

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

EBEVEYNLERİN AŞI OKURYAZARLIK DÜZEYİ VE ÇOCUKLUK
AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SÜMEYYE YILDIRIM

İSTANBUL - 2025

T.C
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

EBEVEYNLERİN AŞI OKURYAZARLIK DÜZEYİ VE ÇOCUKLUK
AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SÜMEYYE YILDIRIM

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi NURCAN KOLAÇ

İSTANBUL – 2025

KABUL VE ONAY

Sümeyye YILDIRIM tarafından hazırlanan “Ebeveynlerin Aşı Okuryazarlık Düzeyi ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışları” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 24.01.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ.....

Üye

Doç. Dr. Seher YURT.....

Üye

Doç. Dr. Kamer GÜR.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

SÜMEYYE YILDIRIM

24.01.2025



ÖN SÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Bütün süreç boyunca her anlamda yanımda olmuş, desteğini ve katkılarını esirgememiştir. Bu vesileyle tüm hocalarım ve jüri üyelerine, tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen abim Ahmet YILDIRIM eşi Arzu YILDIRIM'a arkadaşlarım Meltem ATEŞ ve Hülya ARIKBOĞA'ya teşekkürlerimi iletirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Fatma YILDIRIM, babam İsmail Hakkı YILDIRIM'a ve bütün aileme destekleri için minnettarım. Onların varlığı ve inancı, bu çalışmanın en önemli motivasyon kaynağı olmuştur.

YILDIRIM

SÜMEYYE

24.01.2025

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. Bağışıklama Nedir	4
1.2. Bağışıklama Türleri Nelerdir.....	4
1.3. Aşı Nedir	5
1.4. Aşı Tipleri.....	5
1.4.1. Viral Aşılar	5
1.4.2. İnaktif (ölü) Viral Aşılar	6
1.4.3. Rekombinant Antijen Aşıları.....	6
1.4.4. Bakteriyel Aşılar.....	6
1.4.5. Toksoid Aşılar	7
1.4.6. Subunit Bakteri Aşıları	7
1.4.7. Polisakkarit Aşılar	7
1.4.8. Konjugopolisakkarit Aşılar.....	7
1.4.9. Kombine Aşılar	7
1.4.10. Rekombinant Vektör Aşıları.....	8
1.4.11. Sentetik Peptid Aşılar	8
1.4.12. DNA Aşıları.....	8
1.5. Aşının Tarihçesi.....	9
1.5.1. Dünyada Aşı Çalışmalarının Tarihçesi.....	9
1.6. Aşının Toplum Sağlığı Açısından Önemi	11
1.7. Genişletilmiş Bağışıklama Programı	13
1.8. Türkiye’de Rutin Uygulanan Aşılar	14
1.8.1. Hepatit B Aşısı	15
1.8.3. Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı)	17
1.8.4. Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) Aşısı	18
1.8.5. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA)	21

1.8.6. Çocuk Felci Aşısı (Ipa, Opa)	21
1.8.7. Hemofilus İnfluenza Aşısı (Hib)	22
1.8.8. Difteri-Asellüler Boğmaca-Tetanoz (Dabt) Aşısı.....	22
1.8.9. BCG (Bacillus-Calmette-Guerin)-Tüberküloz Aşısı	24
1.9.1. Rotavirüs Aşısı	26
1.9.2. Human Papilloma Virüs Aşısı (HPV)	26
1.9.3. Meningokok Aşısı	27
1.9.4. İnfluenza (Grip) Aşısı.....	27
1.9.5. COVID-19 Aşısı	28
1.10. Aşı Reddi (Aşı Tereddüdü)	28
1.10.1. Aşı Reddinin Tarihçesi	29
1.10.2. Türkiye’de Aşı Reddi	30
1.11. Aşı Reddini Etkileyen Faktörler	31
1.11.1. Bağlamsal Faktörler.....	32
1.11.2. Birey ve Grup Düzeyindeki Etkiler	32
1.11.3. Aşı ve Aşılamaya Ait Etkiler.....	33
1.11.4. Aşılar ve Sosyal Medya Televizyon.....	34
1.12. Aşıya Karşı Ebeveynlerin Tutum ve Davranışları.....	35
1.13. Sağlık Okuryazarlığı.....	36
1.13.1. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı.....	38
1.13.2. Etkileşimli (İletişimsel) Sağlık Okuryazarlığı	38
1.13.3. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı	38
1.13.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	38
1.14. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	39
1.15. Aşı ve Sağlık Okuryazarlığı	40
1.16. Aşı Okuryazarlığı ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışları Belirleyen Çalışmalar	40
1.17. Aşı Okuryazarlığı ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumların Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	41
BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
2.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	43
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	43
2.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	44

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	44
2.5.1. Araştırılmadan Çıkarılma Kriterleri	44
2.6. Veri Toplama Araçları.....	44
2.6.1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu	44
2.6.2. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları (PACV) Ölçeği.....	45
2.6.3. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği.....	46
2.7. Veri Toplama Yöntemi.....	46
2.8. Verilerin Analizi	46
2.9. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	49
3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
3.2. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	52
3.3. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	54
3.4. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV) İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	60
3.5. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi	64
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	66
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
KAYNAKÇA.....	78
EKLER	90
ÖZ GEÇMİŞ	99

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Bacillus Calmette Guerin
DaBT-İPA-Hib	: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı, Hemofilus İnfluenza Tip b
Dap-İPA	: Difteri, Aselüler Boğmaca, İnaktif Polio Aşısı
DBT	: Difteri, Boğmaca, Tetanoz
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECDC	: Avrupa Hastalık Koruma ve Önleme Merkezi
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
Hep-A	: Hepatit A Aşısı
Hep-B	: Hepatit B Aşısı
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
KPA	: Konjuge Pnömonokok
OPA	: Oral Polio Aşısı
PACV	: Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları
R	: Rapel (Pekiştirme)
Td	: Tetanoz, Difteri
Tdap	: Tetanoz, Difteri, Aselüler Boğmaca
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Aşıların Geliştirilme Yöntemleri ve Tarihleri	10
Tablo 2: Ülkemizde Yıllara Göre Aşı Uygulamalarında Yapılan Çeşitli Düzenlemeler ...	14
Tablo 3: Türkiye'de Aşı İle Önlenebilen Hastalıkların Yıllık Vaka Sayıları	25
Tablo 4: Aşılama Hızları (%), 2013-2022	25
Tablo 5: Güvenirlik ve Normallik İncelemesi	47
Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
Tablo 7: Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine İlişkin Bulgular	51
Tablo 8: Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	52
Tablo 9: Katılımcıların Aşı Tereddüt Sınıflamasına Göre Dağılımı	53
Tablo 10: Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 11: Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 12: Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine İlişkin Puanların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 13: Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine İlişkin Puanların Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 14: İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı ve Aşı Tereddüdü Arasındaki İlişki	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: T.C Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi	15
Şekil 2: Türkiye’de 1990-2017 Yılları Arasında Farklı Yaş Gruplarındaki Akut Hepatit B İnsidansı (yüz binde) İncelenmesi	16



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebeveynlerin Aşı Okuryazarlık Düzeyi ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum ve

Davranışları

Sümeyye Yıldırım

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı / Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

Danışman: Dr.Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç

Ocak, 2025 - 99

Bu araştırma Ebeveynlerin Aşı Okuryazarlık Düzeyi ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma 06.2024 - 09.2024 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir ilçesine bağlı Güvercintepe Aile Sağlığı Merkez'ine başvuru yapan 0-14 yaş grubu çocuklara sahip 422 gönüllü ebeveynle gerçekleştirilmiştir. Veriler Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları (PACV) Ölçeği ve Aşı Okuryazarlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27 istatistiksel analiz programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın analizlerinde iki bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken Bağımsız Gruplar t testi ikiden fazla bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken ise tek yönlü varyans analizi yöntemleri kullanılmıştır. Katılımcıların %97.6'sı çocuklarına aşı yaptırmıştır. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine ilişkin ölçek toplam puanının 35.38 ± 17.67 olduğu tespit edilmiştir. Yaş ($p < 0,001$), annenin eğitim düzeyi ($p < 0,001$), babanın eğitim düzeyi ($p < 0,01$), gelir durumu ($p < 0,01$) ve çocuk sayısı ($p < 0,05$) değişkenleri ile İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünme ($p < 0,001$), aşı yaptıрма düzeni ($p < 0,001$), zorunlu aşılama programına yönelik düşünce ($p < 0,001$), çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu ($p < 0,01$), yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıрма kararı ($p < 0,001$), yetişkin aşılarını yaptıрма durumu ($p < 0,001$) ve yetişkinler için aşıların gerekliliği ($p < 0,001$) değişkenleri ile PACV puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Katılımcıların %20.6'sı aşı tereddüdü yaşamaktadır. Katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı tereddütleri arasında pozitif yönde, düşük düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Sonuç olarak, ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeylerinin çocukluk aşılarına yönelik tutumlarını ve uyumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Aşı tereddütünü azaltmak için doğru bilgiye erişim ve sağlık çalışanlarının rehberliği önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, Aşı Okuryazarlık Düzeyi, Çocukluk Aşıları, Tutum ve Davranışlar, Halk Sağlığı Hemşiresi

ABSTRACT

Istanbul Kent University, Graduate School of Education

Parents' Vaccine Literacy Level and Attitudes and Behaviors towards Childhood Vaccines

Sümeyye Yıldırım

Master Thesis

Department of Nursing / Division of Public Health Nursing

Assoc. Prof. Dr. Nurcan Kolaç

January, 2025 - 99

This descriptive study aims to determine parents' vaccine literacy levels and their attitudes and behaviors toward childhood vaccinations. The research was conducted between June 2024 and September 2024 with 422 volunteer parents of children aged 0-14 years who visited Güvercintepe Family Health Center in Istanbul's Başakşehir district. Data were collected using the Socio-Demographic Characteristics Information Form, the Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) Scale, and the Vaccine Literacy Scale. The data were analyzed using the (SPSS) version 27. For comparisons of mean scores between two independent groups, the Independent Samples t-Test was used, while comparisons among more than two independent groups were performed using the One-Way Analysis of Variance (ANOVA).

The study revealed that 97.6% of participants vaccinated their children. The total mean score of the PACV Scale was 35.38 ± 17.67 . Significant differences were identified between the Functional Health Literacy subscale scores and variables such as age ($p<0.001$), mother's education level ($p<0.001$), father's education level ($p<0.01$), income level ($p<0.01$), and the number of children ($p<0.05$). Additionally, significant differences were observed between PACV scores and variables including the belief in the necessity of vaccinations ($p<0.001$), regularity of vaccinations ($p<0.001$), opinions on the mandatory vaccination program ($p<0.001$), experience of vaccine-related side effects in children ($p<0.01$), the decision to administer all recommended vaccines for a new baby ($p<0.001$), administration of adult vaccines ($p<0.001$), and the perception of the necessity of vaccines for adults ($p<0.001$).

The findings also showed that 20.6% of participants experienced vaccine hesitancy. A positive, low-level, and statistically significant linear relationship was found between functional health literacy levels and vaccine hesitancy ($p<0.001$). In conclusion, parents' vaccine literacy levels positively influence their attitudes and compliance with childhood vaccinations. To reduce vaccine hesitancy, access to accurate information and guidance from healthcare professionals are recommended.

Keywords: Parents, Vaccine Literacy Level, Childhood Vaccinations, Attitudes and Behaviors, Public Health Nurs

GİRİŞ

Aşılar, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilir ve 20. yüzyılda halk sağlığı alanındaki en büyük 10 başarıdan biri arasında gösterilmektedir (Dube ve ark., 2013). Dünya genelinde bağışıklama hizmetleri sayesinde her yıl yaklaşık 2-3 milyon, Türkiye'de ise yaklaşık 14 bin ölümün engellendiği tahmin edilmektedir. Bağışıklama hizmetleri, dünya genelinde ölümcül olabilecek yaklaşık 25 hastalığın önlenmesine katkı sağlamaktadır (Yalçın ve ark., 2019). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bu hizmetler sayesinde her yıl yaklaşık 1,5 milyon ölüm engellenebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; WHO, 2019). Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, bağışıklama hizmetleri, bireyleri, aileleri ve toplumu hem hastalıklardan hem de bu hastalıkların yol açabileceği komplikasyonlardan koruyan en güvenilir, etkili ve düşük maliyetli halk sağlığı uygulamalarından biridir (UNICEF 2021). Günümüzde bazı hastalıkların bağışıklama hizmetleri sayesinde daha az görülmesi, bu hastalıkların neden olabileceği risk ve tehlikelerin unutulmasına yol açmış gibi görünmektedir. Özellikle son yıllarda, bağışıklama hizmetlerine yönelik şüpheler ve aşıların yan etkileri toplumda daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, 2021 yılında bir yaştan altındaki yaklaşık 25 milyon çocuk rutin aşılarını yaptırmamış, hiç aşılanmamış çocuk sayısı ise 2019 yılına göre 5 milyon artmıştır. Bu nedenle DSÖ, 2019 yılında aşı tereddütünü küresel sağlık için en büyük tehditlerden biri olarak değerlendirmiştir (WHO, 2022).

DSÖ 2030 yılı hedefleri arasında aşı uygulamalarının daha güvenli, daha sağlıklı bir topluma yatırım olduğunu vurgulayarak, bulaşıcı hastalıkların ve onların kalıcı sorunlarından korunmayı amaçlamaktadır (Odaman vd., t.y). Ancak hala ülkeler arasında aşılar erişimde eşitsizlikler devam etmektedir ve 2030 yılı hedeflerine ulaşmada aşılama oranlarına ait zorluklar devam etmektedir. Bu zorluklardan toplumların sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak gösterilmektedir. Sağlık okuryazarlığı sağlığın sosyal bir belirleyicisidir ve zayıf sağlık okuryazarlık düzeyi düşük eğitim, yoksulluk, işsizlik ve düşük sosyoekonomik durumla ilişkilendirilmektedir. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması bağışıklamayı teşvik etmede ve her çocuğun yaşına, uygun bağışıklama hizmeti alması, dolayısı ile toplum bağışıklığı için bir temel oluşturur. Çalışmalar, sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının, aşırı kabul etmek ve aşırıyla ilgili bilgiyi kullanma becerisinin zayıf olmasıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Fenta vd., 2023). Aşı okuryazarlığı aşı bilgisini anlama sağlık hizmetleri ile iş birliği kurma ve insanların aşılar olan ilgisini artırma sürecidir. Aşı okuryazarlığı aynı zamanda iletişim stratejileri kullanmanın bir parçası olarak

değerlendirilmektedir Aşı olmayı benimsemek amacıyla bilgileri kavramak ve kullanmak için insanların aşılarda konusunda daha motive ve bilgili olması gerekiyor. Aynı zamanda aşı okuryazarlığı aşıyla ilgili çok fazla yanıltıcı bilginin olmasının olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olan bir araçtır (Fenta vd., 2023). Aşı tereddütü ise aşılamada hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşılamada geciktirilmesi veya reddedilmesidir. Literatürde aşı sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesinin halkın aşılamada değerinin farkına varmasına yardımcı olacağı, aşıya olan güveni artıracak ve toplum bağışıklığı hizmetlerine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle aşı okuryazarlığını belirleyen faktörlerin anlaşılması, toplumda daha başarılı bağışıklama programlarının uygulamasına katkı sağlayabilir (Ratzan., 2011). Aşı tereddütü karmaşık ve spesifik koşullara bağlı olarak zamana, bölgeye ve aşılamada türüne göre değişiklik göstermektedir (Fenta vd., 2023) Aşı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşenidir ve aşı tereddütünü ortadan kaldırmak için umut verici bir yol olarak kabul edilmektedir (MacDonald.,2015) Literatürde genel olarak aşı tereddütünün belirleyicileri olarak bir dizi faktör bildirilmektedir. Bu faktörler, kişisel, kişilerarası ve topluluk düzeyinde olabilmektedir. Bununla birlikte, aşıyla ilgili olarak sosyal medyada ve internette giderek artan bilgi fazlalığı dikkate alındığında, doğru bilgiye ulaşmak için önemli bir değerlendirme becerisinin gerekli olduğu bildirilmektedir (Lorini vd.,2018; Agrawal vd 2022).Ayrıca aşı tereddütünü artıran diğer faktörlerden bazıları şu şekildedir, ebeveynlerin risk algısı, bağışıklama programları, dini inanışlar, kültür, cinsiyet sosyo ekonomik politik ve coğrafi faktörlerdir (MacDonald.,2015). Aynı zamanda ebeveynlerin aşının etkinliği, güvenliği, etki mekanizması, aşılamada programları ve aşıları teşvik eden ve uygulayan sağlık sistemine olan inançları aşı olmaya güvenini etkileyen faktörlerdendir (Santana vd., n.d.) Bugün için her ne kadar aşı tereddütü ve aşı okuryazarlığı aşılamada hizmetlerinin tek belirleyici olmasa da başta ebeveynler olmak üzere halkın aşı okuryazarlığını geliştirmek ve aşı tereddütlerini azaltmak ve bağışıklama hizmetlerini geliştirmek için çok önemlidir .Litratürde bireylerin sağlık okuryazarlığı durumları ile aşının kabul edilebilirliği arasında açık bir ilişki bulurken, bazı çalışmalar arasında negatif bir ilişki bulmuş veya hiç ilişki bulunmamıştır (Zhang vd., 2023). Bu nedenle konuyla ilgili olarak daha fazla araştırmalara gereksinim vardır Aşıların etkinliği, güvenliği ve potansiyel yan etkileri konusunda ebeveynlerin farkındalığını artırmak ve aşı yapmayı teşvik etmek için etkili aşı okuryazarlığı esastır.

Ebeveynler, yalnızca kendi sağlıklarından değil, aynı zamanda çocuklarının sağlık durumundan da sorumlu oldukları için yetişkin nüfus içinde önemli bir grup olarak kabul

edilir (Buhr ve Tannen, 2020). Ancak düşük sağlık okuryazarlığı, ebeveynlerin çocuklarının sağlığını koruma ve tedavi ihtiyaçlarını anlama becerilerini olumsuz yönde etkileyebilir (Morrison ve ark., 2013). Bu nedenle, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi; çocuklarının sağlığı ile ilgili bilinçli kararlar alabilmeleri, rehberlik edebilmeleri ve sağlık durumlarını etkin bir şekilde takip edebilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir (Morrison ve ark., 2013).

Literatürde araştırmalar incelendiğinde düşük sağlık okuryazarlığı sahip olan ebeveynlerin çocuklarını aşılama konusunda tereddüt gösterme olasılıkları daha yüksek olarak bulunmuştur. Aşı tereddütünü artıran engeller arasında algıladıkları sağlık inançlarının etkili olduğu bulunmuştur (Ashfield vd 2024). Başka bir deyişle, sağlık okuryazarlığı daha iyi olan ebeveynler, çocukları için aşı kararı verme konusunda daha az engel algılayabilir ve dolayısıyla daha az tereddüt edebilirler. Buna göre halk sağlığı hemşireleri ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ve beraberinde aşı okuryazarlığının teşvik etmek, algıladıkları engelleri ortadan kaldırmak ve çocukluk dönemi aşı rehberini takip etme konusunda, güvenlerini artırmak için sağlık eğitimi programları oluşturabilirler.

Literatürde araştırmalar, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı da dahil olmak üzere çocukların aşılanmasına yönelik ebeveyn tutumlarıyla ilişkili çok sayıda faktörü tanımlamıştır (Agrawal vd., 2020).

Ebeveynler çocukları için önemli aşı kararları verirler ve birçok değişken ebeveynlerin aşıyı kabul etme veya reddetme kararlarını etkiler. Ebeveynlerin, genellikle sağlık okuryazarlığı düzeyleri bilinmiyor(Ashfield vd., 2024) Bununla birlikte, bildiğimiz kadarıyla, literatürde ebeveynlerin aşı okuryazarlığı ve cocukluk aşılarının yapılmasına ilişkin tutumlarını inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır (Stephanie vd., 2020).

Ailelerin çocuklarına aşı yapma tutumlarına yön veren aşı okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu tutumları iyileştirmeye yönelik müdahalelerin tanımlanması, aşı karşıtı hareketlerin nlenmesine yardımcı olacağı dşnlmektedir. Bu amaçla bu çalışma ‘ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyi ve çocukluk aşılarına yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ‘amacıyla planlanmıştır.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Bağışıklama Nedir

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en temel unsurlarından biri "bağışıklama" hizmetleridir (Korkut, 2021). Bağışıklığın artırılması, ölüm oranlarının ve hastalık sıklığının azalmasına önemli ölçüde katkı sağlar. Bağışıklama sayesinde birçok bulaşıcı hastalığın yayılma seviyesinin düştüğü gözlemlenmiştir (Korkut, 2021).

Bağışıklamanın genel hedefleri arasında bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması bireylerin ve toplumun bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklığının artırılması, enfeksiyon ve hastalığa neden olan patojenlerin yok edilmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı riskli olan kişilerin korunması yer almaktadır (EKMUD, 2019).

Bağışıklık sistemi, vücudu hastalıklara karşı koruyarak bakteriler, virüsler, mantarlar ve parazitler gibi zararlı patojenleri yok eder, çevreden gelen tehlikeli maddeleri tespit ederek etkisiz hale getirir. Bu bağlamda, tüm bebeklerin, çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin zamanında ve doğru şekilde aşılması öncelikli bir halk sağlığı hedefi olmalıdır (Jackson ve ark., 2018-2021).

Aktif ve pasif bağışıklama çeşitleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde topluma rutin aşılar olarak sağlanmaktadır. Aşı uygulamasında hedeflenen seviyeye ulaşmak ve bireylerin ve toplumun sağlığını korumak için aile hekimliğinin çalışmaları büyük önem taşımaktadır (Korkut, 2021).

1.2. Bağışıklama Türleri Nelerdir

1.2.1. Aktif Bağışıklık

Enfeksiyon geçirmek veya aşı olmak, vücutta antijenlere karşı antikorların oluşmasını sağlar ve bu süreç aktif bağışıklık olarak adlandırılır (İkioşık, 2020). WHO'ya göre, aktif bağışıklık, bağışıklık sisteminin hastalıklara karşı geliştirdiği temel savunma mekanizmalarını ifade eder. Aktif bağışıklık, bir kişinin hastalık geçirerek veya aşılanarak bağışıklık kazanmasını içerir; bu süreçte bağışıklık sistemi, hastalığa karşı hafıza hücreleri oluşturarak uzun süreli bir koruma sağlar. (WHO, 2024). Aşılama, bireysel bağışıklığın yanı sıra toplumsal bağışıklık da sağlayarak bulaşıcı hastalıkların yayılma sıklığını azaltmayı ve hastalıkları ortadan kaldırmayı hedefler (Mühür, Yılmaz ve Soylu, 2022).

1.2.2. Pasif Başışıklık

Pasif başışıklık, doğal ve yapay olmak üzere iki şekilde kazanılır. Doğal pasif başışıklık, plasental yolla veya anne sütü aracılığıyla bebeğe geçen antikorlarla sağlanır, bu durum doğal bir koruma sağlar. Yapay pasif başışıklık ise, hastalığa karşı başışıklık kazanmış bir canlıdan alınan serum veya özel olarak üretilen antikorların bireye verilmesiyle elde edilir. Yapay pasif başışıklık genellikle acil durumlarda kullanılır (İkioşık, 2020). WHO'ya göre pasif başışıklık ise, vücuda doğrudan antikor verilmesiyle oluşur (örneğin, anneden bebeğe aktarılan antikorlar veya hastalık tedavisi için verilen antikor enjeksiyonları), ancak bu koruma kısa süreli etkiye sahiptir (WHO,2024).

1.3. Aşı Nedir

Aşılar vücudun başışıklık tepkisini uyandıran biyolojik maddelerdir. Aşılar, başışıklık sistemine belirli patojenlerin yapı taşlarını veya antijenlerini tanıtarak, kişinin bu patojenlerle gerçek bir enfeksiyona maruz kaldığında hızlı ve etkili bir koruma sağlayabilmesine yardımcı olur. Bu süreç, vücudun hastalıklara karşı direnç geliştirmesine olanak tanır ve halk sağlığını koruma açısından büyük bir rol oynar (PhRMA, 2024).

Aşılar, vücudumuzun başışıklık sistemini eğiterek, bir mikroorganizmaya maruz kaldığında antikor üretmesini sağlar. Bu sayede mikroorganizma tekrar karşılaşıldığında hızlı bir başışıklık yanıtı geliştirilerek hastalığın önlenmesi veya hafif geçirilmesi hedeflenir (Smith, 2010).

1.4. Aşı Tipleri

Aşılar temel olarak viral ve bakteriyel olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Viral aşılar; zayıflatılmış (attenüe), inaktive edilmiş (ölü) ve alt birim (subunit) aşılar olarak sınıflandırılırken, bakteriyel aşılar; tam hücreli, toksoid, alt birim ve polisakkarit aşılar şeklinde gruplandırılır (Immunization Action Coalition, 2020). Bunun yanı sıra, birden fazla aşı türünün bir araya getirilmesiyle oluşturulan kombinasyon aşıları da yaygın olarak kullanılmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

1.4.1. Viral Aşılar

Zayıflatılmış (attenüe) canlı viral aşılar, insan hücrelerinde çoğalma yeteneklerini kaybetmiş virüslerden elde edilir. Bu aşılar, genellikle hücre kültürlerinde ya da hayvan embriyolarında uzun süreli üretim süreçleriyle hazırlanır. Bu süreç boyunca, virüslerin çoğalma özellikleri kademeli olarak zayıflatılır, böylece aşılar, başışıklık sistemi tarafından tanınarak koruyucu

bir yanıt oluşturacak şekilde hazırlanır. Sonuç olarak, doğal konakçıda hastalık yapacak kadar çoğalamazlar ancak bağışıklık sistemini aktive edecek kadar etkili olabilirler. Örneğin, oral polio aşısı, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, sarı humma, rotavirüs, influenza ve oral adenovirüs aşıları zayıflatılmış canlı viral aşı örneklerindendir (EKMUD, 2019; Dai ve Xiong, 2019).

Zayıflatılmış canlı viral aşılar genellikle tek doz ile etkili olabilir ve bazı virüsler için bu aşı türünün üretimi nispeten daha kolaydır. Ancak bu aşıların nadiren ciddi hastalık oluşturabilen forma dönme riski bulunmaktadır. Gerçek hastalıkta ortaya çıkabilen bazı komplikasyonlar aşı ile ilişkilendirilebilir. Bu tür aşılar, zayıf bağışıklık sistemine sahip kişilere uygulanmaz. Ayrıca, taşınma ve saklama sırasında soğuk zincirde tutulmalı ve ışıktan korunmalıdır (EKMUD, 2019; Dai ve Xiong, 2019).

1.4.2. İnaktive (ölü) Viral Aşılar

İnaktive edilmiş aşılar, virüslerin çoğaltılıp saflaştırılarak çeşitli yöntemlerle etkisiz hale getirilmesiyle üretilir. Bu sayede, hastalığa yol açma riski olmadan bağışıklık yanıtı oluştururlar. Ancak, bu aşıların dezavantajı, konakçıda oğalamadıkları için bağışıklık yanıtının yeterince güçlü olamamasıdır. Bu durum, tekrarlayan dozların veya bağışıklık yanıtını arttıran maddelerin kullanılması gerektirebilir. Adjuvanlar kullanıldığında ise bölgesel tesirin daha sık görölmesi olasıdır. İnfluenza, hepatit A, kuduz ve inaktif polio aşıları bu kategoriye örnektir (EKMUD, 2019; Baxter, 2007).

1.4.3. Rekombinant Antijen Aşıları

Rekombinant DNA teknolojisi, bakteriler, mayalar veya memeli hücreleri kullanarak belirli proteinleri üretilip saflaştırmaya olanak tanır. Bu teknoloji, genetik mühendislik yoluyla hedeflenen proteinlerin üretimini sağlar ve bu proteinler daha sonra aşıların etkin bileşenleri olarak kullanılır. Bu yöntem sayesinde, daha güvenli ve etkili aşılar geliştirilmesi mümkün olur. Örneğin, hepatit B aşısı bu teknolojiyle üretilir. Ayrıca, HIV, EBV (Epstein-Barr virüsü) ve kolera gibi hastalıklar için de bu yöntemle aşı üretimi üzerinde çalışmalar devam etmektedir (EKMUD, 2019).

1.4.4. Bakteriyel Aşılar

Tam hücreli bakteriyel aşılar zayıflatılmış canlı bakteri aşılarında genellikle büyük başarı elde edilememiştir. Ancak, tüberküloza karşı geliştirilen Bacillus Calmette-Guerin (BCG)

aşısı, yaygın olarak kullanılan tek zayıflatılmış canlı bakteriyel aşıdır (EKMUD, 2021-2024).

