

MUHAMMED NUR
KAZAYLIK

DICLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DIYARBAKIR-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK AŞILARINA KARŞI TUTUMLARI

Muhammed Nur KAZAYLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ

DİYARBAKIR-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK AŞILARINA KARŞI TUTUMLARI

Muhammed Nur KAZAYLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ

DİYARBAKIR-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Muhammed Nur KAZAYLEK'in hazırladığı “Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Karşı Tutumları” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç.Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ

Jüri Üyeleri

İmza

Jüri Başkanı

Üye

Üye

Üye

Üye

Tarih: .../.../2025

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

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

Prof. Dr. Mahmut BALKAN
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

05/06/2025

Muhammed Nur KAZAYLEK

TEŞEKKÜRLER

Bu tez çalışmasının hazırlanması sürecinde, akademik bilgi birikimimin yanı sıra kişisel olarak da büyük bir gelişim gösterme fırsatı buldum. Bu süreçte bana inanan, destek olan ve katkı sunan herkese içtenlikle teşekkür etmek isterim.

Öncelikle, hayatım boyunca her koşulda yanımda olan, sevgileriyle bana güç veren kıymetli annem ve babama en derin şükranlarımı sunuyorum. Onların karşılıksız sevgisi, sabrı, anlayışı ve fedakârlığı bu yolculukta en büyük motivasyon kaynağım olmuştur. Varlıklarıyla bana yalnız olmadığımı her daim hissettirdikleri için minnettarım.

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, tecrübe ve akademik rehberliğiyle bana yol gösteren, sabrı ve desteğiyle bu süreci verimli hale getiren çok değerli danışmanım Doç. Dr. Gülbeyaz Baran Durmaz'a en içten teşekkürlerimi sunuyorum. Kendisinin akademik birikimi ve yönlendirmeleri sayesinde çalışmam sağlam bir temele oturmuştur. Aynı zamanda, akademik yolculuğum boyunca üzerimde emeği büyük olan, bilgi ve ilham verici yaklaşımıyla beni her zaman motive eden çok kıymetli hocam Doç. Dr. Leyla Zengin Aydın'a da içten teşekkür ederim. Kendisiyle çalışmak, sadece akademik değil, kişisel anlamda da benim için büyük bir ayrıcalık olmuştur.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaştan, yalnızca derslerde değil akademik bakış açısı kazanmamızda da büyük rol oynayan, değerli katkılarıyla gelişimime destek olan Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün tüm değerli öğretim üyelerine en içten teşekkürlerimi sunarım. Her birinin emeği ve rehberliği, bu çalışmanın ve akademik duruşumun temelini oluşturmuştur.

Araştırmamın uygulanabilirliğini sağlayan, gerekli izinleri sağlayarak çalışmamın gerçekleşmesine olanak tanıyan Hani Devlet Hastanesi yönetimine de teşekkür ederim. Araştırmamın sahada uygulanabilmesi adına sağladıkları iş birliği ve anlayış, çalışmamın en önemli yapı taşlarından birini oluşturmuştur.

Bu süreçte katkısı olan, fikirleriyle bana ilham veren ya da manevi destek sağlayan başta çalışma arkadaşlarım olmak üzere tüm kişi ve kurumlara gönülden teşekkür ederim. Bu tez, sadece akademik bir çalışma olmanın ötesinde, pek çok kişinin ortak emeği ve desteğiyle ortaya çıkmıştır.

Muhammed Nur KAZAYLEK

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜRLER	II
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ	VII
1. ÖZETLER	VIII
1.1. Türkçe Özet.....	VIII
1.2. Abstract	X
2. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
3. GENEL BİLGİLER	3
3.1. Geçmişten Günümüze Dünyada ve Ülkemizde Aşı Üretimi.....	3
3.2. Çocukluk Çağında Yapılan Aşılar	4
3.2.1 Ülkemizde uygulanan aşı takvimi	4
3.2.2. Aşı programımızda yer alan ve uygulanan aşılar	5
3.2.2.1.Hepatit B.....	5
3.2.2.2. Verem aşısı (BCG)	6
3.2.2.3. Beşli karma aşı (DaBT-İPA-HiB aşısı).....	6
3.2.2.4. Ölü poliovirüs aşısı (IPA) ve canlı poliovirüs aşısı (OPA)	6
3.2.2.5. Konjuge pnömokok aşısı (KPA)	6
3.2.2.6. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısı	7
3.2.2.7. Hepatit A.....	7
3.2.2.8. Suçiçeği	7
3.2.3. Aşı programımızda yer alan özel aşılar	7
3.2.3.1.Rotavirüs aşıları	7
3.2.3.2. Rotashield	8
3.2.3.3.RotaTeq (RV5)	8
3.2.3.4.Rotarix (RV1).....	8
3.2.3.6.B subtipi bulunan meningokok aşıları	8
3.2.3.7.Bexsero	8
3.2.3.8.A/C/W135/Y subtipleri bulunan konjuge aşılar	9
3.2.3.9.MenACWY-DT (Menectra)	9
3.2.3.10.MenACWY-CRM (Menveo)	9
3.2.3.11.MenACWY-TT (Nimenrix)	9

3.3. Aşı İçeriği.....	9
3.3.1. Aktif bileşen	9
3.3.2. Adjuvanlar (Yardımcılar)	10
3.3.4. Koruyucular (prezervatifler)	10
3.3.5. Stabilizatörler.....	10
3.4. Aşı Reddi ve Aşılarla Karşı Tereddüt.....	11
3.4.1. Aşı tereddütü	11
3.4.2. Aşı reddi	11
3.4.3. Aşı karşıtlığının ilk zamanları	11
3.4.4. 20. yy'da aşı karşıtlığı	12
3.4.5. Ülkemizde aşı karşıtlığı.....	13
3.4.6. Sanal ortamlarda aşı karşıtlığı.....	13
3.4.7. Aşıların reddedilmesinin sebepleri	14
3.4.8. Otoimmün hastalık kaygısı ile aşılama arasındaki ilişki	14
3.4.9. Otizm kaygısı ve aşı ilişkisi	15
3.4.10. Aşı ve infertilite arasındaki ilişki	16
3.4.11. Aşı şirketlerine güvensizlik.....	16
3.4.12. Aşının reddedilmesinin dini nedenleri	16
3.5. Çocuk Hemşiresi ve Aşı Karşıtlığı: Hemşirelerin Rolü ve Müdahale Stratejileri.....	17
3.5.1. Çocuk hemşiresinin aşı karşıtlığına yönelik rolü	18
3.5.2. Toplumsal farkındalık yaratma ve aşı karşıtlığına müdahale stratejileri.....	18
3.5.3. Çocuk hemşirelerinin aşı karşıtlığına karşı savunuculuk yapması	19
4. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4.1. Araştırmanın Tipi	20
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
4.4. Veri Toplama Araçları.....	21
4.4.1. Kişisel bilgi formu.....	21
4.4.2. Çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveynlerin tutumları ölçeği.....	21
4.4.3. Aşı kararsızlığı ölçeği	22
4.4.4. Verilerin analizi	23
4.4.5. Araştırmanın etiği	23

4.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları.....	24
5. BULGULAR.....	25
6. TARTIŞMA.....	40
7. SONUÇLAR	42
8. KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	48
ÖZGEÇMİŞ.....	58
ORJİNALLİK RAPORU.....	59



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AKÖ: Aşı Kararsızlığı Ölçeği (Vaccine Hesitancy Scale)

BCG: Verem Aşısı

CDC: Center for Disease Control and Prevention

DaBT-İPA-HiB Aşısı: Beşli karma aşı

GBP: Aşı Geliştirme Programı

GBS: Guillain-Barre Syndrome

Hepatit A: Hepatit A aşısı

İPA: Ölü Polyovirüs Aşısı

İTP: İdiopatik Trombositopenik Purpura

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak

KPA: Konjuge pnömokok aşısı

Menectra: MenACWY-DT aşısı

Menveo: MenACWY-CRM aşısı

MS: Multiple Skleroz

Nimenrix: MenACWY-TT aşısı

OPA: Canlı Polyovirüs Aşısı

PACV: Parents Attitudes About Childhood Vaccines (Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği)

RV1: Rotarix aşısı

RV5: RotaTeq aşısı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Suçiçeği: Suçiçeği aşısı

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Günümüzde Türkiye’de Geçerli Olan Aşı Takvimi.....	5
Tablo 2. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	25
Tablo 3. Değişkenlere ait Ortalama, Normal Dağılım ve Güvenirlilik Bulguları.....	26
Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere ait Korelasyon Analizi.....	27
Tablo 5. AKÖ Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları.....	28
Tablo 6. PACV Ölçeği ‘Davranış’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları.....	30
Tablo 7. PACV Ölçeği ‘Genel Tutum’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları.....	32
Tablo 8. PACV Ölçeği ‘Güvenlilik/Etkililik’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları.....	34
Tablo 9. PACV Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları.....	36
Tablo 10. Yaş, Çocuk Yaşı ve Çocuk Sayısının AKÖ, PACV ve PACV Alt Boyutları ile İlişkisi.....	
Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	

Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Karşı Tutumları

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Muhammed Nur KAZAYLEK

Danışmanı: Doç. Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ

Anabilim Dalı: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZETLER

1.1. Türkçe Özet

Amaç: Araştırmanın amacı, ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi düzeylerinin, bağışıklama hizmetlerine karşı bakış açılarının, aşı yaptırma konusundaki çekincelerinin değerlendirilmesi ve çocukların aşılanma oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumu, yaptırma ya da yaptırmama nedenleri ve çocukluk çağı hakkında bilgileri ölçülmüştür. Araştırma, kesitsel ve ilişki arayıcı tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini, Diyarbakır ili Hani İlçe Devlet Hastanesi'ne başvuran ebeveynler oluşturmaktadır. Araştırma öncesinde gerekli tüm izinler alınmıştır. Araştırmada; Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği, Aşı Kararsızlığı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler ışığında parametrik testlerde, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), non paramatik testlerde ise Kruskal Wallis ve Mann Whitney U Testi testlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi bakılarak incelenmiştir. Araştırmada 250 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların %73.2'si kadın, %26.8'i erkektir. Katılımcıların yaşı 18 ile 65 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %68.8'i aşı ile ilgili bilgileri hemşire ve diğer sağlık personelinin, %22.8'i doktordan, %8.4'ü gazete ve dergilerden almıştır. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar kişinin daha fazla aşı kararsızlığı yaşadığını gösterir. Ölçek puanının artması bireylerin aşı konusunda tereddütlü olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Sonuç olarak gazete ve televizyondan aşı ile ilgili bilgi alanların aşı kararsızlığı düzeyi doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin bilgi alanlardan daha fazladır. Aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi cinsiyete göre, medeni duruma göre, aile

tipine göre, eğitim durumuna göre, eş eğitim durumuna göre, aşı hakkında bilgi alınan yere göre, gelir durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Anahtar Sözcükler: Ebeveyn, aşılar, aşı karşıtı, aşı tutumları, çocuklar



Parents' Attitudes Toward Childhood Vaccinations

Student's Surname and Name: Muhammed Nur KAZAYLEK

Adviser of Thesis: Doç. Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ

Department: Child Health and Psychiatric Nursing

1.2. Abstract

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the level of knowledge of parents about childhood vaccines, their perspectives on immunization services, their reservations about getting vaccinated and to determine the vaccination rates of children. In this study, parents' attitudes towards childhood vaccines, reasons for getting or not, and information about childhood were measured.

Material and Method: Correlation analysis was used to examine the relationship between the mean scores obtained from the scales. The study included 250 participants. 73.2% were female and 26.8% were male. Participants' ages ranged from 18 to 65. 68.8% of participating parents received information about vaccination from nurses and other healthcare personnel, 22.8% from doctors, and 8.4% from newspapers and magazines. Higher scores on the scales indicate greater vaccine hesitancy. Higher scale scores indicate higher vaccine hesitancy.

Results: As a result, the level of vaccine instability in newspaper and television vaccine-related information is higher than that of doctors, nurses and other medical personnel.

Conclusion: The level of behavior hesitant about vaccination varies according to gender, marital status, family type, education status, co-education status, location of vaccination, income status.

Keywords: Parents, vaccines, anti-vaccine, vaccine attitudes, children

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılar, insan sağlığını tehdit eden birçok bulaşıcı hastalığa karşı koruma sağlayan, bağışıklık sistemini uyararak hastalık etkenlerine karşı direnç oluşturan biyolojik ürünlerdir. Bu yönüyle, bireylerin hastalığa yakalanmadan önce bağışıklık kazanmasını sağlar ve enfeksiyonların bireyden bireye yayılmasını önleyerek toplum sağlığının korunmasında kilit rol oynar. Bağışıklık tepkisini artırma kapasiteleri sayesinde aşılar, sadece bireysel koruma sağlamakla kalmaz; aynı zamanda toplumun geneline yayılan toplu bağışıklığın oluşmasına katkıda bulunur. Bu durum, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını ve hatta bazı durumlarda tamamen ortadan kaldırılmasını mümkün kılar (1).

Aşılamalar, özellikle çocukluk döneminde uygulanan bağışıklama programlarıyla, kızamık, difteri, boğmaca, çocuk felci gibi hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlık oranlarının belirgin şekilde azalmasına neden olmuştur. Bu başarı, aşıların koruyucu sağlık hizmetleri içerisindeki önemini açıkça ortaya koymaktadır. Aşılar, modern tıbbın en etkili, ekonomik ve sürdürülebilir halk sağlığı müdahalelerinden biri olarak kabul edilmekte; salgın hastalıkların önlenmesinde, sağlık hizmetlerinin yükünün hafifletilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında temel bir araç olarak değerlendirilmektedir (1,2)

İmmünoloji biliminin en başarılı uygulamalarından biri olan aşılar, yalnızca sağlık alanında değil; aynı zamanda sosyal, ekonomik ve politik düzeyde de etkili sonuçlar doğurmaktadır. Aşılama, yoksulluğun azaltılması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sağlık sistemlerinin daha etkili işlemesi ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanması gibi birçok alanda doğrudan katkı sunmaktadır. Dolayısıyla aşı, yalnızca bir tıbbi uygulama değil; aynı zamanda sosyal adaletin, toplumsal refahın ve sürdürülebilir kalkınmanın bir aracı olarak da değerlendirilmektedir (2).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 20. yüzyılın en büyük halk sağlığı başarısı olarak bağışıklamanın yaygınlaştırılmasını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve CDC'nin raporlarına göre, aşıların yaygın kullanımı sonucunda enfeksiyon hastalıklarında dramatik düzeyde azalmalar yaşanmıştır. Örneğin, tarihte milyonlarca insanın ölümüne yol açan çiçek hastalığı tamamen eradike edilmiş; poliomiyelit ve kızamık gibi hastalıklar ise birçok ülkede ya tamamen ortadan kaldırılmış ya da ciddi şekilde kontrol altına alınmıştır (2,3).

Aşıların en dikkat çekici özelliği, hem bireysel düzeyde hem de toplumsal düzeyde etki göstermeleridir. Bu nedenle geniş kitlelerin aşılınması, sadece aşılanan bireylerin değil, aşılanamayan riskli grupların da korunmasını sağlamaktadır. Ancak bu başarı, doğrudan aşılanma oranlarına bağlıdır. Aşılamaya olan güvenin azalması, yanlış bilgi yayılımı ve özellikle sosyal medya aracılığıyla yayılan aşı karşıtı söylemler, son yıllarda aşı tereddüdünü artırmış ve bağışıklama oranlarında düşüşlere neden olmuştur. Aşı karşıtlığı, yalnızca bireylerin değil, toplumun genel sağlığını da riske atan ciddi bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir (3).

Toplumların aşıya karşı bakış açıları, bilgi düzeyi, inançlar, kültürel değerler ve bireysel deneyimlerle şekillenmektedir. Özellikle çocukluk çağı aşıları söz konusu olduğunda, ebeveynlerin bu konudaki bilgi düzeyleri, tutumları ve kararları büyük önem taşımaktadır. Zira çocukların aşılınması, doğrudan ebeveynlerin kararlarına bağlıdır. Bu nedenle, ebeveynlerin aşılanma konusundaki tutumlarının ve karar verme süreçlerinin anlaşılması, bağışıklama programlarının etkinliğini artırmak açısından kritik bir gerekliliktir. Hemşireler, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi düzeylerini artırmada ve aşı konusundaki kaygılarını gidermede önemli bir rehberlik rolü üstlenmektedir (3).

Bu doğrultuda hazırlanan bu tez araştırmasının amacı, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi düzeylerini, aşılanma hizmetlerine karşı bakış açılarını ve aşı yaptırmada konusundaki çekincelerini değerlendirmek; bu faktörlerin aşı kararlarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Geçmişten Günümüze Dünyada ve Ülkemizde Aşı Üretimi

Çiçek aşısının üretimi ve kullanımı Osmanlı döneminde 1840'lı yıllarda başlamıştır. Aşılama uygulamasının yaygınlaştırılması için 1846 senesinde İstanbul'da belli başlı yerlerde aşı merkezleri kurulmuş ve aşıları uygulamak üzere doktorlar yetkilendirilmiştir (1). Dünyada ilk defa doğumdan sonraki 3 ay içinde çiçek aşısı uygulanması 1868 yılında Osmanlı İmparatorluğu'nda kanunla zorunlu tutuldu (1).

Küresel bir tehdit olan kuduz hastalığına karşı bulunan kuduz aşısı 1885 yılında Louis Pasteur tarafından keşfedildi. Osmanlı Devleti'nin padişahı Sultan 2. Abdülhamid tarafından Paris'te eğitim almak üzere bir heyet görevlendirildi. 6 ay eğitim alan heyet döndüğünde, 1887 yılında dünyadaki üçüncü kuduz enstitüsünü kurup aşı çalışmalarına başladı (1, 2).

Emire Roux, 1894 yılında difteri serumunu keşfedip dünyaya tanıttı. Yerli difteri serumu 1895 yılından itibaren üretilmeye başlandı (1). 1893 yılında kurulan Bakteriolojihane-i Şahane'de difteri, tifüs, kolera, veba ve dizanteri aşıları ve meningokok serumu üretildi (3).

Bir zaman sonra ülkemizde aşı üretimi durdurulup 1998'den itibaren aşılar yurt dışından getirilmeye başlandı. Ancak son zamanlarda yerli ve yeni aşı üretimine önem verilmeye başlandı ve bu alanda çalışmalar yapıldı. Karışık 4'lü, 5'li ve pnömokok aşılarının ambalajlanması ve şırıngalara doldurulması teknolojileri 2009-2010 yılında ülkeye girmiş ve çalışmaya başlamıştır (3).

19. yüzyıl boyunca Avrupa ve Kuzey Amerika'da çiçek aşısının zorunlu tutulmasına yönelik yasalar yürürlüğe girmiştir. 1958'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Sağlık Asamblesi'nde Sovyet delegesi V.M. Zhdanov, endemik bölgelerde kapsamlı aşılama kampanyaları sayesinde 4-5 yıl içinde çiçek hastalığının tamamen ortadan kaldırılabilceğini öne sürmüştür. 1959'da bu öneri kabul edilmiştir. Ancak yoğun aşılama çalışmalarına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde kampanya istenen başarıyı sağlayamamıştır. 1966'da DSÖ, Çiçek Hastalığı Eradikasyon Birimi'ni oluşturmuştur. DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF gibi ilgili kuruluşların sağladığı finansman sayesinde aşılama programları dünya çapında yaygınlaşmıştır. 1974'te DSÖ genişletilmiş aşılama programını duyurmuş ve bu program sayesinde gelişmekte olan ülkelerde çocuklar arasındaki aşılama oranları

hızla artmıştır. Sonuç olarak, yürütülen kampanyalar neticesinde çiçek hastalığının bilinen son vakası 1977'de Somali'de görülmüş ve hastalık küresel çapta tamamen yok edilmiştir (4,5).

3.2. Çocukluk Çağında Yapılan Aşılar

3.2.1 Ülkemizde uygulanan aşı takvimi

Aşı; Çocukların ve yetişkinlerin sağlığını tehlikeye sokan bulaşıcı hastalıklardan ve bunlara bağlı oluşan önemli sağlık sorunlarından korumak üzere en önemli ve maliyeti düşük önlemlerden biridir. Her çocuğun aşıyla önlenabilir hastalıklardan korunma hakkı vardır (6).

"Ulusal Aşılama Programları" zaman içerisinde sıklıkla değişmektedir ve bu değişikliklerin ülkeler için belirli bir vakti bulunmamaktadır. Değişikliklerin yapılmasını gerektiren önemli faktörler şunlardır: (7)

- 1) Hastalığın görülme sıklığı
- 2) Güvenli, etkili ve rahat erişilebilir aşılarla sahip olmak

"Ulusal Aşılama Programları" zamanla sürekli olarak değişiklik gösterir ve bu değişikliklerin uygulanması için belirli bir zaman dilimi yoktur. Bu değişikliklerin gerekliliğini belirleyen önemli faktörler, hastalıkların görülme sıklığı ve güvenli, etkili ve kolay erişilebilir aşıların bulunmasıdır. Aşılamayla önlenilecek birçok salgın hastalık vardır ve bu hastalıklar, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, dünya genelinde ölüm oranları (mortalite) ve hastalık oranları (morbidity) üzerinde önemli etkiye sahiptir. Riskli dönemlerden önce genç, yaşlı ve yeni doğan herkesin aşılması gerekmektedir. Bu uygulama, birinci basamak sağlık kurumlarının en önemli görevlerinden biridir (8).

Dünya Sağlık Örgütü aşıyla önlenilebilir 6 hastalığı önlemek üzere 6 yaşından önce aşılamanın ciddiyetini belirtiyor. Ülkemizde 1981'de başlatılan Aşı Geliştirme Programı (GBP) başlangıçta 5 hastalığı kapsıyordu (9). GBP'nin hedefleri arasında:

- Her yeni doğan bebeği güncel aşılama takvimine göre aşılamak,
- Aşılamaları kaçırılan bebek ve çocukları tespit ederek kaçırılan aşılarının yapılması vardır (10).

Türkiye'de halihazırda Aşı Geliştirme Programı kapsamında hepatit B, tüberküloz, kabakulak, kızamık, kızamıkçık, boğmaca, çocuk felci, difteri, hemofilus

influenza tip B, hepatit A, pnömokok konjugat, su çiçeği ve tetanoz aşılı aile sağlığı merkezlerinde ücretsiz bir şekilde tüm bebeklere uygulanmaktadır (11).

Türkiye'de, Ulusal Çocuk Aşılama Takvimi, Aşılama Danışma Kurulu tarafından yılda en az iki kez hazırlanmakta ve yeni bilgilere göre güncellenmektedir (13).

Tablo 1. Günümüzde Türkiye’de Geçerli Olan Aşı Takvimi (12)

Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2025)												
	DOĞUM	2. AY SONU	4. AY SONU	6. AY SONU	9. AY SONU	12. AY SONU	18. AY SONU	24. AY SONU	48. AY	13 YAŞ		
Hep-B	I											
BCG		I										
KPA		I	II			RAPEL						
DaBT-İPA-Hib-HepB		I	II	III			RAPEL					
OPA				I			II					
Suçiçeği						I						
KKK					EK DOZ	I			II			
Hep-A							I	II				
DaBT-İPA									RAPEL			
Td										RAPEL		

- Hep-B: Hepatit B Aşısı - BCG: Verem Aşısı - KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı - DaBT-İPA-Hib-HepB: Difteri, asellüler bağmoca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı	- OPA: Oral Polio Aşısı - KKK: Kazamık, Kazamıkçık, Kabakulak Aşısı - Hep-A: Hepatit A Aşısı - Td: Erşkin Tetanos difteri Aşısı - Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı	Aşı Detayları için QR Kodu Okutunuz
--	---	--

ERİŞKİN DÖNEMİ AŞI UYGULAMALARI	
Sağlıklı Erşkinlere Önerilen Aşılar - Td: Erşkin Tetanos difteri GEBELER - Tdab: Erşkin Tetanos, difteri, asellüler bağmoca - Td: Erşkin Tetanos difteri - Grip 65 YAŞ VE ÜZERİ - Pnömonokok - Grip	Risk Grubunda Yer Alan Erşkinlere Önerilen Aşılar - Hepatit B - Hepatit A - Pnömonokok - Grip - Meningokok - Suçiçeği - KKK: Kazamık, Kazamıkçık, Kabakulak

Bilgi için doktorunuza başvurunuz. asi.saglik.gov.tr

3.2.2. Aşı programımızda yer alan ve uygulanan aşılar

3.2.2.1. Hepatit B

Rekombinant DNA yöntemiyle ile üretilen ve intramüsküler olarak uygulanan ölü aşıdır (6). Hepatit B aşısının ulusal programa eklenmesi ilk olarak 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerildi. Hem hepatit B enfeksiyonuna karşı korunmak hem de buna bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların ve kanserin görülme sıklığını azaltmak amacıyla 1998 yılından itibaren ülkemizde 3. 4. ve 9. aylarda uygulanmaya başlandı (10,7). Aşının uygulanma vakitleri zamanla değişiklik göstererek 2003 yılında 0, 2, 9. aylarda; 2006'da ise 0, 1, 6. aylarda uygulanacak şekilde değiştirildi (7).

Ülkemizde 1990 yılında 5 yaş altı çocuklarda 370 hepatit B vakası görülürken, 2014 yılında 20 vakaya rastlanmıştır. Akut hepatit B görülme sıklığı 1990 yılında binde 6,2 iken 2015 yılında binde 0,3'e gerilemiş ve 2009 yılından bu yana binde 1'in altına inmiştir (10).

3.2.2.2. Verem aşısı (BCG)

1951 yılında uygulanmaya başlanan BCG aşısı, 1997'ye kadar doğumdan başlayıp 4 doz uygulanacak şekilde devam ediyordu. Daha sonra son 2 doz, etkinliğin düşük olması nedeniyle aşılama programından çıkarıldı. Zamanla bebeklerin doğumda intradermal aşılanmasının zorluğu nedeniyle; Aşının kullanımını kolaylaştırmak, ortaya çıkabilecek olumsuz durumları azaltmak ve aşının bağışıklık sistemi üzerindeki etkisini arttırmak için aşının kullanım süresi 2. ay olarak güncellendi. Bir müddet 2. ay ve ilkokul birinci sınıfta bir süre uygulanan BCG takviye dozunun ne kadar etkili olduğu net olarak belirlenemediğinden 2006'da aşının takviye dozu iptal edildi. 0-3 ay içerisinde uygulanabilen BCG aşısı, 2. aydan itibaren bir doz olarak yapılmaya başlandı ve günümüzde de bu şekilde devam ediyor (7, 10).

3.2.2.3. Beşli karma aşı (DaBT-İPA-HiB aşısı)

Bu aşı ülkemizde ilk kez 1937 yılında DB olarak yapılmıştır. DBT'nin kombine kullanımı dünyada ilk olarak 1948 yılında, ülkemizde 1968 yılında uygulanmaya başlamıştır (11).

Hib 2006 yılında aşı takvimine eklendi. Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk felcini ortadan kaldırarak yüksek aşılama başarı oranlarını koruyabilecek ülkelerin IPA'ya geçiş için uygun olacağını açıklamasının ardından 2008'de aşılama planına IPA eklenerek DaBT-İPA-Hib şeklinde karma aşı reçete edilmeye başlandı (7). 2025 yılında yapılan değişiklikle birlikte Hepatit B de eklenerek uygulanmaya başlandı.

3.2.2.4. Ölü polyovirüs aşısı (IPA) ve canlı polyovirüs aşısı (OPA)

Ülkemizde uygulanan aşı takviminde 1. ve 2. doz 5'li karma aşı içerisinde IPA olarak intramüsküler uygulanmaktadır. Sonraki iki doz, 6 ve 18. aylarda IPA olarak 5'li karma aşı olarak intramüsküler olarak, OPA ise oral yoldan uygulanır (6).

OPA aşısı canlı olduğundan dolayı aşı uygulanacak çocuğun veya ailesinden birinin bağışıklıkla ilgili herhangi bir probleminin olup olmadığı dikkatle kontrol edilmelidir (6).

3.2.2.5. Konjuge pnömokok aşısı (KPA)

Konjuge ve polisakkarit olmak üzere inaktif iki türü olan pnömokok aşısı ilk başta 14 değerlikli bir polisakkarit aşı olarak üretildi. 1983'ten beri ise yaygın olarak

23 değerlikli pnömokok aşısı kullanılmaktadır (13, 6). Türkiye’de 7 değerlikli konjuge pnömokok aşısı 2008 yılında, 13 değerlikli KPA ise 2011 yılında uygulanmaya başlanmıştır (14). KPA-13 bebek doğduktan altı hafta sonra uygulanabilir (6).

3.2.2.6. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısı

1970’li yıllardan itibaren ülkemizde uygulanmaktadır. Canlı bir aşı olan KKK’nin yıllar geçtikçe dozajı ve kullanım süresi değişmiştir (7).

KKK aşısı, salgın zamanlarında altı aylık ve daha büyük bebeklere tek doz olarak uygulanabilmektedir. Ancak 6-12 aylıkken yapılan bu tek doz KKK aşısı ilk doz sayılmaz. 1 yaşını dolduran çocuğa en az 4 hafta arayla iki doz şeklinde KKK aşısı uygulanmalıdır (7).

3.2.2.7. Hepatit A

Hepatit A aşısı virüs kaynaklı hepatitin önlenmesinde veya kontrolünde çok önemlidir. Hepatit A açısından Türkiye orta riskli bölgede bulunmaktadır (10). Hepatit A, cansız bir aşıdır ve intramüsküler enjeksiyon yoluyla uygulanır. 1 yaşından sonra Hepatit A aşısının yapılmasında bir sakınca yoktur (6).

3.2.2.8. Suçiçeği

Suçiçeği aşısı canlı bir aşıdır ve ilk olarak 1974 yılında geliştirilmiştir (15). Suçiçeği aşısı bir yaşından sonra yapılır. Mevcut aşılama takvimimizde 12. ayda tek doz olarak uygulanmaktadır. Su çiçeği aşısını yaptırmayan tüm yaş gruplarına 4 hafta arayla 2 doz aşı uygulanması tavsiye ediliyor (6).

3.2.3. Aşı programımızda yer alan özel aşılar

3.2.3.1. Rotavirüs aşıları

Rotavirüs ilk kez 1963 yılında keşfedildi ve adlandırıldı. 1973 yılında insanlarda ciddi mide-bağırsak iltihabına neden olduğu keşfedildi. Rotavirüs enfeksiyonunun çok yaygın ve özellikle 5 yaş altı çocuklarda şiddetli görülmesi nedeniyle çocukluk çağında aşılama gerekli hale gelmiş ve bu alanda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Aşı çalışmaları ilk olarak 1970’li yıllarda başladı ancak birinci nesil aşılar başarılı olamadı. Ardından 1990’lı yıllarda ikinci nesil aşı çalışmaları başladı. Bu aşılardan tümü canlı olup ağız yoluyla uygulanır. Doğal rotavirüs enfeksiyonuna benzer koruma sağlayabilir (16).

3.2.3.2. Rotashield

Amerika Birleşik Devletleri'nde lisanslı olan, 2, 4 ve 6. aylarda kullanılan, 1998'de uygulanmaya başlanan ancak invajinasyon ile ilişkisi olduğu gerekçesiyle piyasadan kaldırılan ilk rotavirüs aşısıdır (16).

3.2.3.3.RotaTeq (RV5)

İlk kullanımı 2006'da oldu. Bu, ruhsat alan ikinci rotavirüs aşısıdır. Ülkemizde de onaylanmıştır ve önerilen aşılama programı 2, 4 ve 6 ayda yapılması planlanan 3 dozdur (6, 16).

3.2.3.4.Rotarix (RV1)

Bu Türkiye'de kullanımına onay verilen ikinci rotavirüs aşısıdır. En az 4 hafta arayla 2 doz halinde kullanılır. Aşılama programımızda 2. ve 4. ayda yapılması tavsiye edilmektedir (6).

Rotavirüs aşısına hangi aşıyla başlatılmışsa aşılama yine aynı aşı ile devam etmek gerekir. Başka aşılarda birlikte uygulanmasında bir engel yoktur (6). Canlı bir aşı olduğu için immün sisteminde sorun olan çocuklara yapılmamalıdır (6).

3.2.3.5.Menenjit aşıları

N. menenjit 13 serogrupa ayrılır. Ülkemizde W135 ve B serotipi olmakla birlikte C serotipi bulunmamaktadır. Meningokok bakterisinin neden olduğu hastalıklardan korumak amacıyla ilk olarak polisakkarit aşılar geliştirildi ancak 2 yaş altı çocuklara yapılamadığından ve takviye dozlarının sık sık verilmesi gerektiğinden her yaş grubuna uygulanabilen konjuge aşılar geliştirildi. Şu anda polisakkarit aşısı sadece endikasyonu olan 55 yaş üstü kişilere önerilmektedir (17).

3.2.3.6.B subtipi bulunan meningokok aşıları

Türkiye'de tek bir çeşidi bulunmaktadır.

3.2.3.7.Bexsero

Aşılama 2 ila 6 ay arasında başlıyorsa, en az birer ay arayla üç doz, 12 ila 23 ay arasında takviye dozu, Aşılama 6-23. aylarda başlanmışsa en az iki ay ara ile iki doz ve iki yaşında bir kez rapel doz, Aşılama 2 ila 10 yaş arasında başlanıyorsa en az iki ay arayla iki doz halinde uygulanması önerilir (18).

3.2.3.8.A/C/W135/Y subtipleri bulunan konjuge aşılar

Toplamda 3 tipi vardır ve üçü de Türkiye’de mevcuttur.

3.2.3.9.MenACWY-DT (Menectra)

9 ila 23. Aylarda 2 doz uygulamak ve dozlar arasında en az 3 ay bırakmak gerekir. 2 ila 55 yaşları arasında ek doz olarak 1 doz aşı yapılması tavsiye edilir (18).

3.2.3.10.MenACWY-CRM (Menveo)

Aşılama, çocukta 2. ve 6. aylar arasında başlanmışsa 2, 4, 6 ve 12. aylarda dört doz, eğer 6. aydan sonra başlanmışsa 7. ve 12. aylarda yapılması, 2 yaşından sonra ise tek doz şeklinde uygulanması önerilmiştir (18).

3.2.3.11.MenACWY-TT (Nimenrix)

Bu aşı 1 yaşın altındaki çocuklar ile yetişkinler için tek doz olarak uygulanır (18). Menenjit aşısının farklı aşılarla birlikte yapılmasında bir sakınca yoktur (18, 17).

3.3. Aşı İçeriği

Tüm dünyada bulaşıcı hastalıkların önüne geçmek için aşının kullanılması ve çocuklarda kullanılan aşının artmasıyla birlikte bu dönemlerde bulaşıcı hastalıklardan ölümlerde %90-100 oranında azalma görülmüştür (19).

Aşılar, patojen mikroorganizmalardan alınan ve enjekte edildiğinde bu mikroba karşı bağışıklık sağlayan antijenik yapıları içeren ürünlerdir (20).

Aşılar, antijen dediğimiz etken maddelerin yanı sıra, antijenlerin etkinliğini artıran çözücüler, adjuvanlar, koruyucular ve stabilizatörleri de içerir (3, 20).

3.3.1. Aktif bileşen

Bunlar bağışıklığımızda en önemli rolü oynayan aşıların içindeki maddelerdir. Aşıların içeriğinde yer alan ve bağışıklığın artmasını sağlayan ürünler şunlardır; (20)

1. canlı ya da öldürülmüş mikroorganizmalar; Öldürme işlemi kimyasallara ya da ısıya maruz bırakılarak yapılabilir.

2. virüsler; Bulaşıcı etkileri azaltılmış canlı virüs aşıları, çeşitli kimyasallar veya ısıyla etkisiz hale getirilen ölü virüs aşıları ve ölü virüs aşılarına benzer özelliklere sahip viral reseptörlerden ve reseptör polipeptit zincirlerinden türetilen aşılar.

3. Polisakkaritler, peptitler, proteinler ve nükleik asitler alt birim aşılar olarak isimlendirilen toksinlerdir.

3.3.2. Adjuvanlar (Yardımcılar)

Latince’de ‘Adjuvare’ yani yardım etmek ve güçlendirmek anlamına gelen kelimeden türemiştir. Aşılarda antijen görevi gören etkisini arttırdığından bu ismi almıştır (19).

Adjuvanlar, 1920'lerden bu yana antijene spesifik bağışıklık sisteminin verdiği yanıtın süresini uzatıp antijenin etkisini arttıran maddelerdir (21). Aşıya adjuvanların eklenmesi;

- Farklı yöntemlerle meydana gelen antijenlerin neden olduğu bağışıklık tepkisinin arttırılması,
- Tekrarlanan aşı sıklığının azaltılması ve dolayısıyla maliyetin düşürülmesi,
- Yaşlılarda, bebeklerde ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde aşının etkinliğinin arttırılması,
- Daha kısa sürede maksimum güç ve uzun vadeli güvenlik oluşturma,
- Mukozal bağışıklığın uyarılmasıyla antijenlerin mukozal yüzeylerden emiliminin artması,
- Hücresel bağışıklığın etkinleştirilmesi gibi hedefleri içerir (21, 22).

Aşılarda kullanılan adjuvanlar bağışıklık sisteminin verdiği yanıtın türüne göre seçilmeli, yan etkisi en az olmalı ve antijenle kombine edilmelidir (21).

3.3.4. Koruyucular (prezervatifler)

Aşılarda koruyucu madde kullanılmasının amacı bakteri ve mantarların oluşumunu önlemek veya yok etmektir. Bu amaçla en çok kullanılan madde içeriğinde civa bulunan bir koruyucu olan tiyomersaldir. Tiyomersal dışında kullanılan koruyucu maddeler; fenol ve 2-fenoksi etanoldür (23).

3.3.5. Stabilizatörler

Aşı formülasyonlarında sıkça tercih edilen stabilizatörler;

- Şekerler (sukroz, laktoz)
- Amino asitler (glisin, monosodyum glutamat (MSG))

- Proteinler (insan serum albümini, jelatin) olup, bu maddelerin insan vücuduna zehirleyici etkileri yoktur (23).

3.4. Aşı Reddi ve Aşılarla Karşı Tereddüt

3.4.1. Aşı tereddütü

Aşının içerdiği maddelere, yere ve zamana göre farklılık gösteren durumdur. Ebeveynler aşıların bazılarını kabul ederken bazılarını ya reddetmekte ya da geç kabul etmektedir. (23).

3.4.2. Aşı reddi

Aşmayı reddetmek, aşı şüpheciliğinin en üst düzeyidir. Bu kişiler aşmaya şiddetle karşı çıkmaktadır ve hiçbir aşının yapılmasını kabul etmemektedir. Bilimsel delillerle sunulsa dahi bu konudaki görüşleri değiştiremiyor (23).

3.4.3. Aşı karşıtlığının ilk zamanları

Aşılama, bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en etkili yolu olmakla birlikte CDC ve WHO tarzı kuruluşlar, raporlarında aşılar ile bulaşıcı hastalıkların neden olduğu ölümlerin azaldığını ve bazı hastalıkların eradike edildiğini belirtmişlerdir. Ancak tüm bu bulgulara rağmen aşı karşıtlığı, aşıların keşfedildiği günden bu yana var olan bir kavramdır. Uzun süredir nedeni tam olarak anlaşılamayan hastalıkların sorumlusu olmuşlardır (24).

Aşıyla mücadele en başta İngiltere'de Edward Jenner'ın aşmaya karşı olan çalışmalarıyla birlikte gündeme oturmuş, aynı zamanda E. Massey isimli bir din adamının da Allah'ın insanlara ceza vermek amacıyla hastalıklar getirdiğini ancak bunu aşılarla önlemenin Allah'a karşı gelmekten farkı olmadığını söylemişti. İngiltere'de 1853'te zorunlu hale geldi ve aşmayı reddedenlere para cezası verildi. 1864'te çıkan salgınla birlikte yasa sıkı bir şekilde uygulandı (25).

İngiltere'de 1853-1880 yılları arasında aşmaya karşı olan dernekler kurulup bu konuyla alakalı dergi ve kitaplar basılmıştır. Bunların da etkisiyle aşmaya karşı olanların sayısı arttı ve 1885'te yüz bin kişilik bir gösteri düzenlendi. Bu olayların ardından 1898'de yeni "Aşı Kanunu" çıkarılarak kümülatif cezalar kaldırıldı. Benzer bir aşı kanunu 1870 yılında Amerika'da çiçek hastalığı salgını nedeniyle çıkarılmıştır (26).

J. Pitcairn'in aşı karşıtı konferansı 1907'de Amerika'da yapıldı. Bu konferanstan bir yıl sonra Philadelphia'da 'Amerikan Aşı Karşıtı Birliği (Anti-Vaccination League of America)' kuruldu. Bu dönemde O.Cruz, Brezilya'da aşı karşıtı bakış açısına önderlik etti ve "Aşı Direnci" (Revolta da Vacina) adlı bir kampanya başlattı (24).

3.4.4. 20. yy'da aşı karşıtlığı

İngiliz gastroenterolog Andrew Wakefield ve meslektaşlarının 1998 yılında yaptığı araştırmada, KKK aşısı yapıldıktan bir ay sonra sekiz çocukta ilk defa otizm bulguları görülüyordu. Daha sonra bu çocuklar tanımlanarak bir yayın çıkarıldı. 8 çocuğun tamamında gastrointestinal semptomlar mevcuttu ve endoskopik muayenede nodüler lenfoid hiperplazi tespit edildi. Buna göre Wakefield ve meslektaşları, KKK aşısının bağırsak iltihabına neden olduğunu ve kan dolaşımından beyne geçerek ensefalopatik peptitlerin gelişimini olumsuz etkilediğini ileri sürdü. Bu çalışma aynı yıl The Lancet dergisinde yayımlandı. Bu çalışmanın kusurları yayımlanmasından bu yana açıkça ortadadır;

- Aşılama sonrası otizmin ortaya çıkmasının nedenini veya rastlantısallığını belirleyecek bir kontrol grubu yoktur.
- 1998'de İngiltere'de otizmin görülme sıklığı iki binde birdi. KKK aşısından kısa bir süre sonra ayda yaklaşık yirmi beş çocuğa zaten otizm tanısı konuluyor.
- Endoskopik veya nöropsikolojik değerlendirmelerden elde edilen veriler sistematik olarak toplanmadı ve körlüğü kaldırılmadı.
- KKK aşısı virüslerinin kronik bağırsak iltihabına veya bağırsak bariyeri fonksiyonu kaybına neden olduğu bulunmamıştır.
- Wakefield ve arkadaşlarının belirttiği gibi bağırsaktan başlayıp beyne kadar giden ensefalopatik peptitlerin varlığı hiç kanıtlanmamıştır (27).

Çalışmanın yayınlanmasının ardından çocuklarına KKK aşısı yapılan tüm ebeveynler devlete dava açtı ve Wakefield'e aşı ile otizm arasındaki bağlantıyı kanıtlamak için ilgili kurumlardan ödeme yapıldığı ortaya çıktı. 2010'da çalışmadaki sorunlardan dolayı çalışma The Lancet'ten kaldırıldı. Wakefield'in tıbbi bilgileri tahrif etmesi nedeniyle doktorluk mesleğini yapması yasaklandı (26).

Çok uzun zamandır var olan aşı karşıtlığı, artık aşılardan etkinliğinin ve yan etkilerinin sorgulanması olarak görülüyor (26). Geçmişten günümüze aşı yaklaşımını değerlendirecek olursak. Aşılama, salgın hastalık korkusu nedeniyle erken dönemde yüksek oranda kabul edilirken, zamanla hastalıklar ortadan kaldırıldı ve bu hastalıklara dair korku unutuldu. Korkuların ve kötü deneyimlerin unutulması, aşıya duyulan ihtiyaç ve güven duygusunu azaltır. Aşılarla ilgili yanlış ve bilimsel olmayan yayınlar ortaya çıkmaya başlıyor ve ebeveynler üzerinde olumsuz etki yaratıyor. Çocuklarını koruma içgüdüleriyle hareket eden ailelerin bilimsel bilgilerden çok gazete haberlerinden etkilendikleri ve aşısız çocukların aşıları çocuklarla karşılaştırıldığında, aşısızların aşıları olanlardan daha sağlıklı olduğuna inandıkları görülmektedir (28).

3.4.5. Ülkemizde aşı karşıtlığı

Ülkemizde aşıya erişim sıkıntısı nedeniyle 2007 yılına kadar aşılama oranı % 75 civarındayken, 2007 yılından sonra bu oran % 95'e çıktı (29).

Dünyada 1990'lı yıllarda kullanılmaya başlanan "aşı reddi" kavramı Türkiye'de 2010'da kullanılmaya başlandı. Son zamanlarda aşı reddi vakalarının artmasıyla birlikte 2012'de WHO tarafından 'Aşı Tereddüt Çalışma Grubu' (Vaccine Hesitancy Working Group) kuruldu (29).

Türkiye'de 2015 yılında Ordu'da yaşayan bir savcının ikiz bebeklerine aşı yaptırmamasıyla birlikte medyada "aşı yaptırmayan savcının hukuki zaferi" olarak yer alan haberin ardından ülkemizde aşı reddi sayılarında ciddi artışa neden olmuştur. Nisan 2018 verilerine göre aşı olmayan aile sayısı 20 bini aşmıştır (30).

3.4.6. Sanal ortamlarda aşı karşıtlığı

Etkili aşı karşıtı isimler son yıllarda yapılan bir araştırmaya göre insanları etkiliyor. İnternette aşı karşıtı söylem içeren yaklaşık 31 milyon 400 bin sitenin olduğu tespit edilirken, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkin nüfusun %55'inin yalan, asılsız ve abartılı haberlerin yer aldığı bu sitelerle ilgilendiği belirtiliyor (31).

Aşıya karşı olan sitelerde ne tür haberlerin var olduğunu inceleyen bir araştırma yapıldı ve bu araştırmadan yola çıkılarak;

- Aşıların nedeni tam olarak bilinmeyen hastalıklara sebebiyet verdiği,
- Aşıların bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu,
- Pek çok yan etkisi olmasına rağmen bunlar gizlendiği,

- Dünyada uygulanan aşı politikalarının mevcut ticari kaygılar sonucunda şekillendiğine inanıldığı gözlemlendi (32).

Ayrıca rutin aşı uygulamalarının;

- İnsan hakkına uygun olmadığını,
- Bazı inanışlara ters düştüğünü,
- Alternatif tıp uygulamalarının hastalıkların tedavisinde yeterli korumayı sağladığına inanan kişiler de bulunmaktadır. Bu haberde dramatik olaylar anlatılarak insanların duyguları istismar edilmektedir (33).

3.4.7. Aşıların reddedilmesinin sebepleri

Aşının reddedilme nedenleri çeşitli olsa da ebeveynlerin bilgisizliği en önemli nedenlerden biridir. Ailelerin birinci basamak başvurusu sırasında etkin bir şekilde nasıl bilgilendirilebileceğine ilişkin bir araştırmada, hasta ziyaretinin kısa olduğu durumlarda ailelere üç farklı yöntem kullanılarak bilgi verilmiştir; basit sözel bilgi, kapsamlı sözel bilgi ve yazılı bilgi. Basit sözel bilgi, birçok grupta aşılama oranlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Kapsamlı sözlü bilginin özellikle kronik hastalığı olan ebeveyn gruplarında önemli olduğu ortaya çıkmıştır (34).

Aşı karşıtı ifadelerin en popülerleri;

- İçerisindeki kimyasallar insan sağlığına zararlıdır ve otizm ya da otoimmün hastalıklara neden olur.
- Aşı şirketlerine olan güvensizlik,
- Doğal yöntemlerle hastalıklara karşı bağışıklığın sağlanabileceğinin düşünülmesi (35),
- Dini endişeler (35).

3.4.8. Otoimmün hastalık kaygısı ile aşılama arasındaki ilişki

Bilindiği gibi otoimmün hastalıkların oluşmasında genetik faktörlerle birlikte çevresel faktörler de etkilidir (35). Otoimmün hastalıklar ile viral aşılar arasındaki ilişkiyi araştırmak için bir çalışma yapıldı ve aralarında herhangi bir ilişki bulunmadı (36).

İlk kez 1976 yılında Amerika’da çıkan H1N1 salgını sonrasında aşılanmanın otoimmün hastalık ortaya çıkarabileceği iddiası ortaya atılmıştır (37). O dönemde

uygulanan aşıların sonucunda yüz binde bir GBS (Guillain-Barre Syndrome) meydana geldiği söylenmiş ancak bir takım araştırmaların sonucunda bu oranın normalden daha az olduğu ve GBS hastalığını daha önceden geçirenlerde daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (38). Buna benzer olarak KKK aşısı yapıldıktan sonra ITP (idiopatik trombositopenik purpura) geliştiği iddiası ortaya atılmış fakat aşılama yapıldıktan sonra ITP gelişme oranı 1/30000 iken kızamık ve kızamıkçık hastalığını geçiren insanlarda bu oran 1/6000 ve 1/3000 olarak gösterilmiştir (38).

Bu konuyla alakalı bir başka olguda ise; 1991-1997 yılları arasında Fransa’da yapılan hepatit B aşısı sonrasında meydana gelen 35 hastanın MS (Multiple Skleroz) olmasından hepatit B aşısı sorumlu tutulmuştur. Araştırmalarda hepatit B aşısı ile demiyelinizan hastalıklar arasında bir bağlantı bulunmamasına rağmen aileler yine de aşıdan kaçındı. Çocuk hastalarda görülen akut HBV enfeksiyonunda da bu duruma bağlı olarak artış gözlenmiştir (39).

Aşıların diyabetle bağlantılı olduğu iddiaları da var ancak herhangi bir ilişki gösterilememiştir (40).

Tüm bunların sonucunda aşı ile otoimmün hastalıkların gelişmesi arasındaki ilişki karmaşıktır ve birçok faktörle etkileşim içindedir. Belirli gruplarda görülen ve aralarında net bir ilişki kurulamayan durumlar nadir olmakla birlikte, mevcut aşı uygulamalarını etkileyecek düzeyde olmadığı değerlendirilmektedir (24).

3.4.9.Otizm kaygısı ve aşı ilişkisi

Bir sinir sistemi gelişim bozukluğu olan Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB):

- İletişim ve sosyal etkileşimde bozulma,
- Tekrarlayan hareketler,
- İlgi alanı ve aktivite sınırlılığı,

İçeren ve son zamanlarda hızlı bir yükseliş gösteren hastalıktır. Nedeni net olarak bilinmese de genetik ile çevre arasındaki ilişki öne çıkmaktadır. Yaygınlığın artmasının sebebinin; Tanı kriterlerindeki değişiklikler, ebeveynlerin yaşının ilerlemesine ve sosyal farkındalığın artmasına bağlı olduğu tahmin edilmektedir (41). 1998 yılında Wakefield ile arkadaşları yaptığı bir çalışmaya dayanarak the Lancet'te KKK aşısının otizme yol açtığına dair bir makale yazıp yayımlandı.

OSB'li çocukların küçük kardeşlerinin aşılama oranlarının incelendiği bir araştırmada, OSB'li çocuklarda aşılama oranlarının OSB olmayan çocuklara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (42, 43).

Otizme neden olduğu iddiasıyla suçlanan bir başka madde de aşının içindeki tiyomersaldir. Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Danimarka'dan elde edilen verileri kullanan üç büyük ölçekli epidemiyolojik araştırma, içeriğinde tiyomersal bulunan aşılar ile otizm arasında hiçbir ilişki bulamadı (44).

Otizmi olan ve olmayan çocuklarda hamilelik ve bebeklik döneminde tiyomersal maruziyetini karşılaştırmak için bir çalışma yapılmıştır ve sonuç olarak otizmlili çocuklar ile otizmlili olmayan kişiler arasında maruz kaldıkları tiyomersal miktarı açısından herhangi bir değişkenlik olmadığı ortaya çıkarılmıştır (45).

Yapılan bu çalışmaların sonucuna göre CDC, tiyomersalin bir zehir olmadığını, kirliliği önlemek için kullanılan bir koruyucu olduğunu belirtmiştir (30).

3.4.10.Aşı ve infertilite arasındaki ilişki

Aşının kısırlığa neden olduğu düşünceleri çoğunlukla Orta Doğu ve Afrika ülkelerinden geliyor. Bilimsel olarak hiçbir dayanağı olmayan bu iddiaya göre aşı firmalarının Avrupa ve Amerika'da daha fazla olduğu ve amaçlarının Müslüman veya Afrikalı nüfusun artışıını önlemek olduğu yönünde. Bu iddianın sahiplerinin sunacakları hiçbir delil olmamasına rağmen, söz konusu Batılı ülkelerin aynı aşıları kendi halkları üzerinde de kullandıklarını görmezden geliyorlar (46).

3.4.11.Aşı şirketlerine güvensizlik

Bir başka iddiaya göre şirketleri yüksek miktarda kâr elde etmek amacıyla aşıları pazarlayıp, aşılarda zararlarını gizlemektedir (32). Aşılarda üreten şirketler sadece aşı üretmekle kalmayıp hastalıklara yönelik üreten firmalar aşılarda yanı sıra hastalıklara yönelik ilaçlar da üretiyor. Örneğin kronik hepatit B'nin ilaç tedavisinin fiyatı 500-1500 doz hepatit B aşısının fiyatına eşittir. Durum böyle olunca aşı üretmek hastalıkları önlemek yerine, hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan ilaçları pazarlamak çok daha akıllıca oluyor (30, 42).

3.4.12.Aşının reddedilmesinin dini nedenleri

Aşıya karşı olan grupların aşının içeriğine ilişkin bir diğer açıklaması ise fetal doku ve küretaj materyalinin varlığıdır. 1960'larda yapılan aşıyla alakalı bazı

çalışmalarda, kürtajla alınan iki kadındaki fetal hücrelerden elde edilen hücre kültürleri kullanıldı, ancak 1960'tan sonra aşı üretiminde hiçbir embriyo veya kürtajla alınan materyal kullanılmadı. 1960'lı yıllarda kullanılan maddeler, tıbbi sebeplerle küretaj veya küretaj yaptıran kadınlardan izin alınarak kullanıldığı belirtilmektedir. Yani mevcut komplo teorilerinde olduğu üzere sadece aşı üretmek için hamileliği sonlandırmak gibi bir durum ortada yoktur. 1960 yılından bu yana laboratuvar ortamında hücre kültürleri üretilmekte ve hazır hücre kültürleriyle aşı çalışmaları sürdürülmektedir (46).

Dini endişelerden kaynaklanan aşı karşıtı faktörlerin en önemlilerinden biri, aşıdaki jelatinin domuzlardan yapıldığı endişesidir. Jelatinin tüm aşılarda bulunmadığını ancak bazı aşılarda bulunduğu da belirtilmektedir. Aşının jelatin içerip içermediği kullanma talimatından kontrol edilmelidir. Bu konuda tereddüt eden aileler aynı hastalık için domuz jelatini içermeyen aynı etkiye sahip aşıları kullanabilirler. Dini mülahazalardan dolayı bu konu, Dünya İşlam Tıp Birimleri Teşkilatı'nın 1995 yılında Mısır'da yüzden fazla katılımcıyla yapılan toplantısında ele alınmıştır. Aşılarda kullanılan domuz jelatininin birçok süreçten geçerek domuz eti özelliklerini kaybettiğine dair ortaklaşa karar verip bir bildiri imzaladılar ve bu aşıların varlığına İşlami açıdan herhangi bir sakıncası bulunmadığını belirttiler (46).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve ülkemizde kullanılan aşılarda domuz jelatini kullanılmamıştır. Bunun yerine stabilizatör olarak sığır jelatini kullanılmaktadır (26).

3.5. ocuk Hemşiresi ve Aşı Karşıtlığı: Hemşirelerin Rolü ve Müdahale Stratejileri

Aşı karşıtlığı, dünya genelinde ocuk sağlığına yönelik ciddi tehditlerden biridir. Aşılar, toplumsal bağışıklığın sağlanması ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde temel bir rol oynamaktadır. Ancak, son yıllarda artan aşı karşıtlığı, bu temel sağlık önleminin etkinliğini tehdit etmektedir. Aşı karşıtlığı, genellikle yanlış bilgiler, kültürel inançlar ve toplumsal etkileşimlerden beslenmektedir. ocuk hemşireleri, bu konuda önemli bir sorumluluğa sahiptirler. Hemşireler, bilimsel temellere dayalı doğru bilgiyi ailelere ve topluma ulaştırarak, aşıların güvenliğini ve gerekliliğini anlatmalıdır (47).

3.5.1. Çocuk hemşiresinin aşı karşıtlığına yönelik rolü

Aşı karşıtlığı, genellikle bilgi eksikliklerinden, yanlış anlamalardan ve toplumsal etkilerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, çocuk hemşireleri, sadece aşı uygulamakla kalmamalı, aynı zamanda aşılarda doğru bilgi vererek, ailelerin kaygılarını gidermelidir. Hemşireler, bilimsel veriler ışığında, aşılarda güvenliğini ve etkisini anlatmalı, bu konuda ailelere rehberlik etmelidir. Hemşirelerin eğitici rolü, ailelerin aşı konusundaki kararlarını olumlu yönde etkileyebilir ve toplumsal bağışıklığı artırmada büyük bir öneme sahiptir (48).

Aşı karşıtlığıyla ilgili yapılan çalışmalarda, çocuk hemşirelerinin aşı konusunda bilgi eksikliği yaşayan ailelere doğru rehberlik yapmalarının, aşı karşıtlığını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Çocuk hemşireleri, yalnızca tıbbi bakımı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ailelere aşılarda yararları hakkında güven verici bilgiler sunarak, toplum sağlığını korur (49). Hemşirelerin bu konuda etkili bir şekilde iletişim kurabilmesi, ailelerin aşılarda kabul etme olasılıklarını artırmaktadır.

3.5.2. Toplumsal farkındalık yaratma ve aşı karşıtlığına müdahale stratejileri

Aşı karşıtlığı, yalnızca bireysel bir sağlık sorunu değil, toplumsal bir sorundur. Çocuk hemşirelerinin bu konuda toplumu bilinçlendirmeleri, aşılamayı yaygınlaştırmada anahtardır. Aşı karşıtlığı ile mücadele etmek için, hemşireler çeşitli toplumsal farkındalık kampanyaları düzenleyebilir, seminerler ve eğitim programları aracılığıyla aileleri bilgilendirebilirler. Hemşireler, aşılarda toplumsal faydaları hakkında bilgi vererek, aşılarda yalnızca bireyleri değil, toplumu koruyan önlemler olduğunu anlatabilirler (50). Bu tür toplumsal eğitim faaliyetleri, yanlış bilgilerin düzeltilmesine yardımcı olur ve ailelerin aşı konusunda bilinçlenmesini sağlar.

Birçok çalışmada, hemşirelerin toplumsal düzeyde aşı hakkında yaptığı eğitimlerin, bireylerin aşıya yönelik tutumlarını değiştirmede etkili olduğu görülmüştür. Aşı karşıtlığının azaltılması için hemşireler, bireysel düzeyde ailelerle de etkili iletişim kurarak, yanlış bilgilerin önüne geçebilir ve aşılamayı teşvik edebilirler (49). Ayrıca, sosyal medya ve dijital platformlar aracılığıyla ailelere ulaşmak da günümüzde etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

3.5.3. Çocuk hemşirelerinin aşı karşıtlığına karşı savunuculuk yapması

Aşı karşıtlığı, genellikle toplumsal ve kültürel faktörlerden beslenen bir olgudur. Bu bağlamda, çocuk hemşirelerinin savunuculuk yaparak, aşıların bilimsel temellerine dayalı doğru bilgileri yaymaları büyük önem taşır. Hemşireler, aşıların güvenliğini ve etkinliğini anlatan bilimsel verileri ailelere ve topluma sunarak, güven inşa edebilirler (47). Hemşirelerin savunuculuk rolü, yalnızca bilimsel verilerin iletilmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda toplumsal bağışıklığı destekleyen ve halk sağlığını koruyan bir sorumluluktur.

Aşı karşıtlığıyla mücadele etmek için, çocuk hemşirelerinin sadece aşıların bilimsel faydalarını anlatmakla kalmayıp, aynı zamanda aşı karşıtı propagandalarla mücadele etmeleri de gerekmektedir. Hemşireler, aşılamayı destekleyici mesajlar vererek ve toplumun güvenliğini kazanarak, bu önemli sağlık sorununun çözülmesinde kritik bir rol oynamaktadırlar (51).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel ve ilişki arayıcı tanımlayıcı tiptedir.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2023- Temmuz 2024 tarihleri arasında Diyarbakır ilinin Hani İlçe Devlet Hastanesinin acil polikliniğinde yapılmıştır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Diyarbakır ili Hani İlçe Devlet Hastanesi'ne başvuran 0-18 yaş arası çocuğa sahip olan ebeveynler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında bilinmeyen evrenlerde örneklem hesaplanması için önerilen aşağıdaki formül kullanılmıştır (52).

n: Örneklem büyüklüğü

t: Anlamlılık ($\alpha=0.05$ için $t=1.96$)

d: Örneklem hatası (Bu araştırma için 0.05 olarak alınmıştır). %95 güven aralığı için ($d= \mu * 0,05$). %99 güven aralığı için ($d= \mu * 0,01$).

σ = Standart sapma (evren ya da örneklem)

$$n = \frac{(t^2 \cdot \sigma^2)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96^2 \cdot 6.7^2)}{(19.0 \cdot 0.05)^2} = 190$$

Literatürde yapılan bir çalışmada (53), ebeveynlerin aşı kararsızlığı ölçeği puan ortalaması ve standart sapması 19.0 ± 6.7 olarak belirlenmiştir. Söz konusu çalışmaya dayanarak yapılan hesaplamalar sonucu %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile alınabilecek minimum örneklem sayısının 190 kişi olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında örneklem kayıpları olabileceği düşünülerek %30'luk ek örneklem araştırmaya dahil edilmiştir. Yapılan işlem aşağıdaki hesaplamaya göre yapılmıştır.

Ek örneklem: (Örneklem sayısı / Hata %) X 100

Ek örneklem: (190 / 30) X 100

Ek örneklem: 57 kişi

Ek örneklemin hesaplanmasından elde edilen sayı minimum örneklem sayısına eklenerek bu araştırmanın örneklemini elde edilmiştir. Bu hesaplamalar sonrası minimum 247 (190 + 57 ek örneklem) ebeveynin çalışma kapsamına alınmasına karar verilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Belirtilen hastaneye başvuran ve 0-18 yaş arası çocuğu olan ebeveynler.
- İşitme, anlama ve görme sorunları olmayan ebeveynler
- Araştırmaya katılmayı kabul ebeveynler.

4.4. Veri Toplama Araçları

4.4.1. Kişisel bilgi formu

Form araştırmacılar tarafından bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı bireyler, anne ve babanın mesleği gibi kişisel bilgileri içerecek şekilde hazırlanmış bir formdur.

4.4.2. Çocukluk çağı aşıları hakkında ebeveynlerin tutumları ölçeği

PACV (Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği) ölçeğinin geliştirilme sürecinde literatür destekli soru havuzu oluşturulmuş, odak grup görüşmeleri yapılmış, maddeler ile ilgili uzman görüşleri alınmış ve ebeveynlerden oluşan çalışma grubu üzerinde ön test gerçekleştirilmiştir. Bu sürecin sonucunda 18 maddelik ölçek oluşturulmuştur. Geliştirilen ölçek bir başka çalışmada 19-35 aylık çocukların ebeveynlerine uygulanarak ölçeğin yapısal geçerlilik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin son hali 15 maddeden ve emniyet etkililik, genel tutumlar ve davranış olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. PACV ölçeğinin ebeveynlerin gelecekteki aşılama davranışlarını tahmin etme düzeyini belirlemek için doğrulama çalışması yapılmıştır. Bu çalışma PACV'nin öngörü geçerliliğini ve test-tekrar test güvenirliğini göstermiştir (54).

Ölçekte sorularının cevapları, kapalı uçlu (evet/hayır/bilmiyorum), 5'li likert tip (kesinlikle katılıyorum/katılıyorum/emin değilim/katılmıyorum/kesinlikle katılmıyorum) ve puanlama tipi (0'dan 10'a kadar puanlama) olmak üzere üç farklı yanıt formatında alınmaktadır. Ölçek maddeleri puanlanırken tereddütlü yanıtlar 2, kararsız yanıtlar 1, tereddütsüz yanıtlar 0 olarak puanlanmakta ve toplam puanın belirlenmesi için her bir maddeden alınan puanlar ağırlıksız biçimde toplanmaktadır.

Eksik veriler için basit doğrusal dönüşüm tablosu kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. (100 yüksek aşı tereddütüne işaret eder).

Çocukluk Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği'nin, Türkçe'ye uyarlanması amacıyla, daha önce Opel ve ark. tarafından geliştirilen üç boyutlu yapının doğruluğunun tespitine yönelik doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz yapılmadan önce farklı derecelendirmelere sahip olan ölçek maddeleri, orijinalinde olduğu gibi 0 ile 2 puan arasında puanlandırılmış ve yapılan puanlandırmalar üzerinden faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilirken asimptotik kovaryans matrisine dayalı robust maksimum olabilirlik kestirim yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi LISREL8.80 programı ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen ölçümlerin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa ve McDonald's Omega güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayılarının hesaplanması için Jamovi (Version 0.9.5.12) [Computer Software] programı kullanılmıştır.

Bu çalışma ile Çocukluk Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Türkçe'ye uyarlanmış, 242 ebeveyne uygulanmış, geçerlik ve güvenirliği belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, orijinal ölçekte 15 olan madde sayısı, Türkçe ölçekte korunmuştur. Faktör analizi sonuçlarına göre, Türkçe ölçeğin orijinal ölçek gibi üç faktörlü yapıda olduğu tespit edilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach'ın alfa katsayıları 0.74 ile 0.84 arasında değişen iç tutarlılığa sahiptir. Türkçe ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik değeri ise 0.84 olarak belirlenmiştir (54).

4.4.3. Aşı kararsızlığı ölçeği

Önal ve ark. Aşı tereddütü ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yüz yüze veri toplama yöntemiyle uygulanmıştır. Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, ölçeğin geliştirildiği araştırmaya benzer şekilde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal sağlık güvencesi varlığı) sorgulanmaktadır. İkinci bölümde ise Shapiro ve arkadaşları tarafından geliştirilen Aşı Tereddütü Ölçeği'nin orijinal 9 maddelik formu yer almaktadır (54).

Aşı Tereddüdü Ölçeği Likert tipinde hazırlanmış olup her bir ifade 5 seçenekten oluşmaktadır: Kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5), 7 olumlu ifade (1, 2, 3, 4, 6, 7 ve 8. sorular) ve 2 olumsuz ifade (5. ve 9. sorular). Ölçeğin toplam puan aralığı 9-45 arasında değişmekte olup, ölçeğin değerlendirilmesi için toplam puan önerilir. Ölçeğin puanlanmasında, orijinal ölçekte olduğu gibi olumlu ifadelerden oluşan Güven Eksikliği (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) alt boyutundaki puanlar ters çevrilerek toplanmalı ve olumsuz ifadelerden oluşan Riskler (5, 9) alt boyutundaki puanlar doğrudan eklenmelidir. Dolayısıyla, daha yüksek puanlar kişinin daha fazla tereddüt yaşadığını gösterir. Aşı Tereddüdü Ölçeği için bir kesme noktası yoktur (56).

Orijinal ölçekte, güven eksikliği (Cronbach alfa = 0,92) ve riskler (Cronbach alfa = 0,64) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya konmuştur. Orijinal ölçeğin diğer uyum indeksleri ise Yaklaştırma Hatalarının Ortalama Karekökü (RMSEA) 0,09; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) 0,95; Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) 0,94 olarak verilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması için ölçeği geliştiren yazarlardan biriyle iletişime geçilerek izin alınmıştır (56).

4.4.4. Verilerin analizi

Verilerin analizinde SPSS 27.0 programı kullanılmıştır. Bilgi Formu, aşı kararsızlığı ölçeği, çocukluk çağı aşılara karşı ebeveynlerin tutumları ölçeği kullanılarak ortalamalar karşılaştırıldı ve bu değişkenlerle korelasyon analizi yapıldı. Yazılı veriler bilgisayarda SPSS programı ile yüzdeler, ortalamalar, t-testi ve parametrik testlerde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), nonparametrik testlerde ise Kruskal Wallis, korelasyon ve Mann Whitney U Testi kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. Ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi.

4.4.5. Araştırmanın etiği

- Araştırmanın yapılabilmesi için Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (E-14679147-663.05-617011). (EK-1)
- Araştırmanın yürütüleceği kurum olan Hani İlçe Devlet Hastanesi'nden etik kurul izni alınmıştır (E-11726991-929-224299211). (EK 2).

- Araştırma rneklemine alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözel ve yazılı izin alınmıştır. Katılımcılardan yazılı onay olan Bilgilendirilmiş Onay Formu alınmıştır. (EK-7).

4.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilde ve tek bir kurumda yapılması nedeniyle araştırma sonucunun genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



5. BULGULAR

Tablo 2. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

Değişken	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	183	73.2
	Erkek	67	26.8
Medeni Durum	Evli	236	94.4
	Bekar	14	5.6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	223	89.2
	Geniş Aile	20	8
	Parçalanmış Aile	7	2.8
Eğitim Durumu	İlkokul	48	19.2
	Ortaokul-Lise	64	25.6
	Üniversite	138	55.2
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	40	16
	Ortaokul-Lise	80	32
	Üniversite	130	52
Aşı İle İlgili Bilgi Alınan Yer	Doktor	57	22.8
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	68.8
	Gazete ve Televizyon	21	8.4
	Gelir Giderden Az	44	17.6
Gelir Durumu	Gelir Gidere Eşit	140	56.0
	Gelir Giderden Fazla	66	26.4
Değişken	Min-Max	$\bar{x}$	ss
Yaş	18-65	35.02	9.03
Çocuk Yaşı	0-18	7.17	6.67
Çocuk Sayısı	1-4	2.11	1.2

Katılımcıların cinsiyet değişkeni incelendiğinde grubun %26.8'i erkek bireylerden ve %73.2'si kadın bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların medeni durum değişkeni incelendiğinde evli olan bireylerin oranı %94.4 ve bekar olan bireylerin oranı %5.6'dır. Çekirdek aileye sahip olanların oranı %89.2, geniş aileye sahip olanların oranı %8, parçalanmış aileye sahip olanların oranı ise %2.8'dir. Katılımcıların eğitim durumu değişkeni incelendiğinde ilkokul grubunun oranı %19.2, ortaokul veya lise grubunun oranı %25.6 ve üniversite grubunun oranı %55.2'dir. Eş eğitim durumu ilkokul olanların oranı %16, ortaokul veya lise olanların oranı %32, üniversite olanların oranı %52'dir. Aşı ile ilgili bilgi aldıkları yer doktor olanların oranı %22.8, hemşire ve diğer sağlık çalışanları olanların oranı %68.8, gazete ve televizyon olanların oranı 8.4'dür. Katılımcıların gelir durumu değişkeni

incelendiğinde geliri giderinden az olanlar grubu genel kitlenin %17.6'sını, geliri giderine eşit olanlar grubu genel kitlenin %56, geliri giderinden fazla olanların oranı ise %26.4'dür.

Katılımcıların yaşı 18 ile 65 arasında değişmekte olup ortalaması 35.02 ± 9.03 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çocuklarının yaşı 0 ile 18 arasında değişmekte olup ortalaması 7.17 ± 6.67 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çocuk sayısı 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalaması 2.11 ± 1.2 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. Değişkenlere ait Ortalama, Normal Dağılım ve Güvenirlik Bulguları

Değişken	$\bar{x}$	ss	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's α
AKÖ	21.64	6.3	0.716	0.301	.84
PACV Davranış	3.72	0.7	-1.273	1.417	.71
PACV Genel Tutum	30.92	5.8	-0.614	1.364	.73
PACV Güvenlik	11.93	3	-0.095	-0.058	.70
PACV Toplam	46.7	6.7	-0.009	0.515	.71

X: ortalama; ss: Standart sapma;

Çalışmada kullanılan AKÖ ölçeğinin puan ortalaması 21.64 ± 6.3 , PACV ölçeğinin puan ortalaması 46.7 ± 6.7 PACV ölçeğinin davranış alt boyutunun puan ortalaması 3.72 ± 0.7 , PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutunun puan ortalaması 30.92 ± 5.8 , PACV ölçeğinin güvenlik alt boyutunun puan ortalaması ise 11.93 ± 3 olarak hesaplanmıştır.

Ölçüm araçlarının normal dağılımını değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin $\pm 1,0$ veya $\pm 1,5$ aralığında olması önerildiğinden ilgili değerler incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın dağılım sergilediği görülmüştür.

Ölçüm araçlarına ait güvenilirlik düzeyleri için Cronbach α güvenilirlik katsayıları incelenmiştir. Alfa güvenilirlik katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütleri şöyledir (57,58);

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir, alfa güvenilirlik katsayılarına göre;

Elde edilen bulgulara göre Cronbach α güvenilirlik katsayıları AKÖ için .84, EKÖ için .71 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu güvenilirlik katsayıları her iki ölçeğinde yeterli düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere ait Korelasyon Analizi

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AKÖ (1)	1	-.238**	-.174*	-.367**	.140*
PACV (2)		1	.305**	.899**	.491**
PACV (Davranış) (3)			1	.283**	-.115
PACV (Genel tutum) (4)				1	.100
PACV (Güvenlilik/etkililik) (5)					1

**p< .001; *p< .05;

AKÖ ölçek yönergesine göre; AKÖ ölçeğinden alınan yüksek puanlar kişinin daha fazla aşı kararsızlığı yaşadığını gösterir. PACV ölçek yönergesine göre; ölçek puanının artması bireylerin aşı konusunda tereddütlü olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kullanılan AKÖ ölçeği ile PACV arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: -.238; p<.001). Bu bulguya göre aşı kararsızlığı arttıkça aşı konusunda tereddüt düzeyi azalmaktadır.

Çalışmada kullanılan AKÖ ölçeği ile PACV ölçeğinin davranış alt boyutu arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: -.174; p<.05). Bu bulguya göre aşı kararsızlığı arttıkça aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi azalmaktadır.

Çalışmada kullanılan AKÖ ölçeği ile PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: -.367; p<.001). Bu bulguya göre aşı kararsızlığı arttıkça aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi azalmaktadır.

Çalışmada kullanılan AKÖ ölçeği ile PACV ölçeğinin güvenlik/etkililik alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .140; p<.05). Bu bulguya göre aşı kararsızlığı arttıkça aşı konusunda güvenlik/etkililik açısından tereddüt düzeyi artmaktadır.

Çalışmada kullanılan PACV ölçeği ile PACV alt boyutları arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<.001). Bu bulguya göre

aşı tereddütlü düzeyi arttıkça, tereddütlü davranış, tereddütlü tutum ve aş güvenlilik/etkililik açısından tereddüt düzeyi artmaktadır.

Tablo 5. AKÖ Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	Kategori	N	X	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	67	20.60	5.66	t: -1.572
	Kadın	183	22.02	6.55	p: .117
Medeni Durum	Evli	236	21.64	6.39	Z: -.179
	Bekar	14	21.64	5.72	P: .858
Aile Tipi	Çekirdek aile	223	21.64	6.42	KW: .071
	Geniş aile	20	21.40	5.72	p: .965
	Parçalanmış aile	7	22.14	6.47	
Eğitim Durumu	İlkokul	48	24.04	6.95	F: 6.298 p: .002
	Ortaokul-lise	64	22.30	5.76	
	Üniversite	138	20.49	6.14	
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	40	23.53	6.50	F: 7.000 p: .001
	Ortaokul-lise	80	22.96	6.63	
	Üniversite	130	20.24	5.81	
Aşı İle İlgili Bilgi Alınan Yer	Doktor	57	21.65	6.09	KW: 12.849 p: .002
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	21.03	6.17	
	Gazete ve Televizyon	21	26.52	6.61	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	44	23.27	7.49	F: 4.334 p: .014
	Gelir Gidere Eşit	140	21.96	6.33	
	Gelir Giderden Fazla	66	19.86	5.12	

X: ortalama; ss: Standart sapma; t: bağımsız örneklem t testi; Z: Mann Whitney U testi; KW: Kruskal Wallis H testi; F: ANOVA analizi; * Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır (p<0,0166 anlamlı kabul edilmiştir); a>b; AKÖ: Aşı kararsızlığı ölçeği.

Erkeklerin AKÖ puan ortalaması 20.60±5.66, Kadınların puan ortalaması 22.02±6.55 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -1.572; p>.05). Bu bulguya göre aş kararsızlığı düzeyi cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir.

Evlilerin AKÖ puan ortalaması 21.64±6.39, bekarların puan ortalaması 21.64±5.72 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Z: -.179; p>.05). Bu bulguya göre aş kararsızlığı düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların AKÖ puan ortalaması 21.64 ± 6.42 , geniş aileye sahip olanların puan ortalaması 21.40 ± 5.72 , parçalanmış aileye sahip olanların ortalaması ise 22.14 ± 6.47 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: .071; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı kararsızlığı düzeyi aile tipine göre değişiklik göstermemektedir.

İlkokul mezunu olanların AKÖ puan ortalaması 24.04 ± 6.95 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 22.30 ± 5.76 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 20.49 ± 6.14 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F: 6.298; $p < .05$). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda ilkokul mezunu olanların aşı kararsızlığı düzeyi en yüksek, üniversite mezunlarının ki ise en düşüktür.

Eşi ilkokul mezunu olanların AKÖ puan ortalaması 23.53 ± 6.50 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 22.96 ± 6.63 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 20.24 ± 5.81 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F: 7.000; $p < .05$). Yapılan Post Hoc Tukey testi sonucunda eşi ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların aşı kararsızlığı düzeyi, üniversite mezunlarından yüksektir.

Aşılar ile ilgili bilgiyi doktordan alanların AKÖ puan 21.65 ± 6.09 , hemşire ve diğer sağlık personelinden alanların puan ortalaması 21.03 ± 6.17 , gazete ve televizyondan alanların puan ortalaması 26.52 ± 6.61 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (KW: 12.849; $p < .05$). Yapılan analiz sonucunda gazete ve televizyondan aşı ile ilgili bilgi alanların aşı kararsızlığı düzeyi doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinden bilgi alanlardan daha fazladır.

Geliri giderinden az olanların AKÖ puan ortalaması 23.27 ± 7.49 , geliri giderine eşit olanların puan ortalaması 21.96 ± 6.33 , geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması 19.86 ± 5.12 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F: 4.334; $p < .05$). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda geliri giderinden az olanların aşı kararsızlığı düzeyi, geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olanlardan yüksektir.

Tablo 6. PACV Ölçeği ‘Davranış’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	Kategori	N	X	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	67	3.76	0.63	t: .620
	Kadın	183	3.70	0.72	p: .536
Medeni Durum	Evli	236	3.72	0.69	Z: -.800
	Bekar	14	3.57	0.76	p: .424
Aile Tipi	Çekirdek aile	223	3.71	0.71	KW: .530
	Geniş aile	20	3.80	0.52	p: .767
	Parçalanmış aile	7	3.57	0.79	
Eğitim Durumu	İlkokul	48	0.90	0.13	F: 2.201
	Ortaokul-lise	64	0.74	0.09	p: .113
	Üniversite	138	0.58	0.05	
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	40	3.58	0.87	F: 1.114
	Ortaokul-lise	80	3.78	0.67	p: .330
	Üniversite	130	3.72	0.65	
Aşı İle İlgili Bilgi Alınan Yer	Doktor	57	3.58	0.73	KW: 5.517
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	3.79	0.62	p: .063
	Gazete ve Televizyon	21	3.48	1.03	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	44	3.77	0.60	F: .230
	Gelir Gidere Eşit	140	3.69	0.76	p: .794
	Gelir Giderden Fazla	66	3.73	0.62	

X: ortalama; ss: Standart sapma; t: bağımsız örneklem t testi; Z: Mann Whitney U testi; KW: Kruskal Wallis H testi; F: ANOVA analizi; PACV: Çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveyn tutumları ölçeği

Erkeklerin PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 3.76 ± 0.63 , Kadınların puan ortalaması 3.70 ± 0.72 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: .620; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir.

Evlilerin PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 3.72 ± 0.69 , bekarların puan ortalaması 3.57 ± 0.76 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Z: -.800; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 3.71 ± 0.71 , geniş aileye sahip olanların puan ortalaması 3.80 ± 0.52 , parçalanmış aileye sahip olanların ortalaması ise 3.57 ± 0.79 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: .530; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi aile tipine göre değişiklik göstermemektedir.

İlkokul mezunu olanların PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 0.90 ± 0.13 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 0.74 ± 0.09 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 0.58 ± 0.05 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 2.201; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Eşi ilkököl mezunu olanların PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 3.58 ± 0.87 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 3.78 ± 0.67 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 3.72 ± 0.65 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 1.114; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi eş eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Aşılar ile ilgili bilgiyi doktordan alanların PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan 3.58 ± 0.73 , hemşire ve diğer sağlık personelinde alanların puan ortalaması 3.79 ± 0.62 , gazete ve televizyondan alanların puan ortalaması 3.48 ± 1.03 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 5.517; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi aşı hakkında bilgi alınan yere göre değişiklik göstermemektedir.

Geliri giderinden az olanların PACV ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 3.77 ± 0.60 , geliri giderine eşit olanların puan ortalaması 3.69 ± 0.76 , geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması 3.73 ± 0.62 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: .230; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi gelir durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 7. PACV Ölçeği ‘Genel Tutum’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	Kategori	N	X	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	67	31.10	4.55	t: .310
	Kadın	183	30.85	6.21	p: .757
Medeni durum	Evli	236	30.85	5.74	Z: -1.122
	Bekar	14	32.07	6.96	P: .262
Aile tipi	Çekirdek aile	223	30.70	5.84	KW: 5.417
	Geniş aile	20	32.35	3.79	p: .067
	Parçalanmış aile	7	33.71	8.73	
Eğitim durumu	İlkokul	48	6.76	0.98	F: 7.137
	Ortaokul-lise	64	5.06	0.63	p: .001
	Üniversite	138	5.52	0.47	
Eş eğitim durumu	İlkokul	40	31.40	6.88	F: 3.087
	Ortaokul-lise	80	29.60	6.21	p: .052
	Üniversite	130	31.58	5.05	
Aşı ile ilgili bilgi alınan yer	Doktor	57	31.96	6.54	KW: 9.625
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	31.05	5.14	p: .008
	Gazete ve Televizyon	21	26.95	7.37	
Gelir durumu	Gelir Giderden Az	44	30.66	6.11	F: .943
	Gelir Gidere Eşit	140	30.60	5.98	p: .391
	Gelir Giderden Fazla	66	31.76	5.20	

X: ortalama; ss: Standart sapma; t: bağımsız örneklem t testi; Z: Mann Whitney U testi; KW: Kruskal Wallis H testi; F: ANOVA analizi; * Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır (p<0,0166 anlamlı kabul edilmiştir); a>b; PACV: Çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveyn tutumları ölçeği

Erkek PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 31.10±4.55, kadın puan ortalaması 30.85±6.21 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: .310; p>.05). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir.

Evlilerin PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 30.85±5.74, bekarların puan ortalaması 32.07±6.96 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Z: -1.122; p>.05). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 30.70 ± 5.84 , geniş aileye sahip olanların puan ortalaması 32.35 ± 3.79 , parçalanmış aileye sahip olanların ortalaması ise 33.71 ± 8.73 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 5.417; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi aile tipine göre değişiklik göstermemektedir.

İlkokul mezunu olanların PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 6.76 ± 0.98 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 5.06 ± 0.63 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 5.52 ± 0.47 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F: 7.137; $p < .05$). Yapılan Post Hoc Tukey testi sonucunda ilkokul ve üniversite mezunlarının aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi ortaokul ve lise mezunlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Eşi ilkokul mezunu olanların PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 31.40 ± 6.88 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 29.60 ± 6.21 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 31.58 ± 5.05 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 3.087; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi eş eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Aşılar ile ilgili bilgiyi doktordan alanların PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan 31.96 ± 6.54 , hemşire ve diğer sağlık personelinin alanların puan ortalaması 31.05 ± 5.14 , gazete ve televizyondan alanların puan ortalaması 26.95 ± 7.37 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (KW: 9.625; $p < .05$). Yapılan analiz sonucunda aşı ile ilgili bilgiyi doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerinden alanların aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi, gazete ve televizyondan alanlardan daha fazladır.

Geliri giderinden az olanların PACV ölçeğinin genel tutum alt boyutu puan ortalaması 30.66 ± 6.11 , geliri giderine eşit olanların puan ortalaması 30.60 ± 5.98 , geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması 31.76 ± 5.20 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı

bulunmuştur (F: .943; p>.05). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü genel tutum düzeyi gelir durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 8. PACV Ölçeği ‘Güvenlilik/Etkililik’ Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	Kategori	N	X	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	67	11.66	2.95	t: -.880
	Kadın	183	12.03	3.01	p: .380
Medeni durum	Evli	236	11.89	3.01	Z: -.985
	Bekar	14	12.71	2.67	P: .325
Aile tipi	Çekirdek aile	223	11.93	3.05	KW: 1.263
	Geniş aile	20	11.60	2.46	p: .532
	Parçalanmış aile	7	13.00	2.58	
Eğitim durumu	İlkokul	48	3.52	0.51	F: .750
	Ortaokul-lise	64	2.44	0.31	p: .473
	Üniversite	138	3.03	0.26	
Eş eğitim durumu	İlkokul	40	12.78	3.02	F: 1.909
	Ortaokul-lise	80	11.80	2.88	p: .150
	Üniversite	130	11.75	3.03	
Aşı ile ilgili bilgi alınan yer	Doktor	57	11.93	3.12	KW: 6.177
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	11.79	2.87	p: .054
	Gazete ve Televizyon	21	13.10	3.49	
Gelir durumu	Gelir Giderden Az	44	12.48	3.27	F: 1.175
	Gelir Gidere Eşit	140	11.71	2.91	p: .311
	Gelir Giderden Fazla	66	12.05	2.96	

Erkeklerin PACV ölçeğinin güvenlik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 11.66±2.95, kadınların puan ortalaması 12.03±3.01 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t:-.880; p>.05). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir.

Evlilerin PACV ölçeğinin güvenlik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 11.89±3.01, bekarların puan ortalaması 12.71±2.67 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı

bulunmuştur (Z: -.985; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 11.93 ± 3.05 , geniş aileye sahip olanların puan ortalaması 11.60 ± 2.46 , parçalanmış aileye sahip olanların ortalaması ise 13.00 ± 2.58 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 1.263; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi aile tipine göre değişiklik göstermemektedir.

İlkokul mezunu olanların PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 3.52 ± 0.51 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 2.44 ± 0.31 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 3.03 ± 0.26 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: .750; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Eşi ilkököl mezunu olanların PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 12.78 ± 3.02 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 11.80 ± 2.88 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 11.75 ± 3.03 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 1.909; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi eş eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Aşılar ile ilgili bilgiyi doktordan alanların PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu puan 11.93 ± 3.12 , hemşire ve diğer sağlık personelinde alanların puan ortalaması 11.79 ± 2.87 , gazete ve televizyondan alanların puan ortalaması 13.10 ± 3.49 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 6.177; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi aşı ile ilgili bilginin alındığı yere göre değişiklik göstermemektedir.

Geliri giderinden az olanların PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu puan ortalaması 12.48 ± 3.27 , geliri giderine eşit olanların puan ortalaması 11.71 ± 2.91 , geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması 12.05 ± 2.96 olup, yapılan ANOVA

analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 1.175; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda güvenlilik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi gelir durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 9. PACV Puan Ortalamalarının Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	Kategori	N	X	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	67	46.52	5.85	t: -.180
	Kadın	183	46.69	6.94	p: .857
Medeni durum	Evli	236	46.55	6.52	Z: -1.255
	Bekar	14	48.36	8.75	P: .209
Aile tipi	Çekirdek aile	223	46.43	6.61	KW: 3.847 p: .146
	Geniş aile	20	47.75	4.78	
	Parçalanmış aile	7	50.29	11.40	
Eğitim durumu	İlk okul	48	7.78	1.12	F: 4.609 p: .011
	Ortaokul-lise	64	5.52	0.69	
	Üniversite	138	6.55	0.56	
Eş eğitim durumu	İlkokul	40	48.03	7.59	F: 2.775 p: .064
	Ortaokul-lise	80	45.30	6.88	
	Üniversite	130	47.05	6.10	
Aşı ile ilgili bilgi alınan yer	Doktor	57	47.65	7.77	KW: 4.055 p: .132
	Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları	172	46.63	6.09	
	Gazete ve Televizyon	21	44.05	7.46	
Gelir durumu	Gelir Giderden Az	44	47.14	6.76	F: 1.212 p: .299
	Gelir Gidere Eşit	140	46.08	6.76	
	Gelir Giderden Fazla	66	47.53	6.34	

Erkeklerin PACV puan ortalaması 46.52 ± 5.85 , kadınların puan ortalaması 46.69 ± 6.94 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -.180; $p>.05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir.

Evlilerin PACV puan ortalaması 46.55 ± 6.52 , bekarların puan ortalaması 48.36 ± 8.75 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Z: -1.255; $p>.05$). Bu

bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların PACV puan ortalaması 46.43 ± 6.61 , geniş aileye sahip olanların puan ortalaması 47.75 ± 4.78 , parçalanmış aileye sahip olanların ortalaması ise 50.29 ± 11.40 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 3.847; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi aile tipine göre değişiklik göstermemektedir.

İlkokul mezunu olanların PACV puan ortalaması 7.78 ± 1.12 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 5.52 ± 0.69 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 6.55 ± 0.56 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F: 4.609; $p < .05$). Yapılan Post Hoc Tukey testi sonucunda ilkokul ve üniversite mezunlarının aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyinin ortaokul ve lise mezunlarından yüksek bulunmuştur.

Eşi ilkokul mezunu olanların PACV puan ortalaması 48.03 ± 7.59 , ortaokul veya lise mezunu olanların puan ortalaması 45.30 ± 6.88 , üniversite mezunu olanların ortalaması ise 47.05 ± 6.10 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 2.775; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi eş eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Aşılar ile ilgili bilgiyi doktordan alanların PACV puan 47.65 ± 7.77 , hemşire ve diğer sağlık personelinde alanların puan ortalaması 46.63 ± 6.09 , gazete ve televizyondan alanların puan ortalaması 44.05 ± 7.46 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 4.055; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi aşı ile ilgili bilginin alındığı yere göre değişiklik göstermemektedir.

Geliri giderinden az olanların PACV puan ortalaması 47.14 ± 6.76 , geliri giderine eşit olanların puan ortalaması 46.08 ± 6.76 , geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması 47.53 ± 6.34 olup, yapılan ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 1.212; $p > .05$). Bu bulguya göre aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi gelir durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 10. PACV Puan Ortalamalarının Yaş, Çocuk yaşı ve Çocuk Sayısı Özelliklerine Göre Farkları

Değişken	AKÖ		PACV		PACV (Davranış)		PACV (Genel tutum)		PACV (Güvenlilik/etkililik)	
	r	p	r	P	r	p	r	p	r	p
Yaş	.042	.505	.104	.100	.090	.350	.054	.394	.154	.015
Çocuk yaşı	.022	.729	.176	.005	.010	.870	.097	.127	.228	.000
Çocuk sayısı	.058	.360	.036	.567	.036	.570	.012	.809	.117	.065

Yaş ile PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .154; p: .015). Bu bulguya göre yaş arttıkça aşı konusunda etkililik/güvenlilik açısından tereddütlü tutum düzeyi artmaktadır.

Yaş ile AKÖ, PACV, PACV (davranış) PACV (genel tutum) arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon bulunmamıştır (p>.05). Bu bulguya göre yaş ile aşı kararsızlığı ve aşı konusunda tereddütlü tutum ve davranış düzeyi arasında ilişki yoktur.

Çocuk yaşı ile PACV arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .176; p: .005). Bu bulguya göre çocuk yaşı arttıkça aşı konusunda tereddütlü tutum düzeyi artmaktadır.

Çocuk yaşı ile PACV ölçeğinin güvenlilik/etkililik alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .228; p: .000). Bu bulguya göre çocuk yaşı arttıkça aşı konusunda etkililik/güvenlilik açısından tereddütlü tutum düzeyi artmaktadır.

Çocuk yaşı ile AKÖ, PACV (davranış) PACV (genel tutum) arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon bulunmamıştır (p>.05). Bu bulguya göre çocuk yaşı ile aşı kararsızlığı ve aşı konusunda tereddütlü tutum ve davranış düzeyi arasında ilişki yoktur.

Çocuk sayısı ile AKÖ, PACV, PACV (davranış) PACV (genel tutum), PACV (güvenlilik/etkililik) arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon bulunmamıştır (p>.05). Bu bulguya göre çocuk sayısı ile aşı kararsızlığı ve aşı konusunda tutum,

davranış ve güvenilirlik/etkililik açısından tereddütlü tutum düzeyi arasında ilişki yoktur.



6. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular, bireylerin aşı kararsızlığına ilişkin tutumlarının çeşitli demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da kadın katılımcıların Aşı Kararsızlık Ölçeği (AKÖ) puan ortalamalarının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erkek katılımcıların ortalama puanı $20,60 \pm 5,66$ iken, kadın katılımcıların ortalama puanı $22,02 \pm 6,55$ olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürde yer alan bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Nitekim, kadın bireylerin çocuk sağlığına yönelik sorumluluk duygusunun erkek bireylere kıyasla daha yüksek olduğu, bu nedenle aşılama kararlarında daha fazla duygusal ve bilişsel değerlendirme yaparak kararsızlık yaşayabildikleri ifade edilmektedir (59). Ayrıca başka araştırmalarda, çocukların sağlık kararlarında annelerin belirleyici rolünün daha fazla olduğu, bu nedenle aşı konusunda yaşanan kararsızlıkların kadınlarda daha belirgin olabileceği ortaya konulmuştur (60).

Eğitim durumu değişkeni açısından değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin aşı kararsızlığının azaldığı görülmüştür. Bu sonuç, literatürdeki pek çok çalışma ile paralellik göstermektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin bilimsel kanıtlara ve sağlık otoritelerinin önerilerine daha fazla güven duydukları, bu nedenle aşılar karşı olumlu tutum sergiledikleri bildirilmiştir (61). Bununla birlikte, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde aşıya yönelik olumsuz tutumların ve kararsızlığın daha yüksek olduğu, hatta bazı durumlarda aşı reddi ile ilişkili olduğu da belirlenmiştir (62). Bu durum, bilgiye erişim imkânlarının kısıtlılığı, bilimsel okuryazarlık düzeyinin düşük olması ve yanlış bilgilendirmeye daha açık olma gibi faktörlerle açıklanabilir.

Gelir durumu değişkeni açısından incelendiğinde, geliri giderinden az olan ailelerde aşı kararsızlığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, gelir düzeyi arttıkça aşı kararsızlığı azalmaktadır. Literatürde de ekonomik durumu düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, sağlık okuryazarlığı ve güvenilir bilgiye ulaşma konusunda daha fazla engelle karşılaştıkları, bunun da aşı kararsızlığını artırabileceği ifade edilmektedir (60,61). Ayrıca, düşük gelirli bireylerde sağlık sistemine olan güvenin sınırlı olması, aşıyla ilgili yanlış bilgilerin daha kolay yayılmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Araştırmada ulaşılan bir diğerk önemli bulgu, bireylerin aşıya ilişkin bilgi kaynaklarının aşı kararsızlığı üzerindeki etkisidir. Bulgular, sağlık çalışanlarından bilgi alan bireylerin, medya veya sosyal medya gibi kaynaklardan bilgi alan bireylere kıyasla daha az aşı kararsızlığı yaşadığını göstermektedir. Bu sonuç, sağlık profesyonellerinin güvenilir bilgi kaynağı olarak önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Literatürde de sağlık çalışanlarının, bireylerin aşılama konusundaki tutumlarını şekillendirmede kritik bir rol oynadığı ve yüz yüze danışmanlık, güven ilişkisi ve bilimsel açıklamaların kararsızlığı azaltmada etkili olduğu vurgulanmaktadır (52). Buna karşılık, medya ve özellikle sosyal medya kaynaklarının yanlış veya eksik bilgi yayma potansiyeli, bireylerin kararsızlığını artırabilmektedir.

Genel olarak bu araştırma bulguları, aşı kararsızlığının çok boyutlu bir olgu olduğunu ve demografik faktörler, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ile bilgi kaynaklarının bu konuda önemli rol oynadığını göstermektedir. Bulgular, aşı kararsızlığını azaltmaya yönelik stratejilerin yalnızca bireylerin bilgi düzeyini artırmakla sınırlı kalmaması, aynı zamanda güvenilir bilgiye erişimi kolaylaştıracak, sağlık çalışanlarının danışmanlık rolünü güçlendirecek ve sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltacak politikaları da içermesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

7. SONUÇLAR

Bu araştırma, aşı kararsızlığı ile aşıya yönelik tereddüt düzeyleri arasındaki ilişkiyi çok boyutlu olarak incelemiş ve elde edilen bulgular, halk sağlığı açısından önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşı kararsızlığını “aşı hizmetlerine erişim olmasına rağmen aşığı reddetme veya erteleme davranışı” olarak tanımlamakta ve bu olguyu küresel sağlık tehditleri arasında değerlendirmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar da, bu küresel tanım ve bulgularla paralellik göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre, aşı kararsızlığı düzeyi arttıkça bireylerin aşıya yönelik tereddütlü davranış, tereddütlü tutum ve özellikle güvenlilik/etkililik algısı açısından tereddüt düzeyi artmaktadır. Bu durum, kararsızlığın yalnızca zihinsel bir şüphe hali olmadığını, aynı zamanda davranışsal yansımaları olan, aşı kabulünü doğrudan etkileyen bir süreç olduğunu göstermektedir. Halk sağlığı açısından bu tür bulgular, toplum bağışıklığını olumsuz yönde etkileyebilecek kritik risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Demografik değişkenler açısından incelendiğinde, aşı kararsızlığı düzeyinin cinsiyet, medeni durum ve aile tipi değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak eğitim düzeyi belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bulgulara göre ilkokul mezunlarında aşı kararsızlığı en yüksek düzeyde iken, üniversite mezunlarında bu oran en düşüktür. Benzer şekilde, eşin eğitim düzeyi de kararsızlık üzerinde etkili olmakta; eşi üniversite mezunu olan bireylerde kararsızlık düzeyi daha düşük seyretmektedir. Bu sonuç, sağlık okuryazarlığının ve eğitim düzeyinin, bireylerin aşıya yönelik algılarını şekillendirmede kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Bilgi kaynağı açısından değerlendirildiğinde, sağlık personelinin (doktor, hemşire vb.) bilgi alan bireylerin aşı kararsızlığı düzeyleri, geleneksel medya (gazete, televizyon) aracılığıyla bilgi alanlara kıyasla daha düşüktür. Bu bulgu, sağlık profesyonellerinin güvenilir bilgi aktarımındaki etkisini doğrulamakta ve halk sağlığı kampanyalarında doğrudan sağlık çalışanlarının rolünün güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Buna karşılık, geliri giderinden az olan bireylerde aşı kararsızlığının daha yüksek olması, ekonomik stresin sağlık davranışları üzerindeki dolaylı etkisine

işaret etmektedir. Düşük gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine güveni ve erişimi olumsuz etkileyebildiği gibi, yanlış bilgiye maruziyeti de artırabilmektedir.

Aşı konusunda tereddütlü davranış düzeyi, demografik ve sosyoekonomik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Ancak genel tutum düzeyleri incelendiğinde, hem ilkokul hem de üniversite mezunlarının ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla daha yüksek tereddütlü genel tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Bu bulgu, düşük eğitim düzeyinde bilgi eksikliğinden, yüksek eğitim düzeyinde ise aşırı sorgulama eğiliminden kaynaklanan farklı türde tereddütlerin ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca sağlık personelinin bilgi alan bireylerde tereddütlü genel tutum düzeyinin medyadan bilgi alanlara göre daha yüksek olması, bilginin kaynağı kadar içeriğinin, sunum biçiminin ve karşılıklı iletişimin kalitesinin de önemli olduğunu göstermektedir.

Aşıların güvenilirlik ve etkililiği açısından tereddütlü tutum düzeyleri, çoğu demografik ve sosyoekonomik değişkenden bağımsızdır. Ancak yaş faktörü burada önemli bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır. Yaş arttıkça güvenilirlik/etkililik konusunda tereddüt düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Bu durum, ileri yaş gruplarında sağlık konularına ilişkin risk algısının değişmesi, yan etki endişelerinin artması ve geçmişteki olumsuz sağlık deneyimlerinin karar süreçlerini etkilemesi ile açıklanabilir. Benzer şekilde, çocuk yaşı arttıkça hem genel tutum hem de güvenilirlik/etkililik açısından tereddüt düzeyinin artması, çocukluk çağı aşı takviminin ilerleyen basamaklarında ebeveynlerin sorgulama eğiliminin artabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, toplumda aşı kararsızlığını azaltmaya ve güveni artırmaya yönelik şu öneriler geliştirilebilir:

1. **Hedefe yönelik iletişim stratejileri geliştirilmelidir.** Eğitim düzeyi düşük bireyler için sade, anlaşılır ve görsel destekli bilgilendirme materyalleri hazırlanmalı, yüksek eğitim düzeyindeki bireyler için ise bilimsel kanıtların detaylı ve şeffaf biçimde sunulmasına odaklanılmalıdır.
2. **Sağlık çalışanlarının rolü güçlendirilmelidir.** Aşı konusunda güvenilir bilgi kaynakları olarak sağlık personeli ile bireyler arasındaki iletişim artırılmalı, sağlık çalışanlarına etkili iletişim ve ikna teknikleri üzerine eğitim verilmelidir.

3. **Medya içeriklerinin kalitesi artırılmalıdır.** Geleneksel ve dijital medya, aşı konusunda doğru ve güncel bilgileri yaymak için aktif şekilde kullanılmalı, yanıltıcı veya eksik bilgilere karşı düzenleyici önlemler alınmalıdır.
4. **Ekonomik dezavantajlı gruplara özel programlar uygulanmalıdır.** Geliri giderinden az olan bireylere yönelik, ücretsiz bilgilendirme oturumları, topluluk temelli sağlık hizmetleri ve erişilebilir danışmanlık programları oluşturulmalıdır.
5. **Yaş ve ebeveynlik faktörlerine özel yaklaşım geliştirilmelidir.** İleri yaş grupları ve çocuk yaşı büyük ebeveynler için, risk algısını azaltacak, yan etki endişelerini bilimsel verilerle açıklayan özel bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma, aşı kararsızlığı ve tereddüt düzeylerinin çok boyutlu bir olgu olduğunu ve yalnızca bilgi eksikliğinden değil, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, bilgi kaynağı ve yaş gibi çeşitli faktörlerden etkilendiğini ortaya koymuştur. Halk sağlığı politikalarının, bu çok boyutlu yapıyı dikkate alarak kapsamlı ve hedefe yönelik müdahaleler geliştirmesi, toplum bağışıklığının sürdürülebilirliğini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir.

8. KAYNAKLAR

1. Erol N. Savaş yıllarında aşı ve serum üretimi. Top ve Hekim Derg. 2003; 18(5): 379-81.
2. Aylan O. Veteriner hekimlikte veteriner aşıları. Top ve Hekim Derg. 2003; (5): 395-97.
3. Derici MK, Şenel S. (Eds), Aşı Akademik, Endüstriyel ve Resmi Otorite Yönüyle. Hipokrat Yayınevi, Ankara; 2012.
4. Jenner F. Smallpox Eradication: The Vindication of Jenner's Prophecy in History of Vaccine Development ed. Plotkin SA. Springer Science+Business Media, London; 2011, p: 27-32.
5. Stern AM, Markel H. The History Of Vaccines And Immunization: Familiar Patterns, New Challenges. Health Affairs, 2005; 24(3): 611-621.
6. Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, et al. Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the Schedule. J Pediatr Inf, 2015; 9: 1-11.
7. Özmert EN. Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. Çocuk Sağlığı Hast. Derg, 2008; 51: 168-175.
8. Özçirpici B, Aydın N, Coskun F, Tuzun H, Özgür S. Vaccination coverage of children aged 12-23 months in Gaziantep, Turkey: Comparative results of two studies carried out by lot quality technique: What changed after family medicine?. BMC Public Health, 2014; 3;14: 217.
9. Buzgan T. Aşılama politikaları, J Pediatr Inf. 2011; 5: 235-8.
10. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2018; ISSN: 2146-443X 8(1): 34-43
11. Otur G, Yıldız İ, Kılıç A, Varkal MA, Devecioğlu E. Çocuk Derg, 2014; 14(2): 52-59.
12. https://asi.saglik.gov.tr/bagisiklama-programi-ve-asi-takvimi/asi_takvimi.html/ (Erişim tarihi: 15 Ocak 2025).
13. Arvas A. Konjuge pnömokok aşısı, Aşılarla Güncel Yaklaşım, Sempozyum Dizisi no:59, 2007; s.35-38.
14. Mahşuk T. Pnömokok aşıları, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2014; 2(1): 98-105.
15. Ulukol B, Suçiçeği aşısı. Türkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics, 2004; 2(9): 1017-20.
16. Kocabaş E, Timurtaş Dayar G. Rotavirüs aşıları, J Pediatr Inf. 2015; 9: 166-74
17. Somer A, Acar M. Meningokok aşıları, Çocuk Derg, 2017; 17(3): 93-98.
18. Özdemir H, Çiftçi E. Meningococcal vaccines, J Pediatr Inf, 2014; 8: 178-86.
19. Ogra PL, Faden H, Welliver RC. Vaccination strategies for mucosal immune responses, Clinical Microbiology Reviews, 2001; 14(2): 430-445.
20. Eratalay A, Öner F. Aşılar ve aşı adjuvanları, FABAD J. Pharm. Sci, 2001; 25, 21-33.
21. Reed SG, Bertholet S, Coler RN, Friede M. New horizons in adjuvants for vaccine development, Trends in Immunology, 2008; 30(1), 23-32.
22. Yurdakök K, İnce T. Aşı Adjuvanları, Çocuk Sağlığı Hast. Derg, 2008; 51: 225-239.
23. Tural Kaya T. Aşılama sözlüğü, J Pediatr Inf, 2017; 11(4): 190-192.

24. Badur S. Aşı karşıtı gruplar ve aşılarla karşı yapılan haksız suçlamalar, ANKEM Derg. 2011; 25(Ek 2): 82-86.
25. Spier RE. Perception of risk of vaccine adverse events: A Historical Persperctive. Vaccine, 2001; 20: 78-84.
26. Kader Ç. Aşı karşıtlığı: Aşı kararsızlığı ve aşı reddi, ESTÜDAM Halk Sağ Derg, 2019; 4(3): 377-88.
27. Gerber JS, Offit PA., Vaccines and autism: A tale of shifting hypotheses, Clin Infect Dis, 2009; 48(4): 456-461.
28. Kajetanowicz A, Kajetanowicz A. Why parents refuse immunization?. Wiad Lek, 2016; 69(3 Pt 1): 346-51.
29. Bozkurt HB. Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi, Kafkas J Med Sci, 2018; 8(1): 71-76.
30. Yüksel GH, Topuzoğlu A. Aşı redlerinin artması ve aşı karşıtlığını etkileyen faktörler, ESTÜDAM Halk Sağ Derg, 2019; 4(2): 244-58.
31. Davies P, Chapman S, Leask J., Antivaccination activists on the world wide web, Arch Dis Child, 2002; 87: 22-25.
32. Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and design attributes of antivaccination web sites, JAMA, 2002; 287(24): 3245-8.
33. Bean SJ. Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. Vaccine. 2011; 29(10), 1874-1880.
34. Tyminińska J, Wysocki J. Is one minute enough to convince parents to vaccinate their child?. Przegl Epidemiol. 2017; 71(3): 439-455.
35. Gür E. Aşı kararsızlığı-aşı reddi, Turk Pediatri Ars, 2019; 54(1): 1-2.
36. Schattner A. Consequence or coincidence? The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestations after viral vaccines, Vaccine. 2005; 10;23(30): 3876-86.
37. Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ, Keenlyside RA, Ziegler DW, Retailiau HF, et al. Guillan-Barré syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976-1977. Am J Epidemiol. 1979; 110(2): 105-23.
38. Chen RT, Pless R, Destefano F. Epidemiology of autoimmune reactions induced by vaccination. J Autoimmun, 2001; 16(3): 309-18.
39. Confavreux C, Suissa S, Saddier P, Bourdés V, Vukusic S. Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. New England Journal of Medicine, 2001; 344(5): 319-26.
40. Karvonen M, Cepaitis Z, Tuomilehto J. Association between type 1 diabetes and Haemophilis influenzae type b vaccination: birth cohort study, Brit Med J. 1999; 318(7192): 1169-72.
41. Karakaya I. Otizm ve aşılar arasında bir ilişki var mı? Top ve Hekim, 2018; 33-3: 213-6.
42. Kutlu H, Altındış M. Anti-vaccination, FLORA, 2018; 23(2): 47-58.
43. Zerbo O, Modaressi S, Goddard K, Lewis E, Fireman BH, Daley MF, et al. Vaccination patterns in children after autism spectrum disorder diagnosis and in their younger siblings, JAMA Pediatr, 2018; 172(5): 469-475.
44. DeStefano F. Thimerosal-containing vaccines: Evidence versus public apprehension. Expert Opin Drug Saf, 2009; 8(1): 1-4.

45. Price CS, Thompson WW, Goodson B, Weintraub ES, Croen LA, Hinrichsen VL, et al. Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal from Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism. *Pediatrics*, 2010; 126(4): 656-64.
46. Arıcan I. Sık rastlanan aşı karşıtı iddialara yanıtlar, *Top ve Hekim*, 2018; 33-3: 195206.
47. Wheeler E, Ritchie K, Peterson E. D. Strategies for Combating Vaccine Misinformation: The Role of Health Professionals. *American Journal of Public Health*, 2022; 112(10), 1435-1441.
48. Vaccine Confidence Project. Understanding Vaccine Confidence in the COVID-19 era. *The Lancet Infectious Diseases*, 2021; 21(8), 1055-1063.
49. Kata A. Vaccine Hesitancy in the Era of COVID-19: Examining Factors Influencing Vaccination Acceptance, *Vaccine*. 2020; 38(31), 4922-4930.
50. MacDonald N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants, *Vaccine*, 2021; 39(19), 2542-2547.
51. Smith M. J., Omer, S. B., & Halsey, N. A. Vaccination and Public Health: Balancing the Risks and Benefits, *Pediatrics*, 2023; 151(5), e2022056113.
52. Baş, T., Anket: Anket nasıl hazırlanır, uygulanır, değerlendirilir? Seçkin Yayıncılık; Ankara; 2010.
53. Kılıç, M., Ebeveynlerin aşı kararsızlığı: Ölçek geliştirme ve geçerlik-güvenirlik çalışması. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2003; 12(2), 145-156.
54. Kalkan İ. A., Ören M. M., Karasahin O., Yıldız Y., Demir Y., et al. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeğinin Türkçeye Kültürel ve Dil Uyarlaması, *Pamukkale Medical Journal*, 2021; 14(1), 49-56.
55. Önal Ö., Eroğlu H. N., Evci F. Y., Kişioğlu A. N., Uskun E. Validity and Reliability of Turkish Version of the Vaccine Hesitancy Scale "Turkish Version of the Vaccine Hesitancy Scale", *Turk Arch Pediatr*, 2021; 56(3), 230-5.
56. Alpar R. Uygulamalı çok değişkenli performans gösterme Çok Değişkenli Uygulamalı İstatistik Yöntemler. Detay yayıncılık; 2013.
57. Özdamar K. Statistikselsel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, Eskişehir; 1999.
58. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 4. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara; 2010.
59. Smith L.E., Hodson A., & Rubin G. J. Parental Attitudes Towards Mandatory Vaccination: A Systematic Review: *Vaccine*, 2021.
60. Mills E., Jadad A. R., Ross C., Wilson K. Systematic Review of Qualitative Studies Exploring Parental Beliefs and Attitudes Toward Childhood Vaccination Identifies Common Barriers to Vaccination. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005.
61. Opel D. J., Taylor J. A., Zhou C., Catz S., Myaing M. The Relationship Between Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey Scores and Future Child Immunization Status: A Validation Study, *JAMA Pediatrics*, 2013.
62. Dyda A., King C., Dey A., Leask J., Dunn A. G. A Systematic Review of Studies That Measure Parental Vaccine Attitudes and Beliefs in Childhood Vaccination, *BMC Public Health*, 2020.

EKLER

Ek-1. Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Proje Onay Belgesi Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2023-617011



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği



Sayı : E-14679147-663.05-617011
Konu : İnceleme (Projenin Değerlendirilmesi)

13/12/2023

Sayın MUHAMMED NUR KAZAYLEK

"Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumları" başlıklı çalışmanız Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Çalışma ve Yayın Etiği Yönergesi uyarınca Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından değerlendirilmiş olup söz konusu çalışmanın bilimsel etik açısından uygun olduğuna ilişkin Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı kararı Üniversitemiz Rektörlük Makamının 10.12.2023 tarih ve 613525 sayılı Olur'u ile uygun görülmüştür.

Bilgilerini rica ederim.

Av. Sibel ATEŞ
Hukuk Müşaviri V.

Ek: İlgili Belgeler(1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSN0E8MMRZ Pin Kodu :60203

Belge Takip Adresi :

<https://nukiye.gov.tr/ebd?eK=5539&eD=BSN0E8MMRZ&eS=617011>

Adres:Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır
Telefon:+90 412 241 10 00 Faks:+90 412 241 10 56
e-Posta:gensek@dicle.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.dicle.edu.tr
Kep Adresi: dicleuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Erkan Seyrek
Unvanı: Büro Personeli



Tel No: 2237

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2023-617011

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/12/2023-612726



DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ FORMU (EK 4)

Üniversitemiz Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında Yüksek Lisans Öğrencisi olan Muhammed Nur KAZAYLEK'in Doç.Dr.Gülbeyaz BARAN DURMAZ danışmanlığında "Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumları" başlıklı çalışması, Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi uyarınca değerlendirilmiştir.

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	08/11/2023-596529
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar sayısı	06.12.2023—282
☒ XProje etik açısından uygun bulunmuştur.	
☐ Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	
Açıklama:	
☐ Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	
Açıklama:	

Prof. Dr. H. Musa BAĞCI
BAŞKAN

Prof. Dr. Hasan TANRIVERDİ
ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Mesut ERGİN
ÜYE

Prof. Dr. Kemal ÖZGEN
ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Halis ÖZER
ÜYE

Prof. Dr. Bahar BURTAN DOĞAN
ÜYE

Prof. Dr. Oktay BOZAN
ÜYE

ASLI GİBİDİR

HKM-FRM-499/00

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. Diyarbakır Hani İlçe Devlet Hastanesi Tez Çalışması İzin Belgesi



T.C.
DIYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Diyarbakır Hani İlçe Devlet Hastanesi



Sayı : E-11726991-929-224299211
Konu : H196066 Muhammed Nur
KAZAYLEK'in Tez Hazırlama
Hakkındaki Dilekçesi

12.09.2023

Sayın Muhammed Nur KAZAYLEK
Hemşire

İlgi : 12.09.2023 tarihli ve 224285664 barkod sayılı yazınız.

İlgi sayılı dilekçenizde belirtmiş olduğunuz "Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumları" isimli uygulamanın, planlanan araştırmanın Eylül 2023 ve Mart 2024 aylarında hastanemizde yapma ile ilgili talebiniz idarelerimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ramazan Baran TEKİN
Başhekim

Bu belge, gtvvasli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 75BF78B8-EDBF-45D1-989C-2DC64F7BFC32

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-why>

Merkaz, Nergiz 2. Sk. No:13, 21800 Hani/Diyarbakır 21000

Telefon No: 04126512480 Faks No : 04126512282

e-Posta: dbkhaniidh.bsh@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>

Kap Adresi:

Bilgi için: Hasan ORUÇ

Veri Hazırlama Ve Kontrol İşi:

Telefon No: 04126512480



Ek-3. Ölçek Kullanım İzinleri

çocukluk çağı aşıları konusunda ebeveynlerin tutumları ölçeği kullanım izni

Muhammed Kazaylek
Alıcı: mehtap.bulun

09:40 (4 saat önce)

Sayın Hocam,
Ben Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisi Muhammed KAZAYLEK. Tez olarak yazacağım konu için sizden ölçek kullanım izni istiyorum. Eğer izniniz varsa Ölçek kullanım izni, ölçek ve ölçek değerlendirme formunu yollarsanız çok mutlu olurum. Şimdiden çok teşekkürlerimi sunuyorum. İyi çalışmalar.

Mehtap Ataseven Bulun
Alıcı: deniz, ben

13:58 (24 dakika önce)

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ekte ihtiyacınız olan dokümanlar bulunmaktadır.

Saygılarımla,
Mehtap Ataseven Bulun

Muhammed Kazaylek
Alıcı:

10 Ağu 2023 Per 10:35

Sayın Hocam,
Ben Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisi Muhammed KAZAYLEK. Tez olarak yazacağım konu için sizden ölçek kullanım izni istiyorum. Eğer izniniz varsa Ölçek kullanım izni, ölçek ve ölçek değerlendirme formunu yollarsanız çok mutlu olurum. Şimdiden çok teşekkürlerimi sunuyorum. İyi çalışmalar.

irem akdemir
Alıcı: ben

13 Ağu 2023 Paz 20:12

Merhabalar ,
Tabii ki referans göstererek ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek için bizim geliştirdiğimiz son hali aşağıda ilettiğim yayınlımda olduğu gibidir. Oradan alabilirsiniz. İyi çalışmalar

<https://dergipark.org.tr/psu/paldir/article/748886>

Uzm. Dr. İrem AKDEMİR
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

aşı kararsızlığı ölçeği kullanım izni

Muhammed Kazaylek
İyi Çalışmalar. Ben Dicle Üniversitesi Yüksek lisans öğrencisi Muhammed Kazaylek. yapacağım çalışmam için aşı kararsızlığı ölçeğini kullanmak istiyorum. izniniz

27 May Sal 10:49 (2 gün önce)

Özgür Önal
Sayın Muhammed Kazaylek, Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. İyi çalışmalar dilerim. Gönderen: Muhammed Kazaylek <muhammedkazaylek.921@gmail.com> Gönderildi: 2

27 May Sal 11:53 (2 gün önce)

Muhammed Kazaylek <muhammedkazaylek.921@gmail.com>
Alıcı: Özgür

27 May Sal 12:42 (2 gün önce)

çok teşekkürler, iyi çalışmalar.

Özgür Önal

27 May 2025 Sal, 11:53 tarihinde şunu yazdı:

Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç Yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz
a. Erkek b. Kadın
3. Çocuğunuz kaç aylık ya da kaç yaşında?
4. Medeni haliniz nedir?
a. Evli b. Bekar c. Boşanmış/Dul d. Diğer
5. Aile tipi nedir?
a. Çekirdek aile (Anne-baba ve çocuklar)
b. b. Geniş aile (Anne-baba, çocuklar, büyükanne-büyükbaba)
c. Parçalanmış aile (Boşanmış)
6. Eğitim durumunuz nedir?
a. Okuma yazmam yok b. Okuryazar c. İlkokul (1-5. Sınıf) d. Ortaokul (5-8. Sınıf)
e. Lise f. Önlisans g. Lisans h. Yüksek Lisans
7. Eşinizin eğitim durumu nedir?
a. Okuma yazmam yok b. Okuryazar c. İlkokul (1-5. Sınıf) d. Ortaokul (5-8. Sınıf)
e. Lise f. Önlisans g. Lisans h. Yüksek Lisans
8. Evinizde kaç çocuk var?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 ve üstü
9. Aşıyla ilgili bilgilere nerden ulaşıyorsunuz?
a. Doktorlardan b. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından
c. Gazete ve televizyondan d. Komşu ve akrabalarından
10. Aylık gelir durumunuz nedir?
a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla

Ek-5. Aşı Kararsızlığı Ölçeği

AŞI KARARSIZLIĞI ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Çocukluk çağı aşıları çocuğumun sağlığı için önemlidir.	1	2	3	4	5
2. Çocukluk çağı aşıları etkilidir.	1	2	3	4	5
3. Çocuğuma aşı yaptırmak toplumumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemlidir.	1	2	3	4	5
4. Toplumumuza devlet tarafından sunulan bütün çocukluk çağı aşıları faydalıdır.	1	2	3	4	5
5. Yeni aşular eski aşılardan daha fazla risk taşır.	1	2	3	4	5
6. Aşı programından aşılarla ilgili aldığım bilgiler güvenilirirdir.	1	2	3	4	5
7. Aşı yaptırmak çocuklarımı hastalıklardan korumak için iyi bir yoldur.	1	2	3	4	5
8. Doktorum veya yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire vb.) çocuklarım için aşılar hakkında ne önerirlerse genellikle yaparım.	1	2	3	4	5
9.Aşıların ciddi yan etkileri hakkında endişeliyim	1	2	3	4	5

- ✓ Ölçeğin toplam puan aralığı 9-45 arasında değişmektedir ve ölçek değerlendirmesinin toplam puan üzerinden yapılması önerilmektedir. Ölçeğin puanlamasında özgün ölçekte olduğu şekliyle olumlu önermelerden oluşan Güven eksikliği (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) alt boyutundaki puanlar ters çevrilip toplanmalı, olumsuz önermelerden oluşan Riskler (5, 9) alt boyutu ise direk toplanmalıdır. Böylece yüksek puanlar kişinin daha fazla aşı kararsızlığı olduğunu gösterir.

- ✓ Çalışmamıza atıf yapılması şartıyla, ölçek izin istenmeden kullanılabilir.

Ek-6. Çocukluk Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Çocukluk Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Değerli Ebeveynler,

Bu çalışma ebeveynlerin çocukluk dönemi aşıları hakkında tutumlarını belirlemeye yönelik ölçüm aracının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire Muhammed KAZAYLEK

Bu araştırma mevsimsel grip aşısı hakkında değildir. Anketi doldururken Sağlık bakanlığı tarafından önerilen aşı takviminde yer alan aşıları düşünmenizi rica ederiz. Aşağıda bu aşılar yer verilmiştir.

Hepatit B: Hepatit B Aşısı
BCG (Verem): Bacille-Calmette-Guerin (Verem) Aşısı
DaBT - İPA - Hib: Difteri, Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tıp B Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KPA: Konjüge Pnömonokok Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
DaBT - İPA: Difteri, Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Tıp B Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci) Aşısı
Td: Erişkin Tipi Difteri - Tetanoz Aşısı
Hepatit A: Hepatit A Aşısı

Lütfen aşağıdaki soruların her birine sadece bir cevap verin.

1. Sahip olduğunuz çocuk sayısı kaçtır? ☐ Bir ☐ İki ☐ Üç ☐ Dört ve daha fazla

2. Çocuğunuzla ilişkiniz nedir? ☐ Anne ☐ Baba ☐ Diğer _____

3. Gecmiste, herhangi bir alerji ya da hastalık sakıncası olmaksızın, cocuğunuza asi yaptırmayı ertelediğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

☐

☐

☐

4. Gecmiste, herhangi bir alerji ya da hastalık sakıncası olmaksızın, cocuğunuza asi yaptırmamaya karar verdığınız oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

☐

☐

☐

5. Önerilen aşı programına göre çocuğunuz aşılanmasının iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? Lütfen 0'dan 10'a kadar olan bir ölçekte cevap veriniz, burada 0 Hiç Kesin değil ve 10 Tam olarak emin.

Kesinlikle
Emin değilim
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kesinlikle
Eminim

6. Çocuklar onlar için iyi olandan daha fazla aşı oluyorlar

Kesinlikle Katılıyorum Katılmıyorum Emin değilim Katılmıyorum Kesinlikle Katılmıyorum
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Aşılarla önlenen hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Cocugumun hastalanarak bagisiklik kazanmasi, asi ile bagisiklik kazanmasindan daha iyidir.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Aynı zamanda daha az sayıda asi yaptırmak cocuklar için daha iyidir.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. Asi yaptırdıktan sonra cocugunuzun ciddi bir yan etkiye maruz kalabileceginden ne kadar endişelisiniz?

Hiç endişe duymuyorum Endişe duymuyorum Emin değilim Biraz endişeleniyorum Çok endişeleniyorum
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Çocukluk aşılarının güvenli olmayabileceği konusunda ne kadar endişelisiniz?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. Yaptırdığınız asinin hastalığı engellemeyeceğinden ne kadar endişelisiniz?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. Bugün başka bir çocuğunuz olsaydı tüm önerilen aşıları olmasını ister miydiniz?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

☐☐☐

14. Genel olarak, çocukluk aşıları konusunda ne kadar tereddütlü olursunuz?

Hiç tereddüt duymuyorum

Tereddüt duymuyorum

Emin değilim

Biraz tereddütlüyüm

Çok tereddütlüyüm

☐☐☐☐☐

15. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güveniyorum.

Kesinlikle Katılıyorum

Katılıyorum

Emin değilim

Katılmıyorum

Kesinlikle Katılmıyorum

☐☐☐☐☐

16. Cocuğumun doktoru veya diğer sağlık profesyonelleri ile aşı hakkındaki tüm endiselerimi açıkça tartışabiliyorum.

0

0

1

2

2

17. Herşeyi göz önüne alınca, çocuğunuzun doktoruna ne kadar güveniyorsunuz? Lütfen 0'dan 10'a kadar aralıkta, 0=hiç güvenmiyorum, 10=tamamen güven, yorum olmak üzere yanıtlayınız.

Hiç güvenmiyorum

Tamamen güveniyorum

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Ek-7. Aydınlatılmış Onam Bilgi Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM BİLGİ FORMU

Kıymetli anne-babalar,

Bu çalışma 'Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumları'nın değerlendirilmesi amacıyla planlanmış olup 3 bölümden oluşmaktadır. 1. bölüm sizinle ilgili bilgileri, 2. ve 3. bölüm ise çocuğunuzla ilgili cevaplayacağınız bölümleri içermektedir. **Lütfen her soruda sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.**

Bu soruları objektif olarak cevaplamanız çalışmamızın doğruluğu açısından çok önemlidir. Çalışmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve yine istediğiniz zaman çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Çalışmadan çekildiğiniz takdirde bilgiler bilimsel çalışma amacıyla kullanılmayacaktır.

Bu çalışma için gerekli tüm izinler alınmıştır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel çalışmayı değerlendirmek amacıyla kullanılacak olup isim veya iletişim bilgileriniz kullanılmayacak ve hiçbir kurumla paylaşılmayacaktır. Çalışma tamamen ücretsizdir.

Çalışmayla ilgili merak ettiğiniz bilgiler olursa mail adresimden araştırmacı **Muhammed KAZAYLEK**'e ulaşabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Muhammed Nur	Soyadı	KAZAYLEK
------------	--------------	---------------	----------



ORIJINALLİK RAPORU

Page 2 of 61 - Integrity Overview

Submission ID trn.oid::3117.464136272

19% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

15%

 Internet sources

14%

 Publications

0%

 Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Page 2 of 61 - Integrity Overview

Submission ID trn.oid::3117.464136272