

<http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.1881>

**Citation:** Yiğit, T., Oktay, B. Ö., Özdemir, C. N. & Moustafa Pasa, S. (2020). Aşı karşıtlığı ve fikri gelişimi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(53), 1244-1261.

**Dr. Öğr. Üyesi Talip YİĞİT**

İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi, İ.İ.B.F. Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, İstanbul / TÜRKİYE,

[ORCID](#) 0000-0003-4195-9149

**Bayram Özcan OKTAY**

İstanbul Şehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şehir Çalışmaları Y.L. Programı İstanbul / TÜRKİYE,

[ORCID](#) 0000-0003-1619-3305

**Cansu Nur ÖZDEMİR**

İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi, İ.İ.B.F. Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, İstanbul / TÜRKİYE,

[ORCID](#) 0000-0003-0569-7583

**Semra MOUSTAFA PASA**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Y.L. Programı, İstanbul / TÜRKİYE,

[ORCID](#) 0000-0002-2967-5103

## AŞI KARŞITLIĞI VE FİKRİ GELİŞİMİ

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı günümüzde yükseliş trendinde olan, aşı karşıtlığının fikri gelişim sürecinin detaylarıyla ortaya koyarak aşırı reddeden ebeveynlerin profillerini belirleyebilmektir. Çalışmada nicel araştırma deseninden betimsel analiz yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmanın hedef kitlesini aşı tereddüdü yaşayan ve aşırı reddetmiş olan Türkiye'nin çeşitli illerinde yaşayan 74 kadın ve 9 erkek olmak üzere 83 ebeveyn oluşturmaktadır. Veriler kartopu örneklem metodu ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak nicel görüşme formu kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, uygun görülen ve gerekli olan yerlerde nitel anlatımlarla desteklenerek sunulmuştur. Görüşmelerin tamamlanması, bulguların saptanması ve analiz sonucunda aşı karşıtlığı fikrini edinen profilin sosyokültürel ve sosyoekonomik gelir düzeylerinin yüksek olduğu, az çocuklu ebeveynlerden oluştuğu, araştırmacı ve sorgulayıcı kişilik özelliklerine sahip oldukları ve aşı karşıtlığı fikrini modern tıp uygulamalarına karşı muhalif bir tavır ve bireysel bir tavır sonucunda ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Araştırma ile bilimsel olarak sistematik bir şekilde ortaya konulan verilerin bundan sonra yapılacak olan aşı karşıtlığı ile ilgili araştırmalara zemin hazırlaması, önleyici ve koruyucu temellere sahip halk sağlığı ve tıbbi sosyal hizmet uygulamaları çerçevesinde oluşturulması muhtemel mikro, mezzo ve makro düzeyde koruyucu, önleyici ve iyileştirici uygulamalara referans olması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aşı tereddüdü, aşı karşıtlığı, halk sağlığı, tıbbi sosyal hizmet

## ANTI-VACCINATION AND IT'S INTELLECTUAL APPEARANCE

### ABSTRACT

The aim of this study is to determine the profiles of parents who refuse the vaccination by revealing the details of the intellectual development process of anti-vaccination. The study was conducted using a quantitative methodology. The target audience is composed of 83 parents 74 of which are women and 9 of men living in various provinces of Turkey who have vaccination hesitance and refused vaccination. Snowball sampling method was used to collect data and quantitative interview form was used as a data collection tool. The findings obtained are supported by qualitative explanations where appropriate and necessary. After completion of relevant interviews and determination of the findings and analysis, it was found that the profile who has adopted the idea of anti-vaccination, has high socio-cultural and socioeconomic income levels, consisting of parents with few children, having investigative and questioning personality traits, and the idea behind anti-vaccination has emerged as an opponent attitude to modern medical practices, as an individual manner. The data systematically revealed by this research is expected to pave the way for future for anti- vaccination researches and will be references to micro, mezzo and macro-level applications that may be established within the framework of public health and medical social work science which have preventive and protective foundations.

