

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ESKİŞEHİR İLİ İNÖNÜ MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE
0-59 AYLIK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BAĞIŞIKLAMA
KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilek DERİNCE

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Reşit KÖKEN

2006 AFYONKARAHİSAR

TEŐEKKÜRLER

Yaptığım çalışmanın her aşamasında bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen, değerli fikirleriyle yol gösteren tez danışmanlarım Yrd.Doç. Dr. Reşit KÖKEN ve Yrd.Doç.Dr. Reha DEMİREL'e, danıştığım her konuda yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, insancıl yaklaşımlarıyla beni yüreklendiren hocam Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN'la İl Sağlık Müdür Yardımcısı Uzman Dr. Kazım TIRPAN'a, anket formlarının doldurulmasında emeği geçen çalışma arkadaşlarıma, ayrıca tezimin ve hayatımın her aşamasında özverili desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	I
Önsöz	II
İçindekiler	III
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	V
Şekiller Dizini	VI
Tablolar Dizini	VII
ÖZET	IX
1 SUMMARY	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Aşı ve Bağışıklama	3
1.1.1. Bağışıklama	3
1.1.1.1. Bağışıklamanın Tarihçesi	3
1.1.1.2. Bağışıklama Tipleri	6
1.1.2. Aşı	7
1.1.2.1. Aşıların Bileşimi	7
1.1.2.2. Aşı Türleri	8
1.1.2.3. Türkiye’de Rutin Aşı Takvimi	9
1.1.2.4. Türkiye’de Rutin Aşı Takvimimde Kullanılan Aşılar	10
1.1.3. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE)	15
1.1.3.1. ASİE Nedenleri ve Başetme	16
1.1.4. Aşı Kontraendikasyonları	19
1.1.5. Soğuk Zincir	20
1.1.6. Bağışıklamanın Çocuk Sağlığına Etkisi	21
1.1.7. Bağışıklamada Hemşirenin Rolü	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Türü	25
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
2.3. Araştırma Evreni	25
2.4. Araştırma Örnekleme	25
2.5. Veri Toplama Yöntemi	25

2.6. Veri Toplama Aracı	26
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3. BULGULAR	29
4. TARTIşMA	51
5. SONUÇ	60
6. KAYNAKLAR	62
7. EKLER	67

SİMGELER-KISALTMALAR

Dr	: Doktor
S.O	: Sağlık Ocağı
BDK	: Bağışıklama Denetleme Kurulu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
TNSA	: Türkiye Nüfus Standartları Araştırması
B-G	: Büyüme Gelişme
R	: Rapel aşı dozu
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
BCG	: (Basillus-Calmette-Guerin), Verem
MMR	: (Mumps-Measles-Rubella), Kabakulak-Kızamık-Kızamıkçık
Hib	: Hemafilus İnflüenza Tib B
Td	: Erişkin tip Difteri Tetanoz
OPV	: (Oral Polio Vaccine), Oral Polio Aşısı
DBT	: Difteri-Boğmaca-Tetanoz
HBV	: Hepatit B Virüsü
PPD	: (Purifiye Protein Derivesi), Tüberkulin Testi Solüsyonu

ŞEKİLLER

Şekil 1	Rutin Aşı Takvimi	10
Şekil 2	Bağışıklama Sırasında Sık Görülen, Hafif Reaksiyonlar	15
Şekil 3	Bağışıklama Sırasında Nadir Görülen, Ciddi Reaksiyonlar	16

TABLOLAR

Tablo 3.1	Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 3.2	Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 3.3	Babaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 3.4	Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 3.5	Çocukların Aylarına Göre Aşılama Durumlarının Dağılımı	32
Tablo 3.6	Aşıların Yapılma Zamanının Ailelerin ve Annelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 3.7	Annelerin Aldıkları Puanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 3.8	Annelerin Aldıkları Puanların Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3.9	Annelerin Aşı Tarihlerini Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımı	36
Tablo3.10	Annelerin Çocuklarının Aşılarını Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımı	37
Tablo 3.11	Ailelerin Yerleşim Yeri ile Sağlık Ocağından En Çok Hizmet Alma	37
Tablo 3.12	BCG Aşısından Ne Kadar Zaman Sonra Bebeğinizi Banyo Yaptırıyorunuz? Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 3.13	Ağza Damlatılan Polio Aşısından Ne Kadar Zaman Sonra Bebeğinizi Beslersiniz? Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 3.14	Aşıdan Sonra Çocukta Aşı Yan Etkileri Olursa Ne Yaparsınız? Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 3.15	Aşıdan Sonra Aşı Yerinde Şişlik Olursa Ne Yaparsınız? Sorusuna Verilen Cevapların Anne Özelliklerine Göre	44

	Dağılımı	
Tablo 3.16	Annelerin Çocuklarına Özel Aşı Yaptırma Dağılımı	45
Tablo 3.17	Annelerin, Çocuklarına Özel Aşı Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı	45
Tablo 3.18	Annelerin Özel Aşuları Hangi Koşullar Altında Saklayarak Aşının Yapıldığı Yere Götürdüklerinin Dağılımı	46
Tablo 3.19	Annelerin Her Aşılama Yapılan Aşının Ne Aşısı Olduğunu Bilip-Bilmeme Durumlarının Dağılımı	46
Tablo 3.20	Annelerin Yapılan Aşıların Ne Aşısı Olduklarını Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımı	47
Tablo 3.21	Annelerin Çocuğun Aşı Zamanlarını Bilme Durumlarına Göre Dağılımları	47
Tablo 3.22	Çocuklarda, Aşıdan Sonra Yan Etki Görülüp Görülmemeye Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 3.23	Çocuklarda Görülen Yan Etkilerin Dağılımı	48
Tablo 3.24	Annelerin Aşı Sonrası Oluşan Ateşle Baş Etmede Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı	49
Tablo 3.25	Annelerin Hangi Hastalıkların Aşısının Olup-Olmadığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	50

ÖZET**Eskişehir İli İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bağışıklama Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, Eskişehir ili İnönü Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Kesitsel tipteki bu araştırma, İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra İnönü Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde, 1 Temmuz 2005-31 Mayıs 2006 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma da örneklem yapılmaksızın İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin tamamına ulaşılmaması hedeflendi. Araştırmanın verileri, hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulması ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi olarak $p<0,05$ alındı.

Araştırmada 303 anneye, hedeflenen nüfusun %81,8'ine ulaşılabildiği görüldü.

Çocukların aylarına göre aşılama oranına bakıldığında %98,3'ünün tam aşıllı olduğu tespit edildi. İlçe merkezinde oturan annelerin %89,5'nin, köyde oturan annelerin ise %75,0'nin çocuğunu zamanında aşılatıldığı ($P=0,01$), ilköğretim ve altında eğitime sahip annelerde çocuklarını geç aşılatma oranının %21,9, lise ve yüksek okul mezunu annelerde ise bu oranın %7,9 ($P=0,02$) olduğu saptandı.

Annelerin bağışıklama konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara verilen yanıtlar sonucu oluşturulan puanlama sistemi incelendiğinde; lise ve yüksek okul mezunu annelerin %95,8'i ($P<0,001$), ilçe merkezinde oturan annelerin %61,3'ü ($P<0,001$), çalışan annelerin %79,9'u ($P=0,015$), 1-2 çocuğu olan annelerin %56,3'ü ($P<0,001$), yoksulluk sınırının üstünde aylık gelire sahip annelerin %95,8'i ($P<0,001$) ve sağlık ocağına çocuklarını rutin olarak büyüme gelişme takibine getiren annelerin %89,6'sının ($P<0,001$) 50 ve üzeri puan aldıkları görüldü.

Her aşılama yapıldığında yapılan aşının ne aşısı olduğunu bilme durumları incelendiğinde %39,9'unun bildiği, bunu bilenlerin ise %64,8'nin ebe hemşirelerden öğrendikleri tespit edildi.

Çocukların aşidan sonra yan etkilerin olup olmama durumuna göre dağılımları incelendiğinde ise %82,2'sinde yan etki görüldüğü saptandı.

Çalışmamızda, anne eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey ve yerleşim yeri gibi faktörlerin bağışıklama konusundaki bilinçlilik düzeyini etkilediği görülmüştür. Bağışıklama da istenen hedeflere ulaşmada bu faktörlerin düzeltilmesi etkili olacaktır. Ancak; bu faktörlerin düzeltilmesinin yanında anne ve çocuk modern hemşirelik yaklaşımlarıyla bir bütün olarak ele alınmalı, eğitim ve sağlık ihtiyaçları tespit edilmelidir. Tespit edilen bu ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik yaklaşımlarının planlanmasının annenin bilinçlilik düzeyini dolayısıyla çocuk sağlığı düzeyini yükselteceği kanaatindeyiz.

Anahtar Sözcükler: Anne, aşı, bağışıklama, çocuk, hemşire.

SUMMARY**Evaluation of the knowledge, attitude and behaviors of the mothers with 0-59 months children about immunization living in the region of İnönü Village Clinic in Eskişehir.**

In this study, evaluation of the knowledge, attitude and behaviors of the mothers with 0-59 months children about immunization is aimed.

This sectional study was performed after permission of the City Health Management in İnönü Central Village Clinic between the dates of 1 July 2005-31 May 2006. In the study, it is targeted to reach of the mothers with 0-59 months children in İnönü Central Village Clinic region without using sampling method. The data of the study were collected by interviewing face to face method and filling the prepared inquiry forms. For statistic analysis of the dates, q-square test was used. $P < 0,005$ was used as meaning fulness level.

In the study 81,8% of the targeted population was reached (303 mothers).

98,3% of the children were vaccinated completely when vaccination rate was evaluated according to the months . It is detected that, 89,8% mothers in town centers and 75,0% of the mothers in villages vaccinated their children on time ($P=0,001$); while late vaccination rate of mothers with primary or less education was 21,9%, this rate was 7,9% ($P=0,02$) in mothers with high school or university education.

When the point system formed according to the answer of questions arranged in order to detect the knowledge levels of mothers about immunization was evaluated, it was detected that 95,8% ($P < 0,001$) of mothers with high school and university education 61,3% mothers living in town centers, 79,9% of working mothers, 56,3% of mothers with child or two children, 95,8% of mothers with monthly income above poorness level and 89,6% of mothers bringing their children in order to be followed continually for growing and development took 50 and higher points.

When the knowledge of mothers with awareness of the performed vaccine was evaluated, the rate for conscious ones were 39,9%. It was detected that 64,8% of conscious ones brought by midwife nurses.

After vaccination, when distribution of the children according to being affected from the side effects were examined the rate of side effects detected was 82,2%.

In our study, it is determined that factors such as education level, working status, economic level, settlement place of the mother affected level of consciousness of immunization. In order to reach the desired targets about immunization, arrangement of this factors will be effectual. On the after hand, arrngement of this factors and mother and children should be evaluated as a whole by modern nursing approaches, so education and health recessities must be detected. In our opion, in this circumtance of the detected necesseties, planning of the nursing approaches will increase the level of consciousness of the mothers and so the level of the children health.

Keys Words: Mother, vaccine, immunity, child, nurse.

1.GİRİŞ

Bireylerin verimli bir yaşam sürdürebilmeleri için, iyi beslenmeleri, sağlıklı olmaları, eğitilmeleri, meslek sahibi olmaları ve mesleklerini sürdürmeleri gereklidir. İnsan faktörü özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli yatırımdır. Sağlıklı, eğitilmiş, yeteneklerinin tümünü kullanabilen birey o ülkenin en büyük potansiyelini oluşturur (1).

Çocuklar, özellikle 0-5 yaş grubu, sağlık yönünden toplumun en duyarlı kesimini oluşturur. Çocukların sağlık düzeyi toplumun sosyo-ekonomik koşulları, kültür düzeyi, çevrenin hijyenik koşulları ve sağlık hizmetlerinin niteliği ile yakın ilişki gösterir (2). Sağlıklı kuşakların yetiştirilmesi için çocukların anne sütü alması, sağlıklı beslenmesi, bulaşıcı hastalıklardan korunması için bağışıklama gereklidir.

Bağışıklama ile gerek bireysel, gerek toplumsal primer koruma gerçekleştirilebilir, bunun amacı aşılansız bireylerde yalnız hastalığı engellemek değil aynı zamanda yaygınlaştırılmış bir aşılama programı ile bazı hastalıkların ortadan kaldırılmasıdır (1,3).

Hemşireler eskiden beri, koruyucu ve tedavi edici sağlık kuruluşlarında bağışıklama hizmetini sürdürmektedirler.

Son yıllarda benimsenen çağdaş hemşirelik modelinde artık çocuk sağlığı konusunda da tedavi kurumlarından çok, koruyucu sağlık hizmet kurumlarına yoğunlaşarak ailelerin ve özellikle de annelerin katkı ve katılımı ile ekip hizmeti biçiminde çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmektedir. Hemşireler, çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama programlarının planlanmasında, bu programların yürütülmesinde, hekim dışı sağlık personelinin denetleme ve yine aşılama işlevlerinde doğrudan görev almaktadırlar.

Tıp alanında meydana gelen gelişmeler birçok enfeksiyon hastalığının aşılama yoluyla önlenabilir hale gelmesini sağlamıştır. Etkili aşılama programı ile gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyon nedeniyle ölüm oranlarında belirgin azalma görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1974 yılında 'Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı uygulamaya koyması ile aşılama öncesi döneme göre global olarak poliomiyelit, kızamık vakalarında ve neonatal tetanos ölümlerinde ciddi düşüşler görülmüştür (2,3).

Sağlıklı nesiller için sağlıklı çocukların önemini kavrayarak ve ‘ Korunma tedaviden üstündür’ ilkesi gözetilerek çocukluk çağı bağışıklama programlarının gerçekleştirilmesi ve annelerin çocuk sağlığı ile temel sağlık konularında bilinçlendirilmesinin çocuk sağlığına olan katkısı büyüktür.

Biz çalışmamızda; çocukluk çağı bağışıklama programlarının doğru, yeterli ve güvenilir uygulanabilmesi için büyük öneme sahip olan annelerini bağışıklama konusunda ki bilgi, tutum ve davranışlarını etkileyen sosyo-demografik özelliklerin ve sağlık ocağından düzenli olarak alınan hemşirelik hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

1.1. AŞI VE BAĞIŞIKLAMA

1.1.1. BAĞIŞIKLAMA

Belirli antijen özelliğindeki maddeler vücuda ilk verildiklerinde yanıt bir süre sonra olduğu halde, ikinci kez verildiklerinde ise bu antijene karşı hemen yanıt ortaya çıkmaktadır. Bir çok mikrobun veya bunların ürünlerinin vücuda verilmesi sonucunda oluşan yanıtta dolayı bu mikropla aynı vücutta hastalık oluşmaz veya oluştuğunda hafif seyreder. Bu enfeksiyon etkeninin vücuda verilmesiyle oluşturulan bu direnç durumuna immunizasyon veya bağışıklama denir (1).

Bağışıklama, bebekleri, çocukları yada erişkin bireyleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılıyarak, bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütölen bir sağlık hizmetidir (2).

1.1.1.1. Bağışıklamanın Tarihçesi

Tarihte, aşılama çabaları enfeksiyon ve immünoloji alanlarındaki gelişmelerden daha önce başlamıştır. Bilinen ilk aşı uygulaması M.Ö. 590 yılında Jung Hanedanında Çiçek Hastalığı geçirenlerin lezyonlarından, bambu çubukları ile alınan pürölan materyalin sağlıklı kişilerin burun mukozasına sürölmesi ile yapılmıştır. Ancak ilk sistematik bağışıklamayı 1796 yılında Edward Jenner Çiçek hastalığına karşı başlatmıştır.

Aşılama ile ilgili ayrıntılı gelişmeler ancak 1985 yılında Pauster'un bir köpek tarafından ısırılan Joseph Meister ile karşılaşması ve tarihte ilk olarak tavşan omuriliğinde költürö yapılan ve köpeklerde etkinliği kanıtlanmış bir aşı kullanıp, ısırık sonrası kuduz tedavisinde kullanmasıdır. Böylece Pausteur sadece enfeksiyon hastalıklarının kaynağını keşfetmekle kalmayarak, mikropların zayıflatılmış, hastalık yapmayacak hale getirilmiş şekilde kişiye verilmesiyle, kişinin enfeksiyon hastalıklarından korunabileceğini kanıtlamıştır. Bu uygulama şekliyle, kişilerde aktif güvenilir ve uzun süre devam eden bir bağışıklık mümkün olmuştur (3).

Çiçek aşısından sonra geliştirilen aşı boğmaca aşısı olup bu aşı ile ilgili ilk sonuçlar 1923 yılında yayınlamıştır. Bu tarihten sonra difteri, tetanoz toksoidi, BCG

keşfedilmiş ve 1950’li yıllarda çocuk felcine karşı iki aşı kullanılmaya başlamıştır. Bu hastalıklardan çiçek hastalığı dünya çapında yaygın aşılama çalışmaları sonucunda 1977 yılında eradike edilmiştir.

1974 yılına kadar dünyada resmen kabul edilmiş, pratik uygulanabilir sistematik immünizasyon skalası yoktu. Çiçek hastalığının eradikasyonunu takiben 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütüncü “Genişletilmiş Bağışıklama Program (Expandet Programme on immunizatian)” oluşturulmuştur. GBP sayesinde bugün çocukların %80’i yaşamlarının ilk yılında çocukluk çağı hastalıklarından korunmaktadır (4).

1981 yılında DSÖ’nün önerdiği ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’na kabul edilen “1990 yılına kadar tüm çocukların altı bulaşıcı hastalığa karşı aşılması” hedefi Türkiye’de de benimsenerek GBP ’na başlanmıştır. Bu altı hastalık difteri, boğmaca, tetanos, polio, kızamık ve tüberkuloz’dur. 1998 yılında bu şemaya hepatit B de eklenmiştir.

Bağışıklık Danışma Kurulu’nun (BDK) 02.09.2005 tarihli kararında aşı takviminden kızamık aşısı kaldırılarak MMR ve hib aşısı eklenmiştir, ancak aşılarda temininde karşılaşılan sorunlar dolayısıyla halen eski aşı takvimi uygulanmaktadır.

Türkiye’de çocukluk çağı hastalıkları içerisinde, aşıyla önlenbilir hastalıklar maalesef hala önemli bir sorundur. Bununla birlikte mortalite oranları düşüktür. 0-5 yaş arasında morbidite yüksek iken GBP’nin 1985 yılında uygulamaya başlanmasıyla aşıyla önlenbilir hastalıklarda morbidite önemli oranda azalmıştır (5).

Bağışıklama hizmetlerinin temel amaç, toplumda özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunabilir hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve sakatlıkları önlemektir. Bu amaca ulaşmada en temel strateji; çocukların hastalığa hassas olduğu en erken dönemde aşılama programına başlanarak en kısa zamanda programımızda yer alan hastalıklara karşı bağışık hale getirilmeleridir. Bu ise çocukların rutin aşı takvimine uygun yaş ve aralıklarla aşı kapsamına alınması ile sağlanabilir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı’na belirlenen bağışıklama hizmetleri ile ilgili hedefler;

- Sıfır yaş grubunda, her bir antijenle %95 oranında aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak.

- Sıfır yaş grubunda bebeklerin % 90'ını 12. aya ulaştıklarında tam asılı hale getirmek.
- 5 yaş altı aşısız yada eksik aşılı çocukları tespit edip aşılama.
- Okul çağı çocukların rapel aşılarını tamamlamak.
- Gebelerin en az %80'ini tespit ederek, tamamını tetanosa karşı bağışık hale getirmek
- Poliomyelitin yeniden ortaya çıkmasını engellemek.
- Meternal ve neonatal tetanozu elimini etmek
- Kızamık eliminasyon programı çerçevesinde 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü yok etmek
- Difteri, boğmaca, hepatit B ve verem hastalıklarını kontrol altına almaktır.

Bu hedeflere ulaşmada aşılama hizmetleri herkese ulaşılabilir şekilde ve rutin hizmetler içinde sunulmalı, gerekli durumlarda hızlandırma (sabit ve gezici ekipler oluşturarak), yerel aşı günleri, kampanya gibi ilave aktiviteler ile desteklenmelidir.

Polio mop-up kampanyaları (1997) ve Polio Ulusal Aşı Günleri (1998) sayesinde son Polio vakamız 1998 yılında görülmüş olup 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi "Poliodan Arındırılmış Bölge" sertifikası verilmiştir. Ancak polio dünyada henüz eradike edilemediği için rutin aşı takviminde bulunmaktadır.

Türkiye 2002-2010 yıllarını kapsayan "Kızamık Eliminasyon Programı" başlatılmıştır. Bu kapsamda 2003-2005 yıllarında gerçekleşmiş Kızamık Aşı Günleri'nde kızamığa hassas yaş grubumuz olan 9 ay-14 yaş grubundan toplam 18.216.757 (% 94,6) kişi aşılanmıştır. Türkiye'de yaşayan her 4 kişiden biri aşılanmıştır ve böylece Avrupa'da yapılan en büyük hedef nüfuslu kampanya olmuştur (6).

1.1.1.2.Bağışlama Tipleri

Aktif Bağışlık

Aktif immünizasyon yada diğerk bir deyişle aşılama, mikroorganizmanın tamamının ya da belirli işlemlerden geçmiş parçalarının canlılara verilmesi ile onlarda önemli bir sorun oluşturmadan, doğal enfeksiyon sonrası oluşan bağışık yanıtı benzer yanıt alınmasıdır (7).

Mikroorganizmalar veya bunların ürünleri ile ilişki kuran bir canlıda belli bir süre sonra ortaya çıkan ve onu bu mikroplara karşı koruyan hücresel ve hüremoral tipte bağışık yanıt olaylarından oluşan bağışıklıktır (8).

Aktif bağışıklamada olay bir antijenin vücuda verilmesiyle organizmaya kendi antikorunu üretme olanağı sağlamasıdır (9).

Aktif bağışıklık ya mikrobik hastalıkların geçirilmesiyle doğal olarak kazanılır yada mikroorganizmalardan hazırlanan aşılaların uygulanmasıyla yapay yolla kazandırılır (8).

Aktif Bağışıklama ;

a) Koruyucu antikorlar yavaş olduğundan pasif bağışıklamadan daha geç koruma sağlar.

b) Uzun bir bağışıklık süresi sağlar ve yeni uyarımlarla bağışıklığın süresi ve kuvveti artırılır (10).

Pasif Bağışıklama

Pasif bağışıklama, daha önce mikropla veya ürünleriyle karşılaşmış ve aktif bağışıklık kazanmış bir organizmadan alınan özgül bağışık yanıt ürünlerinin (örneğin özgül antikorların) korunmak istenen bir başka kişiye verilmesiyle, dolaylı yoldan elde edilen bağışıklıktır (8).

Pasif bağışıklamanın 2 özelliği vardır.

a) Hemen koruma sağlar.

b) Verilen antikorlar hızla katabolize olduğundan birey tekrar duyarlı hale gelir (10).

Aşılama ve bağışıklama (immunizasyon) sıklıkla birbirinin yerine kullanılan terimlerdir. Aşılama aşı veya toksin uygulanması ile sağlanırken, immunizasyon aktif veya pasif herhangi bir şekilde oluşturulan bağışıklığı anlatmak için kullanılır. Aşılama ile mutlaka immunizasyon sağlanmaz. Aktif immunizasyonda değişik şekillerde antijen verilmesiyle bağışık sistemin uyarılması sağlanırken, pasif immunizasyon bağışık yanıt ürünlerin verilmesi ile geçici koruma sağlanır (1).

1.1.2. AŞI

Zayıflatılmış veya inaktif hale getirilmiş etken süspansiyonuna aşı adı verilir.

Aşı bağışıklığı uyarmak ve enfeksiyon hastalıklarını veya sekellerini önlemek için kullanılan canlı (genellikle zayıflatılmış) inaktif mikroorganizmalar (bakteri, virüs, riketsiya) veya antijenik parçaların süspansiyonudur (11).

1.1.2.1. Aşıların Bileşimi

Aşıların içeriğinde bulunan bazı maddeler şunlardır ;

- 1) Temel Antijen : Bakterinin tümü, bakteriyel ürünler, virüs veya yapısal elemanları
- 2) Kaynağın ürettiği antijenleri viral partiküllerle taşınan konak dokusundaki proteinler ve deriveleri
- 3) Değişime uğramış antijenler : Virüs ürettiği veya enfekte ettiği hücrede denatüre olan protein ve protein ürünleri
- 4) Proservatifler stabilize edici maddeler : Başka maddelerin üremesini önleyen veya antijeni stabilize eden kimyasal maddelerdir. Thimerasal ve gliserin.
- 5) Antibiyotikler : Virüs aşıları vasatta üretilirken eklenir.
- 6) Menstruum : Süspansiyon veya solüsyon halindeki aşının tuz veya doku kültür ortamında oluşan sıvısı.
- 7) Bilinmeyen ve istenmeyen maddeler : Aşı hazırlanırken gösterilen titizliğe rağmen aşıda virüs veya diğer antijenler bulunabilir.

8) Adjuvanlar : Antijenik niteliğini artıran Alum, Aliminyum Fosfa veya Aliminyum Hidroksiz gibi maddeler. Adjuvan ayrıca antijenin depo edildiği bölgede kalıp yavaş yavaş salınımını sağlar (3).

1.1.2.2. Aşı Türleri

a) Canlı (Attenüe) Aşılar : Mikroorganizmalar atenuë edilerek hastalandırıcılık yetenekleri yok edilir. Ancak konakta üreme yetenekleri geçici olarak devam eder. Attenüasyon patojen bir bakteri veya virüsün anormal kültür koşullarında uzun süre üretilmesi ile sağlanır. Örneğin; basillus Calcimette Guerin (BCG) aşısı, 13 yılda 230 kez yapılan pasajlar sonucunda Mycobacterium bovis'in yüksek yoğunlukta, safra içeren ortamda üretilmesi, tüm virülansını yitirmesi ile hazırlanır (12,13).

Attenüe canlı bakteri aşıları; tüberküloz, tifo, kolera aşıları, attenüe canlı virüs aşıları ise polio sabin aşısı, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, çiçek, suçiçeği, sarı humma, adenevirüs ve varicella aşılarıdır (14).

Attenüe aşıların önemli iki avantajı vardır. Birincisi aşı içeriğindeki mikroorganizma konakta ürediğinden, doğal infeksiyonun daha hafif formu gerçekleşir ve hem humoral hem de hücrel bağışık yanıtı indüklerler. İkincisi de bu aşılar da sıklıkla tek bir doz yeterli olur, tekrar dozlarına gerek kalmaz. Fakat bu kurala bir istisna olarak poliovirüsün üç kökenini içeren Sabin aşısı üç doz şeklinde uygulanarak her üç kökene karşı bağışıklanma sağlanır.

Ancak canlı aşıların virulan forma tekrar dönebilme olasılığının olması önemli bir dezavantajdır. Bu aşıların bir diğer olumsuz yanı ise aşının başka mikroorganizmalarda kontamine olma riskidir. Ayrıca bu aşılar; seyrek olarak doğal infeksiyonlarda görülen bazı komplikasyonlara yol açabilirler (15).

b) Cansız (inaktive) Aşılar : Mikroorganizmaların, ısı veya kimyasal yollarla inaktive edilmesiyle hazırlanan aşılarıdır. Bu işlem sırasında, mikroorganizmanın yüzey antijenik yapısının korunmasına özen gösterilmesi gerekir. Isı ile inaktivasyon, protein yapıda aşırı harabiyete yol açtığından pek tercih edilmez. Formaldehit veya çeşitli alkilleyici ajanlarla yapılan kimyasal inaktivasyon bu

nedenle daha başarılıdır. Bu aşı tipine örnek olarak , Salk poliovirüs aşısı ve inaktive tam virüs içeren influenxa aşısı verilebilir.

Canlı aşıların aksine, bu aşılar da rapel doz gereklidir. Ölü aşılar, humoral antikor yanıtını oluşturur, canlı aşılar a göre hücrenel bağışık yanıt ve sekretuar Ig A yanıtını oluşturmada daha az etkindirler. Ölü mikroorganizma içermelerine rağmen birtakım riskleri vardır. Yetersiz inaktivasyon sonucu Salk tipi poliovirüs aşısı poliomyelitte, boğmaca aşısı ise ensefalite neden olabilir (16).

c) Toksoid (Anatoksin) Aşılar : Difteri ve Tetanos gibi primer toksik hastalıklar için hazırlanan aşılar bu etkenlerin anatoksinlerinden ısı ve formal işlemleri ile elde edilmiş, toksoid aşılar dır. Verdikleri bağışıklık antikorların etkisine dayanır.

Aşıların yapıları ile ilgili bu ayırım dışında aşı türleri ile ilgili olarak karma aşılarından söz etmek gerekir.

d) Karma Aşılar : Ölü bakteri aşılarından bir kaç, toksoid aşılarından iki üç tanesi ise birbirleri ile karıştırılarak kullanılabilirler gibi bir kısım anatoksinlerle bazı ölü bakteri aşılarının karıştırılmasından da karma aşılar oluşturulabilir. Bu tür aşılarla enfeksiyon adeti azalırken, ayrıca zamandan da tasarruf sağlanır ve aşıların tek tek uygulamasına göre daha fazla bağışıklık da elde edilir. Difteri + Tetanoz + Boğmaca bu tür karma aşılar için başlıca örnektir (12).

1.1.2.3. Türkiye’de Rutin Aşı Takvimi

Ülkemiz çocuklarına uygulanan primer aşılama hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmakta ve yürütölmektedir. Ülkenin ekonomik zorlukları nedeni ile maalesef bakanlık tarafından yürütölen bu takvimdeki aşı sayısı kısıtlıdır. Maliyeti ucuz olan bu aşılar, ücretsiz olarak yapılmakta; rutin aşı takviminde olmayan aşılar çocukların aileleri tarafından temin edilip yapılmaktadır (17).

Türkiye de kullanılan çocukluk çağı rutin aşı takvimi (sağlık Bakanlığının uyguladığı) ilgili bilim dallarındaki uzman kişilerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu’na oluşturulmaktadır. Ülkemizde uygulanan aşı programı şekil 1’de gösterilmiştir.

Bağışıklama Danışma Kurulu 02,09,2005 tarihli toplantısında alınan kararlarla Kızamık aşısının MMR olarak 13.ay, ilköğretim I. ve VIII. sınıfta olmak üzere üç doz, Hib aşısı 2.,3.,4., ay sonu ve 16-24 ay arası olmak üzere 4 doz olarak rutin aşı şemasına eklenmiştir. Ancak T.C Sağlık Bakanlığı'nın aşıları teminde yaşadığı sıkıntı nedeni ile hala eski aşı şeması kullanılmaktadır. Kullanılan şemede ise kızamık 13. aya çekilmiştir.

	Doğum	2. ayın sonunda	3. ayın sonunda	4. ayın sonunda	13. ay	16-24 ay	1.sınıf	8.sınıf
BCG		I					R	
DDT		I	II	III		R		
OPV		I	II	III		R	R	
Kızamık					I		II	III
Hepatit B	I	II			III			IV
Td							*	*

Şekil 1: Rutin Aşı Takvimi(18)

Td: Erişkin tip tetanoz

1.1.2.4. Rutin Aşı Takviminde ki Aşılar

BCG

BCG aşısı, 1908 yılında Pastör Enstitüsü'nde Calmette ve Guerin tarafından tüberküloz basilinin “ Mycobacterium bovis” suşundan pasajlarla virulansı azaltılarak hazırlanmış canlı bir aşıdır. Yayınlanmış BCG aşı çalışmalarına dayanarak yapılan son meta-analizler BCG aşısı virülen tüberküloz basili ile olabilecek enfeksiyona karşı vücut direncini büyük ölçüde artırdığını göstermiştir.

BCG aşısı uygulandığında oluşan enfeksiyon aşılama yerinden lenfatik sistem yolu ile bölgesel lenf bezlerine yayılır ve immünite oluşur. BCG'nin etkinliği en çok dissemine tüberküloza karşıdır ve çeşitli çalışmalarda % 0-80 arasında olduğu

saptanmıştır. Ayrıca BCG aşısı, milier tbc menenjitisi gibi ağır komplikasyonların gelişmesini azaltır. Aşının en büyük sakıncası, hastalığın tanısında kullanılan tüberkülin testinin değerini azaltmasıdır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde aşının uygulamadan kaldırılması yoluna gidilmiştir.

Ülkemizde intradermal enjeksiyon yöntemi ile 0,1 ml'sinde 0,1 mg attenüe M.bovis içeren BCG aşısı sol deltoid bölgeye uygulanmaktadır. Aşının dozu süt çocuğu için 0,05 ml, büyük çocuk için 0,1 ml'dir. Aşı yapıldıktan sonra deri üzerinde 6-8 mm çapında papül oluşur. 15-20 dakika sonra papül kaybolur. 2-6 hafta sonra aşı yerinde küçük bir papül belirir, giderek büyür, ülser olur, kabuklanır ve 3. ayın sonunda skar oluşur. Gelişen immün reaksiyon aşından 8-12 hafta sonra tüberkülin testi ile değerlendirilir. Reaksiyon görünmezse aşı tekrarlanır.

Tüberkülin testi PPD ile yapılır. BCG'ye bağlı tüberkülin reaksiyonu genelde 5-9 mm arasındadır. Nadiren 15 mm'yi geçer ve aşılardan sonraki ilk yılda en büyük reaksiyonu gösterir. Üçüncü yıldan sonra 10 mm üzerindeki değer tüberküloz hastalığını düşündürmelidir.

BCG aşısı, DBT ve Polio aşıları ile birlikte yapılabilir. Kızamık ve kabakulak aşıları geçici olarak hücrel immün yanıtı baskılayabileceğinden birlikte yapılmamalı ve bir ay ara verilmelidir (18).

DBT Aşısı

Aşı, ölü bardetella pertussis süspansiyonuyla difteri ve tetanoz toksoidlerinin steril karışımıdır. Aşı hazırlanış şekline göre 0,5 ml yada 1 ml olarak deri altına yada kas içine yapılır. 4-8 hafta ara ile uygulanan üç dozdan sonra, dördüncü doz bir yıl sonra uygulanarak, okul öncesi yıllarda yeterli antikor düzeyinin devam etmesi sağlanır.

Difteri bağışıklığı mikroorganizmanın faregeal taşıyıcılığını önlemez, ancak hastalığın oluşumunu ve hastalığın ağır seyretmesini önemli derecede azaltır. Uygun aşılanmış kişilerde antitoksin titreleri on yıl veya daha uzun süre koruyucu düzeyde devam eder.

Son yıllarda sıklığı azalmakla birlikte tetanoz halen önemli bir sorundur. Tetanoz sporları yeryüzünde, özellikle pis çevrelerde çok yaygındır. Bu nedenle tetanoza karşı bağışıklama, yaş göz önüne alınmaksızın herkes için gereklidir.

Tetanoz toksoidi çok iyi bağışıklık sağlayan bir ajandır. Tam aşılınmış kişilerde koruyuculuğu 10 yıl devam eder.

Boğmaca vakalarının çoğunu süt çocukları oluşturmaktadır. Bu durum boğmaca aşısının yaşamın erken döneminde uygulanmasının en önemli nedenidir. Yan etkileri az olan aşının bağışıklama oranı yüksektir. Boğmaca hastalığının sıklığı ve ağırlığı yaşla azaldığı, buna karşın aşının yan etkileri yaşla arttığı için yedi yaşından büyüklere rutin boğmaca bağışıklığı önerilmez (10).

Polio Aşısı

Poliomyelit özellikle ılıman iklim kuşağındaki gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Poliomyelit aşıları 30 yılı aşkın süredir uygulanarak koruyucu sağlık hizmetleri alanında en başarılı sağlık programını oluşturur (19).

İki tür poliomyelit aşısı vardır. Biri ağızdan verilen canlı virüs aşısı, diğeri enjeksiyonla verilen inaktive (öldürülmüş) virüs aşısıdır. Bu aşılardan ilk uygulamalarının yapıldığı 1950'li yılların sonlarında, hangisinin daha güvenilir ve etkin olduğu yaygın şekilde tartışılmıştır. Günümüzde, her iki aşının da etkin ve güvenilir şekilde olduğu kabul edilmekle birlikte, oral aşı daha fazla önerilmekte ve daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

a. Ağızdan uygulanan daha kolay ve basit olup herkes tarafından yapılabilmektedir.

b. Ağızdan verilen aşının maliyeti daha ucuzdur.

c. Ağızdan aşı verilen çocuklarda hem barsaklarda hem de kanda antikorlar oluşur. Barsaklarda oluşan antikorlar ve şu yada bu şekilde vücuda girebilen doğal çocuk felci virüsü haftalar boyunca dışkı yolu ile atılır. Çevre sağlığı koşullarının iyi olmadığı toplumlarda bu aşı virüsü çevreye yayılarak, bir tür ağız yolu ile aşılama sağlanmasına yol açabilir (13).

Ülkemizde OPV aşısı uygulanmaktadır. DBT ile birlikte 2.ayın sonunda başlanan aşı 4 hafta aralar ile üç kez tekrarlanır. 3. dozdan bir yıl sonra 4. doz, ilkokul birinci sınıfta 5.doz verilerek ömür boyu bağışıklanma sağlanmış olur (10).

Hepatit B Aşısı

Hepatit B hastalığı global olarak majör bir sağlık problemidir. Hepatit B virüsü ile oluşan kronik taşıyıcılık kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinomaya kadar değişik tablolara neden olur (13).

Hepatit B aşısı 20 yılı aşkın bir süredir 500 milyondan fazla kişiye uygulanmış koruyuculuğu yüksek, yan etkisi az, oldukça etkili ve güvenilir bir aşıdır. HBV enfeksiyon ile ilgili ölümlerin en az %85-90'ı aşı ile önlenmektedir. Hepatit B aşılması üç dozda yapılır ve tekrar doz gerektirmez. Hepatit B kansere karşı geliştirilen ilk aşıdır. DSÖ tüm ülkelere, Hepatit B aşısını rutin aşılama programlarına almalarını önermektedir. Hepatit B aşısının universal kullanımı ile kronik karaciğer hastalığı ve hepatosellüler karsinoma sonucu yüksek oranda olduğu tahmin edilen ölüm olgusu önlenilecektir (6).

Kızamık Aşısı

Kızamık salgınlar yapan, otit, pnömoni ve menenjit gibi ciddi komplikasyonlara sebep olan ciddi bir hastalıktır. Kızamık sonrası oluşan otit gelişmekte olan ülkelerde sağırlığın en önemli sebebidir. Dünyada her yıl 1,5 milyon çocuğun kızamıktan öldüğü tahmin edilmektedir. Kızamığın mortalite ve morbidite oranları göz önüne alındığında immünizasyonunun önemi ortaya çıkmaktadır (12).

Aşının uygulama biçimi konusunda dünya çapında bir standardizasyon yoktur. Aşının değişik ülkelerde değişik uygulama biçimleri mevcuttur. Ülkemizde 02,09,2005 tarihinde BDK, Kızamık aşısını ilki 12. ayda, ikinci doz ise ilkokul 1. sınıfta MMR aşısı olarak yapılması kararını almıştır. Ancak T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aşı temininde yaşadığı sıkıntı nedeni ile aşı halen kızamık aşısı şeklinde ve 12. ay ve ilkokul 1. sınıflara olarak iki doz şeklinde uygulanmaktadır (6).

Aşı önemli yan etkilere sebep olmaz. Hafif ateş ve aşidan 7-10 gün sonra döküntü görülebilir (12).

MMR Aşısı

Kızamığın ağır ve ölüme yol açan komplikasyonları, kızamıkçığın gebelik sırasında geçirilmesi sonucu bebeğe vereceği zararlar; kabakulağın erkeklerde

puberte döneminden önce geçirilmesinin fertilité üzerine olumsuz etkileri dikkate alındığında, bu bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır (20).

Kombine aşılama ile aynı aşılarından farklı olmayan serokonversiyon oranları elde edilmektedir. Her üç antijine birden cevap verme oranı % 96'dır. Kızamığa karşı % 97,2, kabakulağa karşı % 97,7, kızamıkçığa karşı ise %99,2 serokonversiyon elde edilmiştir. Aşı ile oluşan bağışıklık ömür boyu sürmektedir.

MMR aşısı subkutan uygulanır. Önemli yan etkilere neden olmaz. Daha çok kızamık aşısına bağı hafif ateş, aşıdan 7-10 gün sonra döküntü ve kızamıklık aşısına bağı lenfadenopati görülebilir (12).

Hemofilus İnflüenza Tıp b Aşısı

Hib, yaşamın ilk yıllarında görülen bakteriyel menenjenitin en önemli nedenidir. H. influenza kapsüllü ve kapsülsüz şekilleriyle özellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda çeşitli hastalıklar oluşturur (13). Hib aşısı 1990'da kullanılmaya başlamış ve 2002'de GAV, (Global Alliance for vaccines and immunization) aşılama programlarına desteklediğı geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde Hib uygulamasını başlatmıştır. Ailelerin satın alarak yaptırdığı Hib aşısı 02,09,2005 tarihi BDK kararı ile rutin aşı takvimine girmiştir (6).

Su Çiçeğı (Varicella) Aşısı

Suçiçeğı kabakulak ve kızamıkçığa oranla çok daha kolay bulaşabilen ve etkeni Varicella Zoster virüsü (VZV) olan papülo-veziküler bir hastalıktır. Varicella aşısı çocuklarda tek dozla %97, erişkin ve adolesanlarda ise tek dozla %82-90, ikinci dozla ise %97-99 antikör yanıtı sağlamaktadır. Dolayısıyla aşılama sonrası immüitenin erişkin yaşlarda azalması sonucu su çiçeğine yakalanma ve hastalığı daha ağır geçirme endişesi haklılık kazanmamaktadır.

Suçiçeğı aşısının 12-18. aylar arasında herhangi bir zamanda diğér aşılarla birlikte, (tercihen MMR ile) ve farklı yerlere tek doz; 18 ay-13 yaş arasında eğer geçirilmiş suçiçeğı öyküsü yoksa tek doz; 13 yaşından sonra ise eğer suçiçeğı geçirilmediyse 4-8 haftalık aralıklarla 2 doz halinde derialtına uygulanması önerilmektedir. Eğer aşı MMR ile aynı zamanda yapılmadıysa iki aşı arasında 1 ay süre olmalıdır (21-23).

1.1.3. AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLER (ASİE)

ASİE, “Aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi yada aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olaydır”. Aşı uygulamaları sonrası ortaya çıkan şikayetler çoğunlukla aşılardan yan etkisi olmayıp, uygulama hatalarından kaynaklanmaktadır. Uygulama yerinin yanlış seçimi, uygulamanın usulüne uygun olmaması gibi nedenlerle lokal reaksiyon yada genel yakınmalar oluşabilir. Aşı sonrası şikayetlerde, aşırı suçlamadan önce mutlaka uygulama hatası olup olmadığı sorgulanmalıdır (14). ASİE de nadir görülen ciddi reaksiyonlar şekil 2’de, sık görülen hafif reaksiyonlar ise şekil 3’te belirtilmiştir.

Aşı	Reaksiyon	Ortaya çıkış süresi	1 milyon dozda görülme sıklığı
BCG	-Süpüratif lenfadenit -BCG Osteiti -Sistemik BCG enfeksiyonu	-2-6 ay -1-12 ay -1-12 ay	-100-1000 -1-700 -2
DBT	-3 saatten fazla süren çığlık tarzında durdurulamayan ağlama -Konvülsiyon (nöbet geçirme) -Hipotenik hiporesponsif atak -Anafilaksi/şok -Ensefalopati -Guillian Barre Sendromu	-0-24 saat -3 gün -0-24 saat -0-1 saat -0-3 gün	-1000-60000 -570 -570 -20 -0-1
TOPV	-Aşıya bağlı paralizi (risk ilk dozda. Erişkinlerde ve immün yetmezliği olanlarda daha yüksektir.)	-4-30 gün (temaslılarda 4-75 gün)	- 0.70 (ilk doz) 0.11-0.16 (sonraki dozlarda) 0.13 (temaslılarda)
Hepatit-B	-Anafilaksi -Guillian-Barre Sendromu	-0-1 saat -1-6 hafta	-1-2 -5
Kızamık	-Febril konvülsiyon -Trombositopeni -Anafilaksi -SSPE (Subacute sclerosing panencephalitis) -Otizm	-5-12 gün -15-35 gün -0-1 saat	-333 -33 -1-50

Şekil 2: Bağışıklama Sırasında; Nadir Görülen, Ciddi Reaksiyonlar (24).

Aşı	Lokal reaksiyon (ağrı, şişlik, kızamıklık)	38 Co yi geçen ateş	Huzursuzluk kırgınlık ve sistematik belirtisi
BCG	% 90-98	-	-
DBT	% 50'ye varan	% 50'ye varan	~ % 50 varan
TT	~ % 10	~ % 10	~ % 25
TOPV	-	<%1	<%1
Hepatit B	Erişkinde %15 Çocukta % 5	-	
MMR Kızamık	10%	% 5-15	% 5 Döküntü

Şekil 3: Bağışıklama Sırasında Sık Görülen, Hafif Reaksiyonlar (24).

1.1.3.1. ASİE Nedenleri ve Başetme

Bağışıklama programları uygulanırken aşıya bağlı yan etkilerin olabileceği ancak aşı yapılmadığı takdirde hastalığın olabilecek komplikasyonlarının aileye açıklaması aşıya devam oranını önemli derecede artırır (23).

Düşünülenin aksine aşı içeriğinden kaynaklanan yan etkiler, aşının depolanmasının hazırlanması ve uygulanması sırasında yapılan hatalar sonucu oluşan yan etkilerden çok daha azdır.

Bu tür uygulama hatalarının en sık görülenleri ;

- Aşının fazla miktarda verilmesi
- Aşının uygun olmayan yerden ve yoldan yapılması
- Disposable enjektör ve iğne kullanılmaması
- Disposable enjektörlerin birden fazla kullanılması
- BCG ve kızamık gibi kuru liyojilize aşuların sulandırıcı miktarında hata yapılması
- Sulandırılarak kullanılması gereken aşular hazırlanırken yanlışlıkla başka ilaçla sulandırma yapılması
- Aşı veya sulandırıcının hazırlanma veya kullanım esnasında kontamine olması

- Aşıların hazırlanması esnasında yapılan hatalar, adsorbe aşıların (DBT, TD, Td) uygun bir şekilde çalkalanmadan enjektöre çekilmesi
- Aşıların hatalı depolanması veya saklanması
- Kontraenrikasyonlara dikkat edilmemesi
- Sulandırılarak kullanılan aşıların (DCG, Kızamık) kullanım süreleri sona erdikten sonra atılmayıp yeniden kullanılmaları
- Enjektör ve iğneleri uygun olmayan şekilde atılmalarıdır

Aşılarla karşı toplumda güven sağlanması aşı programlarının sürdürülmesi için çok önemlidir.

Her ülkede aşıların güvenli olmasını sağlayacak şekilde hem ülke genelinde geniş kapsamlı ve bu sistemin içerisindeki;

- Kullanılan aşıların güvenli olmasının sağlanması
- Enjeksiyonların güvenli yapıyor olmalarının sağlanması
- Yan etki bildirim sisteminin kurulması çok önemlidir (6).

Doğru uygulamanın yanında sık görülen bazı yan etkilere karşı alınacak tedbirler ve oluşan yan etkilerle baş etmeye yönelik hemşire aileyi bilinçlendirmelidir. Burada sık görülen bazı yan etkilerle evde ailenin kullanarak etkin olabileceği tekniklerden;

Ateş: Öncelikle aileye ateşin tanımı yapılmalı, termometre kullanımı öğretilmeli ve ateşin ölçülen bölgelere göre sınırları anlatılmalıdır. Ateşi tespit edildikten sonrada ateşle baş etmede evde kullanabileceği teknikler anlatılmalıdır. Bunlar;

- Ortam ısısı ayarlanmalı,
- İnce ve gevşek giysiler giydirilmeli,
- Bol sıvı verilmeli,
- Yeterli kalori alımı sağlanmalı,
- Ilık su ile pansuman veya banyo yapılmalı,
- Ayrıca aşıya gelmeden hemen önce ve sonrasında düzenli antipiretik kullanımı önerilmelidir (25).

Aşı Yerinde Şişlik: Aşı yerinde hafif reaksiyon ve şişlik görüldüğünde aileyi rahatlatmalı steril apsele soğuk uygulama ve aşı yerine alkollü pamukla masajın yeterli olduğu anlatılmalıdır. Ayrıca 3 günden sonra şikayetlerin azalmayıp artması durumunda bakteriyel apseye bağlı olabileceği düşünülerek bir sağlık kuruluşuna başvurusu gerektiği söylenmelidir (26).

1.1.4. AŞI KONTRAENDİKASYONLARI

Yakın zamanlara kadar değişik nedenlerle aşılamalara ara verilmekte idi. Son bilimsel çalışmalara göre, birçok aşı kontraendikasyonlarının tıbben geçersiz olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çok sayıda kontraendikasyona bağlı kalmanın aşılama hizmetlerini aksattığı görülmüştür. Bugün uluslararası tıp kuruluşlarınca geçerli görülen kontraendikasyonlar şunlardır ;

1. İmmün yetmezliği olanlarda canlı aşılar kontraendikedir. İmmünsüpresif tedavi (steroid, kemoterapi ve radyasyon) alanlarda aşı yapılmaması uygundur.

2. Bilinen bir aşı komponentine karşı ağır alerji öyküsü olanlara, canlı ve inaktive aşı yapılmaz.

3. Yumurta ve protein alerjisi olanlara, embriyonlu yumurta hücre kültüründe hazırlanan kızamık ve kabakulak aşıları uygulanmamalıdır.

4. İshali olan çocuğa poliovirüs aşısı uygulanabilir, ancak dört hafta sonra fazladan bir doz daha yapılmalıdır.

5. Konvülsiyon, 40°C ateş ve nörolojik semptom öyküsü olanlara DBT aşısı uygulanmaz, bunun yerine boğmaca komponenti çıkarılarak, aşılamaya pediatrik DT (difteri, tetanoz) aşısı ile devam edilir.

6. Diabet hastalarına genellikle aşı yapılmaz. Tifo aşısı kesinlikle yasaktır. Şekeri kontrol altına almak koşulu ile üç yaşından sonra polio aşısı yapılabilir (7).

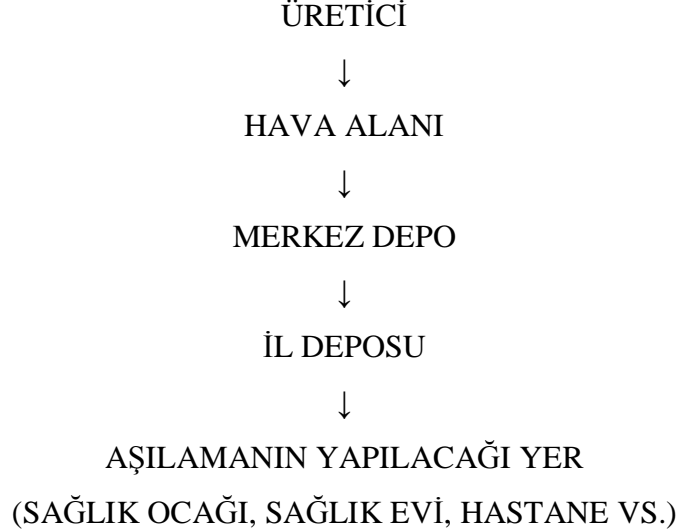
7. Kırk yaşından sonra tifo ve difteri, iki yaşın altında tifo ve sarı ateş, beş yaş üzerinde boğmaca ve dokuz yaş üzerinde difteri aşısı yapılmaz (11,15,16,27,28).

Ateşli hastalığı olanlara iyileşene kadar aşı yapılmamalıdır. Çünkü bu durum aşının yan etkilerinin hastalığın komplikasyonları ile karışmasına neden olabilmektedir. Ancak hafif üst solunum yolu enfeksiyonu gibi durumlarda yapılacak aşının geciktirilmesine, özellikle ateşin kontrol altına alınmasından sonra gerek yoktur (15).

Yaz aylarında aşı uygulanmaz inancı doğru değildir. DBT ve Kızamık aşısı ateş yapıyor diye sıcak günlerde aşı yapılmasından vazgeçmemelidir. Ancak aşı yapılırken aileye, ateşi yükselirse neler yapılması gerektiği konusunda yeterli bilgi verilmelidir (11).

1.1.5. SOĞUK ZİNCİR

Bağışıklamada en önemli faktör aşuların etkinliğini kaybetmeden aşılacak kişiye ulaştırılması ve uygulanmasıdır. Aşuların üreticiden bağışıklanacak kişiye kadar uygun şartlarda ulaştırılmasına “soğuk zincir” denir. Zincirin halkaları ise aşağıda görüldüğü gibidir (28).



Soğuk zincirinin kurulmasında insan, araç ve gereç faktörünün yanı sıra iyi bir organizasyon gerekir. Bir aşılama programı ne kadar başarılı olursa olsun soğuk zincir kurallarına uyulmazsa bütün emekler boşa gidecek ve trajik durumlar ortaya çıkacaktır (9).

Aşuların ısıya karşı dayanlıkları çok farklıdır. Örneğin, polio aşısı ısıya karşı çok duyarlı iken, tetanoz aşısı daha az duyarlıdır. Aşuların karşılaştıkları ısı derecesi arttıkça bozulma süreleri kısalır. Örneğin kızamık aşısı +5C°de etkinliğini bir yıl koruyabilmesine karşılık, +40C°de bir günde bütün etkinliğini kaybeder.

Aşular sıcaklığa karşı çok duyarlıdır, kısa sürede bozulurlar, aşı bir kez bozulduktan sonra yeniden soğutulsa bile eski etkinliğini kazanamaz.

Bu nedenle aşuların buz dolabına doğru yerleştirilmesi çok önemlidir (29,30).

1.1.6. BAĞIŞIKLAMANIN ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ

Bağışıklama, bireysel ve toplumsal açıdan çocukları; korunabilen enfeksiyon hastalıklarına ve bunların komplikasyonlarına karşı aktif ya da pasif bağışıklama ile bireyleri koruyarak genel sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılır .

Bağışıklama yoluyla elde edilecek çeşitli yararlar vardır. Bu yararlar, bağışıklamanın çocuk sağlığındaki yerini ve önemini belirler. Bağışıklama amacının gerçekleştirilmesinde rol oynayan yararlar şunlardır;

1. Bağışıklama yoluyla çocukların korunabilen enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaları önlenerek, hastalığın morbidite hızının düşürülmesi sağlanır.

2 . Enfeksiyon hastalıkları ve komplikasyonlarından doğan ölümler önlenir ve hastalıkların mortalite hızı düşürülür. Dolayısıyla çocuklarda mortalite düşer.

3. Çocuklarda, enfeksiyon hastalıklarının bırakabileceği sekellere engel olunur (Örneğin: Poliomyelitis’de olduğu gibi).

4. Hastalığın gebelikte geçirilmesi önlenerek, çocukta doğuştan olan bazı malformasyonlar önlenir (Kızamıkçık’ta olduğu gibi).

5. Bağışıklamanın toplumda uygun biçimde sürdürülmesiyle ve toplumun % 70’nin bağışık kılınmasıyla salgınların çıkmasına engel olunur. Enfeksiyon hastalıkları ile savaşta enfeksiyon zincirinin kırılmaması önemlidir. Bu yüzden sağlam kişiye yönelik önlemlerde zincirin bir halkasıdır.

6. Çocuklar, sık sık yinelenen akciğer enfeksiyon hastalıklarına engel olunarak, yetişkin yaşlarında ortaya çıkabilecek kronik obstruktif akciğer hastalıklarından korunur.

7. Bağışıklama uygulaması sırasında, çocuğun muayene ve büyüme gelişmesinin takip edilmesi olanağı doğar. Böylece, çocukta ve hatta ailede mevcut sağlık sorunlarının saptanmasına ya da daha ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek sorunlar için gerekli iyileştirici ve koruyucu önlemlerin alınmasına olanak sağlar.

8. Bağışıklama, enfeksiyon-malnütrisyon ilişkisini kırmak suretiyle, beslenme bozukluğu sorununa çözüm olanağı sağlar.

9. Bağışıklama ile hastalık önlediğinden, korunmanın tedaviden daha ucuz olması nedeniyle ekonomik kazanç sağlar.

10. Başışıklama sırasında anne ve çocuğa, gerekli konularda sağlık eğitimi vermek olanağı doğar (31,33).

1.1.7. BAĞIŞIKLAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Çocuk sağlığı hemşiresinin rolü sürekli olarak değişmektedir. Bu değişiklikler, sağlık ve tıbbi bakım alanında ki bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, kadın hareketlerinin etkisi, devletin çocuk bakımındaki rolünün artması ve hemşirelik mesleğindeki değişiklikler nedeniyle olmuştur.

50 yıl önce pediatri hemşireliği sadece hastanede yatan çocuğun bakımına yönelik iken günümüzde ise hemşirelikte hastaların ve kazaların önlenmesi, holistik sağlık görüşü ve çocuğun aile içindeki bakımı önem kazanmıştır (33).

Bağışıklamada iyi sonuç alınması, uygulamanın yapıldığı ülkelerin sağlık kuruluşlarının sayı ve olanaklarına, insan gücüne ve uygulanan sağlık sistemine bağlıdır (6).

Hemşireler öteden beri, koruyucu ve tedavi edici sağlık kurumlarında bağışıklama işlevlerini sürdürmektedirler. Florance Nightingale 1894’de ‘Önlenebilir hastalıklar sosyal suç olarak görülmelidir.’ diyerek hemşireliğin koruyucu tıp alanında ki çalışmalarına verdiği önemi vurgulamaktadır.

Bağışıklamanın sürdürülmesinde hemşirelerin rolleri enjeksiyon yapmaktan çok daha önemlidir. Hemşireler çalıştıkları ailelerle, aşılama hakkında ne gibi bilgilere gereksinimleri olduklarını daha kolay anlayabilirler. Başlangıçta hemşire ebeveyne çocuğun aşılmasını ifade edebilmek için, iletişim yeteneğini kullanmalıdır. Sağlam bir bilgi temeli iletişim yetenekleriyle desteklenmelidir. Ebeveynler çoğunlukla aile ve arkadaşlarından çelişkili öğütler alırlar. Bu bilgi, çoğunlukla yaşlı bilirkişilerin ve popüler insanların doğrultusundadır.

Çocukların bağışıklanmalarının etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için önceden etkili bir kayıt sistemi gereklidir. Her çocuğun bağışıklanma durumunu güncel olarak kayıt eden bir sistem ile hemşire, aşılamaya zamanında gelmeyen çocukları tespit ederek çok kısa bir zamanda aileye randevusunu hatırlatıp, çocuğu sağlık kuruluşuna davet eder (34) .

Ülkemiz sağlık sisteminde çocuklar; hastane, doğumevi, ana-çocuk sağlığı merkezleri, dispanserler, S.O’ları, özel hekim muayenehaneleri ve özel poliklinik gibi kuruluşlarca bağışıklanmaktadır.

S.O'ları ve diğer sağlık kuruluşlarında aşıların sağlanması ve gerekli aşı miktarlarının doz olarak ayarlanması hemşirenin görevidir. Aşılar, ambalajları üzerindeki belirtilen son kullanma tarihinden önce kullanılmazlarsa koruyuculuk değerlerini yitirirler. Bu nedenle sağlık ocağında gerekeceği kadar aşı bulundurulmalıdır. Hemşire bölgedeki nüfus ve tahmini doğum hızını hesaplayarak uygulanacak dozlara göre aşı isteminde bulunur (35).

Aşılar uygun saklanmadıkları ve taşınmadıklarında koruyuculuk değerlerini yitirirler. Aşıların nakil ve kullanımları sırasında soğuk zincirin bozulmadan saklanması hemşirenin sorumluluğundadır. Buzdolabın ısı derecelerini kontrol etmek, aşılama ekibine uygun koşullarda aşıları iletmek, şüpheli durumlarda aşıların etkinliğini ölçtürmek, gerekirse aşıları bir tutanakla birlikte ve resmi bir yazı ile İl Sağlık Müdürlüğü'ne göndermek hemşirenin görevidir.

Ebe ve hemşireler çalıştıkları bölgelerde gebe ve çocuklara yapılan tüm aşıları izlem kartları, kişisel sağlık fişleri ve çocukların aşı kartlarına aşıların yapıldığı tarihi işlerler. Ayrıca form 012'ye (aşı kayıt fişi) aşı yapılanların tek tek adları yazılır. Özellikle çocukların aşı kartların saklanması konusunda annelere eğitim vermelidir (36).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Türü

Kesitsel tipte araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Eskişehir ili İnönü ilçesi ve ilçeye bağlı 12 köyde, 01 Temmuz 2005-31 Mayıs 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni

Araştırma Evrenini İnönü Merkez Sağlık Ocağı bölgesindeki 0-59 ay çocuğu olan anneler oluşturmaktadır.

Bölge Bilecik İli'nin Bozüyük ilçesi ile komşu olup Eskişehir il merkezine 35 km uzaklıktadır. Bölgede ikamet etmekte olan aileler büyük bir kısmı yerli halk olmakla birlikte Erzurum, Bayburt illerinden göç almıştır.

İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 2005 ETF kayıtlarına göre nüfus 7670, 0-12 aylık çocuk sayısı 81 ve 13-59 aylık çocuk sayısı ise 364'tür (37). Sağlık Ocağında 5 doktor, 4 hemşire, 3 ebe ve 2 sağlık memuru görev yapmaktadır.

3.4. Araştırma Örnekleme

Araştırmada 01,03,2001-01,03,2006 tarihlerinde doğmuş olan tüm çocuk anneleri ile örnekleme yöntemi kullanılmaksızın görüşme yapılması planlanmıştır.

Ancak, 67 annenin beş yaş altı iki, 6 annenin ise üç çocuğu olması sebebi ile bu annelerin en küçük çocuğuna ait bilgiler değerlendirmeye alınmıştır. Böylece 0-59 aylık çocuk nüfusumuz 445 olmasına rağmen hedef nüfusumuz 370 anneden oluşmaktadır.

3.5 Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı ve İnönü Merkez Sağlık Ocağı ebe ve hemşireleri tarafından, anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak

toplanmıştır. Ebe ve Hemşireler araştırmacı tarafından anket formlarının doldurulması ile ilgili öğrenimden geçirilmiştir.

Belirlenen yaş grubundaki bütün çocuklara ait aşılama verilerinin elde edilmesi için, annelere eğer çocuğunun aşı kartı varsa göstermesi istenmiş karttaki aşılama soru kağıdına kaydedilmiştir. Ayrıca kartta belirtilmemiş herhangi bir aşının yapılıp yapılmadığı da annelere sorulmuştur. Çocuğun aşı kartı yok ise, BCG aşısı için skar bakılmış ve anneye her aşı için aşılama durumunu saptamaya yönelik sorular sorulmuştur.

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanmış olan annelerin, çocukların, babaların ve ailenin sosyo-demografik özellikleri ve annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik çeşitli sorulara yer verilmiş olan anket formu (Ek) kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çocukların aşılama oranlarının hesaplanmasında çocukların aylarına göre yapılması gereken aşılama baz alınmış, eksik aşısı olmayanlar tam aşı, ayına göre aşısı eksik olanlar ise eksik aşı olarak değerlendirilmiştir.

Aşıların zamanında yada geç yapılmış olmasında yine çocukların ayına göre tamamlanması gereken aşılama alınmış ve aşı tarihlerine aşı kartından bakılarak yada anne sorgulanarak zamanında yada geç yapılmış olanlar tespit edilmiştir. Ayrıca aşı tarihleri İnönü Merkez Sağlık Ocağı kayıtlarından da teyit edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde anket sorularından annelerin bağışıklama konusundaki bilgi düzeylerini ölçen 10 soru alınıp puanlama sistemi oluşturulmuş ve her bir soruya 10 puan verilerek 100 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Ankette soruların puanlanmasında doğru cevabı tek şık olan (1,3,4,5,13, ve 14) sorularda doğru şık işaretleyen annelere 10, yanlış şık işaretleyen annelere ise 0 puan verilerek değerlendirmeye gidilmiştir. Birden fazla doğru cevabı olan (2, 9,17 ve 18) sorularda ise;

2. soruda ‘Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için’ ve ‘Bağışıklığı güçlendirmek için’ şıklarından her birine 4’er puan ‘Hastalıktan sonra oluşabilecek sakatlıkları veya sağlık sorunlarını önlemek için’ şikkına 2 puan verilerek puanlama yapılmıştır. ‘Hepsi’ şikkını işaretleyenler ise bu sorudan 10 puan almışlardır.

9. soruda AIDS ve hepatit C şıklarına puan verilmemiş, Suçiçeği, menenjit şıklarının her birine 1,5’er puan verilirken diğer şıkların her birine 1’er puan verilmiş işaretlenen şıkların toplanmasıyla 10 puan üzerinden bu soru için değerlendirme yapılmıştır.

17. soruda ‘ Aşıya gitmeden yarım saat önce ve takip eden iki gün boyunca ateş düşürücü veriyorum’ ve ‘İlik duş aldırıyorum’ şıkları 4’er puan ve ‘Bol sıvı almasını sağlıyorum’ şikkı ise 2 puan olarak alınarak 10 puan üzerinden soru değerlendirilmiştir.

18. soruda ‘O bölgeye soğuk uygulama yaparım’ ve ‘O bölgeye kolonyalı pamukla masaj yaparım ‘ şıklarından her biri 5’er puan kabul edilmiş ve her ikisini de işaretleyenlere 10 puan verilmiştir.

13. ve 14.soruların sosyo-demografik özellikler ile çaprazlandığı tablolarda doğru cevap olarak 13. soru için ‘3 gün’ cevabı, 14. soru için ise ‘hemen’ cevabı ‘doğru cevap’ alınmış ve diğer yanıtlar ‘yanlış cevap’ olarak kabul edilmiştir.

16. ve 18. soruların sosyo-demografik özelliklerle çaprazlandığı tablolarda 16. soruda ‘Aşı öncesi ve sonrasında alacağım tedbirlerle aşı yan etkilerini mümkün olduğunca azaltmaya çalışıyorum’ şikkı, 18. soruda ise ‘O bölgeye soğuk uygulama yaparım’ ve ‘O bölgeye kolonyalı pamukla masaj yaparım ‘Yan etkilerle baş etmede ‘doğru metot’ kabul edilmiş ve diğer şıklar ‘yanlış metot’ olarak alınmıştır.

Anketimizin 8. sorusunun ‘Özel hastane , poliklinik, muayene’ şikkını bulgular kısmında ‘özel kurumlar’ diyerek tek başlık altında toplanmıştır.

Ailelerin aylık gelirlerini 2005 DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) verilerine göre gruplandırdık ve 4 kişilik bir ailenin gıda ve gıda dışı harcamalarını içeren 429 YTL yoksulluk sınırını baz alınmıştır (38).

Ülkemizde Hib ve MMR aşıları 02,09,2005 BDK’nca alınan kararlar rutin aşı takvimine girmiş ancak Bakanlığa ait bütçe sebepleri ile henüz uygulamaya geçememiştir. Bizde bu sebeple Hib ve MMR aşılarını özel aşı olarak kabul edip çalışmamızda böyle ele aldık. Bu aşılar piyasada yer almaktadır.

Çalışma verileri, tanımlayıcı istatistiksel metotlar ortalama, standart sapma, frekans vb. niteliksel verilerin karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Mevcut Olanaklar

Tez çalışması Eskişehir İli İnönü İlçesi Merkez Sağlık Ocağı'nın bölgesinde yürütüldüğü için bu kurumun kayıtlarından faydalanılmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırmada 67 annenin de evde bulunamaması yada araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeni ile toplam 303 anneye ulaşılabilmektedir. Böylece hedeflenen nüfusun %81.8'ine ulaşılabilmektedir.

3. BULGULAR

Tablo 3.1 Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		
Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
İlköğretim ve altı	232	76,6
Lise ve üstü	71	23,4
Yaş		
15-29	184	60,7
30 ve üstü	119	39,3
Meslek		
Ev Hanımı	277	91,4
Çalışan	26	8,6
Toplam	303	100,0

Araştırmaya katılan annelerin %76,6'sı ilköğretim ve altında (okuryazar değil, okuryazar, ilköğretim mezunu) eğitime sahiptir, annelerin yaşları 15-45 arasında değişmekte olup ortalama anne yaşı 28,47+4,9 olarak hesaplanmış ve %91,4'ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.2 Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	146	48,2
Erkek	157	51,8
Yaş (Ay olarak)		
0-12	73	24,1
13-59	230	75,9
Ailenin kaçınıcı çocuğu		
1.	96	31,7
2.	127	41,9
3.	59	19,3
4. ve üstü	21	7,1
Toplam	303	100,0

Araştırmada 303 anneye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların %51,8'i ise erkektir, yaşları 0 ile 59 ay arasında değişmekte olup ortalama çocuk yaşı $26,9 \pm 16,8$ ay olarak hesaplanmıştır. Çocukların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu incelendiğinde ise 1 ile 7 arasında değişmekte olup %41,9'unun ailenin 2. çocuğu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.3 Babaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		
Öğrenim	Sayı	Yüzde
İlköğretim ve altı	189	59,0
Lise ve üstü	114	41,0
Meslek		
Memur	39	12,9
İşçi	160	52,8
Serbest Meslek	91	30,0
Esnaf	12	4,0
İşsiz	1	0,3
Toplam	303	100,0

Araştırmaya katılan babaların %59,9'u ilköğretim ve altında öğrenime sahip ve %52,8'i işçidir.

Tablo 3.4 Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yerleşim Yeri		
İlçe merkezi	163	53,8
Köy	140	46,2
Aylık Gelir		
<Yoksulluk Sınırı	98	32,3
>Yoksulluk Sınırı	205	67,7
Çocuk Sayısı		
1-2	213	70,3
3 ve üzeri	30	29,7
Toplam	303	100,0

Araştırmaya katılan ailelerin %53,8'i ilçe merkezinde ikamet edip %32,8'si yoksulluk sınırı altında aylık gelire sahiptirler. Ailelerin sahip oldukları çocuk sayısı ise 1-7 arasında değişmekte olup ailelerin ortalama çocuk sayısı 2,1+1,06 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.5 Çocukların Aylarına Göre Aşılama Durumlarının Dağılımı

Aşılama Durumu	Sayı	Yüzde
Tam Aşılı	298	98,3
Eksik Aşılı	5	1,7
Toplam	303	100,0

Çocukların aylarına göre aşılama durumları incelendiğinde %98,3'ünün tam aşılı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.6 Aşıların Yapılma Zamanının Ailelerin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Aşıların Yapılma Zamanı						P
	Zamanında		Geç		Toplam		
Yerleşim Yeri	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlçe merkezi	146	89,5	17	10,5	163	100,0	0,01
Köy	105	75,0	35	25,0	140	100,0	
Toplam	251	82,8	52	17,2	303	100,0	
Anne Eğitimi							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	157	78,1	44	21,9	201	100,0	0,02
Lise ve üzeri	94	92,1	8	7,9	102	100,0	
Toplam	251	82,8	52	17,2	303	100,0	
Aylık Gelir							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
< Yoksulluk Sınırı	77	78,6	21	21,4	98	100,0	0,173
> Yoksulluk Sınırı	174	84,8	31	15,2	205	100,0	
Toplam	251	82,8	52	17,2	303	100,0	

Aşıların yapılma zamanının ailelerin yerleşim yerine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir (P=0,01). İlçe merkezinde oturanların %89,5'i çocuklarının aşısını zamanında yaptıırken köy de oturan annelerin %25,0'i çocuklarını geç aşılatmaktadır.

Aşıların yapılma zamanının anne eğitimine göre istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği bulunmuştur (P=0,02). Lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin %92,1'i çocuğunu zamanında aşılatırken ilköğretim ve altında eğitime sahip annelerin ise %21,9'unun çocuğunu geç aşılatığı tespit edilmiştir.

Aşıların yapılma zamanının aile aylık gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan bir farklılık tespit edilmemiştir (P=0,173).

Tablo 3.7 Annelerin Aldıkları Puanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Puan						P
	0-49		50 ve üstü		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
15-29	86	46,7	98	53,3	184	100,0	0,077
30 ve üstü	68	57,1	51	42,9	127	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	
Eğitim							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	151	65,1	81	34,9	232	100,0	<0,001
Lise ve üstü	3	4,2	68	95,8	71	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	
Çalışma durumu							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ev hanımı	148	53,4	129	46,6	277	100,0	0,003
Çalışan	6	23,1	20	79,6	26	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	
S.O'dan sıklıkla hizmet alma nedenleri							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hasta olunca	87	70,7	36	29,3	123	100,0	<0,001
Aşı zamanı	15	53,6	13	46,4	28	100,0	
B-G takibi	10	10,4	86	89,6	96	100,0	
S.O'dan çağrılınca	42	75,0	14	25,0	56	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	

B-G takibi-Aşı Zamanı P<0,001

Hasta Olunca-Aşı Zamanı P=0,056

B-G takibi-Hasta Olunca P<0,001

Aşı Zamanı-S.O'dan çağrılınca P=0,047

B-G takibi-S.O'dan çağrılınca P<0,001

Hasta Olunca-S.O'dan çağrılınca P=0,80

Annelerin yaşlarına göre bilgi sorularından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunamamıştır (P=0,077).

Eğitim durumlarına göre annelerin aldıkları puanlar önemli farklılık göstermektedir (P<0,01). İlköğretim ve altında öğrenime sahip annelerin %65,1'i 0-49 puan alırken lise ve üzerinde öğrenime sahip annelerin %95,8'i 50 ve üstünde puan almışlardır.

Tabloda da görüldüğü gibi annelerin çalışma durumları ile aldıkları puanlar incelendiğinde istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir (P=0,003). Ev hanımı olan

annelerin %53,4'ü 0-49 puan alırken, çalışan annelerin %79,6'sı 50 ve üstünde puan almışlardır.

Annelerin S.O'dan en çok hizmet alma nedenlerine göre sorulardan aldıkları puanlar incelendiğinde; çocuğunu S.O'na düzenli B-G takibine getiren annelerin aldıkları puanlar ile çocuğunu S.O'na hasta olunca, S.O'dan çağrılınca ve aşı zamanı gelince getiren annelerin aldıkları puanlar arasında farklılık olduğu gözlenmiş ($P<0,001$) ve çocuğunu S.O'na düzenli B-G takibine götüren annelerin daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 3.8 Annelerin Aldıkları Puanların Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Puanlar						P
	Yaşayan Çocuk Sayısı		0-49		50 ve üstü		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1-2	93	43,7	120	56,3	213	100,0	<0,001
3 ve üzeri	61	67,8	29	32,2	90	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	
Aylık gelir							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<Yoksulluk sınırı	151	65,1	81	34,9	232	100,0	<0,001
>Yoksulluk sınırı	3	4,2	68	95,8	71	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	
Yerleşim yeri							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlçe merkezi	63	38,7	100	61,3	163	100,0	<0,001
Köy	91	65,0	49	35,0	140	100,0	
Toplam	154	50,8	149	49,2	303	100,0	

Ailenin yaşayan çocuk sayısına göre annelerin aldıkları puanlar istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($P<0,001$). Çocuk sayısı arttıkça annelerin aldıkları puanların düştüğü tespit edilmiştir.

Ailelerin gelir durumuna göre annelerin aldıkları puanlar istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir ($P<0,001$). Yoksulluk sınırı altında aylık gelire sahip olan

annelerin %34,9'u 0-49 puan, yoksulluk sınırı üstünde aylık gelire sahip annelerin ise %95,8'i 50 ve üstünde puan almışlardır.

Ailelerin yerleşim yerlerine göre aldıkları puanlar incelendiğinde istatistiksel açıdan önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur ($P<0,01$). İlçe merkezinde oturan annelerin köyde oturan annelere göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 3.9 Annelerin Aşı Tarihlerini Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımı

Aşı Tarihlerini Öğrendikleri Kaynaklar	Sayı	Yüzde
Sağlık ocağı personelinden	155	51,2
Kendim araştırıyorum	22	7,3
Gezici ekip	120	39,5
Komşu	5	1,7
Arkadaş	1	0,3
Toplam	303	100,0

Tabloda da görüldüğü gibi araştırmaya katılan annelerin %51,2'si aşı tarihlerini sağlık ocağı personelinden öğrenirken %39,5'i gezici ekipten öğrendiklerini söylemişlerdir.

Tablo 3.10 Annelerin Çocuklarının Aşılarını Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımı

Çocukların Aşılarını Nerde Yaptırdığı	Sayı	Yüzde
S.O	161	53,1
Açsap	3	1,0
Özel Kurumlar	10	3,3
Gezici ekip	128	42,3
Eczane	1	0,3
Toplam	303	100,0

Araştırmaya katılan annelerin %53,1'i çocuğunu S.O'da aşılatmayı tercih ederken %42,3'ü gezici ekibe çocuklarını aşılatmayı tercih etmiştir.

Tablo 3.11 Ailelerin Yerleşim Yeri ile Sağlık Ocağından En Çok Hizmet Alma Nedenlerinin Dağılımı

S.O'dan sıklıkla hizmet alma nedenleri	Yerleşim Yeri						P
	İlçe Merkezi		Köy		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hasta olunca	44	35,8	79	64,2	123	100,0	
Aşı zamanı-	55	65,5	29	34,5	84	100,0	<0,001
S.O'dan çağrılınca							
B-G takibi	64	66,7	32	33,3	96	100,0	
Toplam	163	53,8	140	46,2	303	100,0	

B-G takibi- Hasta olunca P<0,00

Hasta olunca -Aşı zamanı,S.O'dan çağrılınca P<0,001

B-G takibi-Aşı zamanı,S.O'dan çağrılınca P=0,866

Ailelerin yerleşim yerleriyle S.O'dan sıklıkla hizmet alma nedenleri arasında istatistiksel açıdan fark olduğu görülmüştür (P<0,01). İlçe merkezinde oturan annelerin %66,7'si çocuğunu büyüme gelişme takibi için sağlık ocağına getirirken,

köyde oturan annelerin %64,2'sinin hasta olunca çocuğunu sağlık ocağına getirmeyi tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 3.12 “BCG Aşısından Ne Kadar Zaman Sonra Bebeğinizi Banyo Yaptırıyorsunuz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
15-29	105	57,1	79	42,9	184	100,0	0,088
30 ve üstü	56	47,1	63	52,9	119	100,0	
Toplam	161	53,1	142	46,9	303	100,0	

Eğitim	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	107	46,1	125	53,9	232	100,0	<0,001
Lise ve üstü	54	76,1	17	23,9	71	100,0	
Toplam	161	53,1	142	46,9	303	100,0	

Çalışma durumu	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ev hanımı	145	52,3	132	47,7	277	100,0	0,369
Çalışan	16	61,5	10	38,5	26	100,0	
Toplam	161	53,1	142	46,9	303	100,0	

S.O'dan en çok hizmet alma nedeni	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hasta olunca	48	39,0	75	61,0	123	100,0	<0,001
Aşı zamanı	12	42,9	16	57,1	28	100,0	
B-G takibi	73	76,0	23	24,0	96	100,0	
S.O'dan çağrılınca	28	50,0	28	50,0	56	100,0	
Toplam	161	53,1	142	46,9	303	100,0	

B-G takibi-Hasta olunca P<0,001

B-G takibi-S.O'dan çağrılınca P=0,01

B-G takibi-Aşı zamanı P=0,01

Aşı zamanı-S.O'dan çağrılınca P=0,537

Hasta olunca-S.O'dan çağrılınca P=0,168

Hasta olunca-Aşı zamanı P=0,708

BCG Aşısından ne kadar sonra bebeğinizi banyo yaptırıyorsunuz? sorusuna verilen cevapların anne yaşına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel açıdan bir farklılık tespit edilmemiştir (P=0,088).

Soruya verilen yanıtların anne öğrenim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan farklılık olduğu görülmüştür ($P<0,01$). İlköğretim ve altında eğitime sahip annelerin %53,9'u soruyu yanlış yanıtlarken, lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin %76,1'inin soruyu doğru yanıtladıkları tespit edilmiştir.

Annelerin çalışma durumlarına göre soruya verilen yanıtlar incelendiğinde verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ($P=0,369$).

Annelerin S.O'dan en çok hizmet alma nedenlerine göre soruya verilen yanıtlar incelendiğine; çocuğunu S.O'na düzenli B-G takibine götüren anneler ile çocuğunu hasta olunca S.O'na getirmeyi tercih eden annelerin verdikleri yanıtlar arasında ileri derecede farklılık olduğu görülmüştür ($P<0,001$). Yine çocuğunu S.O'na aşı zamanında yada S.O'dan çağrılınca getiren annelerin verdikleri yanıtlarla düzenli B-G takibi için çocuğunu S.O'na getirmeyi tercih eden annelerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu tespit edilmiş ($P=0,01$) ve çocuğunu S.O'na B-G takibi için getirmeyi tercih eden annelerin soruyu daha yüksek oranda doğru yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 3.13 “Ağza Damlatılan Polio Aşısından Ne Kadar Zaman Sonra Bebeğinizi Beslersiniz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
15-29	70	38,0	114	62,0	184	100,0	0,064
30 ve üstü	33	27,7	86	72,3	119	100,0	
Toplam	103	34,0	200	66,0	303	100,0	
Eğitim düzeyi							
	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlköğretim ve altı	70	30,2	162	69,8	232	100,0	0,011
Lise ve üstü	33	46,5	38	53,5	71	100,0	
Toplam	103	34,0	200	66,0	303	100,0	
Çalışma durumu							
	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ev hanımı	90	32,5	187	67,5	277	100,0	0,072
Çalışan	13	50,0	13	50,0	26	100,0	
Toplam	103	34,0	200	66,0	303	100,0	
S.O'dan sıklıkla hizmet alma nedenleri							
	Doğru		Yanlış		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hasta olunca	30	24,4	93	75,6	123	100,0	<0,001
Aşı zamanı	6	21,4	22	78,6	28	100,0	
B-G takibi	53	55,2	43	44,8	96	100,0	
S.O'dan çağrılınca	14	25,0	42	75,0	56	100,0	
Toplam	103	34,0	200	66,0	303	100,0	

B-G takibi-Hasta olunca P<0,001

B-G takibi-S.O'dan çağrılınca P<0,001

B-G takibi-Aşı zamanı P=0,002

Aşı zamanı-S.O'dan çağrılınca P=0,717

Hasta olunca-S.O'dan çağrılınca P=0,930

Hasta olunca-Aşı zamanı P=0,740

“Ağza damlatılan polio aşısından ne kadar zaman sonra bebeğinizi beslersiniz?” sorusuna verilen yanıtların anne yaşına göre dağılımı incelendiğinde bir farklılık görülmemiştir (P=0,064).

Annelerin öğrenim durumuna göre verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan farklılık olduğu tespit edilmiştir ($P=0,011$). Tabloda da görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyleri arttıkça sorunun doğru yanıtlanma oranının da arttığı görülmüştür.

Soruya verilen yanıtların annenin çalışıp çalışmama durumuna göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan herhangi bir fark tespit edilmemiştir ($P=0,072$).

Annelerin S.O'dan en çok hizmet alma nedenlerine göre soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, çocuğunu düzenli olarak B-G takibine götürmeyi tercih eden annelerin, çocuğunu hasta olunca yada S.O'dan çağrılınca S.O'na getirmeyi tercih eden annelere göre farklılık gösterdiği görülmüş ($P<0,001$) ve soruyu daha yüksek oranda doğru yanıtladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca çocuğunu aşı zamanı gelince S.O'na getirmeyi tercih eden annelerle, çocuğunu düzenli B-G takibine götürmeyi tercih eden anneler arasında fark tespit edilmiş ($P=0,002$) olup yine B-G takibine çocuklarını getiren annelerin soruyu daha yüksek oranda doğru yanıtladığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.14 “Aşıdan Sonra Çocukta Aşı Yan Etkileri Olursa Ne Yaparsınız?” Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Doğru Metot		Yanlış Metot		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
15-29	118	64,1	66	35,9	184	100,0	0,018
30 ve üstü	60	50,4	59	49,6	119	100,0	
Toplam	178	58,7	125	41,3	303	100,0	
Eğitim düzeyi							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	<0,001
İlköğretim ve altı	118	50,9	114	49,1	232	100,0	
Lise ve üstü	60	84,5	11	15,5	71	100,0	
Toplam	178	58,7	125	41,3	303	100,0	
Çalışma durumu							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	0,049
Ev hanımı	158	57,0	119	43,0	277	100,0	
Çalışan	20	76,9	6	23,1	26	100,0	
Toplam	178	58,7	125	41,3	303	100,0	
S.O’dan en çok hizmet alma nedenleri							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	<0,001
Hasta olunca	52	42,3	71	57,7	123	100,0	
Aşı zamanı	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
B-G takibi	87	90,6	9	9,4	96	100,0	
S.O’dan çağrılınca	22	39,3	34	60,7	56	100,0	
Toplam	178	58,7	125	41,3	303	100,0	

B-G takibi-Hasta olunca P<0,001

Aşı zamanı-S.O’dan çağrılınca P=0,063

B-G takibi-S.O’dan çağrılınca P<0,001

Hasta olunca-S.O’dan çağrılınca P=0,706

B-G takibi-Aşı zamanı P<0,001

Hasta olunca-Aşı zamanı P=0,077

“Aşıdan sonra çocukta aşı yan etkileri olursa ne yaparsınız?” sorusuna verilen yanıtlarla anne yaşı arasında istatistiksel açıdan farklılık olduğu tespit edilmiştir (P=0,018). 15-29 yaş annelerin %64,1’i soruyu yan etkilerle baş etmede doğru metotlar kullanacağına ilişkin cevaplar vererek yanıtlarken, 30 yaş ve üstü annelerin

%50,4'ünün yan etkilerle baş etmede yanlış metotlar kullanacağına dair yanıtlar vermiştir.

Anne eğitim düzeyi ile soruya verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan farklılık olduğu tespit edilmiştir ($P<0,001$). Eğitimle beraber yan etkilerle baş etmede doğru metotların kullanımında da artış olduğu görülmüştür.

Tabloda da görüldüğü gibi annelerin çalışıp-çalışmama durumuna göre soruya verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan farklılık olduğu tespit edilmiştir ($P=0,049$). Çalışan annelerin %76,9'u soruyu yan etkilerle baş etmede doğru metotlar kullanacağına dair yanıtlarken, ev hanımı olan annelerin ise %57,0'si doğru metotlar kullanacağı şeklinde soruyu yanıtlamışlardır.

Soruya verilen yanıtların annelerin S.O'dan en çok hizmet alma nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde, çocuğunu düzenli B-G takibi için S.O'na getirmeyi tercih eden annelerin, çocuğunu S.O'dan çağrılınca, hasta olunca yada aşı zamanında S.O'na getirmeyi tercih eden annelere göre soruyu daha yüksek oranda doğru yanıtladıkları tespit edilmiştir ($P<0,001$).

**Tablo 3.15 “Aşıdan Sonra Aşı Yerinde Şişlik Olursa Ne Yaparsınız?”
Sorusuna Verilen Yanıtların Anne Özelliklerine Göre Dağılımı**

Yaş	Doğru Metot		Yanlış Metot		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
15-29	91	49,5	93	50,5	184	100,0	0,653
30 ve üstü	62	52,1	57	47,9	119	100,0	
Toplam	153	50,5	150	49,5	303	100,0	
Eğitim düzeyi							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	P
İlköğretim ve altı	106	45,7	126	54,3	232	100,0	0,02
Lise ve üzeri	47	66,2	54	33,8	71	100,0	
Toplam	153	50,5	150	49,5	303	100,0	
Çalışma durumu							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	P
Ev hanımı	139	50,2	138	49,8	277	100,0	0,721
Çalışan	14	53,8	12	46,2	26	100,0	
Toplam	153	50,5	150	49,5	303	100,0	
S.O'dan en çok hizmet alma nedeni							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	P
Hasta olunca	45	36,6	78	63,4	123	100,0	<0,001
Aşı zamanı	18	64,3	10	35,7	28	100,0	
B-G takibi	65	67,7	31	32,3	96	100,0	
S.O'dan çağrılınca	25	44,6	31	55,4	56	100,0	
Toplam	153	50,5	150	49,5	303	100,0	

B-G takibi-Hasta olunca P<0,001

B-G takibi-S.O'dan çağrılınca P=0,005

Aşı zamanı-S.O'dan çağrılınca P=0,09

Hasta olunca-S.O'dan çağrılınca P=0,306

B-G takibi-Aşı zamanı P=0,735

Hasta olunca-Aşı zamanı P=0,007

“Aşıdan sonra aşı yerinde şişlik olursa ne yaparsınız?” sorusuna verilen cevaplarla anne yaşı arasında istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmemiştir (P=0,653).

Soruya verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan bir farklılık olduğu görülmüştür (P=0,02). İlkokul ve altında eğitime sahip annelerin %54,3’ü aşı sonrası oluşan şişlikle baş etmede yanlış metotlar kullanacağına dair yanıtlar verirken, lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin %66,2’si aşı sonrası şişlikle baş etmede doğru teknikler kullanacağına dair yanıtlar vermiştir.

“Aşıdan sonra aşı yerinde şişlik olursa ne yaparsınız?” sorusuna verilen yanıtlarla annelerin çalışıp çalışmama durumu arasında istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmemiştir (P=0,721).

Soruya verilen yanıtların S.O’dan en çok hizmet alma nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde, çocuğunu düzenli B-G takibi için S.O’na götürmeyi tercih eden annelerle çocuğunu hasta olunca (P<0,001) yada S.O’dan çağrılınca (P=0,05) S.O’na götürmeyi tercih eden annelerin verdikleri yanıtlar arasında farklılık olduğu gözlenmiş ve çocuğunu düzenli B-G takibine götüren annelerin soruyu daha yüksek oranda doğru yanıtladıkları görülmüştür. Ayrıca çocuğunu hasta olunca S.O’na getirmeyi tercih eden annelerle aşı zamanı gelince S.O’na getirmeyi tercih eden anneler arasında farklılık olduğu gözlenmiş (P=0,007) olup aşı zamanında çocuğunu S.O’na getirmeyi tercih eden annelerin %64,3’ünün soruyu doğru yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 3.16 Annelerin Çocuklarına Özel Aşı Yaptırma Dağılımları

Özel Aşı Yaptırma	Sayı	Yüzde
Yaptırdım	31	10,2
Yaptırmadım	272	86,8
Toplam	303	100,0

Araştırmaya katılan annelerin %10,2’si özel aşı almayı tercih etmişlerdir.

Tablo 3.17 Annelerin, Çocuklarına Özel Aşı Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı

Neden Özel Aşı	Sayı	Yüzde
Dr-sağlık personeli tavsiyesi	8	25,8
Bakanlık aşılarından güvenilir	3	9,7
Beşli karma için	4	12,9
Rutin aşı takviminde yok	16	51,6
Toplam	31	100,0

Özel aşı alan annelerin %51,6'sı rutin aşı takviminde olmadığı için özel aşı alırken, %25,8'i Dr.-sağlık personeli tavsiyesi ile özel aşı aldıklarını söylemişlerdir.

Tablo 3.18 Annelerin Özel Aşuları Hangi Koşullar Altında Saklayarak Aşının Yapıldığı Yere Götürdüklerinin Dağılımı

Nasıl sakladılar	Sayı	Yüzde
Buz aküsü ile koruyarak	18	58,1
Elimde, oda ısısında	2	6,4
Dr. muayenehanesinde yapıyor	11	35,5
Toplam	31	100,0

Özel aşı alan annelerin %58,1'i buz aküsüyle koruyarak aşının yapılacağı yere götürürken, %35,5'i Dr muayenehanesinde yaptırdıkları için korumaya gerek duymadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 3.19 Annelerin Her Aşılama Yapılan Aşının Ne Aşısı Olduğunu Bilip-Bilmeme Durumlarının Dağılımı

Ne aşısı oldu?	Sayı	Yüzde
Biliyorum	121	39,9
Bilmiyorum	182	60,1

Toplam	303	100,0
---------------	-----	-------

Annelerin %39,9'u yapılan aşıların ne aşısı olduğunu bildiklerini söylerken %60,1'inin yapılan aşıların ne aşısı olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir.

Tablo 3.20 Annelerin Yapılan Aşıların Ne Aşısı Olduklarını Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımı

Kimden öğrendikleri	Sayı	Yüzde
Kendim araştırıyorum	27	8,9
Ebe-hemşire'den öğreniyorum	118	64,8
Doktor'dan öğreniyorum	20	11,0
Komşu/arkadaş	5	2,7
Aşı kartından takip ediyorum	12	6,6
Toplam	182	100,0

Yapılan aşının ne aşısı olduğunu bilen annelerin %64,8'i ebe-hemşirelerden öğrendiklerini söylerken, %1,0'i ise doktordan öğrendikleri tespit edilmiştir.

Tablo 3.21 Annelerin Çocuğun Aşı Zamanlarını Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Aşı zamanlarını Bilme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	122	40,3
Kısmen	98	32,3
Bilmiyorum	83	27,4
Toplam	303	100,0

Annelerin çocuğun aşı zamanlarını bilip bilmedikleri sorgulandığında %40,3'ünün aşı zamanlarını bildikleri, %27,4'ünün ise bilmedikleri görülmüştür.

Tablo 3.22 Çocukların, Aşıdan Sonra Yan Etki Görülüp-Görülmemeye Durumuna Göre Dağılımı

Yan etki	Sayı	Yüzde
Olmayan	54	17,8
Olan	249	82,2
Toplam	303	100,0

Aşı olan çocukların %82,2'sinde aşı sonrası yan etki görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 3.23 Çocuklarda Görülen Yan Etkilerin Dağılımı

Yan Etkiler	Görülen		Görülmeyen		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ateş	243	97,6	6	2,4	249	100,0
Döküntü	62	24,9	187	75,1	249	100,0
Aşı Yerinde Şişlik	124	49,8	125	50,2	249	100,0
Havale	245	98,4	4	1,6	249	100,0
Alerji	5	2,0	243	98,0	249	100,0
İshal	31	12,4	218	87,6	249	100,0
Genel Huzursuzluk	81	32,5	168	67,5	249	100,0

Araştırmaya katılan ve yan etki gözlenen çocukların %97,6'sında ateş, %24,9'unda vücutta döküntü ve %49,8'inde aşı yerinde şişlik görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 3.24 Annelerin Aşı Sonrası Oluşan Ateşle Baş Etmede Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı

Yan Etkiler	Uygulayan		Uygulamayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aşıya Gitmeden Önce ve Aşı Sonrasında Belli Aralıklarla Ateş Düşürücü Verme	195	64,4	108	35,6	303	100,0
Soğuk Uygulama	50	16,5	253	83,5	303	100,0
Ilık Duş Aldırma	71	3,4	232	76,6	303	100,0
Hiçbir İşlem Yapmadan Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuru	35	11,6	268	88,4	303	100,0
Bol Sıvı Aldırma	21	6,9	282	83,1	303	100,0
Aşıdan Sonra Normal Bir şey Yapmama	24	7,9	279	92,1	303	100,0
Bir Daha Aşı Yaptırmama	5	1,7	298	93,1	303	100,0

Aşı sonrası ateşle baş etmede annelerin %64,4'ü aşı öncesi ve sonrasında ateş düşürücü vermeyi, %16,5'i soğuk uygulama yaparken %23,4'ü ılık duş aldirmayı tercih etmiştir.

Tablo 3.25 Annelerin Hangi Hastalıkların Aşısının Olup-Olmadığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalık	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Difteri	129	42,6	174	57,4	303	100,0
Boğmaca	130	42,9	173	57,1	303	100,0
Tetanoz	245	80,9	58	19,1	303	100,0
Hepatit B	223	73,6	80	26,4	303	100,0
Hepatit C	138	45,5	165	54,5	303	100,0
AIDS	116	38,3	187	61,7	303	100,0
Verem(Tüberküloz)	246	81,2	57	18,8	303	100,0
Çocuk Felci	230	75,9	73	24,1	303	100,0
Kızamık	238	78,5	65	21,5	303	100,0
Menenjit	179	59,1	124	40,9	303	100,0
Suçiçeği	152	50,2	151	49,8	303	100,0

Tabloda da görüldüğü gibi annelerin aşısı var olan hastalıkları bilme oranlarına bakıldığında %81,2 oranla tüberküloz ilk sırada gelmektedir. Tüberkülozu %80,9'luk oranla tetanoz ve % 78,5'lik oranla kızamık takip etmektedir. Kontrol

amacı ile konan hepatit C ve AIDS'te ise aşısı var diyenlerin oranı hepatit C için %45,5, AIDS için ise %38,3'tür.

4.TARTIŞMA

Bağışıklama hizmetleri bebekleri, çocukları yada erişkin bireyleri infeksiyon hastalıklarına yakalanma risklerini en yüksek olduğu dönemden önce aşılıyarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacıyla yürütülen kolay, ucuz ve başarı sağlayan önemli bir temel sağlık hizmetidir.

Ülkemizde bağışıklama hizmetleri devlet kontrolünde olup, I.basamakta çalışan doktor ve ebe-hemşireler tarafından sunulmaktadır. Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup; bu işlevini bireyin potansiyel gücünü kullanarak yerine getirmesi gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelik uygulamaları sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde öz sorumluluğun geliştirilmesine yönelik olmalıdır Çocuk Sağlığı Hemşiresinin birinci basamakta ki en önemli görevlerinden biri ise; çocuğu ve aileyi yaşadıkları ortam içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve eksikliklerini tespit ederek eğitim önceliklerini planlamaktır (39, 40).

Ülkemizde de dünyadaki gelişmelere paralel olarak aşıyla önlenebilir hastalıkların kontrolünde ilerlemeler sağlanmasına rağmen, bazı sorunlar nedeni ile halen belirlenen hedeflere ulaşamamıştır. Bağışıklamada belirlenen hedeflere ulaşmada en etkili öğelerden biri aile bütünlüğünü sağlayan, çocukların bakımı ve beslenmesini üstlenerek onların bedensel ve zihinsel gelişimini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen annelerdir. Annelerin çocukluk dönemi aşılınmaları konusunda ki bilgi düzeylerinin yüksek olması ve konunun önemini anlaması, aşılınma oranlarını yükseltmektedir (41).

Araştırmada ; 303 anneye ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına giren çocukların %48,2'sini (146) kız çocuklar oluşturmaktadır, Kılıç ve ark.'nın çalışması da cinsiyet dağılımı açısından paralellik göstermektedir (42). Çocukların %31,7 si ailenin birinci , %41,9'u ikinci çocuğudur. Çocukların %75,9'u 13-59 aylık ve yaş ortalamaları ise $26,9 \pm 16,8$ ay olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin yaşları 15-45 arasında değişmekte olup %60,7'si 15-29 yaşlarında ve ortalama anne yaşı $28,4 \pm 4,9$ olarak bulunmuştur. Annelerin %76,6'sı ilköğretim ve altında öğrenime sahipken iken %23,4'ü lise ve üzerinde eğitime sahiptir. TNSA 2003 verilerine göre en az lise mezunu kadınların oranı %14,0 olarak hesaplanmış olup, bizim bölgemizin verileri Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur (43). Farklılığın sebebini biz bölgemizin ülkenin batısında ve çoğu yerleşim yerine göre olanaklarının daha yeterli olmasına bağlıyoruz .

Araştırmaya katılan babaların %59,4'ü ilköğretim ve altına öğrenime sahiptir. Babaların %52,8,'si işçi iken %30,0'u serbest meslekle uğraşmakta olup işsizlik oranı %0,03 olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2005 DİE verilerine göre işsizlik oranı %10,0 iken bölgemizde %0,03 olarak bulunmasının sebebini ilçenin çevresinin sanayi ve tarım bölgesi olmasına bağlıyoruz (44).

Araştırmaya katılan ailelerin %53,8'i ilçe merkezi %46,2'si ise köy'de ikamet etmektedirler, %32,8'si yoksulluk sınırında aylık gelire sahip iken %67,7'si ise yoksulluk sınırının üstünde bir aylık kazanca sahiptir. 2005 DİE verilerine göre ülke nüfusun %25,6'sı yoksulluk sınırının altında aylık gelire sahiptirler. Bölgemizde oranın DİE verilerine yüksek bulunmasının sebebini aile reislerinin çoğunu ilçe çevresindeki fabrikalarda işçi olarak çalışmalarına ve bu fabrikaların bir çoğunda bugün 429 YTL olan yoksulluk sınırının altında ücret veriyor olmasına bağladık (38).

Çocukların tam aşılılık oranı incelendiğinde %98,3'ünün tam aşılı olduğu görülmüştür. TNSA 2003 verilerinde tam aşılılık oranı %54,2 bulunmuştur (43). Bizim çalışmamızda bu oranın yüksek bulunması aşılama çalışmalarının iyi olduğunun göstergesi olduğu düşüncesindeyiz .

Aşıların zamanında yada geç yapılmış olmasının ailenin ikamet yerine göre önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır. Biz bu sonucu hemşirenin köylere sadece ayda bir kez araç bulup gidebilmesine bağlıyoruz. Eğer çocuğa aşı günü çeşitli sebeplerle ulaşılamazsa aşı mecburen bir sonraki aya ertelemek zorunda kalınıyor. Ayçiçek ve Demirkaya'nın çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmış ve köyde oturan ailenin aşı için çocuğunu sağlık ocağına getirmesinin çoğu zaman mümkün olmadığını vurgulamıştır (45, 46). Bodur ve arkadaşları Konya il merkezinde yaptığı bir çalışmada annelerin % 82 oranda çocuğunu vaktinde aşıya götürdüğünü bulmuş ve bu sonucu araştırmanın il merkezinde yapılmış olmasına bağlamıştır (47).

Aşıların zamanında yapılma oranı ile anne eğitim arasında ileri derecede anlamlılık bulunmuştur. Bates' ta çalışmasında paralel sonuçlara ulaşılmış ve aşılama istenen düzeylere ulaşmanın yollarından biride eğitim düzeyinin yükseltilmesi olduğunu belirtmiştir (48).

Aşıların zamanında yada geç yapılmış olması ile ailenin gelir durumu arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık bulunamamıştır, Ok ve ark. ve Başbakkal'ın çalışması çalışmamızı destekler niteliktedir(49, 50). Ancak Lanon ve Altay'ın yaptıkları iki farklı çalışmada ekonomik durum ve aşılama zamanları arasında fark bulmuşlardır. Bunu randevu saatinin uygunsuzluğu, uzun bekleme süreleri, ulaşım güçlüğü ve bilgisizlik gibi sebeplere bağlamışlardır (52, 53). Bizim çalışmamızda ekonomik durum ile aşılama oranları arasında anlamlılık bulunmamasının nedenini, Lanon ve Altay çalışmalarında belirtilen aşılama hizmetlerinin önündeki faktörlerin bizim çalıştığımız bölgede minimuma indirilmesine bağlıyoruz.

Anne yaşlarına göre alınan puanlar arasında bir fark bulunamamıştır. Sonucumuzu Yazıcının yaptığı çalışma destekler niteliktedir. Yazıcı anne yaşı ile bilgi düzeyi ve sorun çözme becerisi arasında ilişki belirleyememiştir (55).

Anne eğitim durumlarına göre bilgi sorularından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık gözlenmiştir. İlköğretim ve altında eğitime sahip annelerin %67,2'si 0-49 puan alırken, lise ve yüksek okul mezunu annelerin %91,5'i 50 ve üstünde puan almışlardır. Bilindiği gibi, yapılan araştırmalar bebek ölümlerini dolaylı etkileyen faktörler arasında anne eğitimi, hem bebeğe yönelik davranışlar hem de sosyo-ekonomik imkanları ile ilgili olduğu için bebeklerin hayatta

kalabilmelerini etkileyecek en önemli faktör olduğunu göstermektedir. Biz bu durumu annelerin eğitim seviyesi arttıkça sağlık bilincinin de arttığı ve çocuklarını sadece aşılatacakla kalmayıp aşının neden yapıldığı konusunda yeterli bilgiye sahip olma oranlarının da arttığı şeklinde yorumluyoruz. Literatürdeki çalışmalarda çalışmamızı destekler niteliktedir (24, 45, 46, 51, 54, 56).

Çalışan annelerin ev hanımı olan annelere göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Kadının ekonomik yaşam içinde yer alması, eve parasal bir girdi sağlaması aile dayanışmasını güçlendirici etki yaratır. Bunun sağlanmadığı gelirin tek kişiye bağlı olduğu ve parasal girdilerin arttırılmadığı durumlarda aile üyeleri arasında gerek psikolojik gerekse parasal bakımdan ciddi sorunlar ortaya çıktığı bildirilmektedir (57). Bizim sonuçlarımızda bu sonucu destekliyor ve annenin ekonomik yaşam içinde yer almasının hem bilgiye hem de sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırdığını düşünüyoruz.

Annelerin aldıkları puanlarının sağlık ocağından sıklıkla hizmet alma nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlılık bulunmuştur. Çocuğunu hasta olunca ve sağlık ocağından çağrılınca sağlık ocağına getirenlerin %70,7'si 0-49 puan alırken çocuğunu düzenli olarak büyüme gelişme takibi için sağlık ocağına getirenlerin %89,6'sının 50 ve üstünde puan aldıkları tespit edilmiştir. Balcı'da çalışmasında doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde rutin olarak bebek bakımı konusunda aile merkezli hemşirelik yaklaşımları ile anneler bilgilendirilirse annelerin kendilerine olan güvenleri ve dolayısı ile bebek bakımı ve sorunları ile baş edebilme yetileri arttırılabilir sonucuna ulaşmıştır (58).

Ailenin çocuk sayısı ile annelerin aldıkları puanlar arasında ters bir ilişki olduğu bulunmuş ve çocuk sayısı arttıkça annenin aldığı puanın düştüğü görülmüştür. Ailenin çocuk sayısının artması ailenin sosyo-ekonomik koşullarını düşürdüğü bunda hem çocuğa ayrılan zamanı kısıtladığı hem de sağlık kuruluşlarına ve bilgiye ulaşmayı zorlaştırdığı düşüncesindeyiz.

Annelerin aldıkları bilgi puanlarının ailenin gelir durumuna göre dağılımında istatistiksel açıdan önemli farklılık gözlenmiştir. Ailelerin ekonomik düzeylerinin annelerin bilgi ve davranışlarını ve dolayısıyla çocuklarına verecekleri bakımın düzeyini etkilemesi kaçınılmazdır. Ailelerin gelir düzeyi yükseldikçe bilgiye ve de hizmete ulaşmanın kolaylaştığı kanısındayız. Ök'te çalışmasında ekonomik düzeyin

yüksek olmasının evde kullanılan çamaşır makinesi, buz dolabı gibi ürünlerin alınmasını arttırdığı ve kadının iş yükünü önemli ölçüde düşürdüğünü söylemiştir (58). Böylece kadının kendine ve çocuklarına daha fazla zaman ayırabilip, onların sorunlarıyla daha yakından ilgilenebileceğini vurgulamıştır.

Annelerin aldıkları bilgi puanlarının yerleşim yerlerine göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan ileri derecede bir anlamlılık bulunmuştur. İlçe merkezinde oturan annelerin %61,3'ü, köy de oturan annelerin ise %35'inin 50 ve üstünde aldıkları görülmüştür. Biz bu durumu merkezde oturanların bilgiye ulaşmada kırsaldakilere göre daha fazla olanaklara sahip olmalarına bağlıyoruz. Literatürde sonucumuzu destekler niteliktedir (46).

Annelerin aşı tarihlerini öğrendikleri kaynaklara göre dağılımı incelendiğinde; %51,2'si aşı tarihlerini S.O personelinden öğrenirken %39,5'i yine S.O personelinin gezerek aşılama yaptığı gezici ekipten öğrendiklerini söylemişlerdir. Yani %90,7'sinin sağlık ocağı personelinden öğrendiği görülmüştür. %7,3'ü kendi araştırırken %2'lik bir bölümün ise komşu veya arkadaşından öğrendiği tespit edilmiştir. Annelerin aşı tarihlerini büyük oranda sağlık ocağı personelinden öğrenmesini sağlık personelinin halkın güvenini kazanabilmiş olmasına ve ilçede bağışıklama hizmetlerini yürüten tek kurum olmasına bağlıyoruz.

Çalışmada anneler aşılama hizmetlerini sıklıkla sağlık ocağından aldıklarını ifade etmişleridir. Aksayan ve ark. ve Canbaz ve ark. da yaptıkları çalışmalarda, annelerin çocuk bağışıklaması amacıyla en sık başvurdukları kurumun sağlık ocağı olduğunu bulmuşlardır (40, 59). Biz bu sonucu sağlık ocağında bağışıklama hizmetlerinin ücretsiz verilmesinin yanında bütüncül hemşirelik ve sağlık hizmeti yaklaşımları ile annelerin güvenlerinin kazanılmasına ve verilen eğitimlerin etkinliğine bağlıyoruz.

İlçe merkezinde oturan annelerin %66,7'si çocuğunu büyüme gelişme takibi için S.O'na getirmeyi tercih ederken köy'de oturan annelerin ise %64,2'si çocuğunu hasta olunca S.O'na getirmeyi tercih etmişlerdir. Köy'e hizmet ulaştırma güçlüklerine ve de köyde yaşayan ailelerin çocuğunu kucağın alıp sağlık kuruluşuna büyüme gelişme takibine götürece kadar bilgi sahibi olmadıkları, bunun yanın da evlerine kadar giden aşılama hizmetini reddetecek zihniyete de sahip olmadıkları görüldü. Ancak ulaşım ve imkan kısıtlılıkları nedeni ile köyde oturan aileler çocuğu

ancak bir rahatsızlığı varsa sağlık ocağına getirmekte, aşı veya büyüme gelişme takibi için sağlık ocağına geliş çoğu zaman imkansız hale gelmektedir. Ayçiçek'in Urfa kırsalında yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (46).

Pridham ve ark.'nın yaptığı çalışmada bireylerin olumlu davranışlar geliştirerek topluma kazandırılmasında önemli etkisi olan annelerin, bebeklerin bakım gereksinimlerini yerine getirirken karşılaştıkları sorunlar için çözüm yollarını kullanmalarında ve daha iyi bakım vermelerinde eğitimin olumlu etkisi olduğu kaçınılmazdır demiştir (60). Bizim sonuçlarımızda bu çalışmayı destekler niteliktedir. Lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin %76,1'i, BCG aşısından kaç gün sonra bebeğinizi banyo yaptırırınız? Sorusunu '3 gün' diyerek doğru yanıtlamışlardır. Yine polio aşısından ne kadar zaman sonra bebeğinizi beslersiniz? sorusuna lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin %46,5'i 'hemen' diyerek soruyu doğru yanıtlamışlardır.

Çalışmamızda çocuğunu düzenli olarak büyüme-gelişme takibi için S.O'na getirenlerin aşı sonrası ne tür uygulamalar yapacaklarını bilip bilmediklerinin sorgulandığı soruları doğru yanıtlanma oranları sağlık ocağından çağrılınca, aşı zamanında yada hasta olunca getirenlere oranla önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. S.O'dan düzenli hizmet alan annelerin sağlığın geliştirilmesi konusunda 'doğru sağlık davranışını' kazandığı sağlık konusunda bilgiyi özümlediği ve davranışlarında büyük oranda uyguladığı tespit edilmiştir. Bu sonuç ışığında düzenli büyüme gelişme takiplerinde anne ve çocuk bir bütün halinde takip edilip eksiklikleri ve yanlış uygulamaları tespit edilerek belirli bir plan çerçevesinde verilen hemşirelik eğitimlerinin etkiliği daha da artıracığı düşüncesindeyiz. Ok'ta çalışmasında benzer sonuçlara ulaşmış ve sağlık ocağından düzenli hizmet alanların aşı sonrası uygulamalarda ne yapacaklarını bildiklerini ifade etmiştir (49).

Çalışan annelerin ev hanımı olan annelere göre aşı sonrası ne tür uygulamalar yapacaklarını bilip bilmediklerinin sorgulandığı soruları doğru yanıtlanma oranının daha yüksek olduğu görülmüş, çalışan annelerin %61,5'i, BCG aşısından kaç gün sonra bebeğinizi banyo yaptırırınız? Sorusunu '3 gün' diyerek doğru yanıtlamışlardır. Tazeyurt ve ark.'nın yaptığı çalışmada da çalışan annelerin çalışmayanlara oranla sorun çözmede daha başarılı oldukları vurgulanmıştır (61).

Anne yaşlarına göre aşılardan sonra annelerin ne tür uygulamalar yapacağını bilmesi arasında bir anlamlılık bulunamamıştır. Biz bu durumu aynı bölgede yaşamaya bağlı yaşam tarzı benzerliğine bağlıyoruz (24, 47).

Araştırmamızda anne eğitiminin aşı sonrası oluşan yan etkilerle baş etmede ki etkisi incelendiğinde, lise ve yüksek okul mezunu annelerin aşı yan etkileri ile baş etme yetileri ilköğretim ve altında eğitime sahip annelere göre önemli derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması annelerin kendine olan güvenlerinin arttırdığı ve buna paralel olarak da aşı yan etkileri ile baş etme de daha etkin oldukları düşüncesindeyiz (51,55,62).

Araştırmamızda çocuğunu düzenli olarak B-G takibi için sağlık ocağına getirenlerin aşı yan etkileri ile baş edebilme yetileri çocuğunu düzenli takiplere getirmeyip sağlık ocağından çağrılınca, aşı zamanında yada hasta olunca getirenlerle oranla yüksek bulunmuştur. Ok ve ark. da benzer sonuçlara ulaşmışlar ve bebeğini düzenli aralıklarla sağlık ocağına getiren annelerin %93,7'sinin aşı sonrası yan etkiler konusunda çocuğa ne yapılması gerektiğini bildiklerini ifade etmişlerdir (49).

Araştırmamızda anne yaşı ve aşı sonrası oluşan yan etkilerle baş etme arasında bir anlamlılık bulunamamıştır. Yazıcı'nın çalışması da bizi destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan annelerin sadece %10,2'si özel aşı almayı tercih etmişlerdir. Bu sonucu MMR ve Hib aşılarının rutin aşı takvimine girmesine rağmen bakanlığın bütçe problemleri nedeni ile uygulamaya girememesine bu nedenle bu aşılarda belli bir ücret karşılığında alınabilmesi ve bölge halkının maddi imkanlarının belirli bir çerçevede olmasına bağlıyoruz. Altay'da yaptığı çalışmada Hib ve MMR aşılarının eksik yapılmasında ekonomik nedenler, bu aşılarda Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde olmamasının ve sağlık personeli tarafından ailelere yeterli ve doğru bilgi verilmesinin etkili olduğunu belirlemiştir (53).

Özel aşı alan annelerin büyük bir çoğunluğunun bakanlığın aşı takviminde bu aşılarda olmaması sebebi ile özel aşı aldıkları görülmüştür. Kalan kesimin ise doktor sağlık personeli tavsiyesi, beşli karma yaptırarak çocuğun bir kez canının yanmasını istemeleri ve de %9,7'lik bir kısmın ise bakanlık aşılardan daha güvenilir buldukları için özel aşı yaptırmayı tercih ettikleri tespit edilmiştir. Özel aşıyı bakanlık aşılardan daha güvenilir bulan %9,7'lik oranda bir kesimin olması,

bakanlığın aşı çalışmalarını ve güvenilirliğinin düzeylerini halka tam olarak anlatamadığımızı gösterdiği kanaatindeyiz.

Soğuk zincir basamaklarından birinde yeterli soğutmanın sağlanamaması, aşılarda etkinliğinin bozulmasına yol açar ve aşılamaya istenilen bağışıklık sağlanamaz. Gelişmekte olan ülkelerde aşı ile önlenemez hastalıklarla görülen epidemilerde, olguların büyük çoğunluğunu daha önce aşılanmamış çocukların oluşturduğu ve ‘primer aşılamada başarısızlığın’ önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (29). Bizim çalışmamızda annelerin aşığı eczanelerden aldıktan sonra sağlık kuruluşuna gelirken, % 58,1’i buz aküsü ile aşığı koruduğunu, %6,4’ü hiçbir soğutma işlemi uygulamadan elinde aşığı alarak sağlık kuruluşuna geldiğini ifade etmiştir. Kalan kesim ise doktor muayenehanesinde yaptırdıkları için korumaya gerek kalmadığını dile getirmişlerdir. Biz çalışmamız sonucunda sadece sağlık personeli değil annelerinde soğuk zincir konusunda eğitilmesinin bağışıklamanın güvenilirliği açısından önemli bir faktör olduğu kanısına vardık.

Annelerin %39,9’u aşılamaya esnasında yapılan aşının ne aşığı olduğunu bildiklerini söylerken, %60,1’inin yapılan aşının ne aşığı olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir. Yapılan aşının ne aşığı olduğunu bilen annelerin öğrendiği kaynaklar sorgulandığında ise büyük çoğunluğunun ebe-hemşirelerden öğrendikleri dikkat çekicidir. Annelerin aşılamaya konusunda az çok bilgi sahibi oldukları artık kesindir, ancak aşılamaya konusunda doğru bilgileri verebilecek ve eğitebilecek daha kapsamlı eğitim programlarının hazırlanması yerinde olacaktır. Çalışmamızı Başbakan’ın çalışması destekler nitelikte olup hemşirelerin bu konuda bireylere olan yakın konumu gereği en iyi kaynak olduklarını dile getirmiştir (50).

Annelerin çocuğun aşı zamanlarını bilme durumları incelendiğinde sadece %40,3’ü çocuğun aşı zamanlarını biliyorum derken tam aşılanma oranı %98,3 olarak bulunmuştur. Biz bu sonucu, verilen gezici hemşirelik hizmetleri sayesinde tespitsiz ve bağışıklamadan habersiz aile sayısının minimuma çekilmiş olmasına bağlıyoruz. Ayrıca, köylere aşılamaya için araç çıkarılarak sağlık ocağına gelemeyen ailelerin ev ev gezilerek çocukların aşılarının yapılmasının da etkili olduğunu düşünüyoruz.

Aşı olan çocukların %82,2’sinde aşı sonrası yan etkilerin görüldüğü tespit edilmiştir. Görülen yan etkilerin içinde en yüksek oranda ateş gözlenmiş olup aşı yerinde şişlik, döküntü ve genel huzursuzluk belirtileri en çok görülenler arasındadır.

Başbakkal'da çalışmasında aşuların görülen yan etkileri arasında ilk sırada ateş yükselmesini göstermiştir (50). Hemşirelerin bu durumun olağan olduğunu annelere anlatmaları ve bu konuda yeterli bilgi vermeleri onları bir sonraki aşı dozu için çocuklarını tekrar getirmeleri konusunda ikna etmeleri yönünden gerekli olduğu düşüncesindeyiz.

Aşı sonrası oluşan ateş ile baş etme de annelerin %64,4'ünün aşı sonrasında oluşabilecek ateşe karşı aşuya gitmeden yarım saat önce ve aşuyu takip eden iki gün boyunca belli aralıklarla ateş düşürücü vererek önlem aldıklarını tespit ettik

Ailelerin %16,5'i aşı sonrasında oluşan ateşe karşı soğuk uygulama yapıyorken %23,4'ü aşı sonrası ateşlenen çocuğu ılık duş aldırılmaktadır. Sağlık personeli tarafından önerilen ılık duş aldırma oranının düşük olması verilen antipiretiklerin etkin olduğunu ve de aşuların inatçı ateş yapmadıklarını bu sebeplerle ılık duşa gerek duyulmadığı kanaatindeyiz.

Annelerin sadece %6,9'u aşı sonrasında oluşan ateşe karşı çocuğa bol sıvı aldırılmayı tercih etmemişlerdir. Bu sonuç bize annelerin ateş ile dehidratasyon arasındaki ilişkiyi bilmediklerini göstermektedir. Yiğit'in yaptığı çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir (63).

Annelerin sadece %1,7'si aşı sonrasında ateş oluşursa bir daha aşı yaptırmayız şeklinde bir tutum sergilemişlerdir. Bu oran bize annelerin aşılama sonrası oluşan ateşin yaratacağı yıpranmanın hasta olunca karşılarına çıkabilecek yıpranma arasındaki kar zarar oranını anladıklarını ve aşılamanın önemini kavradıklarını göstermiştir. %1,7'lik orana ise aşılamanın öneminin anlatılarak daha da olumlu bir tutum sergiletebileceğimiz düşüncesindeyiz.

Annelerin aşısı olan hastalıkları bilme oranlarına bakıldığında %81,2 oranla tüberküloz ilk sırada gelmektedir. Tüberkülozu %80,9'luk oranla tetanoz ve %78,5'lik oranla kızamık takip etmektedir. En çok tüberkülozun bilinmiş olmasını biz çocuklara son yıllara kadar ilk uygulanan aşı olmasına bağlıyoruz. İkinci sırada tetanozun gelmesi ise sadece çocuklara değil erişkinlere de uygulanması sebebiyle daha hatırdada kaldığı düşüncesindeyiz. Üçüncü sırada kızamığın gelmesi ise son görülen SSPE vakaları ve kızamık eliminasyon programları ile halka öğretildiği kanısındayız.

Yapılan çalışmalarda da bağışıklama ile ilgili belirlenen hedeflere ulaşmada en önemli öğelerden olan annelerin çocuk aşılama hakkında bilgilendirilmesi, konunun öneminin anlatılması ve eğitim verilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (49,59) Hemşire ve ebelerin annelere olan yakınlığı ve devlet kurumlarında gerek fiili olarak gerekse aşılanmanın planlanması ve yürütülmesinde aktif rol almaları dolayısıyla etkin ve modern hemşirelik yaklaşımı ile anneleri çocuk gelişimi, bakımı ve bağışıklama konusunda en iyi bilgilendirecek potansiyellerdir. Bunu da en iyi birinci basamakta çocukları rutin takiplere çağırarak yada ev ziyaretleri ile etkin bir şekilde yürütecekleri düşüncesindeyiz.

5.SONUÇ

Çalışma grubumuzda tam aşı oranı %98,3 bulunmuş olup, Türkiye ortalamasının oldukça üstündedir.

Anne eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey ve yerleşim yeri gibi faktörlerin bağışıklama konusunda ki bilinçlilik düzeyini etkilediği görülmüştür. Bağışıklamada istenen hedeflere ulaşmada bu faktörlerin düzeltilmesi etkili olacaktır. Özellikle bizim toplumumuzda kadının ailedeki ve çocuk üzerindeki rolü göz önüne alındığında;

- * Kadınların çalışma hayatına girmelerinin öncelikle kendilerine olan güvenlerini ve çocuk sağlığı konularında ki bilinçlilik düzeyini etkilediğini düşünerek kadınların çalışma hayatında daha fazla yer alması sağlanmalı,
- * Eğitim düzeylerini artırmaya yönelik çalışmalara hız kazandırılmalı,
- * Orta okulda ve lisede bebek bakımı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularında planlı ve yeterli düzeyde sağlık eğitimi verilmeye başlanmalı ve bu eğitimin sürekli olması gerektiği göz ardı edilmemelidir.

Bağışıklama konusundaki bilinçlilik düzeyinin yükseltilmesinde sadece sosyo-demografik özelliklerin düzeltilmesi yeterli değildir. Başta anneleri olmak üzere ailelere korunmanın tedaviden önemli olduğunu, sağlık ocağında çocuklara düzenli verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin ve B-G takibinin çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hayati öneme sahip olduğunu kavratmalıyız. Annelere ulaşımı özellikle birinci basamakta diğer sağlık personeline göre daha kolay olan ve

devlet kurumlarında gerek fiili olarak gerekse aşılanmanın planlanması ve sunumunda aktif rol almaları nedeniyle ebe ve hemşirelerin bir potansiyel olarak değerlendirilmeleri yerinde olacaktır.

Birinci basamakta görev yapan hemşire ve ebeler gerek ev gezileri ile aileleri ortamlarında gerekse de kurumda bütüncül ele alarak sağlık eksiklikleri ve eğitim ihtiyaçlarını tespit etmeli ve gerekli hemşirelik yaklaşımlarını planlamalıdır. Planlı olarak anneye ve çocuğa sunulan hemşirelik hizmetlerinin anne bilinçlilik düzeyini ve dolayısı ile çocuk sağlığı düzeyini yükselteceği düşüncesindeyiz.

Ayrıca başta halka yakınlıkları ile halka yaklaşımda büyük bir potansiyel olarak değerlendirilebilecek hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin hizmet içi eğitimden geçirilmesi gerekir. Bu sayede sağlık personelinin bilgilerinin güncellenmesi sağlanır. Güncellenen bilgiler ise, anne bilinçlilik ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmede etkin rol oynayacaktır.

6.KAYNAKLAR

1. Sever L.(1998) *Çocuk ve Erişkinde Bağışıklama*, Güncel Tıp Yayınları, İstanbul
2. Eskiocak M, Saltık A. (1997) Bağışıklama hizmetlerinin temel bileşenleri *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **6**, 20-24.
3. Ajan N. (1995) *Bağışıklama*, (Çeviri) Fikri A, Türkay, Ankara.
4. Bland , Clement, J., Prockecting (1998). The Monldl, Childnen, The Story of WHO,s immunizatian Programme, *Forld Heith Forum* **1912**, 16-73.
5. Bertan M., Güler Ç., (1995) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Güneş Kitapevi, Ankara.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı 21-25 Eylül 2005, *Birinci Ulusal Aşı Sempozyumu Kitapçığı*, Ankara.
7. Us T. (2005) Genel Bilgiler Edi: Usluer G., Leblebicioğlu H., Ünal S., *Aşılama ve Profilaksi El Kitabı*, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
8. Kılıçturgay K. (1994) *İmmünolojiye Giriş*. 3.Baskı, Güneş ve Nobel Kitabevleri, Bursa.
9. Özgür S. (1991) *Aşılar*. Ege Üniv. Matb, Bornova.
10. Çağlayan S., (1989) Bağışıklık ve Bağışıklama, *İzmir Çocuk Hastanesi Tıp Bülteni*, **4**:22-24-36.
11. Valan.L. (1989) Aktif ve Pasif Bağışıklık. Edi: Neyzi, O., Ertuğrul T. Pediatri 1, Nobel Top Kitabevi, İstanbul.
12. Bilgehan H., (1991) Genel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, *Bornova Ege Üniv. Tıp. Fak. Yayını*, **84**: 351-356.

13. Orme IM.(2001) The search for new vaccines against tuberculosis. *Leuco Biol* **7**:1-10.
14. Ada G.(2001) Vaccines and vaccination. *N Eng J Med* . **345**:1042-53.
15. Kanra G.(1998) Genel İmmünizasyon İlkeleri. *Katkı Pediatri Dergisi Aşılar* **19**:135-51.
16. Babacan F.(2002) Yeni Aşı Üretim Teknikleri. *T.Klin Mikrobiyoloji Enfeksiyon* **1**: 14-16.
17. Özgür S.K., Beyazova U., Kemalöğlü Y.K (2006) Effectiveness of inactivated influenza vaccine for prevention of otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J*. **2**:401-4.
18. Cantez T.,Eker Ömeroğlu R., Uğur Baysal S., Oğuz F., (2003) *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevi , İstanbul.
19. Yalandağ Ş, (1982) *Aşı Bilgisi*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları,İstanbul.
20. Aygen B. (2005) Kızamık Kabakulak Kızamıkçık Aşıları, Edi: Usluer G., Leblebicioğlu H., Ünal S., *Aşılama ve Profilaksi El Kitabı*, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
21. Çokuroğlu H.,(1998) Çocukların Rutin Aşılama Takviminde Yer Almayan ve Yeni Geliştirilen Aşılar. İ.Ü Sürekli Tıp Etkinlikleri Çocuk ve Erişkinde Bağışıklama ,Aşı ve İmmünglobulin Kullanımı Sempozyumu,7-8 Mayıs 1998, İstanbul.
22. Erdem G.,Ceyhan M. (2005) Varisella Aşısı , Edi: Usluer G., Leblebicioğlu H.,Ünal S., *Aşılama ve Profilaksi El Kitabı*, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
23. Durmaz O.,Helvacı S.,(2005), Çocuklarda Suçiçeği Enfeksiyonu ve Bağışıklama, *Güncel Pediatri* ,**4**:122-130.
24. Öztuncer Ö, (2003) Ümraniye-Hekimbaşı Sağlık Ocağı Bölgesindeki (0-5-9 çocuğu olan) Annelerin Bağışıklama Konusundaki Bilgi. Tutum ve Davranışları, İstanbul.
25. Ulukol Akbulut B.,(2005) Analjezik ve Antipretik Kullanımı, Ankara Üniversitesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Ders Notları.
26. T. C. Sağlık Bakanlığı,(2003) Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi. Ankara.

27. Özkınay C. , (2005) Aşı Kontrendikasyonları, *Güncel Pediatri Dergisi, I.Ulusal Pediatri Kongresi Özel Sayısı*,3,10-14.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2000) Ankara.
29. Kurban M.,(1994) *Bulaşıcı Hastalıklar ve Epidemiyolojisi Ders Kitabı*, Somgür Yayıncılık, Kayseri.
30. Kona, G, Yurakök M., (1986) Aşı Uygulamaları Konusunda Pratik Bilgiler. *Katkı Pediatri Dergisi Aşular*, 7:4 297-342.
31. Çevik, N., (1987) Aşılamanın Çocuk Sağlığındaki Yeri, Yeni Aşılama Programları. *Katkı Pediatri Dergisi Aşular* 8:4, 353-360.
32. VI. Ümmnoloji Kongresi, Bağışıklama Bildirileri, 1-4 Ekim 1979, İstanbul.
33. Çavuşoğlu H. (2000) *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* Cilt 1. 5. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara.
34. Leenters, F., (1986) Vaccination booster, *Nursing Times*, 20, 31-32.
35. Bayık, A., (1986) Bağışıklama hizmetlerinde hemşirenin rolü?, *Ege Üniversitesi Hemş.Yük.Ok.Dergisi* 2,297-299.
36. Eren N., Öztekin S., (1982) *Sağlık Ocağı Yönetimi, I. Baskı*, Hacettepe Ün. Toplum Hekimliği Enst. Yayını, Ankara, 93-102.
37. T.C Sağlık Bakanlığı Eskişehir İli İnönü Merkez Sağlık Ocağı (2005) ETF kayıtları.
38. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do/Yoksulluk%20Analizleri&ust_id= son erişim 15,07,2006.
39. WHO, (1997) World Health Report.
40. Aksayan S., Gözüm S., (1998) Olumlu sağlık davranışlarının aşlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkinlik (kendini etkileme) algısının önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2,35-42.
41. Uysal S, Dabak Ş, Kalaycı A.G. ve ark. (1996) İki yaşından küçük çocuğu olan annelerin bağışıklama ile ilgili bilgi düzeyleri. *Sted*, 5, 365-366.
42. Kılıç S., Tezcan S., Taşçılar M.E. ve ark.(2001) Gata Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı servislerinde 2001 yılında tedavi gören hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ve aşılama hızları. *Sağlık ve Toplum* 14:40-47

43. Türkiye Nüfus Standartları Araştırması. (2003).
44. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do-id=317> son erişim 15,07,2006
45. Demirkeya K., (2001) İstanbul Üniversitesinde çalışan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Halk Sağlığı ABD. İstanbul.
46. Ayçiçek A (2004) Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılama hızları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **47**, 183-188.
47. Bodur S., Batan N., Akdin S. (1997) Konya’da çocukların aşılama hızı ve ailenin aşı ile ilgili tutumu. *Genel Tıp Dergisi* **7**, 73-6.
48. Bates AS., Wolinsky FD (1998) Personal, financial and structural barriers to immunization in socioeconomically disadvantaged urban children. *Pediatrics* **101**, 591-596.
49. Ok Ş., Pehlivan E., Geçkil E.,(2004) Malatya il merkezindeki 12 aylık bebeklerin bağışıklama durumu, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **7**,50-59.
50. Başbakkal Z.,(1990) İzmir metropolünde 0-60 ay arası çocuklarda aşılama yaygınlığının değerlendirilmesi ile aşılamaı etkileyen etmenlerin ve bağışıklamada hemşirenin rolünün araştırılması. Yayınlanmış Doktora Tezi , Ege Üniv. Sağ. Bil. Ens.’sü. İzmir.
51. Kıvanç A. (2002) Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin çocuk sağlığı bilgi düzeylerinin tespiti. *Optimal Tıp Dergisi* **13**,43-47.
52. Lannon C., Brack VM., Stuart J., et al. (1995) What mothers say about why poor children fall behind on immunization. *Arch Pediatr Adolesc* **149**,1070-5.
53. Altay Ö., Somer A., Kılıç A., ve ark. (2003) Hastaneye yatış ile kazanılan aşılama. *Çocuk Dergisi* **3**, 27-32
54. Doğan F. ve ark. (1988) Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezi aşılama hizmetlerinde hızlandırılmış aşı kampanyası etkisinin araştırılması. *Ege Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi* **27**, 389-400.
55. Yazıcı S (1995). Annelerin öz-bakım gücü, sağlıklı bebeklerin bakım sorunlarını çözme becerileri ve bu süreçte hemşirenin eğitici rolünün etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi, İst. Üniv. Sağlık Bil. Enst., İstanbul.
56. T.C. Hükümeti UNICEF İşbirliği Programı (1991) Türkiye’de Anne ve Çocuk Durum Analizi Yeniçağ Matbaası, Ankara.

57. Ök M. (1979) Toplum ve Aile. *Eğitim-Sanat-Kültür Dergisi* **132**,45-40.
58. Balcı S (1997). İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İst. Üniv. Sağlık Bil. Enst., İstanbul.
59. Canbaz S., Peşken Y., Sünter A.T. (2001) Bağışıklama konusunda annelerden edinilen bilgilerle sağlık ocağı kayıtlarının karşılaştırılması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **5**,48-53.
60. Pridham KF, Chang AS . (1985) Parents beliefs about themselves as parents of a new şnfant: instrument development. *Research In Nursing and Health*, **8**,19-29
61. Tazeyurt Y., Savaşer S.,(2003) Sağlıklı bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımı ile ilgili sorunlarında sorun çözme becerilerine sosyo-ekonomik düzeyin etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **6**,25-33.
62. Yiğit R., Esenay F., Şen E., Serinol Z. (2003) Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **6**, 48-56.
63. Yıldız H (1989) Eskişehir Anadolu Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 0-5 yaş arası çocuklarda ishal ve solunum yolu infeksiyonu olgularının değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İst. Üniv. Çocuk Sağ. Bil. Enst. İstanbul.

7.EKLER

Eskişehir İli İnönü Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bağışıklama Konusunda ki Bilgi,Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.

ANKET FORMU

ÇOCUK BİLGİLERİ:

Adı-Soyadı :
 Cinsiyeti : Kız Erkek
 Yaşı (ay olarak) :
 Ailenin Kaçınıcı Çocuğu Olduğu :
 Çocuğun Aşılanma Durumu :
 (Aşı kartı olanlardan aşı kartına bakılarak işaretleyiz)
 (Aşı kartı olmayanlar için aile sorgulanarak aşı durumlarını belirtiniz.)

aşı	Yapılmama Gerekçesi					Zamanında yapılmış	Geç yapılmış
	zamanı gelmemiş	İhmal	bilgisizlik	hastalık	diğer (belirtiniz)		
BCG							
DBT 1							
DBT 2							
DBT 3							
POLİO 1							
POLİO 2							
POLİO 3							
HEP. 1							
HEP. 2							
HEP. 3							
KIZAMIK							
DBT R							
POLİO R							
Diğer (Belirtiniz)							

ANNENİN BİLGİLERİ:

Yaşı :

Öğrenim Durumu : Okur-Yazar Değil Orta Okul
 Okur-Yazar Lise
 İlkokul Yüksek Okul

Mesleği : Memur Serbest Meslek
 İşçi Diğer.....
 Ev hanımı

Çocuk Sayısı (yaşayan) :

Eşinin Öğrenim Durumu : Okur-Yazar Değil Orta Okul
 Okur-Yazar Lise
 İlkokul Yüksek Okul

Eşinin Mesleği : Memur Serbest Meslek
 İşçi Diğer.....

Aile Aylık Geliri :
 Beş Yaş Altı Çocuk Sayısı :

Ailenin Yerleşim Yeri :
 (İlçe Merkezi yada Köy olarak)

1) Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için en iyi yöntem hangisidir?

- Aşı yaptırmak,
 Hastalıktan hemen sonra tedaviye başlamak,
 Bilmiyorum,
 Diğer.....

2) Sizce aşı ne için yapılır?

- Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için,,
 Bağışıklığı güçlendirmek için,
 Hastalıktan sonra oluşabilecek sakatlıları veya sağlık sorunlarını önlemek için,
 Hepsi,
 Bilmiyorum,
 Diğer.....

3) Çocuğunuz bir hastalığın aşısını olduktan sonra o hastalığı geçirebilir mi?

- Evet geçirebilir,
 Hayır geçirmez,
 Bilmiyor,

4) Çocuğunuzun aşı zamanlarını biliyor musunuz?

- Evet,
 Kısmen,
 Bilmiyorum,

5) Çocuklara ilk aşı ne zaman yapılır?

- Doğar doğmaz ,
 1 ayını doldurunca,
 2 ayını doldurunca,
 1 yaşını doldurunca ,
 Diğer.....

6) Aşı tarihlerini kimden öğreniyorsunuz?

- Sağlık Ocağı personelinden,
 Kendim araştırıyorum,
 Gezici ekip gelip yapıyor,
 Komşumdan
 Arkadaşımdan
 Diğer.....

7) Çocuğunuzu sağlık kuruluşuna sıklıkta ne sebeple götürüyorsunuz?

- Hasta olunca ,
 Aşı zamanı gelince,
 Her ay büyüme gelişme takibi için götürüyorum,
 Sağlık ocağından çağırınca götürüyorum,
 Diğer.....

8)Çocuğunuzun aşılarını sıklıkla nerede yaptırıyorsunuz?

- Sağlık Ocağı,
 AÇSAP(Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine),

- Özel hastane/poliklinik/muayenehane,
- Gezici ekip
- Eczane,
- Diğer.....

9) Çocukları aşağıdaki hangi hastalıklardan korumak için aşı yapılabilir?

- Difteri
- Boğmaca
- Tetanoz
- Hepatit B ,
- Hepatit C ,
- AIDS ,
- BCG (verem aşısı),
- Çocuk felci,
- Kızamık ,
- Menenjit,
- Suçiçeği,
- Diğer.....

10) Çocuğunuzu her aşıya götürdüğünüz de hangi aşılardan bildiğinizi biliyor musunuz?

- Bilmiyorum,
- Biliyorum,
 - Biliyorsanız kimden yada nasıl öğreniyorsunuz?
- Kendim araştırıyorum,
- Ebe /Hemşire hanımlardan öğreniyorum,
- Doktorumuzdan öğreniyorum,
- Komşumdan/arkadaşımdan öğreniyorum,
- Diğer.....

11) Hiç dışarıdan para ile aşı aldınız mı?

- Almadım,
- Aldım,
 - Almış iseniz neden dışarıdan aşı alma ihtiyacı duydunuz?
- Doktor/Sağlık personeli tavsiye etti
- Bakanlık aşılardan daha güvenilir buluyorum,
- Beşli karma yaptırarak çocuğun canını bir kere acıtmak istediğim için,
- Bakanlık rutin aşı takviminde bulunmadığı için aldım,(MMR, menenjit, Suçiçeği)
-

12) Aldığınız bu aşıyı hangi koşullar altında aşının yapılacağı yere götürüyorsunuz?

- Eczaneden alıp poşet içinde gideceğim yere götürüyorum,
- Eczaneden buz aküsüyle beraber bir poşete koyuyor, böylece aşının yapılacağı yere ulaştırıyorum,
- Hiç bir şey yapmadan elime alıp götürüyorum,
- Eczaneden aldığım aşıyı oda sıcaklığına gelene kadar ısınmasını sağlıyorum,
- Eczanede yaptırdığım için korumaya ihtiyaç duymuyorum,
- Diğer.....

13) BCG(verem) aşısından ne kadar sonra bebeğinizi banyo yaptırırsınız?

- Hemen,
- 3 gün sonra,
- 5 gün sonra,
- 10 gün sonra,
- Bilmiyorum,
- Diğer.....

14) Ağıza damlatılan Polio (çocuk felci) aşısından ne kadar zaman sonra çocuğunuzu beslersiniz?

- Hemen ,
- 1 saat sonra,
- 2 saat sonra,
- 12 saat sonra,
- Bilmiyorum,
- Diğer.....

15) Aşıdan sonra aşı yan etkileri oluyor mu?

- Olmuyor,
- Oluyor,
 - Oluyorsa aşağıdakilerden hangisi veya hangilerini çocuk üzerinde gözlemliyorsunuz?
- Ateş oluyor,
- Döküntü oluyor,
- Aşı yerinde şişlik oluyor,
- Havale geçiriyor ,
- Çocuğun allerjisi var ani allerji belirtileri geliyor,
- İshal oluyor ,
- Genel bir huzursuzluk oluyor,
- Diğer

16) Aşıdan sonra çocukta aşı yan etkileri (kolda şişlik,ateş,ishal,vücutta döküntü,havale geçirmesi) olursa ne yaparsınız?

- Aşıdan sonra normal olduğunu bildiğim için bir şey yapmam geçmesini beklerim,
- Aşı öncesi ve sonrasında alacağım önlemlerle aşı yan etkilerini mümkün olduğunca azaltmaya çalışırım,
- Hiç bir şey yapmadan bir sağlık kurulu/personeline başvururum,
- Kesinlikle bir daha aşı yaptırmam,
- Diğer.....

17) Aşıdan sonra çocuğun ateşi yükselirse ne tür önlemler alır yada ateşi düşürmek için ne tür uygulamalar yaparsınız?

- Aşıya gitmeden yarım saat önce ve aşıyı takip eden 2 gün boyunca belli aralıklarla ateş düşürücü şurup veririm,
- Soğuk uygulama yaparım,
- Ilık duş aldırırım,
- Hiçbir işlem yapmadan bir sağlık kuruluşuna baş vururum,
- Aşıdan sonra bu durumun olağan olduğunu bildiğim için bir şey yapmam,
- Bol sıvı almasını sağlarım,
- Bir daha aşı yaptırmam,
- Diğer.....

18) Aşıdan sonra aşı yerinde şişlik olursa ne yaparsınız?

- Aşıdan sonra bu durumun normal olduğunu bildiğim için hiç bir şey yapmam,
- O bölgeye soğuk uygulama yaparım,
- O bölgeye sıcak uygulama yaparım,
- O bölgeye kolonyalı pamukla masaj yaparım,
- Hemen bir sağlık kuruluşuna baş vururum,
- O bölgeyi hareketsiz bırakırım,
- Diğer.....