1.4.5. Toksoid Aşılar

Hastalıklara yol açan mikropların ürettiği toksinlerin zararsız hale getirilmiş formlarını kullanır. Bu aşılar, bağışıklık sisteminin bu toksinleri etkisiz hale getiren özel antikorlar üretmesini sağlar. Difteri ve tetanoz aşıları toksoid aşıların tipik örneklerindendir (Dai ve ark., 2019; Baxter, 2007).

1.4.6. Subunit Bakteri Aşıları

Bakteriyel aşılar da görülebilecek istenmeyen yan etkileri önlemek için oldukça etkili bir yöntemdir. Bu tür aşılar, bakterilerin sadece belirli parçalarını içerir. Örneğin, aselüler boğmaca aşısı, boğmaca hastalığına yol açan Bordetella pertussis bakterisinden alınmış saflaştırılmış maddeler ve pertusis toksoidini içerir. Bu bileşenler hastalığa yol açmadan bağışıklık sistemiyle etkileşime geçer ve böylece aşının yan etkileri en aza indirilir (EKMUD, 2019; Baxter, 2007).

1.4.7. Polisakkarit Aşılar

Polisakkarit aşılar, doğrudan B hücreleriyle etkileşime girerek T hücrelerinden bağımsız bir bağışıklık tepkisi oluştururlar. Ancak, bebekler ve küçük çocuklar gibi bağışıklık sistemi henüz tam gelişmemiş bireylerde yeterince güçlü bir immünojenik uyarı sağlamazlar. T hücrelerinin uyarılmaması nedeniyle, bu aşılar bağışıklık hafızasının çok az gelişmesine veya hiç gelişmemesine neden olabilir (EKMUD, 2021-2024).

1.4.8. Konjugopolisakkarit Aşılar

Polisakkarit aşılarının zayıf bağışıklık hafızası sorununu aşmak için polisakkaritler, tetanoz toksoidi gibi bir taşıyıcı proteine bağlanır. Bu yöntem, T hücrelerine bağımlı bağışıklık yanıtını büyük ölçüde artırır. "Konjugasyon" olarak adlandırılan bu işlem, uzun süreli koruma sağlar (EKMUD, 2021-2024).

1.4.9. Kombine Aşılar

Farklı patojenlerin antijenlerinin tek bir aşıda birleştirilmesinin birçok avantajı vardır. Bunlar arasında enjeksiyon sayısının azalması, aşılama programına uyumun artması ve maliyetin düşmesi yer alır. Ancak, kombine aşılar da yan etkilere daha sık rastlanabilir. Bir antijenin diğerinin etkisini bozarak antikor yanıtını olumsuz etkileyebileceği için uygun

kombinasyonlar dikkatle seçilmelidir. Örneğin, BCG-sarıhumma, DBT-oral polio, BCG-kızamık-sarıhumma-tetanoz ve daha fazlası yer alır (EKMUD, 2019).

1.4.10. Rekombinant Vektör Aşıları

Rekombinant vektör aşıları, genetik bilgiyi taşıyan virüsler kullanarak bağışıklık sistemini aktive eden bir aşı türüdür. Bu aşılar, zararsız hale getirilmiş virüsleri vektör olarak kullanarak, hastalığın antijenlerini taşıyan genetik materyali hücrelere iletir. Hücreler, bu genetik materyali kullanarak antijen üretir ve bağışıklık sistemi bu antijeni tanıyıp ona karşı savunma geliştirmeye başlar. Bu süreç, bağışıklık kazanılmasına yol açarak vücuda uzun süreli koruma sağlar (Recombinant Vector Vaccines, 2024). Bu alanda mevcut çalışmalar devam etmektedir.

1.4.11. Sentetik Peptid Aşılar

Sentetik peptit aşılar, bağışıklık sistemini uyararak koruma sağlamak amacıyla, patojenlerden elde edilen kısa peptit dizilerini kullanan aşı türleridir. Geleneksel aşılar, zayıflatılmış veya öldürülmüş mikroorganizmalar veya bu mikroorganizmaların bazı bileşenlerini içerirken, sentetik peptit aşıları yalnızca antikor üretimini tetikleyebilecek küçük peptit dizilerini kullanır. Bu aşılar, tamamen sentetik olarak üretilir ve bu sayede mutasyon riski bulunmaz. Ancak, etkili bir bağışıklık yanıtı için genellikle ek yardımcı maddeler (adjuvanlar) kullanılması gerekebilir. Bu özellikleri, sentetik peptit aşılarını daha kontrollü ve güvenli hale getirir (Huang ve ark., 2024).

1.4.12. DNA Aşıları

DNA aşıları, malaria, influenza ve herpesvirüs gibi hastalıklar için geliştirilen, insan denemeleri sürecinde olan bir aşı türüdür. Bu aşıda, hedeflenen antijeni üretecek olan DNA, uygun bir promotor aracılığıyla bakteri plazmidine eklenir. Daha sonra bu plazmid, alıcı kişinin kas dokusuna enjekte edilerek, konak hücrede gerekli proteinin üretimini sağlar (Dai ve ark., 2019; Nascimento ve Leite, 2012). DNA aşıları, bağışıklık sistemini hedeflenen patojenlere karşı savunma kazandırmak amacıyla, vücuda doğrudan genetik materyal taşıyan plazmidlerin verilmesiyle çalışan bir aşı türüdür. Bu teknoloji, virüs veya bakterilerden alınan genetik bilgiyi kullanarak, bağışıklık sistemi tarafından tanınacak antijenlerin üretilmesini sağlar. DNA aşıları, vücudun hücrelerine hedef antijenleri üretme talimatı verir, bu da bağışıklık sisteminin bu antijeni tanıyıp ona karşı bir savunma geliştirmesine yol açar (WHO, 2019).

1.5. Aşının Tarihçesi

1.5.1. Dünyada Aşı Çalışmalarının Tarihçesi

Aşılamanın tarihçesi, MÖ 429 yılına kadar uzanır. Bu dönemde, Thucydides'in Atina'da çiçek hastalığı geçiren kişilerin aynı hastalığa yeniden yakalanmadıklarını fark etmesi, bağışıklık olgusunun ilk gözlemi olarak kabul edilebilir. Bu dönemde, aşı benzeri bir uygulamadan bahsedilmemiştir ("The History of Vaccinations," 2023). Ancak, MS 590 yılında Çin'de, çiçek hastalığını hafif geçiren kişilerin kurutulmuş dokularının sağlam kişilere uygulanmasıyla gerçekleştirilen bir tür aşılama yöntemi kaydedilmiştir. Benzer şekilde, 11. yüzyılda Hindistan'da Brahman rahibelerinin, çiçek hastalığını hafif geçiren kişilerden kurutulmuş dokuları toplayıp başka insanların burunlarına üfleterek atenüasyon benzeri bir yöntem denedikleri bilinmektedir (Plotkin, 2014)."

1796 yılında Edward Jenner, bilimsel olarak ilk çiçek aşısını ineklerdeki çiçek hastalığı üzerine yaptığı çalışmalarla geliştirmiştir ("The History of Vaccinations," 2023). Louis 1885 yılında Louis Pasteur, kuduz aşısını geliştirerek büyük bir başarıya imza atmış ve bir köpek tarafından ısırılan bir çocuğu tedavi ederek dünya çapında tanınmıştır. Pasteur'ün mikrobiyoloji alanındaki katkıları, birçok aşının geliştirilmesinde temel bir rol oynamıştır (Nahmatov, 2019).

Tablo 1**Aşıların Geliştirilme Yöntemleri ve Tarihleri**

Tarih	Canlı Atenüe (zayıflatılmış)	Ölü, Tüm Hücre	Pürifiye Protein ya da Polisakkaridler	Genetik Mühendislik
18. Yüzyıl	Çiçek, 1798			
19. Yüzyıl	Kuduz, 1885	Tifo, 1896 Kolera, 1896 Veba, 1897		
20. yüzyıl İlk yarı	BCG, 1927 Sarı Humma 1935	Boğmaca, 1926 İnfluenza, 1936 Riketsiya, 1938	Difteri Toksoid, 1923 Tetanoz Toksoid, 1926	
20. Yüzyıl İkinci Yarı	Polio oral, 1963 Kızamık, 1963 Kabakulak, 1967 Kızamıkçık, 1969 Adenovirüs, 1980 Salmonella Tifo 1989 Varisella, 1995	Polio IM, 1955 Kuduz, 1980 Hepatit A, 1996 Konjuge meningokok (C grubu), 1999	Polisakkarid Meningokok, 1974 Polisakkarit Pnömonokok, 1977 Polisakkarit Hib, 1985 Konjuge Hib, 1987 Polisakkarit tifo, 1994 Aselüler Boğmaca, 1996 Hepatit B, 1981	Hepatit B Ag Rekombinant 1986
21. Yüzyıl	Rotavirüs, 2006 Zoster, 2006	Kolera (sadece WC), 2009	Konjuge pnömonokok (23 valanlı), 2000 Konjuge Meningokok (4 valanlı), 2005 Konjuge pnömonokok (13 valanlı), 2010	HPV(rekombinant (4valanlı), 2006 HPV(rekombinant (2valanlı), 2009 Meningko grup B protenleri, 2013 HPV(rekombinant (9valanlı)2014

Kaynak: Akdeniz, M. ve Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve aşıların tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(2), 11-17.

1.5.2. Türkiye’de Aşı Çalışmalarının Tarihçesi

Aşı çalışmaları ülkemizde Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır. 1721 yılında İngiltere büyükelçisi Milord Montegu’nün eşi Lady Mary Montagu, İstanbul’da çiçek hastalığına karşı yapılan bir aşıdan bahsettiği mektubunda, aşı denilen bir şeyin varlığından ülkesine bahsetmiştir. Bu mektup, aşı yapımıyla ilgili en eski belge olarak kabul edilmektedir (Kutlu ve Altındış, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2023).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde aşı çalışmaları önemli bir gelişim göstermiştir. Bu dönemde, dünyada ilk kez kabul edilen "Çiçek Nizamnamesi" adlı yasal düzenleme ile aşı olmayanların askeri ve yatılı okullara alınmaması sağlanmıştır. 1887 yılında, Pasteur

Enstitüsü'nden eğitim alan hekimler tarafından Türkiye'ye getirilen kuduz aşısı, Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de üretilmiş ve aynı yıl Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur. Ayrıca, Osmanlı'nın son dönemlerinde Dr. Reşat Rıza Kor, 1916 yılında tifüs aşısını geliştirerek Kafkas cephesindeki askerlere Dr. Refik Sağlam tarafından uygulanmıştır (Doherty, 2016).

1928 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'nün kurulmasıyla Türkiye'de aşı ve serum üretimi faaliyetlerine başlanmıştır. 1936 yılında enstitü, tifo, dizanteri, kolera, veba, meningokok, boğmaca, brusella, Bacillus Calmette-Guerin (BCG), difteri, tetanoz, karma aşılar, tifüs, kuduz, çiçek ve grip gibi 17 farklı aşı üretmeye başlamıştır. 1940 yılında, özellikle Çin'e kolera salgınına karşı kolera aşısı gönderilmiştir. Daha sonra, 1948'de boğmaca aşısı, 1950'de influenza aşısı, 1965'te kuru çiçek aşısı ve 1983'te kuru BCG aşısı üretilmiştir. Ancak, zamanla teknolojik gelişmelerin gerisinde kalan enstitü, bu gelişmeleri takip edemeyerek birçok aşı üretimini durdurmak zorunda kalmıştır (Doherty vd., 2016). Son yıllarda Türkiye'de aşı geliştirme ve üretimi alanında önemli adımlar atılmıştır. 2009'da beşli karma aşı (DaBT-İPA-Hib) ve 2011'de dörtlü karma aşı (DaBT-İPA) ülkeye getirilmiş ve bu aşılar yönelik paketleme ile enjektöre dolum teknolojileri uygulanmaya başlanmıştır. 2010 yılında zatürreye karşı konjuge pnömokok aşısı (KPA) temin edilmiş, 2015'te ise tetanoz ve difteri aşılarının antijen üretimi için alım garantileri oluşturulmuştur. 2018'de dolum süreçleri sürdürülürken, 2019'da antijen üretiminin tamamen yerli imkanlar la yapılması amaçlanmıştır. Bugün ise Türkiye'de bir yerli firma, yılan ve akrep antiserumları üretmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

1.6. Aşının Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Aşılar, bulaşıcı hastalıklardan korunmamızı sağlayan modern tıbbın en önemli araçlarından biridir. Genel aşı programları, çocuk ölümlerinin azalmasına ve yaşam süresinin uzamasına büyük katkı sağlamıştır (World Health Organization, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, 2021 yılında küresel aşı programları sayesinde yaklaşık 2-3 milyon ölüm önlendi (World Health Organization, 2022). Aşılar, çocuk felci, kızamık, difteri, boğmaca ve tetanoz gibi önemli hastalıkların kontrol altına alınmasında büyük başarılar sağlanmıştır. Özellikle kızamık aşısı, 2000-2021 yılları arasında dünya genelinde ölüm oranlarını %73 azaltmıştır (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Çocuk felci aşıları ise 1988'den bu yana vakaları %99 oranında azaltmış ve küresel

olarak hastalığın eradikasyonu için çalışmalar devam etmektedir (Global Polio Eradication Initiative, 2023).

Çocukluk çağı aşıları, sadece aşılanan bireyleri değil, toplumun genel sağlığını da iyileştirerek yaşam kalitesini artırır. Ayrıca sürü bağışıklığı sağlayarak, aşılanmamış veya bağışıklık sistemi zayıf olan kişileri de korur. Bu mekanizma, hastalıkların toplum içinde yayılmasını önler ve salgın riskini azaltır. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde geliştirilen çocuk aşıları, enfeksiyon riskini azaltarak toplumsal bağışıklamayı engellemede kritik bir rol oynamıştır (American Academy of Pediatrics, 2022).

Türkiye'de genişletilmiş aşılama programları, çocukluk çağı hastalıklarında belirgin bir düşüş sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, 1980'lerden bu yana uygulanan aşı programları sayesinde çocuk felci, difteri, boğmaca ve kızamık gibi hastalıkların görülme sıklığı önemli ölçüde azalmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Örneğin, 2002 yılında son çocuk felci vakası rapor edilmiş ve o tarihten bu yana ülkemizde bu hastalığa rastlanmamıştır. Kızamık vakaları ise, 2000'li yılların başında binlerce insanda görülürken, aşı kampanyaları sayesinde bu rakamlar 2010'larda çok düşük seviyelere gerilemiştir. Aşılanmanın ekonomik yararları da göz ardı edilmemelidir. Aşılar, hastalıkların tedavi maliyetlerini düşürerek sağlık sistemlerine önemli ölçüde katkı sağlar. Ayrıca, hastalık nedeniyle iş gücü kaybını azaltarak ekonomik kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar. Gavi, 2020 yılında aşı programlarının, hastalıkların tedavi maliyetlerinden 16 kat daha fazla ekonomik fayda sağladığını rapor etmiştir (Gavi, 2020).

Ancak, aşıların sağladığı bu açık faydalara rağmen, bazı insanlar tarafından hala kabul edilmeyip reddedilmektedir. Aşı karşıtı hareketler, geçmişi eskiye dayanan bir olgu olmasına rağmen, günümüzde internet ve sosyal medya gibi iletişim araçlarıyla daha geniş kitlelere ulaşabilmekte ve etkisini artırabilmektedir. Son yıllarda aşı karşıtlığı artış göstermiş ve dünya genelinde aşılama oranlarında düşüşler ve buna bağlı olarak salgınlar görülmeye başlanmıştır.

Aşıların, örneğin çiçek hastalığının eradikasyonu gibi büyük başarıları bulunmaktadır. Ancak, toplumsal bağışıklık düzeyinin korunması ve güçlendirilmesi gereklidir. Toplumun her kesiminde, özellikle bağışıklık sistemi zayıf olan veya aşıya erişimde zorluk yaşayan bireylerin korunması sağlanmalıdır. Bu, toplumsal bağışıklığın sürdürülmesi ve salgınların önlenmesinde kritik öneme sahiptir (World Health Organization, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2023).

1.7. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Bağışıklama, 18. yuzyılın en önemli sağlık gelişmelerinden biri olarak kabul edilir. Enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en ucuz ve en etkili yontemlerinden biridir (Doherty vd., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşıların birçok bulaşıcı hastalığın görölme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri büyük ölçüde azalttığını belirtmektedir. Çocuk sağlığını korumak ve aşıya erişimi artırmak amacıyla DSÖ, 1974 yılında "Genişletilmiş Bağışıklama Programı"nı (Expanded Programme on Immunization - EPI) başlatmıştır. Bu program, difteri, boğmaca, tetanos, verem, çocuk felci ve kızamık gibi altı önemli enfeksiyon hastalığını önlemeyi amaçlamıştır. Özellikle düşük ve orta gelirli ölkelerde uygulanan bu program, çocuk ölümlerini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olmuştur (Özmert, 2008). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1981 yılında uygulamaya konulan "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (GBP), 1985 sonrası "Türkiye Aşı Kampanyası" ile daha geniş bir kapsam kazanmıştır (D. Üniversitesi ve ark., 2018). Bu program, ulusal bağışıklama takvimi kapsamında çocukların düzenli olarak aşılanmasını sağlamaktadır. Temel amacı, risk altındaki yaş gruplarına enfeksiyon hastalıklarına yakalanmadan önce ulaşarak bağışıklık kazandırmak ve bu hastalıklardan kaynaklanan sağlık sorunlarını en aza indirmektir. Türkiye’de uygulanan ulusal aşı takvimine göre, çocuklar aşı ile önlenabilir hastalıklara karşı ücretsiz olarak aşılanmaktadır.

Tablo 2**Ülkemizde Yıllara Göre Aşı Uygulamalarında Yapılan Çeşitli Düzenlemeler**

1937	Difteri, boğmaca aşılması
1952	BCG aşılması
1963	Canlı polio aşılması
1968	Difteri-boğmaca-tetanoz (DBT) aşılması
1970	Kızamık aşılması
1981	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
1985	Türkiye Aşı Kampanyası
1989	Polio Eradikasyonu Programı
1995	Ulusal Aşı Günleri
1996	Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası
1998	Son polio vakası ve Hepatit- B aşılması
2004	Erişkinlere Tetanoz Aşısı Uygulanması Gereken Durumlarda tetanoz-difteri (Td) Aşısına Geçilmesi
2005	Kızamık Aşı Günleri
2006	Hib, kabakulak, kızamıkçık aşısının programa eklenmesi, Hepatit B ergen aşılmasının başlatılması
2007	Hepatit B ve kızamıkçık aşılarının ilköğretim yaş gruplarında tamamlanması
2008	Beş bileşenli (DaBT- P/Hib) aşının uygulamasına geçilmesi
2008	7 Bileşenli konjuge pnömokok aşısının takvime girişi
2009	Anne-yenidoğan tetanoz eliminasyonu
2010	İlköğretim 1. sınıfta canlı polio ve Td aşısı yerine DaBT- İPA aşısının yapılmaya başlanması
2011	On üç bileşenli konjuge pnömokok aşısının uygulamasına geçilmesi
2012	Hepatit A aşısı güncel aşı takvimine eklenmesi
2013	Suçiçeği aşısının güncel aşı takvimine eklenmesi
2020	Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı 48.ayda ve Td aşısının 13 yaşına girmiş olanlara uygulanması

Kaynak: Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Yandal Dernekleri İş birliği, 2014; Sağlık Bakanlığı,2024 Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi:10 Kasım 2024.

1.8. Türkiye’de Rutin Uygulanan Aşılar

Ülkemiz, genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında 13 farklı antijene karşı bağışıklama sağlayarak dünyanın en kapsamlı aşı takvimlerinden birine sahiptir.

Şekil 1

T.C Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşilar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG (Verem)			I								
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R			
KPA*			I	II			R				
KKK						İD**	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hepatit A								I	II		
Suçiçeği							I				

*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.

**25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

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

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

KPA: Konjüge Pnömonokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

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

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme) İD: İlave Doz

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, 2020 Sağlık Bakanlığı.
https://www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 12 Kasım 2024.

1.8.1. Hepatit B Aşısı

Hepatit B, dünya genelinde yaygın olarak görülen ve DNA yapısına sahip bir virüsün neden olduğu ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalığa karşı koruma sağlamak amacıyla geliştirilen hepatit B aşısı, bağışıklık kazandırarak enfeksiyon riskini azaltmak için uygulanmaktadır. Türkiye'de, bu aşı, Ulusal Aşı Takvimi'nde yer almakta ve doğan her bebeğe verilmektedir. Aşı, bebeklere doğumdan sonra ilk 24 saat içinde başlanır ve toplamda üç doz halinde uygulanır. İkinci doz, genellikle birinci aydan sonra, üçüncü doz ise 6. ayda yapılır. Bu aşılama programı, özellikle bebeklerin ve çocukların hepatit B virüsüne karşı uzun süreli koruma elde etmelerini sağlamak için büyük önem taşır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Dünya genelinde yaklaşık 257 milyon kişinin Hepatit B virüsü (HBV) taşıdığı bilinmektedir. Dünya nüfusunun %25.3'ünü doğurganlık çağındaki kadınların oluşturduğu göz önüne

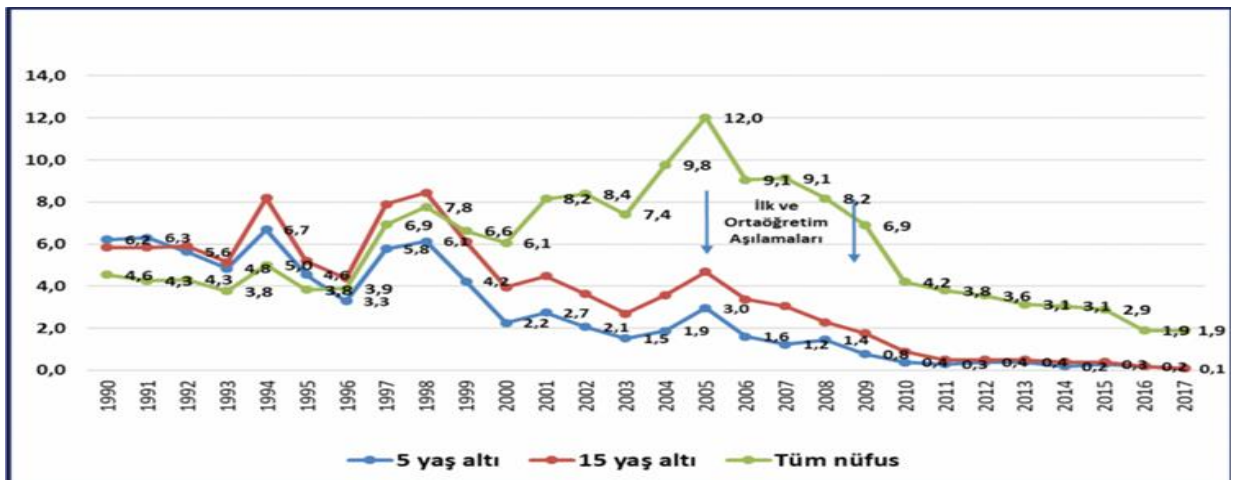
alındığında, bu kadınların 65 milyonunun hastalığı bebeklerine geçirme riski taşıdığı anlaşılmaktadır. (Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı [TVHOKP], 2018).

2000-2005 yılları arasında Türkiye’de yapılan çalışmalar, Hepatit B yüzey antijenine (HBsAg) sahip bireylerin oranının %1.3 ile %13.6 arasında olduğunu göstermiştir. Aynı dönemde, Hepatit B’ye karşı bağışıklık göstergesi olan anti-HBs pozitifliği ise %10.1 ile %46.1 arasında değişiklik göstermiştir. (Tosun, 2012). Türkiye’de 1999-2009 yılları arasında yapılan araştırmaların bölgesel ve yaşa dayalı analizlerine göre, HBsAg pozitiflik oranı %4.6 olarak bildirilmiş ve yaklaşık 3.3 milyon kişinin kronik HBV enfeksiyonuyla yaşadığı tahmin edilmiştir. Çalışma, en düşük prevalansın %2.8 ile 0-14 yaş grubunda, en yüksek oranın ise %6.3 ile 25-34 yaş grubunda görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu veriler, yaş ve coğrafi dağılıma göre Hepatit B enfeksiyonu oranlarının farklılık gösterdiğini göstermektedir. (Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı [TVHOKP], 2018-2023). 2020 yılına ait verilere göre, Türkiye’deki bebeklerin üç doz Hepatit B aşısı alma oranı %83 olarak kaydedilmiştir. Bu oran, aşılamaya faaliyetlerinin oldukça başarılı bir şekilde yayılmakta olduğunu göstermektedir. Aynı yıl içinde, çocukların %42’si doğumda ilk doz Hepatit B aşısını almış olup, bu da aşılamanın etkili şekilde gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır.

(TÜİK, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2020) Türkiye’de akut hepatit B vakalarının görülme sıklığı giderek azalmaktadır.

Şekil 2

Türkiye’de 1990-2017 Yılları Arasında Farklı Yaş Gruplarındaki Akut Hepatit B İnsidansı (yüz binde) İncelenmesi



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). *İstatistiklerle çocuk 2020*. <https://data.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 14 Kasım 2024.

1.8.2. Hepatit A Aşısı

Özellikle küçük çocuklarda ciddi karaciğer enfeksiyonlarına ve sarılığa yol açabilirken, yetişkinlerde daha ağır seyrederek ölümcül olabilmektedir (Etiler, 2018). Hastalık, oral-fekal yolla, enfekte bireylerle temas veya kirlenmiş gıda ve su tüketimi aracılığıyla bulaşır. Hepatit A virüsü, çevresel ve fiziksel zorluklara karşı oldukça dirençlidir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2018).

2015 yılında Hepatit A, dünya genelinde yaklaşık 11.000 kişinin ölümüne neden olmuş ve tüm viral hepatit ölümlerinin %0.8'ini oluşturmuştur (World Health Organization [WHO], 2016). Türkiye’de ise Hepatit A, endemik özellik göstermeye devam etmekle birlikte, virüsle temas yaşı daha ileri yaşlara, özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemine kaymakta ve hastalığın yaygınlık oranı giderek azalmaktadır (TVHOKP, 2018-2023).

Hepatit A (HAV) enfeksiyonu, çocuklarda genellikle hafif semptomlarla veya hiç semptom göstermeden geçer. 5 yaş altındaki çocukların büyük bir kısmı, %80-95'i, bu virüsle enfekte olduklarında hastalığı belirtisiz bir şekilde atlattırmaktadır. Ancak yetişkinlerde, Hepatit A'nın semptomatik olma oranı %75-90 arasında değişmektedir. Çoğu vakada, enfeksiyon kendiliğinden iyileşir ve uzun vadeli karaciğer problemleri oluşturmaz. Bununla birlikte, bazı durumlarda hastalık 6 ay boyunca devam edebilir ve tekrarlayan enfeksiyonlara yol açabilir. Hepatit A geçiren bireyler, kalıcı bağışıklık kazanır ve bu kişiler bir daha enfekte olmazlar. (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri [CDC], 2023).

Hepatit A aşısı, inaktif bir aşı olup, adjuvan olarak alüminyum içerir. İnaktif yapısı sayesinde, bağışıklık sistemi zayıf olan bireylerde de güvenle uygulanabilir. Bir-iki yaş arası çocuklarda uyulğun ön-yan ve dış tarafına, iki yaşından büyük çocuklarda ise deltoid kasına uygulanır (Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi [BBSÇİAR], 2018).

Türkiye’deki aşı takvimine göre, Hepatit A aşısı çocuklara 18. ve 24. aylarda olmak üzere iki doz halinde uygulanmaktadır. Risk grubundaki çocuklar için ise en az 6 ay ara ile iki doz aşı yapılması önerilmektedir. Ancak, bir yaştan altındaki çocuklar için bu aşının kullanım lisansı bulunmamaktadır (Şilfeler ve ark., 2018).

1.8.3. Suçiçeği Aşısı (Varicella Zoster Aşısı)

Suçiçeği, varisella zoster virüsü (VZV) tarafından oluşturulan, çocukluk döneminde ve immün sistemi baskılanmış bireylerde sık görülen çok bulaşıcı bir döküntü hastalığıdır. Baş bölgesinde başlayıp vücuda yayılan ve kabuklanarak iyileşen yaygın kabarcık ve

döküntülerle karakterizedir. Oluşan kabarcıkların kabuklanma sürecinde, yaklaşık bir hafta boyunca hastalık bulaşıcıdır (Varicella, 2023).

Hastalığın kontrol altına alınmasında en etkili yöntem aşıdır. Suçiçeği aşısının koruyuculuk düzeyi %90-95 arasındadır ve sağlıklı bireylerde tekrar doza ihtiyaç duyulmamaktadır (EKMUD, 2021).

Su çiçeği enfeksiyonuna özellikle çocuklarda sıkça rastlanmaktadır. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre, 4-6 yaş arasındaki çocuklarda su çiçeği virüsüne karşı antikor pozitifliği oranı %67.2 olarak belirlenirken, 7-12 yaş grubundaki oran %30 civarına düşmektedir. 4-6 yaş grubu için antikor pozitifliği oranı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Almis ve ark., 2021). Bu veriler, su çiçeği enfeksiyonunun çocuklar arasında yaygın olduğuna ve bağışıklık kazanma oranlarının yaşla birlikte arttığına işaret etmektedir.

Gebelikte özellikle ilk ve ikinci trimesterde suçiçeği geçirilmesi, fetal enfeksiyon riskini artırabilir ve bebekte ekstremitte hipoplazisi, kutanöz skarlar, göz anormallikleri ve merkezi sinir sistemi hasarıyla karakterize konjenital varisella sendromuna yol açabilir (Kimberlin vd., 2018).

Suçiçeği aşısı, 2012 yılından itibaren Türkiye aşı takvimine eklenmiş olup, 12. ayda tek doz olarak 0.5 ml cilt altına uygulanır. Aşıya bağlı olarak sık görülen yan etkiler arasında ateş, yerel reaksiyonlar, halsizlik, baş ağrısı, yaygın suçiçeği benzeri döküntüler ve gastrointestinal sistem belirtileri yer alır. Aşı sonrasında döküntü gelişen bireyler, bu döküntüler kabuklanana kadar bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerle temas etmekten kaçınmalıdır. (BBSÇİAR, 2018).

1.8.4. Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) Aşısı

Kızamık salgınları, aşılama oranlarının artmasına rağmen, aşısız bireylerin varlığı nedeniyle hala ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Göç, savaş gibi zorlu koşullar altında yaşayan topluluklar için ise bağışıklık durumuna bakılmaksızın aşılama yapılması önerilmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Global düzeyde ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in 2023 raporları, düşük gelirli ülkelerde kızamık gibi aşı ile önlenabilir hastalıkların aşılama oranlarının %66'ya kadar düştüğünü vurgulamaktadır. COVID-19 pandemisi sırasında dünya genelinde 33 milyon çocuğun kızamık aşısı olamadığı belirtilmiştir. Türkiye gibi ülkelerde aşılama programları güçlü kalsa da bu global veriler, aşılama hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlama ve aşılama oranlarını artırma yönünde

sürekli çaba gerekliliğini göstermektedir (Türkiye Milli Pediatri Derneği, 2023; DSÖ ve UNICEF, 2023).

Kızamık Aşısı: Kızamık, bir virüsün neden olduğu ciddi bir hastalıktır. İlk belirtiler arasında burun akıntısı, öksürük, gözlerde kızarıklık ve koplik lekeleri bulunur. Ardından, genellikle yüz ve boyun bölgesinde başlayan döküntü, 3 gün içinde vücuda yayılır ve el ile ayaklara kadar ulaşır; 5-6 gün içinde kaybolur. Kızamık, körlük, ensefalit, şiddetli ishal ve buna bağlı dehidrasyon, orta kulak iltihabı ve zatürre gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu komplikasyonlar, özellikle 5 yaş altı çocuklar ve 30 yaş üstü erişkinlerde daha sık görülür ve ölümcül olabilen durumları içerebilir (WHO,2019).

Aşılama programlarının etkisiyle, 2000-2018 yılları arasında kızamık kaynaklı ölümlerde %73 oranında bir azalma meydana gelmiştir (WHO, 2019).

Ülkemizde aşılama çalışmalarının başlaması ve hızla uygulanmasıyla 2016 yılında kızamık vakaları neredeyse sıfıra inmiştir. Ancak son yıllarda vakalarda yeniden artış gözlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 yılına ait raporuna göre, dünya genelindeki kızamık vakalarında %30 oranında bir artış gözlemlenmiştir. Bu artışın, aşı reddi gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle hastalığın neredeyse ortadan kaldırıldığı ülkelerde tekrar ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır. (DSÖ, 2019).

Kızamık aşısı, canlı ve zayıflatılmış bir aşı olup, genellikle üst kolun dış kısmındaki deltoid kasına subkutan (deri altı) olarak uygulanır. Aşı dozu 0.5 ml olup, aşı takvimine göre 12. ve 48. aylarda olmak üzere iki doz şeklinde yapılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Aşı uygulamasının ardından en yaygın görülen yan etkiler, lokal reaksiyonlar ve genellikle aşıdan 7-12 gün sonra gelişen, 1-2 gün süren ateştir. Nadiren febril konvülsiyon (%0.03), geçici makülopapüler döküntü (%2-5), trombositopenik purpura (%0.003) ve anafilaktik reaksiyonlar (%0.001) gibi yan etkiler de görülebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Kızamıkçık Aşısı: Kızamıkçık hastalığı, rubella virüsü tarafından tetiklenen döküntülü bir hastalıktır. Gebelikte özellikle ilk trimesterde geçirilmesi durumunda, kronik fetal enfeksiyona ve çeşitli anomalilere yol açabilir. Hastalığın belirtileri arasında lenf bezlerinde ağrı veren büyümeler bulunur ve döküntüler genellikle 3 gün içinde geçer. Kızamıkçık, artrit, artralji, trombositopeni, ensefalit ve hepatit gibi komplikasyonlara da neden olabilir (Özök,2016).

Gebelik sırasında kızamıkçık geçirmek, bebekte sağırılık, katarakt, kalp defektleri, zihinsel gerilik, karaciğer ve dalak sorunları gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu durum, konjenital rubella sendromu olarak adlandırılır ve bu nedenle, hamile kalmadan önce bağışıklık durumunun kontrol edilmesi önemlidir. Kızamıkçık aşısı canlı atenüe bir aşıdır ve hamilelikte uygulanamaz. Aşılama sonrası hamile kalmadan önce en az 4 hafta beklenmesi gerekmektedir (CDC.,2024).

Kızamıkçık aşısı, Türkiye'nin aşı takvimine göre 12. ve 48. aylarda uygulanan bir aşıdır. Bu aşı, çocukları kızamık, kızamıkçık ve kabakulak gibi hastalıklara karşı korur ve genellikle KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) kombinasyonu olarak yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Kabakulak Aşısı: Kabakulak, Mumps adıyla da bilinen, tükürük bezlerinde şişlik, ateş, baş ağrısı ve halsizlik gibi belirtilerle kendini gösteren viral bir hastalıktır. Virüs, solunum yoluyla bulaşır ve genellikle 16-18 gün süren bir kuluçka döneminin ardından hastalık belirtileri başlar. En belirgin semptom, parotis bezlerinde (yanakların ön kısmında) meydana gelen şişliktir, ancak bazen hastalık belirti vermeden ilerleyebilir. Kabakulak, özellikle yetişkinlerde daha ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bunlar arasında pankreatit, orşit (testislerde şişlik) ve nadiren menenjit ile ensefalit yer alır (Çiçek, 2024; Elele, 2024).

Türkiye'de kabakulak aşısı, çocukluk döneminde iki doz halinde yapılmaktadır: birinci doz 12. ayda, ikinci doz ise okul 1. sınıfta uygulanır. 2016'dan önce doğan çocuklar için ikinci doz, okul aşılama kapsamında yapılmaktadır. Bu aşı uygulamaları, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği aşı takvimine uygun olarak gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2024).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2023-2024 okul yılı için okul öncesi çocuklarda MMR (Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık) aşısı ile bağışıklama oranı %92.7 olarak bildirilmiştir. Ancak bu oran, bir önceki yıla kıyasla bir düşüş göstermektedir. Özellikle bazı eyaletlerde aşılama oranları daha düşük seviyelere inmiş olup, bu durum kabakulak salgınlarının yaşanmasına neden olabilecek bir risk oluşturmaktadır (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri [CDC], 2024).

Avrupa'da ise kabakulak vakaları, özellikle aşılanmamış bireyler arasında yaygın şekilde görülmektedir. Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (ECDC) tarafından yayımlanan 2021 yılına ait verilere göre, kabakulak vakalarının %20'si aşısız kişilerde, %15'i ise bir doz

MMR aşısı almış bireylerde görülmüştür. Ayrıca, en yüksek aşılama eksikliklerinin 1 yaş altı ve 30 yaş üzerindeki bireylerde olduğu tespit edilmiştir (Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi [ECDC], 2021).

Türkiye'de kabakulak aşısı, 12. aydan itibaren çocuklara uygulanan Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) aşısı ile yapılmaktadır. Aşı uygulamaları sayesinde, kabakulak vakalarının sayısında önemli bir azalma gözlemlenmiştir. Özellikle 2010'ların başından itibaren, aşılama oranlarının artmasıyla birlikte, kabakulak vakaları belirgin şekilde azalmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan aşılama sayesinde, 2016 yılından sonra hastalığın yayılma oranlarında ciddi bir düşüş yaşanmıştır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2024; Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023).

1.8.5. Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA)

Pnömonokok (*Streptococcus pneumoniae*), özellikle çocuklarda sık görülen pnömoninin ana nedenidir ve gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuklarda ölümlerin önde gelen sebeplerinden biridir (Gülcü ve Arslan, 2018).

Pnömonokok aşısı, 13 bileşenli Konjuge Pnömonokok Aşısı (PCV13) ve 23 bileşenli Pnömonokok Aşısı (PPSV23) olmak üzere iki farklı türde sunulmaktadır. Bu aşılarda ısı ve ışığa duyarlıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). PCV13, 2 yaş altı çocuklara 2. ay, 4. ay ve 12. ayda rapel doz olarak uygulanır. PPSV23 aşısı ise astım, KOAH, diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerde önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Ülkemizde ise bu enfeksiyonlar erken çocukluk döneminde ve yaşlılarda daha yaygındır ve ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutar, mortalite oranı %1-60 arasında değişir (Özgüneş, 2024).

2019 yılında Türkiye’de pnömonokok hastalığı nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 25.354 olarak bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021).

1.8.6. Çocuk Felci Aşısı (Ipa, Opa)

Poliomyelit (polio), özellikle çocuklarda sinir sistemini etkileyen son derece bulaşıcı bir viral hastalıktır. Hastalık fekal-oral yolla insandan insana temas yoluyla bulaşır (Gür, 2019). 2006 yılından bu yana Hindistan, Nijerya ve Pakistan’da endemik olarak varlığını sürdürmektedir. Ilıman iklim bölgelerinde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve yaz aylarında vaka sayılarında artış gözlenir. Çocuk felci riski yüksek olan ülkelere seyahat edenler için 1-2 ay arayla 2 doz aşı önerilmektedir. Rutin aşı takviminde ise çocuklara 6. ve

18. aylarda 2 doz polio aşısı uygulanır. Polio aşısı canlı aşıdır ve ısı ile ışığa karşı duyarlıdır. Oral polio aşısı (OPA) ve İnaktive polio aşısı (İPA) gebelikte genellikle önerilmez ancak zorunlu durumlarda alınacak önlemlerle uygulanabilir (Bozkurt, 2018).

Son yıllarda Türkiye, çocukluk çağı aşılama sürecinde büyük bir başarı elde ederek çocuk felci aşısı oranlarını yüksek tutmayı başarmıştır. Sağlık Bakanlığı'na ait verilere göre, 2019 ve 2020 yıllarında, 5'li karma aşı (difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve Haemophilus influenzae B) üçüncü dozlarının uygulanma oranı %98 civarında olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020; Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021).

Türkiye, aşılama faaliyetlerinin başarısı sayesinde 1998 yılından itibaren çocuk felcinden arınmış ülkeler arasında yer almakta olup, "Polio'dan Arındırılmış Bölge Sertifikası"nı 2002 yılında elde etmiştir. Ancak, coğrafi konumu ve sınır komşularındaki olumsuz koşullar nedeniyle Sağlık Bakanlığı, aşılama programlarını sürdürmekte ve güçlü bir bağışıklık koruması sağlamaktadır. Ancak coğrafi konumu ve sınır komşularındaki olumsuz koşullar nedeniyle Sağlık Bakanlığı aşılama programlarını devam ettirmekte ve güçlü bir bağışıklık koruması sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.8.7. Hemofilus İnfluenza Aşısı (Hib)

H. influenzae tip B'nin neden olduğu pnömoni, otit, endokardit, menenjit gibi enfeksiyonlara karşı koruyucu olan bir konjuge polisakkarit aşıdır. Ülkemizde Hib aşısı ilk üç dozu 2, 4 ve 6. aylarda, 4. dozu ise 18. ayda rapel olarak uygulanmaktadır (EKMUD, 2016).

1.8.8. Difteri-Asellüler Boğmaca-Tetanoz (Dabt) Aşısı

Difteri enfeksiyonu, ateş ve boğaz ağrısı ile kendini gösteren, farenks, larenks ve tonsillerin üzerini beyaz-gri membranlarla kaplayarak seyreden bir hastalıktır. Bu durum, kardiyovasküler ve sinir sistemini etkileyen ciddi komplikasyonlara neden olabilir. aşı ile önlenilebilen ve çocuklarda sık görülen bulaşıcı bir hastalıktır ve birçok ülkede tamamen ortadan kaldırılmıştır. Difteri aşısı, tetanoz toksiti ile birlikte yapılması gereken önemli bir aşıdır. Ulusal aşı takvimimize göre, çocuklarımıza 2., 4., ve 6. ay sonlarında ile 18-24 aylar arasında 5'li aşılama, ardından 48. ayda DaBT şeklinde rapel aşılama yapılmaktadır. 13 yaşında ise Td şeklinde rapel aşı uygulaması gerçekleştirilmektedir. Difteri toksinine bağlı sağlanan bağışıklık kalıcı değildir, bu nedenle ek doz aşılama gereklidir. 13 yaşındaki aşıdan sonra her 10 yılda bir aşılama tekrarı önerilmektedir (Tezer, 2016).

Difteri gibi hastalıkların görülme oranları, yüksek aşılama seviyeleri sayesinde büyük oranda azalmıştır; aşılama oranları %90'ın üzerine çıkarak toplumda güçlü bir bağışıklık sağlanmasına katkı sağlamaktadır. Bu durum, ciddi salgınların önlenmesinde etkili bir koruma katmanı oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023; Türkiye Milli Pediatri Derneği, 2023).

Boğmaca ise solunum yollarının akut, aşı ile önlenebilen bir hastalıktır ve asellüler boğmaca (DaBT) ve tam hücreli boğmaca (DBT) olmak üzere iki farklı tip aşı bulunmaktadır. Asellüler Boğmaca Aşısı, özellikle 5 yaş altı çocuklarda daha sık ve şiddetli seyreden, Bordetella Pertussis adlı bakterinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Aşılama veya hastalığı geçiren kişilerde ömür boyu bağışıklık sağlamaz. Hastalık genellikle spazmodik öksürük ile karakterizedir ve semptomlar 6-10 hafta sürebilir (Tezer,2016).

Tetanoz aşısı, tetanoz enfeksiyonunu önlemek amacıyla yapılan etkili bir aşıdır. Tetanoz, Clostridium tetani bakterisinin vücuda girmesiyle gelişir ve genellikle açık yaralar veya kesiklerden bulaşır. Türkiye'de bu aşı, difteri ve boğmaca aşılarıyla birlikte, 2, 4, 6 ve 18. aylarda çocuklara uygulanmaktadır. Ayrıca, çocukluk döneminde yapılan tetanoz aşısı, ilerleyen yıllarda her 10 yılda bir yapılan takviye dozlarıyla devam ettirilir, böylece bireylerin yaşam boyu bağışıklığı sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2023; Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2022).

Türkiye'de tetanoz aşısı oranları oldukça yüksektir ve %90'ın üzerinde seyretmektedir. Yüksek aşılama oranları sayesinde, tetanoz vakaları neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır. Ancak, aşılama sırasında yaşanan aksaklıklar veya gecikmeler, özellikle bağışıklığı zayıf bireyler ve yaşlılar için tetanoz vakalarına yol açabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023; TÜİK, 2022).

Gebelik sırasında, fetüsü tetanozdan korumak amacıyla, 27-36. haftalar arasında tetanoz, difteri ve asellüler boğmaca (Tdap) aşısı uygulanması tavsiye edilmektedir. Ayrıca, Tdap aşısı daha önce yapılmamış ve 12 aydan küçük bebeklerle temas riski bulunan sağlık çalışanlarına da bir doz Tdap aşısı yapılması önerilmektedir. (EKMUD,2019).

DaBT aşısı, bebeklik döneminde bağışıklık sistemini güçlendirerek difteri, boğmaca ve tetanoza karşı koruma sağlamak için uygulanan önemli bir aşıdır. Türkiye'de, bu aşı çocuklara 2, 4, 6 ve 18. aylarda ve ilköğretim birinci sınıfında olmak üzere toplamda beş doz halinde uygulanmaktadır. Aşının içerdiği asellüler boğmaca bileşeni, yan etkileri daha hafif olan güvenli bir koruma sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

verilerine göre, aşılamanın yüksek oranlarda sürdürülmesi sayesinde bu hastalıkların görülme sıklığı belirgin şekilde azalmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024; WHO, 2023).

1.8.9. BCG (Bacillus-Calmette-Guerin)-Tüberküloz Aşısı

Tüberküloz hastalığı, dünya genelinde Mycobacterium tuberculosis adlı bakterinin solunum yoluyla bulaşmasıyla ortaya çıkar. Hastalığın larenks ve akciğer formları bulaşıcıdır; diğer organları etkileyen tüberküloz ise genellikle bulaşıcı değildir (Akşit, 2012). 2018 yılında dünya çapında yaklaşık 10 milyon kişinin bu bakteriyle enfekte olduğu ve 1,2 milyon kişinin tüberküloz nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Türkiye'de ise hastalığın tahmini sıklığı 100.000 kişide 16 olarak hesaplanmış, ölüm oranı ise aynı ölçekte 0.51 olarak raporlanmıştır (WHO, 2015).

Türkiye'de BCG aşısı uygulaması 2007 yılından itibaren başlamış olup rutin aşı takviminde yer alan BCG aşısı, doğumdan sonra 2. ayın sonunda tek doz olarak uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). BCG (Bacillus Calmette-Guérin) aşısı, tüberküloz (verem) hastalığına karşı koruma sağlamak amacıyla kullanılan bir aşıdır. BCG aşısı, özellikle tüberkülozun ağır formlarına karşı, özellikle çocukluk döneminde güçlü bir bağışıklık sağlar. Tüberküloz hastalığının yayılımını azaltmada önemli rol oynayan bu aşı, yüksek oranda etkinliğe sahiptir ve genellikle uzun süreli bağışıklık sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2023; Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2023).

Türkiye'de, tüberkülozdan korunmak için BCG aşısı yapılma oranları oldukça yüksektir. TÜİK ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre, BCG aşısı uygulama oranı yaklaşık %98'e ulaşmış durumdadır. Yüksek aşılama oranları sayesinde tüberküloz vakaları önemli ölçüde azaltılmış ve toplum genelinde ciddi bir koruyucu etkisi sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023; TÜİK, 2021).

BCG aşısının doğru şekilde saklanması, etkinliğini koruması açısından kritik öneme sahiptir. Aşı, ışığa ve ısıya duyarlı olduğu için, bu koşulların kontrol altında tutulması gerekmektedir. Bu nedenle, aşı +2°C ile +8°C arasında, karanlık bir ortamda saklanmalıdır. Ayrıca, BCG aşısı bir kez uygulandıktan sonra tekrar dozlara ihtiyaç duyulmaz; yalnızca tek bir doz yeterli olur (Sağlık Bakanlığı, 2023; Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2023).

Aşıya bağlı yan etkilerin çoğunluğu, aşı yapılan bölgede lokal reaksiyonlar ve anormal primer kompleks oluşumu şeklindedir. Nadir olarak ülser, cilt altı apse, osteitis/osteomyelit ve nekrotik lezyonlar görülebilir. Lokalize olmayan BCG enfeksiyonu %10.5 oranında görülürken, ölümcül BCG enfeksiyonu ise %0.3 oranında meydana gelebilir (Özen, 2012).

Tablo 3
Türkiye'de Aşı İle Önlenebilen Hastalıkların Yıllık Vaka Sayıları

	1990	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Difteri	20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kabakulak	-	-	19.754	1.525	322	544	419	464	476	228	1.347
Boğmaca	454	510	272	48	322	22	85	207	60	22	6
Kızamık	11.372	16.244	6.200	7	342	9	84	716	2.904	-	-
Kızamıkçık	-	-	2.245	64	16	7	1	22	44	-	-
Polio	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neonatal Tetanoz	67	26	32	2	0	0	0	0	0	0	0
Tetanoz	123	38	51	25	8	16	25	-	18	9	0

Kaynak: Geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 31(2), 127-139. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2022-94460>

Tablo 4
Aşılamaya Hızları (%), 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Verem aşısı (BCG)	96.0	95.0	96.0	96.0	93.0	96.0	96.0	96.0	95.0	98.1
Beşli karma aşı (DBT+IPV+Hib) 3 doz	98.0	96.0	97.0	98.0	96.0	98.0	99.0	98.0	95.0	98.1
Konjuge pnömokok aşısı (KPA) rapel	97.0	96.0	97.0	98.0	96.0	98.0	-	95.0	96.0	98.1
Hepatit B aşısı (HBV) 3 doz	97.0	95.0	97.0	98.0	96.0	98.0	99.0	98.0	96.0	98.1
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısı (KKK)	98.0	94.0	97.0	98.0	96.0	96.0	97.0	95.0	96.0	98.1

Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2023 *Türkiye İstatistik Kurumu*. Retrieved from <https://www.tuik.gov.tr>
Erişim Tarihi: 10 Kasım 2024.

Not: 1 Temmuz 2019'dan itibaren KPA 3. dozunun uygulanması sona ermiş ve yerine KPA rapel aşısı yapılmaya başlanmıştır. Bu nedenle, 2018 yılı ve öncesindeki veriler KPA 3. doz uygulamasına aittir.

1.9. Türkiye’de Uygulanmayan (Rutinde Olmayan) Aşılar

Ülkemizde henüz aşılama takvimine dahil edilmemiş ancak ruhsatlanmış ve mevcut durumda bulunan aşılar arasında rotavirus aşısı, influenza aşısı, human papillomavirus (HPV) aşısı ve konjuge meningokok aşısı yer almaktadır (Sosyal Pediatri Derneği, 2023).

1.9.1. Rotavirüs Aşısı

Rotavirüs, dünya genelinde beş yaşından küçük çocuklarda ishalli hastalıkların başlıca nedenlerinden biridir (Yalçın, 2006).

Ülkemizde rutin aşılama programında yer almayan bu aşılar, isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır. Rotavirüs enfeksiyonları, bebeklerde ve çocuklarda ishale bağlı hastaneye yatışların çoğunda sorumludur. Özellikle hastane ve kreş gibi toplu yaşam alanlarında bağışıklığı olmayan çocuklara kolayca bulaşabilirler. (Selçuk, 2011).

Rotavirüs aşıları, rutin aşılarla ikinci ayda başlanması gereken aşılar arasında yer alır. BCG ve OPA aşılarıyla aynı gün veya farklı günlerde uygulanabilir. İlk doz en erken 6 haftalık bebeklere yapılabilir, ancak en geç bebek 14 hafta 6 günlük olduğunda başlanmalıdır; bu süreden sonra başlanması önerilmez. Her doz arasında en az 4 hafta olmalıdır. Son doz ise en geç bebek 8 aylıkken yapılabilir. Aşılamaya başlanan marka ile tamamlanması önemlidir; dozlar arasında marka değişikliği olursa, toplam 3 doz ile aşılanma sağlanır (Sosyal Pediatri Derneği, 2023).

1.9.2. Human Papilloma Virüs Aşısı (HPV)

Human papilloma virüsü (HPV), bir DNA virüsüdür ve dünyada en yaygın cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir, 200'den fazla türü bulunmaktadır. HPV'nin neden olduğu enfeksiyonlar arasında servikal kanserler, anal kanserler, vulva kanseri, vajina kanseri, deri kanserleri ve faringeal kanserler bulunmaktadır. Ülkemizde HPV'ye karşı kullanılan iki aşı mevcuttur: Cervarix (16 ve 18 tiplerine karşı etkilidir) ve Gardasil (6, 11, 16 ve 18 tiplerine karşı etkilidir). (Goldstein vd., 2018).

HPV aşısı, özellikle 9-14 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlere yapılması tavsiye edilen bir aşıdır. Aşı, üç dozdan oluşan bir programla uygulanır: İlk doz uygulandıktan sonra, ikinci dozun 1-2 ay içinde yapılması, üçüncü dozun ise ilk dozdan 6 ay sonra uygulanması önerilmektedir. 15 yaş ve üzerindeki bireyler için genellikle 2 dozluk bir program uygulanabilir: İlk dozdan sonra ikinci doz 6-12 ay içinde yapılır. HPV aşısı hem erkek hem de kadınlara uygulanabilir ve aşılanmanın en etkili olduğu yaş grubunun 11-12 yaş arası

olduğu belirtilmiştir. Gebelik durumunda aşılamanın genellikle önerilmediği ve özel durumlarda doktor tavsiyesi ile uygulanabileceği belirtilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.; World Health Organization, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2024).

1.9.3. Meningokok Aşısı

Meningokok hastalığı, sadece insanlarda hastalık yapabilen *Neisseria meningitidis* bakterisinin neden olduğu menenjit ve meningoksemi gibi ciddi enfeksiyonları ifade eder. Bu hastalık, dünya genelinde yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir ve klinik seyri genellikle hızlı ve agresif olabilir. Hastalık çoğunlukla bakteriyel kaynaklıdır ve hastalıktan korunmak amacıyla geliştirilen aşılar, kısa sürede etkili olmuştur (Yıldırım, 2006).

Meningokok aşıları, ciddi meningokok enfeksiyonlarını önlemede hayati bir rol oynamaktadır. Ülkemizde, bu aşılar rutin aşılama takvimine dahil edilmemiş olsa da, sağlık çalışanlarının önerileriyle toplumda farkındalık artırılabilir. Genellikle, 2 yaş ve üzerindeki bireyler için önerilen bu aşılar, pandemi dönemlerinde özellikle hamile kadınlar için de önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023; WHO, 2023).

Aşının uygulanması, toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye katkı sağlayabilir. Meningokok aşıları genellikle rutin çocukluk çağı aşılarıyla aynı anda uygulanabilir. Ancak Menecra adlı aşı, bazı pnömokok alt tiplerine olan aşı cevabını engelleyebileceği için 13 bileşenli konjüge pnömokok (PCV1-13) aşısıyla aynı anda tercih edilmemelidir (KLİMİK, 2021).

1.9.4. İnfluenza (Grip) Aşısı

İnfluenza, genellikle kış aylarında damlacık yoluyla yayılan ve boğaz, burun, bronş ve akciğerleri etkileyen bir viral enfeksiyon olarak tanımlanır. Bu hastalık, 39 °C'yi aşan ateş, titreme, halsizlik, öksürük kas ve eklem ağrıları, gibi semptomlarla kendini gösterir (Günay ve ark., 2020). Ülkemizde rutin aşılama programında olmayan influenza aşısı, risk grubunda yer alan bireylere önerilmektedir. İnfluenza aşıları, grip virüslerinin yol açtığı hastalıklardan korunmada etkili bir yöntemdir. Grip aşıları, genellikle her yıl güncellenir çünkü grip virüsleri hızla değişebilir. Çocuklar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi zayıf olan bireyler gibi risk gruplarındaki kişilere özellikle önerilir. 6 aylıktan büyük çocuklara ve yetişkinlere uygulanabilen influenza aşıları, 6 aylık bebeklerle yakın temas halinde olan kişilere de tavsiye edilir. Çocuklar için ilk aşılama döneminde 2 doz önerilir; ilk yıl başladığında 8 yaş altındaki çocuklara 2 doz uygulanır ve eğer ilk yıl tamamlanmazsa, sonraki yıl yine 2 doz yapılması önerilir. Dokuz yaş ve üzerindeki bireyler için ise genellikle tek doz yeterlidir. Gebelere de influenza sezonunda grip aşısı yapılması tavsiye edilir, ancak aşı uygulamaları

ve dozları bireysel sağlık durumuna göre düzenlenmelidir (Hastalık Kontrol ve nleme Merkezleri (t.y.); Dünya Sağlık rgt (t.y.); Sağlık Bakanlığı, 2023).

1.9.5. COVID-19 Aşı

İlk kez Aralık 2019'da tanımlanmış olup, nefes darlığı, ishal, tat ve koku kaybı gibi kendini gösterebilmektedir. Hastalık, SARS-CoV-2 isimli bir RNA virüsünden gösterilmesi ve pnömoni ile çoklu organ nakli gibi ciddi değişikliklere neden olabilir. Yıllık COVID-19'a karşı aşılama alışmaları 14 Ocak 2021 tarihine kadar sürdürülmektedir. Başlangıçta Sinovac gibi inaktif aşılar uygulanmış, daha sonra mRNA teknolojisine dayanan Biontech aşısı da dahil edilerek çeşitli aşılar kullanılmaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu, 2021).

Aşılar genellikle 12 yaş ve üzerindeki bireyler için önerilmektedir. İlk olarak iki doz olarak uygulanan aşılar, bazı durumlarda ek bir güçlendirici doz (booster) ile desteklenebilir. İlk dozdan sonra ikinci doz genellikle 3-4 hafta içinde yapılırken, güçlendirici dozlar genellikle ilk iki dozdan 6-12 ay sonra önerilmektedir. Aşıların etkinliği, COVID-19'un ağır seyrine karşı koruma sağlamakta ve hastalığın yayılmasını azaltmaktadır. Ayrıca, COVID-19 aşıları, ağır yan etkiler riski düşük olmakla birlikte, alerjik reaksiyonlar gibi bazı yan etkiler gözlemlenebilir. Aşılamanın, özellikle yüksek riskli gruplar ve sağlık çalışanları için kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Dünya Sağlık rgt, 2023; Hastalık Kontrol ve nleme Merkezleri, 2024; Sağlık Bakanlığı, 2024).

1.10. Aşı Reddi (Aşı Tereddüdü)

Aşı karşıtlığı, bireylerin çeşitli sebeplerle aşı olmayı reddetmeleri, aşı uygulamalarını iptal ettirmeleri veya aşılarla ilgili olumsuz düşünceler geliştirmeleri olarak tanımlanabilir (nl ve Kesgin, 2021). UNICEF'e göre ise aşı tereddüdü, bir ya da birden fazla aşının kabul edilmemesi durumunu ifade eder. Bu durum, aşılara erişim imknı olmasına rağmen bireylerin aşı yaptırmaktan kaınması şeklinde ortaya çıkar. (Yıldız ve diğ., 2021). Aşı reddi ise tüm aşıları reddetme durumunu ifade eder (Barutçu ve diğ., 2021). DS, 2019 yılına ilişkin "Küresel Sağlığa Yönelik 10 Tehdit" raporunda, aşı reddinin dünya genelinde ciddi bir sağlık sorunu oluşturduğunu belirtmiştir (WHO, 2019). Aşı tereddüdü terimi ise konuyla ilgili olarak 2012 yılında Dünya Sağlık rgt tarafından tanımlandı (Larson vd, 2016).

1.10.1. Aşı Reddinin Tarihçesi

Aşı kavramı, Edward Jenner'in sığır çiçeği üzerine çalışmalarıyla ortaya çıkmıştır; ancak o dönemde bazıları hastalıkları ilahi ceza olarak görmüş ve aşılama girişimlerini Tanrı'ya karşı bir isyan olarak değerlendirmiştir. Ayrıca, aşılama uygulamalarını şeytanın etkisi altında yapılan bir eylem olarak nitelendirmiştir. (Bozkurt, 2018).

Kirkpatrick, 1761'de çiçek hastalığını Tanrı'nın cezası olarak gören bazı teologların, aşının Tanrı'nın iradesine karşı olduğunu savunduklarını ifade etmiştir. İngiltere'de 1840 yılında ilk aşı yasası çıkarılmış, 1853'te ise aşılama zorunlu hale getirilmiştir. Bu dönemde John Gibbs, "Tıbbi Özgürlüklerimiz" adlı kitabıyla aşı karşıtı hareketlere öncülük etmiştir. 1885'te İngiltere'nin Leicester kentinde düzenlenen büyük bir protesto, Avrupa genelinde aşı karşıtı eylemlerin yayılmasına neden olmuştur. Amerika'da ise 1870'teki çiçek hastalığı salgınının ardından zorunlu aşı yasası çıkarılmıştır (WHO, 2019). Ancak 1900'lerin başında aşı karşıtı düşünceler artmış ve 1907'de Amerikan Aşı Karşıtlığı Derneği kurulmuştur (Wolfe ve Sharp, 2002).

1998'de Andrew Wakefield ve ekibi, Lancet dergisinde yayımladıkları bir araştırmada, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşısı ile otizm arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Çalışmada, KKK aşısı yapılan 12 çocukta otizm belirtileri gözlemlendiği iddia edilmiştir. Ancak araştırmanın etik kurallara aykırı olduğu anlaşıncı makale geri çekilmiş ve araştırmacıların tıbbi lisansları iptal edilmiştir (Kader, 2019).

İskoçya'da 1997 yılında aşılama oranı %95 seviyelerine ulaşmışken, aşı karşıtı hareketlerin etkisiyle 2001'de bu oran %87'ye düşmüştür. Ancak, aşılama oranı tekrar artışa geçerek 2012 yılının sonlarına doğru eski seviyelerine ulaşmıştır (Kader, 2019).

Aşı reddine yönelik uygulamalar, ülkelerin sağlık politikalarına göre değişiklik göstermektedir. Belçika ve Polonya'da ise aşı reddi, hapis cezası veya yüksek para cezaları ile karşılanmaktadır. Slovenya, aşı reddini yalnızca tıbbi zorunluluk durumunda kabul etmektedir. Avustralya'da aşılama zorunlu olmamakla birlikte, İngiltere, Kanada ve İsveç'te gönüllü aşılama programları yürütülmektedir. Türkiye'de aşılar ücretsiz olarak sunulmakta, ancak zorunlu değildir ve aşı reddine dair hukuki bir düzenleme mevcut değildir (Bozkurt, 2018).

Aşı kabulünü etkileyen önemli etmenler arasında sağlık sistemine ve sağlık profesyonellerine duyulan güvensizlik, bulaşıcı hastalıkların ciddiyetini göz ardı etme,

toplumun bilgi düzeyinin yetersizliği ve yeni aşılar hakkında eksik bilgi sahibi olma sayılabilir (Hazır, 2018).

Aşılanma oranları dünya çapında ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre farklılık göstermektedir. Gelişmemiş ülkelerde bu oran %70-80 civarındayken, gelişmiş ülkelerde ise %90'ın üzerine çıkmaktadır (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021).

1990'lardan itibaren "aşı reddi" kavramı daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır (Bozkurt, 2018). Sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, ekonomik krizler, savaşlar, aşıya erişimdeki zorluklar ve aşı karşıtı kampanyalar gibi faktörler, aşı reddinin artmasına neden olmuştur. DSÖ'nün 2017 verilerine göre, Avrupa'da difteri, tetanoz ve boğmaca aşılarının bağışıklama oranı %92'ye, Amerika'da ise %91'e gerilemiştir (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021).

2018 yılında, dünya genelinde yaklaşık 19 milyon bebek en az bir doz kızamık aşısı olmamış ve bu bebeklerin yaklaşık 6 milyonunun Hindistan, Nijerya ve Pakistan gibi az gelişmiş ülkelerde bulunduğu rapor edilmiştir. Aynı yıl, kızamık vaka sayısı 324.277 iken, 2019'un başında bu sayı 74.338 olarak kaydedilmiştir (WHO, 2019). Kızamık aşısı sayesinde 2000-2018 yılları arasında küresel vaka oranında %73'lük bir azalma sağlanmış olmasına rağmen, 2018 yılında kızamık hala ciddi bir sorun olmaya devam etmiş ve 140.000'den fazla kişi bu hastalık nedeniyle yaşamını yitirmiştir (WHO, 2019).

DSÖ'nün 2020 raporu, kızamık ve çocuk felci salgınlarının yeniden yayılmasını önlemek amacıyla acil müdahale çağrısı yapıldığını ortaya koymaktadır. Özellikle Pakistan, Afganistan ve Afrika gibi az gelişmiş bölgelerde çocuk felci vakalarının artabileceği ve aşılama yapılmazsa gelecek 10 yıl içinde yaklaşık 200.000 yeni vaka görülebileceği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, Avrupa ve Amerika'da bağışıklama oranlarının son on yılda %2-4 oranında düştüğü vurgulanmıştır (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021). DSÖ, 2030 yılına kadar dünya genelindeki tüm çocukların aşılanmasını sağlama hedefini benimsemiştir (WHO, 2023).

1.10.2. Türkiye'de Aşı Reddi

Türkiye'de "aşı reddi" kavramı, 2010 yılından itibaren gündeme gelmiş ve medyada yer alan haberlerin bu durumu tetiklediği ifade edilmiştir. Ordu'da 2015 yılında bir aile, ikiz bebeklerine aşı yapılmasını reddetmiş ve haklarında sağlık tedbiri kararı alınması için dava açılmıştır. Ancak aile, bireysel hakların ihlali ve rıza alınması zorunluluğu gerekçesiyle bu davayı kazanmıştır (Bozkurt, 2018). Olay, basında "İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan

savcının hukuk zaferi" şeklinde geniş yer bulmuş ve toplumda aşı reddine yönelik bir örnek teşkil ederek yayılmasına zemin hazırladığı belirtilmiştir (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019).

Türkiye'de aşı reddi oranları yıllar içinde önemli bir artış göstermiştir. 2011'de 183 olan aşırı reddeden aile sayısı, 2013'te 980, 2015'te 5.400, 2016'da 12.000'e ulaşmış, 2018'de ise 23.000 olmuştur. 2019 yılında ise bu rakam 40.000'e çıkmıştır. Eğer bu artış devam ederse, aşı reddinin 50.000'i geçmesiyle, çocukluk çağı bulaşıcı hastalıklarında salgınlar beklenmektedir. Ayrıca, aşı reddinin bu hızla devam etmesi durumunda, önümüzdeki beş yıl içinde bağışıklama oranlarının %80'lere düşmesi öngörülmektedir. Bu da aşı ile önlenbilir hastalıkların sıklığında artışa yol açabilir (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021).

Hacettepe Üniversitesi tarafından yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'e göre, bağışıklama oranlarındaki düşüşün eskiden hizmetlere erişim zorluklarından kaynaklandığı, ancak günümüzde asıl nedenin aşı reddi olduğu ifade edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2019) tarafından yapılan açıklamaya göre, dünya genelinde aşılarını tamamlayan çocukların oranı %67 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de ise, Sağlık Bakanlığı'nın raporlarına göre, aşırı reddeden aile sayısının 20.000'i geçtiği ifade edilmektedir (Bozkurt, 2018). Bu durumun artış göstermesi üzerine, Sağlık Bakanlığı, halkı doğru bilgiyle aydınlatmak ve farkındalık yaratmak için "asi.saglik.gov.tr" adlı bir internet sitesi oluşturmuştur (Gür, 2019).

Ayrıca, sağlık bakanlıklarının web siteleri de yerel aşı politikaları ve takvimleri hakkında bilgi sağlar. Bu kaynaklar, bilimsel doğruluk ve güncellik açısından önemli referanslar olarak kabul edilir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

1.11. Aşı Reddini Etkileyen Faktörler

Aşı reddi, çeşitli küresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu faktörler arasında aşıların güvenliği ile ilgili endişeler, yan etkiler, aşılamamanın faydaları konusunda bilgi eksiklikleri ve farkındalık yetersizlikleri bulunuyor. Ayrıca, kültürel etmenler, toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyoekonomik düzeyler de aşı reddine katkıda bulunan diğer nedenlerdir (Erchick vd., 2022).

Türkiye'de ve dünyada aşı karışıklığını etkileyen en önemli faktörler arasında, aşıların potansiyel yan etkileri ile ilgili duyulan kaygılar, yanlış bilgi yayılımı ve toplumsal medya üzerinden yayılan yanıltıcı içerikler bulunmaktadır. Özellikle, aşıların çocuklarda otizm ya

da kısırlık gibi sağlık sorunlarına yol açabileceğine dair yaygın olan yanlış inanışlar, aşıların reddedilmesine neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, bireylerin dini inançları ve kültürel değerleri de aşı karşıtlığını etkileyen önemli bir rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023; WHO, 2023).

Aşı reddine yol açan faktörler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üç ana kategoride ele alınmaktadır: bağlamsal faktörler, bireysel ve grup düzeyindeki etkiler ve aşıyla ilgili etkenler (Barutçu vd., 2021).

1.11.1. Bağlamsal Faktörler

Medyanın rolü, toplumsal etki sahipleri, aşı karşıtı ve destekleyici gruplar, geçmişteki olayların etkisi, sosyo-demografik yapılar, yasal düzenlemeler, coğrafi engeller ve ilaç sanayisinin etkilerini içerir (Tekinel, 2020; Erchick vd., 2022).

Avusturya'da 2017 yılında yapılan bir araştırmada, katılımcıların %11.4'ü kasıtlı olarak aşıyı reddettiğini belirtmiştir. Aşı yaptırmamanın en yaygın sebepleri arasında yan etkilerden korkma (%35.9), aşının etkinliği konusunda şüphe (%35.9), ve ilaç sanayisine olan güvensizlik (%23.1) bulunmuştur (Sandhofer vd., 2017).

1.11.2 Birey ve Grup Düzeyindeki Etkiler

Önceki aşı deneyimleri, toplumsal inançlar, sağlıkla ilgili alışkanlıklar, bilgi eksiklikleri, sağlık profesyonellerine güven, kişisel deneyimler, risk ve fayda analizleri ile sosyal çevrenin etkisi gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Tekinel, 2020; Erchick vd., 2022).

Kanada'da okul öncesi çocukların aşılama oranlarını ve ebeveynlerin aşı tereddüdüne etki eden faktörleri ele alan 12 çalışmanın yer aldığı bir sistematik incelemeye göre, 2 yaşındaki çocukların %50-%70'inin tam aşı olduğu, %97'sinin en az bir aşı yaptırdığı, %2-5'inin ise hiç aşılanmadığı görülmüştür. Araştırma, sağlık hizmeti sağlayıcılarına duyulan güvenin ve aşıya erişim kolaylığının, aşılama oranlarını artırmada kritik bir rol oynadığını göstermiştir. Bu faktörlerin, ebeveynlerin aşı konusundaki bilgi seviyesinden daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Schellenberg vd., 2020).

2016 yılında Malezya'da birinci basamak sağlık hizmeti veren 10 merkezde yapılan bir araştırma, 15-24 aylık çocuklarına 3 aydan uzun süre aşı yaptırmayan ebeveynlerin tutumlarını değerlendirmiştir. Çalışmada, ebeveynlerin aşı reddine neden olan başlıca faktörler arasında alternatif tedavi yöntemlerine, özellikle homeopatiye duyulan güven,

aşıların etkili olmadığına dair inanç, aşı içeriklerinin zararlı olduğuna yönelik endişeler ve dini gerekçeler öne çıkmıştır (Lim vd., 2016).

Aygün ve Tortop'un (2020) çalışmasında, Türkiye'de aşı reddeden ebeveynlerin %64'ünün aşıların dini açıdan uygun olmadığını düşündüğü ortaya konmuştur. Katılımcıların birçoğu, aşıların içeriğinde domuz yağı gibi dini hassasiyetleri ihlal eden maddelerin bulunduğuna inandıkları için aşı kullanmayı reddettiklerini dile getirmiştir. Küresel ölçekte yapılan ve 65 ülkeden 819.67 kişinin katıldığı bir diğer araştırmada ise aşılarla olan güven genel olarak yüksek bulunmuş, ancak bölgesel farklılıklar dikkat çekmiştir. Avrupa'da, özellikle Fransa'da, aşıların güvenilirliği ve etkinliği konusundaki olumsuz görüşler daha yaygınken, Brezilya gibi ülkelerde aşılarla güven oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. İlginç bir şekilde, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi yüksek olan toplumlarda, aşılarla ilgili daha fazla olumsuz algıya rastlanmıştır. Bu durum, sosyoekonomik durum ile aşıya yönelik güven arasında ters bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir (Larson vd., 2016).

1.11.3. Aşı ve Aşılamaya Ait Etkiler

Aşı uygulamalarının başarısı, risk ve yarar analizi, yeni aşıların tanıtımı, aşılama yöntemleri, programların planlanması, lojistik süreçlerin yönetimi, erişim imkanları, aşılama takviminin uygunluğu, maliyet gibi faktörlere ve sağlık çalışanlarının etkin rolüne bağlıdır (Tekinel, 2020; Erchick ve ark., 2022).

İtalya'da 16-36 aylık çocuklara sahip ailelerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %83.7'sinin aşığı desteklediği, %15.6'sının tereddüt yaşadığı, %0.7'sinin ise aşı karşıtı olduğu belirlenmiştir. Aşı reddi veya durdurulmasının en önemli nedeni güvenlik kaygısı olarak öne çıkmıştır. Ailelerin aşı konusundaki en sık başvurduğu bilgi kaynağı %87.2 ile aile hekimleriyken, tereddütlü ailelerde bu oran %74.3'e düşmektedir. Aşı karşıtı ebeveynlerin ise bilgi almak için en çok aşı karşıtı grup ve derneklere yöneldiği ifade edilmiştir (Giambi ve ark., 2018).

Çocukluk çağı aşı tereddütü üzerine yapılan bir meta-analizde, ebeveynlerin aşıların yan etkilerinden ve bileşenlerinin zararlı olabileceğinden endişe duydukları, aşının hastalığa neden olabileceğine inandıkları, alternatif sağlık yöntemlerine yöneldikleri ve aşılama hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bu faktörlerin, aşıların ertelenmesi ya da reddedilmesine yol açtığı belirtilmiştir (Díaz Crescitelli ve ark., 2020).

ABD'de ebeveynlerin çocukluk çağı aşılara yönelik inançlarını inceleyen bir derlemede, aşılarda ticari çıkarların ön planda tutulduğu ve doğal bağışıklığın aşılarından daha etkili olduğu yönündeki düşüncelerin yaygın olduğu gözlemlenmiştir (Gidengil ve ark., 2019).

1.11.4. Aşılar ve Sosyal Medya Televizyon

Sosyal medya ve çevrimiçi platformlar, günümüzde geniş kitlelere hızla ulaşmanın etkili yollarıdır. Bu platformlar, bilgi paylaşımını hızlandırırken, aynı zamanda toplumun inançlarını ve davranışlarını da şekillendirme gücüne sahiptir (Düzgün ve Dalgıç, 2019). Ancak, çevrimiçi ortamlarda aşılama hakkında yanlış bilgilere sıkça rastlanması, bilimsel gerçeklerin göz ardı edilmesine yol açmakta ve halkın aşılama programlarına karşı olan bakış açısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum, halk sağlığını tehdit eden önemli bir faktör haline gelmektedir (MacDonald ve Dubé, 2020). Ayrıca, günümüzde aşıların faydalarından ziyade, bilimsel temele dayanmayan iddialar medya aracılığıyla hızla yayılarak kamuoyunu etkilemektedir (Gür, 2019).

Sosyal medya, sağlıkla ilgili bilgi almak için sıkça başvurulanan bir kaynaktır. Ancak, özellikle Facebook, Twitter, Instagram ve Snapchat gibi büyük takipçi kitlesine sahip platformlar, yanlış bilgilerin yayılmasına zemin hazırlayabilmektedir. Instagram'da 10.000'den fazla takipçisi bulunan ilk 10 hesabın içerikleri incelendiğinde, aşılar hakkında yanıltıcı birçok içerik bulunduğu görülmüştür. Bu içeriklerde, çocukluk aşıları, gebelikte önerilen tetanoz aşısı ve tarama testlerine karşı görüşler, aşıların devletler tarafından oluşturulmuş bir biyolojik silah olduğu ve bebek ölümlerinin aşılarla bağlantılı olduğu gibi yanlış iddialar yer almıştır. Ayrıca, bazı paylaşımlarda aşıların çocuklarda dikkat eksikliği, otizm, öğrenme güçlüğü, otitis media, diyabet ve Kawasaki hastalığı gibi sağlık problemlerine yol açtığı öne sürülmüştür (Taşçı ve Gökler, 2021).

Sosyal medyada yayılan yanlış ve yanıltıcı aşı bilgileri, halk sağlığı uzmanları tarafından ciddi bir tehdit olarak görülmektedir. Bu tür içerikler, yıllar içinde elde edilen bulaşıcı hastalıklarla mücadele başarısını zayıflatmakta ve bu duruma karşı etkili politikaların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. YouTube'da yapılan bir incelemede, aşıyla ilgili paylaşılan 87 videonun %65'inin aşı karşıtı görüşler içerdiği, sadece %5.6'sının sağlık uzmanları tarafından paylaşıldığı ve %36.8'inin bilimsel bir temele dayanmadığı gözlemlenmiştir. Çoğu video, aşı yaptırmak konusunda izleyicilerde olumsuz bir izlenim bırakmaktadır (Basch vd., 2017). Ayrıca, 2010-2016 yılları arasında #vaccine etiketiyle

yapılan tweetlerin incelenmesinde, aşı karşıtı tweetlerin, diğer tweetlere kıyasla 4.13 kat daha fazla paylaşıldığı bulunmuştur (Argüt vd., 2016).

Bir incelemede, #HPV etiketiyle paylaşılan 150 Instagram gönderisinden %35'inde HPV aşısı hakkında bilgiler yer almakta iken, aşı karşıtı gönderilerin daha fazla beğeni aldığı gözlemlenmiştir (Blankenship vd., 2018). Bunun yanı sıra, "Covid-19" ve "koronavirüs" anahtar kelimeleriyle yapılan YouTube aramalarında, popüler videoların %27.5'inin yanlış bilgi sunduğu ve bu videoların toplamda 60 milyondan fazla izlendiği tespit edilmiştir (Li vd., 2020).

Bir araştırmada, bir milyon COVID-19 aşısına dair yapılan tweetler analiz edilmiştir. Sonuçlar, aşı karşıtı görüşlerin, siyasi ve tıbbi olmayan Twitter kullanıcıları tarafından daha fazla etkileşim aldığını göstermektedir. Ayrıca, tweetlerin sadece %10'undan azı sağlık profesyonellerine aitken, bu durumun aşıya dair toplumda oluşan tereddütleri bir ölçüde etkilediği ifade edilmiştir (Yavuz, 2018). Bu bulgular ışığında, toplumun doğru bilgiyle aydınlatılması amacıyla medya ve kamu spotlarının önemi artmakta, aynı zamanda aşı reddini azaltmaya yönelik bilimsel çalışmalar ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

1.12. Aşıya Karşı Ebeveynlerin Tutum ve Davranışları

Aşı konusunda ebeveynlerin tutum ve davranışların belirlenmesiyle elde edilecek veriler sayesinde bir veya birden fazla faktörün oluşturduğu sorunların tespit edilerek aşılama oranının yükseltilmesini sağlayacaktır.

Aşı konusunda ebeveynlerin tutumlarının incelenmesi, aşılarla alakalı toplumsal endişelerin ve hangi faktörlerin endişeye sebep olduğuyla alakalı verilerin olması aşılama hizmetlerine yön verecektir.

Ebeveynlerin aşıya karşı tutum ve davranışları, genellikle demografik faktörler tarafından şekillenir. Yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi ve gelir durumu gibi faktörler, ebeveynlerin aşı konusundaki kararlarını etkileyebilir. Örneğin, daha yüksek eğitim seviyesine sahip ebeveynler genellikle aşılar hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları için aşıya karşı daha olumlu tutum sergileyebilirler (Kader, 2019).

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, aşılarla ilgili bilgileri doğru bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneklerini belirler. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynler, bilimsel bilgilere daha fazla gúvenir ve aşıların faydalarını daha iyi anlarlar (Yıldız, 2021) Ancak, yanlış bilgi ve aşı karşıtı propagandalar, ebeveynlerin aşılar hakkında yanlış düşünceler geliştirmesine neden olabilir (Barutçu vd., 2021).

Sosyal çevre ve kültürel inançlar da aşuya karşı tutum ve davranışları etkileyen önemli faktörlerdir. Aşı karşıtlığı, bazen dini ve kültürel inançlardan kaynaklanabilir. Ebeveynler, çevrelerindeki insanların aşı konusundaki görüşlerinden etkilenebilir ve bu da aşuya karşı tutumlarını şekillendirebilir (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019).

Sosyal medya ve diğer dijital platformlar, aşı karşıtı görüşlerin hızla yayılmasına neden olabilir. Ebeveynler, sosyal medyada karşılaştıkları bilgi kirliliğinden etkilenecek aşılar hakkında yanlış bilgilere inanabilirler (Ünlü ve Kesgin, 2021).

Medyanın bu konudaki rolü, ebeveynlerin aşuya karşı tutumlarını ve davranışlarını anlamada kritik bir öneme sahiptir.

Ebeveynlerin sağlık profesyonellerine olan gúveni, aşuya karşı tutum ve davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Güvenilir sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgilere dayanan ebeveynler, aşıların güvenliği ve etkinliği konusunda daha olumlu tutum sergilerler (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021).

Literatürde ebeveynlerin aşı tereddüdü ya da reddi konularını ele alan örnek bir çalışma aşağıda verilmiştir.

Hasar ve arkadaşlarının (2021) Adana ilinde gerçekleştirdiği bir anket çalışmasında, çocukluk aşıları konusunda aşı yaptırmayan ailelerin neden aşı reddettiği ve bu ailelerin aşılarla ilgili düşüncelerinin yanı sıra, aşı yapan ailelerin görüşleri de ele alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, aşuyu reddeden ebeveynlerin büyük bir kısmı (%96.7) aşılarla güven duymadıklarını ve aşıların yan etkilerinden endişe ettiklerini ifade etmiştir. Ayrıca, aşuyu yaptıran ebeveynlerin %27.4'ü, medyada yayılan olumsuz aşı haberlerinin, kararlarını etkileyebileceğini belirtmiştir (Hasar vd., 2021).

1.13. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayabilmesi ve bu bilgileri sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için etkili bir şekilde kullanabilmesi anlamına gelir. Bu kavram, ilk kez 1974 yılında Scott Simonds'un "Health Education as Social Policy" adlı

makalesinde gündeme getirilmiştir. Simonds, sağlık okuryazarlığını, kişilerin sağlıklarıyla ilgili bilgileri edinip anlayarak bu bilgileri kullanabilme yetisi olarak tanımlamıştır (Simonds, 1974).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını, bireylerin kişisel sağlıklarını sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme, bu bilgileri anlama ve gerekli yerlerde kullanma becerileri olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlığını koruma ve iyileştirme doğrultusunda bilgiye erişim, bu bilgiyi anlama ve etkin bir şekilde kullanma kapasitesi ile motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Sağlık Bakanlığı, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çeşitli eğitim ve programlar düzenlemektedir. Bu eğitimlerin odak noktası, sağlık çalışanlarının özellikle düşük eğitim düzeyine sahip veya özel ihtiyaçları olan bireylerle daha etkili bir iletişim kurmalarını sağlamaktır. Böylelikle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hastaların sağlık hizmetlerinden daha yüksek memnuniyet alması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca web sitelerine erişmek veya broşürleri okumaktan daha fazlasını içerir. Bu kavram, sağlık kaynakları ve bilgileri hakkında eleştirel düşünme becerisinin yanı sıra, kişisel sağlığı geliştirmek için bireysel ve toplumsal ihtiyaçları fark etme, bu ihtiyaçlarla etkileşime girme ve doğru bir şekilde ifade edebilme yeteneğini de kapsar (Nutbeam ve Muscat, 2021).

2014 yılında Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada, nüfusun %64.6'sının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu olduğu tespit edilmiştir. Sadece her üç kişiden biri yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı ortalama puanı, Avrupa'nın oldukça gerisindedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır (Durusu-Tanrıöver vd., 2014).

2016 yılında yapılan bir çalışma, katılımcıların %69.4'ünün sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz ya da sorunlu olduğunu ortaya koymuştur (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Benzer şekilde, 2019'daki bir araştırma, bireylerin %55.4'ünün düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu, yalnızca %22.2'sinin ise yeterli ya da yüksek düzeyde sağlık bilgisine erişebildiğini göstermiştir (Bakan ve Yıldız, 2019).

Sağlık okuryazarlığı literatürde farklı boyutlarla incelenmektedir. Nutbeam'e göre bu kavram, işlevsel (temel), iletişimsel (etkileşimli) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır (Nutbeam, 2000).

1.13.1. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sistemi içindeki temel bilgileri ve sağlık risklerini okuyup anlayabilme becerisidir.

1.13.2. Etkileşimli (İletişimsel) Sağlık Okuryazarlığı

Değişen koşullardaki sağlık bilgilerini uygulama, öz yeterlilik kullanma ve sağlık sunucularıyla etkili iletişim kurma becerisidir.

1.13.3. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı

Sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını bireysel ve toplumsal düzeyde eleştirel analiz yaparak anlama ve yorumlama becerisidir (Nutbeam, 2000).

1.13.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan birçok kişinin sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık bilgisi almada güçlüklerle karşılaştığı belirtilmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması hem bireyler hem de toplumda çeşitli zorluklara neden olmaktadır. Bu kişiler, acil servisleri daha sık kullanmakta, hastaneye daha fazla yatmakta, tarama programlarına daha az katılmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır. Bu durum, sağlık sisteminde maliyetlerin artmasına, yeni kaynak ayırımına ve yeni müdahale programlarının oluşturulmasına yol açmaktadır (Healthy Literacy, 2023). Sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve toplumda bu seviyenin artırılması, bireysel ve toplumsal dayanıklılığı, sağlığı ve refahı artırmakta ve sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltmaktadır. DSÖ, toplumlarda sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması için bazı önerilerde bulunmaktadır (Kickbusch, Pelikan, Apfel ve Tsouros, 2013):

- Sağlık okuryazarlığı eğitimi kapsamında, sağlıkla ilgili temel bilgiler çocuklara erken çocukluk döneminden itibaren çeşitli yöntemlerle aktarılmalıdır.
- Okul eğitimlerinde, sağlığı etkileyen bireysel ve çevresel faktörlere değinilmelidir.
- Yetişkin bireylerin eğitilmesindeki güçlükler için çözüm yöntemleri geliştirilmelidir. Eğitimlerde uygun bir ortam sağlanmalı ve yalın, anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
- Kişilerin farklı özellikleri ve kapasiteleri dikkate alınarak, görsel ve işitsel yöntemler kullanılarak çok yönlü eğitim planları yapılmalıdır.

- Kişilerin eğitimlere aktif katılım sağlayarak görevler üstlendiği eğitim yöntem ve teknikleri tercih edilmelidir.
- Sağlıklı olmak ve genel iyilik halini sürdürebilmek için yeni çözüm metotları geliştirilmelidir.

1.14. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bu faktörler arasında eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, yaş, cinsiyet ve kültürel arka plan gibi birçok değişken bulunmaktadır (Berkman vd., 2011; Nutbeam vd., 2018).

Düşük eğitim seviyesine sahip bireyler genellikle sağlık bilgilerini anlamada ve kullanmada zorluk çekmektedirler (Rowlands vd., 2017). Ayrıca, düşük sosyo ekonomik duruma sahip kişiler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda sınırlı kaynaklara sahip olabilir ve bu da sağlık okuryazarlıklarını olumsuz etkileyebilir (Berkman vd., 2011; Kickbusch vd., 2013; Nutbeam vd., 2018).

Yaş faktörü de önemlidir; yaşlı bireyler, gençlere kıyasla dijital sağlık bilgilerine erişim ve bu bilgileri kullanma konusunda daha fazla zorluk yaşayabilirler (Levin-Zamir ve Bertschi, 2018).

Cinsiyetin de rol oynadığı belirlenmiş olup, kadınların genellikle erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Sentell vd., 2011). Son olarak, kültürel farklılıklar, sağlık bilgilerini anlama ve uygulama şekillerini etkileyebilir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlığı becerisini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Öncelikle, eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığının en önemli belirleyicilerindendir. Eğitimli bireyler, sağlıkla ilgili bilgiye daha kolay erişir ve bu bilgiyi daha etkili bir şekilde kullanır. Ayrıca, kullanılan sağlık dilinin anlaşılır olması da sağlık okuryazarlığını büyük ölçüde etkiler. Karmaşık dil ve tıbbi terimler, bireylerin doğru kararlar almasını zorlaştırabilir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Bunun dışında, sosyoekonomik durum da önemli bir faktördür. Düşük gelir düzeyine sahip bireyler genellikle sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşar ve bu durum, sağlık bilgilerini edinme ve kullanma becerilerini olumsuz yönde etkiler. Ayrıca, kültürel etmenler ve çevresel şartlar da sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Örneğin, sağlıkla ilgili bilgilerin yerel sağlık altyapısına, toplumsal normlara ve kişisel değer yargılarına göre şekillenmesi, bireylerin sağlık kararlarını nasıl vereceklerini belirleyebilir (Türkiye Klinikleri, 2024).

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için eğitim, sağlık dilinin basitleştirilmesi, sosyoekonomik engellerin ortadan kaldırılması ve kültürel duyarlılığın artırılması gibi çok yönlü stratejiler gerekmektedir. Bu unsurların bir araya gelmesi, sağlık okuryazarlığını artırmaya yardımcı olacaktır.

1.15. Aşı ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının artırılması, toplumda aşıların kabulünü ve aşıya karşı olan direncin azalmasını sağlayabilir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı programlarının yaygınlaştırılması ve aşı bilgilendirme kampanyalarının bu programlarla entegre edilmesi gerekmektedir (WHO, 2019).

Aşı okuryazarlığı, bireylerin aşılarla ilgili bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini ifade eder, ancak bu kavram yalnızca aşılar hakkında bilgi sahibi olmayı değil, aynı zamanda etkili bir sağlık sistemi içinde aşıların sunum ve iletimini de içerir. Cadeddu ve arkadaşları (2022) tarafından belirtilen ayırt edici özellik, aşı okuryazarlığının sadece bilgi edinme değil, aynı zamanda aşıları sunmak ve iletmek için karmaşıklığı en aza indiren bir sistem geliştirmeyi içerdiğini vurgular. Bu sistem, aşıların toplum tarafından daha iyi anlaşılmasını ve kabul edilmesini sağlamak için kritik öneme sahiptir (Cadeddu vd., 2022).

Ayrıca, sağlık sistemlerinde yapılan bilgilendirme kampanyalarının ve eğitim programlarının aşı okuryazarlığını artırmada önemli rol oynadığı bulunmuştur (Dubé vd., 2015).

Bu nedenle, aşı okuryazarlığını artırmaya yönelik stratejilerin güçlendirilmesi, çocukluk aşılarının etkinliğini ve kapsayıcılığını artırabilir (Mulligan vd., 2021).

1.16. Aşı Okuryazarlığı ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışları Belirleyen Çalışmalar

Bu konuyla ilgili literatür taraması yapıldığında;

Okuhara ve arkadaşları (2021) tarafından aşı tereddüdünü ele alan sistematik bir inceleme yapılmıştır. Çalışmada aşı bilgilerinin okunabilirlik düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışmada 12 makale ele alınmıştır. Çalışmalar, çalışma düzeyleri, okunabilirlik düzeyi ve okunabilirlik düzeyi dışındaki özelliklerin değerlendirilmesi olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir. Okunabilirlik düzeyleriyle ilgili olarak, hasta eğitim materyallerinin 5. ila 6. Sınıf düzeyinde yazılması tavsiyesine rağmen, değerlendirilen materyallerin çoğunda aşı bilgilerinin okunabilirlik düzeylerinin 8. sınıf düzeyinden daha yüksek olduğunu tespit

edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düşük olanlar için yazılı aşı bilgilerini okumak daha zor olduğundan, aşının yararları hakkında daha az bilgi sahibi olabilirler ve aşı karşıtlığına duyarlı olabilirler. Bu nedenle, aşı tereddüdünü ele almak için sağlık okuryazarlığını dikkate alan bir iletişim yaklaşımına, yani bilgiyi okunması kolay bir şekilde aktarmaya ihtiyaç vardır (Okuhara vd.,2021)

Üzüm ve arkadaşları tarafından (2019) ebeveynlerin aşılamaaya olan davranışlarını etkileyen faktörleri tespit etmek ve aşılama adlarını bilme oranlarını belirleyebilmek amacıyla kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Araştırma 302 katılımcı ile gerçekleşmiştir. Katılımcıların 268'ini anneler oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin %84.1'inin aşılamaayı gerekli gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmada, ebeveynlerin çoğunlukla kızamık aşısı hakkında bilgi sahibi olduğu, ancak %30.1'inin herhangi bir aşı ismini bilmediği görülmüştür. Rutin olmayan aşıları bilenlerin oranı %35.8 iken, bu aşıları yaptıranların oranı %15.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca, annelerin eğitim düzeyi arttıkça hem aşılarından haberdar olma hem de aşı yaptırmama oranlarının yükseldiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin aşılar hakkında bilgi alabilecekleri ilk yerin sağlık kuruluşları olduğu ve bu doğrultuda sağlık kuruluşlarında bağışıklama konusuyla alakalı daha derin bilgilerin paylaşılmasının önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Üzüm vd.,2019)

Literatürde sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve hükümete duyulan güvenin, aşılarla ilgili bilgi kaynaklarının, aşılarla ilgili yanlış bilgilerin, sosyal çevrenin etkilerinin, önceki deneyimlerin ve aşılarla ilgili kaygı ve korkunun aşılamaayı etkileyen faktörler olduğu bildirilmiştir (Smith vd., 2017; Dubé vd., 2017)

1.17. Aşı Okuryazarlığı ve Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumların Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Aşı okuryazarlığının artırılması ve çocukluk aşılarına yönelik olumlu tutumların geliştirilmesinde halk sağlığı hemşirelerinin önemli bir rolü vardır. Halk sağlığı hemşireleri, toplumu bilgilendirme ve eğitim verme konusunda kritik bir görevi üstlenirler. Onlar, aşılar hakkında doğru bilgi sağlayarak ve yanlış anlamaları düzelterek bireylerin aşı kararlarını etkileyebilirler (MacDonald vd., 2015). Ayrıca, hemşireler, ebeveynlerin aşılarla ilgili endişelerini dinleyip, güvenilir ve bilimsel veriler sunarak bu endişeleri gidermede yardımcı olabilirler (Woolf vd., 2019). Hemşireler ayrıca, aşı kampanyaları ve topluluk eğitim programları düzenleyerek sağlık okuryazarlığını artırma stratejilerini uygulayabilirler

(Parker vd., 2020). Bu çabalar, aşı kapsamının artırılması ve çocukluk aşılarının etkinliğinin artırılması için kritik öneme sahiptir (Harris vd., 2021).

Halk sağığı hemşireleri, çocukluk aşılarıyla ilgili okuryazarlığı artırmada ve ebeveynlerin olumlu tutum geliştirmesinde anahtar rol oynar. Özellikle, aşı tereddüdü yaşayan ebeveynlere doğru ve güvenilir bilgiler sunarak, yanlış bilgilerin önüne geçmeye çalışırlar. Ayrıca, ebeveynlerin sağıık okuryazarlığını geliştirerek çocuk aşıları konusunda bilinçli ve düzenli kararlar almalarını teşvik ederler. Bu tür eğitim faaliyetleri sayesinde hemşireler, toplumdaki aşılama oranlarını artırmaya ve aşı karşıtlılığıyla mücadeleye katkı sağlamaktadır (Kaufman ve ark., 2021; Sapçı ve Güngörmüş, 2021; Üzüm ve ark., 2019).

Toplumda aşılama yönelik olumsuz algıların giderilmesi, halk sağığı hemşirelerinin etkin eğitim programlarıyla mümkündür (Brown, 2022).

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmada ele alınan değişkenler, hedef kitle ve örneklem grubu, veri toplama araçlarının özellikleri, verilerin toplanma sürecinde izlenen adımlar ve elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

2.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma, ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyi ve çocukluk aşlarına yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Soruları

- 1-Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile aşı okuryazarlığı düzeyleri ve çocukluk çağı aşları konusundaki tutumları arasındaki fark var mıdır ?
- 2-Katılımcıların çocukluk çağı aşları konusundaki genel tutumları ne düzeydedir?
- 3-Katılımcıların çocukluk çağı aşlarına yönelik ebeveyn tutumları ve aşı okuryazarlığı ile tanımlayıcı özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 4-Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aşı tereddütü arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 5.Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve aşı tereddütü arasında bir ilişki var mıdır?

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 03.2024 –12.2024 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir ilçesine bağlı Güvercintepe Aile Sağlığı Merkez’ine başvuran 0-14 yaş çocuklara sahip ebeveynlerle yapılmıştır. Bu ASM ‘de ayaktan hasta muayenesi, aşı uygulamaları, gebelik takibi, bebek, çocuk izlemi yetişkin erken tanı taramaları ve üreme sağlığı hizmetleri verilmektedir. Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi’nde dört hekim ve dört hemşire çalışmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Evrenini Başakşehir ilçesine bağlı Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezine başvuru yapan 0-14 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Basit rastgele örneklem yöntemine göre, %95 güven aralığı ve 0,05 hata payıyla bilinmeyen bir evrene ait örneklem yaklaşık olarak minimum 384 olarak hesaplanmıştır. Bu sayı olası veri kayıpları düşünülerek %10

(yaklaşık 38 kişi) arttırılmış ve sonuç olarak araştırmada kullanılacak örneklem büyüklüğünün minimum 422 olmasına karar verilmiştir.

Örnekleme ilgili f rm l aŗaēıda yer almaktadır.

Test Deēeri (Z veya t) = 1.96 (95% güven düzeyi)

Ger ekleŗme Olasılıēı (p) = 0.5

Ger ekleŗmeme Olasılıēı (q = 1 - p) = 0.5

Hata Payı (d) = 0.05

Kullanılan Formül = $Z^2 \cdot p \cdot q / d^2$

2.4. Araŗtırmanın Deēiŗkenleri

Araŗtırmanın baēımlı deēiŗkenleri: Aŗı okuryazarlık durumları, ebeveynlerin çocukluk  aēı aŗıları hakkında tutumları.

Araŗtırmanın baēımsız deēiŗkenleri: Ebeveynlerin yaŗı eēitim düzeyi, gelir durumu, cinsiyeti,  ocuk sayısı.

2.5. Araŗtırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 0-14 yaŗ grubuna sahip  ocuēu olan ebeveynler.
- Güvercintepe Aile Saēlıēı Merkezine kayıtlı olan ebeveynler.
- Ebeveynlerin okur yazar olması.
- Ebeveynlerin Türkçe biliyor olması.
- Ebeveynlerin araŗtırmaya katılmaya gönüllü olması.
- Ebeveynlerin mental bir probleminin olmaması.

2.5.1. Araŗtırılmadan  ıkarılma Kriterleri

- Katılımcının anketi eksik doldurması.

2.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için    form kullanılmıŗtır.

2.6.1. Sosyo-demografik  zellikler Bilgi Formu

Bu form ebeveynlerin tanımlayıcı bilgi formudur. Araŗtırmacı literatür doērultusunda ( ıtak ve Duran Aksoy, 2021). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin aŗıya yönelik tutum

ve davranışını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Burda ebeveynlere yönelik sosyodemografik özelliklerini tanımlayan (yaş, eğitim durumu, mesleği, gelir algısı, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, tam aşı olma durumu, eksik aşıları, eksik aşıların nedeni, aşılarla yönelik ebeveynlerin bilgi kaynağı) değişkenlerini içeren 20 soru bulunmaktadır.

2.6.2. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları (PACV) Ölçeği

Opel ve arkadaşları, ölçeği geliştirme sürecinde literatür taraması yaparak bir soru havuzu oluşturmuş, ardından odak grup görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Maddelerle ilgili uzman görüşlerini aldıktan sonra, çalışmaya dahil edilen ebeveynler üzerinde ön test uygulamışlardır. Bu süreç sonunda 18 maddelik bir ölçek oluşturulmuştur. Daha sonra, Opel ve arkadaşları, geliştirilen ölçeği 19-35 aylık çocukların ebeveynlerine uygulayarak ölçeğin yapısal geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmiştir (Opel ve ark., 2011).

PACV (Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği) ölçeği geliştiren uyarlayan (Celalettin Çevik ve arkadaşları.) Yılı: 2019. Ölçek 15 sorudan oluşmakta olup davranış, tutum, güvenlik etkililik olmak üzere üç alt boyutu vardır. Davranış boyutunu 1 ve 2. Sorular, Tutum boyutunu (3,4,5,6,11,12,13,14,15) sorular, güvenlik etkililik boyutu içinde 7,8,9,10. sorular oluşturmaktadır. Ölçek değerlendirilirken tereddütlü yanıtlara 2 puan, 'bilmiyorum ya da emin değilim' yanıtlarına 1 puan ve tereddütsüz yanıtlara da 0 puan verilmektedir. 'Bilmiyorum' yanıtının kayıp veri olarak hariç tutulduğu iki soru (1 ve 2) puanlanırken tereddütlü yanıtı 2 puan ve tereddütsüz yanıtı 0 puan verilir. Her sorunun puanı basitçe toplanarak toplam ham puan hesaplanır. PACV ölçeğinde Soru (S1) ve Soru 2 (S2); Evet, Hayır, Bilmiyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin skorlanmış halinin toplanmasıyla elde edilen ham puan, dönüşüm tablosu kullanılarak 100'lük puana dönüştürülmektedir. Dönüşüm tablosunda,

Birinci ve ikinci sorulara evet ya da hayır yanıtı verilmiş ve 3-15. soruların tümü yanıtlanmışsa ham skor 0-30 arasında, birinci ve ikinci sorulara bilmiyorum yanıtı verilmiş veya 3-15. sorulardan bir tanesine yanıt verilmemişse ham skor 0-28 arasında, birinci ve ikinci sorulara bilmiyorum yanıtı verilmiş veya 3-15 sorulardan bir tanesine yanıt verilmemişse ham skor 0-26 arasında puanlanır.

Ölçek toplam puanın artışı ebeveynleri çocukluk toplam puanının cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,26, 0,75, 0,56, 0,67'dir. maddeler çıkarıldığında içinde oldukları boyutun genel alfa değerinden daha yüksek bir alfa değerine ulaşıldığı görülmektedir. Örtüşmeye göre düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının 7. ve 14. madde de 0,30'un altında olduğu, bu

maddeler çıkarıldığında içinde oldukları boyutun genel alfa değerinden daha yüksek bir alfa değerine ulaşıldığı görülmektedir.

2.6.3. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği

Bu ölçek Deniz Yorulmaz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı olmak üzere toplamda 3 alt boyut ve 13 maddeden oluşmaktadır (Yorulmaz ve ark., 2023).

İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 5 madde, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 5 madde ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 1: Hiç zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Çoğu zaman şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte toplam puan bulunmamakta olup her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Alt boyutta sorulara verilen yanıtlar madde sayısına bölünerek bir puan elde edilmektedir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan alınan puanın 1' e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanırken; İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeklerinden alınan toplam puanın 4'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanmaktadır. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için cronbach α değeri: 0.877 İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için cronbach α değeri: 0.886 Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için Cronbach α değeri: 0.882'dir.

2.7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya gönüllü katılan ebeveynlerden, yüz yüze görüşme yöntemiyle, onların uygun olduğu bir zamanda toplanmıştır. Ebeveynlere, araştırma hakkında gerekli bilgiler önceden verilmiştir. Kimlik bilgilerinin alınmayacağı ve elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı açıklanmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

2.8. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v27 istatistiksel analiz programı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nasıl bir örneklem üzerinden yürütüldüğünü ortaya koyabilmek adına tanımlayıcı bilgi formuna verilen yanıtlar Sosyo-Demografik Özellikler ve Aşı Görüşleri ve Düzeni olmak üzere iki başlık altında ele alınmış ve kategorik değişkenler için frekans (f) ve yüzdeler (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanıp sunulmuştur.

Analizlerine başlanmadan önce araştırmada kullanılan ölçekler olan Aşı Okuryazarlığı Ölçeği ve Çocukluk Çağı Aşları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV) aracılığıyla elde edilen verilerin iç tutarlılık ve güvenirlik düzeyleri Cronbach Alfa katsayısı ile ölçülmüştür. Güvenirlik aynı ölçme aracının benzer koşullar altında yapılan farklı ölçümlerde birbirine yakın sonuçlar verebilmesidir. Söz konusu ölçüm sonuçlarının birbirine yakın olması kullanılacak ölçeği iç tutarlılık ve güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Carmines ve Zeller, 1982, Carey, 1988, Ercan ve Kan, 2004). Güvenirlik ölçümünde sıklıkla kullanılan Cronbach Alfa katsayısının 0,60 ve üzerinde bir değer alması veri setinin güvenilir olduğunun göstergesidir (Kalaycı, 2005; Sipahi vd., 2008). Verilerin analizlerinde doğru istatistiksel yöntemlerin kullanılabilmesi için veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek gerekmektedir. Normal dağılım gösteren bir veri seti için parametrik testler daha uygun olacakken, normal dağılıma göstermeyen bir veri seti için parametrik olmayan testlerden yararlanmak daha uygun olacaktır. Verilerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı çarpıklık ve basıklık değerleri üzerinden kontrol edilmiştir. Bir veri setine ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığının da olması söz konusu veri setinin normal dağılım gösterdiği anlamına gelmektedir (George ve Mallery, 2012).

Söz konusu incelemeler sonucunda elde edilen güvenirlik ve normallik değerleri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5
Güvenirlik ve Normallik İncelemesi

Ölçek	Alt Boyut	Güvenirlik	Normallik	
Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	Madde Sayısı	Cronbach Alfa	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	5	0.890	1.610	1.682
İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı	5	0.841	-0.862	0.012
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	3	0.868	-1.123	0.248
PACV	-	15	0.735	0.872

Tablo 5 incelendiğinde Aşı Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarına ve PACV'ye ilişkin bütün Cronbach Alfa değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla veriler tutarlı ve güvenilirdir. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarına ve PACV'ye ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin tamamının ± 2 aralığında yer almaktadır. Dolayısıyla normal dağılım

varsayımının sağlanmıştır. Bu sebeple verilerin analizlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmanın analizlerinde iki bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken Bağımsız Gruplar t Testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların tespit edildiği durumlarda bu farklılığa sebep olan grupları belirlemek adına gruplar homojen ise Bonferroni testine, gruplar homojen değilse Tamhane's T2 testine başvurulmuştur.

Nicel değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi yöntemiyle incelenmiştir.

2.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulundan ve etik araştırmaların yapılacağı Aile Sağlığı Merkezinden izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan e-posta aracılığıyla ölçek kullanım izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan ebeveynlere araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İstanbul Başakşehir'deki Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 0-14 yaş çocuğa sahip ebeveynlerle yapılmıştır. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçları sadece bu ebeveynlerle sınırlıdır başka ebeveynlere genellenemez.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırma sürecinde toplanan verilerden elde edilen bulgular beş başlık altında toplanmış ve istatistiki analizlerden elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler
3. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması
4. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV) İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması
5. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özellikler Sosyo-Demografik Özellikler ve Aşı Görüşleri ve Düzeni olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Elde edilen bulgular ile araştırmanın nasıl örneklem üzerinden gerçekleştirildiğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Tablo 6
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Yaş	18-29 Yaş	149	35.3
	30-39 Yaş	203	48.1
	40-51 Yaş	70	16.6
	Ort.±SS / Min.-Maks.	32,60±6,69	18-51
Ebeveynlik Rolü	Anne	399	94.5
	Baba	17	4.0
	Diğer	6	1.4
Annenin Eğitim Düzeyi	İlkokul	104	24.6
	Ortaokul	134	31.8
	Lise	120	28.4
	Üniversite	60	14.2
	Diğer	4	0.9
Babanın Eğitim Düzeyi	İlkokul	91	21.6
	Ortaokul	137	32.5
	Lise	122	28.9
	Üniversite	72	17.1

Meslek	Ev Hanımı	339	80.3
	İşçi	40	9.5
	Memur	11	2.6
	Sağlık Çalışanı	9	2.1
	İşsiz	5	1.2
	Diğer	18	4.3
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	171	40.5
	Gelir Gidere Eşit	212	50.2
	Gelir Giderden Fazla	39	9.2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Büyükşehir	349	82.7
	Kent Merkezi	39	9.2
	Köy-Kasaba	34	8.1
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	142	33.6
	2 Çocuk	129	30.6
	3 Çocuk	99	23.5
	4 Çocuk ve Üzeri	52	12.3
Çocukların Yaşı	0-5 Yaş	271	64.4
	6-10 Yaş	197	46.8
	11 Yaş ve üzeri	151	35.9

f. Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %35.3'ünün 18-29 yaşlarında %48.1'inin ise 30-39 yaşlarında olduğu ve yaş ortalamalarının 32.60 ± 6.69 (min.-maks.: 18-51) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %94.5'inin anne olduğu dikkat çekmektedir. Ailedeki eğitim düzeyi incelendiğinde annelerin %24.6'sının ilkokul %31.8'inin ortaokul ve %28.4'ünün lise düzeyinde eğitim almış olduğu, babaların %21.6'sının ilkokul %32.5'inin ortaokul ve %28.9'unun lise düzeyinde eğitim almış olduğu görülmektedir. Katılımcıların %80.3'ünün ev hanımı olduğu, %40.5'inin gelirinin giderinden az %50.2'sinin ise gelirinin giderine eşit olduğu, %82.7'sinin en uzun süre yaşadığı yerin büyükşehir olduğu görülmektedir. Katılımcıların %33.6'sının 1 çocuğu, %30.6'sının 2 çocuğu, %23.5 'inin 3 çocuğu ve %12.3'ünün ise en az 4 çocuğu olduğu görülmektedir. Bu çocukların yaş dağılımına bakıldığında katılımcılarının %64.4'ünün en az 1 tane 0-5 yaşlarında, %46.8'inin en az 1 tane 6-10 yaşlarında ve %35.9'unun ise en az 1 tane 11 yaş ve üzerinde çocuğu olduğu görülmektedir.

Tablo 7
Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Çocuğuna Aşı Yaptırma Durumu	Evet	412	97.6
	Hayır	10	2.4
Aşı Yaptırmanın Gerekli Olduğunu Düşünme	Evet	394	93.4
	Hayır	28	6.6
Aşıları Yaptırma Düzeni	Hepsini tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptırdım	388	91.9
	Eksik aşı yaptırdım	25	5.9
	Hiç aşı yaptırmadım	9	2.1
Zorunlu Aşılama Programına Yönelik Düşünce	Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum	304	72.0
	Çocukluk dönemi aşıları zorunlu olmamalı	102	24.2
	Çocuklar kendileri için iyi olandan daha fazla aşıya maruz kalıyor	16	3.8
Aşı Kararını Veren Kişi	Anne	107	25.4
	Baba	14	3.3
	Anne-Baba Beraber	301	71.3
Aşıların Ertelenmesi Durumunda Erteleme Nedeni	Hastalık	133	44.0
	Zaman Yokluğu	50	16.6
	Hatırlamıyorum	43	14.2
	Bilmiyorum	37	12.3
	Ateşlenme	35	11.6
	Sağlık Çalışanlarına Güvenmiyorum	7	2.3
	Aşıya İnanmıyorum	4	1.3
Çocuklarda Aşı Kaynaklı Yan Etki Yaşama Durumu	Evet	14	34.6
	Hayır	267	63.7
	Aşı Yaptırmadım	7	1.7
Yeni Bir Bebeğe Sahip Olma Durumunda Önerilen Tüm Aşıları Yaptırma Kararı	Evet	363	86.0
	Hayır	59	14.0
Çocukluk Aşıları Halkında Bilgiyi Öğrenme Yeri	Aile Sağlığı Merkezi- Hastane	219	51.9
	Ebe-Hemşire-Hekim	106	25.1
	Yakın çevre (Arkadaş/Komşu)	62	14.7
	Sosyal Medya- İnternet	40	9.5
	TV	36	8.5
	Diğer	32	7.6
Yetişkin Aşılarını Yaptırma Durumu	Evet	361	85.5
	Hayır	58	13.7
	Aşılarla Güvenmiyorum	3	0.7
Yetişkinler İçin Aşıların Gerekliliği	Evet, yetişkinler için gereklidir	283	67.1
	Hayır, gerekli değildir	139	32.9

f: Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların aşı görüş ve düzenleri incelendiğinde %97.6'sının çocuğuna aşı yaptırdığı, %93.4'ünün aşı yaptırmayı gerekli bulduğu, %91.9'unun bütün aşıları tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptırdığı, %72'sinin çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması

gerektiğini düşündüğü ve katılımcıların %71.3'ünün aşı kararını anne-baba beraber verdiği görülmektedir. Katılımcıların %44'ünün aşı ertelenmesi durumunda ertelenme nedeninin hastalık olduğu, %63.7'sinin çocuklarında aşı kaynaklı yan etki yaşamadığı ve %86'sının bugün yeni bir bebeği olsa önerilen tüm aşıları yaptıracaklarını ifade ettiği görülmektedir. Katılımcıların %51.9'unun çocukluk aşıları hakkında bilgiyi aile sağlık merkezi ve hastanelerden öğrendiği %25.1'inini ise ebe, hemşire veya hekimlerden öğrendiği görülmektedir. Katılımcıların %85.5'inin yetişkin aşılarını yaptırdığı ve %67.1'inin yetişkinler için aşıların gerekli olduğunu ifade ettiği görülmektedir.

3.2. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde Aşı Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarından ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğinden (PACV) elde edilen ölçek puanlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler aktarılmıştır. Bu sayede katılımcıların aşı okuryazarlıklarının ne düzeyde ve çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveyn tutumlarının ne yönde olduğunu belirlemek amaçlanmıştır.

Tablo 8

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek	Alt Boyut	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	1.56	0.78	1	4
	İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı	3.20	0.80	1	4
	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	3.37	0.84	1	4
PACV	-	35.38	16.67	0	90

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks.: Maksimum

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği kendi yapısından dolayı genel bir ölçek puanına sahip olmayıp alt boyutlara ilişkin puanlar üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan alınan puanın 1'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanırken; İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan alınan puanın 4'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanmaktadır (Yorulmaz ve Koçoğlu-Tanyer, 2023).

Bu bağlamda: İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan elde edilen ortalama puanın 4 puan üzerinden 1.56 ± 0.78 (min-maks.: 0-4) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek (100 üzerinden 38.93) olduğu söylenebilir.

İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan elde edilen ortalama puanın 4 puan üzerinden 3.20 ± 0.80 (min-maks.: 0-4) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek (100 üzerinden 80.02) olduğu söylenebilir.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan elde edilen ortalama puanın 4 puan üzerinden 3.37 ± 0.84 (min-maks.: 0-4) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek (100 üzerinden 84.31) olduğu söylenebilir.

Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine (PACV) ilişkin ölçek toplam puanının artışı ebeveynleri çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüdünün de artmasını göstermektedir. Bunun yanı sıra dönüştürülmüş PACV puanının 50'nin altında olması aşı tereddüdünün olmadığını, 50 ve üstünde olması aşı tereddüdünün olduğunu göstermektedir (Çevik vd., 2020). PACV ortalama puanının 100 puan üzerinden 35.38 ± 17.67 (min-maks.: 0-90) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda araştırmaya katılan ebeveynlerin genel anlam aşı tereddütlerinin olmadığı belirlenmiştir. Detaylı inceleme yapabilmek adına PACV puanları kesme puanı üzerinden sınıflandırılmış ve katılımcı yapısı incelenmiştir.

Tablo 9
Katılımcıların Aşı Tereddüt Sınıflamasına Göre Dağılımı

Aşı Tereddütü	F	%	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
Aşı Tereddütü Yok	335	79.4	28.60	9.79	0	47
Aşı Tereddütü Var	87	20.6	61.48	10.96	50	90

f. Frekans, %: Yüzde, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks.: Maksimum

Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların %79.4'ünün aşı tereddütü olmadığı, %20.6'sının ise aşı tereddütünün oluşu görülmektedir. Aşı tereddütü olmayan katılımcıların ortalama PACV puanının 28.60 ± 9.79 (min-maks.: 0-47) olduğu, aşı tereddütü olan katılımcıların ortalama PACV puanının 61.48 ± 10.96 (min-maks.: 50-90) olduğu tespit edilmiştir.

3.3. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde Aşı Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanların katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Elde edilen bulgular üzerinden katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır.

Tablo 10

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı				İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı				Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı			
			Ort	SS	t-F	p	Ort	SS	t-F	p	Ort	SS	t-F	p
Yaş	18-29Yaş (1)	149	1.33	0.56	17.76 ^b	0.000	3.17	0.86	0.48 ^b	0.621	3.31	0.89	0.70 ^b	0.497
	30-39Yaş (2)	203	1.57	0.81			3.24	0.75			3.42	0.82		
	40-51 Yaş (3)	70	1.98	0.93			3.16	0.82			3.37	0.82		
Ebeveynlik Rolü	Anne	399	1.56	0.78	0.10 ^b	0.909	3.22	0.79	2.93 ^b	0.055	3.37	0.84	0.47 ^b	0.628
	Baba	17	1.51	0.82			2.92	0.71			3.43	0.69		
	Diğer	6	1.67	0.64			2.60	1.23			3.06	1.22		
Annenin Eğitim Düzeyi	İlkokul (1)	104	1.86	0.97	10.85 ^b	0.000	3.18	0.82	3.02 ^b	0.018	3.31	0.96	4.20 ^b	0.002
	Ortaokul(2)	134	1.62	0.77			3.03	0.85			3.18	0.90		
	Lise (3)	120	1.29	0.53			3.36	0.71			3.58	0.66		
	Üniversite(4)	60	1.36	0.59			3.31	0.74			3.46	0.77		
	Diğer (5)	4	2.50	1.01			3.10	1.15			3.75	0.32		
Babanın Eğitim Düzeyi	İlkokul(1)	91	1.75	0.89	4.24 ^b	0.005	3.21	0.85	4.14 ^b	0.000	3.30	0.96	2.67 ^b	0.047
	Ortaokul(2)	137	1.62	0.78			2.98	0.80			3.27	0.86		
	Lise (3)	122	1.43	0.71			3.32	0.75			3.41	0.83		
	Üniversite(4)	72	1.41	0.69			3.40	0.72			3.59	0.62		
Meslek	Ev Hanımı	339	1.59	0.81	1.01 ^b	0.413	3.19	0.81	1.31 ^b	0.261	3.32	0.88	1.52 ^b	0.182
	İşçi	40	1.40	0.60			3.14	0.73			3.48	0.74		
	Memur	11	1.35	0.64			3.60	0.46			3.61	0.49		
	Sağlık Çalışanı	9	1.51	0.67			2.93	1.22			3.85	0.34		
	İşsiz	5	1.08	0.11			3.56	0.43			3.60	0.60		
	Diğer	18	1.59	0.86			3.42	0.61			3.63	0.50		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	171	1.71	0.87	6.58 ^b	1.2 ^c	3.10	0.85	2.60 ^b	0.076	3.29	0.97	1.50 ^b	0.224
	Gelir Gidere Eşit	212	1.43	0.67			3.26	0.76			3.44	0.74		
	Gelir Giderden Fazla	39	1.59	0.82			3.32	0.73			3.38	0.78		
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Büyükşehir	349	1.55	0.79	0.06 ^b	0.941	3.20	0.80	0.21 ^b	0.808	3.35	0.86	1.55 ^b	0.214
	Kent Merkezi	39	1.58	0.82			3.25	0.79			3.60	0.76		
	Köy-Kasaba	34	1.59	0.67			3.13	0.78			3.35	0.70		
Çocuk Sayısı	1 Çocuk (1)	142	1.41	0.70	2.74 ^b	0.043	3.23	0.84	0.51 ^b	0.676	3.32	0.86	1.30 ^b	0.274
	2 Çocuk (2)	129	1.58	0.81			3.21	0.76			3.46	0.78		
	3 Çocuk (3)	99	1.68	0.79			3.22	0.79			3.42	0.84		
	4 Çocuk ve Üzeri (4)	52	1.66	0.88			3.07	0.80			3.22	0.94		

^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, ^dTamhane's T2 Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Ebeveynlik rolü, meslek ve en uzun süre yaşanılan yer değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin ebeveynlik rolüne, mesleğe ve en uzun süre yaşanılan yere göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Yaş ($p<0.001$), annenin eğitim düzeyi ($p<0.001$), babanın eğitim düzeyi ($p<0.01$), gelir durumu ($p<0.01$) ve çocuk sayısı ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin yaşa, annenin eğitim düzeyine, babanın eğitim düzeyine, gelir durumuna ve çocuk sayısına göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutunun puanlama sisteminden dolayı yüksek puan düşük sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ilişkin yorumlar bu koşul dikkate alınarak yapılmıştır.

18-29 ve 30-39 yaşlarındaki katılımcıların 40-51 yaşlarındaki katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış annelerin ilkokul düzeyinde eğitim almış annelere göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca lise düzeyinde eğitim almış annelerin ortaokul düzeyinde eğitim almış annelere göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış babaların ilkokul düzeyinde eğitim almış babalara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Geliri giderine eşit katılımcıların geliri giderinden az katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bir çocuğu olan katılımcıların 3 çocuğu olan katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Yaş, ebeveynlik rolü, meslek, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer ve çocuk sayısı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin yaşa, ebeveynlik rolüne, mesleğe, gelir durumuna, en uzun süre yaşanan yere ve çocuk sayısına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Annenin eğitim düzeyi ($p<0.05$) ve babanın eğitim düzeyi ($p<0.001$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin annenin eğitim düzeyine ve babanın eğitim düzeyine göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir. Lise düzeyinde eğitim almış annelerin ortaokul düzeyinde eğitim almış annelere göre iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış babaların ortaokul düzeyinde eğitim almış babalara göre iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Yaş, ebeveynlik rolü, meslek, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer ve çocuk sayısı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin yaşa, ebeveynlik rolüne, mesleğe, gelir durumuna, en uzun süre yaşanan yere ve çocuk sayısına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Annenin eğitim düzeyi ($p<0.05$) ve babanın eğitim düzeyi ($p<0.001$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin annenin eğitim düzeyine ve babanın eğitim düzeyine göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Lise düzeyinde eğitim almış annelerin ortaokul düzeyinde eğitim almış annelere göre Eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Üniversite düzeyinde eğitim almış babaların ortaokul düzeyinde eğitim almış babalara göre Eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı				İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı				Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı			
			Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p
Çocuğuna Aşı Yaptırma Durumu	Evet	412	1.55	0.78			3.21	0.79			3.38	0.83		
	Hayır	10	1.78	0.93	-0.91 ^a	0.363	2.88	1.10	1.29 ^a	0.199	2.87	1.26	1.29 ^a	0.228
Aşı Yaptırmanın Gerekli Olduğunu Düşünme	Evet	394	1.53	0.76			3.21	0.80			3.38	0.83		
	Hayır	28	1.93	0.94	-2.18 ^a	0.038	3.06	0.86	0.94 ^a	0.350	3.30	1.00	0.48 ^a	0.630
Aşıları Yaptırma Düzeni	Hepsini tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptırdım	388	1.54	0.78			3.21	0.79			3.37	0.83		
	Eksik aşı yaptırdım	25	1.78	0.74	1.39 ^b	0.250	3.25	0.85	1.92 ^b	0.148	3.61	0.83	3.01 ^b	0.050
	Hiç aşı yaptırmadım	9	1.73	0.95			2.69	1.15			2.82	1.37		
Zorunlu Aşılamaya Programına Yönelik Düşünce	Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum (1)	304	1.50	0.75		0.043	3.25	0.77			3.37	0.82		
	Çocukluk dönemi aşıları zorunlu olmamalı (2)	102	1.73	0.86	3.17 ^b		3.07	0.84	2.00 ^b	0.137	3.38	0.93	0.09 ^b	0.912
	Çocuklar kendileri için iyi olandan daha fazla aşıya maruz kalıyor (3)	16	1.55	0.82		2>1 ^c	3.16	1.01			3.46	0.83		
Aşı Kararını Veren Kişi	Anne	107	1.71	0.90			3.19	0.74			3.40	0.77		
	Baba	14	1.60	0.68	2.94 ^b	0.054	2.76	1.03	2.32 ^b	0.098	3.14	1.24	0.58 ^b	0.558
	Anne-Baba Beraber	299	1.50	0.74			3.23	0.81			3.37	0.85		
Çocuklarda Aşı Kaynaklı Yan Etki Yaşama Durumu	Evet	146	1.59	0.78			3.30	0.78			3.46	0.80		
	Hayır	269	1.53	0.78	0.81 ^a	0.416	3.17	0.79	1.60 ^a	0.111	3.34	0.85	1.40 ^a	0.162
Yeni Bir Bebeğe Sahip Olma Durumunda Önerilen Tüm Aşıları Yaptırma Kararı	Evet	363	1.54	0.77			3.22	0.78			3.37	0.83		
	Hayır	59	1.67	0.88	-1.24 ^a	0.215	3.09	0.93	1.00 ^a	0.322	3.38	0.94	-0.2 ^a	0.903
Yetişkin Aşılarını Yaptırma Durumu	Evet (1)	361	1.53	0.78			3.25	0.79		0.002	3.40	0.84		0.046
	Hayır (2)	58	1.73	0.78			2.86	0.82			3.15	0.87		
	Aşılarla Güvenmiyorum (3)	3	1.60	0.69	1.67 ^b	0.189	3.33	0.61	6.39 ^b	1>2 ^c	4.00	0.00	3.11 ^b	3>1.2 ^d
Yetişkinler İçin Aşıların Gerekliliği	Evet, yetişkinler için gereklidir	283	1.47	0.75			3.27	0.78			3.41	0.82		
	Hayır, gerekli değildir	139	1.73	0.83	-3.10 ^a	0.002	3.06	0.82	2.47 ^a	0.014	3.30	0.90	1.23 ^a	0.218

^at: t testi değeri - Bağımsız gruplar t testi, ^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, ^dTamhane's T2 Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların aşı görüşleri ve düzenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Çocuğuna aşı yaptırma durumu, aşıları yaptırma düzeni, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptırma kararı ve yetişkin aşılarını yaptırma durumu değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin çocuğuna aşı yaptırma durumu, aşıları yaptırma düzeni, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptırma kararı ve yetişkin aşılarını yaptırma durumu değişkenlerine göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme ($p<0.05$), zorunlu aşılama programına yönelik düşünce ($p<0.05$) ve yetişkinler için aşıların gerekliliği ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin aşı yaptırmanın gerekli olup olmadığını düşünmeye, zorunlu aşılama programına yönelik düşünceye ve yetişkinler için aşıların gerekliliği hakkındaki düşünceye göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutunun puanlama sisteminden dolayı yüksek puan düşük sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ilişkin yorumlar bu koşul dikkate alınarak yapılmıştır.

Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünen katılımcıların aşı yaptırmanın gerekli olmadığını düşünen katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünen katılımcıların çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olmaması gerektiğini düşünen katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yetişkinler için aşıların gerekli olduğunu düşünen katılımcıların yetişkinler için aşıların gerekli olmadığını düşünen katılımcılara göre işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların aşı görüşleri ve düzenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Çocuğuna aşı yaptıрма durumu, aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünme, aşıları yaptıрма düzeni, zorunlu aşılama programına yönelik düşünce, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıрма kararı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin çocuğuna aşı yaptıрма durumu, aşı yaptırmamanın gerekli olup olmadığını düşünme, aşıları yaptıрма düzeni, zorunlu aşılama programına yönelik düşünce, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıрма kararı değişkenlerine göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Yetişkin aşılarını yaptıрма durumu ($p<0.01$) ve yetişkinler için aşıların gerekliliği ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlık yetişkin aşılarını yaptıрма durumuna ve yetişkinler için aşıların gerekliliği hakkındaki düşünceye göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir. Yetişkin aşılarını yaptıran katılımcıların yetişkin aşılarını yaptırmayan katılımcılara göre iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yetişkinler için aşıların gerekli olduğunu düşünen katılımcıların yetişkinler için aşıların gerekli olmadığını düşünen katılımcılara göre iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutuna ait puanların aşı görüşleri ve düzenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Çocuğuna aşı yaptıırma durumu, aşı yaptıırmanın gerekli olduğunu düşünme, aşıları yaptıırma düzeni, zorunlu aşılama programına yönelik düşünce, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğre sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıırma kararı ve yetişkinler için aşıların gerekliliğı değışkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların Eleştirel sağık okuryazarlık düzeyinin çocuğuna aşı yaptıırma durumu, aşı yaptıırmanın gerekli olup olmadığını düşünme, aşıları yaptıırma düzeni, zorunlu aşılama programına yönelik düşünce, aşı kararını veren kişi, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğre sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıırma kararı ve yetişkinler için aşıların gerekliliğı değışkenlerine göre değışmediğı, bu faktörlerden etkilenmediğı belirlenmiştir.

Yetişkin aşılarını yaptıırma durumu ($p<0.05$) değışkeni için uygulanan analizler sonucunda Eleştirel Sağık Okuryazarlığı alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların eleştirel sağık okuryazarlık yetişkin aşılarını yaptıırma durumuna göre değıştiğı, bu faktörden etkilendiğı tespit edilmiştir.

Aşıları güvenmeyen katılımcıların yetişkin aşılarını yaptııran ve yaptıırmayan katılımcılara göre eleştirel sağık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğı tespit edilmiştir.

3.4. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğı (PACV) İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğinden (PACV) elde edilen puanların katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre bir farklılık gösterip göstermediğı incelenmiştir. Elde edilen bulgular üzerinden katılımcıların çocukluk aşılarına yönelik tereddüt düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır.

Tablo 12

**Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine İlişkin Puanların
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Grup	n	PACV			
			Ort.	SS	t-F	P
Yaş	18-29 Yaş	149	34.87	15.64	0.17 ^b	0.842
	30-39 Yaş	203	35.45	17.22		
	40-51 Yaş	70	36.27	17.37		
Ebeveynlik Rolü	Anne	399	35.43	16.59	0.11 ^b	0.897
	Baba	17	33.76	17.94		
	Diğer	6	37.00	21.42		
Annenin Eğitim Düzeyi	İlkokul	104	36.05	16.04	1.75 ^b	0.138
	Ortaokul	134	37.35	17.88		
	Lise	120	32.72	15.00		
	Üniversite	60	35.90	17.76		
	Diğer	4	24.25	14.77		
Babanın Eğitim Düzeyi	İlkokul	91	36.96	16.77	1.96 ^b	0.119
	Ortaokul	137	36.54	16.98		
	Lise	122	32.32	16.09		
	Üniversite	72	36.38	16.60		
Meslek	Ev Hanımı	339	36.18	16.86	1.23 ^b	0.293
	İşçi	40	31.28	13.56		
	Memur	11	36.00	18.48		
	Sağlık Çalışanı	9	29.56	24.73		
	İşsiz	5	25.40	8.71		
	Diğer	18	34.72	14.28		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az (1)	171	37.63	17.08	3.14 ^b	0.044
	Gelir Gidere Eşit (2)	212	33.40	15.53		1>2 ^c
	Gelir Giderden Fazla (3)	39	36.31	19.71		
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Büyükşehir	349	34.87	16.09	0.97 ^b	0.380
	Kent Merkezi	39	38.13	20.60		
	Köy-Kasaba	34	37.50	17.58		
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	142	34.91	16.69	0.31 ^b	0.821
	2 Çocuk	129	36.12	16.65		
	3 Çocuk	99	35.91	17.36		
	4 Çocuk ve Üzeri	52	33.83	15.63		

^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

PACV puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Yaş, ebeveynlik rolü, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, meslek, en uzun süre yaşanan yer ve çocuk sayısı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların aşı tereddütlerinin yaşa, ebeveynlik rolü, annenin eğitim düzeyine, babanın eğitim düzeyine, mesleğe, en uzun süre yaşanan yere ve çocuk sayısına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Gelir durumu ($p<0.01$) değişkeni için uygulanan analizler sonucunda PACV puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların aşı tereddütlerinin gelir durumuna göre değiştiği, bu faktörden etkilendiği tespit edilmiştir.

Geliri giderinden az olan katılımcıların geliri giderine eşit olan katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13
Çocukluk Çağı Aşları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeğine İlişkin Puanların Katılımcıların Aşı Görüşleri ve Düzenine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	PACV			
			Ort.	SS	t-F	P
Çocuğuna Aşı Yaptırma Durumu	Evet	412	35.33	16.63	-0.43 ^a	0.671
	Hayır	10	37.60	19.11		
Aşı Yaptırmanın Gerekli Olduğunu Düşünme	Evet	394	33.89	15.16	-5.26 ^a	0,000
	Hayır	28	56.39	22.30		
Aşıları Yaptırma Düzeni	Hepsini tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptırdım (1)	388	34.19	16.04	13.15 ^b	0,000
	Eksik aşı yaptırdım (2)	25	49.76	18.83		
	Hiç aşı yaptırmadım (3)	9	46.89	15.81		
Zorunlu Aşılama Programına Yönelik Düşünce	Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum (1)	304	31.84	13.55	27.88 ^b	0.000
	Çocukluk dönemi aşıları zorunlu olmamalı (2)	102	44.90	19.96		
	Çocuklar kendileri için iyi olandan daha fazla aşıya maruz kalıyor (3)	16	41.94	22.27		
Aşı Kararını Veren Kişi	Anne	107	36.40	17.83	1.08 ^b	0.342
	Baba	14	40.57	14.00		
	Anne-Baba Beraber	299	34.78	16.35		
Çocuklarda Aşı Kaynaklı Yan Etki Yaşama Durumu	Evet	146	38.79	18.40	3.06 ^a	0.002
	Hayır	269	33.33	15,25		
Yeni Bir Bebeğe Sahip Olma Durumunda Önerilen Tüm	Evet	363	33.42	14.97	-4.91 ^a	0.000
	Hayır	59	47.46	21.11		

Aşıları Yaptırma Kararı						
Yetişkin Aşılarını Yaptırma Durumu	Evet (1)	361	33.98	15.38	9.23 ^b	0.000
	Hayır (2)	58	43.50	20.92		
	Aşıları Güvenmiyorum (3)	3	47.00	31.43		
Yetişkinler İçin Aşıların Gerekliliği	Evet, yetişkinler için gereklidir	283	32.28	14.08	-5.07 ^a	0.000
	Hayır, gerekli değildir	139	41.70	19.57		

^at: t testi değeri - Bağımsız gruplar t testi, ^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, ^dTamhane's T2, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

PACV puanlarının katılımcıların aşı görüşleri ve düzenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Çocuğuna aşı yaptıрма durumu ve aşı kararını veren kişi değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların aşı tereddütlerinin çocuğuna aşı yaptıрма durumuna ve aşı kararını veren kişiye göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünme ($p<0.001$), aşı yaptıрма düzeni ($p<0.001$), zorunlu aşılama programına yönelik düşünce ($p<0.001$), çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu ($p<0.01$), yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıрма kararı ($p<0.001$), yetişkin aşılarını yaptıрма durumu ($p<0.001$) ve yetişkinler için aşıların gerekliliği ($p<0.001$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda PACV puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların aşı tereddüt düzeyinin Aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünme, aşı yaptıрма düzeni, zorunlu aşılama programına yönelik düşünce, çocuklarda aşı kaynaklı yan etki yaşama durumu, yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıрма kararı, yetişkin aşılarını yaptıрма durumu ve yetişkinler için aşıların gerekliliği değişkenlerine göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Aşı yaptırmamanın gerekli olmadığını düşünen katılımcıların aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünen katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Eksik aşı yaptıran ve hiç aşı yaptırmayan katılımcıların tüm aşıları tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptıran katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olmaması gerektiğini düşünen ve çocukların kedileri için iyi olandan daha fazla aşıya maruz kaldığını düşünen katılımcıların çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünen katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Çocuklarında aşı kaynaklı yan etki yaşayan katılımcıların çocuklarında aşı kaynaklı yan etki yaşamayan katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptıracaklarını ifade eden katılımcıların yeni bir bebeğe sahip olma durumunda önerilen tüm aşıları yaptırmayacaklarını ifade eden katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yetişkin aşılarını yaptırmayan katılımcıların yetişkin aşılarını yaptıran katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yetişkin aşılarının gerekli olmadığını düşünen katılımcıların yetişkin aşılarının gerekli olduğunu düşünen katılımcılara göre aşı tereddütlerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

3.5. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Bu bölümde işlevsel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve aşı tereddüdü arasında bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi yöntemi ile incelenmiştir. Korelasyon analizi iki değişken arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olup olmadığını, bu ilişkinin yönünü ve gücünü tespit etmek adına kullanılan, -1 ile +1 aralığında değerler alan istatistiksel bir yöntemdir.

Köklü ve arkadaşları (2007) korelasyon katsayısına (r) ilişkin ölçüt değerleri aşağıda olduğu gibi ifade etmektedir:

$r=0,00$ ise doğrusal bir ilişki yoktur.

$0,01 \leq r < 0,30$ ise düşük düzeyde bir ilişki vardır.

$0,30 \leq r < 0,70$ ise orta düzeyde bir ilişki vardır.

$0,70 \leq r \leq 0,99$ ise yüksek düzeyde bir ilişki vardır.

$r=1,00$ ise mükemmel ilişki vardır.

Elde edilen katsayının pozitif veya negatif olması ilişkinin gücünü değil yönünü ifade edecektir. Bu çalışmanın veri seti normal dağılım varsayımını karşıladığından dolayı korelasyon analizi yöntemlerinden Pearson Korelasyon kullanılmıştır.

Tablo 14

İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı ve Aşı Tereddüdü Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyon		İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	Aşı Tereddüdü (PACV)
İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	r	1.000			
	p				
İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı	r	-0.063	1.000		
	p	0.200			
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	r	-0.079	0.602	1.000	
	p	0.104	0.000		
Aşı Tereddüdü (PACV)	r	0.176	-0.151	-0.126	1.000
	p	0.000	0.002	0.010	

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 10 değerleri incelendiğinde katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı tereddütleri arasında pozitif yönde, düşük düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). İşlevsel sağlık okuryazarlığı değerlendirmesinde puanlar arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesi düştüğü için bu pozitif yöndeki ilişkiyi negatif yöndeymiş gibi düşünüp yorumlamak doğru olacaktır. Bu bağlamda katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça aşı tereddütleri düşmektedir.

Katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı ile eleştirel sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dolayısıyla katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri de artmaktadır. Ayrıca katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı ile aşı tereddütleri arasında negatif yönde, düşük düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Dolayısıyla katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça aşı tereddütleri düşmektedir.

Katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı ile aşı tereddütleri arasında negatif yönde, düşük düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Dolayısıyla katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça aşı tereddütleri düşmektedir.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırma ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyi ve çocukluk aşlarına yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmış bir araştırmadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile Aşı okuryazarlık ve PACV ölçeklerinin toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile ilgili bulgular tartışıldı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Aşı okuryazarlık ve PACV ölçeklerinin alt boyut ve puan ortalamaları ile ilgili bulgular tartışıldı.

Dünya genelinde ebeveynlerin çocukluk çağı aşlarına yönelik tutumları, çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda farklı şekilde görülmektedir. Örneğin, Hollanda’da gerçekleştirilen bir çalışmada ebeveynlerin sadece %46’sının çocukluk dönemi aşlarına olumlu baktığı saptanmıştır. Çin’ de yapılan bir araştırmada ise, annelerin %79.6’sının çocuklarının aşılmasına olumlu yaklaştığını saptanmıştır. Kanada’da yapılan bir başka çalışmada ebeveynlerin %89.3 ila %93.2’sinin çocukluk dönemi aşlarının etkili ve faydalı olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Türkiye’de ise çocukluk çağı aşılama oranları genelde yüksek seviyelerde olmakla birlikte, bazı aşı türlerinde bölgesel farklılıklar gözlenmektedir. TÜİK’in 2023 verilerine göre, karma aşısının üçüncü dozunu tamamlayan çocukların oranı %94, kızamık aşısında ise bu oran %92 olarak bildirilmiştir (UNICEF,2024). Bu farklılıklar, aşılama konusundaki tutumların kültürel, sosyoekonomik ve coğrafi faktörlere bağlı olarak değiştiğini ortaya koymaktadır (Brink ve arkadaşları, 2023; Tao ve arkadaşları, 2022; American Academy of Pediatrics, 2022).

Bu çalışmada TÜİK ‘in 2023 yılı verileri ile uyumludur.Bu çalışmaya katılımcıların tamamına yakını çocuklarına aşı yaptırdığı ve yine tamamına yakını aşı yaptırmayı gerekli bulduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Bulgular araştırmanın yapıldığı bölgede çocukluk dönemi aşlarına yönelik hizmetlerin iyi olduğunu ve ebeveynlerin çocukluk dönemi aşlarına karşı olumlu bir tutum göstermesi açısından önemlidir (Tablo 7).

Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun aşların çocuk sağlığı üzerindeki öneminin farkında olduğu saptanmıştır (Kader, 2019). Ancak, bir başka çalışmada ise, ebeveynlerin sadece %72’sinin çocukluk dönemi aşlarının zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Bu bulgu geçen zaman içinde bazı ebeveynlerin özgürlük kavramıyla ilgili ya da aşı tereddüdü ile ilgili düşüncelere sahip olabileceğini göstermesi açısından düşündürücüdür.

Araştırma sonuçları, katılımcıların %91.9'unun tüm aşıları, aşı takvimine uygun olarak yaptırdığını göstermektedir. Ancak, katılımcıların %44'ü, aşıların ertelenme nedeni olarak hastalık durumunu belirtmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının aşı kararsızlığı konusunda toplumu bilgilendirme görevini daha etkin bir şekilde yerine getirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Bozkurt, 2018). Sağlık çalışanlarının, ebeveynlere hastalık sürecinde bile aşılamanın güvenliğini ve önemini açıklamaları, bu tür gecikmeleri azaltabilir.

Katılımcıların %86'sı bugün yeni bir bebeği olsa tüm önerilen aşıları yaptıracığını ifade etmiştir. Bu oran, toplumda aşı güvenilirliğine yönelik olumlu bir algının hâkim olduğunu göstermektedir. Nitekim, Larson ve arkadaşlarının yaptığı araştırma da aşıların güvenilirliğine olan inancın, bireylerin aşılama kararlarında önemli bir etken olduğunu ortaya koymuştur (Larson, vd 2016). Aynı zamanda katılımcıların %63.7'si çocuklarında aşı kaynaklı bir yan etki yaşamadığını bildirmiştir ki bu, aşıların güvenli olduğuna dair güçlü bir göstergedir (Tablo 7).

Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit ve erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak önemlidir. Sağlık çalışanları, özellikle aile hekimleri ve hemşireler, ebeveynlerin aşı konusundaki bilgi ihtiyaçlarını karşılayarak bilinçlendirme yapabilirler. Sağlık çalışanlarının, bu güveni etkili bir eğitim ve bilgilendirme çalışmasıyla desteklemesi, bağışıklama hizmetlerinin başarısını artıracaktır. Bilgilendirme ebeveynleri sadece bağışıklama konusunda değil tüm ASM çalışanlarını da güvenilir bir bilgi kaynağı olarak görmesini sağlayabilir. Birinci basamakta bağışıklama konusunda anahtar rolde olan sağlık çalışanlarının eğitici ve danışmanlık rollerinin artırmaları gerekir (Barutçu, Ezgi ve Evliyaoğlu, 2021). Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre; ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarıyla ilgili bilgiyi en sık Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve hastanelerden, ikinci sırada ise ebe, hemşire ve hekimlerden aldığını göstermiştir. Bu birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve buralarda çalışan sağlık personelinin motivasyonu açısından önemli bir bulgudur ve sevindiricidir. Nitekim literatürde, sağlık çalışanlarının bağışıklama konusunda en güvenilir ve önemli bilgi kaynağı olduğu birçok çalışmada vurgulanmaktadır. (İncili, 2009; Argüt ve ark., 2017; Gellin ve ark., 2000). Bu sonuçlar, bu araştırmanın sonuçları ile uyumludur. Nitekim başka bir çalışmada ise ebeveynlerin sadece %6.18 aşı hakkındaki bilgileri ASM hekimi ve hemşiresinden aldığı bulunmuştur. Bu oran olarak çok düşüktür ve düşündürücüdür (Turan, 2022). Bu farklılıklar, araştırmaların yapıldığı bölgelere, katılımcıların bilgiye erişim yöntemlerine ve sağlık hizmeti sunumu gibi değişkenliklerle açıklanabilir.

Bu araştırmaya katılan ebeveynlerin sadece %67.1'inin yetişkin dönemi aşılarının gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu sonuç, yetişkin aşılama sürecinin toplumda yeterince önemsenmediğine işaret edebilir. Tekinel, yetişkinlerde aşı farkındalığını artırmaya yönelik eğitim ve kampanyaların bu oranları yükseltmekte etkili olabileceğini belirtmiştir (Tekinel, 2020). Ebeveynlerin, çocuk aşılara ilişkin bilgileri ağırlıklı olarak ASM ve hastanelerden aldığı düşünülürse birinci basamak sağlık hizmetlerinin bağışıklama süreçlerindeki temel rolünü ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma toplumda aşılama bilinci ve uygulamalarının büyük ölçüde olumlu olduğunu göstermiştir. Ancak, özellikle yetişkin aşıları ve aşı erteleme durumları gibi alanlarda daha fazla farkındalık çalışması yapılması gerektiği açıktır. Sağlık çalışanlarının ve eğitim programlarının daha etkin kullanımı, bu tür sorunların çözümüne katkı sağlayabilir.

Bu araştırmanın bulgularına göre; katılımcıların %72 si çocukluk dönemi aşılarının zorunlu %24.2 si ise aşılarının zorunlu olmaması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 7). Araştırma çalışmasında ebeveynlerin %87 si aşılama zorunlu düşünürken %25 i ise aşılama konusunda yanlış bilgilere %23 ise çocukların fazla aşıya maruz çocuklarının fazla aşılama sonucu bağışıklık sisteminin zayıflayabileceği inanmışlardır (Gellin ve ark., 2000). Bunun yanı sıra, ebeveynlerin bir kısmının bu konuda kararsız olduğu belirtilmiştir. (Yüksel ve Kara Uzun, 2021; Turan, 2022). Benzer bir araştırmaya göre, ebeveynlerin %69'u çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünürken, %22'si bu fikre karşı çıkmıştır. (Çıtak ve Duran Aksoy, 2021). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzer özellikler göstermektedir. Bu nedenle sağlık otoritelerinin aşı bilgilendirme kampanyalarını daha etkili hale getirmesi ve sağlık çalışanlarının ebeveynlerin aşı kararlarını etkileyebilecek güçlü bir bilgi kaynağı olması gerektiğini düşünülmektedir Aynı zamanda bu durum geçen zaman içinde katılımcıların çocukluk dönemi aşıları hakkında endişelerinin oluştuğu nu ya da aşılara yönelik bir güvensizlik yaşadığını göstermesi açısından düşündürücüdür. Ebeveynlerde bilinçli aşılama kararını sağlamak için yanlış anlamaları en aza indirmek için sistemli ve programlı eğitim çalışmaları gerekli olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF tarafından yayımlanan verilere göre, 2023 yılında küresel çocukluk çağı aşılama programı kapsamında ilerleme olmadığı belirtilmektedir. Dünyada 2.7 milyon çocuğun aşılanmadığı veya yetersiz aşılandığı bildirilmektedir. 2023 yılında Karma aşısının üç dozunu alan çocukların sayısı %84' olarak düşmüştür. Aynı zamanda tek bir doz aşı bile olmayan çocukların sayısı 2022'de 13.9 milyon iken; 2023'te 14.5 milyona yükselmiştir (WHO ve UNICEF, 2023).

Bu araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların, %20.6'sının aşıya yönelik endişeleri olduğu bulunmuştur. Türkiye’ de yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde günümüzde aşı tereddüdü artmıştır.

Aşıya erişim imkanının yüksek olduğu ülkelerde bile aşı karşıtlığı ve tereddüt, halk sağlığı açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Örneğin, İngiltere’de yapılan bir çalışmada, katılımcıların %15'inin aşının güvenli olduğunu düşünmediği belirlenmiştir ((Larson ve ark., 2016). Bu durum, aşı tereddüdünün sadece sağlık hizmetlerine erişimle sınırlı olmadığını, güven ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, Türkiye’de de benzer eğilimlerin görüldüğüne işaret etmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün 2018 yılında yayımladığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, Türkiye’deki 12-23 aylık çocukların yalnızca %67'sinin temel aşılarını tamamladığı belirtilmiştir. Bu oran, 2008 yılında %77, 2013 yılında ise %74 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca, 24-35 aylık çocukların %49.6’sının temel aşılarını tamamlamadığı, dolayısıyla aşı reddi ve tereddüdünün giderek artış gösterdiği vurgulanmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Turan’ın Türkiye genelinde 259 ebeveyn ile gerçekleştirdiği çalışmada ise katılımcıların %58.71'inin çocukluk çağı aşılara karşı tereddüt yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya göre, aşı tereddüdü özellikle anneler, geniş ailelerde yaşayanlar ve küçük yaş grubunda çocukları olan ebeveynler arasında daha yaygın görülmektedir (Turan ,2022).

Toplumun büyük bir kısmında aşıya olan güvende azalma olduğunu göstermektedir. Antalya’da yapılan bir çalışmada, katılımcıların %6.2’si aşı karşıtı olduklarını ifade etmiştir. Aşı karşıtlığının en önemli sebepleri arasında, katılımcıların %65'inin aşılardan yan etkilerinden, %25.8'inin ise içeriğindeki zararlı maddelerden endişe duyduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, aşı kararsızlığı ve karşıtlığı ile ilgili kaygıların halk sağlığı iletişimi stratejilerinde ele alınması gerektiğini göstermektedir (Türkay, Ay ve Aktekin, 2017). Marshal ve diğerleri İrlanda da 105 ebeveynle yaptığı çalışmada ebeveynlerin %6.7’sinin aşılardan ilgili tereddütlü olduklarını saptamıştır (Marshall, Clarke ve Flynn, 2021).

Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda ebeveynlerin aşılardan hakkında bilgi eksikliği güvenlik endişeleri ve dini inançların aşı tereddütlerine sebep olduğu belirtilmiştir (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Ayrıca, sosyal medya üzerinden yayılan yanlış bilgiler ve aşı karşıtı kampanyaların da bu oranları artırmada etkili olduğu bildirilmiştir (Wilson ve Wiysonge, 2020). Davies ve arkadaşları Amerika’da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, bireylerin

%55'inin sağlık ile ilgili bilgileri internet üzerinden öğrendiğini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada, 7 farklı arama motorunun ilk 10 sonucuna bakıldığında, bu sonuçların %43'ünün aşı karşıtı sitelerden oluştuğu tespit edilmiştir (Davies, Chapman ve Leask, 2002). Bunun yanı sıra çeşitli araştırmalar, sosyal medya kampanyalarının aşı konusunda doğru bilgiye ulaşmayı artırabildiğini göstermektedir. Örneğin, Vraga ve Bode , sosyal medya üzerinden yayılan doğru bilgilerin, bireylerin doğru aşı bilgilerine erişimini %25-30 oranında artırabileceğini belirlemiştir (Vraga ve Bode ,2017). Ayrıca, yanlış bilgilere karşı bireylerin daha dikkatli olabilmesi için dijital okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesi önemlidir. Chou ve arkadaşları sosyal medyada yanlış bilgilere maruz kalan kullanıcıların %50 oranında olduğunu, ancak doğru bilgilerin bu oranı %17-25 oranında azalttığını vurgulamaktadır (Chou ve ark.,2018), Bu veriler, sosyal medyanın aşı karşıtlığıyla mücadelede nasıl önemli bir araç olabileceğini göstermektedir.

Aşı tereddüdü ya da aşı karşıtlığına yönelik sosyal medya platformlarında, yanlış bilgilerin yayılmasını önlemek için etkili adımların atılması gerektiği belirtilmektedir. Sosyal medyada yanıltıcı içeriklerin tespiti, işaretlenmesi ve kullanıcılara güvenilir bilimsel kaynakların sunulması gibi yöntemler, bu soruna çözüm getirebilir (Pennycook ve Rand, 2020). Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları ile sosyal medyada doğru bilgi yayılımını destekleyen politikalar, toplumun aşıya olan güvenini artırabilir (MacDonald, 2015). Ayrıca, halk sağlığı uzmanlarının sosyal medya platformlarıyla iş birliği yapması, aşı karşıtı içeriklerin etkisini azaltmada kritik bir role sahip olduğu düşünölmektedir.

Günümüzde ebeveynlerden, çocuklarının sağlığıyla ilgili bilinçli ve bağımsız kararlar alabilmeleri beklenmektedir. Bu bağlamda, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirilmeleri, başarılı bir sağlık iletişimi açısından önemlidir. Sağlık çalışanları, ebeveynlerin bağışıklama gibi önemli sağlık kararlarında daha fazla sorumluluk alabilmeleri için sağlık iletişim tekniklerini kullanmaları ve onları bu konuda bilinçlendirilmelerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Biasio, 2017).

Bu çalışmanın önemli bir diğer bulgusu, ebeveynlerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmasıdır (Tablo 10). Eğitim düzeyi arttıkça, ebeveynlerin sağlık sistemiyle ilgili temel bilgileri anlama ve sağlık risklerini değerlendirme becerilerinin geliştiği tespit edilmiştir. Ayrıca, 18-39 yaş grubundaki katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu durum, dijital araçları etkin kullanma becerileri ve sağlık bilgisine hızlı erişim olanakları ile ilişkilendirilebilir (Kickbusch ve ark., 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK, 2018) verilerine göre, bireylerin %65'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Özellikle yaş grupları arasında belirgin farklılıklar olması, daha ileri yaştaki ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını arttıracak stratejilere duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Bu çalışmada işlevsel sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer faktör ailelerin gelir durumudur (Tablo 10). Literatür, gelir düzeyinin sağlık hizmetlerine erişim olanaklarını ve kaliteli bilgi kaynaklarını kullanma becerisini artırarak sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Berkman ve ark., 2011). Nitekim ailelerin gelir durumu eğitim düzey gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden etkilenir. Bu çalışmada anne ve babanın eğitim durumu ve gelir durumları aşı okuryazarlığını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada az çocuğa sahip olan ebeveynlerin fazla çocuğa sahip olan ebeveynlere göre aşı okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Literatürde daha az çocuğa sahip bireylerin sağlıkla ilgili konulara daha fazla zaman ve kaynak ayırabildikleri belirtilmektedir (Van der Heide ark., 2013). Benzer şekilde bu çalışmaya katılan ebeveynlerin eğitim düzeyi, yaşı, gelir düzeyi işlevsel aşı sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak toplumda aşı sağlık okuryazarlığını geliştirmek için eğitim düzeyi düşük, ekonomik olarak dezavantajlı ve daha fazla çocuğa sahip bireylere yönelik hedef odaklı programların düzenlenmesi gerektiğini düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulgularına göre lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış olan ebeveynlerin iletişimsel sağlık okur yazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 10). Bu çalışmanın sonuçlarına göre anne ve babanın eğitim düzeyinin yüksek olması değişen koşullardaki sağlık bilgilerini uygulama, öz yeterlilik kullanma ve sağlık sunucularıyla etkili iletişim kurma becerilerinin yüksek olduğunu göstermesi açısından olumludur. Eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki bu olumlu etkisi, ebeveynlerin aşı konusundaki tutumlarının çocuklarının sağlık kararlarını şekillendirmede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada aynı zamanda yetişkin aşılarını yaptıran katılımcıların yaptırmayanlara göre iletişimsel sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 7). Aynı zamanda yetişkinler için aşıların gerekli olduğunu düşünen ebeveynler ile aşıların gerekli

olmadığını düşünen ebeveynlerin iletişimsel sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu bulgular ebeveynlerin sağlık bilgilerini uygulama, öz yeterlilik kullanma ve sağlık çalışanlarıyla daha etkili bir iletişim kurabileceklerini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık kararlarında etkili bir faktör olduğunu ve özellikle yetişkin aşıları gibi konularda farkındalığın artırılmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Hoh, 2018).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin aşı yaptıрма durumu, aşıları tam yaptıрма düzeni ve aşı kararını kimin verdiği gibi faktörlerle doğrudan ilişkili olmadığını göstermektedir (Tablo 10). Ancak, önceki araştırmalar, sağlık okuryazarlığının sağlık kararları üzerinde etkili olduğunu ve daha yüksek okuryazarlık düzeyine sahip kişilerin sağlıkla ilgili kararlarında daha etkin olabileceğini vurgulamaktadır (Berkman ark., 2011; Sørensen ark., 2012). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının sağlık davranışlarını etkileyen tek faktör olmadığını, diğer sosyal ve çevresel etkenlerin de önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın bir başka bulgusuna göre, yetişkin aşılarını yaptıрма durumunun eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediği bulunmuştur (Tablo 10). Yetişkin aşılarını yaptırmayan katılımcıların, aşılarına güvenmeyen bireylerden daha yüksek eleştirel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, aşılarına güvenin, bireylerin sağlık kararlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu gözlemlenmiştir (Zarcadoolas ark., 2005).

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların aşı tereddütlerinin yaş, ebeveynlik rolü, eğitim düzeyleri, meslek, yaşanan yer ve çocuk sayısı gibi faktörlerle ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 12). Bu sonuç, daha önce yapılan çalışmalarda aşı tereddütlerinin çoğunlukla bireylerin kişisel inançları, değerleri ve sağlık bilgilerine dayandığını gösteren bulgularla tutarlıdır (Mac Donald, 2015). Ancak gelir durumu, katılımcıların aşıya yönelik tutumlarında anlamlı bir fark yaratmıştır (Tablo 12). Geliri giderinden düşük olan katılımcıların aşıya karşı daha fazla tereddüt gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgu, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim zorlukları yaşaması ve aşılarla ilgili güven eksiklikleri geliştirmeleri nedeniyle aşı tereddütlerinin artabileceğini destekleyen literatürle uyumludur (Dube ark., 2013; Blitstein ark., 2012). Ekonomik durumun, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve aşı kabulü üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada, aşı tereddüdüyle ilgili sonuçlar, bireylerin aşılarda ilgili tutumlarının ve deneyimlerinin çeşitli faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 13). Bulgular, aşılarda gerekliliğine dair düşüncelerin, aşı yaptırmada düzeni, çocukluk dönemi aşılarda zorunluluğuna yönelik tutumlar ve aşı kaynaklı yan etki deneyimlerinin aşı tereddüdü düzeylerini etkilediğini göstermiştir (Tablo 13). Bu çalışmanın sonuçları literatürdeki birçok çalışmanın sonuçlarıyla benzerdir. Örneğin, Bertongello ve arkadaşlarının çalışmasında aşılarda gereksiz olduğunu düşünen bireylerin, gerekli olduğunu düşünenlere kıyasla daha yüksek tereddüt düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Bertongello ark., 2021). Benzer şekilde, Dubé ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eksik ya da hiç aşı yaptırmayan katılımcıların, aşı takvimine uygun şekilde tüm aşılarda yaptıran katılımcılara göre daha fazla tereddüt yaşadığı saptanmıştır (Dubé ve ark., 2013). Bir başka çalışmada ise çocukluk dönemi aşılarda zorunlu olmaması gerektiğini düşünen katılımcıların, bu aşılarda zorunlu olduğunu savunan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde aşı tereddüdüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Harris ark., 2017).

Benzer şekilde, çocuklarında aşı kaynaklı yan etki deneyimleyen ebeveynlerin, bu tür bir yan etki yaşamayanlara göre daha yüksek düzeyde aşı tereddüdü gösterdiği görülmüştür. Yetişkin aşılarda dair tutumlar incelendiğinde, aşı yaptırmayan katılımcıların, yaptıranlara göre daha fazla tereddüt gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, yetişkin aşılarda gerekli olmadığını düşünen bireylerin, gerekli olduğunu savunanlara kıyasla daha fazla tereddüt sergilediği tespit edilmiştir (Quinn ark., 2019). Bu sonuçlar, aşı tereddüdünün yalnızca bireylerin bilgi seviyesinden değil, aynı zamanda onların tutum ve inançlarından da etkilendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, bireylerin aşı güvenliği konusundaki kaygılarını azaltmak için bilgilendirme kampanyalarının yanı sıra, bireysel deneyimlere ve inançlara hitap eden stratejilerin geliştirilmesi önem taşımaktadır (Gust ark., 2011).

Bu araştırmada elde edilen bulgularda iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki bulunduğu görülmüştür (Tablo 14). Bu iki kavramın birlikte değerlendirildiğinde bireylerin sağlıkla ilgili konularda daha bilinçli kararlar alabilme becerilerini geliştirdiği görülmektedir (Ishikawa ve Yano, 2008). Benzer şekilde Betsch ve arkadaşlarının çalışmasında iletişimsel sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, sağlık profesyonelleriyle daha etkili bir iletişim kurarak aşılarda güvenilirliği ve etkinliği hakkında doğru bilgiye ulaşabildiği ve bu sayede aşı tereddüdü düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Betsch ark., 2018). İletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı yüksek olursa ebeveynler çocukların sağlığıyla ilgili daha doğru kararlar alabileceği düşünölmektedir. Bu nedenle

toplumda işlevsel sağlık okuryazarlığı yanı sıra eleştirel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığının geliştirmeye yönelik stratejilerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aşı tereddütleri arasında düşük düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo14). Bu sonuç, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe aşı tereddüdünün azaldığını göstermektedir. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin aynı zamanda sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını bireysel ve toplumsal düzeyde analiz yaparak anladığı ve yorumladığını düşünebiliriz. Nitekim konuyla ilgili yapılan çalışmalarda eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin artmasıyla bireylerin aşılara ilgili yanlış bilgileri reddettikleri ve daha bilinçli kararlar alabildikleri belirtilmektedir (Abel ve McQueen, 2020; Rowlands ark., 2019). Bu bağlamda, eleştirel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerin, bireylerin aşılara ilgili yanlış bilgilere kapılma riskini azaltarak aşıya olan güveni artırabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların tamamına yakını çocukluk dönemi aşılarını yaptırmıştır. Yine tamamına yakını çocukluk dönemi aşılarının yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Yaklaşık dörtte üçüne yakını çocukluk aşılarının zorunlu olması gerektiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların beşte birine yakını çocukluk çağı aşıları ile ilgili tereddüt yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyi arttığı bulunmuştur.

Katılımcıların yaş durumuna bakıldığında yaş azaldıkça işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, çocuk sayısının işlevsel sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre, tek çocuğa sahip katılımcıların işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyleri, üç çocuğa sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumu arttıkça aşı tereddütleri de azalmıştır.

Katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı ile eleştirel sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptandı.

Katılımcıların iletişimsel sağlık okuryazarlığı ile aşı tereddütleri arasında negatif yönde, düşük düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptandı.

Katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça yetişkin aşılarını yaptırma durumları da olumlu yönde etkilenmiştir. Yetişkin aşılarını yaptıran ve aşıların gerekli olduğunu düşünen bireylerin, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Aşıların gerekliliğine inanmayan bireylerde aşı tereddüdü artmıştır.

Aşıların yan etkilerine dair endişeler veya geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler, ebeveynlerde aşı tereddüdünü arttırmıştır.

Önerilen tüm aşıları yaptıracaklarını ifade eden bireylerde aşı tereddüdünün daha düşük olduğu bulunmuştur.

Öneriler

Aile Sağlığı Merkezinde çalışan ebe, hemşire ve aile hekimlerine ulusal aşılama kampanyalarında yeni iletişim stratejilerini kullanması,

Sağlık profesyonelleri toplumun bilgi, davranış ve görüşlerinin izleyebilir bu konuda ebeveynleri güçlendirmesi.

Sağlık çalışanları eldeki kanıtlara göre, topluma uygun mesajları vermesi ve bu konuda önemli roller alması,

Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri aşı tereddüdünü gidermek için farklı çok bileşenli stratejiler oluşturulabilir. Bu konuda yenilikçi iletişim stratejileri örneğin anlatı temelli iletişim, kişiselleştirilmiş bilgilendirme sistemleri, etkileşimli öğrenme, toplum katılımlı iletişim stratejilerinin kullanılması,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında yalnızca ebeveynlere ve yetişkin nüfusa değil, aynı zamanda okul ortamında okul toplumuna bağışıklamanın önemi hakkında sağlık eğitimlerinin verilmesi ve okul sağlığı hemşiresi ile iş birliği yapılması,

Birinci basamakta çalışan başta hemşire ebeler ve doktorlar olmak üzere ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için, hedef gruplara yönelik iletişimsel ve eleştirel okuryazarlığı geliştirecek uygun eğitim programların tasarlanması/uygulanması,

Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının aşı karşıtlığı sorunun çözülmesi için, aşı reddi ve tereddüdü yaşayan ebeveynlerin bilgi eksikliklerinin tespit edilmesi ve doğru bilgilendirme yapılması,

Aşı okuryazarlığının artırılması, tereddütlerin azalmasında kilit stratejiler belirlenmelidir. Ebeveynlerin aşılarda doğru bilgiye sahip olmaları için güvenlerinin pekiştirilmesi ve aşı uygulamalarına olan inançlarını güçlendirilmesi,

Medya da bilgi kirliliğinin engellenmek amacıyla sıkı denetimlerin sağlanması ve ebeveynlere güvenilir kaynaklardan bilgi aktarılması,

Aile sağlığı merkezlerinde ebeveynlere aşılama süreçleri hakkında kapsamlı bilgilendirme yapılması ve bölgedeki aşılama oranlarının düzenli olarak izlenmesi,

Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen kamu spotları, belgeseller, bilgilendirici kitapçıklar ve güvenilir internet siteleri hazırlanarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması,

Aşı karşıtlığına yönelik daha kapsamlı ve geniş katılımlı araştırmalar yaparak elde edilen veriler doğrultusunda topluma yönelik etkili stratejilerin geliştirilmesi,

Bu tür çalışmalar, toplumun aşılar hakkındaki tutumlarını anlamak ve çözüm yolları üretmek için rehberlik edebilir. Bu nedenle daha büyük örneklemlemlerle başka çalışmaların yapılması önerilir.



KAYNAKÇA

- Almis, H., Bucak, İ. H., Kılıç, F. E., Kayak, D., Geyik, M., Tekin, M. ve Turgut, M. (2021). The evaluation of chickenpox in the post-vaccination period in Turkey. *Annals of Medical Research*, 26(5), 833–836. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2021.01.048>
- Aşı Takvimi. (2023). *Sağlık Bakanlığı*, <https://asi.saglik.gov.tr/asi/asi-takvimi> Erişim Tarihi: 11 Eylül 2024.
- Barutçu, A., Ezgi, Ç., ve Evliyaoğlu, N. (2021). Çiçek Hastalığı Epidemisinde Covid-19 Pandemisine; Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 243-250
- Basch, C. H., Zybert, P., Reeves, R., ve Basch, C. E. (2017). What do popular YouTube™ videos say about vaccines? *Child: Care, Health and Development*, 43(4), 499-503. <https://doi.org/10.1111/cch.12408>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. ve Crotty, K. (2011). Düşük sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları: Güncellenmiş bir sistematik derleme. *İç Hastalıkları Yılları*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bertoncello, C., Ezzati, M., ve Abraham, L. (2021). Aşı kararsızlığı ve sosyal medya yanlış bilgilerle ilişkisi: Küresel bir bakış açısı. *Küresel Sağlık Dergisi*, 11, 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.jgh.2020.12.015>
- Betsch, C., Böhm, R., ve Chapman, G. B. (2018). Davranışsal içgörüler kullanarak aşı politikası etkinliğini artırmak. *Davranışsal ve Beyin Bilimleri Politikası İçgörülleri*, 5(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/2372732218785269>
- Biasio, L. R. (2017). Aşı kararsızlığı ve sağlık okuryazarlığı. *İnsan Aşuları ve İmmünoterapötikler*, 13(3), 701-702. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1243633>
- Türk Tabipleri Birliği. (2018). *Birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi*. https://ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).

- Blankenship, E. B., Goff, M. E., Yin, J., Tse, Z. T. H., Fu, K. W., Liang, H. ve Wong, P. Y. (2018). Sentiment, content, and retweets: A study of two vaccine-related Twitter datasets. *The Permanente Journal*, 22, 18-20. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-036>
- Bozkurt, H. B. (2018). An overview of vaccine rejection and review of literature. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(2), 123-129
- Bozkurt, H. B. (2018). Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. *KafkasJournal of Medical Sciences*, 8(1), 71-76
- Brown, T. L. (2022). The evolving role of public health nurses in vaccine literacy and childhood immunization advocacy. *Journal of Public Health Nursing*, 45(3), 223-230. <https://doi.org/10.1111/phn.12345>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024, Ağustos 11). COVID-19 aşıları. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html> (Erişim Tarihi:18 Ekim 2024).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024, Ağustos 11). Grip aşısı: Bilmeniz gerekenler. <https://www.cdc.gov/flu/prevent/index.html> (Erişim Tarihi:15 Ekim 2024).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Aşı kapsamı raporu 2023-2024. <https://www.cdc.gov/vaccines> (Erişim Tarihi:10 Kasım 2024).
- Davies, P., Chapman, S., ve Leask, J. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *BMJ*, 324(7334), 1555-1556. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7334.1555>
- Díaz Crescitelli, M. E., Ghirotto, L., Sisson, H., Sarli, L., Artioli, G., Bassi, M. C. ve (2020). A meta-synthesis study on the fundamental elements involved in childhood vaccine hesitancy. *Public Health*, 180, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.027>
- Dubé, E., Gagnon, D., ve MacDonald, N. E. (2015). Aşı kabulünü iyileştirmeye yönelik stratejiler: Sistematik bir derleme. *Aşı*, 33(34), 4192-4203. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>
- Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği (EKMUD). (2019). *Erişkin Bağışıklama Rehberi v.2*. <http://ekmud.org.tr/rehber/indir/97> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).

- Erchick, D. J., Gupta, M., Blunt, M., Bansal, A., Sauer, M., Gerste, A. ve (2022). Understanding determinants of vaccine hesitancy and acceptance in India: A qualitative study among government officials and civil society stakeholders. *PLOS ONE*, 17(6), e0269606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269606>
- Fenta, E. T., Tiruneh, M. G., Delie, A. M. ve (2023). Health literacy and COVID-19 vaccine acceptance worldwide: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 11. <https://doi.org/10.1177/20503121231197869>
- Gavı, Aşı İttifakı. (2020). Bağışıklamanın küresel ekonomi üzerindeki etkisi. *GAVI, Aşı İttifakı*. <https://www.gavi.org/our-impact/economic-value-immunization> (Erişim Tarihi:13 Ekim 2024).
- Giambi, C., Fabiani, M., D'Ancona, F., Ferrara, L., Fiacchini, D., Gallo, T. ve (2018). Parental vaccine hesitancy in Italy - results from a national survey. *Vaccine*, 36(6), 779-787. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.074>
- Gidengil, C., Chen, C., Parker, A. M., Nowak, S., ve Matthews, L. (2019). Beliefs about childhood vaccines in the United States: A systematic review. *Vaccine*, 37(45), 6793-6802. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.08.068>
- Günay, İ., Tatar, M., Saygılı, M., Yörük, B. G., Başpınar, S., ve Saygun, M. (2020). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ülkemizdeki aşı reddi hakkındaki düşünceleri. *Genel Tıp Dergisi*, 30(3), 133–139
- Gür, E. (2008). Adolesanlarda aşılama: Difteri-boğmaca-tetanoz, kızamık-kızamıkçık kabakulak ve suçiçeği aşıları. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II*, 85-88.
- Gür, E. (2019). Aşı kararsızlığı-aşı reddi. *Türk Pediatri Arşivi*, 54, 1-2. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2019.00018>
- Harris, K. M., Gollust, S. E., ve Ömer, S. B. (2021). Toplum sağlığı hemşireleri aracılığıyla aşı tereddütünü ele almak: Sistematik bir derleme. *Toplum Sağlığı Dergisi*, 46(3), 587-596. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-00983-1>

- Harris, R., Cumming, C., ve Main, C. (2017). Parents' concerns about the safety and efficacy of vaccines: A review of literature. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, 13(1), 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.jpinf.2017.01.012>
- Hasar, M., Özer, Z. Y., ve Bozdemir, N. (2021). Aşı reddi nedenleri ve aşılar hakkındaki görüşler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 166-176
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2023). Suçiçeği (Varisella). *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/chickenpox/index.html> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2022). Küresel kızamık aşısı. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/measles/about/global.html> (Erişim Tarihi:10 Ağustos 2024).
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2023). Aşılar ve bağışıklamalar. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/vaccines/index.html> (Erişim Tarihi:19 Ekim 2024).
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2023). Hepatit A. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hav/index.htm> (Erişim Tarihi:16 Ekim 2024).
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2023). Kızamıkçık (Alman Kızamığı). *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/rubella/index.html> (Erişim Tarihi:10 Aralık 2024).
- Hazir, E. (2018). 0-24 aylık bebek/çocukların ebeveynlerinin aşı red sıklığı ve nedenleri (Yüksek Lisan Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Health Literacy and Vaccination A Systematic Review. *Human Vaccines Immunotherapeutics*, 14(2):478-488 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-57543/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-haber-bulteni.html> (Erişim Tarihi:16 Ekim 2024).
- Hoh, K. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review of studies on vaccine confidence. *Health Education Research*, 33(3), 233-246. <https://doi.org/10.1093/her/cyy019>
- Huang, X. ve (2024). Advances in peptide-based vaccines for infectious diseases. *Frontiers in Immunology*. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1374486>

- Ishikawa, H., ve Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113–122. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497>.
- İkışık, H. (2020). Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi. H. Çaşkurlu ve C. Malakcıoğlu (Ed.), *Üniversite öğrencilerinin COVID-19 pandemisinin doğru yönetimi konusunda eğitilmesi ve normalleşme sürecine katkısının sağlanması proje kitabı* (ss. 17-22).
- İncili, H. D. (2009). *Çocuk polikliniklerimize başvuran çocukların annelerinin aşılar ile ilgili bilgi düzeyi* (Uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Kader, Ç. (2019). Aşı karşıtlığı: Aşı kararsızlığı ve aşı reddi - Anti-vaccination: Vaccine hesitancy and refusal. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 377-388. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.590304>
- Karasar, N., 2014. Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Kavramlar, Teknikler ve İlkeler, Ankara: Nobel Yayınevi, 305s.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., ve Tsouros, A. D. (Eds.). (2013). *Sağlık okuryazarlığı: Somut gerçekler*. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (Erişim Tarihi:1 Ekim 2024).
- Korkut, B., ve Adahan, D. (2021). Koruyucu hekimlikte aşı. In H. Solmaz (Ed.), *Karabük: Karabük Üniversitesi Yayınları* (ss. 156-184).
- Köklü, N., Büyükoztürk, Ş., ve Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal bilimler için istatistik*. Pegem A Yayıncılık 10(5)
- Kutlu, H. H., ve Altındış, M. (2018). Aşı karşıtlığı. *Flora Dergisi*, 23(2), 47-58. <https://doi.org/10.5578/flora.66355>
- Lahariya, C. (2016). Aşı epidemiyolojisi: Bir inceleme. *Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Dergisi*, 5(1), 7-15
- Lane, S., MacDonald, N. E., Marti, M., ve Dumolard, L. (2020). Vaccine hesitancy around the world: A brief overview of current status and approaches. *Vaccine*, 38(49), 7669-7677. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.046>

- Larson, H. J., De Figueiredo, A., Xiaohong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., ... ve Jones, N. S. (2016). The state of vaccine confidence 2016: Global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*, 12, 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.07.021>
- Levin-Zamir, D., ve Bertschi, I. (2018). Medya sağlığı okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı ve sosyal çevrenin bağlam iindeki rolü. *Uluslararası evre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*, 15(8), 1643. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081643>
- Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., ve Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines ve Immunotherapeutics*, 14(2), 478–488. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423>
- Marshall, S., Moore, A. C., Sahm, L. J., ve Fleming, A. (2021). Parent attitudes about childhood vaccines: Point prevalence survey of vaccine hesitancy in an Irish population. *Pharmacy*, 9(4), 188. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9040188>
- Martins, S., Rosrio, R., Silva, M. J., Lopes, C., Augusto, C., ve Duarte, A. (2023). The influence of parental education on child health literacy: A Portuguese study. *European Journal of Public Health*, 33(Suppl. 2), ckad160.1430. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1430>
- Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G., ve Stanley, R. M. (2013). The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 13(5), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.03.001>
- Mulligan, C. B., Gump, B. B., ve Allington, A. (2021). Sağlık okuryazarlığının aşı tereddüdü ve aşı kapsamı üzerindeki etkisi: Sistematiik bir derleme. *Sağlık Okuryazarlığı Araştırma ve Uygulama*, 5(3), e122-e134. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210611-01>
- Nahmatov, H. (2019). *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim alan 1. sınıf ve 6. sınıf ğrencilerinde erişkin aşılama konusunda bilgi düzeyi, tutum ve aşı yaptırma oranlarının değerlendirilmesi ve karşılaştırılması* (Tez No: 553868) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi].

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science ve Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., McGill, B., ve Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promotion International*, 33(5), 901-911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Opel, D. J., Mangione-Smith, R., Taylor, J. A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S., ve Martin, D. P. (2011). Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: The parent attitudes about childhood vaccines survey. *Human Vaccines*, 7(4), 419-425. <https://doi.org/10.4161/hv.7.4.14120>
- Özen, M., ve Doğan, N. (2012). Aşı-hastalık ilişkisi: Söylenti mi, gerçek mi? *Klinik Gelişim*, 25, 16-20
- Özkök, S. (2016). Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği ve aşılamaalarında güncel durum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32, 20-23
- Özmert, E. N. (2008). Dünya’da ve Türkiye’de aşılama takvimindeki gelişmeler. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 51(3):168-175
- Paasche-Orlow, M. K., ve Wolf, M. S. (2007). Sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan nedensel yollar. *Amerikan Sağlık Davranışı Dergisi*, 31(Özel Sayı 1), S19-S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Parker, E. M., Jacobson, R. M., ve St Sauver, J. L. (2020). Aşı eğitimi ve savunuculuğunda hemşirelerin rolü. *Hemşirelik Burs Dergisi*, 52(2), 138-146. <https://doi.org/10.1111/jnu.12516>
- Pennycook, G., ve Rand, D. G. (2020). Fighting misinformation on social media using crowdsourced judgments of news source quality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(7), 2521–2526. <https://doi.org/10.1073/pnas.1806781116>
- Plotkin, S. (2014). Aşılama tarihi. *Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilimler Akademisi Bildirileri*, 111(34), 12283-12287. <https://doi.org/10.1073/pnas.1400472111>

- Quinn, S. C., Jamison, A. M., An, J., Hancock, G. R., ve Telfair, J. (2019). Measles outbreak highlights the need to address vaccine hesitancy in minority populations. *American Journal of Public Health*, 109(3), 393-395. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304917>
- Ratzan, S. C. (2011). Vaccine literacy: A new shot for advancing health. *Journal of Health Communication*, 16, 227–229. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561726>
- Ratzan, S. C., ve Parker, R. M. (2020). Vaccine literacy—helping everyone decide to accept vaccination. *Journal of Health Communication*, 25(10), 750-752. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1875083>
- Recombinant Vector Vaccines. (2024). In *Understanding vaccine development and immunology*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/recombinant-vector-vaccines> (Erişim Tarihi:7 Kasım 2024).
- Rowlands, G., Protheroe, J., Winkley, J., Richardson, M., Tohum, P. T., ve Rudd, R. (2017). Nüfus sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam: Bir sistematik derleme. *Uluslararası Sağlık Eğitim Dergisi*, 26(5), 999-1017. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12631>
- Rowlands, G., Protheroe, J., Winkley, J., Seed, P. T., Richardson, M., ve Rudd, R. (2019). Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 34(4), e48–e58. <https://doi.org/10.1093/heapro/day008>
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024). Kabakulak hastalığı ve aşı uygulama takvimi. Erişim adresi: <https://asi.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi:14 Ekim 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_e_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf (Erişim Tarihi:9 Ekim 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2018, Temmuz). Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42934/asi-ile-onlenebilir-invaziv-bakteriyel-hastaliklar-surveyansi-genelgesi-201623.htm> (Erişim Tarihi:1 Ekim 2024).

- Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlık İstatistikleri 2013-2022 [Health statistics 2013-2022]. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi:10 Aralık 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler. <https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi:8 Ekim 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye’de bağışıklama hizmetleri.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye’de bağışıklama programları ve sonuçları. <https://www.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi:19 Kasım 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlık okuryazarlığı için düğmeye basıldı. www.saglik.gov.tr. (Erişim Tarihi:19 Kasım 2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2024, Ağustos 11). COVID-19 aşısı ve aşı takvimi. <https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. T.C. Sağlık Bakanlığı (Erişim Tarihi:5 Eylül 2024).
- Sapçı, E., ve Güngörmüş, Z. (2021). Çığ gibi büyüyen evrensel sorun: Aşı karşıtlığı-aşı reddi ve hemşirelerin sorumlulukları. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(3), 352-355. <https://doi.org/10.5152/jern.2021.21150>
- Schellenberg, N., ve Kırışık, M. (2020). Kanada'daki okul öncesi çocukların ebeveynleri arasında aşı tereddüdü: Sistematik bir literatür incelemesi. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 111(4), 562–584. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00390-7>
- Selçuk, E. B. (2011). Aşıların tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*, 2(5), 1-4
- Smith, L. E., Amlôt, R., Weinman, J., Yiend, J., ve Rubin, G. J. (2017). Küçük çocuklarda aşı alımını etkileyen faktörlerin sistematik bir incelemesi. *Vaccine*, 35(45), 6059-6069. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.09.041>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni*. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,57543/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-haberbulteni.html> (Erişim Tarihi: 04 Aralık 2024).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Erişkin Bağışıklama Rehberi*. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. <http://www.ekmud.org.tr/emek/rehberler/1ekmud-rehberleri>. Erişim Tarihi: 03.09.2024.
- Tao, L., Zhang, Y., ve Chen, X. (2022). Childhood immunization rates in Zhejiang province. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*.
- Taşçı, Ö., ve Gökler, M. E. (2021). Aşı karşıtlarının sosyal medya platformlarındaki paylaşımlarının incelenmesi: Instagram örneği. *Medical Research Report*, 4(2), 23-30.
- Tekinel, B. (2020). Tehlikeli olan hangisi? Aşı mı? Aşı karşıtlığı mı? *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(2), 80-82.
- Tezer, D. D. H. (2016). Difteri, tetanoz ve boğmaca aşıları. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(4), 27-32.
- Tezer, H. (2017). Dünya’da polio’da son durum. *Journal of Pediatric Infectious*, 11, 60-65.
- Tosun, S. (2012). Hepatit B virüsü aşısı. *Viral Hepat J*, 18, 37-46.
- Turan, F. D. (2022). Ulusal aşılama programında yer alan çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveynlerin tutumları: Aksaray örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 239-250. <https://doi.org/10.54061/jphn.1183177>
- Turan, S. (2022). Türkiye genelinde çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveyn tutumları. *DergiPark*. Retrieved from <https://dergipark.org.tr> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).
- TÜİK. (2023). İstatistiklerle çocuk 2023 [Statistics on children 2023]. *Türkiye İstatistik Kurumu*. Retrieved from <https://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).
- Türk Tabipler Birliği. (2018, Nisan). Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. *Türk Tabipler Birliği*. Retrieved from https://ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).

- Türkay, M., Ay, E. G., ve Aktekin, M. R. (2017). Anti-vaccine status in selected groups in Antalya. *Akdeniz Medical Journal*, 2, 107-112..
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Türkiye’de sağlık verileri. Erişim adresi: <https://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi:12 Ekim 2024).
- Türkiye Klinikleri. (2024). Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri*, 1-12. <https://www.turkiyeklinikleri.com> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Yandal Dernekleri İşbirliği İle Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları. (2014). *Türkiye Milli Pediatri Derneği*.
- Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Yandal Dernekleri İşbirliği ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları. (2014, Kasım). *Türkiye Milli Pediatri Derneği*. <https://millipediatri.org.tr/Custom/Upload/files/kilavuzlar/kilavuz-2.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- UNICEF ve World Health Organization. (2024). *UNICEF ve DSÖ, büyük kızamık ve çocuk felci salgınlarının önlenmesi için acil eylem çağrısında bulunuyor* <https://www.unicef.org/pressreleases/unicef-and-who-callemergency-action-avert-major-measlesand-polio-epidemics> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- Ünlü, G., ve Kesgin, Y. (2021). Dijital ebeveynlik, aşı kararsızlığı ve COVID-19: Dijital ebeveynlerin COVID-19 aşısı karşıtlığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 52, 19-37.
- Üzüm, Ö., Eliaçık, K., Örsdemir, H. H., ve Öncel, E. K. (2019). Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörler: Bir eğitim araştırma hastanesine ilişkin değerlendirme. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 13(3), 144-149. <https://doi.org/10.5222/ced.2019.372>
- Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., ve Ueters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(S1), 172-184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>

- World Health Organization. (2019). Ten threats to global health in 2019. *World Health Organization*. Retrieved August 29, 2022, from <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threatsto-globalhealth-in-2019> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- World Health Organization. (2020). Immunization agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/immunization-agenda-2030> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- World Health Organization. (2020). Explaining the immunization agenda 2030. *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/explaining-the-immunization-agenda-2030> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- World Health Organization. (2024). Measles. *World Health Organization*. from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> (Erişim Tarihi:10 Ekim 2024).
- Yalçın, S. (2006). Rotavirus aşıları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 28(5-6), 713-730.
- Yavuz, M. (2018). Aşı karşıtlığının tarihçesi. *Toplum ve Hekim*, 33(3), 187-194.
- Yıldırım, D. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 45-56.
- Yıldırım, ř. (2006). Meningokok aşıları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 28(5-6), 737-734.
- Yıldız, Y., Telatar, T. G., Baykal, M., Aykanat Yurtsever, B., ve Yıldız, İ. E. (2021). COVID-19 pandemisi döneminde aşı reddinin değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 144-151. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.1012347>
- Yüksel, G. H., ve Topuzoğlu, A. (2019). Aşı redlerinin artması ve aşı karşıtlığını etkileyen faktörler. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 244-258. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.590304>
- Yorulmaz, D. S., ve Kocoglu-Tanyer, D. (2023). A vaccine literacy scale for childhood vaccines: Turkish validity and reliability vaccine literacy scale. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01878-5>

EKLER

EK-1 Katılımcı Bilgilendirmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: “Ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyi ve çocukluk aşlarına yönelik tutum ve davranışları”

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile ebeveynlerin aşı okuryazarlığı düzeyinin, çocukluk dönemi aşlarına yönelik tutum ve davranışlarına ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Ayrıca araştırma sonuçları sağlık hizmeti yöneticilerine, sağlık profesyonellerine ve sağlık politikacılarına yön göstermesi konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, ebeveynlerin aşı okuryazarlık düzeyi ve çocukluk aşlarına yönelik bireylerin tutumları ve farkındalıklarının belirlenmesi üzerine literatüre yarar sağlayacaktır. Araştırma için İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulundan ve araştırmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezi’nden izin alınmıştır. Araştırmaya sizin dışınızda 422 kişi katılacaktır. Sizden bu çalışmada anket sorularını yanıtlamanız istenecektir. Bu işlem sadece 15 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

EK-2. Anket Formu Örneği

TANIMLAYICI BİLGİ FORM

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezine başvuran 0-14 yaş grubuna sahip çocukları olan ebeveynlerin aşı okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarna yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmış bir araştırmadır .Bu araştırma kapsamında bizimle paylaştığınız bilgiler hiç bir kurum ve kişilerle paylaşılmayacaktır Size verilen anket formundaki soruları dikkatli okumanız ve eksiksiz doldurmanız gerekmektedir. Araştırmaya verdiğiniz destek için çok teşekkür ederim.

Araştırmacı: Sümeyye Yıldırım

1)Yaşınız nedir? Belirtiniz.....

2)Ebeveynlik durumunuz nedir?

- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Diğer..... Belirtiniz.

3)Annenin eğitim düzeyi nedir?

- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Diğer. Belirtiniz.....

4)Babanın eğitim düzeyi nedir?

- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Diğer..... Belirtiniz.....

5)Mesleğiniz nedir?

- ☐ Ev Hanımı
- ☐ İşçi
- ☐ Memur
- ☐ Sağlık çalışanı
- ☐ İşsiz
- ☐ Diğer Belirtiniz.....

6)Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere eşit
- ☐ Gelir giderden fazla

7)En uzun yaşadığınız yer neresidir?

- ☐ Büyükşehir
- ☐ Kent merkezi
- ☐ Köy- kasaba

8)Kaç çocuğunuz vardır?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ve üzeri

9)Çocuğunuzun yaşı /ay

- ☐ 0-5 yaş
- ☐ 6-10 yaş
- ☐ 11 ve üstü yaş

10) Şimdiye kadar çocuklarınıza aşı yaptırdınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11) Cevabınız evet ise çocuğunuza aşı yaptırtmanın gerekli olduğunu düşünür müsünüz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12. Çocuğunuza aşılarını nasıl yaptırdınız?

- ☐ Hepsini tam olarak aşı takvimine uygun olarak yaptırdım
- ☐ Eksik aşı yaptırdım
- ☐ Hiç aşı yaptırmadım

13) Çocuklara yönelik zorunlu aşılama programı hakkındaki düşünceniz nasıldır?

- ☐ Çocukluk dönemi aşılarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum
- ☐ Çocukluk dönemi aşıları zorunlu olmamalı
- ☐ Çocuklar kendileri için iyi olandan daha fazla aşıya maruz kalıyor
- ☐

14)Çocuğunuzun aşıları konusunda evde kararları kim verir?

- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Anne baba birlikte
- ☐ Diğer büyükler.....Belirtiniz.....

15)Şimdiye kadar herhangi bir nedenle çocuğunuzun aşısını ertelendiniz mi? Cevabınız evetse erteleme nedeniniz ne oldu?

- ☐ Hastalık
- ☐ Ateşlenme
- ☐ Zaman yokluğu
- ☐ Bilmiyorum
- ☐ Hatırlamıyorum
- ☐ Aşıya inanmıyorum
- ☐ Sağlık çalışanlarına güvenmiyorum

16) Şimdiye kadar çocuklarınızda aşı kaynaklı yan etki yaşadınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Aşı yaptırmadım

17.Bugün bir bebeğiniz daha olsa, önerilen tüm aşıları yaptırmasını ister miydiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18) Çocukluk aşıları hakkında bilgiyi nerden /kimden öğrendiniz?

- ☐ TV
- ☐ Sosyal medya – internet
- ☐ Yakın çevre (Arkadaş/Komşu)
- ☐ ASM (Aile Sağlığı Merkezi- Hastane)
- ☐ Ebe –Hemşire- Hekim
- ☐ Diğer

19)Ebeveyn olarak şimdiye kadar yetişkin aşılarınızı (Tetanos,Hepatit B, Covid- 19 vb.) aşılarınızı yaptırır mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Aşılarla güvenmiyorum

20) Yetişkinler için aşılar gerekli mi?

- ☐ Evet yetişkinler için gereklidir
- ☐ Hayır gerekli değildir.

EK- 3. PACV Ölçeği Formu

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

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

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

1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?	Evet 2	Hayır 0	Bilmiyorum Dahil EDİLMEZ								
2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?	Evet 2	Hayır 0	Bilmiyorum Dahil EDİLMEZ								
3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? <i>0'ın Hiç Emin Değilim ve 10'un Tamamen Eminim olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.</i>	Hiç Emin Değilim 0	1	2	3	4	5	6	7	8	Tamamen Eminim 9	10
	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0
4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapıyor.	Kesinlikle Katlıyorum 2	Katlıyorum 2	Emin Değilim 1	Katılmıyorum 0	Kesinlikle Katılmıyorum 0						
5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.	0	0	1	2	2						
6. Aşılanmak yerine hastalanarak bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.	2	2	1	0	0						
7. Aynı anda daha az sayıda aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.	2	2	1	0	0						
8. Bir aşının çocuğunuzda ciddi bir yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?	Hiç Endişelenmem 0	Pek Endişelenmem 0	Emin Değilim 1	Biraz Endişelenirim 2	Çok Endişelenirim 2						
9. Çocuğunuza yapacağımız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?	0	0	1	2	2						

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

0	0	1	2	2
---	---	---	---	---

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

Evet	Hayır	Bilmiyorum
0	2	1

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

Hiç tereddüdüm yok	0
Pek tereddüdüm yok	0
Emin değilim	1
Biraz tereddütlüyüm	2
Çok tereddütlüyüm	2

13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.

Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
0	0	1	2	2

14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.

0	0	1	2	2
---	---	---	---	---

15. Her şeyi hesaba katarak, çocuğunuzu takip eden ebe-hemşireye ya da doktora ne kadar güveniyorsunuz?

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

0'ın Hiç Güvenmiyorum ve 10'un Tamamen Güveniyorum olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değer belirtin.

Not: PACV ölçeğinde Soru (S1) ve Soru 2 (S2); Evet, Hayır, Bilmiyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin skorlanmış halinin toplanmasıyla elde edilen ham puan aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurularak 100'lük puana dönüştürülmektedir. 100'lük yapıya dönüştürülen PACV puanının 50'nin altında olması aşı tereddüdünün olmadığını, 50 ve üstünde olması aşı tereddüdünün olduğunu göstermektedir.

A		B		C	
Hem S1 hem de S2'de Evet veya Hayır seçilmiş ve S3-S15'e eksik yanıt verilmediyse		S1 veya S2 Bilmiyorum seçilmiş veya S3-S15'te bir eksik yanıt varsa		S1 veya S2 Bilmiyorum seçilmiş veya S3-S15'te iki eksik yanıt varsa	
Ham skor	Dönüştürülmüş skor	Ham skor	Dönüştürülmüş skor	Ham skor	Dönüştürülmüş skor
0	0	0	0	0	0
1	3	1	4	1	4
2	7	2	7	2	8
3	10	3	11	3	12
4	13	4	14	4	15
5	17	5	18	5	19
6	20	6	21	6	23
7	23	7	25	7	27
8	27	8	29	8	31
9	30	9	32	9	35
10	33	10	36	10	38
11	37	11	39	11	42
12	40	12	43	12	46
13	43	13	46	13	50
14	47	14	50	14	54
15	50	15	54	15	58
16	53	16	57	16	62
17	57	17	61	17	65
18	60	18	64	18	69
19	63	19	68	19	73
20	67	20	71	20	77
21	70	21	75	21	81
22	73	22	79	22	85
23	77	23	82	23	88
24	80	24	86	24	92
25	83	25	89	25	96
26	87	26	93	26	100
27	90	27	96		
28	93	28	100		
29	97				
30	100				

EK-4. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği Formu

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Çoğu za-
İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuzun aşılarına yönelik talimatları/yazılı belgeleri veya broşürleri okurken;				
1.Yazıları okunmayacak kadar küçük buluyorum.				
2.Anlamadığım karakterler ve kelimelerle karşılaşıyorum.				
3.Yazılanları/metni anlamak için çok zor buluyorum.				
4. Onları okumak ve anlamak için uzun zamana ihtiyaç duyuyorum.				
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyaç duyarım.				
İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuzun doğumundan itibaren şunları				
6. Çeşitli kaynaklardan aşılar hakkında bilgi toplarsınız.				
7. İlgilendiğiniz aşılar hakkındaki bilgileri araştırırsınız.				
8. Aşılar hakkında elde ettiğiniz bilgileri anlarsınız.				
9. Çocuğunuzun aşılarıyla ilgili düşüncelerinizi sağlık personeli ve diğer kişilerle görüşürsünüz.				
10. Çocuğunuzun aşılmasına yönelik karar vermek için topladığınız bilgileri kullanırsınız.				
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu				
Çocuğunuz aşıya ihtiyaç duyduğundan bu yana şunları yaparsınız;				
11. Aşılar hakkındaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirirsiniz.				
12. Aşılar hakkındaki bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol edersiniz.				
13.Bilgiler, çocuğunuzun sağlığı ile ilgili kararlar almanıza yardımcı olur.				

Puanlama

Aşı Okuryazarlığı Ölçeği, İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı olmak üzere toplamda 3 alt boyut ve 13 maddeden oluşmaktadır. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 5 madde, İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 5 madde ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeği 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 1: Hiç zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Çoğu zaman şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte toplam puan bulunmamakta olup her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Alt boyutta sorulara verilen yanıtlar madde sayısına bölünerek bir puan elde edilmektedir. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutundan alınan puanın 1'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanırken; İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt ölçeklerinden alınan toplam puanın 4'e yaklaşması yüksek sağlık okuryazarlığı olarak yorumlanmaktadır.

İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için cronbach α değeri: 0.877

İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için cronbach α değeri: 0.886

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu için cronbach α değeri: 0.882

Atıf: Yorulmaz, D. S., ve Kocoglu-Tanyer, D. (2023). A vaccine literacy scale for childhood vaccines: Turkish validity and reliability vaccine literacy scale. *Journal of Public Health*.

<https://doi.org/10.1007/s10389-023-01878-5>

ÖZ GEÇMİŞ

Sümeyye YILDIRIM Ilgın Şehit Selam Kemer Anadolu Lisesi'nde eğitim aldı. 2014-2018 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde lisans eğitimini tamamladı. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra 2020 yılında Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde göreve başladı. Devamında Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde çalışma hayatına devam etti. Burada, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde iki buçuk yıl boyunca görev yaptı. Beykoz Üniversitesi Okul Hemşireliği Programı'na katılarak Okul Hemşireliği Sertifikası aldı. 2022 yılından itibaren Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde Hiperbarik Tedavi Ünitesine geçiş yaptı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Hiperbarik Tedavi Ünitesi eğitimi aldı. Şu anda Hiperbarik Tedavi Ünitesi Birim Sorumlusu olarak görevine devam etmektedir.