**Keywords:** Vaccination hesitation, anti-vaccination, public health, medical social work

### 1. GİRİŞ

Halk sağlığı temel esas olarak toplumda olan veya olması muhtemel sağlık sorunlarını toplumun iyilik halini gözeterek önleyici veya (önlememişse de) tedavi ve rehabilitasyon odaklı yaklaşımla müdahaleler geliştirmeyi amaçlar. Halk sağlığı disiplini; sorunlara odaklanırken çevresel koşulları gözlemlemektedir. Bir tanım olarak halk sağlığı: “Organize edilmiş toplumsal çalışmalar sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmalarını her bireyin sağlığını

*sürdürecek bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim dalıdır.”<sup>1</sup>*

Sağlık hizmetlerinde önleyici, koruyucu ve uzun vadede toplumu iyileştirici yaklaşımlar toplumsal bağışıklığın sağlanabilmesi ile doğrudan ilintilidir. Bilim dalı olarak halk sağlığı alanı toplumsal bağışıklığın sağlanması adına çalışmalar yürüterek, bireyin ve toplumun iyilik halini arttırmayı amaçlamaktadır. Toplumun bağışıklık kazanabilmesi ise ortam içerisindeki topluluk üyelerinin toplam aşılama oranının %80-95 oranında olmasına bağlıdır. Bu aşılama oranları ile toplumun sadece aşılama kesimlerinin değil aşılama(mayan kesimlerinin de korunması sağlanmaktadır. Dolayısıyla bireye uygulanan aşılama toplumun bütün üyelerin sağlık durumlarını da ilgilendirmektedir.<sup>2</sup>

Aşı; toplum bağışıklanmasının oluşumundaki temel önleyici araçlardandır. Türkiye Cumhuriyeti’nde aşılama, bireyin doğumundan itibaren periyodik olarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan takvim doğrultusunda bireylere uygulanmaktadır. Aşı ile birlikte bireyin çevresel faktörler sebebiyle meydana gelebilecek salgın hastalıklara karşı korunması ve bağışıklık kazanması desteklenmektedir.

Toplumun bağışıklanması bireylere uygulanan aşılama ile mümkün olmaktadır. Nitekim aşı ile bireylerin bedenlerine doğrudan müdahalenin olması tartışmalar doğurmuştur. Bireyler çeşitli sebeplerden kaynaklı olarak *aşı tereddüdüne* düşmekte bazıları ise aşığı reddetmektedir. Aşı reddinin nedenleri birden fazladır Ancak bu araştırmanın vurguladığı nokta; aşı reddinin toplumun tamamını etkileyen bireysel bir tavır olduğudur.

Aşı reddi fikrinin yükseliş trendi toplumsal bağışıklanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum, aşı karşıtlığı ve aşığı reddeden ailelere yoğunlaşma ihtiyacını doğurmuştur. Zira aşılama çoğu bebeklik ve çocukluk çağında uygulanmaktadır. Aşılama kararı devlet ve ebeveynlerin elindedir. Türkiye’de ebeveynler aşılama çocuklarına yapıp yapılmayacağına karar veren nihai karar alıcılardır. Bu bağlamda aşı reddi fikrinin ebeveynlerde nasıl geliştiği araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Araştırma bağlamında aşı reddi fikrinin nasıl oluştuğu, ortaya çıkış nedenleri, fikrin gelişimi ve yayılma süreci, bu fikri destekleyen bireylerin profilleri saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın ileride toplum bağışıklığı ve halk sağlığı alanında geliştirilecek müdahale planları ve politikalarına referans olması hedeflenmektedir.

Aşı reddi fikrinin gelişiminin araştırılması amacıyla öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Daha sonra nicel araştırma yöntemi kapsamında görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formu kapsamında aşığı reddeden bireylerin sosyodemografik özellikleri, mevcut sağlık hizmetlerine yaklaşımları, aşığı reddetme nedenleri ve birey olarak kendilerini, eşini ve köken ailelerini tanımlamaları analiz edilmiş olup, bu bilgiler çerçevesinde aşı tereddüdü yaşayan ve aşığı reddeden bireylerin profil tablosu oluşturulmuştur.

Yapılan araştırma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın kapsamı ve yöntemine ilişkin yapılan araştırmanın problemi, amacı ve önemi açıklanarak bilgi verilmiştir. İkinci bölümde araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesini oluşturan literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler derlenmiştir. Üçüncü bölümde araştırmanın bulguları verilmiş olup dördüncü bölümde ise araştırmanın bulgularının analizleri yapılmıştır. Daha sonra sonuç ve öneriler kısmı ile araştırma tamamlanmıştır.

Salgın hastalıkların tedavisi ve yayılımının engellenmesi için aşılama ile bağışıklama kaçınılmaz bir ihtiyaçtır. Ancak bazı ebeveynler çeşitli sebeplerden dolayı aşı tereddüdü yaşamakta ve bu tereddüt sonucunda aşığı reddetmektedir. Bu karar, hem çocuğun hem de toplumun sağlığını tehlikeye atma potansiyeli oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu araştırmanın problemi; aşı reddi ile birlikte toplumda ve halk sağlığında oluşacak riskleri, tehditleri ortaya koymaktır.

