

GÜLHAN YİĞİTALP

DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİYARBAKIR
2007

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYARBAKIR İLİNDEKİ 0-12 AYLIK
ÇOCUKLARIN AŞIYA DEVAMSIZLIK
NEDENLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLHAN YİĞİTALP

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. MELİKŞAH ERTEM**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DİYARBAKIR 2007

T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

“Diyarbakır İlindeki 0-12 Aylık Çocukların Aşıya devamsızlık nedenleri” isimli bu yüksek lisans tezi 18.07.2007 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Melikşah ERTEM
Tezi Teslim Eden : Gülhan YİĞİTALP

Jüri Üyesinin

	Ünvanı	Adı Soyadı	Üniversitesi
Başkan	: Prof Dr. Melikşah ERTEM		Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Perran TOKSÖZ		Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Nuran ELMACI		Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Mehmet Ali TAŞ		Dicle Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. Ali CEYLAN		Dicle Üniversitesi

Yukarıdaki imzalar tasdik olunur.

...../...../.....

Prof. Dr. Yusuf NERGİZ
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında bana bilimsel ve sosyal olanak sağlayan ve eğitimim sırasındaki kişisel katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam Prof. Dr. Ersen İLÇİN'e, Eğitimimde emeği geçen hocalarım sayın Prof. Dr. Perran TOKSÖZ'e, sayın Prof. Dr. Nuran ELMACI'ya, sayın Doç. Dr. Günay SAKA'ya, sayın Doç. Dr. Ali CEYLAN'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Veysi ÖZKAYNAK'a, ayrıca beni bu çalışmayı yapmam için özendiren, çalışmamın her aşamasında destek ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Melikşah ERTEM'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca her zaman yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma, çalışmayı yürüttüğüm sağlık ocağı çalışanlarına ve sorularımı sabırla yanıtlayan tüm ailelere teşekkür ederim.

Saygılarımla....

Gülhan YİĞİTALP

İÇİNDEKİLER

ONAY	1
TEŞEKKÜR	11
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	111
TABLolar DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TÜRKÇE ÖZET.....	vii
İNGİLİZCE ÖZET.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bağışıklık.....	4
2.1.1. Aktif Bağışıklık.....	4
2.1.2. Pasif Bağışıklık.....	4
2.2. Aşılar.....	5
2.2.1. Canlı Aşılar.....	5
2.2.2. İnaktive Aşılar.....	5
2.3. Bağışıklama Hizmetleri.....	6
2.4. Ülkemizdeki Durum.....	7
2.5. Ülkemizde GBP Hedefleri.....	8
2.6. Aşı Kontrendikasyonları.....	9
2.7. Aşı Yan Etkileri.....	9
2.7.1. Lokal Reaksiyonlar.....	10
2.7.2. Sistemik Reaksiyonlar.....	10
2.8. Aşıya Devamsızlık.....	10
2.8.1. Aşıya Devamsızlık Tanım.....	10
2.8.2. Aşıya Devamsızlığın Hesaplanması.....	11
2.8.3. Aşıya Devamsızlığı Etkileyen Faktörler Nelerdir....	11
2.9. Soğuk Zincir.....	11
2.10. Açılan Aşı Şişesi Kullanım Süreleri.....	14
2.11. Aşıların Uygulanmasında Dikkat Edilecek Noktalar.....	14
2.12. Kaçırılmış Aşı Fırsatları.....	14

2.12.1. Sağlık Kurumuna Bağlı Nedenler.....	14
2.12.2. Aile-Toplum Kaynaklı Nedenler.....	15
2.13. Aşı Kayıtlarında Yaşanan Sorunlar.....	17
2.13.1. Aşı Oranı Formülü.....	18
2.13.2. Aşıya Devamsızlık Formülü.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırma Bölgesi.....	19
3.2. Veri Toplama.....	21
3.2.1. Annelerle Görüşme.....	21
3.2.2. Hizmet İle İlgili Veri Toplama.....	22
3.2.3. Tanımlar.....	23
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
4.BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	45
6.SONUÇ.....	57
7.ÖNERİLER.....	58
8.KAYNAKLAR.....	59
9.EKLER	
EK 1. Annelerle Görüşme Soruları.....	
EK 2. Sağlık Personeli Görüşme Soruları.....	
EK 3. Sağlık Personeli Gözlem Forumu.....	
10.ÖZGEÇMİŞ.....	

TABLO DİZİNİ

1. Tablo 2.1.GBP aşılarının değişik ısı derecelerindeki stabilitesi.....	12
2. Tablo 3.1.Diyarbakır ilinde yıllara göre açık olan sağlık ocağı ve sağlık evlerinin oranı.	21
3. Tablo 4.1. Araştırmaya alınan çocukların ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikleri.....	27
4. Tablo 4.2. Araştırmaya alınan çocukların özellikleri.....	29
5. Tablo 4.3. Aşı sonrası sağlık personelinin aileye bilgi verme durumu.....	31
6. Tablo 4.4. Annelerin 0-12 aylık çocuklara yapılan aşıları bilme durumu.....	32
7. Tablo 4.5. Annelerin aşı hakkındaki görüşleri.....	33
8. Tablo 4.6. Annelerin aşı yan etkileri hakkındaki bilgi ve görüşleri.....	34
9. Tablo 4.7. Çocuğun aşılarının yapıldığı yer.....	35
10. Tablo 4.8. Sağlık ocağına uzaklık.....	36
11. Tablo 4.9. Yan etki görülme oranları.....	36
12. Tablo 4.10. Ailenin çocuğun aşılarının eksik kaldığını bilme düzeyleri.....	37
13. Tablo 4.11. Sağlık ocağı kayıtlarının doğruluğu.....	37
14. Tablo 4.12. Ailelerin çocuklarının aşılarını tamamlamama nedenleri.....	38
15. Tablo 4.13. Personelin özellikleri.....	39
16. Tablo 4.14. Personelin aşılama hizmetleri hakkında görüş ve davranışları.....	40
17. Tablo 4.15. Personelin mezuniyet sonrası aşı ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu ve bu eğitimin ne zaman ve kim tarafından verildiğinin dağılımı.....	41
18. Tablo 4.16. Ailelerin çocuklarını aşıya getirmeme nedenleri.....	42
19. Tablo 4.17. Sağlık ocaklarındaki aşı günleri.....	43
20. Tablo 4.18. Sağlık personelinin aşılama sırasındaki tutum ve davranışları.....	44

KISALTMALAR

BCG: Bacille Calmette Guerrine

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

DBT: Difteri Boğmaca Tetanos

DSM: Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

Td: Tetanos Difteri aşısı

TSHGM: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF:United Nations Children's Fund

WHO: World Health Organisation

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

ÖZET

DİYARBAKIR İLİNDE 0-12 AYLIK ÇOCUKLARIN AŞIYA DEVAMSIZLIK NEDENLERİ

Bu çalışmada, 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenlerini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma, Diyarbakır ili 8 merkez 3 köy sağlık ocağında yürütülmüş, veri toplamada kura ile belirlenen 8 sağlık ocağında bulunan form 012 (Aşı kayıt fişi) kayıtları kullanılmıştır. Aşıya devamsız çocuklar çalışmanın olguları olarak alınmıştır. Bu kayıtlardan 1,5-5 yaş arası 350 aşıya devamsız çocuğa ulaşınca kadar ev ziyaretleri yapılmıştır. Kontrol grubu olarak aynı sağlık ocağı bölgesinden, her devamsız çocuğa bir kontrol olacak şekilde aynı yaş grubundan tam aşıli çocuklar seçilmiştir. Annelerin sosyo-demografik bilgileri, aşıyla ilgili görüşleri ve bebeklerin aşılama durumları yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Ayrıca hizmetin nasıl sürdürüldüğünü değerlendirmek amacıyla sağlık personeline yönelik oluşturulmuş anket formları , çalışmaya katılmak isteyen, o gün için aşıdan sorumlu sağlık personeline dağıtılıp cevaplandırdıktan sonra toplanmıştır.

Eksik aşılilarla tam aşıliların özellikleri frekans tablolar yapılarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalarda Ki-kare analizi yapılmıştır. Eksik aşıllığı etkilediği düşünülen faktörler için tahmini rölatif riskler ve bu risklere ait %95 güven aralığı (%95 G.A.) hesaplanmıştır.

Çalışmada araştırma kapsamına alınan eksik aşıli çocukların annelerinin %62,3'ünün, babalarının %13,4'ünün okur yazar olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin aşılama oranlarını etkilediği belirlenmiştir. Yine Ailenin ekonomik durumunun düşük olması, sosyal güvencenin olmamasının aşılama oranlarını düşürdüğü bulunmuştur.

Çalışma sonucunda 8. çocuk olmanın eksik aşılama riskini birinci çocuğa göre 6,07 (%95 GA:2,85-13,09) kat arttırdığı saptanmıştır. Tam aşıli çocuklarda aşı kartı verilmiş olmasının eksik aşıllılara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Eksik aşıli çocukların annelerinin %13,1'i aşının çocuğu hastalıklardan koruduğuna inanmadığını belirlerken bu oran tam aşılılarda %3,1 ile düşük bulunmuştur. (p<0,0001)

Eksik aşıli çocukların %53,2'sinin, tam aşıli çocukların %57,2'sinin aşılarının sağlık ocağında yapıldığı saptanmış, gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0,007). Sağlık ocağından eve gelinmesinin eksik aşıli olma riskini 1,77 kat (%95 GA:1,14-2,75) arttırdığı bulunmuştur. Bu durum sağlık personelinin uzak yerlere aşı gezileri planladığı, yakın mahalledekilerin nasıl olsa kendileri getirirler düşüncesini doğurmuştur.

Aşıları eksik çocukların annelerinin %25,0'i çocuklarının aşılarının eksik kaldığını bilmemektedir. Buna ilaveten çocukların %4,0'ünün sağlık ocağı kayıtlarında eksik aşı görülmeye karşın kartında tam aşı olduğu belirlenmiştir.

Sağlık personelinin bağışıklama ile ilgili bilgi ve düşüncelerine baktığımızda ise personelin %13,5'inin sağlık ocağına aşıların düzenli geldiğini veya bazen düzenli geldiğini, %56,5'i mezuniyetten sonra aşıyla ilgili hizmet içi eğitim aldığını belirtmişlerdir. Sağlık ocağında yapılan gözlem sonucunda sağlık personelinin %98,8'i yaptığı aşırı aşı kartına kaydetmiş, %25,0'i anneye hangi aşıları yaptığını söylemiş, %2,5'i anneye bebeğin aşı kartını getirmesini söylemiş ve göndermiştir.

Sonuç: Eksik aşıllığa etki eden faktörler olarak anne baba eğitiminin düşük olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kalabalık ailede yaşama, annelerin aşıyla ilgili olumsuz düşünceleri, aşının nerede yapıldığını bilmemeleri, annelerin aşıyla ilgili bilgisinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Aşıya devamsızlığa etki eden yönetsel faktörler arasında kaçırılmış fırsatlar en göze çarpan faktör olmuştur. Aşıya devamsızlığı azaltmak için anne, baba ve bebeğe ait faktörler iyice irdelenmeli, sağlık ocağı personeli kaçırılmış fırsatlar konusunda tekrar eğitilmelidir.

Anahtar kelimeler: Bağışıklama, eksik aşı, aşı engelleri, eğitim, kaçırılmış fırsatlar

ABSTRACT

REASONS FOR DROP OUT OF IMMUNIZATION IN CHILDREN AGED BETWEEN 0-12 MONTHS IN DİYARBAKIR

In this study, the reasons for drop out of immunization in children aged between 0-12 months are dealt with. This survey was carried out at eight medical centers in the city center of Diyarbakır and also at three medical centers, each in a separate village. In collecting data, the records of “the form 012 records” (the card for the registration of vaccination) that were available at eight medical centers which were determined by lots were used. The children who stopped being vaccinated were taken as the facts of the survey. Through those records, 350 children aged between 1,5 and 5 years, who remained dropped out, were reached as a result of from-house-to-house visits. As the control group, in such a way as to be one fully immunized child for another dropped out, the children were picked up from the neighborhood of the same medical center and also of the same age group. The socio-demographic data about the mothers, their views of vaccination, and their babies’ case of immunization were collected by face-to-face- interviews.

In order to evaluate the service, the questionnaires were applied to the voluntary staff of health centers.

The features of underimmunized and fully immunized children were compared through the charts of frequency. Chi-square analysis was applied for the comparisons of the two groups. For the factors that were considered to have effect on dropping out, the odds ratios and 95% confidence intervals were calculated.

In the survey, it was seen that 62,3% of the mothers and 13,4% of the fathers of the underimmunized children were illiterate. It was found that the literacy of the parents affected the ratio of the immunization of children. Also, lack of the economical means of the parents and having no social security diminished the ratio of the immunization as well.

It was also found that being the eighth child increased the risk of the underimmunization 6,07 (95% CI:2,85-13,09) folds in comparison to the first child. In fully immunized children, vaccination card application was better than dropped out children. Of the mothers of the underimmunized children, 13,1% believed that vaccination did not protect, this

ratio was determined to be as low as 3,1% for the mothers with fully immunized children ($p<0,0001$).

Of the underimmunized children, 57,7% were vaccinated at the medical centers, while this ratio was 57,2% for fully immunized children; the difference between them was significant ($p:0,007$). Having vaccination at home increases the risk of underimmunization 1,77 folds (95% CI:1,14-2,75).

Of the mothers of the underimmunized children, 25,0% did not know vaccination was incompleting. In addition, although 4,0% of the children were underimmunized in the records of the medical center, their vaccination cards showed that they were fully immunized.

According to views of the medical staff about immunization, 13,5% of them stated that vaccines came to the medical center regularly, and 56,5 % of them said that they got further instructions about vaccines after graduation.

As a result of the observations made at the medical center, 98,8% of the medical staff noted the vaccination on the vaccination card, 25,0% of them told mothers what kind of vaccines they applied to their children, 2,5% of them told mothers to bring the vaccination card of the babies and refused to vaccinate otherwise. All of those reasons result in the missed opportunities for the immunization of children, bring about less immunization ratios and increase the risk of epidemic.

Conclusion: It was seen that the poor education of the parents, lower socio-economic status, larger family size, the mothers' negative views of vaccination and their inadequate information about the importance of immunization, not knowing where to vaccinate their children are some of the factors that lead to underimmunization. The missed opportunities are the most outstanding factor among the administrative factors that affect the drop-outs. In order to prevent the drop-out rate's rising, the factors with regard to the mothers, fathers, and babies must be analyzed well, and the medical staff at the medical centers must be re-educated about the missed opportunities.

Key Words: Immunization, underimmunization, the obstacles for vaccination, education, the missed opportunities.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukları bulaşıcı hastalıklardan korumak ve onlara sağlıklı bir gelecek sunabilmek için en emin yol olan aşılama gebelikte yapılan tetanoz aşısı ile başlamakta ve bebeklik dönemi aşılama ile devam etmektedir. Aşılar tüm dünyada milyonlarca çocuk ve erişkinin yaşamını kurtarmış ve kurtarmakta, sağlığı iyileştirmekte, geliştirmekte ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (Moylett ve Hanson, 2004).

Çocukluk dönemindeki enfeksiyon hastalıklarının önlenmesini, salgına dönüşmemesini, bazılarının yok edilmesini sağlayan ve bu hastalıkların komplikasyonlarını önleyen bağışıklama; en etkili, en ucuz, uygulaması en kolay ve riski en düşük halk sağlığı girişimlerinden birisi olarak kabul edilmektedir (Bloom ve ark., 2005). Bağışıklama, özellikle bebek ölümlerinin azaltılması ve bir çok hastalığın kökünün kazınması ile çocuk sağlığının korunmasındaki yeri göz önünde bulundurulduğunda çok değerli koruyucu bir hizmettir.

Bağışıklamanın bu yararlarına karşın, dünyada halen hiç aşı olmayan, eksik aşı ve aşıya devamsız çocuklar vardır ve bu sorun ülkeler arasında ve ülke içinde eşitsizlikler yaratmaktadır. Örneğin, bağışıklama oranları en yüksek ülkelerden Macaristan'da BCG, DBT3, ve kızamık için aşısızlık oranı %1 iken, bağışıklama oranı en düşük ülkelerden Nijerya'da sırasıyla %52, %72, ve %65'tir. Yine sanayileşmiş ülkelerde DBT3 ve kızamık için aşılanma oranı sırasıyla %95, %92 iken, gelişmekte olan ülkelere %76, %75 ile düşüktür (UNİCEF, 2005). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin aşılanma programlarında önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. Gelişmiş ülkelere bağışıklamada hastalığın eliminasyonu ve aşıların yan etkileri üzerine odaklanırken, gelişmekte olan ülkelere GBP (Genişletilmiş Bağışıklama Programı) kapsamındaki aşılarla bağışıklama oranlarının artırılması ve yeni aşıların kapsama alınması sorunları ön plandadır (Obara ve palmera, 2003).

1970'li yıllarda çok öldürücü olan çiçek hastalığının eradike edilmesinin ardından WHO öncülüğünde 1974 yılında GBP başlatılmıştır. GBP de yer alan 6 hastalığa karşı (Difteri, Tetanos, Boğmaca, Kızamık, Polio, Tüberküloz) 1974'ten önce sadece %5 çocuk aşılanırken, bu gün bu oran %70'lere çıkmıştır. Program 1970'in ortalarına kadar çocuklardaki bu hastalıkların yükünü %23'ten %10'un

altına düşürmüştür (Bloom ve ark., 2005). WHO sadece 2003'te bağışıklamayla 2 milyondan fazla çocuğun hayatını kurtardığını tahmin etmektedir (Pollard, 2007).

Ülkemizde dünyadaki gelişmelere paralel olarak aşıyla önlenabilir hastalıkların kontrolünde ilerlemeler sağlanmasına rağmen belirlenen hedeflere ulaşamamıştır ve hala aşı ile önlenabilir kızamık, tetanos, difteri, verem gibi hastalıklar ülkemizde çocukluk çağı hastalık ve ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri bakımından daha yetersiz konumda olan Doğu ve Güneydoğu illerinde bağışıklama hizmetlerinde önemli sorunlar yaşanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre;

Çocuk felci hastalığı 1975 yılında 368 kişide tespit edilmiş, 12'si ölmüş, morbidite hızı 0,92/1 milyon, mortalite hızı 0,30/1 milyon iken bu oranlar aşılama sayesinde yıllar içinde azalmıştır. En son 1998 yılında 26 vaka görülmüş, bunlardan 2 tanesi ölmüştür. 1999-2005 yılları arasında vaka bildirimi yapılmamıştır.

Boğmaca hastalığı 1975 yılında 3036 kişide tespit edilmiş, 25'i ölmüş, morbidite hızı 7,58/1 milyon, mortalite hızı 0,62/1 milyon olarak bulunmuştur. 2005 yılı içinde toplam 72 vaka bildirilmiş, ölen olmamış, morbidite hızı 0,10/1 milyon, mortalite hızı 0,0/1 milyon hesaplanmıştır.

Kızamık hastalığı 1975 yılında 24.347 kişide tespit edilmiş, 416'sı ölmüş, morbidite hızı 60,75/1 milyon, mortalite hızı 10,38/1 milyon olarak bulunmuştur. 2005 yılı içinde toplam 1119 vaka bildirilmiş, 1 kişi ölmüş, morbidite hızı 1,55/1 milyon, mortalite hızı 0,01/1 milyon hesaplanmıştır.

Difteri hastalığı 1975 yılında 265 kişide tespit edilmiş, 18'i ölmüş, morbidite hızı 0,66/1 milyon, mortalite hızı 0,45/1 milyon olarak bulunmuştur. 2005 yılı içinde hiç vaka bildirilmemiştir.

Tetanoz hastalığı 1980 yılında 248 kişide tespit edilmiş, 21'i ölmüş, morbidite hızı 0,56/1 milyon, mortalite hızı 0,47/1 milyon olarak bulunmuştur. 2005 yılı içinde toplam 19 vaka bildirilmiş, 6 kişi ölmüş, morbidite hızı 0,03/1 milyon, mortalite hızı 0,08/1 milyon hesaplanmıştır (TSHGM, 2005).

Bağışıklama hizmetleri Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında değerlendirilip uygulanmaktadır. Bir antijene karşı bağışıklık oluşturmak için uygulanan bazı aşılar 3 doz yapılmaktadır. Ancak aşıya devamsızlık bağışıklamanın yetersiz olmasına

neden olmaktadır. Aşıya devamsızlıkta çeşitli faktörler ileri sürülmektedir. Bunlar, hizmetlere ulaşamama, hizmetlerin kalite ve kantite olarak yetersizliği ve annelerin hizmeti talep etmemeleri şeklinde gruplandırılabilir (Bloom ve ark., 2005). Bölgemizde aşıya devamsızlıkta hangi faktörlerin daha etkili olduğu belirlenmelidir. Bu sayede aşıya devamsızlık ile ilgili planlar ve stratejiler daha etkin olarak yapılabilecektir.

Türkiye genelinde uygulanmaya başlanan “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” nda hedeflenen bağışıklama oranları Güneydoğu Anadolu Bölgesinde düşük kalmaktadır. Bu düşüklükte aşıya devamsızlık da önemli bir faktördür. Anneler birinci yada ikinci doz aşıları yaptırmalarına rağmen aşığı tamamlamamaktadırlar. Aşıya devamsızlık oranı Türkiye genelinde %3 iken bu oran Diyarbakır’da %14 ile yüksektir. Aşının neden tamamlanmadığı önemli bir sorundur (TSHGM, 2005).

Bu çalışma Diyarbakır’da 0-12 aylık çocukların aşılama durumlarını ve aşıya devamsız olanların devamsızlık nedenlerini, aynı zamanda sağlık personelinin bu durum hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Bağışıklık

Bağışıklık bütün koruma faktörlerinin belli bir mikroorganizmaya karşı özel ilgi ile çalışması ve bu nedenle canlının o mikroorganizmanın yapacağı hastalığa karşı özel bir direnç kazanmasıdır. Bu direnç hali birçok mikroorganizma veya madde için doğuştan varolabildiği gibi (doğal bağışıklık) hastalığı geçirdikten sonra veya o enfeksiyon ajanı veya maddenin antijenleri ile yapay olarak karşılaştırıldıktan sonra da (kazanılmış bağışıklık) gelişebilir.

Bağışıklık, modifiye edilmiş enfeksiyöz bir ajan yada toksoid gibi bir antijenin verilmesi yolu ile “aktif” bir şekilde yapılabileceği gibi özgül antikor içeren bir serum yada duyarlanmış hücrelerin kişiye verilmesi ile “pasif” şekilde de sağlanabilir (Grossman, 1994).

2.1.1. Aktif Bağışıklık

Yapay bağışıklığın aktif şekli aşılarda sağlanmaktadır. Aktif bağışıklık ile enfektif ajana yada onun toksik ürünlerine karşı antikor üretimi meydana gelir (Grossman, 1994).

