



**ZONGULDAK İLİNDE YAŞAYAN 24-36 AYLIK  
ÇOCUKLARIN TAM AŞILANMA DÜZEYLERİNİN  
VE EBEVEYNLERİN AŞILAMAYA KARŞI  
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: TOPLUM  
TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA**

**Yağmur ÇAKICI**

**2022  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**ZONGULDAK İLİNDE YAŞAYAN 24-36 AYLIK ÇOCUKLARIN TAM  
AŞILANMA DÜZEYLERİNİN VE EBEVEYNLERİN AŞILAMAYA KARŞI  
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: TOPLUM TABANLI KESİTSEL  
ÇALIŞMA**

**Yağmur ÇAKICI**

**T.C.  
Karabük Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Ebelik Anabilim Dalında  
Yüksek Lisans Tezi  
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr.Raziye ÖZDEMİR**

**KARABÜK  
Haziran 2022**

Yağmur ÇAKICI tarafından hazırlanan “ZONGULDAK İLİNDE YAŞAYAN 24-36 AYLIK ÇOCUKLARIN TAM AŞILANMA DÜZEYLERİNİN VE EBEVEYNLERİN AŞILAMAYA KARŞI TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 29/06/2022

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK (BAÜN)

.....

Üye : Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Zühal ÇAMUR (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

*“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”*

*Yağmur ÇAKICI*

## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitim dđnemim s¼recinde sabır, sevgi, bilgi ve deneyimleri ile đđrenimime katkıda bulunan, zor zamanımda yanımda olan, bana daima yol gđsteren, cesaretlendiren, her anımda arkamda bir destek olarak hissettiğim, kendi ayaklarım ¼st¼nde durabilmenin ne demek olduğunu gđsteren, benim i¼in manevi değeri ¼ok yüksek olan sevgili danışman hocam Do¼. Dr. Raziye ÖZDEMİR'e

Zonguldak Kadın Doğum ve ¼ocuk Hastalıkları Hastanesi'nde ¼alıŐan ekip arkadaşlarıma,

Y¼ksek lisans dđneminde beraber yola ¼ıktıđım arkadaşlarıma,

Her zaman desteğini ve sevgilerini esirgemeyen, bana yol gđsteren annem Azime ¼AKICI' ya, babam Recep ¼AKICI'ya, teyzelerime ve sevdiklerime teŐekk¼rlerimi sunarım.

## **ÖZET**

**Yüksek Lisans Tezi**

### **ZONGULDAK İLİNDE YAŞAYAN 24-36 AYLIK ÇOCUKLARIN TAM AŞILANMA DÜZEYLERİNİN VE EBEVEYNLERİN AŞILAMAYA KARŞI TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA**

**Yağmur ÇAKICI**

**Karabük Üniversitesi**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Ebelik Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı:**

**Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**Haziran 2022, 69 sayfa**

Çalışmanın amacı, Zonguldak'ta yaşayan 24-36 aylık çocukların tam aşılama düzeylerinin, ebeveynlerin aşılama karşı tutumlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Kesitsel çalışmanın hedef popülasyonu 24-36 ay çocuklar (N= 12489) ve ebeveynleridir. Örnek büyüklüğü Epiinfo Statcalc programında prevalans %42,6 (TNSA 2018 bulgularına göre Batı Karadeniz Bölgesindeki 24-36 aylık tam aşılama çocuk sıklığı), hata payı %5, %95 Güven Aralığı değerleri ile 365 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri a) 24-36 aylık çocukların tam aşılama düzeyi ve b) ebeveynlerinin aşı tereddütü düzeyidir. Veriler bir tanımlayıcı soru formu ve Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği (PACV) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler, bivariante ve multivariate lojistik regresyon aracılığı ile analiz edildi. Bivariate lojistik regresyon analizinde p değeri 0,20'den küçük olan değişkenler, multivariate lojistik regresyon modeline alındı. Multivariate analizlerde  $p < 0,05$  ise anlamlı kabul edildi. Çalışmada çocukların %92,6'sı (n=338) tam aşılı, %5,2'si (n=19) eksik aşılı, %2,2'si (n=8) aşısızdır. Ebeveynlerin PACV ölçeği puan ortalaması  $40,7 \pm 12,7$  olup, %18,1'inde (n=66) aşı tereddütü vardır. Aşı tereddütü olma olasılığını çocuğun aşısız ya da eksik aşılı olması 10,5 kat, babanın lise ve üstü öğrenim düzeyine sahip olması 6,0 kat, babanın gelir getiren bir işte çalışmaması 4,2 kat, çocuğun kayıtlı olduğu aile hekiminin kim olduğunun bilinmemesi 4,0 kat, çocukluk çağı aşıları konusunda aile sağlığı elemanı dışındaki kaynaklardan bilgi alınması 3,4 kat artırmaktadır. Çalışma, halk sağlığı açısından kritik önemi olan bağışıklama hizmetlerinin geliştirilmesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevlerinin güçlendirilmesini vurgular.

**Anahtar Sözcükler :** Bağışıklama, aşı, tam aşılama, aşı reddi, aşı tereddütü, ebeveyn, tutum.

**Bilim Kodu** : 10104.01

## **ABSTRACT**

**M. Sc. Thesis**

### **DETERMINING COMPLETE VACCINATION LEVELS OF 24-36 MONTHS OF CHILDREN LIVING IN ZONGULDAK AND THEIR PARENTS ATTITUDES TOWARDS VACCINATION: COMMUNITY BASED CROSS SECTIONAL RESEARCH**

**Yağmur ÇAKICI**

**Karabük University  
Institute of Graduate Programs  
Department of Midwifery**

**Thesis Advisor:**

**Assoc. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**June 2022, 69 pages**

The aim of the study is to determine the vaccination coverage level of 24-36 months-old children living in Zonguldak, the attitudes of parents towards vaccination and related factors. The target population of the cross-sectional study was children aged 24-36 months (N= 12489) and their parents. The sample size was determined as 365 people in the Epiinfo Statcalc program, with a prevalence of 42.6% (according to TNSA 2018 findings, the frequency of 24-36 months old, vaccinated children in the Western Black Sea Region), margin of error: 5%, and 95% confidence intervals. Dependent variables of the study were a) vaccination coverage level of 24-36 months old children and b) vaccination hesitancy level of their parents. Data were collected using a descriptive questionnaire and the Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) questionnaire. Data were analyzed by bivariate and multivariate logistic regression. Variables with a p value less than 0.20 in bivariate logistic regression



analysis were included in the multivariate logistic regression model. In multivariate analyzes,  $p < 0.05$  was considered significant. In the study, 92.6% (n=338) of the children were fully vaccinated, 5.2% (n=19) were incompletely vaccinated, and 2.2% (n=8) were unvaccinated. The average PACV scale score of the parents was  $40.7 \pm 12.7$ , and 18.1% (n=66) had hesitations about vaccination. The probability of being hesitant about vaccination is 10.5 times if the child is unvaccinated or incompletely vaccinated, 6.0 times higher if the father has a high school or higher education level, 4.2 times if the father does not have wage-earning employment, 4.0 times if parents do not know which family doctor their child is registered with, getting information about childhood vaccinations from sources other than family health personnel increases 3.4 times. The study emphasizes the strengthening of the functions of primary health care facilities in the development of immunization services that are critical to public health.

**Key Word** : Immunization, vaccine, vaccination complete, vaccination rejection, vaccination hesitation, parents, attitude.

**Science Code** : 10104.01

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
BÖLÜM 1 .....	1
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
BÖLÜM 2 .....	4
GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. AŞININ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ.....	4
2.1.1. Aşının Tanımı ve Önemi .....	4
2.1.2. Aşı Tipleri.....	5
2.1.2.1. Canlı aşılar .....	5
2.1.2.2. Ölü aşılar.....	5
2.2. TÜRKİYE’DE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILAMALARI .....	6
2.2.1. Türkiye’de Aşılamanın Tarihsel Süreci.....	6
2.2.2. Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Takvimi .....	8
2.2.3. Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşılama Programı Kapsamındaki Hastalıklar ve Aşılarının Özellikleri .....	9
2.2.3.1. Hepatit A Aşısı.....	10
2.2.3.2. Hepatit B Aşısı.....	10
2.2.3.3. Tüberküloz Aşısı (BCG - Verem Aşısı).....	11
2.2.3.4. Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı (KKK).....	11

## Sayfa

2.2.3.5. Çocuk Felci (Polio) Aşısı.....	12
2.2.3.6. Konjüge Pnömonokok Aşısı (KPA).....	12
2.2.3.7. Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio ve Hemofilus İnfluenza Tip B (DaBT-İPA-Hib) 5’li karma aşısı .....	13
2.2.3.8. Tetanoz Toksoidi (Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı) .....	13
2.2.3.9. Su Çiçeği Aşısı.....	13
2.2.4. Bağışıklama Takvimi Dışındaki Diğer Çocukluk Çağı Aşılıarı .....	14
2.2.4.1. Rotavirüs Aşısı.....	14
2.2.4.2. Meningokok Aşısı.....	14
2.3. AŞI REDDİ VE TEREDDÜTÜ .....	15
BÖLÜM 3 .....	19
GEREÇ VE YÖNTEM .....	19
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	19
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	19
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	19
3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	21
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	21
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.4.2.1. Çocuk ile İlgili Değişkenler .....	22
3.4.2.2. Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Değişkenler .....	22
3.4.2.3. Ebeveyn ile İlgili Değişkenler .....	22
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.5.1. Tanımlayıcı soru formu .....	23
3.5.2. Çocukluk Çağı Aşılıarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği .....	23
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	25
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER .....	25
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	25
3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	25
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	26

	<b><u>Sayfa</u></b>
BÖLÜM 4 .....	27
BULGULAR.....	27
4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	27
4.1.1 Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	27
4.1.2. Çocuk ile İlgili Özellikler .....	29
4.1.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler .....	30
4.2. ÇOCUKLARIN TAM AŞILANMA DÜZEYİ.....	32
4.3. EBEVEYLERİN AŞI TEREDDÜTÜ DÜZEYİ .....	33
4.4. AŞI TEREDDÜTÜ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER .....	34
BÖLÜM 5 .....	38
TARTIŞMA .....	38
BÖLÜM 6 .....	43
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	43
6.1. SONUÇLAR .....	43
6.2. ÖNERİLER .....	44
KAYNAKLAR .....	45
EK AÇIKLAMALAR A. YASAL İZİNLER .....	54
EK A 1. Tanımlayıcı Soru Formu .....	55
EK A 2. Çocukluk Çağı Aşları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV) ..	64
EK A 3. PACV Ölçeği Dönüşüm Tablosu .....	66
EK A 4. T.C. Karabük Üniversitesi Etik Kurul İzni .....	67
EK A 5. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni .....	68
ÖZGEÇMİŞ .....	69

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa

Şekil 2.1. Aşıların tam kabulü, aşı tereddütü ve aşı reddi ile talep arasındaki ilişki. ....	16
Şekil 4.1. Çocukların aşılama düzeyi .....	32
Şekil 4.2. Ebeveynlerin aşı tereddütü düzeyi .....	34

## ÇİZELGELER DİZİNİ

### Sayfa

Çizelge 2.1. Aşı tipleri.....	6
Çizelge 2.2. Türkiye’de çocukluk çağı aşılama ile ilgili tarihsel süreç .....	8
Çizelge 2.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020).....	9
Çizelge 2.4. Aşıların uygulanma yeri-şekli-dozu.....	15
Çizelge 2.5. Aşı Tereddüt Matrisi'ne göre aşı tereddütünün ve reddinin belirleyicileri.....	17
Çizelge 3.1. Zonguldak İlinde 24-36 ay çocuk nüfusunun cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı.....	20
Çizelge 3.2. Örnek grubun yerleşim yerine, cinsiyete ve yaş grubuna göre ağırlıklı dağılımı. ....	21
Çizelge 4.1. Sosyodemografik özellikler .....	28
Çizelge 4.2. Çocuk ile ilgili tanımlayıcı özellikler.....	29
Çizelge 4.3. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili özellikler .....	31
Çizelge 4.4. Aşılama durumu ve aşı sonrası yan etki.....	33
Çizelge 4.5. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariante logistic regresyon analizi (aşı tereddütü yok= 0; aşı tereddütü var= 1) .....	35
Çizelge 4.6. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında multivariate logistic regresyon analizi.....	37

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

### KISALTMALAR

BCG	: Bacillus Calmette-Guerin veya Verem Aşısı
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
DaBT-IPA-Hib	: Difteri-Aselüler BoğmacaTetanos-İnaktifPolio-Hemofilus İnfluenza Tip B
DBT	: Difteri, Boğmaca, Tetanoz
DT	: Difteri, Tetanoz
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Hib	: Hemofilus İnfluenza Tip B
IPA	: İnaktif Polio Aşısı
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
OPA	: Oral Polio Aşısı
PACV	: Çocukluk Çağı Aşılıarı Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği
Td	: Tetanoz, Difteri Aşısı
TdaB	: Tetanoz, Difteri, Asellüler Boğmaca Aşısı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ VE AMAÇ

Aşı, hastalık yapma yeteneğine sahip olan mikroorganizmaların hastalık yapıcı özelliği ortadan kaldırılarak geliştirilen biyolojik maddelerdir (Aşı Portalı, 2018). Aşılama yolu ile dünyada her yıl aşı ile korunabilir hastalıklar nedeni ile gerçekleşen 2-3 milyon ölümün, ülkemizde ise 14 binden fazla ölümün engellenebileceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Aşılama, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından en etkili ve en ekonomik yöntem olmasına karşın son yıllarda yaygınlaşan aşı tereddütü ve reddi çok ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (UNICEF, 2022).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında aşuya erişim ve aşılama kapsayıcılığı açısından eşitsizlikler vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2019'da küresel düzeyde 12 aydan küçük çocuk nüfusunun %85'i difteri, boğmaca, tetanoz (DBT) hastalıklarına karşı üç doz aşılanmıştır (Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage, 2019). Gelişmiş ülkelerde bağışıklama kapsayıcılığı %90'ın üstünde iken, üç doz DBT aşılama düzeyi Angola ve Nijerya'da %60'ın altına düşmektedir (WHO, 2019). Çoğunluğu yoksul Afrika ülkelerinde olmak üzere 2019 yılında yaklaşık 20 milyon çocuk üç doz DBT aşısına erişememiştir (WHO, 2019). Dünyada 2018 yılında 324277 kızamık vakası ortaya çıkmış iken, 2019'un sadece ilk iki ayında 74338 kızamık olgusu görülmüştür. Dünyada bir doz kızamık aşısı olan bebeklerin düzeyi %85'tir ancak ikinci doz aşılamada bu düzey %67'ye düşmektedir. Kızamık aşısının ikinci dozunun uygulanmasındaki bu azalmanın nedeni aşuya karşı tereddüt ve aşı reddi düzeyinin artışının yanı sıra aşuya erişim açısından ülkeler arasında gerçekleşen eşitsizliklere bağlanmaktadır (WHO, 2019).



DSÖ'ye göre aşı tereddütü, aşılarla erişimde sorun olmadığı halde bazı aşıların uygulanmasını kabul etmede kararsızlık veya aşılamaı geciktirme; aşı reddi ise tüm aşıları ve aşı uygulamalarını reddetme olarak tanımlanır (WHO, 2020). Ülkemizde aşı tereddütü ve reddi son yıllarda artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Çocukluk çağı aşılarını reddeden ailelerin sayısı 2011 yılında 183 iken, 2013 yılında 980'e, 2015 yılında 5.400'e, 2016 yılında 12 bin düzeyine yükselmiş, 2018 yılında ise 23 bin'e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre hiç aşı yaptırmayan 13-26 aylık çocukların düzeyi 2008'de yaklaşık %2, 2013'te %3'tür. TNSA 2018'de hiç aşı yaptırmayan 24-35 aylık çocukların düzeyi ise %3 olarak saptanmıştır (TNSA, 2013; TNSA, 2018). Ülkemizde 24-35 aylık çocuklarda yaşına uygun tüm aşıları olma düzeyi TNSA 2013 verilerine göre %71 iken, 2018 TNSA'da bu düzey hemen hemen aynı kalmış olup %72 olarak saptanmıştır (TNSA, 2008; TNSA, 2013; TNSA, 2018). Sağlık Bakanlığı yıllık istatistik verilerine göre ise 2019 yılı genel bağışıklama düzeyleri BCG için %96, kızamık kızamıkçık kabakulak (KKK) için %97, difteri aselüler boğmaca tetanoz (DaBT) aşısı için %99, Hepatit B için %99'dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Aşı tereddütü ve reddini konu alan çalışmalarda genel olarak ebeveynlerin aşı tereddütünün ve reddinin nedenleri arasında aşıların içeriklerine karşı güven duymama (Larson et al, 2016; Fredrickson et a, 2004; Lane et al, 2018; Massimi et al, 2017), aşılar hakkında bilgi yetersizliği (Evans et al, 2001), dini gerekçeler (Forster et al, 2017; Dubé et al, 2014), aile tipi (çekirdek ailelerde yüksetir), düşük öğrenim düzeyi, (Brown et al, 2018; Dasgupta et al, 2018), çocuklara uygulanan birden fazla aşılamanın gereksiz olduğu düşüncesi (Garcia, 2014; Karafillakis et al, 2016; Wachob et al, 2019; Hough-Telford et al, 2016; Byström et al, 2020) yer almaktadır. Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda ise aşı tereddütü ve red düzeyinin ebeveynlerin, aşıların güvenli, yararlı ve gerekli olmadığını düşünme (Özceylan vd, 2020; Özkan ve Çatıker 2006; Topçu vd, 2019; Arıcan, 2019; Arıca vd, 2009; İşler vd, 2007; Uzuner vd, 2005; Yiğitalp ve Ertem, 2008), aşılar ile ilgili sağlık çalışanları tarafından yetersiz bilgilendirme yapılması (Duman, 2017; Gür, 2019; Polat vd, 2017; Taşar ve Dallar, 2015), aşıların yabancı ülkede üretiliyor olması nedeni ile içeriğine güvenmeme, düşük öğrenim düzeyi (Kurçer vd, 2005; Gülgün vd, 2014), çocuğun yaşı arttıkça aşı

takvimine uyum sorunları (Bodur, 2009) ve çocuğun doğum sırasının dört ve daha fazla olması (Yaprak vd, 2005) gibi faktörler ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aşı tereddütü ve reddinin artması sonucunda bireylerin aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı duyarlılığı artacağı için hastalık insidansı yükselecektir. Bu yalnızca bireysel düzeyde ele alınabilecek bir sorun değildir. Aşılama kapsayıcılığının düşmesi, toplum bağışıklığını ortadan kaldıracığı için kamusal bir halk sağlığı sorunudur.