Aşığı reddeden ailelerin oranı 2011 yılında 183 iken 2017 yılında 23.600’dür.<sup>3</sup> Aşı reddi yükselme trendindedir ve bu durum toplumsal açıdan risk faktörlerini barındırmaktadır. Bu olgunun ortaya çıkış nedenlerini araştırıp ortaya koymak araştırmanın değer boyutunu oluşturmaktadır.

Problem aynı zamanda aşılamanın önemini, aşı reddinin gelişimsel sürecini ve aşı reddi sonucunda

<sup>1</sup> Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD] (t.y).

<sup>2</sup> Türk Tabipleri Birliği, 2018.

<sup>3</sup> Türk Eczacılar Birliği (TEB) 6. Bölge Samsun Eczacı Odası, 2019.



### 3. TÜRKİYE’DE AŞININ TARİHSEL SÜREÇTEKİ GELİŞİMİ

Cumhuriyet sonrası dönemde ülkemizdeki aşının tarihsel gelişimi; 1930’larda “Çiçek Aşısı” uygulaması ile başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 1974 yılında aşının çocuk sağlığındaki önemini dikkate alarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı”nı (Expanded Programme on Immunization-EPI, GBP) başlatmıştır. Bu programda temel olarak 6 tane aşı ile korunabilir hastalığın (difteri, boğmaca, tetanos, verem, polio ve kızamık) önlenmesi hedeflenmiştir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Türkiye’de 1981 yılında başlatılmıştır. 1985 yılında “Aşı Kampanyaları” yapılarak aşı ile önlenebilir hastalıklarla mücadele çalışmaları hız kazanmıştır. Aşıların yaygınlaşmasıyla birlikte çiçek hastalığı aşı ile ortadan kaldırılmış ve çiçek hastalığı aşısı dünyadaki bütün aşılamalarından kaldırılmıştır.<sup>8</sup>

13 Mart 2009 yılında T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından B100TSH0110005 sayılı genişletilmiş “Bağışıklama Programı Genelgesi” yayımlanmıştır. Bu genelge çerçevesinde bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önlenebilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Ülkemizde yürütülen Genişletilmiş Bağışıklama Programı’nda son dönemde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. 2006 yılından itibaren aşı takvimine üç yeni antijen (Kızamıkçık, Kabakulak ve Hemofilusinfluenza tip b) eklenmiş, 2008 yılı başından itibaren *DaBT-İPA-Hib* beşli aşısının ve 2008 yılı Kasım ayından itibaren de *Konjuge Pnömonokok* aşısının kullanımı başlatılmıştır.<sup>9</sup>

Türkiye’de 1930’lu yıllarda çiçek aşısı ile başlayan ve aşı kampanyalarıyla devam eden salgın hastalıklarla mücadelede aşı ile bağışıklama çalışmaları istikrarlı bir şekilde geliştirilmeye ve özellikle çocukluk döneminde bağışıklama çalışmaları uygulanmaya devam etmektedir. Türkiye’de istikrarlı bir şekilde çocukluk dönemi aşılarının uygulanması OECD ve dünya ülkeleri bazında Türkiye önemli bir konuma sahiptir. Ancak aşılamanın istikrarlı bir şekilde devam etmesi, aşılamanın uygun koşullar sağlanarak ve insan hayatı boyunca devam etmesi ile mümkün olacaktır.<sup>10</sup>

Tablo 2’de ülkemizde yıllara göre aşı takvimine eklenen aşılar gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Yıllara Göre Aşı Takvimine Eklenen Aşılar

1937	Difteri, Boğmaca Aşılması
1952	BCG Aşılması
1963	Canlı Polio Aşılması
1968	DBT Aşılması
1970	Kızamık Aşılması
1981	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
1985	Türkiye Aşı Kampanyası
1989	Polio Eradikasyonu Programı
1995	Polio Ulusal Aşı Günleri
1996	Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası
1997	Polio Mop-Up
1998	Son Polio Vakası ve Hepatit-B Aşılması
2003	Kızamık Okul Aşı Günleri
2004	Erişkinlere Tetanoz Aşısı Uygulanması Gereken Durumlarda Td Aşısına Geçilmesi
2005	Kızamık Aşı Günleri
2006	Hib, Kabakulak Kızamıkçık Aşısının Programa Eklenmesi, Hepatit B Ergen Aşılmasının Başlatılması
2007	Hepatit B ve Kızamıkçık Aşılarının İlköğretim Yaş Gruplarında Tamamlanması
2008	Beş Bileşenli (Dabt-P//Hib) Aşısının Uygulanmasına Geçilmesi
2008	7 Bileşenli Konjuge Pnömonokok Aşısının Takvime Girişi
2009	Anne-Yenidoğan Tetanoz Eliminasyonu
2010	İlköğretim 1. Sınıfta Canlı Polio ve Td Aşısı Yerine Dabt-İpa Aşısının Yapılmaya Başlanması
2011	13 Bileşenli Konjuge Pnömonokok Aşısının Uygulanmasına Geçilmesi
2012	Hepatit A Aşısı
2013	Suçiçeği Aşısının Güncel Aşı Takvimine Eklenmesi

**Kaynak:** Gülcü ve Arslan, 2018:36.

<sup>8</sup> Özmert, 2008:168-169.

<sup>9</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>

<sup>10</sup> Ovalı ve Öztürk, 2018:40-43.



#### 4. AŞI – HASTALIK İLİŞKİSİ

Paracelsus'un "sola dosisfacit venenum" yani, 'bir maddeyi zehir yapan yalnızca onun dozudur' sözü aşı ya da ilaca yönelik yaklaşımı önemli ölçüde özetlemektedir.

Günümüzde aşı ile bağışıklamanın enflamatuvar bağırsak hastalıkları, otizm, bazı bağışıklık sistemi rahatsızlıkları ve nörolojik çeşitli hastalıklara yol açtığı iddialarının olması ebeveynlerde kaygı oluşumuna sebep olmuş, aşı karşıtı hareketlerinin oluşumuna zemin hazırlamış, aşı karşıtı insanların bir araya gelerek çeşitli kuruluşlar oluşturmasına yol açmıştır.<sup>11</sup>

Nitekim kızamık, kızamıkçık ve kabakulak salgın hastalığını önlemek için yapılan KKK aşısının otizme sebep olduğu iddiaları ortaya atılmıştır. Danimarka'da yapılan retrospektif araştırmada 91-98 yılları arasında doğan 537.303 çocuğun aşı- otizm ilişkisini bulmak için incelemeler yapılmış ve KKK aşısı yaptırılan ve yaptırılmayan çocuklar arasında otizm riski açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.<sup>12</sup>

Aşı-otizm ilişkisi için bir diğer tartışılan ve endişe uyandıran konu ise aşıların içeriğinde bulunan cıva içeren tiomersalin'in otizme neden olduğu görüşüdür. Ancak otizmin belirtileri ve cıva zehirlenmesinin belirtileri birbirinden farklılık göstermektedir. ABD, İngiltere ve Danimarka'da yapılan araştırma verilerinin analiz edildiği büyük çaplı epidemiyolojik çalışmada tiomersal içeren aşılar ile otizm arasında bir ilişki saptanmamıştır.<sup>13</sup>

Fransa'da Hepatit B ve multipl skleroz (MS) hastalığı ilişkisi iddiaları ortaya atılmıştır. Bu iddialar üzerine yapılan çalışmalar sonucunda Hepatit B aşısı ile multipl skleroz (MS) hastalığına sebep olan demiyelinizan sorunlarının arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır.<sup>14</sup>

Çiçek aşısı gibi bazı aşıların yan etkileri daha sonraki yıllarda tespit edilmiş ve ekarte edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde 1980 yılının başlarında yaygın aşılama çalışmaları ile bütün dünyadaki aşılama çalışmalarından ekarte edilmiştir. Çünkü çiçek hastalığı artık bir salgın hastalık olmaktan çıkmıştır ve artık insanlar için bir tehdit unsuru oluşturmamaktadır. Bu sebepten dolayı 1800'lü yıllarda bağışıklama çalışmalarına başlanan zorunlu çiçek aşısı uygulamadan kaldırılmıştır. Ancak istisnai olarak bazı ülkelerin askeri personellerine tedbir amaçlı uygulanmaktadır.<sup>15</sup>

Aşılar hem bebeklik, çocukluk döneminde hem de yetişkinlik döneminde gelişebilecek olan epidemik komplikasyonlara karşı bireylerin bağışıklık kazanmalarını desteklemektedir. Nadir de olsa bazı aşılar bazı bireylerde immünitasyon sağlayamayıp belirli komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bunlar fiziksel komplikasyonlar geliştirebilmelerinin yanı sıra fiziksel komplikasyonlara bağlı olarak psikolojik rahatsızlıklara ve bunların kronikleşmesine sebep olabilmektedir.

#### 5. ÜLKELERE GÖRE AŞI İLE ÖNLENEBİLİR SALGIN HASTALIK HARİTALARI

Yeni geliştirilen aşılar özellikle gelişmiş ülkeler tarafından üretilmekte, dünyada hastalıkların en çok görüldüğü ve ekonomik anlamda sınırlı olanaklara sahip ülkelere ihraç edilmektedir. Ayrıca bu ülkelere ekonominin sınırlı olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin yetersiz olması gibi faktörler salgın hastalıklara karşı bağışıklığın gelişmemesinde en büyük etkidir. Gelişmemiş ülkelere aşıların sınırlı sayıda alınması da çocukların birçoğuna ulaştırılamaması anlamına gelmektedir. Bu nedenle ülkelerdeki ekonomik olanaklar ve ülkelerin coğrafi konumu aşı programlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Bazı ülkelerin ekonomik durumları yeterli olsa bile salgın hastalığın görülme sıklığının az olmasından dolayı aşığı rutin takvime almamakta veya hiçbir ülkede uygulanmayan aşıları rutin aşı takvimine ekleyebilmektelerdir.<sup>16</sup>

Her yıl çoğunluğunu çocukların oluşturduğu 146 bin insan kızamık hastalığına yakalandığı Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin araştırmaları tarafından ortaya konmuştur. Birleşmiş Milletlere göre her yıl yaklaşık 195 bin insan, boğmaca hastalığı sebebiyle yaşamlarını yitirmektedir. Bu ölümlerin fazla

<sup>11</sup> Özen ve Doğan, 2012:1.

<sup>12</sup> Kutlu ve Altındış, 2018:47.

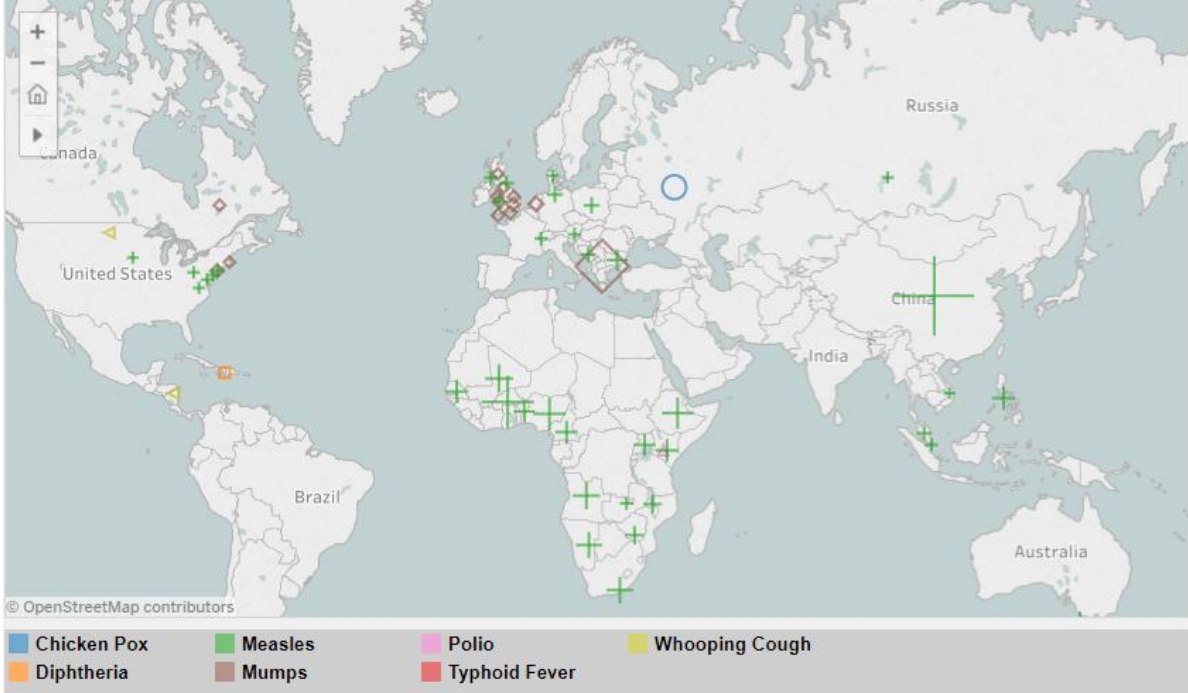
<sup>13</sup> Kutlu ve Altındış, 2018:53.

<sup>14</sup> Kutlu ve Altındış, 2018:55.

<sup>15</sup> Meteoroloji Genel Müdürlüğü, t.y.

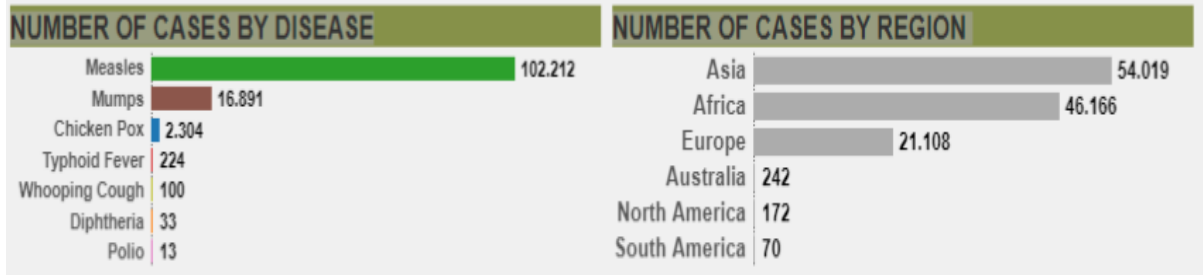
<sup>16</sup> Gökçay, 2004:940.

olduğu yerlerde ise yoksulluğun yüksek olduğu ve bu bölgelere aşı erişiminin olmadığı saptanmıştır.<sup>17</sup>



**Şekil 1:** 2009 Yılı Dünyadaki Hastalık Türlerine Göre Salgın Hastalık Vaka Sayıları **Kaynak:** Vaccine-preventable disease outbreaks.

Şekil 1’de 2009 yılına ait kızamık, kabakulak, çocuk felci, kızamıkçık ve boğmaca gibi salgın hastalıkların dünya üzerinde ülkelerdeki vaka sayısı gösterilmiştir.



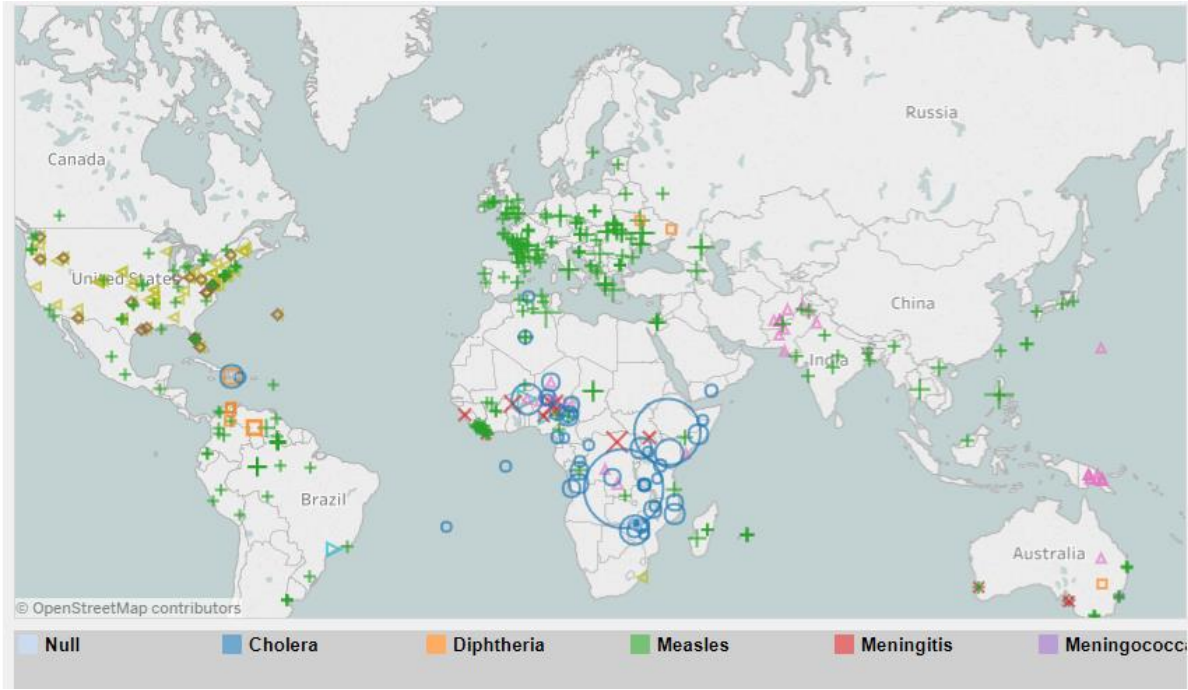
**Şekil 2:** 2009 Yılı Hastalık Türleri - Kıtalar Göre Vaka Görülme Dağılımı **Kaynak:** Vaccine-preventable disease outbreaks.

Şekil 2’de vaka sayısına bakıldığında ilk sırada kızamık salgını yer almaktadır. Ardından sırasıyla kabakulak, suçiçeği, tifo, boğmaca, difteri ve çocuk felci salgınları gelmektedir.

Bölgelere göre vaka sayıları incelendiğinde Asya ülkelerinde salgın hastalık vakaları en başta gelmektedir. Ardından sırasıyla Afrika, Avrupa, Avusturalya, Kuzey Amerika ve Güney Amerika’da salgın hastalık vaka sayıları sıralanmaktadır.

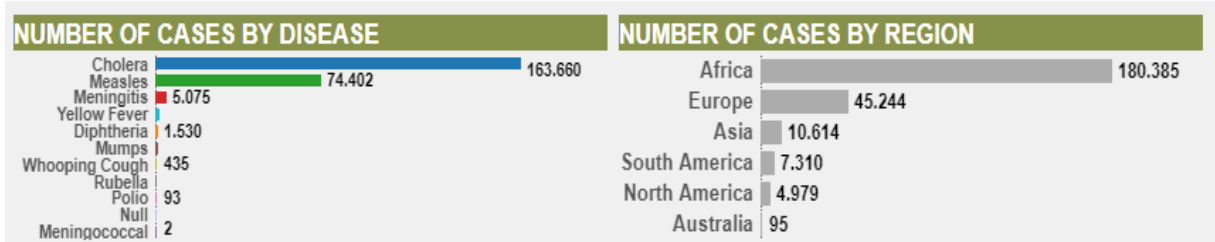
2009 yılının verilerine göre Güney Afrika ve Asya ülkelerinde kızamık salgını vakaları yoğundur. Avrupa ülkelerinde ise kızamık vakalarının yanı sıra, kabakulak salgın vakalarının sıklığı daha fazla karşımıza çıkmaktadır. Kuzey Amerika ülkelerinde kızamık ve kabakulağın yanı sıra boğmaca salgını da görülmektedir. Güney Amerika ülkelerinde ise boğmaca ve difteri salgını karşımıza çıkmaktadır.

<sup>17</sup> Kılınc, 2018.



**Şekil 3:** 2018 Yılı Dünyadaki Hastalık Türlerine Göre Salgın Hastalık Vaka Sayıları **Kaynak:** Vaccine-preventable disease outbreaks.

Şekil 3'te 2018 yılına ait kolera, difteri, menenjit, sarıhumma, kızamık, boğmaca, kabakulak, kızamıkçık, çocuk felci ve meningokok (menenjit) gibi salgın hastalıkların dünya üzerinde ülkelerdeki vaka sayısı gösterilmiştir.



**Şekil 4:** 2018 Yılı Hastalık Türleri - Kıtalar Göre Vaka Görülme Dağılımı **Kaynak:** Vaccine-preventable disease outbreaks.

Şekil 4'te vaka sayılarına bakıldığında kolera salgını ilk sırada gelmekte olup sırasıyla kızamık, menenjit, sarıhumma, difteri, kabakulak, boğmaca, kızamıkçık, çocuk felci gibi salgın hastalıklar sıralanmaktadır.

Bölgelere göre vaka sayıları incelendiğinde Afrika ülkelerinde salgın hastalık vakalarının sayısı diğer ülkelere göre çok fazla olduğu görülmektedir. Sırasıyla Avrupa, Asya, Güney Amerika, Kuzey Amerika ve Avustralya'da salgın hastalık vaka sayıları yer almaktadır. 2018 yılının verilerinin gösterildiği haritaya bakıldığında Afrika ülkelerinde kolera başta olmak üzere kızamık, menenjit, meningokok (menenjit) salgınları görülmektedir. Avrupa ülkelerinde kızamık başta olmak üzere belli bölgelerde difteri salgını vardır. Asya ülkelerinde yaygın olarak kızamık salgını görülmekle birlikte meningokok (menenjit) salgını da sıkça karşımıza çıkmaktadır. Avustralya'da kızamık başta olmak üzere menenjit, meningokok (menenjit) ve difteri salgınları görülmektedir. Kuzey Amerika ülkelerinde boğmaca başta olmak üzere kabakulak ve kızamık salgını vakaları karşımıza çıkmaktadır. Güney Amerika'da ise kızamık başta olmak üzere difteri ve kolera salgınları görülmektedir.