İmmün sistem, belirli enfeksiyon ajanlarına karşı uzun süre kalıcı bir hafızaya sahip olduğu için, aşılama belirli bir hastalığa karşı uzun süre koruyuculuk sağlar. Aktif bağışıklık sadece bireylerde immün koruma sağlamaz aynı zamanda enfeksiyon ajanının toplumda yayılmasını azaltır (Carr ve ark., 2007).

Aktif bağışıklığı kazanmanın bir yolu da hastalığı doğal yollardan geçirmektir. Genelde bir enfeksiyon hatalığını geçiren kişi hayatının sonuna kadar o hastalığa karşı bağışık kalır (CDC, 2006).

2.1.2. Pasif Bağışıklık

Bağışıklık, özgül antikor içeren bir serum yada duyarlanmış hücrelerin verilmesi ile pasif yoldan da sağlanabilir. Enfeksiyöz bir hastalığı geçirip iyileşerek veya o hastalığa karşı aşılanarak bağışık hale gelen insan veya hayvanlardan antikor elde edilebilir ve kısa süreli koruma sağlar. Antikordan yoksun bireylere bu antikorlar verildiğinde, hemen koruma sağlar. Bu nedenle pasif immünizasyon, vücudu antikor yapmayan kişiler ile immün yetersizliği olmadığı halde aktif immünizasyonla antikorları oluşuncaya kadar (bu genelde en az 7-10 gün sürer) hastalığa yakalanma riskinde olan kişiler için kullanılır. Ayrıca aktif immünizasyon

olanağı olmayan durumlarda da pasif immünizasyon yapılır. Bazen de kuduz aşılamaında olduğu gibi, aktif ile pasif immünizasyon birlikte kullanılabilir (Grossman, 1994).

Pasif bağışıklığın en çok bilinen biçimi bebeğin annesi tarafından gebeliğin son 1-2 ayında plasentadan geçen antikorlarla bağışık kılınmasıdır. Bu nedenle miadında doğan bir bebek annesi ile aynı antikor profiline sahiptir. Bu antikorlar bebeği bazı hastalıklara karşı bir yıla kadar korur (CDC, 2006).

2.2. Aşılar

Aşılar yapay aktif bağışıklık yapar. Aşılar sayesinde kızamık, polio ve difteri gibi hayatı tehdit eden pek çok hastalık azaltılmış, çiçek hastalığı eradike edilmiş ve bu başarı pek çok yeni aşının gelişmesine ve aşılama oranlarının artmasına yol açmıştır (Grouphealth, 2007). Aşılama, çocuk yada erişkinleri önemli enfeksiyon hastalığı etkenleriyle karşılaşma olasılığının en yüksek olduğu dönemlerden önce bağışık kılmak ve bu hastalıklara yakalanmayı önlemek amacıyla yürütölen bir temel sağık hizmetidir. Belirli bir hastalığa karşı bağışıklık sağılamak amacıyla gerekli işlemlerden geçtikten sonra organizmaya verilen, kişide antikor oluşmasına neden olan ve kişileri bu tip enfeksiyon hastalıklarına karşı koruyabilen biyolojik maddelere aşı denir (Aydın, 2005).

Aşılar iki şekilde sınıflandırılabilir. Canlı ve inaktive aşılar.

2.2.1. Canlı Aşılar: Canlı aşılar hastalık yapan (vahşi) virüs veya bakterinin laboratuarda modifiye edilmesi ile elde edilir. Elde edilen aşı organizması çoğalma yeteneğini yitirmez ve bağışıklık oluşturur. Canlı aşılar genellikle hastalık oluşturmaz. Kızamık, polio, BCG, kızamıkçık, kabakulak aşıları canlı aşılardır.

2.2.2. İnaktive Aşılar: İnaktive aşılar virüs veya bakterilerin tamamından veya bir fraksiyonundan oluşturulur. Fraksiyondan elde edilen aşılar ya protein ya da polisakkarit bazlı olurlar. Protein bazlı aşılar inaktive edilmiş bakteriyel toksin denilen toksoid içerirler. Çoğu polisakkarit bazlı aşı bakterilerin saf hücre duvar polisakkaritlerinden oluşturulur. Polisakkarit aşılarındaki polisakkaritin proteinle kimyasal bir bağ ile bağlanarak konjugasyonu ile aşı daha potent hale gelir. Difteri, tetanoz, boğmaca aşıları bu tip aşılarla örnektir.

Canlı aşıların etkili olup bağışıklık oluşturabilmesi için uygulandığı kişide çoğalması gerekir. Verilen düşük dozdaki virüs veya bakteri çoğalarak artar ve bağışık yanıt oluşturacak düzeye gelince immün yanıtı oluşturur. Canlı organizmanın çoğalmasını engelleyen ısı, ışık, gibi faktörler veya dolaşan antikorların varlığı aşının etkisiz kalmasına yol açabilir. Canlı aşılarla verilen mikroorganizmalar genellikle hastalık yapmazlar, ancak eğer hastalık yapsalar bile bu hastalık doğal hastalığa göre daha hafif geçer. Canlı aşılar lösemi, bazı immünosupresif ilaçların alımı ve HIV enfeksiyonu gibi durumlarda verildiği zaman kontrolsüz çoğalmaya bağlı ciddi ve fatal reaksiyonlara yol açabilir. Dolaşan antikorların varlığı verilen canlı aşının etkinliğini karşılıklı etkileşerek azaltır. Canlı aşılar hassastır, ısı ve ışıktan kolay etkilenir, saklanması ve taşınmasında dikkatli olunması gerekir.

İnaktive aşılar bakteri ve virüslerin kültür ortamında çoğaltılıp ısı ve/veya formalin gibi kimyasallarla inaktive edilmesiyle elde edilir. Bu aşılar bir immün yetersizlik olmadığı sürece verildiği kişide bir hastalık yapmazlar (CDC, 2006). Bazı aşıların etkinliğinin artması için tekrar dozların yapılması gerekir. DBT, Hepatit B, Hib gibi aşıların tek dozları yeterli bağışıklık bırakmamakta, ancak 3, bazen 4 dozları yeterli bağışıklık bırakmaktadır. Örneğin Hepatit B'nin tek dozu bebeklerde %40, 2.dozu %80, 3.dozu %98 bağışıklık bırakmakta, DBT'nin 3.dozu yapılıncaya bağışıklama oranı %95'e ulaşmaktadır. Bu nedenle GBP'de DBT, Poli, hepatit B gibi aşılar 3 doz yapılmaktadır (CDC, 2007).

2.3. Bağışıklama Hizmetleri

Bağışıklama hizmetleri bebekleri, çocukları yada erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir (WHO, 1997).

Bağışıklama tüm zamanların en büyük başarılarından biridir. Çiçek hastalığını ortadan kaldırmaya yönelik yapılan kampanyalarda elde edilen olağanüstü başarı sonucunda 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) başlatılmış ve o zamana kadar dünya çocuklarının sadece %5'i bir yaşına kadar aşıyla önlenabilir 6 hastalığa karşı tam aşılanırken, 1990'ların ortalarına doğru tam aşılanma BCG'de %90'na, difteri, tetanos, boğmaca, polio ve kızamık'ta %75-85'e ulaşmıştır.

GBP'nin başlamasıyla 20 yıl içinde her yıl ortalama 3 milyon çocuğun ölümü, 750.000'den fazla çocuğunda sakat kalması önlenmiştir (Ruff, 1999).

Koruyucu sağlık hizmetleri gelişimini sürdürürken, refahı yükseltmek, daha sağlıklı ve barış içinde bir gelecek için 1977 yılında Dünya Sağlık Assemblası yapılmış "Herkes İçin Sağlık" başlığı ile yola çıkarak 38 adet 2000 yılı hedefleri belirlenmiştir. Dünya Sağlık Assemblası'nın ardından, 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da "Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi" yayınlanmış, sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile bağışıklamaya da geniş yer verilmiştir. 1990'lı yıllarda "Dünya Çocuk Zirvesi" konferansı yapılmıştır. Bu konferansın amacı çocuk sağlığı ile ilgili programlara ivme kazandırmak ve "2000 Yılı Hedefleri" ni benimsemektir. 5 yaş altı çocuk ölümlerinde 1/3 oranında azalma (veya %70'in altına düşme) sağlanmasıdır. 1990 zirvesinden sonraki geçen 10 yıl içinde % 94 olan 5 yaş altı ölüm hızı 2000 yılında %81'e inmiş, 63 ülkede %33'lük, 100 ülkede ise % 20'lik bir azalma sağlanabilmiştir. Tüm dünyada 5 yaş altı ölüm hızı sadece % 10 kadar azalmıştır, zengin ve yoksul ülkeler arası fark ise halen inanılmaz boyutlardadır.

Türkiye'de bebek ölüm hızı 1998 verilerine göre % 44 tür. Bu değer 2003 nüfus ve sağlık araştırmasına göre % 29'a inmiş olsa da bu değer ile bile Ekvator, Gürcistan ve Meksika ile birlikte 101. sıradadır (Bülbül, 2005).

Çoğu gelişmekte olan ülkelerde aşı ile korunabilir hastalıklar halen en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Bütün dünyada tüm aşıları çocuk oranı %80'e ulaştığında dahi, DSÖ tahminlerine göre bu aşılama düzeyi ile her yıl yaklaşık 3 milyon çocuğun aşıyla korunabilir 6 hastalık nedeniyle ölmesi beklenmektedir (Emiroğlu, 2001).

2.4. Ülkemizdeki Durum

Ülkemizde bağışıklama hizmeti, koruyucu sağlık hizmetleri içinde öncelikli olan, rutin ve sürekli verilen bir hizmettir. Çünkü bağışıklama hizmetleri sağlık hizmetlerinin en önemli ve maliyet-etkinlik oranı en yüksek alanlarından birisidir (Gökçay, 1994).

Ülkemizde aşı üretimine ve uygulamalarına 1930'lu yıllarda başlanmıştır. 1930 yılında 1539 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkarılmış ve aşı-serum üretimi ve dış

alımının denetlenmesi kurallara bağlanmıştır. 1930-1940'lar aşı serum üretiminin hızla arttığı yıllardır, ancak bu uygulamalar sonraki yıllarda çok sınırlı kalmıştır ve daha sonra aşı üretiminden vazgeçilmiştir (Aşı pazarı can pazarı, 2003).

GBP'na ise 1981 yılında Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile yaptığı anlaşma ile başlamış ve 1990 Dünya Çocuk Hakları Zirvesinde , 2000 yılına kadar küresel düzeyde GBP'nın hedeflerine ulaşma yükümlülüğü altına girmiştir. Ülkemizde 1985 yılında başlatılan "Ulusal Aşı Kampanyası" bünyesinde çocuklar tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, poliomiyelit ve kızamığa karşı aşılama programına alınmıştır. 1998 yılının ikinci yarısından itibaren de Hepatit B'ye karşı aşılama başlanmıştır (UNICEF, 2004).

Sağlık bakanlığı tarafından yapılan 7 bulaşıcı hastalığa karşı düzenli olarak yapılan aşılar 2006 yılı itibariyle Kızamıkçık, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b aşıları dahil edilmiştir. Böylelikle gelişmiş ülkelerde uygulanan aşı takvimi ülkemizde de uygulanır hale gelmiştir (TSHGM, 2006).

2.5. Ülkemizde GBP Hedefleri

- 1-Sıfır yaş grubunda her bir antijende %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak.
- 2- 12-23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşıli hale getirmek.
- 3- 5 yaş altı aşısız yada eksik aşıli çocukları tespit edip aşılamak.
- 4- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak.
- 5- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz-difteri aşısı dozunu uygulamak.
- 6- Poliomiyelitin yeniden ortaya çıkışını engellemek.
- 7- Maternal ve neonatal tetanozu elimine etmek
- 8- Kızamık Eliminasyon programı çerçevesinde 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü yok etmek.
- 9- Kızamıkçık ve konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak.
- 10- Difteri, boğmaca, hepatit B, tüberküloz, kabakulak ve hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak.
- 11- Aşı güvenliğini sağlamak.
- 12- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek.
- 13- Toplumun katılımını sağlamak (TSHGM, 2006).

2.6. Aşı Kontrendikasyonları

Kaçırılmış aşı fırsatlarını önlemek için sağlık personelinin gerçek ve yanlış aşı kontrendikasyonlarını bilmesi gerekmektedir. Bu kontrendikasyonlar şunlardır:

- 1-Ateşli, ağır hastalıklarda aşılama ertelenmelidir.
- 2-Malnütrisyon, orta yükseklikteki ateş, solunum sistemi enfeksiyonları, sık karşılaşılan ishaller veya diğer herhangi bir iyi huylu hastalık, aşılanma konusunda kontrendikasyon oluşturmaz.
- 3-Hastanede yatan çocuklarda gerekli aşılar, hasta taburcu edilmeden önce ve özellikle hastane enfeksiyonu olarak kızamık tehlikesinin bulunduğu bazı durumlarda da yatıştan hemen sonra yapılabilir.
- 4- Kollaps, şok, 40,5 C'yi aşan ateş, konvülsiyonlar veya diğer nörolojik semptomlar karşısında DTP aşılamasına ara verilmelidir.
- 5- İshal, oral poliomyelit aşısının uygulanması bakımından bir kontrendikasyondur. İshal sırasında verilmiş olan dozlar, ishal bittikten sonra tekrarlanmalıdır.
- 6- Bağışıklık eksikliği olan yada immünosupresif tedavi, kortikosteroid tedavisi, radyoterapi, kanser kemoterapisi gören hastalarda hiçbir canlı aşı yapılmamalıdır.
- 7- Kızamık, kabakulak veya kızamıkçık aşıları, yakın zamanda polivan immünglobülin enjeksiyonunun yapılmış olduğu vakalarda en az 6 hafta süreyle ertelenmelidir (Ajjan, 1995 s.91; Yücel, 1999).
- 8-Neomisin veya jelatine karşı ve yumurtaya karşı anaflaktik reaksiyonu olanlarda KKK/kızamık/kızamıkçık aşıları yapılmaz.
- 9- Ekmek hamuru mayasına (*Saccharomyces cerevisiae*) anaflaktik reaksiyonu olanlara Hepatit B aşısı yapılmamalıdır (TSHGM, 2006).

2.7. Aşı Yan Etkileri

Aşılamadan sonra istenmeyen etkiler meydana gelebilir ancak hayatı tehdit edecek kadar ciddi istenmeyen etkiler nadir görülür. Bazı istenmeyen etkiler düşük düzeyde olduğu için klinik olarak fark edilmeyebilirler. Bu nedenle aşılamadan sonra istenmeyen etkilerin izlenmesi gerekir ve bu durumlar düzenli bir şekilde bildirilmelidir (Zhou ve ark., 2003).

2.7.1. Lokal Reaksiyonlar: Aşının uygulandığı yer yada yakınında görülen reaksiyonlardır. Kızarıklık, endurasyon ve duyarlılık, aşı yerinde ülserasyon ve steril apse, sekonder bakteriyel apse, bölgesel lenfadenopati ve süpürasyon v.s gibi bulgular lokal reaksiyonlardır.

2.7.2. Sistemik Reaksiyonlar: Ateş, kusma, iştahsızlık, huzursuzluk, durdurulamayan ve 3 saatten daha uzun süren ağlama, canlı atenué aşılarından sonra doğal hastalığı taklit eden hastalık tablosu, ender de olsa otoimmün hastalıkları, aşırı duyarlılık, nörolojik komplikasyonlar, trombostopeni, atralji ve artirit gibi sistemlere ilişkin reaksiyonlardır (Russell ve ark., 2004).

Aşılama hatalarından olabildiğince kaçınma, aşıdan yüksek derecede korunma ve en az yan etki sağlayabilmek için belirlenen temel kurallara uyulması gerekir. Bu kurallara “aşılama standardizasyon” ilkeleri denilmektedir. Bunların en önemlileri;

- 1- Aşı yapılan sağlık kuruluşları kolayca ulaşılabilir olmalı
- 2- Aşı ücretsiz veya çok az ücretli olmalı
- 3- Aşılama gereken tüm kişilere ulaşılabilir olmalı
- 4- Aşı önündeki engeller kaldırılmalı
- 5- Aşılama gerçek kontrendikasyonlara uyulmalı, aşılama fırsatı kaçırılmamalı
- 6- Kişi ve aileler aşının yararı ve riskleri konusunda anlayabileceği şekilde bilgilendirilmeli
- 7- Aşı saklama ve hazırlama kurallarına titizlikle uyulmalı
- 8- Aşılama yapan sağlık personeli güncel bilgilerle bildirimler yapmalı
- 9- Aşı kayıtları eksiksiz, doğru ve anlaşılır biçimde tutulmalı, yan etkiler belirtilmeli
- 10- Toplumda bağışıklama oranlarını yükseltecek yeni yöntemler belirlenmelidir (Arvas, 2004).

2.8. Aşıya Devamsızlık

2.8.1. Aşıya Devamsızlık: Ulusal aşı takvimine göre çocuklara yapılan üç doz Hepatit, bir doz BCG, üç doz Polio, üç doz DBT ve bir doz Kızamık aşısından herhangi birinin yapılmamış olmasına aşıya devamsızlık denir.

Aşıya devamsızlık oranları 2003 verilerine göre Dünya’da %9,4 iken, Türkiye’de %15,7 olarak belirlenmiştir (UNİCEF, 2003).

2.8.2. Aşıya Devamsızlığın Hesaplanması:

$$\text{Toplam Devamsızlık Oranı} = \frac{\text{BCG aşı oranı} - \text{Kızamık aşı oranı}}{\text{BCG aşı oranı}} \times 100$$

$$\text{Üç Doz Aşıların Devamsızlığı} = \frac{1. \text{ Aşı} - 3. \text{ Aşı}}{1. \text{ Aşı}} \times 100$$

2.8.3. Aşıya Devamsızlığı Etkileyen Faktörler Nelerdir: (carr ve ark., 2007)

1-Bağışıklamada önemli bir engel, ailelerin aşıların ve aşılarla önlenabilen hastalıkların önemi hakkında bilgi eksikliği veya yanlış inanışlara sahip olmasıdır. Özellikle aşıların yan etkileri konusunda ciddi endişe duymaktadırlar.

2-Bölgenin iklimi, coğrafik yapısı, sağlık kurumuna uzaklığı, sağlık kurumlarının mesai saatleri, aşı için uzun bekleme kuyrukları gibi faktörler de aşıya devamsızlığı etkilemektedir.

3- Ailelerin sosyo ekonomik düzeyleri

4- Çocuğun doğum sırası ve kardeş sayısı

5-Ailelerin sürekli göç halinde olması, geçici mevsimlik işçi olarak başka yerlere göç etmeleri

6- Ülkelerin sosyal ve politik dengesizlikleri

7- Sağlık personelinin bilgi düzeyi ve topluma karşı davranışları

8- Bağışıklama hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması, aşıya devamsızlığı etkileyen faktörlerdendir (Carr ve ark., 2007)

2.9. Soğuk Zincir

Soğuk zincir, bir aşıyı üretiminden kişiye uygulanana kadar uygun bir şekilde depolamak ve taşımak için insan ve malzemedan oluşan bir sistemdir (WHO, 1998).

Tüm aşılar ısıya hassastır. Ayrıca BCG, kızamık, KKK, kızamıkçık aşıları güneş ışığı gibi ultraviyoleye de hassastır. Bunun yanında bazı aşılar dondurulabilirken (polio, kızamık, KKK, kızamıkçık, liyofilize Hib, BCG), DBT, TT, DT, Td, ve hepatit B ile liyofilize aşıların sulandırıcılarının hiçbir zaman donmaması gerekir (TSHGM, 2006).

Tablo 2.1. GBP aşılarının değişik ısı derecelerindeki stabilitesi (Guthridge ve ark., 1996).

Aşı	0 °C-8 °C	22 °C-25 °C	35 °C-37 °C	37 °C üstü
Difteri ve tetanos toksoidi	3-7 yıl Sulandırılmış	Birkaç ay	Yaklaşık 6 hafta	45°C'de 2 hafta, 60°C-65°C'de birkaç saat
Boğmaca	18-24 ay (etkinliğinde yavaş ve sürekli azalma olmasına rağmen)	Değişken (Bazı aşılar 2 hafta stabil)	Bazı aşılar 1 hafta sonra etkinliğini % 50 kaybeder	45°C'nin üzerinde günlük %10 etkinlik kaybı, 50°C'de hızlı etkinlik kaybı
Kuru dondurulmuş BCG aşısı	1 yıl	3 aydan sonra etkinlikte %20-30 azalma	3-14 gün sonra %20 etkinlik kaybı	Dayanıksız, 70°C'de 30 dakikada %50 etkinlik kaybı
Sulandırılmış BCG aşısı	Sulandırılmış BCG aşısı bir seanstan fazla kullanılmamalıdır. Bu öneri BCG aşısı bakteriyostatik ajan içermediğinden kontaminasyon riski ve etkinlik azalması endişesine dayanır.			
Kuru dondurulmuş kızamık aşısı	2 yıl	1 ay süre ile yeterli etkinlik sürer	En aza 1 hafta yeterli etkinlik	41°C'de 2-3 gün sonra %50 etkinlik kaybı, 54°C'de 1 gün sonra %80 etkinlik kaybı
Sulandırılmış Kızamık aşısı	Stabil değil, bir çalışma süresinde kullanılmalı	Stabil değil, 1 saat sonra %50, 3 saat sonra %70 etkinlik kaybı	Çok duyarlı, 2-7 saat sonra kabul edilebilir düzeyin altına düşebilir.	37°C'de yüksek ısıda 1 saatte inaktive olur.
Oral poli aşısı	6-12 ay	Duyarlı, 20 gün sonra %50 etkinlik kaybı bazı aşılarda yeterli titre 1-2 hafta sürebilir	Çok duyarlı, 1-3 gün sonra yetersiz titre	Çok duyarlı 41°C'de 1. günün sonunda %50 etkinlik azalması, 50°C'de 1-2 saat sonra tamamen etkinlik kaybı

Aşı, serum ve sulandırma solüsyonları buzdolabına yerleştirilirken ısıdan en çok etkilenen canlı aşılardan yani oral polio, kızamık aşılardan buzdolabının en üst rafına, BCG ve PPD aşı ve solüsyonları orta rafa, donma olayından daha fazla etkilenen DBT, Tetanos Toksoidi, pediatrik ve yetişkin tipi Difteri- Tetanos Toksoidi ve Hepatit B aşısı alt rafa yerleştirilmelidir (WHO, 1982).

Soğutucunun buzluk bölümüne herhangi bir arıza durumunda aşılardan koruyacak ve ayrıca buz kutularına yerleştirilecek buz paketleri konulmalıdır. Aşılar buzdolabına yerleştirilirken sulandırıcılarından ayrı yerleştirilmeli ve paketlerin arasında boşluklar bırakılmalıdır. Böylece soğutucu içerisinde yeterli hava dolanımına izin verilmelidir. Soğutucunun sebzeli kısmına, su dolu plastik şişeler konulmalıdır; bunlar herhangi bir arıza durumunda soğuğu bir süre korur. Buzdolabının ısısı +2 ila +8 °C arasında korunmalıdır, özellikle +4 °C’de kalması sağlanmalıdır. Buzdolabının kapağındaki raflara hiçbir şey konulmamalı, aşılardan saklandığı buzdolabına asla yiyecek ve içecek yerleştirilmemelidir (Ajjan, 1995 s.110; WHO, 2004b, s.1-28).

Aşıların dağılımında ve kullanımında son kullanma tarihleri mutlaka göz önüne alınarak, miadı daha önce dolacak aşılardan kullanıma öncelik verilmeli, miadı dolmuş olanlar imha edilmelidir. İllerden sağlık ocaklarına aylık olarak yapılan aşı sevklerinde 4 saate kadar olan mesafelere askılı tip aşı nakil kabı kullanılabilir. Daha uzun mesafeler için uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır. Aşılar buzdolabı temizliği yapılırken aşı nakil kabında korunmalı ve buzdolabı çalıştırıldıktan sonra uygun ısı aralığına ulaşınca buzdolabına aktarılmalıdır. Aşı nakil kapları soğuk ömürlerine bakılarak kısa ve uzun ömürlü olarak ikiye ayrılırlar. Soğuk ömürleri 1 gün ve daha az olan aşı nakil kapları kısa ömürlü (askılı aşı nakil kabı), soğuk ömürleri 3-5 gün arasında olanlara ise uzun ömürlü aşı nakil kabı denilir. Aşı ve sulandırıcılar aşı nakil kabının orta kısmına yerleştirilmelidir. Donmaya karşı hassas olan aşılardan buz aküleri ile doğrudan temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir. Aşı flakonlarının buz akülerine direk temasını engellemek için köpük, sünger veya kalın karton kullanılmalı yada flakonlar kendi karton ambalajları ile yerleştirilmelidir (TSHGM, 2006, Arvas, 1998).

2.10. Açılan Aşı Şişesi Kullanım Süreleri

BCG aşısı sulandırıldıktan sonra 8 saat içinde (yerli BCG aşısı 4 saat içinde), kızamık aşısı sulandırıldıktan sonra 4 saat içinde tüketilmelidir. Çünkü bu aşılar kontaminasyonu önlemek için koruyuculuk içermezler (WHO, 1998).

Polio aşısı aşı flakon izlemcisi kullanılmaz duruma erişinceye kadar, DBT, Td, TT, Hepatit B aşılarının birbirini izleyen 3 aşı seansı içinde tüketilmesi gerekmektedir. (bir ay içindeki 3 aşı uygulaması seansında tüketilmeli, bu süre 1 ayı geçmemelidir.) (WHO, 2004b s.1-30).

2.11. Aşıların Uygulanmasında Dikkat Edilecek Noktalar

BCG aşısı, sol omuz bölgesine cilt altına 1 yaşına kadar 0,05 ml, 1 yaşından büyüklere 0,1 ml yapılır, DBT, DT, Hepatit B aşıları 12. aya kadar uyluğun orta dış kısmına, daha büyüklere deltoid kasına intramusküler yolla 0,5 ml yapılır ancak hepatit B 10 yaş ve üzerindekiilere 1 ml yapılır. Kızamık ve KKK aşıları, deltoid kasına subkutan olarak 0,5 ml yapılır, OPV oral olarak 2 damla verilir (WHO, 2004b s.1-30).

2.12. Kaçırılmış Aşı Fırsatı

Aşılama oranlarının istenilen düzeye ulaşamamasının başlıca nedeni kaçırılmış aşı fırsatlarıdır. Kaçırılmış aşı fırsatı; herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurduğunda, aşılanmaya gereksinimi olmasına ve aşı ile ilgili bir kontrendikasyonu bulunmamasına rağmen, o kişinin aşılanmaması durumudur. Kaçırılmış aşı fırsatının görülme oranı %7-70 arasında değişmektedir. Sağlık personeli ile çocuğun karşılaşması aşılama için bir fırsattır ve mutlaka değerlendirilmelidir (Bardanheir ve ark., 2004b; Kum-nji ve ark., 1995).

Aşı fırsatının kaçırılmasının nedenlerinin bir bölümü sağlık kurumuna bağlı, diğer bölümü ise aile ve toplum kaynaklıdır.

2.12.1. Sağlık Kurumuna Bağlı Nedenler

- 1- Bölgede yeterli sağlık ocağının bulunmaması ya da dengesiz dağılımı nedeni ile ulaşım problemi
- 2- Tedavi edici kurumlarda (hastaneler, poliklinikler) koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi

- 3- Aşılama hizmetlerine uygun fizik yapının hazırlanmaması, uzun bekleme sürelerinin olması
- 4- Başvuru sayısının fazla olması nedeniyle hastalara yeterli dikkatin ve ilginin gösterilmemesi
- 5- Doktorun aşı uygulama konusunda gönülsüz davranması
- 6- Aşığı yapacak sağlık personelinin sayıca yetersizliği
- 7- Sağlık personelinin aşılama konusunda bilgi ve/veya motivasyon eksikliği
- 8- Sağlık personelinin çocukların aşılama durumlarını rutin olarak araştırmaması ve önerilen aşılarda sunmaması
- 9- Gereken tüm aşılarda yaşa ve özel duruma göre uygulanmaması
- 10- Aşılama hizmetinde yanlış kontrendikasyonlarla hareket edilmesi
- 11- Eksik aşıları çocuklara hızlandırılmış aşı şemasının uygulanmaması
- 12- Eşzamanlı aşı uygulamalarından kaçınılması
- 13- Tasarruf amacıyla çoklu dozlu aşı flakonlarının az sayıda kişi için açılmaması
- 14- Aşı kayıtlarının eksikliği
- 15- Aşı kartlarının hazırlanmaması, aileye bunu yanlarında taşımasının önemini anlatılmaması
- 16- Aile ve sağlık personeli arasındaki iletişim eksikliği
- 17- Aşı üretiminin olmaması, ithal aşılarla bağımlı kalınması nedeniyle zaman zaman aşı sıkıntısı çekilmesi

2.12.2. Aile-Toplum Kaynaklı Nedenler

- 1-Hızlı nüfus hareketleri (iç ve dış göçler)
- 2-Sağlık kurumu ile yeterli iletişim kurulamaması
- 3-Aşıların yararı ve istenmeyen etkileri konusunda yeterli bilginin olmaması
- 4-Aşı karşıtı görüşler (medya ve toplumlar tarafından yanlış bilgilendirme)
- 5-Batıl inançlar
- 6-Sağlık personeline güvensizlik
- 7-Rutin aşıların kamusal kurumlarda ücretsiz yapılmasına karşın, hizmeti talep etmeme, aşılama hizmetinden yararlanmamadır (MC. Connochie ve ark.,1992; Santolini ve ark. 1998).

Kaçırılmış fırsatları önlemek için sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bunlar;

- 1-Aşılama hizmetleri ulaşılabilir olmalıdır.
- 2-Aşılamalar mümkün olduğunca sağlık merkezlerinde yapılmalı ve sağlık hizmeti veren diğer merkezlerle koordinasyon içinde olmalıdır.
- 3-Aşılama önündeki engeller saptanmalı ve en aza indirilmelidir.
- 4-Aşı uygulamasında görevli sağlık çalışanları yeterli bilgiye sahip olmalı ve sürekli eğitim sürecinde yer almalıdır.
- 5-Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları aynı anda yapılması önerilen aşılarından mümkün olanların hepsini yapmalıdırlar.
- 6-Aşı kayıtları doğru ve eksiksiz tutulmalı, kolay ulaşılabilir olmalıdırlar. Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları, aileleri ellerinde bulunan aşı kartlarının yeni kayıtların tutulabilmesi için her kontrolde getirmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler.
- 7-Sağlık kurumlarına herhangi bir nedenle başvuran 5 yaş altı çocukların aşılama durumlarının sorgulanması ve eksik olanların tamamlanması yoluna gidilmelidir.
- 8-Tüm sağlık çalışanları her muayenede çocuğun sağlık ve aşılama durumunu ve gereken aşıları gözden geçirmelidir.
- 9-Sağlık çalışanları sadece tıbbi olarak kabul edilen kontrendikasyonlar açısından hastaları değerlendirmeli ve takip etmelidirler.
- 10-Aileler kolay anlaşılır ve kültürel düzeye uygun bir şekilde aşı yararları ve riskleri açısından eğitilmelidirler.
- 11-Aşılama hizmeti sunan sağlık uzmanları, aşı saklanması ve uygulanması için doğru yöntemleri uygulamalıdırlar.
- 12-Birinci basamak sağlık kurumlarında aşı uygulamaları her gün yapılmalı, aşı için gelen kişiler geri gönderilmemelidirler.
- 13-Aşı temininde güçlük yaşanmaması için, dışarıya bağlı kalınmaması, her ülkenin kendi aşısını üretebilecek donanıma sahip olması gerekmektedir.

2.13. Aşı Kayıtlarında Yaşanan Sorunlar

Aşılama oranlarının eksik kalmasının bir nedeni de aşı kayıtlarının doldurulmasında yapılan yanlışlıklar ve eksikliklerdir. En çok yapılan yanlışlıklar;

- 1-Mahalle yada sokağa göre dosyalama yerine soyadına göre dosyalamak.
- 2-Her hafta yeni form 012 açmak.
- 3-Form 012'lere ait olduğu sağlık ocağı yada mahalle, adres yazmamak
- 4-Çocuğun doğum tarihi yerine yaşını yazmak
- 5-Yapılan aşığı form 012'ye kayıt etmemek
- 6-Yapılan aşının kaçınıcı doz olduğunu belirtmemek (tüm aşılardan 1. doza yada 2. doza yazılması gibi)
- 7-Aşıların başka deftere kayıt edilip (bu kayıt çoğu bilgiyi içermemekte) sonra form 012'ye geçirmek

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde 63 Sağlık Ocağından Ekim-2000 tarihinde gönderilen aşı sonuçları çizelgesinin (form 013) incelenmesi ile sıklıkla saptanan yanlışlıklar şöyledir;

- 1- %86,2'sinde hedef nüfus belirtilmemiş
- 2- %12'sinde sağlık ocağının adı yazılmamış
- 3- %29,3'ünde yapılan aşılardan yaş gruplarına göre dağıtılmamış
- 4- %5,2'sinde yapılan 2. veya 3. dozlar 1. doza yazılmış
- 5- %10,3'ünde aşılardan flakom olarak değil doz olarak yazılmış
- 6- %27,6'sında geçen aydan devreden, açılan flakom ve bu aya devreden aşı miktarları birbirini tutmuyor
- 7- %13,8'inde yapılan aşı sayısı açılan flakom sayısına göre uydurulmuş
- 8- %12,1'inde yapılan aşı dozu açılan flakomların dozundan fazla
- 9- %94,8'inde fire yüzdesi hesaplanmamış
- 10- %18,9'unda bu ay aşı yapılmamış
- 11- %5,2'sinde bu ay aşı sonucu (form 013) gelmemiş
- 12- %8,6'sında Mop-up'ta yapılan polio aşıları form 013'lere işlenmiş

Aşıya devamsızlığa neden olan çeşitli nedenler şunlardır;

- 1- Düzenli ev ziyaretlerinin olmaması
- 2- Bir sonraki aşının ne zaman yapılacağını da içeren aşı sonrası eğitimin yapılmıyor olması
- 3- Aşı kartlarının doldurulmaması
- 4- Aşı kartlarının yanlış doldurulması yada kartın önemi konusunda annelere eğitim verilmemesi

5- Aşı olmadığından çocuğun geri çevrilmesi (Ertem, 2001).

Aşılanan kişilerle ilgili bilgiler şu formlara kaydedilir;

- Form 012 A, 0-59 Ay Aşı Kayıt Fişi
- Form 012 B, 5 Yaş Üzeri Aşı Kayıt Fişi
- Form 006, Bebek ve Çocuk İzleme Fişi
- Form 004, Kişisel Sağlık Fişi
- Form 005, Gebe- Loğusa İzleme Fişi
- Aşı Kartı
- Form 013, Aşı Sonuç Çizelgesi

Genel olarak, aşılanan kişiler iki yere kaydedilir; izleme kartları (çocuk, gebe) ve kişisel sağlık fişleri. Ayrıca form 012’de yaşı yapılanların tek tek adları yazılır. Ay sonunda bu kayıtlar form 013 aşı sonuç çizelgesine kaydedilir (Öztekin, 2004).

2.13.1. Aşı Oranı Formülü:

$$\text{Yüzde Aşı Oranı} = \frac{\text{Bir yaş altındaki çocuklara verilen aşı doz sayısı}}{\text{Bir yaş altındaki çocukların nüfusu (hedef nüfus)}} \times 100$$

2.13.2. Aşıya Devamsızlık Formülü:

$$\text{Toplam Devamsızlık Oranı} = \frac{\text{BCG aşı oranı} - \text{Kızamık aşı oranı}}{\text{BCG aşı oranı}} \times 100$$

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi

Bu, olgu-kontrol tipte bir çalışmadır. Araştırma Diyarbakır ili 8 merkez sağlık ocağında ve bunlara bağlı 3 köyde yürütülmüştür. Bu ocaklar kura ile belirlenmiştir. Diyarbakır 15.058 km² yüzölçümü ve 2005 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 1.366.063 nüfusuyla Güneydoğu Anadolu Bölgesinin önemli kentidir. Diyarbakır'ın Malatya, Elazığ, Bingöl, Muş, Mardin, Urfa, Batman ve Adıyaman illeriyle komşulukları vardır. İl sınırları içinde toplam 13 ilçe, 32 belde, 750 köy mevcuttur. İlde yoğun olarak yaşanan iç ve dış göçler nedeniyle nüfus yapısı sürekli değişmektedir (DSM, 2007). İlin yoğun göç alması ve nüfus artışı hızının Türkiye ortalamasının üzerinde olması nedeniyle (Türkiye ortalaması yıllık nüfus artış hızı binde 14.74 iken, Diyarbakır'da binde 22.13 tür) kent merkezinde başta sağlık, eğitim, konut ve istihdam olmak üzere çok boyutlu sorunlar ortaya çıkmıştır. İşsizlik giderek artmış, işsizlik oranı genelde %14'e, şehir merkezinde %30'a, ilçe merkezin ise %43'e ulaşmıştır. Kişi başına GSYİH'sında 1.313 dolar ile Türkiye sıralamasında 54. sırada yer almaktadır. 2003 yılında DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) tarafından yapılan araştırmada sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında 63. sırada bulunmaktadır. Kilometre kareye düşen insan sayısı Türkiye ortalaması 88 iken Diyarbakır'da bu sayı 90 dır. Kadın ve çocuklarda, erkeklerle kıyaslandığında sorunların çok daha fazla olduğu bilinmektedir (Diyarbakır Valiliği, 2007). Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü 2006 verilerine göre Diyarbakır'da erkeklerin %15'i kadınların %35'i okur yazar değildir (DSM, 2007).

Diyarbakır'da 0-12 aylık bebek sayısı 32.233 kadar olduğu İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından bulunmuştur. Diyarbakır'da kaba doğum hızı yine İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre binde 20.8 bulunmuştur.

Kentte 1.5-5 yaş arası çocuk sayısı 197.047 dir. Araştırmamızı yaptığımız 8 sağlık ocağı bölgesindeki 1.5-5 yaş nüfus 6.805 olarak tespit edilmiştir (DSM, 2007). Bölgede bağışıklama hizmetleri diğer bölgelere göre yetersiz durumdadır ve aşıya devamsızlık oranı çok yüksektir. 2001 yılı aşılama oranlarına baktığımızda Diyarbakır'da BCG, DBT-3, OPV-3, Kızamık, HBV-3 için sırasıyla aşılama oranları %42, %56, %52, %67, %34 tür. Bu oranlar Türkiye genelinde sırasıyla %82, %83, %83, %84, %72 dir. 2005 yılı verilerinde ise Diyarbakır için sırasıyla aşılama

oranları %88, %83, %83, %72, %66'ya yükselmiştir. Bu oranlar Türkiye için sırasıyla %88, %90, %90, %91, %85 tir. DBT-1/DBT-3 için aşıya devamsızlık 2001 yılı verilerine göre Diyarbakır'da %34.6 iken Türkiye genelinde %8.1 olarak belirlenmiştir. DBT-1/Kızamık (aşıya tam devamsız) için aşıya devamsızlık ise Diyarbakır'da %22.6 iken Türkiye genelinde %6.9 dur. Bu oran 2005 yılı verilerine göre DBT-1/DBT-3 için Diyarbakır'da %14,0, Türkiye'de %3,0, DBT-1/Kızamık için Diyarbakır'da %26, Türkiye'de %2 olarak tespit edilmiştir (TSHGM, 2001; TSHGM, 2005). Görüldüğü gibi bağışıklama oranları çalışmanın yapıldığı Diyarbakır ilinde Türkiye ortalamasından daha düşüktür. Bunun yanında bu araştırmanın konusu olan aşıya devamsızlık oranları da Türkiye ortalamasından oldukça yüksektir.

Diyarbakır'da 2000-2007 yılları arasında yıllara göre sağlık ocakları ve sağlık evlerinin sayısı ve açık-kapalı olma durumları Tablo 3.1.'de verilmiştir. Tablodan da görüldüğü gibi 2000 yılında sağlık evlerinin sadece %14.5'i açık iken bu oran yıllarca düşük düzeyde sürmüştür. Günümüzde sağlık evlerinin % 68.2'sinin açık olduğu belirlenmiştir. %31.8'i onarım veya personel yokluğu nedeniyle kapalı bulunmaktadır. İlde 2000 yılında 77 sağlık ocağı varken ve bunların %88.3'ü açıkken günümüzde bu rakam 95'e çıkmış ve %100'ü açık ve faal durumda olduğu belirtilmiştir. Bunların dışında ilde toplam 4 adet AÇS/AP merkezi, 4 adet Verem Savaş Dispanseri mevcuttur. İl genelinde sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇS/AP Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserinde toplam 304 doktor, 346 hemşire, 409 ebe hizmet vermektedir. Böylece birinci basamak sağlık kurumlarında doktor , hemşire ve ebe başına ortalama sırasıyla 4493, 3948 ve 3340 kişi düşmektedir (DSM, 2007).

Tablo 3.1. Diyarbakır ilinde yıllara göre açık olan sağlık ocağı ve sağlık evlerinin oranı (DSM,2007).

Yıllar	Toplam sağlık ocağı sayısı	Açık sağlık ocağı sayısı (%)	Toplam sağlık evi sayısı	Açık sağlık evi sayısı (%)
2000	77	68 (%88.3)	110	16 (%14.5)
2001	78	69 (%88.5)	110	16 (%14.5)
2002	79	70 (%88.6)	110	18 (%16.4)
2003	82	75 (%91.4)	115	20 (%18.2)
2004	84	77 (%91.6)	113	31 (%28.2)
2005	89	83 (%93.2)	111	39 (%35.5)
2006	93	93 (%100)	104	65 (%59.1)
2007	95	95 (%100)	104	75 (%68.2)

3.2. Veri Toplama

Veri toplamada, kura ile belirlenen 8 sağlık ocağında bulunan form012 (Aşı kayıt fişi) kayıtları kullanılmıştır. Aşıya devamsız çocuklar çalışmanın olguları olarak alınmıştır. Bu kayıtlardan, 350 aşıya devamsız çocuğa ulaşınca kadar ev ziyaretleri yapılmıştır. Aşı kayıtlarında aşıya devamsız çocukların adresinde olmaması nedeniyle 385 kadar ev ziyaret edilmiştir. Kontrol grubu olarak aynı sağlık ocağı bölgelerinden her aşıya devamsız çocuğa bir kontrol olacak şekilde aynı yaş grubundan çocuklar seçilmiştir.

3.2.1. Annelerle Görüşme:

Araştırma verileri ailelere yönelik yüz yüze görüşme yöntemiyle oluşturulmuş görüşme formları yardımıyla Mayıs 2006-Temmuz 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. 0-12 aylık aşılama programındaki aşıları tamamlanmış olması gerektiği için çalışmaya 1,5-5 yaş arası çocuklar alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen çocuklara evlerinde ulaşılmıştır. Anneler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış, onayları alınmıştır. Annelere, anket formundaki soruları sorma nedenimiz açıklanmış, verdikleri cevaplar nedeniyle kendilerini yargılayıcı bir tutumdan kaçınılmış, sağlık ocağında çalışmadığımız konusunda ikna edilmiştir. Araştırma

kapsamına alınan çocukların annelerine veya bazı çocukların bakıcılarına yüz yüze görüşülerek anket formundaki sorular sorulmuştur. Eksik aşıları çocukların aileleri çocuğun aşılarını tamamlaması için sağlık ocağına yönlendirilmiştir.

Çalışmada eve gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan veya bir uğraşta bulunmayan anneler “çalışmıyor” , eve gelir getiren bir işte çalışan veya bir uğraşta bulunan anneler ise “çalışıyor” olarak değerlendirilmiştir. Düzenli bir işte çalışmayan babalar “işsiz-serbest” olarak değerlendirilmiştir. Anne-baba ve çocukların yaşadığı aileye “çekirdek aile”, anne-baba, çocuklar ve en az bir yakının (nine, dede, hala, amca vs.) birlikte yaşadığı aile “geniş aile”, anne-baba ayrı veya ikisinden birinin ölmüş olduğu aileler “parçalanmış aile” olarak değerlendirilmiştir. Annelere çocuğun aşı kartı sorulmuş, aşı kartını gösterenlere “var gösterdi”, var olduğunu söyleyip o anda nereye koyduğunu bilmediği veya arayıp bulamadığı için “var gösteremedi”, sağlık ocağı tarafından verilip kaybedenler için “verildi kaybettiler”, hiçbir zaman aşı kartı verilmediğini söyleyenler için ise “verilmedi” denilmiştir. Annelere 0-12 aylık çocuklara hangi aşılardan yapılır diye sorulmuş, hiçbir müdahale edilmeden söyledikleri aşılardan “spontan” olarak değerlendirilmiş, daha sonra ismini söylemediği aşılardan isimleri söylenerek bunların yapılıp yapılmadığı sorulmuş ve bunlar da “irdeleyerek” şeklinde değerlendirilmiştir. Annelerin çocuğunda aşı sonrası yan etki görülme durumu sorgulandığında ateş, halsizlik, ağrı, döküntü, şişlik, kızarıklık gibi yan etkilerin herhangi birinin görülmesine “yan etki görüldü”, hiç birinin görülmemesine ise “yan etki görülmedi” diye tanımlanmıştır.

3.2.2. Hizmet İle İlgili Veri Toplama:

Sağlık personeline yönelik oluşturulmuş anket forumları onlara gerekli bilgiler verilir, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra onayları alınmış, çalışmaya katılmak isteyenlere anket forumları dağıtılıp cevaplandırdıktan sonra toplanmıştır. Çalışmaya o gün için aşıdan sorumlu sağlık personeli dahil edilmiştir. Diyarbakır ilindeki 2 sağlık ocağının sorumlusu izin vermediği için 2’si dışındaki tüm sağlık ocağı ve Ana-çocuk Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca sağlık personelinin aşı odasında aşı yaparken onlara hissettirilmeden gözlenmesi yoluyla da veriler toplanmıştır. Bu veri toplanırken daha önceden hazırlanan değerlendirme formu kullanılmıştır (Ek-3).

3.2.3. Tanımlar

Tam Aşılı: Ulusal aşı takvimine göre üç doz Hepatit, bir doz BCG, üç doz Polio, üç doz DBT ve bir doz Kızamık aşısı olan çocuklar tam aşılı olarak tanımlanmıştır.

Eksik Aşılı (Aşıya Devamsız): Bu aşılarından en az birini yaptırmamış olanlar eksik aşılı olarak tanımlanmıştır.

Uygulanan anketin özellikleri;

Düzenlenen anket formunda ilk önce çocuğun ebeveynlerine yönelik tanımlayıcı özellikteki sorular sorulmuştur. Bunlar;

- Annenin eğitim düzeyi, mesleği, yaşı
- Babanın eğitimi, mesleği, sosyal güvencesi
- Aile tipi

Daha sonra araştırmaya alınan çocukların özellikleriyle ilgili sorular sorulmuştur. Bu sorular;

- Çocuğun cinsiyeti, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu
- Annenin yaşayan çocuk sayısı
- Sorgulanan çocuğun yaşı

Aşı sonrası sağlık personelinin aileye bilgi verme durumu ile ilgili sorularda ise;

- Aşı yapıldıktan sonra sağlık personelinin bilgi verme durumu
- Aşı sonrası ateş, aşı yerinde ağrı yapabileceği ve bunun normal olduğu
- Aşı sonrası çocuğa ateş düşürücü ilaç önerilme durumu
- Aşı yapıldıktan sonra çocuğun aşıya bir daha ne zaman getirileceği
- Çocuğun aşı kartının olup olmama durumu
- Sağlık ocağındaki aşı günleri

Annelerin aşılarla ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili sorularda ise;

- Bir yaşını doldurmamış bebeğe hangi aşıların yapılacağı (Bu soru önce anneye doğrudan sorularak hiçbir müdahale edilmeden cevap vermesi beklenmiş daha sonra aşılar tek tek sorularak bilip bilmediği araştırılmıştır.)
- Aşının çocuğa zararlı olup olmadığı
- Aşının hastalıklardan koruyup korumadığı
- Aşıların yan etkilerinin olup olmadığı ve bu yan etkilerin neler olduğu

- Aşı ile ilgili bilgileri nereden aldığı
- Çocuğun aşılarının yapıldığı yer
- Evin sağlık ocağına uzaklığı
- Çocuğunda gördüğünü ifade ettiği yan etkiler
- Sağlık ocağında kayıtların doğruluğu

Ayrıca sadece eksik aşılı çocukların annelerine,

- Çocuğun aşılarının eksik kaldığını bilme durumu
- Ailenin çocuğun aşılarını tamamlatmama nedenleri sorulmuştur.

Sağlık personeline uygulanan anket formunda ise;

- Yaş, cinsiyet, görevi ve çalıştığı süre
- Sağlık ocağına aşıların düzenli gelip gelmediği
- Aşı yaptırmaya gelenlere aşı eğitimi yapma durumu
- Aşı kayıtlarını düzenli tutma durumu
- Aşı yaptırmaya gelenlere aşı kartı verme durumu
- Sağlık ocağında aşı karşılığında para alma durumu
- Ocakta soğuk zincir kurallarına uyma durumları
- Form 012'yi doldurma güçlükleri
- Bölgedeki gebe kadınları izleme durumları
- Sağlık ocağındaki aşı günleri
- Mezuniyet sonrası aşı ile ilgili eğitim alma durumları ve bu eğitimi ne zaman ve nereden aldıkları
- Ailelerin çocuklarını aşıya getirmeme nedenleri hakkındaki görüşleri alınmıştır.

Gözlem yöntemiyle de oluşturulan bir form ile personelin aşılama sırasındaki tutum ve davranışları tespit edilmiştir.

3.3.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yüzdeler, vaka grubunda ve kontrol grubunda ayrı ayrı hesaplanmıştır. İncelenen faktörlerin vaka grubundaki sıklığı kontrol grubundaki ile karşılaştırılmasının daha anlamlı olacağına karar verilmiştir. Eksik aşılarla tam aşıların özellikleri frekans tablolar yapılarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalarda Ki-kare analizi yapılmıştır. Eksik aşıllığı etkilediği düşünülen faktörler için tahmini

rölatif riskler ve bu risklere ait %95 güven aralığı (%95 G.A.) hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenin ordinal olduğu durumlarda referans grup ile diğer gruplar tek tek karşılaştırılmış ve referans gruba göre tahmini rölatif riskler hesaplanmıştır. Tüm bu hesaplamalarda Epi info 2000 (CDC Atalanta-USA) kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olduğu ve G.A. %95 1'i içermediği durumlarda gruplar arası farkın anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubuna alınan aşıları eksik 350 çocuk ile kontrol grubu olarak alınan 350 tam aşılu çocuğun ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Annelerin eğitim durumuna bakıldığında aşıları eksik çocukların annelerinin 218'i (%62.3) okuryazar değil, 38 'i (%10.9) okur yazar iken aşıları tam olan çocukların ise 140'ı (%40.0) okuryazar değil, 53'ü (%15.1) okuryazar olduğu gözlenmiştir. Okur yazar olmayan annenin çocuğunun eksik aşılu olma riski 14.3 kat (%95 GA:5.29-42.05) bulunmuştur. Annenin mesleğine bakıldığında aşıları eksik çocukların annelerinin 11'i (%3.1) çalışırken, aşıları tam olan çocukların annelerinin 30'u (%8.6) çalıştığı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaşlarına bakıldığında aşıları eksik olan çocukların anneleriyle tam aşılu çocukların annelerinin yaş dağılımının farklı olmadığı gözlenmiştir. Eksik aşılu çocukların annelerinin 67'si (%19.1) 19-25 yaş grubunda, 193'ü (%55.2) 26-35 yaş grubundadır, aşıları tam olan çocukların annelerinin 90'ı (%25.8) 19-25 yaş grubunda, 188'i (%53.6) 26-35 yaş grubundadır.

Babaların eğitim durumuna bakıldığında, aşıları eksik olan çocukların babalarının 47'si (%13.4) okuryazar olmadığı, tam aşılu çocukların babalarının 23'ü (%6.9) okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Baba eğitimi iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Okur yazar olmama eksik aşılu olma riskini 7,66 kat (GA: 2,80-21,65) arttırmıştır. Babaların mesleğine bakıldığında, aşıları eksik olan çocukların babalarının 157'si (%44.9) işsiz veya serbest çalışıyor, 17'si (%4.9) memurdur, tam aşılu çocukların babaları ise 121'i (%34.7) işsiz veya serbest çalışıyor, 37'si (%10.6) memur olarak çalışmakta olduğu saptanmıştır ($p<0,0007$ ve $p=0.03$). Babanın sosyal güvencesine bakıldığında, aşıları eksik olan çocukların babalarının 172'si (%49.2) yeşil kartlı, 82'sinin (%23.4) herhangi bir sağlık güvencesi yok, aşıları tam çocukların babalarının ise 167'si (%47.7) yeşil kartlı, 64'ünün (%18.3) hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiş ve sosyal güvence ile eksik aşılu olma arasında ilişki saptanmıştır. Sosyal güvence olmaması eksik aşıllılığı 3,11 kat (%95 G.A.= 1,46-6,69) arttırdığı, aynı durumun yeşil kartlılarda 2,50 (1,25-5,09), SSK-Bağkurlularda 2,34 (1,12-4,97) kat olduğu saptanmıştır ($p=0,001$, 0,005, 0,01). Aşıları eksik çocukların 270'inin (%77.1), aşıları tam çocukların ise 257'sinin (%73.4) çekirdek ailede yaşadığı anlaşılmıştır ($p=0,25$).

Tablo 4.1. Araştırmaya alınan çocukların ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikleri

	Aşılari Eksik(Olg u Grubu)	Aşılari Tam(Kont rol Grubu)	Toplam	Odds (%95)	Güven Aralığı	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)			
Anenin eğitimi						
O.Y.D	218 (62,3)	140 (40,0)	358 (51,1)	14,33(5,29-42,05)		<0,0001
O.Yazar	38 (10,9)	53 (15,1)	91 (13,0)	6,60(2,23-20,89)		<0,0001
İlkokul	78 (22,3)	96 (27,4)	174 (24,9)	7,42(2,68-22,53)		<0,0001
Ortaokul	11 (3,1)	15 (4,3)	26 (3,7)	6,75(1,77-27,10)		0,0008
Lise/ Y.O	5 (1,4)	46 (13,2)	51 (7,3)	1		
Anenin mesleği						
Çalışıyor	11 (3,1)	30 (8,6)	41(5,9)	1		
Çalışmıyor	339 (96,9)	320 (91,4)	659 (94,1)	2,89(1,36-6,24)		0,002
Anenin yaşı						
19-25 yaş	67 (19,1)	90 (25,8)	157 (22,4)	1		
26-35 yaş	193 (55,2)	188 (53,6)	381 (54,4)	1,38(0,93-2,04)		0,09
36-45 yaş	85 (24,2)	69 (19,7)	154 (22,0)	1,65(1,03-2,66)		0,03
46 ve üzeri yaş	5 (1,5)	3 (0,9)	8 (1,2)	2,24(0,45-12,32)		0,27
Bbanın eğitimi						
O.Y.D	47 (13,4)	23 (6,9)	70 (10,1)	7,66(2,80-21,65)		<0,0001
O.Yazar	39 (11,1)	41 (11,7)	80 (11,4)	3,57(1,35-9,67)		0,004
İlkokul	178 (50,9)	165 (47,0)	343 (49,0)	4,05(1,71-9,88)		0,0003
Ortaokul	41 (11,7)	33 (9,4)	74 (10,6)	4,66(1,74-12,79)		0,0005
Lise	37 (10,6)	58 (16,5)	95 (13,6)	2,39(0,92-3,60)		0,05
Yüksekokul	8 (2,3)	30 (8,6)	38 (5,4)	1		
Babanın mesleği						
İşsiz-Serbest	157 (44,9)	121 (34,7)	280 (39,8)	2,82(1,46-5,51)		0,0007
İşçi-Küçük İşlt.	176 (50,3)	192 (54,8)	368 (52,6)	2,0(1,04-3,84)		0,03
Sahibi						
Memur	17 (4,9)	37 (10,6)	54 (7,7)	1		
Babanın sosyal güvencesi						
Emekli Sandığı	14 (4,0)	34 (9,7)	48 (6,9)	1		
SSK/Bağkur	82 (23,4)	85 (24,3)	167 (23,9)	2,34(1,12-4,97)		0,01
Yeşil Kart	172 (49,2)	167 (47,7)	339 (48,4)	2,50(1,24-5,09)		0,005
Yok	82 (23,4)	64 (18,3)	146 (20,8)	3,11(1,46-6,69)		0,001
Aile tipi						
Çekirdek Aile	270 (77,1)	257 (73,4)	527 (75,3)	1		
Geniş Aile	76 (21,7)	93 (26,6)	169 (24,1)	0,82(0,57-1,17)		0,25
Parçalanmış Aile	4 (1,2)	0	4 (0,6)			
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700(100,0)			

Araştırmaya alınan çocukların özellikleri Tablo 4.2.'de gösterilmiştir. Aşıları eksik olan çocukların 165'i (%47.1), tam aşıları çocukların 176'sı (%50.3) kız olduğu belirlenmiştir. Eksik aşıları çocukların 44'ü (%12.6) ailenin ilk çocuğu, 167'si (%47.7) 2-4. çocuk, 43'ü (%12.3) 8. ve daha üzeri sıralamadır, tam aşıları çocukların 87'si (%24.9) ailenin ilk çocuğu, 185'i (%52.9) 2-4. çocuk, 14'ü (%4.0) 8 ve daha üzeri sıralamadır. Çocuğun sırası ile eksik aşıları olma arasında ilişki saptanmış, 8. çocuk olma eksik aşıları olma riskini 6,07 (%95 GA: 2,85-13,09) kat arttırdığı saptanmıştır ($p<0,0001$). Eksik aşıları çocukların annelerinin 149'unun (%42.6) yaşayan çocuk sayısı 1-3, 44'ünün (%12.6) 8 ve daha fazla, tam aşıları çocukların annelerinin ise 206'sının (%58.9) 1-3, 19'unun (%5.4) 8 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Annenin yaşayan çocuk sayısı ile eksik aşıları olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,0005$, $p<0,0001$)

Çocuğun yaş ortalamasına bakıldığında, aşıları eksik olan çocukların 124'ü (%35.4) 18- 30 ay grubunda, 173'ü (%49.4) 31-48 ay grubunda, 53'ü (%15.2) 49 ay ve üzeri grubundadır, tam aşıları çocukların 124'ü (%35.4) 18-30 ay grubunda, 178'i (%50.9) 31-48 ay grubunda, 48'i (%13.7) 49 ay ve üzeri grubundadır. Çocukların yaşları ile aşı durumları arasında istatistiksel bir fark olmadığı hesaplanmıştır. ($p=0,86$, $P=0,67$)

Tablo 4.2. Araştırmaya alınan çocukların özellikler

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
çocuğun cinsiyeti					
Kız	165 (47,1)	176 (50,3)	341 (48,7)	0,88(0,65-1,20)	0,40
Erkek	185 (52,9)	174 (49,7)	359 (51,3)	1	
ailenin kaçınıcı çocuğu					
1.	44 (12,6)	87 (24,9)	131 (18,7)	1	
2-4.	167 (47,7)	185 (52,9)	352 (50,3)	1,78(1,15-2,77)	0,006
5-7.	96 (27,4)	64 (18,3)	160 (22,9)	2,97(1,78-4,94)	<0,0001
8.	43 (12,3)	14 (4,0)	57 (8,2)	6,07(2,85-13,09)	<0,0001
annenin yaşayan çocuk sayısı					
1-3 Çocuk	149 (42,6)	206(58,9)	335 (50,7)	1	
4-7 Çocuk	157 (44,9)	125(35,7)	282 (40,3)	1,74(1,25-2,41)	0,0005
8 ve üzeri	44 (12,6)	19(5,4)	63 (9,0)	3,20(1,74-5,95)	<0,0001
çocuğun yaşı					
18-30 aylık	124 (35,4)	124 (35,4)	248 (35,4)	1	
31-48 aylık	173 (49,4)	178 (50,9)	351 (50,2)	0,97(0,69-1,36)	0,86
49 aylık ve üzeri	53 (15,2)	48 (13,7)	101 (14,4)	1,10(0,68-1,80)	0,67
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.3.'te ailenin ifadesine göre aşı yapıldıktan sonra sağlık personelinin aileye bilgi verme durumu gösterilmiştir. Aşıları eksik çocukların annelerinin 304'üne (%86.9), tam aşıları çocukların annelerinin 331'ine (%94.6) sağlık personeli tarafından bilgi verilmiştir. Bilgi verildiğini ifade etme eksik aşılarında daha düşüktür ($p=0,0004$, odds ratio: 2,64 , %95 GA: 1,46-4,78)

Aşıları eksik çocukların annelerinin 291'ine (%83.1) aşı yapıldıktan sonra aşının ateş, aşı yerinde ağrı yapabileceği ve bunun normal olduğu söylenmiş, tam aşıları çocukların annelerinin 312'sine (%89.1) söylenmiştir. Eksik aşıları çocukların 302'sine (%86.3) aşı sonrası çocuğa aspirin ya da ateş düşürücü ilaç tavsiye edilmiş, tam aşıları çocukların 317'sine (%90.6) tavsiye edilmiştir ($p=0,07$). Aşıları eksik çocukların annelerinin 260'ına (%74.3) çocuğu aşıya bir daha ne zaman getireceği söylenmişken, tam aşıları çocukların annelerinin 310'una (%88.6) söylenmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($P<0,0001$)

Eksik aşıllı çocukların 164'ünün (%46.9) annelerinde aşı kartının olduğu ve gösterdiği, 121'inin (%34.6) aşı kartı verilmiş ama kaybetmiş olduğu, 38'ine (%10.9) aşı kartı verilmemiş olduğu gözlenmiştir. Bu durum tam aşıllılarla karşılaştırıldığında aşı kartı verilmemiş olma tam aşıllılarda belirgin olarak düşük bulunmuştur. (9 kişi (%2,6), $p<0,0001$, odds ratio: 5,92, %95 GA: 2,66-13,56). Eksik aşıllı çocukların bağlı olduğu sağlık ocaklarının 50'sinde (%14.3) her gün aşı yapılırken, tam aşıllı çocukların bağlı olduğu sağlık ocağının 57'sinde (%16.3) her gün aşı yapıldığı belirlenmiştir ($p=0,46$).

Tablo 4.3. Aşı sonrası sağlık personelinin aileye bilgi verme durumu

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Aşıdan sonra sağlık personeli bilgi verdi mi?					
Evet	304 (86,9)	331 (94,6)	635 (90,7)	1	
Hayır	46 (13,2)	19 (5,4)	65 (9,3)	2,64(1,46-4,78)	0,0004
Aşıdan sonra aşının ateş,aşı yerinde ağrı yapabileceği ve bunun normal olduğu söylendi mi?					
Evet	291 (83,1)	312 (89,1)	603 (86,1)	1	
Hayır	59 (16,9)	38 (10,9)	97 (13,9)	1,66(1,05-2,64)	0,02
Aşıdan sonra aspirin yada ateş düşürücü ilaç tavsiye edildi mi?					
Evet	302 (86,3)	317 (90,6)	619 (88,5)	1	
Hayır	48 (13,7)	33 (9,4)	81 (11,6)	1,53(0,93-2,51)	0,07
Aşıdan sonra aşıya bir daha ne zaman getireceğiniz söylendi mi?					
Evet	260 (74,3)	310 (88,6)	570 (81,4)	1	
Hayır	90 (25,8)	40 (11,4)	130 (18,6)	2,68(1,75-4,12)	<0,0001
Çocuğun aşı kartı var mı?					
Var Gösterdi	164 (46,9)	230 (65,7)	394 (56,3)	1	
Var Gösteremedi	27 (7,7)	42 (12,0)	69 (9,9)	0,90(0,52-1,57)	0,69
Verildi Kaybetti	121 (34,6)	69 (19,7)	190 (27,1)	2,46(1,69-3,57)	<0,0001
Verilmedi	38 (10,9)	9 (2,6)	47 (6,7)	5,92((2,66-13,56)	<0,0001
S.O.'daki aşı günleri					
Hergün	50 (14,3)	57 (16,3)	107 (15,3)	1	
Belirli Günler	300 (85,7)	293 (83,7)	593 (84,7)	1,17(0,76-1,80)	0,46
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.4.'te annelerin 0-12 aylık bebeklerine yapılan aşıları bilme durumları görülmektedir. Çocukların annelerine bir yaşını doldurmamış bebeğe hangi aşılar yapıldığı sorulmuş ve onlara müdahale edilmeden spontan cevapları

değerlendirilmiştir. Buna göre eksik aşıları çocukların annelerinin 181'i (%51,7), aşıları tam olan çocukların annelerinin 97'si (%27,7) hiçbir aşırı spontan olarak sayamadığı gözlenmiştir. Spontan olarak aşıları sayabilme bakımından eksik aşılarla tam aşılar arasında istatistiksel olarak fark saptanmış ($p<0,0005$) ve odds ratio spontan hiçbir aşırı sayamayanlarda 9,86 (4,02-25,27) olarak hesaplanmıştır. Aynı durum irdeleyerek sorulduğunda da hiçbir aşırı bilmeme bakımından eksik aşılarla (%21,7) tam aşılar (%8,6) arasında fark olduğu bulunmuştur ($p<0,0001$, odds ratio: 3,69, %95 GA: 2,22-6,14).

Tablo 4.4. Annelerin 0-12 aylık çocuklara yapılan aşıları bilme düzeyleri

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Bir yaşını doldurmamış bebeğe hangi aşılar yapılır(spontan)					
Bilmiyor	181 (51,7)	97 (27,7)	278 (39,7)	9,86(4,02-25,27)	0,0005
Birini biliyor	37 (10,6)	31(8,9)	68 (9,7)	6,31(2,28-18,09)	0,00004
İkisini biliyor	59 (16,9)	72 (20,6)	131 (18,7)	4,33(1,69-11,54)	0,0005
Üçünü biliyor	51 (14,5)	84 (23,9)	135 (19,3)	3,21(1,25-8,56)	0,007
Dördünü biliyor	15 (4,3)	29 (8,3)	44 (6,3)	2,73(0,89-8,62)	0,05
Hepsini biliyor	7 (2,0)	37 (10,6)	44 (6,3)	1	
Bir yaşını doldurmamış bebeğe hangi aşılar yapılır(irdeleyerek)					
Bilmiyor	76 (21,7)	30 (8,6)	106 (15,1)	3,69(2,22-6,14)	0,00001
Birini biliyor	20 (5,7)	23 (6,6)	43 (6,2)	1,27(0,64-2,52)	0,46
İkisini biliyor	40 (11,4)	40 (11,4)	80 (11,4)	1,46(0,86-2,46)	0,13
Üçünü biliyor	48 (13,7)	39 (11,1)	87 (12,4)	1,79(1,08-2,98)	0,02
Dördünü biliyor	41 (11,8)	36 (10,3)	77 (11,0)	1,66(0,97-2,82)	0,05
Hepsini biliyor	125 (35,7)	182 (52,0)	307 (43,9)	1	
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Annelerin aşı hakkındaki görüşleri Tablo 4.5.'te görülmektedir. Aşıları eksik çocukların annelerinin 67'si (%19.1), tam aşılı çocukların annelerinin 33'ü (%9.4) aşının çocuğa zarar verdiğini belirtmişlerdir. Bu görüşle eksik aşılı çocuk grubuyla tam aşılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,0002$). Eksik aşılı çocukların annelerinin 46'sı (%13.1) aşının çocuğu hastalıklardan koruduğuna inanmadığını belirtmiştir. Bu durum çocuğu tam aşılı annelerde daha düşük sıklıktadır (11anne %3,1) ($p<0,0001$). Aşıların yan etkilerinin olabileceği görüşü her iki grupta birbirine yakın düzeyde çıkmıştır. ($p=0,125$)

Tablo 4.5. Annelerin aşı hakkındaki görüşleri

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
	Sayı(%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
aşı çocuğa zarar verebilir mi?					
Verir	67 (19,1)	33 (9,4)	100 (14,3)	2,27(1,42-3,64)	0,0002
Vermez	283 (80,9)	317 (90,6)	600 (85,7)	1	
aşının çocuğunuzu hastalıklardan koruduğuna inanıyor musunuz?					
Evet	304 (86,9)	339 (96,9)	643 (91,9)	1	
Hayır	46 (13,1)	11 (3,1)	57 (8,2)	4,66(2,28-9,73)	<0,0001
sizce aşıların yan etkileri var mı?					
Evet	192 (54,9)	212(60,6)	404 (57,7)	0,79(0,58-1,08)	0,125
Hayır	158 (45,1)	138 (39,4)	296 (42,3)	1	
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.6.' da annelerin aşı yan etkileri hakkındaki bilgi ve görüşleri görülmektedir. Eksik aşıli çocukların annelerinin 151'i (%43.1) ateş , 20'si (%5.7) aşı yerinde şişlik, tam aşıli çocukların annelerinin 184'ü (%52.6) ateş, 24'ü (%6.9) aşı yerinde şişlik olabileceğini belirtmişlerdir. Aşı yan etkileri konusunda annelerin görüş ve bilgileri birbirine yakın çıkmıştır.

Tablo 4.6. Annelerin aşı yan etkileri hakkındaki bilgi ve görüşleri

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds %95GA	p
Yan etkiler	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Ateş	151 (43,1)	184 (52,6)	335 (47,9)	0,68 (0,50-0,93)	0,012
Halsizlik	38 (10,8)	40 (11,4)	78 (11,1)	0,94 (0,57-1,55)	0,81
Aşı yerinde şişlik	20 (5,7)	24 (6,9)	44 (6,3)	0,82 (0,43-1,58)	0,5
Ağrı	16 (4,6)	26 (7,4)	42 (6,0)	0,60 (0,30-1,18)	0,11
Diğer(Kusma,iştahsızlık, havale, kısırlık,kızarıklık,işhal v.s)	33 (9,4)	46 (13,1)	79 (11,3)	0,69 (0,42-1,32)	0,12
Toplam	258 (73,7)	320 (91,4)	578 (82,6)		

Belirtilen semptomu olmayanlar referans grup olarak alınmış buna göre odds ratio ve %95 GA'ları hesaplanmıştır.

Tablo 4.7.'de çocukların aşılarının yapıldığı yer gösterilmiştir. Eksik aşıli çocukların 186'sının (%53,2) aşıları sağlık ocağında, 74'ünün (%21,2) eve gelip yapıldığı, 1'inin (%0.3) özel doktorunda yapıldığı belirtilmiştir. Tam aşıli grupta sağlık ocağı 200 (%57,2), evde 45 (%12,8), özel doktor 10 (%2,8) aşı yapılma yeri olarak gösterilmiştir. Sağlık ocağında yapılanlara göre hesaplanan odds oranlarına bakıldığında eve sağlık ocağından gelinmesi eksik aşıli olma riskini 1,77 kat (1,14-2,75) arttırdığı (p=0,007) bulunmuştur. Bu durum sağlık personelinin uzak yerlere aşı gezileri planladığı, yakın mahalledekilerin nasıl olsa kendileri getirirler düşüncesini doğurmuştur.

Tablo 4.7. Çocuğun aşılarının yapıldığı yer

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
Yer	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı(%)		
Sağlık Ocağında	186 (53,2)	200 (57,2)	386 (55,2)	1	
Eve sağlık ocağından gelirler	74 (21,2)	45 (12,8)	119 (17,0)	1,77(1,14-2,75)	0,007
Hem sağlık ocağında hem de eve gelirler	89 (25,2)	95 (27,2)	184 (26,3)	1,01(0,70-1,45)	0,96
Özel doktorunda	1 (0,3)	10 (2,8)	11 (1,5)	0,11(0,01-0,82)	0,01
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.8.'de ailelerin adresleri ve sağlık ocağına uzaklığı gösterilmiştir. Eksik aşıları çocukların ailelerinin 49'u (%14,0) 2 yıldan daha az süredir bu adreste oturduklarını bir başka deyişle bu adreste yeni olduklarını belirtmişlerdir. Tam aşıları grupta bu mahallede yeni olma %7,1 (25 kişi) bulunmuştur. Bu adreste yeni olma eksik aşıları olma durumunu etkilediği (odds ratio: 2,31 G.A: 1,29-4,16) saptanmıştır. İkamet ettikleri evin sağlık ocağına uzaklığına bakıldığında, eksik aşıları çocukların 194'ünün (%55,4) evi sağlık ocağına yakın, 74'ünün (%21,1) evi uzak sayılır, 14'ünün (%4,0) evi uzak, 68'inin (%19,4) evi çok uzak olduğu bulunmuştur. Tam aşıları grupta bu oranlar sırasıyla %42,9 (150 kişi), %26,9 (94 kişi), %5,4 (19 kişi), %24,9 (87 kişi) olduğu bulunmuştur. İki grup arasında çok uzak olma bakımından önemli fark bulunmuştur. (p=0,009).

Tablo 4.8. Sağlık ocağına uzaklık

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95,)	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Kaç yıldır bu adreste oturuyor?					
2 yıldan az	49 (14,0)	25 (7,1)	74 (10,6)	2,31 (1,29-4,16)	0,003
2-5 yıl	124 (35,4)	123 (35,2)	247 (35,3)	1,19 (0,81-1,74)	0,35
6-10 yıl	76 (21,7)	83 (23,7)	159 (22,7)	1,08 (0,70-1,66)	0,72
11 yıl ve daha fazla	101 (28,9)	119 (34,0)	220 (31,5)	1	
Evin sağlık ocağına uzaklığı					
Yakın(Yürüyerek 5-10 dk.)	194 (55,4)	150 (42,9)	344 (49,2)	1	
Uzak Sayılır(10-30 dk.)	74 (21,1)	94 (26,9)	168 (24,0)	0,61(0,41-0,90)	0,008
Uzak (Yürüyerek 30-60 dk.)	14 (4,0)	19 (5,4)	33 (4,7)	0,57(0,26-1,24)	0,123
Çok uzak(Yürünemez)	68 (19,4)	87 (24,9)	155 (22,1)	0,60(0,40-0,90)	0,009
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.9.'da aşıların yan etki görülme oranları verilmiştir. Eksik aşıli çocukların 323'ünde (%92.3), tam aşıli çocukların ise 332'sinde (%94.8) herhangi bir yan etki görüldüğü ifade edilmiş bu bakımdan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,16)

Tablo 4.9. Yan etki görülme oranları

	Aşıları Eksik	Aşıları Tam	Toplam	Odds G.A. (%95)	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Yan etki görülen	323 (92,3)	332 (94,8)	655 (93,6)	0,65(0,34-1,25)	0,16
Yan etki görülmeyen	27 (7,7)	18 (5,2)	45 (6,4)	1	
Toplam	350 (100,0)	350 (100,0)	700 (100,0)		

Tablo 4.10. Ailelerin çocuğun aşılarının eksik kaldığını bilme düzeyleri

Cevap	Sayı	%
Evet	262	74,9
Hayır	88	25,1
Toplam	350	100,0

Aşıları eksik çocukların annelerin %74,9'unun (262 anne) çocuklarının eksik aşıları olduğunu bildiği belirlenmiştir. (Tablo 4.10.)

Tüm bunların yanında sağlık ocağında çocukların kayıtları ile aşı kartları arasındaki uyum değerlendirilmiş (Tablo 4.11.), 28 (%4,0) çocuğun sağlık ocağı kayıtlarında eksik aşıları görünmesine karşın kartında tam aşıları olduğu belirlenmiştir. Annenin ifadesi ile aşı kaydının uyumsuz olma durumu 6 çocukta (%0,9) gözlenmiştir.

Tablo 4.11. Sağlık ocağı kayıtlarının doğruluğu

Kayıtlar	Sayı	%
Kayıt ve kart uyumlu	666	95,1
Kayıt ve kart uyumsuz	28	4,0
Kayıtta eksik kartta eksik anne tam	6	0,9
TOPLAM	700	100,0

Eksik aşıları çocukların ailelerin çocuklarının aşılarını tamamlamama nedenleri Tablo 4.12'de verilmiştir. Ailelerin 43'ü (%12.3) sağlık personelinin “bugün çocuğunuz hasta yarın getir” dedikleri için, 69'u (%19.7) çocuğu sürekli hasta olduğu için, 41'i (%11.7) sağlık kurumundakiler kendilerine iyi davranmadıkları için, 39'u (%11.1) sağlık kurumları evlerine çok uzak olduğu için, 42'si (%12.0) sağlık kurumundakiler aşı yok dedikleri için, 76'sı (%21.7) aşı için götürdüğünde aşı günü olmadığı için, 72'si (%20.6) tekrar ne zaman aşıya götüreceğini bilmedikleri için, 69'u (%19.7) aşı çocukta ateş yaptığından başka zararlar da verir diye korktuğu için, 105'i (%30.0) işi olduğu için çocuğu sağlık kurumuna götüremediğinden, 66'sı (%18.9) aşı gününü unuttuklarını sonra çocuk büyüyünce olmaz diye götürmediklerini, 34'ü (%9.7) sağlık kurumundakiler aşı zamanının gelmediğini söyledikleri için yaptırmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.12. Ailelerin çocuklarının aşılarını tamamlamama nedenleri
n:350

Nedenler	Say	EVET %
a-Aşı için götürdüm bugün çocuğunuz hasta yarın getir dediler (İshal, grip, nezle gibi minör hastalıklar)	43	12,3
b-Çocuğum sürekli hastadır bu yüzden aşı yaptırmadım	69	19,7
c-Buraya yeni taşındık sağlık ocağının yerini bilmiyorum	11	3,1
d-Kaynanam-kocam aşıya karşılar	16	4,6
e-Bana bu konuda bilgi verilmedi, ne aşı yapılan yeri biliyorum ne de aşı yapılması gerektiğini	27	7,7
f-Sağlık kurumuna götürdüğümüzde sağlık kurumundakiler bize iyi davranmıyorlar	41	11,7
g-Sağlık kurumları evime çok uzak	39	11,1
h-Aşı için para istiyorlar	3	0,9
I-Aşı için götürdüğümde aşı yok dediler	42	12,0
j-Aşı için götürdüğümde bugün aşı günü değil dediler	76	21,7
k-Tekrar aşıya getirmem gerektiğini söylemediler	38	10,9
l-Tekrar ne zaman getireceğimi bilmiyordum	72	20,6
m-Birinci doz aşidan sonra çocuk çok ağır olmuştu (konvülsiyon tarif ediyor), doktorlar bu çocuğa bir daha aşı yaptıрма dediler	7	2,0
n-Aşı çocuğa ateş yaptı başka zararlar da verir diye korktum	69	19,7
o-Çok işim vardı bir türlü çocuğu aşıya götürmeye vakit olmadı (Sağlık kurumuna gitmeye zamanım yok)	105	30,0
p-Aşı gününü unutmuşuz, çocuk büyüdü, artık olmaz zannettik bir daha da götürmedik	66	18,9
r-Aşı zamanı gelmemiş dediler	34	9,7
s-Antibiyotik alıyordu birlikte aşı yapılmaz dediler	10	2,9
t-Çocukta lösemi benzeri bir hastalık var	5	1,4
u-Çocuk o sırada kortizon tedavisi alıyordu	2	0,6
v-Çocuk o sırada kızamık geçiriyordu	7	2,0
y-Çocuk o sırada aktif verem hastasıydı	1	0,3
z-1)Ebeler eve gelir diye götürmedim	25	7,1
z-2)Aşıların tamamlandığını biliyordum	10	1,4

Araştırma kapsamında Sağlık ocağı personeli de irdelenmiş, bu amaçla 200 doktor, ebe, hemşire ve sağlık memuruna aşı ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu bağlamda anket uygulanan 200 sağlık personelinin demografik özellikleri Tablo 4.13’de sunulmuştur. İncelenen sağlık personelinin %52’si (104 kişi) 30-39 yaş

grubunda, %82,5'i (165 kişi) kadın, %32,5'i (64 kişi) 6-10 yıldır çalışmakta, %39,0'u (78 kişi) hemşire ve %37'si (74 kişi) ebe olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.13. Personelin Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
23-29 yaş	68	34,0
30-39 yaş	104	52,0
40 ve üzeri yaş	20	10,0
Cevapsız	8	4,0
Cinsiyet		
Kadın	165	82,5
Erkek	35	17,5
Çalıştığı süre		
5 yıl ve daha az	34	17,0
6-10 yıl	64	32,5
11-15 yıl	58	29,0
16 ve daha fazla	44	22,0
Görevi		
Sağlık Memuru	13	6,5
Hemşire	78	39,0
Ebe	74	37,0
Doktor	35	17,5
Toplam	200	100,0

Personelin aşılama hizmetleri hakkında görüş ve davranışları Tablo 4.14'de verilmiştir. Personel'in 170'i (%85.0) sağlık ocağına düzenli aşı geldiğini belirtmişlerdir, 184'ü (%92.0) aşı yaptırmaya gelenlere aşı eğitimi yaptıklarını, personelin hepsi (%100) aşı kayıtlarını düzenli tuttuklarını, aşı yaptırmaya gelenlere aşı kartı verdiklerini, aşı için para almadıklarını, soğuk zincir kurallarına uyduklarını belirtmişlerdir. 171'i (%85.5) form 012'yi doldururken hiçbir zorluk yaşamadıklarını, yine 65'i (%32.5) sağlık ocağına gelen gebeleri ve bebekleri izlediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.14. Personelin aşılama hizmetleri hakkında görüş ve davranışları

Özellikler	Sayı	%
Sağlık ocağına aşı düzenli gelir mi?		
Evet	170	85,0
Hayır	9	4,5
Bazen	18	9,0
Cevapsız	3	1,5
Aşı yaptırmaya gelenlere aşı eğitimi yapar mısınız?		
Evet	184	92,0
Hayır	0	0
Bazen	14	7,0
Cevapsız	2	1,0
Aşı kayıtlarını düzenli tutar mısınız?		
Evet	200	100
Aşı yaptırmaya gelenlere aşı kartı veriyor musunuz?		
Evet	200	100
Sağlık ocağında aşı için makbuz kesiliyor veya ücret alınıyor mu?		
Hayır	200	100
Ocağınızda soğuk zincir kurallarına uyuluyor mu?		
Evet	200	100
Form 012'yi doldururken ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?		
Hiçbir zorluğu yok	171	85,5
Bu formu ben doldurmam	17	8,5
Adresini bilmeyenler oluyor	3	1,5
Zaman alıyor	2	1,0
Cevapsız	7	3,5
Bölgenizdeki gebe kadınları ve bebekleri düzenli olarak izliyor musunuz?		
Sağlık ocağına gelenleri izliyoruz	65	32,5
Evlerine gidip izliyoruz	35	17,5
İzlemiyoruz	12	6,0
Hem sağlık ocağına gelenleri hem de evlerine gidip izliyoruz	84	42,0
Cevapsız	4	2,0

Toplam	200	100,0
---------------	------------	--------------

Personelin 113'ü (%56.5) mezuniyetten sonra aşıyla ilgili hizmet içi eğitim aldığını belirtmişlerdir. Eğitim aldığını belirten 113 kişinin 69'u (%34,5) son 2 yıl içinde, 10'u (%5,0) 2-5 yıl önce aldıklarını, 14'ü (%7,0) 5 yıldan fazla süre önce eğitim aldığını söylemiştir. Personelin 159'u (%79.5) mesleki eğitimi aldıkları okuldan, 136'sı (%68.0) işe başladıktan sonra kurs ve eğitimlerden, 75'i (%37.5) iş yerindeki arkadaşlarından, 116'sı (%58.0) sağlık bakanlığının konu ile ilgili yazılarından almışlardır. (Tablo 4.15)

Tablo 4.15. Personelin mezuniyet sonrası aşı ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu ve bu eğitimin ne zaman ve kim tarafından verildiğinin dağılımı

Mezuniyet sonrası aşı ile ilgili eğitim alma	Sayı	%
Evet	113	56,5
Hayır	82	41,0
Cevapsız	5	2,5
Toplam	200	100,0
Eğitimi ne zaman aldığı (n=113)		
Son iki yıl içinde	69	34,5
2-5 yıl önce	10	5,0
5 yıldan fazla	14	7,0
Cevapsız	20	10,0
Aşı ile ilgili bilgileri nereden aldığı *		
Mesleki eğitimi aldığı okuldan	159	79,5
İşe başladıktan sonra kurs ve eğitimlerden	136	68,0
Dergi ve kitap gibi yayınlardan	37	18,5
İş yerindeki arkadaşlarından	75	37,5
Sağlık bakanlığının konu ile ilgili yazılarından	116	58,0
İnternet vb. olanakları kullanarak	16	8,0
Toplam cevap	539	269,5

*Birden fazla seçeneği işaretleyenler olmuştur.

Sağlık personelinin ailelerin çocuklarını aşıya getirmeme nedenleri ile ilgili düşüncelerine baktığımızda Tablo 4.16'da görüldüğü gibi personelin 124'ü (%62.0) aileler bu konuda bilgisiz oldukları için, 85'i (% 42.5) aşının hastalıklardan koruduğuna inanmadıkları için, 36'sı (%18.0) ulaşım problemi yaşadıkları için, 135'i (%67.5) aşı hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları için, 7'si (%3.5) sağlık personelinin olumsuz davranışlarından dolayı, 47'si (%23.5) ne zaman aşı

uygulanacağını bilmediği için, 12'si (%6.0) aşı reaksiyonları nedeniyle, 32'si (%16.0) okuma yazma oranının düşük olması nedeniyle çocuklarını aşıya getirmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.16. Ailelerin çocuklarını aşıya getirmeme nedenleri

Nedenler *	Sayı	%
Bu konuda bilgisiz oldukları için	124	62,0
Aşının hastalıklardan koruduğuna inanmadıkları için	85	42,5
Ulaşım problemi yaşadıkları için	36	18,0
Aşı hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları için	135	67,5
Sağlık personelinin olumsuz davranışlarından dolayı	7	3,5
Sağlık kurumunda her zaman aşı olmadığı için	3	1,5
Ne zaman aşı uygulanacağını bilmediği için	47	23,5
İhmalkarlık	3	1,5
Doktorların yanlış yönlendirmesi	1	0,5
Aşı reaksiyonları	12	6,0
İletişim problemi	3	1,5
Eşleri izin vermediği için	5	2,5
Mevsimlik işçi olarak yazın göç ettikleri için	3	1,5
Okuma yazma oranının düşük olması	32	16,0
Toplam cevap	496	248

* Birden çok cevap veren olmuştur.

Tablo 4.17'de sağlık ocaklarındaki aşı günleri verilmiştir. Sağlık ocaklarının 76'sında (% 38.0) kızamık aşısı her gün, BCG aşısı sağlık ocaklarının 62'sinde (%31.0) her gün, DBT-OPV aşısı sağlık ocaklarının 177'inde (% 88.5) her gün, HBV aşısı sağlık ocaklarının 177'sinde (% 88.5) her gün yapıldığı ifade edilmiştir.

Tablo 4.17. Sağlık ocaklarındaki aşı günleri

	Her gün		Haftada 3-4 gün		Haftada 2 günden az		Cevapsız	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ocağınızda kızamık aşısı hangi günler yapılır	76	38,0	10	5,0	114	57,0	3	1,5
BCG aşısı hangi günler yapılır	62	31,0	10	5,0	128	64,0	3	1,5
DBT-OPV aşısı hangi günler yapılır	177	88,5	16	8,0	7	3,5	3	1,5
HBV aşısı hangi günler yapılır	177	88,5	16	8,5	7	3,5	4	2,0
Toplam	492	246	52	26,5	259	128	13	6,5

Sağlık personelinin aşılama sırasındaki tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla 80 ebe-hemşire hizmet sunarken gözlenmiştir. Sağlık ocaklarında aşılamada görevli sağlık personeli kendilerine hissettirilmeden gözlem yapılarak veriler elde edilmiştir. (Tablo 4.18) Yapılan gözlem sonucunda sağlık personelinin 74'ü (%92.5) aşıya gelen kişiyi nazik bir şekilde karşılamış, 80'i (%100) Form 012'de bebeği bulmuş veya kayıtlara sonradan kaydetmek için not almış, yine 80'i (%100) bebeğin aşı kartını anneye sormuştur. 22'sinin (%27.5) aşı flakonunun plastik kısmına eli değmiş, 31'i (%38.8) sulandırılması gereken aşıları 5-10'luk enjektörle tek seferde sulandırmıştır. 28'i (%35.0) aşının açıldığı saati flakon üzerine yazmış, 60'ı (%75.0) enjektörün kapağını kapatmadan delinmeyecek bir kutuya atmış, 24'ü (%30.0) form 012'ye aşının seri numarasını yazmıştır. 79'u (%98.8) yaptığı aşıyı aşı kartına kaydetmiş, 76'sı (%95.0) anneye bir daha hangi tarihte aşıya gelmesini söylemiş, 70'i (%87.5) aşının bazen ateş yapabileceğini bunun normal olduğunu söylemiş., 39'u (%48.8) aşının bazen aşı yerinde kızarıklık ve ağrı yapabileceğini söylemiş, 12'si (%15.0) uzun süren tiz sesli ağlama ve aşı sonrası katılma nöbetleri durumunda bebeği hemen bir sağlık kuruluşuna götürmesi gerektiğini söylemiştir. 20'si (%25.0) anneye hangi aşıları yaptığını söylemiş, 11'i (%13.8) anneye aşı sonrası hangi hastalıklara karşı bebeğin korunduğunu söylemiş, 2'si (%2.5) anneye bebeğin aşı kartını getirmesini söylemiş ve geri göndermiştir.