Ülkemizde aşı tereddütü ve reddi konusundaki araştırmalar çoğunlukla sağlık çalışanlarının tutumlarını belirlemeye (Yakşı, 2020; Koçyiğit, 2020; Arıcan, 2019; Kapar, 2018; Görkem vd, 2015; Özdemir, 2018) ya da yetişkin aşıları ile ilgili bilgi ve tutumları ölçmeye yönelik gerçekleştirilmiştir (Koşmaz Kara, 2021; Kadioğlu, 2011; Aşık vd, 2013). Bu nedenle ülkemizde ebeveynlerin aşı tereddütü ve aşı reddi düzeyi hakkında toplum tabanlı olarak incelemeyi amaçlayan çalışmalara gereksinim vardır. Mevcut bilgimize göre Zonguldak'ta çocukların tam aşılama düzeyinin ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tutumunu inceleyen toplum tabanlı bir araştırma yoktur. Bu gereksinimden yola çıkarak planlanan çalışmada Zonguldak'ta yaşayan 24-36 aylık çocukların tam aşılama düzeylerinin ve ebeveynlerin aşılama karşı tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler bölümü üç ana başlıktan oluşmaktadır. Birinci başlıkta aşının tanımı ve özelliklerine yer verilmiştir. İkinci ana başlıkta Türkiye’de çocukluk çağı aşılarından bahsedilmiştir. İkinci ana başlığın alt başlıklarında ise Türkiye’de aşının tarihsel sürecinden, çocukluk çağı güncel aşı takviminden, aşı takviminde yer alan aşılarından ve aşıların genel özelliklerin bahsedilmiştir. Üçüncü ana başlıkta ise aşı tereddütü ve reddinden bahsedilmiştir.

#### 2.1. AŞININ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

##### 2.1.1. Aşının Tanımı ve Önemi

Aşı, hastalık yapma yeteneğine sahip olan mikroorganizmaların hastalık yapma özelliklerinin ortadan kaldırılarak geliştirilen biyolojik ürünlerdir. Aşı, insanları hastalıklardan koruyabilmek için o hastalığa karşı duyarlı olan risk altındaki kişilere uygulanır (Aşı Portalı, 2018).

Aşı, bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından en güvenilir ve maliyeti etkin bir müdahaledir (Arısoy vd, 2015). Aşı yalnızca bireylerin değil toplumun sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlar (Global Vaccine Action Plan, 2011–2020). Aşılar, vücudun doğal savunmaları ile çalışarak hastalığa yakalanma riskini azaltır ve pek çok ölümü önler. Temel sağlık hizmetleri arasında yer alan bağışıklama hizmetleri, halk sağlığının kritik öneme sahip konularından biridir (WHO, 2020).

### **2.1.2. Aşı Tipleri**

Aşılar, canlı (attenüe) aşılar ve ölü (inaktive) aşılar olarak iki şekilde sınıflandırılır. Her iki grubun da kendi içinde alt grupları vardır.

#### **2.1.2.1. Canlı aşılar**

Canlı aşılar, patojen mikroorganizmaların laboratuvar koşullarında zayıflatılması ile üretilir ve böylece mikroorganizma bağışıklık yanıtı oluşturma yeteneği kazanır (CDC, 2001-2011). Canlı aşılar, bağışıklık sistemi zayıflamış kişilere ve gebelere uygulanmaz (Sağlık Bakanlığı, 2022). Canlı aşılar, genel olarak tek dozda bağışıklık oluştururlar. Bu aşılar, ışığa ve ısıya karşı duyarlıdır (TTB, 2018). Ülkemizde bağışıklama programında yer alan canlı aşılar BCG, Oral Polio Aşısı (OPA), KKK, sarı humma, rota virüs ve suçiçeği aşılarıdır.

#### **2.1.2.2. Ölü aşılar**

Ölü aşılar, mikroorganizmanın tamamından ya da bir kısmından üretilir (CDC, 2001-2011). Ölü aşılar etken vücutta çoğalamaz. Canlı aşılar göre bağışıklık bırakma düzeyi düşük olduğu için ölü aşılar bir dozdan fazla uygulanarak hedeflenen düzeyde bağışıklık elde edilebilir. Zaman içinde antikor düzeyleri düştüğü için ölü aşıların pekiştirme dozunun yapılması gerekir (TTB, 2018). Ölü aşıların çeşitli tipleri vardır. Tam hücreli aşılar mikroorganizmanın tamamı öldürülmüş haldedir. Alt birim (fraksiyonel) aşılar mikroorganizmanın yalnızca belli kısımlarını içerir. Tam hücreli aşılar örnek olarak Hepatit A aşısı ve İnaktive Polio aşısı verilebilir.

Alt birim aşıları, a) subunit ve b) toksoid şeklinde ikiye ayrılır. Subunit aşılar örnek olarak Hepatit B, Pnömonokok, Haemophilus influenzae Tip b (Hib), aselüler boğmaca, meningokok ve grip aşıları verilebilir. Toksoid aşılar, mikroorganizmaların toksik

özellikleri yok edilmiş ve bağışıklık yanıtı oluşturacak özellikleri korunmuş şeklini içerir. Bu aşılar örnek olarak Difteri ve tetanoz aşıları verilebilir. Çizelge 2.1’de aşı tipleri sunulmuştur (Aşı Portalı, 2018) (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. Aşı tipleri.

<b>Canlı Zayıflatılmış Aşılar (Attenüe)</b>	<b>Ölü Aşılar (İnaktive)</b>
BCG	<b>Alt Birim (Fraksiyone)</b>
KKK	Hepatit A
Sarı Humma	İnaktif Polio Aşısı
Rota Virüs	
Su Çiçeği	<b>Subunit Aşı</b>
OPA	Grip
	Hib
	Hepatit B
	Aselüler Boğmaca
	Meningokok
	Pnömonokok
	<b>Toksoid Aşı</b>
	Tetanoz
	Difteri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı portalı. 2018.

## 2.2. TÜRKİYE’DE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILAMALARI

### 2.2.1. Türkiye’de Aşılamamın Tarihsel Süreci

Ülkemizde aşı ile ilgili ilk çalışmalar Osmanlı İmparatorluğu döneminde başlamıştır (Aşı portalı, 2020). Çiçek aşısının resmi olarak yerli üretimi 1892’de Sultan II. Abdülhamid tarafından Aşı Üretim Merkezi’nde (Telkihane) gerçekleştirilmiştir. Kurtuluş Savaşı sürecinde burada üretilen çiçek aşıları Anadolu’ya dağıtılmıştır (Yenen, 2014). Telkihane’de, 1920-1921 yılları arasında üretilen çiçek aşısı yurt dışına (Amerika, İngiltere ve Fransa) ihraç edilmiştir (Şenel ve Derici, 2019). Çiçek aşısı çalışmalarından sonra Kuduz Enstitüsü 1887 yılında kurulduktan sonra kuduz aşısı üretimi başlamıştır. Enstitü, o yıllarda kuduz aşısı üreten dünya genelindeki üç laboratuvardan biri olmuştur. Bu kurumda, kuduz aşısı dışında influenza ve sığır vebası aşıları ile ilgili aktiviteler de yürütülmüştür (Karagül, 2017). Bakteriyel aşılar

ile ilgili çalışmaların yürütülmesi için 1893 yılında Bakteriyoloji Laboratuvarı (Bakteriyolojihane-i Şâhâne) kurulmuştur. Burada tifo, difteri, dizanteri, kolera, veba ve tifüs aşılarının ve meningokok serumunun üretimi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 1919-1920 yıllarında ortaya çıkan veba salgını nedeni ile veba aşısı üretim çalışmaları da burada yapılmıştır (Şenel ve Derici, 2019).

Türkiye Cumhuriyet'inin kuruluşundan sonra yaygın bulaşıcı hastalıklarla mücadele genç Cumhuriyet'in başlıca önceliklerinden biri olmuştur. Çizelge 2.2'de Cumhuriyet'in ilanından günümüze kadar olan gelişmeler sunulmuştur. Çiçek haslağına karşı aşılanma 1930'lu yıllarda yaygın olarak uygulanmıştır. Aşıların yaygınlaşması ile çiçek hastalığı eradike edilmiş ve aşı 1970'li yıllarda dünya genelinde aşılanma programlarından çıkarılmıştır (Özmert, 2008). Tarihsel süreç 1937'de boğmaca ve difteri, 1950'de BCG, 1963'de OPA'nın programa eklenmesi, 1970 yılında kızamık aşısının programa alınması ile süreç devam etmiştir. Bağışıklama çalışmalarında önemli bir gelişme de 1981 yılında beş hastalığa karşı başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı'dır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamı, hastalıkların morbidite ve mortalitelerini azaltarak, hastalıkları kontrol altına alarak, hastalıkları ortadan kaldırarak toplumun bağışıklanmasına yardımcı olur (Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009). Bu program 2005'de yedi 2013'de 13 hastalığa karşı toplam 18 doz aşığı kapsamaktadır. Ülkemizde rutin çocukluk çağı bağışıklama takvimine göre boğmaca, difteri, kızamık, tetanoz, tüberküloz, Hepatit B, polio, kızamıkçık, pnömok tüm çocuklar ücretsiz aşılanmaktadır (Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009). Ülkemizde son dönemde aşılanma çalışmalarında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Aşı takvimine 2006'dan itibaren Kabakulak, Kızamıkçık, ve Hib aşısı dahil edilmiştir. DaBT-İPA-Hib beşli karma aşısı ve Konjuge Pnömomok Aşısı'nın (KPA) kullanımı 2008'de başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009). İki bin on yılında dördümlü karma aşı, 2012'de Hepatit A aşısı, 2013'de su çiçeğı aşısı takvimine eklenmiştir. İki bin on altı yılında iki bileşenli OPA aşısı uygulaması, 2017 yılında eksik aşılu çocuk bağışıklaması ve 2020 yılı itibari ile aşı takviminde değışiklikler gerçekleşmiştir. Güncel çocukluk çağı aşı takvimi Çizelge 2.2'de gösterilmiştir (Çizelge 2.2).

Çizelge 2.2. Türkiye’de çocukluk çağı aşılamları ile ilgili tarihsel süreç.

<b>1930</b> Çiçek aşısı uygulamaları	<b>2008</b> DaBT-İPA-Hib aşısı uygulamaları, KPA eklenmesi
<b>1937</b> Difteri ve boğmaca aşılamları	<b>2009</b> Maternal Neonatal Tetanos Eliminasyon programı
<b>1952</b> BCG aşısı uygulaması	<b>2010</b> DaBT-İPA (dörtlü karma) aşısının İlköğretim 1’de uygulanması
<b>1963</b> OPA uygulaması	<b>2011</b> On üç bileşenli KPA uygulamasına geçilmesi
<b>1968</b> DBT uygulaması	<b>2012</b> Hepatit A’nın program kapsamına alınması
<b>1970</b> Kızamık aşısının uygulaması	<b>2013</b> Suçiçeği’nin program kapsamına alınması
<b>1981</b> Genişletilmiş Bağışıklama Programı	<b>2016</b> İki bileşenli OPA uygulaması
<b>1985</b> Türkiye Aşı Kampanyası Programı	<b>2017</b> 0-59 ay eksik aşı ve aşısız çocuklara aşı uygulanması
<b>1995-2000</b> Çocuk Felci çalışmaları	<b>2018-2023</b> Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programının uygulanması
<b>1998</b> Hepatit B’nin program kapsamına alınması son poliomyelit vakası	
<b>2002</b> Kızamık Eliminasyon Programı’nın başlaması	
<b>2003-2005</b> Kızamık Aşısı Uygulama Günleri	
<b>2005-2009</b> İlköğretim ve ortaöğretim kohortu Hepatit B’nin uygulanması	
<b>2006</b> KKK aşısının program kapsamına alınması, Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi’nin program kapsamına alınması, Hib’in program kapsamına alınması	<b>2019</b> Türkiye’de 2019’un sonunda itibari ile nadir görülen kızamıkçık virüsünün 36 ay boyunca kesilmesi ve kızamıkçığın elimine edildiğinin onaylanması
<b>2006-2007</b> Tetanoz Aşısı Uygulama Günleri	<b>2020</b> Yerli tetanos difteri (Td) aşısı üretiminin gerçekleşmesi, aşı takviminde değişiklik
<b>2006-2009</b> İlköğretim ve ortaöğretim kohortu kızamıkçık aşısı uygulanması	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2022

### 2.2.2. Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Takvimi

Ülkemizde mevcut uygulanmakta olan çocukluk çağı aşı takvimine göre Hepatit B, KPA, BCG, OPA, DaBt-İPA-Hib, KKK, su çiçeği, Hepatit A, DaBt-İPA, Td aşuları ulusal aşı takvimi kapsamındadır. Temmuz 2020’de yapılan son düzenleme ile geçmişte 1 ve 8. sınıf ilköğretim öğrencilerine uygulanan aşuların bundan sonraki dönemde aile sağlığı merkezlerinde uygulanacaktır. İlköğretim 1. sınıfta yapılan aşular bundan sonra dört yaşına giren (48 aylık) çocuklara uygulanacaktır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Çocukluk çağı rutin aşı takviminde bulunan bütün aşular ücretsiz yapılmaktadır.

Çizelge 2.3'te rutin çocukluk çağı aşıları verilmiştir (Çizelge 2.3) (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Meningokok aşısı ve rota virüs aşısı rutin aşılama programında yer almamaktadır. Bu iki aşı ücretli olarak aileler tarafından temin edilerek kişisel tercihe göre yapılmaktadır.

Çizelge 2.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1. ay sonu	2. ay sonu	4. ay sonu	6. ay sonu	12. ay sonu	18. ay sonu	24. ay sonu	48. ay***	13 yaş
<b>Hepatit B</b>	I	II			III					
<b>BCG</b>			I							
<b>KPA</b>			I	II		R				
<b>Dabt-İPA-Hib</b>			I	II	III		R			
<b>OPA</b>					I		II			
<b>Su Çiçeği*</b>						I				
<b>KKK</b>						I			II	
<b>Hepatit A**</b>							I	II		
<b>Dabt-İPA</b>									R	
<b>Td</b>										R

\*1 Ocak 2012 ve sonrası doğan çocuklara uygulanacaktır. \*\*1 Mart 2011 ve sonrası doğan çocuklara uygulanacaktır. \*\*\* 1 Temmuz 2016'da doğan çocuklardan başlamak üzere 48. ayına giren bütün çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016'dan öncesi doğmuş ve ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA'sı 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

### 2.2.3. Türkiye'de Çocukluk Çağı Aşılama Programı Kapsamındaki Hastalıklar ve Aşılarının Özellikleri

Bu bölümde ülkemizde çocukluk çağı aşılama programı kapsamındaki hastalıklardan ve aşılarının özelliklerinden bahsedilmiştir (Çizelge 2.4).



### **2.2.3.1. Hepatit A Aşısı**

Hepatit A, ribonükleid asit virüsüdür. Hepatit A hastalığı karaciğerin viral enfeksiyonudur. Hastalığın kaynağı insanlardır. Hastalık fekal oral yol ile bulaşmaktadır. Hepatit A aşısı ülkemizde 2012’de rutin çocukluk çağı aşı takvimine girmiştir. Mart 2011’den sonra doğanlara 18. ve 24. ayın sonunda iki doz intramusküler uygulanmaktadır. Hepatit A, aşısı inaktif aşıdır. Uygulama yeri 12-23 aylık çocuklar için uyluğun ön-yan ve dış tarafı, iki yaşın üstünde dış üst kol (deltoid) kullanılır. Aşının pekiştirme dozu yoktur (TTB, 2018). Hepatit A aşısı 2016 yılından itibaren 16 ülkede rutin bağışıklama programı kapsamındadır. DSÖ’nün amacı 2030’a kadar hepatit enfeksiyonlarını %90, hepatit kaynaklı ölümleri %65 azaltmaktır (Gür, 2008).

### **2.2.3.2. Hepatit B Aşısı**

Hepatit B, kan veya cinsel temas yolu ile bulaşan bir virüstür (Schillie S vd, 2018). Hepatit B hastalığı, akut- kronik hepatite, karaciğer kanser ve sirozuna yol açmaktadır. İnsan, hastalığın bilinen tek kaynağıdır. Ölü virüs aşısı olan Hepatit B, ülkemizde 1998’de ulusal çocukluk çağı aşı takvimine girmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Aşı, iki yaşın altındaki çocuklarda uyluğun ön-yan ve dış kısmına intramusküler yolla uygulanır. Aşının pekiştirme dozu bulunmamaktadır. Aşı doğumda, birinci ayın sonunda ve altıncı ayın sonunda uygulanmaktadır. İki bin gramdan düşük doğan preterm bebeklerde ikinci ayda ek bir doz uygulanarak etkin bağışıklık yanıtı oluşturulması sağlanmaktadır. Doğum ağırlığı 2000 gramdan düşük olanlarda hepatit b virüs yanıtı düşük olduğu için bu bebeklerde, annelerin HBsAg değeri negatifse aşı bebeğin miyadını tamamlayana kadar (1. ay sonuna) ertelenmesi veya birinci doz dahil edilmeden toplam dört doz (0,1,2,6. aylar) aşı uygulanması önerilmektedir (Tosun, 2012). Annesi Hepatit B taşıyıcısı olmayan 2000 gramın altındaki preterm bebeklerin bağışıklaması bir ayı doldurduğunda veya 2000 gramın üstünde ise ek doza gerek duyulmamaktadır. Annenin hepatit b virüsü taşıyıcılığı kesinleşmiş ise 2000 gram altındaki bebeklerde zaman kaybetmeden ikinci ayda ek bir doz verilerek uygulanır.

İki bin gramdan küçük doğan term bebekler rutin olarak üç doz aşılanmaktadır (CDC, 2015).

### **2.2.3.3. Tüberküloz Aşısı (BCG - Verem Aşısı)**

Hastalık etkeni Mycobacterium Tuberculosis adlı bakteri olan tüberküloz, akciğerleri tutan bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyon, havada asılı kalabilen damlacık çekirdeğinin solunum yoluyla alınması ile bulaşır (WHO, 2019). BCG, canlı bakteri aşısıdır. Aşı, deltoid bölgesine tek doz olarak ve doğum sonrası ikinci ayın sonunda uygulanır. Yenidoğan için doz miktarı 0.05 mililitre bir yaşından büyük çocuklarda 0.1 mililitredir. BCG bebek ikinci ayın sonunda uygulanmalıdır. BCG, üçüncü aydan sonra uygulanacaksa tüberkilin testi yapıldıktan sonra uygulanır (Aşı Portalı, 2018). BCG başka bir aşı ile uygulanabilir, fakat KKK veya su çiçeği uygulandıktan sonra BCG uygulamak için dört hafta geçmesi beklenmelidir (TTB, 2018).

### **2.2.3.4. Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı (KKK)**

Kızamık, döküntülü bir hastalıktır ve beş yaş altı çocuklarda risk düzeyi yüksektir. Kızamık virüsü, damlacık yolu ile, hasta kişilerin mukoza sekresyonları ve doğrudan temas ile bulaşır (WHO, 2019).

Kızamıkçık (Rubella), çocukluk çağı döküntülü hastalıklarından biridir. Hastalık çoğunlukla kış ve ilkbaharda en yüksektir. Gebelikte erken dönemde geçirilen kızamıkçık hastalığı fetüslerin doğumsal defektlerine neden olmaktadır. Kızamıkçık virüsünün bulaş yolu, kızamık virüsünde olduğu gibidir (CDC, 2018; TTB, 2018).

Kabakulak hastalığı, tükürük bezlerinin (özellikle parotis) şişmesi sonucu gerçekleşir. Hastalık, damlacık yolu ile veya doğrudan temas ile bulaşır.

KKK aşısı üç hastalığa etkili canlı güçsüzleştirilmiş karma bir aşıdır. Isı ve ışığa hassastır. Uygulama yeri üst kolun dış kısmında deltoid kastır. Uygulama şekli subkutandır. İlk doz 12. ay sonunda, ikinci doz 48. ayda toplam iki doz şeklinde uygulanmaktadır.

### **2.2.3.5. Çocuk Felci (Polio) Aşısı**

Polio, bulaşıcı ve etkeni Poliovirüs olan Ribonükleik asit virüsüdür. Hastalık için bilinen tek kaynak sadece insanlardır. Poliovirüs, fekal-oral yolla bulaşır (Aşı Portalı, 2018). İki tip polio aşısı vardır; a) İnaktif Polio Aşısı (İPA) b) Oral Polio Aşısıdır.

İPA ülkemiz rutin aşı takviminde iki, dört, altıncı aylarda ve pekiştirme dozu 18. ayda beşli aşı içerisinde, birinci sınıfta üçlü aşı içinde tek doz pekiştirme olmak üzere toplamda beş doz İPA uygulanmaktadır (TTB, 2018).

OPA bivalent oral polio virus aşısı; canlı zayıflatılmış aşıdır. Aşının uygulama yeri oral olup altıncı ve 18. ayda iki doz uygulanır. Pekiştirme dozu bulunmamaktadır. Kontrendikasyonları hipersensivite veya anafilaksidir. Nadiren aşıya bağlı paralizi gelişebilir. Bunun için bağışıklama takvimine İPA ile başlanır, iki dozu uygulandıktan sonra OPA ile devam edilmektedir.

OPA'da ilk dozun bağışıklık düzeyi %50-55 iken üçüncü dozla birlikte %95'e ulaşır (TTB, 2018; Jiang et al, 2019; Lopalco, 2016). İki tür polio aşısı da diğer bütün aşılar ile birlikte uygulanabilir. Bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlarda OPA uygulanmamalıdır. Türkiye 1998'den beri polioidan arındırılmış ülkeler arasındadır (Topaç, 2018).

### **2.2.3.6. Konjüge Pnömonokok Aşısı (KPA)**

Hastalığın etkeni Streptococcus Pneumonia adlı bir bakteridir. Hastalık bireylerde öksürme vb. ya da yakın temas ile bulaşır. Pnömonoklar, toplum kökenli pnömoni, menenjit, sinüzit, otitis media, bakteriyemi gibi enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Henriques-Normark ans Elaine, 2013). KPA, ölü bakteri aşısıdır (Aşı portalı, 2018). Aşı, ısı ve ışığa karşı dirençlidir. Aşı, uyluğun orta dış kısmına intramüsküler olarak uygulanır. Aşı ikinci ve dördüncü ayda iki doz şeklinde uygulanır. Aşının dozu 0.5 mililitredir. Pekiştirme dozu 12. ayda yapılmaktadır. Diğer çocukluk çağı aşıları ile birlikte uygulanabilir (TTB, 2018).

### **2.2.3.7. Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio ve Hemofilus İnfluenza Tip B (DaBT-İPA-Hib) 5’li karma aşısı**

Difteri, ciddi komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır (Gür, 2008). Aselüler boğmaca etkeni Bordetella Pertussis’tir. Beş yaş altı çocuklarda sık görülen ağır seyirli bir hastalıktır (Yıldırım et al, 2008). Tetanoz hastalık etkeni Clostridium Tetani’dır. Merkezi sinir sistemini etkileyen bir hastalıktır (TTB, 2018).

DaBT-İPA-Hib aşısı, ölü bakteri ve virüs aşısıdır (Aşı Portalı, 2018). Uygulama yeri 12 aya kadar uyluğun orta dış kısmı, daha büyüklerde üst kolun dış kısmında deltoid kastır. Aşı intramüsküler olarak üç doz şeklinde uygulanır. Birinci doz ikinci ayın sonunda, ikinci doz dördüncü ayın sonunda, üçüncü doz da altıncı ayın sonunda uygulanır. Uygulanma miktarı 0.5 mililitredir. DaBT-İPA-Hib (5’li karma aşı) aşısının pekiştirme dozu 18. ayın sonunda, DaBT-İPA (4’lü karma) aşısının pekiştirme dozu ise 48. ayda uygulanır. Alerjisi olanlara aşı uygulanmaz. Bütün aşılarla aynı zamanda uygulanabilir (Aşı Portalı, 2018; TTB, 2018).

### **2.2.3.8. Tetanoz Toksoidi (Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı)**

Tetanoz tüm kaslarda ataklara neden olan ve solunum kaslarını etkileyen bir hastalıktır. Toksoid aşı, ilk yaş aşılamaında bacak dış yüzünden, büyüklerde koldan intramüsküler uygulanmaktadır. Uygulama zamanı çocukluk döneminde beşli karma aşı içinde iki, dört, altıncı aylarda ve 18-48. aylarda; tetanoz toksoidi (erişkin tipi difteri-tetanoz aşısı) ise 13 yaşında uygulanmaktadır. Doz miktarı 0.5 mililitredir. Pekiştirme üç doz şeklindedir (TTB, 2018).

### **2.2.3.9. Su Çiçeği Aşısı**

Su çiçeği, etkeni varisella zoster olan solunum yolu ile bulaşan ve içi su dolu döküntülerle karakterize bir hastalıktır. Su çiçeği aşısı canlı bir virüs aşısı olup tek doz şeklinde subkutan uygulanmaktadır. Uygulama zamanı 12. aydır. Doz miktarı 0,5 mililitredir. Aşının pekiştirme dozu bulunmamaktadır (Gökçay, 2017; TTB, 2018).

Amerikan Pediatri Akademisi, 2007'den itibaren eksik aşıllara tek doz, aşısızlara ise dört hafta ara ile iki doz uygulanması gerektiğini rapor etmişlerdir (WHO, 2021).

#### **2.2.4. Bağışıklama Takvimi Dışındaki Diğer Çocukluk Çağı Aşları**

##### **2.2.4.1. Rotavirüs Aşısı**

Rota virüs enfeksiyonu dört beş yaşında çocukların akut başlangıçlı ishalinin en sık görülen nedenlerinden olan bir hastalıktır (HSGM, 2017). Rota virüs aşısı canlı, oral yol ile uygulanan aşıdır ve ülkemizde bir ve beş bileşenli rota virüs aşıları kullanılmaktadır. Bir bileşenli ikinci ve dördüncü aylarda iki doz şeklinde uygulanmaktadır. Beş bileşenli olan aşı iki, dört ve altıncı aylarda üç doz şeklinde uygulanmaktadır (Arısoy vd, 2015). Rota virüs aşısı ücretli aşıdır. Ülkemizde rutin aşı takviminde yer almamaktadır.

##### **2.2.4.2. Meningokok Aşısı**

Sepsis ve menenjit hastalığının etkeni Neisseria Meningitidis'tir (meningokok). Meningokok enfeksiyonunun bulaş yolu solunum ve damlacık yolu ile olur (Özdemir vd, 2018). Meningokok enfeksiyonundan korunmak için polisakkarid ve konjuge aşılar geliştirilmiştir. Polisakkarid tip aşılar iki yaş altındaki çocuklara uygulanamadığından ve etkinliği daha az olduğundan konjuge aşılar tercih edilmektedir (Hançerli Törün vd, 2013). Meningokok aşısı inaktive bir aşıdır. Meningokok aşısı ücretli aşı olup ülkemizde rutin aşı takviminde yer almamaktadır.

Çizelge 2.4. Aşıların uygulanma yeri-şekli-dozu.

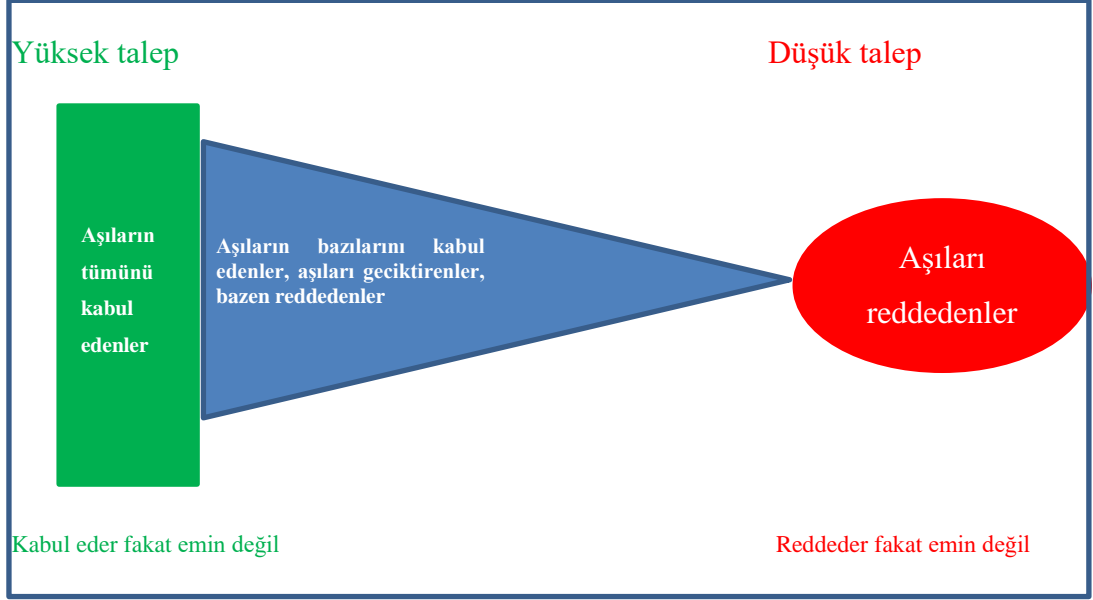
Aşılar	Uygulama yeri	Uygulama şekli	Doz
<b>BCG</b>	Sol omuzdan uygulanır	Cilt içine (subcutan enjeksiyon)	0 yaşta 0,05 ml, 1 yaş ve üzerinde 0.1 ml
<b>DaBT- Ipa-Hib</b>	12 aya kadar uyluğun orta dış kısmından, daha büyüklerde üst kol dış kısmından deltoid kasa uygulanır	Kas içine (intramüsküler enjeksiyon)	0.5 veya 1 ml
<b>KKK</b>	Üst kol dış kısmından uygulanır	Cilt içine (subcutan enjeksiyon)	0.5 ml
<b>OPA</b>	Oral uygulanır	Oral damlalık	2-4 damla
<b>Hepatit B</b>	İki yaş altında uyluğun ön-yan ve dış tarafından İki yaş üstünde dış üst koldan (deltoid) uygulanır	Kas içine (intramüsküler enjeksiyon)	0.5 ml
<b>Su çiçeği</b>	Cilt altına uygulanır	Cilt içine (subcutan enjeksiyon)	0.5 ml
<b>KPA</b>	Uyluğun orta dış kısmından uygulanır	Kas içine (intramüsküler enjeksiyon)	0.5 ml
<b>Td</b>	Bir yaşın altındaki çocuklarda bacağın dış yüzünden, daha büyüklerde koldan uygulanır	Kas içine (intramüsküler enjeksiyon)	0.5 ml
<b>Hepatit A</b>	12-23 aylık olanlarda uyluğun ön-yan ve 2 yaş ve üstünde dış üst koldan (deltoid) uygulanır	Kas içine (intramüsküler enjeksiyon)	Farklı aşılar farklı dozlarda uygulanır

Kaynak: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2018

### 2.3. AŞI REDDİ VE TEREDDÜTÜ

DSÖ tarafından 2012 yılında aşı reddi konusunda araştırma yapmak için “Aşı Tereddütü Çalışma Grubu” (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuştur. Bu çalışma grubunun raporuna göre aşı reddi ve aşı tereddütü iki farklı kavram olarak tanımlanmıştır (Jarrett et al, 2015; Bekis Bozkurt, 2018). Aşı tereddütü aşılarla erişimde sorun olmadığı halde bazı aşıların uygulanmasını kabul etmede kararsızlık veya aşılamayacağı geciktirme; aşı reddi ise tüm aşıları ve aşı uygulamalarını reddetme olarak tanımlanır (Larson HJ, 2015). Aşı tereddütü ve reddi, küresel bir sorundur (Uluslararası Çocuk Merkezi, 2021). Aşının tam kabulü ve tam reddi olduğu gibi, bazı aşıları kabul edip bazılarını reddeden bireyler de bulunmaktadır. Şekil 2.1.’de aşıların

tamamen kabulü ve tamamen reddi arasında yer alan aşı tereddütü sürekliliği modeline yer verilmiştir (Şekil 2.1) (WHO, 2019).



Şekil 2.1. Aşıların tam kabulü, aşı tereddütü ve aşı reddi ile talep arasındaki ilişki.

DSÖ tarafından oluşturulan Aşı Tereddütünün Belirleyicileri Matrisi'nde aşı tereddütü ve reddinin nedenleri üç kategoride gösterilmektedir (Larson HJ, 2014; Aker, 2018).

Bunlar; 1) yapısal faktörler, 2) bireysel ve toplumsal faktörler ve 3) aşıya/aşılamaya özgü faktörlerdir. Yapısal faktörler; tarihi, çevresel sağlık sistem/kurumsal, sosyo-kültürel, politik veya ekonomik faktörler nedeni ile ortaya çıkan etkilerdir.

Bireysel ve grup faktörleri, kişilerin yada grupların algılanmasının etkilerini içermektedir. Aşı ve aşılamaya özgü faktörler ise doğrudan aşı veya aşılama ile ilgili etkileri içermektedir (McDonald, 2015). Bu matris ile aşı reddinin nedenleri, bireylerin aşılar karşısındaki tutumu, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların değerlendirilmesi ile aşı reddi sebepleri çözümlenebilmektedir. Çizelge 2.5' te SAGE Çalışma Grubu Aşı Tereddütü Belirleyicileri Matrisi gösterilmiştir (Çizelge 2.5).

Çizelge 2.5. Aşı Tereddüt Matrisi'ne göre aşı tereddütünün ve reddinin belirleyicileri.

<b>Bağlamsal Faktörler</b>	<b>Bireysel ve Grup Faktörler</b>	<b>Aşıya/Aşılamaya Özgü Faktörler</b>
Tarihi, sosyo kültürel, çevresel, sağlık sistemi, ekonomik faktörler	Birey algısı ve sosyal ortam ile ilişkili faktörler	Doğrudan bağışıklama ile ilgili faktörler
İletişim ve medya kaynaklı faktörler	Bireylerin aşı deneyimleri	Epidemiyolojik ve bilimsel kanıtlar, riskler/yararlar
Aşı programı yürütenler, etkili olan liderler, aşı reddi olanlar	Sağlık ve korunma konusunda inançlar ve tutumlar	Yeni bir aşının tanıtımı
Tarihsel faktörler	Bilgi/farkındalık düzeyi	Aşı programı yürütülmesi
Din/kültür/cinsiyet/sosyoekonomik etkiler	Sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarına güven duyma algısı	Aşının, tedarik kaynağının ve aşı ekipmanının güvenilirliği
Siyaset/politikalar	Algısal-sezgisel riskler/yararlar	Aşılama şeması tasarımı
Coğrafi etkiler	Bireylerin bağışıklama düşünceleri	Aşı maliyetleri
İlaç sektöründe yaşanan rekabetten kaynaklanan etkiler		Sağlık çalışanlarının tutumu

Kaynak: WHO 2014

DSÖ bölgesel bağışıklama profili verilerinde Avrupa ve Amerika eyaletlerinde 2012-2020 yılları arasındaki bağışıklama tahminlerinde düşüşler olduğunu belirtmiştir. BCG aşılamaya yüzdesinin 2019 yılında %88 iken 2020 yılı raporunda %85'e gerilediği belirtilmiştir. Hepatit B aşısının doğumdan sonra yapılan ilk dozu 2019 yılında %42 iken 2020'de aynı kalmıştır. Hepatit B aşısının üçüncü dozunun yapılma düzeyi 2016-2018 yılları arasında %84, 2019'da %85 olarak belirtilmiş, 2020 yılında ise %83'e gerilediği görülmektedir.

DBT aşısının birinci dozun yapılma düzeyi 2016-2019 yılları arasında %90 iken 2020 yılında %87'ye gerilemiştir. DBT aşısının üçüncü dozu 2016-2019 yılları arasında %86 iken 2020 yılında %83'e gerilemiştir. KPA'nın 2020 yılındaki son doz yüzdesi %49 olarak belirtilmiştir. Kızamık aşısı ilk doz 2015-2017 yıllarında %85 iken, 2018-



2019 yılları arasında %86 olarak belirtilmiştir. Bu yüzde 2020 yılında 84'e gerilemiştir (WHO, 2020). İki bin on altı yılı itibari ile dünyada kızamık nedeni ile hayatını kaybedenlerde yaklaşık %50 artış görülmektedir. Yalnızca 2019'da 207500 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. DSÖ ve Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'in raporunda 2019'da küresel kızamık vakalarının 869770'e yükseldiği, 1996'dan bu zamana kadar son 23 yıldır DSÖ bölgelerinde en yüksek seviyeye ulaştığı görülmektedir (UNICEF, 2020).

Ülkemizde 2015'de ebeveynlerden onamını kapsayan davanın kazanılması ve aşı reddine neden olan söylemlerin medyada verilmesi sonucunda aşı reddinde hızlı artış görülmüştür. Çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ailelerin sayısı 2018 yılı sonunda 23 bine yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018b). TNSA 2013'de hiçbir aşı yaptırmamış olan 13-26 aylık çocukların düzeyi 2008 yılında yaklaşık 20 bin (%2) iken 2013 yılında 37 binlere (%3) ulaşmıştır. Aşısızlık, yoksulluk, eğitimsizlik bağışıklama düzeylerini fazlasıyla etkilemektedir (TNSA, 2008; TNSA, 2013). TNSA 2018'de 12-23 veya 15-26 aylık çocuklarda tam aşılama yüzdesi %74'ten %67'ye gerilemiştir (TNSA, 2018).

## **BÖLÜM 3**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Çalışma, kesitsel tipte tasarlanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Çalışma, Zonguldak İli'nde Ocak 2020-Haziran 2022 yılları arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nin sonuçlarına göre Zonguldak'ta yaşayan 24-36 ay çocukları (N= 12489) ve bu çocukların bakımından sorumlu ebeveynleri oluşturmaktadır. Çizelge 3.1'de Zonguldak İli'nde 24-36 ay çocuk nüfusunun cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı sunulmuştur (Çizelge 3.1) (TÜİK, 2019).

Çizelge 3.1. Zonguldak İlinde 24-36 ay çocuk nüfusunun cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı.

Yerleşim yeri	2 Yaş		3 Yaş		Toplam
	Kız	Erkek	Kız	Erkek	
	n (%) *	n (%) *	n (%) *	n (%) *	n (%) **
<b>Ereğli</b>	1051 (24,9)	1020 (24,2)	1048 (24,8)	1092 (25,9)	4211 (33,7)
<b>Merkez</b>	610 (24,1)	625 (24,7)	625 (24,7)	665 (26,3)	2525 (20,2)
<b>Çaycuma</b>	404 (23,8)	425 (25,0)	405 (23,8)	463 (27,2)	1697 (13,5)
<b>Alaplı</b>	242 (22,5)	296 (27,5)	271 (25,2)	265 (24,6)	1074 (8,6)
<b>Kozlu</b>	224 (23,0)	232 (23,8)	254 (26,1)	263 (27,0)	973 (7,7)
<b>Devrek</b>	220 (24,2)	244 (26,9)	219 (24,1)	223 (24,6)	906 (7,2)
<b>Kilimli</b>	161 (22,4)	181 (25,2)	173 (24,1)	202 (28,1)	717 (5,7)
<b>Gökçebez</b>	95 (24,6)	107 (27,7)	94 (24,3)	90 (23,3)	386 (3,0)
<b>Toplam</b>	<b>3007 (24,1)</b>	<b>3130 (25,1)</b>	<b>3089 (24,7)</b>	<b>3263 (26,1)</b>	<b>12489 (100,0)</b>

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019) \*satur yüzdesi \*\*sütun yüzdesi

Araştırmanın örnek büyüklüğü Epiinfo Statcalc programında evren (N= 12489), prevalans %42,6 (TNSA 2018 bulgularına göre Batı Karadeniz Bölgesindeki 24-36 aylık tam aşılınmış çocukların sıklığı), hata payı %5, %95 Güven Aralığı değerleri ile 365 kişi olarak belirlenmiştir. Çizelge 3.2’de örnek grubun yerleşim yerine, cinsiyete ve yaş grubuna göre ağırlıklı dağılımı sunulmuştur (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Örnek grubun yerleşim yerine, cinsiyete ve yaş grubuna göre ağırlıklı dağılımı.

Yerleşim yeri	2 Yaş		3 Yaş		Toplam n (%) **
	Kız n (%) *	Erkek n (%) *	Kız n (%) *	Erkek n (%) *	
Ereğli	31 (25,2)	30 (24,4)	31 (25,2)	31 (25,2)	<b>123 (33,7)</b>
Merkez	18 (24,3)	19 (25,7)	18 (20,0)	19 (25,7)	<b>74 (20,3)</b>
Çaycuma	12 (24,0)	12 (24,0)	12 (24,0)	14 (28,0)	<b>50 (13,7)</b>
Alaplı	7 (21,9)	9 (28,1)	8 (25,0)	8 (25,0)	<b>32 (8,8)</b>
Kozlu	7 (25,0)	7 (25,0)	7 (25,0)	7 (25,0)	<b>28 (7,7)</b>
Devrek	6 (23,1)	7 (26,9)	6 (23,1)	7 (26,9)	<b>26 (7,1)</b>
Kilimli	5 (23,8)	5 (23,8)	5 (23,8)	6 (28,6)	<b>21 (5,8)</b>
Gökçebey	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (27,3)	3 (27,3)	<b>11 (3,0)</b>
<b>Toplam</b>	<b>89 (24,4)</b>	<b>91 (24,9)</b>	<b>90 (24,7)</b>	<b>95 (26,0)</b>	<b>365 (100,0)</b>

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019) \*satur yüzdesi \*\*sütun yüzdesi

### 3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

#### 3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

**24-36 aylık bebeklerin tam aşılama düzeyi:** Tam aşılama düzeyi, TNSA 2018’de yer alan tanımlama temel alınarak belirlenmiştir. TNSA, çocukların tam aşıllı olduğunu bir doz BCG, üç doz DaBT-IPA-HiB, bir doz KKK, üç doz Hepatit B ve üç doz KPA alması şeklinde tanımlamıştır (TNSA, 2018).

**Ebeveynlerinin aşılama karşı tutumu:** Ebeveynlerin aşıya karşı tutumları Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV) kullanılarak belirlenmiştir.

### 3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

#### 3.4.2.1. Çocuk ile İlgili Değişkenler

**Cinsiyet:** Kız ve erkek olarak iki kategoride sınıflandırılmıştır.

**Yaş:** Çocukların tamamlamış olduğu ayı ifade eder. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Doğum şekli:** Vajinal ve sezaryen olarak sınıflandırılmıştır.

**Çocuk bakımından birinci derece sorumlu kişi:** bakımdan birinci derece sorumlu kişinin kim olduğu sorgulanmıştır.

**Çocuk sırası:** Çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu sorgulanmıştır.

**Doğum öncesi kontrollerinin ağırlıklı olarak yapıldığı sağlık kuruluşu**

**Doğum kilosu:** Çocuğun doğum kilosu, ebeynlerin beyanına göre sorgulanmıştır.

**Doğum boyu:** Çocuğun doğum boyu, ebeynlerin beyanına göre sorgulanmıştır.

#### 3.4.2.2. Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Değişkenler

En yakın sağlık kuruluşu, en sık başvuru yapılan sağlık kuruluşu, sağlık kuruluşunu tercih nedeni, kayıtlı olduğu aile hekimi ve kim olduğu, kayıtlı olduğu aile sağlığı elemanı ve kim olduğu, aile hekimine başvuru sıklığı, çocuğun aşı kartı olup olmadığı, çocuğa ücretli aşı yaptırma durumu, COVID 19 aşısı kendine ve çocuğuna yaptırma durumu, aşılardan ilgili bilgi kaynağı kullanımı sorgulanmıştır.

#### 3.4.2.3. Ebeveyn ile İlgili Değişkenler

**Yerleşim yeri:** İkamet edilen yerleşim yeri il merkezi, ilçe ve köy olarak sorgulanmıştır.

**Annenin yaşı:** Annenin tamamlamış olduğu yaşı ifade eder. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Babanın yaşı:** Babanın tamamlamış olduğu yaşı ifade eder. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Medeni durum:** “Evli, dul/boşanmış, bekar (tek ebeveyn)” şeklinde sınıflandırılmıştır.

**Ebeveyn öğrenim düzeyi:** Anne ve babanın tamamlamış olduğu öğrenim düzeyini ifade eder.

**Ebeveyn çalışma durumu:** Anne ve babanın gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığı sorgulanmıştır. “İşsiz, devlet işinde çalışıyor, özel sektörde çalışıyor, kendi hesabına (esnaf), iş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb.), mevsimlik işçi olarak çalışıyor, çiftçi ve diğer olmak üzere sekiz grupta sınıflandırılmıştır.

**Hanede yaşayan kişi sayısı:** Hane halkı sayısı, aynı kaptan yemek yiyenlerin sayısına göre sorgulanmıştır.

**Aile tipi:** Bu sınıflamada aileyi oluşturan üye sayısı ve akrabalık ilişkileri esas alınmaktadır. Çekirdek ve geniş şeklinde iki grupta sorgulanmıştır.

**Yaşadığı eve kira ödeme durumu:** Evet ve hayır seçenekleri sunulmuştur.

**İkamet süresi:** Ne kadar zamandır aynı yerde yaşadığı sorgulanmıştır.

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Çalışmada tanımlayıcı soru formu ve PACV aracılığı ile veri toplandı.

#### **3.5.1. Tanımlayıcı soru formu**

Tanımlayıcı soru formu, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, çocukların sosyodemografik özellikleri ve çocukların sağlık hizmeti kullanımını içeren özelliklerini sorgulayan 43 soruluk bir formdur. Soru formunun pilot uygulaması, araştırma kapsamında yer almayan 10 anne ile yapıldı. Pilot uygulamadan sonra bireylerin yanıtlamakta güçlük çektiği sorular üzerinde yeniden düzenleme yapıldı (Ek: 1).

#### **3.5.2. Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği**

PACV Ölçeği, Opel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Opel et al, 2013). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çevik ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Cronbach alfa değeri 0,68) (Çevik vd, 2020).

PACV Ölçeği çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olan ebeveynlere uygulanmıştır. Ölçek toplam 15 sorudan ve üç alt boyuttan (davranış, tutum, güvenilirlik-etkililik) oluşmaktadır.

Ölçek değerlendirilirken her 15 soru da puanlanmaktadır. Davranış alanında 1. ve 2. maddeler, genel tutumlar alanında 3,4,5,6,11,12,13,14,15. maddeler, güvenlik-etkililik alanında 7,8,9,10. maddeler bulunmaktadır. PACV'nin maddeleri için üç farklı yanıt biçimi kullanılmaktadır. Bu yanıt biçimleri, 1, 2 ve 11. maddeler için evet, hayır, bilmiyorum şeklinde; 4,5,6,7,8,9,10,12,13 ve 14. maddeler için 5'li likert şeklinde. Üçüncü ve 15. maddelerde 0-10 arası puanlanan seçenekler vardır ve katılımcının uygun olan puanı seçmesi beklenir. On beş maddeden oluşan PACV ölçek maddeleri Ek 2'de sunulmuştur (Ek: 2).

Ölçekte tereddütlü yanıtlar için 2 puan, 'bilmiyorum ya da emin değilim' yanıtları için 1 puan ve tereddütsüz yanıtlar için ise 0 puan verilir. Ölçek değerlendirilirken 'bilmiyorum' yanıtının kayıp olması nedeni ile hariç tutulduğu iki sorunun (1 ve 2) puanlamasında tereddütlü yanıtlar için 2 puan ve tereddütsüz yanıtlar için 0 puan verilir. Her sorunun puanı toplanarak ham puan hesaplanmaktadır. Ölçekteki tüm sorular yanıtlanmış ve 1. ve 2. sorular hariç tutulmuşsa toplam ham puan 0-30 arasında bir değer alır. Yanıtlanmamış en az bir soru olursa veya 1. ve 2. sorular 'bilmiyorum' şeklinde yanıtlanmışsa toplam ham puan için düzeltilmiş değer alır. Bir yanıt kayıp veya hariç olduğuunda toplam ham puan 0-28; iki yanıt kayıp ya da hariç olduğuunda toplam ham puan 0-26 arasında bir değer alır. Toplam ham puan, Opel ve arkadaşları tarafından oluşturulan lineer hesaplama yöntemi kullanılarak 0-100 arasında değişen değerlere uygun olacak şekilde yeniden hesaplanır ve buna dönüştürülmüş ham puan denir. Ek 3'te ayrıntılı olarak PACV Ölçeği'nin dönüştürülmüş puanları sunulmuştur (Ek: 3). Ölçekten alınan puanın artışı, ebeveynlerin çocukluk çağı aşlarına yönelik tereddütünün de arttığını gösterir. Ebeveynlerin aldığı dönüşümlü toplam puan 50'den küçükse ebeveynin aşıya karşı tereddütünün olmadığını; 50 ve üstü puan aşı tereddütünü yansıtır (Opel et al, 2013).

### **3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Veriler, yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Çalışmanın verilerinin bireylerin yaşadıkları hanede ziyaret edilerek toplanması planlanmıştır. Ancak bilgi gizliliği gerekçesi ile aile sağlığı merkezlerinden 24-36 aylık çocukların adresleri alınamamıştır ve bu nedenle veriler büyük ölçüde ebeveynler aile sağlığı merkezlerine davet edilerek toplanmıştır. Veri toplama aşaması 2021 Şubat- 2021 Mayıs ayları arasında tamamlanmıştır.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER**

Araştırma sonuçlarına göre tanımlayıcı veriler yüzde dağılım ve Ortalama±Standart Sapma ( $\bar{x}\pm SS$ ) şeklinde özetlendi. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki lojistik regresyon aracılığı ile analiz edildi. Bivariate lojistik regresyon analizinde p değeri 0,20'den küçük olan değişkenler multivariate lojistik regresyon modeline alındı. Multivariate analizlerde  $p<0,05$  ise anlamlı kabul edildi. Tüm analizler, IBM SPSS Paket Programı Verisiyon 16.0 aracılığı ile uygulandı.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Çalışmanın uygulanabilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (Tarih 21.01.2021, No: 436) (EK 4). Etik Kurul onayının alınmasının ardından aile sağlığı merkezlerinden ve Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden de izin alındı (Ek: 5). Çalışma kapsamındaki tüm çocukların ebeveynlerinden gönüllü katılımlarına dair sözel onay alındı.

### **3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI**

Araştırma grubuna yöneltilen anket formu ve ölçeğin bireylerin gerçek düşüncelerini yansıtacak biçimde yanıtladıkları kabul edilmiştir.



### **3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

1. Çalışmada kırsal kesimden sınırlı sayıda ebeveyne ulaşılabilmiştir.
2. Çalışmanın kesitsel tasarımına bağlı olarak neden ve sonuçlar bir arada incelenmiştir.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Çalışma Zonguldak'ta 24-36 aylık çocukların tam aşılama düzeylerinin ve ebeveynlerin aşılama karşı tutumlarının belirlenmesi amacı ile 365 ebeveyn ile gerçekleştirildi. Çalışmanın bulguları dört başlık altında sunuldu. Birinci başlıkta ebeveynler ve çocuk ile ilgili tanımlayıcı özellikleri içeren bulguların dağılımı, ikinci başlıkta çocukların tam aşılama düzeyi, üçüncü başlıkta aşı tereddütü düzeyine yönelik bulgular, dördüncü başlıkta ebeveynlerin aşı tereddütü ile ilişkili faktörler sunulmuştur.

#### 4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

##### 4.1.1 Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %76,4'ü (n=279) ilçe merkezinde ikamet etmektedir. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamaları  $30,8 \pm 5,9$  (minimum 19 maksimum 45), babaların yaş ortalaması  $34,1 \pm 6,2$ 'dir (minimum 21 maksimum 52). Annelerin %47,4'ü (n=173) üniversite mezunu ve %37,5'inin (n=137) işsiz, babaların %46,0'ı (n=168) üniversite mezunu ve %42,7'si (n=156) özel sektörde çalışmaktadır. Ebeveynlerin %92,9'u (n=339) resmi nikahla evlidir. Ebeveynlerin gelir durumları incelendiğinde; %61,6'sı (n=225) geliri giderine denk olup, haneye giren aylık gelir miktarı ortalaması  $7976,9 \pm 5526,7$ 'dir. Hane halkı sayısı ortalaması  $4,1 \pm 1,3$  (minimum 2, maksimum 12)'tür. Katılımcıların büyük çoğunluğu %91,2'si (n=333) çekirdek aileye sahiptir. Katılımcıların %65,2'si (n=238) yaşadıkları eve kira ödememektedir. Katılımcıların mahalle-köyde yaşama süreleri ortalaması  $9,6 \pm 8,8$ 'dir (minimum 1 maksimum 40) (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Sosyodemografik özellikler.

Değişken	n	%
<b>Yerleşim yeri</b>		
İl merkezi	69	18,9
İlçe merkezi	279	76,4
Köy	17	4,7
<b>Annenin öğrenim düzeyi</b>		
Formel eğitim yok	10	2,7
İlkokul mezunu	24	6,6
Ortaokul mezunu	45	12,3
Lise mezunu	113	31,0
Üniversite mezunu	173	47,4
<b>Annenin çalışma durumu</b>		
İşsiz	137	37,5
Devlet işinde çalışıyor	113	31,0
Özel sektörde çalışıyor	104	28,5
Diğer*	11	3,0
<b>Babanın öğrenim düzeyi</b>		
Formal eğitim yok	5	1,4
İlkokul mezunu	28	7,7
Ortaokul mezunu	28	7,7
Lise mezunu	136	37,3
Üniversite mezunu	168	46,0
<b>Babanın çalışma durumu</b>		
İşsiz	29	7,9
Devlet işinde çalışıyor	119	32,6
Özel sektörde çalışıyor	156	42,7
Kendi hesabına	32	8,8
Diğer**	29	7,9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	334	91,5
Dul/boşanmış/ Bekar (tek ebeveyn)	5 2	1,4 0,5
<b>Evlilikte resmi nikah</b>		
Var	339	92,9
Yok***	26	7,1
<b>Gelir ve gider algısı</b>		
Geliri giderinden az	117	32,1
Geliri giderine denk	225	61,6
Geliri giderinden fazla	23	6,3
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	333	91,2
Geniş aile	32	8,8
<b>Yaşadığı eve kira ödeme durumu</b>		
Evet	127	34,8
Hayır	238	65,2
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>
	<b>n</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
<b>Anne yaşı</b>	365	30,8±5,9
<b>Babanın yaş</b>	361	34,1±6,2
<b>Toplam gelir</b>	354	7976,9±5526,7
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>	365	4,1±1,3
<b>İkamet süresi</b>	349	9,6±8,8

\*İş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb), kendi hesabına(esnaf) \*\* İş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb), mevsimlik işçi olarak çalışıyor, çiftçi, \*\*\* Nikahsız birliktelik (n= 2) ve yalnızca dini nikahlı (n= 24).

#### 4.1.2. Çocuk ile İlgili Özellikler

Çalışma grubunun %98,4'ünün (n=359) bakımından birinci dereceden sorumlu olan kişi annesidir. Çocukların %31,8'i 24-29, %68,2'si 30-36 aylıktır. Çocukların %54,0'ı (n=197) kız, %46,0'ı (n=168) erkektir. Annelerin doğum şekli %53,7 (n=196) vajinal, %46,3 (n=169) sezaryen doğumdur. Çocuklarının büyük çoğunluğu %89'u (n=325) 2500–3999 gram arası olup çocukların doğum kilosu ortalama 3301,4±497,4'tür (minimum 1900 gr maksimum 4650 gr). Çocuklarının doğum boyları ise ortalama 49,4±1,7'dir (minimum 41 cm maksimum 55 cm). Annelerin doğum öncesi sağlık kontrollerini %57,3 (n=209) devlet hastanesinde, %30,7 (n=112) aile sağlığı merkezinde %7,9 (n=29) özel hastanede, %3,8'i (n=14) ise üniversite hastanesinde yaptırıldıkları görülmüştür (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Çocuk ile ilgili tanımlayıcı özellikler.

Değişken	n	%
<b>Çocuk bakımından birinci derecede sorumlu olan kişi</b>		
Anne	359	98,4
Baba	5	1,4
Anneanne-Babaanne	1	0,3
<b>Yaş (ay)</b>		
24-29	116	31,8
30-36	249	68,2
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	197	54,0
Erkek	168	46,0
<b>Çocuk sırası</b>		
1	144	39,5
2	146	40,0
3	50	13,7
4	20	5,5
5	5	1,4
<b>Doğum öncesi kontrollerinin ağırlıklı olarak yapıldığı sağlık kuruluşu</b>		
Devlet hastanesi	209	57,3
Aile sağlığı merkezi	112	30,7
Özel hastane	29	7,9
Üniversite hastanesi	14	3,8
Belirtilmeyen	1	0,3

Çizelge 4.2. (devamı).

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğum şekli</b>		
Vajinal doğum	196	53,7
Sezaryen doğum	169	46,3
<b>Doğum kilosu (gr)</b>		
<2500	17	4,7
2500-3999	325	89,0
≥4000	23	6,3
<b>Doğum boyu (cm)</b>		
41-49	171	46,8
≥50	182	49,9
Hatırlamıyor	12	3,3
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>
	<b>n</b>	<b>X±SS</b>
<b>Doğum kilosu</b>	365	3301,4±497,4
<b>Doğum boyu</b>	365	49,4±1,7

#### 4.1.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler

Çocuğunuzu iyi tanıyan ve sürekli takibini yapan bir hekim var mı? sorusuna ebeveyleerin %59,7'si (n=218) aile hekimi, %34,8'i uzman hekim şeklinde yanıtlamıştır. Ebeveynlerin çocuğu için en fazla ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti %63,6 (n=232) muayene olmadır. Ebeveynlerin yaşadıkları yere en yakın sağlık kuruluşları %47,4 (n=173) aile sağlığı merkezi, %34,8 (n=127) devlet hastanesi, %17,8 (n=65) diğer sağlık kuruluşlarıdır. Ebeveynlerin çocuğunun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için en çok başvuru yaptığı sağlık kuruluşu %60,8 (n=222) devlet hastanesidir. Ebeveynlerin %94,2'si (n=344) çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekimini, %80'i (n=292) aile sağlığı elemanının kim olduğunu bilmektedir. Çocukların %97,8'inin (n=357) aşılarının yazıldığı bir aşı kartı var iken, sekiz çocuğun aşı kartı yoktur. Ebeveynler çocukluk çağı aşıları konusunda %38,1 (n=139) aile sağlığı elemanından, %29,0 (n=106) uzman hekimden, %26,8 (n=98) aile hekiminden bilgi almaktadırlar. Ebeveynlerin %18,4'ü (n=67) çocuğuna ücretli aşı (menenjit ve rota virus) yaptırmıştır. Ebeveynlerin %79,7'si (n=291) COVID-19 aşısını kendisine, %42,2'si (n=154) çocuğuna yaptırabileceğini belirtmiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili özellikler.

Değişken	n	%
<b>Çocuğunuzu sürekli takip eden ve onu iyi tanıyan bir hekiminiz var mı?</b>		
Evet, aile hekimi	218	59,7
Evet, uzman hekim	127	34,8
Hayır	20	5,5
<b>Çocuğunuz için en fazla hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyuyorsunuz?</b>		
Muayene	232	63,6
Aşı	55	15,1
İzlem	54	14,8
Diğer*	24	6,6
<b>Evinize en yakın sağlık kuruluşu neresidir?</b>		
Aile sağlığı merkezi	173	47,4
Devlet hastanesi	127	34,8
Toplum sağlığı merkezi/özel hastane/özel poliklinik	65	17,8
<b>Çocuğunuzun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için en çok hangi sağlık kuruluşuna başvuru yapıyorsunuz?</b>		
Devlet hastanesi	222	60,8
Aile hekimi	93	25,5
Özel poliklinik/hastane	50	13,7
<b>Neden en çok bu sağlık kuruluşunu tercih ediyorsunuz?</b>		
Daha iyi hizmet	133	36,4
Eve yakın	101	27,7
Laboratuvar olanağı	59	16,2
Diğer**	72	19,7
<b>Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?</b>		
Evet	344	94,2
Hayır	21	5,8
<b>Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile sağlığı elemanınızın kim olduğunu biliyor musunuz?</b>		
Evet	292	80,0
Hayır	73	20,0
<b>Şimdiye kadar çocuğunuzun herhangi bir sorunu olmadığı halde büyüme ve gelişmesinin takibi için aile hekimine kaç kez gittiniz?</b>		
5 ve daha az	11	3,0
6-9	159	43,6
10 ve üstü	195	53,4
<b>Çocuğunuzun aşılarının yazıldığı bir aşı kartı var mı?</b>		
Evet	357	97,8
Hayır	8	2,2
<b>Çocukluk çağı aşıları konusunda en fazla hangi kaynaktan bilgi alıyorsunuz?</b>		
Aile sağlığı elemanı	139	38,1
Aile hekimi	98	26,8
Uzman hekim	106	29,0
Görsel ve işitsel kaynaklar	22	6,0

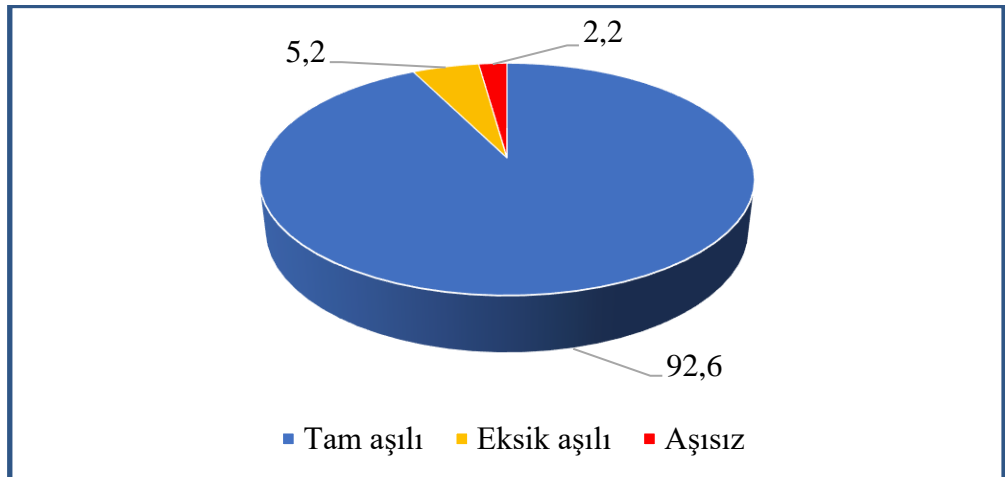
Çizelge 4.3. (devamı).

Değişken	n	%
<b>Çocuğunuza hiç ücretli aşı yaptırdınız mı?</b>		
Evet (Menenjit, Rota Virüs)	67	18,4
Hayır	298	81,6
<b>COVID-19 aşısını kendinize yaptırmak ister misiniz?</b>		
Evet	291	79,7
Hayır	36	9,9
Kararsızım	38	10,4
<b>COVID-19 aşısını çocuğunuza yaptırmak ister misiniz?</b>		
Evet	154	42,2
Hayır	95	26,0
Kararsızım	116	31,8
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>

\*İlaç yazdırma, yatarak tedavi, enjeksiyon, acil sağlık hizmeti, \*\*Ucuz, sağlık personeli iyi davranıyor, başka nereye gideceğimi bilmiyorum

## 4.2. ÇOCUKLARIN TAM AŞILANMA DÜZEYİ

Çalışma kapsamındaki çocukların yaşlarına göre aşılama düzeyi %92,6'sı (n= 338) tam aşı, %5,2'si (n= 19) eksik aşı, %2,2'si (n= 8) aşısızdır (Şekil 4.1.). Ebeveyleerin %75,1'i (n=274) çocuğuna aşı yaptırdıktan sonra en az bir yan etki görüldüğünü bildirmiştir. Ebeveyleerin büyük bölümü yan etki görüldüğü takdirde sağlık çalışanlarına başvurmaktadır (Çizelge 4.4).



Şekil 4.1. Çocukların aşılama düzeyi.

Çizelge 4.4. Aşılama durumu ve aşı sonrası yan etki.

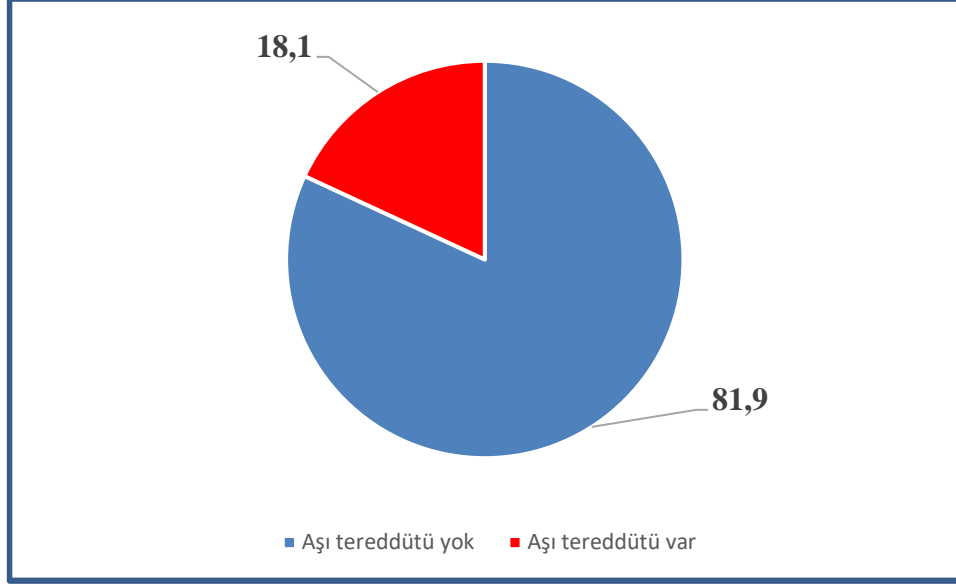
Değişken	n	%
<b>Çocuğun yaşına göre aşılama durumu</b>		
Tam aşıli	338	92,6
Eksik aşıli*	19	5,2
Aşısız	8	2,2
<b>Çocuğunuza aşı yaptırdıktan sonra herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?</b>		
Evet	274	75,1
Hayır	83	22,7
Aşı yaptırmayan	8	2,2
<b>Aşı sonrası istenmeyen bir etki oluştuğunda ne yaparsınız?</b>		
Aile hekimine başvurma/danışma	149	40,8
Aile sağlığı merkezi dışında sağlık personeline/kuruluşuna danışma	146	40,0
Kendi yöntemleri ile çözmeye çalışma	62	17,0
Aşı yaptırmayan	8	2,2
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>

\*OPA, Hepatit A, Hepatit B, KKK, KPA

### 4.3. EBEVEYLERİN AŞI TEREDDÜTÜ DÜZEYİ

Katılımcıların PACV Ölçeğin'den aldıkları ortalama puan  $40,7 \pm 12,7$ 'dir (minimum 7, maksimum 93). Ebeveynlerin PACV puanlarına göre aşı tereddüdü olan ( $\geq 50$  puan) ve aşı tereddüdü olmayan ( $< 50$  puan) ebeveynlerin sayıları değerlendirildiğinde ebeveynlerin %18,1'inde (n=66) aşı tereddüdü olduğu görüldü. Şekil 4.2'de ebeveynlerin aşı tereddüdü düzeyi gösterilmiştir (Şekil 4.2).





Şekil 4.2. Ebeveynlerin aşı tereddütü düzeyi.

#### 4.4. AŞI TEREDDÜTÜ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Çizelge 4.5’ de bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariate logistic regresyon analizi sunulmuştur. Analiz sonucunda p değeri 0,20’den küçük olan değişkenler sırası ile babanın öğrenim düzeyi, babanın çalışma durumu, evlilikte resmi nikah, aile tipi, annenin yaşı, babanın yaşı, çocuk yaşı, doğum kilosunu, çocuğun kayıtlı olduğu aile hekiminin kim olduğunun bilinmesi, çocukluk çağı aşıları konusunda en fazla hangi kaynaktan bilgi alındığı, ücretli aşı yaptırmaya durumu, aşılanma durumudur (Çizelge 4.5). Bu değişkenler multivariate lojistik regresyon modeline alınmıştır.

Çizelge 4.5. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariate logistic regresyon analizi (aş1 tereddütü yok= 0; aş1 tereddütü var= 1).

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
<b>Yerleşim yeri</b>				
İl merkezi	0,178	1,2	0,6-2,3	0,597
İlçe/köy (ref)				
<b>Annenin öğrenim düzeyi</b>				
Orta ve altı (ref)				
Lise ve üstü	0,262	1,300	0,657-2,570	0,451
<b>Annenin çalışma durumu</b>				
Çalışıyor (ref)				
Çalışmıyor	-0,061	0,941	0,541-1,636	0,828
<b>Babanın öğrenim düzeyi</b>				
Orta ve altı (ref)				
Lise ve üstü	0,619	1,858	0,804-4,291	0,147
<b>Babanın çalışma durumu</b>				
Çalışıyor (ref)				
Çalışmıyor	1,018	2,768	1,212-6,319	0,016
<b>Evlilikte resmi nikah</b>				
Var (ref)				
Yok	1,150	3,158	1,363-7,320	0,007
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek aile (ref)				
Geniş aile	0,639	1,895	0,833-4,309	0,127
<b>Yaşadığı eve kira ödeme durumu</b>				
Kira ödüyor	-0,079	0,924	0,525-1,624	0,783
Kira ödemiyor (ref)				
<b>Anne yaşı</b>	-0,037	1,0	0,9-1,0	0,127
<b>Baba yaşı</b>	-0,050	0,951	0,908-0,995	0,031
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>	0,028	1,028	0,838-1,261	0,791
<b>İkamet süre</b>	-0,019	0,981	0,949-1,015	0,279
<b>Çocuk yaş</b>	0,061	1,063	0,996-1,135	0,065
<b>Çocuk cinsiyet</b>				
Kız (ref)				
Erkek	-1,840	1,159	1,108-3,271	0,67
<b>Çocuk sırası</b>	-0,133	0,875	0,648-1,182	0,385
<b>Doğum öncesi kontrollerinin ağırlıklı olarak yapıldığı sağlık kuruluşu</b>				
Aile sağlığı merkezi (ref)				
Diğer*	-0,172	0,842	0,476-1,488	0,553
<b>Doğum şekli</b>				
Vajinal doğum	0,042	1,042	0,610-1,780	0,879
Sezaryen doğum (ref)				
<b>Doğumdaki kilosu</b>	-0,001	0,999	0,999-1,000	0,034
<b>Doğumdaki boyu</b>	-0,064	0,938	0,805-1,093	0,411
<b>Çocuğunuzu sürekli takip eden ve onu iyi tanıyan bir hekiminiz var mı?</b>				
Evet (ref)				
Hayır	0,439	1,552	0,543-4,431	0,412
<b>Çocuğunuzu sürekli takip eden ve onu iyi tanıyan kim?</b>				
Aile hekimi (ref)				
Uzman hekim	0,046	1,048	0,592-1,855	0,873

Çizelge 4.5. (devamı).

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
<b>Evinize en yakın sağlık kuruluşu neresidir?</b>				
Aile sağlığı merkezi (ref)				
Diğer**	0,245	1,278	0,746-2,189	0,372
<b>Çocuğunuzun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için en çok hangi sağlık kuruluşuna başvuru yapıyorsunuz?</b>				
Aile sağlığı merkezi (ref)				
Diğer***	0,288	1,334	0,701-2,539	0,381
<b>Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?</b>				
Evet (ref)				
Hayır	1,329	3,776	1,520-9,380	0,004
<b>Çocuğunuzun kayıtlı olduğu ase kim olduğunu biliyor musunuz?</b>				
Evet (ref)				
Hayır	0,201	1,222	0,642-2,325	0,541
<b>Normal izlem kaç kez</b>	-0,018	0,982	0,893-1,080	0,709
<b>Çocukluk çağı aşıları konusunda en fazla hangi kaynaktan bilgi alıyorsunuz?</b>				
Aile sağlık elemanı (ref)				
Diğer****	0,879	2,409	1,296-4,478	0,005
<b>Ücretli aşı</b>				
Evet (ref)				
Hayır	-1,464	0,231	0,365-1,577	0,000
<b>Aşılama durumu</b>				
Evet	2,126	8,378	3,674-19,105	0,000
Hayır (ref)				
<b>Aşı sonrası yan etki</b>				
Evet	-0,059	0,943	0,488-1,822	0,861
Hayır (ref)				

\*Devlet hastanesi, Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi, Özel hastane, \*\* Toplum sağlığı merkezi, Devlet hastanesi, Özel hastane, Özel tıp merkezi, Özel poliklinik, \*\*\* Devlet hastanesi, Özel hastane, Özel tıp merkezi, Özel poliklinik, \*\*\*\* Aile hekimi, Uzman hekim, Toplum sağlığı merkezi, Yazılı kaynaklar, Görsel- işitsel kaynaklar (internet, sosyal medya, televizyon vb.)

Çizelge 4.6’da bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında multivariate logistic regresyon analizi sunulmuştur. Buna göre ebeveynlerde aşı tereddütü olması olasılığı çocuğun aşısız ya da eksik aşı olması 10,5 kat (%95 GA 4,1-27,4), babanın lise ve üstü öğrenim düzeyine sahip olması 6,0 kat (%95 GA 1,7-21,2), babanın gelir getiren bir işte çalışmıyor olması 4,2 kat (%95 GA 1,2-15,3), çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilmiyor olması 4,0 kat (%95 GA 1,3-12,2), çocukluk çağı aşıları konusunda aile sağlığı elemanı dışındaki kaynaklardan bilgi alınıyor olması 3,4 kat (%95 GA 1,6-7,2) artırmaktadır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında multivariate logistic regresyon analizi.

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
<b>Babanın öğrenim düzeyi</b>				
Orta ve altı (ref)				
Lise ve üstü	1,789	6,0	1,7-21,2	<b>0,006</b>
<b>Babanın çalışma durumu</b>				
Çalışıyor (ref)				
Çalışmıyor	1,446	4,2	1,2-15,3	<b>0,027</b>
<b>Evlilikte resmi nikah</b>				
Var (ref)				
Yok	0,823	2,3	0,6-8,5	0,221
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek aile (ref)				
Geniş aile	0,428	1,5	0,5-5,1	0,484
<b>Annenin yaşı</b>	-0,024	1,0	0,9-1,1	0,683
<b>Babanın yaşı</b>	-0,026	1,0	0,9-1,1	0,628
<b>Çocuğun yaşı</b>	0,073	1,1	1,0-1,2	0,059
<b>Çocuğun doğumdaki kilosu</b>	-0,001	1,0	1,0-1,0	0,063
<b>Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?</b>				
Evet (ref)				
Hayır	1,384	4,0	1,3-12,2	<b>0,015</b>
<b>Çocukluk çağı aşıları konusunda en fazla hangi kaynaktan bilgi alıyorsunuz?</b>				
Aile sağlık elemanı (ref)				
Diğer*	1,219	3,4	1,6-7,2	<b>0,001</b>
<b>Çocuğa ücretli aşı uygulaması</b>				
Evet (ref)				
Hayır	-0,118	0,9	0,4-2,1	0,787
<b>Çocuğun aşılama durumu</b>				
Aşısız/eksik aşı	2,356	10,5	4,1-27,4	<b>0,000</b>
Tam aşı (ref)				

\*Aile hekimi, Uzman hekim, Toplum sağlığı merkezi, yazılı kaynaklar (kitap, dergi, gazete....), Görsel- işitsel kaynaklar (internet, sosyal medya, televizyon vb.), Dini kaynaklar, Arkadaşlar/ aile/ komşular

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

Zonguldak'ta yaşayan 24-36 aylık çocukların tam aşılama düzeylerinin, ebeveynlerin aşılamaya karşı tutumlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada 365 ebeveyne ulaşılmıştır. Çalışma, halk sağlığı açısından kritik yeri olan çocukluk çağı aşıları hakkında önemli bulgular sunmaktadır. Çalışmada çocukların %5,2'sinin (n=19) eksik aşı, %2,2'sinin (n=8) aşısız olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin PACV ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $40,7 \pm 12,7$  olup, %18,1(n=66)'inin çocukluk çağı aşılarına karşı tereddütü olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerde aşı tereddütü olması olasılığını çocuğun aşısız ya da eksik aşı olması 10,5 kat, babanın öğrenim düzeyinin lise ve üstü olması 6,0 kat, babanın gelir getiren bir işte çalışmaması 4,2 kat, çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekiminin bilinmemesi 4,0 kat, çocukluk çağı aşıları konusunda aile sağlığı elemanı dışındaki kaynaklardan bilgi alınması 3,4 kat artırmaktadır.

Bu çalışmada, 24-36 aylık çocukların %92,6'sı (n=338) tam aşı, %5,2'si (n=19) eksik aşı, %2,2'si (n=8) aşısızdır. Sağlık istatistikleri yılı 2018 verilerine göre Türkiye geneli aşılama hızları DaBT3 %98, HBV3 %98 ve KKK %95, BCG %96 olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). TNSA 2018'de 12-23 veya 15-26 aylık çocuklarda tam aşılama yüzdesi %74'ten %67'ye gerilemiştir (TNSA, 2018). Şimşek'in araştırmasında katılımcıların ulusal aşı takviminde yer alan aşıları uygulama %99'dur (Şimşek, 2020). Derince'nin 0-59 aylık çocuğu olan 303 anne ile gerçekleştirilen araştırmasında çocukların %98'inin tam aşı olduğu ifade edilmiştir (Derince, 2006). Kara ve ark. 903 ebeveyn ile yaptığı çalışmada tam aşılama düzeyi %97.6 bulunmuştur (Kara vd, 2018). Bir diğer çalışmada, çocukların %94'ünün tam aşı, %5'inin eksik aşı, %1'inin aşısız olduğu ifade edilmiştir (Özlem, 2020). Üzümlü ve ark. tarafından, 302 ebeveyn ile İzmir'de bir hastanede gerçekleştirilen araştırmasında çocukların tam aşılama düzeyi %94 şeklinde ifade edilmiştir (Üzümlü

vd, 2019). Özkan ve Çatiker (2006), Bolu İl merkezindeki 134 çocuk üzerinde gerçekleştirilen araştırmasında tam aşıli çocuk düzeyi %93, %1'i aşısız ve %6'sı eksik aşıli bulunmuştur. Kurçer ve ark. (2005), tarafından Şanlıurfa'da bir asm'de 117 anne gerçekleştirilen kesitsel araştırmada, 0-2 yaşında tam aşıli çocuk düzeyi %55, eksik aşıli %13, aşısız %28, sadece kampanya polio aşısı yaptıran %3 olarak ifade edilmiştir Zonguldak'ta, Kürtüncü ve ark. tarafından 2015 yılında çocukların aşılama konusunda 18-48 aylık bebeği olan 90 anne ile gerçekleştirdiği araştırmasında, tam aşılama düzeyi %100 olarak ifade edilmiştir (Kürtüncü vd, 2017). Bu çalışmada 24-36 aylık çocuklarda tam aşılanma düzeyinin %92,6 bulunmasının nedeni giderek artan aşı tereddütü ve aşı reddinin artmasından kaynaklanabilir bu durum da halk sağlığı açısından mücadele edilmesi gereken ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Kürtüncü'nün Zonguldak'ta gerçekleştirdiği araştırmasında tam aşılanma düzeyinin %100 tespit edilmiş olmasının nedeni, az sayıda ebeveyn üzerinde ve sadece bir asm'de gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı tereddüt düzeyi oranı %18,1'dir. Aşı tereddütü olan ebeveynlerin sekizi (%2,2) aşıları bütünüyle reddetmektedir ve çocuğuna hiç bir aşığı yaptırmamıştır. DSÖ ve UNICEF'in gerçekleştirdiği araştırmada, DSÖ üyesi olan 194 ülkeden, 2014 yılında 182, 2016 yılında ise 180'inde aşı tereddütüne ilişkin en az bir bildirim olduğu tespit edilmiştir (Lane et al, 2018). ABD'de, hekimler ile yapılan bir araştırmada, ebeveynlerin %83'ü ayda en az bir defa, bir veya daha fazla aşı tereddütü yaşayan ebeveyn olduğunu belirtmişlerdir. (Azizi et al, 2017). İtalya'da 2016 yılında yapılan bir araştırmada ailelerin %42'sinin aşılamada kesinti yaşadığı, %1'inde aşı reddi olduğu tespit edilmiştir (Giambi et al, 2018). Çek Cumhuriyeti'nde yapılan araştırmada, aşı tereddüt düzeyi %2 bulunmuştur (Dáňová et al, 2015).

Arabistandaki araştırmada yedi kişiden birinde aşı tereddütü yaşadığı, ebeveynlerin %3'ünün aşığı reddettiği ifade edilmiştir (Al- Saeed et al, 2018). Tekdemir ve ark. Kayseri'deki aile sağlığı merkezine başvuran 1440 kişide gerçekleştirilen araştırmada,

ebeveynlerin %6'sının aşılamaı reddettiği, %16'sının ise aşı tereddüdü yaşadığı belirtilmiştir (Tekdemir vd, 2019). Balıkesir'de 283 ebeveyn ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %14'ünün aşı yaptıırma konusunda tereddüt yaşadığı belirtilmiştir (Çevik vd, 2019). Şimşek'in araştırmasında ebeveynlerin %11'nin aşı tereddüdü yaşadığı ifade edilmiştir (Şimşek, 2020). İstanbul'da yapılan bir başka araştırmada ise ailelerin yaklaşık %8'inin aşı uygulamalarını reddettiği ifade edilmiştir (Hazır, 2018). İzmir'de 2005 yılında yapılan bir araştırmada annelerin %4'ünün aşı uygulamalarını reddettiği belirtilmiştir (İşler vd, 2009). Bu çalışmada ebeveynlerin PACV ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $40,7 \pm 12,7$ 'dir. Azizi ve ark. 2017'deki araştırmasında PACV Ölçeği'ne dayalı aşı tereddüdü düzeyi %12 bulunmuştur (Azizi vd, 2017). Doğan'nın araştırmasında PACV ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $40,6 \pm 9,3$  olup ebeveynlerin %20'sinde çocukluk çağı aşılarına yönelik aşı tereddütü tespit edilmiştir (Doğan 2021). Çevik ve ark. araştırmasında PACV puan ortalaması  $32,1 \pm 13,2$  olup katılımcıların %8'inde aşı tereddüdü olduğu bildirilmiştir (Çevik vd, 2020). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında PACV ölçeği kullanan araştırmalarda aşı tereddüdü düzeyinin %8-35 arasında değiştiği görölmektedir (Abd Halim et al, 2020; Campbell et al, 2017; Çevik vd, 2020; Opel et al, 2011). Bu çalışmada ebeveynlerin PACV ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $40,7 \pm 12,7$  ve aşı reddi düzeyi %2,2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada diğer araştırmalara göre farklı düzeylerde aşı tereddüdü ve reddi görölmesinin nedeni araştırmaların yürütöldüğu popölasyona ve araştırmanın toplum tabanlı olma durumlarına bağlı olarak değişebilir. Bekleneceği gibi bu çalışmada aşı tereddüdü olma olasılığı çocuğuna aşı yaptıırmayan ya da eksik aşılayan kişilerde 10,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada 24-36 aylık çocukların babalarının öğrenim düzeyinin lise ve üstü olması aşı tereddütünü 6,0 kat artırmaktadır. Hindistan'nın Siliguri bölgesindeki gecekondu mahallelerinde 2016 yılında 0-59 ay çocuklarda gerçekleştirilen bir araştırmada annelerin %83'ü aşı ile ilgili endişeleri olduğunu, sadece %17'si aşılama konusunda hiç endişe duymadığını ifade etmiştir. Çekirdek ailelerde ve düşük öğrenim düzeylerinde aşı tereddütünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (Dasgupta ve ark 2018). Beş yaşının altında çocukların aileleri ile Brezilya'da gerçekleştirilen bir araştırmada öğrenim düzeyi arttıka aşı reddinin azaldığı belirtilmiştir (Brown et al, 2018). Larson ve arkadaşlarının araştırmasında doktora eğitimine sahip olanlar, hiç eğitim

almayanlara göre aşıları daha az önemli bulmaktadırlar. Ayrıca düşük gelir düzeyine sahip olanlar, yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre aşıya daha olumsuz bakmaktadırlar (Larson et al, 2016). Derince'nin araştırmasında ilköğretim ve altında öğrenim düzeyine sahip annelerin çocuklarını geç aşılatma düzeyinin %22, lise ve yüksek okul mezunu olan annelerde ise bu düzeyin %8 olduğu ifade edilmiştir (Derince, 2006). Şanlıurfa'da 2004 yılında yapılan bir başka araştırmada eğitim almamış annelerin çocuklarının, eğitim almış annelerin çocuklarına kıyasla daha düşük aşılama düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Kurçer vd, 2005). Polat ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ebeveynlerin sosyal güvencesinin ve öğrenim düzeyinin aşı uygulamalarında etkili olduğu belirtilmiştir Ayrıca öğrenim düzeyi yüksek ailelerde rutin aşı takvimindeki aşıların uygulanma düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Polat vd, 2017). Çalışmamızdan farklı olarak Doğan'ın araştırmasında ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddütü babaların ilköğretim düzeyinde öğrenimi olanlarda, üniversite ve üzeri düzeyde öğrenimi olanlara kıyasla 4.49 kat artmaktadır (Doğan, 2021). Özlem'in araştırmasında aşısız/eksik aşı olma en yüksek düzeyde ilkokul ve daha aşağı seviyede öğrenim düzeyine sahip olanlarda anlamlı bulunmuştur (Özlem, 2020).

İlter'in araştırmasında yüksek öğrenim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuğunun aşı randevusunu unuttuğu veya çocuğunun hasta olması nedeni ile aşı uygulaması için sağlık kuruluşuna gitmediği ifade edilmiştir (İlter, 2020). Hasar ve ark. araştırmasında ebeveynlerin eşlerinin öğrenim düzeyi değerlendirildiğinde aşı reddi grubundaki ailelerin %59'unda en az bir lisans ve lisansüstü öğrenim durumuna sahip ebeveyn bulunmaktayken, kontrol grubunda en az bir ebeveynin lisans ve lisansüstü öğrenim durumuna sahip olduğu bu düzey %38 olarak tespit edilmiştir. Hasar ve ark. araştırmasında yer alan bu bulgu ülkemizde ve dünyada aşı tereddüdünün yüksek öğrenim seviyesine sahip olanlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar ve bu çalışma ile uyumluluk göstermektedir (Hasar vd, 2021; Özceylan vd, 2020; Gust et al, 2008; Bocquier et al, 2018).

Bu çalışmada ebeveynlerin aşılarla ilişkin tereddütünü çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekiminin bilinmemesi 4,0 kat, çocukluk çağı aşıları konusunda aile sağlığı elemanı dışındaki kaynaklardan bilgi alınması 3,4 kat artırmaktadır. Günümüzde aşıya tereddüt



ve red düzeyinin artmasında kitle iletişim araçları önemli rol oynamaktadır. Bunlardan en önemlisi internettir. Ebeveynler internetten aldığı bilgilerle çocuklarına aşı uygulanmasına izin vermekte veya aşığı reddetmektedir (Kata 2012, Witteman and Zikmund-Fisher 2012). Amerika’da 2012 yılında Jones ve ark. tarafından yapılan araştırma sonucunda en fazla başvuru yapılan kaynak arasında %92 ile sağlık çalışanları yer alırken diğer bilgi alınan kaynaklar sırasıyla %84 basılı materyaller (kitap, dergi), %54 arkadaş ve akraba grubu yer almıştır (Jones et al, 2012). Benzer şekilde Giambi ve ark. tarafından İtalya’da gerçekleştirilen araştırmada %83’ü aşı tereddütü yaşamakta, aşı reddine sahip olan ebeveynlerin %45’i bilgi kaynağı olarak uzman hekimlerin tercih edildiğini ortaya koydu (Giambi et al, 2018). Wachob ve Body’nin araştırmasında ebeveynlerin %48’i bilgi kaynağı olarak internet ve tv programlarını, %14’ü sosyal medyayı tercih ettiğini ifade etti (Wachob and Body, 2019). Ülkemizde yapılan bir araştırmada aşı reddi bulunan ebeveynlerin %27’sinin bilgi kaynağı gazetedir (Topçu vd, 2019).

İstanbul’da yapılan bir araştırmada ebeveynlerin %82’si sağlık çalışanlarından, %12’si kitle iletişim araçlarından, %4’ü yakın akraba ve arkadaş grubundan, %2’sinde internetten bilgi aldığı tespit edilmiştir (İncili, 2019). Bu çalışmada ebeveynlerin aile sağlığı elemanı dışındaki diğer kaynaklardan bilgi alma düzeyi aşı tereddütünü 3,4 kat artırmaktadır. Bunun nedeni günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve internetin yaygınlaşması ile birlikte aşilar ile ilgili olumsuz, bilimsel olmayan verilerin, asılsız haberlerin sosyal medya üzerinden hızlı aktarımı sonucunda aşı tereddütü ve reddinin hızla artmaya devam etmesi olabilir. Aşilar ile ilgili kararlar sağlık çalışanı dışında bilgi alınan kaynaklara kıyasla daha belirsiz sonuçlar meydana getirebileceğinden en doğru bilginin sağlık çalışanlarından alınması daha doğru olabilir. Bu çalışma aşı tereddütü ve reddi konusunda çok önemli veriler sunmaktadır. Çalışmanın sınırlılıkları arasında çalışma tasarımının kesitsel olmasından kaynaklı neden ve sonuçlar bir arada incelenmiştir. Aynı zamanda kırsal kesimden sınırlı sayıda ebeveyne ulaşılmıştır.

## BÖLÜM 6

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Zonguldakta 24-36 aylık çocukların ebeveynlerinin tam aşılama düzeylerinin ve aşılama karşı tutumlarının belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

#### 6.1. SONUÇLAR

1. Çalışma kapsamında ulaşılan çocukların %18,9'u il merkezinde, %81,1'i ilçe ve köylerde yaşamaktadır.
2. Çalışma kapsamındaki çocukların annelerinin yaş ortalaması  $30,8 \pm 5,9$ , babaların yaş ortalaması  $34,1 \pm 6,2$ 'dir. Ebeveynlerin büyük bölümü üniversite mezunudur (annelerin %47,4'ü, babaların %46,0'ı) ve haneye giren aylık gelir miktarı ortalaması  $7976,9 \pm 5526,7$ 'dir.
3. Ebeveynlerin %5,8'i (n=21) çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilmemekte, %20,0'ı (n=73) kayıtlı olduğu aile sağlığı elemanının kim olduğunu bilmemektedir.
4. Ebeveynlerin %18,4'ü (n=67) çocuğuna ücretli aşı (menenjit ve rota virus) yaptırmıştır. COVID-19 aşısını kendisine yaptırmak istediğini ifade eden ebeveynlerin düzeyi %79,7 (n=291), çocuğuna yaptırmak istediğini belirtenlerin düzeyi %42,2'dir.
5. Çalışma kapsamındaki 24-36 aylık çocukların %92,6'sı (n=338) tam aşı, %5,2'si (n=19) eksik aşı, %2,2'si (n=8) aşısızdır.
6. Ebeveynlerin PACV Ölçeği'nden almış oldukları puan ortalaması  $40,7 \pm 12,7$ 'dir. Aşı tereddütü olan ebeveynlerin sıklığı %18,1'dir.
7. Ebeveynlerde aşı tereddütü olması olasılığı çocuğuna hiç aşı yaptırmayanlarda ve eksik aşı yaptıranlarda 10,5 kat (%95 GA 4,1-27,4), babanın lise ve üstü öğrenim düzeyine sahip olması 6,0 kat (%95 GA 1,7-21,2), babanın gelir getiren bir işte

çalışmıyor olması 4,2 kat (%95 GA 1,2-15,3), çocuğunun kayıtlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilmiyor olması 4,0 kat (%95 GA 1,3-12,2), çocukluk çağı aşıları konusunda en fazla diğer kaynaklardan bilgi alıyor olması 3,4 kat (%95 GA 1,6-7,2) artırmaktadır.

## 6.2. ÖNERİLER

1. Ebeveynlerin aşılama konusunda bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın gerekliliği vurgulanmalıdır. Aşının hangi yan etkileri yapıp yapmayacağı ve aşıların içerikleri konusunda detaylı bilgi verilmelidir. Sağlık Bakanlığı destekli belgeseller, kamu spotları, detaylı kitapçık vb materyaller, internet siteleri hazırlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığını artırıcı müdahaleler yapılmalı ve yetişkinlere yönelik sağlık eğitim programları düzenlenmelidir.
2. Türkiye genelinde anket çalışmaları ile aşı kararsızlığına ait tespitler yapılmalı ve aşıya tereddüt duyanların düzeyi öğrenilmelidir.
3. Sağlık çalışanlarının aşı konusundaki eğitimine önem verilmeli ve bu şekilde halkın bilinçlendirilmesi sağlanabilir.
4. Birinci basamak sağlık çalışanlarının (özellikle aile sağlığı elemanları) aktif rol aldığı aile sağlığı merkezlerinde aşı konusunda güncel bilgiler verilmelidir.
5. Doğum öncesi bakımın önemli kısmının verildiği aile sağlığı merkezlerinde bölge tabanlı örgütlenme modeli ile aşı kapsayıcılığı sürekli izlenmelidir.
6. Topluma, aşılarla ilişkin verilecek mesajların sadece sağlık çalışanları tarafından değil, sivil toplum kuruluşları tarafından da verilmesi önemlidir.
7. Aşı yaptırmayan ailelerin bakanlık tarafından belirlenerek belirli zamanlarda aşı konusunda bilgilendirilmesi sağlanabilir.

## KAYNAKLAR

- Aker A. A. "Aşı Karşıtlığı", *Toplum ve Hekim Dergisi*. 33 (3): 175-186 (2018).
- Abd Halim, H., Abdul-Razak, S., Md Yasin, M., Isa, M. R. "Validation study of the parent attitudes about childhood vaccines (PACV) questionnaire: the Malay version", *Human vaccines & immunotherapeutics*. 16(5): 1040-1049 (2020).
- Al-Saeed, G., Rizk, T., Mudawi, K., Al-Ramadina, B. A., Al-Saeed, I. "Vaccine Hesitancy Prevalence and Correlates In Riyadh, Saudi Arabia", *Acta Scientific Paediatrics*. 1(1): 5-10 (2018).
- Arıcan M. D., "Sağlık Çalışanları Arasında Aşılarmaya Genel Bakış, Aşı Kabulü ve Reddini Etkileyen Faktörler", Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*, İzmir, (2019).
- Arısoy, E. S., Çiftçi, E., Hacımustafaoğlu, M., Kara, A., Kuyucu, N., Somer, A., Vardar, F. "Clinical practical recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the Schedule-2015", *Age*, 9 (1): 1-11 (2015).
- Azizi, F. S. M., Kew, Y., Moy, F. M. "Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia", *Vaccine*. 35(22): 2955-2961 (2017).
- Bocquier A., Fressard L., Cortaredona S., Zaytseva A., Ward J., Gautier A., Patrick P. W., Pierre V., Barometre sante 2016 group. "Social differentiation of vaccine hesitancy among French parents and the mediating role of trust and commitment to health: a nationwide cross-sectional study", *Vaccine*. 36: 7666-73 (2018).
- Bodur, S. "Toplumun 0-1 yaş çocuk aşılarmalarında ulusal takvime uyum durumu ve zaman içindeki değişimi (1997-2007)", *Selçuk Tıp Dergisi*, 25 (3): 117-124 (2009).
- Bozkurt, H. B. "An overview of vaccine rejection and review of literatüre", *Kafkas J Med Sci*, 8 (1): 71-76 (2018).
- Brown, A. L., Sperandio, M., Turssi, C. P., Leite, R., Berton, V. F., Succi, R. M., "Napimoga, M. H. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil", *Cadernos de saúde pública*, 34 (9): 1-12 (2018).
- Campbell, H., Edwards, A., Letley, L., Bedford, H., Ramsay, M., Yarwood, J. "Changing attitudes to childhood immunisation in English parents", *Vaccine*. 35(22): 2979-2985 (2017).

Centers for Disease Control, Prevention (US), National Immunization Program (Centers for Disease Control, & Prevention). Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. Department of Health & Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention (2005).

Çevik, C., Güneş, S., Ersan, İ., Özdemir, A., Sultan, E. “Balıkesir İl Merkezindeki İki ASM Bölgesindeki 0-14 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Aşı Tereddüdü, Aşıya İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Etkili Faktörler”, In 3. *International 21. National Public Health Congress* (2019).

Çevik, C., Güneş, S., Eser, S., Eser, E. “Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları (Pacv) Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri”, *Güncel Pediatri*, 18 (2): 153-167 (2020).

Danova, J., Salek, J., Kocourkova, A., Celko, A. M. “Factors associated with parental refusal of routine vaccination in the Czech Republic”, *Central European journal of public health*, 23(4): 321-323 (2015).

Dasgupta, P., Bhattacharjee, S., Mukherjee, A., Dasgupta, S. “Vaccine hesitancy for childhood vaccinations in slum areas of Siliguri, India”, *Indian journal of public health*, 62 (4): 253-258 (2018).

Derince, D. “Eskişehir ili İnönü merkez sağlık ocağı bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi” *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Afyonkarahisar, Türkiye* (2006).

Dubé, E., Gagnon, D., MacDonald, N. E. “Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews”, *Vaccine*, 33 (34): 4191-4203 (2015).

Duman, A. “Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme”, *Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul*, 94-114 (2017).

Evans, M., Stoddart, H., Condon, L., Freeman, E., Grizzell, M., Mullen, R. “Parents' perspectives on the MMR immunisation: a focus group study”, *British Journal of General Practice*, 51 (472): 904-910 (2001).

Forster, A. S., Rockliffe, L., Chorley, A. J., Marlow, L. A., Bedford, H., Smith, S. G., Waller, J. “Ethnicity-specific factors influencing childhood immunisation decisions among Black and Asian Minority Ethnic groups in the UK: a systematic review of qualitative research”, *J Epidemiol Community Health*, 71 (6): 544-549 (2017).

Fredrickson, D. D., Davis, T. C., Arnould, C. L., Kennen, E. M., Humiston, S. G., Cross, J. T., Bocchini, J. A. “Childhood immunization refusal: provider and parent perceptions”, *Family Medicine-Kansas City*, 36: 431-439 (2004).

García L, D. A., Velandia-González, M., Trumbo, S. P., Pedreira, M. C., Bravo-Alcántara, P., Danovaro-Holliday, M. “Understanding the main barriers to immunization in Colombia to better tailor communication strategies”, *BMC public health*, 14 (1): 1-14 (2014).

Giambi C., Fabiani M., D’Ancona F., Ferrari L., Fiacchini D., Gallo T., Martinelli D., Pascucci MG., Prato R., Filia A., Bella A., Del Manso M., Rizzo C., Rota MC. “Parenteral vaccine hesitancy in Italy- Results form a National Survey”, *Vaccine*. 36(6): 779-787 (2018).

Gust DA., Darling N., Kennedy A., Schwartz B. “Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why”, *Pediatrics*. 122(4): 718-725 (2008).

Gülgün, M., Fidancı, K., Karaoğlu, A., Güneş, Ö., Kesik, V., Altun, S., Saldır, M. “Bir askeri hastanenin çocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılanma durumlarının değerlendirilmesi”, *Gulhane Medical Journal*, 56 (1): 13-16 (2014).

Gür, E. “Adolesanlarda Aşılanma: Difteri-Boğmaca-Tetanoz, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak ve Suçiçeği Aşılıarı”, *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, 63: 85-88 (2008).

Gür, E. “Aşı kararsızlığı-aşı reddi”, *Türk Pediatri Arşivi*, 54 (1): 1-2 (2019).

Hasar, M., Özer, Z. Y., Bozdemir, N. “Aşı reddi nedenleri ve aşılarda hakkındaki görüşler”, *Cukurova Medical Journal*. 46(1): 166-176 (2021).

Hazır, E. “0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri”, *Okan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul (2018).

Henriques-Normark, B., Tuomanen, E. I. “The pneumococcus: epidemiology, microbiology, and pathogenesis”, *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 3 (7): a010215 (2013).

Hough-Telford, C., Kimberlin, D. W., Aban, I., Hitchcock, W. P., Almquist, J., Kratz, R., O’Connor, K. G. “Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians”, *Pediatrics*, 138 (3): e2 0162127 (2016).

Immunization, N. C. “General recommendations on immunization--- recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)”, *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 60 (2): 1-64 (2011).

İlter, H. “Konya İli’nde Çocukluk Çağı Aşı Reddi Konusunda Anne-Baba Görüşleri ve Aşılanmayı Etkileyen Faktörler”, *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Doktora Tezi*, Konya (2020).

İncili, H. D. “Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar ile İlgili Bilgi Düzeyleri”, *Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim dalı, Uzmanlık tezi*, İstanbul (2009).

İnternet: Akşit, S., Aşılarla İlgili Genel Kurallar Sadık AKŞİT Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İzmir [http://www.klinikgelisim.org.tr/kg\\_25\\_1/2.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_1/2.pdf) 2012

İnternet: Aşı Portalı, “Beşli karma aşı (Difteri-Boğmaca-Tetanoz-Hib- Çocuk Felci/DaBT-Hib-İPA)”, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/9-asi-takvimi/13-be%C5%9Fl-karma-a%C5%9F%C4%B1-difteri-bo%C4%9Fmaca-tetanoz-hib-%C3%A7ocuk-felci-dabt-hib-ipa.html> (2018).

İnternet: Aşı portalı, “Çocuk Felci aşısı (Polio)”, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/9-asi-takvimi/11-%C3%A7ocuk-felci-a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1-polio.html> (2018)

İnternet: Aşı portalı, “Pnömonokok Aşısı(KPA)”, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/9-asi-takvimi/15-pn%C3%B6mokok-a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1-kpa.html> (2018).

İnternet: CDC, “Hepatitis B”, <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepb.html> (2015)

İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”, [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TNSA-2008\\_tr.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TNSA-2008_tr.pdf) (2009).

İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”, <http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/Turkiye-Nufus-ve-Sa%C4%9Flık-Arastirmasi-2013.pdf> (2014).

İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/> (2018).

İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”, [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TNSA-2008\\_tr.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TNSA-2008_tr.pdf) (2019).

İnternet: Sağlık Bakanlığı, “Genel Bilgiler Aşı Tipleri”, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77805/asi-turleri.html> (2020).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklamaprogrami-genelgesi-2009.html> (2020).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aşı Portalı, Genel bilgiler”, <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-asinin-tarihcesi> (2018).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aşı Portalı, Genel bilgiler”, [https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/49-a%C5%9F%C4%B1-nedir\\_nas%C4%B1-etki-eder.html](https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/49-a%C5%9F%C4%B1-nedir_nas%C4%B1-etki-eder.html) (2018).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aşı portalı”, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/9-asi-takvimi/10-verem-a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1-bcg.html>. (2018).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aşılama Takviminde Değişiklik Yapıldı”, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html> (2018).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html> (2009).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Dünya Aşı Haftası”, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/d%C3%BCnya-a%C5%9F%C4%B1-haftas%C4%B1-2018.html> (2021).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Rota Virüs”, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/rota-vir%C3%BCs> (2017).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkesiydijiv1pdf.pdf?0> (2018).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (2019).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’de Bağışıklama Programı”, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77802/turkiyede-bagisiklama-programi.html> (2022).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, [https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/01/SB\\_istatistik-y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1-2018.pdf](https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/01/SB_istatistik-y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1-2018.pdf) (2019).

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Aşı ile Önenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi 2016\23”, [http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Asi\\_Ile\\_Onlenebilir\\_invaziv\\_Bakteriyel\\_Hastalıklar\\_Ustyazi\\_ful.pdf](http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Asi_Ile_Onlenebilir_invaziv_Bakteriyel_Hastalıklar_Ustyazi_ful.pdf). (2020).

İnternet: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, “Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi”, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi\\_rehberi.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf) (2018).

İnternet: Türk Tabipleri Birliği, “Aşı Rehberi”, [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi\\_rehberi.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf) (2020).

İnternet: Türk Tabipleri Birliği, “Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi 2018”, [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi\\_rehberi.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf) (2019).



İnternet: Unicef, “Dünya genelinde kızamıktan kaynaklanan ölümler 2016-2019 yılları arasında %50 artış göstererek 2019 yılında 207.500 can kaybına yol açtı”, <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/d%C3%BCnya-genelinde-k%C4%B1zam%C4%B1ktan-kaynaklanan-%C3%B6l%C3%BCmler-2016-2019-y%C4%B1llar%C4%B1-aras%C4%B1nda-50-art%C4%B1%C5%9F> (2020)

İnternet: Unicef, [www.unicef.org/press-releases/least-80-million-children-under-onerisk-diseases-such-diphtheria-measles-and-polio](http://www.unicef.org/press-releases/least-80-million-children-under-onerisk-diseases-such-diphtheria-measles-and-polio) (2020).

İnternet: WHO, “Report Of The Sage Working Group On Vaccine Hesitancy”, [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf) (2014).

İnternet: WHO, “World Immunization Week 2020 - Vaccines Work for all”, <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/04/24/default-calendar/world-immunization-week-2020> (2020).

İnternet: WHO. “The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy”, [http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1\\_Model\\_analyze\\_driversofvaccine](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccine) (2015).

İnternet: World Health Organization (WHO), “Immunization dashboard”, <https://immunizationdata.who.int/> (2020).

İnternet: World Health Organization (WHO), “Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage”, [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/who-immuniz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/who-immuniz.pdf) (2019).

İnternet: World Health Organization, “Global Tuberculosis Report 2019”, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714> (2020).

İnternet: World Health Organization, “Immunization coverage”, <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/immunization-coverage> (2020).

İnternet: World Health Organization, “Measles”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> (2020).

İnternet: World Health Organization. “Global Tuberculosis Report”, [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) (2021).

İşler, A., Esenay, F. I., Kurugöl, Z., Conk, Z., Koturoğlu, G. “Annelerin aşılarda konusundaki bilgi ve davranışları”, *Ege Pediatri Bülteni*, 14 (1): 1-17 (2009).

Jarrett, C., Wilson, R., O’Leary, M., Eckersberger, E., Larson, H. J. “SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy”, *Strategies for addressing vaccine hesitancy—a systematic review. Vaccine*, 33 (34): 4180-4190 (2015).

Jiang, B., Patel, M., Glass, R. I. “Polio endgame: Lessons for the global rotavirus vaccination program”, *Vaccine*, 37 (23): 3040-3049 (2019).

Jones, A. M., Omer, S. B., Bednarczyk, R. A., Halsey, N. A., Moulton, L. H., Salmon, D. A. “Parents’ source of vaccine information and impact on vaccine attitudes, beliefs, and nonmedical exemptions”, *Advances in preventive medicine*, (2012).

Kara, SS., Polat, M., Yayla, BC., Bedir Demirdag, T., Tapisiz, A., Tezer, H., Camurdan, A.D. “Parental vaccine knowledge and behaviours: a survey of Turkish families”, *East Mediterr Health J.*, 24:451-458 (2018).

Karafilakis, E., Dinca, I., Apfel, F., Cecconi, S., Würz, A., Takacs, J., Larson, H. J. “Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study”, *Vaccine*, 34 (41): 5013-5020 (2016).

Karagül, S. M., Pendik Veteriner Kontrol Enstitüsü ve 115 Yıllık Tarihi. *Veteriner Hekimler Derneği Bülteni*, (14): 39-48 (2017).

Kata, A., “Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement”, *Vaccine*, 30(25): 3778-3789 (2012).

Kurçer, M. A., Şimşek, Z., Solmaz, A., Dedeoğlu, Y., Gülel, R. “Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunları”, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2 (2): 10-15 (2005).

Kürtüncü, M., Alkan, I., Bahadır, Ö., Arslan, N. “Zonguldak’ın Kırsal Bir Bölgesinde Yaşayan Çocukların Aşılama Durumu Hakkında Annelerin Bilgi Düzeyleri”, *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 7(1): 8-17 (2017).

Lane, S., MacDonald, N. E., Marti, M., Dumolard, L. “Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015–2017”, *Vaccine*, 36 (26): 3861-3867 (2018).

Larson H. J., de Figueiredo, A., Xiaohong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., Cook, A. R., Jones, N. S., “The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights through a 67-country Survey”, *EBioMedicine*, 12: 295-301 (2016).

Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M., Paterson, P. “Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012”, *Vaccine*, 32 (19): 2150-2159 (2014).

Lopalco, P. L. “Wild and vaccine-derived poliovirus circulation, and implications for polio eradication”, *Epidemiology & Infection*, 145 (3): 413-419 (2017).

MacDonald, N. E. “Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants”, *Vaccine*, 33 (34): 4161-4164 (2015).

Massimi, A., Rosso, A., Marzuillo, C., Prencipe, G. P., De Soccio, P., Adamo, G., Villari, P. "Childhood vaccinations. Validation of a tool for measuring knowledge, attitudes and vaccine hesitancy in pregnant women", *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 14 (4): e12625-1-e12625-5 (2017).

O. Topaç, "Türkiye’de-Bağışıklama-Programları," **19. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastanesi Kongresi**, (2018).

Opel, D. J., Mangione-Smith, R., Taylor, J. A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S., Martin, D. P. "Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: the parent attitudes about childhood vaccines survey", *Human vaccines*, 7 (4): 419-425 (2011).

Opel, D. J., Taylor, J. A., Zhou, C., Catz, S., Myaing, M., Mangione-Smith, R. "The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study", *JAMA pediatrics*, 167 (11): 1065-1071 (2013).

Özceylan G., Toprak D., Esen ES. "Vaccine rejection and hesitation in Turkey", *Hum Vacc Immunother*, 16(5):1034-1039 (2020).

Özdemir, U., Çelik, T., Tolunay, O., Celiloğlu, C., Sucu, A., Reşitoğlu, S., Çelik, Ü. "Pediatriklerin meningokok enfeksiyonları ve aşıları ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları", *J Pediatr Inf*, 12 (2): 58-64 (2018).

Özkan, Ö., Çatıker, A. "Bolu il merkezi’ndeki çocukların aşılılık durumları ve engelleri", *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15 (10): 171-178 (2006).

Özlem, A. "Çocukluk Çağı Aşılarında Aşı Reddine veya Aşı Tereddütüne Yol Açan Sebeplerin Araştırılması", *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara (2020).

Polat, Y., Tatlı, S. Yavuzekinci, M., Öztürk, M., İpekçi, N. N., Yurdagül, G., Süzölmüş, S. "Okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşleri", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4): 131-137 (2017).

Schillie, S., Vellozzi, C., Reingold, A., Harris, A., Haber, P., Ward, J. W., Nelson, N. P. "Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices", *MMWR Recommendations and Reports*, 67 (1): 1-31 (2018).

Şenel, S., Derici, M.K., "Aşı Akademi, Endüstriyel ve Resmi Otorite Yönüyle", *İstanbul, Türkiye: Hipokrat Yayıncılık* (2020).

Şimşek, E. "Ankara İli’ndeki Aile Hekimliği Kliniklerinde Çalışan Doktorların Aşı Karşıtlığı Konusundaki Görüş, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, Ankara (2020).

Taşar, M. A., Dallar, Y. B., “Ankara'da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatlarının irdelenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14 (4):279-283 (2015).

Tekdemir, L., Öztürk, A., Balcı, E., Dursun, R. “Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Aşı Karşıtlığı Durumu”, *In 3. International 21. National Public Health Congress* (2019).

Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. Ş., Ulukol, B. “Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey”, *The Indian Journal of Pediatrics*, 86 (1): 38-43 (2019).

Tosun, S. “Hepatitis B virus vaccine”, *Viral Hepatit Dergisi*, 18 (2): 37-46 (2012).

Törün, S. H., Salman, N. “İnvaziv Meningokok Hastalığı ve Aşılıları”, *Çocuk Dergisi*, 13 (1): 1-5 (2013).

Üzüm, Ö., Eliaçık, K., Örsdemir, H. H., Öncel, E. K. “Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörler: Bir eğitim araştırma hastanesine ilişkin değerlendirme”, *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 13 (3): 144-149 (2019).

Wachob, D., Boldy, A. “Social media’s influence on parents’ decision-making process of child vaccinations”, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 16 (1): e13056-1-e13056-5 (2019).

Witteman, H. O., Zikmund-Fisher, B. J. “The defining characteristics of Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate”, *Vaccine*, 30 (25): 3734-3740 (2012).

World Health Organization, *Global Vaccine Action Plan 2011-2020*. WHO Library Cataloguing-in Publication Data.

Yaprak, I., Halıcıoğlu, O., Kurun, Ü., Okçu, Ç. S., Akduman, İ. “İki-altı yaş çocuklarda aşılama durumu ve etkileyen risk faktörleri”, *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 15 (1): 13-21 (2005).

Yenen, O., History and eradication of smallpox in Turkey. *Microbiology Australia*, 35 (3), 156-164 (2014).

Yıldırım, I., Ceyhan, M., Kalayci, O., Bulent Cengi z, A., Secmeer, G., Gur, D. Z., Pelton, S. “Frequency of pertussis in children with prolonged cough”, *Scandinavian journal of infectious diseases*, 40 (4): 314-319 (2008).

Yiğitalp, G. “Diyarbakır ilinde 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenleri”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (4): 277-284 (2008).

## **EK AÇIKLAMALAR**

### **A. YASAL İZİNLER**

## EK A 1. Tanımlayıcı Soru Formu

### Zonguldak İlinde Yaşayan 24-36 Aylık Çocukların Tam Aşılama Düzeylerinin ve Ebeveynlerin Aşılama Karşı Tutumlarının Belirlenmesi: Toplum Tabanlı Kesitsel Çalışma

Değerli Katılımcı,

Bu soru formu, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yürütülen bir yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmada güvenilir sonuçların üretilmesi için lütfen tüm soruları eksiksiz ve gerçek düşüncenizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yağmur Çakıcı, Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Raziye Özdemir, Danışman Öğretim Üyesi

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı

---

Anket no	
İlçe adı	
Çocuğun doğum tarihi	
Yaptırılmayan aşı	

#### BÖLÜM 1: BU KISMI KENDİNİZ İÇİN DOLDURUNUZ.

##### A) Aileye ait bilgiler

##### 1. Anketi cevaplayan kişi

- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Diğer (belirtiniz.....)

**2. Yaşınız? .....**

**3. Medeni durumunuz nedir?**

- 1) Bekar
- 2) Evli (resmi nikahı var)
- 3) Evli (yalnızca imam nikahı)
- 4) Dul/Boşanmış
- 5) Ayrı yaşıyor

**4. Kaç çocuğunuz var? Lütfen belirtiniz .....**

**5. Çocuğunuzun bakımından birinci derecede sorumlu olan kişiyi belirtiniz?**

- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Anneanne-Babaanne
- 4) Dede
- 5) Hala, teyze, amca, dayı vb.
- 6) Bakıcı
- 7) Diğer, belirtiniz.....

**6. Öğrenim düzeyiniz nedir?**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar-İlkokulu bitirmemiş
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Üniversite mezunu

**7. Çalışma durumunuz nedir?**

- 1) İşsiz
- 2) Devlet işinde çalışıyor,
- 3) Özel sektörde çalışıyor
- 4) Kendi hesabına (esnaf),

- 5) İş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb.)
- 6) Mevsimlik işçi olarak çalışıyor
- 7) Çiftçi
- 8) Diğer.....

**8. Ailenizin sosyal güvencesi var mı?**

1) Var ise aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

2) Yok

- a) SSK
- b) Bağkur
- c) Emekli sandığı
- d) Yeşil kart

**9. Eşinizin yaşı? .....**

**10. Eşinizin eğitim düzeyi?**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar-İlkokulu bitirmemiş
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Üniversite mezunu

**11. Eşinizin çalışma durumu?**

- 1) İşsiz
- 2) Devlet işinde çalışıyor
- 3) Özel sektörde çalışıyor
- 4) Kendi hesabına (esnaf)
- 5) İş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb.)
- 6) Mevsimlik işçi olarak çalışıyor
- 7) Çiftçi
- 8) Diğer.....



**12. Aile tipiniz?**

- 1) Çekirdek aile (hanede anne, baba ve çocuklar yaşıyor)
- 2) Geniş aile (hanede büyükbaba, büyükanne, amca, hala, teyze gibi kan bağı olan yakın akrabalar yaşıyor)

**13. Yaşadığınız evin mülkiyet durumu?**

- 1) Kendi evim
- 2) Kira
- 3) Akrabalarımın evi kira vermiyorum
- 4) Lojman

**14. Aynı hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?.....**

**15. Ne kadar süredir bu mahalle/köyde yaşıyorsunuz? .....**

**BÖLÜM 2 - BU KISMI(24-36 AYLIK) ÇOCUĞUNUZ İÇİN DOLDURUNUZ**

**B) Çocuğa Ait Bilgiler**

**16. Çocuğunuzun yaşı? .....**

**17. Çocuğunuzun cinsiyeti?**

- 1) Kız
- 2) Erkek

**18. Çocuğunuz, ailenin kaçınıcı çocuğu?.....**

**19. Çocuğunuzun doğum şekli?**

- 1) Vajinal
- 2) Sezaryen

**20. Çocuğunuzun doğum kilosunu? .....**

**21. Çocuğunuzun doğum boyu?.....**

**22. Doğum öncesi sağlık kontrollerinizi nerede yaptırdınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) En sık gittiğiniz sağlık kuruluşuna 1, daha az başvurduğunuz sağlık kuruluşuna 2, 3 şeklinde numara veriniz.**

- (...) Aile sağlığı merkezi
- (...) Devlet hastanesi
- (...) Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi
- (...) Özel hastane
- Diğer .....

**23. Rutin çocukluk çağı aşı takvimi hakkında bilginiz var mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**24. Çocukluk çağı aşıları konusunda aşağıdaki kaynakların hangisinden/hangilerinden bilgi alıyorsunuz? En fazla bilgi aldığımız kaynağa 1, daha az bilgi aldığımız kaynağa 2, 3 şeklinde numara veriniz.**

- (...) Aile hekimi
- (...) Aile sağlığı elemanı
- (...) Uzman doktor
- (...) Toplum sağlığı merkezi
- (...) Yazılı kaynaklar (kitap, dergi, gazete...)
- (...) Görsel- işitsel kaynaklar (internet, sosyal medya, televizyon vb.)
- (...) Dini kaynaklar
- (...) Arkadaşlar/ Aile/ Komşular

**25. Gebeliğiniz sırasında ya da doğumdan hemen sonra çocuğunuzun aşıları konusunda bilgilendirmeyi hangi kuruluş yaptı? En sık bilgilendirme yapan kuruluşa 1, daha az bilgilendirme yapan kuruluşa 2, 3 şeklinde numara veriniz.**

- (...) Aile sağlığı merkezi
- (...) Devlet/doğum hastanesi
- (...) Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi
- (...) Özel hastane
- (...) Diğer .....

**26. Çocuklarınızın aşı zamanlarının takibini kim yapıyor? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) En sık gittiğiniz sağlık kuruluşuna 1, daha az başvurduğunuz sağlık kuruluşuna 2, 3 şeklinde numara veriniz.**

- (...) Aile
- (...) Aile hekimi
- (...) Aile sağlığı elemanı
- (...) Uzman hekim
- (...) Diğer sağlık çalışanı (belirtiniz.....)

**BÖLÜM 3: SAĞLIK HİZMET KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİLER**

**27. Şu an da yaşadığınız yere en yakın sağlık kuruluşu hangisidir?**

- 1) Aile sağlığı merkezi
- 2) Toplum sağlığı merkezi
- 3) Devlet hastanesi
- 4) Özel hastane
- 5) Özel tıp merkezi
- 6) Özel poliklinik
- 7) Diğer .....

**28. Çocuğunuzu sürekli takip eden çocuğunuzu iyi tanıyan sürekli takibini yapan bir hekiminiz var mı?**

- 1) Evet ise aşağıdakilerden birini işaretleyiniz
- Aile hekimi
  - Uzman hekim
  - Diğer
- 2) Hayır

**29. Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**30. Çocuğunuzun kayıtlı olduğu aile sağlığı elemanınızın kim olduğunu biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**31. Çocuğunuz için en fazla hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyuyorsunuz? En sık tercih ettiğiniz sağlık hizmetine 1, daha az tercih ettiğiniz sağlık hizmetine 2, 3 şeklinde numara veriniz.**

- (...) Muayene olma
- (...) Rutin sağlık kontrolü-büyüme ve gelişmesinin takibi (sağlam çocuk izlemleri)
- (...) İlaç yazdırma
- (...) Yatarak tedavi
- (...) İlaç yaptırma
- (...) Aşı
- (...) Sağlık ile ilgili bilgi edinme
- (...) Acil sağlık hizmeti
- (...) Diğer .....

**32. Çocuğunuzun sağlık hizmeti ihtiyaçını karşılamak için en çok hangi sağlık kuruluşuna başvuru yapıyorsunuz?**

- 1) Aile hekimi
- 2) Devlet hastanesi
- 3) Özel hastane
- 4) Özel tıp merkezi
- 5) Özel muayenehane
- 6) Özel poliklinik
- 7) Diğer .....

**33. Neden en çok bu sağlık kuruluşunu tercih ediyorsunuz?**

- 1) Evimize yakın
- 2) Ucuz
- 3) Sağlık personeli iyi davranıyor
- 4) Daha iyi hizmet

- 5) Labaratuvar olanağı
- 6) Başka nereye gideceğimi bilmiyorum
- 7) Sağlık güvencesi oradan hizmet aldığımda ödeniyor

**34. Çocuğunuzun herhangi bir sorunu olmadığı halde, NORMAL İZLEMLERİ (aşı, bebek kilosu, normal muayene, vb.) için aile hekimine gittiniz mi?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**35. Bugüne kadar bebeğinizi NORMAL İZLEMLERİ için (ilk izlemde dahil) kaç kez aile hekimine götürdünüz?.....kez götürmüş.**

**BÖLÜM 4: AşILAR İLE İLGİLİ BİLGİ SORGULAMA**

**36. Çocuğunuzun aşılarının yazıldığı bir aşı kartı var mı? (Aşı kartı görüldü)**

- 1)Evet
- 2)Hayır

**37. Çocuğunuzun aşılarını nerede yaptırđıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Aile sağlığı merkezi
- 2) Kamu hastanesi
- 3) zel hastane/poliklinik/muayenehane,
- 4) Eczane
- 5) Diğer....

**38. Çocuğunuza hiç ücretli aşı yaptırđınız mı?**

- 1) Evet (Hangi aşıyı yaptırđınız?.....)
- 2) Hayır

**39. Bu zamana kadar çocuğunuza zorunlu çocukluk çağı aşılarından herhangi birisini yaptırmadığınız oldu mu? (Aşı kartı görüldü ise aşı kartına dayalı yazınız)**

- 1) Evet (Hangi aşığı yaptırmadınız?.....)
- 2) Hayır

**40. Çocuğunuza aşı yaptırdıktan sonra herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**41. Aşı sonrası istenmeyen bir etki oluştuğunda ne yaparsınız?**

- 1) Aile hekimine başvurma/danışma
- 2) Aile hekimi-aile sağlığı elemanı dışında sağlık personeline/kuruluşuna danışma
- 3) Kendi yöntemleri çözmeye çalışma  
(belirtiniz.....)

**42. Covid-19 aşısını kendinize yaptırır mısınız?**

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

**43. Covid-19 aşısını çocuğunuza yaptırır mısınız?**

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

## EK A 2. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (PACV)

Çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşlerinizle ilgileniyoruz. Çocuğunuzun hekimi ya da hemşiresi çocuğunuzun hastalıklardan korumaya yardımcı olması için KKK veya OPA gibi aşıları rutin sağlık kontrolleri sırasında uygulamaktadır. BU SORU FORMU, MEVSİMSEL GRİP VEYA DOMUZ GRİBİ AŞILARI İLE İLGİLİ DEĞİLDİR. Soru formunu doldururken her bir soruyu çocuğunuz ile ilgili olarak yanıtlayınız. Sorulara verilen yanıtlar, hekimler ve hemşirelerin, ebeveynler ile çocukluk çağı aşıları hakkında yapacakları görüşmeleri geliştirmemize yardımcı olacaktır.

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

1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (He1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (He1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz?

Hiç Emin

Tamamen

Değilim

Eminim

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

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

4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapıyor.

Kesinlikle

Emin

Kesinlikle

Katılıyorum

Katılıyorum

Değilim

Katılmıyorum

Katılmıyorum

5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.

6. Aşılardan yerine hastalanarak bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.

7. Aynı anda daha az sayıda aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.

8. Bir aşının çocuğunuzda ciddi bir yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?

Hiç Endişelenmem	Pek Endişelenmem	Emin Değilim	Biraz Endişelenirim	Çok Endişelenirim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Çocuğunuza yaptıracağımız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?

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

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

Evet	Hayır	Bilmiyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hiç tereddüdüm yok	<input type="checkbox"/>
Pek tereddüdüm yok	<input type="checkbox"/>
Emin değilim	<input type="checkbox"/>
Biraz tereddütlüyüm	<input type="checkbox"/>
Çok tereddütlüyüm	<input type="checkbox"/>

13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.

Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.

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

Hiç Güvenmiyorum					Tamamen Güveniyorum					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



### EK A 3. PACV Ölçeği Dönüşüm Tablosu

Hem Q3 hem de Q4 evet veya hayır ise ve Q5-Q17 öğelerinde eksik yanıt yoksa		Q3 veya Q4 bilinmiyorsa veya Q5-Q17'de bir eksik yanıt varsa		Hem Q3 hem de Q4 bilmiyorum ise veya Q5-Q17'de iki eksik yanıt varsa	
Ham Puan	Dönüştürülmüş Puan	Ham Puan	Dönüştürülmüş Puan	Ham Puan	Dönüştürülmüş Puan
0	0	0	0	0	0
1	3	1	4	1	4
2	7	2	7	2	8
3	10	3	11	3	12
4	13	4	14	4	15
5	17	5	18	5	19
6	20	6	21	6	23
7	23	7	25	7	27
8	27	8	29	8	31
9	30	9	32	9	35
10	33	10	36	10	38
11	37	11	39	11	42
12	40	12	43	12	46
13	43	13	46	13	50
14	47	14	50	14	54
15	50	15	54	15	58
16	53	16	57	16	62
17	57	17	61	17	65
18	60	18	64	18	69
19	63	19	68	19	73
20	67	20	71	20	77
21	70	21	75	21	81
22	73	22	79	22	85
23	77	23	82	23	88
24	80	24	86	24	92
25	83	25	89	25	96
26	87	26	93	26	100
27	90	27	96		
28	93	28	100		
29	97				
30	100				

(Opel et al. 2013).

## EK A 4. T.C. Karabük Üniversitesi Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 21.01.2021 - E.3213



T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-3213  
Konu : 2021/436 Nolu Karar

Sayın Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Zonguldak İlinde Yaşayan 24-36 Aylık Çocukların Tam Aşılama Düzeylerinin Ve Ebeveynlerin Aşlamaya Karşı Tutumlarının Belirlenmesi: Toplum Tabanlı Kesitsel Çalışma**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekeç, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN  
Kurul Başkanı

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Bilgi Doğrulama Kodu: BEKR50FMI

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Tel/Fax: (370) 418 9446

e-Posta: giris etik@karabuk.edu.tr

Kop Adresi: karabukuniversoni@b01.kap.tr

Bilgi Doğrulama Adresi: <https://www.turkida.gov.tr/karabuk-universitesi-etik>

Bilgi için: İrfan SENCAR

Unvanı: Bilgiye İşlenmesi





## ÖZGEÇMİŞ

Yağmur ÇAKICI ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Karabük Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik Bölümü'nden mezun olduktan sonra 2014 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'ne girdi; 2019'da bölümünü birincilik ile bitirip mezun olduktan sonra aynı yıl Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Tezli Yüksek Lisans eğitimine başladı. İki bin yirmi yılında Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde göreve başladı. Aktif olarak aynı hastanede görevine devam etmektedir.