



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI EBEVEYNLER İLE
İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÜZERİNDEN AŞI KARŞITLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. FERİDE ÖZEN

EYLÜL - 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI EBEVEYNLER İLE
İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÜZERİNDEN AŞI KARŞITLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. FERİDE ÖZEN

DANIŞMAN:
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

EYLÜL - 2020

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 03.05.2019 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

12 /08/2020

Dr. Feride ÖZEN

İMZA



TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.'ında uzmanlık eğitimi ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız **Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER' e,**

Fikir aşamasından itibaren desteğini esirgemeyen ve çalışmanın nihai hale gelmesinde değerli katkıları olan **Prof. Dr. Nursan Çınar'a,**

Tez sürecim boyunca yardımlarını, bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabrını, özverili yaklaşımını benden esirgemeyen **Uzm. Dr. Abdülkadir AYDIN'a,**

Tez sürecindeki desteklerinden dolayı **Dr. Gürkan MURATDAĞI'na, Uzm. Dr. Muhammet Raşit AYDIN'a ve Uzm. Dr. Aslıhan YİĞİT'e,**

Tezimi yazarken pozitif bakış açıları ve hertürlü destekleri ile yanımda olan **Uzm. Dr. Hilal CUMHUR'a, Dr. Elif SOYER'e, Dr. İhsan SARIKAYA'ya ve Dr. Erkut ETÇİOĞLU'na,**

Tezimin oluşum sürecinde büyük emeği olan, tecrübe ve bilgilerini içtenlikle paylaşan, çok değerli Aile Hekimleri'ne,

Tez sürecim boyunca katkı ve emeklerini esirgemeyen annem **Nalan UYSAL'a** ve eşim **M. Tahsin ÖZEN' e** çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İMMÜN SİSTEM	4
2.1.1. Doğal İmmünite	4
2.1.2. Kazanılmış İmmünite	5
2.2. ÜLKEMİZDE AŞI ÜRETİMİNİN TARİHÇESİ	6
2.3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARI	7
2.3.1. Aşı Takvimi	7
2.3.2. Aşı Programımızda Uygulanmakta Olan Aşılar	9
2.3.3. Aşı programımızda Uygulanmakta Olan Özel Aşılar	12
2.4. AŞI İÇERİĞİ	14
2.4.1. Aktif Madde	14
2.4.2. Adjuvanlar	15
2.4.3. Koruyucular (prezervatifler)	17
2.4.4. Stabilizatörler	17
2.5. AŞI REDDİ VE AŞI TEREDDÜTÜ	18
2.5.1. Aşı Tereddütü	18
2.5.2. Aşı Reddi	18
2.5.3. Aşı Karşıtlığının İlk Dönemleri	18
2.5.4. Yirminci Yüzyılda Aşı Karşıtlığı	19
2.5.5. Türkiye’de Aşı Karşıtlığı	20
2.5.6. İnternette Aşı Karşıtlığı	21

2.5.7. Aşı Reddi Nedenleri	21
3. MATERYAL VE METOT	26
3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	26
3.2. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI YAPTIRMAK İSTEMEYEN AİLELERE KARŞI VE AİLELERİN AŞIYI REDDETME NEDENLERİNE KARŞI TUTUMLARI.....	29
4.2. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİ TARAFINDAN AİLELERİN NEDEN AŞI YAPTIRMAK İSTEMEDİĞİ SORGULANDIĞINDA ALINAN CEVAPLAR	
32	
4.3. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AİLELERİ AŞI YAPMAYA İKNA ETME DURUMU, İKNA OLMALARINDAKİ ETMENLER VE İKNA ETME YOLLARININ İNCELENMESİ	33
4.4. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI GÖRÜŞLERİN ARTIŞINDA ETKİLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜKLERİ FAKTÖRLER	37
4.5. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITLIĞINDAKİ MEVCUT ARTIŞIN ÖNÜNE GEÇEBİLMEK İÇİN TAVSİYELERİ.....	40
4.6. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI EBEVEYNLER İLE GÖRÜŞÜRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER HUSUSUNDA MESLEKTAŞLARINA ÖNERİLERİ.....	45
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	47
6. KAYNAKLAR	54
7. EKLER.....	62

KISALTMA VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

Al: Alüminyum

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BCG: Bacille Calmette Guerin Aşısı

CDC: Center for Disease Control and Prevention

DB: Difteri Boğmaca

DBT: Difteri Boğmaca Tetanos

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DTaP: Diphtheria Tetanus acellular Pertussis

GBP: Genişletilmiş Bağışıklık Programı

H1N1: Pandemik Grip

HBV: Hepatit B Virüsü

Hib: Haemaphilus İnfluenza b

ITP: İdiopatik Trombositopenik Purpura

IPA: İnaktive Poliovirüs Aşısı

KKK: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

MS: Multiple Sclerosis

OPA: Oral Poliovirüs Aşısı

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

SS: Standart Sapma

UNİCEF: United Nations International Children's Emergency Fund

TABLÖLAR

Tablo 1. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Aşı Takvimi (2020)

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı



ŞEKİLLER

- Şekil 1.** Katılımcı aile hekimlerinin aşı yaptırmak istemeyen ailelere karşı ve ailelerin aşığı reddetme nedenlerine karşı tutumları
- Şekil 2.** Katılımcı aile hekimlerinin aileleri aşığı yapmaya ikna etme durumu, ikna olmalarında ki etmenler ve ikna etme yollarının incelenmesi
- Şekil 3.** Katılımcı aile hekimlerinin aşığı karşıtı görüşlerin artışında etkili olduğunu düşündükleri faktörler
- Şekil 4.** Katılımcı aile hekimlerinin aşığı karşıtlığındaki mevcut artışın önüne geçebilmek için tavsiyeleri
- Şekil 5.** Katılımcı aile hekimlerinin aşığı karşıtı ebeveynler ile görüşürken dikkat edilmesi gerekenler hususunda meslektaşlarına önerileri

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aşı reddi ve tereddütü dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Bu çalışmada aile hekimlerinin gözünden aşı reddi-tereddütü nedenlerinin değerlendirilmesi ve bu nedenlerin önüne geçebilmek için neler yapılabileceğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma 05.10.2019-29.12.2019 tarihleri arasında Sakarya’da çocuğuna aşı yaptırmayı reddeden veya bu konuda tereddüt yaşayan aileler ile karşılaşmış olan 39 aile hekimi ile kartopu örneklem ve ölçüt örneklem yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılara ilk bölümde sosyo-demografik veriler için altı soru, ikinci bölümde ise aşı karşıtı aileler ile görüşmelerine dair açık uçlu dokuz soru içeren görüşme formu uygulanmıştır. Veriler yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile görüşülerek toplanmıştır. Sonuçlar, toplanan veriler kullanılarak oluşturulan temalar şeklinde sunulmuştur.

BULGULAR: 39 katılımcının 19’u kadın, 20’si erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $41,59 \pm 8,56$ SS yıl, hekimlik süreleri ortalaması $17,00 \pm 8,66$ SS yıl, aile hekimliği süre ortalaması $8,03 \pm 2,97$ SS yıl, %89,7’si evli, %10,3’ü bekar iken çocuğu olanların çocuk sayısı ortalaması $1,97 \pm 0,82$ SS olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar çoğunlukla aşı karşıtı ailelere karşı sağlıklı bir iletişim kurmaya yönelik; sakin ve anlayışlı bir tutum sergilemişlerdir. Katılımcılar ailelerin en sık aşılardan yan etkileri konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Aşıların yurt dışından gelmesi, içeriğinde domuz jelatini gibi maddelerin bulunduğu düşünülmesi, aşıların etkisiz olduğunun düşünülmesi de sık görülen diğer sebepler olarak belirtilmiştir. Aşı karşıtı görüşlerin artmasında en sık sosyal medyanın etkisinden bahsedilmiş olup bazı dini lider ve doktorların aşı karşıtı tutumlarının da oldukça etkili olduğu belirtilmiştir. Aşı reddinden ziyade aşı tereddütü ile başvuran ailelerin ikna olmaya daha meyilli oldukları ve ikna olmalarındaki en önemli etkenin hekimine duyduğu güven olduğu vurgulanmıştır. Aşı karşıtlığı artışının önüne geçebilmek için resmi kurumlarca toplum önderlerinin eğitilmesi ve onlarla işbirliği içinde olunması, ailelere eğitimler verilmesi,

kamu spotları hazırlanması, zorunluluk olması ve aşı yaptırılmaması durumunda cezai yaptırımlar uygulanması en çok üzerinde durulan başlıklar olmuştur. Katılımcılar meslektaşlarına aşı karşıtı ebeveynler ile yapılan görüşmelerde sakin ve sabırlı olmalarını tavsiye etmişlerdir.

SONUÇ: Aşı reddeden kişi sayısının artması şüphesiz ciddi salgınların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle aşı karşıtlığındaki mevcut artışın önüne geçmek toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Aşı reddi artışının önüne geçebilmek için; aşıların yan etkilerini minimuma indirecek çalışmalar yapılması, aşılar hakkında yanlış bilinenlerin yetkili kişiler tarafından aktarılması, yerli aşı üretimi konusunda çalışmalar yapılması, medya araçlarının etkili bir şekilde kullanılması, toplum önderlerinin yetkili kurumlar tarafından eğitilmesi ve bu kişilerle işbirliği sağlanması, aile hekimlerinin iş yüklerinin hafifletilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yoğunlaşabilmeleri için ortam sağlanması gerekmektedir. Ayrıca aşı karşıtlığıyla ilgili; aile hekimleri, pediatristler ve aşı karşıtı ebeveynlerle yapılacak nitel araştırma sayılarının artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aşı reddi, aşı tereddütü, aşı reddi nedenleri, nitel araştırma

ABSTRACT

TO EXAMINE THE REJECTION OF VACCINES OVER FAMILY DOCTORS' COMMUNICATION EXPERIENCES WITH PARENTS REJECTING VACCINES: QUALITATIVE RESEARCH.

INTRODUCTION AND AIM: The rejection of vaccines and the hesitation over it gradually rise in Turkey as in the whole world. In this research, the purpose is to examine why vaccines are rejected by some people from the family doctors' perspective and to determine what can be done to preclude the factors causing vaccine rejection.

MATERIALS AND METHOD: This research was conducted using the snowball sampling and the criterion sampling methods, with 39 family doctors who have faced families that reject or hesitate to vaccinate their children between 5th October 2019 and 29th December 2019 in Sakarya, Turkey. A survey, which includes six questions for sociodemographic attributes and nine questions about the moments that they have faced with the families rejecting vaccine, was applied to participants. Data was obtained face to face by using a semi-structured interview technique. The results were presented in the form of visuals created with the received information.

RESULTS: A total of 39 participants consists of 19 females and 20 males. The average age of the participants is calculated as 41.59 ± 8.56 SD years. It is figured out that participants are serving as a doctor for an average time of 17.00 ± 8.66 SD years, and as a family doctor for an average time of 8.03 ± 2.97 SD years. 89.7% of participants are married, and the rest 10.3% are single. The average number of children of participants who have at least one child is calculated as 1.97 ± 0.82 SD. The participants have generally performed a considerate and calm attitude towards families rejecting vaccines. The participants also mentioned that families worry about, at most, the side effects of the vaccines. Other common reasons for the rejection of the vaccines were that they are generally imported and the belief that vaccines are ineffective or include some materials like pork gelatin. Mostly the effect of social

media was mentioned as the reason for the increase of vaccine rejection. At the same time, the attitude of doctors and religious leaders who are against the vaccine was also found to be effective in that manner. Moreover, it was stated that the families who do not reject vaccines but have hesitation over it tend to be convinced, and the most important decisive during their decision change period is the trust between their doctors and them. In order to reduce the rejection of vaccine, topics emphasized were determined as, with the help of government agencies, educating the families and the people leading the society, being in cooperation with them, preparing public spot advertisements, making vaccination compulsory and preparing some appropriate punishments to those who do not vaccinate. Participants advised their colleagues to be patient and calm during the meetings with the families rejecting the vaccine.

CONCLUSIONS: The increase in the number of people rejecting vaccines makes pandemics reveal more easily. That is why precluding this increase is very important in terms of the health of society. Minimizing the vaccines' side effects, correcting the common wrong knowledge about vaccines, producing domestic vaccines, using media tools effectively, educating people leading the society, and cooperating with them is required to reduce the increase in the number of people rejecting vaccines. Also, reducing the workload of family doctors and providing the environment for them to focus on the first step of health services can be beneficial. Furthermore, we think the number of qualitative research conducted with parents rejecting vaccines, family doctors, and pediatricians should be increased.

KEYWORDS: The rejection of vaccine, the hesitation over the vaccine, the reasons for refusal of vaccines, qualitative research.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşı, insan ve hayvanlarda hastalık yapan mikroorganizmaların hastalık yapıcı özelliklerinden ayrıştırılarak, sağlıklı kişilerin vücutlarına belirli miktarlarda verilen biyolojik ajandır (Polat ve ark. 2017).

Enfeksiyonlara bağlı hastalıklar insanlığın varoluşundan beri önemli bir yer tutmaktadır. Geçmişten günümüze kadar enfeksiyon hastalıklarına bağlı salgınlar nedeniyle milyonlarca insan hayatını kaybetmiş ve kaybetmeye devam etmektedir. Bu hastalıklara yönelik tedavi çalışmaları sürekli olarak devam etmekle birlikte bu hastalıklara yakalanmayı önlemek çok daha önemli ve üzerinde durulması gereken bir konudur. Enfeksiyon hastalıklarına yakalanmayı önlemede en önemli yöntem ise hiç şüphesiz aşılardır (Kutlu ve Altındış 2018). Örneğin çiçek hastalığı geçmişte çok fazla can kaybına neden olup aşılama nedeniyle dünya üzerinden eradike edilmiştir. UNICEF'in (United Nations International Children's Emergency Fund) 1996'da yayınlamış olduğu hesaplamalara göre çiçek aşısı bulunmamış olsaydı, hesaplamanın yapılmış olduğu tarihe kadar geçen süre boyunca çiçek hastalığı dünya üzerinde 5 milyon kişinin daha ölümüne neden olacaktı (Ataç ve Aker 2014).

Aşıların özellikle çocukluk ve bebeklik döneminde uygulanması çok büyük önem arz etmektedir. Aşılınmayan çocuklardaki hastalık, sakatlık ve ölüm oranları aşılanan çocuklara göre çok daha fazla görülmektedir (Polat ve ark. 2017).

Aşılama uygulamalarının başlamasından çok kısa bir süre sonra 'aşı karşıtlığı' da gecikmeden gündeme gelmiştir. Aşıların 1800'lü yıllarda zorunlu hale getirilmesiyle birlikte aşı karşıtı dernekler kurulmuş olup kitaplar, broşürler ve dergiler bastırılmıştır. Aşı karşıtlığı ile ilgili bu hareketler aşılama oranlarında ciddi düşüslere neden olmuştur. Örnek verecek olursak; Kaliforniya'da 2014 yılının sonu ve 2015 yılının başı arası dönemde kızamık salgını meydana gelmiş ve 110 vakaya kesin tanı konmuş ve bildirilmiştir. Salgının merkezinin her yıl milyonlarca insanın ziyaret ettiği Disneyland olduğu bilinmektedir. CDC'nin açıklamasında bu salgın ile ilişkili farklı 7

eyalette daha salgın ortaya çıkmış olduğu ve olguların %80'inin aşısız veya aşılı olup olmadığı bilinmeyen kişilerden oluştuğu bildirilmiştir (Kutlu ve Altındış 2018).

Dünya genelinde özellikle son yirmi yılda 'aşı tereddütü-aşı karşıtlığı' tekrar gündeme gelmiş olup, aşılama oranlarında azalma ve salgınlarda artmaya neden olmuştur. Dünyada görülen kızamık vaka sayısı, 2018 yılı boyunca 324.277 iken 2019 yılının ilk iki ayında bu sayı 74.338'dir. Ülkemizde ise yaklaşık son 10 yıldır 'aşı tereddütü-aşı karşıtlığı' tekrar gündeme gelmiştir. Çocuğuna aşı yaptırmayı reddeden bir ebeveynin 2015 yılında açtığı bir davayı kazanması üzerine aşı karşıtı yaklaşımlar medyada çok daha sık gündeme gelmeye başlamış ve bunun sonucunda 2011 yılında 183 aile aşı yaptırmayı reddederken, 2018 yılında bu sayı yirmiüç bine kadar hızla yükselmiştir. Ülkemizde 2017 yılında seksen beş çocuğa kızamık tanısı konulmuş, 2018 yılının ilk üç ayında ise kırk dört çocuğa kızamık tanısı konulmuştur. Aşı reddi sayılarının artmaya devam ederek elli bine ulaşması durumunda salgınlara görülme ihtimali çok yüksektir (Gür 2019).

Ailelerin aşya olan güvensizlik nedeniyle çocuklarının aşılarını geciktirmesi, aşıların bir kısmını yaptırmaması, bir kısmını yaptırmaması veya tümüyle reddetmelerinin sebeplerini araştıran birçok araştırma yapılmıştır. Bu sebepleri kısaca gruplayacak olursak; dini nedenler, kişisel inançlar, güvenlik endişeleri ve sağlık hizmeti verenlerden daha fazla bilgi almak istenmesidir (McKee and Bohannon 2016). Kavram olarak 'aşı reddi' üzerinde sıklıkla durulsa da 'aşı tereddütü' kavramı üzerinde yoğunlaşmak çok daha kapsayıcı bir yaklaşım olacaktır (Kutlu ve Altındış 2018).

Henüz Türkiye'de aşı redleri ile sık olarak karşılaşan hekim grubu olan aile hekimlerinin fikirlerini, tecrübelerini ve tavsiyelerini birebir görüşmeler ile niteliksel olarak değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Ebeveynler ile aşı reddi mücadelesinde sorunun başlangıç noktasının tespiti önemli olup, öncelikle aşı reddi nedenlerinin öğrenilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Niteliksel araştırma yöntemlerinin bu tür konularda sağladığı avantajları göz önünde bulundurarak yapmış olduğumuz çalışmamızın amacı; çocuklarına aşı yaptırmayı reddeden veya bu konuda tereddüt yaşayan ebeveynler ile sıklıkla karşılaşmakta olan aile hekimleri ile birebir

görüşerek aşı reddi-tereddütü nedenlerini ve bu nedenlerin önüne geçebilmek için neler yapılabileceğini hekim gözünden değerlendirerek mevcut problemin çözüümü için temel bir kaynak oluşturmaktr.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İMMÜN SİSTEM

İnsan vücudu kendisine zarar verebilecek her türlü mikroorganizmaya veya toksinlere karşı kendini koruyabilme yeteneğine sahiptir. Buna bağışıklık (immünite) denmektedir (Guyton and Hall 2007).

İmmüitenin asıl bileşenini; virüs, bakteri veya toksin ile temas sonrası haftalar ya da aylar içinde ortaya çıkan edinsel (kazanılmış) bağışıklık oluşturmaktadır (Guyton and Hall 2007). Diğer tür bağışıklık ise doğal (doğumsal) immüitedir (Kumar et al. 2008). Kazanılmış immüiteden farklı olarak doğal immün sistem mikrobiyal saldırının başlamasından önce bile hazır durumdadır (Derici ve Şenel 2019).

Edinsel immün sistem hücreleri doğal immün sistem hücrelerine göre daha özelleşmiş hücreler olup, tek bir antijene bağlanabilmektedirler. Edinsel immünite hücrelerinin bir diğer özelliği de aynı patojenle tekrar karşılaşması durumunda hafıza hücrelerini oluşturarak aynı hastalığa karşı bağışıklık kazanılmasını sağlarmasıdır (Derici ve Şenel 2019).

2.1.1. Doğal İmmünite

Doğal immünite sağlıklı bireylerde daima mevcut olup, içerdiği basamaklar şunlardır: (Kumar et. al. 2008, Guyton and Hall 2007);

1. Lökositlerin ve doku makrofajlarının aktive olarak saldırganları fagosite etmeleri,
2. Mikroorganizmaların vücuda girişini önleyen derinin direnci,
3. Ağız yolu ile vücudumuza giren mikroorganizmaların sindirim sistemindeki enzimler ile etkisiz hale getirilmesi,
4. Kanda bulunan lizozim, kompleman kompleksi, bazik polipeptidler ve lenfositlerin yabancı mikroorganizmalara bağlanarak zarar vermeleridir. (Guyton and Hall 2007)

2.1.2. Kazanılmış İmmünite

Doğal immün yanıt birçok enfeksiyonu önleyebilecekken patojen olan mikroorganizmalar bu yanıtı karşı koyabilecek şekilde değişmiştir. Bu mikroorganizmalara karşı koruma edinsel immünitenin aktifleşmesi ile gerçekleşebilmektedir. Kazanılmış immünite lenfositlerden ve lenfositlerin ürünlerinden oluşmaktadır (Kumar et. al. 2008). Vücut bir antijenle ilk kez karşılaştığında B-hücreleri IgM yapısında antikor üretmekte ve bu antikor antijene bağlanmaktadır. Hafıza B-hücreleri ise IgG antikorunu üretmekte ve bu antikor antijene daha kuvvetli bağlanabilmektedir. Mikrop ile her karşılaşıldığında ise hafıza hücre oluşumu ve IgG antikorunun üretimi artmaktadır (Derici ve Şenel 2019).

Canlıya sonradan kazandırılabilen iki tür bağışıklık vardır. Bunlar pasif bağışıklık ve aktif bağışıklık olarak adlandırılır (Derici ve Şenel 2019).

Pasif Bağışıklık: Bağışıklık kazandığını bildiğimiz insan veya hayvandan elde ettiğimiz antikorların bağışıklığı olmayan bir kişiye aktarılması ile oluşur. Bu durumda kişinin immün sistemi pasif durumdadır ve hafıza hücresi oluşmamaktadır. Hafıza hücresi oluşmaması nedeniyle antikorlar zaman içinde etkinliğini kaybetmekte ve kısa süreli bir bağışıklık oluşturmaktadır (Derici ve Şenel 2019).

Aktif Bağışıklık: Aşı ile verdiğimiz mikrobiyal maddelere veya doğal yollar ile vücuda giren antijenlere karşı vücutta bir immün yanıt oluşmaktadır ve kişinin immün sistemi aktif durumdadır. Pasif bağışıklıktan farklı olarak aktif bağışıklıkta hafıza hücreleri oluştuğundan antijenler yok edildikten sonra bile yıllarca etkinliği devam edebilmektedir (Derici ve Şenel 2019).

Aşı, uzun zamandır belli hastalıklara karşı kazanılmış immüniteyi aktifleştirmek için kullanılmaktadır. Farklı yöntemler ile aşılar üretilmekte ve kazanılmış immüniteyi aktifleştirmektedir. Bu yöntemler:

1. Hastalığı ortaya çıkarma ihtimali olmayan kimyasal antijenleri taşımakta olan ölü organizmalar aşılama kullanılmaktadır. Bu tip aşılama yöntemi boğmaca,

difteri, tifo, difteri ve başka bakteriyel enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaktadır.

2. Çeşitli kimyasal maddeler ile işlem yapılan ve toksik özelliğini kaybeden fakat immüniteyi uyarma özelliğini kaybetmeyen toksinlerde kullanılmaktadır. Bu tip aşılama yöntemi tetanus, botulizm ve benzer hastalıklara karşı uygulanmaktadır.
3. Zayıflatılmış canlı organizmalar da aşı içeriği olarak kullanılmakta ve kazanılmış immüniteyi uyarmaktadır. Bu tip aşılama yöntemi ise çocuk felci, kızamık, suçiçeği ve diğer virüs hastalıklarına karşı koruma sağlamak için kullanılmaktadır (Guyton and Hall 2007).

2.2. ÜLKEMİZDE AŞI ÜRETİMİNİN TARİHÇESİ

1840'lı yıllarda Osmanlı döneminde çiçek aşısı üretimine ve uygulanmasına başlanmıştır. Aşı uygulamasını yaygınlaştırmak amacıyla 1846 yılında İstanbul'da belirli merkezlerde aşı istasyonları kurularak aşılama için hekimler görevlendirilmiştir (Erol 2003). Dünya'da ilk kez 1868 yılında, doğumdan sonra ilk 3 ay da çiçek aşısının yapılması kanun ile Osmanlı Devleti'nde zorunlu hale getirilmiştir (Erol 2003).

Dünyayı tehdit etmekte olan kuduz hastalığının aşısı 1885'te Louis Pasteur tarafından dünyaya tanıtılmıştır. Dönemin Osmanlı Padişahı II. Abdülhamid tarafından bir heyet, Paris'e gidip eğitim almak üzere görevlendirilmiştir. Eğitimleri altı ay süren bu heyet döndükten sonra 1887 yılında dünyanın üçüncü kuduz enstitüsünü kurarak aşılama çalışmalarına başlamışlardır (Erol 2003, Aylan 2003).

Difteri serumu 1894 yılında Emile Roux tarafından bulunmuş ve dünyaya tanıtılmıştır. 1895 yılından itibaren de yerli difteri serumu üreilmeye başlanmıştır (Erol 2003). 1893 yılında kurulmuş olan Bakreiyolojihane-i Şahane bünyesinde difteriye ilaveten tifo, kolera, tifüs, veba, dizanteri aşıları ile meningokok serumu üretilmiştir (Derici ve Şenel 2019).

Yıllar içerisinde aşı üretimi ülkemizde durmuş olup 1998 yılından itibaren yurt dışından ithal edilmektedir. Fakat son yıllarda yerli aşı üretimi ve yeni aşı üretimi konularına önem verilmekte ve bu konuda çalışmalar yapılmaktadır. Dörtlü karma, beşli karma ve pnömokok aşılarının ise paketleme, enjektöre dolum teknolojileri 2009-2010 yıllarında ülkemize getirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır (Derici ve Şenel 2019).

2.3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARI

2.3.1. Aşı Takvimi

Aşı; çocuk ve yetişkin sağlığını, bulaşıcı hastalıklardan veya bulaşıcı hastalıklara bağlı ciddi komplikasyonlardan korumak için uygulanan çok önemli ve en uygun maliyetli uygulamalardandır. Aşı ile korunulması mümkün olan hastalıklardan korunmak her çocuğun hakkıdır (Arısoy et al. 2015).

Zaman içerisinde ‘ulusal aşı programları’ sıklıkla değişiklik göstermektedir ve bu değişimlerin hiçbir ülke için belirli bir zamanı yoktur. Bu değişimleri belirleyen etmenlerden en önemlileri şunlardır; (Özmert 2008)

- 1) Hastalığın epidemiyolojisi
- 2) Güvenilir, etkin ve erişiminin kolay olduğu aşuların olması

Aşı ile önlenebilen birçok salgın hastalık vardır. Bu hastalıklar tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite açısından önemli yer tutmaktadır. Genç, yaşlı, bebek bütün insanların yüksek riskli dönemlerden önce aşılınmaları gerekmektedir. Bu uygulama birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemli görevlerinden birisidir (Ozcirpici et al. 2014).

Dünya Sağlık Örgütü, aşı ile korunulabilen 6 hastalığa karşı 6 yaş öncesinde aşılamanın önemini belirtmektedir. Türkiye’de 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklık

Programı (GBP) başlatılmış ve ilk olarak 5 hastalığı kapsamıştır (Ozcirpici et al. 2014). GBP, 1985 yılında Türkiye Aşılama Programı ile güçlenerek devam etmiştir. GBP nin hedefleri arasında:

- Doğan her bebeğin mevcut aşı takvimine uygun olarak aşılmasını sağlamak,
- Aşıları eksik olan bebek veya çocukların tespit ederek eksik aşılarınının tamamlanmasını sağlamak vardır (Buzgan 2011, Özmert 2008).

Şu anda ülkemizde GBP kapsamında bütün bebeklere hepatit B, tüberküloz, kabakulak, kızamık, kızamıkçık, boğmaca, çocuk felci, difteri, hemofilus influenza tip B, hepatit A, konjuge pnömokok, suçiçeği, tetanoz aşıları herhangi bir ücrete tabi tutulmaksızın aile sağlığı merkezlerinde yapılmaktadır (Gülcü ve Arslan 2018).

Ülkemizde çocukluk dönemi ulusal aşı takvimi, Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından yılda en az iki kez toplanarak yeni bilgi ve durumlar ışığında takip edilip güncellenmektedir. (Gülcü ve Arslan 2018)

	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
Hep B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT İPA Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçi						I				
KKK						I			II	
Hep A							I	II		
DaBT İPA									R	
Td										R

Tablo 1. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Aşı Takvimi

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html>)

Erişim tarihi: 21.08.2020)

2.3.2. Aşı Programımızda Uygulanmakta Olan Aşılar

Hepatit B

Rekombinan DNA teknolojisi ile üretilen ölü aşıdır ve kas içine uygulanır (Arısoy et al. 2015). DSÖ ilk olarak 1992 yılında hepatit B aşısının ulusal takvimlere eklenmesini önermiştir. Türkiye’de ise 1998 yılında 3, 4, 9. ayda olmak üzere uygulanmaya başlamıştır. Amaç hem hepatit B enfeksiyonundan korumak hem de bununla ilgili hastalık ve kanser insidansını azaltmaktır. (Gülcü ve Arslan 2018, Özmert 2008) Aşının uygulanma zamanı yıllar içerisinde değişiklik göstererek 2003 yılında 0, 2, 9. ay ve en son 2006 yılında 0, 1, 6. aylarda yapılmak üzere güncellenmiştir (Özmert 2008).

Ülkemizde, 1990 yılında 5 yaş altı çocuklarda 370 hepatit B vakası varken, 2015 yılında 20 vaka ile karşılaşılmıştır. Akut hepatit B vakaları ise 1990’da binde 6,2 iken, 2015’te binde 0,3 ve 2009 yılından itibaren binde 1’in altında seyretmektedir (Gülcü ve Arslan 2018).

BCG

BCG aşısı 1951 yılında uygulanmaya başlanmıştır. 1997 yılına kadar geçen sürede aşılamaya çocuğun doğumundan sonra başlanıp dört doza tamamlanarak devam

edilmiştir. İlerleyen zamanlarda son 2 doz etkisinin düşük olması sebebiyle aşı takviminden kaldırılmıştır. Zamanla bebeğe doğduğunda intradermal aşı uygulamasının güçlüğü nedeniyle; uygulama açısından kolaylık sağlamak, komplikasyon riskini azaltmak ve aşıya karşı oluşan immun yanıtın daha iyi olmasını sağlamak için aşının uygulanma zamanı 2. ay olarak güncellenmiştir. Bir süre 2. ay ve ilkökul 1. sınıfta uygulanan BCG aşısının rapel dozunun etkinliği net olarak belirlenemediği için 2006 yılında aşının rapel dozu kaldırılmıştır. 0-3 ay da uygulanabilen BCG aşısı tek doz şeklinde 2. ayda uygulanmaya başlanmış olup bu şekilde devam etmektedir (Özmert 2008, Gülcü ve Arslan 2018).

DaBT-İPA-HiB Aşısı

Ülkemizde bu aşı ilk olarak DB şeklinde 1937'de uygulanmaya başlanmıştır. DBT olarak kombine kullanılması ise ilk olarak 1948 yılında başlamış olup ülkemizde de 1968 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Otar ve ark. 2014).

Aşı programına 2006 yılında Hib eklenmiştir. DSÖ poliyomiyeliti eradike ederek aşılama başarısını yüksek oranda sürdürebilen ülkelerin IPA'ya geçişinin uygun olduğunu bildirmesi üzerine 2008 yılında aşılama IPA eklenerek DaBT-IPA-Hib şeklinde kombine aşı olarak uygulanmaya başlanmıştır (Özmert 2008).

IPA(Ölü Polyovirüs Aşısı) ve OPA (Canlı Polyovirüs Aşısı)

Aşılama takvimimizde ilk iki dozu 5'li karma aşı içerisinde IPA olarak kas içine uygulanır. Sonraki iki doz ise yine 6. ve 18. ayda IPA olarak 5'li karma aşı içerisinde kas içine, OPA olarak da oral yoldan yapılır (Arısoy et al. 2015).

OPA'nın canlı aşı olması nedeniyle mutlaka çocuğun bağışıklığıyla ilgili veya ailesinden birinin bağışıklığıyla ilgili bir sorun olup olmadığı özenle sorgulanmalıdır (Arısoy et al. 2015).

KPA

Pnömonokok aşısı ilk olarak 14 değerlikli polisakkarit aşı olarak üretilmiştir. Pnömonokok aşısının konjuge ve polisakkarit olarak iki çeşidi mevcut olup, inaktif aşılardır. 23

değerlikli pnömokok aşısı, 1983'ten itibaren çok sık kullanılmıştır (Arvas 2007, Arısoy et al. 2015). Ülkemizde 7 değerlikli konjuge pnömokok aşısı 2008 yılında aşı takvimimize girmiş olup, 2011 yılında 13 değerlikli KPA uygulanmaya başlanmıştır (Mahşuk T. 2014).

KPA-13 bebeğin doğumundan altı hafta sonra uygulanmaya başlanabilir (Arısoy et al. 2015).

Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşısı

Ülkemizde 1970'li yıllarda uygulanmaya başlamıştır. KKK aşısı canlı aşıdır. Uygulanma dozları ve zamanları yıllar içinde değişiklik göstermiştir. (Özmert 2008). Bir salgın durumunda ise KKK aşısı altı ay ve altı aydan büyük bebeklere bir doz aşı şeklinde yapılabilir. Fakat 6-12 aylık iken yapılan bu bir doz aşı birinci doz olarak sayılmamakta ve bebek bir yaşını doldurduktan sonra en az dört hafta ara ile yine iki doz KKK aşısı yapılmalıdır. (Arısoy et al. 2015)

Hepatit A

Viral hepatiti önlemek veya kontrol altına alabilmek noktasında Hepatit A aşısının önemi büyüktür. Ülkemiz hepatit A açısından orta riskli bölgede bulunmaktadır (Gülcü ve Arslan 2018). Hepatit A aşısı inaktif aşıdır ve kas içine enjekte edilerek uygulanır. Hepatit A aşısı 1 yaşından sonra yapılabilir (Arısoy et al. 2015).

Suçiçeği

İlk kez 1974 yılında geliştirilmiş olup, canlı bir aşıdır (Ulukol 2004). Suçiçeği aşısı bir yaş sonrasında uygulanır. Güncel aşı takvimimizde tek doz olarak 12. ayda uygulanmaktadır. Suçiçeği aşısı eksik olan bütün çocuk ve yetişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz aşı yapılması önerilmektedir (Arısoy et al. 2015).

2.3.3. Aşı programımızda Uygulanmakta Olan Özel Aşılar

Rotavirüs Aşıları

Rotavirüs ilk defa 1963 yılında keşfedilip isimlendirilmiştir. İnsanlarda ağır seyreden gastroenterit yaptığı ise 1973 yılında tespit edilmiştir. Rotavirüs enfeksiyonun çok sık görülmesi, özellikle 5 yaş altı çocuklarda ağır seyretmesi nedeniyle çocukluk döneminde aşılama gereksinim duyulmuş ve bu alanda çalışmalara başlanmıştır. İlk olarak 1970'lerde aşı çalışmalarına başlanmış fakat birinci kuşak aşılar başarılı olmamıştır. Daha sonra 1990'lı yıllarda ikinci kuşak aşılamaya çalışmalara başlanmıştır. Bunların hepsi canlı aşılardır ve oral yoldan kullanılmaktadır. Doğal olarak geçirilmiş rotavirüs enfeksiyonu gibi koruma sağlayabilmektedir (Kocabaş ve Timurtaş Dayar 2015).

Rotashield: ABD'de ruhsatlı olarak 1998 yılında klinik kullanıma giren ilk rotavirüs aşısıdır; 2, 4. ve 6. aylarda uygulanmış olup, invajinasyon ile ilişkilendirilmesi nedeniyle piyasadan kaldırılmıştır (Kocabaş ve Timurtaş Dayar 2015).

RotaTaq (RV5): İlk kez 2006 yılında kullanıma girmiştir. Ruhsatlı olan 2. Rotavirüs aşısıdır. Ülkemizde de onaylı olup, önerilen aşı şeması 2, 4, ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz şeklindedir (Arısoy et al. 2015, Kocabaş ve Timurtaş Dayar 2015).

Rotarix (RV1): Ülkemizde kullanıma onayı olan 2. Rotavirüs aşısıdır. En az 4 hafta ara verilerek 2 doz şeklinde kullanılmaktadır. Aşı şemamızda 2. ve 4. aylarda uygulanması önerilmektedir (Arısoy et al. 2015).

Aşılama hangi rotavirüs aşısı ile başladıysa onunla devam edilmelidir. Diğer aşılar ile verilmesinde bir sakınca yoktur (Arısoy et al. 2015). Canlı aşı olması nedeniyle bağışıklık sistemi ile ilgili problemi olan çocuklara uygulanmamalıdır (Arısoy et al. 2015).

Meningit Aşları

N.meningititis 13 serogruba ayrılmaktadır. Ülkemizde sırasıyla W-135 ve B serotipleri yaygın olarak bulunmakta olup, C serotipine rastlanmamıştır. Meningokok hastalıklarından korunmak için öncelikle polisakkarit aşilar geliştirilmiş fakat 2 yaşından küçüklere uygulanamaması ve sıklıkla hatırlatma dozu yapılması gerektiği için konjuge aşilar üretilmiştir. Günümüzde endikasyon dahilinde olanlardan yalnızca 55 yaş üstündekilere polisakkarit aşı yapılması önerilmiştir (Somer ve Acar 2017).

B subtipi bulunan meningokok aşiları: Ülkemizde tek çeşit bulunmaktadır.

- 1. Bexsero:** Aşilamaya 2-6 ay arasında başlandı ise en az bir ay ara ile üç doz, 12-23 ay aralığında bir kez hatırlatma dozu,
Aşilamaya 6-23. aylarda başlandı ise en az iki ay ara ile iki doz ve iki yaşında bir kez hatırlatma dozu,
Aşilamaya 2-10 yaşlarında başlandı ise en az iki ay ara ile iki doz şeklinde uygulanması önerilir (Özdemir and Çiftçi 2014).

A/C/W135/Y subtipleri bulunan konjuge aşilar: Toplam üç çeşit mevcut olup, ülkemizde bulunmaktadır.

- 1. MenACWY-DT (Menectra):** 9. ve 23. aylar arasında iki doz uygulanması ve iki doz arasında en az üç ay olması önerilmektedir. 2- 55 yaş arasında ise ilave tek doz daha aşılama önerilmektedir (Özdemir and Çiftçi 2014).
- 2. MenACWY-CRM (Menveo):** Çocuk 2. ve 6. aylar arasında aşılammaya başladıysa 2, 4, 6 ve 12. aylarda dört doz, eğer 6. aydan sonra aşılammaya başlandı ise 7. ve 12. aylarda uygulanması, 2 yaşından sonra ise tek doz şeklinde uygulanması önerilmiştir (Özdemir and Çiftçi 2014).
- 3. MenACWY-TT (Nimenrix):** Bir yaş üzerindeki çocuk ve erişkinlere tek doz IM olarak uygulanır (Özdemir and Çiftçi 2014).

Menenjit aşılarının diğer aşılar ile verilmesinde sakınca yoktur (Özdemir and Çiftçi 2014, Somer ve Acar 2017).

2.4. AŞI İÇERİĞİ

Enfeksiyon hastalıklarına karşı aşıların kullanılmaya başlanması ve dünya genelinde çocukluk çağında uygulanmasının artması ile bu dönemlerdeki enfeksiyon hastalıklarına bağlı mortalitede %90-100 oranlarında düşüş gözlenmiştir (Ogra et al. 2001).

Aşılar hastalığa neden olan mikroorganizmaların herhangi bir bölgesinden alınan antijenik yapıları içeren ve uygulandığında bu mikroorganizmaya karşı bağışıklık sağlanmasına neden olan ürünlerdir (Eratalay ve Öner 2001).

Aşıların içeriğinde antijenler olarak adlandırdığımız aktif madde ve bunların dışında antijenlerin etkinliğini artıran çözücü, adjuvan, koruyucular ve stabilizatör maddeler bulunmaktadır (Derici ve Şenel 2019, Eratalay ve Öner 2001).

2.4.1. Aktif Madde

Aşıların içeriğinde bağışıklık kazanmamızda en önemli rolü üstlenen maddelerdir. Aşıların formülasyonunda bulunan antijenik ürünler şunlardır; (Eratalay ve Öner 2001)

1. Canlı veya ölü bakteriler; öldürme işlemi kimyasallar veya ısı ile maruziyet ile yapılabilmektedir.
2. Virüsler; enfeksiyöz etkisi azaltılmış canlı virüs aşıları, çeşitli kimyasallar veya ısı ile inaktive edilmiş ölü virüs aşıları ve virüslerden elde edilen ölü virüs aşılarıyla aynı özellikte olan viral reseptör ve reseptörlerin polipeptid zincirlerinden elde edilen aşılardır.

3. Alt birim aşıları olarak adlandırılan toksoidler, polisakkaritler, peptidler, proteinler veya nükleik asitlerdir.

2.4.2. Adjuvanlar

Adjuvan kelimesi latince 'Adjuvare' yani yardım etmek, güçlendirmek anlamındadır. Aşıların içeriğindeki antijenik maddelerin etkisini arttırdığı için bu şekilde adlandırılmaktadır (Eratalay ve Öner).

Adjuvan maddeler 1920'li yıllardan beri antijenlere özgü immünolojik yanıtın süresini uzatarak etkinliğini artıran maddelerdir (Reed et al. 2008). Adjuvan maddelerin aşılarla ilave edilmesi;

- Çeşitli yollarla elde edilen antijenlerin oluşturduğu immün yanıtı artırmak,
- Tekrar aşı uygulamasının sıklığını azaltmak ve bu vesileyle maliyeti düşürmek,
- Yaşlı, yenidoğan ve immün süprese bireylerde aşının etkinliğini artırmak,
- Olabilecek daha kısa sürede maximum güç ve daha uzun süreli immünite oluşturmak,
- Mukozal immüniteyi uyarma yoluyla antijenlerin mukozal yüzeylerden alımını güçlendirmek,
- Hücresel immüniteyi aktive etmek gibi amaçları içermektedir (Reed et al. 2008, Yurdakök ve İnce 2008).

Aşılarda kullanılacak olan adjuvanlar immün yanıt şekline uygun, en düşük yan etki olacak şekilde seçilmeli ve antijen ile kombine edilmelidir (Reed et al. 2008).

Bir adjuvan madde olan alüminyum

Alüminyum; günlük olarak yiyeceklerle ve suyla vücuda alınan ve çevremizde fazla miktarda bulunan bir metaldir. Alüminyumun az miktarda deriden ve bağırsaklardan emilmekle birlikte fazlası böbrek yoluyla atılmaktadır (Aguilar and Rodriguez 2007).

Gün içerisinde besinler ve su ile almakta olduğumuz günlük alüminyum miktarı yaklaşık olarak 7-9 mg'dır ve bu miktar hava kirliliği olan bölgelerde daha da fazla

olmaktadır. Doğum sonrası ilk altı aylık süreçte anne sütü ile beslenen bir bebek yaklaşık 10 mg alüminyum almakta olup, formüla mama ile beslenen bebeklerde ise vücuda giren alüminyum miktarı 40 mg'ı bulabilmektedir. Bu süre içerisinde aşılardan yolu ile vücuda alınan toplam alüminyum miktarı ise 4 mg'dır (Kader 2019).

Adjuvan olarak kullanılan alüminyumun en sık görülen yan etkileri; (Aguilar and Rodriguez 2007).

- Lokal inflamasyon,
- Enjeksiyon yapılan bölgede ağrı, kızarıklık, şişlik
- Bulantı,
- Ateş,
- İmmün sistem baskılanması,
- Allerji gibi semptomlardır.

Subkutan, intramusküler veya intradermal olarak uygulanan aşılarda görülebilmekte olan bu semptomlar çoğunlukla hafif klinik bulgularla seyretmektedir. Bunlara ilaveten alüminyum bağladığı molekülleri yavaş bir şekilde salarak sistemik yan etki prevalansını ve toksisite miktarını azaltmaktadır (Gül ve Yurdakök Dikmen 2019).

Alüminyum ilk defa 1932 yılında insan aşılarında kullanılmış ve kullanılmaya devam etmektedir. Uzun süredir kullanılmakta olup bağışıklık yönünden etki mekanizması net olarak anlaşılmış değildir. Hücre içi patojenlere karşı etkinliği son derece azdır (Pasquale et al. 2015).

Adjuvan olarak alüminyum içeren aşılardan;

- Hepatit A (Havrix, Vaqta, Avaxin),
- Hepatit B (Engerix-B, Rekombivax-HB),
- İnsan papilloma virüs (Gardasil),
- Streptococcus pneumoniae (Prevenar),

- Tetanoz (İnfanrix, Boostrix, Daptacel, Repevax)'dur (Leroux-Roels ve ark. 2010).

2.4.3. Koruyucular (prezervatifler)

Aşıların içeriğinde koruyucu maddelerin kullanılmasının nedeni bakteri ve mantarların üremesini engellemek veya öldürmektir. Bu amaç ile en yaygın kullanılan madde civa bazlı bir koruyucu olan tiyomersaldir. Tiyomersal harici kullanılmakta olan koruyucular; 2- fenoksi etanol ve fenoldür (Derici ve Şenel 2019).

Tiyomersal

Yirminci yüzyılın başlarında rutin aşılama uygulamalarının ilk zamanlarında aşı büyük bir ampul içinde bulunmakta ve her seferinde bu ampulden kullanılmaktaydı. Kullanılmadığı süreç içerisinde buzdolabında muhafaza edilmekteydi. Ancak ne kadar dikkat edilse de içinde bir takım bakteriler üremekte ve ölümcül düzeye ulaşabilecek etkilerde bulunabilmekteydi. Bu nedenle 1930'lu yıllarda koruyucu madde olarak tiyomersal kullanılmaya başlandı. Civa tek başına element olarak zehirli bir maddedir. Fakat tiyomersal etil-civa olup, vücuda girdikten sonra tiosalisilik asit ve etil civaya dönüşerek vücuttan atılmaktadır (Kader 2019).

2.4.4. Stabilizatörler

Aşı içeriğinde kullanılan stabilizatörler;

- Şekerler (sukroz, laktoz)
- Amino asitler (glisin, monosodyum glutamat (MSG))
- Proteinler (insan serum albümini, jelatin) olup, bu maddelerin vücuda toksik etkileri bulunmamaktadır (Derici ve Şenel 2019).

Jelatin

Aşıların bazılarında stabilizasyonu sağlamak amacı ile eklenmektedir. Aşının içeriğindeki aktif maddelerin kişiye enjekte edilen süreye kadar bozulmamasını sağlar. Ülkemizdeki aşıların içeriğindeki jelatin sığır jelatinidir (Kader 2019).

2.5. AŞI REDDİ VE AŞI TEREDDÜTÜ

2.5.1. Aşı Tereddütü

Aşıların içeriğine, zamana yere göre değişkenlik gösteren bir durumdur. Ebeveyn bazı aşıları kabul eder bazılarını etmez veya gecikmeli olarak kabul eder (Tural Kaya 2017).

2.5.2. Aşı Reddi

Aşı reddi aşı tereddüdünün en ileri seviyesidir. Bu bireyler aşılamaya son derece karşıdırlar. Hiçbir aşının uygulanmasını kabul etmezler. Bilimsel kanıtlar bile sunulsa bu konudaki düşünceleri değişime açık değildir (Tural Kaya 2017).

2.5.3. Aşı Karşıtlığının İlk Dönemleri

Enfeksiyon hastalıklarına karşı korumada aşı uygulamaları tartışmasız en etkili yöntem olmakla beraber CDC ve DSÖ gibi kuruluşlarda aşılar sayesinde enfeksiyon hastalığına bağlı ölümlerin azaldığını, bazı hastalıkların ise artık görülmediğini raporlarında belirtmişlerdir. Bunlara rağmen aşı karşıtlığı aşının keşfinden beri mevcut olan bir kavramdır. Eskiden beri etyolojisi net olarak bilinmeyen hastalıklar için sorumlu tutulmuşlardır (Badur 2011).

Aşı karşıtlığı ilk olarak İngiltere’de Edward Jenner’in aşı karşıtı çalışmaları ile gündeme gelmiş olup, eş zamanlı olarak E. Massey isimli din adamı Tanrı’nın hastalıkları insanları cezalandırmak için getirdiğini fakat aşılar ile buna engel olunmasının Tanrı’ya karşı gelmekten farksız olduğunu söylemiştir. İngiltere’de 1853’te zorunluluk getirilmiş ve aşılınmayı kabul etmeyenlere ise para cezası uygulanmıştır. 1864 yılında bir salgın çıkmış ve yasa katı bir şekilde uygulanmıştır (Spier 2001).

İngiltere’de özellikle 1853 ve 1880 yılları arasında aşı karşıtlığı ile ilgili dernekler kurulmuş, kitaplar ve dergiler yayınlanmıştır. Aşı karşıtlığı artarak devam etmiş ve 1885 yılında yaklaşık yüz bin kişilik gösteri yapılmıştır. Bu olaylardan sonra 1898 yılında yeni bir ‘Aşı yasası’ çıkarılarak biriken cezalar kaldırılmıştır. Amerika’da da

çiçek salgını nedeniyle benzer olarak 1870 yılında aşı yasası çıkarılmıştır (Kader 2019). Amerika’da 1907 tarihinde J. Pitcairn Anti-Aşı Konferansı düzenlenmiş ve bir yıl sonra Philadelphia’da Amerikan Anti-Aşı Derneğini (Anti-Vaccination League of America) kurmuştur. Bu dönemde Brezilya’da O.Cruz aşı karşıtlığı görüşüne öncülük ederek ‘aşılara karşı direniş’ (Revolta da Vacina) isimli kampanya başlatmıştır (Badur 2011).

2.5.4. Yirminci Yüzyılda Aşı Karşıtlığı

İngiliz gastroenterolog olan Andrew Wakefield ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmada KKK aşısı uygulandıktan 1 ay sonra ilk kez otizm belirtileri gözlemlenen 8 tane çocuk tanımlanarak bir yayın çıkarılmıştır. Çocukların 8’inde de gastrointestinal semptomlar olup endoskopik yöntemle incelendiklerinde lenfoid nodüler hiperplazileri olduğu tespit edilmiştir. Buna dayanarak Wakefield ve arkadaşları KKK aşısının bağırsak inflamasyonuna yol açtığını ve ensefalopatik peptidlerin dolaşım yoluyla beyine geçerek gelişimini olumsuz şekilde etkilediğini öne sürmüşlerdir. Bu çalışma aynı yıl The Lancet dergisinde yayınlanmıştır. Çalışmadaki eksiklikler yayınlandığı zamandan beri ortadadır;

- Aşı sonrası otizm oluşumunun nedensel veya tesadüf sonucu olup olmadığını ortaya koyacak bir kontrol grubu yoktur.
- 1998 yılında İngiltere’de otizm sıklığı ikibinde birdir. Ayda yaklaşık yirmibeş tane çocuk zaten KKK aşısından kısa bir süre sonra otizm tanısı alacaktır.
- Endoskopik veya nöropsikolojik değerlendirmelerin verileri sistematik bir şekilde toplanmamış olup kör değildir.
- KKK aşı virüslerinin kronik bağırsak iltihabı ya da bağırsakların bariyer fonksiyonunda kayıp yaptığı gibi bir durum bulunamamıştır.
- Wakefield ve arkadaşlarının bahsettiği bağırsaklardan beyne giden ensefalopatik peptidlerin varlığı hiçbir zaman gösterilememiştir (Gerber and Offit 2009).

Bu çalışma yayınlandıktan sonra çocuklarına KKK aşısı uygulanmış olan bütün ebeveynler devlete karşı dava açmış ve davalara bakan kurumların aşı-otizm ilişkisini

kanıtlaması için Wakefield'e para ödediği tespit edilmiştir. 2010 yılında çalışmadaki sorunlar nedeniyle yayın The Lancet dergisinden çıkarılmıştır. Tıbbi veriler ile düzenbazlık yapması gerekçesiyle Wakefield'in doktorluk yapması yasaklanmıştır (Kader 2019).

Uzun zaman önce başlamış olan aşı karışıklığı günümüzde aşılardan etkinliğini ve yan etkilerini sorgulama şeklinde gözlemlenmektedir (Kader 2019). Aşılardan karşı olan yaklaşımı geçmişten günümüze değerlendirecek olursak; ilk zamanlar salgın hastalıklara karşı olan korku nedeniyle aşılardan yüksek oranlarda kabul görmekteyken zamanla hastalıklar eradike edilmiş ve bu hastalıklara karşı olan korkular unutulmuştur. Korkuların ve yaşanan kötü tecrübelerin unutulması aşılara olan gereklilik ve güven duygusunda azalmaya neden olmaktadır. Aşılardan hakkında yalan yanlış bilimsel olmayan yayınlar çıkmaya başlamış olup ebeveynleri olumsuz etkilemektedir. Çocuklarını koruma içgüdüleriyle hareket etmekte olan ailelerin bilimsel verilerden çok magazinsel haberlerden daha fazla etkilendikleri gözlemlenmekte ve aşılardan kaçınmayan çocukların aşılardan çocuklara göre daha sağlıklı olduklarına inandırılmaktadırlar (Kajetanowicz and Kajetanowicz 2016).

2.5.5. Türkiye'de Aşı Karışıklığı

Ülkemizde 2007 yılına kadar aşılardan erişim konusunda yaşanan sorunlar nedeniyle aşılardan oranları yaklaşık %75 civarındayken bu oran 2007 yılından sonra %95'lere kadar çıkmıştır (Bozkurt 2018).

Dünyada 1990'lı yıllarda, ülkemizde ise 2010 yılında 'aşı reddi' kavramı gündeme gelmiştir. Son yıllarda artmakta olan aşı reddi nedeniyle 2012 yılında DSÖ tarafından Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuştur (Bozkurt 2018).

Ülkemizde 2010 yılında başlayan aşı reddi 2015 yılında Ordu'da yaşayan bir savcının ikiz bebeklerine aşı yaptırmaması ile gündeme gelmesi ve medyada 'ikiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi' şeklinde yer alması sonucu Nisan 2018

verilerine göre aşı yaptırmayan aile sayısı 20 bini geçmektedir (Yüksel ve Topuzoğlu 2019).

2.5.6. İnternette Aşı Karşıtlığı

Yapılan bir araştırmaya göre son yıllarda aşı karşıtlığını savunan etkin isimler interneti ortamında toplumdaki bireyleri etkilemektedirler. İnternette aşı karşıtı söylemlerin yer aldığı yaklaşık 31,400,000 kadar sitenin varlığı tespit edilmiş olup yalan yanlış ve abartılı haberleri içeren bu sitelere ABD’de erişkin popülasyonun %55 kadarının ilgi gösterdiği ifade edilmiştir (Davies et al. 2002).

Bahsedilen aşı karşıtı internet sitelerinde ne tür haberlerin yer aldığını inceleyen bir çalışma yapılmış ve bu çalışmaya göre;

- Aşıların ididopatik olarak tanımlanan hastalıklara neden olduğu,
- Aşıların immün sistemi olumsuz etkilediği,
- Birçok yan etkisi olmasına rağmen bunların saklandığı,
- Dünya’da uygulanmakta olan aşı politikalarının mevcut ticari endişeler neticesinde şekillendiğine inanılmakta olduğu görülmüştür (Wolfe et al. 2002).

Bunlara ilave olarak aşıların rutin olarak uygulanmasının;

- İnsan haklarına aykırı olduğunu,
- Bazı ianançlara aykırı olduğunu,
- Özgürlüğe aykırı olduğunu savunan haberler bu sitelerde sıklıkla yer almaktadır. Ayrıca alternatif tıp uygulamalarıyla hastalıklara karşı yeterli koruma sağlandığına inanan görüşler de vardır. Bu haberlerde yaşanmış olan dramatik olaylara özellikle yer verilmekte ve insanların duyguları sömürülmektedir (Bean 2011).

2.5.7. Aşı Reddi Nedenleri

Aşı reddi nedenleri çok çeşitli olmakla beraber ebeveynlerin bilgisiz olması en önemli nedenlerden birisidir. Birinci basamak başvurusunda hasta ile görüşmelerin kısa olduğu şartlarda ebeveynleri en etkili şekilde nasıl bilgilendirme yapılacağına dair

yapılan bir araştırmada üç farklı yöntem ile ailelere bilgilendirme yapılmıştır; basit sözlü bilgi, genişletilmiş sözlü bilgi ve yazılı bilgi. Basit sözlü bilgi birçok grupta artmış aşılanma oranları ile ilişkili bulunmuştur. Genişletilmiş sözlü bilgi ise özellikle kronik hastalığı olan ebeveyn gruplarında anlamlı bulunmuştur (Tymińska and Wysocki 2017).

Aşı karşıtı ifadelerin önde gelenleri;

- İçeriğinde bulunan kimyasalların insan sağlığına zararlı olup otizme veya otoimmün hastalılara neden olduğu,
- Aşı üreticisi olan firmalara güvensizlik,
- Doğal yöntemleri kullanarak bu hastalıklara karşı yeterli bağışıklığın sağlanabileceği düşünce (Gür 2019),
- Dini kaygılardır (Kader 2019).

Otoimmün hastalık kaygısı ve aşı ilişkisi

Bilindiği üzere otoimmün hastalıkların ortaya çıkmasında genetik faktörler yanında çevresel faktörlerde etkili olmaktadır (Kader 2019). Otoimmün hastalıklar ve viral aşıların ilişkisini araştıran bir çalışma yapılmış ve herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Schattner 2005).

Aşılama sonrasında otoimmün hastalık ortaya çıkabileceği iddiası ilk defa 1976'da Amerika'da ortaya çıkan H1N1 salgını sonrası ortaya çıkmıştır (Schonberger et al. 1979). O zaman da yapılan aşılamalar sonucu yüz binde bir GBS (Guillain-Barre Syndrome) geliştiği söylenmiştir. Fakat yapılan araştırmalar neticesinde bu oranın normalde görülenden az olduğuna ve GBS'nin hastalığı geçirenlerde daha sık görüldüğu tespit edilmiştir (Chen et al. 2001). Benzer şekilde KKK aşılaması sonrası ITP (idiopatik trombositopenik purpura) geliştiği gündeme gelmiş fakat aşılama sonrası ITP gelişme oranı 1/30000 iken kızamık ve kızamıkçık enfeksiyonu geçirenlerde bu oran 1/6000 ve 1/3000 olarak gösterilmiştir (Chen et al. 2001).

Bu başlık altında üzerinde çok fazla durulan konulardan bir diğerisi ise; Fransa'da 1991 ve 1997 yılları arasında hepatit B aşılaması sonrası gelişen otuz beş MS (Multiple Skleroz) olgusundan hepatit B aşısının sorumlu tutulmasıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda hepatit B aşısı ile demiyelizan hastalıklar arasında ilişki saptanamamasına

rağmen aileler aşı yaptırmaktan kaçınmışlardır. Bunun sonucunda ise çocuklarda görülen akut HBV enfeksiyonu oranlarında artış gözlenmiştir (Confavreux et al. 2001).

Aşıların diyabet gelişimi ile ilişkisi olduğuna dair de iddialar ortaya atılmış fakat bir ilişki gösterilememiştir (Karvonen et al. 1999).

Sonuç olarak aşı ve otoimmün hastalıkların gelişimi arasındaki ilişki karışıktır ve birçok faktörden etkilenmektedir. Birtakım özel gruplarda gözlemlenmiş olup arasında net bir ilişki saptanamayan durumlar nadir olarak görülmekte fakat mevcut aşı uygulamalarını etkileyecek boyutta olmadığı kabul edilmektedir (Badur 2011).

Otizm kaygısı ve aşı ilişkisi

Nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanan Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) :

- Sosyal iletişim ve etkileşimde bozukluk,
- Tekrarlayıcı hareket,
- Sınırlı ilgi ve aktiviteleri,

İçeren ve son yıllarda sayısı hızla artan bir hastalıktır. Etyolojisi net bilinmemekle beraber çevre ve genetik ilişkisi ön plandadır. Prevalanstaki artışın nedeninin ; tanı kriterlerindeki değişiklik, ileri ebeveyn yaşı, toplumsal farkındalığın artması olduğu düşünülmektedir (Karakaya 2018).

Wakafeld ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmaya göre KKK aşısının otizm yaptığına dair makale yazılmış ve The Lancet dergisinde yayınlanmıştır. 2010 yılında Wakefield'in, çalışmaya dahil ettiği otistik çocukları tehdit ederek kan aldığı ve otistik çocukların aşı üreten firmalara karşı açtığı davalardaki görevli avukatlar ile para ilişkisi olduğu anlaşılmış ve Lancet dergisi makaleyi geri çekmiştir. İngiliz Tıp konseyi ise hekimliğini iptal etmiştir (Kader 2019). Farklı birçok ülkede yapılan çalışmaların hiç birinin sonucunda KKK aşısı ile otizm arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Kutlu ve Altındış 2018).

OSB tanısı olan çocukların kendilerinden küçük olan kardeşlerindeki aşılama oranlarını inceleyen bir araştırma yapılmış ve OSB'li çocuklarda OSB olmayan çocuklara göre aşılama oranları daha az bulunmuştur (Zerbo et al. 2018).

Otizm nedeni olarak suçlanan diğer konu ise aşı içeriğindeki tiyomersaldır. ABD, İngiltere ve Danimarka verilerini kullanarak yapılan geniş çaplı üç epidemiyolojik çalışmanın neticesinde tiyomeral içeren aşular ile otizm arasında bir bağlantı saptanmamıştır (DeStefano 2009).

Prenatal ve bebeklik döneminde maruz kalınan tiyomeral oranlarının otizmlili ve otizmi olmayan çocuklarda karşılaştırıldığı bir çalışma yapılmış ve sonucunda otizmlili ve otizmi olmayan çocuklar arasında maruz kaldıkları tiyomeral miktarda fark olmadığı tespit edilmiştir (Price et al. 2010).

Tüm bu çalışmaların sonuçlarını göz önünde bulundurarak CDC tiyomeralin toksin değil kontaminasyon riskini azaltmak için kullanılan bir koruyucu olduğunu bildirmiştir (Yüksel ve Topuzoğlu 2019).

Aşı ve infertilite ilişkisi

Aşıların infertilite yaptığına dair iddialar genellikle Orta Doğu ve Afrika ülkeleri kaynaklıdır. Hiçbir bilimsel dayanağı olmayan bu iddia aşı üreten firmaların çoğunlukla Avrupa ve Amerika kaynaklı olması ve müslümanların veya afrikalıların nüfus artışını engellemek amacı olduğunu savunmaktadır. Bu iddianın sahiplerinin sundukları herhangi bir kanıt olmamakla beraber söz konusu batı ülkelerinin de aynı aşıları kendi toplumuna da kullandıklarını göz ardı etmektedirler (Arıcan 2018).

Aşı üreten firmalara karşı güvensizlik

Bir diğer iddia ise aşı üreten firmaların çok büyük kazançlar elde etmek için aşıları piyasaya sürdüğü ve aşıların yan etkilerini gizledikleri yönündedir (Wolfe et al. 2002). Aşı üreten firmalar aşıların dışında hastalıklara ait ilaçlar da üretmektedirler. Örnek verecek olursak kronik hepatit B için kullanılan ilaç tedavisinin maliyeti 500-1500 doz hepatit B aşısının maliyetine denk gelmektedir. Böyle bir durumda ise aşı üreterek bir

hastalığa engel olmaksansa hastalık ortaya çıkarıcı ve tedavi etmek için kullanılan ilaçları piyasaya sürmek çok daha mantıklı olmaktadır (Yüksel ve Topuzoğlu 2019, Kutlu ve Altındış 2018).

Aşı reddinde dini sebepler

Aşı içeriği ile ilgili aşı karşıtı grupların söylemlerinden bir diğeri fetal doku ve küretaj materyali bulunmasıdır. 1960'lı yıllarda bazı aşı çalışmalarında 2 tane düşük materyalindeki fetüs hücresinden aldıkları hücre kültürleri kullanılmış fakat 1960'tan sonra fetüs veya düşük materyali aşı üretmek amacı ile kullanılmamıştır. 1960 yılında kullanılan materyal ise tıbbi nedenler ile düşük veya küretaj yapan kadınlardan onların rızası alınarak kullanılmıştır. Yani şuan ki komplo teorilerindeki gibi sırf aşı üretmek için gebelik sonlandırma gibi bir durum söz konusu değildir. 1960'tan beri hücre kültürleri laboratuvar ortamında üretilmekte ve aşı çalışmaları hazır hücre kültürlerinde yapılmaktadır (Arıcan 2018).

Dini kaygılardan ötürü aşı karşıtlığı oluşmasındaki en önemli etkenlerden birisi aşı içeriğindeki jelatinin domuzdan elde ediliyor olma kaygısıdır. Belirtmek gerekir ki jelatin bütün aşılarında bulunmayıp belli aşılarında bulunmaktadır. Aşının jelatin içerip içermediği prospektüsten bakılmalıdır. Bu konuda tereddüt yaşayan aileler içeriğinde domuz jelatini bulunmayan aynı hastalığa yönelik alternatif aşılarla yönelebilirler. Dini bir çekince olması nedeniyle konu ile ilgili 1995 yılında Mısır'da yüzden fazla katılımcı ile gerçekleşen Dünya İslami Tıp Birimleri Örgütü toplantısında, aşılarında kullanılmakta olan domuz jelatininin birçok işlemde geçerek domuzluk özelliğini kaybettiğini ve bu aşıları yaptırmanın dinen sakıncalı olmadığına ortak bir şekilde karar vererek bildiriye imza atmışlardır (Arıcan 2018).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilerek ülkemizde kullanılmakta olan hiçbir aşıda domuz jelatini bulunmamaktadır. Ülkemizdeki aşılarında stabilizatör madde olarak kullanılan jelatin sığır jelatinidir (Kader 2019).

3. MATERYAL VE METOT

Çalışma aile hekimlerinin aşı karşıtı ebeveynler ile iletişim deneyimleri üzerinden aşı karşıtlığını değerlendirmek için niteliksel bir çalışma olarak planlanmıştır. Nitel araştırma, kişilerin tecrübe ettikleri bireysel ve toplumsal olayların temel özelliklerini açıklamak amacıyla, araştırmacının kişileri doğal ortamında gözlemlemesini, olayların gerçekleşme süreçlerinin incelenmesini sağlayan açıklayıcı ve yorumlayıcı bir metoddur (Baltacı 2018).

Bu çalışma, amaçlı örneklem yöntemlerinden kartopu örneklem ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak Sakarya ilinin farklı ilçelerindeki ASM (Aile Sağlığı Merkezi) lerde görev yapmakta olan 20 erkek 19 kadın toplam 39 aile hekimi seçilerek yapılmıştır. Araştırma Sakarya ili sınırları içinde 2019 yılında yapılmıştır. Veriler 05.10.2019-29.12.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulun 03.05.2019 tarih ve 71522473/050.01.04/123 (Ek-2) sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Derinlemesine görüşme ile elde edilen metinler, ortaya çıkmasını beklediğimiz algı ve tutumları içermektedir. Bu metinler içerik analizine tabi tutularak her veri birkaç kelime ile kodlanmaktadır. Bu kodlara göre verilerin kategorilendirilmesi yapılmaktadır. Daha sonra verilerin bulgularda yorumlanması yapılmaktadır (Abbasoğlu 2018).

Araştırma da veriler sosyo-demografik verileri içeren altı soruluk anket formu ve dokuz açık uçlu sorunun yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. (Ek-1) Konuşmalar ses kayıt cihazına kaydedilmiş ve sonrasında bilgisayar ortamında kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür. Bir kişi ses kaydı vermek istememiş olup, söyledikleri birebir not edilmiştir. Görüşmeler ortalama 30 dk

sürmüştür. Alınan cevaplar doğrultusunda verilere ait açık uçlu sorular için uygun programlar ile nitel veri analizi uygulanmıştır. Toplanan tüm veriler araştırmacı tarafından birçok defa okunarak temalar belirlenmiştir. Alıntılar bu temaların altına uygun olarak yerleştirilmiştir. Alıntıladığımız konuşmalar sık kullanılan ve çarpıcı ifadeler içerisinden seçilmiştir. Elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır. Kodlama ve tema oluşturma esnasında nitel araştırma konusunda deneyimli bir kişiden yardım alınmıştır. Verilerin niceliksel analizinde SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı kullanılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmacı verileri toplama esnasında bir takım zorluklar yaşamıştır. Araştırmaya katılan aile hekimleri ile ilk görüşme telefon veya çalışmakta oldukları ASM lere gidilerek sağlanmıştır. Aile hekimlerinin yoğun çalışmaları nedeniyle çoğunlukla mesai saatlerinin bitmesi beklenmiştir. İlk görüşmede tarih ve saat belirlenmiş olup aile hekimlerinin hasta yoğunlukları nedeniyle zaman zaman görüşmelerde ertelenme ve aksamalar meydana gelmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimleri Sakarya ilinde ki farklı 20 ASM de görev yapmaktadırlar. Bu görüşmeler aile hekimlerinin 28 tanesi ile kendi ASM lerinde esnek mesai günlerinde saat 17:00-19:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir. Diğer 11 aile hekimi ile farklı yer ve saatlerde görüşmeler yapılmıştır. 2 aile hekimi ile randevu ayarlanıp görüşülmüş fakat aşı reddi ile hiç karşılaşmamış olmaları nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

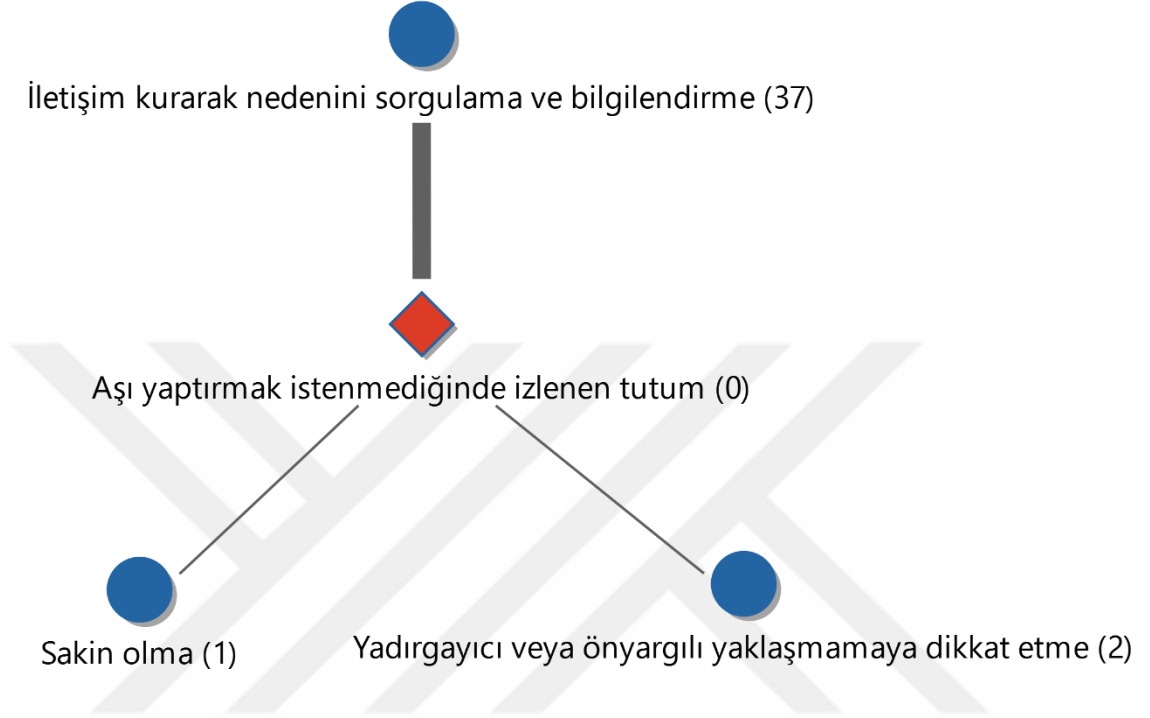
4. BULGULAR

Aile hekimlerinin yaş ortalaması $41,59 \pm 8,56$ Standart Sapma (SS) 9 yıl iken %51,3'ü erkek, %48,7'si kadın, hekimlik süreleri ortalaması $17,00 \pm 8,66$ SS yıl, aile hekimliği süre ortalaması $8,03 \pm 2,97$ SS yıl, %89,7'si evli, %10,3'ü bekar ve çocuğu olanların çocuk sayısı ortalaması $1,97 \pm 0,82$ SS olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Ortalama	Std. Sapma	N	%
Yaş (yıl)		41,59	8,56		
Cinsiyet	Erkek			20	51,3
	Kadın			19	48,7
Hekimlik süresi (yıl)		17,00	8,66		
Aile hekimliği süresi (yıl)		8,03	2,97		
Medeni durum	Evli			35	89,7
	Bekar			4	10,3
Çocuk sayısı		1,97	0,82		

4.1. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI YAPTIRMAK İSTEMEYEN AİLELERE KARŞI VE AİLELERİN AŞIYI REDDETME NEDENLERİNE KARŞI TUTUMLARI



Şekil 1. Aile hekimlerinin aşı yaptırmak istemeyen ailelere karşı ve ailelerin aşığı reddetme nedenlerine karşı tutumları

Katılımcı aile hekimlerinin çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlere karşı genel tutumları incelendiğinde; öncelikle ebeveynlerin aşı yaptırmak istememe nedenlerinin detaylı bir şekilde sorgulandığı ve ortaya koydukları nedenlere yönelik zorlayıcı bir tavır sergilemeden, sağlıklı bir iletişim kurma çabası göstererek ebeveynleri aşılarda konusunda bilgilendirdikleri görülmüştür. İletişim kurarken de; özellikle sakin olmanın, yadırgayıcı veya önyargılı bir tavır sergilememenin çabası içinde oldukları görülmüştür.

D2 : 'Genelde sakin davranıyorum herhangi bir yadırgayıcı veya önyargılı bir tavırla yaklaşmamaya çalışıyorum. İlk önce nedenini soruyorum. Bu bilgiye nereden ulaştıklarını soruyorum. İlk önce onların fikirlerini

öğreniyorum. Neden yaptırmak istemediklerini soruyorum' (33Y, K, 10 yıllık hekim)

D10 : ' Önce tabiki onların yanlış yolda olduklarını direk yüzlerine vurmadan olayın risklerini ve neler yapmaları gerektiğini anlatıyorum. Aşı yaptırmadıkları takdirde neler ile karşılaşacaklarını anlatıyorum bunu bilimsel olarak açıklamaya çalışıyorum. Ama aşı yaptırın diye bir zorlamam olmuyor' (42Y, E, 16 yıllık hekim)

Katılımcı aile hekimlerinin ebeveynlerin belirttikleri aşı yaptırmak istememe nedenlerine karşı tutumları incelendiğinde; ailelerin sunduğu gerekçelere göre örnekler ve bilimsel veriler ile bilgilendirmeler yaptıkları görülmüştür.

D2 : 'Genelde ben aşığı neden yaptığımızı anlatıyorum onlara mesela hangi aşığı yaptırmak istemiyor hepatit B yi yaptırmak istemiyor bu hastalığın bize ne gibi sonuçlar doğurabileceğini anlatıyorum. Mesela sen hepatit B enfeksiyonu geçirdiğinde neler ile karşılaşacaksın, menenjit olduğunda neler ile karşılaşabilirsin? , kızamığın döküntüsünden korkmadığımızı daha çok zatürre gibi sıkıntılarından korktuğumuzu anlatmaya çalışıyorum. Mesela çocuk felcinin şuanda gözükmediğini anlatmaya çalışıyorum. Genelde ikna edici değilde bilgi verici yaklaşıyorum. Kesin yaptırmalısınız lafını hiçbir zaman kullanmıyorum hastalara. Ama birçok kişi tereddüt yaşıyor acaba diyor bir eşimle konuşayım diyor, sizinle bir daha konuşalım diyor. Getirin yayınlarınızı bende getireyim karşılıklı konuşalım dediğimde oldu. (33Y, K, 10 yıllık hekim)

D25 : 'Yani olabildiğince anlayışlı bir şekilde yani DSÖ nün sağlık bakanlığının verilerini kendilerine olabildiğince temel düzeyde anlatmaya çalışıyoruz. Özellikle bu etken maddelerde en sık konu olan alüminyum un dozunun çok çok düşük olduğunu zaten içtiğimiz su da bile daha fazla olduğunu anlatıyoruz. Otizmle ilgilide tiomersal (civa) den özellikle çekiniliyor. Bununla ilgili yayınlanmış bir tane makale var 12 kişi üzerinden.

Daha sonrasında yayınlanan dergide gerçekleri çarpıtması nedeniyle kaldırılıyor. Ama işte maalesef delinin biri kuyuya taş atmış 40 akıllı çıkaramamış. Bunları olabildiğince söyleyip kendilerine kaynak referans gösterip okumaya yönlendiriyoruz. Olabildiğince bilgilendirmeye çalışıyoruz.’ (28Y, E, 4 yıllık hekim)

Aşıların olası yan etkileri nedeniyle aşı yaptırmak istemeyen ebeveynlere karşı, çocuk sahibi olan katılımcıların özellikle kendi çocuklarına aşılarını yaptırdıklarından ve bahsedilen yan etkilerin görülmediğinden, bir hekim olarak böyle bir çekince yaşamadıklarından bahsederek ve tecrübelerinden de örnekler vererek açıklamalarda buldukları görülmüştür.

D3 : ‘Böyle olmayacağını anlatmaya çalışıyorum. Kısırlık ile alakalı mesela Benim 4 çocuğum var kendimden örnek veriyorum, tetanoz aşılarının 5 ini de yaptırdım. Elimizden geldiğince dilimiz döndüğünce anlatmaya çalışıyoruz’ (48Y, K, 23 yıllık hekim)

D11 : ‘Açıkçası önce anlatıyorum, kendimden örnek veriyorum, kendim aşı olduğumu çocuklarımda aşı yaptırdığımı söylüyorum. Öyle bir şey olsa ben niye kendi canıma zarar vereyim ki? Diye anlatıyorum. Aşıların bizi hastalıklara karşı koruduğunu hani tabi ki aşıları oldukmu hasta olmayacağımız anlamına gelmiyor hastalığı yine geçirebiliriz ama daha hafif düzeyde olur diyorum. Özellikle kızamık hastalığının çok ciddi bir hastalık olduğunu onun bulaşması halinde çok farklı şeylerle ölümle bile sonuçlanabileceğini anlatmaya çalışıyorum. (43Y, K, 19 yıllık hekim)

Bir aile hekimi ise geçmiş yıllarda ebeveynlerin kendilerinin ve yakınlarının da aşılanmış olduğundan bahsetmiştir.

D6 : ‘Benim en çok söylediğim vaktinde siz aşılanmıştınız. Sizin yaşınızdaki herkes kadın-erkek aşılanmıştı yani bakın etrafınıza kendi yaşitlarınıza onlarda bir sorun görüyorsunuzuz? Sizde bu süreçten geçtiniz. Sıra sadece

yaşı itibariyle çocuğunuza geldi diyorum. İnsanların artık bilgi kaynakları çoğaldı ve internette ne doğru ne yanlış ayıramıyorlar. Bu tür verilerle geliyorlar biz elimizden geldiğince yönlendirmeye çalışıyoruz ama bizde artık zorlama yok. O yüzden ısrarla kabul etmeyen ailelere de artık yapacak çok bir şey yok.’ (42Y, K, 18 yıllık hekim)

4.2. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİ TARAFINDAN AİLELERİN NEDEN AŞI YAPTIRMAK İSTEMEDİĞİ SORGULANDIĞINDA ALINAN CEVAPLAR

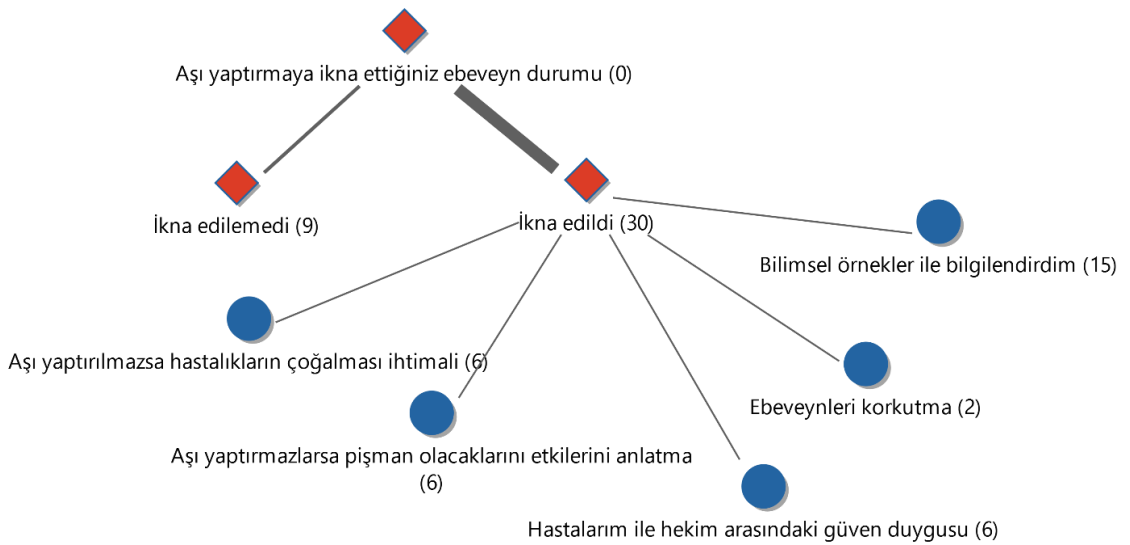
Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin, aşı reddi nedenlerini sorguladıklarında sıklıkla karşılaştıkları cevaplar değerlendirildiğinde özellikle yan etki (otizm, Alzheimer, kısır vb.) korkusu, aşı üreten ülke/firmalara güvensizlik duygusu, aşı içeriğinde domuz jelatini olması (dini hassasiyetler nedeniyle) ve aşuların etkisiz olması şeklinde cevaplar aldıkları görülmüştür.

D6 : ‘Aşı yan etkisinden korkuyor insanlar. Yeni aşular farklı diyorlar. Eskiden aşular Türkiyede bizim ülkemizde üretiliyordu şimdi aşular Hindistandan geliyor diyorlar. Kendi ülkemizin yerli aşısı değil, başka ülkelerden gelen aşular oldukları için biz o aşulara güvenmiyoruz diyorlar. Bir hastam demişti ki; aşı değil aşının içindeki katkı maddeleri tehlikeli. Bununla ilgili bilimsel verilerde var gerçekten yani adjuvan olarak kullanılanların yan etkileri var fakat o adjuvanlar okadar düşük miktarda ki siz 3-5 balık yediğinizde o civayı alıyorsunuz zaten. Birde sosyal medya ve internet üzerinden ya da birbirlerinden pek çok olumsuz şey duyuyorlar bunların çoğu dedikodu, spekülatif şeyler ama insanlar bazen böyle şeylerden hekimin söylediğine göre daha fazla etkileniyor ve bizi değil onları ciddiye almayı tercih ediyorlar. Bu aşıyı vurdurursam otistik olabilir. Başka hastalıklar çocuğuma geçebilir gibi, yani reddin en önemli sebebi aşuların yan etkisi.’ (42Y, K, 18 yıllık hekim)

D13 : 'Birincisi en çok komşudan duyduk iyi değilmiş işte içinde domuz ürünü varmış diyorlar onunla çok karşılaşyoruz. İsrail den geliyor. İçinde civa varmış. Ama civanın zararlarını sorsak ne olduğunu belki bilmiyor. Ya da işte şu oluyor; yaptırmak istemiyorum, ben dışarıdan çocuğuma hiç bir şey vermek istemiyorum. Mesela bizim verdiğimiz d vitamini demir takviyesini de vermiyor bununla birlikte. Gerek olsaydı Allah bizi o şekilde yaratırdı diyenler oluyor. O zaman da ben soruyorum o zaman grip olduğunuzda niye doktora geliyorsunuz? (33Y, K, 10 yıllık hekim)

D15 : 'Birincisi internetten farklı kaynaklardan aşular ile ilgili olumsuz yazılar okuduklarını söylüyorlar. İkinci sebep aşuların faydalı olmadığını düşünüyorlar. Üçüncüsü mesela son dönemlerde en çok rastladığım aşuların otizm yaptığı konusunu hastalar beyan etti bu şekilde aşı reddi olmuştu. Dördüncüsü dini inanışları sebebiyle işte aşuların içindeki bir takım katkı maddelerinin dinin emrettiği şeyler olmadığını gerekçe sunarak reddedenler oluyor. Bu şekilde.' (54Y, E, 30 yıllık hekim)

4.3. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AİLELERİ AŞI YAPMAYA İKNA ETME DURUMU, İKNA OLMALARINDAKİ ETMENLER VE İKNA ETME YOLLARININ İNCELENMESİ



Şekil 2. Katılımcı aile hekimlerinin aileleri aşı yapmaya ikna etme durumu, ikna olmalarındaki etmenler ve ikna etme yollarının incelenmesi

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin aileleri aşı yapmaya ikna etme durumu ve bunu nasıl başardıklarının incelendiğinde; görüşülen 39 aile hekiminin hepsinin aileleri ikna etmeye çalıştığı, 9 aile hekiminin ikna edebildiği aile olmadığı, 30 aile hekiminin ise ikna edebildiği en az bir aile olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcı aile hekimlerinin aileleri ikna edebilmek için bilimsel gerçekler ile bilgilendirmeler yaptığı, aşılardan yapılmadığı takdirde oluşabilecek problemleri örnekler ile açıkladıkları, zaman zaman korkutma yolunu denedikleri görülmüştür. Hastanın aşıları tümüyle reddetmesinden ziyade tereddütlerinin olması, hastanın hekimine güvenmesi ve aşılar yapılmadığı zaman oluşabilecek sonuçların ebeveynleri korkutması ailelerin ikna olmalarındaki etmenler olarak gösterilmiştir.

D36 : ‘...İkinci olarak onlara direkt olarak kaynak göstererek argümanlar sunarak bunu anlatmış olmak çok büyük faktördü. Bir de benim hemşirem de çok bilinçli ve bu konularda kendini yetiştirmiş bir hemşire olduğu için o da bu ikna çabalarımnda bana çok yardımcı oldu. Onun da etkisi oldu.’ (41Y, E, 18 yıllık hekim)

D20 : ‘Az önce bahsettiğim gibi aşının neye karşı koruyacağını, aşı yaptırmadığı zaman çocuğunda ne gibi sıkıntılar gelişebileceğini anlatıyoruz...’ (49Y, E, 25 yıllık hekim)

D19 : ‘Aşı yapılmayan hastalardan falan birkaç polio sekelli fotoğraf gösterdim. İlerde böyle böyle olma ihtimali var Allah göstermesin. Sen aşı yaptırmadın ilerde allah korusun çocuğunda bir sekel oldu bu hergün adamı öldürür. Her işin bir ehli, bir ihtisası var. Mesela binan ile ilgili bir sorun olsa mühendise gidiyorsun değil mi? Dini bir konuda fetva almak istiyorsan hocaya gidiyorsun. E sağlık ile ilgili şeylerde din alimi değil de doktora ve ya

sağlıkla ilgili çalışan insanlara gidip danışmak lazım. İnsanların bu yanlış yönlendirilmelerinin, yanlış bakış açılarını ortadan kaldırmak için ihtisasa hürmet denilen bir şey var yan yemekle ilgili bir sorun olsa bayanlara sorulur değil mi? işte bu şekilde yaklaşarak insanların dirençleri kırılmaya uğraşılıyor. Başarılı olmamız biraz samimiyetimize bağlı hasta ile diyalogumuz iyi ise hasta ikna oluyor...' (59Y, E, 35 yıllık hekim)

Katılımcı aile hekimleri hasta-hekim arasındaki güven duygusunun özellikle aşı tereddütü yaşayan aileler üzerindeki etkisinin önemini vurgulamış ve bu güven duygusunun oluşabilmesi için ise aile hekimlerinin görev yerlerini sıklıkla değiştirmemesinin, uzun süre aynı yerde çalışmasının da etkili olduğunu belirtmişlerdir.

D35 : 'Zannediyorum aşı ile ilgili aşı reddinden çok bizim ülkemizin sorunu aşı tereddütü. Aşı tereddüdüne sahip olan aileleri doğru bir şekilde yönlendirdiğinizde ve ikna edici bir şekilde bilgi ve tecrübelerinizi paylaştığınızda o tereddütleri yok oluyor ve aşı yaptırmaya da ikna oluyor. Bence bu tip ailelerin güvenini kazanmak onlarla doğru bir iletişim kurmak ve sebep ne ise ona özel gerekçeleri açıklamak sorunu epeyce bir çözebilir. Bu durum hasta hekim ilişkisi ile alakalı bir durum. Ben özellikle aile hekimlerine ekstra bir görev düşüğünü düşünüyorum ve aile hekimlerinin de uzunca bir süre aynı bölgede çalışması gerektiğini düşünüyorum çok sık değişirse aile hekimi aynı bölgede hasta ile hekim arasındaki yeterli bilgi alışverişi, güven ortamı sağlanması pek mümkün olmuyor. Bu yüzden uzun süre aynı bölgede çalışan hekimler aşı oranlarında çok daha başarılılar...' (55Y, E, 30 yıllık hekim)

D6 : '...Bir kaç şeyin etkisi var bana güveniyorlar. Benim burada 10. Yılım dolacak 10 yıl ciddi bir süre bu süre zarfında da hastalarımın aramda bir güven ilişkisi kuruldu. O güven ilişkisi olduğu için 'Doktor hanım böyle böyle şeyler söylüyorlar siz ne düşünüyorsunuz? ' diye soruyorlar. Bende vurulmanızı öneriyorum diyorum. Tamam, siz öneriyorsanız vurulacağız

diyorlar ve vuruluyorlar. Büyük bir çoğunluğu bu şekilde vuruluyor...' (42Y, K, 18 yıllık hekim)

D36 : 'Övünmek gibi olmasın ama ikna kabiliyetimin iyi olduğunu düşünüyorum. Açıkçası bunda hasta hekim ilişkisini hastalarımınla iyi sağladığıma, onların güvenini kazanan bir hekim olduğuma inanıyorum. Yıllardır onları tanıyan ve onların beni tanıdığı ve güven duyduğu bir hekim olmamın bunda çok büyük bir payı vardı...' (41Y, E, 18 yıllık hekim)

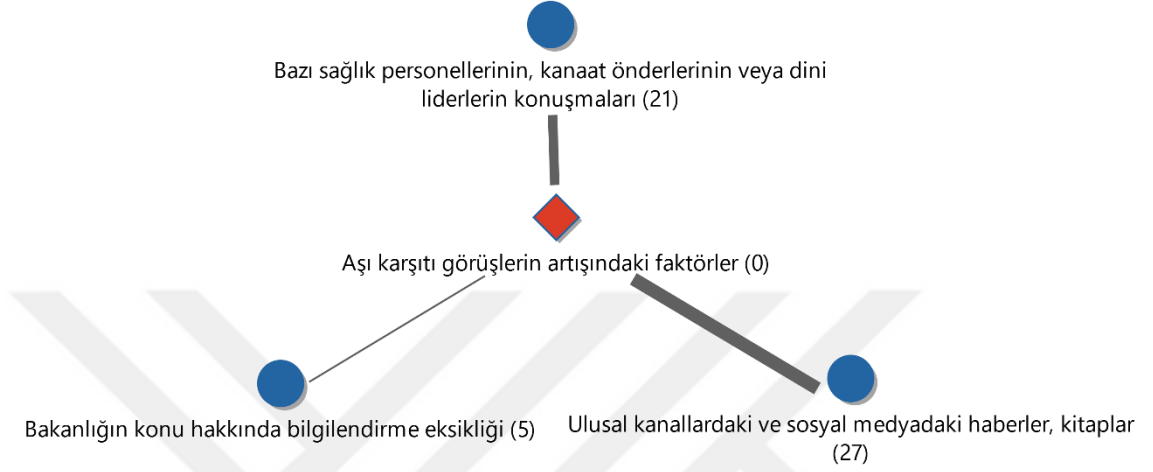
Eğitim seviyesi yüksek hastaların ikna olmasının daha zor olduğunu belirten aile hekimleri de olmuştur.

D6 : '...Ve bu aşı reddi ile gelen hastalarda okumamış eğitimsiz hastayı çok daha rahat ikna ediyorsunuz. Mesela benim bir hastam var en zorlandığım asla ikna edemediğim; Baba akademisyen ve ben o aileyi ikna edemedim. Yani ilkökul mezunu hastamı ikna ediyorum ama akademisyen olan hastamı ikna edemedim ne söylesem ikna olmadı.' (42Y, K, 18 yıllık hekim)

D3 : '...Bizim hastaların çoğu internete bir bakıp gelir çünkü sosyal seviyesi buranın okadar da düşük değil bilgileri var. Daha önce köylerde falan da çalıştım internet bilmeyen teyzeler, okuma yazma bilmeyen teyzeler biz ne dersek daha kolay kabul ediyorlardı. Burada direnç daha fazla açıkçası.' (48Y, 23 yıllık hekim) (48Y, K, 23 yıllık hekim)

D27 : '...Örnekleri de göstererek yaptırmazsanız bakın şunlar oluyormuş gibi. Biraz bilgilenince, eğer ciddi anlamda karşı değil de sadece kulaktan dolma bilgilerle gelip yaptırmak istemiyorsa onlar ikna oluyor. Ama işte internete girip her şeyi inceliyor içinde şu varmış bu varmış bu kanserojen falan diyenler i ikna edemezsiniz. Aslında bence nasıl biliyor musunuz eğitim seviyesi yüksek olanları ikna etmemiz bence daha zor. Hani diyorlar ya 'google doktorları' onları ikna etmek çok zor her konuda olduğu gibi.' (40Y, K, 15 yıllık hekim)

4.4. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI GÖRÜŞLERİN ARTIŞINDA ETKİLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜKLERİ FAKTÖRLER



Şekil 3. Katılımcı aile hekimlerinin aşı karşıtı görüşlerin artışında etkili olduğunu düşündükleri faktörler

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin aşı karşıtı görüşlerin artışında etkili olduğunu düşündükleri faktörler incelendiğinde; genellikle ailelerin ulusal kanallardaki ve sosyal medyadaki haberlerden, piyasadaki bazı kitaplardan, bazı sağlık personellerinin ve hocaların (dini tarikat liderleri) konuşmalarından etkilendikleri tespit edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın konu hakkında yetersiz bilgilendirme yaptığının düşünülmesi de aşı redlerinin artmasında bir etmen olarak tespit edilmiştir.

D24 : 'Sosyal medyada ki yanlış yönlendirmelerin olduğunu düşünüyorum ben açıkçası.' (28Y, K, 3 yıllık hekim)

D9 : 'Bilgi kirliliği diye genel başlık altında toplayabilirim. Belki bizlerde yapıyoruz bazen direk sorgulamadan inanıyoruz. Sevdiğimiz kişilerin etkisinde kalıyoruz ondan dolayı olabileceğini düşünüyorum. En büyük sıkıntı ama şuanda zorlandığımız kısım sosyal medyada ki yapılanma...' (30Y, E, 5 yıllık hekim)

D32 : *'Sosyal medya tabi ki insanlar bunu ağırlıkla kullanıyor ve daha doğru olduğunu düşünüyor. Hep bir gizem peşinde insanlar.'* (39Y, K, 13 yıllık hekim)

D22 : *'Tabi bence en büyük sebeplerden birisi toplumsal yozlaşmamızın da en büyük sebebi; yanlış bilgi ve şu internetteki fenomenler, paylaşımlar. Tamamen organikçiler. Kara kutu kitabı var son zamanlarda ki aşı karşıtı bir kitap Soner Yalçın'ın. bir çok insanın da fenomen olmak için bazı şeyler yaptıklarını düşünüyorum. Sağlıklı bilgiye ulaşmanın aslında şu ortam da zorluğu. Yanlış bilgi de domino taşı gibi birbirini devire devire etkisi büyüye büyüye gidiyor. En büyük sebeplerinden biri bu bence.'* (36Y, K, 11 yıllık hekim)

Katılımcı aile hekimleri, bazı doktorların aşı karşıtı görüşler öne sürmesinin ebeveylere üzerindeki olumsuz etkiden bahsetmiştir. Bir aile ekimi ise siyasi liderlerin de etkisi olabileceğini söylemiştir.

D3: *'Açıkçası şunlar zor oluyor bizim için; çocuk doktorlarının 'aşı yaptırmadan da olur' demesi. Yani son dönemde bence internetin çok etkisi var. Bildiğim kadarıyla Karadeniz de bir grup var ve o grubun etkisi fazla.'Hocalar da öyle diyor' 'internet baktık internette de yaptırmayın diyor' diyorlar...'* (48Y, K, 23 yıllık hekim)

D11: *'İşte şu aşı karşıtı tıp profesörleri 'siz hocalardan daha mı iyi bileceksiniz ?' imajı ve son zamanlardaki otizm sıklığı, ama bence otizm zaten sık görülen bir hastalıktı ama bu kadar tanı konulamıyordu son zamanlarda tanı konulma durumu arttı. Şöyle söyleyeyim bir hastam var; evlendi çocuk sahibi olamıyoruz diye geldiler onları genetik taramaya gönderdim. Genetik tarama sonucunda erkeğin down sendromu olduğu ortaya çıktı ve annesi de kendisi de şok oldu bilmiyorlarmış down sendromu olduğunu tüp bebek ile çocuk sahibi oldular. Yani önceden böyle araştırmalar yokmuş. Teknoloji bu*

kadar ilerlemiş değildi. Annesine diyorum; bu çocuk geç yürümedi mi?’ hee evet geç yürüdü ama olabilir erkek çocuğu geç yürüyecek geç konuşacak dedik’ dedi. Yani son zamanlarda bu otizim tanısı konmasının artmış olması ve en büyük faktörlerden biriside civa ve domuz muhabbeti; delinin biri kuyuya taş atmış 40 akıllı çıkaramamış hesabı biri bir şeyi bir söylüyor tamam artık bitiyor.’ (43Y, K, 19 yıllık hekim)

D1 : ‘İlk önce sosyal medyada biraz önce bahsettiğim gibi sağlık personelleri doktorlar vs bunların konuşmaları, özellikle ulusal kanallardaki ‘aşı oldu sakat kaldı’ gibi... Bu tür haberler, bunların yanısıra şimdi abes olacak ama TC Cumhurbaşkanı bile ne dedi ‘ ben aşıya karşıyım doktora iğne yaptırmam aşıda yaptırmam’ şimdi bugün iktidarın sözüne inanan vatandaş aşı yaptırmam der. Özellikle ne dedim muhafazakar kesim, en başta bunlar kesinlikle reddediyor. Yani bunlar büyüklerin lafını peygamber gibi görüyorlar. Bu tür durumlar etkili.’ (38Y, E, 13 yıllık hekim)

Aşı karşıtı görüşlerin artmasında birçok aile hekimi bazı dini liderler ve tarikat mensuplarının etkili olduğunu belirtmiş olup, bir aile hekimi bu karşıtlığın temelinde de yabancı ülkelere olan güvensizlik olduğunu belirtmiştir.

D35 : ‘...Yine bir takım tarikatlar, cemaatler ve aşı karşıtı derneklerin üyelerine ve onların çevresine olumsuz etkisi olduğunu düşünüyorum...’ (55Y, E, 30 yıllık hekim)

D31 : ‘Genellikle bu kişilerin tarikat liderlerinin sözü ile hareket ettiği anlaşılıyor. %90ı internetten araştırdım da geldim şeklinde olmuyor. Tarikat liderinin aşı karşıtı olması aynı zamanda medyatik bazı kişilerin yanlış yönlendirmesi.’ (54Y, E, 31 yıllık hekim)

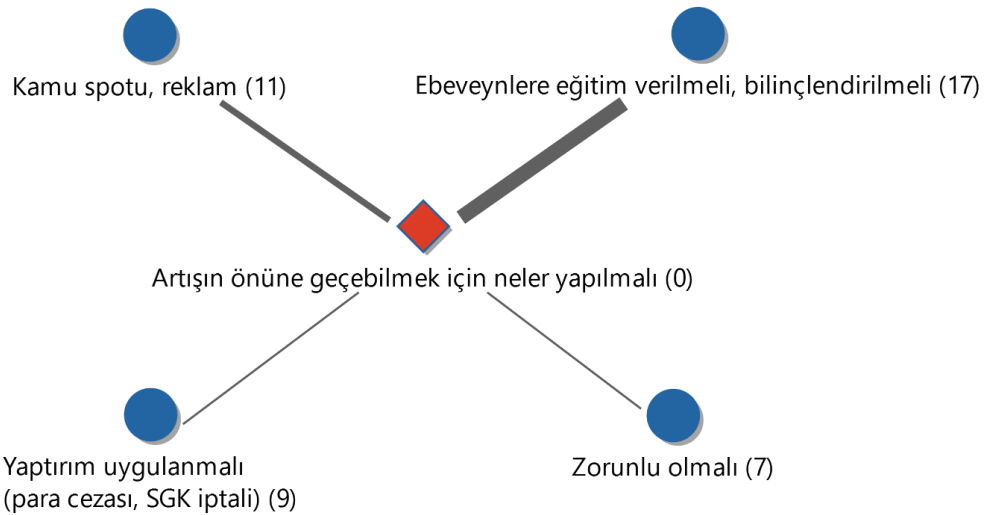
D19 : ‘Dini liderler başta, iki hekimler arasında ittifakın olmaması. Mesela bu manada olumsuz yaklaşan hekimler de var. Tabi bu alternatif tıbbın gündeme biraz fazla getirilmesi, insanların dini hislerinin de suiistimal

edilmesi var. Mesela hacamat evet dinimizde var peygamberimizin tavsiyesi ama birde sülük çıkardılar. Yani insanları arada bırakmak için ne olursa yapıyorlar. İnsanların dini hisleri suiistimal ediliyor bakalığın aslında bu konu da tedbir alması lazım. Sıkıntılı bir durum var piyasada. Bizim gördüğümüz kadarıyla bir de bu tür şeylerin altında Avrupalılara karşı bir güvensizlik var. Yani aşıdan ziyade Avrupa imajına karşı bir güvensizlik var. Hani birisi küfür etti birisi Müslüman elbette o açıdan bakıyor vatandaş. Belli cemaat mensupları bunu yapıyor.’ (59Y, E, 35 yıllık hekim)

Bir aile hekimi aşı sayılarındaki fazlalığın da ebeveynleri olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

D35 : ‘...Yine bu görüşlerin artmasında aşuların sayısının fazla olmasının olumsuz etkilediğini düşünüyorum, birleştirilmiş aşı sayısının 3lü aşı 5 li aşı şeklinde mümkün olduğunca teknolojik olarak bunların birleştirilmesinin faydalı olduğunu düşünüyorum çünkü her bir ayrı enjeksiyonun aileyi irrite ettiğini gördüm...’ (55Y, E, 30 yıllık hekim)

4.5. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITLIĞINDAKİ MEVCUT ARTIŞIN ÖNÜNE GEÇEBİLMEK İÇİN TAVSİYELERİ



Şekil 4. Katılımcı aile hekimlerinin aşı karşıtlığındaki mevcut artışın önüne geçebilmek için tavsiyeleri

Aile hekimlerinin aşı karşıtı görüşlerin artışını engellemeye yönelik tavsiyeleri incelendiğinde; özellikle ebeveynlere eğitim verilerek bilinçlendirilmesi, antibiyotiklerde etkisi görülen kamu spotu ve reklamların yapılması, aşının kanunen zorunlu olması ve yaptırımların uygulanmasının (para cezası, sağlık güvencesinin iptali vb.) etkili olacağını düşündükleri tespit edilmiştir.

D22 : 'Hastaları daha fazla bilgilendirmek lazım. Kamu spotu yapacaklar belki. Uzman başlığı altında herkes çıkıp ne olduğu belli olmayan doğruları anlatmasın halka. Yani doğru bilgiye nereden ulaşmaları gerektiği, kime güvenmeleri gerektiği, aşuların bize ne kazandırdığını bastıra bastıra anlatmak lazım. Eğitim gerekiyor yani kısaca. Medya yoluyla yapabiliriz bunuda en çok.' (36Y, K, 11 yıllık hekim)

D3 : 'Mesela antibiyotikte de biz çok zorlu yerlerden geldik ama o kamu spotları o kadar çok işimize yaradı ki; bence kamu spotları işe yarar diye düşünüyorum çünkü antibiyotikte bunu yaşadık. Önceden 'benim dişim ağrıyor bir antibiyotik yazın' yazmayınca kavgalar dövüşler bilmem neler ama 'televizyonda da gördük zararlıymış' 'duyduk zararlıymış' diyorlar. Artık yazmıyorum gerekli yok dediğim zaman 'evet ya artık sizin dediğiniz olsun zararlıymış' diyebiliyor hastalar. Kamu spotlarının önemli olduğunu düşünüyorum çünkü antibiyotikte birebir yaşadık.' (48Y, K, 23 yıllık hekim)

Katılımcı aile hekimleri ebeveynlerin yanında toplum önderlerinin de aşular hakkında bilinçlendirilmeleri ve doğru bilgi sahibi olmalarının sağlanması gerektiğini vurgulamışlardır.

D31 : 'Söz konusu tarikatlerin liderlerine dinleyecekleri ve ikna olabilecekleri kanallar yoluyla bilimsel yönden aşının gerekliliğini anlatmak için ciddi görüşmeler yapmak lazım. Bu tür olayların tekrar yaşanmaması için bakanlığında aşı konusunda şüpheye sebep olan aşı içerikleri konusunda çalışmalar yapıp aşuyu daha sağlıklı duruma getirmesi gerekir.' (54Y, E, 31 yıllık hekim)

D15 : 'Aşı karşıtlığı konusunda da bakanlığın çok fazla topa girmediğini düşünüyorum. Bu konuda sadece kamu spotları ile insanlara anlatmak çok etkili olmuyor. Toplum önderleri var bunlar; sporda, sanatta, dini yönde yani bir sürü konuda toplum önderleri var, kanaat önderleri var bunlarla işbirliği yapılabilir. Bu işbirliği neticesinde insanlar bu şekilde ikna edilebilirler diye düşünüyorum. Bakanlık bunu yapabilir. Bakanlığı aşı konusunda biraz pasif görüyorum hani biraz gayret ediyorlar ama şöyle; dostlar alışverişte görsün gayreti gibi oluyor. Tabi aşı da primer faktör aile hekimleri ve çocuk hekimleri artı kadın doğum hekimleri onlarda önemli artı sahadaki elemanlar bir de bakanlık.' (54Y, E, 30 yıllık hekim)

Katılımcılar Sağlık Bakanlığı'nın ve devlete bağlı dini kurumların birinci ağızdan ebeveynlerin şüphelerini gidermek amacıyla açıklamalar yapması gerektiği belirtmişlerdir.

D2 : 'Eğitimler verilmeli. Televizyonlarda da eğitimler verilebilir. Diyanet aşular ile ilgili bir açıklama yapsa olabilir. Okullarda çocukların anneleri toplanıp eğitimler verilebilir.' (33Y, K, 10 yıllık hekim)

D14 : 'Öncelikle sosyal medyadaki grupları iyi incelemek gerekiyor. Daha sonra Kuran kursları gibi merkezlerdeki hocaları bu konuda eğitime almalıyız. Daha çok sosyal projeler olmalı.' (53Y, K, 30 yıllık hekim)

D33 : 'Öncelikle resmi kurumların birinci ağızdan kişilerin çekincelerinin tek tek cevaplanması lazım. Bunun Sağlık Bakanı düzeyinde olması gerekiyor. Kişilerin çekinceleri örtülü bir şekilde değil direk net olarak cıva konusunu alüminyum konusunu kısırlık konusunu ne kadar komik olursa olsun ne kadar aptalca olursa olsun hepsinin tek tek cevaplanması gerekiyorki insanlar bunu kısmende olsa idrak edebilsinler. Ama şöyle bir şey var insanların bir kısmı komplo teorilerine inandığı için devlet bunu açıklasa bile biz bunu söylesek bile bizi aşı üreten şirketlerin yancısı, devlet görevlilerininide bunların yancısı

olmakla suçlayacaklarından dolayı pekte bir faydası olmayacak.’ (34Y, E, 10 yıllık hekim)

Bir aile hekimi hasta yoğunluğu nedeniyle hastaya ayrılan sürenin azlığının koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince vakit ayıramamaları sonucunu doğurduğunu belirtmiş olup, bu sorunun çözümü ile aile hekimlerinin daha etkili olabileceği görüşünü eklemiştir.

D15 : ‘...Esasında bir de şöyle bir sıkıntı var belki konu farklı bir yere gidecek ama birinci basamakta mesela en önemli şey bence koruyucu sağlık hizmetleri bunu vermemiz gerekiyor aile hekimleri olarak ben burada hasta sayımın yoğunluğundan dolayı poliklinik yapmaktan koruyucu sağlık hizmetlerini vermekte çok zorlanıyorum. Bazen vermeye gayret ediyorum ama verdiğim hizmetten kendim tatmin olmuyorum. Mutsuz oluyorum. Yani ben istiyorum ki; her aşıya gelen anneyi karşıma alayım ‘ne yapıyorsun, nasılsın, çocuğuna anne sütü veriyor musun, besleniyor mu, ne kadar kilo aldı, senin bir problemin var mı, yok mu? Lohusalığın nasıl geçiyor?’ gibi en azından bir 5-10 dk ayırıp çocuğunu muayene etmeyi, anne ile bu şekilde konuşmayı, anne kafasındaki bazı şeyleri; çocuğunun beslenmesi ile ilgili, gelişimi ile ilgili, aşı ile ilgili bir takım şeyleri bana sorsun bende anlatayım istiyorum ama gün içerisinde buna hiç vaktimiz olmuyor. Olmadığı içinde vaktimiz dolayısıyla es geçiyoruz. Ve buna üzülüyorum çok üzülüyorum.’ (54Y, E, 30 yıllık hekim)

Bir aile hekimi aşılardan etkilerinin minimuma indirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

D35 : ‘...Aşılardan mümkün olduğunca koruyuculuğunun %100 e yakın olması hatta %100 olması gerektiğini düşünüyorum çünkü aşı yaptırdıktan yine hastalığa yakalanırsa ‘işte gördünüz mü haklı çıktık aşılardan yeterince koruyuculuk oluşturmuyor, hasta oluyor niye yaptıralım ki ?’ şeklinde olumsuz düşüncelere sahip oluyor insanlar. Birde gördüğüm aşılardan etkisinden muzdarip olan ‘ aşı yaptırdım ateşi çıktı, ishal oldu’ veya bir takım

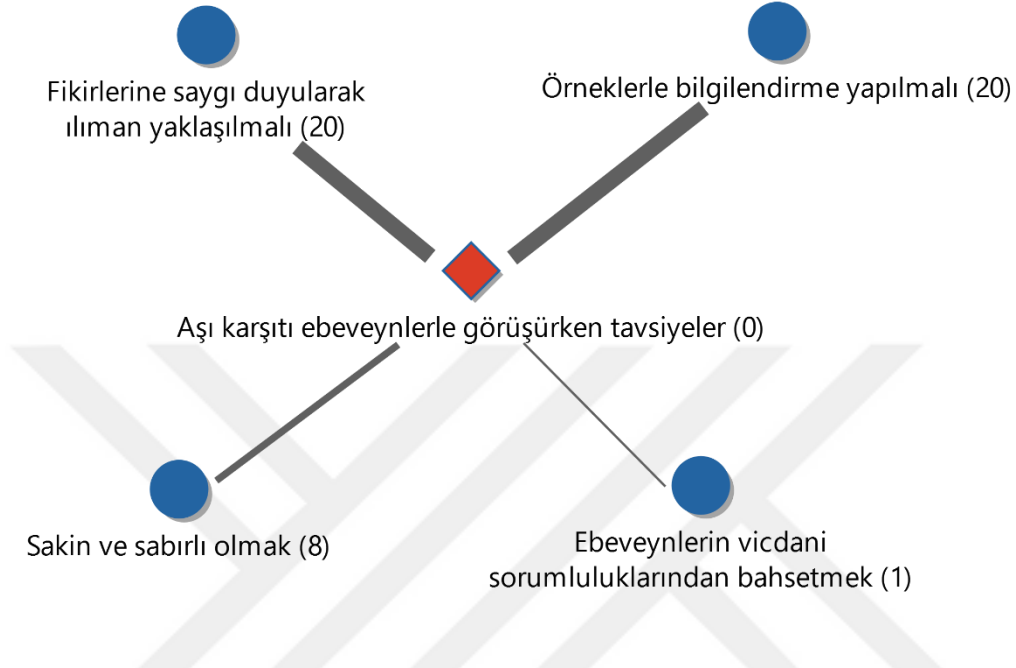
yan etkiler görüldü deyip yaptırmak istemiyorlar. İşte bu yan etkilerin de mümkün olduğunca minimuma indirilirse olumsuz görüşlerin biraz daha azalacağını düşünüyorum.’ (55Y, E, 30 yıllık hekim)

Katılımcılar son çare olarak da olsa toplum sağlığını ilgilendiren aşı konusunda yasal zorunlulukların getirilmesi gerektiğini belirtmişleridir

D16 : ‘Bakanlığın bilimsel doneler dışında ki aşının kötü etkilerini söyleyen insanlar hakkında eğer sağlıkçıysa işlem, sağlıkçı değilse bir cezai uygulama yapması bence gerekir. İçeriklerini hıfzıssıhha kamu spotu şeklinde açıklayabilir. Aşının faydalarını da yine kamu spotu şeklinde açıklayabilir. Bu işte bence medyanın büyük rolü var aile hekimleri olarak elimizden geleni yapıyoruz.’ (37Y, E, 13 yıllık hekim)

D36 : ‘Öncelikle bireylerin eğitilmesi gerekiyor. İkincilik olarak yasal zorunluluklar olması gerekiyor. Çünkü aşı karşıtlarının bu davranışları ne kadar onların insani hakkı gibi görünse de aşı yaptıran ve toplumsal olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmaya çalışan insanların haklarını gasp etmeleri gerçeğiyle buna haklarının olmadığı gerçeği sonucuna ulaşmamıza neden oluyor. Bu politikalarda evrensel olmalıdır. Eğer hala kişi bu konudaki iddiasında devam ediyor ve yaptırmak istemiyorsa yasal yaptırımların ve zorunlulukların neticesinde kendine bir yol çizmesi gerekiyor.’(41Y, E, 18 yıllık hekim)

4.6. KATILIMCI AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI EBEVEYNLER İLE GÖRÜŞÜRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER HUSUSUNDA MESLEKTAŞLARINA ÖNERİLERİ



Şekil 5. Katılımcı aile hekimlerinin aşı karşıtı ebeveynler ile görüşürken dikkat edilmesi gerekenler hususunda meslektaşlarına önerileri

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin aşı karşıtı ebeveynler ile görüşürken dikkat edilmesi gerekenler hususunda meslektaşlarına tavsiyeleri incelendiğinde genellikle, fikirlerine saygı duyularak ılıman yaklaşılmasının gerektiğini, sakin ve sabırlı olmaları gerektiğini ve aşı yaptırmadıkları takdirde çocuğu hastalandığında bunun vicdani sorumluluğunu hatırlatmalarını önerdikleri tespit edilmiştir.

DI : 'Sakin olunmalı ki bütün meslektaşlarımın böyle olduğunu düşünüyorum. Olabilecek durumları komplikasyonları her şeyi anlatmalılar. Ancak yine meslektaşlarım ne kadar anlatırsa anlatsın karşı tarafta devlet tarafından oluşturulmuş bir korku yoksa yine aynı şekilde bu artışlar devam edecektir.' (38Y, E, 13 yıllık hekim)

D22 : *'Benim bu zamana kadar deneyimlediğim şu var; kesinlikle ötekileştirmemek lazım. Anlamaya çalıştığımızı en azından göstermemiz lazım kapalı bir setle geliyorlar çünkü sizi içeri almıyorlar. Samimi olduğunuzu, gerekçeyi anlamaya çalıştığınızı hissettirerseniz o zaman daha kolay. Elimizden geleni anlatacağız zaten nihai karar onların.'* (36Y, K, 11 yıllık hekim)

D24 : *'Doktorların direk onları kötü yargılayacağını düşünüyorlar. O yüzden karşısına geçip 'sen nasıl yaptırılmazsın?' gibi yaklaşırsak daha hızlı uzaklaşıyorlar. Biz biraz daha ılımlı yaklaşırsak onlar daha hızlı geri dönüyorlar.* (28Y, K, 3 yıllık hekim)

D28 : *'İletişim çok önemli bence; ters ve aksi bir şekilde değilde ikna edici yumuşak onların anlayabileceği şekilde konuşmak lazım.'* (36Y, K, 12 yıllık hekim)

D20 : *'Aşırı yaptırmadıkları zaman nelerle karşılaşacaklarını, bunun en azından vicdani sorumlulukları üzerine baskı yaparak anlatırlarsa daha iyi oluyor. Yani ; 'çocuğunda şu olursa bir anne baba olarak üzülmez misin? Gibi. O zaman daha etkili oluyor.'* (49Y, E, 25 yıllık hekim)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan bir çalışmada, aşılamanın toplumun genelinde bağışıklamayı sağlamak için kullanılan en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de aşılamanın kişinin doğumundan itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan aşılama çizelgesine uygun olarak yapıldığı belirtilmiş olup, tüm toplumun bağışıklık kazanabilmesi için bireysel aşılanmanın en yüksek oranda olması gerektiği vurgulanmıştır. Fakat aşılama tarihte ilk kullanılmaya başladığı tarihlerden beri zaman zaman tartışma konusu olduğu ve kişilerin farklı nedenlerden ötürü gerek kendilerine gerek çocuklarına aşı yaptırmama konusunda tereddüt ettiği veya aşı yaptırmayı reddettiği belirtilmiştir. Ülkemizde son yıllarda aşı reddi ve tereddütünün yükselme bandında olduğu ve toplumsal bağışıklığın sürdürülmesini riske attığı vurgulanmıştır (Yiğit ve ark. 2020).

Çalışmamıza katılımcı olan aile hekimleri aşı reddeden en az bir ebeveynle karşılaşmışlardır. Bu aileler ile karşılaştıklarında genellikle sakin bir şekilde nedenini öğrenmeye yönelik bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Katılımcı aile hekimleri; yan etki endişesi, aşı üreten ülke/firmalara güvensizlik, ebeveynlerin içeriğinde domuzdan katkı maddesi olduğunu düşünmelerini aşı redleri içerisinde en sık karşılaştıkları nedenler olarak belirtmişlerdir. Bu cevaplar karşısında katılımcı aile hekimlerinin hepsinin çeşitli yöntemlerle ebeveynleri ikna etmeyi denedikleri görülmüştür. Ebeveynlerin ikna olmalarındaki etmenler olarak aşı reddinden ziyade tereddüt yaşamaları ve hekime güvenmelerinin önemi özellikle vurgulanmıştır. Aşı karşıtı görüşlerin artmasında ise sosyal medya, bazı doktorlar ve dini liderlerin yanlış yönlendirmeleri, Sağlık Bakanlığı’nın etkisinin zayıf olmasının önemli bir etmen olduğu vurgulanmış olup; kamu spotları, halkı bilinçlendirmeye yönelik eğitimler, bir takım yaptırımlar ve zorunluluk getirilmesi ise çözüm önerileri olarak sunulmuştur.

2000’li yılların başında farklı ülkelerde aşı reddi ve tereddütü ile ilgili bazı nitel çalışmalar yapılmıştır (Glanz et al. 2013, Reich 2016). 2018 yılında Türkiye’de Çocukluk çağı aşı redlerini konu alan iki nitel çalışma yapılmış, bu çalışmaların birisinde aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerle görüşülerek tutumları niteliksel olarak değerlendirilmiş, diğerinde ise ebeveynler ve sağlık personeli perspektifinden aşı reddi

niteliksel olarak değerlendirilmiştir (Çapanoğlu 2018, Abbasoğlu 2018). İngilizce literatürde de 2018 yılında hekim gözünden niteliksel yöntem ile aşı karşıtlığının değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır (Mohanty et al. 2018). Bu çalışmada; aşı tereddüdü ve aşı reddi oranlarının artışındaki nedenleri ve bu oranların artışını engellemek için neler yapılabileceği aile hekimlerinin gözünden değerlendirilmiştir.

Amerika’da 2018 yılında yayınlanan bir derlemede, hekimlerin belirgin ön yargılı olmaları durumunda daha kötü bir hasta-hekim ilişkisi kurulması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Maina et al. 2018). Çin’de yapılan bir çalışmada, tıbbi bilgilerin doktorlar tarafından aktarılmadığı ve hastaların klinik karar vermekte zorlandıkları belirtilmiştir (Gong et al. 2018). Çalışmamızda da katılımcı aile hekimleri, aşı karşıtı ebeveynlerin aşılar karşı önyargılı ve kendilerinin aşılanmaya zorlanacağı kanaatiyle hekim karşısına geldiklerinden bu konuda defansif yaklaşıma meyilli olduklarının altını çizmişlerdir. Fakat hekimler bu noktada sakin kalarak, empati kurarak, karşı tarafı suçlamadan ve önyargıdan uzak bir şekilde konuyu ele aldıkları takdirde aileler ile daha sağlıklı ve verimli iletişim kurulabileceğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin aşıları reddetme nedenleri öğrenildiğinde ise sebep ne olursa olsun hekimlerin doğru bilgileri kaynak göstererek açıklamalarının önemi vurgulanmıştır.

Çad’da yapılan nitel bir araştırmaya göre aşı reddi nedenleri içerisinde aşılar güvensizlik (dini nedenler, sağlık camiasındaki tutarsızlıklar vs.), aşıların yan etkileri ve sağlık sistemindeki sorunlar gösterilmiştir (Abakar et al. 2018). Çalışmamızda da ebeveynlerin aşı yaptırmaktan geri durma nedenleri değerlendirilmiş olup; aşıların olası yan etkileri, içerdikleri katkı maddeleri, milli ve yerli üretim olmaması göze çarpan nedenler olarak karşımıza çıkmıştır.

Kanada’da Dubé ve ark. (2013)’ın yaptıkları bir çalışmada, MMR aşısı ve otizm arasında ilişki olduğu yayınlanmış (bu yayın daha sonrasında dergiden kaldırılmıştır) fakat hileli bir ilişki olduğu tespit edilip hiçbir şekilde doğruluğu kanıtlanamamış olmasına rağmen aşıların otizm yaptığının dair inanç ve korkunun dünya çapında artarak devam ettiği belirtilmiştir. Bir başka çalışmada, aşı ile önlenebilir hastalıkların

ciddiyetinin doğru algılanması aşı kabulü ile ilişkili iken, aşılarla bağlı riskin daha ciddi oldu algısı ise aşıların reddedilmesi ile ilişkili bulunmuştur (Dubé et al. 2015). Çalışmamızda da aşıların yan etkileri olarak otizmin ebeveynlerin en çok endişe duyduğu hastalık olduğu ve bu korkunun aşı ile önlenebilir hastalıkların ciddiyetinin ve korkutuculuğunun önüne geçtiği vurgulanmıştır.

Türkiye’de Kader (2019)’in yaptığı çalışmada, aşıların domuz jelatini içermesi ile ilgili endişe duyan ebeveynlerin varlığından bahsedilmiş ve domuz jelatininin her aşıda bulunmadığı aynı hastalığa yönelik başka aşıların tercih edilebileceği belirtilmiştir. Buna ilaveten ülkemizde bulunan hiçbir aşıda domuz jelatini bulunmadığı da eklenmiştir. Çalışmamızda da aşıların domuz jelatini içerdiğini düşünmeleri nedeniyle aşı reddeden ebeveynler olduğu belirtilmiş ve ülkemizde ki aşılarda domuz jelatini olmadığı anlatılmaya çalışılmıştır.

Yapılan bir çalışmada ebeveynlerin aşılarla red kararı vermeden önce kararsızlık durumunda tespit edilerek gerekli müdahalelerin yapılmasının büyük önem arzettiği belirtilmiştir. Aşıları reddeden veya tereddüt yaşayan ebeveynleri bütün olarak değerlendirmek, sadece reddedenlere odaklanmamak gerektiği, ikna yöntemleri içerisinde ise tek bir yöntemden ziyade hedef kitlenin özelliklerine ve aşıya karşı tutumlarına göre farklı iletişim stratejilerinin etkili olabileceği vurgulanmıştır (Özata ve Kapusuz 2019). Bir başka çalışmada, doktor-hasta arasındaki iletişimde, doktorların sadece hastaların sağlık sorunlarını çözmekle kalmadığı beraberinde iyi bir kişisel iletişim kurduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada doktorların hastaların sağlık problemini çözmeye ve hastalara duygusal olarak da destek sağlamalarının, hastaların memnuniyetini ve hekimlere olan güvenini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (Peng et al. 2019). Kore’de Kim ve ark. (2018)’in yaptıkları çalışmada, doktorlara duyulan güvenin hastaların tıbbi uygulamaları kabul etmeleri açısından önemli bir yer tuttuğu ve bundan dolayı hekimlere olan güvenin artmasının tıbbi uygulamanın sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. Ayrıca hekimin tarafsız yaklaşımının hastanın tutumunda etkili olabileceği de eklenmiştir. Çalışmamızda da katılımcı aile hekimleri aşı reddinden ziyade aşı tereddüdü ile başvuran aileler ile daha fazla karşılaştıklarının üzerinde durmuşlar ve özellikle aşı

tereddütü ile başvuran ailelerin bilimsel kaynaklar gösterilerek bilgilendirilmesi, aşular yapılmadığı takdirde karşılaşılabilecek durumların daha korkutucu olduğunun anlatılması, geçmiş yıllarda bu hastalıklar nedeniyle yaşananların anlatılması/hatırlatılması gibi çeşitli yöntemler ile ikna olabildiklerini vurgulamışlardır. Bu yöntemlerin etkili olmasında ise hasta-hekim arasındaki güven duygusunun önemli bir etmen olduğunun da altını çizmişlerdir.

Türkiye’de Özen ve Doğan (2012)’ın yaptıkları çalışmada, son yıllarda aşı karşıtı görüşleri savunmakta olan kişilerin arasında doktor ve akademisyenlerin de bulunduğu, internet ortamında bu kişilere ait birçok yazı bulunduğu belirtilmiştir. Amerika’da yapılan bir çalışmada aşular ile ilgili yalan yanlış haberlerle dolu olan internet sitelerine erişkinlerin yarısından fazlasının rağbet ettiği belirtilmiştir (Davies et al. 2002). Çalışmamızda da aşı karşıtı görüşlerin artışında özellikle; sosyal medyadaki aşı karşıtı görüşlerin, doktorların aşı karşıtı görüşlerinin ve bazı dini liderlerin aşı karşıtı görüşlerinin etkili olduğu belirtilmiş ve Sağlık Bakanlığı’nın bu konu hakkında endişeleri gidermek üzere bilgilendirici açıklamalarının eksikliği vurgulanmıştır.

Yapılan bir çalışmada dini ve felsefi grup veya kişilerin sosyal medya ve farklı iletişim araçlarını sıklıkla kullandıkları ve çok etkili oldukları belirtilmiştir (Yüksel ve Topuzoğlu 2019). Çalışmamızda da aşı karşıtlığının önüne geçebilmek için toplum önderlerinin (dini liderler gibi) bilgilendirilmesi, devletin resmi kurumlarınca ailelere aşular ile ilgili eğitimler verilmesinin yanında medya araçlarını kullanarak yapılacak kamu spotu, reklam gibi uygulamaların etkili olabileceği belirtilmiştir.

Türkiye’de Avcı (2017)’nın yaptığı çalışmada, çocukluk çağı aşulamalarında gönüllü veya zorunlu aşılama yöntemlerinin etkinliğinin tartışmalı bir konu olduğu belirtilmiş olup, zorunlu aşı uygulamalarının, yasal düzenlemeler ile belirlenen hedefe ulaşmayı sağladığı, gönüllü aşı uygulamalarının ise ebeveynlerin endişelerinin giderilmesi ve aşılamayı kabul etmeleri neticesinde hedefe ulaşmayı sağladığı anlatılmıştır. Devletin her iki uygulamanın da başarıya ulaşmasında mutlak hak sahibi olduğu belirtilmiştir. Zorunlu aşılama uygulamaları etik bir takım sorunlar içermekte olup, geçmişte ki

örneklerle bakıldığında aşı reddine dair protesto ve ayaklanmaları arttırdığı belirtilmiştir. Günümüzde birçok ülkenin farklı politikalar uygulayarak aşılama programlarını sürdürmekte olduğu, sanayileşmekte olan birçok ülkenin uygulamakta olduğu gönüllü aşılama programları ile ulaştıkları aşılama oranlarının, ABD'nin zorunlu aşılama uygulamaları ile ulaştığı aşılama oranlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da aile hekimlerinin az bir kısmı da olsa aşuların toplum sağlığını etkilediği göz önünde bulundurularak gerekirse zorunlu olması ve reddedildiği takdirde bir takım yaptırımlar uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır.

Hindistan'da Gopichandran ve Chetlapalli (2015)'nin yaptıkları çalışmada hekimin hasta ile aynı dine, kültüre veya düşünce yapısına sahip olması, hastayı adıyla tanınması, hastaya kendi aile üyesinden biriymiş gibi davranması, hastalık ve tedavi ile alakalı detaylı bilgilendirmeler yapması, güler yüzlü davranması, sabırlı ve nezaket çerçevesi içinde davranması hastanın hekime olan güvenini etkileyen faktörler olarak gösterilmiştir. Ayrıca güven ilişkisinin sunulan sağlık hizmetinin etkinliğini belirlediği vurgulanmıştır. Çalışmamızda da katılımcılar aşı karşıtı ebeveynler ile görüşürken sakin tavır sergilemenin, doğru bilgileri sabırlı bir şekilde karşı tarafa aktarılmasının önemi üzerinde durmuşlardır.

Sonuç olarak;

Ebeveynler sıklıkla aşuların yan etkilerinden korkmaları nedeniyle aşuları reddetmekte veya bu konuda tereddüt yaşamaktadır. Bu konuda yapılacak çalışmalarla mevcut olan aşı yan etkilerinin en aza inidilmesi sağlanmalıdır. Otizim, kısırlık veya alzheimer gibi aşı ile bir ilişkisi kanıtlanmamış olan ama ailelerde ciddi endişe oluşturan bilgilerin yanlışlığı sorumlu kişiler/kurumlar tarafından ebeveynlere açıklanmalıdır.

Aşuların yurtdışı menşeli olması ciddi bir red nedenidir. Bundan dolayı aşuların yerli olarak üretilmesine yönelik çalışmalar desteklenmeli ve bu çalışmalara yoğunlaşılmalıdır.

Sağlık Bakanlığı aşı içerikleri ile ilgili bilgileri detaylı olarak internet sitesinde paylaşmış olup ebeveynlerin ve bazı hekimlerin bu paylaşımından haberdar olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle bu bilgilerin daha çok kişiye ulaştırılması için farklı medya araçlarının kullanımının da etkisi olacağı öngörülmektedir.

Dini ve siyasi liderler, ünlüler ve sosyal medya fenomenleri, toplum önderleri bireyler üzerinde çok etkili olup kitlesel hareketlere neden olabilmektedir. Bundan dolayı resmi kurumlar aracılığıyla bu kişiler ile iletişim kurularak aşılarda konusunda eğitilmeleri/bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

Sosyal medya veya çeşitli iletişim araçları aşı reddi/tereddütü oranlarının artışında çok etkili olmaktadır. Bu nedenle yetkili kişilerin teknolojiyi, sosyal medyayı daha etkili kullanarak bilimsel gerçeklerle halkı bilgilendirmesi gerekmektedir. Bilimsellikten uzak komplo teorileri ile insanlar da kafa karışıklığına neden olan internet sitesi veya sosyal medya hesaplarına gerektiğinde müdahale edilmelidir. Ülkemizde de ilgili merciler tarafından özellikle sosyal medyanın bu ve benzeri olası negatif etkilerine müdahale edebilmek amacıyla yasal düzenleme yoluna gidilmektedir.

Aile hekimleri ebeveynlerin aşılama konusundaki kararını etkileyebilen kişiler durumundadır. Devlet tarafından aile hekimlerinin bu konumu göz önünde bulundurulmalı ve iş yükü fazlalığı, hastalara kısıtlı zaman ayırabilmesi gibi sorunlarına çözüm bulunmalıdır. Böylece birinci basamak sağlık kuruluşlarının en önemli görevi olan koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasının kolaylaşacağı öngörülmektedir.

Aile hekimlerinin her bireye kendi özelinde bir yaklaşımla bilimsel gerçekleri anlatması gerekmektedir. Ebeveynler ile iletişim esnasında yargılayıcı ve suçlayıcı ifadelerden uzak, empati kurarak, sakin ve sabırlı bir tutum takınılmalıdır.

Aşı karşıtlığı gibi çok boyutlu (bilimsel, dini, siyasi, vb.) olabilen konularda, nicel araştırma yöntemleriyle sonuç almak her zaman mümkün olmayabilir. Bu nedenle aşı karşıtlığı sorunu ile ilgili, çalışmamıza benzer şekilde, aile hekimleri, pediatristler ve

aşı karşıtı ebeveynlerle yapılacak nitel çalışmaların sayısının artırılması gerektiğini dűřünmekteyiz.



6. KAYNAKLAR

- Abbasoğlu A. (2018). Çocukluk Aşularının Uygulanmasını Reddeden Ebeveynlerin Tutumlarının Niteliksel Yöntemle İncelenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Günay Güngör)
- Aguilar JC, Rodriguez EG. (2007). Vaccine adjuvants revisited. *Vaccine*, 25(19), 3752-3762.
- Abakar MF, Seli D, Lechthaler F, Schelling E, Tran N, Zinsstag J, Muñoz DC. (2018). Vaccine hesitancy among mobile pastoralists in Chad: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1).
- Arıcan I. (2018). Sık rastlanan aşı karşıtı iddialara yanıtlar. *Toplum ve Hekim*, 33-3: 195206.
- Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, Vardar F. (2015). Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the schedule. *J Pediatr Inf*, 9: 1-11
- Arvas A. (2007). Konjuge pnömokok aşısı. Aşılara Güncel Yaklaşım. *Sempozyum dizisi* no:59, s.35-38
- Aylan O. (2003). Veteriner Hekimlikte Veteriner Aşuları. *Toplum ve Hekim* , (5):395-97
- Avcı E. (2017). Çocukluk dönemi aşularına ilişkin karşılaştırmalı bir analiz: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. *Özgürlük Araştırmaları*, 9,5-35.

- Badur S. (2011). Aşı karşıtı gruplar ve aşılarla karşı yapılan haksız suçlamalar. *ANKEM Derg*, 25(Ek 2):82-86
- Baltacı A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *BEÜ SBE Derg*, 7(1), 231-274
- Bean SJ. (2011). Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. *Vaccine*, 29(10), 1874–1880
- Bozkurt HB. (2018). Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 8(1):71–76
- Buzgan T. (2011). Aşılama politikaları. *J Pediatr Inf*, 5:235-8
- Chen RT, Pless R, Destefano F. (2001). Epidemiology of autoimmune reactions induced by vaccination. *J Autoimmun*, 16(3):309-18.
- Confavreux C, Suissa S, Saddier P, Bourdés V, Vukusic S. (2001). Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine* 344(5):319-26.
- Çapanoğlu E. (2018). Sağlık çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma. T.C. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman)
- Davies P, Chapman S, Leask J. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *Arch Dis Child*, 87:22–25
- Derici MK, Şenel S. (Eds), (2019). Aşı Akademik, Endüstriyel ve Resmi Otorite Yönüyle. Hipokrat Yayınevi., Ankara.

- DeStefano F. (2009). Thimerosal-containing vaccines: Evidence versus public apprehension. *Expert Opin Drug Saf*, 8(1):1-4.
- Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8): 1763–1773
- Dubé E, Vivion M, Sauvageau C, Gagneur A, Gagnon R, Guay M. (2015). “Nature does things well, why should we interfere?”: Vaccine hesitancy among mothers. *Qualitative Health Research*, 26(3), 411–425
- Eratalay A, Öner F. (2001). Aşılar ve aşı adjuvanları. *FABAD J. Pharm. Sci*, 25, 21-33
- Erol N. (2003). Savaş yıllarında aşı ve serum üretimi. *Toplum ve Hekim*, 18(5):379-81
- Gerber JS, Offit PA. (2009). Vaccines and autism: A tale of shifting hypotheses. *Clin Infect Dis*, 48(4): 456–461
- Glanz JM, Wagner NM, Narwaney KJ, Shoup JA, McClure DL, McCormick EV, Daley MF. (2013). A Mixed Methods Study of Parental Vaccine Decision Making and Parent–Provider Trust. *Academic Pediatrics*, 13(5): 481–488.
- Gong N, Zhou Y, Cheng Y, Chen X, Li X, Wang X, Chen G, Chen J, Meng H, Zhang M. (2018). Practice of informed consent in Guangdong, China: a qualitative study from the perspective of in-hospital patients. *BMJ Open*, 8(10), e020658.
- Gopichandran V, Chetlapalli SK. (2015). Trust in the physician-patient relationship in developing healthcare settings: A quantitative exploration. *Indian J Med Ethics*, 12(3):141-8.
- Guyton AC, Hall JE. (2007). Textbook of Medical Physiology. Tıbbi Fizyoloji. 11th ed, Çeviren: Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul

- Gül B, Yurdakök Dikmen B. (2019). Aşı adjuvanları ve istenmeyen etkileri. *Bulletin of Veterinary Pharmacology and Toxicology Association*, 10 (2): 91-105
- Gülcü S, Arslan S. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, ISSN: 2146-443X 8(1): 34-43
- Gür E. (2019). Aşı kararsızlığı - aşı reddi. *Turk Pediatri Ars*, 54(1): 1-2 doi: 10.14744/TurkPediatriArs.2019.79990
- Reich JA. (2016). Of natural bodies and antibodies: Parents' vaccine refusal and the dichotomies of natural and artificial. *Social Science & Medicine*, 157, 103-110.
- Kader Ç. (2019). Aşı karşıtlığı: Aşı kararsızlığı ve aşı reddi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3):377-88
- Yurdakök K, İnce T. (2008). Aşı Adjuvanları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 225-239
- Karakaya I. (2018). Otizm ve aşılarda bir ilişki var mı?. *Toplum ve Hekim*, 33-3: 213-6
- Kajetanowicz A, Kajetanowicz A. (2016). Why parents refuse immunization?. *Wiad Lek.*, 69(3 Pt 1):346-51.
- Karvonen M, Cepaitis Z, Tuomilehto J. (1999). Association between type 1 diabetes and Haemophilus influenzae type b vaccination: birth cohort study. *Brit Med J*, 318(7192):1169-72.
- Kocabaş E, Timurtaş Dayar G. (2015) . Rotavirüs aşılı. *J Pediatr Inf*, 9: 166-74 DOI: 10.5152/ced.2015.2180

- Kim AM, Bae J, Kang S, Kim Y-Y, Lee J-S. (2018). Patient factors that affect trust in physicians: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1).
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. (2008). Basic Pathology. Temel Patoloji. 8th ed, Çeviren: Çevikbaş U, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul
- Kutlu HH, Altındış M. (2018). Anti-vaccination. *FLORA*, 23(2):47-58; doi: 10.5578/flora.66355
- Leroux-Roels G. (2010). Unmet needs in modern vaccinology: Adjuvants to improve the immune response. *Vaccine*, 28, C25-C36.
- Mahşuk T. (2014). Pnömonokok Aşıları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(1): 98-105.
- Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219–229.
- McKee C, Bohannon K. (2016). Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. *J Pediatr Pharmacol Ther*, 21(2):104–109
- Mohanty S, Carroll-Scott A, Wheeler M, Davis-Hayes C, Turchi R, Feemster K, Bottenheim AM. (2018). Vaccine hesitancy in pediatric primary care practices. *Qualitative Health Research*, 104973231878216
- Ogra PL, Faden H, Welliver RC. (2001). Vaccination strategies for mucosal immune responses. *Clinical Microbiology Reviews*, 14(2): 430–445. doi: 10.1128/CMR.14.2.430–445
- Otar G, Yıldız İ, Kılıç A, Varkal MA, Devocioğlu E. (2014). *Çocuk Dergisi*, 14(2):52-59 doi:10.5222/j.child.2014.052

- Ozcirpici B, Aydın N, Coskun F, Tuzun H, Ozgur S. (2014). Vaccination coverage of children aged 12-23 months in Gaziantep, Turkey: Comparative results of two studies carried out by lot quality technique: What changed after family medicine?. *BMC Public Health*, 3;14:217.
- Özdemir H, Çiftçi E. (2014). Meningococcal vaccines. *J Pediatr Inf*, 8: 178-86.
- Özen M, Doğan N. (2012). Aşı-hastalık ilişkisi: Söylenti mi, gerçek mi?. *Klinik Gelişim*, 25: 16-20.
- Özata FZ, Kapusuz S. (2019). Aşı kararsızlığı ve aşı reddi konusuna sosyal pazarlama bakış açısından çözüm önerileri. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20 (1) , 65-83.
- Özmert EN. (2008). Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 168-175.
- Peng Y, Yin P, Deng Z, Wang R. (2019). Patient–physician interaction and trust in online health community: The role of perceived usefulness of health information and services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 139.
- Price CS, Thompson WW, Goodson B, Weintraub ES, Croen LA, Hinrichsen VL, Marcy M, Robertson A, Eriksen E, Levis E, Bernal P, Shay D, Davis RL, DeStefano F. (2010). Prenatal and infant exposure to thimerosal from vaccines and immunoglobulins and risk of autism. *Pediatrics*, 126(4):656-64.
- Schattner A. (2005) Consequence or coincidence? The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestations after viral vaccines. *Vaccine*, 10;23(30):3876-86.

- Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ, Keenlyside RA, Ziegler DW, Retailiau HF, Eddins DL, Bryan JA. (1979). Guillan-Barré syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976-1977. *Am J Epidemiol*, 110(2):105-23.
- Somer A, Acar M. (2017). Meningokok aşıları. *Çocuk Dergisi*, 17(3):93-98.
- Spier RE. (2001). Perception of Risk of Vaccine Adverse Events: A Historical Perspective. *Vaccine*, 20: 78-84
- Reed SG, Bertholet S, Coler RN, Friede M. (2008). New horizons in adjuvants for vaccine development. *Trends in Immunology*, 30(1) ,23-32.
- Tural Kaya T. (2017). Aşılama Sözlüğü. *J Pediatr Inf*, 11(4): 190-192
- Tymińska J, Wysocki J. (2017). Is one minute enough to convince parents to vaccinate their child?. *Przegl Epidemiol*, 71(3):439-455.
- Ulukol B, (2004). Suçiçeği aşısı. *Turkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics*, 2(9):1017-20
- Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS (2002). Content and design attributes of antivaccination web sites. *JAMA*, 287(24):3245-8.
- Yiğit T, Oktay BÖ, Özdemir CN, Moustafa Pasa S. (2020). Aşı karşıtlığı ve fikri gelişimi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(53), 1244-1261
- Yüksel GH, Topuzoğlu A. (2019). Aşı redlerinin artması ve aşı karşıtlığını etkileyen faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2):244-58. doi:10.35232/estudamhsd.525983

Zerbo O, Modaressi S, Goddard K, Lewis E, Fireman BH, Daley MF, Irving SA, Jackson LA, Donahue JG, Qian L, Getahun D, DeStefano F, McNeil MM, Klein NP. (2018). Vaccination patterns in children after autism spectrum disorder diagnosis and in their younger siblings. *JAMA Pediatr*, 172(5):469-475.



7. EKLER

EK 1. AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARŞITI EBEVEYNLERLE İLETİŞİM DENEYİMLERİNİN NİTEL BİR ARAŞTIRMASI YARI YAPILANDIRILMIŞ ANKET FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Kaç yıllık hekimsiniz?

Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz?

Medeni durum:

Çocuk sayısı:

1. Çocuklarına bakanlık tarafından yapılması önerilen pediatrik aşıları yaptırmak istemediğini söyleyen bir ebeveynlerle karşılaştınız mı?
2. Aşıları yaptırmak istemediğini söylediğinde nasıl bir tutum sergilediğinizi anlatabilir misiniz?
3. Neden yaptırmak istemediğini sorguladığınızda ne gibi cevaplar aldınız?
4. Aldığınız cevaplar karşısında nasıl bir tutum sergilediğinizi anlatabilir misiniz?
5. Aşı yaptırmak istemediğini söylemesine rağmen aşı yaptırmaya bir şekilde ikna ettiğiniz ebeveyn oldu mu?
6. Eğer olduysa ikna olmasındaki etkenlerin neler olduğunu ve nasıl bir yol izlediğinizi anlatır mısınız?
7. Son dönemde aşı karşıtı görüşlerin artışında ne gibi faktörlerin etkili olduğunu düşünüyorsunuz?
8. Sizce bu artışın önüne geçebilmek için neler yapılabilir?
9. Aşı karşıtı ebeveynlerle görüşürken dikkat edilmesi veya yapılması gerekenler hakkında meslektaşlarınıza ne gibi tavsiye ve önerilerde bulunursunuz?

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/05/2019-E.5560



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/ *123*
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Uzm. Dr. Abdulkadir AYDIN
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 17.04.2019 tarihli 123 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Aşı Kayıtı Ebeveynlerle İletişim Deneyimlerinin Nitel Bir Araştırması" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.

03.05.2019

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/enwision/Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?r=BEND01TSE>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kanlıca Kampüsü, Kocaeli, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6632 Faks:264 295 6629
E-Posta: etik@sakarya.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.sakarya.edu.tr





T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



50 ^{yıl}

Sayı :71522473/050.01.04/ **455**
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Uzm. Dr. Abdulkadir AYDIN
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 14.10.2019 tarihli 455 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Aşı Karşıtı Ebeveynlerle İletişim Deneyimlerinin Nitel Bir Araştırması" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın sorumlu araştırmacısının **Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER**, yardımcı araştırmacısının **Feride ÖZEN** olması, araştırma şeklinin **Tez** olması, araştırma süresinin **Kasım 2019-Kasım 2020** olarak uzatılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşılama
17.08.20

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision/Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=8E6LB18DD>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Körücek Kampüsü, Körücek, Adapazarı/Sakarya
Tel: 264 295 6630 - Faks: 264 295 6629
E-Posta: tip@sakarya.edu.tr - Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: FERİDE ÖZEN

Doğum yeri ve tarihi: FETHİYE, 09.12.1992

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: EVLİ

İletişim adresi ve telefonu: drferideuysal@gmail.com, 05071915448

Yabancı dili: İNGİLİZCE

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017- SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. AİLE HEKİMLİĞİ AD.

2012-2016 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

2010-2012 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

2006-2010 SAKARYA ADABİLİM KOLEJİ

2003-2006 NURİ BAYAR İLKÖĞRETİM OKULU

1999-2003 AHMET AKKOÇ İLKÖĞRETİM OKULU

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

DOKTOR

IV- Mesleki Deneyimi

2016-2017 URFA VİRANŞEİR TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

V- Diğer Bilgiler