Tablo 4.18. Sağlık personelinin aşılama sırasındaki davranışları n:80

	EVET	
	Sayı	%
Sağlık personeli aşıya gelen kişiyi nazik karşıladı mı?	74	92,5
Form 012’de bebeği buldu mu?Yada bebeğin kayıtlarına sonra yazılacak mı?	80	100,
Bebeğin aşı kartını anneye sordu mu?	80	100,
Enjektörün iğnesini hiçbir yere değdirmekten çıkardı mı?	78	97,5
Aşı flakonunu nasıl tuttu, flakonun plastik kısmına eli değdi mi?	22	27,5
Enjektörün iğnesini hiçbir yere değdirmekten flakona sapladı mı?	77	96,3
Sulandırılması gereken aşıları 5-10’luk enjektörle tek seferde mi sulandırdı?	31	38,8
Aşı yapılacak ilk kişi geldiğinde mi sulandırdı?	58	72,6
Açılma saati flakon üzerine yazıldı mı?	28	35,0
Yeterli miktarda aşı çekti mi?	75	93,8
Uygun bir şekilde aşı uygulandı mı?	79	98,8
Enjektörün kapağını kapatmadan delinmeyecek bir kutuya attı mı?	60	75,0
Aşı soğuk zincire uygun olarak saklanıyor mu?	79	98,8
Aşıların buz aküsüyle direk temas etmesi kalın bir karton vs. ile engelleniyor mu?	68	85,0
Aşı flakonlarının üstünde açılma tarih ve saati yazılıyor mu?	27	33,8
Aşı nakil kabının içi temiz mi?	66	82,5
Yaptığı aşığı form 012’ye kayıt etti mi?	78	97,5
Bebeğin adresini sorguladı mı?	75	93,8
Form 012’ye aşının seri numarası yazıldı mı?	24	30,0
Yaptığı aşığı aşı kartına kayıt etti mi?	79	98,8
Aşı kartı yoksa yeni aşı kartı doldurdu mu?	72	90,1
Anneye bir daha hangi tarihte aşıya gelmesi gerektiğini söyledi mi?	76	95,0
Aşının bazen ateş yapabileceğini bunun normal olduğunu söyledi mi?	70	87,5
Ateş durumunda aspirin, parasetamol yada soğuk kompres önerdi mi?	62	77,5
Aşının bazen aşı yerinde kızarıklık ve ağrı yapabileceği söylendi mi?	39	48,8
Uzun süren tiz sesli ağlama ve aşı sonrası katılma nöbetlerinin durumunda bebeği hemen bir sağlık kuruluşuna götürmesi gerektiği söylendi mi?	12	15,0
Anneye hangi aşıları yaptığını söyledi mi?	20	25,0
Anneye aşı sonrası hangi hastalıklara karşı bebeğin korunduğunu söyledi mi?	11	13,8
BCG aşısından sonra 3 gün banyo yaptırmamasını söyledi	2	2,5
Soru soran anneler bilgi verdi	3	3,8
Polio aşısından sonra 1 saat su verilmemesini söyledi	1	1,3

Aşı kartını getirmesini söyledi	2	2,5
---------------------------------	---	-----

5. TARTIŞMA

Çocukların aşılınması, maliyet-yararlılık oranı en düşük olan koruyucu sağlık hizmetidir. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılınmak her çocuğu hakkıdır. Çocuklarda aşı uygulanması üç amaçla yapılır. Birincisi, çocuğun yan etkileri ve ölüm riski olan hastalıklara karşı korumaktır. İkinci amaç, aşılama oranlarını yükselterek toplumda bulaşıcı hastalık salgınlarını önlemektir. Üçüncü amaç ise, ölümcül hastalıkların kökünün dünyadan kazınmasıdır. Bu amaca yaklaşık 30 yıl önce çiçek hastalığı konusunda erişilmiştir. Aynı başarı ülkemiz de dahil olmak üzere dünyada bir çok ülkede çocuk felci hastalığı açısından elde edilmiştir (Atkinson ve ark., 2004; Chen ve ark.,2004). Bağışıklama hizmetlerinde yukarıda sözü edilen 3 amaca ulaşılması için çocukların tam doz aşılınması gerekmektedir. DBT, Hepatit B, Hib gibi aşılardan tek dozları yeterli bağışıklık bırakmamakta, ancak 3. bazen 4. dozları yeterli bağışıklık bırakmaktadır. Örneğin Hepatit B'nin tek dozu bebeklerde %40, 2. dozu %80, 3. dozu %98 bağışıklık bırakmakta, DBT'nin 3 dozu yapılıncaya bağışıklama oranı %95'e ulaşmaktadır (CDC, 2007).

Bu özelliğiyle bağışıklama takip ve süreklilik gerektiren bir hizmettir. Hizmetin sürekliliğinin olmadığı durumlarda aşıya devamsızlık söz konusu olur ve tam bağışıklık gelişmeyebilir. Aşıya devamsızlığı etkileyen faktörlerin irdelendiği pek çok çalışmada anne eğitimi, annenin sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, aşılama hizmetlerine ulaşılabilirlik önemli faktörler olarak gösterilmiştir (Tonglet ve ark, 1993; Matthews ve Diamond,1997; Nandan ve ark.,1985). Bununla birlikte aşıya devamsızlık nedenleri bölgesel farklılıklar göstermektedir (Balraj ve ark., 1993; Rosenthal ve ark., 2004.). Araştırmanın yürütüldüğü bölgede bağışıklama hizmetlerinin durumunun değerlendirildiği çalışmalar olsa bile (Aytekin, 2003.; Özelçi ve ark.,2001). aşıya devamsızlığı etkileyen faktör özelinde detaylı bilgi bulunamamıştır.

Bu çalışma aşıya devamsızlığın yüksek olduğu bir ilde, Diyarbakır'da yürütülmüştür (TSHGM, 2005). Bu amaçla bu çalışmada 0-12 aylık çocukların aşılanma durumları ve aşıya devamsız olanların devamsızlık nedenleri, ayrıca sağlık personelinin bu durum hakkındaki görüşleri incelenmiştir.

Anne eğitimi diğer pek çok çocuk sağlığını ilgilendiren konuda olduğu gibi aşıya devamsızlıkta da etkili olabileceği düşünülmüştür. Araştırmaya alınan çocukların ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, aşıları eksik çocukların annelerinin eğitim düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. 2003 TNSA' sında anneleri hiç eğitim almamış çocuklar arasında tam aşıları çocukların oranı %26 olarak bulunmuştur (TNSA, 2003). Buna göre, eksik aşıları çocukların annelerinin okuryazar olmama oranının Türkiye ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda annenin eğitim düzeyinin çocukların aşılanması üzerinde anlamlı derecede etkisi olduğu gözlenmiştir. Bizim bulgumuza paralel bir bulgu Urfa'da 0-2 yaş arası çocukların aşılanma oranlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada aşısız çocukların annelerinin %60,3'ü okur yazar olmadığı, %14,7'si okur yazar, %10,3'ü ilköğretim ve üzeri eğitim gördüğü (Kurçer ve ark., 2005), Malatya'da yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyi yükseldikçe aşılanma sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarla nasıl baş edebileceklerini bilme düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır (Ok ve ark.,2004). İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine başvuran eksik aşıları çocukların annelerinin %16,5'inin okur yazar olmadığı bulunmuştur. Annenin eğitim durumunun aşı skoruna etkisi incelendiğinde annenin okuma yazma bilip bilmemesinin aşı skorunu belirleyen önemli bir faktör olduğu gözlenmiş, eğitim durumu kendi içinde karşılaştırıldığında aşı skoru açısından okuma yazma bilmeyenler ile ilköğretim, ortaokul, lise ve üniversite mezunları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu anlaşılmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça aşı skorunda anlamlı artışı görülmüştür (Göksüğü, 2006). Cutts ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada annenin eğitimi, çalışma durumu ve aşıyla ilgili eski deneyimleri aşıya devamsızlığa etki eden faktörler olarak görülmüştür (Cutts ve ark.,1990). Guinea'da anne eğitiminin aşıya devamsızlıkta etkili olduğu saptanmıştır (Cutts ve ark.,1991). Anne eğitiminin aşıya devamsızlığa etkisi bununla birlikte daha bir çok çalışmada kanıtlanmıştır (Zeitlyn ve ark.,1992; Tonglet ve ark., 1993; Gust ve ark.,2004).

Çalışmamızda eksik aşıları çocukların annelerinin çok azının herhangi bir işte çalıştığı bulunmuştur. Annenin ekonomik olarak gelir getiren bir işte çalışıyor olması aşıya devamı etkileyen bir faktör olarak saptanmıştır. Mersin, Samsun, Bolu, İstanbul illerimizde yapılan pek çok çalışmada aşısız yada aşıya devamsız çocukların

annelerinin ev dışında eve gelir getiren bir işte çalışmadıkları ortaya konmuştur (Kurt ve ark., 2005; Canbaz ve ark., 2001; Özkan ve Çatıker., 2006; Göksüğü, 2006). Annelerin çocukluk dönemi aşılannmaları konusundaki bilgi ve eğitim düzeylerinin yüksek olması ve konunun önemini anlaması, aşılanna oranlarını artırmakta, bununda aşıya devamsızlığa olumlu yönde etkilemekte olduğu anlaşılmıştır.

Anne yaşı, çocukların diğerk sağıık bakımıyla ilgili konuları etkilediğı gibi aşılanna durumunu da etkileyebilir. Bazı çalışmalarda anne yaşının genç olması aşılanna hizmetlerini olumsuz yönde etkilediğı gösterilirken (Guts ve ark., 2004; Smith ve ark., 2004), Bolu ve İstanbul'da yapılan çalışmalarda eksik aşıılı çocukların anneleri daha yaşılı grupta yer aldığı gösterilmiştir (Özkan ve Çatıker, 2006; Göksüğü, 2006). Bizim çalışmamızda genç annelerin bebekleri aşılanna bakımından daha şansılı bulunmuş bu durum, eğitim düzeyi genç yaşlarda daha iyi olan toplumlarda genç annelerin bebeklerinin aşıya ulaşma şansının daha fazla olacağından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırma kapsamına alınan eksik aşıılı çocukların babalarının eğitim düzeylerinin tam aşıılı çocuklara göre daha kötü olduğu anlaşılmıştır. Çalışmamızda babanın okur yazar olmaması, aşıya devamsızlık riskini 7,6 kat artırmıştır. Bu diğerk çalışmalarda uyumludur. İstanbul Ümraniye'de yapılan bir çalışmada kızamık aşı kampanyasında okur yazar olmayan babaların çocuklarının %33,3'ü kampanyada aşılannmış, ortaokul ve üzeri eğitim alan babaların çocuklarının %72,9'u aşılannmıştır (Torun ve ark.,2005). Bu çalışmada baba eğitimi etkili bir faktörken Erzurum'da baba eğitimi çocukların aşılannmış olmasına etki etmediğı saptanmıştır (Altinkaynak ve ark., 2004). Baba eğitiminin ailenin sosyoekonomik yapısıyla, anne eğitimiyle ilişkili olduğu bir gerçektir. Bununla beraber baba eğitiminin yalnız başına aşısız olma riskini 3,7 kat arttırdığı gösterilmiştir (Ughade ve ark., 2000). Aynı şekilde Tonglet ve arkadaşları da baba eğitiminin etkisini ispatlamıştır (Tonglet ve ark., 1993). Çalışmamız bulgularından da anlaşılacağı gibi diğerk sosyal değişkenlerle iç içe olan baba eğitimi aşılanna hizmetlerine etkili olduğu anlaşılmıştır.

Baba ile ilgili bir başka sosyodemografik değişken olan babanın çalışma durumunun aşıya etkisi de irdelenmiştir. Babanın işsiz olması eksik aşıılı grupta daha fazla olarak bulunmuştur. Babanın çalışma durumu İzmir çalışmasında da etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir (Hassoy ve Çiçeklioğlu, 2005). Babanın işsiz olmasının

aşıya devamı engellediği başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Nandan ve ark. 1985; Matthews ve Diamond, 1997).

Ülkemizde bağışıklama hizmetleri ücretsiz olmasına rağmen sosyal güvencenin olması çocukların tam aşıli olmasına olumlu etki ettiği bir çok çalışmada gösterilmiştir (Özkan ve Çatıker, 2006; Hassoy ve Çiçeklioğlu, 2005; Göksügür 2006). Çalışmamızda da sosyal güvence olmaması eksik aşıllılığı 3,11 kat artırmıştır. Sosyal güvencenin aynı zamanda ailelerin ekonomik durumunun da göstergesi olması nedeniyle bu ilişkinin varlığında rol alabileceği düşünülmüştür. Nitekim Zeitlyn ve ark.'larının Bangladesh'de yapmış oldukları bir çalışmada ailelerin gelir düzeyinin düşük olması ikinci doz aşırı yaptırmamada en önemli etken olduğu (Zeitlyn ve ark., 1992), Wood ve ark. fakir aile çocuklarının ve ailenin sağlık güvencesinin olmayışının aşırı olumsuz etkilediğini saptamışlardır (Wood ve ark., 1995). Ülkemizde Topuzoğlu ve ark.'nın İstanbul'da yapmış oldukları çalışmada sosyo ekonomik özelliklerin, aşılarda tamamlanmasına etkili olduğu belirlenmiştir (Topuzoğlu ve ark., 2005). Sosyal güvencenin olmaması ailenin ekonomik yapısının bir göstergesi olarak aşılama oranını düşürdüğü kanaatine varılmıştır.

Özellikle cinsiyet ayrımcılığının yaygın olduğu toplumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanmada kız çocuklar daha şanssızdır (Benn ve Aaby, 2006; Bishai ve ark., 2005; Hussain ve ark., 1999). Bununla birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuğun cinsiyeti aşılama oranına etki etmediği pek çok çalışmada gösterilmiştir (Kurt ve ark., 2005; Arvas ve ark., 2003; TNSA,2003). Bizim çalışmamızda da cinsiyetler arasında eksik aşıli olma bakımından fark saptanmamış olması ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar, ülkemizde çocuğun cinsiyetinin aşılama hizmetlerine etki etmediğinin göstergesi olmuştur.

Çocuğun doğum sırası aslında evdeki çocuk sayısının bir göstergesidir. Kalabalık ailelerde aşılama hizmetlerinin olumsuz etkilendiği bir çok çalışmada gösterilmiştir (Frag ve ark., 1995; Guts ve ark., 2004). Çalışmamızda çocuğun doğum sırasının artmasının aşılama oranını düşürdüğü belirlenmiştir. 2003 TNSA'sında ilk çocuklarda tam aşılama oranı %62 iken, 4. ve 5. sıradaki çocuklarda %34'e, 6 ve daha yüksek sıradaki çocuklarda %22'ye düştüğü belirtilmiştir (TNSA, 2003). Çalışmamızda ilk çocuklarda tam aşılama oranının

Türkiye ortalamasından düşük olmasının sebebi bölgenin sağlık hizmet alt yapısı ve sosyal yapısına bağlanmıştır.

Yine çok çocuğun yada kalabalık ailelerde yaşamının aşılammama riskini arttırdığını gösteren bir başka gösterge annenin yaşayan çocuk sayısı olmuştur. Çalışmamızda eksik aşılı çocukların annelerinin %12,6'sının 8 ve daha fazla, tam aşılı çocukların annelerinin ise bunun çok daha altında %5,4'ünün 8 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Wood ve ark.'ları ABD'de yapmış oldukları bir çalışmada ailenin kalabalık olmaması ve anne babanın bebeğe bakım veriyor olmasının aşırı olumlu etkilediğini bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada prenatal bakım alıyor olma aşılammayla çok yakın ilişkili bulunmuştur (Wood ve ark.,1995). Barreto ve ark.'larının Brezilya'da yapmış oldukları bir çalışmada, göç etmiş ve kalabalık ailelerde bebeklerinin aşı tamamlama ihtimali daha zayıf olduğu bulunmuştur (Barreto ve Rodrigues,1992). Topuzoğlu ve ark.'nın İstanbul'da yapmış oldukları bir çalışmada ailenin kalabalık olması aşılamanın tamamlanmamasına etkili olduğu bulunmuştur (Topuzoğlu ve ark., 2005). Çok çocuğu olan ailelerde bağışıklama hizmetlerinin olumsuz etkilendiği anlaşılmıştır. Kalabalık ailelerin gerek sosyoekonomik yönden gerekse kültürel değerlerinin modern tıbbı yatkın olmayışından kaynaklanmış olabilir.

Aşıları eksik çocukların ailelerinin %86,9'una, tam aşılı çocukların ailelerinin %94,6'sına sağlık personeli tarafından bilgi verilmiştir. Bu farklılık sağlık personelinin aşı sonrası eğitim vermesinin önemini gösteren bir bulgu olmuştur. Etkili danışmanlık hizmeti diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi aşılamada da etkili olmaktadır (Abdel- Fattah ve ark., 2001). Çocuğa aspirin tavsiye etme yada çocuğu aşıya ne zaman getireceğini söyleme gibi danışmanlık uygulamaları aşının tamamlanmasında etkili faktörler olarak karşımıza çıkmıştır. Tıpkı diğer hizmetlerin yürütülmesinde olduğu gibi (Abdel- Fattah ve ark., 2001).

Aşılama programının değerlendirilebilmesi ve yürütülebilmesi için sağlık ocaklarında tutulan kayıtların yanında her çocuk için bir aşı kartı doldurularak anneye verilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda kayıtlarla ilgili önemli bazı sorunlar yaşandığı bulunmuştur. Aşılama hizmetlerinin birincil olarak verildiği sağlık ocaklarının sayısının yetersiz olması, uygun olmayan binalarda hizmet verilmesi, Ev Halkı Tespit Fişinin düzensiz olmasından kaynaklanan hedef nüfus sorunu ve sağlık

ocaklarının yetersiz donanımı gibi fizik yapıyla ilgili sorunlar; personelin sayısındaki yetersizlik, motivasyonunda ve eğitimindeki eksiklik gibi personelle ilgili sorunlar; aşı kayıt formlarının yanlış veya eksik doldurulması, annelere aşı kartı verilmemesi veya kartın önemi konusunda annelere eğitim verilmemesi gibi kayıtlarla ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır (Ertem, 2001).

Aşı kartı aşının tamamlanması için ailenin aşı zamanını hatırlamasını sağlayan ve ailenin aşı hizmetine katılımını sağlayan bir uygulamadır. Aşı kartı uygulaması diğer ülkelerde de sürmektedir ve aşı hizmetlerinin kapsayıcılığına etki etmektedir (Rosenthal J ve ark., 2004; Gust ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda da aşı kartı uygulamasının eksik aşı olmaya etkili olduğu saptanmıştır. Urfa'da yapılan bir çalışmada çocuklardan %67,2'sinin aşı kartı olduğu bulunmuştur (Kurçer ve ark., 2005). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yapılan bir çalışmada, çocukların %34,8'inin aşı kartı olduğu, %20,8'ine aşı kartı verildiği halde kaybettiği, %36,4'üne ise hiç aşı kartı verilmediği tespit edilmiştir (Özçırpıcı ve ark., 2002). Rosenthal ve arkadaşlarının ABD'de yapmış oldukları çalışmada aşı kartı olanların aşıya devamının çok daha iyi olduğunu bulmuşlardır (Rosenthal ve ark., 2004).

Eksik aşıli çocukların bağlı olduğu sağlık ocaklarının %14,3'ünde her gün aşı yapılırken, tam aşıli çocukların bağlı olduğu sağlık ocağının %16,3'ünde her gün aşı yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının genelgesinde aşı günü uygulaması önerilmemektedir. Buna rağmen sağlık ocaklarında aşı günü uygulaması yapılmaktadır (TSHGM, 2006). Kaçırılmış fırsatların nedenlerinden biri de aşı günü uygulamasıdır (Cutts ve ark., 1991). Bizim çalışmamızda aşı günü uygulaması yapan sağlık ocaklarında eksik aşılilik oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda eksik aşıli çocukların annelerinin yarısından fazlası spontan olarak hiç bir aşırı sayamamıştır. Annelerin aşırıyla korunabilir hastalıklar hakkında bilgi eksikliği bu hastalıklara karşı yapılan aşırı hakkında da bilgi eksikliğine neden olmakta ve aşılama oranlarını olumsuz etkilemektedir.

Annelerin aşırıyla ilgili düşünceleri aşının tamamlanmasında etkili bulunmuştur. Örneğin, aşının zararlı olduğu düşüncesi eksik aşıli olma riskini 4,66 kat arttırmıştır. Kırıkkale'de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %7'si aşılamaı güvenli bulmadığını belirtmişlerdir, yine aynı çalışmada ebeveynlerin %10'u aşılamanın

hastalıklara karşı korunmada etkin bir yol olmadığını belirtmişlerdir (Hızel ve ark., 2005).

Aşının nerede yapıldığı aşı oranlarına etki eden faktörlerin başında gelmektedir. Wood ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada sağlık personeli tarafından evde ziyaret edilen çocukların daha iyi aşılandığı bulunmuştur (Wood ve ark., 1995). Rosenthal ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada özel sektörde aşı yaptıranlarda aşuya devamin daha kötü olduğu bulunmuştur (Rosenthal ve ark., 2004). Koruyucu sağlık hizmetlerinden birisi olan bağışıklama hizmetleri ülkemizde yıllardır devlet tarafından ücretsiz verilmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık örgütlenmesi çerçevesinde bağışıklama hizmetlerinden öncelikle sorumlu olan sağlık ocakları ve sağlık evleridir. Sağlık bilinci yeterli gelişmemiş toplumumuzda aşı uygulamaları için en doğru strateji ev ev dolaşarak aşuların yapılması şeklinde olduğu bilinen bir gerçektir. Evde aşı yapılan çocukların anneleri aşının eve gelmesini tekrar beklemekte ve hizmette süreklilik olmayınca çocuk eksik aşıli kalmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda aşısı evde yapılan bebeklerin eksik aşıli olma riskleri yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda eksik aşıli çocukların evlerinin sağlık ocağına daha yakın olduğu bulunmuştur. Bu durum sağlık ocağından uzak yerlere aşı gezileri planlandığı, yakın mahalledekilerin nasıl olsa onlar kendileri getirir düşüncesiyle ihmal edildiği düşüncesini doğurmuştur. Rosenthal ve ark.'larının ABD'de sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu 4 bölgede yapmış oldukları bir çalışmada aşı tamamlama Detroit'te %66, Colorado'da %75 ile diğer illerden düşük bulunmuştur (Rosenthal ve ark., 2004). Balraj ve ark.'ları Hindistan'da yapmış oldukları bir çalışmada köylerdeki aşı oranının gecekondulardan daha iyi olduğunu bulmuşlardır (Balraj ve ark., 1993). Bunun nedeni bizim çalışmamızdaki gibi köylere aşı ziyaretleri yapılması planlanırken gecekondudakilerin ihmal edilmiş olmasındandır. Bununla beraber eksik aşıli çocukların annelerine sorduğumuz soruya verilen yanıtı göre, sağlık ocağının uzak olması aşuya devamsızlık nedeni olarak gösterilmiştir. Annelerin aşuya devam etmeme nedeni olarak sağlık ocağının uzak olması çeşitli çalışmalarda %8-12 arasında bulunmuştur (Özelçi ve ark., 2001; Özkan ve Çatıker, 2006; Torun ve ark., 2005).

Aşı yapılan bölgede ağrı, şişlik yada kızarıklık sık rastlanan istenmeyen etkilerdir. Bu reaksiyonların en aza indirilmesi için kas içi uygulanan aşılarda derine yapılması gerekir. 2 yaşından küçüklerde kas içi aşı uygulamaları uyluk dış yan yüze yapılmalıdır. Böylece hem siyatik sinirinin etkilenmesi tamamen engellenir, hem de kas içi derine uygulama açısından güvenli bir bölge seçilmiş olur. Kas tendonuna yakın yapılan aşılarla lokal reaksiyonların görülme sıklığı artar. İğne boyunun kısa olması aşının derine yapılmasını engelleyebilir. Bu nedenle çocuğun kilosuna, aşı yapılan yerdeki kas kitlesinin boyutuna göre iğnenin uzunluğunun ayarlanması gerektiği vurgulanmıştır (Plotkin ve Orenstein, 2004).

Çalışmamızda eksik aşıli çocukların %92,3'ünde, tam aşıli çocukların ise %94,8'inde herhangi bir yan etki görüldüğü ifade edilmiştir. İzmir'de Dokuz Eylül Tıp Fak.'inde yapılan bir çalışmada aşılama sonrası çocukların %2,3'ünde yan etki saptanmıştır (Aktepe ve ark.,2005). Bolu'da yapılan bir çalışmada anneler çocukların %13,4'ünde yan etki ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir (Özkan ve Çatiker, 2006). Çalışmamızda yan etkilerin diğer çalışmalara göre çok yüksek bulunmasının sebebinin araştırılması gerekmektedir.

Aşıları eksik çocukların annelerinin %25'i çocuklarının aşılarının eksik kaldığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Bolu'da yapılan çalışmada annelerin %6,9'u çocuğunun aşısının eksik olduğunu bilmediğini belirtmişlerdir (Özkan ve Çatiker, 2006). İzmir'de yapılan bir çalışmada da ebeveynlerin %11,4'ünün bir sonraki dozun gerekliliğinden habersiz olduğu saptanmıştır (Mutlu ve ark. 2002). Bizim çalışmamızda bu oranın yüksek bulunması, ailelerin eğitim düzeylerinin düşük olması, ailelerin aşıların önemi konusunda sağlık personeli tarafından yeterince bilgilendirilmemesi veya yanlış bilgi verilmesi, aşı kayıtlarındaki eksiklikler veya uyumsuzluklar, ailelere aşı kartı verilmemesi veya aşı kartının önemi konusunda annelere eğitim verilmemesi olabilir.

Çocukların %4'ünün sağlık ocağı kayıtlarında eksik aşıli görünmesine karşın kartında tam aşıli olduğu belirlenmiştir. Annenin ifadesi ile aşı kaydının uyumsuz olma durumu %9 dur. Bu durum sağlık ocaklarında kayıtların düzenli tutulmadığı veya ailelerin başka sağlık kurumunda aşı yaptırmaları sonucunda, bu sağlık kurumu tarafından bağlı olunan sağlık ocağına bilgi verilmemesi nedeniyle olabilir. Bolu'da sağlık ocağı kayıtlarında aşısız yada eksik aşıli olarak belirlenen çocukların kaydı ile

aşı kartı karşılaştırıldığında %32 oranında kayıtlarda uyumsuzluk yada tutarsızlık olduğu saptanmıştır (Özkan ve Çatıker, 2006). Sadece ülkemizde değil yurtdışında da yapılan çalışmalarda sadece aşı kayıtları değerlendirildiğinde aşı oranlarının düşük çıktığı, aşı kayıtlarında yetersizlik olduğu, aşı kayıtları diğer kayıtlarla birleştirilince aşı oranları gerçek durumunu gösterebileceği rapor edilmiştir (Khare ve ark., 2006). Aşı kayıtlarının yetersizliği aşı devamsızlığı varmış gibi göstermektedir.

Aşılama oranlarının istenilen düzeye ulaşmamasının başlıca nedeni kaçırılmış aşı fırsatlarıdır. Kaçırılmış aşı fırsatı; herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurduğunda, aşılamaya gereksinimi olmasına ve aşı ile ilgili bir kontrendikasyonu bulunmamasına rağmen, o kişinin aşılanmaması durumudur (Bardenheier ve ark., 2004b). Kaçırılmış aşı fırsatının görülme oranı %7-70 arasında değişmektedir. Sağlık personeli ile çocuğun karşılaşması aşılama için bir fırsattır ve mutlaka değerlendirilmelidir (Bardenheier ve ark., 2004b; Kum-Nji ve ark., 1995).

Aileler sağlık kurumundakiler aşı yok dedikleri için, aşı için götürdüğünde aşı günü olmadığı için, sağlık personelinin “çocuğunuz hasta yarın getirin” dedikleri için ve çocuğu sürekli hasta olduğu için vb. nedenlerle aşı yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kurçer ve ark., 2005; Özelçi ve ark., 2001; Mutlu ve ark., 2002; Torun ve ark., 2005). Aşılamada kaçırılmış fırsat nedenleri; o anda sağlık merkezinde aşı olmaması, yanlış kontrendikasyonlar, sağlık personelinin bebeğin aşı durumunu sorgulamayı ihmal etmesi olarak sayılabilir. Gerçekten de yapılan çalışmalar bunları desteklemektedir (Taylor ve ark., 2002; Tonglet ve ark., 1993; Cutts ve ark., 1990). Aşıların bazı hastalıklara neden olduğu veya ilişkisi bulunduğu savları toplumda aşılama oranlarının düşmesine ve aşı fırsatlarının kaçmasına yol açtığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda ailelerin aşı yaptırmama nedenlerinden biride sağlık personelinin kendilerine iyi davranmaması olarak belirlenmiştir. Sağlık personelinin iyi iletişim kurmama ve yeterli ilgiyi göstermemesi bireylerin kendilerini sağlık personeline yakın hissetmemelerine neden olmakta ve aşıya devamsızlığa neden olarak gösterilmektedir (Kurçer ve ark., 2005; Alkoy ve ark., 2002). Nitekim aşılamada en önemli faktörlerden biri sağlık personelinin etkili iletişim kurması

olduğunun saptandığı başka ülke çalışmaları da vardır (Bond ve ark., 1998). Bu engelleri ortadan kaldırmak, hem annelere hem de sağlık personeline yönelik yanlış bilgi ve inanışları ortadan kaldırmayı ve sağlık personeli ile anneler arasındaki iletişimi arttırmayı hedefleyen eğitimler düzenlemekle olasıdır.

Çalışmamızda ailelerin tekrar ne zaman aşıya götüreceğini bilmemeleri de aşı yaptırmama nedenlerinden biri olarak belirlenmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada eksik aşılama nedeni olarak %24,4 oranında ailenin bilgisizliği bulunmuştur (Alkoy ve ark., 2002). Cutts ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada annenin aşılama hizmetlerini biliyor olması aşıya başlamış olmada anahtar faktör olarak bulunmuştur (Cutts ve ark., 1990). Guinea'da yapılmış bir çalışmada annenin aşı hizmetleriyle ilgili pozitif düşüncesi (sağlık ocağında kısa süre bekleme, aşı yok diye geri çevrilmeme, aşı sonrası apse olmaması) aşılama olumlu etkilediği belirlenmiştir (Cutts ve ark., 1991). Tüm bunlar ailelerin çocuklarının aşılarını tamamlatmaları için aşı ile ilgili bilgilerin ana baba tarafından tam olarak anlaşılmasını sağlamak gerektiği düşüncesini doğurmuştur.

Ailelerin %19,7'si aşı çocukta ateş yaptığı için başka zararlar da verir diye korktuğu için yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Bolu'da yapılan çalışmada annelerin %38,6'sı aşı sonrası bir sağlık sorunu olabileceğinden korktuğu için yaptırmadığını belirtmişlerdir (Özkan ve Çatıker, 2006). Taylor ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada çocuklarının aşısını tamamlatmama nedeni olarak aşıların yan etkilerini gösterme oranı %23,7 olarak gösterilmiştir (Taylor ve ark., 2002). Bardenheier ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada, aşının çok gerekli olduğunu bilmelerine ve bu şekilde inanmalarına rağmen anneler aşı yan etkileri nedeniyle endişe duymakta ve aşı yaptırmamakta yada aşıya devam etmemektedirler. Anneler bebeklerinin aşı yüzünden hasta olabileceklerini düşünmektedirler (Bardenheier ve ark., 2004a).

Ailelerin çocuklarını aşıya götürmeme nedenleri arasında işi olma yada aşı gününü unutma gibi nedenler göze çarpmaktadır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da ailenin çocuğunu aşıya götürmemesi aşıya devamsızlıkta risk faktörü olarak belirlenmiş olmasına rağmen (Özkan ve Çatıker, 2006; Alkoy ve ark., 2002), annenin çocuğu aşıya getirmemiş olmasının aşıya devamsızlıkta risk faktörü olmadığını belirten çalışmalar da yayınlanmıştır (Barreto ve Rodrigues, 1992).

Sağlık personelinin %13,5'i sağlık ocağına aşıların düzenli geldiğini veya bazen düzenli geldiğini belirtmişlerdir. Balraj ve ark.'nın Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada aşı teminindeki güçlüklerin bağışıklama hizmetlerini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır (Balraj ve ark., 1993). Sağlık personelinin %92'si aşı yaptırmaya gelenlere aşı eğitimi yaptıklarını, tümü aşı kayıtlarını düzenli tuttuklarını, aşı yaptırmaya gelenlere aşı kartı verdiklerini, aşı için para almadıklarını, soğuk zincir kurallarına uyduklarını belirtmişlerdir.

Aşı takvimi, aşı kayıtları, aşı sonrası danışmanlık, soğuk zincir, enfeksiyon güvenliği gibi konularda sağlık personeli sürekli eğitilmelidir. Bu eğitimin maalesef istenilen düzeyde verilmediği saptanmıştır.

Edirne'de yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin %9'unun GBP konusunda eğitim aldıkları belirtilmiştir (Ekuklu ve ark., 2001). Edirne'de yapılan başka bir çalışmada hekim dışı sağlık personelinin %48,7'si UAG hakkında eğitim aldıklarını, %32,5'i hiç eğitim almadıklarını, %18,8'i de UAG konusunda kendi çabalarıyla bilgilendiklerini belirtmişlerdir (Ekerbiçer ve ark., 1996). Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin mezuniyet sonrası aşı ile ilgili yeterli eğitim almadıkları, bunda aşılama hizmetlerini olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda sağlık personeli iş yerindeki arkadaşlarından bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Aşılama oranlarının artırılabilmesi için özellikle sağlık personelinin eğitilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Tonglet ve ark., 1993).

Sağlık personelinin ailelerin çocuklarını aşıya getirmeme nedenleri ile ilgili düşüncelerine baktığımızda personelin, aileler bu konuda bilgisiz oldukları için, aşının hastalıklardan koruduğuna inanmadıkları için, ulaşım problemi yaşadıkları için, aşı hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları için, ne zaman aşı uygulanacağını bilmedikleri için, aşı reaksiyonları nedeniyle, okuma yazma oranının düşük olması gibi nedenler belirtmişlerdir. Ailelerin aşı konusunda bilgilendirilmeleri için birinci basamak sağlık kurumlarında çalışanlara büyük sorumluluklar düşmektedir. Zeitlyn ve ark.'nın Bangladesh'de yapmış oldukları bir çalışmada annenin eğitimi ikinci doz aşığı yaptırmada en önemli etken çıkmıştır. Bu çalışmada 136 çocuk ishal nedeniyle kliniğe gelmiş, bu çocuklara aşı yapılmış ama aşı sonrası anneye iyi bir eğitim verilmiş, sonuçta çocukların %41'i ikinci doz aşı için getirilmiştir (Zeitlyn ve

ark.,1992). Aşı sonrası eğitim çok önemli ancak eğitim düzeyi ve aşılarla ilgili bilgi durumu aşıya devamı etkileyen faktörlerdendir. Barreto ve ark.'nın Brezilya'da yapmış oldukları çalışmada aşıya devamsızlığın asıl nedeninin sağlık personelinin bebeklere aşırı ulaştıramaması olarak belirlenmiştir. Sağlık personelinin yetersizliği söz konusudur (Barreto ve Rodrigues,1992).

Özellikle kızamık ve BCG aşısının sağlık ocaklarında her gün yapılması aşı fırsatının kaçırılmasına neden olmaktadır. Kaçırılmış fırsatları azaltmak için haftanın belirli günleri yerine her gün aşılama hizmetlerinin verilmesi gerektiği anlaşılmıştır. Küçük çocukların aşılanmamasında bir çok etken söz konusu olmakla birlikte özellikle kaçırılan fırsatlar, düşük bağışıklama oranlarına neden olmakta ve epidemi riski artmaktadır (Ayçiçek, 2004).

Aşı uygulaması sadece aşırı bebeğin koluna enjekte etmek gibi basit bir uygulama değildir. Aşıya gelen anneyi nazik bir şekilde karşılamaktan başlayıp, enjeksiyon güvenliği uygulamalarına, uygun dozda aşı yapılmasına kadar dolaylı becerilere gereksinim duyulur. Aşı sonrası görülebilecek yan etkiler konusunda anneyi uyarmak ve gerekli tedavileri tarif etmek yine aşı uygulamasında titiz davranılmasını gerektiren işlerdir. Çalışmamızda sağlık personelinin enjeksiyon güvenliği, aşı sonrası yan etkiler konusunda anneleri bilinçlendirme, aşının uygun dozda verilmesi konularında istenilen düzeyde olmadığı gözlenmiştir. Ruvanda'da yapılan çalışmada enjeksiyon güvenliği uygulamalarında yetersizlikler saptanmış, iğnelerin yeterli steril tutulmadığı, kullanılmış iğnelerin güvenli bir şekilde yok edilmediği belirlenmiştir (WHO, 2004c). Her yıl dünyada 12 milyar enjeksiyon yapıldığı ve bunun %10'unun aşı nedeniyle yapıldığı ve çoğunda enfeksiyon güvenliği kurallarına uyulmadığı belirlenmiştir (WHO, 2001).

Personelin %25'i anneye hangi aşıları yaptığını, %13.8'i anneye aşı sonrası hangi hastalıklara karşı bebeğin korunduğunu , %2.5'i anneye bebeğin aşı kartını getirmesini söylemiş ve geri göndermiştir.

6. SONUÇ

Çalışmamız sonucunda eksik aşıli olmayı etkileyen faktörler; anne baba eğitim düzeyi, ailenin sosyo ekonomik düzeyi, annenin gelir getiren bir işte çalışma durumu olarak belirlenmiştir.

Anne yaşı ve çocuğun cinsiyetinin eksik aşıli olmaya etkili olmadığı anlaşılmıştır. Çocuğa ait faktörler olarak ta çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu önemli bir etken olarak karşımıza çıkmıştır.

Aşı yönetimi ile ilgili faktörlerden sağlık personelinin aşı sonrası eğitim vermesi, aşı kartı verilmesi, aşı günü uygulaması gibi etkenler eksik aşıliliğı etkilemiştir.

Annelerin aşıyla ilgili bilgi durumları, aşıyla ilgili görüşleri de etkili olan diğer faktörler olarak saptanmıştır.

Tüm bunlara ilaveten eksik aşıli çocukların evlerinin sağlık ocağına daha yakın olması, aşıların evde yapılıyor olması, bölgeye yakın zamanda taşınmış olma etkili faktörler olarak çıkmıştır.

Aşıları eksik çocukların annelerinin aşıların eksik kaldığını bilmedikleri, sağlık ocağı kayıtlarıyla aşı kartı arasında uyumsuzluk olduğu ve kaçırılmış fırsatların aşıya devamsızlığı etkileyen faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

1-Eksik aşıllılığı etkileyen en önemli faktörler anne ve baba eğitimi gibi sosyal faktörler olduğuna göre aşıya devamsızlığı engellemenin en iyi yolu toplumsal kalkınmanın sağlanmasıdır.

2- Sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı gruplara aşı gibi sürekliliği olan hizmet sunulurken öncelik verilmelidir. Eğitim düzeyi düşük olan anne babaların bebekleri daha dikkatli takip edilmelidir.

3- Yine aynı şekilde sosyal yapının göstergesi olan kalabalık ailelere hizmet öncelikli olarak götürülmelidir.

4- Aşı sonrası eğitim ve danışmanlık, aşı kartı uygulaması ve sağlık ocağında belirli günlerde değil her gün aşı yapılıyor olması eksik aşıllılığı azaltacağından mutlaka bu uygulamalar sürdürülmelidir.

5- Sağlık personeli ebeveynlere aşıyla ilgili eğitim vermelidir. Bu eğitimlerde annelerin aşıyla ilgili kaygıları giderilmelidir.

6- Aşılama hizmeti evlere götürülmelidir. Bu hizmetin sürekliliği unutulmamalı , ebeveynlerin çocuklarını sağlık ocağına getirmeleri beklenmemelidir.

7- Sağlık personeli aşı kayıtları konusunda eğitilmeli, kayıtların önemi vurgulanmalıdır.

8- Sağlık ocaklarında kaçırılmış fırsatların engellenmesine yönelik planlar yapılmalı ve uygulanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

- ABDEL- FATTAH, ZAKİ A, BASSİLİ A, EL-SHAZLY M, TOGNONİ G (2001). Breast Self- Examination Practice and Its İmpact on Breast Cancer Diagnosis in Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal* 6 (1) : 34–40
- AJJAN, N. (1995). Aşı Kontrendikasyonları, Bağışıklama. Pasteur Mérieux, 3. Baskı
- AKTEPE, N. YEŞİLİRMAK, D. AYDIN, A. (2005). Aşı komplikasyonlarının değerlendirilmesi. *III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi*. İzmir. (22-24 Eylül) s:302
- ALKOY, S. ERDEM, S.G. KILIÇARSLAN, S. ŞENER, S. NOYAN KILIÇ, N. BAYAR, N. (2002). İstanbul’da 12-23 ay çocukların aşılama durumlarının lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi. *8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. s:261-263
- ALTINKAYNAK, S. ERTEKİN, V. GÜRAKSİN, A. KILIÇ, A.(2004). Effect of several sociodemographic factors on measles immunization in children of Eastern Turkey. *Public Health*. 118(8):565-569
- ARVAS, A. (1998). Çocuklarda rutin aşılama. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. İstanbul. s:25-31
- ARVAS, A. GÜR, E. EŞKAZAN, G. (2003). İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa tıp fakültesi gündüz bakımevin’deki çocukların bağışıklama durumu, hepatit A, hepatit B ve kızamık immünitesi. *Türk Pediatri Arşivi*. 38:84-89
- ARVAS,A. (2004). Aşılamada yapılan hatalar. *Türk Pediatri Arşivi*. 39: 9-13
- AŞI PAZARI CAN PAZARI, (2003). Aşı Üretiminin Perde Arkası. Tarihten Öğrenecek Çok Şey Var. Türk Tabipler Birliği Kitabı s. 14
- ATKINSON, W.L. PICKERING, L.K. WATSON, J.C. PETER, G. (2004). General immunization practices. İn: PLOTKİN, S.A. ORENSTEN, W.A. (Ed) Vaccine. 4 th ed.Pheiladelphia: WB Saunders Company.
- AYÇİÇEK, A. (2004). Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 47:183-188
- AYDIN, İ. (2005). Bağışıklık ve İmmünizasyon. Bulaşıcı Hastalıklar (Bakım ve Koruma). Erci, B.(ed) 1. Baskı. Palme Yayıncılık. Ankara. s:27-34
- AYTEKİN, N. (2003) Diyarbakır İlinde Genişletilmiş Bağışıklama Programında Mevcut Durumun Tespiti Ve Geliştirilmesi. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır.
- BALRAJ,V. MUKUNDAN,S. SAMUEL,R. JOHN,T.J. (1993). Factors affecting immunization coverage levels in a district of India. *Int J Epidemiol*. 22(6): 1146-53
- BARDENHEIER,B. YUSUF,H. SCHWARTZ,B. GUST,D. BARKER,L. RODEWALD, L. (2004a). Are parental vaccine safety concerns associated with receipt of measles-mumps-rubella, diphtheria and tetanus toxoids with acellular pertussis, or hepatitis B vaccines by children? *Arch Pediatr Adoles Med*. 158(6):569-75

- BARDENHEIER, B.H. YUSUF, H.R. ROSENTHAL, J. (2004b). Factors associated with underimmunization at 3 months of age in four medically underserved areas. *Public Health Rep.* 119(5):479-85
- BARRETO, T.V. RODRIGUES, L.C. (1992). Factors influencing childhood immunisation in an urban area of Brazil. *J Epidemiol Community Health.* 46(4): 357-61
- BENN, C.S. AABY, P. (2006). Gender differences in response to preventive health care interventions. Do we have to treat girls and boys differently to treat them equally? *Ugeskr Laenger.* 168(36):3045-6
- BISHAI, D. KUMAR, K.C.S. WATERS, H. KOENIG, M. KATZ, J. KHARTY, S.K. WEST, K.P. (2005). The impact of vitamin a supplementation on mortality inequalities among children in Nepal. *Health Policy Plan.* 20(1):60-66
- BLOOM, D.E. CANNING, D. WESTON, M. (2005). The Value of Vaccination. *World Economics.* 6(3), s.15-21
- BOND, L. NOLAN, PATTISON, P. CARLIN, J. (1998). Vaccine preventable diseases and immunisations: a qualitative study of mothers' perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. *Aust N z j Public Health.* 22: 441-446
- BÜLBÜL, S.H. (2005). Bin yıl hedefleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 48:1-7
- CANBAZ, S. PEKŞEN, Y. SÜNTER, A.T. (2001). Bağışıklama konusunda annelerden edinilen bilgilerle sağlık ocağı kayıtlarının karşılaştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 5(1): 48-53
- CARR J.E. CLEMENTS, C.J. MARTIN, R.M. RITCHIE, J.L. (2007) Behavioural Factors In Immunization. www.who.int/entity/mental_health/media/en/28.pdf Erişim Tarihi: 24.03.2007
- CDC. (2006). Principles of Vaccination. Immunology and Vaccine Preventable Disease. <http://www.cdc.gov/nip/Publications/pink/prinvac.pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2006
- CDC (2007). Diphtheria, Immunogenicity and vaccine efficacy. February, 2007 <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/dip.pdf> Erişim Tarihi: 06.06.2007
- CHEN, R. T. DAVIS, R. L. SHEEDY, K.M. (2004). Safety of Immunization. In: PLOTKIN, S.A. ORENSTEIN, W.A. (Ed). Vaccine. 4 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company.
- CUTTS, F.T. GLIK, D.C. GORDON, A. PARKER, K. DIALLO, S. HABA, F. STONE, R. (1990) Application of multiple methods to study the immunization programme in an urban area of Guinea. *Bull World Health Organ.* 68(6):769-76
- CUTTS, F.T. DIALLO, S. ZELL, E.R. RHODES, P. (1991). Determinants of vaccination in an urban population in Conakry, Guinea. *Int J Epidemiol.* 20(4):1099-106
- DSM (2007). Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü Kayıtları.
- DIYARBAKIR VALİLİĞİ (2007). T.C. Diyarbakır Valiliği Sitesi. Genel Bilgiler <http://www.diyarbakir.gov.tr> Erişim Tarihi: 26.04.2007
- EKERBİÇER, H.Ç. ESKİÖKAK, M. YORULMAZ, F. ÜZÜM, N. BAYAT, N. SALTİK, A. (1996).

1. Basamakta çalışan hekim dışı sağlık personelinin ulusal aşı günleriyle ilgili bilgi durumlarının değerlendirilmesi. V. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. İstanbul. (12-16 Ekim). s: 301-308
- EKUKLU, G. ESKİOCAK, M. DOĞANER, E. TUĞRUL, H. PALA, Ö. SALTİK, A. (2001) Edirne sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin hizmetiçi eğitim öncesi ve sonrasında genişletilmiş bağışıklama programı konusundaki bilgi düzeyleri. *I. Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Kongresi*. Ankara. (29-31 Mart) s:331
- EMİROĞLU, N. (2001). Genişletilmiş bağışıklam programı ve uygulamadaki sorunlar. *I. Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Kongresi*. Ankara. (29-31 Mart) s:180-186
- ERTEM, M. (2001). Genişletilmiş bağışıklama programında sahada sorunlar. *I. Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Kongresi*. Ankara. (29-31 Mart). s:187-200
- FARAG, M.K. AL-MAZRON, Y.Y. AL-JEFERY, M. AL-SHEHRİ, S.N. BALDO, M.H. FARGHALİ, M. (1995). National immunization coverage survey Saudi Arabia, 1991. *J Trop Pediatr*. 1:59-67
- GROSSMAN, M. (1994). İmmunization. Basic and Klinical İmmunology. Sites, Terr, Parslow (eds). Appleton and Lange. London. s:717-738
- GÖKÇAY, G. (1994). Aşılar. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. O Neyzi, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. s. 189-212
- GÖKSÜĞÜR, S.B. (2006). Annelerin aşı bilgi düzeyleri, çocuklarının aşılama durumu ve bunları etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. İstanbul
- GROUPHEALTH (2007). GroupHealth. İmmunization and Infectious Disease. http://www.centerforhealthstudies.org/research/immu_infect.html. Erişim Tarihi:09.04.2007
- GUST, D.A. STRINE, T.W. MAURICE, E. SMITH, P. YUSUF, H. WILKISON, M. BATTAGLIA, M. WRIGHT, R. SCHWARTZ, B. (2004). Underimmunization among children: effects of vaccine safety concerns on immunization status. *Pediatrics*. (Electronic Journal) 114:16-22 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- GUTHRIDGE, S.L. MILLER, N.C. (1996). Cold in a hot climate. Aust, N.Z.J. *Public Health*. 20:657-660
- HASSOY, H. ÇİÇEKLİOĞLU, M. (2005). Gülyaka sağlık ocağı bölgesinde 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları ve etkileyen faktörler. *9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA*. Ankara. (28 Eylül-1 Ekim). s:211
- HIZEL, S. ŞANLI, C. OKTAY, A. ALBAYRAK, M. ALİEFENDİOĞLU, D. (2005). Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılamaları ile ilgili bilgi ve tutumları. *III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi*. İzmir. (22-24 Eylül) s:241
- HUSSAİN, A. ALİ, S.M. KYALE, G. (1999). Determinants of mortality among children in the urban slums of Dhaka city, Bangladesh. *Trop Med Int Health*. 4(11).758-764
- KHARE, M. PİCCİNİNO, L. BARKER, L.E. LİNKİNS, R.W. (2006). Assessment of immunization

- registry databases as supplemental sources of data to improve ascertainment of vaccination coverage estimates in the national immunization survey. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 160(8):838-42.
- KUM-NJİ, P. JAMES, D. HERROD, H.G. (1995). İmmunization status of hospitalized preschool children: risk factors associated with inadequate immunization. *Pediatrics.* (Electronic Journal) 96:434-438 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- KURÇER, M.A. ŞİMŞEK, Z. SOLMAZ, A. DEDEOĞLU, Y. GÜLER, R. (2005). Şanlıurfa Harrankapı sağlık ocağı bölgesinde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılanmada sorunlar. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2(2):10-15
- KURT, A.Ö. İNT.DR. ÇALIŞMA GRUBU, ŞAŞMAZ, T. (2005). Mersin ilinde iki sağlık ocağında ebeveynlerin bağışıklama bilgilerinin değerlendirilmesi. 9. *Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA.* Ankara. (28 Eylül-1 Ekim). s:327
- MATTHEWS, Z. DIAMOND, I. (1997). Child immunization in Ghana: the effects of family, location and social disparity. *J Biosoc Sci.* 29(3):327-343
- MC CONNOCHIE, K.M. ROGHMANN, K.J. (1992). İmmunization opportunities missed among urban poor children. *Pediatrics.* (Electronic Journal) 89:1019-1026 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- MOYLETT, E.H. HANSON, C.I. (2004). Mechanistic actions of the risks and adverse events associated with vaccine administration. *J Allergy Clin Immunol.* 114(5):1010-1020
- MUTLU, Ş. ÖZTÜFEKÇİ, H. BARDAKÇI, N. (2002). İzmir’deki lot kalite araştırma yöntemi ile 13-24 aylık çocukların aşılanma durumunun incelenmesi. *Sted.* 11(10): 380-382
- NANDAN, D. PANDEY, D.N. AGNİHOTRİ, S.P. QUERSHİ, G.U. MEHROTRA, A.K. (1985). Some bio-social factors for drop out of children undergoing oral polio vaccination. *Indian J Public Health.* 29(3):201-205
- OBARO, S.K. PALMER, A. (2003). Vaccines for Children: Policies, Politics and Poverty. *Vaccine.* 21 (13-14)
- OK, Ş. PEHLİVAN, E. GEÇKİL, E. (2004). Malatya il merkezindeki 12 aylık bebeklerin bağışıklama durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 7(1):
- ÖZÇIRPICI, B. ŞAHİNÖZ, S. ÖZGÜR, S. BOZKURT, A.İ. ŞAHİNÖZ, T. CEYLAN, A. İLÇİN, E. SAKA, G. ACEMOĞLU, H. PALANCI, Y. AK, M. AKKAFA, F. (2002). GAP bölgesinde bağışıklama durumu. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.* Diyarbakır. (23-28 Eylül). S:885-888
- ÖZELÇİ, P. CEYLAN, A. SAKA, G. PALANCI, Y. ERTEM, M. (2001). Bir sağlık ocağında aşılamada kaçırılmış fırsatlar örneği. Diyarbakır. 1. *Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Kongresi.* Ankara. (29-31 Mart) s:330
- ÖZKAN, Ö. ÇATIKER, A. (2006). Bolu il merkezindeki çocukların aşılanma durumları ve engelleri. *Sted.* 15(10):171-178
- ÖZTEK, Z. (2004). Aşılanma Hizmetleri. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Editör.baskı sayısı. Palme Yayıncılık. Ankara.
- PLOTKİN, S.A. ORENSTEIN, W.A. (2004). Vaccines, 4 th ed. Philadelphia: WB saunders company.

- POLLARD,A.J. (2007). Childhood İmmunization, What is the future?. *Archives of Disease in Childhood*. 92: 426-433
- ROSENTHAL,J. RODEWALD,L. MCCAULEY,M. BERMAN,S. IRİGOYEN, M. SAWYER, M. YUSUF,H DAVİS,R. KALTON,G. (2004). Immunization coverage levels among 19-to 35-month-old children in 4 diverse, medically underserved areas of the United States. *Pediatrics. (Electronic Journal)* 113(4):296-302 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- RUFF, T.A. (1999). İmmunization strategies for viral disease in developing countries. *Reviews İn Medical Virology*. 9:121-138
- RUSSELL,M. POOL,V. KELSO,J.M. TOMAZİC,V.J. (2004). Vaccination Of Persons Allergic To Latex; A Review Of Safety Data İn The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). *Vaccine* 23 s. 664-667
- SANTOLİNİ, J.M. SZİLAGYİ, P.G. RODEWALD, L.E. (1998). Barriers to immunization and missed opportunities. *Pediatrics Ann*. 27:366-374
- SMİTH, P.J. CHU, S.Y. BARKER, L.E. (2004). Children who have recived no vaccines: Who are they and where do they live?. *Pediatrics. (Electronic Journal)* 114(1): 187-195 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- TAYLOR, J.A. DARDEN, P.M. BROOKS, D.A. HENDRİCKS, J.W. WASSERMAN, R.C. BOCAİN, A.B. (2002). Association between parents' preferences and perceptions of barriers to vaccination and the immunization status of their children: a study from pediatrics research in Office settings and the national medical association. *Pediatrics*. 8 (Electronic Journal)110(6): 1110-1116 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- TNSA. (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
- TONGLET,R. SORON'GANE,M. LEMBO,M. WA MUKALAY,M. DRAMAİX,M. HENNART,P. (1993). Evaluation of immunization coverage at local level. *World Health Forum*.14(3):275-81
- TOPUZOĞLU,A. OZAYDIN,G.A.N. CALI,S. CEBECİ,D. KALACA,S. HARMANCI, H. (2005). Assessment of sociodemographic factors and socio-economic status affecting the coverage of compulsory and private immunization services in İstanbul, Turkey. *Public Health* 119:862-869
- TORUN, S.D. HİDİROĞLU, S. DEMİR, F. (2005). 2005 kızamık aşı kampanyasında aşılama oranları ve kampanyada aşılamaı etkileyen bazı özellikler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA. Ankara. (28 Eylül-1 Ekim). s:210
- TSHGM (2001).T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2001. Ankara
- TSHGM (2005).T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005. Ankara
- TSHGM.(2006). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Ankara.

- UGHADE, S.N. ZODPEY, S.P. DESHPANDE, S.G. JAİN, D. (2000). Factors responsible for delayed immunisation among children under 5 years of age. *J Indian Med Assoc.* 98(1):4-5
- UNICEF (2003). Dünya Çocuklarının Durumu. www.unicef.org/turkey/pdf/dcd05.pdf Erişim Tarihi:10.05.2007
- UNICEF. (2004) Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara
- UNICEF (2005). Dünya Çocuklarının Durumu,
- WHO (1982). Expanded Programme on Immunisation. Field trials on an icelined refrigerator. *Weekly Epidemiological record.* 57,161.
- WHO (1997). World Health Organization. Global programme for vaccines and immunization. Program Report 1996. WHO/GPV/97.01. Geneva Switzerland.
- WHO. (1998). Safe vaccine handling, cold chain and immunizations. Global Programme for vaccines an immunization. <http://www.who.int/vaccines-documents/Docs PDF/www9825.pdf> Erişim Tarihi: 15.05.2007
- WHO. (2001). Regional Office for The Western Pasific. Plain of Action for İmmunization Safety 2001- 2005. October s:2
- WHO (2004a). WHO News. Healt Related Millennium Development Goal Out Of Reach For Many Countries. *Bull World Healt Organ* 82(2) Genebra Feb.
- WHO. (2004b). İmmunization in Praticce; A Pratical quide for Health Staff.
- WHO. (2004c). İnjecction Safety in İmmunization Services. *Vaccine Preventable Diseases Bulletin.* September.
- WOOD,D. DONALD-SHERBOURNE,C. HALFON,N. TUCKER,MB. ORTİZ,V. HAMLİN,J.S. DUAN,N. MAZEL,RM. GRABOWSKY,M. BRUNELL,P. ET AL. (1995). Factors related to immunization status among iner-city Latino and African-American preschoolers. *Pediatrics.* (Electronic Journal) 96(2 pt 1):295-301 Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/>)
- YÜCEL, A. (1999). Aşılar ve Serumlar. Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. Ustaçelebi, Ş. (ed). Güneş Kitabevi. s:315-324
- ZEİTLYN,S. RAHMAN,A.K. NIELSEN,B.H. GOMES,M. KOFOEND,P.E. MAHALANABİS,D. (1992). Compliance with diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation in Bangladesh: factors identifying high risk groups. *BMJ.* 7:304(6827)606-9
- ZHOU,W. POOL,V. İSKANDER,J.K. ENGLISH,R. BALL,R. WİSE,R.P. HABER,P. PLESS,R.P. MOOTREY,G. ELLENBERG,S.S. BRAUN,M.M. CHEN,R.T. (2003). Surveillance for Safety After İmmunization: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), United States, 1991-2001, *Surveillance Summaries*, Vol.52/ss-1

9. EKLER

EK 1. Annelerle Görüşme Soruları

1-Adres: (Sağlık Ocağı Bölgesi):

2-Eviniz sağlık ocağına ne kadar uzaklıkta :

1) yakın(yürüyerek 5-10 dk) 2) uzak sayılır (10-30 dak.) 2) uzak (yürüyerek 30-60 dk) 3)çok uzak (yürünemez)

3-Kaç yıldır bu adreste oturuyorsunuz?:

4-Annenin yaşı:.....

5-Annenin eğitim durumu;

1)okur-yazar değil 2)okur-yazar 3)ilkokul mezunu 4)ortaokul 5)lise 6)yüksekokul

6-Annenin mesleği:(çalışma karşılığında para kazanıyor mu?)

1)Hayır 2)Evet(belirtiniz.....)

7-Babanın eğitim durumu:

1)okur-yazar değil 2)okur-yazar 3)ilkokul mezunu 4)ortaokul 5)lise 6)yüksekokul

8-Babanın mesleği:

1)çiftçi 2)memur 3)vasıfsız işçi 4)vasıflı işçi 5)küçük işletme sahibi 6)işsiz

7)Diğer.....

9-Babanın sosyal güvencesi:

1)Emekli sandığı 2)SSK 3)Bağkur 4)Yeşil kart 5)Yok 6)Diğer....

10-Aile Tipi:

1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Parçalanmış aile

11-Çocuğunuzun aşılarını nerede yaptırırsınız?

1)Sağlık ocağında 2)Eve sağlık ocağından gelirler 3)Bazıları sağlık ocağında bazıları evde
4)Özel doktorunda 5)Verem-savaş dispanseri 6)Hastane 7)AÇS-AP
8)Aşı yaptırmayız 9)Diğer.....

12-Aşı yaptırdıktan sonra çocuğunuzda aşağıdaki yan etkilerden hangileri görüldü?

1)Ateş 2)Halsizlik 3)Aşı yerinde uzun süre ağrı 4)Kızamık gibi döküntü
5)Diğer..... 6) Aşı yaptırmayız

13-Çocuğun aşılanma durumu

	Kayıtlar		Anneden edinilen		Karttan	
	+	-	+	-	+	-
DBT 1						
DBT 2						
DBT 3						
Polio1						
Polio 2						
Polio 3						
Kızamık						
HepatitB1						
HepatitB 2						
HepatitB 3						
BCG						

a-Aşıları eksik**b-Aşıları tam**

14-Sorgulama yapılan çocuğun cinsiyeti

1)Kız 2)Erkek

15-Çocuğun yaşı:.....

16-Çocuk ailenin kaçınıcı çocuğu?

17-Çocuğunuzun aşısının eksik kaldığını (bitmemiş olduğunu) biliyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

18-Çocuğunuzun aşısını neden tamamlamadınız? (birden fazla neden olabilir.....)	evet	hayır
a-Aşı için götürdüm bugün çocuğunuz hasta yarın getir dediler (İshal, grip,nezle gibi minör hastalıklar)		
b-Çocuğum sürekli hastadır bu yüzden aşı yaptırmadım (Evetse hastalığı tanımlayın:.....)		
c-Buraya yeni taşındık sağlık ocağının yerini bilmiyorum		
d-Kaynanam-kocam aşıya karşılar		
e-Bana bu konuda bilgi verilmedi, ne aşı yapılan yeri biliyorum ne de aşı yapılması gerektiğini		
f-Sağlık kurumuna götürdüğümüzde sağlık kurumundakiler bize iyi davranmıyorlar		
g-Sağlık kurumları evime çok uzak		
h-Aşı için para istiyorlar		
i-Aşı için götürdüğümde aşı yok dediler		
j-Aşı için götürdüğümde bugün aşı günü değil dediler		
k-Tekrar aşıya getirmem gerektiğini söylemediler		
l-Tekrar ne zaman getireceğimi bilmiyordum		
m-Birinci doz aşıdan sonra çocuk çok ağır olmuştu (konvülsiyon tarif ediyor), doktorlar bu çocuğa bir daha aşı yaptıрма dediler		
n-Aşı çocuğa ateş yaptı başka zararlar da verir diye korktum		
o-Çok işim vardı bir türlü çocuğu aşıya götürmeye vakit olmadı (Sağlık kurumuna gitmeye zamanım yok)		
p-Aşı gününü unutmuşuz, çocuk büyüdü, artık olmaz zannettik bir daha da götürmedik		
r-Aşı zamanı gelmemiş dediler		
s-Antibiyotik alıyordu birlikte aşı yapılmaz dediler		
t-Çocukta lösemi benzeri bir hastalık var		
u-Çocuk o sırada kortizon tedavisi alıyordu		
v-Çocuk o sırada kızamık geçiriyordu		
y-Çocuk o sırada aktif verem hastasıydı		
z-Diğer(nedeni açıkça yazınız).....		

19-Aşı yapıldıktan sonra ebeler yada doktorlar size aşı ile ilgili bilgi verdi mi?

- 1) Evet 2)Hayır

20-Bu eğitimde neler söylendi?.....

21-Aşı yapıldıktan sonra aşının ateş, aşı yerinde ağrı yapabileceği ve bunun normal olduğu size söylendi mi?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

22-Aşı yapıldıktan sonra çocuğa aspirin yada ateş düşürücü ilaç tavsiye edildi mi?

- 1)Evet aşından sonra verdik 2)Evet ama gerek olmadı 3)Hayır söylenmedi

23-Aşı yapıldıktan sonra size bir daha ne zaman geleceğiniz (çocuğu aşıya bir daha ne zaman getireceğiniz) söylendi mi?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

24-Çocuğunuzun aşı kartı var mı?

- 1)Var gösterdi 2)Var gösteremedi 3)Verildi kaybetti 4)Verilmedi

25-Evinize gelen ebeler yada hemşireler aşı ile ilgili bir şeyler söyledi mi?

- 1)Evinize ebe yada hemşire gelmedi
2)Geldi ama aşı ile ilgili değil
3)Geldi aşığı hatırlattı
4)Diğer.....

26-Bir yaşını doldurmamış bebeğe hangi aşılar yapılır?

	Spontan	İrdeleyerek
Verem		
DBT (karma)		
Çocuk felci		
Kızamık		
Hepatit B		

27-Sizce aşılardan yan etkileri var mı (aşının çocuğa dokunduğu olur mu?)

- 1)Evet 2)Hayır

28-Ne gibi yan etkileri var?.....

29-Aşı çocuğa zarar verebilir mi?

- 1)Verir 2)Vermez

30-Aşının çocuğunuzu hastalıklardan koruduğuna inanıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

31-Aşı ile ilgili bilgileri nereden aldınız?

- 1)Sağlık personeli 2)Komşu 3)Kaynana 4)Babası(Kocası)
5)Gazete 6)TV,Radyo 7)Aşı ile ilgili bilgim yok
8)Diğer.....

EK 2. Sağlık Personeli Görüşme Soruları

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz

1)Kadın

2)Erkek

3-Kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

4-Göreviniz:.....

5-Aşı ile ilgili bilgilerinizi nereden aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1)Meslek eğitimi aldığım okuldan

2)İşe başladıktan sonra kurs ve eğitimlerden (hizmet içi eğitimlerden)

3)Dergi ve kitap gibi yayınlardan

4)İş yerindeki arkadaşlarımdan

5)Sağlık bakanlığının konu ile ilgili yazılarından

6)İnternet vb. olanakları kullanarak

6-Okuldan mezun olduktan sonra aşı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1)Evet

2)Hayır

7- Evet ise bu eğitimi en son ne zaman aldınız?(Tarih belirtiniz).....

8-Aşı ile ilgili soruları yanıtlayınız.

	Evet	Bazen	Hayır
a-Sağlık ocağına aşı düzenli gelir mi?			
b-Aşı yaptırmaya gelenlere aşı eğitimi yapar mısınız?			
c-Aşı kayıtlarını düzenli tutar mısınız?			
d-Aşı yaptırmaya gelenlere aşı kartı veriyor musunuz?			
e-Sağlık ocağında aşı için makbuz kesiliyor veya ücret alınıyor mu?			
f-Ocağınızda soğuk zincir kurallarına uyuluyor mu?			

9-Ocağınızda aşağıdaki aşılar hangi günler yapılır?

	P.Tesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Hergün
Kızamık						
BCG						
DBT-OPV						
HBV						

10-Form 012 'yi doldururken ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?

1) hiçbir zorluğu yok

2)form bulamıyoruz

3)bu formu ben doldurmam

4)bu formu doldurmayı bilmiyorum bana öğretilmedi

5) diğer:.....

11-Bölgenizdeki gebe kadınları ve bebekleri düzenli olarak izliyor musunuz?

1)Sağlık ocağına gelenleri izliyoruz

2)Evlerine gidip izliyoruz

3)İzlemiyoruz

12-Sizce ailelerin çocuklarını aşıya getirmemelerinin (devamsızlığın) nedeni ne olabilir?

1)Bu konuda bilgisiz oldukları için

2)Aşının hastalıklardan koruduğuna inanmadıkları için

3)Ulaşım problemi yaşadıkları için

4)Aşı hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları için

5)Sağlık personelinin olumsuz davranışlarından dolayı

6)Sağlık kurumunda her zaman aşı olmadığı için

7)Ne zaman aşı uygulanacağını bilmediği için

8)Diğer:.....

EK.3. Sağlık Personeli Gözlem Forumu

	Evet	Hayır
-Sağlık personeli aşıya gelen kişiyi nazik karşıladı mı?		
-Form 012’ de bebeği buldu mu? Yada bebeğin kayıtlarına sonra yazılacak mı?		
-Bebegin aşı kartını anneye sordu mu?		
-Enjektörün iğnesini hiçbir yere değdirmeden çıkardı mı?		
Aşı flakonunu nasıl tuttu, flakonun plastik kısmına eli değdi mi		
-Enjektörün iğnesini hiçbir yere değdirmeden flakona sapladı mı?		
-Sulandırılması gereken aşılar 5-10’luk enjektörle tek seferde mi sulandırıldı?		
- Aşı yapılacak ilk kişi geldiğinde mi sulandırıldı?		
- Açılma saati flakon üzerine yazıldı mı?		
-Yeterli miktarda aşı çıktı mı?		
- Uygun bir şekilde aşı uygulandı mı? (DBT için kas içine, BCG için intradermal, polio için ağızdan, kızamık için subkutan yapıldı mı?)		
-Enjektörün kapağını kapatmadan delinmeyecek bir kutuya attı mı?		
-Aşı soğuk zincire uygun olarak saklanıyor mu? (aşı odasında aşı nakil kabında)		
-Aşıların buz aküsüyle direk temas etmesi kalın bir karton vs. ile engelleniyor mu?		
-Aşı flakonlarının üstünde açılma tarih ve saati yazılıyor mu? (kızamık ve BCG özel incelenecek)		
- Aşı nakil kabının içi temiz mi		
-Yaptığı aşığı form 012’ye kayıt etti mi? (yada sonradan form 012 ye geçilecek şekilde uygun kayıt edildi mi?)		
-Bebegin adresini sorguladı mı?		
-Form 012’ye aşısının seri numarası yazıldı mı?		
-Yaptığı aşığı aşı kartına kayıt etti mi?		
-Aşı kartı yoksa yeni aşı kartı doldurdu mu?		
-Anneye yeniden aşıya gelmesi gerektiğini söyledi mi? (bir daha aşıya hangi tarihte geleceğini söyledi mi?)		
-Aşının bazen ateş yapabileceğini bunun normal olduğunu söyledi mi?		
-Ateş durumunda aspirin, parasetamol yada soğuk kompres önerdi mi?		
-Aşının bazen aşı yerinde kızarıklık ve ağrı yapabileceği söylendi mi?		
-Uzun süren tiz sesli ağlama ve aşı sonrası katılma nöbetlerinin olması durumunda (konvülziyon) bebeği hemen bir sağlık kuruluşuna götürmesi gerektiği söylendi mi?		
-Anneye hangi aşıları yaptığını söyledi mi?		
-Anneye aşı sonrası hangi hastalıklara karşı bebeğin korunduğunu söyledi mi?		
-		

Diğer gözlemlerinizi lütfen kayıt ediniz:

.....

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı soyadı: Gülhan YİĞİTALP

Doğum Tarihi: 15.01.1971

Doğum Yeri: Diyarbakır/Ergani

Mezun Olduğu Üniversite: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu/Sivas

Mezun Olduğu Tarih: 20.06.1994

Görev Yaptığı Yerler:

1994-1999 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Hemşire

1999 itibarıyla Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi