



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevinç Ertürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevinç Ertürk

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL / 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince engin bilgi birikimi, değerli katkıları, yol göstericiliği ve sabrı ile bana her aşamada rehberlik eden kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, tez sürecinde bilgi birikimi, yapıcı geri bildirimleri ve teşvik edici yaklaşımıyla çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli uzman hocam Dr. İlknur Demir'e teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince her zaman manevi desteklerini, sevgilerini hissettiğim, her zorluğu birlikte aştığım eşkıdem arkadaşlarım Dr. Ayşegül Erol, Dr. Hilal Kazaz, Dr. Melek Alp, Dr. İrem Ece Çalışkan, Dr. Ecem Güneş, Dr. Gizem Gül Kayabaşı, Dr. Mehmet Çoban, Dr. Abdülsamet Bahadır ve Dr. Alican Aydoğan'a ve asistanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan sevgisini hep yanımda hissetiğim meslektaşım Dr. Özlem Kartal'a teşekkür ederim.

Eğitim öğretim hayatımda benim için yıllardır emek veren, bana benden daha çok güvenen, her düştüğümde elimden tutup kaldıran, canımdan çok sevdiğim ailem babam Orhan Ertürk, annem Kerziban Ertürk, ablam Gülhan Ertürk ve kardeşim O.Tuğrul Ertürk'e teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AKÖ: Aşı Karşıtlığı Ölçeği

BCG: Bacillus Calmette-Guerin veya verem aşısı

ÇÇAYETÖ: Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği

DaBT: Difteri- Aselüler Boğmaca-Tetanos

DaBT-IPA-Hib: Difteri-Pediatrik Tip Aselüler Boğmaca-Tetanos-İnaktif Polio - Hemofilus İnfluenza Tip B

DBT: Difteri- Boğmaca-Tetanos

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

HBsAg: Hepatit B Yüzey Antijeni

Hib: Hemofilus İnfluenza Tip B

HPV: Human Papilloma Virüs

KKK: Kızamık-Kızamıkçık- Kabakulak

PACVS: Parental Attitudes Toward Childhood Vaccines Scale

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

Td: Erişkin Tip Tetanos-Difteri Aşısı

Tdap: Tetanos-Difteri-Boğmaca Aşısı

UNICEF: United Nations International Children's Emergenc Fund

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLO LİSTESİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 2
2.1.AŞI 2
2.2.BAĞIŞIKLAMA 2
2.3.AŞININ BİLEŞENLERİ 3
2.4. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AŞI GELİŞİMİNİN TARİHÇESİ 4
2.4.1. Dünyada ve Türkiye'de Geçmişten Günümüze Aşılar 4
2.4.1.1. Dünyada Aşı Çalışmalarının Tarihçesi 4
2.4.1.2. Türkiye'de Aşı Çalışmalarının Tarihçesi 9
2.4.1.3.Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Aşı Takvimi 10
2.5.AŞI TEREDDÜTÜ VE AŞI KARŞITLIĞI 12
2.5.1.Aşı Tereddütü 12
2.5.2.Aşı Karşıtlığı 13
2.5.3.Tarihçe ve Dünyada Durum 13
2.5.4.Türkiye'de Durum 13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 14
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ 14
3.1.1. Veri Formları 15
3.1.1.1. Sosyodemografik anket formu 15
3.1.1.2. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği 15
3.1.1.3. Aşı Karşıtlığı Ölçeği 16
3.2. ETİK KURUL İZNİ 18
3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 18
4. BULGULAR 20

4.1. EBEVEYNLERİN DEMOGRAFİK VE SOSYOEKONOMİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 20
4.2. EBEVEYNLERİN AŞI BİLGİ–TUTUM–DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 21
4.3. EBEVEYNLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 24
4.3.1. Yaş Grubuna Göre Sosyodemografik Bulgular 24
4.3.2. Eğitim Düzeyine Göre Sosyodemografik Bulgular 24
4.4. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 26
4.4.1. Aşı Karşıtlığı Ölçeği Alt Boyut ve Maddelerine İlişkin Veriler 26
4.4.1.1. Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Alt Boyutu 27
4.4.1.2.Aşı Karşıtlığı Alt Boyutu 28
4.4.1.3. Aşı olmamak için çözümler alt boyutu 29
4.4.1.4. Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Alt Boyutu 29
4.4.1.5. Genel Değerlendirme 30
4.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 34
4.5.1. Çocuğun Aşısının Ertelenmesi veya Yapılmaması Durumu 34
4.5.2. Aşı Uygulamaları Hakkındaki Tutumlar 35
4.5.3. Aşı Güvenliği ve Yan Etkilere İlişkin Endişeler 36
4.5.4. Aşı Sistemine Güven ve Hekimle İletişim 38
4.5.5. Geleceğe Yönelik Aşı Tutumu 38
4.6. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 39
4.7. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ AŞILANMA, AŞILAMAYA DAİR BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 41
4.8. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ AŞI YAN ETKİSİ, AŞININ İÇERİĞİNE OLAN GÜVEN VE DİNİ İNANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 44
4.9. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 46
5. TARTIŞMA 49
5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI 49

5.2. KATILIMCILARIN AŞILANMA/AŞILAMAYA DAİR BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI 51
5.3.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN AŞI KARŞITLIĞINA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI 54
5.4.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARINA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI 59
5.5. KATILIMCILARIN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARININININ BİRBİRİ İLE OLAN İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI 62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64
7. KAYNAKLAR 67
8. EKLER 72
8.1. Anket Bilgi Formu 72
8.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (uzun form) 74
8.3. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği 75
8.4. Aşı Karşıtlığı Ölçeği Kullanım İzni 76
8.5. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Kullanım İzni 76
8.6. Etik Kurul Onayı 77
8.7. ÖZGEÇMİŞ 78

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 T.C. Sağlık Bakanlığı 2025 Yılı Ulusal Aşı Takvimi 12
Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik bulguları..... 20
Tablo 4.2 Katılımcıların aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışları 23
Tablo 4.3 Çocuğa yakınlık durumuna göre sosyodemografik bulgular 25
Tablo 4.4 Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut ve maddelerine ilişkin sıklıklar 32
Tablo 4.5 Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut ve maddelerine ilişkin ortalamalar ve ölçek total puanı..... 33
Tablo 4.6 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği skoru 34
Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 1/4 35
Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 2/4 36
Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 3/4 37
Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 4/4 38
Tablo 4.8 Ölçeklerin sosyodemografik bulgulara göre incelenmesi 39
Tablo 4.9 Ölçeklerin aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışlara göre incelenmesi 41
Tablo 4.10 Ölçeklerin aşılarla ilgili bazı tutumlara göre incelenmesi..... 44
Tablo 4.11 Aşı Karşıtlığı İle Aşı Tereddütü Arasındaki İlişki 46

ÖZET

Giriş ve Amaç: Aşılar, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en etkili ve maliyet-etkin koruyucu sağlık uygulamalarındandır. Son yıllarda dünya genelinde ve Türkiye'de aşı tereddüdü ve aşı karşıtlığı artmaktadır. Bu çalışma, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarını, aşı karşıtlığı ve aşı tereddüdü düzeylerini belirlemek ve bu tutumların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, 2024 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 0–18 yaş arası çocuğu bulunan 165 ebeveynle yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, "Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)" ve "Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği (ÇÇAYETÖ)" uygulanmıştır. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37,5 ± 6,82 olup %87,9'u annedir; %61,8'i üniversite mezunudur. Rutin aşı yaptırma oranı %86,7, özel (takvim dışı) aşı yaptırma oranı %40'tır. Aşı sonrası yan etki gözleyenlerin oranı %20,6, en sık bildirilen etki ateştir (%73,2). Ebeveynlerin %16,4'ü aşı tereddütlü bulunmuştur. AKÖ ortalaması 45,07 ± 14,71, ÇÇAYETÖ ortalaması 20,23 ± 20,53'tür. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı ve tereddüdü azalmıştır ($p<0,05$). Aşı karşıtlığı ile aşı tereddüdü arasında pozitif güçlü ilişki bulunmuştur ($r=0,704$; $p<0,001$). Yan etki korkusu, aşı içeriğine dair kaygılar ve güven eksikliği, tereddüdün başlıca nedenleridir.

Sonuç: Ebeveynlerin büyük çoğunluğu aşıların koruyucu etkisine inansa da bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve güven kaybı tereddüdü artırmaktadır. Yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip, kentte yaşayan ebeveynlerde aşı kabulü daha yüksektir. Aşı reddiyle mücadelede sağlık profesyonellerinin iletişim ve danışmanlık becerilerinin güçlendirilmesi, doğru bilgilendirme yapılması ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplara yönelik farkındalık çalışmalarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aşı, aşı karşıtlığı, aşı tereddütü, ebeveyn tutumu, çocukluk çağı

ABSTRACT

Aim: Vaccines are among the most effective and cost-efficient public health interventions for preventing infectious diseases. However, in recent years, vaccine hesitancy and refusal have increased both globally and in Türkiye. This study aimed to evaluate parents' attitudes toward childhood vaccinations, determine the levels of vaccine opposition and hesitancy, and examine their relationships with sociodemographic variables.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted in 2024 with 165 parents who had children aged 0–18 years and presented to the Family Medicine Outpatient Clinic of SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital. Data were collected using a Sociodemographic Information Form, the "Vaccine Opposition Scale (VOS)," and the "Parental Attitudes Toward Childhood Vaccines Scale (PACVS)." Data were analyzed using SPSS version 26.0.

Results: The mean age of the participants was 37.5 ± 6.82 years; 87.9% were mothers and 61.8% were university graduates. The rate of adherence to the routine vaccination schedule was 86.7%, and 40% reported administering optional (non-schedule) vaccines. Adverse effects after vaccination were reported by 20.6% of parents, most commonly fever (73.2%). Vaccine hesitancy was identified in 16.4% (n=27) of parents. The mean VOS score was 45.07 ± 14.71, and the mean PACVS score was 20.23 ± 20.53. Vaccine opposition and hesitancy decreased significantly with higher education and income levels ($p<0.05$). A strong positive correlation was found between vaccine opposition and vaccine hesitancy ($r=0.704$; $p<0.001$). Fear of

side effects, concerns about vaccine content, and lack of trust were the leading causes of hesitancy.

Conclusion: Although the majority of parents believe in the protective power of vaccines, misinformation, false beliefs, and lack of trust contribute to persistent hesitancy. Vaccine acceptance was higher among parents with higher education and income levels and those living in urban areas. Strengthening communication and counseling skills of healthcare professionals, providing accurate and transparent information, and increasing awareness among socioeconomically disadvantaged groups are essential strategies to combat vaccine refusal.

Keywords: Vaccine, vaccine opposition, vaccine hesitancy, parental attitude, childhood immunization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılar, bulaşıcı hastalıklara karşı en etkili ve maliyet-etkin koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olarak kabul edilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, aşılama programları sayesinde her yıl milyonlarca çocuğun hayatı kurtarılmakta ve bu hastalıkların toplumdaki yayılımı önemli ölçüde azaltılmaktadır (1). Aşılar yalnızca bireysel koruma sağlamakla kalmaz, aynı zamanda toplumsal bağışıklığı güçlendirerek bulaşıcı hastalıkların epidemik biçimde yayılmasını da engeller (2).

Bununla birlikte son yıllarda hem dünyada hem de Türkiye'de aşı tereddüdü ve aşı reddi giderek artış göstermektedir. DSÖ, 2019 yılında aşı tereddüdünü "küresel sağlık için ilk on tehditten biri" olarak tanımlamıştır. (3). Aşıların güvenliğine, etkinliğine veya gerekliliğine dair kuşkularla ortaya çıkan bu tutum, çocukluk çağı aşılarının uygulanmasını olumsuz etkilemekte ve aşılamayla önlenebilen hastalıkların yeniden görülmesine yol açmaktadır (4).

Çocukların aşılanmasına ilişkin kararların temel belirleyicileri ebeveynlerdir. Ebeveynlerin aşıya yönelik bilgi düzeyi, inançları, sağlık otoritelerine güveni ve sosyodemografik özellikleri, aşılama davranışlarını doğrudan etkilemektedir (5). Bu nedenle, ebeveynlerin aşıya yönelik tutumlarının anlaşılması ve bu tutumlarla ilişkili faktörlerin ortaya konması, hem ulusal bağışıklama programlarının güçlendirilmesi hem de toplum sağlığının korunması açısından kritik önemdedir (6).

Bu çalışma, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarını değerlendirmeyi ve bu tutumlarla ilişkili sosyodemografik değişkenleri analiz etmeyi amaçlamaktadır. Elde edilecek bulguların, aşı kapsayıcılığının artırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.AŞI

Aşı, bir bireyin bağışıklık sisteminin virüs, bakteri veya diğer mikroorganizmalar gibi spesifik olan bir patojene karşı aktif olarak uyarılması için geliştirilen biyolojik bir preparattır (1). Aşılar, hastalığa neden olmayacak şekilde zayıflatılmış, inaktive edilmiş mikroorganizmalar veya bunların antijenik bileşenlerini içerir (1). Aşılar ile ulaşmak istediğimiz sonuç bireylerin enfeksiyonu doğal olarak geçirmeden koruyucu bir bağışıklık yanıtı oluşturmaktır (7). Bu yolla hastalıkların meydana gelme sıklığı, sebep oldukları komplikasyon oranları ve ölümler büyük ölçüde azaltılabilmektedir (7).

2.2.BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklama (immünizasyon) terimi, kökenini Yunanca "immune" kelimesinden almakta olup "korunmuş" anlamına gelmektedir. Bağışıklama, bireyin patojenlere karşı direnç kazanmasını ifade eder ve aktif ya da pasif yollarla elde edilebilir. Edinilmiş bağışıklık antijenlere maruz kalma veya dışarıdan verilen antikorlar sonucunda gelişen bağışıklık türüdür (8). Aşılama, bağışıklık kazanımını sağlamak amacıyla antijenlerin vücuda kontrollü bir şekilde verilmesi sürecidir. Bu süreçte bağışıklık sistemi, enfeksiyon hastalığı oluşturmadan antijenlere karşı özgül bir bağışıklık yanıtı geliştirir. Bu sayede kişi, ileride karşılaşabileceği gerçek patojenlerden korunmuş olur (8).

Aşılama, aktif bağışıklamanın önemli örneklerindendir ve hem bireysel koruma hem de toplum düzeyinde hastalıkların yayılımını önlemek amacıyla en etkili halk sağlığı müdahalelerinden biridir (9).

Bağışıklama süreci, uygulama yolu ve bağışıklığın oluşum mekanizmasına göre iki gruba ayrılır: Aktif ve pasif bağışıklama. Aktif bağışıklama bireye canlı-zayıflatılmış, öldürülmüş-etkisizleştirilmiş, toksoid veya başka tür bir immünojenin uygulanmasını içerir. Bireyin kendi bağışıklık sisteminin, bir antijene maruz kalması sonucu özgül bir bağışıklık yanıtı geliştirmesidir. Bu yanıt, uzun süreli koruma sağlar ve hafıza hücrelerini oluşturur. Doğal yolla (hastalık geçirerek) veya yapay yolla (aşı

ile) elde edilebilir. Pasif bağışıklama ise genellikle yakın zamanda herhangi bir etkene maruz kalıp iyileşen kişilerden alınan ya da ticari olarak üretilen önceden oluşturulan antikorların verilmesini içerir (10).

Özel bağışıklama çeşitleri de bulunmaktadır. Belirli bir hastalığa karşı toplumun çoğunluğunun bağışıklık edinmesiyle birlikte, diğer bireylerin bağışıklanmasa bile dolaylı olarak korunduğunu belirten duruma Toplum (Sürü) Bağışıklığı denir (11).

Maternal bağışıklama, anneden fetüse plasenta yoluyla veya doğum sonrası anne sütü aracılığıyla antikor geçişi sonucu oluşan doğal pasif bağışıklık durumudur. Gebelikte uygulanan aşılar, annenin enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlarken, oluşan antikorların plasenta yoluyla fetüse geçişi sayesinde yenidoğanın erken dönemde korunmasına katkıda bulunur. Toksoid ve inaktif aşılar gebelikte güvenle uygulanabilir ve anne ya da fetüs üzerinde olumsuz etki oluşturmaz. Benzer şekilde, immün globulin uygulamaları da fetüs açısından risk taşımamaktadır. Gebelikte mevsimsel influenza, tetanos toksoidi ve kombine tetanos-difteri-aselüler boğmaca (Tdap) aşıları önerilmektedir. Emzirme döneminde ise inaktif ve çoğu canlı aşı güvenle uygulanabilir (12).

2.3.AŞININ BİLEŞENLERİ

Aşıların tüm bileşenleri, aşının etkinliğinin ve güvenliliğinin sağlanmasında önemlidir. Bu bileşenler genel olarak antijen, adjuvanlar, stabilizatörler ve koruyuculardan oluşmaktadır. Bu bileşenler genel olarak vücudumuzda ve çevremizde bulunan maddelerdir (13).

Aşıların içeriğini gruplarsak aktif içerik, üretim sürecinde yararlanılan maddeler ve aşıya eklenen maddeler gibi temel başlıklara ayırabiliriz. Aşılardaki en temel bileşen sudur. Diğer tüm bileşenler birkaç miligram veya daha az ağırlıktadır ve bu miktarlarda zarar verdiğine dair bir kanıt yoktur (14). İstisna olarak eser miktarda bulunsa bile aşı bileşeninde yararlanılan yumurta proteinleri veya antibiyotiklere karşı ciddi alerjisi olabilecek bireyler vardır (14).

2.4. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AŞI GELİŞİMİNİN TARİHÇESİ

Aşıların insan sağlığı ve yaşam süresi üzerindeki etkisi, tıp tarihinin en önemli dönüm noktalarından biridir (15). Ölümcül ya da ciddi morbiditeye yol açan enfeksiyon hastalıkları, aşılar sayesinde büyük ölçüde kontrol altına alınmış ve milyonlarca çocuğun yaşamı korunmuştur (16). İlk aşıdan bu yana geçen yüzyıllarda, bağışıklama teknikleri sürekli gelişmiş; bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle yeni aşı türleri ve uygulama yöntemleri geliştirilmiştir (17).

2.4.1. Dünyada ve Türkiye'de Geçmişten Günümüze Aşılar

İnsanlık tarihi boyunca toplu ölümlere sebep olan birçok salgın hastalık görülmüştür. Aşılar sayesinde bu hastalıklardan bir kısmı tamamen yok edilirken çoğunun da görülme sıklığı ve kötü etkileri azaltılmıştır (18).

2.4.1.1. Dünyada Aşı Çalışmalarının Tarihçesi

Çiçek hastalığı şu an tamamen eradike edilmesine karşı geçmişte birçok insanın ölümüne ve sakat kalmasına yol açan, aşılar sayesinde ortadan kaldırılan ilk hastalıktır. Çiçek aşısı bulunmadan yıllar önce çeşitli medeniyetlerin aşılama benzeri bazı uygulamalar ile bağışıklama yaptığı görülmektedir (18,19). Çin, Hindistan ve Orta Asya Türklerinde çiçek hastalığını atlatmış kişilerin ciltlerinden alınan irinlerin sağlam kişilerin derilerine çizikler atıp sürülmesiyle hastalığı daha hafif geçirmeleri sağlanmıştır (19). Çinlilerin daha önceden kullandıkları bilinse de yazılı olarak aşılamadan bahsedilen ilk kaynak 15. yüzyıla aittir. Çinli bir doktor olan Zhang Lu üç çeşit yöntemle yapılan variolasyonu 1695'te yazdığı kitabında anlatmıştır. Bunlar; sağlıklı çocukların burunlarına çiçek püstülü içeren pamuk koymak, taze püstül yoksa skuam kullanmak veya hastalığa daha önce yakalanmış çocukların giysilerini sağlam çocuklara giydirmekten oluşuyordu (18,20,21). Variolasyon yapılan kişi 7 gün içinde ateş, halsizlik gibi hafif belirtiler gösterip hastalığı benign şekilde atlatmakta ve sonrasında çiçek hastalığını tekrar geçirmemektedir. 1713 yılında skuamların toz haline getirilip ince borularla sağlıklı kişilerin burun deliklerine verildiği dördüncü bir yöntem de geliştirilmiştir. 1742'de İmparatorluk Mahkemesi bu yöntemleri resmi olarak onaylamıştır (18,21). Variolasyon Çin'de ilk etapta soylu sınıfı korumak için uygulanmıştır. 17. yüzyılın sonlarında imparatorluk sarayı aşılanıp variolasyon

meşrulaştırıldıktan sonra 19. yüzyılda fakirlerin de aşılanmasına başlanmıştır (21). Çinlilerden variolasyon yöntemlerini öğrenen Türkler gittikleri yerlerde bu yöntemlerin yayılmasına katkı sağlamıştır (18). Variolasyon yöntemi değişime uğramış, aktif çiçek lezyonlu kişiden alınan püy kurutulup sağlıklı kişinin kolunda çizik atılarak sürülmesiyle sağlanmıştır (18,19). İngiliz asıllı bir politikacının eşi olarak onunla birlikte İstanbul'a gelen Lady Montague bir mektup yazarak Türklerin çiçek hastalığından korunmayı başardığını, Avrupayı yıkıp geçen bu hastalığın İstanbul'daki aşılama ile önlenebileceğini, aşının nasıl yapıldığını detaylıca anlatır. Oğlunu aşılatarak ülkesine dönen Lady Montague'nin mektubu 1717'de yazılmasına karşın 1784'te basılmıştır. Bu mektuptan önce, Osmanlı'da hekimlik yapan Emanuel Timonius Latince dilinde çiçek aşısını anlattığı makalesini Philosophical Transaction dergisinde Londra'da 1714 yılında yayımlatmıştır. Fakat kilise karşı çıktığı için yaygınlaşamamıştır. Yine Lady Montague kadın olduğu ve doktor olmadığı için görüşleri önemsenmemiştir. Yoğun isteklerden sonra İngiltere'de önce idam mahkumları ve yetim çocuklar aşılanıp denemeler yapılarak aşı çalışmaları hızlanmıştır. Avrupa ve Amerika'ya yayılım başlamıştır. Fransa Kraliyet ailesine 1774'te çiçek aşısı uygulanmış ve bu yönteme "variolation" denilmiştir (19).

