



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI  
AŞILARINA KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Başak ATÇEKEN

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI  
AŞILARINA KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Başak ATÇEKEN

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA-2025

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim boyunca bilgileri ve tecrübeleri ile beni destekleyerek mesleki gelişimime önemli katkı sağlamış olan, tezimin her aşamasında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yaklaşımları ve rehberlikleri çok değerli olan kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim süresince yardım ve ilgisini esirgemeyen, her konuda destekçi olan kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a ayrıca teşekkür ederim.*

*Asistanlık sürecim boyunca birçok güzel anı paylaştığım sevgili asistan arkadaşlarıma, desteklerini ve samimiyetlerini esirgemeyen sevgili bölüm sekreterimiz Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e teşekkür ederim.*

*Bugünlere gelebilmemde çok büyük emekleri olan, destek ve inançlarını benden esirgemeyen sevgili aileme, başta canım annem Kevser ÖZLÜ ve babam Suat ÖZLÜ olmak üzere ablalarıma ve kardeşime teşekkür ederim.*

*Hayatımda hep yeni ufuklar açan, her konuda sonsuz desteğini gösteren çok değerli eşim Çağlar ATÇEKEN'e, tanıştığımız günden beri destekçim olan sevgili ATÇEKEN ailesine her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim.*

BAŞAK ATÇEKEN

MART-2025

## ÖZET

# EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Dr. Başak ATÇEKEN**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA- 2025**

**Amaç:** Son yıllarda ülkemizde ve dünyada aşılar karşı olan güvensizlik ve tereddüt giderek artmaktadır. Bu tereddütler nedeniyle aşı reddi yaşanabilmektedir. Özellikle çocukların bağışıklığında etkin olmakla birlikte toplum bağışıklığında büyük rol oynayan çocukluk aşılarının ihmal edilmesi önemli bir sorundur. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ise aşılar karşı tereddüdü belirleyebilecek etkenler arasındadır. Çocukluk aşılarına ebeveynlerin karar veriyor olması, ebeveynlerin aşılar hakkında doğru bilgileri edinebilme kapasitesini daha da önemli kılmaktadır. Bu sebepler dolayısıyla, bu çalışmada ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin rutin çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarına etkisinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 405 ebeveyn dahil edildi. Literatür doğrultusunda oluşturulan anket formunda; sosyodemografik ve aşılama ile ilgili soruların olduğu bilgi formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇAETÖ) yer aldı. SOYÖ, fonksiyonel, interaktif ve eleştirel olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta ve alınan toplam puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını göstermektedir. ÇAETÖ, davranış, tutum ve güvenlik-etkililik olarak üç alt boyuttan oluşmakta olup alınan puanlara göre aşı tereddüt varlığını gösteren bir ölçektir. Oluşturulan anket formu Google Forms ile online ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalamaları  $35,34 \pm 6,55$  (min=18, maks=59) yıl olup, %52,6'sı (n=213) 35 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %76,5'i (n=310) kadın, %94,3'ü (n=382) evli, %51,6'ü (n=205) lise ve altı eğitim durumuna sahip, %52,6'sı (n=213) çalışıyor, %56,5'inin (n=229) geliri giderine denk idi. Katılımcıların %72,3'ünün (n=293) 2 ve altı çocuğu vardı, %49,4'ü (n=200) sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak en sık sağlık çalışanlarına başvuruyordu, %94,3'ü (n=382) çocuğuna ücretsiz çocukluk çağı aşılarının tümünü yaptırmış veya yaptırmayı düşünmekteydi. Kadınların SOYÖ puanı ( $52,02 \pm 9,38$ ) erkeklere göre ( $49,79 \pm 9,39$ ) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,044$ ). Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan ebeveynlerin lise ve altı eğitim düzeyi olan ebeveynlere göre; 2 ve altı çocuğu olan katılımcıların 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcılara göre interaktif alt boyut puanı eleştirel alt boyut puanı ve toplam SOYÖ puanı anlamlı derecede daha yüksek saptandı ( $p<0,001$ ). Katılımcıların geliri giderinden fazla olanların ( $53,38 \pm 10,23$ ) geliri giderinden az olanlara ( $49,38 \pm 8,92$ ) göre SOYÖ puanı daha yüksekti ( $p=0,015$ ). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunun, çocuk sayısının aşı tereddüdü üzerine anlamlı etkisi olmadığı görüldü. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için diğer kaynaklara (internet, yazılı kaynaklar, televizyon) başvuran ebeveynlerin, sağlık çalışanlarına başvuran ebeveynlere göre; aşı tereddüt oranları anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,004$ ). Çocuklarına bazı aşıları yaptırmayan veya yaptırmayı düşünmeyen katılımcıların ise çocuklarına tüm aşıları yaptıran veya yaptırmayı düşünen katılımcılara göre aşı tereddütleri daha yüksek saptandı ( $p<0,001$ ). SOYÖ fonksiyonel alt boyutu, interaktif alt boyutu ve toplam puanı ile ÇAETÖ tutum alt boyutu puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon tespit edildi (sırasıyla  $r=-0,102$ ,  $r=-0,164$ ,  $r=-0,163$ ; sırasıyla  $p=0,040$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ).

**Sonuç:** Sunulan çalışmada kadın cinsiyetinin, üniversite ve üzeri eğitim durumunun, 2 ve altı çocuk sahibi olmanın sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu yönde etkilediği görüldü. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için sağlık çalışanı dışında internet gibi kaynaklara başvuran ebeveynlerin aşı tereddütlerinin daha yüksek olması dikkat çekiciydi. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin aşı tereddüdü konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı saptansa da genel olarak aşı tereddüdü olan katılımcıların olmayanlara göre sağlık okuryazarlık puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Son yıllarda artan aşı tereddüdünün azaltılabilmesi için sağlık okuryazarlığının daha etkin bir şekilde geliştirilmesi ve sosyal medya ile internet ortamında yayılan yanlış ve yanıltıcı bilgilerin kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Aşı tereddüdü, Sağlık okuryazarlığı, Ebeveyn, Çocukluk aşıları

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE EFFECT OF PARENTS HEALTH LITERACY LEVEL ON THEIR ATTITUDES TOWARDS CHILDHOOD VACCINATIONS

**Dr. Başak ATÇEKEN**

**THE MASTER THESIS**

**KONYA- 2025**

**Aim:** In recent years, mistrust and hesitation against vaccines have been increasing in our country and around the world. Vaccine refusal may occur due to these hesitations. The neglect of childhood vaccines, which are especially effective in children's immunity and play a major role in community immunity, is an important problem. Health literacy levels of individuals are among the factors that may determine hesitancy towards vaccines. The fact that parents decide on childhood vaccinations makes the capacity of parents to obtain accurate information about vaccines even more important. For these reasons, this study aimed to investigate the effect of parents' health literacy level on their attitudes towards routine childhood vaccinations.

**Materials and Methods:** In this descriptive study, 405 parents who applied to Necmettin Erbakan University (NEU) Faculty of Medicine Hospital Family Medicine Outpatient Clinic for any reason were included. The questionnaire form, which was developed in line with the literature, included an information form with sociodemographic and vaccination-related questions, the Health Literacy Scale-14 (HLS-14), and the Parent Attitude Scale on Childhood Vaccines (PACV). The HLS-14 consists of three sub-dimensions as functional, communicative and critical, and the higher the total score, the higher the level of health literacy. PACV consists of three sub-dimensions as behavior, attitude and safety-effectiveness and is a scale that shows the presence of vaccine hesitancy according to the scores obtained. The questionnaire form was administered online with Google Forms and face-to-face interview method by the researcher. It was analyzed using the Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 program.  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** The mean age of the parents who participated in the study was  $35.34 \pm 6.55$  years (min=18, max=59) and 52.6% (n=213) were 35 years of age or older. 76.5% (n=310) of the

participants were female, 94.3% (n=382) were married, 51.6% (n=205) had high school education or less, 52.6% (n=213) were employed, and 56.5% (n=229) had income equivalent to expenses. Among the participants, 72.3% (n=293) had 2 or less children, 49.4% (n=200) most frequently consulted health workers as a source of information on health-related issues, and 94.3% (n=382) had or were planning to have their children receive all free childhood vaccinations. The HLS-14 score of women ( $52.02 \pm 9.38$ ) was significantly higher than that of men ( $49.79 \pm 9.39$ ) ( $p=0.044$ ). The communicative sub-dimension score, critical sub-dimension score, and total HLS-14 score were found to be significantly higher in parents with university and higher education level than in parents with high school and lower education level, and in participants with 2 or less children than in participants with 3 or more children ( $p<0.001$ ). Participants whose income was more than their expenses ( $53.38 \pm 10.23$ ) had a higher HLS-14 score than those whose income was less than their expenses ( $49.38 \pm 8.92$ ) ( $p=0.015$ ). It was observed that gender, age, marital status, educational status, employment status, income status, and number of children had no significant effect on vaccine hesitancy. The vaccine hesitancy rates of parents who consulted other sources (internet, written sources, television) to obtain health-related information were significantly higher than those of parents who consulted healthcare professionals ( $p=0.004$ ). Participants who did not have or did not plan to have some vaccines for their children had higher vaccine hesitancy than participants who had or did plan to have all vaccines for their children ( $p<0.001$ ). A significant negative correlation was found between the HLS-14 functional sub-dimension, communicative sub-dimension and total score and PACV attitude sub-dimension scores ( $r=-0.102$ ,  $r=-0.164$ ,  $r=-0.163$ ;  $p=0.040$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ , respectively).

**Conclusion:** In the present study, it was observed that female gender, university and higher education level, and having 2 or less children positively affected the level of health literacy. It was noteworthy that parents who used sources such as the internet other than healthcare professionals to obtain health-related information had higher vaccine hesitancy. Although it was found that health literacy level did not make a significant difference in vaccine hesitancy, in general, participants with vaccine hesitancy had lower health literacy scores than those without. In order to reduce the increasing vaccine hesitancy in recent years, it is of great importance to improve health literacy more effectively and to control the false and misleading information spread on social media and the internet.

**Keywords:** Vaccine hesitancy, Health literacy, Parents, Childhood vaccinations

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Aşı Tanımı .....	3
2.2. Aşılamanın Önemi .....	3
2.3. Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Takvimi .....	5
2.4. Aşı İçeriği.....	6
2.5. Aşı Tereddüdü.....	9
2.6. Sağlık Okuryazarlığı Nedir?.....	11
2.7. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması .....	12
2.8. Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	14
3.1. Araştırmanın Şekli .....	14
3.2. Araştırmanın Evreni .....	14
3.3. Araştırmanın Örnekleme .....	14
3.4. Çalışmaya alınma kriterleri.....	14
3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	14

3.6. Etik Kurul Onayı.....	14
3.7. Veri Toplama Araçları.....	15
3.7.1. Bilgi Formu .....	15
3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği .....	15
3.7.3. Çocukluk Çağı Aşılı Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇAETÖ) .....	16
3.8. Verilerin İstatiksel Analizi.....	17
4. BULGULAR .....	18
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi .....	18
4.2. Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının İncelenmesi.....	19
4.3. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri .....	20
4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması .....	21
4.5. SOYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması .....	24
4.6. Çocukluk Çağı Aşılı Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (ÇAETÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	25
4.7. ÇAETÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması .....	28
4.8. ÇAETÖ Sonucu Tereddüt Varlığı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması .....	29
4.9. ÇAETÖ Sonucu Tereddüt Varlığı ile Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması .....	31
4.10. SOYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇAETÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi .....	32
5. TARTIŞMA .....	33
6. SONUÇ.....	40
7. ÖNERİLER.....	41

<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>42</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>47</b>
<b>EK-1. Etik Kurul Onay Formu .....</b>	<b>47</b>
<b>EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu .....</b>	<b>48</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye çocukluk dönemi aşı takvimi.....	5
Şekil 2. Bazı aşılarda bulunan adjuvan ve koruyucu maddeler ve miktarları .....	7
Şekil 3. Aşılarında bulunan maddeler ve özellikleri.....	8
Şekil 4. Aşı tereddüt ve ret süreci .....	9
Şekil 5. 3C modeli bileşenleri .....	10
Şekil 6. Aşı Tereddüt Matrisinin Çalışma Grubu Belirleyicileri Modeli .....	11

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 2. Katılımcıların aşılar hakkında bilgi edinme kaynakları ve tutumları.....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 3. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach Alfa değerleri .....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması .....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut puanlarının bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması .....</b>	<b>25</b>
<b>Tablo 6. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Davranış Alt Boyutu sorularının cevaplara göre dağılımı .....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Tutum ve Güvenlik Alt Boyutları ile Toplam ham skor puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.....</b>	<b>27</b>
<b>Tablo 8. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Tutum ve Güvenlik Alt Boyutları puanları ile ham skorunun bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 10. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması .....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 11. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Toplam puanı ve Alt Boyut puanlarının korelasyonu .....</b>	<b>32</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**ÇAETÖ:** Çocukluk Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HLS-14:** Health Literacy Scale-14

**PACV:** The Parent Attitude Scale on Childhood Vaccines

**SOYÖ:** Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca toplumlar farklı zamanlarda değişik doğal afetlerle karşılaşmış ve onlarla mücadele etmişlerdir. Bu mücadelelerinde çözüme ulaşmak için çeşitli arayışlar içine girmişler ve bu arayışlar sonucunda farklı çözüm yolları keşfetmişlerdir. Tarih boyunca görülen doğal afetlerden birisi de kaynağı ve etkileri bilinmediğinden toplumun yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu süreçte korkunun eşlik ettiği salgın hastalıklardır. Toplum ilişkilerinde yıpranma, sosyoekonomik hayatı olumsuz yönde etkileme gibi nedenlerle birçok olumsuzluğa neden olmuşlardır. Aşılar ise bu hastalıklara karşı en önemli çözüm yollarından biri olmuştur (1).

Aşılar insan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan virüs, bakteri vb. mikropların, hastalık yapma özelliklerinden arındırılarak ya da bazı mikropların salgıladığı toksinlerin etkileri ortadan kaldırılarak geliştirilen biyolojik ürünlerdir. Bu şekilde elde edilen mikrop veya toksinler vücuda girdiğinde savunma sistemi tarafından tanınır ve onlara karşı bir hafıza geliştirilir. Bu hafıza sayesinde vücut, önceden geliştirilen savunma sistemi ile gerçek mikropla karşılaştığında onu etkisiz kılmak için savaşır. Aşılar sağlıklı ve risk altındaki kişileri hastalıklardan ve onun olumsuz etkilerinden korumak için uygulanır (2).

Aşılanarak bağışık hale gelmek, toplum sağlığını korumak adına en önemli müdahaleler arasında yer alır ve aşının önlediği hastalıklar ve bu hastalıkların sonucu meydana gelen ölümlerin engellenmesinde çok önemlidir (2). Küresel ve bölgesel aşı stratejileri, ülkeleri özellikle bir yaşın altındaki çocukların aşılanmasını desteklemeye ve bu konuda zorlayıcı önlemler almaya sevk etmiştir (3). Tüm bu planlar ve uygulamalara rağmen bazı ebeveynler aşı konusunda hala çeşitli endişeler ve tereddütler taşımaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre aşı tereddüdü “aşılama hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşıların kabulünde gecikme veya aşıların reddi” anlamına gelmektedir (5). Bu kaygılar ve tereddütler arasında isteksizlik, güvensizlik ve kuşku gibi birçok unsur yer almaktadır (6). Bu psikolojik etmenler dışında, bilgi düzeyi ile alakalı görülen sağlık okuryazarlığı, aşı tereddüdü ile mücadelede önemli bir adım olarak görülmektedir (7).

Sağlık okuryazarlığının doğru anlaşılabilmesi için öncelik olarak okuryazarlığın ne ifade ettiğinin bilinmesi faydalı olacaktır (8). Genel anlamda okuryazarlık, “bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiye ulaşma, düşüncelerini ifade etme, karar verme ve problem çözme yeteneği” olarak tanımlanmaktadır (9). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere okuryazarlık

sadece okuma-yazma becerisi olmayan, okuduğunu anlama, değerlendirme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan karmaşık bir tanımdır (8). Sağlık okuryazarlığı ise 1998 yılında Nutbeam'in DSÖ adına hazırladığı bir sözlükte, "bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım onu anlaması ve bu bilgiyi sağlığını geliştirici yönde kullanması için gerekli motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlanmaktadır (10). Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan kişiler arasındaki görevlerin paylaşılmasında ve iletişim esnasında tarafların birbirlerini daha iyi anlamalarında sağlık okuryazarlığının payı büyüktür (8). Kültürel, demografik ve psikososyal faktörler, kişisel özellikler, sağlık hizmeti sistemi, hastalık deneyimleri, akademik okuryazarlık düzeyi gibi birçok etmen sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (11).

Toplumdaki bireylerin sağlık açısından aşılama yönelik bakış açısını belirlemede sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynamaktadır (12). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe kişilerin aşılarda hakkındaki bilgileri daha güvenilir ve doğru kaynaklardan alabilecekleri ve bu sayede aşı tereddüdüne karşı önemli bir gelişme kazanılacağı düşünülmektedir (13). Ancak günümüzde bu görüş ile zıtlık oluşturabilecek; eğitim düzeyi, sosyokültürel ve bilinç seviyesi yüksek ebeveynler ile karşılaşmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada amacımız ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyerek bu düzeylerin ücretsiz çocukluk çağı aşılarda karşı olan tutumlarına ve tereddütlerine etkisini ortaya koyabilmek ve günümüzde gittikçe artmakta olan aşı tereddüdüne yönelik ışık tutan veriler elde edebilmektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Aşı Tanımı**

Aşı, belirli bir organizmanın zayıflatılmış veya aktif olmayan bazı parçalarını içeren ve vücutta bağışıklık tepkisini tetikleyen, bu mikroorganizmanın tehlikesiz, küçük bir parçasıdır (14). Aşılar, bağışıklık sistemini, vücudun bir enfeksiyonla karşılaştığında verdiği tepkiye benzer şekilde antikor üretmesi için uyarır. Ancak, aşılar yalnızca zayıflatılmış veya öldürülmüş patojen formlarını içerdiğinden, hastalığa neden olmaz ve bireyi komplikasyon riskine maruz bırakmaz. Aşılama, zararlı hastalıklarla temas gerçekleşmeden önce bireyi bu hastalıklara karşı korumanın basit, güvenilir ve etkili bir yöntemidir. Bağışıklık sisteminin doğal savunma mekanizmalarını harekete geçirerek belirli enfeksiyonlara karşı direnç kazandırır ve bağışıklık sistemini güçlendirir (15).

### **2.2. Aşılamanın Önemi**

Bağışıklama, bireylerin uygulanan aşı ile o etkene karşı duyarlılık halinin ortadan kalkması ve vücudunun o etkene karşı dirençli hale gelmesidir (16). Aşılama özellikle çocuklarda yeterli bağışıklama kazandırarak küresel ölçekte bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbidite sıklığını kayda değer şekilde azaltmış olup, aşılar geçen yüzyılın en başarılı halk sağlığı uygulamalarından kabul edilmektedir (17). Dünyada insan sağlığını iyileştirecek ve geliştirecek yirmiden fazla aşı mevcuttur. Bu aşılar ile günümüzde difteri, tetanos, grip, boğmaca ve kızamık gibi hastalıklardan her yıl 3,5-5 milyon kişinin ölümünün önüne geçilmektedir. Milyonlarca hayat kurtaran bu durum küresel bir sağlık başarısıdır (18).

Aşılama, en etkili ve uygulaması en kolay sağlık stratejilerinden biridir ve dünya genelinde milyonlarca insanın hayatını kurtaran kritik bir halk sağlığı müdahalesi haline gelmiştir. Aşıların başarılı kullanımı ile gelişmiş ülkelerin çoğu, aşı ile önlenbilir hastalıkların insidansını düşürmüştür. Aşılardaki bu ilerlemeye ve hastalık insidansındaki bu düşüşe rağmen, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aşı ile önlenbilir bulaşıcı hastalıklar hala önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Bu ülkelerde sağlık hizmeti sağlayıcılarının aşı ile önlenbilir hastalıklar hakkındaki bilinç düzeyi ve aşıların erişilebilirliği en büyük engeller arasında yer almaktadır (19).

Hastalıkları, ölümleri ve sakatlanmayı azaltması, önlemesi ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı en aza indirmesi aşıların doğrudan etkilerindedir. Ayrıca aşılar, sağlık

harcamalarını azaltması, iş gücü kaybını önlemesi, aşı üretimi ve sahipliği aracılığıyla ülkenin siyasi ve ekonomik gücünü pekiştirmesi, refah düzeyini artırmaya yönelik yatırım olanaklarını genişletmesi gibi pek çok alanda stratejik bir araç olarak önemli katkılar sağlamaktadır. Olası salgın dönemlerinde ise kişinin topluma ve geleceğe olan güveninin sürdürülüp toplumsal kenetlenmesinin sağlanmasına, temel gereksinimler için üretimin ve önemli hizmetlerin sürdürülebilirliğine, eşitsizliği azaltarak toplum düzeninin sağlanmasına etkisi olmaktadır (16).

Aşılar, aşılanan bireylerle birlikte aşılanmayan bireyleri de koruduğu için insanoğlunun hastalıklarla mücadelesinde önemli bir eradikasyon ve eliminasyon aracı olmuştur. Birçok bulaşıcı hastalıkta, patojenin toplumda yeterli salgını yapabilmesi için toplumun belirli bir kısmının duyarlı olması gereken bir oran vardır. Ters olarak da toplumda yeterli bağışıklama oranı sağlanırsa patojenin yayılım oranı azalacaktır. Bu durum toplum bağışıklığı olarak adlandırılmaktadır ve toplumda yeterli aşılama oranına ulaşıldığında sağlanmaktadır (16, 20). Toplum bağışıklama hedefinin yerine getirilemediği aşılarla erişim yetersizliği gibi durumlarda farklı stratejik yollar izlenebilmektedir. Tespit edilen enfekte vaka ile temasta olan çevresindeki herkesin aşılanması ile bağışıklık oluşturulması hedeflenen halka bağışıklama bu stratejik yollardan biridir (21, 22).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini desteklemek ve hastalıklardan korunmalarını sağlamaktır. Bu doğrultuda, sağlık personelinin öncelikli sorumluluğu, koruyucu sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunarak hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar yürütmektir. Aile hekimliği, bireylerin sağlık hizmetleriyle ilk temas noktası olması, sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve sürdürülmesi sayesinde toplum sağlığının korunması, bağışıklama takibinin etkin bir şekilde yürütülmesi gibi kritik sorumluluklar üstlenmesi ile bu çalışmaları yürütmekte önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimleri, aşıların uygulanması, izlenmesi ve toplumun aşı konusunda bilinçlendirilmesi gibi görevleri ile bağışıklama oranlarının artırılmasında önemli rol oynamaktadır. Aile hekimleri tarafından aşı tereddüdü sürecinin kapsamlı bir şekilde analiz edilmesi ve erken müdahalenin etkin bir şekilde uygulanması, bireylerde aşı reddinin önlenmesine ve aşılama oranlarının artırılmasına önemli ölçüde katkı sağlayabilir (23, 24).

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

1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü, aşı ile önlenebilir hastalıklardan kaynaklanan mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak amacıyla küresel ölçekte Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı hayata geçirmiştir. Türkiye’de 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın uygulamaya alınmasıyla birlikte bağışıklama çalışmalarında önemli bir ivme kazanılmış, 1985 yılından itibaren “Türkiye Aşı Kampanyası” ile bu süreç daha da hızlanmıştır. Bu kapsamda, yıllar içinde çocukluk çağı aşı takvimi sürekli genişlemiş ve bağışıklama alanındaki ilerlemeler günümüze kadar kesintisiz bir şekilde sürmüştür (25). Bu program, belirli mikroorganizmalara bağlı invaziv hastalıkları ve ölümleri azaltmayı, bu hastalıkları kontrol altına almayı ve hatta tamamen ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, belirli yaş gruplarına, enfeksiyonla temas etmeden önce ulaşarak bağışıklık kazanmalarını sağlayacak aşılama hizmetlerini içermektedir (26). Ülkemizde uygulanmakta olan aşı takvimi Şekil 1’de gösterilmiştir (27).

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

\*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.  
\*\*25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.  
\*\*\*11 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere, 48. ayına girmiş olan tüm Çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tıp b Aşısı (Beşli Karma Aşı)  
KPA: Konjüğe Pnömonok Aşısı  
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı  
DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)  
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)  
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı  
R: Rapel (Pekiştirme) İD: İlave Doz  
Aşı takvimindeki tüm aşılarda ücretsizdir.

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Aşı Takvimi, 2025

### Şekil 1. Türkiye çocukluk dönemi aşı takvimi

## 2.4. Aşı İçeriği

Aşılar, bağışıklık yanıtının gelişmesini sağlayan ve antijen olarak adlandırılan maddeleri, ayrıca aşının güvenli ve etkili olmasını destekleyen çok düşük miktarlarda ek bileşenleri içerir. Antijen olarak da isimlendirilebilen aktif içeriğin yanı sıra bulunan bu ek bileşenler adjuvanlar, stabilizatörler ve koruyucu maddelerdir (28).

Aktif içerik; içindeki antijenin immün sistemi uyarması ile oluşan antikorlar aracılığıyla bağışıklık oluşumunu sağlayan en temel kısmıdır. Aşı içeriğindeki antijen miktarı mikrogram düzeyinde ifade edilecek kadar düşük miktarlardadır (29).

Adjuvan; bu ilave maddeler, bakteri ve virüs bileşenlerine ek olarak aşıların etkinliğini artırmak amacıyla kullanılan maddelerdir. Genel olarak kullanılan adjuvan madde alüminyum tuzları (alüminyum hidroksit, alüminyum fosfat, potasyum alüminyum sülfat) olup en sık kullanılan formu ise alüminyum hidroksittir (28).

Alüminyum tuzları; aşının aktif bileşenlerinin yavaş salınımını sağlayarak bağışıklık sisteminin uyarılmasını ve aşıya karşı daha güçlü bir bağışıklık yanıtının oluşmasını sağlar. Aşılar içerisindeki alüminyum düzeyleri DSÖ'nün belirlediği şekilde olup gıda, su, ilaç ve günlük hayatta karşılaşılan diğer kaynaklardan alınan alüminyum düzeylerine göre oldukça düşüktür (28, 29).

Koruyucu maddeler; aşı içerisinde mikroorganizma çoğalmasını engellemek için kullanılan maddelerdir. Magnezyum klorid, thiomersal ve antibiyotikler (neomisin, kanamisin, eritromisin) bu grup içerisinde yer alır (28, 29).

Thiomersal; uzun yıllardır birçok aşı ve ilaçta koruyucu olarak kullanılan etil cıvanın organik bir bileşiğidir. Vücuttan atılımı güç olan metil cıvanın aksine, DSÖ'nün yayımladığı bir raporda etil cıvanın vücutta yarılanma ömrünün bir haftadan kısa olması ve ortalama 4-9 gün içinde sindirim sistemi yoluyla vücuttan atılması nedeni ile metil cıva ve diğer cıva bileşiklerinde olduğu gibi vücutta birikip kronik hastalıklara neden olması mümkün değildir. Thio mersalin özellikle otizm ve özel nörolojik bozukluklar olmak üzere birçok kronik hastalığı artırdığına dair çok sayıda araştırma yapılmış ancak hiçbirinde bir ilişki saptanamamıştır. Genellikle çoklu doz aşılarında bulunmaktadır (28).

Stabilizatörler; sıcaklık artışı gibi nedenlerle canlı aşılarında etkenin artarak aktivite kazanmasını engellemek amaçlı kullanılır. Jelatin stabilizatörlere örnektir. Ülkemizdeki

aşılarda domuz jelatini kullanılmamaktadır (29). Aşılardaki bazı maddeler, miktarları ve özellikleri Şekil 2 ve 3'te gösterilmiştir.

	Adı	Miktarı	Referans Değerleri
Beşli Karma	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Sükroz	42,6 mg	31,9-53,1 mg
	Formaldehit	10,30 mik. gr/ml	4-15 mik.gr/ml
KPA	Alüminyum	0,25 mg/ml	0,2-0,3 mg/ml
Dörtlü Karma	Alüminyum	0,32 mg/ml	0,20-0,45 mg/ml
	Formaldehit	9,33 mg/ml	4-15 mg/ml
Hepatit B	Alüminyum	0,60 mg	<1,25
	Thiomersal	%0,0097 w/v	%0,0115 w/v
Td	Thiomersal	0,034 mg/0,5 ml	< 0,05 mg/0,5 ml
	Formaldehit	0,0019 g/lt	≤ 0,2 g/lt
Kuduz	Thiomersal	68,7 mik.gr/vial	59,5-80,5 mik.gr /vial
Hepatit A	Alüminyum	0,43 mg/ml	0,35-0,62 mg/ml

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Aşı Bileşenleri Miktar, 2024

**Şekil 2. Bazı aşıların içerisindeki adjuvan ve koruyucu maddeler ve miktarları**

MADDE ADI	ÖZELLİKLERİ
Polisorbat 80	Enjeksiyon yada infüzyonluk bazı ilaçlarında içinde bulunmaktadır. Stabilizatördür.
Alüminyum Fosfat Alüminyum Hidroksit	İçme sularında (şebeke, pet şişe), anti asitlerde (mide ilacı), maden suyu, anne sütünde 40mikrog/L, bebek mamalarında 225 mikrog/L, bebeklerde günlük oral alınan güvenli alüminyum miktarı 1mg/kg dir.
Laktoz, Sükroz, Mannitol, Sorbitol, Maltoz	Şeker yapısında bileşenler olup, protein yapılarının korunmasında ve ozmolar konsantrasyonun ayarlanmasında satabilizan olarak kullanılır. Tüm enjeksiyonluk ve infüzyonluk ilaçların yapısında bulunmaktadır.
Thiomersal	Çok dozlu aşılarda kontaminasyonu(bulaşma riskini) önlemek amacıyla kullanılır.Etil civa bileşiğidir.(sodyum Etil-civa salisilat). Etil Civanın vücuttan atılma süresi 7-10 gün, metil civa (deniz ürünlerinde bol miktarda var) vücuttan atılma süresi 50 gündür. Toksik olanmetil civadır.
Hanks Ortamı, L-Alanin, L-Arjinin Hidroklorür	Amino asitlerden oluşur
Neomisin Sülfat,Eritromisin, Kanamisin, Polimiksin B	Üretim aşamasında eser miktarda kalıntı olarak bulunabilir. Antibiyotiklerdir.
Formaldehit	Üretim aşamasında eser miktarda kalıntı olarak bulunabilir.
Jelatin	Bitkisel ve hayvansal kaynaklı olabilir. Bakanlık olarak kullandığımız aşılarında sığır jelatini bulunmaktadır.
Sodyum Klorür, Süksinik asit, Trometamol, Sodyum Hidroksit, Sodyum Borat, Monopotasyum Fosfat, Disodyum Fosfat, Aminoasit çözeltisi, Laktolbumin hidrolizat,	Tamponlayıcı (stabilizan) maddelerdir.

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Aşılarda Bulunan Maddeler, 2024

### Şekil 3. Aşılarda bulunan maddeler ve özellikleri

Tüm dünyada geçerli olan aşılama hedeflerinin gerçekleştirilmesi için en ideal aşı özellikleri belirlenmiştir (30). İdeal olarak tanımlanabilecek aşının temel özellikleri şu şekildedir (31):

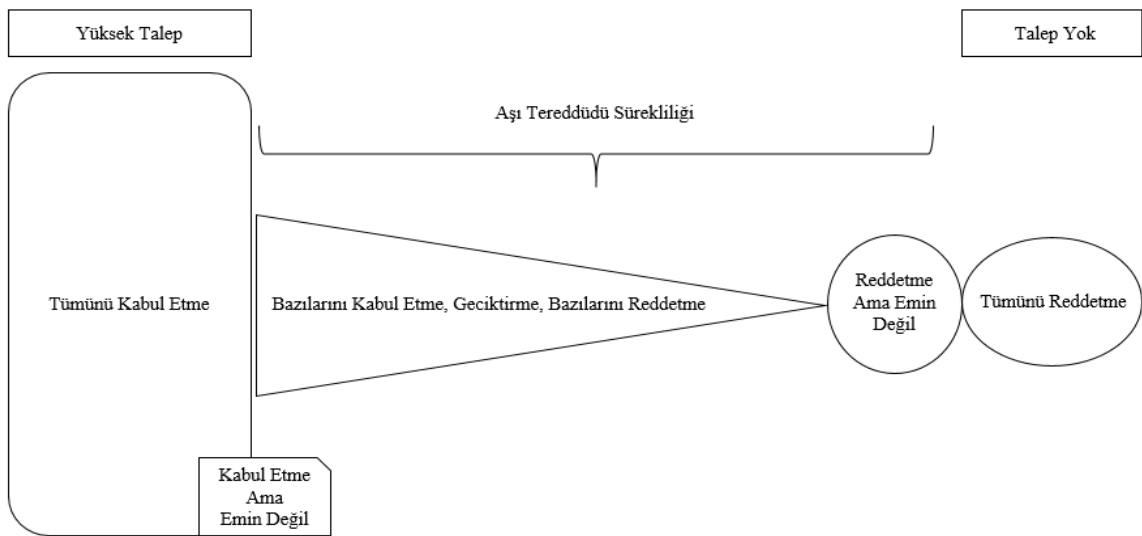
- İmmün yetersiz bireylerde dahil olmak üzere her yaştan tüm bireylerde güvenli olması
- Sadece tek bir doz uygulanması
- İmmün yetersiz bireyler, çok küçük bebekler ve yaşlılar dahil olmak üzere her yaşta yüksek düzeyde koruma sağlaması
- Aşılamadan hemen sonra korumanın başlaması ve en az 10 yıl sürmesi
- Enjeksiyon gereksinimi olmaması
- Soğuk zincir gereksiniminin olmaması

- Diğer aşılarla kombine edilebilmesi ve aynı anda uygulanabilmesi
- Ekonomik olarak karşılanabilir olması
- Korumayı gösteren immün yanıtın oluşup oluşmadığının kolayca ölçülebilmesi ve aşılanmış bireylerin, aşılanmamış bireylerden veya geçmişte patojenin vahşi formu tarafından enfekte edilip sonrasında gelişen immün yanıtı olan bireylerden kolay ayırt edilebilmesi

## 2.5. Aşı Tereddüdü

Aşıların her yıl milyonlarca çocuğun hayatını kurtarmada, mortaliteyi ve morbiditeyi önlemede etkisi kanıtlanmıştır. Ancak buna karşın aşı tereddüdünün, aşıyla önlenebilir salgınlara toplum sağlığını riske atması, aşı gecikmesi ve reddine sebep olması bu konuya yönelik ilginin ve endişenin artmasına sebep olmaktadır (32). Aşı tereddüdü DSÖ tarafından “aşılama hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşıların kabul edilmesinde gecikme veya reddedilmesi” olarak tanımlanmaktadır (5). Aşı tereddüdü sadece aşı kabulü geciken veya reddeden bireyler olarak sınırlanmamakta olup özellikle ebeveynlerin aşı kabulü olsa bile bu süreçte yaşadıkları kaygılar da bu tanım içerisinde yer almaktadır (33).

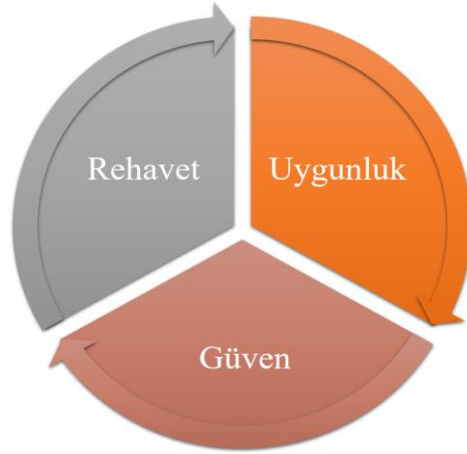
Aşı tereddüdü, aşıya karşı olan yüksek talep ve aşılarla karşı hiç talep olmaması arasındaki süreçte kendini gösteren bir durumdur (34). Bu süreçte Şekil 4’te şematize edilmiştir.



Şekil 4. Aşı tereddüt ve ret süreci

Aşı tereddüdü tek bir nedenle açıklanamaz olup zamana, yere ve aşılaraya göre değişkenlik gösteren komplike bir terimdir ve birçok belirleyicisi vardır. DSÖ tarafından kurulan Bağışıklama Uzmanları Stratejik Danışma Grubu (SAGE)'na göre aşı tereddüdünü etkileyen faktörler 2 model ile belirlenmiştir. Bunlar 3C Modeli ve Aşı Tereddüt Matrisinin Çalışma Grubu Belirleyicileri Modelleridir. 3C Modeli güven, rehavet ve uygunluk kavramları ile aşı tereddüdü sebeplerini irdelemektedir. Sezgisel olduğu için anlaşılması en kolay modeldir (35).

- Güven; aşıların etkinliğine ve güvenliğine, sağlık hizmeti sunucularının yeterliliğine ve aşı konusunda yol çizen yetkili mercilere olan güven unsurlarından oluşmaktadır.
- Rehavet; bireylerin aşı ile önlenbilir hastalıklara karşı algıladıkları riskin düşük olmasına bağlı aşılamaı gerekli görmedikleri durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu durum rehavete ve sonrasında tereddüde yol açabilmektedir ve öz yeterlilik, bireyin eş zamanlı daha önemli gördüğü yaşam veya sağlık problemlerinin olması gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.
- Uygunluk; aşılama hizmetlerine erişimin fiziksel, ekonomik, coğrafi ve kültürel alt boyutlarını irdelemektedir (35).



**Şekil 5. 3C modeli bileşenleri**

İkinci model olan Aşı Tereddüt Matrisinin Çalışma Grubu Belirleyicileri Modeli daha kapsamlıdır ve bağlamsal, bireysel ve grup, aşı/aşılamaı özgü etkiler olarak üç kategoride incelenmekte olan öğeler içermektedir (35).

<p><b><u>BAĞLAMSAL ETKİLER:</u></b></p> <p>Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumsal, ekonomik veya siyasi faktörlerden kaynaklanan etkiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İletişim ve medya ortamı</li> <li>• Etkili yöneticiler, aşılama yanlısı veya karşıtı topluluklar</li> <li>• Tarihi etkiler</li> <li>• Kültür, sosyoekonomik faktörler gibi sosyodemografik özellikler</li> <li>• Siyasi politikalar</li> <li>• Coğrafi sebepler</li> <li>• İlaç endüstrisi</li> </ul>
<p><b><u>BİREYSEL VE GRUP ETKİLERİ:</u></b></p> <p>Aşının kişisel algısından veya sosyal/akran çevresinin etkilerinden kaynaklanan etkiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ağrı dahil olmak üzere kişinin ve çevresinin aşılama ile ilgili tecrübeleri</li> <li>• Sağlığa ve önleyici uygulamalara ilişkin inanç ve tutumlar</li> <li>• Bilgi/farkındalık</li> <li>• Sağlık sistemine ve hizmet sunucularına karşı duyulan güven ve deneyimler</li> <li>• Algılanan veya sezgisel risk/fayda</li> <li>• Sosyal normlar</li> </ul>
<p><b><u>AŞI/AŞILAMAYA ÖZGÜ ETKİLER:</u></b></p> <p>Doğrudan aşı veya aşılama ile ilgili</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiyolojik ve bilimsel kanıtlarla risk/fayda</li> <li>• Yeni bir aşının veya formülasyonun tanıtımı veya mevcut aşıya yeni bir öneri getirilmesi</li> <li>• Uygulama şekli</li> <li>• Aşılama programının düzenlenmesi ve ulaştırma şekli (rutin program veya toplu aşılama)</li> <li>• Maliyetler</li> <li>• Aşılama ekipmanının güvenilirliği veya tedarik merkezi</li> <li>• Sağlık hizmet sunucularının tutumlarının ve tavsiyelerinin ve/veya bilgi tabanının önemi</li> </ul>

## Şekil 6. Aşı Tereddüt Matrisinin Çalışma Grubu Belirleyicileri Modeli

Son zamanlarda gittikçe artan aşı tereddüdü, aşı ile önlenabilir olan bazı hastalıkların, salgınların ve neticesinde ölümlerin artmasına neden olmaktadır (17). Aşıların bu etkinliklerine karşın birçok ülkede rutin çocukluk çağı aşı yaptırma oranları istenenden aşağı seviyededir (36). Devlet, toplum ve sağlık sektörü arasında meydana gelen güven kaybı neticesinde, çoğunlukla kendileri için en uygun ve en yararlı olanı fark edemeyen bireyler, eksik ve yönlendirilmiş bilgilere dayanarak bilinçli davrandıklarını düşünmektedirler. Bu bireylerin çocuklarını kendi ebeveynlik yaklaşımlarına göre şekillendirmeleri, bağışıklama hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında önemli engeller oluşturmaktadır (16). Son dönemde kaygılı ebeveynlerin artması ile aşı tereddüdü yaşıntımızda önemli bir kavram ve önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (16, 17).

### 2.6. Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Scott Simonds tarafından ‘Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi’ (Health Education as Social Policy) isimli makalede

incelenmiştir. Makalesinde sağlık okuryazarlığını tüm sınıf ve okul düzeyleri için en düşük şartları karşılayan sağlık eğitimi olarak tanımlamış olup, bu eğitimin sağlık sistemini, eğitim sistemini ve toplum etkileşimini etkileyen bir durum olduğunu tartışmıştır (37).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmış olan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü” ise sağlık okuryazarlığını “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.” olarak tanımlamıştır (38).

DSÖ tarafından ise sağlık okuryazarlığı “Sağlık ve refahı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgi ve hizmetlere erişebilme, bunları anlayabilme, değerlendirebilme ve kullanabilme” olarak tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, afiş ve broşürleri okuyabilmek, web sitelerine ulaşabilmek ve gündemdeki sağlık davranışlarını yakalayabilmekten fazlasıdır. Eleştirel düşünme becerisinin yanı sıra, bireysel ve toplumsal sağlık gereksinimlerini ifade etme ve bu gereksinimler etrafında etkileşim kurabilme yetisini de kapsamaktadır (39).

## **2.7. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması**

Sağlık okuryazarlığı sınıflandırılmasında en çok kabul gören Nutbeam tarafından yapılan sınıflandırmadır. Nutbeam sağlık okuryazarlığını temel/işlevsel (fonksiyonel), iletişimsel (interaktif) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç başlıkta sınıflandırmıştır:

1. Temel/İşlevsel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin okuma, yazma ve anlama gibi temel becerilerini kullanarak sağlık sistemini ve risklerini anlayabilme becerisini ifade eder. Örnek olarak bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması ve geleneksel hasta eğitimi verilebilir.

2. İletişimsel (İnteraktif) Sağlık Okuryazarlığı: Kişisel kapasitenin geliştirilmesine yöneliktir. Bireylerin mevcut ve değişen koşullarda bilgiyi elde etme ve kullanabilme, farklı sağlık aktivitelerinden yararlanabilme, sağlık hizmet sunucuları ile etkin bir iletişim kurabilme gibi ileri düzey bilişsel, beceri ve okuryazarlık yeteneklerini ifade eder.

3. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı: Sağlığı politik, ekonomik ve sosyal açıdan anlayabilmek, yorumlayabilmek ve eleştirel düzeyde değerlendirebilmek için bireysel ve toplumsal açıdan gerekli olan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri ifade eder. Sağlık okuryazarlığının en ileri düzey aşamasıdır (40).

## 2.8. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Tarihsel süreçte meydana gelen toplumsal dönüşümler, iletişim araçlarının gelişimi ve tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler, bireylerin sağlık ve sağlıklı yaşam kavramlarına ilişkin algılarında köklü değişimlere yol açmıştır. Özellikle tıp alanında son yüzyılda kaydedilen önemli gelişmeler ile etkin tedavi yöntemleri geliştirilmiş ve korunma programlarının önemi anlaşılmıştır. Günümüzde artan kronik hastalıklar, sağlıklı yaşamın idame ettirilmesinde tek sorumluluğun sağlık hizmeti sunucularında olmayıp bireyin ve ailenin bu süreçteki sorumluluğunu ortaya çıkarmıştır (41).

Değişen hastalıklar, tedaviler ve önemi artan korunma yöntemlerinin doğal bir sonucu olarak hasta ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimde de değişiklikler yaşanmaktadır. Bu iletişim sürecinde hastanın süreci doğru anlayıp yönetebilmesi çok önemlidir. Hastanın ilaçlarını doğru ve etkin şekilde kullanamaması ve ilaç ile ilgili bilgileri okuyamaması, verilen formları, materyalleri ve uyarı yazılarını algılayamaması gibi problemler sağlık okuryazarlığı kavramını daha önemli hale getirmiştir (41).

Sağlık okuryazarlığı çok yönlüdür ve psikososyal, kültürel ve demografik farklılıklardan, bireysel özelliklerden ve hastalık tecrübelerinden, genel okuryazarlık düzeyinden ve sağlık sistemi gibi faktörlerden etkilenmektedir (8). Bireylerin kendi hastalık durumlarını anlayamamaları, tıbbi yardım almakta gecikmeleri, tıbbi talimatları sürdürememeleri, öz bakım yetersizlikleri, korunma programlarından yeterince yararlanamamaları ve sağlık maliyetlerinde artış, ölüm oranlarında yükseklik gibi durumlar düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan toplumlarda daha yüksek oranlarda görülmektedir (42).

Bireylerin sağlık hizmetlerini etkin şekilde kullanabilmesi ve toplum sağlığına katkıda bulunabilmesi gibi gerekçelerle sağlık okuryazarlığının önemi artmaktadır ve bireyin kendisinin ve çocuklarının olası hastalıklardan korunmasında önemlidir (17). Sağlık okuryazarlığındaki ilerleme bireysel davranışları olumlu etkiler ve mevcut olan sağlık hizmetlerinin doğru ve sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlayarak toplumsal bağlamda da olumlu olarak fark yaratır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem toplumsal alandaki farkındalığı sağlığın geliştirilmesinde önemli bir adımdır (41).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvurmuş ebeveynler oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmaya %5 hata payı %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Eksik veya hatalı doldurulan anketler göz önüne alınarak %10'luk bir artışla en az 414 anket doldurulması planlandı. Yaklaşık 6 aylık bir süreçte (Eylül 2023-Şubat 2024) hedeflenen sayıda anket toplandı. Eksik doldurulan 14 anket çalışma dışı bırakıldı ve kalan 405 tane anketin verileri analiz edildi.

#### **3.4. Çalışmaya alınma kriterleri**

- Çocuğu 13 yaş veya altında ebeveyn olmak
- Anadili Türkçe olmak
- Okuryazar olmak

#### **3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

- Sağlık çalışanları (hekim, hemşire vb)
- Çocuğu hayatta olmayanlar

#### **3.6. Etik Kurul Onayı**

Çalışma 21.07.2023 tarih ve 2023/4447 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere üç bölümden oluşan anket formu uygulandı. Bu üç bölüm sırası ile bilgi formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ), Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeğinden oluşmaktaydı. Oluşturulan anket formu ebeveynlere yüz yüze görüşme yöntemi ile ve Google Forms ile online olarak uygulandı.

#### 3.7.1. Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taranarak oluşturulmuş bilgi formunda sosyodemografik özellikler ve aşılama ile ilgili sorular yer aldı. Sosyodemografik sorular; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, aylık gelir durumu, sahip olunan çocuk sayısı, hane halkında sağlık mesleklerine mensup biri olup olmadığı ile ilgiliydi. Diğer kısımda ise sağlıkla ilgili bilgilere erişmek için en sık hangi bilgi kaynağını kullandığı, çocukluk çağı ücretsiz aşılarına karşı tutumu, çevresinde çocuğuna çocukluk çağı ücretsiz aşılarını yaptırmayan ebeveyn olup olmadığı ile ilgili sorular bulunmaktaydı.

#### 3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Suka ve arkadaşları (2013) tarafından yetişkin kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Japonya'da geliştirilmiştir (43). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Türkoğlu ve Kılıç (2015) tarafından yapılmış ve ölçeğin yüksek geçerlilik ve güvenilirlik göstergeleri olan bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur (44). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach alfa değeri 0,85 bulunmuştur. Ölçek fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta olup toplam 14 soru içermektedir.

**Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu:** Sağlıkla ilgili materyallerin okunabilmesi ve anlaşılabilmesi gibi bireyin temel okuryazarlık yeteneğini göstermektedir. Beş maddeden oluşur. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5. maddelerdir. Türkçe çalışmada Cronbach alfa değeri 0,85 saptanmıştır.

**İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu:** Sağlık hizmet sunucuları ile etkin iletişim kurabilme, mevcut ve değişen koşullar içerisinde sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilme gibi ileri seviye bilişsel ve sosyal yetenekleri göstermektedir. Beş maddeden oluşur. Bu maddeler 6, 7, 8, 9, 10. maddelerdir. Türkçe çalışmada Cronbach alfa değeri 0,90 saptanmıştır.

***Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu:*** Sağlıkla ilgili bilgilerin ve kararları eleştirel düzeyde incelenebilmesi içeren ileri düzey bilişsel ve sosyal becerileri göstermektedir. Dört maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 11, 12, 13, 14. maddelerdir. Türkçe çalışmada Cronbach alfa değeri 0,87 saptanmıştır.

Ölçeğin her bir maddesi 1-5 arasında puanlanmakta olup “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında değişen 5’li Likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. İlk 5 soruyu içeren Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı alt boyutu kısmında puanlama terstir. Ölçekten minimum 14 puan, maksimum 70 puan alınabilmektedir. Puanın artması sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını göstermektedir (44).

### **3.7.3. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇAETÖ)**

Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeğinin orijinal ismi “Parent Attitudes About Childhood Vaccines” (PACV) olup Opel ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir (45). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Mutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,84 olarak ölçülmüştür. Ölçek davranış (2 madde/1,2.sorular), tutum (9 madde/3,4,5,6,11,12,13,14,15.sorular) ve güvenilirlik etkililik (4 madde/7,8,9,10.sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta olup toplam 15 soru içermektedir. Alt alanlar için Cronbach alfa değerleri ise; davranış alt boyutu için 0,56, güvenlik-etkililik alt boyutu için 0,78, genel tutumlar alt boyutu için de 0,80 hesaplanmıştır (46).

Ölçek değerlendirilirken tereddütlü yanıtlara 2 puan, ‘bilmiyorum ya da emin değilim’ yanıtlarına 1 puan ve tereddütsüz yanıtlara da 0 puan verilmektedir. ‘Bilmiyorum’ yanıtının kayıp veri olarak hariç tutulduğu iki soru (1 ve 2) puanlanırken tereddütlü yanıtta 2 puan ve tereddütsüz yanıtta 0 puan verilmektedir. Her sorunun puanı basitçe toplanarak total ham puan hesaplanmaktadır. Eğer tüm sorular yanıtlanmış ve 1 ve 2 kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa toplam ham puan 0-30 arasında bir değer alırken, eğer yanıtlanmamış en az bir soru varsa veya 1. ya da 2. soruları ‘bilmiyorum’ şeklinde yanıtlanmış ve dolayısıyla kayıp veri olarak hariç tutulmuşsa, toplam ham puan için düzeltilmiş değer alınmaktadır. Örneğin, eğer bir yanıt kayıp veya hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0-28 arasında bir değer; eğer iki yanıt kayıp veya hariç tutulmuşsa, toplam ham puan 0-26 arasında bir değer almaktadır. Toplam ham puan, kayıp verileri olan sorular için basit lineer hesaplama yöntemi kullanılarak 0-100 arasında değişen değerlere sahip skalaya uygun olacak şekilde dönüştürülmüş skor olarak yeniden

hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanının artışı ebeveynlerin çocukluk çağı aşlarına yönelik tereddüdünün de artmasını gösterir. Dönüştürülmüş puanın 50'nin altında olması aşı tereddüdünün olmadığını, 50 ve üstünde olması aşı tereddüdünün olduğunu göstermektedir (46).

### **3.8. Verilerin İstatiksel Analizi**

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan niceliksel veriler için ikili gruplarda Student-t Testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA Testi uygulandı. One Way ANOVA testinde kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için Post Hoc Analiz de Tukey Testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi göstermek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,29 arası zayıf, 0,29–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi. İstatiksel olarak anlamlı olan p değeri <0,05 kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 405 ebeveynin verileri analiz edildi.

### 4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması  $35,34 \pm 6,55$  (min=18, maks=59) yılı. Genel dağılıma göre katılımcıların yaşları 34 yaş ve altı ile 35 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı. Katılımcıların %76,5'i (n=310) kadın, %94,3'ü (n=382) evli, %49,4'ü (n=200) üniversite/yüksekokul mezunu, %52,6'sı (n=213) çalışıyor, %56,5'inin (n=229) geliri giderine denk idi. Ebeveynlerin %30,6'sı (n=124) bir çocuğu varken %41,7'sinin (n=169) iki çocuğu vardı. Katılımcıların %85,9'unun (n=348) hane halkı içerisinde sağlık çalışanı yoktu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	95	23,5
Kadın	310	76,5
<b>Yaş</b>		
34 yaş ve altı	192	47,4
35 yaş ve üzeri	213	52,6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	382	94,3
Evli olmayan	23	5,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	4	1,0
İlkokul	36	8,9
Ortaokul	54	13,3
Lise	111	27,4
Üniversite/ yüksekokul	200	49,4
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	213	52,6
Çalışmıyor	192	47,4
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	104	25,7
Gelir gidere denk	229	56,5
Gelir giderden fazla	72	17,8
<b>Çocuk sayısı</b>		
1	124	30,6
2	169	41,7
3	90	22,2
4	21	5,2
6	1	0,3
<b>Hane halkında sağlık çalışanının olması durumu</b>		
Evet	57	14,1
Hayır	348	85,9
<b>Toplam</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

#### 4.2. Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının İncelenmesi

Ebeveynlerin %49,4'ü (n=200) sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak sağlık çalışanlarını, %47,1'i (n=191) interneti kullanmaktaydı ve %94,3'ü (n=382) çocuğuna ücretsiz çocukluk çağı aşılarının tümünü yaptırmış veya yaptırmayı düşünmekteydi. Katılımcıların %27,9'unda (n=113) çevresinde çocuğuna çocukluk çağı aşılarını yaptırmayan kişi mevcut olup aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesini belirten 103 kişinin %64,1'i (n=66) o kişinin arkadaşı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %24,9'unda aşı tereddüdü olduğu görülmüştür. Katılımcıların aşılar hakkındaki bilgi edinme kaynakları ve tutumları Tablo 2'de

gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların aşılar hakkında bilgi edinme kaynakları ve tutumları**

	n	%
<b>Sağlıkla ilgili konularda en sık bilgi edinilen kaynak</b>		
Sağlık çalışanı	200	49,4
İnternet	191	47,1
Yazılı kaynaklar	8	2,0
Televizyon	6	1,5
<b>Çocukluk çağı aşılarına karşı tutum</b>		
Tüm aşıları yaptırdım veya yaptırmayı düşünüyorum	382	94,3
Bazı aşıları yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum	23	5,7
<b>Çevresinde çocuğuna çocukluk çağı aşılarını yaptırmayan kişi</b>		
Yok	292	72,1
Var	113	27,9
<b>Aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesi*</b>		
Arkadaş	66	64,1
Akraba	37	35,9
<b>Aşı tereddüt durumu</b>		
Var	101	24,9
Yok	304	75,1
<b>Toplam</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

\*103 kişi cevaplamıştır.

#### **4.3. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri**

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı  $51,49 \pm 9,24$ , Çocukluk Çağı Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği ölçeğinin toplam puanı  $38,73 \pm 17,22$  bulundu. SOYÖ ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,860 iken ÇAETÖ ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,766 hesaplandı. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach alfa değerleri tablo gösterilmiştir. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach alfa değerleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

**Tablo 3. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach Alfa değerleri**

	Madde Sayısı	Ort±SS (min-maks)	Cronbach Alfa
<b>SOYÖ*</b>	14	51,49±9,24 (14-70)	0,860
Fonksiyonel	5	17,29±4,26 (5-25)	0,800
İnteraktif	5	18,62±4,92 (5-25)	0,927
Eleştirel	4	15,28±4,24 (4-20)	0,957
<b>ÇAETÖ**</b>	15	38,73±17,22 (0-93)	0,766
Davranış	2	0,32±0,88 (0-4)***	0,619
Tutum	9	5,06±4,10 (0-18)	0,780
Güvenlilik-etkililik	4	6,19±1,87 (0-8)	0,601

Ort = Ortalama, SS= Standart sapma

\*SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

\*\*ÇAETÖ: Çocukluk Çağı Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği

\*\*\*Bilmiyorum cevapları hariç tutulmuştur.

#### **4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

Kadın ebeveynlerin (52,02±9,38) SOYÖ toplam puanlarının erkek ebeveynlere (49,79±9,39) göre daha fazla olduğu görüldü (**p=0,044**). Alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumunu lise ve altı ile üniversite ve üzeri olarak sınıflandırdığımızda, üniversite ve üzeri eğitim durumu olan ebeveynlerin interaktif alt boyutu puanı (19,85±4,41), eleştirel alt boyutu puanı (16,35±3,60) ve SOYÖ toplam puanı (54,13±9,01); lise ve altı eğitim durumu olan ebeveynlerin interaktif alt boyutu puanından (17,43±5,11), eleştirel alt boyutu puanından (14,25±4,56) ve SOYÖ toplam puanından (48,92±9,11) anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla **p<0,001**, **p<0,001**, **p<0,001**). Fonksiyonel alt boyutu açısından anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ).

Geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin SOYÖ toplam puanı (53,38±10,23) geliri giderinden az olan ebeveynlerden (49,38±8,92) anlamlı olarak daha yüksekti (**p=0,015**). Geliri giderine denk olanlar ile diğer iki grup arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Eleştirel alt boyut için geliri giderinden az olan ebeveynlerin puanının diğer iki gruptan az olduğu görülse de

gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Fonksiyonel ve interaktif alt boyutları için ise anlamlı bir fark görülmedi.

Sahip olunan çocuk sayısı “2 ve altı” ile “3 ve üzeri” olarak sınıflandırıldı. 2 ve altı çocuğu olan ebeveynlerin interaktif alt boyutu puanının (19,24±4,48), eleştirel alt boyutu puanının (15,87±3,71) ve SOYÖ toplam puanının (52,85±8,80); 3 ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerin interaktif alt boyutu puanından (17,01±5,64), eleştirel alt boyutu puanından (13,74±5,09) ve SOYÖ toplam puanından (47,96±10,08) anlamlı seviyede yüksek olduğu görüldü (sırasıyla **p<0,001**, **p<0,001**, **p<0,001**). Fonksiyonel alt boyut için anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

Yaş, medeni durum, çalışma durumu ve hane halkında sağlık çalışanı olması ile SOYÖ alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Katılımcıların sosyodemografik verilerine göre SOYÖ toplam ve alt boyutlarında aldıkları puanlar Tablo 4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması**

	<b>Fonksiyonel Alt Boyut Puanı</b> Ort±SS	<b>İnteraktif Alt Boyut Puanı</b> Ort±SS	<b>Eleştirel Alt Boyut Puanı</b> Ort±SS	<b>SOYÖ Toplam Puan</b> Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	16,86±4,71	18,00±4,99	14,93±4,25	49,79±9,39
Kadın	17,81±4,09	18,81±4,90	15,39±4,24	52,02±9,38
p*	0,058	0,160	0,348	<b>0,044</b>
<b>Yaş</b>				
34 yaş ve altı	17,90±3,87	18,88±4,39	15,35±3,85	52,14±8,76
35 yaş ve üzeri	17,31±4,57	18,39±5,36	15,22±4,57	50,92±9,96
p*	0,157	0,313	0,750	0,191
<b>Medeni durum</b>				
Evli	17,54±4,26	18,73±4,82	15,40±4,11	51,67±3,36
Evli olmayan	18,43±4,26	16,78±6,30	13,35±5,76	48,57±10,04
p*	0,327	0,158	0,106	0,125
<b>Eğitim durumu</b>				
Lise ve altı	17,24±4,26	17,43±5,11	14,25±4,56	48,92±9,11
Üniversite ve üzeri	17,94±4,24	19,85±4,41	16,35±3,60	54,13±9,01
p*	0,101	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	17,85±4,38	18,66±5,27	15,40±4,47	51,91±10,14
Çalışmıyor	17,30±4,11	18,58±4,52	15,16±3,98	51,04±8,56
p*	0,201	0,863	0,566	0,354
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az <sup>a</sup>	16,99±4,36	18,02±4,90	14,37±4,43	49,38±8,92
Gelir gidere denk <sup>b</sup>	17,70±4,17	18,63±5,00	15,53±4,19	51,86±9,24
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	18,08±4,35	19,47±4,63	15,82±3,95	53,38±10,23
p**	0,204	0,157	<b>0,033***</b>	<b>0,015<sup>ac</sup></b>
<b>Çocuk sayısı</b>				
2 ve altı	17,73±4,01	19,24±4,48	15,87±3,71	52,85±8,80
3 ve üzeri	17,21±4,84	17,01±5,64	13,74±5,09	47,96±10,08
p*	0,306	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Hane halkı sağlık çalışması</b>				
Evet	16,88±4,44	18,82±3,62	15,84±15,19	51,54±8,33
Hayır	17,70±4,22	18,59±5,11	15,19±4,39	51,49±9,60
p*	0,175	0,671	0,177	0,966

Ort = Ortalama, SS= Standart sapma

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

\* Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

\*\*\*Posthoc Tukey testi yapıldığında anlamlı sonuç bulunmadı.

#### 4.5. SOYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması

Çevresinde aşı yaptırmayan kişi bulunan ebeveynlerin interaktif alt boyut puanı (19,41±4,52) ve SOYÖ toplam puanı (53,10±8,91); diğerlerinin interaktif alt boyut puanından (18,32±5,04) ve SOYÖ toplam puanından (50,87±9,55) anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (sırasıyla  $p=0,046$ ,  $p=0,033$ ).

Çevresindeki aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesi arkadaş olan katılımcıların interaktif alt boyut puanının (20,44±3,32); yakınlık derecesi akraba olan katılımcıların interaktif alt boyut puanından (18,78±4,99) anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ( $p=0,046$ ). Diğer alt boyutlar ve toplam puan açısından farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

Sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynağı ve aşılarla karşı tutum ile SOYÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). ÇAETÖ sonucuna göre tereddüt varlığı ile SOYÖ alt boyut ve toplam puanlarını kıyasladığımızda ise tüm alt boyutlar puanlarında ve toplam puanda tereddüdü olmayanların puanları minimal olarak yüksek görülse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark ile sonuçlanmadı. SOYÖ toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların bilgi edinme kaynakları ve tutumlarının karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut puanlarının bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması**

	<b>Fonksiyonel Alt Boyut Puanı Ort±SS</b>	<b>İnteraktif Alt Boyut Puanı Ort±SS</b>	<b>Eleştirel Alt Boyut Puanı Ort±SS</b>	<b>SOYÖ Toplam Puan Ort±SS</b>
<b>Bilgi kaynağı</b>				
Sağlık çalışanı	18,01±4,12	18,62±5,37	14,99±4,65	51,61±10,20
Diğer (internet+yazılı kaynaklar+televizyon)	17,18±4,36	18,62±4,46	15,58±3,78	51,38±8,62
p*	0,052	0,993	0,163	0,807
<b>Aşılarla karşı tutum</b>				
Tüm aşıları yaptırdım veya yaptırmayı düşünüyorum	17,57±4,16	18,74±4,78	15,39±4,13	51,71±9,07
Bazı aşıları yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum	17,83±5,78	16,61±6,76	13,52±5,60	47,96±13,80
p*	0,783	0,149	0,129	0,211
<b>Çevresinde aşı yaptırmayan kişi</b>				
Yok	17,52±4,36	18,32±5,04	15,04±4,35	50,87±9,55
Var	17,77±4,01	19,41±4,52	15,92±3,89	53,10±8,91
p*	0,593	<b>0,046</b>	0,060	<b>0,033</b>
<b>Aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesi**</b>				
Arkadaş	18,14 ±3,98	20,44±3,32	16,36±3,33	54,94±7,71
Akraba	17,30±3,35	18,78±4,99	15,70±3,98	51,78±8,63
p*	0,281	<b>0,046</b>	0,371	0,059
<b>Tereddüt durumu</b>				
Tereddüt var	16,94±4,70	18,02±5,18	15,23±4,29	50,19±9,80
Tereddüt yok	17,80±4,09	18,82±4,83	15,30±4,23	51,92±9,27
p*	0,080	0,800	0,072	0,111

Ort = Ortalama, SS= Standart sapma

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

\*Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*103 kişi cevaplamıştır.

#### **4.6. Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği (ÇAETÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

ÇAETÖ davranış alt boyutu sorularının cevaplara göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Çocukluk Çağı Aşları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Davranış Alt Boyutu sorularının cevaplara göre dağılımı**

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (He1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu?	34	8,4	357	88,1	14	3,5	405	100
2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (He1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu?	30	7,4	355	87,7	20	4,9	405	100

Güvenlik-etkililik alt boyut puanı 34 yaş ve altı ebeveynlerin ( $6,44 \pm 1,59$ ), 35 yaş ve üzeri ebeveynlere ( $5,96 \pm 2,06$ ) göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0,008$ ).

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, çocuk sayısı ve hane halkında sağlık çalışanı olması durumu ile ÇAETÖ toplam ham skor, tutum ve güvenlik-etkililik alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). ÇAETÖ toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşılı Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Tutum ve Güvenlik Alt Boyutları ile Toplam ham skor puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması**

	<b>Tutum Alt Boyut Puanı</b> Ort±SS	<b>Güvenlik-Etkililik Alt Boyut Puanı</b> Ort±SS	<b>ÇAETÖ Toplam Puanı</b> Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	5,55±4,30	5,99±2,09	11,92±5,31
Kadın	4,92±4,03	6,25±1,79	11,44±5,03
p*	0,190	0,239	0,422
<b>Yaş</b>			
34 yaş ve altı	5,05±3,94	6,44±1,59	11,78±4,86
35 yaş ve üzeri	5,08±4,25	5,96±2,06	11,34±5,29
p*	0,936	<b>0,008</b>	0,383
<b>Medeni durum</b>			
Evli	5,11±4,11	6,23±1,84	11,62±5,07
Evli olmayan	4,35±3,98	5,57±2,29	10,43±5,45
p*	0,389	0,101	0,281
<b>Eğitim durumu</b>			
Lise ve altı	4,99±4,02	6,34±1,75	11,55±4,76
Üniversite ve üzeri	5,15±4,18	6,03±1,98	11,55±5,43
p*	0,696	0,094	0,990
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	5,11±4,20	6,04±1,96	11,49±5,33
Çalışmıyor	5,01±4,00	6,35±1,75	11,61±4,83
p*	0,803	0,089	0,804
<b>Gelir durumu</b>			
Gelir giderden az	5,04±3,68	6,34±1,66	11,59±4,20
Gelir gidere denk	4,90±4,21	6,08±2,00	11,30±5,42
Gelir giderden fazla	5,61±4,33	6,32±1,72	12,29±5,19
p**	0,443	0,409	0,352
<b>Çocuk sayısı</b>			
2 ve altı	4,84±4,06	6,27±1,81	11,42±5,21
3 ve üzeri	5,64±4,15	5,98±2,00	11,88±4,78
p*	0,079	0,172	0,426
<b>Hane halkında sağlık çalışmasının olması durumu</b>			
Var	5,30±4,32	6,12±1,83	11,77±5,14
Yok	5,03±4,07	6,20±1,88	11,51±5,09
p*	0,643	0,778	0,721

Ort = Ortalama, SS= Standart sapma

ÇAETÖ: Çocukluk Çağı Aşılı Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

\*Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

#### **4.7. ÇAETÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması**

Sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynağı olarak sağlık çalışanlarına başvuran ebeveynlerde tutum alt boyutu puanının ( $4,54\pm 3,79$ ), güvenlik-etkililik alt boyutu puanının ( $6,00\pm 1,92$ ) ve toplam ham skorun ( $10,80\pm 4,93$ ); bilgi kaynağı olarak diğer yöntemleri kullanan ebeveynlerin tutum alt boyutu puanından ( $5,58\pm 4,33$ ), güvenlik-etkililik alt boyutu puanından ( $6,00\pm 1,92$ ) ve toplam ham skorundan ( $12,28\pm 5,15$ ) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (**sırasıyla  $p=0,010$ ,  $p=0,046$ ,  $p=0,003$** ).

Çocukluk çağı ücretsiz aşılarının tümünü yaptıran veya yaptırmayı düşünen katılımcıların tutum alt boyutu puanı ( $4,73\pm 3,89$ ), güvenlik-etkililik alt boyutu puanı ( $6,17\pm 1,88$ ) ve toplam ham skoru ( $11,10\pm 4,76$ ) ile bazı aşıları yaptırmayan veya yaptırmayı düşünmeyen katılımcıların tutum alt boyutu puanı ( $10,65\pm 3,56$ ), güvenlik-etkililik alt boyutu puanı ( $6,48\pm 1,75$ ) ve toplam ham skoru ( $18,96\pm 4,81$ ) arasında anlamlı fark vardı (**sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,444$ ,  $p<0,001$** ).

Çevresinde aşı yaptırmayan kişi olan ve olmayan ebeveynler arasında tutum alt boyutu (sırasıyla  $5,90\pm 4,49$ ,  $12,65\pm 5,59$ ) ve toplam ham skor (sırasıyla  $12,65\pm 5,59$ ,  $11,12\pm 4,83$ ) için anlamlı farklılık saptandı (**sırasıyla  $p=0,017$ ,  $p=0,012$** ). Güvenlik-etkililik alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Katılımcının çevresinde aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesinin her iki alt boyut ve toplam ham skor ile anlamlı bir ilişki görülmedi. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşuları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği tutum ve güvenlik alt boyutları puanları ile ham skorunun bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşuları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Tutum ve Güvenlik Alt Boyutları puanları ile ham skorunun bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması**

	<b>Tutum Alt Boyut Puanı Ort±SS</b>	<b>Güvenlik-Etkililik Alt Boyut Puanı Ort±SS</b>	<b>ÇAETÖ Toplam Ham Skor Ort±SS</b>
<b>Bilgi kaynağı</b>			
Sağlık çalışanı	4,54±3,79	6,00±1,92	10,80±4,93
Diğer (internet+yazılı kaynaklar+televizyon)	5,58±4,33	6,37±1,80	12,28±5,15
<b>p*</b>	<b>0,010</b>	<b>0,046</b>	<b>0,003</b>
<b>Aşılar karşı tutum</b>			
Tüm aşuları yaptırdım veya yaptırmayı düşünüyorum	4,73±3,89	6,17±1,88	11,10±4,76
Bazı aşuları yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum	10,65±3,56	6,48±1,75	18,96±4,81
<b>p*</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,444</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Çevresinde aşı yaptırmayan kişi</b>			
Yok	4,74±3,90	6,14±1,92	11,12±4,83
Var	5,90±4,49	6,30±1,72	12,65±5,59
<b>p*</b>	<b>0,017</b>	<b>0,450</b>	<b>0,012</b>
<b>Aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesi**</b>			
Arkadaş	5,26±4,28	6,15±1,81	11,77±5,28
Akraba	6,19±4,58	6,73±1,40	13,35±5,59
<b>p*</b>	<b>0,304</b>	<b>0,097</b>	<b>0,158</b>

Ort = Ortalama, SS= Standart sapma

ÇAETÖ: Çocukluk Çağı Aşuları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

\*Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*103 kişi cevaplamıştır.

#### **4.8. ÇAETÖ Sonucu Tereddüt Varlığı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

405 katılımcı arasından 100 ebeveynde aşı tereddüdü olduğu saptandı.

Ebeveynlerin tereddüt varlığı ve yokluğu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, çocuk sayısı ve hane halkında sağlık çalışanı olması durumu arasında anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0,05$ ). Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşuları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşuları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması**

	Tereddüt Yok		Tereddüt Var		
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	70	23,0	25	25,0	
Kadın	235	77,0	75	75,0	
p*					0,675
<b>Yaş</b>					
34 yaş ve altı	146	47,9	46	46,0	
35 yaş ve üzeri	159	52,1	54	54,0	
p*					0,745
<b>Medeni durum</b>					
Evli	287	94,1	95	95,0	
Evli olmayan	18	5,9	5	5,0	
p*					0,735
<b>Eğitim durumu</b>					
Lise ve altı	157	51,5	48	48,0	
Üniversite ve üzeri	148	48,5	52	52,0	
p*					0,546
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	158	51,8	55	55,0	
Çalışmıyor	147	48,2	45	45,0	
p*					0,579
<b>Gelir durumu</b>					
Gelir giderden az	78	25,6	26	26,0	
Gelir gidere denk	173	56,7	56	56,0	
Gelir giderden fazla	54	17,7	18	18,0	
p*					0,992
<b>Çocuk sayısı</b>					
2 ve altı	223	73,1	70	70,0	
3 ve üzeri	82	26,9	30	30,0	
p*					0,546
<b>Hane halkında sağlık çalışanının olması durumu</b>					
Evet	42	13,8	15	15,0	
Hayır	263	86,2	85	85,0	
p*					0,759
<b>Toplam</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

\*Ki kare testi kullanılmıştır.

#### 4.9. ÇAETÖ Sonucu Tereddüt Varlığı ile Katılımcıların Bilgi Edinme Kaynakları ve Tutumlarının Karşılaştırılması

Tereddütü olmadığını saptanan ebeveynlerin %53,42'ü sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak en sık sağlık çalışanlarına başvurmakta olup tereddütü olan ebeveynlerde bu oran %37 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ( $p=0,004$ ).

Tereddüt olmayan katılımcılarda bazı aşıları yaptırmama veya yaptırmamayı düşünme oranı %1,3 iken tereddüt olan katılımcılarda %19 olup anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ).

Çevresinde aşı yaptırmayan kişi olması ve bu kişinin yakınlık derecesinin tereddüt varlığı ve yokluğu ile anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0,05$ ). Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonucuna göre tereddüt varlığının bilgi edinme kaynakları ve tutumları ile karşılaştırılması**

	Tereddüt Yok		Tereddüt Var		
	n	%	n	%	
<b>Sağlıkla ilgili konularda en sık bilgi edinilen kaynak</b>					
Sağlık çalışanı	163	53,4	37	37,0	
Diğer (internet+yazılı kaynaklar+televizyon)	142	46,6	63	63,0	
p*					<b>0,004</b>
<b>Aşılarla karşı tutum</b>					
Tüm aşıları yaptırdım veya yaptırmayı düşünüyorum	301	98,7	81	81,0	
Bazı aşıları yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum	4	1,3	19	19,0	
p*					<b>&lt;0,001</b>
<b>Çevresinde aşı yaptırmayan kişi</b>					
Yok	227	74,7	65	65,0	
Var	78	25,6	35	35,0	
p*					0,680
<b>Aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesi**</b>					
Arkadaş	50	68,5	16	53,3	
Akraba	23	31,5	14	46,7	
p*					0,145
<b>Toplam</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

\*Ki kare testi kullanılmıştır.

\*\*103 kişi yakınlık derecesi belirtmiştir.

#### 4.10. SOYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇAETÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. ÇAETÖ tutum alt boyutu ile SOYÖ fonksiyonel alt boyutu, SOYÖ interaktif alt boyutu ve SOYÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon tespit edildi (sırasıyla  $r=-0,102$ ,  $r=-0,164$ ,  $r=-0,163$ ) (sırasıyla  $p=0,040$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının korelasyonu Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları ile Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Toplam puanı ve Alt Boyut puanlarının korelasyonu**

		SOYÖ- Fonksiyonel Alt Boyutu	SOYÖ- İnteraktif Alt Boyutu	SOYÖ- Eleştirel Alt Boyutu	SOYÖ- Toplam Puanı	ÇAETÖ Güvenlik Alt Boyutu	ÇAETÖ Tutum Alt Boyutu	ÇAETÖ Toplam Puanı
SOYÖ- Fonksiyonel Alt Boyutu	r	1						
	p***							
SOYÖ- İnteraktif Alt Boyutu	r	-0,037	1					
	p***	0,452						
SOYÖ- Eleştirel Alt Boyutu	r	-0,083	0,787**	1				
	p***	0,094	<0,001					
SOYÖ- Toplam Puanı	r	0,395**	0,861**	0,824**	1			
	p***	<0,001	<0,001	<0,001				
ÇAETÖ Güvenlik Alt Boyutu	r	0,015	0,015	0,083	0,066	1		
	p***	0,768	0,393	0,094	0,182			
ÇAETÖ Tutum Alt Boyutu	r	-0,102*	-0,164**	-0,069	-0,163**	0,193**	1	
	p***	0,040	0,001	0,168	0,001	<0,001		
ÇAETÖ Toplam Puanı	r	-0,081	-0,068	0,018	-0,064	0,521**	0,923**	1
	p***	0,115	0,187	0,725	0,212	<0,001	<0,001	

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ÇAETÖ: Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutumları Ölçeği

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir.

\*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir.

\*\*\*Analiz olarak Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Günümüzde aşı tereddüdü giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Özellikle internet ve sosyal medya, bilgiye hızlı erişim sağlarken, yanlış veya yanıltıcı bilgilerin yayılmasına da zemin hazırlayarak aşı tereddüdünü artırabilmektedir. Bilimsel temele dayanmayan içeriklerin yaygınlaşması, bireylerin aşı güvenliği ve etkinliği konusunda şüphe duymasına neden olabilmektedir. Nitekim yapılan çalışmada da internet ve sosyal medya üzerinden bilgi edinen bireylerin aşı tereddütlerinin çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sorun karşısında ise bireylerin özellikle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar ile sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin bağışıklama ile ilgili gerekli bilgiye ulaşma, anlama ve yorumlayabilme yeteneklerinin sınırlı olduğu bu nedenle yeterli farkındalığa sahip olmayabilecekleri gösterilmektedir (47).

Sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olan bireylerin, sağlıkla ilgili bilgilere erişme ve kullanım becerileri sayesinde sağlık hizmetlerini etkin şekilde kullanabildikleri, sağlık maliyetlerinin düşürülmesine yardımcı oldukları; bu sayede yaşam kalitelerinin arttığı ve sağlık hizmet kalitesinin yükselmesine katkı sağladıkları görülmüştür. Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerin ise sağlık hizmetlerini etkili kullanamadıkları, sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerilerinin sınırlı olduğu bu nedenle hastalanma oranlarının daha yüksek olup sağlık maliyetlerinin artmasına neden oldukları belirtilmiştir (48).

Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışmada ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarına etkisini araştırmayı planladık. Literatürde aşı tereddüdü ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini araştıran çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu çalışmayı diğerlerinden ayıran temel unsur, ele alınan araştırma sorularının daha önce kullanılmamış olması ve ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddütlerini incelemesidir.

Sunulan çalışmada kullanılan ölçek ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırları net olarak çizilmemekle birlikte alınan puanın artması sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu çalışmada annelerin sağlık okuryazarlık düzeyi babalara göre daha yüksekti. Ertuğrul ve Albayrak'ın Türkiye'de ve Sørensen ve ark.'nın birden fazla Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde annelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin babalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (17, 49). Başka bir çalışmada ise anne ve baba arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (50). Özdemir ve

ark.'nın yaptığı bir çalışmada sunulan çalışmanın aksine erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (51). Bu farklılıklar çalışmalara katılan kadın ve erkek sayılarının oranı ile sağlık okuryazarlığı etkileyebilecek diğer sosyodemografik özelliklerin çeşitliliklerinden kaynaklanabilir.

Katılımcıların yaşları 34 yaş ve altı ile 35 yaş ve üzeri olarak sınıflandırılan bu çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmedi. Konuksever'in ve Akbolat ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda da sunulan çalışmaya benzer şekilde yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki saptanmamıştır (52, 53). Sørensen ve ark.'nın birden fazla Avrupa ülkesini içeren, Van Der Heide ve ark.'nın Hollanda'da gerçekleştirdikleri çalışmalarında yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (49, 54). De Buhr ve Tannen'in Almanya'da yaptıkları bir çalışmada ise daha yüksek ebeveyn yaşı ile daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyi ilişkili bulunmuştur (55). Sunulan araştırmada yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında ilişki saptanmamasının sebebi ileri yaş düzeyini temsil eden grubun katılımcılar içinde yer almamış olması olabilir.

Literatürde medeni durumun sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Sunulan çalışmada medeni durumun sağlık okuryazarlığına etkisi için anlamlı sonuca ulaşılmadı. Yakar ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada evli olma durumunun sağlık okuryazarlık düzeyini negatif yönde etkilediğini göstermiştir (56). Morris ve ark.'nın çalışmasında ise evli olmayan yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur (57). Bu çalışmada anlamlı sonuca ulaşılmaması katılımcıların yüksek oranda evli olması ile açıklanabilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi lise ve altı ile üniversite ve üzeri olarak sınıflandırıldı. Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan ebeveynlerin, lise ve altı eğitim durumu olan ebeveynlere göre sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür tarandığında da eğitim düzeyi düşüğe sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığına dair benzer sonuca sahip birçok araştırma olduğu görüldü (54, 58, 59). Ancak çok daha az sayıda da olsa farklı sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Ertuğrul ve Albayrak'ın çalışmasında eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmediği belirtmişlerdir (17). Yamashita ve Brown çalışmasında düşük eğitim düzeyinin, sosyal destek eksikliğine, ekonomik kaynakların ve sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımına ve olumsuz sağlık davranışlarının ortaya çıkışına neden olduğunu ifade etmiştir (59). Sunulan çalışmada

anlamli farklıliğın görülmesi katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Yapılan araştırmada ebeveynlerin çalışma durumunun sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi görülmemiştir. Alp ve Kara ile Van Der Heide ve ark. yaptıkları çalışmalarda bu çalışmayla benzer şekilde çalışma durumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamli farklılık görülmediğini belirtmişlerdir (54, 60). Temel ve imen'in yaşlı bireyler ile yaptığı ve Kampouroglou ve ark.'nın pediatrik cerrahi hastaları ebeveynleri ile yaptığı çalışmalarda çalışan bireylerin çalışmayanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu gösterilmiştir (61). Bu çalışmada katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu gibi etkenlerden bağımsız olarak çalışma durumları olabileceği için farklılık görülmediği düşünülmektedir.

Gelir gider dengesine bakıldığında geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puanının geliri giderinden daha az olan ebeveynlerin puanından daha fazla olduğu görüldü. Geliri giderine denk olanlar ile diğer gruplar arasında anlamli bir fark saptanmadı. Literatür tarandığında gelir gider dengesi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamli ilişki olmayan birçok çalışma mevcuttur (17, 52, 62). Kumar ve arkadaşları ile Tang ve arkadaşları ise çalışmalarında gelir düzeyi arttıka sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını göstermiştir (63, 64). Ancak her iki çalışmada da gelir gider dengesine bakmamış sadece gelir düzeyini sınıflandırmışlardır. Sağlık okuryazarlık seviyesi daha düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerini etkin kullanamayarak daha yüksek sağlık maliyetiyle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Bu durumun bu bireyler üzerinde hem ekonomik yükü arttırarak hem de sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyerek daha ciddi sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (56).

Katılımcıların sahip olduğu ocuk sayısı 2 ve altı ile 3 ve üzeri olarak sınıflandırıldığında 2 ve altı çocuğu olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcılardan anlamli olarak yüksek olduğu görüldü. Simon ve arkadaşları ile Ilgaz çalışmalarında sahip olunan ocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (65, 66). Literatür tarandığında da tez çalışmaları dahil olmak üzere birçok çalışmada benzer sonuçlara ulaşıldığı grlmştir. Ancak başka bir çalışmada ocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamli bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (52). Sahip olunan ocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki bu negatif sonuç, ocuk sayısının sosyoekonomik durumu etkilemesi ve eğitim düzeyi ile sahip olunan ocuk sayısı arasında bir ilişki olmasından kaynaklanabilir.

Sunulan çalışmada sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynağı olarak en sık başvurulan kaynaklar sağlık çalışanı ve diğer kaynaklar (internet, yazılı kaynaklar, televizyon) olarak ayrıldığında her iki grup arasında sağlık okuryazarlığı için anlamlı bir fark görülmedi. Danova ve ark.'nın Çekya'da yaptıkları çalışmada çocuğuna aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin çoğunlukla internetten bilgi topladıkları, çocuğuna aşı yaptırmayı tercih eden ebeveynlerin ise çoğunlukla sağlık çalışanından bilgi aldıkları belirlenmiştir (67). Yüksel ve Uzun'un çalışmasında ebeveynlerin çoğunlukla aile hekiminden bilgi aldıkları, Argın ve ark.'nın çalışmasında ebeveynlerin çoğunlukla sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları görülmüştür (68). Uzuner ve arkadaşları ise çalışmalarında bilgi kaynağı olarak en sık medya kullanıldığını belirtmiştir (69). Sosyal medya gibi platformlarda aşılama ile ilgili doğru bilgilerin üzerinin yanlış bilgiler ile örtülmesi, aşıya ilişkin güveni azaltıp bağışıklama oranlarını düşürebilir (70).

Sunulan çalışmada çocuğuna tüm aşıları yaptıran veya yaptırmayı düşünen ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puanı, çocuğuna bazı aşıları yaptırmayan veya yaptırmayı düşünmeyen ebeveynlerden yüksek çıksa da iki grup arasında anlamlı bir fark görülmedi. Çam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuğuna çocukluk çağı aşılarını düzenli yaptıran ebeveynlerin bağışıklama bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (71). Başka bir çalışmada ise çocuğuna düzenli aşı yaptıran ebeveynlerin aşıya ilişkin olumlu tutumlarının arttığı gösterilmiştir (72).

Sunulan çalışmada çevresinde aşı yaptırmayan kişiler olan ve olmayan ebeveynler arasında sağlık okuryazarlığı interaktif alt boyut ve toplam puan için, olan ebeveynler lehine fark olup bu sonuç anlamlı olarak bulunmuştur. Bu kişinin arkadaş olması ise interaktif alt boyut açısından anlamlı fark ortaya çıkarmıştır. İnteraktif alt boyut özellikle kişisel kapasitenin geliştirilmesine yöneliktir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişiler çeşitli kaynaklardan bilgi edinme konusunda daha donanımlıdır. Bu nedenle yanlış veya yanıltıcı bilgilere daha fazla maruz kalabilirler ve sorgulayıcı bir tutum sergileyebilirler. Yapılan çalışmada bu sonuçlara ulaşılmasında bireysel tercihler ve bağlamlar belirleyici olmuş olabilir.

Çocukluk çağı aşılarına karşı tereddüt yaşamada anne veya baba olmak arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Literatür tarandığında farklı sonuçlar içeren birçok çalışma mevcuttur. Dağ ve Demirci'nin çalışmasında kadınların aşı karşıtlığı erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (73). Soysal ve ark.'nın Tokat'ta ve Alsuwaidi ve ark.'nın Birleşik Arap Emirlikleri'nde ebeveynlerle yaptıkları çalışmalarda babaların aşı tereddüdü daha yüksek bulunmuştur (74, 75). Birçok çalışmada sunulan çalışmaya benzer şekilde ebeveyn cinsiyetleri

arasında fark görülmemiştir (76-78). Bu durum anne ve babalar arasındaki sosyal sorumluluk algısı, risk algısındaki farklılıklar, eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi, stres ve anksiyete seviyesi ve çevresel faktörler gibi etkenlerin farklılığından kaynaklanabilir.

34 yaş ve altındaki ebeveynler, aşıların daha az güvenli ve etkili olduğunu düşünmelerine rağmen, yaş ile aşı tereddüdü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Birçok çalışmada farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Tokat'ta yapılan bir araştırmada yaş arttıkça aşı tereddüdünün arttığı gösterilmiştir (74). Yufika ve ark.'nın Endonezya'da yaptıkları çalışmada yaş düştükçe aşı tereddüdünün arttığı belirtilmiştir (79). Birçok çalışmada ise bu çalışmaya benzer şekilde yaş ve aşı tereddüdü arasında ilişki görülmemiştir (75, 76, 80). Bu verilerin ışığında bu sonuçlar kültürel ve nesiller arasındaki farklılıklar, genç nesillerin bulaşıcı hastalıklar hakkında tecrübesinin daha az olması gibi sebeplerle açıklanabilir.

Sunulan çalışmada ebeveynin medeni durumunun aşı tereddüdü üzerine etki etmediği görüldü. Dağ ve Demirci'nin çalışmasında bekârların aşı karşıtlığı puanları evlilerden daha yüksek bulunmuştur (73). Güneş ve ark.'nın ve Yayak ve ark.'nın çalışmasında medeni durum ile aşı karşıtlığı ve tereddüdü arasında ilişki görülmemiştir (81, 82). Ulaşılan sonuç bu çalışmada katılımcıların yüksek oranda evli olmasından kaynaklanabilir ve medeni durum doğrudan bir etken olmaktan çok dolaylı olarak etki eden bir değişken olarak değerlendirilebilir.

Eğitim düzeyi ile aşı tereddüdü arasında anlamlı bir fark görülmedi. Aygün ve Tortop ile Arğın ve ark.'nın çalışmalarında benzer sonuçlar ortaya konmuştur (76, 83). Literatürde farklı sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Onsomu ve ark.'nın Kenya'da ve Shen ve ark.'nın Çin'de yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça aşılama oranlarının ve aşı tereddüdünün azaldığı gösterilmiştir (84, 85). Sosyal ve arkadaşları çalışmalarında yüksek eğitim düzeyi olan ebeveynlerin aşı tereddüdünü daha yüksek bulmuşlardır (74). Sağlık okuryazarlığına etkisi nedeniyle en önemli etkenlerden biri eğitim durumudur. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça aşı tereddüdünün azaldığı görülse de bu kişilerin bilgilere ulaşma oranı ve çabası nedeniyle daha fazla yanlış bilgiye kalma olasılığı olabileceği için farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Sunulan çalışmada ebeveynin çalışma durumu ile aşı tereddüdü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Mercan ve arkadaşlarının çalışmalarında da meslek ve aşı tereddüdü arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (86). Çopur'un çalışmasında ise çalışmayan ebeveynlerin aşı tereddüdü daha yüksek bulunmuştur (77).

Gelir düzeyi ile aşı tereddüdü arasındaki ilişkiye dair literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Sunulan çalışmadaki sonuca benzer şekilde gelir durumu ile aşı tereddüdü arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar mevcuttur (76, 87). Yüksek gelir düzeyi olan kişilerin aşı tereddütlerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi (85, 88), daha düşük gelire sahip kişilerin aşı tereddüdünün daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (77, 89). Bu durum aşı tereddüdünün sadece yüksek veya düşük gelirli ülke ve bireylere bağlı olmayıp karmaşık bir yapıda olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada sahip olunan çocuk sayısının aşı tereddüdü üzerine anlamlı bir etkisi yoktu. Shen ve arkadaşlarının Çin’de yaptıkları araştırmada çok sayıda çocuğu olan ailelerin aşı tereddüdü daha düşük bulunmuştur (85). Üzüm ve arkadaşlarının çalışmasında çok çocuğa sahip olmanın aşı farkındalığını azalttığı gösterilmiştir (90). Çopur’un çalışmasında çok çocuğu olan ebeveynlerin aşı tereddüdünün yüksek olduğu gösterilmiştir (77). Mercan ve ark.’nın ve Argın ve ark.’nın çalışmalarında ise sunulan çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (76, 86). Bu çeşitlilik tek çocuğu olan ailelerin daha hassas ve tedirgin davranması, çok çocuğa sahip ailelerin aşı programını takip etme zorluğu veya daha önceki çocuğunda aşı sonrası yan etki veya olumsuz bir deneyim yaşaması gibi multifaktöryel sebeplerden kaynaklanabilir.

Balıkesir’de yapılan bir çalışmada hane halkı içinde sağlık çalışanı olan ebeveynlerin daha az aşı tereddüdü yaşadığı gösterilmiştir (91). Sunulan çalışmada hane halkı içerisinde sağlık çalışanı olan ve olmayan ebeveynler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Sunulan çalışmada sağlıkla ilgili bilgi edinmek için en sık kullanılan kaynaklar sağlık çalışanları ve diğer kaynaklar olarak sınıflandırıldığında; bilgi edinmek için en sık sağlık çalışanlarına başvuran ebeveynlerin aşı tereddüt düzeyleri, en sık diğer kaynakları kullanan ebeveynlerin aşı tereddüt düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulundu. Literatürde bu sonucu destekler nitelikte birçok çalışma bulunmaktadır (67, 92). Kata, Kanada’da yaptığı çalışmasında sosyal medya araçlarının aileleri aşı karşıtlığına yönlendirdiğini belirtmiştir (93). Wilson ve Wiysonge’un araştırmasında sosyal medyanın aşı karşıtı söylem ve eylemler için bir alan olduğu ve aşı tereddüt ve reddini arttırdığını göstermişlerdir (94). Bu çalışmaların sonuçları ile ilgili olarak, özellikle son dönemlerde ebeveynlerin sosyal medya üzerinden aşılardan güvenilirliliği ve yan etkileri gibi konularda yanlış bilgilere maruz kaldığı; sosyal medyadaki bilgi kirliliği ve yoğunluğu nedeniyle hangi kaynağın doğru olduğunu belirlemesini zorlaştırdığı sonuçlarına ulaşılabilir. Bu nedenle ebeveynlerin sağlık çalışanlarından doğru ve güvenilir bilgi edinmesi, sosyal medya ortamlarından edineceği yanlış bilgilerin önüne geçip

sağlık okuryazarlık düzeyini artırarak çocukluk çağı aşılarına karşı güveni artırabilir. Ancak diğer bir yandan bu sosyal medya araçlarının doğru ve amaca yönelik kullanımında geniş topluluklara sağlık ile ilgili doğru mesajlar iletilebilir.

Yapılan çalışmada çevresinde aşı yaptırmayan kişi olan ebeveynlerin olmayan ebeveynlere göre aşılarla karşı tutumları daha olumsuz olsa da aşı tereddüdü için anlamlı bir farklılık saptanmamış olup çocuklarına bazı aşıları yaptırmayan veya yaptırmayı düşünmeyen ebeveynlerin aşı tereddüt düzeyleri, tüm aşıları yaptıran veya yaptırmayı düşünen ebeveynlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Torun ve Ertuğrul'un çalışmasında aşı karşıtlarını destekleyen ebeveynlerin desteklemeyen ebeveynlere göre daha yüksek oranda aşıların gerekli ve zorunlu olmaması gerektiğini belirttikleri gösterilmiştir (95). Tereddüt düzeyi yüksek olan ebeveynlerin aşı yaptırmaması doğal bir sonuç olarak beklense de aşılar hakkındaki bilgi eksikliği, güvensizlik ve sosyal etkiler aşı tutum ve davranışlarını etkileyebilir.

Sunulan çalışmada ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına karşı aşı tereddüt puanları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı. Ancak bu sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tereddüt varlığına etkisi olmadığı görüldü. Dağlı ve Topkara'nın yapmış oldukları çalışmada sağlık okuryazarlığı arttıkça aşı tereddüdünün azaldığı gösterilmiştir (96). Doğan'ın Balıkesir'de ebeveynlerle yaptığı çalışmasında benzer şekilde sağlık okuryazarlığı azaldıkça aşı tereddüdünün arttığı saptamıştır (91). Yapılan çalışma ve literatürdeki diğer çalışmalar göz önüne alındığında çocukluk çağı aşılarına karşı tereddüdü azaltmanın en önemli adımlarından birinin bireyin sağlık okuryazarlığını artırmak olduğu kanaatindeyiz.

Bu çalışmanın kısıtlılığı, sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bireylerin kendi beyanlarına dayalı olmasıdır. Bu durum, ölçek sonuçlarını etkileyebilecek önemli bir faktördür, çünkü bireyin kendi sağlık okuryazarlığını algılayışı ile gerçek durumu arasında farklılıklar olabilir. Özellikle sağlık bilgisine erişim, anlama ve kullanma konularında öz-yeterlilik algısı yüksek olan bireyler, gerçek yetkinliklerinden bağımsız olarak kendilerini daha yeterli görebilirken; düşük öz-yeterlilik algısına sahip bireyler ise sağlık okuryazarlık düzeylerini olduğundan düşük değerlendirebilir. Dolayısıyla, bireyin öznel algısına dayalı ölçümler, sağlık okuryazarlığının nesnel düzeyini tam olarak yansıtamayabilir ve bu durum araştırma sonuçlarının yorumlanmasında dikkate alınması gereken bir sınırlılık oluşturabilir.

## 6. SONUÇ

0-13 yaş çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ücretsiz çocukluk çağı aşılarına karşı tereddütlerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada;

- Annelerin babalara göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksekti.
- Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık puanı arasında pozitif bir ilişki saptandı.
- Gelirini giderinden fazla olarak tanımlayan ebeveynlerin, gelirini giderinden daha az olarak tanımlayan ebeveynlere göre sağlık okuryazarlık puanı daha yüksek bulundu.
- Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü görüldü.
- Çevresinde aşı yaptırmayan kişi olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puanları, olmayan ebeveynlere göre daha yüksekti. Bu kişinin arkadaş olması akraba olmasına göre interaktif alt boyut için anlamlı farklılık yaratsa da toplam puan için anlamlı etkisi görülmedi.
- Ebeveynlerin cinsiyetinin, yaşının, medeni durumunun, eğitim durumunun, çalışma durumunun, gelir durumunun, çocuk sayısının, hane halkında sağlık çalışanı olmasının, çevresinde aşı yaptırmayan kişinin yakınlık derecesinin çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddüt üzerine etkisi yoktu.
- Çevresinde aşı yaptırmayan kişi olan ebeveynlerin tutum alt boyutu ve toplam ham skoru, olmayan ebeveynlere göre yüksek bulunsa da aşı tereddüdü için anlamlı bir farklılık görülmedi.
- Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmek için en çok sağlık çalışanlarına başvuran ebeveynlerin, internet ve televizyon gibi diğer kaynaklara başvuran ebeveynlere göre; tüm aşıları yaptıran ebeveynlerin, bazı aşıları yaptırmayan veya yaptırmayı düşünmeyen ebeveynlere göre aşı tereddütleri daha düşük saptandı.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı  $51,49 \pm 9,24$  bulundu. Bu ölçeğin kesme değeri olmadığı için sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterliliği tespit edilemedi. Ancak genel olarak ortalama puandan yüksek olduğu görüldü.
- 405 katılımcı ile yapılan bu çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte birinde aşı tereddüdü olduğu saptandı.
- Çocukluk çağı aşılarına karşı tereddüt yaşamayan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi, yaşayan ebeveynlere göre daha yüksek bulunmasına karşın bu durumun anlamlı bir farklılığa neden olmadığı belirlendi.

## 7. ÖNERİLER

Geçmişten günümüze aşilar, bireyleri ve toplumları ciddi bulaşıcı hastalıklardan koruyan en etkili ve güvenilir sağlık müdahalelerinden olmuştur. Birçok hastalığın dünya genelinde eradike ve elimine edilmesini sağlamış olup salgınları kontrol altına almıştır. Aşilar, yalnızca bireysel sağlığı değil aynı zamanda toplumsal bağışıklığı da destekleyerek, sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltır ve yaşam kalitesini artırır. Güvenli ve etkili aşılama, sağlıklı bir gelecek için vazgeçilmez bir yatırımdır.

Çocukluk çağı aşiları, çocukları hayatı tehdit edici hastalıklardan korumak için hayati bir öneme sahiptir. Erken yaşta bağışıklık sistemini güçlendirerek çocukların sağlıklı bir şekilde büyümelerine katkı sağlar. Bu aşiların zamanında ve eksiksiz uygulanmasında ebeveynler kritik bir rol oynar. Ebeveynlerin toplum bağışıklığı üzerindeki etkilerinin farkında olması, sadece kendi çocuklarını değil, aynı zamanda çevresindeki diğer bireyleri de hastalıklardan koruma bilinci kazandırır.

Son yıllarda aşilar hakkında yayılan yanlış ve eksik bilgiler, ebeveynlerin aşılarla olan güvenini azaltıp aşı tereddüdünden aşı reddine kadar değişen sonuçlara sebep olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere erişebilmesi, bu bilgileri anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve sağlıkla ilgili kararlarında uygulayabilmesi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı düzeyi çok önemlidir. Bir ülkede eğitim düzeyinin ve refah düzeyinin artması, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, doğru yorumlama ve sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaşması anlamına gelmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının artırılabilmesi için eğitime ve refaha önem verilmelidir.

Aşı tereddüt sürecini etkileyen faktörler çok boyutlu ve karmaşıktır. Ancak özellikle son dönemde sosyal medya üzerinden aşılarla dair yayılan yanlış bilgiler bu süreci olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal medyanın doğru şekilde kullanılması ve doğru bilgiye erişimin sağlanması, ayrıca yetkili merciler tarafından yanlış bilgilere karşı etkin önlemler alınması, aşı tereddüdünün azaltılmasında önemli bir rol oynayacaktır.

Sağlık çalışanlarından bilgi alan ailelerin aşı tereddüdünün daha düşük olduğu dikkate alındığında, özellikle hastalarla ilk temas noktası olan aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Aile hekimleri, hastalarla gerçekleştirdikleri her görüşmeyi aşılama konusunda bilgilendirme yapmak için bir fırsat olarak değerlendirmelidir. Bu bağlamda, tüm sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmak amacıyla kapsamlı eğitim programları ve farkındalık çalışmaları düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Pesen B, Konak Özçelik M. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE BAZI SALGIN HASTALIKLARIN TOPLUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ. Journal of World of Turks/Zeitschrift für die Welt der Türken. 2021;13(1).
2. Bakanlık TCS. Aşı Nedir, Nasıl Etki Eder? [Available from: <https://Asi.Saglik.Gov.Tr/Asi/Genel-Bilgiler/49-A%C5%9f%C4%B1-Nedir,-Nas%C4%B1-Etki-Eder.Html>] Erişim Tarihi: 17.07.2024.
3. Özer M, Fidrmuc J, Eryurt MA. Maternal education and childhood immunization in Turkey. Health economics. 2018;27(8):1218-29.
4. Attwell K, Smith DT, Ward PR. 'The Unhealthy Other': How vaccine rejecting parents construct the vaccinating mainstream. Vaccine. 2018;36(12):1621-6.
5. WHO. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy [Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2)] Erişim Tarihi: 14.10.2024.
6. Peretti-Watel P, Ward JK, Vergelys C, Bocquier A, Raude J, Verger P. 'I Think I Made The Right Decision... I Hope I'm Not Wrong'. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. Sociology of health & illness. 2019;41(6):1192-206.
7. Akar B, Karan M. Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kastamonu İletişim Araştırmaları Dergisi. 2024(12):267-94.
8. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. 2014.
9. Young S, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult literacy and numeracy in Scotland. Scotland: The Scottish Government Publications. 2001.
10. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. Health promotion international. 1998;13(4):349-64.
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12:1-13.
12. Yılmaz D, Şahiner NC, Erçelik ZE. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Aşılarla İlişkin Tutumları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. Artuklu International Journal of Health Sciences. 2023;3(3):304-10.
13. Yıldız M, Yıldırım MS, Tanimowo A, Khadka RB, Gohain A, Rhino A, et al. Determining the health literacy levels and attitudes of individuals in different countries towards vaccination. Turkish Journal of Internal Medicine. 2021;3(3):85-94.
14. WHO. How do vaccines work? [Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/how-do-vaccines-work>] Erişim Tarihi: 15.10.2024.
15. WHO. What is vaccination? [Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>] Erişim tarihi: 15.10.2024.
16. Yalçın BNB, Eskiocak M. Herkes için sağlık hedefinde bağışıklama. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;16(1):120-30.
17. Ertuğrul B, Albayrak S. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;8(2):186-95.
18. WHO. Vaccines and immunization.
19. Shukla VV, Shah RC. Vaccinations in primary care. The Indian Journal of Pediatrics. 2018;85(12):1118-27.
20. Metcalf CJE, Ferrari M, Graham AL, Grenfell BT. Understanding herd immunity. Trends in immunology. 2015;36(12):753-5.
21. Bulduk KD, Güneş G. TOPLUM BAĞIŞIKLIĞI VE HALKA BAĞIŞIKLAMA. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2023;8(1):97-104.

22. Deen J, von Seidlein L. The case for ring vaccinations with special consideration of oral cholera vaccines. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2018;14(8):2069-74.
23. Argüt N, Yetim A, GÖKÇAY G. Aşı kabulünü etkileyen faktörler. *Journal of Child*. 2016;16(1):16-24.
24. Hasar M, Özer ZY, Bozdemir N. Aşı reddi nedenleri ve aşular hakkındaki görüşler. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(1):166-76.
25. Orhon FŞ. Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020:6-14.
26. Bakanlığı TCS. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Nedir? [Available from: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html>] Erişim Tarihi: 21.01.2025.
27. Bakanlığı TCS. Aşı Takvimi [Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi.html>] Erişim Tarihi: 21.01.2025.
28. Bakanlığı TCS. Aşı İçerikleri [Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html>] Erişim Tarihi: 17.10.2024.
29. Birliği TT. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2019.
30. Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve aşuların tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2016;8(2):11-28.
31. Levine MM. "IDEAL" vaccines for resource poor settings. *Vaccine*. 2011;29:D116-D25.
32. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, Zhou Y, Dube E, et al. Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. *Vaccine*. 2015;33(34):4165-75.
33. Tanrikulu Y, Tanrikulu G. Aşı tereddüdü ve ebeveynlerin tutumları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(2):199-204.
34. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4.
35. WHO. Report Of The SAGE Working Group On Vaccine Hesitancy 12 Kasım 2014.
36. Maglione MA, Das L, Raaen L, Smith A, Chari R, Newberry S, et al. Safety of vaccines used for routine immunization of US children: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;134(2):325-37.
37. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*. 2001;16(2):207-14.
38. . Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı 2011. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü.
39. WHO. Health Literacy [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>] Erişim Tarihi: 31.10.2024.
40. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
41. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *İLETİ-Ş-İM*. 2013:73-92.
42. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*. 2009;36(5):446-51.
43. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental health and preventive medicine*. 2013;18:407-15.
44. Türkoğlu N, Kılıc D. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;24(1):25-33.

45. Opel DJ, Mangione-Smith R, Taylor JA, Korfiatis C, Wiese C, Catz S, et al. Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: the parent attitudes about childhood vaccines survey. *Human vaccines*. 2011;7(4):419-25.
46. Mutlu M, Cayir Y, Kasali K. Validity and reliability of the Turkish version of the parent attitudes about childhood vaccines (PACV) scale. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2023;38(1):11-9.
47. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*. 2002;40(5):395-404.
48. Yalman F, Sancar T. TOPLUM SAĞLIĞININ YÖNETİMİ: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE AŞIYA İLİŞKİN TUTUM ARASINDAKİ İLİŞKİ. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;45(2):259-78.
49. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
50. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;14(1):67-88.
51. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010;25(3):464-77.
52. Konuksever D. ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR ÇOCUK HASTANESİNE BAŞVURULARDA EBEVEYN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ. *Selçuk Sağlık Dergisi*. 2023;4(2):235-45.
53. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4).
54. Van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F, Pelikan J, Rademakers J, et al. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *The European Journal of Public Health*. 2016;26(6):906-11.
55. de Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020;20:1-9.
56. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2019;8(1):27-35.
57. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*. 2013;39(5):638-46.
58. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(3):588-604.
59. Yamashita T, Brown JS. Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA? *Health Promotion International*. 2017;32(1):16-24.
60. Alp S, Kara NO. Ebeveyn sağlık okuryazarlığı ile pediatri hizmetleri kullanımını incelenmeye yönelik bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2023(50):1-19.
61. Temel AB, Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;33(3):105-25.
62. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):33-40.
63. Kumar D, Sanders L, Perrin EM, Lokker N, Patterson B, Gunn V, et al. Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academic pediatrics*. 2010;10(5):309-16.

64. Tang C, Wu X, Chen X, Pan B, Yang X. Examining income-related inequality in health literacy and health-information seeking among urban population in China. *BMC public health*. 2019;19:1-9.
65. Simon MA, Li Y, Dong X. Levels of health literacy in a community-dwelling population of Chinese older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2014;69(Suppl\_2):S54-S60.
66. Ilgaz A. Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021;8(2):151-9.
67. Dáňová J, Šálek J, Kocourková A, Čelko AM. Factors associated with parental refusal of routine vaccination in the Czech Republic. *Central European journal of public health*. 2015;23(4):321-3.
68. Yüksel F, Uzun AK. Ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2021;15(1):35-42.
69. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel Aİ, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Knowledge, attitude and behaviors of adults about adulthood immunization. *TJFMPC*. 2018;12(3):215-25.
70. MacDonald NE, Dubé E. CANVax: Promoting immunization resiliency. 2020.
71. Çam C, Ünsal A, Arslantas D, Kılınç A, Emiral GÖ. Erişkinlerin Bağışıklama Bilgi Yeterlilik Düzeylerinin, Tutum ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2021;43(1):7-19.
72. Çay B, Göl İ. Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşıları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;6(3):45-54.
73. Dağ A, Demirci H. KORONAVİRÜS (COVID-19) AŞISI KARŞITLIğINA YÖNELİK NİCEL BİR ARAŞTIRMA. *Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2021;1(2):74-83.
74. Soysal G, Akdur R, Yöntem MK. BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE AŞI TEREDDÜT ÖLÇEğİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİğİ. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2022;7(2):361-7.
75. Alsuwaidi AR, Elbarazi I, Al-Hamad S, Aldhaheri R, Sheek-Hussein M, Narchi H. Vaccine hesitancy and its determinants among Arab parents: a cross-sectional survey in the United Arab Emirates. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2020;16(12):3163-9.
76. Argın V, Akalın D, Güngör S. Ebeveynlerin çocuklarına aşı uygulanmasına karşı düşünce ve tutumları: Kahramanmaraş Örneği. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2022;7(2):300-13.
77. ÇOPUR EÖ. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Ebeveynlerin Aşı Tereddütü ve Aşı Karşıtlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*. 2022;3(3):39-54.
78. ÇAKIR M, ÇEPNİ R, İKİİŞİK H, MARAL I. COVID-19 Pandemi Döneminde Ebeveynlerde Aşı Karşıtlılığının Değerlendirilmesi. *Firat Tıp Dergisi*. 2024;29(2).
79. Yufika A, Wagner AL, Nawawi Y, Wahyuniati N, Anwar S, Yusri F, et al. Parents' hesitancy towards vaccination in Indonesia: A cross-sectional study in Indonesia. *Vaccine*. 2020;38(11):2592-9.
80. Coniglio MA, Platania M, Privitera D, Giammanco G, Pignato S. Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. *BMC Public Health*. 2011;11:1-6.
81. Güneş H, Semerci V, Kırbaş ZÖ. Hemşirelerin aşı karşıtlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;16(1):93-102.
82. Yayak A, Top Ö, Karagöz İ. DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİ İLE AŞIYA YÖNELİK TUTUMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İNCELENMESİ. *İmgelem*. 2022;6(11):665-98.
83. Aygün E, Tortop HS. Ebeveynlerin aşı tereddüt düzeylerinin ve karşıtlık nedenlerinin incelenmesi. *Güncel Pediatri*. 2020;18(3):300-16.

84. Onsomu EO, Abuya BA, Okech IN, Moore D, Collins-McNeil J. Maternal education and immunization status among children in Kenya. *Maternal and child health journal*. 2015;19:1724-33.
85. Shen X, Wu X, Deng Z, Liu X, Zhu Y, Huang Y, et al. Analysis on vaccine hesitation and its associated factors among parents of preschool children in Songgang Street, Shenzhen. *Scientific Reports*. 2022;12(1):9467.
86. Mercan Y, Öztemel Ç, Bulut S. 48 Ay Ve Daha Küçük Çocuğu Olan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(2):313-23.
87. Migriño J, Jr., Gayados B, Birol KRJ, De Jesus L, Lopez CW, Mercado WC, et al. Factors affecting vaccine hesitancy among families with children 2 years old and younger in two urban communities in Manila, Philippines. *Western Pacific surveillance and response journal : WPSAR*. 2020;11(2):20-6.
88. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2020;16(5):1034-9.
89. Türkey M, Ay EG, Aktekin MR. Antalya İlinde Seçilmiş Bir Grupta Aşı Karşıtı Olma Durumu. *Akdeniz Tıp Dergisi*. 2017;3(2):107-12.
90. Üzüm Ö, Eliaçık K, Örsdemir HH, Öncel EK. Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörler: Bir eğitim araştırma hastanesine ilişkin değerlendirme. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2019;13(3):144-9.
91. Doğan G. Sağlık okuryazarlığı, tamamlayıcı alternatif tıbbı yaklaşım ve bazı sosyodemografik özelliklerin ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumları ile ilişkisi: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
92. Turan FD. Ulusal Aşılama Programında Yer Alan Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveynlerin Tutumları: Aksaray Örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2022;4(3):239-50.
93. Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*. 2010;28(7):1709-16.
94. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ global health*. 2020;5(10):e004206.
95. Torun EG, Ertuğrul A. Parental Attitudes and Knowledge Towards Childhood Vaccination. *Cocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2022;16(1):E35-E40.
96. Dağlı E, Topkara N. The Effect of Parents' Health Literacy Level on the Attitudes and Behaviors of Childhood Vaccinations. *Black Sea Journal of Health Science*. 2023;6(1):47-56.

## EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamındadır. Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Ankete katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sonuçların güvenilirliği için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Araştırmaya katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

### 1- Anketi dolduran kişi:

( ) Anne ( ) Baba

### 2- Yaşınız: .....

### 3- Medeni durumunuz:

( ) Evli ( ) Bekâr ( ) Ayrılmış/ Boşanmış

### 4- Eğitim durumunuz ( En son mezun olduğunuz okul):

( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise ( ) Üniversite / Yüksekokul

### 5- Çalışma durumunuz:

( ) Çalışıyorum (Mesleğiniz .....) ( ) Çalışmıyorum

### 6- Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla

### 7- Sahip olunan çocuk sayısı: .....

### 8- Hane halkı içerisinde doktor, diş hekimi, hemşire, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisi var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

### 9- Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak en sık hangisini tercih edersiniz?

( ) Yazılı Kaynaklar (Kitap, Gazete, Dergi...) ( ) İnternet

( ) Televizyon ( ) Sağlık Çalışanı ( ) Diğer .....

### 10- Çocukluk çağında ücretsiz yapılan aşılar karşı tutumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Çocuğuma/ çocuklarıma ücretsiz aşıların hepsini yaptırdım veya yaptırmayı düşünüyorum

( ) Çocuğuma/ çocuklarıma hiçbir aşı yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum

( ) Çocuğuma/ çocuklarıma bazı aşıları yaptırmadım veya yaptırmayı düşünmüyorum

### 11- Çevrenizde çocuğuna/ çocuklarına ücretsiz çocukluk çağı aşılarını yaptırmayan var mı?

( ) Yok ( ) Var (Lütfen yakınlık derecenizi belirtiniz .....) )

12- Lütfen aşağıda verilen ifadelerden sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Scale-14)**

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, aşağıdaki yaşanan durumlarla ilgili görüşlere katılma dereceniz nedir?</b>					
1. Okuyamadığım materyaller var					
2. Yazılar okuyamayacağım kadar küçük yazılmış					
3. İçerikleri anlamam oldukça zor					
4. Talimatları ve broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor					
5. Talimatları ve broşürleri okumak için birinin yardımına ihtiyaç duyuyorum					
<b>B. Bir hastalık teşhisi konulursa ve sizin bu hastalık veya tedavisi ile ilgili fazla bilginiz yoksa, aşağıdaki seçeneklere göre nasıl davranırsınız?</b>					
6. Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım					
7. İstedğim bilgileri elde ederim					
8. Edindiğim bilgileri anlamaya çalışırım					
9. Hastalığımla ilgili fikrimi çevremdeki insanlarla paylaşırım					
10. Edindiğim bilgileri günlük yaşantımda uygularım					
<b>C. Bir hastalık tanısı konulursa ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, aşağıdaki seçeneklere göre nasıl davranırsınız?</b>					
11. Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm					
12. Bilgilerin inandırıcı olup olmadığını düşünürüm					
13. Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim					
14. Sağlığım ile ilgili kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım					

**13- Lütfen aşağıdaki her bir soru için sadece tek bir yanıt işaretleyiniz.**

**Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Ebeveyn Tutum Ölçeği (PACV Ölçeği)**

**S1. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden**

dolayı çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip veya domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) geciktirdiğiniz oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

**S2. Hiç hastalık veya alerji dışındaki nedenlerden dolayı**

çocuğunuzun aşısını (mevsimsel grip ve domuz gribi (H1N1) aşıları hariç) yaptırmamaya karar verdiğiniz oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

**S3. Çocuğunuz için tavsiye edilen aşı takvimine uymanın iyi bir fikir olduğundan ne kadar eminsiniz? (0'ın Hiç Emin Değilim ve 10'un Tamamen Eminim olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10' a kadar bir değeri daire içerisine alınız)**

Hiç emin değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

Kesinlikle Emin Kesinlikle  
Katılıyorum Katılmıyorum Değilim Katılmıyorum Katılmıyorum

**S4. Çocuklara gerekenden daha fazla aşı yapılıyor.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S5. Aşıların önlediği hastalıkların çoğunun ciddi hastalıklar olduğuna inanıyorum.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S6. Aşılanmak yerine hastalığı geçirerek bağışıklık kazanması, çocuğum için daha iyidir.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S7. Aynı anda daha az aşı yapılması çocuklar için daha iyidir.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Hiç Pek Emin Biraz Çok  
Endişelenmem Endişelenmem Değilim Endişelenirim Endişelenirim

**S8. Bir aşının çocuğunuzda yan etki yapmasından ne kadar endişelenirsiniz?** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S9. Çocuğunuza yaptıracağınız aşılarından herhangi birinin güvenli olmaması ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S10. Bir aşının çocuğunuzu o hastalığa karşı koruyamama ihtimali sizi ne kadar endişelendirir?** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S11. Bugün bir bebeğiniz daha olsaydı, önerilen aşıların tümünün yapılmasını ister miydiniz?** ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

**S12. Genel olarak, çocukluk dönemi aşıları konusunda ne kadar tereddütünüz olduğunu düşünüyorsunuz?**

( ) Hiç tereddütüm yok ( ) Pek tereddütüm yok ( ) Emin değilim

( ) Biraz tereddütlüyüm ( ) Çok tereddütlüyüm

Kesinlikle		Emin		Kesinlikle	
Katlıyorum	Katlıyorum	Değilim	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum

**S13. Aşılar hakkında aldığım bilgilere güvenirim.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S14. Aşılar hakkındaki endişelerimi çocuğumun doktoruyla açıkça tartışabilirim.** ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**S15. Her şeyi hesaba katarak, çocuğunuzu takip eden ebe-hemşireye ya da doktora ne kadar güveniyorsunuz?** (0'ın Hiç Güvenmiyorum ve 10'un Tamamen Güveniyorum olarak verildiği ölçekte, lütfen 0'dan 10'a kadar bir değeri daire içerisine alınız)

Hiç emin değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim