



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI İLE İLGİLİ TUTUM VE İNANÇLARI

Sefa AKKOL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevda ARSLAN

DÜZCE, 2021



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI İLE İLGİLİ TUTUM VE İNANÇLARI

Sefa AKKOL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevda ARSLAN

DÜZCE, 2021

KABUL ve ONAY

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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 olmadığı beyan ederim.

29.07.2021

Sefa AKKOL



TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında, ihtiyaç duyduğum her an bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla çalışmalarına rehberlik eden, sabrını ve desteğini esirgemeyen, daima teşvik edici ve özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevdâ ARSLAN' a,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimime değerli katkıları olan, ihtiyaç duyduğum her an desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENEKŞE' ye, uzman görüşleri ve önerileri ile tezime katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Tezimin veri toplama aşamasında yanımda olan ve büyük kolaylık sağlayan Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Beyin ve Omurilik Cerrahi Servis sorumlu hemşiresi Hatice ERÇELİK' e ve çalışmaya katılan değerli tüm ebeveynlere,

Tez sürecim boyunca beni motive eden, bilgi ve ilgisi ile beni cesaretlendiren Arş. Gör. Dr. Güner SOBCALI ve Av. Duhan SAĞLAM' a,

Hayatımın her aşamasında sevgi ve merhameti ile yanımda olan, tüm kararlarımda beni destekleyen, varlıklarından güç aldığım Hacer AKKOL ve Seyfi AKKOL' a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sefa AKKOL

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR ve SİMGELER	vi
ŞEKİL LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağışıklama	5
2.1.1. Bağışıklama türleri	5
2.1.1.1. Aktif bağışıklık	5
2.1.1.2. Pasif bağışıklık	6
2.1.2. Bağışıklamanın tarihçesi	6
2.1.2.1. Türkiye’de bağışıklama	9
2.1.3. Genişletilmiş bağışıklama programı	10
2.1.3.1. Genişletilmiş bağışıklık programının hedefleri	11
2.2. Aşı	12
2.2.1. Aşı tipleri	12
2.2.1.1. Canlı (attenüe) aşılar	12
2.2.1.2. Ölü (inaktive) aşılar	12
2.2.1.3. Toksoid aşılar	12
2.2.1.4. Kombine aşılar	12
2.2.1.5. Rekombinant aşılar	13
2.2.1.6. Polisakkarit aşılar	13
2.2.2. Aşı sonrası görülen yan etkiler	13
2.2.2.1. Aşı yan etkisi	13
2.2.2.2. Aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar	15
2.2.2.3. Enjeksiyon reaksiyonu	16
2.2.2.4. Rastlantısal	17
2.2.2.5. Bilinmeyen	17
2.3. Türkiye’de Rutin Aşı Takvimi	17
2.3.1. Türkiye’de rutin aşı takviminde uygulanan aşılar ve genel özellikleri	18

2.3.1.1. Hepatit B aşısı.....	18
2.3.1.2. BCG (Verem) aşısı	19
2.3.1.3. Difteri-Boğmaca-Tetanos (DBT) aşısı	20
2.3.1.4. Hemofilus İnfluenza Tip B (Hib) aşısı	21
2.3.1.5. Konjuge Pnömonokok (KPA) aşısı	21
2.3.1.6. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşısı	21
2.3.1.7. Polio aşıları	22
2.3.1.8. Hepatit A aşısı	23
2.3.1.9. Suçiçeği aşısı	23
2.3.2. Türkiye’de rutin aşı takvimi aşılarna ek aşılarda	23
2.3.2.1. İnfluenza aşısı	24
2.3.2.2. İnsan (Human) Papilloma Virüs (HPV) aşısı	24
2.3.2.3. Rotavirüs (RVA) aşısı	24
2.3.2.4. Meningokok aşısı.....	25
2.3.3. Aşılanmaya bağlı toplumsal kazanımlar	25
2.3.4. Aşılanma ve aşı ile önlenabilir hastalıklarda aşılanma oranları	25
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aşılanma ile İlgili Problemler	28
2.4.1. Geç aşılanma	28
2.5. Aşı Reddi-Türkiye ve Dünyada Aşılanmaya Karşı Ebeveynlerin Tutumları	28
2.6. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	31
3.3. Araştırmanın İzni	31
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	31
3.5. Araştırmanın Zamanı	32
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.7. ‘‘Bakım Verici Aşılanma Tutumları Ölçeği’nin’’ (Caregiver Vaccination Attitudes Scale) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.....	32
3.7.1. Evren ve örneklem.....	32
3.7.1.1. Birinci aşamada çalışmaya dahil olma kriterleri	33
3.7.1.2. Birinci aşamada çalışmadan dışlanma kriterleri	33
3.7.2. Veri toplama araçları ve özellikleri	33
3.7.2.1. Tanıtıcı bilgi formu.....	34
3.7.2.2. ‘‘Bakım verici aşılanma tutumları ölçeği, bvato’’ (caregiver vaccination attitudes scale (cvas)).....	34
3.7.2.3. Ölçeğin geçerlilik çalışmaları	34
3.7.2.3.A. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği.....	34

3.7.2.3.A.A. Veri toplama formunun ön uygulaması.....	37
3.7.2.3.B. Ölçeğin yapı geçerliliği	37
3.7.2.3.B.A. Açımlayıcı faktör analizi (AFA).....	37
3.7.2.3.B.B. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)	39
3.7.2.4.Ölçeğin güvenirlik çalışmaları.....	42
3.7.2.4.A.Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlik katsayısı	42
3.7.2.4.B.Test-tekrar test güvenirliği	43
3.7.2.5. Ölçeğin değerlendirilmesi.....	43
3.7.3. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasında verilerin toplanması.....	44
3.7.4. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasında verilerin analizi	44
3.8. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşuları ile İlgili Tutum ve İnançları Çalışması	46
3.8.1. Evren ve örneklem.....	46
3.8.1.1. İkinci aşamada çalışmaya dahil olma kriterleri	46
3.8.1.2. İkinci aşamada çalışmadan dışlanma kriterleri.....	47
3.8.2. Veri toplama araçları ve özellikleri	47
3.8.2.1. Tanıtıcı bilgi formu ve araştırma soruları.....	47
3.8.2.2. ‘Bakım verici aşılama tutumları ölçeği, BVATÖ’	47
3.8.3. Çalışma grubunda değişkenler	48
3.8.4. Çalışma grubunda verilerin toplanması.....	48
3.8.5. Çalışma grubunda verilerin değerlendirilmesi	48
4. BULGULAR	49
4.1. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında Ebeveynlerin Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	49
4.2. Çalışma Grubu ile İlgili Bulgular.....	51
4.2.1. Ebeveynlerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular	51
4.2.2. ‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ ile ebeveynlerin aşılama inançları arasındaki farklılıkların incelenmesine ilişkin bulgular	54
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	59
5.1. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik ile İlgili Bulguların Tartışılması	59
5.2. Çalışma Grubu ile İlgili Bulguların Tartışılması	62
5.2.1. Ebeveyn ve çocukların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	62
5.2.2. ‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ ile ebeveynlerin aşılama inançlarına ilişkin bulguların tartışılması	63
5.3. Sonuç.....	65
6. ÖNERİLER	66
7. KAYNAKLAR	68
8.EKLER	81

EK-1 Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İzni	81
EK-2 Etik Kurul İzni	82
EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	82
EK-4 Tanıtıcı Bilgi Formu (Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Aşaması)	85
EK-5 Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği (Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Aşaması).....	87
EK- 6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	86
EK - 7 Tanıtıcı Bilgi Formu ve Araştırma Soruları (Çalışma Grubu Aşaması).....	89
EK-8 Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği (Çalışma Grubu Aşaması).....	91
EK-9 Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS) Yazar İzni.....	92
EK-10 Kapsam Geçerliliği İçin Görüş Alınan Uzmanların Listesi	97
EK-11 Türk Dili Kurallarına Uygunluk Yönünden Görüşü Alınan Uzmanlar.....	99
9. ÖZGEÇMİŞ	100

KISALTMALAR ve SİMGELER

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- AFA:** Açımlayıcı Faktör Analizi
- ASİE:** Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Sistemi
- BCG:** Verem Aşısı
- BVATÖ:** Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği
- CDC:** Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
- CFI:** Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
- CVAS:** Caregiver Vaccination Attitudes Scale
- DBT:** Difteri-Boğmaca-Tetanos Aşısı
- DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi
- DTaB:** Aselüler Boğmaca Aşı Formu
- DTaP:** Aselüler Boğmaca Aşısı
- GBP:** Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Expandet Programme on Immunization)
- GFI:** Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
- GHS:** Gana Sağlık Hizmetleri
- HAV:** Hepatit A Virüsü
- HBIG:** Hepatit B İmmune Globulin
- HBV:** Hepatit B Virüsü
- Hib:** Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı
- HPA:** Human Papilloma Virüsü
- ICC:** Intraclass Correlation Coefficient
- IPV:** Poliomiyelit Aşısı
- İİA:** İnaktif İnfluenza Aşısı
- İOO:** İlköğretim Okulu
- KGİ:** Kapsam Geçerlilik İndeksi
- KGO:** Kapsam Geçerlilik Oranı
- KKK:** Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı
- KMA4:** 4 Bileşenli Konjuge Menengokok Aşısı
- KMO:** Kasier Meyer Olkin
- KPA:** Konjuge Pnömonokok Aşısı
- NFI:** Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

OPA: Oral Poliovirüs Aşısı

PPA: Polisakkarit Pnömonokok Aşısı

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataları Kareleri Ortalamasının Karekökü)

RVA: Rotavirüs Aşısı

SRMR: Standardized RMR (Standartlaştırılmış Yaklaşık Hataları Kalıntısı)

Td: Tetanoz-Difteri

VAERS: Adverse Event Reporting System

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

χ^2/df : Chi-square /Degree of Freedom (Ki-Kare/Serbestlik Derecesi)



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Aşılama (DaBT+İPA+Hib) Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2019	26
Şekil 2. KKK Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019	27
Şekil 3. Yıllara ve Aşı Takvimine Göre Uygulanan Aşı Antijen Sayısı, Sağlık Bakanlığı	27
Şekil 4. Tek Boyutlu 1.Dereceden DFA Modeli.....	40
Şekil 5. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirlik Şeması	45



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Aşılanmanın Tarihsel Gelişimi	8
Tablo 2. Türkiye'de Bağışıklamanın Gelişimi	9
Tablo 3. Aşıların Sık Görülen Hafif Yan Etkileri	14
Tablo 4. Aşıların Nadir Görülen Ciddi Yan Etkileri	15
Tablo 5. Sık Görülen Hatalar ve Neden Oldukları Asie' ler	16
Tablo 6. Türkiye' de Rutin Aşı Takvimi	18
Tablo 7. Türkiye'de Ulusal Aşı Takvimine Ek Aşılar	23
Tablo 8. Yıllara Göre Aşılama Hızları, (%)	26
Tablo 9. $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO' ları İçin Minimum Değerler	35
Tablo 10. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları	36
Tablo 11. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğuna Yönelik KMO ve Bartlett's Sonuçları	38
Tablo 12. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği Maddelerinin Faktör Analizi Sonuçları	39
Tablo 13. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	41
Tablo 14. Standart Regresyon Katsayıları	41
Tablo 15. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği ve Alt Boyut Güvenirlikleri	42
Tablo 16. Test-Tekrar Test Güvenilirliği	43
Tablo 17. Demografik Dağılımlar	49
Tablo 18. Demografik Dağılımlar	51
Tablo 19. Demografik Değişkenler Arasında Ölçek Puanları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi	53
Tablo 20. Yaş Değişkeni ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	54
Tablo 21. Ebeveynlerin Aşılama İnançlarına İlişkin Sorularının Dağılımı	54
Tablo 22. 'Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği' ile Ebeveynlerin Aşılama İnançlarına İlişkin Sorular Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	56

ÖZET

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI İLE İLGİLİ TUTUM VE İNANÇLARI

Sefa AKKOL

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sevda ARSLAN

Temmuz 2021, 97 sayfa

Araştırma, “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” nin, BVATÖ” (Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)) Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test etmek ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek amacı ile metodolojik ve tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır. Araştırma evrenini, Temmuz 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde bulunan tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümlerine herhangi bir sebeple başvuran 12-35 aylık çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini ölçek geçerlik ve güvenirlik aşamasında 220, çalışma grubunda ise 130 ebeveyni kapsamaktadır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu- Araştırma Soruları” ile “ BVATÖ “kullanılarak toplanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programına aktararak açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, test-tekrar test yöntemi, tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğinde; Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,951 ve ölçeğin faktör analizi için uygunluğunu gösteren Barlett’s Testinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Ölçeğin 13 madde ve tek faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi modeline ilişkin uyum indeks değerleri $\chi^2/df=2,368$, GFI=0,908, NFI=0,941, CFI=0,965, RMSEA=0,079, SRMR=0,035 ve Cronbach alfa katsayısı 0,941 olarak saptanmıştır. Ebeveynlerin, sosyo-demografik özelliklerinin, aşı inançlarının ve Covid-19 pandemi sürecinin aşı tutumlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiş ve ebeveynlerin aşı tutumlarının sosyo-demografik özellikler, aşı inançları ve pandemi süreci gibi değişkenlerden etkilendiğini belirlemiştir.

Anahtar Sözcükler: Aşılama, Aşı reddi, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek

ABSTRACT

PARENTS' ATTITUDES AND BELIEFS REGARDING CHILDHOOD VACCINES

Sefa AKKOL

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Sevda ARSLAN

July 2021, 97 pages

The research was designed methodologically and descriptively to test the Turkish validity and reliability of the Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS) and to determine the attitudes and beliefs of parents about childhood vaccinations. The research population consists of the parents of children aged 12-35 months who applied to all Departments of Child Health and Diseases in Düzce University Research and Application Center for any reason between July 2020 and December 2020. The research sample includes of 220 parents in the validity and reliability phase of the scale, and 130 parents in the study group. The data were collected using the "Introductory Information Form Research Questions" and the "Caregiver Vaccination Attitudes Scale". Data were evaluated transferring to IBM SPSS Statistics 23 and IBM SPSS AMOS 23 program and using exploratory and confirmatory factor analysis, test-retest method, descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U and Kruskal Wallis test. In the construct validity of the scale; The Kaiser-Meyer-Olkin value of 0.951 and the Barlett's Test, which shows the scale's suitability for factor analysis, were found to be significant ($p<0,001$). It was determined that the scale consisted of 13 items and a single factor. The fit index values related to the confirmatory factor analysis model of the scale were determined as $\chi^2/df=2.368$, GFI=0.908, NFI=0.941, CFI=0.965, RMSEA=0.079, SRMR=0.035 and Cronbach's alpha coefficient 0.941. It has been determined that the socio-demographic characteristics of the parents, their vaccination beliefs and the Covid-19 pandemic process affect their vaccination attitudes ($p<0,05$). The study showed that the Caregiver Vaccination Attitudes Scale is a valid and reliable measurement tool and determined that parents' vaccination attitudes are affected by variables such as socio-demographic characteristics, vaccination beliefs and pandemic process.

Key words: Reliability, Scale, Vaccination, Vaccine rejection, Validity



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Enfeksiyon hastalıkları insan sağlığını tehdit ederek çocuk ve yetişkinlerin ölümüne neden olabilmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında bu hastalık ve salgınların büyük mali yük getirdiği de çok açıktır. Sağlığın sürdürölmesi, toplumun bulaşıcı hastalık ve bu hastalıkların sebep olabileceği salgınlardan korunması için temel halk sağlığı uygulaması bağışıklamadır^{1,2}. Bağışıklama tarihi çok eski zamanlara dayanmaktadır ve süreç içerisinde yöntem değişikliklerine uğramıştır. Bağışıklama ile tüm dünyada çiçek hastalığının ortadan kaldırıldığđı ve birçok bulaşıcı hastalığın görölme sıklığının azaldığđı bilinmektedir. Sağlık profesyonellerinin topluma karşı birinci sorumluluğu, toplum sağlığını korumak, hastalıkları önlemek ve sağlığın gelişmesine katkı sağlamaktır^{3,4}. Sağlığın korunması ve gelişmesinde toplumda yaşıyan bireylerin de bu sorumluluğu paylaşması gerekmektedir. Bağışıklama programları çocukluk çağı aşı uygulamalarını destekleyerek toplumu bilinçlendirmektedir. Aşı uygulamalarının yaygınlaşması, aşılanmamış bireylerin azaltılması bağışıklama programının temel hedefidir⁵. Aşı uygulamalarının yaygınlaşması ile birlikte aşı kararsızlığı ve aşı reddi gibi sorunlar karşıımıza çıkmaktadır. Aşı reddinin artmasına neden olan televizyon programları ve sosyal medya grupları olduğu görölmemektedir. Zaman içerisinde yapılan bu yayınların geçersizliği kanıtlanmış olsa da bireylerde aşılamaya karşı soru işaretlerinin kalmasına neden olmuştur. Aşıların çoğu bebeklik ve çocukluk döneminde uygulandığı için ebeveynlerin kararsız kalmaları bebek ve çocukların aşılanmamasına neden olmakta ve bebek – çocuklarda görölün bulaşıcı hastalıklar artmaktadır. Ülkemizde aşı kararını veren ailelerdir⁶. Bu süreçte yaşıanan tereddütlerin giderilmesi ve bağışıklamanın arttırılması için sağlık profesyonellerinin aşılama da etkin rol oynaması oldukça önemlidir⁷. Ebeveynlerde oluşıan bu kararsızlığın nedenlerinin araştırılması ve sorunların giderilmesi toplum sağlığının gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aşı kararsızlığı ve aşı reddini önleyebilmek ve bireylerin bu konuda bilinçlenmesini sağlamak eğitim ve bilgilendirme ile mümkün olmaktadır.

Bu sorunlar dikkate alınarak planlanan çalışmada, ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını ölçmek için kapsamlı, uygulanması kolay, güncel bir ölçüm aracı ortaya koymak ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağışıklama

Bağışıklık, enfeksiyon hastalıklarına karşı vücudun gösterdiği direnç olarak tanımlanmaktadır⁸. Bağışıklama ise, enfeksiyon etkenlerinin vücuda girmesi ve enfeksiyon oluşturmalarını önlemek için bireyin bağışıklık sisteminin yapay yollarla uyarılması ve korunmasına denir⁹. Bağışıklama amacıyla vücuda verilen antijen özelliğindeki maddelere vücudun yanıt oluşturmaları ilk karşılaşmada uzun sürmekte iken ikinci karşılaşmada yanıt daha kısa sürede oluşmaktadır¹⁰. Enfeksiyon etkeninin vücuda verilmesiyle oluşturulan direnç sayesinde ikinci kez enfeksiyon etkeni ile karşılaşan organizma, enfeksiyon etkenini tanıyarak hastalık gelişimini önlemektedir¹¹. Bağışıklık sistemi oldukça karmaşık bir sistem olmasına rağmen organizma için yabancı olan ile olmayana ayırt ederek enfeksiyonlardan korunmayı sağlamaktadır¹².

2.1.1. Bağışıklama türleri

Organizmada enfeksiyon oluşumunu önlemede büyük bir etken olan kazanılmış bağışıklığın oldukça önemli olduğu görülmektedir. Kazanılmış bağışıklık aktif bağışıklık ve pasif bağışıklık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır^{8,9}.

2.1.1.1. Aktif bağışıklık

Bir antijenin vücuda verilmesi sonucu antikor yanıtının oluşması ile kazanılan bağışıklığa aktif bağışıklık denilmektedir. Aktif bağışıklık, doğal aktif bağışıklık ve yapay aktif bağışıklık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Enfeksiyon etkeniyle karşılaşılması ve hastalığın geçirilmesi sonucu oluşan bağışıklığa doğal aktif bağışıklık, enfeksiyon etkenlerinden hazırlanan aşılarda vücuda verilmesiyle oluşan bağışıklığa ise yapay aktif bağışıklık denilmektedir^{8,10}.

2.1.1.2. Pasif bağışıklık

Pasif bağışıklama, enfeksiyon etkeniyle daha önce karşılaşmış ve aktif bağışıklık kazanarak antikor oluşturmuş bir organizmadan alınan bağışıklık ürünlerinin başka bir organizmaya verilmesiyle oluşan bağışıklıktır⁸. Pasif bağışıklık, doğal pasif bağışıklık ve yapay pasif bağışıklık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Doğal pasif bağışıklık annede oluşan antikorların plasenta ya da anne sütüyle bebeğe geçmesiyle kazanılmaktadır. Yapay pasif bağışıklık ise doğal olarak enfeksiyon geçirmiş ya da yapay olarak bağışıklanmış kişilerin kan ürünlerinden elde edilen antikor içeren serumların başka bir organizmaya verilmesi sonucu kazanılan bağışıklıktır^{10,13}.

2.1.2. Bağışıklamanın tarihçesi

Bağışıklama bireysel açıdan ele alındığında hastalıktan korumayı hedeflerken, toplumsal açıdan bakıldığında ise hastalığın eradikasyonunu amaçlamaktadır. Eski çağlarda yaşayan toplulukların inanışlarına göre bulaşıcı hastalıklar kötü ruhların etkisiyle ortaya çıkmış ve büyük salgınlara sebep olmuştur. Bu inanış zamanla daha da derinleşerek günah işleyen insanların cezalandırılması için hastalıkların tanrı tarafından gönderildiğine inanılmıştır^{14,15}.

Aşılamanın başlangıcı oldukça eski tarihlere dayanmaktadır. Tarihte bilinen ilk aşı çiçek aşısıdır. Çin’de 1742’de yayınlanan bir tıp kitabında çiçek hastalığından korunmak amacıyla 1695 yılından itibaren toz haline getirilmiş çiçek kurutunun bambu çubukları ile buruna üflenerek bağışıklık sağlandığı belgelenmiştir. Bu işlem variolasyon olarak tanımlanmaktadır^{16,17}. Çinli doktor Zhang LU variolasyon için üç teknik tanımlamış ve 1713’de dördüncü bir teknik ortaya koymuştur. Bu teknikler; toz halindeki çiçek kurutunun bir pamuk ile buruna koyulması, toz halindeki kurutun buruna üflenmesi, çiçekli hastanın iç çamaşırlarının sağlıklı bir kişiye giydirilmesi ve çiçek lezyonunun içeriğinin pamuğa emdirilip burnun içine koyulması olarak tanımlanmıştır¹⁸. Çinlilerin variolasyon tekniğiyle bağışıklama sağlamaları aşı kullanımına dair ilk belgeler olarak bilinmektedir^{16,17}. Variolasyon, Jenner’in çiçek aşısını bulana kadar uygulanan ve başarılı olan tek aşılama yöntemi olarak kabul görmüştür¹⁶. Edward Jenner 1796 yılında ilk çiçek aşısını yaparak çiçek hastalığını hızla azaltmıştır¹⁹. E. Jenner aynı zamanda aşılama için *vaksinasyon* denilen bir yöntem geliştirmiştir. Bu yöntem çiçek hastalığı ile

enfekte olmuş kişilerin püstüllerinden alınan örnekler ile sağlıklı kişilerin kol-bacak bölgelerinden deri altına verilmesiyle yapılan bir bağışıklama yöntemidir²⁰. Avrupa’da yapılan yaygın aşılama hizmeti ile çiçek hastalığının azalması büyük bir hız kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından (DSÖ) 1966 yılında Çiçek Eradikasyon Birimi kurularak aşılama programları küreselleştirilmiştir. Çiçek hastalığı en son 1977 yılında Somali’de görülmüş ve sonrasında tüm dünyada eradike edilmiştir²¹.

Aşı alanındaki gelişmeler ve aşılama çalışmaları yıllarca sürmüştür. Louis Pasteur 1885 yılında kuduz aşısını geliştirmiş ve uyguladığı yöntem ile birçok aşının geliştirilmesine öncülük etmiştir. Atenuasyon olarak tanımlanan bir yöntem ile enfeksiyon ajanları zayıflatılarak aşı olarak kullanılmış ve bağışıklık kazanılmıştır^{15,21}. Başka bir aşı gelişmesi ise Robert Koch tarafından 1882’de Tüberküloz basilini keşfi ile olmuştur. Weill-Hale tarafından daha sonra ilk BCG aşısı 1921 yılında Fransa’da bir bebeğe ağız yolu ile uygulanmıştır. Aşı 1927 yılında Ramon ve Christian Zoeller tarafından intradermal olarak uygulanmaya başlanmıştır²¹.

Stenberg ise 1880 yılında pnömokok bakterisini izole etmeyi başarmış ve 1882 yılında ölü bakteri enjeksiyonu ile hastalığın önlenebileceğini bildirmiştir¹⁴. Çalışmalar Wright’ın 1896’da ölü tifo aşısını geliştirmesiyle sürmüş aynı yıl Kolle koleraya karşı bir aşı geliştirmiş ve 1897 yılında da Haffkine tarafından vebaya karşı yine ölü bir bakteri aşısı geliştirmiştir^{22,21}. Difteri ile ilgili çalışmalar ise Roux ve Yersin ile 1888 yılında hız kazanarak 1923 yılında Gaston Ramon tarafından önce difteri toksoid aşısını daha sonra tetanoz toksoidini geliştirilmesiyle devam etmiştir²³.

Bordet ve Gengou tarafından 1906 yılında Bordetella Pertussis tanımlanmış 1923 yılında ise Thorvald Madsen tarafından boğmaca aşısı bulunarak ve 1929 yılında geliştirilmiştir^{14,15}. Steiner tarafından 1875 yılında suçiçeğinin viral bir hastalık olduğu belirtilmiş ve 1974 yılında Michiaki Takahashi tarafından ilk suçiçeği aşısı geliştirilerek uygulanmıştır¹⁵. Kızamık virüsü ise ilk kez Enders ve Peebles tarafından 1954 yılında izole edilmiş, 1963 yılında ise Amerika’da lisans alarak kullanılmaya başlanmıştır¹⁵.

Habel tarafından 1945 yılında izole edilen kabakulak virüsünün aşısı ise 1948 yılında geliştirilmiş ancak kısa süreli bağışıklık oluşturması nedeni ile 1970 yılında kaldırılarak yerine Amerika’da 1967 yılında lisans alan ilk canlı kabakulak aşısı kullanılmıştır¹⁴.

Kızamıkçık virüsünün aşısı ise 1960 yılında izole edilerek kısa sürede aşı çalışmalarına başlanmış ve 1979 yılında geliştirilerek uygulamaya geçilmiştir²¹. Bunun yanında kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşıları 1971 yılında kombine edilmiştir²⁴.

Provost ve Hilleman 1986 yılında ilk inaktif hepatit A aşısını geliştirerek 1990' ların sonlarına doğru kullanılmaya başlanmış ve aynı yıl 1986' da Rekombinant hepatit B aşısı lisansını almıştır. Meningokok aşı çalışmaları 1970'li yıllarda başlamış, Meningokok C konjuge aşısı ise 1999 yılında İngiltere' de lisansını almıştır²⁵.

Tablo 1. Aşılanmanın Tarihsel Gelişimi

Tarih	Canlı, (Zayıflatılmış) Aşı	Atenüe	Ölü Aşı, Tüm Hücre	Pürifiye veya Polisakkaritler	Proteinler	Genetik Mühendislik
18.YY	•Çiçek,1796					
19.YY	•Kuduz, 1885		•Tifo,1896 •Kolera,1896 •Veba,1897			
20.YY İlk yarı	•Tbc(BCG),1927 •Sarıhumma, 1935		•Boğmaca,1926 •İnfluenza,1936 •Riketsiya,1938	•Difteri toksoid,1923 •Tetanoz toksoid,1926		
20.YY İkinci yarı	•Polio oral,1963 •Kızamık,1963 •Kabakulak,1967 •Kızamıkçık,1969 •Adenovirüs,1980 •Salmonella tifi,1989 •Varisella,1995 •Rotavirüs reassortant,1999 •Kolera attenüe,1994 •Soğuğa adapte İnfluenza,1999		•Polio im,1955 •Kuduz(hücre kültürü),1980 •Tik-born ensefaliti,1981 •Japon ensefaliti(fare beyni),1992 •HepatitA,1996 •Kolera(WCrBS),1991 •Konjuge Meningokok(C grubu),1999	•Antraks ve sekrete proteinler,1970 •Polisakkarid meningokok,1974 •Polisakkarid pnömokok,1977 •Polisakkarid H.influenza tip b,1985 •Konjuge H.influenzatip b,1987 •Polisakkarid tifo(Vi),1994 •Aselüler boğmaca,1996 •Hepatit B(plazmadan derive),1981	•Hep Bs Ag rekombinant,1986 •Lyme Osp A,1998 •Kolera(rekombinant toksin B),1933	
21.YY	•Rotavirus(attenüe ve yeni reassortants), 2006 •Zoster ,2006		•Japon ensefaliti,2009 •Kolera(WC), 2009	•Konjuge pnömokok,2000 •Konjuge meningokok (4valanlı), 2005 •Konjuge pnömokok (13valan) 2010		•HPV(4 valan),2006 •HPV(2 valan),2009 •Meningokok grup B proteinleri,2013 •HPV(9valan),2014

*26,27

2.1.2.1. Türkiye’de bağışıklama

Ülkemizde bağışıklamanın başlangıcı olarak Edward Jenner’ in bulduğu çiçek aşısının bilinmektedir. Dünya’ da 1801 yılından itibaren uygulanmaya başlayan çiçek aşısı Osmanlı İmparatorluğu’nda ise bu tarihten yaklaşık 3 yıl sonra Jenner Metodu’ na göre uygulamaya başlamıştır. Dünya’ da çiçek aşısının uygulanabilmesi için ilk kez aşı uygulamasıyla ilgili bir kanun olan ‘Çiçek Aşısı Nizamnamesi’ 1885 yılında çıkarılmış ve uygulamaya geçilmiştir^{25,28}. Çiçek aşısının ülkemizdeki üretimi ise 1892 yılında başlamıştır. Aşılamada diğer bir adım Pasteur Enstitüsüne eğitim için gönderilen hekimlerin 1887 yılında Türkiye’ ye kuduz aşısını getirmeleri olmuştur, aynı yıl içerisinde Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur²⁵. Dünya’ da tifüs aşısını bulan ilk kişi ise Reşat Rıza Kor olmuştur. Aşının ülkemizdeki çalışmaları için Sağlık Bakanlığı’ na bağlı olarak 1928 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuştur²⁸. Bu enstitüde 1936 yılında çalışmalar daha da yoğunlaşarak tifo, kolera, kızıl, dizanteri, boğmaca, BCG, veba, difteri, tetanos, meningokok, çiçek ve kuduz olmak üzere başka birçok aşı üretilmiş ve diğer ülkelerinde aşı ihtiyacının karşılanması sağlanmıştır^{29,30}. BCG aşısı 1927 yılında müderris Ahmet Refik Güren tarafından İstanbul’ da üretilmiştir. ‘Biyolojik Kontrol Laboratuvarı’ 1947 yılında kurulmuş, boğmaca ve BCG aşısı üretimine başlamıştır. Ülkemizdeki İnfluenza laboratuvarları ise 1950 yılında DSÖ tarafından ‘Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi’ olarak kabul edilmiş ve influenza aşısı üretimine başlanmıştır³¹.

Ülkemizde planlı aşılama 1930 yılında çiçek aşısı ile başlamış olup 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’ yla sistematik bir şekilde yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) başlatılarak aşılama hizmetleri hız kazanmıştır^{28,32}.

Tablo 2.Türkiye’de Bağışıklamanın Gelişimi

İlk aşılama 1930: Çiçek Aşısı
1937: Difteri,Boğmaca aşısı
1952: BCG aşısı
1963: Canlı polio aşısı
1968: DBT aşısı

Tablo 2. Türkiye'de Bağışıklamanın Gelişimi (Devam)

1970: Kızamık aşısı
1981: Genişletilmiş bağışıklama programı
1985: Türkiye aşı kampanyası
1989: Polio eradikasyonu programı
1995: Polio ulusal aşı günleri
1996: Kızamık aşısı hızlandırma kampanyası
1997: Polio Mop-up
1998: Hepatit-B aşılması ve son polio vakası
2003: Kızamık okul aşı günleri
2004: Erişkinlerde Td aşısına geçiş
2005: Kızamık aşı günleri
2006: Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib'in programa eklenmesi, Hepatit B ergen aşılmasının başlaması
2007-2008: İlköğretimin Hepatit B ve Kızamıkçık aşılarının tamamlanması
2008: Beş bileşenli (DaBT-P//Hib) aşı başlangıcı
2008 Kasım: 7 bileşenli Konjuge pnömokok aşısı
2009 Şubat: Anne -yenidoğan Tetanoz Eliminasyonu
2010: İlköğretim 1. sınıfta DaBT- İPA aşısının uygulanması
2011 Nisan: 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısı
2012 Kasım: Hepatit A aşısı
2013 Şubat: Suçiçeği aşısı

*32,33

2.1.3. Genişletilmiş bağışıklama programı

Dünya’ da 1974 yılında oluşturulmuş olan ‘Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Expandet Programme on İmmunization)’ sistematik uygulanabilir bir immünizasyon skalasıdır³⁴. Dünya Sağlık Örgütü’ nün önerdiği ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’ nca kabul edilmiş olan bu skala 1990 yılına kadar bütün çocukların bulaşıcı olan altı hastalığına karşı aşılmasını hedeflemiştir. Bu hastalıklar; boğmaca, difteri, polio, tetanoz, kızamık ve tüberküloz’ dur³⁵. Ülkemizde de 1981 yılından itibaren bu hedef doğrultusunda genişletilmiş bağışıklama programı uygulanmaktadır. Genişletilmiş bağışıklama programının hedefi özellikle bebek ve çocuklara enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşarak bağışıklanmalarını sağlamak ve aşı ile korunulabilir hastalıkların sebep olduğu ağır hastalık-sakatlık ve ölümleri önlemektir ^{36,37}. GBP

difteri, boğmaca, kabakulak, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, poliomiyelit, tüberküloz, hepatit A, hepatit B, konjuge pnömokok, hemofilus influenza tip b ve su çiçeğinin sebep olduğu hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmayı amaçlamaktadır³⁵. Ülkelerin aşılama programları birbirinden farklı olabilmektedir³⁸. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayınlanan GBP konulu genelgede, doğan her bebeğin aşı takvimine uygun şekilde hastalıklara karşı bağışıklanması gerektiği belirtilmektedir³⁵. Herhangi bir aşı takvime eklenirken hastalıkların sıklığı, mortalite-morbiditesi, komplikasyonu, maliyeti, ulaşımı, uygulama şekli, saklanma koşulları gibi değişkenler göz önünde bulundurulmaktadır³⁸. Genelgede; ulusal aşı takvimi, aşılanmamış çocuklar, okul aşılamaları, gebelerin aşılanması ve aşılama kurallarına da yer verilmiştir³⁵.

2.1.3.1.Genişletilmiş bağışıklık programının hedefleri

T.C. Sağlık Bakanlığı' nca 2008 yılında yayınlanan genelgeye göre Genişletilmiş Bağışıklık Programının hedefleri;

1. Ülke genelinde %95 oranında aşılamayı sağlamak ve devam ettirmek,
2. 12–23 aylık çocukların %90' ının tam aşılanmasını sağlamak,
3. 5 yaş altındaki aşısız ya da eksik aşısı bulunan çocukları tespit ederek aşılamak,
4. Okul çağındaki çocukların aşılarının rapel dozlarını tamamlamak,
5. Tüm gebelere tetanoz- difteri aşısını uygulamak,
6. Ülkenin poliomiyelitten arındırılmış mevcut halini sürdürmek,
7. Maternal ve neonatal tetanozu elimine etmek,
8. 2010 yılına kadar kızamık virüsünü elimine etmek,
9. Kızamıkçık ve konjenital rubella sendromunun kontrolünü sağlamak,
10. Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip B' ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak,
11. Aşı güvenliğinin sürdürülmesini sağlamak,
12. Kayıt bildirim sisteminin güçlendirilmesini sağlamak,
13. Tüm toplumun katılımını sağlamak olarak, belirlenmiştir³⁵.

2.2. Aşı

Aşı; belirli bir hastalığa karşı bireyde bağışıklık sağlamak amacıyla geliştirilerek organizmaya verilen, buna karşılık bireyde antikor oluşmasına neden olan antijenik bir maddedir^{39,40}. Aşı, hastalığa sebep olan mikroorganizmaya benzeyen bir maddedir ve bu madde mikroorganizmanın zayıflatılmış ya da öldürülmüş formunu veya toksinleri ile yüzey proteinlerini içerir. Bu madde bireye verildiğinde bireyin daha sonra karşılaşacağı yabancı mikroorganizmaların tanınmasını ve yok edilmesini sağlamaktadır¹⁵.

2.2.1. Aşı tipleri

Aşılar, canlı (attenüe) aşılar, ölü (inaktive) aşılar, toksoid aşılar, kombine aşılar, rekombinant aşılar ve polisakkarit aşılar olmak üzere altı gruba ayrılmaktadır⁴¹.

2.2.1.1.Canlı (attenüe) aşılar: Canlı aşılar, bakteri ve virüslerin hastalık oluşturma yeteneğinin azaltılması ile birlikte verildikleri organizmada çoğalma ve bağışıklık oluşturma yeteneklerinin korunması yöntemine dayanılarak hazırlanan aşılardır. Canlı aşılar; verem (BCG) aşısı, oral poliovirüs aşısı (OPA), kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı, suçiçeği, rotavirüs aşıları örnek verilebilmektedir^{42,43}.

2.2.1.2.Ölü (inaktive) aşılar: Ölü aşılar, mikroorganizmaların çoğalma yeteneklerinin çeşitli fiziksel ve kimyasal yöntemlerle yok edilerek antijenik özelliklerinin korunması esasına dayanılarak hazırlanan aşılardır. Ölü aşılar; kolera, boğmaca, veba, poliomyelit aşısı (IPV), grip ve hepatit A aşıları örnek verilebilmektedir⁴².

2.2.1.3.Toksoid aşılar: Toksoid aşılar, difteri ve tetanos basillerinin saflaştırılması esasına dayanarak elde edilen aşılardır. Verildikleri organizmada oluşturacakları bağışıklık antikorların etkisine bağlıdır^{39,44}.

2.2.1.4. Kombine aşılar: Karma aşılar olarak da ifade edilen bu aşılar birden fazla hastalığa karşı bağışıklık sağlamak amacıyla hazırlanan aşılardır. Karma aşıların amacı tek uygulanan aşılarla oranla daha fazla bağışıklık kazanılması ve enjeksiyon sayısının

azaltılmasıdır. Karma aşya, difteri-boğmaca-tetanos (DBT) örnek verilebilmektedir^{39,44,45}.

2.2.1.5. Rekombinant aşılar: Rekombinant aşılar, bağışık yanıtın oluşmasında etkin olan bakteri virüsün genlerinin ayrıştırılarak yine bakteri ya da maya hücrelerine rekombinant DNA tekniği ile klonlanması ile oluşturulan aşılardır. Rekombinant aşya örnek olarak hepatit B aşısı verilebilmektedir^{39,42}.

2.2.1.6. Polisakkarit aşılar: Polisakkarit aşılar bakterilerin sadece kapsül antijenleri kullanılarak hazırlanan aşılardır. Polisakkarit aşılara, hemophilus influenza tip b, pnömokok ve meningokok aşıları örnek verilebilmektedir^{39,42}.

2.2.2. Aşı sonrası görülen yan etkiler

Aşı yan etkisi, aşı uygulanan bireyde aşılınmayı takiben gelişen ve aşının neden olduğu düşünülen istenmeyen tıbbi bir etkidir. Güvenilirliği kanıtlanmış olan aşılarda, aşılama sonrası hafif ve nadir olarak görülebilen istenmeyen etkileri olabilmektedir. Bu istenmeyen etkiler ebeveynlerin çocuklarının sonraki aşıları için kararsız kalmalarına neden olmaktadır. Aşı sonrası istenmeyen etkiler ABD' de 'Adverse Event Reporting System (VAERS)' ile Avrupa' da ise EUROSAFEVAC adlı bildirim sistemi ile izlenmektedir. Ülkemizde bu durumlar aşı sonrası istenmeyen etkiler (ASİE) sistemi ile takip edilmekte ve kontrol altına alınmaktadır⁴⁶. ASİE; aşı yan etkisi programı, uygulamada hatalar, enjeksiyon reaksiyonu, rastlantısal ve bilinmeyen olarak beş gruba ayrılmaktadır. Aşılarla karşı gelişen yan etkiler genellikle hafif yan etkiler olmakla birlikte ciddi ve hayatı tehdit eden yan etkiler ise nadir olarak görülmektedir⁴⁶.

2.2.2.1. Aşı yan etkisi

Sağlık Bakanlığı' nın ASİE izlem sistemi daimi genelgesi' nde yayınladığı aşılarda yan etkileri Tablo 3 ve Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Aşıların Sık Görülen Hafif Yan Etkileri

Yan Etkiler / Aşılar	BCG	DaBT- IPA-Hib	Td/DT/TT	OPA	Hepatit-B	KKK	Hib
Lokal reaksiyona (ağrı, şişlik, kızarıklık)	% 90- 95	% 20-40	~ %10	-	erişkinde%15, çocukta % 5	%10	%5- 15
38 °C'yi geçen ateş	-	% 3-5	~ %10	<%1	-	%5-15	%2- 10
Huzursuzluk, kırgnılık ve sistemik belirtiler	-	% 20-40	~ %25	<%1	%1-6	%5 döküntü, <%1 artralji, <%1 lenfadenopati, <%1-%5 parotit	-

(DaBT: Difteri, Aselüler boğmaca, Tetanoz , OPA: Oral Polio aşısı,Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz ,İPA: İnaktif Polio aşısı,DT: Çocuk Tipi Difteri Tetanoz KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Hib: Hemofilus influenza tip b)⁴⁶ .

Tablo 4. Aşıların Nadir Görülen Ciddi Yan Etkileri

Yan Etkiler / Aşılar	BCG	DaBT-IPA-Hib	DaBT,Td/D T/ TT (Tetanoz bileşenine bağlı)	OPA	Hepatit -B	KKK (Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık bileşenine bağlı)	Hib
Reaksiyon	- lenfadenit -bcg osteiti -yaygın bcg enfeksiyonu	-3 saatten fazla süren çılgık tarzında Durdurulam a-yan ağlama - konvülsiyon - hipotonik hiporespons if atak - anaflaksi - ensefalopati -apne - bradikardi	-brakial nevrit - anaflaksi -steril apse -ciddi lokal reaksiyon	-aşıya bağlı paralitik poliomiyelit (<i>risk ilk dozda, erişkinlerde ve immün yetmezliği olanlarda daha yüksektir</i>)	anafilaksi	-febril konvülsiyon - trombositopeni -anaflaksi - ensefalopati/ensefalit -aseptik menenjit - artrit	bildirimi yok
Ortaya çıkış süresi	-2 hafta -6 ay - 1-12 ay - 1-12 ay	-0-24 saat -0-72 saat - 0-24 saat - 0-1 saat - 0-7 gün - 0- 24 saat	- 2-28 gün - 0-1 saat - 1-6 hafta - 0-2 gün	- 4-30 gün (temaslılarda 4-75 gün)	0-1 saat	- 5-12 gün - 1-6 hafta - 0-1 saat - 5-15 gün - 15-21 gün - 1-3 hafta	-
1 milyon dozda görülme sıklığı	-100-1000 - 1 - 700 - 2	- 0- 4800 - 0 - 290 - 0 - 470 - 0 - 1 - 0 - 1	-5-10 - 1-6 - 6-10 - 0-10 000	-0.70 (ilk doz) -0.11-0.16(sonrakı dozlarda) - 0.13 (temaslılarda)	1-2	-333 - 33 - 0-1 - 0-1 - 1-1000 - çocuklarda nadir ancak adolesan ve kadınlarda 100 000	-

*46

2.2.2.2. Aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar

Bu gruptaki hatalar önlenabilir olması açısından önem taşımaktadır. Aşırı uygulayan kişinin, aşının uygulandığı sağlık kuruluşunda aşının uygun olarak saklanmaması, uygun olarak hazırlanmaması ya da kontamine olmuş tek bir flakona bağlı olarak görülebilir. Tüm flakonların bu olumsuz durumlara maruz kalması da söz konusu olabilmektedir. Bu grupta en sık karşılaşılan durum yapılan enjeksiyonun steril olmamasıdır. Program hatalarına bağlı istenmeyen etkiler Tablo 5 ' de gösterilmektedir⁴⁶.

Tablo 5. Sık Görülen Hatalar ve Neden Oldukları Asie' ler

Program hatası	ASİE
<i>Steril olmayan enjeksiyon</i> ➤ Steril olmayan enjektör ya da enjektör iğnesi ➤ Kontamine aşı ya da sulandırıcı ➤ Aşının imha edilmesi istenen süreden fazla kullanılması	✓ Enfeksiyon (örn: enjeksiyon yerinde lokal süpürasyon, apse, selülit, sistemik enfeksiyon, sepsis, toksik şok sendromu, kan yoluyla bulaşan virüslerin bulaşması)
<i>Aşının yanlış hazırlanması</i> ➤ Kullanılmadan önce yeterince çalkalanmaması ➤ Yanlış sulandırıcı kullanılması ➤ Aşı ya da sulandırıcının yerine başka madde (ilaç) kullanılması	✓ Lokal reaksiyon veya abse ✓ Kullanılan maddenin (ilacın) etkisi
<i>Kontrendikasyonlara dikkat edilmemesi</i>	✓ Önlenebilir ciddi hastalık
<i>Yanlış yere enjeksiyon</i> ➤ BCG aşısının intradermal yerine subkütan uygulanması ➤ Toksoid aşılardan (DBT / Td / DT/ TT) yüzeysel uygulanması	✓ Lokal reaksiyon ya da apse

*46

2.2.2.3. Enjeksiyon reaksiyonu

Enjeksiyon reaksiyonu aşı ve aşı içeriğinden bağımsız olarak tamamen enjeksiyon nedenli gelişen bir reaksiyon olarak kabul edilmektedir. Enjeksiyon nedenli kişide anksiyete görülebilmektedir. Bayılma, baş dönmesi, ellerde titreme vb. belirtiler görülürken, cilt bulgularının ya da solunum sistemine ait bulguların olmaması enjeksiyon reaksiyonu olduğunu desteklemektedir⁴⁶.

2.2.2.4. Rastlantısal

Bu grup, aşılama sırasında ya da sonrasında görülen ve aşılama ile ilgisi olmayan tıbbi durumların yer aldığı gruptur⁴⁶.

2.2.2.5. Bilinmeyen

Aşı uygulamasının hemen sonrasında bireyde görülen ve aşı dışında başka bir nedenin gösterilemeyerek aşının neden olduğu düşünülen ciddi yan etkilerin görüldüğü gruptur⁴⁶.

2.3. Türkiye’de Rutin Aşı Takvimi

Türkiye’ de bağışıklığı sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından aşı programları oluşturulmuş, uygulanmış ve uygulanmaya devam edilmektedir. Bağışıklama ve Danışma Kurulu tarafından aşı ve aşı uygulama kararları alınmakta ve aşılarda maliyeti Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Bağışıklama ve Danışma Kurulu aşı uygulamaları için önerilerde bulunurken; uygulanacak aşının yapılmaması durumunda enfekte olacak kişi sayısı, aşı sayesinde önlenebilen hastalıkların ciddiyeti, aşı sonrası bireyde hastalığa karşı gelişen bağışıklığın gücü, aşının güvenli olması, uygulanacak aşının yaş aralığı, dozu ve dozlar arasında geçmesi gereken zamanın belirlenmesi ve aşı yapılması gereken durumlar değerlendirilmektedir⁴⁷. Sağlık Bakanlığının resmi sayfasında 3 Haziran 2020 tarihinde güncellenerek yayınlanan ve 1 Temmuz 2020 tarihi itibarıyla uygulanmaya başlayan güncel aşı takvimi Tablo 6’ da gösterilmektedir⁴⁸.

Tablo 6. Türkiye' de Rutin Aşı Takvimi

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

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

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

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

➤ Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

*48

2.3.1. Türkiye’de rutin aşı takviminde uygulanan aşılar ve genel özellikleri

2.3.1.1. Hepatit B aşısı

Hepatit B virüs (HBV) ‘ünün sebep olduğu enfeksiyon dünyada yaygın olarak görülen enfeksiyonlar arasına girmektedir. HBV, enfekte olan kanın ya da vücut sıvısının perkutan veya mukozal yollar ile teması sonrası bulaşmaktadır⁴⁹. Enfeksiyon genellikle çocukluk çağında enfeksiyon bulaşmasıyla gelişmektedir⁵⁰. HBV asemptomatik

taşıyıcılık, akut hepatit, kronik hepatit, siroz ve karaciğer kanserine neden olabilmektedir¹⁵. Dünya üzerinde iki milyardan üzerinde HBV ile enfekte insan olduğu düşünülmekte, 257 milyon insanın kronik HBV ile yaşadığı bilinmektedir⁵¹. Çocukluk çağında kronikleşmesi sebebiyle HBV' nin aşılama şemasına dahil edilmesine karar verilmiş ve WHO 1997 yılında HBV' yi rutin aşı şemasına eklemiştir. Türkiye' de ise 1998 yılında aşılama şemasına dahil edilmiştir⁴⁹. HBV aşısı rekombinant aşı grubundadır. Çocuklarda uygulama dozu 0,5 ml (10mcg), erişkinlerde ise uygulama dozu 1 ml (20mcg)' dir. Aşı 2-8 derecede saklanmalı ve dondurulmamalıdır. Ulusal aşı takvimine göre HBV doğumda, 1.ay ve 6.ayın sonunda intramüsküler enjeksiyon uygulama yolu ile toplam 3 doz olarak uygulanmaktadır⁵². HBsAg pozitif bir annenin bebeğine doğumu takiben ilk 12 saat içerisinde hepatit B aşısı ve Hepatit B immune globulin (HBIG) uygulanması gerekmektedir. Aksi takdirde hepatit B taşıyıcısı olma ihtimalleri yüksek olduğu bilinmektedir⁵³. Aşı serisi tamamlandıktan 1-2 ay sonra 9.-12. aylar arasında çocuğa HBsAg ve HBsAb için test yapılması oldukça önemlidir, eğer aşı gecikmiş ise 9-12. ayları arasında test yapılması CDC tarafından önerilmektedir. Annenin HBsAg durumu hakkında bilgi yoksa ilk doz doğum sonrası 12 saat içerisinde yapılmalıdır. Doğum kilosu 2000 gram altında olan bebeklere doğumdan sonraki 12 saat içinde hepatit B aşısı ile birlikte HBIG yapılmalı ve annenin HBsAg durumu kısa sürede belirlenmelidir. Anne HBsAg pozitif gelmiş ise 2000 gram ve üzeri bebekler için en çok 7 gün içinde HBIG yapılmalıdır. Böylece ikinci doz 1 ya da 2. ayda, 3.doz 6. ayda olmak üzere 3 doz tamamlanmış olmaktadır^{54,55}.

2.3.1.2. BCG (Verem) aşısı

Dünya' da en yaygın kullanılan aşılardan yer alan BCG aşısı ülkemizde Verem Savaş Programı kapsamında 1951 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır^{56,57}. WHO tarafından 1974 yılında GBP' ye dahil edilmiştir⁵⁸. Mycobacterium tuberculosis, akciğer ve diğer organları tutabilen tüberküloz hastalığına sebep olmaktadır. Enfeksiyon etkeni hasta bireyin öksürmesi, hapşurması ya da konuşurken havaya karışan basillerin sağlıklı kişiler tarafından solunmasıyla bulaşarak bireyi enfekte etmektedir⁵⁹. İstatistiklere göre her yıl yaklaşık 9 milyon kişinin Mycobacterium tuberculosis ile enfekte olduğu belirlenmiştir^{60,61}. Tüberküloz' dan korunmada en etkili yöntem BCG aşısıdır. Çocuklar için akciğer tüberkülozu koruyuculuğu %70 oranında netlik

kazanmamakla birlikte miliyer tüberküloz ve tüberküloz menenjit için %86 koruyuculuk oranı belirlenmiştir⁶². BCG aşısı canlı (atenue) bir aşıdır⁵⁶. Aşının +2 ile +8 derece arasında ve karanlıkta saklanmasına özen gösterilmelidir. Aşı sol deltoid bölgeye intradermal olarak uygulanmalıdır. 0-12 ay arasındaki bebeklere 0,05 ml, 12 ay sonrasında ise 1 ml olarak uygulanmaktadır. Ulusal aşı takvimine göre yenidoğanlara 2. ayın sonunda tek doz olarak uygulanmaktadır^{59,63}.

2.3.1.3. Difteri-Boğmaca-Tetanos (DBT) aşısı

Difteri, *Corynebacterium Diphtheriae* toksininin oluşturduğu bir enfeksiyondur. Akut bulaşıcı bir hastalık olan difteri iki yolla bulaşmaktadır⁶⁴. Solunum yolu problemlerinin görüldüğü tabloda damlacık enfeksiyonu ile bulaşırken, deri, ürogenital sistem ve konjunktiva difterisi olarak direkt temas yolu ile bulaşmaktadır⁶⁵. Tek antijen olarak bulunmayan difteri toksoidi tetanoz ve aselüler boğmaca aşısı formları ile uygulanmaktadır. Bu yüzden tetanoz-difteri (Td) ya da tetanoz toksoidi ve aselüler boğmaca aşısı (DTaP) formları bulunmaktadır⁴⁵. Aşı 0.5 ml olarak 2., 4., ve 6. aylarda rapeli ise 18. ayda yapılmaktadır⁶⁶. Erişkin tip difteri tetanos aşısı ise 13 yaşında rapel olarak uygulanmaktadır⁶⁷.

Boğmaca, *Bordetella Pertussis* enfeksiyon etkeninin neden olduğu bir hastalıktır. Genellikle çocukluk çağında görülen ve damlacık yolu ile bulaşan bu hastalık beş yaş altı çocuklarda ağır bir tablo ile seyrederken, büyük çocuk ve erişkinlerde atipik olarak görülebilmektedir^{45,52}. Tam hücre ve aselüler aşı olarak 2 tip formu vardır. Tam hücreli aşı DBT, aselüler boğmaca aşı formu ise DTaB olarak kombine halde bulunmaktadır^{45,68}. İntramüsküler olarak 0.5 ml uygulanmakta olan aşı 2., 4., 6. aylarda rapeli ise 18. ayda yapılmaktadır⁵⁹.

Tetanos, *Clostridium Tetani* enfeksiyon etkeninin neden olduğu bir hastalıktır. Merkezi sinir sistemini etkileyerek tüm kaslarda rijiditeye (sertlik, katılık) sebep olan bu enfeksiyon etkeni özellikle solunum kaslarını etkileyerek ölümcül olabilmektedir. Her yaşta görülebilen tetanos için koruyuculuk aşı ile sağlanmaktadır⁶⁹. Bulaş, enfeksiyon etkeninin bulunduğu toprak, kesici aletler ya da hayvan dışkısının deri bütünlüğü bozulmuş bölgeye teması sonucu olmaktadır. Toksoid bir aşı olan tetanos aşısının DT, Td, DaBT, TdaB formları bulunmaktadır⁴⁵. İntramüsküler olarak 0,5 ml dozda uygulanmaktadır. Aşılama 1 yaşın altında başlamak ile birlikte 2.- 4. ve 6. aylarda

difteri tetanoz toksoidi ve boğmaca aşısı ile kombine edilmelidir. Erişkin dönemde ise 10 yıllık ara ile tetanoz difteri toksoidi (Td) uygulanmalıdır. WHO annelerin de gebelik süresince aşılanarak yenidoğan tetanozunun önlenmesini sağlamak için çalışmalar başlatmıştır⁴⁵.

Tetanos ve difteri toksoid aşı gurubuna, boğmaca ise inaktif aşı grubuna girmektedir. 2008 yılından itibaren ulusal aşı takvimimizde DaBT-İPV-Hib beşli karma aşı olarak 2., 4., 6. ayda ve 18. ayda rapel doz olmak üzere toplam dört doz olarak uygulanmaya devam etmektedir⁷⁰.

2.3.1.4. Hemofilus İnfluenza Tip B (Hib) aşısı

Hemofilus influenza gram negatif kokobasildir. Çocukluk döneminde pnömoni, epiglottit, septik artrit ve menenjitte neden olmaktadır⁷¹. Nazal sekresyonların geçişi ile bulaşmaktadır. Hib aşısı konjuge polisakkarit bir aşıdır. Bebeklik döneminde 2., 4. ve 6. ayın sonunda uygulanmakta olup rapeli 18. ayda olmak üzere DaBT-İPA-Hib toplamda dört doz intramüsküler olarak uygulanmaktadır^{36,72}.

2.3.1.5. Konjuge Pnömonokok (KPA) aşısı

Streptococcus Pneumoniae (pnömokok), ciddi solunum yolu enfeksiyonları, otitis media, bakteriyemi, menenjit ve sepsise neden olan kapsüllü gram pozitif bir bakteridir^{73,74}. Polisakkarit pnömokok aşısı (PPA) ve konjuge pnömokok aşısı (KPA) olmak üzere iki aşı formu geliştirilmiştir. Konjuge pnömokok aşısı (KPA) 2008 yılında Türkiye’ de aşı takviminde yerini almıştır. Daha önce 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı kullanılırken, 2011 yılında onaylanan 13-valanlı konjuge pnömokok aşısı kullanılmaya başlanmıştır^{75,76}. Rutin olarak 2. ve 4. ayın sonunda ve 12. ayda rapel dozu ile intramüsküler olarak 0.5 ml uygulanmakta ve koruyuculuğunun % 90 olduğu düşünülmektedir^{48,52}.

2.3.1.6. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşısı

Kızamık, Rubeola virüsünün sebep olduğu solunum, damlacık ve temas yolu ile

bulaşabilen bir hastalıktır⁷⁷. Beş yaş altı çocuklar için oldukça tehlikelidir⁷⁸. Kızamık aşısı ısıya ve ışığa karşı oldukça duyarlı canlı bir aşıdır. +2 ve +8 derecede karanlık ortamda saklanmasına özen gösterilmelidir. Subkutan ya da intramüsküler olarak uygulanan aşı 12. ve 48. ayın sonunda uygulanmaktadır. Salgının yüksek olduğu riskli bölgelerde 9. ayın sonunda idame doz olarak uygulanan aşının koruyuculuğu %90-95 arasındadır. Kızamıkçık ve kabakulak aşısı ile birlikte kombine aşı olarak uygulanmaktadır⁷⁹. Aşının çocuklarda otizme neden olduğu ileri sürülmüş olması nedeniyle aşılama oranlarında ciddi azalmalar olmuş ve mortalite oranları artmıştır⁸⁰.

Kızamıkçık, rubivirüs grubundan rubellanın neden olduğu, damlacık ya da direkt temas ile bulaşan döküntülü bir hastalıktır⁸¹. Gebelikte geçirilen kızamıkçık fetüste konjenital anomalilere neden olabilmektedir⁵². Kızamıkçık aşısı canlı bir aşıdır, kızamık ve kabakulak ile birlikte kombine aşı formu olarak uygulanmaktadır. Subcutan olarak uygulanan aşının %95 koruyuculuğu vardır⁸². Kızamıkçık aşısı bağışıklık sistemi baskılanmış kişilere ve gebelere uygulanmaz⁸³.

Kabakulak, rubula türüne ait olan bir RNA virüsüdür. Bu virüs damlacık yolu ile bulaşarak tükürük bezlerinde enfeksiyona yol açmaktadır⁸⁴. Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşısı olarak kombine aşı formu bulunmaktadır. Aşı canlı bir aşıdır ve subcutan olarak yapılmaktadır ve aşının % 95 koruyuculuğu bulunmaktadır⁸⁵.

KKK aşısı, ulusal aşı takvimine göre 9. ayın sonunda idame doz olarak ve 12. ile 48. ayın sonunda uygulanmaktadır⁶⁷.

2.3.1.7. Polio aşıları

Poliovirüs, enterovirüs olan bir RNA virüsüdür. Virüs fekal- oral yol ya da solunum sekresyonlarına temas ile vücuda oral yolla bulaşan bir enfeksiyondur^{86,87}. Poliovirus aşısının canlı ve inaktive olmak üzere iki formu bulunmaktadır. OPV oral yoldan iki damla (0.1 ml) ile uygulanmaktadır. Isıya karşı en duyarlı aşı olması nedeniyle soğuk zincire dikkat edilmeli ve buzdolabında +2 ile -8 °C arasında muhafaza edilmelidir⁵⁹. Ulusal aşı takvimimize göre OPV aşısı 6. ve 18. ayın sonunda yapılmaktadır. IPV aşısı ise beşli karma (DaBT-İPV-Hib) aşı formu ile intramüsküler olarak 2., 4., 6. ve 18. ayda rapel doz olmak üzere toplam dört doz olarak uygulanmaktadır. Aşının koruyuculuğu

%90-95 arasındadır⁶⁷.

2.3.1.8. Hepatit A aşısı

Hepatit A virüsü (HAV) karaciğer enfeksiyonuna neden olan bir RNA virüsüdür. Virüs fekal- oral yol ile bulaşmaktadır⁸⁸. İnaktif aşı grubuna giren hepatit A virüsü 18. ve 24. ay sonunda intramüsküler olarak uygulanmaktadır. Aşının koruyuculuğu ikinci dozdan sonra %95-100 arasındadır⁶⁷. Her yıl ortalama 1.4 milyon kişinin hepatit A virüsü ile enfekte olduğu bildirilmektedir⁸⁹.

2.3.1.9. Suçiçeği aşısı

Suçiçeği, varisella zoster virüsünün neden olduğu çocukluk çağında oldukça sık görülen döküntülü ve bulaşıcı bir hastalıktır⁹⁰. Hastaya doğrudan temas ile bulaşmaktadır. Suçiçeği aşısı canlı bir aşı olup subkutan olarak, ulusal aşı takvimine göre 12. ay sonunda tek doz olarak yapılmaktadır. Aşının koruyuculuğu %97 oranındadır^{67,90}. Canlı bir aşı olması nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmış olanlara yapılmamalıdır⁹¹.

2.3.2. Türkiye’ de rutin aşı takvimi aşılarna ek aşılarda

Rutin aşı takvimimizde yer almayan ve zorunlu olmayan özel aşılarda bulunmaktadır. Ülkemizde ücretli olan bu aşılara erişim mümkündür. Bu aşılarda, influenza aşısı, human papilloma virüs aşısı, rotavirüs aşısı ve meningokok aşısıdır⁹².

Tablo 7. Türkiye’de Ulusal Aşı Takvimine Ek Aşılarda

Aşılarda	Doğum	1.ay	2.ay	4.ay	6.ay	9.ay	18.ay	24.ay	İÖÖ 1.sını f	İÖÖ 8.sınıf ya da 10-12 yaş
Rotavirüs (RVA)			I	II	(III)					
İnsan (human) Papilloma										9-12 yaş arası 2 doz, 14- 26 yaş arası

Virüsü (HPV)		toplam 3 doz
-------------------------	--	-----------------

Tablo 7. Türkiye'de Ulusal Aşı Takvimine Ek Aşılar (Devam)

Aşılar	Doğum	1.ay	2.ay	4.ay	6.ay	9.ay	18.ay	24.ay	İÖO 1.sını f	İÖO 8.sınıf ya da 10-12 yaş
İnfluenza (IIA)	6. aydan sonra her yıl (yaşa uygun doz ve sayıda)									
Menengokok(K MA4)	Uygulama önerileri çerçevesinde 1 veya 2 doz									

* HPA, human papilloma virüsü; RVA, rotavirüs aşısı; İİA, inaktif influenza aşısı; İÖO, ilköğretim okulu; KMA4; 4 bileşenli konjuge menengokok aşısı *⁹³

2.3.2.1. İnfluenza aşısı

İnfluenza solunum yollarını tutan, damlacık yoluyla kolayca bulaşabilen ve özellikle çocuklarda mortaliteye neden olan bir enfeksiyondur⁹⁴. Aşının canlı ve inaktif formları bulunmaktadır. Özellikle çocuklara, yaşlılara, sağlık çalışanlarına ve bağışıklık sistemi zayıf olan bireylere önerilmektedir⁹⁵. Ülkemizde aşının çocuk formu bulunmadığından 6 ve 36 aylık çocuklara erişkin dozunun ½' si (0,25ml), 3 yaş ve üzeri çocuklara ise erişkin dozunun tamamı (0,5ml) uygulanmaktadır⁵⁹.

2.3.2.2. İnsan (Human) Papilloma Virüs (HPV) aşısı

İnsan Papilloma Virüs (Human papillomavirus- HPV) kadınlarda rahimağzı başta olmak üzere birçok kansere, erkeklerde ise penis ve anüs kanserine yol açabilen, genital siğil oluşumuna sebep olan bir virüsdür⁹⁶. Bu virüs doğrudan cilde temas ya da ciltten mukozaya temas ile bulaşmaktadır. Bulaşma en sık cinsel yol ile gerçekleşmektedir⁹⁷. HPV aşısı ölü bir aşı olup intramüsküler olarak uygulanmaktadır⁵⁹. Aşının 9-26 yaş aralığında olan herkese yapılması önerilmektedir⁹⁸.

2.3.2.3. Rotavirüs (RVA) aşısı

Rotavirüs gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocukluk döneminde görülen akut ağır ishalin en önemi nedenidir⁵⁹.

Rotavirüsün neden olduğu akut ishale bağlı ölüm oranının yüksek olması bağışıklamanın önemini ortaya koymaktadır. Virüsün bulaş yolu çevresel faktörlerin kötü olması, yetersiz beslenmenin de etkin olduğu fekal- oral yol ile olmaktadır. Rotavirüs aşısı (RVA) canlı aşı grubuna girmekte ve oral olarak uygulanmaktadır^{59,99}. Aşının iki formu vardır. Monovalan aşı 2-4. ayda iki doz, pentavalan aşı ise 2-4. ve 6. ayda olmak üzere üç doz uygulanmaktadır. Aşılama sonrası yaklaşık %80 koruyuculuk sağlanmaktadır. Çocukta kusma durumunda aşı tekrarlanmamalı ve 32. haftadan sonra aşılama yapılmamalıdır^{59,100}.

2.3.2.4. Meningokok aşısı

Gram negatif bir bakteri olan Neisseria meningitidis menenjit ve meningokoksemiye neden olmaktadır¹⁰¹. Çocukluk döneminde sık görülen mortalite ve morbidite oranı yüksek olan bir hastalıktır. Hastalık damlacık yolu ile bulaşmakta, bağışıklama oldukça önemlidir¹⁰². Meningokok aşısı ölü aşı grubuna girmekte ve farklı aşı formları bulunmaktadır. Polisakkarit aşılardan iki yaş altı çocuklarda koruma sağlamadığı bilindiği için konjuge aşılar tercih edilmekte ve 9- 23. aylar arasında üç ay ara ile iki doz yapılması önerilmektedir. Koruyuculuğu 3 ile 5 yıl arasında değişmektedir⁵⁹.

2.3.3. Aşılanmaya bağlı toplumsal kazanımlar

Aşılama ile kazanılan bağışıklama sonucu enfeksiyon hastalıklarının morbidite ve mortalite oranlarında ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Topluma sunulan bağışıklama hizmeti az maliyetli fakat önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Aşılama ile bireylerin yaşam kaliteleri artmakta, ölüm ve hastalıklar önlenmekte, ülkenin demografik, sosyal ve ekonomik şartları olumlu yönde değişim göstermektedir^{103,104}.

2.3.4. Aşılanma ve aşı ile önlenbilir hastalıklarda aşılanma oranları

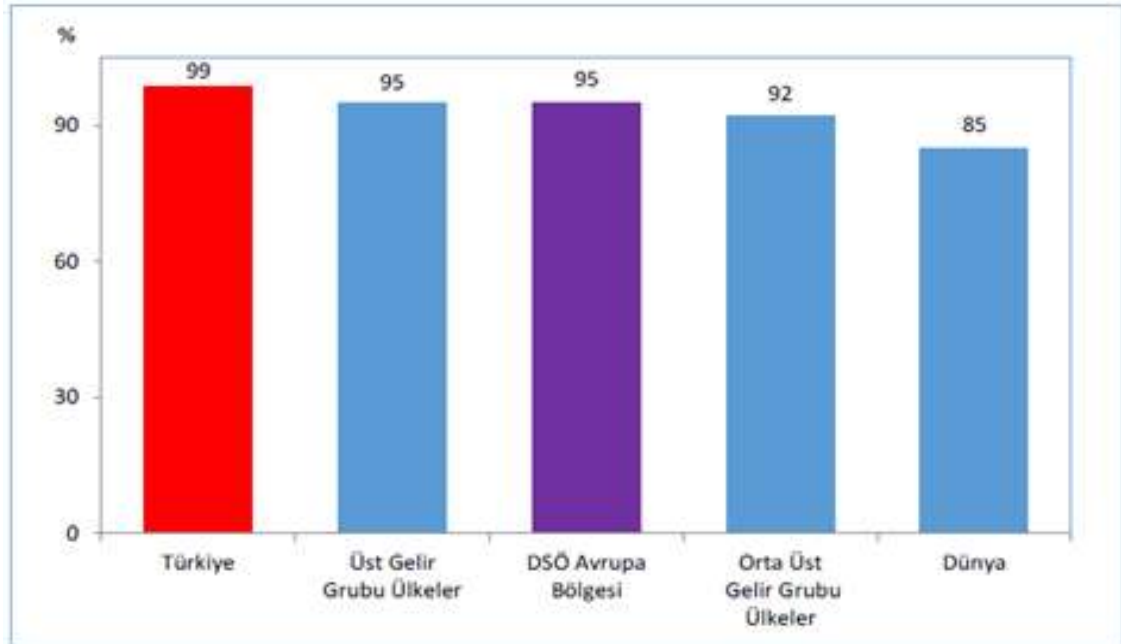
Aşı ile önlenbilir hastalıklar hakkında en güncel veriler Türkiye Cumhuriyeti Sağlık

Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı' nda bulunmaktadır.

Tablo 8. Yıllara Göre Aşılama Hızları, (%)

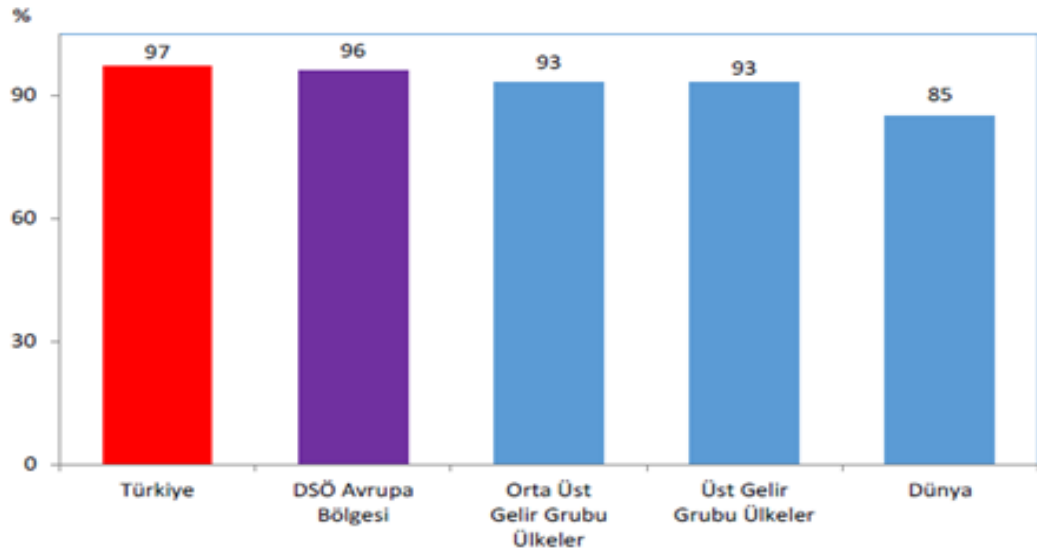
	2002	2015	2016	2017	2018	2019
DaBT 3	78	97	98	96	98	99
BCG	77	96	96	93	96	96
HBV 3	72	97	98	96	98	99
KKK	82	97	98	96	96	97

*105



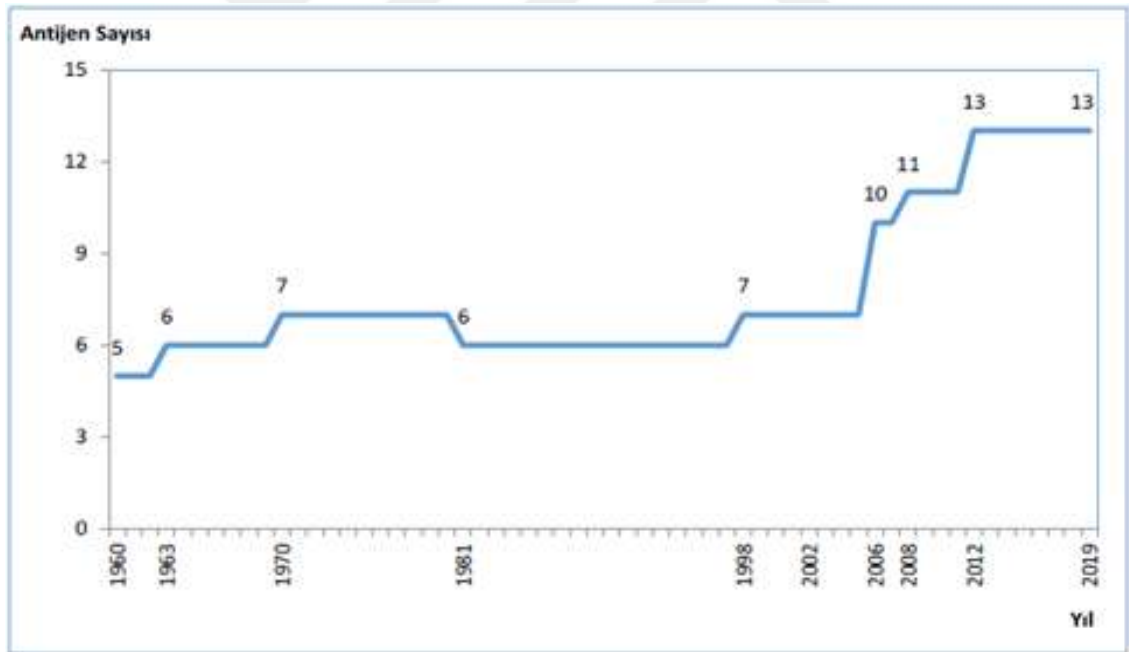
*105

Şekil 1. Aşılama (DaBT+İPA+Hib) Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması (%),2019



*105

Şekil 2. KKK Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%),2019



*105

Şekil 3. Yıllara ve Aşı Takvimine Göre Uygulanan Aşı Antijen Sayısı, Sağlık Bakanlığı

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aşılama ile İlgili Problemler

Ülkemizde 2010 yılında tamamen uygulamaya geçen aile hekimliğinin en önemli iki hedefi koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kişisel kayıtların düzenli olarak tutulmasıdır. Her aile hekiminin sorumlu olduğu bir nüfus bulunmakta ve bu nüfusun aşıları dahil bütün koruyucu sağlık hizmetleri karşılanmaktadır. Bağışıklama hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülen önemli bir hizmettir. GBP kapsamında aşılar toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimlerine ulaştırılarak hizmete hazır hale getirilmektedir¹⁰⁶. Bu süreçte birtakım sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlar; aşının ihtiyaç duyulduğu zaman içerisinde teslimin gecikmesi, soğuk zincirin uygulanmasında yaşanan problemler, sağlık çalışanlarının gerekli bilgilere sahip olmamaları ve topluma açık, anlaşılır, yeterli bilgiyi verememesi durumunda aşılama olan inancın azalması, ebeveynlerin aşılama takiplerini yapmamaları, çocukların nüfus bilgilerinin sağlık çalışanına bildirilmemesi, geç ya da eksik aşılama vb. olabilmektedir^{52,107}.

2.4.1. Geç aşılama

GBP kapsamında tüm çocuklar zamanında aşılanmalıdır. Ancak daha önce bahsedildiği gibi aşılamada zaman zaman sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durumda toplumun bağışıklama oranını arttırmak ve eksik aşılanmayı ortadan kaldırmak için herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvuran her çocuğun aşılanma durumları sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir. Çocuğun rutin aşı takvimindeki aşıları gecikmiş ya da eksik ise bu aşıları tamamlamak yerine takvimde kalındığı yerden devam edilmesi önerilmektedir. Diğer bir durum ise çocuğun hiç aşılanmamasıdır. Bu durumdaki bir çocuğa canlı ve ölü aşılar birlikte yapılabilir, yalnızca boğmaca ve difteri aşıları takvime göre yaşına uygun şekilde yapılmalıdır⁵².

2.5. Aşı Reddi- Türkiye ve Dünyada Aşılanmaya Karşı Ebeveynlerin Tutumları

Aşı ve bağışıklama kavramları ortaya çıktığı andan itibaren aşı ve bağışıklamaya karşı şüphe ve duruma karşıt olma hali de ortaya çıkmıştır. Aşı içeriklerinin bilinmemesi ya da toplum tarafından anlaşılabilmesi aşı sonrası oluşan olumsuz durumlarla ilişkilendirilerek birtakım hastalıklara neden olduğuna dair yayınların yapılmasına

neden olmuştur¹⁰⁸. İngiltere’ de 1830’ lu yıllarda aşının zorunlu hale gelmesiyle birlikte çiçek hastalığı görülme sıklığı azalırken öte yandan Avrupa’ da çok sayıda aşı karşıtı dergi, kitap ortaya çıkmış ve geniş kitlelere ulaşmayı başarmıştır. İngiltere’ de 1885 yılında aşı karşıtı bir gösteri düzenlenmesi sonucu zorunlu aşıları aşılamanı reddedenlere uygulanan cezalarda kaldırılmış ve *vicdani ret* kavramı ortaya çıkmıştır¹⁰⁹. Londra’ da 1853 yılında çocukluk çağı zorunlu aşı uygulamasının insan haklarına aykırı olduğunu savunan Anti-Aşı Derneği kurularak aşı karşıtlarını destekleyen bir yapı oluşmuştur¹¹⁰. 1905 yılında çiçek salgınının halk sağlığı açısından kişisel haklardan üstün tutulması kararı alınmasıyla birlikte salgınlarda ve aşı karşıtlarında azalmalar olmuştur. 1950 ve 1960’ lı yıllarda evrensel aşılama programları başlatılmıştır. Tarih 1998’ i gösterdiğinde yine İngiltere’ de KKK aşısının otizme neden olduğunu savunan bir yayın yapılması büyük bir yankı uyandırarak aşı karşıtlarının sayısını arttırmıştır. Yayın yıllar sonra geri çekilmiş olsa da bu durum karşıtların azalmasında etkin olmamıştır^{111,112}. Son yıllarda internet kullanımının artması da aşı reddi savunucuların daha geniş kitlelere ulaşmasını kolaylaştırmış durumdadır. Özellikle medyatik karakterlerin aşı ve bağışıklama ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmamalarına rağmen aşı reddini desteklemeleri toplumun bağışıklamaya karşı olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır¹¹³. DSÖ, 2012 yılında aşı reddini araştırmak ve incelemek için ‘Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu’ nu’ kurmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında aşı içeriklerinin kimyasal olması ve toksik etkilere neden olabileceğine inanılması bağışıklamanın ticari bir amaçla yapıldığı ve aşı firmalarının art niyetli olabileceğinin düşünülmesi, doğal yöntemlerin hastalıklar üzerinde etkin olması vb. düşüncelerin olduğu görülmüştür¹¹⁴.

Birçok ülkede ebeveynlerin aşılama karşı tutum, davranış, inanç ve düşüncelerini ölçebilmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiş ve bu ölçüm araçları ile çok sayıda çalışmalar yapılmıştır. Literatür incelendiğinde ülkemizde 12-35 aylık çocukluk çağı aşı uygulamalarına dair ebeveynlere uygulanabilecek bir ölçüm aracının olmadığı görülmüş ve Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)’ nın Türkiye’ de kültürel yapıya uygunluğunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda herhangi bir ölçüm aracının, geliştirildiği coğrafya dışında farklı ülkelerde kullanılabilmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının da yapılması gerekmektedir.

2.6. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik

Ölçme herhangi bir nesnenin gözlemlenip sembol ya da sayısal veri ile rapor edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nesnenin ölçümü herhangi bir konuda olabilmektedir. Ölçülmesi amaçlanan özellik somut kavramdan soyut kavrama gittikçe ölçme işlemi karmaşık hale gelerek zorlaşmaktadır^{115,116}. Ölçümün amacı durum ya da nesnelerle ilgili olarak herhangi bir konuda değerlendirme yapmak ve değerlendirmenin sonuçları doğrultusunda belirli ve net çıktılar ortaya koymaktır. Elde edilen çıktıların doğruluğu yapılan değerlendirmeye ve ölçme araçlarına bağlı olmaktadır¹¹⁷. Bu sebeple ölçülmek istenen özellik için kullanılan ölçüm aracının güvenilir ve standart olması gerekmektedir. Standartlaştırılarak kullanılan ölçme araçları ‘ölçek’ olarak tanımlanmaktadır¹¹⁵. Ölçekler, herhangi bir nesnenin ya da durumun bilgi, tutum ve davranış, farkındalık, ilgi gibi soyut kavramların somutlaştırılması ve değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarıdır. Bu ölçüm araçlarının doğru ve güvenilir sonuçlar verebilmesi için ‘geçerlik ve güvenirlilik’ kavramlarına sahip olması gerekmektedir^{115,117}. Geçerlik, kullanılan ölçeğin ölçülecek özelliği ya da durumu tam ve eksiksiz olarak başka bir özellik ile karıştırmadan ölçebilmesidir. Ölçek geçerliğinde kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği değerlendirilmektedir. Güvenirlilik ise ölçeğin ölçülmek istenen herhangi bir nesne ya da durumun farklı koşullar altına aynı sonuçları vermesi olarak ifade edilebilmektedir. Güvenirlilik; değişmezlik, iç tutarlık ve bağımsız gözlemciler arası uyum ile ortaya konmaktadır¹¹⁸.

Planlanan çalışma ile ebeveynlerin çocukluk çağı aşmaları ile ilgili tutum ve inançlarını ölçerek elde edilen sonuçlar doğrultusunda bağışıklamada yaşanan sorunların çözümüne katkı sağlanması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” nin, BVATÖ” (Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek amacı ile metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” Türk toplumu için geçerli bir ölçektir.

H2: “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” Türk toplumu için güvenilir bir ölçektir.

H3: Demografik değişkenler ve ebeveynlerin aşı inançları arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir farklılık vardır.

3.3. Araştırmanın İzni

Araştırma için Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar- Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulundan 20.07.2020 tarih ve 2020/171 sayılı onay (Ek 1) ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 2). Katılımcılara ise çalışmanın amacı, verilen cevapların gizliliği, toplanan verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapılmasının ardından sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 3, Ek 6).

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Düzce ilinde bulunan Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’ nde hizmet veren tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi ve Çocuk Yoğun Bakım Servislerinde

yürütülmesi planlanmıştır. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yılda 22524 çocuk hasta başvuru kabulü ile ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü üçüncü basamak bir üniversite hastanesidir.

3.5. Araştırmanın Zamanı

Aralık 2019 tarihinde planlanan araştırmanın veri toplama sürecinin birinci aşaması Temmuz 2020-Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmış, ikinci aşaması ise Kasım 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında yapılarak araştırma Haziran 2021 tarihinde tamamlanmıştır.

Araştırma; ‘‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’’ nin, BVATÖ’’ (Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ile ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek olarak iki aşamada gerçekleştirilmiş olup gereç ve yöntem de iki bölümde incelenecektir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde bulunan tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerine herhangi bir sebeple başvuran 12-35 aylık çocukların ebeveynleri ile sınırlıdır.

3.7. ‘‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’’ nin’’ (Caregiver Vaccination Attitudes Scale) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

3.7.1. Evren ve örneklem

Araştırma evrenini, Temmuz 2020-Ekim 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde bulunan tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerine herhangi bir sebeple başvuran 12-35 aylık çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü (uygulama yapılacak kişi sayısı) madde sayısı ile bağlantılı olarak değişmektedir. Dolayısıyla madde sayısının en az 5 katı en fazla 10 katı olmak üzere ideal olarak 5 ile 10 katı arasında kişiye uygulama yapılması gerektiği gibi görüşler bulunmaktadır¹¹⁹⁻¹²¹. Bu nedenle örneklem büyüklüğü hesaplanırken Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin yapılması planlanan 22 maddelik “Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)” için ölçek madde sayının 10 katı alınarak 220 kişi belirlenmiştir. Çalışmanın test-tekrar test analizi için ise örnekleme 40 ebeveyn oluşturmuştur.

3.7.1.1. Birinci aşamada çalışmaya dahil olma kriterleri

Çalışmaya;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Türkçe bilen,
- Okur-yazar olan,
- Görme, işitme, iletişim ve psikososyal sorunu bulunmayan,
- 12-35 aylık çocuk ebeveyni olan,
- Sözlü ve yazılı izni alınmış olan bakım vericiler dahil edilmiştir.

3.7.1.2. Birinci aşamada çalışmadan dışlanma kriterleri

- Türkçe bilmeyen,
- Okur-yazar olmayan,
- Görme, işitme, iletişim ve psikososyal sorunu bulunan,
- 12-35 ay aralığı dışında çocuk ebeveyni olan,
- Veri toplama formunda bulunan soruların tamamını cevaplamayan,
- İmzalı onam vermek istemeyen ebeveynler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7.2. Veri toplama araçları ve özellikleri

Araştırmada kullanılması planlanan veri toplama formu “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 4) ile “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” (Ek 5) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo- demografik bilgileri, ikinci

bölümünde ise aşı kabulüne ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.7.2.1. Tanıtıcı bilgi formu

Ebeveyn ve çocukların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu’’ sosyo- demografik özelliklerin yer aldığı 13 sorudan oluşmaktadır (EK 4).

3.7.2.2. ‘‘Bakım verici aşılama tutumları ölçeği, bvato’’ (caregiver vaccination attitudes scale (cvas))

Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS) 2017 yılında CDC, Emory Üniversitesi ve Gana Sağlık Hizmetlerinden oluşan çok kurumlu bir ekip ile Gana’ da Aaron S. Wallace ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 2019 yılında yayınlamıştır. CVAS ölçeği, ebeveynlerin çocuklarının aşılanma konusundaki inanç ve tutumlarını ölçmeye yönelik geliştirilen bir ölçektir. Ölçek ilk aşamada 5 alt boyut ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutları; aşı ile önlenbilir hastalık bilinci/farkındalığı, aşı yararları, geçmiş davranış, aşı etkinliği ve güvenliği ve güven şeklindedir. Ölçek üçlü likert tipinde ve ilk 10 sorunun (1) Katılıyorum, (2) Emin Değilim, (3) Katılmıyorum, son 12 sorunun ise (1) Evet, (2) Hayır, Bilmiyorum (3) olarak cevaplandığı sorulardan oluşmaktadır. Ölçek ikinci aşamada ise 5 alt boyutlu ve 3 alt boyutlu olarak ikiye ayrılarak aynı soruların yer aldığı ölçekler oluşturulmuştur¹²⁴. Aaron S. Wallace ve ark.’ dan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması için izin gerekli izinler alınmıştır (EK 9).

3.7.2.3. Ölçeğin geçerlilik çalışmaları

3.7.2.3.A. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği

BVATÖ’ nün Türkçe dil geçerliliği yapılırken Çapık C, Gözüm S, ve Aksayan S ‘ nin ‘‘Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehberi’ nde’’ yer alan uygulama basamakları izlenmiştir¹²⁵. Birinci basamak olan Türkçe dil geçerliği çalışmasında, orijinal ölçek; anadili Türkçe olan, iyi derecede İngilizce bilen ve hemşirelik alanında uzman olan birbirinden bağımsız üç kişi tarafından İngilizce’ den Türkçe’ ye çevirisi yapılmıştır. İkinci basamakta yapılan çeviri

ile orijinal ölçek ifadeleri hemşirelik alanında uzman üç kişi tarafından karşılaştırılmış ve ölçeğin İngilizce' den Türkçe' ye yapılan çevirisinde en uygun ifadeler seçilerek Türkçe ölçek oluşturulmuştur. Ölçek bu haliyle Türk Dil ve Edebiyatı bölümünde görev yapan birbirinden bağımsız iki akademisyen tarafından her bir maddenin Türk kültürüne uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir (Ek 11). Türk Dili ve Edebiyatı uzman görüşü sonrasında, araştırmacı tarafından her iki dile kontrolü sağlanan ölçek için gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Üçüncü basamakta ise tek bir araç haline gelen ölçeğin her bir maddesinin çeviri uygunluğu ve kapsam geçerliliği için alanında uzman kişilere sunulmuştur. Uzman grubu; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında 11 öğretim üyesi ve 2 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olmak üzere 13 kişiden oluşmaktadır¹²⁵(Ek 10) . Uzmanlar her bir maddenin, İngilizce orijinali ile Türkçe çevirisini karşılaştırarak, çevirinin uygunluğunu ve maddenin kapsamını “ (1) Uygun değil, (2) Biraz uygun, (3) Uygun, (4) Çok uygun” şeklinde puanlandırmışlardır. Uzmanlar tarafından her maddeye verilen puanlar ile her bir maddeye ait Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ardından, hesaplanan KGO' ların ortalaması alınarak Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) belirlenmiştir. (Tablo 9, Tablo 10). Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır¹²⁶. Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır.

Tablo 9. $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO' ları İçin Minimum Değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

Uzman sayısı 13 olması sebebiyle 0,54' ten büyük olan KGO değerine sahip maddelerin

kapsam geçerliğinin sağlandığı sonucuna varılmaktadır.

Tablo 10. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları

Maddeler	KGO	KGİ
S1	0,846	
S2	1,000	
S3	1,000	
S4	1,000	
S5	1,000	
S6	1,000	
S7	0,923	
S8	1,000	
S9	1,000	
S10	1,000	
S11	1,000	
S12	1,000	0,990
S13	1,000	
S14	1,000	
S15	1,000	
S16	1,000	
S17	1,000	
S18	1,000	
S19	1,000	
S20	1,000	
S21	1,000	
S22	1,000	

Tablo 9 incelendiğinde; tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 0,54'ten büyük olduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir.

Kapsam geçerlik indeksi (KGİ), =0,05 düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmektedir. Eğer ölçülmek istenilen özellik birden fazla boyutta toplanmış ise her bir boyut için KGİ elde edilmelidir. Tablo 10' da ki örnekte birden fazla boyut söz konusu olduğu varsayımı ile her KGİ>0,67 olduğundan ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilmektedir.

Ayrıca kapsam geçerlik indeksi için uygulanan Davis tekniğinde uzman görüşleri 4' lü (1-uygun değil, 2-biraz uygun, 3-uygun, 4-çok uygun) derecelendirilir. Ölçekteki aday madde için tüm uzman formlarındaki 3 ve 4' lerin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek KGİ' leri elde edilmektedir. Eğer KGİ indeksi 0,80' den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir¹²⁶.

Kapsam geçerliği yapılmış olan ölçeğin, dördüncü basamağı olan Türkçe' den İngilizce

'ye geri çevrisi aşaması ise daha önce anketin İngilizce halini görmeyen ve iyi derecede İngilizce bilen yabancı diller bölümünde görev yapan 2 öğretim üyesi tarafından yapılmıştır¹²⁵. Dil ve kapsam geçerliği sonucunda öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak 22 maddelik ölçeğe uygulama öncesi son hali verilmiştir (EK 5).

3.7.2.3.A.A. Veri toplama formunun ön uygulaması

Çalışmada kullanılması planlanan, veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için, 27-30 Temmuz 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bulunan tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerine herhangi bir sebeple başvuran ve 12-35 aylık çocukların ebeveyni olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, görme, işitme, iletişim ve psikososyal sorunu bulunmayan 20 ebeveyn ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda gerekli görülen düzeltmeler yapılmış ve ön uygulamada elde edilen veriler örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

3.7.2.3.B. Ölçeğin yapı geçerliliği

Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği' nin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

3.7.2.3.B.A. Açımlayıcı faktör analizi (AFA)

Bakım vericilerin aşılama tutumlarını ölçecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılmış olan bu çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak "Temel Bileşenler Yöntemi" tercih edilmiştir. Faktör yapısının incelebilmesi için öncesinde örneklem yeterliliğini belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Barlett's Testi uygulanmıştır^{127,128}.

Tablo 11. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğuna Yönelik KMO ve Bartlett's Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,951
	X ²	2460,753
Bartlett Sphericity Testi	Sd	78
	P	0,000***

***:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001**

Tabloya göre, Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,951 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X²:2460,753, sd:78, p<0,001).

Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmemiştir. Faktör yükü 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerleri için sınır değer 0,50 olarak alınmıştır. Faktör yük değeri 0,50' nin altında olan maddelerin analizden çıkartılması gerekir¹²⁹.

Yapılan analiz sonrasında 4, 6, 9, 14, 15, 16, 19, 20 ve 21. maddeler, 0,50' nin altında faktör yüküne sahip olması nedeniyle ölçekten çıkartılmış ve 22 olan madde sayısı 13' e düşmüştür. Bu 13 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500' ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, soruların dağılımı ve faktör yükleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 12. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği Maddelerinin Faktör Analizi Sonuçları

Ölçek	Sorular	Yükler	Varyans Açıklama Oranı	Özdeğeri
Bakım verici aşılama tutumları	S13	0,941	62,822	8,167
	S18	0,937		
	S12	0,902		
	S2	-0,871		
	S3	0,856		
	S10	0,855		
	S8	0,810		
	S7	0,744		
	S22	0,710		
	S17	-0,684		
	S1	-0,670		
	S11	0,619		
	S5	-0,592		

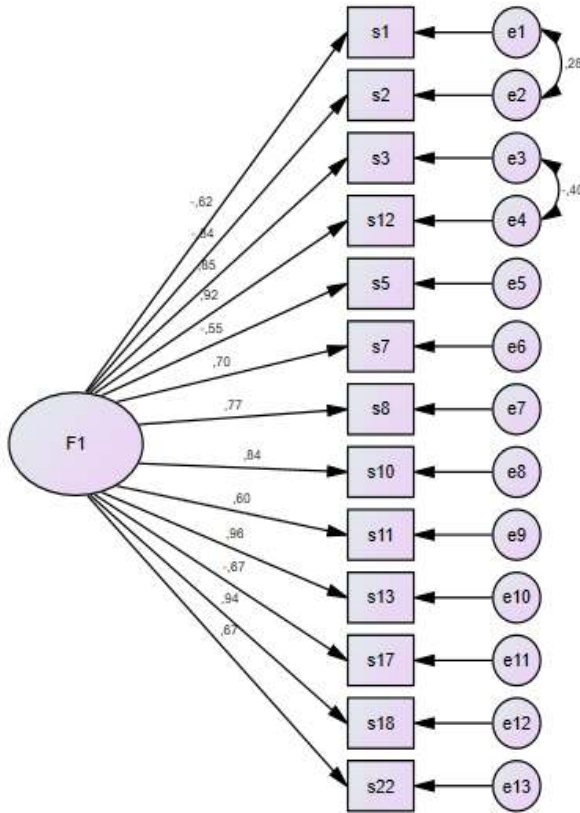
Bakım verici aşılama tutumları ölçeği birlikte toplam varyansın %62,822' sini açıklamaktadır.

3.7.2.3.B.B. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizi örneklem büyüklüğü 220 olan veri setine IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır. İlk aşamada, tek faktör-boyutun gizil değişken (F1: Bakım verici aşılama tutumları ölçeği) bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 1' de oluşturulmuştur. Gizil değişken metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır¹³⁰.

İkinci aşamada, model tahmin edilirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren Maximum

Likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek Modification İndices değerine sahip olan bakım verici aşılama tutumları ölçeğindeki “s1” ve “s2”, “s3” ve “s12” maddelerinin hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur.



Şekil 4. Tek Boyutlu 1.Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin 13 maddeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı

görülmektedir.

Tablo 13. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	2,368
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,908
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,941
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,965
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,079
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,035

* χ^2/df : Chi-Square /Degrees Of Freedom (Ki-Kare/Serbestlik Derecesi), GFI: Goodness Of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi), NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi), CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), RMSEA: Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşıklık Hataları Kareleri Ortalamasının Karekökü), SRMR: Standardized RMR (Standartlaştırılmış Yaklaşıklık Hataları Kalıntısı)

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, NFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu görülmektedir^{131,132,133}.

Tablo 14. Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
S1	←	F1	-0,622*
S2	←	F1	-0,842*
S3	←	F1	0,854*
S12	←	F1	0,918*
S5	←	F1	-0,549*
S7	←	F1	0,702*
S8	←	F1	0,772*
S10	←	F1	0,840*
S11	←	F1	0,596*
S13	←	F1	0,956*
S17	←	F1	-0,667*
S18	←	F1	0,942*
S22	←	F1	0,674*

***:p<0,001**

Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin kabul edilebilir olduğu görülmektedir.

3.7.2.4.Ölçeğin güvenirlik çalışmaları

3.7.2.4.A. Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlik katsayısı

Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach' s alfa' dır. Ölçek ve alt boyutlar için hesaplama yapılmış, Cronbach' s alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70' ten yüksektir¹²⁰. Madde- toplam puan korelasyon katsayısı 0.30' un altında ise (eğer örneklem 400 veya daha fazla ise 0.20 de kabul edilmektedir) bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının 0.30 ve üzeri olması güvenirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değer altında bulunan maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin cronbach alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir^{134,135}.

Tablo 15. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği ve Alt Boyut Güvenirlikleri

		Madde-Toplam korelasyon	Cronbach's Alfa soru çıkarıldığında	Cronbach's alfa
	S1	0,621	0,940	
	S2	0,838	0,933	
	S3	0,814	0,934	
	S5	0,542	0,945	
	S7	0,693	0,937	
	S8	0,762	0,935	
Bakım verici aşılama tutumları ölçeği	S10	0,814	0,934	0,941
	S11	0,559	0,942	
	S12	0,874	0,932	
	S13	0,915	0,931	
	S17	0,621	0,939	
	S18	0,914	0,931	
	S22	0,652	0,938	

Bu çalışmada hiçbir madde 0.30' un altında bulunmamıştır. Ayrıca yapılan madde

analizinde herhangi bir madde silindiğinde cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği için güvenilirlik aşamasında ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verilmiştir.

3.7.2.4.B. Test-tekrar test güvenilirliği

Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği' nin tekrarlamalı ölçümlerinde benzer ölçüm değerlerine ulaşma durumunu belirlemek üzere test tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

Test-tekrar test güvenilirliği için ICC (intraclass correlation coefficient) analizi uygulanmıştır. ICC katsayısı ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında kullanılan bir çeşit korelasyon katsayısıdır ve 0 ile 1 arasında değer alır. Ölçeği uygulayan bireylerin yaklaşık %20' sine belirli bir süre sonra ölçek tekrar uygulanır ve yanıtlayıcıların her iki cevabı arasındaki uyumun bir ölçüsü olarak kullanılır. Yapılan çalışmada ölçek iki hafta ara ile 40 katılımcıya uygulanmıştır.

Tablo 16. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

	Ort	Sdt. Sapma	Min	Maks	ICC
ön test	35,05	6,01	13	39	0,811
son test	30,13	2,54	20	33	

ICC değer aralıkları ve değerlendirilmesi 0.91- 1.00 mükemmel, 0.76- 0.90 iyi, 0.51- 0.75 orta, 0.00- 0.50 kabul edilemez şeklindedir. Test-tekrar test güvenilirliği için uygulanan ICC analiz sonucuna göre, BVATÖ için ICC değeri 0,811 bulunmuştur.

3.7.2.5. Ölçeğin değerlendirilmesi

Bakım vericilerin aşılama karşı tutumlarını ölçmek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Bakım verici aşılama tutumları ölçeği, BVATÖ" 13 maddeden ve

tek boyut (tutum) olarak oluşmaktadır. Ölçek 3' lü likert tipi olarak düzenlenmiştir. Her madde 1 ile 3 arasında puanlanmakta ve puanlar maddelerin yanıtlarına göre değişmektedir.

Maddelerde puanlama aşağıdaki gibidir;

Hayır 1

Emin değilim 2

Evet 3

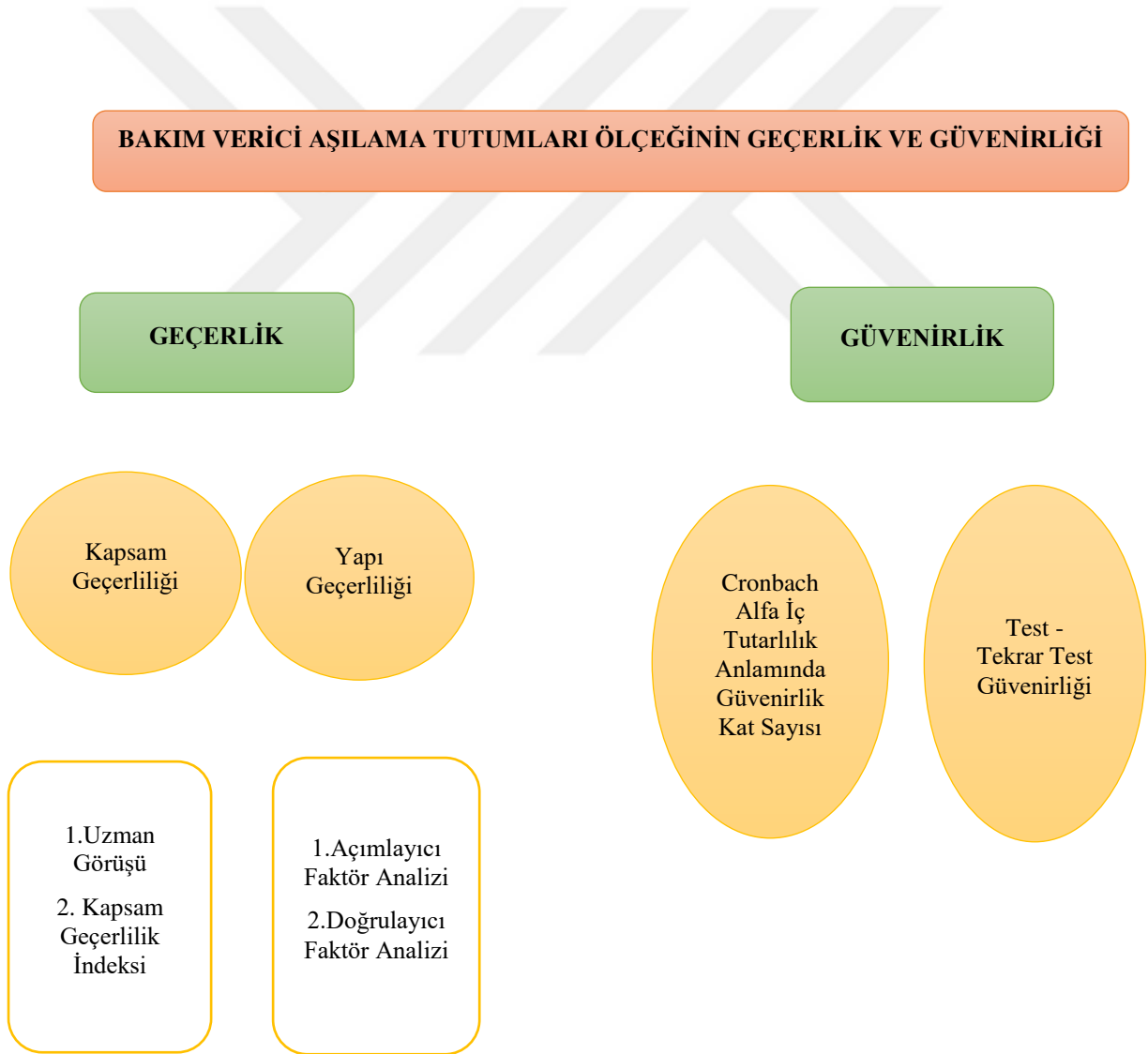
Ölçekte bulunan 1, 2, 4 ve 11. (eski ölçek numaraları ile 1, 2, 5 ve 17.) maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 13, en yüksek 39 puan alınabilmektedir. Bakım verici aşılama tutumları ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması bakım vericilerin aşılarmaya karşı tutumlarının olumlu olduğunu, puanının azalması ise bakım vericilerin aşılarmaya karşı tutumlarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach' s alfa katsayısı 0,941 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında verilerin toplanması

Verilerin toplanması çalışmanın yapıldığı merkezde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ebeveynler (anne, baba, abla, anneanne, babaanne, dede, bakıcı ve diğer) ile sakin bir odada gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlere çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl saklanacağı hakkında bilgi verilerek, konu ile ilgili soruları cevaplandırılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bakım vericilere '*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu*' doldurtularak yazılı onamları alınmıştır. Veriler, araştırmacı (S.A) tarafından veri toplama formlarının katılımcılara verilerek doldurulmasıyla toplanmıştır. Veri toplama formlarının tam olarak doldurulup doldurulmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Veri toplama formunun doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.7.4. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında verilerin analizi

Araştırmanın ölçek geçerlik ve güvenirlik aşamasında 220 katılımcıya ait veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Ölçek geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenirlik için ise cronbach alfa değerinden ve test-tekrar test güvenirliği için ICC (intraclass correlation coefficient) analizinden yararlanılarak sonuçlar tablolar halinde verilmiştir. Elde edilen güvenirlik katsayılarının yüksek olması nedeniyle geçerli ve güvenilir bir ölçeğin ortaya konduğu söylenebilir. Bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği için izlenen adımlar Şekil 5’ de gösterilmiştir.



Şekil 5. Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirlik Şeması

3.8. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları ile İlgili Tutum ve İnançları Çalışması

3.8.1. Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini, Kasım 2020- Aralık 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde bulunan tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerine herhangi bir sebeple başvuran 12-35 aylık çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü (uygulama yapılacak kişi sayısı) madde sayısı ile bağlantılı olarak değişmektedir. Bazı araştırmacılar madde sayısının 10 katı örneklem olması gerektiğini savunurken, bazıları ise 4 katı olması gerektiğini belirtmiştir^{120,136}. Madde sayısının en az 5 katı olması gerektiği ise araştırmacılar tarafından genel kabul gören bir yaklaşımdır^{121,137}. Bu nedenle örneklem büyüklüğü hesaplanırken 13 madde olan ‘bakım verici aşılama tutumları ölçeği’ için ölçek madde sayısının 10 katı alınarak 130 kişi belirlenmiştir. 13 maddelik bir ölçek formu uygulandığı dikkate alındığında 130 kişi ile çalışmanın yapılmış olması istatistiki işlemler için yeterli sayıya ulaşıldığı şeklinde ifade edilebilir.

3.8.1.1. İkinci aşamada çalışmaya dahil olma kriterleri

Çalışmaya;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Türkçe bilen,
- Okur-yazar olan,
- Görme, işitme, iletişim ve psikososyal sorunu bulunmayan,
- 12-35 aylık çocuk ebeveyni olan,

- Sözlü ve yazılı izni alınmış olan ebeveynler dahil edilmiştir.

3.8.1.2. İkinci aşamada çalışmadan dışlanma kriterleri

- Türkçe bilmeyen,
- Okur-yazar olmayan,
- Görme, işitme, iletişim ve psikososyal sorunu bulunan,
- 12-35 ay aralığı dışında çocuk ebeveyni olan,
- Veri toplama formunda bulunan soruların tamamını cevaplamayan,
- İmzalı onam vermek istemeyen ebeveynler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8.2. Veri toplama araçları ve özellikleri

Araştırmada kullanılması planlanan veri toplama formu “Tanıtıcı Bilgi Formu ve Araştırma Soruları” (EK 7) ile “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” (Ek 8) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin yanında araştırmacılar tarafından literatür esas alınarak oluşturulmuş ebeveynlerin aşı inançları ve aşılama ile ilgili düşüncelerine ilişkin sorular, ikinci bölümünde ise aşı kabulüne ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.8.2.1. Tanıtıcı bilgi formu ve araştırma soruları

Ebeveyn ve çocukların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu ve Araştırma Soruları” sosyo-demografik özelliklerin yanında literatür esas alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş aşı inançları -bağışıklanma- aşı reddi ile ilgili araştırma sorularının da yer aldığı 26 sorudan oluşmaktadır^{6,122,123} (Ek 7).

3.8.2.2. “Bakım verici aşılama tutumları ölçeği, BVATÖ”

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Akkol ve Arslan tarafından yapılan 3’ lü likert tipte Hayır (1), Emin değilim (2), Evet (3) ve tek boyutlu 13 maddelik “Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği” kullanılmıştır (EK 8).

3.8.3. Çalışma grubunda değişkenler

Bağımsız değişkenler: Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri, çocukların aşılama ile ilişkili verileri ile ebeveynlerin aşılama ile olan inançları ve aşı reddine ilişkin görüşleri

Bağımlı değişkenler: Aşılama tutumları

3.8.4. Çalışma grubunda verilerin toplanması

Verilerin toplanması çalışmanın yapıldığı merkezde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ebeveynler (anne, baba, abla, anneanne, babaanne, dede, bakıcı ve diğer) ile sakin bir odada gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlere çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl saklanacağı hakkında bilgi verilerek, konu ile ilgili soruları cevaplandırılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bakım vericilere '*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu*' doldurtularak yazılı onamları alınmıştır. Veriler, araştırmacı (S.A) tarafından veri toplama formlarının katılımcılara verilerek doldurulmasıyla toplanmıştır. Veri toplama formlarının tam olarak doldurulup doldurulmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Veri toplama formunun doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.8.5. Çalışma grubunda verilerin değerlendirilmesi

Çalışma 130 denek üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, %25 (1.çeyrek değeri) ve %75 (3.çeyrek değeri)) verilmiştir. Kolmogorov- Simirnov testi ile bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmesi nedeniyle iki grup arasındaki farklılıkların incelenmesinde Mann Whitney U testinden, ikiden fazla grup arasındaki farklılıkların incelenmesinde Kruskal Wallis testinden, iki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearmann korelasyon katsayısından

yararlanılmıştır. Ayrıca ölçek güvenilirliği için ise cronbach alfa değerinden yararlanılarak sonuçlar tablolar halinde verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular ölçek geçerlik ve güvenirlik ile çalışma grubu olmak üzere iki bölümde incelenmiştir.

4.1. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında Ebeveynlerin Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ebeveynlerin demografik bulguları tablo 17’ de verilmiştir.

Tablo 17. Demografik Dağılımlar

		N	%
Görüşme yapılan kişi	Anne	204	92,7
	Baba	14	6,4
	Diğer	2	1,0
Yaş (Ort±ss)		31,33±5,05	
Medeni durum	Bekar	1	0,5
	Evli	219	99,5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	2	0,9
	İlköğretim mezunu	40	18,1
	Lise mezunu	61	27,7
	Üniversite ve üzeri	117	53,2
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	118	53,6
	Çalışıyorum	102	46,4
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	210	95,5
	Çalışmıyor	10	4,5
Aylık gelir	İyi	86	39,1
	Orta	116	52,7
	Kötü	18	8,2
Genel ya da özel sağlık sigortası durumu	Evet	207	94,1
	Hayır	13	5,9
Kız çocuk sayısı	Yok	67	30,5
	1 çocuk	114	51,8

	2 ve üzeri	39	17,7
	Yok	85	38,6
Erkek çocuk sayısı	1 çocuk	105	47,7
	2 ve üzeri	30	13,7
Formu doldurulan çocuğun cinsiyeti	Kız	121	55,0
	Erkek	99	45,0
Çocuğunuz kaç aylık (Ort±ss)		22,32±8,83	

Tablo 17. Demografik Dağılımlar (Devam)

		N	%
Çocuğunuzun bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık durumu	Evet	17	7,7
	Hayır	203	92,3
Hastalıklar	Kalp ve Damar Hastalıkları	4	23,5
	Allerjik Hastalıkları	3	17,6
	Zihinsel ve Fiziksel Engellilik	3	17,6
	Diğer Kronik Hastalıklar	7	41,2
Diğer çocuklarınızın bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık durumu	Evet	10	4,6
	Hayır	209	95,4
Hastalıklar	Allerjik Hastalıkları	6	60,0
	Zihinsel ve Fiziksel Engellilik	2	20,0
	Kalp ve Damar Hastalıkları	1	10,0
	Diğer Kronik Hastalıklar	1	10,0

Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ebeveynlerin demografik bulguları incelendiğinde, bakım vericilerin (n=220) yaş ortalamasının 31,33±5,05 olduğu belirlenmiştir. Katılan ebeveynlerin %92,7' si anne, %6,4' ünün baba ve %1' inin ise diğer (anneanne, babaanne, dede, abla, abi, bakıcı, akraba vb.) bakım vericiler olduğu saptanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde %53,2' sinin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, %27,7' sinin lise mezunu, %18,1' inin ilköğretim mezunu, %0,9' unun ise okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin %53,6' sının herhangi bir işte çalıştığı, %46,4' ünün ise çalışmadığı saptanmıştır. Aylık gelir durumları incelendiğinde %39,1' inin iyi, %52,7' sinin orta gelire sahip olduğu belirlenmiş, %8,2' sinin ise kötü gelire sahip olduğu saptanmıştır. Çocukların cinsiyetleri incelendiğinde %55'inin kız çocuk %45'inin ise erkek çocuk olduğu, yaş ortalamalarının ise (aylık olarak) 22,32±8,83 olduğu belirlenmiştir. Çocukların sağlık durumları sorgulandığında %92,3' ünün kronik bir hastalığı bulunmaz iken %7,7' sinin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Çocukların %23,5' inin kalp ve damar hastalığına, %17,6' sının alerjik hastalıklara, %17,6' sının zihinsel ya da fiziksel engelliliğe sahip olduğu, %41,2' sinin ise diğer kronik hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır. Çocukların kardeşlerinin sağlık durumları sorgulandığında ise %60' ının alerjik hastalıkları olduğu, %20' sinin zihinsel ya da fiziksel engeli olduğu, %10' unun kalp ve damar hastalıkları olduğu, %10' unun ise diğer kronik hastalıklara sahip olduğu belirlenmiştir.

4.2. Çalışma Grubu ile İlgili Bulgular

Çalışmaya grubuna ait bulgular iki başlık altında incelenmiştir.

1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

2. 'Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği' ile Ebeveynlerin Aşı İnançları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesine İlişkin Bulgular

4.2.1. Ebeveynlerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Çalışmaya katılan ebeveynlere ve çocuklara ait demografik bilgiler aşağıda tablo 18' de verilmiştir.

Tablo 18. Demografik Dağılımlar

		N	%
Görüşme yapılan kişi	Anne	123	94,6
	Baba	7	5,4
Yaş (ort±ss)		31,02±4,61	
Medeni durum	Evli	130	100,0
	Okuryazar değil	1	0,8
Eğitim durumu	İlkokul	17	13,1
	Lise	42	32,3
	Üniversite ve üzeri	70	53,8
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	73	56,2
	Çalışıyorum	57	43,8
Eşin çalışma durumu	Çalışmıyor	3	2,3
	Çalışıyor	127	97,7
Aylık gelir	İyi	45	34,6
	Orta	76	58,5
	Kötü	9	6,9
Genel ya da Özel Sağlık Sigortası durumu	Evet	121	93,1
	Hayır	9	6,9
	Yok	42	32,3
Kız çocuk sayısı	1 çocuk	71	54,6
	2 ve üzeri	17	13,1

	Yok	49	37,7
Erkek çocuk sayısı	1 çocuk	62	47,7
	2 ve üzeri	19	14,6

Tablo 18. Demografik Dağılımlar (Devam)

		N	%
Formu doldurduğunuz çocuğunuzun cinsiyeti	Kız	69	53,1
	Erkek	61	46,9
Çocuğunuz kaç aylık (ort±ss)		21,91±8,75	
Çocuğunuzda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık olma durumu	Evet	11	8,5
	Hayır	119	91,5
Hastalıklar	Allerjik Hastalıkları	2	1,5
	Diğer Kronik Hastalıklar	3	2,3
	Kalp ve Damar Hastalıkları	2	1,5
	Zihinsel ve Fiziksel Engellilik	4	3,1
Diğer çocuklarınızda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık olma durumu	Evet	5	3,8
	Hayır	125	96,2
Hastalıklar	Allerjik Hastalıklar	3	2,3
	Kalp ve Damar Hastalıkları	1	0,8
	Zihinsel ve Fiziksel Engellilik	1	0,8

Ebeveynlerin %94,6' sını anneler %5,4' ünü ise babalar oluşturmuş ve yaş ortalamaları 31,02±4,61 bulunmuştur. Eğitim durumları incelendiğinde %5,8' inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, %43,8' inin aktif olarak çalıştığı, eşlerin de %97,7 oranla çalıştığı belirlenmiştir. Aylık gelir durumuna bakıldığında %58,5' inin orta gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Çocukların cinsiyetleri incelendiğinde %53,1' ini kız çocukları, %46,9' unun erkek çocukların oluşturduğu belirlenmiştir. Çocukların aylık yaş ortalamaları 21,91±8,75 olarak saptanmıştır. Çocukların sağlık durumları sorgulandığında %8,5 ' inin kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiş, %91,5' inin ise kronik bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Kardeşlerin sağlık durumları sorgulandığında ise %3,8' i kronik bir hastalığa sahip, %96,2' sinin kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 19. Demografik Değişkenler Arasında Ölçek Puanları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

		Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği			
		n	Ortalama	Std. Sapma	p
Eğitim durumu	İlköğretim	17	31,76±8,33	36 (31-38) ^b	0,039 ^{1*}
	Lise	42	34,90±5,63	36 (35-38) ^b	
	Üniversite ve üzeri	70	35,14±6,67	38 (36-38) ^a	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	73	33,75±7,32	37 (35-38) ^b	0,044 ^{2*}
	Çalışıyorum	57	35,77±5,44	38 (36-38) ^a	
Eşin çalışma durumu	Çalışmıyor	3	36,33±2,52	36 (34-39)	0,930 ²
	Çalışıyor	127	34,60±6,68	37 (35-38)	
Aylık gelir	İyi	45	35,22±6,58	37 (36-38)	0,346 ²
	Orta	76	34,46±6,42	37 (35-38)	
	Kötü	9	33,22±8,73	38 (34-38)	
Genel ya da özel sağlık sigortası durumu	Evet	121	34,52±6,83	37 (35-38)	0,385 ²
	Hayır	9	36,22±1,39	36 (35-37)	
Kız çocuk sayısı	Yok	42	35,93±5,34	37,5(37-38)	0,117 ¹
	1 çocuk	71	34,27±6,73	37 (34-38)	
	2 ve üzeri	17	33,00±8,57	36 (36-38)	
Erkek çocuk sayısı	Yok	49	35,12±6,10	37 (35-38)	0,991 ¹
	1 çocuk	62	34,37±6,89	37 (35-38)	
	2 ve üzeri	19	34,26±7,26	37 (34-38)	

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:Kruskal Wallis testi, 2:Mann Whitney U testi, *:p<0,05

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, çalışma durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, çalışmayanların bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı çalışanlara göre daha düşüktür.

Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucunda, eğitim durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ilköğretim mezunu olanların bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı üniversite ve üzeri mezunlarına göre daha düşüktür. Diğer değişkenler ile bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 20. Yaş Değişkeni ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ebeveyn Yaşı	Çocuğun Yaşı
Bakım verici aşılama tutumları ölçeği	r	-0,020	0,088
	p	0,822	0,321
	N	130	130

(r:Spearman korelasyon katsayısı)

Uygulanan Spearman korelasyon analizi sonucunda, bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı ile yaş ve çocuğun yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.2.2. ‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ ile ebeveynlerin aşılama inançları arasındaki farklılıkların incelenmesine ilişkin bulgular

Araştırma sorularına ilişkin dağılımlar aşağıda tablo 21’ de verilmiştir.

Tablo 21.Ebeveynlerin Aşılama İnançlarına İlişkin Sorularının Dağılımı

		N	%
Çocukluk çağı aşılarıyla ilgili bilgi sahibi olma durumunuz	Evet	126	96,9
	Hayır	4	3,1
Çocukluk çağı aşılarını gerekli görme durumunuz	Evet	114	87,7
	Hayır	5	3,8
	Kararsızım	11	8,5
Çocuğunuzun aşılarını ve aşılanma zamanlarını takip etme durumunuz	Evet	125	96,2
	Hayır	5	3,8
Sağlık Bakanlığı tarafından	Evet	117	90,0

önerilen aşıları çocuğa yaptırma durumunuz	Hayır	13	10,0
Sizce aşıların yan etkisi var mı	Evet	44	33,8
	Hayır	86	66,2
Çocuğunuzda daha önce aşı yan etkisi görülme durumu	Evet	12	9,2
	Hayır	118	90,8
Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden haberdar olma durumunuz	Evet	106	81,5
	Hayır	24	18,5
Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden nasıl haberdar oldunuz	Çevre ve sosyal medya	101	95,3
	Güncel televizyon haberleri	18	17,0
	Ünlü aşı karşıtlarının eylem ve düşünceleri, Dergi, kitap, gazete vb.	7	6,6
	Haberdar değilim	23	21,7
Aşı karşıtlığını (aşılanmama) destekleme durumunuz	Evet	12	9,2
	Hayır	114	87,7
	Kararsızım	4	3,1

Tablo 21.Ebeveynlerin Aşılama İnançlarına İlişkin Sorularının Dağılımı (Devam)

		N	%
Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtlarının (aşılanmama) varlığı	Evet	71	54,6
	Hayır	59	45,4
Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtı olduğu için çocuğunun hastalanmasına sebep olan birinin varlığı	Evet	14	10,8
	Hayır	116	89,2
Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılanmaya karşı tutum ve inançlarınızı değiştirme durumu	Evet	81	62,3
	Hayır	25	19,2
	Kararsızım	24	18,5
Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılanmaya karşı tutum ve inançlarınızı etkileme durumu	Aşı ve aşılanmayı önemsedim	92	70,8
	Aşı ve aşılanmaya karşı korkularım arttı	9	6,9
	Kararsızım	29	22,3

*Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden nasıl haberdar oldunuz? sorusunda birden fazla seçenek seçilebilmektedir.

Ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgileri sorgulandığında %96,9' nun bilgi sahibi olduğu, %3,1' inin ise çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin %87,7' si çocukluk çağı aşılarını gerekli görürken, %3,8' i gerekli görmemiş ve %8,5' i bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin %33,8' i aşıların yan etkisi olduğunu ifade ederken, %66,2' si aşıların yan etkisi olmadığını belirtmiştir. Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden haberdar durumları sorgulanan ebeveynlerin büyük çoğunluğu %81,5' inin haberdar olduklarını ve yine büyük bir kısmının %95,3' ünün sosyal medya ve çevre aracılığıyla haberdar olduğu belirlenmiştir. Pandemi sürecinde Korona Virüs Hastalığı-2019 (Covid-19) 'un

ebeveynler üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla aşılarla ve aşılarmaya olan tutumları sorgulandığında %62,3' ü tutumlarının değiştiğini ve %70,8'inin aşılarmayı önemsediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 22. 'Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği' ile Ebeveynlerin Aşılama İnançlarına İlişkin Sorular Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

			Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği			
			n	Ortalama	Std. Sapma	p
Formu doldurduğunuz çocuğunuzun cinsiyeti	Kız		69	34,55±6,57	37 (35-38)	0,271 ²
	Erkek		61	34,74±6,72	37 (36-38)	
Çocuğunuzda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık olma durumu	Evet		11	35,00±6,18	38 (34-39)	0,408 ²
	Hayır		119	34,61±6,68	37 (35-38)	
Diğer çocuklarınızda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık olma durumu	Evet		5	38,20±0,84	38 (38-39)	0,053 ²
	Hayır		125	34,50±6,71	37 (35-38)	
Çocukluk aşılarıyla ilgili bilgi sahibi olma durumunuz	Evet		126	34,71±6,49	37 (35-38)	0,759 ²
	Hayır		4	32,50±11,03	37,5 (26,5-38,5)	
Çocukluk çağı aşılarını gerekli görme durumunuz	Evet		114	36,46±3,45	37 (36-38) ^a	0,000 ^{1*}
	Hayır		5	15,00±1,22	15 (15-16) ^b	
	Kararsızım		11	24,73±9,53	25 (15-34) ^b	
Çocuğunuzun aşılarını ve aşılama zamanlarını takip etme durumunuz	Evet		125	35,34±5,67	37 (36-38) ^a	0,000 ^{2*}
	Hayır		5	17,20±4,38	15 (15-16) ^b	
Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşılarının tümünü çocuğunuza yaptıрма durumunuz	Evet		117	35,36±5,73	37 (36-38) ^a	0,002 ^{2*}
	Hayır		13	28,15±10,13	32 (15-36) ^b	
Sizce aşıların yan etkisi var mı	Evet		44	30,91±9,03	35 (26,5-38) ^b	0,000 ^{2*}
	Hayır		86	36,55±3,78	37 (36-38) ^a	
Çocuğunuzda daha önce aşı yan etkisi görülme durumu	Evet		12	26,67±10,35	27 (15,5-37) ^b	0,005 ^{2*}
	Hayır		118	35,45±5,57	37 (36-38) ^a	
Aşı karıştı (aşılarmama) ifadesinden haberdar olma durumu	Evet		106	34,10±7,17	37 (35-38)	0,211 ²
	Hayır		24	37,00±1,82	37 (36-38)	
Aşı karıştı (aşılarmama)	Evet		12	15,67±2,31	15 (14,5-16) ^c	0,000 ^{1*}

destekleme durumunuz	Hayır	114	36,75±2,45	37 (36-38) ^a	
	Kararsızım	4	31,50±3,79	30 (29-34) ^b	
Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtlarının (aşılammama) varlığı	Evet	71	32,93±8,32	37 (32-38)	0,055 ²
	Hayır	59	36,69±2,43	37 (36-38)	
Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtı olduğu için çocuğunun hastalanmasına sebep olan birinin varlığı	Evet	14	33,71±7,99	37 (34-39)	0,769 ²
	Hayır	116	34,75±6,46	37 (35-38)	
Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılammaya karşı tutum ve inançlarınızı değıştirme durumu	Evet	81	36,31±4,44	37 (36-38) ^a	0,000 ^{1*}
	Hayır	25	36,32±2,75	37 (36-38) ^a	
	Kararsızım	24	27,25±9,95	29 (15,5-37) ^b	
Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılammaya karşı tutum ve inançlarınızı etkileme durumu	Önemsedim	92	37,01±1,98	37 (36-38) ^a	0,000 ^{1*}
	Korkularım arttı	9	28,56±10,01	34 (16-37) ^b	
	Kararsızım	29	29,00±9,84	34 (19-38) ^b	

a,b,c: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:Kruskal Wallis testi, 2:Mann Whitney U testi, *:p<0,05

Bakım verici aşılama tutumları ölçeğı ile ebeveynlerin aşılama inançlarına ilişkin sorularının değerdendirilmesi için uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerin çocuklarının aşılarını ve çocuklarının aşılanma zamanlarını takip etme durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Ebeveynlerin Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşılarının tümünü çocuğına yaptıрма durumları ile aşılar ile ilgili yan etki düşünceleri ve daha önce çocuğında aşı yan etkisi görölme durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05).

Elde edilen sonuçlara göre, çocuklarının aşılarını ve aşılanma zamanlarını takip etmeyen ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; çocuğıunun aşılarını ve aşılanma zamanlarını takip eden ebeveynlere göre daha düşük olarak saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşıların tümünü çocuğına yaptırmayan ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşıların tümünü çocuğına yaptıran ebeveynlere göre düşük olarak belirlenmiştir. Aşıların yan etkisinin olduğunu düşünen ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; aşıların yan etkisinin olmadığını düşünenlere göre ve çocuğında daha önce aşı yan etkisinin görölmediğini ifade eden ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; çocuğında daha önce aşı yan etkisinin görölmediğini ifade eden ebeveynlere göre daha düşük olarak saptanmıştır.

Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucunda ise, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarını gerekli görme durumları ve ebeveynlerin aşı karşıtlığını (aşılanmama) destekleme durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ebeveynlerin Covid-19 (Corona Virüs) sürecinin aşılanmaya karşı olan tutum ve inançları değiştirme durumları ve yine Covid-19 (Corona Virüs) sürecinin ebeveynlerin aşılanmaya karşı olan tutum ve inançlarını etkileme durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Elde edilen sonuçlara göre, çocukluk çağı aşılarını gerekli görmeyen ya da kararsız olan ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; çocukluk çağı aşılarını gerekli gören ebeveynlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Aşı karşıtlığını (aşılanmama) destekleyen ebeveynlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı aşı karşıtlığını (aşılanmama) desteklemeyenlere göre düşük olarak belirlenmiştir. Covid-19 (Corona Virüs) sürecinin ebeveynlerin aşılanmaya karşı olan tutum ve inançlarını değiştirmeyen ve kararsız olanların bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; Covid-19 sürecinin aşılanmaya karşı olan tutum ve inançlarını değiştirenlere göre ve Covid-19 (Corona Virüs) sürecinin ebeveynlerin aşılanmaya karşı olan tutum ve inançları etkileme konusunda aşılama karşı korkularının arttığını düşünenlerin ya da kararsız olduğunu ifade edenlerin bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı; aşılanmayı önemseyen ebeveynlere göre daha düşük olarak saptanmıştır.

Diğer değişkenler olan; çocuğun cinsiyeti, çocukta bilinen bir rahatsızlığın ya da hastalığın olup olmaması, diğer çocuklarda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalığın olup olmaması, ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgi sahibi olma durumları, ebeveynlerin aşı karşıtı ifadesinden haberdar olma durumları, ailede ya da çevrede aşı karşıtlarının varlığı ve ailede ya da çevrede aşı karşıtı olduğu için çocuğunun hastalanmasına sebep olan herhangi birinin varlığı arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma ‘‘ BVATÖ’ nün (CVAS)’’ Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek amacı gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılarak iki ana başlık altında ele alınmış ve elde edile sonuçlara yer verilmiştir.

A. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik ile İlgili Bulguların Tartışılması

B. Çalışma Grubu ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.1. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ‘‘BVATÖ’’ (CVAS) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Farklı ülke, kültür ve dilde birçok kavramı değerlendirmek için geliştirilen ölçüm araçları bulunmaktadır. Geliştirilen bu ölçüm araçlarının başka bir ülkede, kültürde ve dilde kullanılabilmesi ve amaçlanan özellikleri ölçüp- ölçmediği geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile kanıtlanması gerekmektedir¹¹⁵. Yüksek gelirli ülkelerde çok sayıda araştırmacı tarafından, ailelerin aşılama tutumlarını ölçmek için tasarlanmış birçok psikometrik ölçek bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kanada da bu konuda sayısız ölçek yayınlanmıştır. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelere ailelerin aşılama konusundaki tutumlarının yüksek gelirli ülkelere göre farklılık göstermesi bu

alandaki yapılan çalışmaların önemini vurgulamaktadır. Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS), ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), Emory Üniversitesi ve Gana Sağlık Hizmetleri'nden (GHS) katılan araştırmacılar ile oluşan çok kurumlu bir çalışma ekibi tarafından geliştirilen bir ölçektir. Ölçek Gana'da ebeveynlerin aşılama karşı tutumlarını ölçmek için tasarlanmış ve geçerli güvenilir olduğu kanıtlanmıştır¹²⁴. Çalışmamızda tasarlanan bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek hedeflenmiştir.

Geçerlik, ölçüm aracının ölçülmek istenen herhangi bir durumun ya da nesnenin uygunluğunu, elde edilen verilerin ölçülmesi hedeflenen özelliği gerçekten yansıtır yansıtmadığını açıklamaktadır¹¹⁷. Hedeflenen çalışmamızda ölçeğin geçerlik aşamasında ilk uygulama ölçek maddelerinin Türkçe diline çevrilmesi olmuştur. Ölçek maddelerinin Türk toplumuna uygunluğunun değerlendirilmesinde kapsam geçerliliği için 13 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda 0,54' ten büyük olan KGO değerine sahip maddelerin kapsam geçerliğinin sağlandığı sonucuna varılmıştır. Ölçülmek istenen özelliklerin birden fazla boyutta toplanması sebebiyle her bir boyut için KGİ elde edilmiştir. Elde edilen KGİ 0,990 olduğundan ve KGİ indeksinin 0,80' den büyük olması madde kapsam geçerliği açısından yeterli olduğunu gösterdiğinden ölçek istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{126,138}. Öneriler doğrultusunda 22 maddelik ölçeğe son hali verilmiştir.

Kapsam geçerliliği sonrasında yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için faktör analizinde Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde faktör yapısının incelenmesi için örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Bartlett's Testi uygulanmıştır¹²⁷. KMO değeri 0,91- 1,00 ise mükemmel, 0,76 olduğunda çok iyi, 0,70- 0,79 arasında iyi, 0,60-0,69 olduğunda orta, 0,50- 0,59 arasında olması ise örneklem büyüklüğünün zayıf olduğunu göstermektedir. KMO değerinin 0,951 saptanması verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağını göstermiştir¹³⁹. Bartlett Sphericity testi sonucu $X^2:2460,753$, $sd:78$, $p<0,001$ bulunmuş ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır¹⁴⁰. Literatür incelendiğinde açımlayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin toplam varyansı açıklama oranının %40 ile %60 arasında olması gerektiği görülmüştür¹²⁹. Açımlayıcı faktör analizinde maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerleri için sınır değeri 0,50 olarak alınmış ve

faktör yük değeri 0,50'nin altında olan maddeler (4, 6, 9, 14, 15, 16, 19, 20 ve 21) ölçekten çıkartılmıştır. Kalan maddelerin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı görülmüştür. Bakım verici aşılama tutumları ölçeği toplam varyansın %62,822' sini açıklamaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ise faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin uygun düzeyde olup olmadığını değerlendirmektedir¹³⁴. Elde edilen bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek amacı ile DFA yapılmış ve tek faktörlü 13 maddelik ölçeğe son hali verilmiştir. DFA' da önemli olan uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olmasıdır. Tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelendiğinde, bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin 13 maddeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir¹⁴¹.

Güvenirlilik, bir ölçme aracının temel özelliği ve geçerli sayılması için ilk koşuldur. Güvenirlilik, ölçeğin her maddesinin birbiriyle tutarlılığı ve aynı koşullar altında değerlendirilmek istenen durumu doğru ölçme özelliğidir^{117,137}. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa' dır. Güvenirlilik katsayısının mümkün olduğunca 1'e yakın olması kabul görmektedir. Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenirliliği; 0,40' dan küçük olduğunda ölçme aracı güvenilir değil, 0,40- 0,59 arasında ölçeğin güvenirliliği düşük, 0,60- 0,79 arasında ölçek oldukça güvenilir, 0,80- 1,00 arası ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirmektedir^{140,141}. Ölçek ve alt boyutlar için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Bakım verici aşılama tutumları ölçeğinin Cronbach's alfa değeri 0,941 olarak bulunmuştur. Yapılan madde analizinde herhangi bir maddenin silinmesi ile cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği görülerek ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verilmiştir. En sık kullanılan güvenirlilik yöntemlerinden bir diğeri test tekrar test analizidir. Test tekrar test analizi, ölçeğin tekrarlı uygulamalarda tutarlı olması ve değişmezliğini incelenmektedir. Bu aşamada ölçek aynı bireylere aynı koşullarda kısa bir süre sonrasında yeniden uygulanır. Verilen aranın hatırlamaları önleyecek uzunlukta fakat büyük değişimlere sebep olmayacak kadar kısa olması önerilmektedir¹¹⁷. Yapılan iki uygulama arasında alınan puan ortalamaları karşılaştırılarak istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması ve sonuçların zamana göre değişiklik göstermemesi ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir^{117,121}. Literatür incelendiğinde verilen zaman aralığının 2-3 ya da 4-6 hafta arasında olması gerektiği görülmüştür¹²¹. Yapılan çalışmada ölçek iki hafta

ara ile 40 katılımcıya uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre ‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçüm aracıdır.

5.2. Çalışma Grubu ile İlgili Bulguların Tartışılması

Uzun yıllardır ebeveynler tarafından çocukluk çağı aşıları ile ilgili tereddütler yaşanmaktadır. Geçmişte yapılan çalışmalara göz atıldığında aşılamanın desteklenmesi ve aşılamanın reddedilmesi gibi iki karşıt durumun olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin kararsızlıklarını ve aşılamaya karşı tutumlarını tespit etmek amacıyla bu bölümde konu ile ilgili literatür taranarak planlanmış çalışmanın değerlendirmesi yapılmıştır.

5.2.1. Ebeveyn ve çocukların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Ebeveynlerin aşı kararlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; eğitim seviyesi, sahip olduğu ekonomik şartları, bulunduğu çevre, sağlık durumu, yaşı vb. olabilmektedir. Literatür incelendiğinde bu faktörlerin aşı ve bağışıklama kararlarında son derece etkili olduğu görülmektedir^{122,166}. Ebeveynlerin sosyoekonomik durumları incelendiğinde %34,6’ının iyi, %58,5’inin orta ve %6,9’unun kötü gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin aşı kararsızlığına ilişkin Gencer ve ark. (2014) tarafından yapılan başka bir çalışmada ailelerin sosyoekonomik durumlarının benzer olduğu görülmüştür¹⁴². Yapılan çalışmada ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumları ile aşılama tutumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça olumlu aşılama tutumlarının arttığı görülmüş ve çalışan ebeveynlerin çalışmayanlara göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özen ve ark. (2017) tarafından yapılan başka bir çalışmada da eğitim seviyesinin artması ve çalışma hayatının aşı tutumlarını etkilemesi, aşılamanın desteklenmesine yönelik sonuçların elde edilmesi çalışmamızı destekleyici niteliktedir¹⁴³. Farklı sonuçların elde edildiği Jennifer A Reich (2018) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise sosyoekonomik düzeyi iyi olan ve eğitilmiş ebeveynlerde aşı reddinin arttığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir¹⁴⁴. Ebeveynlere çocuklarının sağlık durumları sorulduğunda %8,5’inin kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiş, %91,5’inin ise herhangi bir hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada kronik hastalığın varlığı ebeveynleri kararsızlığa sürüklemiş olsa da ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir fakat

Irene A. ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin aşı kararlarını etkileyen faktörlerde çocuklarının hastalık durumlarının da etkin olduğu görülmüştür¹⁴⁵. Yapılan çalışmada ebeveyn yaşı ve çocuğun yaşı ile aşılama tutumları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamazken, Rey D. ve ark (2018) ile Gilkey ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmalarda aşı yaptırmama kararında çocuğun yaşının etkili olduğu görülmüş ve daha küçük yaş aralığına sahip çocuklarda aşılama oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir^{146,147}.

5.2.2. ‘Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği’ ile ebeveynlerin aşılama inançlarına ilişkin bulguların tartışılması

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağı aşılarını ve bağışıklamayı reddeden ailelerin sayısının zamanla arttığı görülmektedir. Aşılamaı reddeden ailelerin artması ülke bağışıklamasını etkileyerek hastalıkların artmasına, salgınların görülmesine ve ülke ekonomisinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Ebeveynlerin aşı ve bağışıklamaya olan güvenlerinin azalması çocukların sağlığını tehlikeye atarak morbidite ve mortalite oranlarını da arttırmaktadır⁶.

Yapılan çalışmada ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi sahibi olma durumları sorgulandığında %96’ sının bilgi sahibi olduğu %3,1’ inin ise çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Üzümlü ve ark. (2019) yapmış oldukları benzer bir çalışmada ebeveynlerin aşı bilgileri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun bilgi sahibi olduğu, %30.1’ inin ise hiçbir aşı bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir¹⁴⁸.

Çalışmada ebeveynlerin %87,7’ si çocukluk çağı aşılarını gerekli görürken %3,8’ si aksini savunmuştur. Çocukluk çağı aşılarını gerekli gören, çocuğunun aşılarını takip eden ebeveynlerin, çocukluk çağı aşıları gerekli görmeyen ve aşılama zamanlarını takip etmeyen ebeveynlere göre ölçek puanı daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. İrene ve ark. (2015) yapmış oldukları benzer bir çalışmanın sonuçlarına göre ebeveynlerin toplum sağlığı için aşıların gerekliliğine inandıkları görülmüştür¹⁴⁹. İncili’ nin (2009) yapmış olduğu çalışmada ise ebeveynlerin %98’i de aşılamanın gerekliliğini savunmuştur¹⁵². Xiaodong Sun ve ark. (2018) yapmış oldukları başka bir çalışmada çocukların hastalık geçirilerek bağışıklık kazanmasının daha doğru olduğu ve aşıların gereksiz olduğunu savundukları görülmüştür¹⁵⁰. Sağlık Bakanlığı (2018) istatistiklerine göre ise aşı gerekliliğinin aksini

savunan ebeveyn sayısı gün geçtikçe artmaktadır¹⁵¹.

Yapılan çalışmada ebeveynlerin Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşılarının tümünü çocuğuna yaptıрма durumları ile bakım verici aşılama tutumları ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur. Buna göre önerilen aşıların tümünü yaptıran ebeveynlerin, aşıların tümünü yaptırmayanlara oranla ölçek puanları yüksek olarak belirlenmiştir. Bu konuda yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, Weiner ve ark.'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %75' i tüm aşıları yaptıracığını ifade etmiş, Wang ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada %60,9'u ulusal takvime göre tutum sergilediği sonucuna ulaşılmış, Chow ve ark.'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada %92'sinin tam aşılanmış olduğu, Nowak ve ark.'nın (2017) ABD'de yaptığı başka bir çalışmada ise %74,8'inin tam aşıları olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlar çalışmamızı destekleyici niteliktedir¹⁵³⁻¹⁵⁶.

Aşıların yan etkilerinin varlığı ile ilgili ebeveynler sorgulandığında %33,8'i aşıların yan etkilerinin olduğunu belirtirken, %66,2'si aşıların yan etkisinin olmadığını savunmuştur. Ebeveynlerin aşılar ile ilgili yan etki düşünceleri ve daha önce çocuğunda aşı yan etkisi görülme durumları arasında bakım verici aşılama tutumları ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuş ve aşıların yan etkisinin olduğunu düşünen, çocuğunda daha önce aşı yan etkisi görülen ebeveynlerin ölçek puanları, aşıların yan etkisinin olmadığını savunan ve daha önce çocuğunda aşı yan etkisi görülmediğini ifade eden ebeveynlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Gülcü S, Arslan S. (2018), Argüt ve ark.(2016), Karako ve ark. (2019), Şilfeler ve ark.(2017) gibi birçok araştırmacının bu alanda yaptığı çalışmalar incelendiğinde ebeveynlere aşıların yan etkileri sorgulandığında çoğunlukla ateş, otizm ya da kısır olma cevabını aldıkları belirlenmiştir^{3,37,157,158,159}.

Ebeveynlerin aşı karşıtı, aşılanmama ifadesinden haberdar olma durumları sorgulandığında %81,5 'i haberdar olduğunu ve %95,3' ü sosyal medya ve çevre kaynaklı bilgi sahibi olduğunu savunmuştur. Türkay M. ve ark. (2017) ve benzer çalışmalar incelendiğinde aşı karşıtı ifadesinin sosyal medya aracılığı ile yaygınlaştığı, ebeveynlerin karşıt gruplar ile internet kaynaklı bilgi sahibi olduğu saptanmıştır^{160,161}. Yiğit T ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada da aşı katılımcıların büyük çoğunluğu aşı karşıtlığı fikrini internet ve çevre kaynaklı edindiklerini belirtmişlerdir⁶. Yapılan çalışmada ebeveynlerin aşı karşıtlığını destekleme durumları ile bakım verici aşılama tutumları ölçek puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde

edilmiş ve aşı karşıtlığını destekleyen ebeveynlerin, aşı karşıtlığını desteklemeyenlere göre ölçek puanı daha düşük olarak saptanmıştır. Kim ve ark. (2019) tarafından yapılan benzer bir çalışmada aşılamaı destekleyenlerin reddedenlere oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir¹⁶². Paul R. Ward ve ark. (2017) tarafında yapılan çalışmada ise ebeveynler çocuklarının yeterince sağlıklı olduklarına inandıkları için aşı yaptırmama kararını verdiklerine ilişkin bir sonuç elde ettikleri görülmüştür¹⁶³.

Covid- 19 pandemi sürecinin ebeveynler üzerindeki etkisi sorgulandığında %62,3' ünün aşılama tutumlarının değişmesine neden olduğu ve %70,8 'inin aşılamaı daha fazla önemsemediği belirlenmiştir. Alanda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre çocuklarda Covid-19 seyrinin yetişkinlere oranla hafif seyrettiği belirlenmiş ancak özellikle bir yaş altı çocuklarda kronik hastalığın varlığı durumunda durumun ağırlaşabileceği öngörülmüştür. Bu durum ebeveynlerin aşılamaı önemsemelerini desteklemektedir^{164,165}.

5.3. Sonuç

Bu bölümde çalışma bulgularının sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- 'Caregiver Vaccination Attitudes Scale'nın (CVAS) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılarak ve edilen güvenilirlik katsayılarının yüksek olması nedeniyle, geçerli ve güvenilir bir ölçek olan Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği (BVATÖ) elde edilmiştir.
- Elde edilen ölçek tek faktörlü (tutum), 13 maddelik bir ölçek olup bakım vericilerin tutumlarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur.
- Ebeveynlerin eğitim seviyeleri arttıkça aşılama tutumlarının olumlu yönde değiştiği, çalışan ebeveynlerin aşılamaı daha çok desteklediği sonucu elde edilmiştir.
- Çocukluk çağı aşılarını gerekli gören ve aşılama zamanlarını takip eden ebeveynlerin ve Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen tüm aşıları yaptıran ebeveynlerin çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir.

- Aşıların yan etkisinin olduğunu düşünen ve daha önce çocuğunda aşı yan etkisi görülen ebeveynlerin azınlıkta olduğu sonucu elde edilmiştir.
- Ebeveynlerin aşı karşıtı ifadesinden çoğunlukla sosyal medya ve çevre kaynaklı haberdar olduğu belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun aşı karşıtı olmadığı ve bağışıklama programını desteklediği sonucuna varılmıştır.
- Covid-19 pandemi süreci aşılama kararsız olan ebeveynlerin tutumlarını olumlu yönde etkileyerek aşırı önemsemeleri ve aşılamaı destekledikleri sonucuna varılmıştır.

6. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Topluma, bulaşıcı hastalıklar, bağışıklamanın önemi ve aşı yapılmaması durumunda kısa ve uzun vadede yaşanabilecek tüm sonuçları açık ve net bir şekilde anlatılması,
- Aşıların içeriği, aşının temini ve aşı yan etkileri ile ilgili topluma yeterli bilgilerin verilmesi ve bağışıklamaya karşı oluşan güvensizliğin giderilmesi,
- Toplumun bağışıklamada odaklandığı aşı karşıtlığına neden olan aşı yan etkileri konusunda doğru bilgilerin verilmesi, bu etkilerin görülme nedenleri ve sıklığı bilimsel kaynaklara dayandırılarak açıklanması ve aşının öneminin anlatılması,
- Aşılama kararsızlığının giderilmesi ve güveni arttırmaya yönelik sağlık çalışanlarının çocukluk çağı aşıları hakkında yeterli bilgi donanımına sahip olması,
- Sağlık çalışanları tarafından etkin ve düzenli olarak bağışıklama ve aşılama eğitimlerinin verilmesi,

- Toplumun temelini oluşturan ve ülke sağığının gelişmesi için önemli olan bağışıklamanın olumsuz medya yayınları aracılığı ile sarsılmasının engellenmesi ve yasal önlemlerin alınması,
- Aşı reddi ve toplumu bu konuda kararsızlığa götüren nedenlerin her açıdan değerlendirilmesi, aşılar ile ilgili yanlış bilgilerin giderilmesi için aşı karşıtlarına yönelik hedeflerin belirlenmesi ve kamu spotlarının hazırlanması,
- Aşı güvenliğini sağlamak için aşı ile ilgili bilimsel çalışmaların artırılması,
- Aşı reddine sebep olan diğer faktörlerin belirlenebilmesi için daha geniş bir örneklem ile farklı kültürlerde yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- 1.Halk Sağlığı Kavramı, Hacettepe Üniversitesi, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 20 Aralık 2020.
- 2.Healthy People, Immunization and infectious diseases, <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/topic/immunization-andinfectiousdiseases>. Erişim tarihi: 20 Aralık 2020.
- 3.Argüt N, Yetim A, Gökçay G. Aşı kabulünü etkileyen faktörler. Çocuk Dergisi 2016; 16:16-24.
- 4.Aaby P, Kollmann TR, Benn CS. Nonspecific effects of neonatal and infant vaccination: public health, immunological and conceptual challenges. Nat Immunol. 2014;15(10):895-99.
- 5.World Health Organization. Health Topics. Vaccines and Immunization, https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1.Erişim Tarihi: 21 Aralık 2020.
- 6.Yiğit T, Oktay Ö, Özdemir C, Pasa S. Aşı karışıklığı ve fikri gelişimi. Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi- Journal Of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR). 31.05.2020. 7(53) 1244-1261. DOI: 10.26450/jshsr.1881.
- 7.McNeil DA, Mueller M, MacDonald S, MacDonald S, Saini V, Kellner JD, Tough S. Maternal perceptions of childhood vaccination: Explanations of reasons for and against vaccination. BMC Public Health. 2019;19(1):1-12. doi:10.1186/s12889-018-6338-0.
8. Abbas AK, Lichtman AH, Pıllai S. Basic Immunology Functions and Disorders of the Immun System. Temel İmmünoloji İmmün Sistemin İşlevleri ve Bozuklukları, 4.Baskı, Camcıoğlu Y, Deniz G, Ayrıntı Basımevi, Ankara, 2015: s. 4-6.
- 9.Deniz Ş. Gebelerin çocukluk çağı aşılarına karşı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 2018, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 83 sayfa, Eskişehir, (Doç.Dr.Uğur Bilge).
- 10.Büyükkarakurt Z. Kırsal bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi.2018, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,70 Sayfa, Konya. (Doç.Dr.Deniz Tanyer).
- 11.Çapanoğlu E. Sağlık çalışanı ve ebeveyn perspektifinden çocukluk çağı aşı larının reddi niteliksel bir araştırma.2018, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,166 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr.Yeşim Işıl).
- 12.Bayat B, Erdem E. Çocuklarda İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (Eds.). Pediatri Hemşireliği. 2.Baskı. Özyurt Matbaacılık. Ankara 2018: s.523-551.

- 13.** Görak G, Savaşer S, Yıldız S (Eds.). Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2018: s.17.
- 14.** Selçuk EB. Aşıların Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011;2(5): 1-4.
- 15.** Sekmen H. İnternet sitelerinde çocukluk çağı aşıları bilgi kapsamı ve güvenilirliği ile aşı karşıtlığı hakkında bilgi güvenilirliğinin incelenmesi. 2018, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tez, 103 Sayfa, Kocaeli (Doç.Dr.T.Müge Alvur).
- 16.** Plotkin S. History of vaccination. Proc. Natl. Acad. Sci. 2014;111:12283–12287. doi:10.1073/pnas.1400472111.[ElektronikJournal]<https://www.pnas.org/content/111/34/12283>
- 17.** Ajjan N, 1995, İmmunization. Bağışıklama, Türkay F, Pekus M, s. 109-115.
- 18.** Plotkin S.L. Short history of vaccination. 2013;1-13.
- 19.** Fenner F. Smallpox Eradication: The Vindication of Jenner's Prophecy. In: History of Vaccine Development. Springer; 2011:27–32. [Elektronik Journal] [Http://Link.Springer.Com/Chapter/10.1007/978-1-4419-1339-5_5](http://Link.Springer.Com/Chapter/10.1007/978-1-4419-1339-5_5).
- 20.** Blevins SM, Bronze MS. Robert Koch and the “golden age” of bacteriology. Int J Infect Dis. 2010;14(9):744-751. doi:10.1016/j.ijid.2009.12.003. [Elektronik Journal]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20413340/>.
- 21.** Yazıcı E. Çocukluk çağı aşıları ile ilgili ebeveynlerin bilgi ve tutumları. 2018, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 83 sayfa, Ankara (Doç. Dr. Oğuz TEKİN).
- 22.** Töreci K. Aşıların Tarihçesi Aşı Kitabı (Eds.). Badur S. Bakır M. 1. Baskı, Express Basımevi, İstanbul, 2012: s:1-12.
- 23.** Alben A. Bir üniversite hastanesi sağlık çalışanlarının aşı farkındalığı ve aşı reddi konusundaki düşünceleri, 2019, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 132 Sayfa, Gaziantep, (Dr. Öğr. Üyesi Neriman AYDIN).
- 24.** Hilleman MR. The development of live attenuated mumps virus vaccine in historic perspective and its role in the evolution of combined measles–mumps–rubella. in: history of vaccine development. Springer; 2011:207–218. <http://link.springer.com>.
- 25.** Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve aşıların tarihçesi history of vaccination and immunisation. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016;8:2. www.kliniktipdergisi.com.
- 26.** Plotkin S. History of vaccination. Special feature: perspective. August 26, 2014; 111(34):12283-7. (www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1400472111).
- 27.** Ceyhan M. Aşı tarihi. Nabız Dergisi. 2013; 17-19.

- 28.Buzgan T. Ülkemizde aşılama politikaları Aşı Kitabı (Eds.) Badur S. Bakır M.1. Baskı, Express Basımevi, İstanbul, 2012. s:55-63.
- 29.Oktay S. Gebelerin grip aşısı etkinliği ve güvenilirliği hakkında bilgi düzeyi.2017 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tez. 74 Sayfa, Denizli. (Prof. Dr. Tamer Edirne).
- 30.Arslan S. Türkiye’de aşılarla karşı çıkan ebeveynlerin aşılar hakkındaki düşünceleri ve inanışları: Kalitatif çalışma.2018. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği.
- 31.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de aşının tarihçesi. <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-ashinin-tarihçesi.html>. Erişim Tarihi: 04.01.2021.
- 32.Özmert EN. Dünya’da ve Türkiye’de aşılama takvimindeki gelişmeler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2008; 51: 168-175.
- 33.Arvas A. Çocuklarda aşılanmanın önemi. Klinik Gelişim Dergisi. 2012;25:1-3.
- 34.Bland J, Clements J. Protecting the world’s children: The story of WHO’s immunization programme. World Health Forum. 1998;19(2):162-173.
- 35.Genişletilmiş bağışıklama programı.<https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>. Erişim Tarihi: 02.01.2021.
- 36.Şimşek Orhon F. Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. Osmangazi Tıp Dergisi Sosyal Pediatri Özel Sayısı Mart 2020; 6-14. doi:10.20515/otd.681563. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/otd/issue/52137/681563>.
- 37.Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi. 2018;8(1):34-43. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/451040>.
- 38.Hasanoğlu E. Pratik aşı bilgileri. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara. 2013: s. 21-25.
- 39.Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi. Ankara. 2013: s. 755-761.
- 40.Vaccines. <http://www.who.int/topics/vaccines/en>. Erişim Tarihi:02.01.2021.
- 41.Razzell P. Population change in eighteenth-century england. A reinterpretation. the economic history review, 18, 2, 312-32. 1965.
- 42.Dai X, Xiong Y, Li N, Jian C. Vaccines-the history and future.books.google.com. - Vaccine Types. DOI: 10.5772/intechopen.84626. March 2019. Erişim Tarihi:03.02.2021.

- 43.Minor PD. Live attenuated vaccines: Historical successes and current challenges.Virology.2015;p.479-480:379-392.
- 44.Beyazova U, Aktaş F. “Çocukluk çağı aşılamlar ve erişkin bağışıklaması”. Gazi Tıp Dergisi. 2007.18(2): 47-65.
- 45.Tezer H. Difteri, Tetanoz & Boğmaca Aşıları.2016.8(4):27–32. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktpd>.
- 46.TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi, 2009. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>. Erişim Tarihi:05.03.2021.
- 47.Sağlık Bakanlığı Aşı takvimi nasıl oluşturulur? <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>. Erişim Tarihi:05.03.2021.
- 48.Sağlık Bakanlığı Aşı takvimi. <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>. Erişim Tarihi:05.03.2021.
- 49.İşcan G, Taşar A. Çocukluk çağında operasyon öncesi ek doz hepatit B aşısı gerekli mi? Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(2):117-120. doi:10.18521/ktd.447983.
- 50.Törüner EK, Büyükgönenç L. “Enfeksiyon Süreci ve Bağışıklama”, Koçak H. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları Kitabı. Göktuğ yayıncılık, 1.basım. Ankara. 2013: s.271-289.
- 51.World Health Organization; Global hepatitis report 2017. apps.who.int.
- 52.Birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi. Türk tabipler birliği yayınları, 2018. <https://www.ttb.org.tr>. Erişim Tarihi: 10.03.2021.
- 53.Alter MJ. “Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide”, Journal Hepatol, 2003, 39: 64-9.
- 54.Akdeniz M, Kavukcu E. Çocukluk çağı aşılarında son gelişmeler Recent advances in childhood vaccines. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi.2016;8:31–42.
- 55.Hepatitis B Vaccination What You Need to Know. CDC. Accessed October 31, 2016. <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hepb/public/index.html>. Erişim Tarihi: 22.02.2021.
- 56.Aytar M, Başbülbul G. Rekombinant Aşılar. Mikrobiyoloji Dergisi. 2019,17(1); 1-10 www.mikrobiyoloji.org/pdf/702190101.pdf. [Elektronik Dergi].
- 57.Pihl GT, Johannessen H, Ammentorp J, Jensen JS, Kofoed PE. “Lay epidemiology”: An important factor in Danish parents’ decision of whether to allow their child to receive a BCG vaccination. A qualitative exploration of parental perspective. BMC Pediatr. 2017;17(1):1-8. doi:10.1186/s12887-017-0944-3.

- 58.**Kagoné M, Yé M, Nébié E, Sié A, Müller O, Beiersmann C. Community perception regarding childhood vaccinations and its implications for effectiveness: a qualitative study in rural Burkina Faso. BMC. 2018 Dec;18(1):324. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29510684%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5840732>.
- 59.**Arisoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, Vardar F. Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (national vaccination schedule) and vaccines not included in the schedule-2015. J Pediatr Inf 9 (2015): 1-11.
- 60.**Glaziou P, Floyd K, Weil D, Ravigliione M. HIV deaths as top infectious killer. Int J Tuberc Lung Dis. 2016 Feb;20(2):143-4. doi: 10.5588/ijtld.15.0985.
- 61.**Global tuberculosis control: WHO report 2010. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44425>. Erişim Tarihi: 15.03.2021.
- 62.**Rowland R, McShane H. Tuberculosis vaccines in clinical trials. Expert Rev. Vaccines 2011;10:645–658. doi: 10.1586/erv.11.28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21604985/>. Erişim Tarihi: 11.03.2021.
- 63.**Sağlık İstatistikleri Yıllığı, TC Sağlık Bakanlığı, 2017, sayfa 77-80. <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 10.03.2021.
- 64.**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Difteri. Bulaşıcı Hastalıkların Laboratuvar Tanısı için Saha Rehberi. 2014; 1-5. Erişim Tarihi: 11.04.2021.
- 65.**Erişkin dönemde yapılması önerilen aşılar. Arvin Yayınevi 2. Güncelleme, İstanbul 2016:s.43. Erişkin Bağışıklama Rehberi 2; 2016.
- 66.**Diphtheria Fact Sheet for Parents | CDC. Available at: <http://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/child/diphtheria.html>. Accessed October 29, 2016. Erişim Tarihi: 11.02.2021.
- 67.**Aşı portalı. <https://asi.saglik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 15.03.2021.
- 68.**Smith KC, Orme LM, Starke. Vaccines. Full Text Finder Results. Tuberculosis Vaccines 2013.
- 69.**İğde Fa, Kadioğlu E. Tetanoz Aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011;2(6): 44-49.
- 70.**Edwards KM, Decker MD. Pertussis vaccines. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (Eds.). Vaccines. 5 th ed. China: Saunders, 2008:467-517.
- 71.**Mevsim V. Birinci Basamakta Aşı Özel Sayısı II. Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med- Special Topics, 2011;2(6): 82-86.

- 72.** Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. “Haemophilus Influenza Tip B, Centers for Disease Control and Prevention”, Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases, 13 th ed, Washinton D.C. Public Health Foundation, 2015: 119-134.
- 73.** Janoff EN, Musher DM. Streptococcus pneumonia In: Bennet JE, Dolin R, Blaser MJ., (Eds.). Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2015:2310-2327.
- 74.** Aktürk H, Ayhan Akoğlu H, Öksüz L. 13 valanlı konjuge pnömokok aşısı ile aşılanmış bir çocuk olguda streptococcus pneumoniae serotip 24a’ya bağlı gelişen menenjit. J Pediatr Infect. 2019;13(1):39-41. doi:10.5578/ced.201908. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TXpnNE1qTTVPUT09/13-valanli-konjugepnomokok-asisi-ile-asilanmis-bir-cocuk-olguda-streptococcus-pneumoniae-serotip-24a-ya-bagli-gelisen-menenjit>.
- 75.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi 2010. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t3.pdf>. Erişim Tarihi: 15.04.2021.
- 76.** Recommended Adult Immunization Schedule. United States-2016. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/>. Erişim Tarihi: 13.01.2021.
- 77.** Newton P, Smith DM. Factors influencing uptake of measles, mumps and rubella (MMR) immunization in site-dwelling Gypsy, Roma and Traveller (G&T) communities: a qualitative study of G&T parents’ beliefs and experiences. Child Care Health Dev. 2017;43(4):504-510. doi:10.1111/cch.12453. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cch.12453>.
- 78.** Cockcroft A, Usman MU, Nyamucherera OF. Why children are not vaccinated against measles: A cross-sectional study in two Nigerian States. Arch Public Heal. 2014;72(1):1-10. doi:10.1186/2049-3258-72-48.
- 79.** Baltacı D, Çeler A, Bahçebaşı T, Kara İH. Kızamık Aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011; 2(6): 7-17.
- 80.** Ümit Z. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı ve otizm. Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2019;13(2):118-119. doi:10.5578/ced.201931. <http://www.cocukenfeksiyondergisi.org/upload/documents/2019-02/2019-13-2-118-119.pdf>.
- 81.** CDC Rubella. In: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 12th Ed, Atkinson W, Wolfe C, Hamborsky (Eds.). Public Health Foundation, Washington, DC 2011.
- 82.** Saatçi E. Rubella Aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011; 2(6): 13-17.
- 83.** Vashishtha VM, Choudhury P, Kalra A, Bose A, Thacker N, Yewale VN. Indian Academy of Pediatrics (IAP) recommended immunization schedule for children aged 0

through 18 years-India. Indian Pediatr. 2014; 51(10): 785-800. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25362009/>.

84.Centers for Disease Control and Prevention. Mumps Cases and Outbreaks. <https://www.cdc.gov/mumps/outbreaks.html>. Erişim Tarihi: 14.04.2021.

85.Immunology and Vaccine-Preventable Diseases – Pink Book - 2017 -Introduction and Table of Contents [.https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/supplement.pdf](https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/supplement.pdf). Erişim Tarihi: 14.04.2021.

86.American Academy of Pediatrics. Poliovirus infections In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. (Eds.). Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:644-650.

87.Polio vaccines: WHO position paper-March,2016. Wkly Epidemiol Rec. 2016;91:145-168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27894720/>.

88.Kondolot M. Çocuklarda aşılama. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011;2(5): 51-59.

89.Tosun S. Hepatit a virus enfeksiyonu ve hepatit a aşılaması. Viral Hepatit. İstanbul Medikal Yayıncılık. 2013; 215-246.

90.Ungan M. Su Çiçeği (Varicella) aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011;2(6): 33-38.

91.Kurugöl Z. Su Çiçeği Aşısı Ülkemiz Rutin Aşı Takvimine Alınmalı mı? Klinik Gelişim Dergisi. 2012; 25: 32-35. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_1/7.pdf.

92.Özkaya Parlakay A, Yiğit M, Gülhan B, Bedir T, Kanık Yüksek S. Üçüncü basamak çocuk hastanesinde çalışan hekimlerin meningokok, rotavirüs, HPV aşıları ile ilgili görüşleri, aşı reddi ile karşılaşma sıklığı ve sık karşılaştığı aşı reddi nedenlerinin değerlendirilmesi. Turkish J Pediatr Dis. Published online 2020:1-4. doi:10.12956/tchd.726251. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1103085>.

93.Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kurugöl Z, Somer A. Önceden sağlıklı çocuklarda aşılama: Türkiye Cumhuriyeti ulusal bağışıklama çizelgesinde yer alan ve almayan aşılara ilişkin uygulama önerileri- 2020. J Pediatr Inf 2020;14(3):180-193.

94.Önal U, Akyol D, Uyan Önal A. Respiratory Viruses: Vaccine Preventable Influenza Is Among Us. Anke Dergisi. 2020;34(1):1-5. doi:10.5222/ankem.2020.001.

95.Gür E, Camcıoğlu Y, Gür E, Akçakaya N, Öztürk R. Adolesanda Aşılama. İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama Kitabı. Birinci Basım, Doyuran Matbaası. İstanbul, 2010: 32-35.

- 96.**Press Announcements - FDA approves Gardasil 9 for prevention of certain cancers caused by five additional types of HPV. 2014. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fdaapproves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years>. Erişim Tarihi: 14.03.2021.
- 97.**World Health Organization.Human Papillomavirus Vaccines: WHO position paper, May 2017. Weekly Epidemiological Record, 19(92):241-268..<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf;jsessionid=F4E1B909739234875>.
- 98.**Kjaer SK, Nygar M, Dillner J, Marshall JB, Radley D, Li M, Munk C, Hansen BT, Sigurdardottir LT, Hortalund M, Tryggvadottir L, Joshi A, Rituparna D, Saah AJ. A 12-Year Follow-up on the long-term effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in 4 Nordic Countries. Clin Infect Dis, 2018,66(3):339- 345. doi: 10.1093/cid/cix797
- 99.**Çataklı T. Ulusal aşı programında bulunmayan aşılar hakkında hekimlerin tutumları.2015, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,116 Sayfa,Ankara. (Prof. Dr. Aysu Duyan Çamurdan).
- 100.**Kocabaş E, Dayar T. Rotavirüs aşıları. Journal Pediatric Infectious, 2015, 9:s166-74.
- 101.**Meningokok aşısı. erişkin bağışıklama rehberi 2.güncelleme-2016. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, İstanbul, 2016 Mayıs s: 39-41.
- 102.**Meningokok Aşısı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2011;2(6): s23-28.
- 103.**Akın L, Güler Ç. Bağışıklama. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Hacettepe yayınları, s. 978-91. Akın L, 2015a.
- 104.**Akın L, Güler Ç. Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Yayınları, s. 1354-60. Akın L, 2015b.
- 105.**<https://www.saglik.gov.tr/TR,82386/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 11.04.2021
- 106.**Avcı E. Çocukluk dönemi aşılara ilişkin karşılaştırmalı bir analiz: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. Liberal Perspektif Analiz, 2017; 9.
- 107.**Akça M. Birinci Basamakta Bağışıklama. 18.Pratisyen Hekimlik Kongresi Sunumları, <http://www.phd.org.tr/18kongresunum/1basamaktabagisiklama.ppt>. Erişim Tarihi: 11.05.2021
- 108.**Badur S. “Aşı karşıtı gruplar ve aşılara karşı yapılan haksız suçlamalar”. ANKEM Dergisi, 2011, 25 (Ek 2) 82-86.

- 109.**Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2014;369(1645):2013- 433. DOI: 10.1098/rstb.2013.0433.
- 110.**Altındış M, Kutlu HH. Artan aşı karşıtlığı eğilimi; nedenleri ve sonuçları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.* 2017- 2018; Aralık-Ocak-Şubat: 45: 82-87.
- 111.**Olpinski M. Anti-Vaccination Movement and Parental Refusals of Immunization of Children in USA. *Pediatrica Polska* 2012;87(4):381-385.
- 112.**Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed. *BMJ* 2011;342:5347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209059/>.
- 113.**Smith TC. Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action. *Open Forum Infectious Diseases* 2017;4(3):25-33. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146>.
- 114.**Bekis Bozkurt H. An overview of vaccine rejection and review of literature. *Kafkas J Med Sci.* 2018;8(1):71-76. doi:10.5505/kjms.2018.12754.
- 115.**Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma; süreç, uygulama ve kritik. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2017.
- 116.**Kartal M, Bardakçı S, Dilmen Y. SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri. Ankara. Akademisyen Kitabevi.2018.
- 117.**Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3):211-216.2004.
- 118.**Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı.Pegem Akademi.26.Baskı.Ankara.2019.
- 119.**Bryman A, Cramer D. Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows: A Guide for Social Scientists. London: Routledge.2001.
- 120.**Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw Hill.1978.
- 121.**Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. (3. Baskı). Ankara: Nobel.2006.
- 122.**Erkekoğlu P, Erdemli Köse SB, Balcı A, Yirun A. Vaccine hesitancy and effects of COVID-19. *Journal of Literature Pharmacy Sciences* 9(2):208-2202020;9(2):208-220. doi:10.5336/pharmsci.2020-76102.
- 123.**Odabaş N, Ayyıldız T. Anne Babaların Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi.* 2020;4(1):7-11. doi:10.29058/mjwbs.2020.1.2
- 124.**Wallace AS, Wannemuehler K, Bonsu G. Development of a valid and reliable scale to assess parents' beliefs and attitudes about childhood vaccines and their association with vaccination uptake and delay in Ghana. *Vaccine.* 2019;37(6):848-856. doi:10.1016/j.vaccine.2018.12.055.

- 125.**Nightingale F, Dergisi H, Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Florence Nightingale journal of nursing kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: Updated Guideline. FNJN Florence Nightingale J Nurs. 2018;26(3):199-210. doi:10.26650/FNJN397481.
- 126.**Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. Pamukkale Üniversitesi.2005:1-6.
- 127.**İnal H, Günay S. Olasılık ve matematiksel istatistik. Hacettepe Üniversitesi. 2002. Ankara.
- 128.**Karakoç F, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014:40.
- 129.**Jeong J. Analysis of the factors and the roles of hrd in organizational learning styles as identified by key informants at selected corporations in the republic of korea. Doktora Tezi. Amerika: Texas A&M University. 2004.
- 130.**Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate Data Analysis 6th Ed. Pearson, Prentice Hall: New Jersey. 2005.
- 131.**Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structural analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, DOI: 10.1080/10705519909540118. 1999.
- 132.**Meydan CH, Şeşen H. Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.2011.
- 133.**Tabachnick BG, Fidel LS. Using Multivariate Statistics. MA: Allyn & Bacon, Inc.2001.
- 134.**Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi, 2005; 249-260.
- 135.**Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik.2. Baskı. Ankara. Detay Yayıncılık, 2012; 494-498.
- 136.**MacCallum RC, Widaman KF, Preacher KJ, Hong S. Sample size in factor analysis: the role of model error. Multivariate Behavioral Research, 36(4), 611-637.2001.
- 137.**Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi.2008.
- 138.**Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research, 5, 194-197.1992.

- 139.**Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. Beşinci baskı, Kaan Kitabevi Eskişehir.2005.
- 140.**Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Asil yayınları.2014.
- 141.**Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri- spss uygulamaları. 3.Baskı, Emek Ofset Ltd.Şti., Ankara, s: 95-382.2005.
- 142.**Gencer M. 24–72 ay çocukları olan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve rutin dışı aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri: Doğu-Batı Karşılaştırması. Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(3). doi:10.18521/ktd.11271.
- 143.**Özen M, Doğan N, Demirel S. Okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. 2017;6(4):131-137.
- 144.**Reich J. “We are fierce, independent thinkers and intelligent”: Social capital and stigma management among mothers who refuse vaccines.; Soc Sci Med. 2018 Oct 30. pii: S0277- 9536(18)30623-3. doi:10.1016/j.socscimed.2018.10.027.
- 145.**Harmsen İ A, Ruiter R, Paulussen T, Mollema L, Kok G , Melker H. Factors That influence vaccination decision-making by parents who visit an anthroposophical child welfare center: a focus group study. Advances in Preventive Medicine Volume 2012, Nov 20., Article ID 175694. doi: 10.1155/2012/175694
- 146.**Rey D, Fressard L, Cortaredona S, Bocquier A, Gautier A, Peretti-Watel P, Verger P. Vaccine hesitancy in the french population in 2016, and its association with vaccine uptake and perceived vaccine risk–benefit balance. Eurosurveillance, 2018; 23(17). 17-00816. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.17-00816. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29717693/>.
- 147.**Gilkey MB, Mcree AL, Brewer NT. Forgone vaccination during childhood and adolescence: findings of a statewide survey of parents. Preventive Medicine, 2013; 56(3-4): 202-206.
- 148.**Üzüm Ö, Eliaçık K, Hortu Örsdemir H, Karadağ Öncel E. Factors affecting the immunization approaches of caregivers: An example of a teaching and research hospital. Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2019;13(3):144-149. doi:10.5578/ced.68398
- 149.**Harmsen IA, Bos H, Ruiter RAC. Vaccination decision-making of immigrant parents in the Netherlands; A focus group study health behavior, health promotion and society. BMC Public Health. 2015;15(1):1-8. doi:10.1186/s12889-015-2572-x.
- 150.**Sun X, Huang Z, Wagner AL. The role of severity perceptions and beliefs in natural infections in Shanghai parents’ vaccine decision-making: A qualitative study. BMC Public Health. 2018;18(1):1-9. doi:10.1186/s12889-018-5734-9.
- 151.**T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yılı 2018 haber bülteni. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,57543/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-haber-bulteni.html>. Erişim Tarihi: 14.05.2021.

152.İncili HD. Çocuk polikliniklerimize başvuran çocukların annelerinin aşılar ile ilgili bilgi düzeyi. 2009, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 69 sayfa, İstanbul, (Dr Sami HATİPOĞLU).

153.Weiner JL, Fisher AM, Nowak GJ, Basket MM, Gellin BG. Childhood immunizations: first-time expectant mothers' knowledge, beliefs, intentions, and behaviors. *Am J Prev Med.* 2015 Dec;49(6 Suppl 4):S426-34. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.002. <https://www.semanticscholar.org/paper/ChildhoodImmunizations%3A-First-Time-Expectant-and-Weiner-Fisher/f54356bc60f962529b2bb5bfde5b35a1260e72d9>.

154.Wang E, Baras Y, Bутtenheim AM. "Everybody just wants to do what's best for their child": Understanding how pro-vaccine parents can support a culture of vaccine hesitancy. *Vaccine.* 2015 Nov 27;33(48):6703-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.10.090. Epub 2015 O. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26518397/>.

155. My C, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: A national online survey. *Aust Fam Physician.* 2017 Mar;46(3):145-151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28260278/>.

156.Nowak GJ, Cacciatore MA. Parents' confidence in recommended childhood vaccinations: Extending the assessment, expanding the context. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Mar 4;13(3):687-700. doi: 10.1080/21645515.2016.1236881. Epub 2016 Sep 28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27682979/>.

157.Özkan Ö, Çatıker A. Bolu il merkezindeki çocukların aşıllılık durumları ve engelleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15:171-8.

158.Karako RS, Birle A. Why is autism on the rise? *J Clin Psychiatry.* 2019;123-124. doi:10.5505/kpd.2019.84755.

159.Şilfeler İ, Gel Ö, Özdemir P, Atilla Ç. Türkiye'de aşılamada güncel sorunlar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2017;0(0):113-116. doi:10.16948/zktipb.293071.

160.Türkay M, Ay EG, Aktekin MR. Anti-Vaccine Status in a Selected Groups in Antalya. *Akdeniz Med J.* 2017;3(2). doi:10.17954/amj.2017.78.

161.Davies P, Chapman S, Leask J. Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood* 2002;87(1):22-5.

162.Romijnders KAGJ, van Seventer SL, Scheltema M, van Osch L, de Vries H, Mollema L. A deliberate choice? Exploring factors related to informed decision-making about childhood vaccination among acceptors, refusers, and partial acceptors. *Vaccine.* 2019;37(37):5637-5644. doi:10.1016/j.vaccine.2019.07.060.

163.Ward PR, Attwell K, Meyer SB, Rokkas P, Leask J. Understanding the perceived logic of care by parents: A qualitative study in Australia. *Plos One.* 2017;12(10):1-15.

<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0185955%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=29023499>.

164. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children. United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69:422-426. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6914e4.htm..>

165. United States National Institutes of Health Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines. Date: 22.05.2020. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Erişim Tarihi: 15.05.2021.

166. Facciola A, Visalli G, Orlando A, Bertuccio MP, Spataro P, Squeri R. Vaccine hesitancy: an overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. J Public Health Res. 2019;8(1):1436. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30997357/>



8.EKLER

EK-1

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İzni

İZİN FORMU

"Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşları ile İlgili Tutum Ve İnançları" konulu araştırma çalışmamı yapmayı planlamaktayım. "Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşları ile İlgili Tutum Ve İnançları" konulu araştırma çalışmam için Anabilim Dalımda ve/veya Araştırma ve Uygulama Hastanesinde "Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşları ile İlgili Tutum Ve İnançları" konusunda çalışmalarına izin verilmesi rica etmekteyim.

Tarih: 14.07.2020


Doç.Dr. Sedat ARSLAN
İmza


Sedat ARSLAN
İmza

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında çalışmalar yapmamı uygular.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Tarih: 14.07.2020

Prof.Dr. Kerem KOCARAY

İmza: 

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapmamı uygular.

Başhekim

Tarih: 14.07.2020

Prof. Dr. Ömer Abdül HALİP

İmza: 

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI	Elezzyelerin Çoğaltılı Çapı Açılar Dağılımı Üzerine Ya İnceleme
TITLE OF STUDY	Pattern Abundance and Effects Related To Children's Vaccinations

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düce Üniversitesi Gıda Güvenliği ve Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	ADRESİ	Düce Üniversitesi Tıp Fak. Mikrobiyoloji Binası 4. Kat Konya-Düce
	TELEFON	0382-542 14 30
	FAKS	0382-542 12 62
	E-POSTA	duceun@duceun.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR GÖRÜMLÜ ARAŞTIRMACI UNYAN ADI SOY ADI	Doç. Dr. Serdar ARIKAN		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNYAN ADI SOY ADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar ARIKAN		
	KOORDİNATÖR GÖRÜMLÜ ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Mikrobiyoloji		
	KOORDİNATÖR GÖRÜMLÜ ARAŞTIRMACININ TELEFONU / E-POSTASI	Düce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Mikrobiyoloji Bölümü		
	YARSA İZLENİMLERİ UNYAN ADI SOY ADI			
	DEĞERLENDİRME			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNYAN ADI SOY ADI (TEKİRNEK ve diğer kurumlar dışında olmalıdır)			
	DEĞERLENDİRME YERİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİYE TÜRÜ	FAZİ 1	☐	
		FAZİ 2	☐	
		FAZİ 3	☐	
		FAZİ 4	☐	
		Gözetimci ile çalışması	☐	
		Tabii etkenlerle çalışması	☐	
		İn vitro etkenlerin etkileri ile yapılan performans değerlendirmesi çalışmaları	☐	
		İn vivo etkenlerle çalışması	☐	
		Diğer bir değerlendirme	☐	
		Diğer	☐	
		TIBBİ SAĞLIK	☐	
		ÇEVRE SAĞLIĞI	☐	
		SOSYAL	☐	
		GENEL SAĞLIK	☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Özgür SEZEN

Her yıl oluşturulan etik kurul kararları

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları İle İlgili Tutum Ve İnançları’ dır. Bu araştırmanın amacı hastaneye başvuran 12-35 aylık çocukların, ebeveynlerinin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemektir. Bu çalışmada size veri toplama araçları olarak ‘Tanıtıcı Bilgi Formu ile Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS)’ ölçeği ile anket yöntemleri kullanılarak uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 220 kişi ‘dir. Bu çalışmada sizin için beklenen olası yararlar; ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutum ve inançlarını belirleyerek, ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgilendirilmesinin, eğitilmesinin sağlanması ile toplum sağlığının korunması ve aşılanmanın artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. **Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.** Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan şahsıma ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları İle İlgili Tutum Ve İnançları araştırması kapsamında alınan bilgilerin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Açıklamaları yapan araştırmacının;	Gönüllünün;
Adı-Soyadı: Sefa AKKOL	Adı-Soyadı:
Tel.:	Tel.:
Tarih ve İmza:	Tarih ve İmza:

Tanıtıcı Bilgi Formu

(Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Aşaması)

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma yaşları 12-35 ay (1-3 yaş) arasında olan çocukların aşılama durumları ve ebeveynlerin çocukların aşılama konusundaki tutum ve inançlarını belirleyerek, aşı kabulünü ve taleplerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde kişisel bilgileriniz, ikinci bölümünde ise aşı kabulüne ilişkin bilgiler istenmektedir. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçlar, toplum sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Vermiş olduğunuz cevaplar gizli tutulacak ve kesinlikle çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Ölçekteki her bir ifadeyi okuyup, size en uygun gelen yanıt seçeneğini işaretlemeniz beklenmektedir. Yanıtların doğru ve içten olması, araştırmanın sağlığı açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sefa AKKOL

Danışman

Doç. Dr. Sevda ARSLAN

1. Görüşme yapılan kişi ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Anneanne/Babanne ☐ Dede ☐ Bakıcı ☐ Diğer.....	2. Yaşınız
3. Medeni durumunuz ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Diğer.....	4. Eğitim durumuzu işaretleyiniz. ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ve üzeri
5. Çalışma durumunuzu belirtiniz. ☐ Çalışmıyorum ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışıyordum, şu an işsizim ☐ Emekli	6. Eşinizin çalışma durumunu belirtiniz. ☐ Eşim yok ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor, ☐ Çalışıyordu, şu an işsiz. ☐ Emekli

7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü	8. Genel ya da Özel Sağlık Sigortanız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Kaç çocuğunuz var? ☐ Kız çocuk ☐ Erkek çocuk	10. Formu doldurduğunuz çocuğunuzun cinsiyeti nedir? ☐ Kız ☐ Erkek
11. Çocuğunuz kaç aylık?	12. Çocuğunuzun bilinen bir rahatsızlığı ya da hastalığı var mı? Var ise nedir? ☐ Evet, var ☐ Hayır, yok
13. Diğer çocuklarınızda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık var mı? Var ise nedir? ☐ Evet, var ☐ Hayır, yok	

Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği
(Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Aşaması)

Araştırma	Maddeleri	Biçim		
	Aşağıdaki soruları size uygun gelen ifadenin altına işaret koyarak değerlendiriniz.	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum
	1.Çocuklar kendileri için, yararlı olandan daha fazla aşı almaktadırlar.			
	2.Sağlıklı çocukların aşılmasına gerek yoktur.			
	3.Aşılansak, zarar görmekten daha iyidir.			
	4.Bir çocuğun hastalanarak bağışıklık kazanması, aşı olmasından daha iyidir.			
	5.Bir ebeveynin, çocuğunun gereksinimi olduğuna inandığı aşıları seçebilmesine izin verilmelidir.			
	6.Bir çocuğa iki muayenede bir aşı uygulaması yapılmasındansa, bir muayenede iki aşı uygulaması yapılması daha iyidir.			
	7. Aşıların önlediği hastalıkların çoğu şiddetlidir.			
	8.Bir ebeveyn çocuğunun aşılmasını reddettiğinde, hastalığın riskinden dolayı tüm topluma zarar verir.			
	9.İnsanlar aşıların, çocuklarına ciddi yan etkileri olabileceği konusunda endişelidirler.			
	10.Çocuklar için Ulusal aşı takvimini takip etmek iyi bir fikirdir.			
	Aşağıdaki soruları size uygun gelen ifadenin altına işaret koyarak değerlendiriniz.	Evet	Bilmiyorum	Hayır
	11.Ulusal aşılama politikası, iki aşının aynı koldan / bacadan uygulanması gerektiğini açıklıyorsa buna izin verir misiniz?			
	12.Aşıların güvenli olduğuna inanırım.			
	13.Aşıların, çocuğumu aşıyla önlenabilir hastalıklardan koruduğuna inanırım.			
	14. Daha önce çocuk felci, zatürre, kızamık ya da boğmaca geçiren birini gördünüz mü?			
	15.Ailenizde ya da çevrenizde çocuk felci, zatürre, kızamık veya boğmaca geçiren birini tanıyor musunuz?			
	16.Alerji ya da hastalık dışında bir nedenden dolayı çocuğunuzun aşısını geciktirdiniz mi?			
	17.Alerji ya da hastalık dışında bir nedenden dolayı çocuğunuza aşı yaptırmamaya karar verdiniz mi?			
	18.Yeni bir bebeğiniz olsa, önerilen tüm aşıları bebeğinize yaptırmak ister miydiniz?			
	19.Çocuğunuza aşı yaptırabileceğiniz yerleri biliyor musunuz?			
	20.Toplulumunuzda aşılama hizmetinin hangi gün ve saatlerde sunulduğunu biliyor musunuz?			
	21.Aşılarla ilgili endişelerinizi, çocuğunuzun sağlık uzmanı ile konuşabiliyor musunuz?			
	22.Aşılar hakkında, yerel sağlık çalışanlarından aldığınız bilgilere güveniyor musunuz?			

EK- 6

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları İle İlgili Tutum Ve İnançları’dır. Bu araştırmanın amacı hastaneye başvuran 12-35 aylık çocukların, ebeveynlerinin çocukluk çağı aşıları ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemektir. Bu çalışmada size veri toplama araçları olarak ‘Tanıtıcı Bilgi Formu ve Araştırma Soruları ile Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği (BVATÖ)’ ölçeği ile anket yöntemleri kullanılarak uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 130 kişi ‘dir. Bu çalışmada sizin için beklenen olası yararlar; ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutum ve inançlarını belirleyerek, ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgilendirilmesinin, eğitilmesinin sağlanması ile toplum sağlığının korunması ve aşılanmanın artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. **Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.** Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinizi ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan şahsıma ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmadığımı kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları İle İlgili Tutum Ve İnançları araştırması kapsamında alınan bilgilerin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Açıklamaları yapan araştırmacının;	Gönüllünün;
Adı-Soyadı: Sefa AKKOL	Adı-Soyadı:
Tel.:	Tel.:
Tarih ve imza:	Tarih ve imza:

Tanıtıcı Bilgi Formu ve Araştırma Soruları

(Çalışma Grubu Aşaması)

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma yaşları 12-35 ay (1-3 yaş) arasında olan çocukların aşılanma durumları ve ebeveynlerin çocukların aşılanma konusundaki tutum ve inançlarını belirleyerek, aşı kabulünü ve taleplerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde kişisel bilgilerinizin yanında aşı ve aşılanma ile ilgili düşünceleriniz, ikinci bölümünde ise aşı kabulüne ilişkin bilgiler istenmektedir. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçlar, toplum sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Vermiş olduğunuz cevaplar gizli tutulacak ve kesinlikle çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Ölçekteki her bir ifadeyi okuyup, size en uygun gelen yanıt seçeneğini işaretlemeniz beklenmektedir. Yanıtların doğru ve içten olması, araştırmanın sağlığı açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sefa AKKOL

Danışman

Doç. Dr. Sevda ARSLAN

1. Görüşme yapılan kişi ☐ Anne ☐ Baba ☐ Diğer	2. Yaşınız
3. Medeni durumunuz ☐ Bekar ☐ Evli	4. Eğitim durumuzu işaretleyiniz. ☐ Okuryazar değil ☐ İlköğretim mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite ve üzeri
5. Çalışma durumunuzu belirtiniz. ☐ Çalışmıyorum ☐ Çalışıyorum	6. Eşinizin çalışma durumunu belirtiniz. ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor
7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü	8. Genel ya da Özel Sağlık Sigortanız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Kaç çocuğunuz var? ☐ Kız çocuk 0 - 1 - 2 ve üzeri ☐ Erkek çocuk 0 - 1 - 2 ve üzeri	10. Formu doldurduğunuz çocuğunuzun cinsiyeti nedir? ☐ Kız ☐ Erkek

11. Çocuğunuz kaç aylık?	12. Çocuğunuzun bilinen bir rahatsızlığı ya da hastalığı var mı? ☐ Evet ☐ Allerjik Hastalıkları ☐ Zihinsel ve Fiziksel Engellilik ☐ Kalp ve Damar Hastalıkları ☐ Diğer Kronik Hastalıklar ☐ Hayır
13. Diğer çocuklarınızda bilinen bir rahatsızlık ya da hastalık var mı? ☐ Evet ☐ Allerjik Hastalıkları ☐ Zihinsel ve Fiziksel Engellilik ☐ Kalp ve Damar Hastalıkları ☐ Diğer Kronik Hastalıklar ☐ Hayır	14. Çocukluk aşılarıyla ilgili bilgi sahibi misiniz? ☐ Evet, çocukluk aşılarını biliyorum ☐ Hayır, değilim
15. Çocukluk çağı aşılarını gerekli görüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım	16. Çocuğunuzun aşılarını ve aşılanma zamanlarını takip ediyor musunuz? ☐ Evet, aşılarının takibini yapıyorum ☐ Hayır, takip etmiyorum
17. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aşılarının tümünü çocuğunuza yaptırdınız mı? ☐ Evet, aşıları tam ☐ Hayır, aşıları eksik ☐ Hiç aşılanmadı	18. Sizce aşıların yan etkisi var mıdır? ☐ Evet ☐ Hayır
19. Çocuğunuzda daha önce aşı yan etkisi görüldü mü? ☐ Evet ☐ Hayır	20. Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden haberdar mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
21. Aşı karşıtı (aşılanmama) ifadesinden nasıl haberdar oldunuz? ☐ Haberdar değilim ☐ Çevre ve sosyal medya ☐ Güncel televizyon haberleri ☐ Ünlü aşı karşıtlarının eylem ve düşünceleri, dergi, kitap, gazete vb.	22. Aşı karşıtlığını (aşılanmama) destekliyor musunuz? ☐ Evet, destekliyorum ☐ Hayır, desteklemiyorum ☐ Kararsızım
23. Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtları (aşılanmama) var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	24. Ailenizde ya da çevrenizde aşı karşıtı olduğu için çocuğunun hastalanmasına sebep olan biri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
25. Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılanmaya karşı tutum ve inançlarınızı değiştirdi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım	26. Covid-19 (Corona Virüs) süreci aşılanmaya karşı tutum ve inançlarınızı nasıl etkiledi? ☐ aşı ve aşılanmayı önemsedim ☐ aşı ve aşılanmaya karşı korkularım arttı ☐ Kararsızım

EK-8**Bakım Verici Aşılama Tutumları Ölçeği
(Çalışma Grubu Aşaması)**

Araştırma Maddeleri	Bicim		
	Evet	Emin Değilim	Hayır
Aşağıdaki soruları size uygun gelen ifadenin altına işaret koyarak değerlendiriniz.			
1.Çocuklar kendileri için, yararlı olandan daha fazla aşı almaktadırlar.			
2.Sağlıklı çocukların aşılmasına gerek yoktur.			
3.Aşılanmak, zarar görmekten daha iyidir.			
4.Bir ebeveynin, çocuğunun gereksinimi olduğuna inandığı aşıları seçebilmesine izin verilmelidir.			
5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğu şiddetlidir.			
6.Bir ebeveyn çocuğunun aşılmasını reddettiğinde, hastalığın riskinden dolayı tüm topluma zarar verir.			
7.Çocuklar için Ulusal aşı takvimini takip etmek iyi bir fikirdir.			
8.Ulusal aşılama politikası, iki aşının aynı koldan / bacadan uygulanması gerektiğini açıklıyorsa buna izin verir misiniz?			
9.Aşıların güvenli olduğuna inanırım.			
10.Aşıların, çocuğumu aşıyla önlenebilir hastalıklardan koruduğuna inanırım.			
11.Alerji ya da hastalık dışında bir nedenden dolayı çocuğunuza aşı yaptırmamaya karar verdiniz mi?			
12.Yeni bir bebeğiniz olsa, önerilen tüm aşıları bebeğinize yaptırmak ister miydiniz?			
13.Aşılar hakkında, yerel sağlık çalışanlarından aldığımız bilgilere güveniyor musunuz?			

EK-9

Caregiver Vaccination Attitudes Scale (CVAS) Yazar İzni



14.06.2021

Gmail - Allow for scale-Aaron S. Wallace



Sefa Akkol <akkolsefa@gmail.com>

Allow for scale-Aaron S. Wallace

Sefa Akkol <akkolsefa@gmail.com>
Akku: ucu7@cdc.gov

8 Aralık 2019 13:20

Dear Aaron S. Wallace,

I am Sefa AKKOL from Turkey. I'm doing a master's degree in Pediatric Nursing at Düzce University. You develop "Development of a valid and reliable scale to assess parents' beliefs and attitudes about childhood vaccines and their association with vaccination uptake and delay in Ghana" the scale I would like your permission to make the scale of the validity and reliability in Turkey.

Best wishes Sefa

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=6&ik=634e70945&as=pl&as=ch=ak&as=permanet=msg-a%3A%176881162431696402&siml=msg-a%3A%17755...> 1/1



Saleh Alkadi <alkadihuda@gmail.com>

Allow for scale—Aaron S. Wallace

Wallace, Aaron S. (CDC/DDPH/NCCH/CHD) <as7@cdc.gov>
Akci: Sefa Akciol <akciolsefa@gmail.com>

8 April 2019 13:38

Dear Sirs,

I give you permission to use the scale. Let me know if you need a copy of the scale.

East,
Aaron

Sent from Outlook App

From: Sefa Akkol <akkolsefa@gmail.com>
Sent: Sunday, December 8, 2019 5:20:46 AM
To: Wallace, Aaron S. (CDC/DDPHIS/CGH/GID) <acu7@cdc.gov>
Subject: Allow for scale-Aaron S. Wallace

[Merkmale nicht gegeben]

14.06.2021

Gmail - Allow for scale-Aaron S. Wallace



Sefa Aklol <aklolsafa@gmail.com>

Allow for scale-Aaron S. Wallace

Sefa Aklol <aklolsafa@gmail.com>

8 Aralık 2019 13:45

Alın: "Wallace, Aaron S. (CDC/DDPHSIS/CGH/GID)" <asu7@cdc.gov>

Thank you very much, I ask for a copy of the scale and score scoring.

Best wishes Sefa

Wallace, Aaron S. (CDC/DDPHSIS/CGH/GID) <asu7@cdc.gov>, 8 Ara 2019 Paz, 13:38 tarihinde şunu yazdı:
[Resimler etkin değildir]

Gmail - Alper@rscg.co - Aaron S. Wallace



Wallace, Aaron S. (CDC/DPHIS/CCHQID) <ccu7@cdc.gov>
Akca: Sofia Akca <akca1sofia@gmail.com>

9 April 2019 16:09

Please find these docs attached; the scoring is described in the paper and presentation.

Август

3 identical

 Obama_CVAS_GND_14SEPT2018.pptx
3840K

EK-10**Kapsam Geçerliliği İçin Görüş Alınan Uzmanların Listesi**

1.Prof.Dr. Nursan ÇINAR Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2. Prof. Dr. Güler CİMETE Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
4. Prof. Dr. Emine GEÇKİL Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
5. Doç. Dr. Murat BEKTAŞ Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
6. Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
7. Doç. Dr. Gülçin Özalp GERÇEKER Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
8. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
9. Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENEKŞE Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
10. Dr. Öğr. Üyesi İlknur YILDIZ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

11. Dr. Öğr. Üyesi Emine ALTUN YILMAZ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
12. Uzm. Dr. Engin MENEKŞE T.C. Sağlık Bakanlığı, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği
13. Uzm. Dr. Furkan TİMUR Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği



EK-11

Türk Dili Kurallarına Uygunluk Yönünden Görüşü Alınan Uzmanlar

1. Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Özkaya

Ege Üniversitesi

Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyat Bölümü

Türk Lehçeleri ve Edebiyat Anabilim Dalı

2. Anıl Can Kılınç

Ankara Üniversitesi

TÖMER

9. ÖZGEÇMİŞ

Sefa Akkol, [] da doğdu. İlk ve Ortaöğrenimini Hendek'te tamamlayarak 2011 yılında Hendek Sağlık Meslek Lisesi'nden birincilik ile mezun oldu. 2011 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2015 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programına başladı. 2015-2020 yılları arasında Sakarya ve Kocaeli' de bulunan Özel Sağlık Meslek Lisesi'nde Meslek Dersleri Öğretmeni ve Koordinatör olarak çalıştı. 2020 yılının ikinci yarısında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Hemşire olarak göreve başladı ve devam etmekte. Alanı ile ilgili Ulusal ve Uluslararası birçok seminer ve kongrelere katılarak bildiri yayınladı ve birçok kitapta bölüm yazarlığı yaptı.

İletişim Bilgileri

Tel: []

e-posta: []