşturdukları amaçların hangi noktasında olduklarını belirlemek amacı ile derecelendirme kullanılır. Amaç ilerleme düzeyini ölçmektir. Diğer hedefler ise başarı olabilmek için problem yerine çözümlere odaklanmak, bireyin kontrolü elinde tuttuğu duygusunu hissettirmektir (41). Derecelendirme yapılırken; İlk olarak danışanlardan 0’dan 10’a kadar olan bir ölçek üzerinden kendilerini değerlendirmeleri istenir. Ölçekte puanlama yapılması istenir. Ancak birey kendisini puanlarken “0” veremez. Örneğin, birey problemlili davranışının olduğu durumu skala üzerinden “1” olarak değerlendirdi. Skala üzerinde kendisine “2” verebilmesi için kendisinde ne gibi değişikliklerin olması gerektiği sorulur. Küçük adımlar belirlenir. Ve bu adımlar uygulanır. Derecelendirme ile danışanlara skalalarında bir puan yükselmek için neler yapabileceklerinin sorulması bireyin belirlediği amaçlarına ilerlemede yardımcı olur (41).

8. Yeniden Çerçeveleme: Yeniden çerçeveleme ile danışan problemlerini farklı bir bakış açısıyla yeniden çerçeveler. Aslında bu aşama bireyin kendi gerçekliğini yeniden inşa ettiği aşamadır. Yeniden çerçeveleme ile birey daha fazla seçenek sahibi olmaktadır. Duygularını daha çok kontrol edebildiği için bu duyguların zorlayıcı olmasını önler (41). Başka bir deyişle bireyin problemlili ve patolojik durumunu ifade eden sözcük

ve cümleciklerinin ÇOY sözcük ve cümlecikleri ile değiştirilmesidir. Örneğin ebeveynler çocuğunu ifade ederken “*olgunlaşmamış biri*” yerine “*geç gelişen bir çocuk*” şeklinde ifade etmesi önerilebilir. Farklı bir bakış açısıyla olumlu bir şekilde yaklaşım söz konusudur (41).

2.4. Aşıya Reddinde ÇOY ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Aşı; bulaşıcı hastalıkları önlemeyi, bu hastalıkların neden olduğu kalıcı sekelleri ve ölümleri önlemeyi amaçlamaktır. Aşılama ile bireysel bağışıklık sağlanır ve kişi hastalıklardan korunur. Aşı sadece bireyin kendisini ilgilendiren bir durum değildir. Aşı yapıldığında bireysel bağışıklık sağlanırken aynı zamanda toplumsal bağışıklık da sağlanır. Bir kişinin hasta olması için hastalık etkeni ile temas etmesi gerekir. Aşılama programlarıyla toplumdaki hastalık etkeni minimize edilir ve hastalığın toplumda görülme sıklığı azalır. Toplumdaki aşısız birey sayısı arttıkça toplumun hastalığa yakalanma riski de aynı oranda artar. Toplumdaki aşısız bireyler, aşılanmasını bitmemiş/hiç aşılanmamış risk grubunda yer alan yeni doğan, bebek ve küçük çocuk ve yaşlılarla teması sonucu hastalık etkenini bulaştırabilmektedir. Bu durum bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasına, kalıcı sekellerin ortaya çıkmasına ve ölümlere neden olmaktadır (2). Bebek ölüm hızı, bir ülkenin gelişmişliğini gösteren en önemli göstergelerden biridir (44).

2018'deki yayınlanan DSÖ raporuna göre; dünyadaki aşılama programlarıyla yılda ortalama 2–3 milyon bebek ölümü engellenmektedir. Son yıllarda aşılama programları, küresel çapta yüzde 85 civarında seyretmektedir. Aşılama programları istenen seviyeye ulaşırsa yılda yaklaşık 1.5 milyon ölümün engelleneceği öngörülmüştür (20). Sağlık Bakanlığı 2019 yılı verilerine göre ülkemizde aşılanma oranı son yıllarda %95'in üzerinde seyretmektedir. Ancak tüm dünyada ve ülkemizde ortaya çıkan “aşı kararsızlığı-aşı reddi” aşılama oranlarında düşüslere neden olmuştur. Bunun yanı sıra ülkemize gelen göçmenlerin (Suriye, Irak, Afganistan) aşılamalarının yetersiz olması aşı ile korunabilir bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olmuştur (4).

Her birey kendi sağlığını koruyup sürdürebilecek sağlık davranışlarını kazanabilecek güce sahiptir. Hemşirelerin her birey de var olan bu gücün ortaya çıkarılmasına yardımcı olmaları gerekmektedir. Hemşireler, bireyin olumsuz sağlık davranışlarını olumlu sağlık davranışlarına çevirmede sorumlulukları vardır. Hemşireler bu sorumluluklarından dolayı primer, sekonder ve tersiyer koruma düzeylerinde etkin

girişim planlarına ihtiyaç duyarlar (45). Birincil koruma kapsamında; bağımsız rolleriyle bireye, aileye ve topluma olumlu sağlık davranışları kazanması için eğitim verir. Eğitim ile bireyde davranış değiştirme, insanı yeniden biçimlendirme mümkündür (46). Dolayısıyla hemşireler birey, aile ve topluma verdikleri eğitimin davranışlara yansıtıp yansımadığını takip etme konusunda sorumluluk sahibidir. Bu aşamada hemşirenin danışmanlık rolü devreye girmektedir. Hemşireler verdikleri eğitimin etkin olabilmesi için bireylerin güçlü yanlarını ortaya çıkarması gerekmektedir (45, 47). Birey danışmanlık yoluyla kendi problemlerinin temeline inip nedenlerini bulmalı ve bu problemlerin çözümünde destek olunmalı ve alacağı yeni kararlarda cesaretlendirilmelidir (45).

McAllister; Çözüm odaklı hemşireliği “**dönüştürülebilir eğitim**” şeklinde tanımlamış ve Çözüm odaklı hemşireliğin üç kısımdan meydana geldiğini belirtmiştir. Bu aşamalar; katılma (joining), inşa etme (building), devam ettirme (extending).

Katılma Aşaması: Bu aşamada hemşireler, hastalıktan ziyade hastaya odaklanmalıdır. Bireyi tanımalı, değerlendirmelidir. Bu kapsamda bireyin değerlerine, düşüncelerine saygılı olmalı ve işbirliği oluşturmalıdır.

İnşa Etme Aşaması: Hemşireler bu aşamada bireyin sağlığını geliştirmeye odaklanmalıdır. Bu kapsamda hasta bireyle problemleri çözmek için stratejik iş birliği sağlamalıdır. Bu aşamada hemşirenin rolleri; eğitici rolü, destekleyici rolü, motive edici rolüdür.

Devam Ettirme Aşaması: Bu aşamada bireyin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmesi beklenir. Hemşireler bu aşamada destek ve rehberliklerini devam ettirir ve sağlık problemlerinin çözümünde bireye yardım eder. Böylece birey kendini tanıır. Olumlu ve olumsuz yönlerinin farkına varıp sosyal beceriler kazanır (48).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test- son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü resmi kayıtlarında yer alan 0-24 ay arasındaki çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen Bingöl il merkezinde ve Solhan ilçesinde ailelerle Kasım 2020 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Bingöl ilinde yaşayan, 0-24 ay arasındaki yenidoğan, bebek ve çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ailelerdeki ebeveynler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü ise Power Analizi ile 0.05 yanılma düzeyinde, %95 güven aralığında, 0.6 etki büyüklüğünde evreni %95 temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 148 ebeveyn (kadın-erkek) olarak hesaplanmıştır. Aşı reddi yapan ailelerdeki ebeveynler kadın ve erkek olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bireyler olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile örneklem grubuna seçilmiştir. Aşı reddi yapan ailelerdeki ebeveynler basit rastgele örneklenme yöntemi için listelendi ve rastgele sayılar tablosundan 148 birey seçilmiştir. Bireyler bir deney bir kontrol grubuna olacak şekilde randomize olarak 148 deney, 148 kontrol grubuna alınması planlandı. Ancak araştırmanın yapıldığı zaman aralığında salgın olması popülasyonu etkilemiştir ve Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) nedeniyle araştırmaya katılmak istememişlerdir. Bunun yanı sıra ailevi nedenler, müsait olmama durumu, iletişim kurmak istememesi vb. nedenlerden dolayı deney grubu toplamda 43 ebeveyn, kontrol grubu ise 23 ebeveyn toplam 66 ebeveyn ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmacının kendisinin ulaşabildiği aşı reddi yapan ebeveynler çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- * İletişim probleminin olmaması
- * 0-24 aylık çocuğu olması

*Çocuğuna aşı yaptırmayı red etmesi

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

* Okuryazar olmaması

* İki den fazla oturuma katılmaması

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu (TBF), Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu; ebeveynin cinsiyetini, yaşını, çocuğun cinsiyetini, eğitim düzeyini, çalışma durumunu, ailenin kaç çocuğu olduğunu, 0-1 yaş arasında çocuğunun olup olmadığı, aşılatmayı gerekli görüp görmediği, daha önce aşı yaptırma durumu ve aşıyla ilgili problem yaşama durumu, aşı yapılmadığı zaman oluşacak zararlarla ilgili farkındalık durumu, aşı yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyi ve Sağlık Bakanlığının önerdiği aşıları yaptırma durumunu sorgulayan 14 sorudan oluşmaktadır (49)

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği (EK-3)

Bu ölçek, Opel ve ark. (2011) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Çevik ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılmıştır. Ölçek ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutumlarını ve davranışlarını ölçmektedir. Ölçek değerlendirilirken ölçekteki her 15 soru da puanlanır. Ölçeğin, davranış, tutum ve güvenlik-etkililik olmak üzere üç alt boyutu vardır.

Ölçeğin Davranış boyutu içinde 1 ve 2. maddeler, tutum boyutu içinde 3,4,5,6,11,12,13,14,15. maddeler, güvenlik-etkililik boyutu içinde 7,8,9,10 maddeler yer almaktadır. Ölçek değerlendirilirken tereddütlü yanıtlara 2 puan, ‘bilmiyorum ya da emin değilim’ yanıtlarına 1 puan ve tereddütsüz yanıtlara da 0 puan verilmektedir. ‘Bilmiyorum’ yanıtının kayıp veri olarak hariç tutulduğu iki soru (1 ve 2) puanlanırken tereddütlü yanıtı 2 puan ve tereddütsüz yanıtı 0 puan verilmektedir. Her sorunun puanı

basitçe toplanarak toplam ham puan hesaplanmaktadır. Eğer tüm sorular yanıtlanmış ve 1 ve 2 kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa toplam ham puan 0-30 arasında bir değer alırken, eğer yanıtlanmamış en az bir soru varsa veya 1. ya da 2. soruları ‘bilmiyorum’ şeklinde yanıtlanmış ve dolayısıyla kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa, toplam ham puan için düzeltilmiş değer alınmaktadır. Toplam ham puan, kayıp verileri olan sorular için basit lineer hesaplama yöntemi kullanılarak 0-100 arasında değişen değerlere sahip skalaya uygun olacak şekilde yeniden hesaplanmaktadır. Eğer tüm sorular yanıtlanmış ve 1 ve 2 kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa toplam ham puan 0-30 arasında bir değere sahip olur. Eğer yanıtlanmamış en az bir soru varsa veya 1. ya da 2. soruları ‘bilmiyorum’ şeklinde yanıtlanmış ve dolayısıyla kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa, toplam ham puan için düzeltilmiş değer alınır. Örneğin, eğer bir yanıt kayıp veya hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0-28 arasında bir değer alır; eğer iki yanıt kayıp veya hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0-26 arasında bir değer alır. Toplam ham puan, kayıp verileri olan sorular için basit lineer hesaplama yöntemi kullanılarak 0-100 arasında değişen değerlere sahip skalaya uygun olacak şekilde yeniden hesaplanır. Toplam puanın artışı ebeveynleri çocukluk çağı aşlarına yönelik tereddüdün de artmasını gösterir.

Cronbach’s alfa katsayısı, madde toplam puan korelasyonu ve test tekrar test güvenilirliği ile değerlendirilmiştir. Çevik ve arkadaşları ölçeğin bütünü için Cronbach’s alfa değeri 0,67’dir (50). Bu araştırmada Cronbach’s alfa katsayısı 0.62 bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, Bingöl ili ve Solhan ilçesinde bulunan muhtarlık bürosunda araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçları bireyler tarafından okunarak, cevapların işaretlenmesi yoluyla yaklaşık 15 dakikada tamamlanmıştır. Deney ve kontrol grubuna ön test olarak sosyo-demografik bilgiler içeren tanıtıcı bilgi formu, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği kullanılmıştır. Deney ve Kontrol grubuna ön test uygulanmıştır. Daha sonra deney grubuna her hafta bir oturum olacak şekilde toplam 4 oturum çözüm odaklı yaklaşım terapisi uygulanmıştır, oturumlar bittikten sonra deney ve kontrol grubuna aynı veri toplama araçları uygulanarak son test verileri toplanmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimleri

ÇOY terapisi uygulayacak olan araştırmacı uygulamaya başlamadan önce ÇOY ile ilgili alanda yapılan çalışmaları taramıştır. Bilgelik Enstitüsü tarafından düzenlenen ‘‘Çözüm Odaklı Terapi’’ uygulayıcı sertifikası alınmıştır.

3.6.1. Hazırlık oturumu

Kriterlere uygun ebeveynler, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra eğitimlere davet edilerek hazırlık oturumu yapılmıştır. Bu oturumda, bireylere çalışmanın amacı ve önemi, terapi programının içeriği, süresi anlatılarak, ebeveynlerin programdan beklentileri öğrenilmiştir. Hazırlık oturumu sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerle, ilk oturum için gün/saat belirlenmiştir.

3.6.2. Deney Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi

Deney Grubunda ki bireylere ön test uygulanmıştır (TBF, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği) bir hafta sonra yaklaşık 4 hafta (1 hafta aralıklarla) süren çözüm odaklı yaklaşım doğrultusunda çocukluk çağı aşılarına yönelik danışmanlık verilmiştir. Grup danışmanlığı şeklinde düzenlenen danışmanlık eğitiminde gruplar oluşturulmuştur. Her bir grupta 7 kişi bulunan toplamda 6 grup oluşturulmuştur. Çözüm odaklı yaklaşım teknikleri kullanılarak interaktif bir iletişim sağlanmıştır. Kendilerini ifade etmeleri ve farkındalıklarını artırmak için haftalık ev ödevleri verilmiştir. Her bir oturum yaklaşık 60-90 dk sürmüştür. Ebeveynlerin aşı reddine karşı olumsuz tutumları değişmeye başladığında danışmanlık hizmeti bitirilip, aynı araçlarla son test uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

3.6.3. Deney Grubuna Uygulanan ÇOY Terapisi

Deney grubunda yer alan ebeveynlerle ilk hafta grup dinamiği oluşturulmuştur, sonraki haftalarda çözüm odaklı yaklaşım girişimi uygulanmıştır, kişilerin kendi iç ve dış kaynaklarını kullanarak güçlendirme yapılmış, amaçlar belirlenmiş, kişiler kendi çözümlerini gördüklerinde program sonlandırılmıştır. Araştırma girişiminde uygulanan çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığı programı:

Hazırlık Oturumu

1. Bireylerin ÇOY Programına Katılımını Sağlamak
2. Ön Testin Uygulanması (TBF, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutum Ölçeği)

1,2,3. Oturumlar

ÇOY Terapisinin Uygulanması

4. Oturum

1. ÇOY Programının Kapanışı
2. Son testin Uygulanması (TBF, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutum Ölçeği)

3.6.4. Deney Grubuna Uygulanan ÇOY Terapisi Programı Uygulama Planı

Belirlenen amaçlara ulaşmak için anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, oyun, küçük grup etkinlikleri, ev ödevleri gibi grup teknikleri kullanılmıştır. Her bir oturum 60-90 dakika süren toplam 4 oturumdan oluşmuştur. Oturumlar hafta da bir kez olmak üzere Bingöl ili ve Solhan ilçesinde bulunan muhtarlık bürosunda gerçekleştirilmiştir. Oturum saatleri ebeveynlerin çalışma saatleri göz önüne alınarak planlanmıştır.

Programın amaçları; ebeveynlerin aşılarla karşı çözüm odaklı terapiyle pozitif bakış açısı geliştirme, problem çözme becerilerini çözüm odaklı şekilde geliştirme, ebeveynlerin sağlık tecrübelerinin güçlü yanlarını fark ederek geliştirme, şeklindedir. 4 oturumdan oluşan aşı reddinin giderilmesinde çözüm odaklı yaklaşım terapisinin ana hatları aşağıdaki gibidir.

1. Oturum

- Grup üyelerinin birbirlerini tanıması ve güvenli grup ortamının oluşması,
- Grup kurallarının belirlenmesi,
- Katılımcıların grup programının içeriği hakkında bilgi edinmesi,
- Terapotik ittifakın kurulması,
- Küçük değişimlerin büyük değişimlere yol açacağını kavranması (Kelebek etkisi),
- Katılımcıların programdan beklentilerinin belirlemesi (Pozitif amaçlar)
- Aşılama programlarının sağlık açısından önemini kavrama,

Aşı reddinin nedenlerinin ne olduğunu kavrama,
Aşı reddini azaltma becerisi geliştirme (bireyin sağlığa ilişkin geçmiş tecrübelerine pozitif yaklaşım),
(‘Zihni Ters Yüz Etmek’ tekniği yardımıyla)
Geleceğe dönük pozitif amaç (SMART) belirleme.

2. Oturum

Terapötik ittifakın devam ettirilmesi,
Olumlu değişimleri fark edebilmek ve takdir etmek,
Bireyin olumlu özelliklerin farkına varmasını sağlamak ve olumlu benlik algısı geliştirmek,
Bireyin güçlü yanları fark etmesi için geçmişte sağlıkla ilgili karşılaştığı problemleri nasıl atlattığına odaklanılmasını sağlamak,
Aşı yapıldığı zaman herhangi bir yan etkinin meydana gelmediği istisnalara odaklanmak ve bunun birey tarafından fark edilmesi,
Başkalarından ve kendinden gelen desteğin benliğe katkısını fark etmek,
Derecelendirme ölçeğinin kullanılması ile aşılama karşı tutumunu puanlandırması,
Bireylere, bir sonraki oturuma kadar bu derecelendirme puanının arttırabilmek için neler yapabilir? (Ödev olarak verildi).

3. Oturum

Aşılama programlarının sağlık açısından öneminin kavranması,
Bir önceki oturumda verilen derecelendirmeyi arttırma ödevinin değerlendirilmesi,
Sağlığa ilişkin geleceğe dönük hedefler belirleme,
‘Mucize soru tekniği’ yardımıyla bireyin hem aşılara hem de sağlığa ilişkin gelecekteki beklentilerini ifade etmesi,
Aşılama ilişkin ‘istisnai durumları’ fark etmesi,
Aşı reddine neden olan sebeplerle başa çıkma yöntemlerini öğrenmek,
Sağlığa ilişkin problemlerle başa çıkabilme becerisi geliştirmek,

4. Oturum

İstisnai durumlara odaklanmanın problemin çözümündeki etkisini fark etmek,
Problemi aşamalı bir şekilde çözme becerisi geliştirmek,
Genel bir şekilde grup sürecini incelemek ve değerlendirmek,
Belirlenen amaçları ölçek üzerinde değerlendirmek,
Geleceğe dair amaçların ebeveynler tarafından fark edilmesini sağlamak,
Katılımlarından dolayı danışanlara teşekkür etmek,
Oturumları sonlandırmak.

3.7. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı Değişken:

Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumları

Bağımsız Değişken:

Ebeveynlere çözüm odaklı yaklaşımın uygulanması

Kontrol değişkenleri:

Bireyin cinsiyeti, yaşı, çocuğunun kaç yaşında olduğu, çocuğun cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailenin kaç çocuğu olduğu, 0-1 yaş arasında çocuğunun olup olmadığı, aşılatmayı gerekli görüp görmediği ve nedeni, daha önce aşı yaptıрма durumu ve aşıyla ilgili problem yaşama durumu, aşı yapılmadığı zaman oluşacak zararlarla ilgili farkındalık durumu, aşı yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyi ve Sağlık Bakanlığının önerdiği aşıları yaptıрма durumu.

Tablo 3.7. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri

Kontrol Değişkenleri	Deney Grubu (n=43)		Kontrol Grubu (n=23)		Test ve Anlamlılık	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	-	-	12	52.2	2.295	.130
Erkek	43	100	11	47.8		
Yaş Grubu						
20-25	4	9.3	3	13	1.886	.363*
26-30	4	9.3	3	13		
31-35	20	46.5	11	47.8		
35-40	13	30.2	6	26.2		
40 ve üzeri	2	4.7	-	-		
Çocuk Cinsiyeti						
Kız	22	51.2	13	56.5	3.964	.411
Erkek	21	48.8	10	43.5		
Eğitim Düzeyi						

Okuryazar değil	1	2.3	1	4.3		
İlkokul	5	11.8	9	39.2	7.354	.118
Ortaokul	9	20.9	4	17.4		
Lise	21	48.8	5	21.7		
Üniversite ve üstü	7	16.2	4	17.4		
Yaptığı İş						
Çalışıyor	37	86	13	56.5		
Çalışmıyor	6	14	10	43.5	3.658	.301
Çocuk Sayısı (total)						
1	4	9.3	3	13	0.909	.340
2	15	34.9	10	45.5		
3	13	30.2	6	26.1		
4 ve üzeri	11	25.6	4	17.4		
0-1 Yaş Arası Çocuk Sayısı						
Evet	24	55.8	16	69.6	2.525	.112
Hayır	19	44.2	7	30.4		

Tablo 3.8. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistiksel yöntemler
❖ Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	❖ Ki kare, t-testi
❖ Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre analizi	❖ -Sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma
• Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	-Bağımsız gruplarda t testi
• Deney ve kontrol gruplarının çözüm odaklı yaklaşım öncesi ve sonrası ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	-Bağımlı gruplarda t testi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Ki kare, t-testi, sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

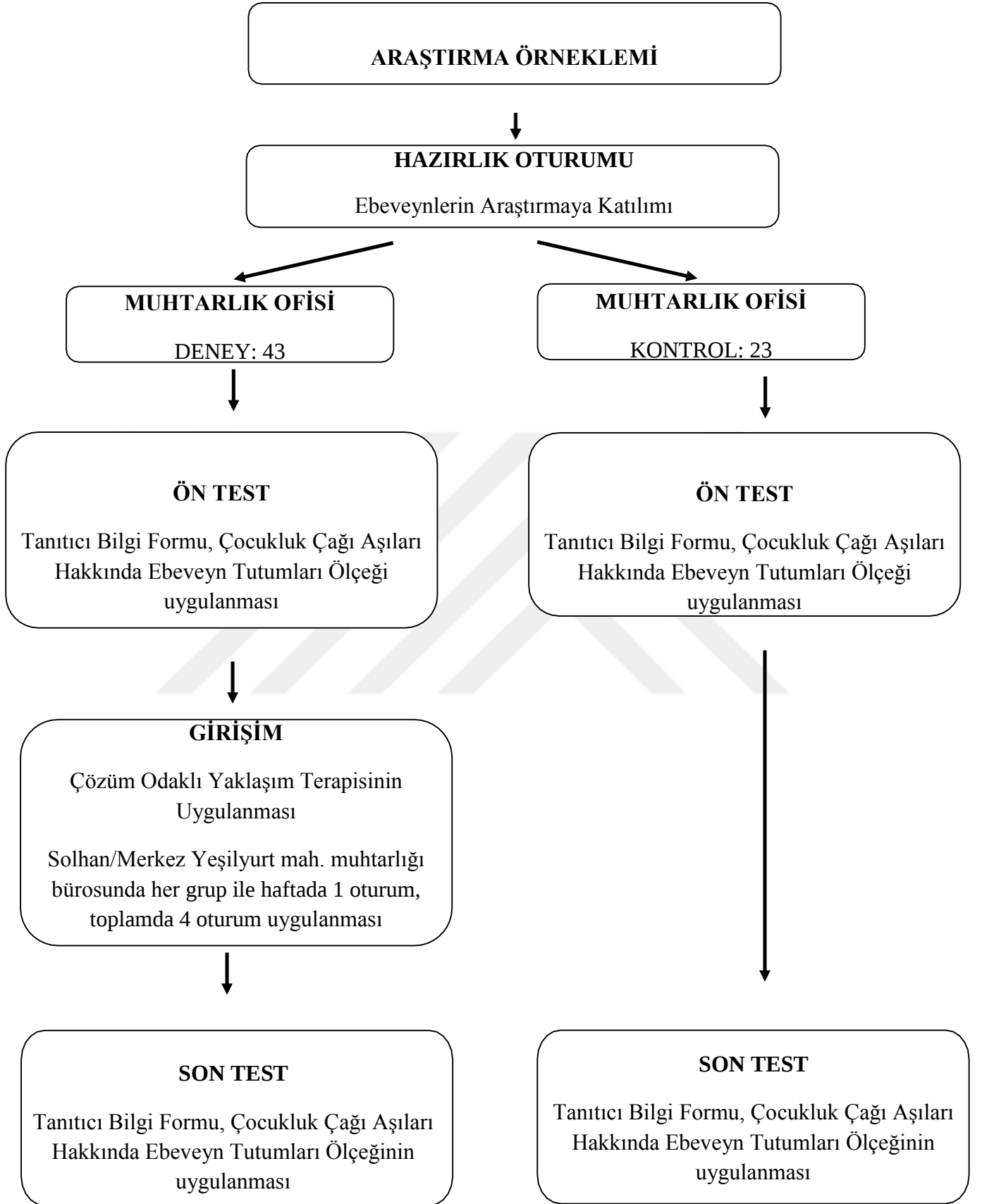
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan 2020/1184 karar sayılı etik onay (EK-6) ve Sağlık Bakanlığı Bingöl İl Sağlık Müdürlüğünden 50235129-300 sayılı izin (EK-7) alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesinde belirtilen kurallara uyulmuştur. Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmaya aşı reddi yapan tüm ebeveynlerin katılmaması, kadınların deney grubuna çeşitli nedenlerden (eşinin izin vermemesi, müsait olmaması, iş yükünün fazla olması...) dolayı katılmak istememesi, randomizasyona uyulmaması, kontrol grubunda kadın sayısının sınırlı olması, deney ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin eğitim durumunun farklı olması, gönüllülük esas olduğundan grup sayılarının eşit olmaması, araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırma sonucu araştırma grubuna genellenebilir.





Şekil 3. 11. Araştırma Planı Çizelgesi

4. BULGULAR

Bebeklerine (0-24 aylık) aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlere çözüm odaklı yaklaşımın uygulanması ile aşı reddinin giderilmesine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (S=43)		Kontrol Grubu (S=23)	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Kadın	-	-	12	52.2
Erkek	43	100	11	47.8
Yaş Grubu				
20-25	4	9.3	3	13
26-30	4	9.3	3	13
31-35	20	46.5	11	47.8
36-40	13	30.2	6	26.1
40 ve üstü	2	4.7	-	-
Çocuğun Cinsiyeti				
Kız	22	51.2	13	56.5
Erkek	21	48.8	10	43.5
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	1	2.3	1	4.3
İlkokul	5	11.8	9	39.2
Ortaokul	9	20.9	4	17.4
Lise	21	48.8	5	21.7
Üniversite ve üstü	7	16.2	4	17.4
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	37	86	13	56.5
Çalışmıyor	6	14	10	43.5
Çocuk Sayısı(Total)				
1	4	9.3	3	13
2	15	34.9	10	43.5
3	13	30.2	6	26.1
4 ve üstü	11	25.6	4	17.4
0-1 Yaş Arası Çocuk Sayısı				
Evet	24	55.8	16	69.6
Hayır	19	44.2	7	30.4

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve dağılımları verilmiştir. Deney grubunda yer alan ebeveynlerin bireylerin % 100’ü erkek, %46.5’i 31-35 yaş aralığında, %48.8’i lise mezunu, % 86’sı çalışıyor, %69.8’inin çocuğu 1-2 yaş aralığında, çocukların % 51.2’si kız, % 34.9’u toplamda 2 çocuk sahibi, % 55.8’i 0-1 yaş arası çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin ise; % 52.2’si kadın, %47.8’i 31-35 yaş aralığında, %39.1’i ilköğretim mezunu, % 56.5’i çalışıyor, % 73.9’un çocuğu 1-2 yaş aralığında, çocukların % 56.5’i kız, % 43.5’i toplamda 2 çocuk sahibi, % 69.6’sı 0-1 yaş arası çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Aşıya Karşı Tutumlarına Göre Dağılımı

Tutumlar	Deney Grubu (S=43)		Kontrol Grubu (S=23)	
	S	%	S	%
Aşılatma Gerekliliği				
Evet	1	2.3	-	-
Hayır	30	69.8	11	47.8
Kararsız	12	27.9	12	52.2
Geçmiş Aşı Deneyimi				
Evet	43	100	23	100
Hayır	-	-	-	-
Problemlili Aşı Deneyimi				
Evet	24	55.8	12	52.2
Hayır	19	44.2	11	47.8
Aşı Yapmama Zararları				
Bilmiyorum	8	18.6	5	21.7
Hastalığa Daha Çabuk Yakalanma	4	9.3	-	-
Daha Sık Hasta Olma	3	7	-	-
Daha Ağır Hastalık Süreci	6	14	-	-
Diğer	22	51.1	18	78.3
Aşının Yan Etkisi				
Evet	41	95.3	21	91.3
Bilmiyorum	2	4.7	2	8.7
Aşı Yan Etkisi(Cevap evet ise)				

Bilmiyorum				
Kızarıklık	1	2.4	-	-
Ağrı	3	7	2	9.5
Enfeksiyon	3	7	2	9.5
Kısırlık	5	11.6	-	-
Ateş	13	30.2	9	42.9
Diğer	5	11.6	3	14.3
Aşılarda Yaptırma Durumu	13	30.2	5	23.8
Eksik Aşı Varlığı				
Hiç Yaptırmama	25	58.1	20	87
	18	41.9	3	13

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubunda yer alan ebeveynlerin % 52.2’si aşılatma konusunda kararsız, % 100’ü geçmiş aşı deneyimine sahip, % 55.8’i aşılarla ilgili problem yaşamış, % 51.2’si aşının zararlı olduğunu ve otizm, kısırlık, zeka geriliği vb. problemlere yol açtığını düşünüyor, % 95.3’ü aşının yan etkisi olduğunu ve en büyük yan etkisinin % 30.2 ile kısırlık olduğunu düşünüyor, % 58.1’inin aşılarını tamamlamadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin % 69.8’i aşılatmayı gerekli görmüyor, % 100’ü geçmiş aşı deneyimine sahip, % 52.2’si aşılarla ilgili problem yaşamış, % 78.3’si aşının zararlı olduğunu ve otizm, kısırlık, zeka geriliği vb. problemlere yol açtığını düşünüyor, % 91.3’ü aşının yan etkisi olduğunu ve en büyük yan etkisinin % 42.9 ile kısırlık olduğunu düşünüyor, % 87’sinin aşılarını tamamlamadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Deney Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test	Son test	Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı				
Davranış	3.30±1.37	3.72±.70	1.70	0.095
Tutum	15.41±1.84	6.62±3.0	16.65	0.000
Güvenlik	7.04±1.06	6.34±1.17	3.42	0.001
Ölçek Toplam puanı	25.76±3.08	16.69±3.81	13.35	0.000

Tablo 4.3’de Deney grubundaki bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği toplam puanları ile alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Deney grubunda yer alan ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği toplam ön test puan ortalaması 25.76 ± 3.08 , son test puan ortalaması 16.69 ± 3.81 bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda iki ölçüm arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.000$).

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeğinin alt boyutlarında ise; Davranış alt boyutu ön test puan ortalaması 3.30 ± 1.37 , son test puan ortalaması 3.72 ± 1.70 bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.095$). Tutum alt boyutunda ön test puan ortalaması 15.41 ± 1.84 , son test puan ortalaması 6.62 ± 3.0 bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.000$). Güvenlik alt boyutunda ön test puan ortalaması 7.04 ± 1.06 , son test puan ortalaması 6.34 ± 1.17 bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.001$). Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puanda son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre olumlu yönde azaldığı belirlenmiştir. Davranış alt boyutu hariç ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark, tüm alt boyutlarda ve toplam puanda istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test	Son test	Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı				
Davranış	3.91 ± 1.41	3.73 ± 1.91	1.00	0.32
Tutum	15.73 ± 1.71	14.39 ± 1.87	3.87	0.001
Güvenlik	7.56 ± 1.94	7.47 ± 1.79	0.62	0.53
Ölçek Toplam puanı	27.21 ± 2.17	25.60 ± 2.27	3.86	0.001

Tablo 4.4’de kontrol grubundaki bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeğinin toplam puanı ile alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarının gösterilmiştir. Kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin çocukluk çağı

aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği toplam ön test puan ortalaması 27.21 ± 2.17 , son test puan ortalaması 25.60 ± 2.27 bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.001$).

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeğinin alt boyutlarında ise; Davranış alt boyutu ön test puan ortalaması $3.91 \pm .41$, son test puan ortalaması $3.73 \pm .91$ bulunmuştur. İki ölçüm arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.32$). Tutum alt boyutunda ön test puan ortalaması 15.73 ± 1.71 , son test puan ortalaması 14.39 ± 1.87 bulunmuştur. İki ölçüm arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.001$). Güvenlik alt boyutunda ön test puan ortalaması $7.56 \pm .94$, son test puan ortalaması $7.47 \pm .79$ bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda iki ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamıştır ($p=0.53$). Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puanda son test puan ortalaması ön test puan ortalamasına göre olumlu yönde azaldığı belirlenmiştir. Davranış ve güven alt boyutlarında ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark önemsizken tutum alt boyutu ve toplam puanda istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Test ve Önemlilik	
	Ön test	Ön test		
	X±SS	X±SS	t	p
Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı				
Davranış	$3.91 \pm .41$	3.30 ± 1.37	2.69	0.09
Tutum	15.73 ± 1.71	15.41 ± 1.84	.69	0.49
Güvenlik	$7.56 \pm .94$	7.04 ± 1.06	1.95	0.055
Ölçek Toplam Puanı	27.21 ± 2.17	25.76 ± 3.08	2.00	0.050

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği davranış alt boyutu ön test puan ortalamaları kontrol grubu ($3.91 \pm .41$), deney grubu (3.30 ± 1.37) bulunmuştur. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0.09$). Bu veri, deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak birbirinden farklı olmadığını desteklemektedir. Tutum alt boyutunda, kontrol grubu ön test puan ortalaması (15.73 ± 1.71), deney grubu ön test puan ortalaması

(15.41±1.84) bulunmuştur. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre iki ölçüm arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0.49). Bu veri, deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak birbirinden farklı olmadığını desteklemektedir. Güvenlik alt boyutunda kontrol grubu ön test puan ortalaması (7.56±.94), deney grubu ön test puan ortalaması (7.04±1.06) bulunmuştur. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0.055). Bu veri, deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak birbirinden farklı olmadığını desteklemektedir.

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği ön test toplam puan ortalaması kontrol grubu (27.21±2.17), deney grubu (25.76±3.08) bulunmuştur. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p=0.050). Bu veri, deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamasının istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Test ve Önemlilik	
	Son test	Son test		
	X±SS	X±SS	t	p
Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puanı				
Davranış	3.73±.91	3.72±.70	0.09	0.92
Tutum	14.39±1.87	6.62±3.0	12.89	0.000
Güvenlik	7.47±.79	6.34±1.17	0.25	0.000
Ölçek Toplam Puanı	25.60±2.27	16.69±3.81	11.880	0.000

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği davranış alt boyutu ön test puan ortalamaları kontrol grubu (3.73±.91), deney grubu (3.72±.70) bulunmuştur. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (p=0.09). Bu veri, deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak birbirinden farklı olmadığını desteklemektedir. Tutum alt boyutunda kontrol grubu ön test puan ortalaması (14.39±1.87), deney grubu ön test puan ortalaması (6.62±3.0) bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p=0.000). Güvenlik alt boyutu ön test puan ortalamaları kontrol grubu

(7.47 $\pm$.79), deney grubu (6.34 $\pm$ 1.17) bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p=0.000).

Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği ön test toplam puan ortalaması kontrol grubu (25.60 $\pm$ 2.27), deney grubu (16.69 $\pm$ 3.81) bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak deney grubu lehine fark olduğu bulunmuştur (p=0.000).



5. TARTIŞMA

Son zamanlarda ÇOY modeli çeşitli disiplinler tarafından ve farklı problemli davranışların değiştirilmesi için kullanılmıştır. Bu çalışma, 0-24 aylık bebeklerine aşı yaptırmak istemeyen ailelere ÇOY uygulayarak tutum ve davranış değişim sürecinin model ile ölçülmesi hakkında literatüre yeni katkılar sağlamaktadır. Literatürde ilk defa yapılan bu çalışmada aşı reddi, Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutum Ölçeği olarak ele alınmıştır. Çalışmanın gelecekte çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlerin davranış değiştirme sürecine anlamlı katkı sağlayacağı öngörülmüştür. Aşı reddi sayısının her geçen gün artması nedeniyle halk sağlığı hemşirelerinin rahatlıkla kullanabileceği yöntemlerden biri ÇOY'dur (52). Dolayısıyla bu araştırma aşı reddi yapan ebeveynlere ÇOY terapisi uygulanarak terapinin etkisini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiş ve literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunda yer alan ebeveynlerin son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre olumlu yönde azaldığı belirlenmiştir. İki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Newsome ortaokul öğrencilerinin riskli davranışları üzerinde yaptığı çalışmasında çözüm odaklı terapi sonrasında riskli tutum ve davranışlarda azalma olduğunu tespit etmiştir (53). Problemli evlilikleri olan çiftler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ÇOY ile eşlerin birbirlerine karşı tutum ve davranışlarının olumlu yönde değiştiği ve bu sayede evlilik uyumunun sağlandığı tespit edilmiştir (54). Doğal gıda alışverişi üzerine yapılan bir çalışmada, değerlerin tutumları etkilediğini ve değerlerin tutumlar aracılığıyla davranışları etkilediği sonucuna varmışlardır (63). Başka bir çalışmada tutumun, davranış değişikliğinde kişinin niyetini güçlendirdiği ve buna bağlı olarak davranış değişiminde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (64). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilere eğitim verilmiş ve eğitim neticesinde öğrencilerin tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Eğitim alan öğrencilerin sosyal yaşamla ilgili tutum ve davranışlarında olumlu değişimler meydana gelmiştir (65). Yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyinin tutum ve davranış değişikliği oluşturmada etkili olduğu saptanmıştır (66). Bu çalışmamızda deney grubunda katılım sağlayanların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin lise ve üniversite olması

tutum ve davranış değişikliği sağlanmasının nedenlerinden biri olduğu tahmin edilmektedir. Öfke kontrolü üzerine yapılan bir çalışmada ise ÇOY terapisi alan gruptaki bireylerin almayan bireylere göre öfke esnasında kendilerini kontrol edebildikleri ve davranışlarını dizginleyebildikleri tespit edilmiştir (55). Bu çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Hem çocuğun hem de toplumun sağlığını etkileyen aşı konusunda riskli davranışlar sergileyen ebeveynlere çözüm odaklı yaklaşım terapisi uygulanmıştır. Bu yaklaşım bireyin geçmişine ve şimdiki durumuna bakmayıp geleceğe odaklandığı için ebeveynlerde olumlu yönde değişim olmuştur. Bu yaklaşım sonucunda 0-24 aylık çocuklarına aşı yaptırmayan ebeveynlerin çoğunun aşuya karşı tutumu olumlu yönde değişmiştir. Bu durum hem elde edilen verilerde mevcut hem de ebeveynlerin davranışlarına yansımıştır. Resmi kayıtlara göre deney grubunda yer alan 6 ebeveyn terapi sonrasında çocuklarına aşı yaptırmıştır. Bireylerde davranış değişikliği olmasının diğer nedeni ÇOY'un alternatif düşünmeyi temel almasıdır. Problem üzerinde konuşmak yerine çözüm üretmeyi amaçlamaktadır. Dolayısıyla ÇOY gibi yöntemler bireylerde istendik yönde değişim motivasyonunu arttırmaktadır (56). Gündoğdu ve arkadaşları obez adolesanlara ÇOY yöntemi kullanarak sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışını artırmayı başarmışlardır (41). Başka bir çalışmada ise ÇOY ile kişilerin, toplumun sağlık sorumluluğu kazanmasında ve istendik davranışlar edinmesinde yararlı olduğunu savunmuştur (58). ÇOY'u kullanan birçok araştırma, bireylerin kendini gerçekleştirmesine ve pozitif davranışlar edinmesine yardımcı olduğunu bildirmektedir (41, 58, 59).

Araştırmamızda kontrol grubundaki bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puan ve tutum alt boyutu son test puan ortalaması ön test puan ortalamasına göre olumlu yönde azaldığı istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Davranış ve güvenlik alt boyutları son test puan ortalamaları ön teste göre değişim göstermediği istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Davranış ve güvenlik alt boyutlarında istatistiksel önemli bir değişimin olmaması beklenen bir sonuçken tutum alt boyutu ve Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puanlarda anlamlı değişimin olması beklenmeyen bir sonuçtur. Araştırmanın yapıldığı zaman aralığında COVID-19 salgınından dolayı insanların ölmesi ebeveynlerin aşuya karşı tutumlarını değiştirdiği düşünülmektedir.

Bu bulguların sonuçlarına göre çözüm odaklı yaklaşım ile ebeveynlerin aşuya karşı

tutum alt boyutunda olumlu yönde değişim sağlanmasının mümkün olduğunu göstermektedir. Yürütülen çalışmanın bulguları **“Çözüm odaklı yaklaşım kapsamında düzenlenen girişimin ebeveynlerde aşı reddine karşı olumsuz tutumu azaltır”** şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamaktadır.

ÇOY kapsamında karabasan metodu ile alternatif düşünme yolları uygulandığında ailelere telkin edilen kötü senaryonun (çocuğunuza aşı vurmadınız ve çocuğunuz aşının önleyebileceği bir bulaşıcı hastalığa yakalandı ve öldü. Bu durumda nasıl hissederdiniz ve ne yapardınız?) da etkisiyle de davranış değişikliği olduğu düşünülmektedir. Sevilen birinin kaybı da bireylerde bilişsel, duygusal ve davranışsal değişikliklere neden olmaktadır (57). Ebeveynlerin aşılamaya karşı davranış değişikliğinin bir diğer nedeni ise sevilen birinin kaybına dayanamamadır. ÇOY kapsamında zihni ters yüz etme metodu ile olaylara farklı bakış açıları ile bakmaları sağlanmıştır. (Geçmişte vefat eden sevdiği ve değer verdiği birinin bugün yaşaması durumunun mümkün olduğu ve bunun da aşılamaya bağlı olduğu söyleneşeydi ne yapardınız?) Bu durum ebeveynlerin aşılamaya farklı bir açıdan bakmalarını sağladığı için olumlu yönde davranış değişikliğine zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada deney grubundaki bireylerin çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumları ölçeği ön test-son test ortalamalarının karşılaştırıldığında, deney grubunda yer alan ebeveynlerin davranış alt boyutu hariç Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puan, tutum ve güvenlik alt boyutlarda son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre olumlu yönde azaldığı belirlenmiştir. Alt boyutlarda istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Aşı reddi halk sağlığını etkileyen ciddi bir problemdir. Dolayısıyla sağlıklı bir toplum inşa edebilmek için halk sağlığı hemşirelerine büyük görevler düşmekte ve bu kapsamda çeşitli yaklaşımların kullanılması gerekliliği önem arz etmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluklarından biri de bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmalarını sağlamaktır. Dolayısıyla hemşireler primer, sekonder ve tersiyer koruma düzeylerinde etkin girişim planlarına ihtiyaç duyarlar (45). Etkin girişim planlarının başında gelen ÇOY ile bireyin güçlü yanlarına odaklanıp problemlerle başa çıkması sağlanmıştır. Bireyin kendi problemleri üzerinde düşünmesi, bu problemlerin nedenlerini kendisinin bulması ve bu problemlerin çözümleri konusunda cesaretlendirilmesi (45) ebeveynlerin bir kısmının davranışlarını olumlu yönde değiştirmiştir. Ancak büyük çoğunluğun davranışlarında değişim olmamıştır. ÇOY’u kullanan çalışmalar incelendiğinde, bireylerin kendini gerçekleştirmesine yardımcı olduğu ve pozitif

davranışlar kazanmasını sağladığı tespit edilmiştir (41, 58, 59). ÇOY’da bireylerin kendi amaç ve çözümlerinin kendileri tarafından oluşturabileceğine inanılmaktadır (48), kendi amaç ve çözümlerini oluşturdukları için davranışlarda değişim, harekete geçme ve değişimin sorumluluğunu üstlenme konusunda daha isteklidirler. Resmi kayıtlara göre deney grubunda yer alan 6 ebeveyn ÇOY’dan sonra çocuklarına aşı yaptırmıştır. Büyük çoğunluk aşı yaptırmamıştır. Ancak davranış değişiminin bir süreç (59) olduğu unutulmamalıdır.

Bu bulguların sonuçlarına göre çözüm odaklı yaklaşım ile ebeveynlerin aşuya karşı davranışlarında olumlu yönde değişim sağlamadığını göstermektedir. Yürütülen çalışmanın bulguları **“Çözüm odaklı yaklaşım kapsamında düzenlenen girişimin ebeveynlerde aşı reddi davranışını azaltır”** şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamamaktadır.

Deney grubundaki bireylerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları Ölçeği güvenlik alt boyutu son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre olumlu yönde azaldığı ve istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan ebeveynlerin ön testte aşuya güvenmedikleri, ÇOY uygulandıktan sonra aşuya güven duydukları tespit edilmiş ve ebeveynler aşı yaptırmaya karar vermiştir. Gıda ile ilgili yapılan bir çalışmada tüketicilerin gıdaya güveni arttıkça tüketimin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (60). Araştırmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ekonomi üzerine yapılan bir çalışmada bireylerin bir ürünü kullanırken davranışlarını etkileyen faktörlerden biri beklentiler iken diğeri güven olduğu tespit edilmiştir. Bir ürünün tüketimi o üründeki beklenti ve o ürüne olan güvene göre değişmektedir. Bu iki faktör bireylerin davranışlarını etkilemektedir. Güven oluşumunda birçok faktörün etkili olduğu ve güven oranı arttıkça tüketimin de arttığı tespit edilmiştir (61). Evde bakım hizmetleri kapsamında güven ile ilgili yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (62). ÇOY’un ilk oturumunda esas olan bireyle ve grupla terapötik ittifakın sağlanmasıdır. Terapötik ittifak kapsamında asıl amaç bireyin güvenliğini kazanmaktır. Ebeveynlere saygı duyulması, davranışlarının yargılanmaması, onların problemlerinin dinlenmesi, olumlu sağlık davranışlarının takdir edilmesi gibi yaklaşımların araştırmacıya olan güveni sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmacının ebeveynlerin yaşadıkları ortamda yapılmasının da araştırmacıya olan güveni sağladığı düşünülmektedir (62).

Bu bulguların sonuçlarına göre çözüm odaklı yaklaşım ile ebeveynlerin aşuya karşı davranışlarında olumlu yönde değişim sağlamadığını göstermektedir. Yürütülen

çalışmanın bulguları **“Çözüm odaklı yaklaşım kapsamında düzenlenen girişimin ebeveynlerde aşılara karşı güvensizliği azaltır”** şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırmamızda kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin ön test-son test toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında çocukluk çağı aşılırları hakkında ebeveyn tutumları istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi. Akbaş ve Yiğitoğlu öfke üzerine yaptıkları çalışmasında çözüm odaklı yaklaşım uygulanan grupta anlamlı bir değişim söz konusu iken kontrol grubunda bir değişim gözlenmemiştir (67). Kaya ve Güler kadınların doğum korkuları üzerine yaptıkları çalışmada çözüm odaklı yaklaşım uygulanan anne adaylarının korkuları azalırken çözüm odaklı yaklaşım uygulanmayan grubun korku düzeylerinde anlamlı bir değişim olmamıştır (68). Bu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. ÇOY uygulanmayan kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmamıştır.

Literatür incelendiğinde problemlerin yerine çözümlerin konuşulması davranış değişimine olumlu katkısı olduğu saptanmıştır (53, 69-75). Carter hemşirelerin problem yerine çözüme odaklanması hem bireylerin hem de ailelerin olumlu sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olacağını bildirmiştir. Ayrıca çözüm odaklı yaklaşımın hemşirelere davranışsal bir bakış açısı kazandırdığını ve bunun neticesinde problemlerin çözümünde yaratıcılığının gelişeceğini bildirmiştir (76). Yapılan çalışmalarda ÇOY’un halk sağlığı bakış açısıyla bireye, aileye ve topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasında, olumsuz davranışların olumlu yönde değişiminde ve sağlığın her alanında kullanılabileceği bildirilmiştir (5, 58). Bu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. ÇOY ile problem yerine çözümün konuşulması, bireyin güçlü yanlarının ve yeteneklerinin ortaya çıkartılması, bireye uygulanan güdüleyici ve güçlendirici olumlu yaklaşımlar, geleceğe yönelik SMART bir amacın oluşturulması, problemin olmadığı durumlara yoğunlaşması, sağlığın korunmasına odaklanması, ebeveynlerde meydana gelen değişimlerin pozitif geri bildirimle takdir edilmesi, kısa süreli ve düşük maliyetli olması ebeveynlerde olumlu yönde davranış değişikliğinin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Bu bulguların sonuçlarına göre çözüm odaklı yaklaşım ile ebeveynlerin aşıya karşı davranış alt boyutu hariç güven, tutum ve toplam puanlarda olumlu yönde değişim sağlanmasının mümkün olduğunu göstermektedir. Yürütülen çalışmanın bulguları **“Çözüm odaklı yaklaşım kapsamında düzenlenen girişimin ebeveynlerde aşı tereddütünü azaltır”** şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada; deney grubuna ÇOY uygulandıktan sonra ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumları olumlu yönde değişmiştir ve toplam puanlarda anlamlı bir azalma tespit edilmiştir. ÇOY uygulanmayan kontrol grubunda ise ebeveynlerin aşılama ya karşı tutumları ön test-son test puan ortalamaları arasında azalma tespit edilmiştir. Ancak deney grubundaki olumlu yöndeki değişime göre çok az bir değişim olmuştur. Ön test uygulamasında ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumları deney ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur. Deney grubuna çözüm odaklı yaklaşım uygulandıktan sonra uygulanan son testte kontrol grubuna göre deney grubundaki ebeveynlerde çocukluk çağı aşılarına karşı tutumları olumlu yönde değişmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre 0-24 aylık çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlerde ÇOY terapisinin uygun bir model olduğu tespit edilmiştir. 0-24 aylık çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlere uygulanan çözüm odaklı yaklaşım terapisi aşı reddi vakalarının azaltılmasında etkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra bu yaklaşımla araştırmaya katılan ebeveynlerin sağlıklı davranışlar kazanmasında etkili olmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ Hemşirelerin/Halk sağlığı hemşirelerinin 0-24 aylık çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlere bu model rehberliğinde yaklaşımda bulunmaları,
- ❖ Sağlık politikaları oluşturulurken koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olan aşı hizmetlerine çözüm odaklı yaklaşımın entegre edilmesi
- ❖ Birinci basamak hizmetlerini sunan çalışan sağlık personellerinin çözüm odaklı yaklaşım konusunda eğitilmesi,
- ❖ Tedavi olanaklarının sınırlı olduğu hastalıklarda, motivasyonun artırılmasında, pozitif bir gelecek inşa etmek için birey/gruplara çözüm odaklı yaklaşım yönteminin kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A. Clinical practical recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the Schedule-2015. *J Pediatr Inf.* 2015, 9:1-11.
2. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines.* 2015, 14(1): 99-117.
3. Fine P, Eames K, Heymann DL. “Herd immunity”: a rough guide. *Clin Inf Dis.* 2011, 52(7): 911-6.
4. Yüksel GH, Topuzoğlu A. Aşı redlerinin artması ve aşı karşıtlığını etkileyen faktörler. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi.* 2019, 4(2): 244-58.
5. Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int J Ment Health Nurs.* 2010, 19(3): 210-9.
6. Cooper M, O'Hara M, Schmid PF, Bohart A. *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling.* Second Ed. England. Macmillan International Higher Education; 2013, 29-136.
7. Beşirbellioğlu B. Antimikrobiyal aşılar. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA (editörler). *Tıbbi Mikrobiyoloji*, 6. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık, 2014:147-54.
8. Brunham RC, Coombs KM. In celebration of the 200th anniversary of Edward Jenner's Inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae. *Can J of Infec Dis.* 1998, 9(5): 310-3.
9. Rathbone J. Lady Mary Wortley Montague's contribution to the eradication of smallpox. *The Lancet.* 1996, 347(9014): 1566.
10. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *The Bmj.* 2002, 325(7361): 430-2.
11. Porter D, Porter R. The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England. *Medical history*, 1988, 32(3): 231-52.
12. Williamson S. Anti-vaccination leagues. *Arch Dis Child*, 1984, 59(12): 1195.
13. Spier RE. Perception of risk of vaccine adverse events: a historical perspective.

- Vaccine*, 2002, 20:S78-S84.
14. Nelson MC RJ. Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm. *Soc Hist Med* 1992, 5(3): 88-369.
 15. IMAC. A brief history of vaccination. <http://www.immune.org.nz/vaccines/vaccine>. Son Erişim Tarihi: 10 Aralık 2017.
 16. WHO. State the world's vaccines and immunization. https://vaccinesafetytraining.org/tl_files/vs/pdf/who_ivb_09_10_eng.pdf; Son Erişim Tarihi: 9 Ekim 2009.
 17. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*. 1998, 351(9103):637-41.
 18. Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ Publishing Group*. 2011, 342:7452.
 19. Kader Ç. Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı Ve Aşı Reddi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 2019, 4(3): 377-88.
 20. WHO. Immunization coverage. <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/immunization-coverage> Son Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019.
 21. UNICEF. Immunization Facts and Figures [https://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013\(1\).pdf](https://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013(1).pdf) Son Erişim Tarihi: 3 Eylül 2013.
 22. WHO. The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccine Son Erişim Tarihi: 22 Mart 2015.
 23. Kata A. A postmodern Pandora's Box: Anti-vaccination misinformation on the internet. *Vaccine* 2010, 28:16-1709.
 24. Tuduk M. Yanlış Aşısıyla Karartılan Hayatlar. *Radikal Gazetesi* <http://www.radikal.com.tr/saglik/yanlis-asisiyla-karartilanhayatlar-1044667/> Son Erişim Tarihi: 12.04.2016.
 25. Çuhadar B. Aşıyla otizm arasında bilimsel bir ilişki yok. *Radikal Gazetesi*. <http://www.radikal.com.tr/hayat/asiyla-otizm-arasinda-bilimsel-bir-iliski-yok-1397353/> Son Erişim Tarihi: 13 Kasım 2015.
 26. Şafak P. Ünlüler aşıya soğuk bakıyor. *Milliyet Gazetesi*. <https://www.milliyet.com.tr/pembenar/unluler-asiya-soguk-duruyor-1164553>. Son Erişim Tarihi: 21 Kasım 2009.

27. Gülgün M, Fidancı K, Karaoğlu A, Güneş Ö, Kesik V, Altun S, et al. Bir askeri hastanenin çocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılanma durumlarının değerlendirilmesi. *Gulhane Tıp Derg.* 2014, 56(1): 13-16.
28. Yiğitalp G. Diyarbakır ilinde 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenleri. *TAF Prev Med Bull.* 2008, 7(4): 277-84.
29. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Gülel R. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılanma oranları ve aşılanmada sorunlar. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005, 2(2): 10-5.
30. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: The international ladscape. *CMAJ* 2012, 184(13): 7-1456.
31. Özkan Ö, Çatiker A. Bolu il merkezindeki çocukların aşıllılık durumları ve engelleri. *Sted.* 2006, 15(10): 171-8.
32. İşler Dalgıç A, Esenay Fi, Kurugöl Z, Koturoğlu G. Annelerin Aşılar Konusundaki Bilgi Ve Davranışları. *Ege Pediatri Bülteni.* 2007. 14(1): 1-6.
33. Nisar N, Mirza M, Qadri MH. Knowledge, Attitude and Practices of mothers regarding immunization of one year old child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi. *Pak J Med Sci.* 2010, 26(1): 183-6.
34. American Academy of Pediatrics. Frequently Asked Questions American Academy of Pediatrics Immunization Resources Addressing Common Concerns of Vaccine-Hesitant Parents. https://www.aap.org/en-us/Documents/immunization_reducing_vaccineliability.pdf. Son Erişim Tarihi: 19 Nisan 2016.
35. Ataç Ö, Aker AA. Aşı karşıtlığı. <https://www.sdplatform.com/Dergi/777/Asi-karsitligi.aspx>. Son Erişim Tarihi: 17 Mayıs 2015.
36. ECDC. Rapid Literature Review on Motivating Hesitant Population Groups in Europe to Vaccinate. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-literature-review-motivating-hesitant-population-groups-europe-vaccinate>. Son Erişim Tarihi: 14 Ekim 2015.
37. Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Würz A, Takacs J. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine.* 2016, 34(41): 5013-20.
38. İskit A. Klinik ilaç araştırmaları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2006, 37: 78-83.
39. Ayçiçek A. Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2004, 47:183-8.
40. Babadağlı F, Gökçay G, Ertem HV, Bulut A. Yalova Devlet Hastanesi'ne başvuran

- 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi* 2007, 7(4): 233-239.
41. Akgul Gundogdu N, Sevig EU, Guler N. The effect of the solution-focused approach on nutrition–exercise attitudes and behaviours of overweight and obese adolescents: Randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018, 27(7-8): 660-72.
42. Ayar D, Sabancıoğulları S, İlhan T. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı Ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2018.
43. Karakaya D, Özgür G. Çözüm odaklı yaklaşımın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin özyeterlik düzeyi ve benlik saygısına etkisi. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2019, 57(11): 45-55.
44. Özbaş S, Tezel B, Aydın Ş, Bolat H, Rifat Köse M. Türkiye'de çocuk sağlığının durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2012, 55(2): 71-76.
45. Erci B. *Halk Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, 1.Baskı. Ankara, Göktaş Yayıncılık, 2009: 30.
46. Kiziloluk H. Ekonominin Eğitimin Amaçları Ve İçeriği Üzerindeki Etkileri. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2007, 8(1):24.
47. Walter JL, Peller JE. *Becoming Solution Focused in Brief Therapy*, 1st Edition. New York, Kindle Edition. 1992: 8.
48. McAllister M. Doing practice differently: Solution-focused nursing. *J Adv Nurs*. 2003, 41(6): 528-35.
49. Özümit D, Sarı HY. Adaptation of Attitudes Towards to Vaccine Scale to Turkish, Investigation of Validity and Reliability. *J Pediatr Inf*. 2021, 15(3): 165-174.
50. Çevik C, Güneş S, Sultan E, Erhan E. Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları (Pacv) Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *J Curr Pediatr*. 2020, 18(2): 153-67.
51. Gür E. Aşı kararsızlığı-aşı reddi. *Türk Pediatri Ars*. 2019, 54(1) :1-2.
52. Laaksonen M, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *European Psychiatry*. 2013, 28(2): 117-24.
53. Newsome WS. The impact of solution-focused brief therapy with at-risk junior high school students. *Child Sch*. 2005, 27(2): 83-90.
54. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. Solution-focused couples therapy groups: An

- empirical study. *J Fam Ther.* 1997, 19(2): 125-44.
55. Tuna D. Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşım Dayalı Öfke Kontrolü Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü Ve İletişim Becerileri Düzeylerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
56. Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *J Adv Nurs.* 2001, 36(3): 347-54.
57. Malkinson R. *Bir yakınını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma.* (Çeviri: Akbaş SN) 1. Baskı. Ankara, Boylam Psikiyatri Enstitüsü HYB Basım Yayın. 2009: 163-99.
58. Wakefield S, Day P, Stansfield K. Taking a solution-focused approach to public health. *Br J School Nurs.* 2010, 5(7): 338-43.
59. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2010, 48(9):832-9.
60. Gürer B, Akyol E. Tüketicilerin Bal Tüketiminde Gıda Güvenilirliği Bilincinin İncelenmesi: Niğde İli Örneği. *Türk Tarım Gıda Bilim Ve Teknol Derg.* 2018, 6(10): 1303-10.
61. Özsağır A. Ekonomide Güven Faktörü. *E Sos Der.* 2007, 6(20): 46-62.
62. Subaşı N, Öztekin Z. Çankaya ilçesinde yaşayan yaşlıların yaşlı bakımı konusundaki bazı düşünceleri. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%205.htm>. Son Erişim Tarihi: 07.02.2016.
63. Homer PM, Kahle LR. A structural equation test of the value-attitude-behavior hierarchy. *J Pers Soc Psychol.* 1988, 54(4): 638-646
64. Cheng S, Lam T, Hsu CH. Negative word-of-mouth communication intention: An application of the theory of planned behavior. *J Hosp Tour Res.* 2006, 30(1): 95-116.
65. Taştan A, Kuşat A, Çelik C. Üniversite düzeyinde din öğretimi alan öğrencilerde eğitim sürecinde oluşan tutum ve davranış değişiklikleri-Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi örneği. *ERÜ Sos Bil Derg.* 2001, 1(11): 169-92.
66. Tuncer G, Ertepinar H, Tekkaya C, Sungur S. Environmental attitudes of young people in Turkey: Effects of school type and gender. *Environ Educ Res.* 2005, 11(2): 215-33.
67. Akbaş E, Yiğitoğlu G. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Adölesanlarda Öfke Yönetimine

- Ve Şiddet Davranışına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2021.
68. Kaya N, Güler H. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Kadınların Doğum Korkularına Ve Öz Yeterliliklerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2021.
69. Franklin C, Biever J, Moore K, Clemons D, Scamardo M. The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. *Res Soc Work Pract.* 2001, 11(4): 411-34.
70. Saadatzaade R, Khalili S. Effects of solution-focused group counseling on student's self-regulation and academic achievement. *IJCDSE.* 2012, 3(3): 780-7.
71. Johnson LD, Miller SD. Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy: Theory Res Prac Train.* 1994, 1(2): 244.
72. Christie D. Dancing with diabetes: brief therapy conversations with children, young people and families living with diabetes. *Eur Diabetes Nurs.* 2008, 5(1): 28-32.
73. Arslan N, Ahmet A. Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışmanın. *Sakarya University J Educ.* 2016, 6(1): 72-84.
74. Uysal R, Akın A. Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşım Dayalı Bir Müdahale Programının Ergenlerde Risk Alma Davranışına Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2014.
75. Ateş B. Üniversite Öğrencilerinin Güvengenlik Becerileri Üzerinde Çözüm Odaklı Grupla Psikolojik Danışmanın Etkisi. *MEÜ Eğt. Fak. Derg.* 2015, 11(3): 832-841.
76. Carter B. Kicking Eeyore into touch: 'Living-strong', 'nursing-strong' and being appreciative and solution-focused. *Contemp Nurse.* 2007, 23(2): 181-8.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Formu dolduran kişi: 1.() Anne 2.() Baba

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir? 1.() Kız 2.() Erkek

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

1.() Okuryazar değil 2.() İlkokul 3.() Ortaokul

4.() Lise 5.() Üniversite yada üzeri

5. Çalışma durumunuz nedir?

1.() Çalışmıyor 2.() Çalışıyor 3.() Emekli

6. Kaç tane çocuğunuz var?

7. 0-1 yaş arasında çocuğunuz var mı?

1.() Evet ise kaç tane: 2.() Hayır

8. Çocuğunuzu aşılatmayı gerekli görüyor musunuz?

1.() Evet 2.() Hayır 3.() Kararsızım

9. Daha Önce Aşı Yaptırdınız Mı?

1.()Evet 2.()Hayır

10. Daha önce yaptırdığınız aşılarla ilgili problem yaşadınız mı?

1.() Evet 2.() Hayır

11. Sizce aşıların yapılmaması çocuğunuza ne gibi zararlar verebilir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.() Bilmiyorum 2.() Daha çabuk hastalanırlar 3.() Sık sık hasta olurlar

4.() Hastalıkları daha ağır seyreder 5.() Öldürücü bulaşıcı hastalıklara yakalanabilirler 6.() Bulaşıcı hastalık sonrası sakat kalabilirler 7.() Diğer

12. Sizce aşıların yan etkisi var mıdır?

1.() Evet 2.() Hayır 3.() Bilmiyorum

13. Cevabınız evet ise aşıların yan etkileri nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.() Bilmiyorum 2.() Kızarıklık 3.() Ağrı

4.() Enfeksiyon 5.() Kısırlık 6.() Ateş 7.() Diğer

14. Sağlık Bakanlığının önerdiği tüm aşıları çocuğunuza yaptırdınız mı?

1.() Evet, hepsini yaptırdım. 2.() Hayır, eksik aşıları var.

3.() Hiçbirini yaptırmadım. 4.() Bilmiyorum/Hatırlamıyorum.

EK-3. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Sizin, çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşlerinize ilgileniyoruz. Çocuğunuzun doktoru veya hemşiresi çocuğunuzun hastalıklardan korumaya yardımcı olması için KKK (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) veya Çocuk Felci gibi aşıları rutin kontrolleri sırasında uygulamaktadır. BU ANKET, MEVSİMSEL GRİP VEYA DOMUZ GRİBİ (H1N1) AŞILARI İLE İLGİLİ DEĞİLDİR.

Anketi doldururken lütfen her bir soruyu bugün randevusu olan çocuğunuz ile ilgili olarak yanıtlayınız. Bu sorulara verilen yanıtlar, doktorlar ve hemşirelerin, ebeveynler ile çocukluk çağı aşıları hakkında yapacakları görüşmeleri geliştirmemize yardımcı olacaktır.

Lütfen aşağıdaki her bir soru için sadece tek bir yanıt işaretleyiniz.

1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?

Evet

☐

Hayır

☐

Bilmiyorum

☐

2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?

Evet

☐

Hayır

☐

Bilmiyorum

☐

3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? 0'ın Hiç Emin Değilim ve 10'un Tamamen Eminim olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10' a kadar bir değer belirtin.

Hiç Emin
Değilim

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tamamen
Eminim

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapıyor.

Kesinlikle
Katılıyorum

☐

Katılıyorum

☐

Emin
Değilim

☐

Katılmıyorum

☐

Kesinlikle
Katılmıyorum

☐

5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.

☐☐☐☐☐

6. Aşılanmak yerine hastalanarak bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.

☐☐☐☐☐

7. Aynı anda daha az sayıda aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.

☐☐☐☐☐

8. Bir aşının çocuğunuzda ciddi bir yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?

Hiç Endişelenmem	Pek Endişelenmem	Emin Değilim	Biraz Endişelenirim	Çok Endişelenirim
☐	☐	☐	☐	☐

9. Çocuğunuza yaptıracığınız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Bir aşının çocuğunuzu o hastalığa karşı koruyamama ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Bugün bir bebeğiniz daha olsaydı, önerilen aşıların tümünün yapılmasını ister miydiniz?

Evet	Hayır	Bilmiyorum
☐	☐	☐

12. Genel olarak, çocukluk dönemi aşıları konusunda ne kadar tereddüttünüz olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç tereddüdüm yok	☐
Pek tereddüdüm yok	☐
Emin değilim	☐
Biraz tereddütlüyüm	☐
Çok tereddütlüyüm	☐

13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.

Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐	☐

14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Her şeyi hesaba katarak, çocuğunuzu takip eden ebe-hemşireye ya da doktora ne kadar güveniyorsunuz? 0'ın Hiç Güvenmiyorum ve 10'un Tamamen Güveniyorum olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.

Hiç Güvenmiyorum											Tamamen Güveniyorum
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

EK-4. Gönüllü Bilgilendirme Ve Onay Formu

Araştırma aşısı reddi vakalarının Çözüm Odaklı Yaklaşım Teorisiyle azaltılması amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım sizi tanımamızı sağlayacak sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formu, ikinci kısımda aşılara karşı tutumunuzu ölçen bir ölçme aracı kullanılmıştır. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir. Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ölçme araçlarında sorulan sorulara gerçek düşüncelerinizi yazmanız araştırmanın amacına ulaşması açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle sorulara eksiksiz ve samimi cevaplar vermenizi rica ederim. Vereceğiniz cevaplar hiçbir amaçla başka araştırmalarda kullanılmayacaktır ve bireysel bir değerlendirme yapılmayacağından isim yazmanıza gerek yoktur.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı

Mehmet KAPLAN

EK-5. OY Katılım Belgesi



EK-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Araştırma İzni



EK-8. ÇÖY Oturumları

Programın Genel Amacı;

Çözüm Odaklı Yaklaşımın varsayımları doğrultusunda 0-24 aylık çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlerin bu davranışlarının ortadan kaldırılmasıdır. Çözüm odaklı yaklaşımın varsayımları;

Problemi konuşmak' yerine çözümleri konuşmak,

Her problemin çözümünü sağlayacak istisnaları bulmak (problemin yaşanmadığı anları bulmak),

Küçük değişimler genişleyerek büyük değişimlere yol açar,

Bireyin yetersizlikleri yerine, güçlü yanlarının gösterilmesi,

Bireyin amaçları, neleri yapmak istemediğini içeren olumsuz cümleler yerine neleri yapmak istediğini yansıtan olumlu cümlelerle ifade edilmelidir.

Aşı reddinin giderilmesinde çözüm odaklı yaklaşımın pozitif yaklaşımı koruyucu sağlık hizmetleri açısından büyük önem arz etmektedir. Bu doğrultuda programın temel hedefleri şunlardır:

- ❖ Terapotik ittifakın kurulması
- ❖ Sağlığa ilişkin geleceğe dair amaç belirleme
- ❖ Aşı reddine karşı çözüm odaklı pozitif bakış açısı geliştirme
- ❖ Bireyin güçlü yanları fark etmesi için geçmişte sağlıkla ilgili karşılaştığı problemleri nasıl atlattığına odaklanılmasını sağlamak
- ❖ Problemin yaşanmadığı istisnalara odaklanmanın problemin çözümündeki etkisini fark etmek
- ❖ Aşı reddine neden olan sebeplerle başa çıkma yöntemlerini öğrenmek,

Belirlenen amaçlara ulaşmak için; anlatım, tartışma, rol canlandırma, zihinde canlandırma, küçük grup etkinlikleri, ev ödevleri gibi grup teknikleri kullanılmıştır. Çözüm odaklı yaklaşımın aşı reddinin giderilmesine etkisi terapi programı 4 oturumdan oluşmaktadır ve her bir oturum 60-90 dakika sürmektedir.

1. Oturum

Hedef: Tanışma ve Aşılamanın Önemi

Grup üyelerinin birbirlerini tanınması ve güvenli grup ortamının oluşması,
Grup kurallarının belirlenmesi,
Katılımcıların grup programının içeriği hakkında bilgi edinmesi,
Terapotik ittifakın kurulması,
Küçük değişimlerin büyük değişimlere yol açacağını kavranması (kartopu etkisi),
Katılımcıların programdan beklentilerinin belirlemesi (Pozitif amaçlar)
Aşılama programlarının sağlık açısından önemini kavrama,
Aşı reddinin nedenlerinin ne olduğunu kavrama,
Aşı reddini azaltma becerisi geliştirme (bireyin sağlığa ilişkin geçmiş tecrübelerine pozitif yaklaşım),
(‘Zihni Ters Yüz Etmek’ tekniği yardımıyla)
Geleceğe dönük pozitif amaç belirleme,

Süre: 60-90 dakika

Süreç:

1. Grup üyeleri ile tanışma ve yuvarlak masa etrafında oturmaları sağlandı.

Grup lideri kendini tanıtır.

‘Adım

Mesleğim.....

.....da görev yapıyorum.

Burada sizinle aşı reddinin azaltılması için çözüm odaklı yaklaşım terapisi programını gerçekleştireceğiz. Program hakkında daha sonra detaylı bilgi vereceğim. Şimdi sizlerle beraber birkaç etkinlik yapalım.

Etkinlik: Tanışma

Amaç: Isınma ve grubun birbirini tanınması

2. Program ve oturumların içeriği kısaca tanıtılır.

‘Burada bulunuyor olmanız aslında sizin sağlığınıza ne kadar önem verdiğinizin ve ne kadar duyarlı olduğunuzun da göstergesidir. Bu programa katılmakla sağlığınıza geliştirmek için çok önemli bir adım attığınızı düşünüyorum. Bugün ki buluşmamızda; program süresince birlikte nasıl çalışacağımızı ve en önemlisi de sizin istek ve beklentilerinizi konuşup netleştireceğiz. Sizlerle 4 oturum bir araya geleceğiz,

her oturumda yeni bir konuyu ele alacağız.

Bu oturumlar süresinde sadece benim konuşmam değil, sizlerin de görüş ve deneyimlerinizi bizlerle paylaşmanız benim için çok önemli. Bir noktanın altını çizmek istiyorum. Önemli olan burada öğrenilen bilgilerin, kazanılan becerilerin günlük hayatta kullanılmasıdır. Sağlığa ilişkin öğrendiğiniz bilgi ve becerileri günlük hayatta kullanırsanız sizin olur ve sağlık gelişiminize katkı sağlar. Bu duruma ‘Kelebek etkisi’ diyoruz.

Kelebek etkisi: Amazonlarda bir kelebeğin kanat çırpması basınç farkı nedeniyle ABD’ de bir kasırgaya neden olabilir. Sağlığımıza ilişkin yapacağımız küçük değişikliklerle daha sağlıklı bir hale gelir ve hayatımız daha güzelleşir.

3. Grup kurallarının belirlenmesi

‘Buradaki çalışmaların amacına ulaşması ve rahatça çalışabilmemiz için birtakım kurallara uyulması gerekiyor. Herkesin söz alması, görüşlerini ifade etmesi önemlidir. Ancak herkesin konuşma/konuşmama hakkı vardır, buna saygı göstermeyi önemli buluyorum.

Bu oturumlar esnasında uymamız gereken kurallar neler olabilir? (Katılımcılar can kulağıyla dinleyip görüşleri alındı ve olumlu katılımları takdir edildi).

Burada çeşitli paylaşımlarda, özel yaşamınıza ilişkin deneyimlerinizi aktaracaksınız.

Bunların oturum dışında konuşulmaması, başkalarına anlatılmaması çok önemlidir.

Yani 1. Grup kuralı ‘gizlilik’ olabilir. Ne dersiniz, başka hangi kurallar olabilir?’

Paylaşımdan sonra grup kuralları tahtaya yazılır.

- ❖ Gizlilik,
- ❖ Oturumlara zamanında katılmak,
- ❖ Her zaman doğruyu söylemek,
- ❖ Tüm oturumlara katılmak,
- ❖ Oturumda uygulanan alıştırma ve uygulamaları günlük hayatta uygulamak,
- ❖ Diğer kişilerin paylaştığı bilgileri eleştirmemek, ayıplamamak, gülmemek, konuşulan tüm konularda birbirimize karşı saygılı olmak,

4. ‘Amaçlarımı belirleyebilirim.’ etkinliğinin uygulanması

Etkinlik: Amaçlarımı belirleyebilirim.

Amaç: Pozitif amaçların (SMART) belirlenmesi

SMART:

- S:** Spesifik(Belirgin)
M: Measurable(Ölçülebilir)
A: Attainable(Ulaşılabilir)
R: Realistic(Gerçekçi)
T: Time Bounded(Zaman Sınırlı)

Ebeveynlerden aşırı reddinin ortadan kalkması için geleceğe yönelik amaç belirlemesi istendi. Bu amaçların somut, ulaşılabilir, gerçekçi ve belli bir zaman dilimi ile sınırlı olması istendi. Amaçlar belirlenirken uzak gelecekte değil de şimdiki zaman ve yakın geleceğe yönelik amaçlar belirlenmesi istendi.

Bu terapi programından sonra gelecekte sağlığınıza ne gibi değişimlerin olmasını istersiniz?

Bireylerin sağlığa ilişkin beklentilerini ifade etmesi istenir. Gelecek beklentisinin ifade edilmesi konusunda bireylerin düşünceleri nitelikli övgü ile desteklendi.

Ebeveynlerle terapötik ittifak kurabilmek için, bireyin dinleme, anlama, güven verme çok önemlidir. Bireyi yargılamadan, bilimsel zemini kaçırmadan, güven verici yaklaşım terapötik ilişkiyi kurma açısından önemlidir. Terapötik ittifak değişim için gerekli en temel unsurdur. Dolayısıyla ortak hedeflere ulaşabilmek için terapötik ittifak elzemdir. Sağlıklı kurulan terapötik ilişki sonucunda, danışanın yararına yapılacak yapıcı eleştiriler tedavi edici özelliği ile yüzleştirme adı altında terapisinin en önemli silahıdır. Eğer terapötik ilişki sağlıklı bir şekilde kurulmazsa uygulanan yüzleştirme çalışmaları, ebeveynler tarafından benliğine yöneltmiş bir aşağılama-eleştiri-tenkit olarak algılanır. Terapötik ittifak kurulmadan bireyin yararına dahi olsa yüzleştirme yapılamaz.

‘Bu terapiye katılmanız, aşırı ile önlenemeyen bulaşıcı hastalıklardan korunmanızı ve daha sağlıklı bir geleceğe sahip olmanıza imkân tanıyacak. Daha önce de belirttiğim gibi buradaki toplantılar benim konuştuğum, sizin dinlediğiniz toplantılar olmayacak. Ben zaman zaman sorular soracağım, bu sorular üzerinde konuşacağız, bilgi paylaşımında bulunacağız. Tabi ki konuşacağımız konuların tamamı sizin sağlığınıza ilgili olacak. Amacımızdan sapmamamız için aşırılar ve sağlık dışındaki konuları oturumlardan sonra konuşabiliriz.’ açıklaması yapıldı.

5. Bu programa katılmaya karar verdikten sonra (hazırlık oturumundan sonra) olumlu anlamda hayatınızda nelerin daha iyiye gittiğini fark eden var mı? (Katılımcıları can kulağıyla dinleyip olumlu değişimler nitelikli övgüyle takdir edildi)

Bazen işler yolunda gitmeyebilir, olumsuz duygular yaşayabiliriz, bu durumlarda bazı yöntemler kullanabiliriz.’ deyin ve ‘Zihni ters yüz etmek oyunu’ oynatıldı. Zihni tesir

yüz etme oyununun amacı problemleri yönetme becerisi geliştirmek.

Malzeme: Madeni Para.

Bir madeni parayı havaya atın. ‘Yazı mı tura mı geldi?’ sorusunu sorun. ‘Beynimiz de tıpkı para gibidir. Bazen karşılaştığımız problemlerin iyi tarafını bazende kötü taraflarını görürüz. Tıpkı bir paranın yüzünü değiştirdiğimiz gibi, beynimizi de ters yüz edebiliriz. Ve bardağın dolu tarafından bakabiliriz. Bu durumdan memnun değilim ama bununla baş etmenin bir yolunu bulabilirim.’ deyip, zihnimizi ters yüz edebiliriz.

řimdi geçmiřte karşılařtıđınız bir sađlık problemini dűřünün. (Ebeveynlere dűřünmesi için zaman verildi). Sonra kendinize bu tür sađlık problemlerinin dođal olduđunu söyleyin. Kendinize ‘Bu durumdan memnun deđilim ama bununla bař etmenin bir yolunu bulmalıyım.’ deyin. Zihninizin ters yüz olduđunu dűřünün, paranın havada döndűđünü, bu sefer ‘yazı’ deđil ‘tura’ geldiđini hayal edin. Bu durumla nasıl bař edeceđinize karar verin ve buna odaklanın.

6. Bitiriş etkinliğinin uygulanması

Bu oturumda ne öđrendiniz? En çok nelerden etkilendiniz? (Cevapları dinlendi ve paylařımlar nitelikli övgüyle övűldű)

(Gelecek oturumun gün ve saatini hatırlatılarak, katılımcılara teşekkür ederek, oturumun sonlandırılması.)

2. Oturum

Hedef:

Terapötik ittifakın devam ettirilmesi,

Olumlu değişimleri fark edebilmek ve takdir etmek,

Bireyin olumlu özelliklerin farkına varmasını sağlamak ve olumlu benlik algısı geliştirmek,

Bireyin güçlü yanları fark etmesi için istisnai durumların tespit edilmesi. Bu kapsamda ebeveynlerin geçmişte sağlıkla ilgili karşılaştığı problemleri nasıl atlattığına odaklanılmasını sağlamak,

Aşı yapıldığı zaman herhangi bir yan etkinin meydana gelmediği istisnalara odaklanmak ve bunun birey tarafından fark edilmesi,

Başkalarından ve kendinden gelen desteğin benliğe katkısını fark etmek,

Derecelendirme ölçeğinin kullanılması ile aşılama karşı tutumunu puanlandırması,

Bireylere, bir sonraki oturuma kadar bu derecelendirme puanının arttırabilmek için neler yapabilir? (Ödev olarak verildi).

Süre: 60-90 dakika

Süreç:

1. Katılımcıları selamlayarak sürece başlandı

Katılımcılar yuvarlak masa etrafında oturmasını sağlandı.

2. Selamlaşma etkinliği

Etkinlik: Selamlaşma.

Amaç: Isınma.

Terapötik ittifakın kurulabilmesi için dokunmak, tokalaşmak önemlidir. Covid 19 pandemisinden dolayı tokalaşmadan yumruk tokuşturularak selamlaşıldı. Herkesle selamlaşıldı.

3. Ebeveynlerin geçmişte sağlığa ilişkin yaşadığı problemler soruldu. Bu problemlerle nasıl başettiği konuşuldu. Terapötik ittifak sonucunda ebeveynlerle karşılıklı güven veren samimi ilişki kuruldu. Aşılara en fazla karşı olan ebeveyn ile 2. oturumda aramızda karşılıklı şu şekilde bir muhabbet oldu:

Ebeveyn: 2014 yılında meme ca nedeniyle yaşamını kaybetmiş olduğunu söyledi. Ve halen bu duruma çok üzüldüğü belliydi.

Araştırmacı: Peki anneniz bugün yaşamış olsaydı ve meme kanseri aşısı olsaydı yaptırır mıydınız?

Ebeveyn: Keşke öyle bir şey olsaydı hemen yaptırırdım.

Araştırmacı: İşte çocuklara uygulanan aşılarla aynen bunun gibi. Çocukları hastalıklardan, kalıcı sekellerden koruyor.

4. Geçen oturumdan bu yana nelerin yolunda gittiği konuşuldu.

Ebeveynlerin geçen oturumdan bu yana tüm haftayı düşünmesi istendi. Sağlığa ilişkin neler daha iyiydi. Küçük de olsa yolunda giden şeyleri hatırlamaya çalışın. Sağlığınıza ilişkin neyi eskiye oranla daha iyi yaptınız. Son bir haftada sağlığa ilişkin meydana gelen pozitif gelişmeleri söylemesi istendi. Gönüllük esasına bağlı olarak. Bireylerin paylaşımları nitelikli bir şekilde dinlendi.

Geçen oturumdan bu yana neler daha iyiye gitti? Katılımcıları ilgiyle dinleyin.

Nitelikli övgüyle övün.

5. Sağlığa ilişkin düşüncelerini geliştirmek

Amaç: Dinleme ve bireyin sağlığa ilişkin düşüncelerini geliştirmek.

Daha sağlıklı olmak için neler yapılabilir? Sorusu soruldu. Ve düşüncelerini kağıda yazmaları istendi. Bu düşüncelerini grup üyeleriyle paylaşması istendi.

6. Gelecekte kendi sağlığınıza ilişkin olmasını istedikleriniz nelerdir?

Geleceğe ilişkin önce karabasan yöntemi kullanıldı.

Karabasan yöntemi: En kötü tablo durumunda bireyin ne düşüneceği ve nasıl hareket edeceğidir. Gelecekte olabilecek en kötü senaryo ile bireyin düşüncelerini değiştirmesi.

Araştırmacı: Siz çocuklarınıza aşı yaptırmadınız ve çocuğunuz kızamığa yakalandı ve Allah korusun çocuğunuz öldü. Çocuğun ölümüne sebep olmuş olamaz mısınız?

Ebeveynler: Şaşkınlık içerisinde, Allah korusun dediler ve derin bir sessizlik çöktü.

(Bu şekilde düşününce, neredeyse tüm katılımcılar kendi iç dünyalarında bir hesaplaşma içerisine girdiler. Bu aşamadan sonra fikirler olumlu yönde değişmeye başladı.)

Karabasan yöntemi sonrasında **SMART amaçlar** çerçevesinde geleceğe yönelik pozitif amaçlara dair konuşuldu.

Gruptaki bireylere sırasıyla söz hakkı tanındı. Gelecekte sağlığa ilişkin pozitif düşüncesi olan ebeveynlere nitelikli övgü uygulandı.

7. Nitelikli övgü etkinliğini uygulandı.

Etkinlik: Nitelikli övgü.

Amaç: Nitelikli övgünün olumlu etkisini kavramak.

Nitelikli övgünün ne olduğunu açıklayın.

‘**Nitelikli Övgü;** Karşımızdaki kişinin kendisinin fark etmediği olumlu özelliğini ona söylemektir. Karşımızdaki kişide var olan kendisinin fark etmediği olumlu bir özelliği olmalı, sıradan fiziksel özelliği olmamalı, olumlu bir davranışı veya olumlu bir düşünce olabilir.’ (Nitelikli övgü amigoluk diye de geçer.) Paylaşımlar takdir edilirken abartılı ve gerçek dışı şeylerden kaçınılır ve cesaretlendirilir.

Ev Ödevi: Bu hafta sizden basit ama sizin için çok yararlı olacak bir alıştırma yapmanızı istiyorum. Sizden, diğer oturuma kadar her gün çevrenizde meydana gelen olumlu yönde meydana gelen sağlık olaylarını gözlemlemenizi istiyorum.

8. Bu oturumda ne öğrendiniz? En çok nelerden etkilendiniz? (Cevapları dinleyin, eksikleri tamamlayın. Paylaşımları nitelikli bir şekilde övüldü.

(Gelecek oturumun gün ve saatini hatırlatarak, katılımcılara teşekkür ederek, oturum sonlandırıldı).

3. Oturum

Hedefler

1. Aşılanmanın sağlık için önemini ebeveynlerin fark etmesini sağlamak
2. ‘Derecelendirme Ölçeği’ kullanılarak aşılamaya ilişkin tutumunu değerlendirmek,
3. Aşılamaya ilişkin geleceğe dönük hedefler belirlemenin etkisini ebeveynlerin kavraması

Süre: 60-90 dk.

Süreç:

1. Aşılanmanın önemi hastalıklardan nasıl koruduğu ile ilgili ebeveynlerle sohbet havasında konuşuldu.

Ebeveyn: Ben bu aşıların çocukları koruduğunu hiç düşünmüyorum.

Araştırmacı: Neden böyle düşünüyorsunuz?

Ebeveyn: İlk çocuğuma Kızamık aşısı yaptırdım. Ama çocuğum tekrar kızamığa yakalandı. 2. Çocuğuma aşı yaptırmayacam. Bizim yan komşu Serhat abi 3 çocuğuna da aşı yaptırmadı ve çocukları da hastalığa yakalanmadı.

Araştırmacı: Kızamık aşısının koruyuculuk oranı % 93’tür. Yani aşı % 100 koruyucu değildir. Demek ki sizin çocuğunuz % 7 lik kısımda yer alıyor.

Ebeveyn: Madem aşı tam korumuyor aşı yaptırtmanın ne anlamı var?

Araştırmacı: Aşı bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucudur. Şimdi COVID-19 aşısı sırası size gelince yaptırmayacak mısınız?