Edward Jenner, çiftçilerin inek memesindeki lezyonları kullanarak çiçek hastalığından korunmalarını örnek alarak yeni bir aşılama yöntemi geliştirmiştir (18,19). 1796'da bir çocuğa hasta birinin inek çiçeği lezyonunu kullanarak ilk aşısını yapmıştır. Çocuk sadece ateş, kırgınlık gibi hafif belirtiler göstermiştir. Aktif çiçek materyali enjekte ettiği çocuğun hastalanmamasıyla çiçek hastalığına bağışıklık kazandığını bulmuştur (18). Jennerian aşının variolasyonlardan farklı olarak ilk denemeleri fakirler üzerinde olmuştur (22). Janner aşısında inekteki lezyonları kullanmasından dolayı Latince inek kelimesinden esinlenip "vaccination" diye adlandırmıştır. Çalışması 1798'de yayınlanarak 1800'de aşılama hızlanmış ve sonrasında İngiltere'de zorunlu tutulmuştur (19). Variolasyon yöntemi Jennerian aşılamanın etkinliğini kanıtlaması üzerine 1849'da yasaklanmıştır (18). Aşıların zorunlu tutulmasıyla aşıya karşıtlık hareketleri de başlamıştır. Antiaşı Derneği Londra'da kurularak aşı karşıtlığı eylemleri yapmıştır. Yine aşının kişilerin hak ve özgürlerini ihlal ettiği düşüncesiyle Zorunlu Aşı Karşıtları Derneği kurulmuştur. Avrupa'ya doğru yayılan aşı karşıtları dergi kitap gibi yayınlar ve eylemler aracılığıyla

aşı oranlarını ciddi olarak etkilemiş, sonrasında yaşanan büyük salgınlarla aşılama tekrar başlamıştır (19). DSÖ'nün kitle aşılaması ile çiçek hastalığının eradike edilebileceği önerisi 1959 yılında kabul edilmiştir. 1966'da Çiçek Eradikasyon Birimi kurulmuştur. Aşının tüm ülkelere yayılımını hızlandırmak için 1974 yılına gelindiğinde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) yayınlanmıştır. GBP fazlasıyla etkili olup 1977'de Somali'deki tek çiçek vakası sonrası hastalık görülmemiş ve tüm dünyadan silinerek eradike olmuştur (18). DSÖ tarafından 1980 yılında çiçek hastalığının resmi olarak ilanı yapılmıştır (19).

Louis Pasteur pasajlama yöntemiyle hasta hayvanlardaki patojen etkenleri zayıflatarak canlı aşı geliştirmeye çalışmıştır. Hastalık etkenleri olarak mikropların keşfi çalışmalarda ivme kazandırmıştır. Ölü farelere pasajlanmış kuduz içeriği verip daha sonra farelerin spinal kordunu köpeklere vererek çeşitli denemeler yapan Pasteur insan üzerindeki ilk denemesini 1885'te kuduz bir köpeğin ısırdığı küçük bir çocuğu aşılayarak yapmıştır (23). Çocuğun yaşaması üzerine talep artar ve dünyanın her yerinden aşı için insanlar Pasteur'e başvurur. Atenüasyon (zayıflatılmış) aşılar bu şekilde kabul edilmiştir (18). 1887'de Pasteur Enstitüsü kurulmuş, 2.Abdulhamid Han da bağış yaparak Pasteur'e 1.Dereceden Mecidi Nişanı vermiştir (19).

Calmette ve Guérin pasajlama ile 1919'da ürettikleri infektivitesini kaybetmiş Bacillus Calmette-Guérin (BCG) sonrası aşı çalışmalarına başlamıştır. BCG aşısının ilk kez 1921'de annesi tüberküloz sebebiyle doğumda vefat eden sağlıklı bir bebeğe Weill-Hallé tarafından Fransa'da uygulanmasını takiben sonradan birçok bebeğe oral yoldan aşı yapılmıştır. Doğal enfeksiyonun gastrointestinal yolla meydana geldiğinin düşünülmesi sebebiyle tercih edilen oral aşılamayla birlikte deri altı yöntemiyle aşılama da denenmiş; ancak ailelerin lokal reaksiyonlara hoşgörülü olmaması sebebiyle çok az uygulanabilmiştir. Lille'deki Pasteur Enstitüsü seri BCG üretimini başlatarak 1924'ten 1928'e kadar ciddi komplikasyonlar olmadan 114.000 bebek aşılanmıştır (24). BCG aşısının mortalite üzerine etkinliğini kıyasladığımızda aşılı çocuklarda %1,8 iken aşılanmamış çocuklarda %25-32 olduğu gösterilmiştir (18). Almanya'da 1930 yılında Lübeck'te BCG aşıları virulan tüberküloz basili ile kontamine olmuş, aşılanan 250 bebekten 73'ü ölmüş 135'i ise infekte olup yaşamıştır. Bu olayın üzerine aşılamaya olan güven azalmıştır; ancak 2.Dünya Savaşı sonrası endişe yaratan tüberküloz vakalarının olmasıyla United Nations International

Children's Emergenc Fund (UNICEF), DSÖ ve İskandinav Kızılhaç Dernekleri BCG aşısını teşvik etmiştir. BCG aşılarının farklı suşlar içermesi sebebiyle etkinliğini İngiltere'de yüksek görülürken Amerika'da düşük saptanmıştır. Bu da İngiltere'de aşının zorunlu tutulup Amerika'da sadece riskli gruplara yapılmasına neden olmuştur (24). BCG aşısının intradermal formu ilk kez 1927'de üretilmesine karşın oral aşının yerini intradermal aşıya bırakması 1960'ta olmuştur. BCG aşısının %0-80 arasında değişen oranlarda koruyuculuğu bulunmuştur (18). Çocuklarda menenjit ve dissemine tüberküloz açısından koruyucu olduğu, primer ve latent enfeksiyonları önleyemediği ve lepra hastalığından korunmada etkinliğinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. BCG aşısının daha etkin versiyonları için gen çalışmaları sürmektedir (18,24).

Isı veya kimyasal işlemler sonrasında halen immünojenitesini koruyan infeksiyon ajanlarının keşfi inaktif aşıların önünü açmış veba, kolera ve salmonella tifi basillerinde inaktivasyon yoluyla aşılar üretilmiştir (25).

Boğmaca aşısı tam hücre aşısı olarak ilk kez Madsen tarafından geliştirilse de güvenliği daha iyi olan ölü hücre aşısına Kendrick ve Eldering çalışmalarıyla geçilmiştir.1943'te Amerikan Pediatri Akademisi'nin aşıyı onaylamasıyla kullanımı artmış ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde boğmaca vakalarında ciddi düşüşler saptanmıştır. Bu aşı yan etkiler yapması, koruyuculukta istenilen seviyeye gelememe, erişkinlerde güvenli olamama ve önemli bir sorun olan nörolojik sekeller yapabilmesinden ötürü yerini Sato ve Sato tarafından Japonya'da ilk kez geliştirip İsveç'te etkinliği kanıtlanan asellüler aşıya bırakmıştır (18,25).

Aşılama öncesi her yıl 200.000 difteri vakası ve 15.000 ölüm görülürken, aşı sonrası (1980–1995) yalnızca 4 ölüm bildirilmiştir. Hastalığa toksinlerin neden olduğunun anlaşılmasıyla hayvanlarda toksinle antitoksin üretilmiş, bu serum tedavisi mortaliteyi yüz binde 147'den 37'ye düşürmüştür. Ramon'un 1923'te geliştirdiği toksik olmayan difteri toksoidi, 1926'da çocuklarda kullanıma onaylanmıştır. Aynı yöntemle 1927'de tetanoz toksoidi geliştirilmiş, 1947'de iki toksoid birleştirilerek kombine aşı oluşturulmuş, daha sonra boğmaca eklenerek Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT) aşısı haline gelmiştir (18).

Kimyasal inaktivasyon işlemi virüsler üzerinde uygulanarak ilk virüs aşısı olarak influenza aşısının üretimi sağlanmıştır. Enders ve arkadaşları tarafından

geliştirilen ve kendilerine Nobel ödülü kazandıran doku kültürleri ile virüsler üretilebilmiş ve aşı üretiminde yenilikler sağlanmıştır. Salk tarafından geliştirilen inaktif polio virüs aşısı ABD'de polio vakalarındaki insidansı düşürmüştür. Zamanla azalan koruyuculuk ve polio virüsünün vahşi suşlarına etkisiz kalması sonucunda Sabin tarafından daha etkili bir aşı olan canlı oral aşı geliştirilmiştir. Aşı antikor oluşturmada başarılı ve nörotropik yan etkisinin daha az olmasıyla 1961'de lisanslanmıştır. Oral polio aşısı polionun eradike edilme planında yüksek oranda başarılı olmuştur (18).

Şu an tüm dünyada kullanılan canlı kızamık aşısı Enders ve Katz tarafından geliştirilip 1959'da denenmiş ve 1963'te ABD'de lisanslanmıştır. İlk canlı kabakulak aşısının gelişimi de 1967 yılında olmuştur. Gebelik sırasında karşılaşıldığında kongenital rubella sendromuna sebep olabilen kızamıkçık virüsü için Plotkin tarafından geliştirilen aşı, insan fibroblast hücresinde üretilen ilk canlı aşıdır ve ilk lisansını 1971'de almıştır. Bu tarihte kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları kombine aşı (KKK) olarak birleştirilmiştir (18).

1970'lerde Takahashi tarafından Japonya'da geliştirilen suçiçeği aşısı immunsupresif çocuklarda da kullanılabilen ilk canlı virüs aşısıdır. Aşının güvenilirliği kanıtlandıktan sonra ABD'de 1995'te lisanslanmış ve sonrasında diğer ülkelerde de rutin kullanım için onaylanmıştır (18).

İmmünojenik etkinliğinin olduğu öğrenilen pnömokok polisakkaritlerinin kullanılarak geliştirildiği pnömokok kapsül polisakkarit aşılarının enfeksiyonlardan korunmadaki başarısı İkinci Dünya Savaşı'nda askerler üzerindeki çalışmalarda gösterilmiştir. 1950li yıllarda antibiyotikler bulunmuş ve pnömokok enfeksiyonlarının tedavisinde başarılı olmuştur. Aşıya olan ilgi bu süreçte azalmasına karşın pnömokok enfeksiyonlarının insidansında azalma olmamıştır. 1972-1976 yıllarında yapılan çalışmada Ely-Lilly'nin hazırladığı pnömokok aşısı, meningokok aşısı ve plasebo katılımcılara eşit oranlarda verilerek pnömokok aşısının enfeksiyonları %78,5 azalttığı gösterilmiştir. Merck 4 valanlı bir pnömokok aşısı geliştirmiş ve 1977'de lisans almıştır. 1983'te antijen sayısı 23 olarak yeniden düzenlenmiştir (18).

Polisakkarit aşıların B hücre yanıtında işlev bozukluğu olan çocuklarda immünojenik olmaması, nazoferangeal taşıyıcılığı önlememesi gibi sorunlar konjuge

aşıların gelişmesine ortam hazırlamıştır. Konjuge pnömokok, meningokok ve hemofilus influenza tip b (Hib) aşıları geliştirilerek hastalıkların yayılımı önlenmiştir (18).

Pasteur'ün geliştirdiği kuduz aşısı, Wiktor, Koprowski ve arkadaşları tarafından virüsün hücre kültürlerinde üretilmesiyle koruyuculuğu kuduz glikoproteinleri ile sağlanan yeni aşıya yerini bırakmıştır (25).

İnfluenzaya karşı ilk aşı 1935'te ABD'de geliştirilerek test aşamaları sonrası 1942'de orduda kullanılmıştır. Farklı influenza virüsleri izole edilerek yıllar içinde geliştirilen influenza aşısı 1978'de influenza A/H1N1(domuz gribi) virüsünü içeren trivalen aşı olarak ilk kez üretilmiştir. İnfluenzanın antijenik yapısının sürekli değişmesi sonucu influenza aşıları da modifiye edilerek her yıl yeni aşılar oluşturulmaktadır (26).

Hepatit A aşısı önce canlı aşı olarak kullanılsa da Provost ve arkadaşları güvenilir inaktif Hepatit A aşısını geliştirmiştir (27). 1981 yılında lisans alan Hepatit B aşısının plazmadan Hepatit B Yüzey Antijeni (HBsAg) ayrıştırmasıyla oluşturulması güvenlik sebebiyle aşının kullanımında engeller çıkarmıştır. 20. yüzyılda genetik mühendisliği çalışmalarıyla maya hücrelerinde S antijenleri üretilerek ilk rekombinant aşı üretilmiş 1986 yılında lisanslanmıştır (28).

Genetik mühendisliği, aşıların daha etkili ve daha az yan etkili olmasının önünü açmış, yeni aşıların gelişmesine katkı sağlamıştır. Human Papilloma Virus (HPV) aşısı ve Grup B meningokok aşısı bu şekilde üretilmiş aşılardır (18).

2.4.1.2. Türkiye'de Aşı Çalışmalarının Tarihçesi

Ülkemizde aşılamaya dair ulaşılan en eski belge Osmanlı Devleti zamanında inokülasyon yöntemiyle yapılan çiçek aşısına aittir. 1721'de İngiltere büyükelçinin eşi Mary Montagu ülkesine yazdığı mektupla İstanbul'da uygulanan variolasyon yöntemini detaylıca anlatmıştır (29). İngiltere'ye ve Avrupaya bu yöntem yayılmıştır. İlerleyen yıllarda Jenner tarafından geliştirilen çiçek aşısı birkaç yıl sonra ülkemizde de kullanılmaya başlanmış ve ilerleyen yıllarda dünyada ilk kez 1885'te "Çiçek Nizamnamesi" adı verilen bir kanun çıkartılıp aşı olmayan kişilerin yatılı ve askeri okullara alınması engellenmiştir (18).

2. Abdulhamid Fransa'ya üç kişilik bir ekip gönderip Pasteur'un geliştirdiği aşıyı öğrenmeleri karşılığında Pasteur'ün çalışmalarına maddi yardımda bulunmuştur. Kuduz aşısı 1887'de ülkemize getirildikten sonra Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de ilk kuduz aşısı üretilip Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur (29).

Toplum sağlığının önemli bir yer arz etmesi aşı üretim çalışmalarını geliştirmiş, 1928'de Refik Saydam Hıfzısıhha Müessesesi kurularak kolera, veba, tifo, dizanteri, boğmaca, BCG, meningokok, difteri, brusella, tetanoz, kuduz, çiçek, influenza aşıları yapılarak koruyucu hekimlik uygulanmıştır. Çin'de 1938 yılında görülen kolera salgınına aşı temini ülkemizden sağlanmıştır (30).

Dr. Reşat Rıza Kor dünyanın ilk tifüs aşısını geliştirmiş Erzurum'daki cephelerde askerlere uygulanmıştır. 2. Dünya Savaşı'nda dünyaya tifüs aşısı Türkiye'den sağlanmıştır (18).

BCG aşısının üretimine başlanan 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuarı kurulmuştur. Boğmaca aşısı için 1948 tarihinde üretime geçilmiştir. DSÖ'nün 1950 yılında İnfluenza laboratuarını Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi olarak tanımasıyla aşının üretim süreci başlamıştır. 1965 kuru çiçek aşısının 1983 ise kuru BCG aşısının ilk kez üretildiği tarihtir. Tifüs aşısının 1971'de, çiçek aşısının da 1980'de hastalıkların eradike edilmesiyle üretimlerine son verilmiştir. Uzun yıllar birçok aşının üretimi yapılıp ithal edilirken aşı için kullanılan aletlerin çağa uyum sağlayamaması sonucu 1990'larda aşı üretimi kesilmiştir. 2000'lere gelindiğinde yerli üretime tekrar önem verilmiş 2009'da beşli karma aşı(difteri, boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hib)(DaBT-İPA-Hib) ve 2011'de dörtlü karma aşı (difteri, boğmaca, tetanoz, inaktif polio)(DaBT-İPA) paketleme ve enjektöre dolum işlemleri, 2010'da konjuge pnömokok aşısı paketleme, enjektöre dolum, formülasyon işlemleri Türkiye'de yapılmıştır. 2020'de erişkin tipi tetanoz-difteri (Td) aşısı yapılmıştır (31).

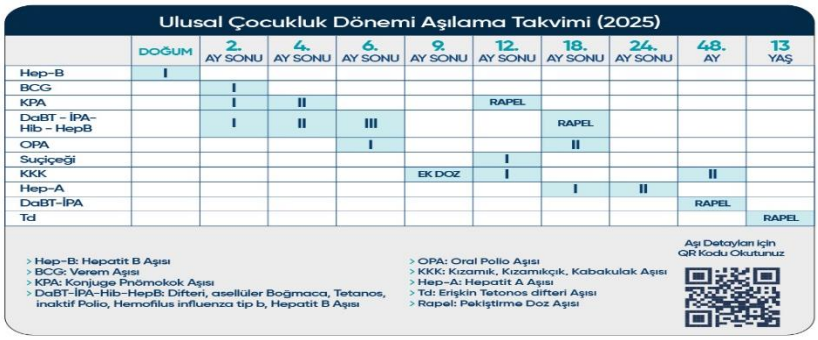
2.4.1.3.Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Aşı Takvimi

GBP 1974 yılında DSÖ tarafından başlatılan küresel bir programdır. Amaç, önlenebilir bulaşıcı hastalıkların çocuklarda ve toplum genelinde görülme sıklığını azaltmak, hatta yok etmektir (32).

Türkiye'de GBP, 1981 yılında başlatılmış ve yıllar içerisinde evrilerek ülke genelinde yüksek düzeyde aşı kapsayıcılığı sağlamayı hedefleyen bütüncül bir strateji haline gelmiştir. Programın temel amacı, tüm çocukların ulusal aşı takvimine uygun şekilde zamanında ve eksiksiz olarak aşılanmasını sağlayarak, aşı ile önlenebilir hastalıklara bağlı morbidite, mortalite ve sekel gelişimini en aza indirmektir. Bunun ötesinde GBP; bağışıklama hizmetlerinin niteliğini ve sürekliliğini artırmaya yönelik spesifik, ölçülebilir ve izlenebilir hedefler içermektedir (32).

Bu hedefler arasında, her bir antijen için aşılama oranlarının %95 ve üzerine çıkarılması ve bu seviyede sürdürülmesi, 0-59 aylık çocuklar arasında eksik ya da hiç aşılanmamış olanların sistematik biçimde tespiti ve bağışıklanmalarının sağlanması, 12-23 aylık bebekler arasında tam aşılılık oranının en az %90 olarak sürdürülmesi bulunmaktadır. Ayrıca, okul çağındaki çocukların rapel (pekiştirme) dozlarının zamanında tamamlanması, tüm gebelere uygun dozda ve zamanda Td aşısının uygulanması, ülkenin poliodan arındırılmış statüsünün korunması ve maternal-neonatal tetanoz eliminasyonunun devam ettirilmesi, GBP'nin kritik öncelikleri arasında yer almaktadır. Program aynı zamanda aşı güvenliğinin sağlanması ve izlenmesi, kayıt ve bildirim sistemlerinin dijital tabanlı altyapılarla güçlendirilmesi, toplumun aşı hizmetlerine aktif katılımının teşviki gibi yapısal hedefleri de kapsamaktadır. Bu çerçevede GBP, yalnızca bireysel bağışıklığı değil, toplum bağışıklığını (herd immunity) da gözeterek, ülkenin epidemiyolojik direncini artırmayı amaçlayan stratejik bir halk sağlığı programıdır (33).

Tablo 2.1 T.C. Sağlık Bakanlığı 2025 Yılı Ulusal Aşı Takvimi



Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2025)

	DOĞUM	2. AY SONU	4. AY SONU	6. AY SONU	9. AY SONU	12. AY SONU	18. AY SONU	24. AY SONU	48. AY	13 YAŞ
Hep–B	I									
BCG		I								
KPA		I	II			RAPEL				
DaBT – İPA– Hib – HepB		I	II	III			RAPEL			
OPA				I			II			
Suçiçeği						I				
KKK					EK DOZ	I			II	
Hep–A							I	II		
DaBT–İPA									RAPEL	
Td										RAPEL

> Hep–B: Hepatit B Aşısı
> BCG: Verem Aşısı
> KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı
> DaBT–İPA–Hib–HepB: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı
> OPA: Oral Polio Aşısı
> KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
> Hep–A: Hepatit A Aşısı
> Td: Erişkin Tetanos difteri Aşısı
> Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı

Aşı Detayları için QR Kodu Okutunuz

Türkiye'de yürürlükte olan ulusal çocukluk çağı bağışıklama programı kapsamında, çocuklara yönelik olarak toplam 13 bulaşıcı hastalığa karşı rutin aşılama uygulanmaktadır. Bu hastalıklar arasında; difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci (poliomyelit), hepatit B, hepatit A, Hib, tüberküloz (BCG), kızamık, kabakulak, kızamıkçık, suçiçeği ve pnömokok enfeksiyonları yer almaktadır. Aşılama programı, bu hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması, toplum bağışıklığının sağlanması ve salgınların önlenmesi açısından kritik bir rol üstlenmektedir (34).

2.5.AŞI TEREDDÜTÜ VE AŞI KARŞITLIĞI

2.5.1.Aşı Tereddütü

Aşı tereddütü, aşılama hizmeti mevcut olduğu halde kabulün gecikmesi veya reddedilmesiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir kavramdır. DSÖ'nün Stratejik Danışma Grubu (SAGE), bu olguyu "güven", "erişim/rahatlık" ve "kayıtsızlık" eksenlerinde değerlendirmektedir (3). Günümüzde tereddüt yalnızca bilgi eksikliği ile değil; sağlık otoritesine güven, bireysel risk algısı, sosyo-kültürel değerler ve dijital ortamda yayılan yanlış bilgilerle şekillenmektedir. COVID-19 pandemisi, sosyal medya aracılığıyla yayılan dezenformasyonun tereddütü arttırdığına dair güçlü kanıtlar sunmuştur (35).

2.5.2.Aşı Karşıtlığı

Aşı karşıtlığı, aşı tereddüdünden farklı olarak ideolojik, politik veya dini temelli, tüm aşılara yönelik katı ve örgütlü bir reddetme tutumudur. Bu gruptaki bireyler, kendi kararlarının ötesinde topluluk içinde aktif biçimde güvensizlik yayabilmektedir. Aşı karşıtlığı, özellikle yüksek bulaştırıcılık katsayısı olan hastalıklarda (ör. kızamık) toplum bağışıklığını zedeleyerek salgınların yeniden ortaya çıkmasına yol açmıştır (36).

2.5.3.Tarihçe ve Dünyada Durum

Aşıya yönelik kuşkular yeni değildir; 18. yüzyılda çiçek aşısı uygulamalarına karşı İngiltere'de başlayan toplumsal tepkiler, modern aşı karşıtlığının öncüllerini oluşturmuştur. 19. yüzyılda aşı karşıtlığı hareketleri Avrupa ve Amerika'da örgütlenmiştir. Günümüzde aşı tereddütü, 2019'da DSÖ tarafından "küresel sağlık için ilk on tehditten biri" olarak tanımlanmıştır. Küresel veriler, güven ve önemlilik algılarında ülke bazlı farklılıklar olduğunu, özellikle Avrupa'da güven boyutunda belirgin düşüşler izlendiğini göstermektedir (36).

2.5.4.Türkiye'de Durum

Türkiye'de 2000'li yılların başında aşılama oranları yüksek seyretmiş, ancak 2010'lu yıllardan itibaren aşı reddi vakaları bildirilmeye başlanmıştır. 2015 sonrası dönemde bu sayı giderek artmış ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2011'de yalnızca birkaç yüz olan aşı reddi vakası, 2018'de 20 binin üzerine çıkmıştır (37). COVID-19 pandemisi döneminde yapılan sistematik derlemeler, Türkiye'de aşı tereddüt oranlarının yaklaşık %30 düzeyine ulaştığını göstermektedir (38). Eğitim düzeyi, sağlık sistemine güven ve yanlış bilgiye maruz kalma, aşı tereddüdünün başlıca belirleyicileri olarak öne çıkmaktadır (38,39). Bu durum özellikle çocukluk çağı aşılamalarında reddin artmasına yol açarak bağışıklama programlarının sürdürülebilirliği için önemli bir tehdit oluşturmaktadır (37,39).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Bu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 1(bir) aylık zaman diliminde başvuran 0-18 yaş aralığında çocukları olan kişilerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarının değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel, tanımlayıcı ve ankete dayalı nitelikte bir çalışmadır.

Örneklem büyüklüğü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği Kliniğine bağlı polikliniklere başvuran hastalar üzerinden %95 güven aralığına uygun olarak hesaplanmıştır. Basit örnekleme hesaplaması ile örneklem büyüklüğü 155 kişi olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamız 165 kişi üzerinden yürütülmüştür.

Dahil Edilme Kriterleri:

1- 0-18 yaş aralığında çocukları olan kişiler

2- Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler

3- İletişim problemi olmayan kişiler

Dışlama Kriterleri:

1- 0-18 yaş aralığında çocukları olmayan kişiler

2- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler

3- İletişim problemi olan kişiler

Bu çalışmada sosyodemografik veriler ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumları hakkında bilgi ve davranışları sorgulayan 13 soruluk bilgi formu , Mehmet Göktuğ Kılınçarslan ve arkadaşları tarafından 2019'da geliştirilen geçerli ve güvenilir ‘‘Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)’’ nin 4 faktörlü 21 maddelik uzun formu (40), Opel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilip 2013 yılında revize

edilen ve ‘‘Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey’’ isimli ölçeğin İrem Akdemir Kalkan ve arkadaşları tarafından Türkçeye dil validasyonu olan 15 maddelik ‘‘Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği (ÇÇAYETÖ)’’ (41) uygulanmıştır. Yüz yüze uygulanacak olan anket öncesi sözel ve yazılı onam alınmıştır.

3.1.1. Veri Formları

Araştırmada sosyodemografik özelliklerle beraber aşı uygulamaları hakkında bilgi düzeyinin de değerlendirildiği soruları içeren sosyodemografik anket formu, aşı tutumunun değerlendirildiği ÇÇAYETÖ ve AKÖ uygulanmıştır.

3.1.1.1. Sosyodemografik anket formu

İlgili literatür taranarak kendi hazırladığımız bu anket formu ebeveynlerin yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuğa yakınlık durumu, yaşadığı bölge, çocukluk çağı aşı takvimi bilgi durumu, çocuklarına rutin aşılarını ve özel aşıları yaptırıp yaptırmama durumları, aşı yaptırma kararlarındaki etkili faktörler gibi sosyodemografik özelliklerinin, yan etkileri ve benzeri konulardaki bilgilerinin değerlendirildiği toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

3.1.1.2. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Opel ve arkadaşları (42–44) tarafından 2011 yılında geliştirilen ve 2013 yılında revize edilen 'Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey (PACVS) adlı ölçek, İrem Akdemir Kalkan ve arkadaşları (41) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik çalışması yapılmış ve 'Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği' adıyla 15 maddelik bir ölçek olarak kullanıma sunulmuştur.

Ölçek, “Davranış”, “Güvenlik ve Etkinlik” ile “Genel Tutumlar” olmak üzere üç faktör altında toplanan toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Çalışmada tüm ölçek soruları için kapsam geçerlik oranı (KGO) değeri, kritik değer olan 0,455’in üzerinde saptanmıştır. Kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) değeri ise 0,630 olarak belirlenmiş olup ölçek sorularının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit

edilmiştir (41). Bizim çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,856 düzeyine karşılık gelmektedir.

Her bir maddenin yanıtları, "endişeleniyorum" (2 puan), "kararsız" (1 puan) ve "endişelenmiyorum" (0 puan) olmak üzere üç kategoriye ayrılarak puanlanmıştır. Ancak, 1. ve 2. sorulara "bilmiyorum" şeklinde yanıt verilmesi durumunda ilgili maddeler puanlamadan çıkarılmıştır. Bu nedenle toplam puan aralığı, verilen yanıtlara bağlı olarak minimum 0, maksimum 30 (hiçbir "bilmiyorum" yoksa), 28 (S1 veya S2'ten biri "bilmiyorum" ise) ya da 26 (her iki soruda da "bilmiyorum" yanıtı varsa) olabilmektedir.

Elde edilen toplam puan, (katılımcının toplam puanı / maksimum alınabilecek puan) × 100 formülüyle 0–100 aralığına dönüştürülmüştür. Geçerlilik çalışmalarına göre, toplam puanı 50'nin altında olan katılımcılar "aşı tereddütsüz" (non-hesitant), 50 ve üzeri olanlar ise "aşı tereddütlü" (vaccine hesitant) olarak sınıflandırılmıştır (42–45).

3.1.1.3. Aşı Karşıtlığı Ölçeği

Mehmet Göktuğ Kılınçarslan ve arkadaşları tarafından 2019'da geçerli ve güvenilir Türkçe AKÖ geliştirilmiştir. Araştırma Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki ana bölümden oluşmuştur. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi - İnsan Deneklerini İçeren Tıbbi Araştırma'ya uygun olarak yürütülmüştür. Katılımcıların ölçme aracında yer alan maddelere verdikleri yanıtlar "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "kısmen katılıyorum", "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5'li Likert ölçeği ile elde edilmiştir. Ölçekte yer alan maddelere STATA istatistikleri kullanılarak DoornikHansen Çok Değişkenli Normallik Testi uygulanmıştır. Test sonucunda maddelerin çok değişkenli normalliği ihlal etmediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). AFA'daki olası çarpanlara ayırma Varimax Axis Rotation ile test edilmiştir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. 4 faktörlü 21 maddelik uzun form ve 3 faktörlü 12 maddelik kısa form olmak üzere iki form seçilmiştir. Dört faktörlü olarak yapılan AFA'nın KMO(Kaiser Meyer Olkin) değeri 0,903'tür. Bartlett Küresellik Testi değeri 2785,318'dir ($df = 210,0$, $p<0,05$). Dört faktörün ve ölçeğin tamamının Cronbach alfa güvenirlik

katsayıları 0,75 ile 0,91 arasında değişmekte olup yüksek güvenirlik düzeylerine karşılık gelmektedir. Bu analizlerin ardından araştırmacılar, en yüksek korelasyon değerini veren ve ölçeğe en yüksek katkıyı sağlayan maddelerden oluşan, uygulama kolaylığı açısından daha kısa, daha kullanışlı bir form elde etmek amacıyla başka bir AFA daha gerçekleştirmişlerdir. Bu doğrultuda yapılan analiz sonucunda üç faktörde 12 maddeden oluşan kısa bir forma ulaşılmıştır. 12 madde üç faktör altında gruplandırılmıştır. Üç faktörün ve ölçeğin tamamının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,71 ile 0,86 arasında değişmekte olup yüksek güvenirlik düzeylerine karşılık gelmektedir (40). Bizim çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,952 düzeyine karşılık gelmektedir.

Aşı Karşıtlığı Ölçeği (uzun form)

A- Aşı yararı ve koruyucu değeri

Kesinlikle katılmıyorum	5 puan
Katılmıyorum.	4 puan
Kısmen katılıyorum	3 puan
Katılıyorum	2 puan
Kesinlikle katılıyorum	1 puan

B- Aşı karşıtlığı

C- Aşı olmamak için çözümler

D- Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması

Kesinlikle katılmıyorum	1 puan
Katılmıyorum	2 puan
Kısmen katılıyorum	3 puan

Katılıyorum	4 puan
Kesinlikle katılıyorum	5 puan

Hesaplanmış kesme değeri yoktur. Puan arttıkça aşı karşıtlığı/tereddüdü artar. (A bölümü maddeleri aşı lehinde ifadelerden oluştuğundan ters puanlanmıştır.)

3.2. ETİK KURUL İZNİ

Araştırmaya başlamadan önce SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.09.2024 tarih ve 2737 karar no ile izin alındı.

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada öncelikle sosyodemografik özellikler ile aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışların tanımlayıcıları verilmiştir. Kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde, nicel değişkenler için en büyük, en küçük, ortalama, ortanca ve standart sapma verilmiştir.

Devam eden bölümde kategorik değişkenlerin çaprazlanması ile olası ilişkiler çapraz tablolar yoluyla verilmiştir. Kategorik ilişki analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Beklenen gerekli minimum sıklığın (n=5) ilgili analizin toplam hücre sayısının %20'sinin altında kalması durumunda Fisher Exact testi kullanılmıştır. Anlamlı bulunan çaprazlarda yorumlara sayısal olarak yer verilmiştir. Anlamlı bulunan sonuçlar, tez sahibi tarafından hekim bakış açısıyla daha detaylı olarak incelenmeye ve hipotezlere uygun çıkarımlara/yorumlara ihtiyaç duymaktadır.

Çalışmada "AKÖ" ve "ÇÇAYETÖ" olmak üzere iki ölçek bulunmaktadır. Ortalamalar arası fark kontrollerinden önce ölçeklerin tanımlayıcıları verilmiştir. Ardından ölçek cevapları, ölçek künyesi doğrultusunda skorlanmış ve gerek maddelerin gerekse ölçeklerin ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir. Ölçek skorlarıyla elde edilen nicel değişkenlere normallik sınaması uygulanmıştır. Her iki ölçeğin de normal dağılıma uyum sergilediği görülmüştür. Sosyodemografik özellikler

ile aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışlar bazında ortalamalar arası fark kontrollerinde parametrik testler kullanılmıştır.

İki düzeyli değişkenlerin ortalamalar arası fark kontrollerinde; homojen varyanslı ikililer için Student's t, heterojen varyanslı ikililer için ise Welch's t kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile sınanmıştır.

İkiden çok düzeyli değişkenlerin ortalamalar arası fark kontrollerinde; homojen varyanslı değişkenler için Fisher ANOVA, heterojen varyanslı değişkenler için Welch ANOVA kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile sınanmıştır. ANOVA ile anlamlı bulunan farklar için ikili karşılaştırmalarda; homojen varyanslı ikililer için Tukey, heterojen varyanslı ikililer için Games-Howell testleri kullanılmıştır. Farklı gruplar için harf gösterimi verilmiştir.

Son bölümde ölçeklerin birbirleriyle ilişki ve hareketlerini incelemek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, anlamlılığı ile birlikte verilmiş ve yorumlanmıştır.

Çalışmanın istatistiksel analizleri için "Microsoft Excel 2016" ve "IBM SPSS Statistics 26" paket programları kullanılmıştır. p=0,05 düzeyi, tüm temel ve alt testler için anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik ve sosyoekonomik özellikleri, çocukluk çağı aşılarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile uygulanan ölçeklerden (ÇÇAYETÖ ve AKÖ) elde edilen bulgular sunulmuştur. Bulgular, çalışmanın amaç ve hipotezleri doğrultusunda tablolar hâlinde verilmiş; her tablo sonrasında elde edilen veriler özetlenerek yorumlanmıştır. Ayrıca, sosyodemografik değişkenler ile aşı tutumları ve karşıtlığı arasındaki olası ilişkiler istatistiksel olarak değerlendirilmiş, anlamlı bulunan sonuçlara ilişkin detaylı açıklamalara yer verilmiştir.

4.1. EBEVEYNLERİN DEMOGRAFİK VE SOSYOEKONOMİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik bulguları

Sosyodemografik bulgular	n	%
Yaş grubu		
40 yaş altı	106	64,2
40 yaş ve üstü	59	35,8
Ortalama - Standart sapma	37,5 - 6,82	
Ortanca - En küçük - En büyük	37 - 25 - 56	
Eğitim düzeyiniz nedir?		
İlköğretim	33	20,0
Lise	30	18,2
Üniversite	102	61,8
Bu çocuk sizin ilk çocuğunuz mu?		
Evet	96	58,2
Hayır	69	41,8
Bu çocukla olan yakınlık durumunuz nedir?		
Anne	145	87,9
Baba	20	12,1
Gelir düzeyiniz nedir?		
Asgari ücret ve altı	45	27,3
Asgari ücretin iki katı	39	23,6
Asgari ücretin iki katından çok	81	49,1
Yaşadığınız bölge nedir?		
Kent	160	97,0
Kırsal	5	3,0

Tablo 1'de görüldüğü üzere, çalışmaya katılan toplam 165 ebeveynin %64,2'si 40 yaş altı, %35,8'i ise 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 37,5± 6,82 olup, yaş dağılımı 25 ila 56 arasında değişmektedir.

Eğitim düzeyi incelendiğinde; %61,8'inin üniversite mezunu, %18,2'sinin lise ve %20,0'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin yüzde 58,2'sinin görüşme sırasında yanındaki çocuk ilk çocuğuyken yüzde 41,8'inin çocuğu ilk çocuğu değildir.

Ebeveynlerin yüzde 87,9'u anneler ve yüzde 12,1'i babalardır. Katılımcıların % 27,3'ü asgari ücret ve altında, ve % 49,1'i ise asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahiptir. Katılımcıların %97,0'si kentte yaşamaktadır.

4.2. EBEVEYNLERİN AŞI BİLGİ–TUTUM–DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 2'de görüldüğü gibi çalışma kapsamında ebeveynlerin %79,4'ü, Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde yer alan aşıları bildiklerini belirtmiştir. Buna karşılık, %20,6'sı bu aşılar hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %9,7'si çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde bu öneriyi reddettiğini bildirirken, büyük çoğunluğu (%90,3) önerilen aşıları kabul ettiğini belirtmiştir.

Aşı yaptırma kararlarında en çok başvurulan bilgi kaynağı aile hekimleri olmuştur (%33,2). Aile hekimlerini uzman hekimler (%30,7), hemşireler (%12,3), eczacılar (%3,3) ve eş-dost çevresi (%2,2) takip etmektedir. Bu durum, ebeveynlerin aşı kararı sürecinde sağlık profesyonellerine yüksek düzeyde güvendiğini göstermektedir.

Ebeveynlerin %86,7'si çocuklarına yönelik tüm çocukluk çağı aşılarını eksiksiz şekilde takip ederek uygulattıklarını ifade etmiştir. Aşıları takip etmeyen ancak aile hekimi tarafından bilgilendirildikten sonra yaptıranların oranı %10,9'dur. Katılımcıların %2,4'ü ise yalnızca bazı aşıları yaptırdığını belirtmiştir.

Katılımcıların %40,0'ı, çocuklarına rutin aşı takvimi dışında da aşı yaptırdığını bildirmiştir. Rutin dışı uygulanan aşılar arasında en sık yapılanlar sırasıyla rota virüs

aşısı (%53,9) ve menenjit aşısıdır (%43,4). HPV ve influenza aşılarının her biri %1,3 oranında uygulanmıştır.

Aşı takviminde yer alan aşılardan herhangi birini reddeden ebeveyn oranı %3,0'dır. Reddedilen aşılar arasında DBT, kızamık ve tetanoz aşıları yer almaktadır; her biri yalnızca birer ebeveyn tarafından reddedilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%97,0) ise takvimde yer alan hiçbir aşıyı reddetmemiştir.

Çocuklara uygulanan aşılar sonrasında yan etki gözlemleyen ebeveynlerin oranı %20,6'dır. En sık bildirilen yan etki ateştir (%73,2). Bunu, aşı yerinde kızarıklık veya şişlik (%9,8) ile huzursuzluk (%9,8) izlemektedir. Ayrıca, her biri %2,4 oranında olmak üzere ağrı, halsizlik ve kusma gibi yan etkiler de bildirilmiştir. Ebeveynlerin %79,4'ü ise çocuklarında herhangi bir yan etki gözlemlemediğini belirtmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışları

Aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışlar	n	%
Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde hangi aşılar olduğunu biliyor musunuz?		
Evet	131	79,4
Hayır	34	20,6
Çocuklarınıza aşı yapılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?		
Evet	16	9,7
Hayır	149	90,3
Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin veya hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız? *(Birden çok cevaplı)*		
Aile hekimim	121	33,2
Uzman hekim	112	30,7
Hemşire	45	12,3
Eczacı	12	3,3
Eş-dost	8	2,2
Başkaları tarafından önerilmese bile aşılarımı kendim takip eder yaptırırım.	67	18,4
Çocuklarınıza çocukluk çağı aşılarını yaptırıyor musunuz/yaptırdınız mı?		
Tüm aşıları eksiksiz takip edip yaptırdım.	143	86,7
Takip etmedim, aile hekimi arayınca yaptırdım.	18	10,9
Aşıların sadece bir kısmını yaptırdım.	4	2,4
Çocuğunuza rutin aşı takviminde olmayan aşı/aşılar yaptırdınız mı?		
Evet	66	40,0
Hayır	99	60,0
Yaptırdıysanız hangi aşılar olduğunu belirtiniz.		
Rota	41	53,9
Menenjit	33	43,4
HPV	1	1,3
İnfluenza	1	1,3
Aşı takviminde olduğu halde aşı yapılmasını reddettiğiniz oldu mu?		
Evet	5	3,0
Hayır	160	97,0
Reddettiyseniz hangi aşı/aşıları yaptırmadığınızı belirtiniz.		
DBT aşısı	1	20,0
Hatırlamıyorum	2	40,0
Kızamık aşısı	1	20,0
Tetanos	1	20,0
Çocuklarınıza aşı yaptırdığınızda aşı sonrası istenmeyen etki ile karşılaştınız mı?		
Evet	34	20,6
Hayır	131	79,4
Aşı sonrası hangi yan etki ile karşılaştınız?		
Ateş	30	73,2
Aşı yerinde kızarıklık/şişlik	4	9,8
Huzursuzluk	4	9,8
Ağrı	1	2,4
Halsizlik	1	2,4
Kusma	1	2,4

4.3. EBEVEYNLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

4.3.1. Yaş Grubuna Göre Sosyodemografik Bulgular

Katılımcıların yaş gruplarına göre eğitim düzeyleri incelendiğinde, 40 yaş altı bireylerin %19,8'i ilköğretim, %14,2'si lise ve %66,0'ı üniversite mezunudur. Buna karşılık, 40 yaş ve üzerindeki bireylerin %20,3'ü ilköğretim, %25,4'ü lise ve %54,2'si üniversite mezunudur. Eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, 40 yaş altındaki katılımcıların %26,4'ü asgari ücret ve altında, %25,5'i asgari ücretin iki katı düzeyinde, %48,1'i ise asgari ücretin iki katından fazla gelire sahiptir. 40 yaş ve üzerindekilerde bu oranlar sırasıyla %28,8, %20,3 ve %50,8'dir. Yaş grupları arasında gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Yerleşim yeri açısından bakıldığında, 40 yaş altı bireylerin %95,3'ü kentte, %4,7'si kırsalda yaşamaktadır. 40 yaş ve üzeri katılımcıların tamamı kentte yaşamaktadır. Yaş gruplarına göre yaşanılan bölge açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.3.2. Eğitim Düzeyine Göre Sosyodemografik Bulgular

Katılımcıların eğitim düzeyine göre gelir durumları incelendiğinde, ilköğretim mezunlarının %75,8'i asgari ücret ve altında gelir elde ederken, %18,2'si asgari ücretin iki katı düzeyinde ve yalnızca %6,1'i asgari ücretin iki katından fazla gelire sahiptir. Lise mezunlarının %43,3'ü asgari ücret ve altında, %36,7'si asgari ücretin iki katı düzeyinde, %20,0'si ise asgari ücretin iki katından fazla gelir beyan etmiştir. Üniversite mezunlarının ise yalnızca %6,9'u asgari ücret ve altında gelir elde ederken, %21,6'sı asgari ücretin iki katı düzeyinde, %71,6'sı ise asgari ücretin iki katından daha fazla gelir düzeyine sahiptir. Gelir düzeyleri açısından eğitim grupları karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bulgu, yüksek eğitim düzeyinin daha yüksek gelir ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yerleşim yeri açısından değerlendirildiğinde, ilköğretim mezunlarının %90,9'u kentte, %9,1'i kırsal bölgede yaşamaktadır. Lise mezunlarının %96,7'si kentte, %3,3'ü kırsalda ikamet etmektedir. Üniversite mezunlarının ise %99,0'ı kentte, yalnızca %1,0'ı kırsalda yaşamaktadır. Eğitim düzeyi ile yaşanılan bölge arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça kentte yaşama olasılığının da arttığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların gelir düzeyine göre yaşadıkları bölge incelendiğinde, asgari ücret ve altında gelire sahip olan bireylerin %91,1'i kentte, %8,9'u ise kırsal bölgede yaşamaktadır. Asgari ücretin iki katı düzeyinde geliri olan tüm katılımcılar (%100) kentte ikamet etmektedir. Asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahip bireylerin ise %98,8'i kentte, yalnızca %1,2'si kırsalda yaşamaktadır. Elde edilen bulgular, gelir düzeyi ile yaşanılan bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($p < 0,05$). Bu sonuç, gelir düzeyi arttıkça kırsal bölgede yaşama oranının azaldığını ve daha yüksek gelire sahip bireylerin büyük ölçüde kentlerde yaşamayı tercih ettiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.3 Çocuğa yakınlık durumuna göre sosyodemografik bulgular

	Çocuğa yakınlık				χ^2*
	Anne		Baba		
	n	%	n	%	
Yaş grubu					
40 yaş altı	92	63,4	14	70,0	0,628
40 yaş ve üstü	53	36,6	6	30,0	
Eğitim düzeyiniz nedir?					
İlköğretim	31	21,4	2	10,0	
Lise	27	18,6	3	15,0	0,464**
Üniversite	87	60,0	15	75,0	
Gelir düzeyiniz nedir?					
Asgari ücret ve altı	40	27,6	5	25,0	
Asgari ücretin iki katı	36	24,8	3	15,0	0,550**
Asgari ücretin iki katından çok	69	47,6	12	60,0	
Yaşadığınız bölge nedir?					
Kent	141	97,2	19	95,0	0,480**
Kırsal	4	2,8	1	5,0	

**Ki-kare, **: Fisher exact*

Tablo 3'te görüldüğü üzere, Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, annelerin %63,4'ünün 40 yaş altında, %36,6'sının ise 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Babaların ise %70,0'ı 40 yaş altındayken, %30,0'ı 40 yaş ve üzerindedir. Ebeveynlerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Okuryazarlık düzeyine göre değerlendirildiğinde annelerin yüzde 21,4'ü ilköğretim, yüzde 18,6'sı lise ve yüzde 60,0'ı üniversite düzeyinde eğitim görmüştür. Babaların ise yüzde 10,0'ı ilköğretim, yüzde 15,0'ı lise ve yüzde 75,0'ı üniversite düzeyinde eğitim görmüştür. Eğitim düzeyi bakımından annelerle babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde, annelerin %27,6'sı asgari ücret ve altında ve %47,6'sı asgari ücretin iki katından daha yüksek gelir elde etmektedir. Babaların ise %25,0'ı asgari ücret ve altında, ve %60,0'ı asgari ücretin iki katından fazla gelire sahiptir. Ebeveynler arasındaki gelir düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Yaşanılan bölge açısından değerlendirildiğinde, annelerin %97,2'si kentte, benzer şekilde babaların %95,0'ı kentte yaşamaktadır. Anneler ve babalar arasında yaşanılan bölge açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

4.4. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.4.1. Aşı Karşıtlığı Ölçeği Alt Boyut ve Maddelerine İlişkin Veriler

Araştırmada kullanılan AKÖ, "Aşı yararı ve koruyucu değeri", "Aşı karşıtlığı", "Aşı olmamak için çözümler" ve "Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması" olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Bulgular, her bir maddeye verilen cevapların dağılımlarıyla birlikte aşağıda özetlenmiştir.

Katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde, genel olarak aşıya olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür.

4.4.1.1. Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Alt Boyutu

Bu alt boyutta katılımcıların büyük çoğunluğu aşının hastalıkları önlemede etkili olduğuna inandığını belirtmiştir.

"Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır" ifadesine 62 kişi (%37,6) kesinlikle katılıyorum, 52 kişi (%31,5) katılıyorum, 32 kişi (%19,4) kısmen katılıyorum, 9 kişi (%5,5) katılmıyorum ve 10 kişi (%6,1) kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir.

"Aşı, sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir" ifadesine 60 kişi (%36,4) kesinlikle katılıyorum, 63 kişi (%38,2) katılıyorum, 31 kişi (%18,8) kısmen katılıyorum, 5 kişi (%3,0) katılmıyorum, 6 kişi (%3,6) kesinlikle katılmıyorum demiştir.

"Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim" ifadesine 39 kişi (%23,6) kesinlikle katılıyorum, 70 kişi (%42,4) katılıyorum, 42 kişi (%25,5) kısmen katılıyorum, 9 kişi (%5,5) katılmıyorum, 5 kişi (%3,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

"Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır" ifadesine 48 kişi (%29,1) kesinlikle katılıyorum, 65 kişi (%39,4) katılıyorum, 33 kişi (%20,0) kısmen katılıyorum, 13 kişi (%7,9) katılmıyorum, 6 kişi (%3,6) kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlamıştır.

"Aşı, sağlığımız için önemli bir güvencedir" ifadesine 52 kişi (%31,5) kesinlikle katılıyorum, 65 kişi (%39,4) katılıyorum, 35 kişi (%21,2) kısmen katılıyorum, 7 kişi (%4,2) katılmıyorum, 6 kişi (%3,6) kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir.

Bu alt boyut, bireylerin aşının toplum sağlığına katkısına yönelik inançlarını yansıtmaktadır. Alt boyutun ortalama puanı 2,12 ± 0,94 olup, katılımcıların aşıların koruyucu değerine yüksek düzeyde inandığı görülmektedir. Ortalama skor 2,12 ± 0,94 olup, orta düzeyde olumlu tutuma işaret etmektedir. En yüksek ortalama skor, "Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim" (2,22 ± 0,97) maddesine aitken, en düşük ortalama skor "Aşı, sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir" (1,99 ± 1,00)

maddesinde görülmektedir. Bu durum, katılımcıların aşılara karşı genel bir kabulü olsa da bazı temel yarar algılarının beklenenden daha düşük düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

4.4.1.2.Aşı Karşıtlığı Alt Boyutu

Bu alt boyutta katılımcıların bir kısmı aşıların olası yan etkileri konusunda endişe taşımaktadır.

"Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor" diyenlerin sayısı 59 kişi (%35,7) (19 kişi kesinlikle katılıyorum, 40 kişi katılıyorum).

"Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum" ifadesine 29 kişi (%17,6) (14 kişi kesinlikle katılıyorum, 15 kişi katılıyorum) cevabını vermiştir.

"Aşı birçok hastalığa neden olabilir" ifadesine 17 kişi (%10,3) (5 kişi kesinlikle katılıyorum, 12 kişi katılıyorum) yanıtını vermiştir.

"Aşı, insanların sağlığından çok, aşı üretenlere kazanç sağlar" diyenlerin toplamı 31 kişi (%18,8) (11 kişi kesinlikle katılıyorum, 20 kişi katılıyorum) olmuştur.

"Aşıların yararı kadar zararı da vardır" diyenlerin sayısı 38 kişi (%23,1) (13 kişi kesinlikle katılıyorum, 25 kişi katılıyorum)'dur.

"Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır" ifadesine katılanların sayısı 18 kişi (%10,9) (7 kişi kesinlikle katılıyorum, 11 kişi katılıyorum) olarak belirlenmiştir.

Aşı karşıtlığına yönelik tutumları yansıtan bu alt boyutun ortalama skoru 2,60 ± 0,84 olup, görece yüksek bir karşıtlık eğilimini ortaya koymaktadır. En yüksek ortalama skor "Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor" (3,19 ± 1,05) maddesinde gözlenmiştir. Bu bulgu, karşıtlığın çoğunlukla güvenlik ve yan etki korkusu temelli olduğunu düşündürmektedir. "Aşıların yararı kadar zararı da vardır" (2,81 ± 1,08) ve "Aşı, insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar" (2,63 ± 1,07) ifadeleri de dikkat çekici skorlarla öne çıkmaktadır.

4.4.1.3. Aşı olmamak için çözümler alt boyutu

Katılımcıların büyük kısmı alternatif yöntemleri aşıya tercih etmemektedir.

"Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur" ifadesine 14 kişi (%8,4) (6 kişi kesinlikle katılıyorum, 8 kişi katılıyorum) yanıtı vermiştir.

"Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim" ifadesine 13 kişi (%7,9) (3 kişi kesinlikle katılıyorum, 10 kişi katılıyorum) yanıtı vermiştir.

"Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım" ifadesine 16 kişi (%9,7) (6 kişi kesinlikle katılıyorum, 10 kişi katılıyorum) katılmıştır.

"Aşı, zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır" ifadesine 41 kişi (%24,8) (8 kişi kesinlikle katılıyorum, 33 kişi katılıyorum) katılmıştır.

"Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım" diyenlerin sayısı 11 kişi (%6,6) (4 kişi kesinlikle katılıyorum, 7 kişi katılıyorum)'dur.

Alt boyut ortalaması 2,09 ± 0,85 olup, ebeveynlerin büyük çoğunluğu aşı yerine alternatif yöntemleri tercih etmemektedir. Bu boyut, aşıdan kaçınmaya yönelik alternatif inançları değerlendirmektedir. "Aşı, zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır" maddesi 2,46 ± 1,21 ortalama skor ile öne çıkmaktadır. "Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur" (2,05 ± 1,04) ve "Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim" (2,10 ± 0,96) gibi geleneksel veya yanlış sağlık inançları da önemli bir yer tutmaktadır.

4.4.1.4. Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Alt Boyutu

Bu alt boyut, bireylerin aşı yaptırmama kararlarını gerekçelendirme eğilimlerini ölçmektedir. Katılımcıların büyük bölümü bu tür nedenleri paylaşmamıştır.

"İğneden korktuğum için aşı olmam" ifadesine yalnızca 2 kişi (%1,2) (1 kişi kesinlikle katılıyorum, 1 kişi katılıyorum) katılmıştır.

“Dini inancım nedeniyle aşı olmam” ifadesine 4 kişi (%2,4) (1 kişi kesinlikle katılıyorum, 3 kişi katılıyorum) yanıtını vermiştir.

“Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam” diyenlerin sayısı 9 kişi (%5,4) (3 kişi kesinlikle katılıyorum, 6 kişi katılıyorum)’dur.

“Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok” ifadesine 6 kişi (%3,6) (2 kişi kesinlikle katılıyorum, 4 kişi katılıyorum) katılmıştır.

“Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir” diyenlerin sayısı 6 kişi (%3,6) (3 kişi kesinlikle katılıyorum, 3 kişi katılıyorum) olarak bulunmuştur.

Bu alt boyut, bireylerin aşı yaptırmama kararlarını gerekçelendirme biçimlerini ele almaktadır. Ortalama skor 1,68 ± 0,68 ile diğer boyutlara göre daha düşüktür. En düşük ortalamalar “Dini inancım nedeniyle aşı olmam” (1,56 ± 0,68) ve “İğneden korktuğum için aşı olmam” (1,59 ± 0,65) ifadelerinde görülmektedir. Bu durum, aşı tereddüdünün meşrulaştırılmasına yönelik kişisel veya dini gerekçelerin daha az desteklendiğini göstermektedir. Ancak, “Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam” (1,85 ± 0,88) ifadesindeki skor, aşı güvenliğine yönelik belirsizliklerin hâlen etkili olabileceğini göstermektedir.

4.4.1.5. Genel Değerlendirme

AKÖ toplam puanı 45,07 ± 14,71 olarak saptanmıştır. Alt boyutlar arasında en yüksek ortalama “Aşı karşıtlığı” (2,60 ± 0,84), en düşük ortalama ise “Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması” (1,68 ± 0,67) alt boyutunda görülmüştür. Bu bulgular, araştırma grubundaki ebeveynlerin genel olarak aşının yararına ve koruyuculuğuna inandığını, yalnızca küçük bir kısmının aşı güvenliği konusunda endişe taşıdığını göstermektedir.

Toplam ortalamalara bakıldığında, aşı yararına yönelik inançlar ile karşıtlık düzeyleri arasında dikkat çekici bir dengesizlik bulunmaktadır.

En yüksek ortalama "Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor" maddesine aittir ve bu bulgu, aşı karşıtlığı ile aşı güvenliği endişesi arasındaki doğrudan ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Zorunlu aşı politikalarına karşı mesafe ve geleneksel yöntemlere inanç, aşıdan kaçınmanın temel psikolojik temellerinden biri olarak öne çıkmaktadır.

Aşı tereddüdünü haklılaştıran nedenler, genel olarak daha zayıf desteklenmiştir; bu da bireylerin rasyonel gerekçeler yerine daha çok korku, şüphe veya bilgi eksikliğiyle karar verdiğini düşündürmektedir.

Tablo 4.4 Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut ve maddelerine ilişkin sıklıklar

Ölçek alt boyutları ve maddeler			Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
A. Aşı yararı ve koruyucu değeri	A1. Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.	n	62	52	32	9	10
		%	37,6	31,5	19,4	5,5	6,1
	A2. Aşı, sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.	n	60	63	31	5	6
		%	36,4	38,2	18,8	3,0	3,6
	A3. Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim.	n	39	70	42	9	5
		%	23,6	42,4	25,5	5,5	3,0
	A4. Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.	n	48	65	33	13	6
		%	29,1	39,4	20,0	7,9	3,6
	A5. Aşı, sağlığımız için önemli bir güvencedir.	n	52	65	35	7	6
		%	31,5	39,4	21,2	4,2	3,6
B. Aşı karşıtlığı	B1. Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.	n	19	40	70	25	11
		%	11,5	24,2	42,4	15,2	6,7
	B2. Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.	n	14	15	31	71	34
		%	8,5	9,1	18,8	43,0	20,6
	B3. Aşı, birçok hastalığa neden olabilir.	n	5	12	34	80	34
		%	3,0	7,3	20,6	48,5	20,6
	B4. Aşı, insanların sağlığından çok, aşı üretenlere kazanç sağlar.	n	11	20	52	61	21
		%	6,7	12,1	31,5	37,0	12,7
	B5. Aşıların yararı kadar zararı da vardır.	n	13	25	63	45	19
		%	7,9	15,2	38,2	27,3	11,5
	B6. Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.	n	7	11	40	81	26
		%	4,2	6,7	24,2	49,1	15,8
C. Aşı olmamak için çözümler	C1. Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.	n	6	8	32	61	58
		%	3,6	4,8	19,4	37,0	35,2
	C2. Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.	n	3	10	36	67	49
		%	1,8	6,1	21,8	40,6	29,7
	C3. Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.	n	6	10	19	70	60
		%	3,6	6,1	11,5	42,4	36,4
	C4. Aşı, zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.	n	8	33	29	52	43
		%	4,8	20,0	17,6	31,5	26,1
	C5. Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.	n	4	7	14	79	61
		%	2,4	4,2	8,5	47,9	37,0
D. Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması	D1. İğneden korktuğum için aşı olmam.	n	1	1	6	79	78
		%	0,6	0,6	3,6	47,9	47,3
	D2. Dini inancım nedeniyle aşı olmam.	n	1	3	2	75	84
		%	0,6	1,8	1,2	45,5	50,9
	D3. Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.	n	3	6	17	76	63
		%	1,8	3,6	10,3	46,1	38,2
	D4. Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.	n	2	4	7	78	74
		%	1,2	2,4	4,2	47,3	44,8
	D5. Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.	n	3	3	11	76	72
		%	1,8	1,8	6,7	46,1	43,6

Tablo 4.5 Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut ve maddelerine ilişkin ortalamalar ve ölçek total puanı

Ölçek alt boyutları ve maddeler	n	Ortalama	Standart Sapma
A1. Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.	165	2,11	1,15
A2. Aşı, sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.	165	1,99	1,00
A3. Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim.	165	2,22	0,97
A4. Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.	165	2,18	1,05
A5. Aşı, sağlığımız için önemli bir güvencedir.	165	2,09	1,01
A. Aşı yararı ve koruyucu değeri alt boyutu	**165**	**2,12**	**0,94**
B1. Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.	165	3,19	1,05
B2. Aşının otizm/öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.	165	2,42	1,16
B3. Aşı, birçok hastalığa neden olabilir.	165	2,24	0,96
B4. Aşı, insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar.	165	2,63	1,07
B5. Aşıların yararı kadar zararı da vardır.	165	2,81	1,08
B6. Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.	165	2,35	0,97
B. Aşı karşıtlığı alt boyutu	**165**	**2,60**	**0,84**
C1. Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.	165	2,05	1,04
C2. Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.	165	2,10	0,96
C3. Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.	165	1,98	1,03
C4. Aşı, zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.	165	2,46	1,21
C5. Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.	165	1,87	0,91
C. Aşı olmamak için çözümler alt boyutu	**165**	**2,09**	**0,85**
D1. İğneden korktuğum için aşı olmam.	165	1,59	0,65
D2. Dini inancım nedeniyle aşı olmam.	165	1,56	0,68
D3. Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.	165	1,85	0,88
D4. Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.	165	1,68	0,77
D5. Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.	165	1,72	0,82
D. Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması alt boyutu	**165**	**1,68**	**0,67**
Aşı Karşıtlığı Ölçeği (Toplam)	**165**	**45,07**	**14,71**

4.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ölçeğin genel puan ortalaması 20,23 ± 20,53 olup, minimum 0, maksimum 83 puan elde edilmiştir.

Bulgulara göre ebeveynlerin çoğu çocukluk çağı aşılarına karşı olumlu tutum sergilemektedir. Bu dağılım, katılımcıların aşıya yönelik tutumlarında geniş bir değişkenlik olduğunu göstermektedir.

Ölçek puanlamasına göre, 50 ve üzeri puan alan bireyler "tereddütlü (hesitant)" bireyler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tanımlama doğrultusunda, çalışmamızda yer alan ebeveynlerin %16,4'ü (n = 27) aşı konusunda tereddütlü olarak değerlendirilmiştir. Bu oran, toplumda belirli bir kesimin aşıya karşı açık bir karşıtlık göstermemekle birlikte, aşı uygulamaları konusunda kararsızlık ve güvensizlik yaşadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.6 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği skoru

	n	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	En küçük	En büyük
Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği	165	20,23	20	20,53	0	83

4.5.1. Çocuğun Aşısının Ertelenmesi veya Yapılmaması Durumu

"Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle hiç ertelediniz mi?**"** sorusuna 25 kişi (%15,2) "evet", 131 kişi (%79,4) "hayır", 9 kişi (%5,5) "bilmiyorum" yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu çocuklarının aşılarını zamanında yaptırdıklarını belirtmiştir.

“Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle yaptırmadığınız oldu mu?**”** sorusuna 8 kişi (%4,8) “evet”, 155 kişi (%93,9) “hayır”, 2 kişi (%1,2) “bilmiyorum” demiştir. Katılımcıların %95’inden fazlası tüm aşıları yaptırdığını ifade etmiştir.

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 1/4

Ölçek maddesi		Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle hiç ertelediniz mi?	n	25	131	9
	%	15,2	79,4	5,5
2. Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle yaptırmadığınız oldu mu?	n	8	155	2
	%	4,8	93,9	1,2
11. Bugün başka çocuğunuz olsa onun önerilen tüm aşıları olmasını ister miydiniz?	n	131	10	24
	%	79,4	6,1	14,5

4.5.2. Aşı Uygulamaları Hakkındaki Tutumlar

“Çocukların gereğinden fazla aşı olduğunu düşünüyorum” diyenlerin oranı %19,4 **(**10 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 22 kişi katılıyorum). Katılımcıların dörtte biri civarında kişi aşırı aşılamadan endişe duymaktadır.

“Aşılar sayesinde birçok ağır hastalığın önlendiğini düşünüyorum**”** diyenlerin oranı toplam %80,0 **(**51 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 81 kişi katılıyorum). Bu sonuç, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun aşının koruyuculuğuna inandığını göstermektedir.

“Çocuğumun hastalığı geçirerek bağışıklık kazanması aşıdan daha iyidir” ifadesine katılanların oranı %17,0 **(**10 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 18 kişi katılıyorum)’dur. Ebeveynlerin çoğu, doğal bağışıklığı aşıya tercih etmemektedir.

“Çocukların bir seferde daha az sayıda aşı olması daha iyidir” diyenlerin oranı %32,1 **(**7 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 46 kişi katılıyorum). Bu sonuç, bazı ebeveynlerin çoklu aşı uygulamaları konusunda temkinli olduklarını göstermektedir.

“Aşılar hakkında aldığım bilgilere güveniyorum**”** ifadesine 112 kişi (%67,8) **(**39 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 73 kişi katılıyorum**)** olumlu yanıt vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu aşı bilgisine güvendiğini ifade etmiştir.

“Çocuğumun doktoruyla aşılar hakkındaki endişelerimi açıkça tartışabiliyorum” diyenlerin oranı %70,3 **(**35 kişi kesinlikle katılıyorum**,** 81 kişi katılıyorum)’tür. Bu bulgu, ebeveyn-hekim iletişiminin güçlü olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 2/4

Ölçek maddesi		**Kesinlikle katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kısmen katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
4. Çocukların gereğinden fazla aşı olduğunu düşünüyorum.	n	10	22	42	61	30
	%	6,1	13,3	25,5	37,0	18,2
5. Aşılar sayesinde birçok ağır hastalığın önlendiğini düşünüyorum.	n	51	81	20	9	4
	%	30,9	49,1	12,1	5,5	2,4
6. Çocuğumun hastalığı geçirerek bağışıklık kazanması aşıdan daha iyidir.	n	10	18	31	71	35
	%	6,1	10,9	18,8	43,0	21,2
7. Çocukların bir seferde daha az sayıda aşı olması daha iyidir.	n	7	46	59	34	19
	%	4,2	27,9	35,8	20,6	11,5
13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güveniyorum.	n	39	73	42	7	4
	%	23,6	44,2	25,5	4,2	2,4
14. Çocuğumun doktoruyla aşılar hakkındaki endişelerimi açıkça tartışabiliyorum.	n	35	81	22	22	5
	%	21,2	49,1	13,3	13,3	3,0

4.5.3. Aşı Güvenliği ve Yan Etkilere İlişkin Endişeler

“Aşı sonrası çocuğunuzda ciddi bir yan etki olmasından endişe ediyor musunuz?” sorusuna 81 kişi (%49,1) **(**66 kişi endişeleniyorum**,** 15 kişi çok endişeleniyorum**)** yanıtı vermiştir. Yaklaşık yarı yarıya oranda ebeveynin aşı sonrası olası yan etkiler konusunda kaygı duyduğu görülmektedir.

"Çocukluk çağı aşılarından herhangi birinin güvenli olmadığından endişeleniyor musunuz?" sorusuna 30 kişi (%18,2) **(**25 kişi endişeleniyorum**,** 5 kişi çok endişeleniyorum) yanıtını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%82) aşıların güvenli olduğunu düşünmektedir.

"Aşıların hastalığı önlemede etkisiz olabileceğinden endişe ediyor musunuz?" sorusuna 31 kişi (%18,8) (27 kişi endişeleniyorum**,** 4 kişi çok endişeleniyorum) yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin yalnızca beşte biri aşının etkinliğine dair kuşku taşımaktadır.

"Genel olarak, çocukluk çağı aşıları hakkında ne kadar endişe ediyorsunuz?" sorusuna 30 kişi (%18,1) **(**22 kişi endişeleniyorum**,** 8 kişi çok endişeleniyorum) yanıtını vermiştir. Katılımcıların yaklaşık beşte dördü aşı konusunda genel bir endişe taşımamaktadır.

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 3/4

Ölçek maddesi		**Hiç endişelenmiyorum**	**Endişelenmiyorum**	**Kararsızım**	**Endişeleniyorum**	**Çok endişeleniyorum**
8. Aşı sonrası çocuğunuzda ciddi bir yan etki olmasından endişe ediyor musunuz?	n	14	47	23	66	15
	%	8,5	28,5	13,9	40,0	9,1
9. Çocukluk çağı aşılarından herhangi birinin güvenli olmadığından endişeleniyor musunuz?	n	28	62	45	25	5
	%	17,0	37,6	27,3	15,2	3,0
10. Çocukluk çağında yapılan aşılardan birinin hastalığı önlemeyeceği ile ilgili endişeleniyor musunuz?	n	28	61	45	27	4
	%	17,0	37,0	27,3	16,4	2,4
12. Genel olarak, çocukluk çağı aşıları hakkında ne kadar endişe ediyorsunuz?	n	34	69	32	22	8
	%	20,6	41,8	19,4	13,3	4,8

4.5.4. Aşı Sistemine Güven ve Hekimle İletişim

"Ülkemizde ücretsiz olarak uygulanmakta olan aşı takviminin çocuğunuz için uygun olduğuna ne kadar eminsiniz?**"** sorusunda ortalama güven düzeyi 7,15 ± 2,55 olup, ortanca değer 8'dir. Bu sonuç, katılımcıların genel olarak ulusal aşı takvimine yüksek güven duyduğunu göstermektedir.

"Her şeyi değerlendirdiğinizde çocuğunuzun doktoruna ne kadar güveniyorsunuz?**"** sorusunda ortalama puan 7,91 ± 2,34'tür (ortanca: 9). Ebeveynlerin doktorlarına güven düzeyi oldukça yüksektir.

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Sıklıkları 4/4

Ölçek maddesi	n	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	En küçük	En büyük
3. Ülkemizde ücretsiz olarak uygulanmakta olan aşı takviminin çocuğunuz için uygun olduğuna ne kadar eminsiniz? *(0 ile 10 arasında puanlama)*	165	7,15	8	2,55	0	10
15. Her şeyi değerlendirdiğinizde çocuğunuzun doktoruna ne kadar güveniyorsunuz? *(0 ile 10 arasında puanlama)*	165	7,91	9	2,34	0	10

4.5.5. Geleceğe Yönelik Aşı Tutumu

"Bugün başka çocuğunuz olsa onun önerilen tüm aşıları olmasını ister miydiniz?" sorusuna 131 kişi (%79,4) "evet", 10 kişi (%6,1) "hayır", 24 kişi (%14,5) "bilmiyorum" yanıtını vermiştir. Katılımcıların dörtte üçünden fazlası gelecekte de çocuklarının tüm aşılarını yaptırmayı düşündüğünü belirtmiştir.

Elde edilen bulgular, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun hem aşıların güvenliğine hem de hekimlerine olan güvene sahip olduğunu göstermektedir. Ancak,

az sayıda ebeveynin yan etki korkusu ve çoklu aşı uygulamalarına karşı temkinli yaklaşımı dikkati çekmektedir. Toplam puan dağılımı da bu sonucu desteklemekte; düşük puanlı grubun azlığı, toplum genelinde aşı tereddüdünün sınırlı düzeyde olduğunu göstermektedir.

4.6. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4.8 Ölçeklerin sosyodemografik bulgulara göre incelenmesi

Sosyodemografik bulgular	n	Aşı Karşıtlığı Ölçeği		Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği	
		μ ± σ	t/F	μ ± σ	t/F
Yaş grubu					
40 yaş altı	106	45,54 ± 14,59	0,588	26,93 ± 20,88	0,560
40 yaş ve üstü	59	44,24 ± 15,00		24,98 ± 20,01	
Eğitim düzeyiniz nedir?					
İlköğretim	33	[a]52,27 ± 2,64		[a]33,82 ± 3,75	
Lise	30	[b]42,07 ± 2,40	*0,006*	25,3 ± 3,44	*0,046*
Üniversite	102	[bc]43,63 ± 1,42		[b]24,06 ± 2,01	
Bu çocuk sizin ilk çocuğunuz mu?					
Evet	96	43,54 ± 13,9	0,115	23,96 ± 19,71	0,093
Hayır	69	47,2 ± 15,62		29,41 ± 21,36	
Bu çocukla olan yakınlık durumunuz nedir?					
Anne	145	45,54 ± 15,05	0,268	26,32 ± 20,89	0,892
Baba	20	41,65 ± 11,7		25,65 ± 18,24	
Gelir düzeyiniz nedir?					
Asgari ücret ve altı	45	48,36 ± 2,09		31,29 ± 3,16	
Asgari ücretin iki katı	39	43,95 ± 2,3	0,215	24,64 ± 2,92	0,153
Asgari ücretin iki katından çok	81	43,79 ± 1,68		24,2 ± 2,33	
Yaşadığınız bölge nedir?					
Kent	160	44,79 ± 14,72	0,169	26,08 ± 20,63	0,585
Kırsal	5	54,00 ± 12,53		31,2 ± 18,19	

**Student's t/ANOVA*

Katılımcıların yaş grubu, eğitim düzeyi, ebeveynlik durumu, gelir düzeyi ve yaşadıkları bölgeye göre AKÖ ile ÇÇAYETÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 8).

Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada, 40 yaş altı katılımcıların AKÖ puanı 45,54 ± 14,59**,** 40 yaş ve üzerindekilerin ise 44,24 ± 15,00 olarak saptanmış, fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t = 0,588; p > 0,05). Benzer şekilde, ÇÇAYETÖ ortalamaları yaş grubuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir (26,93 ± 20,88 ve 24,98 ± 20,01; t = 0,560; p > 0,05).

Eğitim düzeyi değişkeni incelendiğinde, AKÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p = 0,006). İlköğretim mezunlarının ortalama puanı 52,27 ± 2,64 ile en yüksek düzeydedir; bunu lise mezunları (42,07 ± 2,40) ve üniversite mezunları (43,63 ± 1,42) izlemiştir. Benzer şekilde, ÇÇAYETÖ puanları da eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p = 0,046**).** İlköğretim mezunlarının ÇÇAYETÖ puanı 33,82 ± 3,75 ile en yüksek değere sahiptir; lise mezunlarında 25,30 ± 3,44, üniversite mezunlarında ise 24,06 ± 2,01 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, eğitim düzeyi arttıkça hem aşı karşıtlığı hem de olumsuz tutum puanlarının azaldığını göstermektedir.

"Bu çocuk sizin ilk çocuğunuz mu?" değişkenine göre yapılan analizde, ilk çocuğu olanlarda AKÖ puanı 43,54 ± 13,9, ilk çocuğu olmayanlarda 47,20 ± 15,62 olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0,115). Benzer biçimde, ÇÇAYETÖ puanları da sırasıyla 23,96 ± 19,71; 29,41 ± 21,36 olup, fark anlamlı değildir (p = 0,093).

Katılımcıların yakınlık durumu (anne veya baba olma durumu) ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p > 0,05). Annelerin AKÖ ortalaması 45,54 ± 15,05**,** babaların 41,65 ± 11,7; ÇÇAYETÖ ortalamaları ise sırasıyla 26,32 ± 20,89 ve 25,65 ± 18,24'tür.

Gelir düzeyi açısından yapılan karşılaştırmada, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p > 0,05). Asgari ücret ve altı gelir grubunda AKÖ puanı 48,36 ± 2,09**,** asgari ücretin iki katı olanlarda 43,95 ± 2,3, iki katından fazla olanlarda 43,79 ± 1,68 olarak belirlenmiştir. ÇÇAYETÖ puanları ise sırasıyla 31,29 ± 3,16**,** 24,64 ± 2,92 ve 24,20 ± 2,33'tür.

Yaşanılan bölgeye göre karşılaştırıldığında, kentte yaşayanların AKÖ ortalaması 44,79 ± 14,72**,** kırsal bölgede yaşayanların ise 54,00 ± 12,53 olarak bulunmuştur. Kırsal bölgede yaşayanlarda puan daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0,169). ÇÇAYETÖ puanları da benzer şekilde

kentte 26,08 ± 20,63**,** kırsalda 31,2 ± 18,19 olup anlamlı farklılık saptanmamıştır (p = 0,585).

4.7. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ AŞILANMA, AŞILAMAYA DAİR BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4.9 Ölçeklerin aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışlara göre incelenmesi

Aşılanma/aşılamaya dair bilgi ve davranışlar	n	Aşı Karşıtlığı Ölçeği		Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği	
		μ ± σ	t/F	μ ± σ	t/F
Sağlık bakanlığının rutin aşı takviminde hangi aşılar olduğunu biliyor musunuz?					
Evet	131	44,16 ± 14,21	0,118	24,63 ± 19,91	*0,048*
Hayır	34	48,59 ± 16,24		32,44 ± 21,99	
Çocuklarınıza aşı yapılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?					
Evet	16	56,75 ± 14,48	*0,000*	42,00 ± 22,34	*0,001*
Hayır	149	43,82 ± 14,22		24,54 ± 19,67	
Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?					
Aile hekimim	121	45,01 ± 1,24		24,78 ± 1,8	
Uzman hekim	112	44,65 ± 1,38		26,34 ± 1,88	
Hemşire	45	41,27 ± 1,83	0,195	24,13 ± 2,81	0,573
Eczacı	12	44,25 ± 4,45		23,67 ± 6,62	
Eş-dost	8	37,50 ± 5,16		16,88 ± 5,11	
Aşılarımı kendim takip eder yaptırırım	67	40,84 ± 1,64		21,46 ± 2,34	
Çocuklarınıza çocukluk çağı aşılarını yaptırıyor musunuz/yaptırdınız mı?					
Tüm aşıları eksiksiz takip edip yaptırdım	143	[a]43,79 ± 1,22		[a]24,29 ± 1,64	
Takip etmedim, aile hekimi arayınca yaptırdım	18	51,17 ± 2,62	*0,005*	35,67 ± 4,93	*0,002*
Aşıların sadece bir kısmını yaptırdım	4	[b]63,50 ± 7,73		[b]53,25 ± 12,60	
Çocuğunuza rutin aşı takviminde olmayan aşı/aşılar yaptırdınız mı?					
Evet	62	38,90 ± 14,14	*0,000*	18,53 ± 17,77	*0,000*
Hayır	103	48,79 ± 13,83		30,87 ± 20,77	
Aşı takviminde olduğu halde çocuğunuza aşı yapılmasını reddettiğiniz oldu mu?					
Evet	5	56,00 ± 19,62	0,092	43,20 ± 29,09	0,060
Hayır	160	44,73 ± 14,48		25,71 ± 20,11	
Çocuklarınıza aşı yaptırdığınızda yan etki ile karşılaştınız mı?					
Evet	34	46,38 ± 15,42	0,562	31,38 ± 22,78	0,101
Hayır	131	44,73 ± 14,56		24,90 ± 19,79	

**Student's t/ANOVA*

Katılımcıların aşı takvimi hakkındaki bilgi düzeyleri, aşı yaptırma davranışları ve aşı reddi ile ilgili tutumları incelendiğinde, hem AKÖ hem de ÇÇAYETÖ puanları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 9).

Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde hangi aşıların bulunduğunu bilen katılımcıların AKÖ ortalaması 44,16 ± 14,21, bilmeyenlerin ise 48,59 ± 16,24 olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte (p = 0,118), bilgi düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı puanının azaldığı gözlenmiştir. ÇÇAYETÖ açısından ise fark anlamlı bulunmuştur **(**p = 0,048); aşı takvimini bilenlerin puanı 24,63 ± 19,91**,** bilmeyenlerin puanı ise 32,44 ± 21,99'dur. Bu sonuç, bilgi düzeyinin artmasının aşıya karşı daha olumlu tutum geliştirilmesini desteklediğini göstermektedir.

"Çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen" 16 katılımcının AKÖ puanı 56,75 ± 14,48 iken, "her zaman kabul eden" 149 katılımcının puanı 43,82 ± 14,22'dir; fark oldukça anlamlıdır (p < 0,001). Benzer şekilde, ÇÇAYETÖ puanı da reddedenlerde 42,00 ± 22,34, kabul edenlerde 24,54 ± 19,67 olup anlamlı farklılık göstermektedir (p = 0,001). Bu bulgular, aşı reddinin aşı karşıtlığı puanlarını belirgin biçimde yükselttiğini göstermektedir.

Aşı yaptırma kararında dikkate alınan bilgi kaynakları incelendiğinde, en çok aile hekimi (%73,3) ve uzman hekim (%67,9) önerilerinin esas alındığı görülmüştür. Aile hekimini dikkate alanların AKÖ puanı 45,01 ± 1,24, uzman hekimi dikkate alanların 44,65 ± 1,38, hemşire görüşüne başvuranların 41,27 ± 1,83 ve eczacıya danışanların 44,25 ± 4,45 olarak bulunmuştur; fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0,195). Ancak eş-dost önerisine göre hareket edenlerin puanı oldukça düşüktür (37,50 ± 5,16), bu da güvenilir sağlık profesyonellerinin aşı davranışı üzerinde daha etkili olduğunu düşündürmektedir.

"Aşılarımı kendim takip eder yaptırırım" diyenlerin AKÖ puanı 40,84 ± 1,64 ve ÇÇAYETÖ puanı 21,46 ± 2,34 olup, bu grubun en olumlu tutuma sahip olduğu görülmektedir.

Çocukluk çağı aşı takvimine uyum düzeyi değerlendirildiğinde, tüm aşıları eksiksiz yaptıranların AKÖ puanı 43,79 ± 1,22, yalnızca aile hekimi aradığında yaptıranların 51,17 ± 2,62, sadece bir kısmını yaptıranların ise 63,50 ± 7,73 olarak saptanmıştır (p = 0,005). Benzer biçimde, ÇÇAYETÖ puanları da sırasıyla 24,29 ± 1,64**,** 35,67 ± 4,93 ve 53,25 ± 12,60'tır (p = 0,002). Bu sonuçlar, aşı uyumunun arttığı durumlarda hem aşı karşıtlığının hem de olumsuz tutumların belirgin biçimde azaldığını göstermektedir.

"Rutin takvim dışında aşı yaptıran" 62 katılımcının AKÖ puanı 38,90 ± 14,14, yaptırmayanların ise 48,79 ± 13,83 olup fark oldukça anlamlıdır (p < 0,001). Benzer şekilde, ÇÇAYETÖ puanları da sırasıyla 18,53 ± 17,77 ve 30,87 ± 20,77 olup fark anlamlıdır (p < 0,001). Bu durum, ek aşı yaptıran bireylerin aşı konusunda daha bilinçli ve olumlu tutum sergilediğini ortaya koymaktadır.

Rutin takvimde yer alan aşıları reddeden 5 katılımcının AKÖ puanı 56,00 ± 19,62, ÇÇAYETÖ puanı 43,20 ± 29,09 olarak bulunmuş; ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0,05).

Aşı sonrası yan etki deneyimleyen 34 katılımcının ÇÇAYETÖ puanı 46,38 ± 15,42, yan etki yaşamayanların ise 44,73 ± 14,56 olup fark anlamlı bulunmamıştır (p = 0,562).

Bu sonuçlar, aşı bilgi düzeyinin yüksek**,** aşı uyumunun güçlü**,** aşı reddinin düşük olduğu bireylerde aşı karşıtlığının da düşük seyrettiğini göstermektedir. Aşı karşıtlığı ile tutum ölçek puanları arasındaki paralellik, bilgi eksikliğinin, deneyimlerin aşı tereddüdünü artırabileceğini düşündürmektedir. Özellikle eğitim ve bilgilendirme faaliyetleriyle, ebeveynlerin güvenilir sağlık profesyonellerinden bilgi almasının teşvik edilmesi, toplumda aşı kabulünü artırmak için önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

4.8. EBEVEYNLERİN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARININ AŞI YAN ETKİSİ, AŞININ İÇERİĞİNE OLAN GÜVEN VE DİNİ İNANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4.10 Ölçeklerin aşılarla ilgili bazı tutumlara göre incelenmesi

	n	Aşı Karşıtlığı Ölçeği		Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği	
		μ ± σ	t/F	μ ± σ	t/F
Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.					
Evet	17	67,59 ± 9,84	*0,000*	55,24 ± 18,63	*0,000*
Hayır	148	42,49 ± 12,86		22,91 ± 18,01	
Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim.					
Evet	151	42,92 ± 12,95	*0,000*	24,25 ± 18,83	*0,005*
Hayır	14	68,29 ± 12,64		47,71 ± 26,20	
Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
Evet	151	65,00 ± 13,15	*0,000*	52,65 ± 18,38	*0,000*
Hayır	14	41,35 ± 11,70		21,30 ± 16,85	
Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.					
Evet	58	57,00 ± 15,01	*0,000*	40,52 ± 21,62	*0,000*
Hayır	107	38,61 ± 9,67		18,50 ± 15,13	
Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
Evet	6	66,50 ± 7,74	*0,001*	39,33 ± 23,71	0,122
Hayır	159	44,26 ± 14,3		25,74 ± 20,32	
Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.					
Evet	60	56,40 ± 14,34	*0,001*	42,65 ± 19,68	*0,000*
Hayır	105	38,60 ± 10,4		16,86 ± 14,18	

**Student's t/ANOVA*

Katılımcıların aşılarla ilgili belirli inanç ve tutum ifadelerine verdikleri yanıtlar ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, AKÖ ve ÇÇAYETÖ puanlarının bu tutumlara göre anlamlı biçimde farklılaştığı görülmüştür (Tablo 10).

"Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir" ifadesine katılanların AKÖ ortalama puanı 67,59 ± 9,84 katılmayanların ise 42,49 ± 12,86 olarak belirlenmiştir ($p < 0,001$). Benzer şekilde, ÇÇAYETÖ puanları da sırasıyla 55,24 ± 18,63 ve 22,91 ± 18,01 olup fark anlamlıdır ($p < 0,001$). Bu bulgu, bulaşıcı

hastalıkların artık tehlike oluşturmadığına inanan bireylerde aşı karşıtlığı ve olumsuz tutum düzeyinin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir.

"Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim" diyenlerin AKÖ puanı 42,92 ± 12,95, "güvenmiyorum" diyenlerin ise 68,29 ± 12,64 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Benzer biçimde, ÇÇAYETÖ puanları güven duyanlarda 24,25 ± 18,83, güvenmeyenlerde 47,71 ± 26,20 olarak saptanmıştır ($p = 0,005$). Bu sonuç, devletin önerdiği aşılara duyulan güvenin aşıya yönelik olumlu tutumu güçlendirdiğini göstermektedir.

"Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam" ifadesine katılanların AKÖ puanı 65,00 ± 13,15, katılmayanların 41,35 ± 11,70'dir ($p < 0,001$). ÇÇAYETÖ puanları da benzer biçimde anlamlı fark saptanmıştır (52,65 ± 18,38 ve 21,30 ± 16,85**,** $p < 0,001$). Bu bulgular, aşıların kalıcı hastalık yapabileceğine inanan ebeveynlerde hem karşıtlık düzeyinin hem de olumsuz tutumun belirgin biçimde arttığını ortaya koymaktadır.

"Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır" diyenlerin AKÖ puanı 57,00 ± 15,01, bu görüşe katılmayanların ise 38,61 ± 9,67 olarak bulunmuştur ($p < 0,001$). ÇÇAYETÖ puan ortalamaları da sırasıyla 40,52 ± 21,62 ve 18,50 ± 15,13 olup fark anlamlıdır ($p < 0,001$). Bu sonuç, aşı içeriğine yönelik olumsuz inançların aşı karşıtlığını ve olumsuz tutumu güçlendirdiğini göstermektedir.

"Dini inancım nedeniyle aşı olmam" ifadesine katılanların AKÖ puanı 66,50 ± 7,74, katılmayanların 44,26 ± 14,30 olarak belirlenmiştir ($p = 0,001$). ÇÇAYETÖ puanları ise sırasıyla 39,33 ± 23,71 ve 25,74 ± 20,32 olup fark anlamlı değildir ($p > 0,05$). Bu bulgu, dini gerekçelerle aşı karşıtlığını ifade eden bireylerin oranının az ancak karşıtlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

"Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum" ifadesine katılanların AKÖ puanı 56,40 ± 14,34, katılmayanların ise 38,60 ± 10,40 olarak bulunmuş ($p = 0,001$); ÇÇAYETÖ puanları ise sırasıyla 42,65 ± 19,68 ve 16,86 ± 14,18 olup fark oldukça anlamlıdır **(**$p < 0,001$**).** Bu durum, otizm veya öğrenme

bozukluğuna yol açması korkusunun aşı karşıtlığının ve tereddüdünün güçlü belirleyicilerinden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlar, aşı karşıtlığı ve olumsuz ebeveyn tutumlarının büyük ölçüde aşı güvenliğine ilişkin yanlış inançlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle "zehirli madde içerdiği", "kalıcı hastalık yaptığı" veya "otizme yol açtığı" yönündeki yanlış inanışlar, hem aşı karşıtlığı hem de tutum puanlarını anlamlı biçimde yükseltmiştir. Buna karşılık, devletin önerdiği aşılara güven duyan ve bulaşıcı hastalıkların hâlâ risk oluşturduğunu bilen ebeveynlerde aşı karşıtlığı belirgin biçimde düşüktür.

Bu bulgular, toplumda aşı güvenliğine yönelik yanlış bilgilerin ebeveyn tutumlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, halk sağlığı açısından bilimsel temelli bilgilendirme**,** güvenilir sağlık otoritelerinin iletişimi ve hekim–ebeveyn etkileşiminin güçlendirilmesi, aşı tereddüdü ve karşıtlığının azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

4.9. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4.11 Aşı Karşıtlığı İle Aşı Tereddütü Arasındaki İlişki

		Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği
Aşı Karşıtlığı Ölçeği	Pearson r	0,704
	n	165
	p	*0,000*

AKÖ ile ÇÇAYETÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 11). Yapılan korelasyon analizi sonucunda bu ilişkinin pozitif yönlü ve güçlü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Evans'ın (1996) sınıflamasına göre bu düzeydeki bir ilişki, değişkenler arasında anlamlı bir bağ olduğunu göstermektedir ($r = 0,704$) ($p < 0,001$). İlişkinin açıklayıcılık gücünü gösteren

determinasyon katsayısı (r^2) 0,495 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, aşı tereddütüne ilişkin varyansın yaklaşık %49,5'inin aşı karşıtlığı puanları tarafından açıklandığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle, aşı karşıtlığı puanı arttıkça bireylerin aşıya yönelik tereddüt düzeyleri de anlamlı biçimde artmaktadır. Dolayısıyla, ebeveynlerde gözlenen aşı tereddüdü ve aşı karşıtlığı olgularının birbirinden bağımsız değil, yakın ilişkili iki tutum biçimi olduğu söylenebilir. Bu durum, aşı karşıtlığını azaltmaya yönelik müdahalelerin yalnızca bilgi düzeyini değil, aynı zamanda duygusal ve bilişsel tereddüt bileşenlerini de hedeflemesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırma bulguları bütüncül olarak değerlendirildiğinde, ebeveynlerin genel olarak aşıya karşı olumlu tutum sergilediği**,** ancak bilgi eksikliği ve yanlış inanışların belirli alt gruplarda aşı tereddüdünü artırdığı görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu devlet tarafından önerilen aşıların güvenli olduğunu, aşıların hastalıkları önlemede etkili bir yöntem olduğunu ve çocuklarının aşı takvimini düzenli olarak takip ettiklerini belirtmiştir.

Buna karşın, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde ve aşıların içeriğine ya da yan etkilerine dair endişe taşıyan gruplarda aşı karşıtlığı puanlarının belirgin biçimde yükseldiği saptanmıştır. Aşı reddi, aşı takvimini bilmemek, aşı içeriğinde zararlı madde olduğuna inanmak veya aşıların otizme yol açabileceği korkusu gibi faktörler hem AKÖ hem de ÇÇAYETÖ puanlarını anlamlı biçimde artırmıştır.

Rutin aşı takvimine yüksek uyum gösteren, hekim önerisine güvenen ve aşıyı sağlık hizmetinin bir parçası olarak gören ebeveynlerde ise aşı karşıtlığı puanları düşük, tutum puanları daha olumlu bulunmuştur. Bu bulgular, aşıya yönelik güven ve bilgi düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı ve tereddüdün azaldığını desteklemektedir.

Çalışmada ayrıca iki ölçek arasında saptanan güçlü pozitif korelasyon ($r = 0,704$; $p < 0,001$)**,** aşı karşıtlığı ve aşı tereddüdünün birbiriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, bireylerin yalnızca bilgi eksikliğinden değil, güven eksikliği, yanlış inanışlar ve duygusal kaygılardan kaynaklanan çok boyutlu bir tereddüt yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, halk sağlığı müdahalelerinin yalnızca bilgilendirme düzeyinde kalmaması, aynı zamanda ebeveynlerin güvenini

pekiştirecek, yanlış bilgileri düzeltecek ve duygusal kaygılarını azaltacak şekilde planlanması önerilmektedir.

5. TARTIŞMA

Aşılar, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde en etkili koruyucu sağlık müdahalelerinden biri olup, DSÖ verilerine göre her yıl milyonlarca ölümün önlenmesini sağlamaktadır (1). Ancak son yıllarda hem dünyada hem de ülkemizde artış gösteren aşı tereddüdü ve aşı reddi, bu kazanımları tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir. Özellikle ebeveynlerin aşıya yönelik tutumları, çocukluk çağı bağışıklama programlarının başarısını doğrudan etkilemektedir (46).

Türkiye'de 2011'de birkaç yüz olan aşı reddi bildiriminin 2018'de 20 binin üzerine çıkması, toplum bağışıklığının sürdürülebilirliği açısından kaygı vericidir (37). Bu durum, ebeveynlerin bilgi düzeyi, inançları ve sağlık sistemine güvenlerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI

Çalışmamız, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarını ve bu tutumlarla ilişkili sosyodemografik faktörleri değerlendirmesi açısından ülkemiz verilerine katkı sunmaktadır.

Çalışmamızda, ebeveynlerin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutumlarını etkileyen sosyodemografik faktörler incelenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 87,9) annelerden oluşması, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Sezen ve Göl'ün (2023) çalışmasında, katılımcıların % 71,8'i anneler olup, aşı kararlarında annelerin baskın rolü vurgulanmıştır (47). Benzer

şekilde, Truong ve arkadaşlarının (48)Vietnam'da yürüttüğü araştırmada, annelerin aşı karar sürecindeki etkisi ön plana çıkarken, Halim ve arkadaşlarının (45) Malezya'daki çalışmada da ebeveynlerin çoğunluğu annelerden oluşmuştur. Bu bulgu, geleneksel aile yapılarında annelerin çocuk sağlığı kararlarındaki öncü konumunu yansıtmaktadır ve aşı programlarının hedef kitlesi olarak annelere odaklanan müdahalelerin etkinliğini desteklemektedir. Ancak, babaların katılımının düşük olması (% 12,1), aşı eğitim programlarında babaları daha fazla dahil etmenin gerekliliğini işaret etmektedir, zira literatürde babaların tutumlarının da aşı kabulünü etkilediği belirtilmiştir (48).

Çalışmamızda ebeveynlerin % 64,2'si 40 yaş altında, % 35,8'i 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 37,5 ± 6,82 olup, yaş aralığı 25-56 yıl arasında değişmektedir. Bu değer, literatürde bildirilen sonuçlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Örneğin, Sezen ve Göl'ün (2023) Türkiye'de yürüttüğü çalışmada ebeveynlerin yaş ortalaması 31,5 ± 5,5 olup, yalnızca %11,8'i 40 yaşın üzerindedir (47). Benzer şekilde, Truong ve arkadaşları (2024) Vietnam'da kentsel bir bölgede ortalama yaşı 30,8 ± 5,9 olarak rapor ederken (48), Halim ve arkadaşlarının (2020) Malezya'da yaptığı araştırmada bu değer 30,45 ± 4,26 olarak bildirilmiştir (45). Dolayısıyla çalışmamızdaki ebeveyn grubunun, hem Türkiye hem de uluslararası çalışmalarla karşılaştırıldığında daha ileri yaşta olduğu görülmektedir. Bu farklılık, bölgesel veya kültürel olarak çocuk sahibi olma yaşının değişmesinden ya da araştırmamızın daha geniş bir yaş aralığını (25–56) kapsamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların % 61,8'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu oran, Halim ve arkadaşlarının (2020) Malezya'da yaptığı araştırmada bildirilen % 38,4'lük lisans mezuniyet oranının ve Truong ve arkadaşlarının (2024)

Vietnam'da rapor ettiği %45,1'lik oranın üzerindedir (45,48). Türkiye'de gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise annelerin yalnızca %31,8'inin ve babaların ise %36,4'ünün üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (47). Bu karşılaştırmalar, çalışmamızdaki ebeveyn grubunun hem ulusal hem de uluslararası örneklere kıyasla daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığını ve aşı programlarına ilişkin farkındalığı artıran önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte literatürde, yüksek eğitim seviyesine sahip gruplarda dahi bilgi kirliliği, yanlış/yanlı medya içerikleri veya eleştirel yaklaşım nedeniyle aşı tereddüdünün gelişebildiği vurgulanmaktadır (45,47). Bu durum, eğitim düzeyinin tek başına olumlu tutumunun garantisi olmadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bilgilendirme ve farkındalık artırıcı müdahalelerin yalnızca eğitim düzeyine değil, aynı zamanda sosyo-kültürel değerler, sağlık otoritesine güven ve iletişim kanalları gibi etkenlere de odaklanması gerekmektedir.

5.2. KATILIMCILARIN AŞILANMA/AŞILAMAYA DAİR BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI

Çalışmamızda ebeveynlerin % 79,4'ü T.C. Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde yer alan aşıları bildiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların beşte birinden fazlası (%20,6) bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Sezen ve Göl, ebeveynlerin % 10,9'unun rutin aşılar hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir (47). Çalışmamızda bilgi eksikliği oranının daha yüksek bulunması, bölgesel koşullar, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyodemografik özellikler gibi faktörlerin ebeveynlerin bilgi düzeyi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, çocuklarına aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin oranı %9,7 olarak bulunmuştur. Bu oran, ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bildirilen aşıyı kabul etmeyenlerin özellikle aşıların zararlı maddeler içerdiğine inanma, olası uzun dönemli sağlık sorunlarına ilişkin kaygılar ve bazı durumlarda dini gerekçeler uyum göstermektedir. Vietnam'da yürütülen bir çalışmada ise ebeveynlerin %13,7'sinin çocuklarına aşı yaptırmadığı bildirilmiştir (48). Bulgularımız, Türkiye'de aşıyı kabul etmeyenlerin oranının Vietnam gibi bazı ülkelerden düşük olmakla birlikte, halen dikkate değer düzeyde olduğunu ve tamamen ortadan kaldırılabilmesi için hedefe yönelik eğitim ve farkındalık programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda ebeveynlerin aşı kararlarını en fazla etkileyen bilgi kaynaklarının sağlık profesyonelleri olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %33,2'si aile hekimlerinin, %30,7'si ise uzman hekimlerin önerilerini dikkate aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu, literatürde ebeveynlerin aşı konusunda sağlık çalışanlarına yüksek düzeyde güven duyduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (47,49). Buna karşılık, eş-dost veya eczacı gibi tıbbi olmayan bilgi kaynaklarına başvuranların oranının oldukça düşük bulunması, doğru ve güvenilir bilgilendirme süreçlerinde sağlık profesyonellerinin kritik rolünü bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızda çocuklarına tüm rutin aşıları eksiksiz yaptırdığını belirten ebeveyn oranı %86,7 iken, yalnızca bir kısmını yaptıranların oranı %2,4 olarak bulunmuştur. Sezen ve Göl'ün (2023) çalışmasında ise düzenli aşı yaptırma oranı %90,9 olarak bildirilmiştir (47). İki çalışmada da aşılamaya katılım oranlarının yüksek olduğu görülmekte olup, küçük farklılıklar çalışma popülasyonu, tanım ve bölgesel koşullardan kaynaklanabilir. Bu durum, ülkemizde genel olarak ebeveynlerin rutin aşılamaya yüksek düzeyde katılım gösterdiğini desteklemektedir.

Çalışmamızda rutin takvim dışı aşıların uygulanma oranı % 40,0 olup, en sık tercih edilenlerin rota virüs (% 53,9) ve menenjit (% 43,4) aşıları olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise özel aşı yaptırma oranı % 29,1 olarak bildirilmiştir (47). Bulgularımız, ebeveynlerin özel aşılar konusunda önceki yıllara kıyasla daha yüksek düzeyde farkındalık ve kabul geliştirdiğini, bu durumun da muhtemelen bilgiye erişim, hekim önerisi ve sosyoekonomik koşulların iyileşmesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, aşı takviminde yer alan aşılardan herhangi birini reddeden ebeveyn oranı %3,0 olarak saptanmış olup, reddedilen aşılar arasında DBT, kızamık ve tetanos yer almıştır. Vietnam'da yapılan bir araştırmada ise bu oran %13,7 olarak bildirilmiştir (48). Çalışmamızda daha düşük oranın gözlenmesi, Türkiye'de ulusal aşılama programlarının uzun süredir etkin biçimde uygulanması, aile hekimliği sistemi aracılığıyla aşılara erişimin kolay sağlanması ve toplumdaki genel kabulün yüksekliği ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte, bu farklılıkların yalnızca "kabul edilebilirlik" düzeyiyle açıklanması sınırlı kalmaktadır; ülkeler arasındaki sağlık politikaları, toplumun sosyo-kültürel özellikleri, aşılara yönelik bilgi kaynakları ve iletişim kanallarındaki farklılıklar da bu oranların şekillenmesinde rol oynamış olabilir.

Çalışmamızda çocuklarında aşı sonrası istenmeyen etki bildiren ebeveyn oranı % 20,6'dır. En sık gözlenen aşı sonrası istenmeyen etki ateş (% 73,2) olup, bunu aşı yerinde kızarıklık/şişlik ve huzursuzluk izlemiştir. Sezen ve Göl (2023) çalışmasında da en yaygın bildirilen aşı sonrası istenmeyen etki ateş, ağrı ve kızarıklık olarak belirlenmiştir. Bulgularımız, ebeveynlerin çoğunluğunun (% 79,4) aşı sonrası herhangi bir istenmeyen etkiyle karşılaşmadığını ifade etmesi bakımından, aşılama uygulamalarının güvenli olduğuna yönelik literatürle uyumludur (47).

5.3.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN AŞI KARŞITLIĞINA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, ilköğretim düzeyinde eğitime sahip ebeveynlerin aşı karşıtlığı puanlarının lise ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu; buna karşın, lise ve üniversite mezunları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgu, eğitimin belirli bir eşiğe kadar aşı karşıtlığı riskini azalttığını, ancak daha ileri eğitim düzeyinin bu etkiyi belirgin biçimde artırmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, Tunç ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında çocuğuna tüm aşıları eksiksiz yaptıran ebeveynlerin aşı karşıtlığı puanlarının daha düşük bulunması, bizim bulgumuzla uyumludur (70).

Eğitim düzeyine odaklanıldığında, annelerin %60'ının ve babaların %75'inin üniversite mezunu olması, örneklemimizin eğitim açısından homojen ve yüksek nitelikli olduğunu göstermektedir. Düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların sınırlı olması, eğitim farklılıklarının aşı tutumlarına yansımasını değerlendirmeyi güçleştirmiştir. Bu nedenle, anne ve baba arasında anlamlı bir eğitim farkı saptanmamış olması, gerçek bir farkın bulunmamasından ziyade örneklemin bu özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın bulguları, literatürle uyumlu olarak, yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin aşı programlarına daha uyumlu olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ancak Harmsen ve arkadaşlarının (2013) Hollanda'da yürüttüğü çalışmada, eğitimli ebeveynlerin %45,8'inin ek bilgi aradığı, %25'inin ise yan etki konusundaki bilgi eksikliğinden şikâyet ettiği ve Ulusal Aşılama Programı bilgilerini

yetersiz bulduğu bildirilmiştir (51). Bu durum, eğitim düzeyinin bilgi ihtiyacını artırabileceğini ve bilgilendirme kaynaklarının kalitesinin önemini vurgulamaktadır.

Eğitim düzeyine göre yapılan gelir ve yerleşim yeri analizlerinde anlamlı farklar saptanmıştır: İlköğretim mezunlarının %75,8'i asgari ücret ve altında gelir elde ederken, üniversite mezunlarının %71,6'sı yüksek gelir grubundadır ($p<0,05$). Ayrıca, üniversite mezunlarının %99'u kentte yaşamaktadır ($p<0,05$). Bu bulgular, yüksek eğitimin sosyoekonomik statüyü artırarak kentleşmeyi teşvik ettiğini ve literatürde bildirilen eğitim–aşı kabulü ilişkisiyle paralellik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Sezen ve Göl'ün (2023) Türkiye'de ebeveynlerin aşı tutumlarını incelediği çalışmada, üniversite mezunu ebeveynlerin AKÖ puanlarının (ortalama 50,43 ± 9,00) daha yüksek olduğu; aşı gerekliliğine inananların (%85,5) düzenli aşı yaptırma oranlarının %90,9'a ulaştığı ve bu durumun yan etki korkusunun (%74,5) azalmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (47). Benzer şekilde, Balbir Singh ve arkadaşlarının (2019) Malezya'da postnatal anneler arasında yürüttüğü araştırmada da eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi skorlarının arttığı ve genel tutumun daha olumlu olduğu belirlenmiştir (50).

Sonuç olarak, eğitim düzeyinin aşıya yönelik tutumları etkileyen temel bir belirleyici olduğu görülmektedir. Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde yapılan bir tez çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça aşı okuryazarlığının da arttığı, bunun aşı karşıtlığını azalttığı; Temel Mert ve arkadaşlarının Sivas'ta yaptıkları araştırmada kırsal bölgede yaşayanlarda aşı karşıtlığının daha yüksek olduğu; Antalya'da yapılan bir anket çalışmasında ise aşı karşıtlığının düşük eğitim ve düşük gelir düzeyine sahip gruplarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (67–69).

Turan'ın (2022) çalışmasında ebeveynlerin aşı sonrası ciddi yan etki konusundaki kaygılarının dengeli biçimde "yararı zararından fazla" ve "yararı zararından az" yanıtlarıyla ifade edildiği, Akman ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların dörtte birinin yan etkilerden endişe duyduğu bildirilmiştir (63,66). Bu sonuçlar, risk iletişimi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve ebeveyn danışmanlığının güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Aşı karşıtlığının nedenlerine bakıldığında, Altuntaş ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerin %82,9'unun aşılardaki bazı maddelerin otizme yol açabileceğini düşündükleri; Şimşek'in (2024) derlemesinde otizm kaygısının yanı sıra dini gerekçeler ve aşılardaki ağır metallerin zarar vereceğine yönelik inanışların öne çıktığı; Aygün ve arkadaşlarının çalışmasında ise dinen aşıyı reddetme oranının %66 olduğu rapor edilmiştir (71–73). Malezya'da postnatal anneler arasında yürütülen araştırmada da yüksek eğitim düzeyine rağmen, dini yanlış inanışlar ve otizm korkusunun bazı annelerde aşı direncini tetiklediği belirtilmiştir (50).

Bu bağlamda, eğitim düzeyi yüksek olsa da, çalışmamızdaki ebeveynlerin yan etki algısının (örneğin otizm ya da kısırlık korkusu) literatürdeki gibi bilgi boşluklarından kaynaklanabileceği; dolayısıyla eğitim odaklı ve güvenilir bilgiye erişimi artıran müdahalelerin aşı kabulünü pekiştirebileceği değerlendirilmektedir. Eğitim düzeyi, yalnızca bilgi ve tutum açısından değil, aynı zamanda sosyoekonomik fırsatlara erişim bakımından da belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, gelir ve yaşam koşullarındaki iyileşmenin aşıya erişim ve kabulü üzerinde dolaylı bir etki yaratabileceğini düşündürmektedir.

Gelir düzeyine gelindiğinde, annelerin %47,6'sının ve babaların %60'ının asgari ücretin iki katından fazla gelire sahip olması, ekonomik olarak avantajlı bir örneklem profili çizmektedir. Anne-baba arasında anlamlı bir gelir farkının bulunmaması ($p>0,05$), aile içi ekonomik homojenliği ortaya koymaktadır. Buna karşın, gelir düzeyine göre yerleşim yeri dağılımı anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$); yüksek gelir grubundaki ebeveynlerin büyük çoğunluğunun kentte yaşadığı belirlenmiştir (52). Bu bulgu, literatürde de vurgulandığı gibi, kentsel bölgelerdeki ailelerin sağlık hizmetlerine ve aşılara daha kolay erişim sağladığını ve aşılama programlarına katılım oranlarının genellikle daha yüksek olduğunu destekler niteliktedir. Çalışmamızın bu sonucu, sosyoekonomik avantajların aşı kabulünü dolaylı biçimde artırabileceğini düşündürmekte; dolayısıyla kırsal bölgelerde ekonomik ve lojistik engelleri azaltmaya yönelik müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, düşük gelir grubunun %8,9'unun kırsalda, yüksek gelir grubunun ise yalnızca %1,2'sinin kırsalda yaşadığı ($p<0,05$) saptanmıştır. Bu bulgu, gelirin kentleşmeyi artırdığını ve sosyoekonomik statünün coğrafi dağılımı etkilediğini göstermektedir. Literatürde de yüksek gelir düzeyinin aşı kabulüyle pozitif ilişkili olduğu sıkça rapor edilmiştir. Örneğin, Coniglio ve arkadaşlarının İtalya'nın Sicilya bölgesinde yürüttüğü çalışmada, yüksek sosyoekonomik statüye sahip ailelerde aşı kapsama oranı %97,6, önerilen aşılara kabul oranı ise %84,1 olarak bildirilmiş; bu bulgu, gelirin erişilebilirlik ve güveni artırdığını desteklemektedir (53). Benzer biçimde, Halim ve arkadaşlarının Malezya'da yürüttüğü çalışmada, yüksek gelirli ebeveynlerde tereddüt oranlarının daha düşük olduğu ve davranış alt boyutunun (%74) aşı uyumunu öngördüğü belirtilmiştir (45).

Çalışmamızın sonuçları da bu literatürle uyumlu olarak, yüksek gelirli kentli ebeveynlerin aşı programlarına daha entegre olabileceğini göstermektedir. Ancak Wallace ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, düşük gelirli gruplarda aşı gecikmesinin (ortalama 86 gün) aşı ile önlenebilir hastalık farkındalığı eksikliğinden kaynaklandığı gösterilmiştir (54). Benzer şekilde, çalışmamızda da kırsal bölgede yaşayan ebeveyn oranının düşük olmasına rağmen (%8,9), bu grupta aşıya erişimde gecikme riskinin bulunduğu değerlendirilmektedir. Bu nedenle, gelir temelli eşitsizlikleri ve coğrafi erişim farklarını azaltmaya yönelik kamu sağlığı girişimleri — örneğin mobil aşı birimleri gibi saha temelli uygulamalar— aşılama oranlarını artırmada önemli rol oynayabilir.

Çalışmamız, katılımcıların çoğunun aşıların koruyucu değerine inandığını ortaya koyarken, yan etki endişelerinin aşı tereddüdünde temel bir rol oynadığını göstermektedir. Buna karşılık, dini veya kültürel gerekçelerle aşı reddi oldukça düşük düzeydedir. Bulgularımız, Balgui ve arkadaşlarının uluslararası ölçekte yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olup, yan etki korkusu ve güven eksikliğinin aşı tereddüdü üzerindeki etkisini doğrulamaktadır (55). Benzer şekilde, Önal ve arkadaşlarının ülkemizde yürüttüğü çalışmada da risk algısının aşı tereddüdünde baskın rol oynadığı bildirilmiştir (49). Bu bulgular, aşı karşıtlığının esasen bilgi eksikliği ve risk algısından kaynaklandığını göstermekte; dolayısıyla kamu otoritelerinin şeffaf, bilimsel temelli iletişim stratejileri geliştirerek güven artırıcı politikaları güçlendirmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Genel olarak, çalışmamızdaki sosyodemografik sonuçlar, yüksek eğitimli, yüksek gelir düzeyine sahip ve kentte yaşayan ebeveyn profilinin aşı kabulünü olumlu

etkileyebileceğini; ancak yan etki korkusu ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin (literatürde %6–25 oranında) potansiyel riskler taşıdığını göstermektedir. Bu durum, Coniglio ve Balbir Singh çalışmalarında vurgulandığı gibi, aile hekimleri ve sağlık profesyonellerinin ebeveyn tutumlarının şekillenmesindeki kritik rolünü desteklemektedir (50,53).

5.4.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARINA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI

Literatürde, genç ebeveynlerin (özellikle 40 yaş altı) aşı tereddüdüne daha yatkın oldukları; ancak bu durumun genellikle düşük eğitim düzeyi ve kırsal yerleşimle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Örneğin, Truong ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada genç ebeveynlerde (tereddüt oranı %8,9), istihdam durumu ve advers olay haberlerine maruziyetin aşı tereddüdü ile ilişkili olduğu, ancak yüksek eğitim düzeyine sahip gruplarda bu etkinin azaldığı vurgulanmıştır (48). Çalışmamızın bulguları da literatürle uyumlu biçimde, aşı tereddüdünün esasen yaş faktöründen ziyade sosyoekonomik dezavantajlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, gelecekte yapılacak çalışmaların yaşın aşıyla ilgili bilgi arama ve karar verme davranışları üzerindeki etkisini incelemesi önemlidir.

Dirik ve arkadaşlarının Türkiye'de bir aile sağlığı merkezinde yürüttükleri çalışmada, 0–4 yaş arası çocuğu bulunan 249 ebeveynin %89,6'sının çocuklarına aşı yaptırdığı, ancak %30,5'inin aşı konusunda tereddütlü olduğu bildirilmiştir (56). İtalya'da yapılan bir çalışmada 727 ebeveynin %34,7'sinin, ABD'de ise %26'sının aşıya karşı tereddütlü olduğu; benzer bir anketin uygulandığı Malezya'daki

araştırmada ise bu oranın %11,6 olduğu belirtilmiştir (57–59). Bizim çalışmamızda, ebeveynlerin %16,4'ü (n=27) aşı konusunda tereddütlü olarak değerlendirilmiştir. Bu oran, İtalya (%34,7), ABD (%26) ve Türkiye'den Dirik ve arkadaşlarının (%30,5) bildirdiği oranlardan daha düşük; ancak Malezya'daki (%11,6) orandan daha yüksektir.

Bu farklılıkların birkaç nedeni olabilir. Öncelikle, toplumların sosyo-kültürel yapısı, sağlık sistemine duyulan güven ve sağlık çalışanlarının rolü, aşı tereddüdünün düzeyini belirleyen önemli faktörlerdir. Türkiye'de sağlık çalışanları ile toplum arasındaki güçlü temas, aile sağlığı merkezleri aracılığıyla verilen bilgilendirme hizmetleri ve rutin aşılama programlarının yaygınlığı, çalışmamızda tereddüt oranının görece düşük bulunmasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin %15,2'si çocuklarının aşılarını hastalık veya alerji dışındaki nedenlerle ertelediğini, %4,8'i ise hiç yaptırmadığını belirtmiştir. Vietnam'da 315 ebeveyn, Almanya'da ise 191 katılımcı ile yapılan çalışmalarda erteleme oranı sırasıyla %31,4; reddetme oranları ise %13,7 ve %16,2 olarak bildirilmiştir (48,60). Türkiye'de yapılan benzer bir araştırmada ise erteleme ve reddetme oranları sırasıyla %11,5 ve %8 olarak rapor edilmiştir (61). Literatürde, aşı erteleme ve reddetme nedenleri arasında randevu unutulması, yan etki korkusu, mali yük ve aşının ücretsiz olmaması gibi faktörlerin öne çıktığı bildirilmektedir (62).

Çalışmamızda ayrıca, geleceğe yönelik tutumlarda kararsız olarak tanımlanan grubun (%14,5) aşıya dair daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunu belirtmesi, müdahaleler açısından dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, bilgilendirme eksikliğinin kararsızlıkla doğrudan ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Ülkemizde Akman ve arkadaşlarının 347 anne ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %21,6'sı "Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.", %18,7'si ise "Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır." ifadelerine "kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir. "Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim." ifadesine ise yalnızca %0,9 oranında katılım olmuş; bu ifadeye "kesinlikle katılmıyorum" diyenlerin oranı %16,7 olarak bildirilmiştir (63). 2013 yılında yapılan bir başka çalışmada ise, aşıyı reddeden veya tereddüt edenlerin bu davranışlarının temelinde çoğunlukla aşıların etkinliğine duyulan güvensizlik olduğu saptanmıştır (64).

Uluslararası veriler de benzer şekilde güven ve etkinlik algısına işaret etmektedir. Örneğin, Avustralya'da yapılan bir araştırmada ebeveynlerin %35,9'u aşı yan etkilerinden korktuklarını, %35,9'u aşıların etkinliğinden şüphe duyduklarını, %23,1'i ise ilaç endüstrisine güvenmediklerini bildirmiştir (65). ABD'de yapılan çalışmalarda da aşı güvenine dair düşük puanların, aşı erteleme ve reddetme davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (62). Bu bulgular, aşı tereddüdünün büyük ölçüde bilgi eksikliği, güven sorunu ve yanlış inanışlardan kaynaklandığını ortaya koymakta; dolayısıyla bilgilendirici ve güven artırıcı müdahalelerin özellikle kararsız grupta aşı kabulünü iyileştirme potansiyeli taşıdığını desteklemektedir.

Aşıların hastalıkları önlemedeki gücüne yönelik güvenin yüksek olması ve hastalığı geçirerek bağışıklık kazanma görüşüne verilen düşük destek, çalışmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu sonuç, toplumda aşının koruyuculuğunun genel olarak kabul gördüğünü göstermektedir. Ancak, ülkeler arasında aşıya güven

düzeyindeki farklılıkların, sağlık politikaları, medya etkisi ve sağlık sistemine duyulan güvenle yakından ilişkili olduğu değerlendirilmektedir.

Katılımcıların üçte ikisinin hekim ile çocuğunun aşıları hakkında konuşabildiğini ifade etmesi de önemli bir bulgudur. Bazı uluslararası araştırmalarda ebeveynlerin hekimleriyle iletişimde çekingen davrandıkları bildirilmiştir. Bu farklılık, Türkiye'de aile hekimliği sisteminin yaygınlığı ve birebir iletişim olanaklarının daha güçlü olmasıyla açıklanabilir. Bu durum, ülkemiz açısından dikkat çekici bir avantaj olarak değerlendirilmektedir.

5.5. KATILIMCILARIN AŞI KARŞITLIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARININ BİRBİRİ İLE OLAN İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, ebeveynlerin AKÖ (AKÖ) ve Çocuk Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği (ÇÇAYETÖ) puanlarının, aşı güvenliğine ilişkin inanç ve tutumlara göre anlamlı biçimde farklılaştığı görülmüştür. Bulgular, "aşıların zararlı madde içerdiği", "kalıcı hastalık yapabileceği" veya "otizme yol açabileceği" gibi yanlış inanışlara sahip bireylerde hem aşı karşıtlığı düzeyinin hem de olumsuz ebeveyn tutumlarının belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, devlet tarafından önerilen aşılara güven duyan ve bulaşıcı hastalıkların hâlâ risk oluşturduğunu bilen ebeveynlerde aşı karşıtlığı puanlarının anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar, literatürde de belirtildiği üzere (Harmsen ve arkadaşları, 2013), aşı güvenliğine ilişkin yanlış bilgi ve korkuların, aşı tereddüdünün en güçlü belirleyicileri arasında yer aldığını desteklemektedir (51). Dolayısıyla, toplumda aşı

güvenliğine dair yanlış inanışların giderilmesi, sağlık profesyonelleri aracılığıyla güvenilir bilgilendirmenin artırılması ve ebeveynlerle etkili iletişim kurulması, aşı kabulünü artırmada kritik öneme sahiptir.

Ayrıca, "bulaşıcı hastalıkların artık az görüldüğü" yönündeki algının da hem aşı karşıtlığı hem de ebeveyn tutum puanlarında anlamlı farklılık yarattığı görülmüştür. Bu durum, geçmişte yaşanan sağlık politikası değişiklikleri, bireysel olumsuz deneyimler ya da çevreden aktarılan hikâyelerin ebeveynlerin aşıya yönelik tutumlarını şekillendirebildiğini göstermektedir (57–59).

Sonuç olarak, çalışmamızda aşı karşıtlığı ile aşı tereddütü arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, literatürde vurgulandığı gibi, yanlış veya eksik bilgi, güven eksikliği ve dini gerekçelerin her iki tutumda da belirleyici olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu nedenle, aşı karşıtlığı ve tereddüdünü aynı spektrumun farklı uçları olarak ele almak daha uygun görünmektedir. Doğru bilgiye erişimin güçlendirilmesi, güven artırıcı iletişim stratejilerinin uygulanması ve hedeflenmiş risk iletişimi yaklaşımlarının geliştirilmesi, aşı kabulünü artırmaya yönelik temel müdahale alanları olarak değerlendirilebilir (67–71).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen bu araştırmada, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumları ile aşı tereddüdü düzeyleri sosyodemografik değişkenler bağlamında değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %87,9'unu anneler oluşturmuş, yaş ortalaması 37,5 ± 6,82 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %61,8'i üniversite mezunudur. Aşı reddi oranı %9,7 olup, Vietnam'daki %13,7'lik orana göre daha düşüktür. Rutin aşı yaptırma oranı %86,7, özel (takvim dışı) aşı yaptırma oranı %40,0 olarak saptanmıştır. Aşı sonrası istenmeyen etki bildiren ebeveyn oranı %20,6 olup, en sık bildirilen yan etki ateş (%73,2) olmuştur.

Aşı tereddüdü oranı %16,4 (n=27) olarak belirlenmiş; bu oran İtalya (%34,7) ve ABD (%26) çalışmalarına kıyasla düşük, Malezya (%11,6) oranından yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe aşı karşıtlığı puanlarının azaldığı, lise ve üniversite mezunları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Gelir düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı puanlarının düştüğü; yüksek gelir grubundaki ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%99) kentte yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük gelir grubunun %8,9'unun, yüksek gelir grubunun ise yalnızca %1,2'sinin kırsalda yaşadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Aşı kararlarında en etkili bilgi kaynağının sağlık profesyonelleri olduğu görülmüştür: ebeveynlerin %33,2'si aile hekimlerinin, %30,7'si uzman hekimlerin önerilerini dikkate aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %15,2'si çocuklarının aşılarını hastalık veya alerji dışı nedenlerle ertelemiş, %4,8'i ise hiç yaptırmadığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin %30–40'ı "Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir." ifadesine "kesinlikle katılıyorum" yanıtı vermiştir.

Çalışmada aşı karşıtlığı ile aşı tereddüdü arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. Yan etki korkusu, aşı içeriğine yönelik kaygılar (ör. otizm veya ağır metal endişesi) ve sağlık sistemine güvensizlik, aşı tereddüdünde belirleyici etkenler olarak öne çıkmıştır. Buna karşılık, ebeveynlerin büyük çoğunluğu aşının koruyucu etkisine inanmaktadır. Bulgular, Türkiye'de çocukluk çağı aşılama programlarının genel olarak yüksek düzeyde kabul gördüğünü; ancak düşük gelirli, kırsalda yaşayan veya bilgiye erişimi sınırlı gruplarda aşıya ilişkin yanlış inanışların hâlen etkili olduğunu göstermektedir.

ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin iletişim rolünün güçlendirilmesi:

Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanları, ebeveynlerle düzenli, açık ve bilimsel temelli iletişim kurmalıdır. Aşı sonrası yan etki korkularını azaltmaya yönelik bilgilendirme toplantıları ve bireysel danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır.

Toplum temelli farkındalık kampanyalarının artırılması:

Eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplara yönelik, kolay anlaşılır, kanıta dayalı bilgilendirme materyalleri ve sosyal medya kampanyaları hazırlanmalıdır. Yanlış bilgilerin yayılımını önlemek için görsel anlatımlı kısa bilgilendirme rehberleri geliştirilmelidir.

Kültürel ve dini etkenlerin değerlendirilmesi:

Aşı tereddüdünde rol oynayan dini ve kültürel inanışlar bölgesel düzeyde araştırılmalı; yerel kanaat önderleriyle iş birliği içinde toplum temelli iletişim stratejileri uygulanmalıdır.

Politika ve uygulama iş birliği:

Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak mobil aşı birimleri, ebeveyn eğitim modülleri ve düzenli izleme anketlerini içeren programlar uygulanmalıdır. Bu sistemler, aşı karşıtlığının nedenlerini düzenli olarak izlemeyi ve politika geliştirme süreçlerine veri sağlamayı hedeflemelidir.

Birinci basamak danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması:

Aile hekimliği birimlerinde ebeveyn danışmanlığı hizmetleri güçlendirilmeli, babaların aşı karar süreçlerine aktif katılımı desteklenmelidir. Bu yaklaşım, hem aile içi karar birliğini artıracak hem de aşı tereddüdünü azaltacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Vaccines and immunization [Internet]. [cited 2025 May 4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

2. De Jong MC, Bouma A. Herd immunity after vaccination: how to quantify it and how to use it to halt disease. Vaccine. 2001 Mar 21;19(17–19):2722–8.

3. MacDonald NE, Eskola J, Liang X, Chaudhuri M, Dube E, Gellin B, et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015 Aug 14;33(34):4161–4.

4. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. Expert Rev Vaccines. 2015 Jan;14(1):99–117.

5. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. Vaccine. 2014 Apr 17;32(19):2150–9.

6. Tal O, Ne'eman Y, Sadia R, Shmuel R, Schejter E, Bitan M. Parents' attitudes toward children's vaccination as a marker of trust in health systems. Hum Vaccin Immunother. 2021 Nov 2;17(11):4518–28.

7. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008 Feb;86(2):140–6.

8. Shukla V V, Shah RC. Vaccinations in Primary Care. The Indian Journal of Pediatrics [Internet]. 2018 Dec;85(12):1118–27. Available from: https://doi.org/10.1007/s12098-017-2555-2

9. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2014;369(1645).

10. Baxter D. Active and passive immunization for cancer. Hum Vaccin Immunother [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2025 May 1];10(7):2129. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4370360/

11. Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd Immunity": A Rough Guide. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 2011 Apr 1;52(7):911–6. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/cid/cir007

12. Munoz FM. Maternal immunization: An update for pediatricians. Pediatr Ann [Internet]. 2013 Aug [cited 2025 May 1];42(8):153–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23910028/

13. Yüksel GH, Topuzoğlu A. Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2019 May 14;4(2):244–58.

14. University of Oxford. Vaccine Knowledge Project [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: https://vaccineknowledge.ox.ac.uk/vaccine-ingredients

15. WHO. Global immunization efforts have saved at least 154 million lives over the past 50 years [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years?utm_source=chatgpt.com

16. Li X, Mukandavire C, Cucunubá ZM, Echeverria Londono S, Abbas K, Clapham HE, et al. Estimating the health impact of vaccination against ten pathogens in 98 low-income and

middle-income countries from 2000 to 2030: a modelling study. Lancet. 2021 Jan 30;397(10272):398–408.

17. Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. Nat Med. 2005 Apr;11(4 Suppl):S5-11.

18. Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016 Mar 30;8(2):11–28.

19. Tokaç M. Aşının Tarihçesi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2022;(61):6–9.

20. Montero DA, Vidal RM, Velasco J, Carreño LJ, Torres JP, Benachi O. MA, et al. Two centuries of vaccination: historical and conceptual approach and future perspectives. Front Public Health. 2024 Jan 9;11.

21. Leung AKC. "Variolation" and Vaccination in Late Imperial China, Ca 1570–1911. In: Plotkin SA, editor. History of Vaccine Development. New York, NY: Springer New York; 2011. p. 5–12.

22. Sheng K, Chen K, Chen Y, Chu L, Fan C, Fu C. Innovative vaccine research through the lens of implementation science: fulfilling the strategic goals of the Immunization Agenda 2030. BMC Global and Public Health [Internet]. 2025 Mar 3;3(19):1–3. Available from: https://bmcglobalpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s44263-025-00132-2

23. Natesan K, Isloor S, Vinayagamurthy B, Ramakrishnaiah S, Doddamane R, Fooks AR. Developments in Rabies Vaccines: The Path Traversed from Pasteur to the Modern Era of Immunization. Vaccines (Basel). 2023 Mar 29;11(4).

24. Luca S, Mihaescu T. History of BCG Vaccine. Maedica (Bucur). 2013 Mar;8(1):53–8.

25. Plotkin S. History of vaccination. Proceedings of the National Academy of Sciences [Internet]. 2014 Aug 26;111(34):12283–7. Available from: https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1400472111

26. Osterhaus ADME, Becker T, Elbahesh H, Reperant LA, Rimmelzwaan GF. Influenza Vaccines: Successes and Continuing Challenges. The Journal of Infectious Diseases ® [Internet]. 2021;224(S4):405–24. Available from: https://academic.oup.com/jid/article/224/Supplement_4/S405/6378092

27. Salman N. Hepatit A Aşısının Özellikleri Nelerdir? Klinik Tıp Pediatri Dergisi [Internet]. 2020;12(1):1–4. Available from: www.kliniktipdergisi.com

28. Davis JP. Experience with hepatitis A and B vaccines. Am J Med. 2005 Oct;118(10):7–15.

29. Koçak C. Aşı politikaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2022;61:70–3.

30. Basaran CH. Refik Saydam: A Pioneer in the Fight Against Infectious Diseases. Infectious Diseases and Clinical Microbiology. 2021 Dec 30;3(3):172–6.

31. Ertek M. 'Cumhuriyetin sağlık mimarı' Refik Saydam ve Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2022;61:10–1.

32. Şimşek Orhon F. Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. OSMANGAZİ JOURNAL OF MEDICINE. 2020 Mar 19;6–14.

33. T.C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi [Internet]. [cited 2025 Jul 2]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117/0/gbpgenelge2008pdf.pdf

34. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2025 [cited 2025 Jul 2]. Aşı Takvimi. Available from: https://asi.saglik.gov.tr/bagisiklama-programi-ve-asi-takvimi/asi-takvimi.html

35. Loomba S, de Figueiredo A, Piatek SJ, de Graaf K, Larson HJ. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. Nat Hum Behav. 2021;5:337–48.

36. de Figueiredo A, Simas C, Karafillakis E, Paterson P, Larson HJ. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake. Lancet. 2020;396(10255):898–908.

37. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. Hum Vaccin Immunother. 2020 May 3;16(5):1034–9.

38. Gulle BT, Oren MM, Dal T. COVID-19 vaccine hesitancy in Turkey: A systematic review and meta-analysis. Epidemiol Infect. 2023 Nov 24;151:e199.

39. Baysal E, Demirkol H. Investigation of Turkish Community Vaccine Hesitancy and Reasons During the COVID-19 Pandemic: A descriptive Study. Int J Caring Sci. 2022;15(3):2010–7.

40. Kılınçarslan MG, Sarıgül B, Toraman Ç, Şahin EM. Development of Valid and Reliable Scale of Vaccine Hesitancy in Turkish Language. Konuralp Tıp Dergisi. 2020 Oct 20;12(3):420–9.

41. Kalkan İA, Ören MM, Karaşahin Ö, Yıldız Y, Demir Y, Dal T, et al. Parent attitudes about childhood vaccines scala: Turkish cultural and linguistic validation. Pamukkale Medical Journal. 2021 Jan 4;14(1):49–56.

42. Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S, et al. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. Vaccine. 2011 Sep;29(38):6598–605.

43. Opel DJ, Mangione-Smith R, Taylor JA, Korfiatis C, Wiese C, Catz S, et al. Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents. Hum Vaccin. 2011 Apr 27;7(4):419–25.

44. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The Relationship Between Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey Scores and Future Child Immunization Status. JAMA Pediatr. 2013 Nov 1;167(11):1065.

45. Abd Halim H, Abdul-Razak S, Md Yasin M, Isa MR. Validation study of the Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV) questionnaire: the Malay version. Hum Vaccin Immunother. 2020 May 3;16(5):1040–9.

46. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019 [Internet]. [cited 2025 Jul 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019

47. Çay B, Göl İ. Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşıları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023 Sep 30;6(3):45–54.

48. Truong BQQ, Ong KIC, Shibanuma A, Kiriya J, Jimba M. Adaptation and application of the Parent Attitudes About Childhood Vaccines survey tool in the Vietnamese language: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2024 Apr 2;24(1):946.

49. Önal Ö, Eroğlu HN, Evcil FY, Kişioğlu AN, Uskun E. Validity and reliability of Turkish version of the Vaccine Hesitancy Scale. Turkish archives of pediatrics. 2021;56(3):230–5.

50. Balbir Singh HK, Badgujar VB, Yahaya RS, Abd Rahman S, Sami FM, Badgujar S, et al. Assessment of knowledge and attitude among postnatal mothers towards childhood vaccination in Malaysia. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(11):2544–51.

51. Harmsen IA, Doorman GG, Mollema L, Ruiter RAC, Kok G, de Melker HE. Parental information-seeking behaviour in childhood vaccinations. BMC Public Health. 2013 Dec 21;13:1219.

52. Temel Mert Z, Zengin İ. Kırsal ve Kentsel Bölgede Yaşayan Ebeveynlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulama ve Aşı Karşıtlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması: İlişkisel Çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024 Dec 23;7(4):597–605.

53. Coniglio MA, Platania M, Privitera D, Giammanco G, Pignato S. Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. BMC Public Health. 2011 May 12;11:305.

54. Wallace AS, Wannemuehler K, Bonsu G, Wardle M, Nyaku M, Amponsah-Achiano K, et al. 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 Feb 4;37(6):848–56.

55. Balgiu BA, Sfeatcu R, Țâncu AMC, Imre M, Petre A, Tribus L. The Multidimensional Vaccine Hesitancy Scale: A Validation Study. Vaccines (Basel). 2022 Oct 20;10(10).

56. Şahin E, Dirik M. Determination of vaccine hesitancy and refusal among parents of children aged 0–4 years applying to a Family Health Center. he Journal of Turkish Family Physician. 2025;16(2):76–91.

57. Strelitz B, Gritton J, Klein EJ, Bradford MC, Follmer K, Zerr DM, et al. Parental vaccine hesitancy and acceptance of seasonal influenza vaccine in the pediatric emergency department. Vaccine. 2015 Apr 8;33(15):1802–7.

58. Mohd Azizi FS, Kew Y, Moy FM. Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia. Vaccine. 2017 May 19;35(22):2955–61.

59. Napolitano F, D'Alessandro A, Angelillo IF. Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: A cross-sectional survey. Hum Vaccin Immunother. 2018 Jul 3;14(7):1558–65.

60. Langer S, Holzapfel S, August L, Badura A, Wellmann S, Mack I. Parental knowledge and attitudes to infant immunization in the context of RSV: All about confidence? Vaccine. 2024 Oct 3;42(23):126050.

61. Çelik E, Şahin ÇE, Değer MS, Altaş ZM. Vaccine hesitation: attitudes of Turkish health worker parents towards adult and childhood immunisation. BMC Public Health. 2025 Aug 20;25(1):2857.

62. Gilkey MB, McRee AL, Magnus BE, Reiter PL, Dempsey AF, Brewer NT. Vaccination Confidence and Parental Refusal/Delay of Early Childhood Vaccines. PLoS One. 2016;11(7):e0159087.

63. Akman N, Yıldız A. Annelerin Rutin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Journal of Pediatric Infection. 2022 Dec 14;16(4):251–7.

64. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. Hum Vaccin Immunother. 2013 Aug;9(8):1763–73.

65. Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J. Vaccine hesitancy in Austria : A cross-sectional survey. Wien Klin Wochenschr. 2017 Jan;129(1–2):59–64.

66. Turan FD. Ulusal Aşılama Programında Yer Alan Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveynlerin Tutumları: Aksaray Örneği. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022 Dec 16;4(3):239–50.

67. Güler MF. Yetişkin bireylerin aşı okuryazarlık düzeyleri ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Konya]: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2024.

68. Temel Mert Z, Zengin İ. Kırsal ve Kentsel Bölgede Yaşayan Ebeveynlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulama ve Aşı Karşıtlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması: İlişkisel Çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024 Dec 23;7(4):597–605.

69. Türkay M, Ay EG, Aktekin MR. Antalya İlinde Seçilmiş Bir Grupta Aşı Karşıtı Olma Durumu. Akdeniz Medical Journal. 2017 May 17;3(2).

70. Öztürk Çopur E, Tunç S. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Ebeveynlerin Aşı Tereddütü ve Aşı Karşıtlık Düzeylerinin İncelenmesi. Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi. 2022;3(3):39–54.

71. Altuntaş M, Şahin MK. Çocukluk Çağı Aşı Tereddüdü ile Karşılaşma Sıklığı, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Samsun İli Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarıyla Kesitsel Bir Çalışma. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022 Dec 23;16(4):761–71.

72. Şimşek E. Birinci Basamakta Aşı Tereddüdü; Nedenleri, Sonuçları ve Öneriler. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2024 Dec 31;8(3):195–205.

73. Aygün E, Tortop HS. Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi. Güncel Pediatri. 2020;18(3):300–16.

8. EKLER

8.1. Anket Bilgi Formu

Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi Anketi

1.Kaç yaşındasınız?…….

2.Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okuryazar değil
- İlköğretim
- Lise
- Üniversite

3.Bu çocuk sizin ilk çocuğunuz mu?

- Evet
- Hayır

4. Bu çocukla olan yakınlık durumunuz nedir?

- Anne
- Baba

5.Gelir düzeyiniz nedir?

- Asgari ücret ve altı
- Asgari ücretin iki katı
- Asgari ücretin iki katından çok

6.Yaşadığınız bölge nedir?

- Kırsal
- Kent

7.Sağlık bakanlığının rutin aşı takviminde hangi aşılar olduğunu biliyor musunuz?

- Evet
- Hayır

8.Çocuklarınıza aşı yapılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?

- Evet
- Hayır

9.Aşı yaptırma kararınızda aşağıdakilerden hangisinin veya hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Aile hekimim
- Uzman hekim
- Hemşire
- Eczacı
- Eş-dost
- Başkaları tarafından önerilmese bile aşılarımı kendim takip eder yaptırırım.

10.Çocuklarınıza çocukluk çağı aşılarını yaptırıyor musunuz/yaptırdınız mı?

- Tüm aşıları eksiksiz takip edip yaptırdım.
- Takip etmedim, aile hekimi arayınca yaptırdım.
- Aşıların sadece bir kısmını yaptırdım.
- Aşıların hiçbirini yaptırmadım.

11.Çocuğunuza rutin aşı takviminde olmayan aşı/aşılar yaptırdınız mı?

- Evet (Belirtiniz……..)
- Hayır

12.Aşı takviminde olduğu halde çocuğunuza aşı yapılmasını reddettiğiniz oldu mu?

- Evet (Hangi aşı/aşılar belirtiniz…….)
- Hayır

13.Çocuklarınıza aşı yaptırdığınızda yan etki ile karşılaştınız mı?

- Evet (Belirtiniz……..)
- Hayır

8.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (uzun form)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A1	Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.					
A2	Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.					
A3	Devlet tarafından önerilen aşılara güvenirim.					
A4	Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.					
A5	Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.					
B1	Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.					
B2	Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.					
B3	Aşı birçok hastalığa neden olabilir.					
B4	Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar.					
B5	Aşıların yararı kadar zararı da vardır.					
B6	Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.					
C1	Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.					
C2	Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.					
C3	Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.					
C4	Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.					
C5	Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.					
D1	İğneden korktuğum için aşı olmam.					
D2	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
D3	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
D4	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.					
D5	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.					

8.3. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği

Tablo 2. Çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveyn tutumları ölçeği

1.Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle hiç ertelediniz mi? (Evet, Hayır, Bilmiyorum)
2.Çocuğunuzun aşısını hastalık ya da alerji dışında bir nedenle yaptırmadığınız oldu mu? (Evet, Hayır, Bilmiyorum)
3.Ülkemizde ücretsiz olarak uygulanmakta olan aşı takviminin çocuğunuz için uygun olduğuna ne kadar eminsiniz 0'dan 10'a kadar bir puan ile değerlendiriniz. (0 hiç emin değilim 10 tamamen eminim)
4. Çocukların gereğinden fazla aşı olduğunu düşünüyorum. (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
5.**Aşılar sayesinde birçok ağır hastalığın önlendiğini düşünüyorum**. (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
6. Çocuğumun hastalığı geçirerek bağışıklık kazanması aşıdan daha iyidir. (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
7. **Çocukların bir seferde daha az sayıda aşı olması daha iyidir. (**Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
8. Aşı sonrası çocuğunuzda ciddi bir yan etki olmasından endişe ediyor musunuz? (Çok Endişeleniyorum, Endişeleniyorum, Kararsızım, Endişelenmiyorum, Hiç Endişelenmiyorum)
9. **Çocukluk çağı aşılarından herhangi birinin güvenli olmadığından endişeleniyor musunuz?** (Çok Endişeleniyorum, Endişeleniyorum, Kararsızım, Endişelenmiyorum, Hiç Endişelenmiyorum)
10. **Çocukluk çağında yapılan aşılardan herhangi birinin hastalığı önlemeyeceği ile ilgili endişeleniyor musunuz?** (Çok Endişeleniyorum, Endişeleniyorum, Kararsızım, Endişelenmiyorum, Hiç Endişelenmiyorum)
11. **Bugün başka çocuğunuz olsa onun önerilen tüm aşıları olmasını ister miydiniz**? (Evet, Hayır, Bilmiyorum)
12.Genel olarak, çocukluk çağı aşıları hakkında ne kadar endişe ediyorsunuz? (Çok Endişeleniyorum, Endişeleniyorum, Kararsızım, Endişelenmiyorum, Hiç Endişelenmiyorum)
13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güveniyorum. (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
14. Çocuğumun doktoruyla aşılar hakkındaki endişelerimi açıkça tartışabiliyorum. (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)
15. Her şeyi değerlendirdiğinizde çocuğunuzun doktoruna ne kadar güveniyorsunuz 0 ile 10 arasında bir puanla değerlendiriniz. (0 hiç güvenmiyorum 10 tamamen güveniyorum)

8.4. Aşı Karşıtlığı Ölçeği Kullanım İzni

Mehmet Göktuğ Kılınçarslan <[redacted]> 16 Oca 2024 Sal 16:09
Alıcı: Sevinç Ertürk <[redacted]>

Sayın Ertürk,

Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeğimizi kaynak göstererek dilediğiniz şekilde kullanabilirsiniz.

Buraya tıklayarak aşı karşıtlığı ölçeğinin hem uzun hem de kısa formunu içeren dosyaya ulaşabilirsiniz. Ölçeğin puanlandırılması da aynı belgede yer almaktadır.

Buraya tıklayarak aşı karşıtlığı ölçeğimizin makalesine ulaşabilirsiniz.

Burayı tıklayarak aşı karşıtlığı ölçeğimizin TOAD' da bulunan sayfasına ulaşabilirsiniz.

Herhangi bir sorun yaşarsanız lütfen tekrar iletişime geçmekten çekinmeyiniz.

Saygılarımla

8.5. Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği Kullanım İzni

irem akdemir <[redacted]> 19 Oca 2024 Cum 19:49
Alıcı: Sevinç Ertürk <[redacted]>

Merhabalar,

Tabii ki. Kaynak olarak da göstererek ölçeği kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim...

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

8.6. Etik Kurul Onayı

8.7. ÖZGEÇMİŞ