Ebeveyn: Kararsızım. Ancak büyük ihtimalle yaptıtırım.

Araştırmacı: Çocukluk dönemi aşıları da aynen böyledir. Ayrıca sizin çocuğunuza kızamığın bulaşma nedeni çocuklarına kızamık aşısı yaptırmayan ailelerdir.

2. ‘Derecelendirme Ölçeği’ kullanarak aşılamaya ilişkin puanlama istenir. Ebeveynlere 0’dan 10’a kadar sayılar bulunan bir cetvel üzerinden aşılamaya ilişkin puanlama yapması istendi. Buna ‘Derecelendirme Ölçeği’ denir. Şimdi sizlerden aşılamaya ilişkin tutumlarınızı düşünerek 0 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde puanlama yapın.

Ancak en düşük 1 puan vermeniz gerekir. Çünkü sizler bu programa katılmayı kabul ettiğiniz için en düşük 1 puan verebilirsiniz. Ölçekte kendinizi doğru olarak değerlendirin. (Örn: Kendisine 3 puan veren ebeveynin 3 puana gelmek için olumlu neler yaptığını yazması istendi. Sebeplerini paylaşmak isteyenler dinlendi ve takdir edildi. Daha sonra ebeveynlere neler yaparsanız bulunduğunuz dereceden 1 derece daha ileri gidersiniz?)

Paylaşmak isteyenlerin paylaşımları alındı ve takdir edildi.

Katılımcıların aşı reddi durumunu ‘Mucize soru tekniği’ yardımıyla kontrol etmelerine yardımcı olundu.

‘Şimdi sizin çocuklarınıza aşı yaptırmama nedenlerinizi düşünün. Bu gece, siz uyurken, bir mucize oldu ve artık aşı yaptırmama nedeniniz ortadan kalkmış.

Mucizenin gerçekleşmiş olduğunun ilk işareti ne olurdu?

Sendeki bu değişimi fark eden ilk kim olurdu?

Ne farklı olurdu?

Bu farklılığı gözlemlediklerinde nasıl tepki alırdın?

Onların bu davranışlarına karşılık sen onlara nasıl tepki verirdin?’ sorularının cevaplamaları istendi, ebeveynlerin düşüncelerini söylemeleri istendi ve tüm ebeveynler dinlendi.

4. Oturum

Problemin yaşanmadığı istisnalara odaklanmanın problemin çözümündeki etkisini fark etmek,

Problem çözme aşamalarını kullanabilme becerisi geliştirmek,

Grup sürecini genel değerlendirmek,

Grup sürecinden beklenen amaçların ‘değerlendirme ölçeği’ ile değerlendirilip, geleceğe dönük amaçların fark edilmesi,

Grup sürecini sonlandırmak,

Katılımcıların birbirlerine ve eğitim sürecine ilişkin olumlu duygularla ayrılımlarını sağlamak.

Süreç

1. Grup üyelerini hoş geldiniz diyerek güler yüzle karşılama

2. Bu hafta neler yolunda gitti? Az da olsa neyi daha iyi yaptınız?

3. ‘Olumlu istisnaları bulma’ etkinliğini uygulayın. Ve bunları yazmaları istendi.

Ve bu kağıt ebeveynlerde kaldı.

4. Problemin tanımı ve problem çözme aşamaları hakkında katılımcıları bilgilendirilmesi.

‘Problem: Günlük yaşamda amaçlarımıza ulaşmayı engelleyen durumlara denir. Problemin yaşanmadığı istisna anları hatırlayıp, o anları çoğalttığımızda birçok problemin kendiliğinden yok olduğunu görürüz. Bazı sorunların üstesinden gelebilmek için de aşamalı bir yol izlemek gerekebilir. Problemle ilgili kişilerin iyi yanlarını görmeye çalışmak, bardağın dolu tarafını görmek çözüm için faydalıdır.

Problem Çözme Aşamaları

1- Problemi somut ve olumlu bir biçimde tanımlayın. (Çözüm odaklı soruları kullanarak sorunu kendi gerçek istediğini belirtecek şekilde) Problemin olumlu ve yapıcı bir biçimde ifade edilmesi önemlidir.

2- Problem nasıl çözülür?

Farklı çözüm yolları düşünün. Çözümler üzerinde düşünürken, en olmadık önerilerin bile akla gelebileceği bir beyin fırtınası yapın. Çözümleri bu olmaz, bu uygun değil, çok saçma oldu gibi yargılayıcı ve eleştirel yorumlar yapmayın. Hiçbir çözümü bu aşamada değerlendirmeyin. Pek çok kişi bu aşamada bazı çözümlerin mümkün olmadığını düşünüp hiç yazmazlar. Yalnızca olası tüm çözümleri not edin. Arkadaşınızla olası çözümler konusunda beyin fırtınası yaparken gerginliği azaltıcı espriler ve şakalar yapın.

3-En iyi üç çözümü belirleyin.

Çözüm yollarını seçerken, yapılamayacak olanları eleyin. Her bir çözümün olumlu ve olumsuz yanını değerlendirin.

4-En uygun çözümü seçin ve uygulayın.

İlgili somut bir uygulama planı hazırlayın. Kim, ne zaman, nerede, ne yapacak, olası engeller neler, bu engeller nasıl azaltılır sorunlarının yanıtları verilmelidir.

5-Çözümü deneyin ve işe yarayıp yaramadığını değerlendirin.

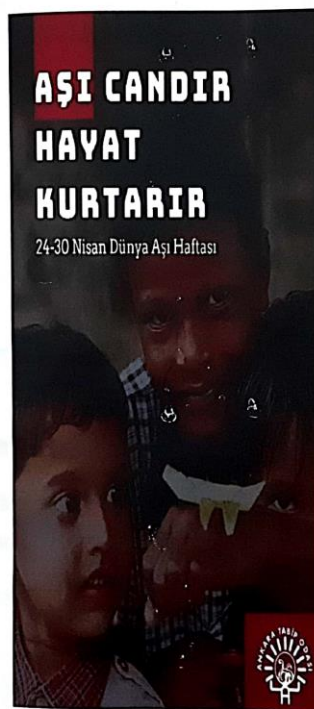
İşe yaradıysa harika! İşe yaramadıysa, bu önemli bir bilgidir. Bu deneyimden ne öğrendiğinizden yararlanarak, problem çözme adımlarına yeniden dönün.

Katılımcıların amaçlarına ulaşma durumunu belirlemek için ‘Derecelendirme ölçeği’ tekniğini uygulayın, grup üyelerinden gruba başlama durumları ile şimdiki durumlarını 0-10 arasında değişen ölçekte değerlendirmelerini isteyin. Katılımcıları ‘gerçek merakla’ teker teker dinleyerek geribildirimde bulunuldu. Skalada 10’a çıkmak için hedeflerini yazmalarını istendi.

Grup sürecini genel olarak özetleyerek; grup sürecinin genel değerlendirmesini yapın. Grup üyelerine yaşamlarında yapmış oldukları değişimlerden dolayı takdir edildi. Bu değişimleri sağlayan iyi davranışları yapmaya devam etmeleri teşvik edildi.

Gruba ‘Sormayı unuttuğum ya da sizin ilave etmek istediğiniz başka bir şey var mı?’ sorusu soruldu. Grup üyelerine, grup sürecine yaptıkları katkılardan dolayı teşekkür edildi. Grup üyeleri ile vedalaşma ve grup süreci sonlandırıldı.

EK-9. Ebeveynlere Verilen Broşürler





ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞI TAKVİMİ DEĞİŞTİ!

Çocuğunuzun aşılanma durumunu aşı takvimi ve aşı kartı üzerinden takip ediniz ve aşı uygulama zamanı geldiğinde gecikmeksizin aile hekiminize başvurunuz.



asi.saglik.gov.tr
unicef'in katkılarıyla hazırlanmıştır.

#AşıHayatKurtarıcı #AşıGüvenlidir #AşıHaktır

1 Temmuz 2020 itibarıyla, eskiden ilköğretim 1. ve 8. sınıf öğrencilerine okulda uygulanan aşılar artık Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılacaktır. Ayrıca eskiden 1. sınıfta uygulanmakta olan aşılar bundan sonra 4 yaşına giren (48 aylık) çocuklara uygulanacaktır.

KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı

Dörtlü karma aşı olarak bilinen DaBT-İPA (Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, Çocuk Felci)

Td Aşısı (Tetanoz, Difteri)

Değişikliğe göre hangi yaş grubu ne zaman aşılanacak?

Daha önce ilköğretim 1. sınıftaki öğrencilere okulda uygulanan KKK aşısı ile DaBT-İPA aşısı, 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48. ayına girmiş tüm çocuklara Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanacaktır.

Çocuğunuzun aşılanma durumunu Türkiye Ulusal Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi ve aşı kartı üzerinden takip ediniz ve aşı uygulama zamanı geldiğinde gecikmeksizin aile hekiminize başvurunuz.

asi.saglik.gov.tr

Aşı uygulaması yapıldıktan sonra sağlık personelinin aşı kartı talep ediniz. Çocuğunuza uygulanan her aşının sağlık personeli tarafından bu karta işlendiğinden emin olunuz.

Aşılanma takvimi ile ilgili detaylı bilgi için arka sayfadaki takvime veya asi.saglik.gov.tr adresine bakabilirsiniz.



Çocuğum Neden Aşı Olmalı?

Aşı sayesinde çocuklarınız hastalıklara karşı bağışıklık kazanır. Oluşan bağışıklama genellikle ömür boyu vücutta kalır ve hastalık etkeni ile karşılaşınca onu etkisiz kılmak için savaşır. Bağışıklama, aşıyla önlenemez hastalıklardan en önemli topluluk sağlığı müdahaleleri arasında yer almaktadır.

Bu Aşılar Hangi Hastalıklara Karşı Koruyucudur?

Aşılanma zamanı ve yeri yeniden düzenlenen bu aşılar Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Difteri, Boğmaca, Tetanoz ve Çocuk Felci hastalıklarına karşı koruma sağlar.

T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılanma 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 ²	13 yaş
Hep-B	I	II								
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I	II				
Suçiçeği						I				
KKK						I			II	
Hep-A							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.

Hep-B	: Hepatit B Aşısı
BCG	: Verem Aşısı
KPA	: Konjuge Pnömonok Aşısı
DaBT-İPA-Hib	: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA	: Oral Polio (Çocuk Felci) Aşısı
Suçiçeği	: Suçiçeği Aşısı
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A	: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA	: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td	: Enjeksiyonlu Difteri-Tetanoz Aşısı
R	: Rapel (Pekiştirme)

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir. Detaylı bilgi için asi.saglik.gov.tr



4 yaşına giren çocuğunuzun KKK ve DaBT-İPA aşısı ve 13 yaşındaki çocuğunuzun Td aşısı Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanacaktır.

#AşıHayatKurtarıcı #AşıGüvenlidir #AşıHaktır

COVID-19 Pandemisi Süresince Çocuklarımızın Aşılanmaları Nasıl Sürdürülecek?

COVID-19 pandemisinde günlük hayatlarımız kesintiye uğramış olsa da, bu dönemde de çocuklarımızın rutin aşılanmalarına devam etmesi hayati önem taşımaktadır.

COVID-19 hastası veya onların temaslı çocukların aşılanmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır. Aşılanma zamanı konusunda aile hekiminizden bilgi alınız.

Aşılanma hizmetleri sağlık kuruluşlarında, COVID-19 Pandemisi dönemi koruma önlemlerine uygun şekilde aksatılmadan sürdürülmektedir.



Aşı Takvimindeki Değişikliğin Korona Virüsle Bir İlgisi Var mı?

1 Temmuz 2020 tarihinde çocukluk dönemi aşılanma takviminde yapılan değişikliğin COVID-19 Pandemisi dönemi ile bir ilişkisi yoktur. Bu dönemde de ebeveynler tarafından çocukluk dönemi aşılanma takvimimize uygun olarak çocukların zamanında aşılanmaları sağlanmalıdır.

T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılamaya 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

DaBT-İPA-Hib-Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA-Konjuge Pnömonokok Aşısı

KKK-Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

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

OPA-Oral Polio (Çocuk Felci) Aşısı Aşısı

Td-Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R-Rapel (Pekiştirme)

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.

Aşı Takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.



Erişkin Dönemi Aşı Uygulamaları

Sağlıklı Erişkinlere Önerilen Aşılar	Risk Grubunda Yeralan Erişkinlere Önerilen Aşılar
• Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz (Td)	• Hepatit B
65 YAŞ ve ÜZERİ	• Hepatit A
• Zatürre (Pnömonokok)	• Zatürre (Pnömonokok)
• Grip	• Grip
	• Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK)
	• Meningokok
	• Suçiçeği

Bilgi için doktorunuza başvurunuz.

asi.saglik.gov.tr