Salgın hastalıkların ortaya çıkması ve yayılımında yapısal çevre sistemlerinin önemi büyüktür. Zira senelere göre değişen bu salgın hastalıklar haritalarına bakıldığında kolera salgını endemik olarak Afrika ülkelerinde görülmektedir. Bunun sebebi olarak ise Afrika ülkelerindeki yetersiz kentleşme ve temel fizyolojik ihtiyaç kaynaklarına ulaşamama zorluğunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin yetersizliği de salgının o bölgede fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

Son zamanlarda Avrupa kıtasındaki ülkelerde bazı salgın hastalıkların arttığı görülmüştür. Endemik olarak görülen kızamık vakalarının sayısı artmıştır. Bunun sebebi incelendiğinde aşı karşıtlığının artışının doğal sonucu olarak bağışıklık kazanma oranları düşmektedir. Örnek verilecek olursa 2015 yılında İtalya’da kızamık aşısı ile bağışıklama oranları %85’e, Avrupa genelinde ise %88’e kadar düşüşler yaşamıştır.<sup>18</sup> Yine aşı karşıtlığı nedeniyle difteri, tetanos, boğmaca gibi aşuların Amerika Birleşik Devletleri’nde bağışıklama oranları %91’e kadar gerilemiştir.<sup>19</sup>

Bir salgın hastalığın kontrol altında tutulabilmesi, halk sağlığı açısından tehdit oluşturmaması için aşı ile bağışıklama oranlarının %95’in üzerinde olması gerekmektedir. Avrupa ve Amerika kıtalarında bu oranlar %95’in altına düşmüştür. Bu gerileme sonucunda ise hem Avrupa hem Amerika kıtasında aşı ile bağışıklama sağlanabilecek salgın hastalıkların görülme sıklığı artmadır.

## 6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bireyin hakkıdır. Sağlık sistemini bilmek bireyler için önem arz etmektedir. Kişilerin haklarını, sorumluluklarını, sağlık kurumlarının verdiği hizmetleri, verilen hizmetlerin sağlık açısından önemini bilmeleri ve kendi sağlık durumlarına ilişkin kararlar almada kişilere farklı roller yüklemektedir.<sup>20</sup>

Günümüzde bireylerin sosyal medyayı etkin kullanmaları ve sürekli birbirleri ile iletişim halinde olmaları kişilerin hayatlarını ve kararlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kişiler sağlık konusunda da sosyal medyayı etkin kullanmakta ve çeşitli konularda araştırmalar yapmaktadır. İlk olarak bir uzman görüşünü almak yerine rahatsızlıkları hakkında internetten ve sosyal medya üzerinden iletişim kurdukları insanlardan tavsiyeler alarak tedavi olmaya çalışmaktadır.

Bu konu hakkında Tıp Bilişimi Derneği Yönetim Kurulu Üyesi olan Dr. Cengiz Tezcan;

*“Doktorların yanı sıra sosyal mecralarda neredeyse tüm kullanıcıların artık birbirlerinin tedavi kararlarını etkilemeye başladığı ve doktor, ilaç, hastalık gibi konularda öneride buldukları görülmektedir. Sağlık sorunları için internette doğru adreslerden enformasyon alınabilirse, hastanın mevcut sağlık sorununa yönelik olarak doğru enformasyon edinmesini sağlanabilir. Ancak her web sitesi, her “blog” hasta ya da hasta yakınları için sağlık alanında doğru bir referans kaynağı olmayabileceği vurgulanarak, toplumların sağlık okuryazarlık ve teknoloji okuryazarlık düzeylerini artıracak bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.”* şeklinde belirterek fikirlerini ifade etmiştir.<sup>21</sup>

TÜİK’in 2018 yılında yapmış olduğu “Bilgisayar ve İnternet Kullanım Oranları” isimli araştırmaya göre 16-74 yaş grubundaki bireylerde bilgisayar ve internet kullanım oranları sırasıyla %59,6 ve %72,9 şeklindedir. Bu oranlar erkek bireylerde sırasıyla %64,1 ve %70,5 iken; kadın bireylerde %45,9 ve %51,9’dur. Bir önceki yıllar ile kıyaslanacak olursa 2017 yılı oranları sırasıyla %56,6 ve %66,8; 2016 yılı oranları sırasıyla %54,9 ve %61,2’dir. Üç senenin oranları karşılaştırıldığında üç yıl içerisinde internet kullanım oranlarında her iki yaş grubunda da sürekli bir artış olduğu gözlemlenmiştir.<sup>22</sup> 2016 yılının ilk 3 ayındaki verilerde sağlık ile ilgili bilgilerin aranma oranı %65,5 olduğu görülmektedir. Diğer kullanım alanları karşılaştırıldığında sağlık ile ilgili bilgilerin aranma oranının yüksek olduğu göze çarpmaktadır.<sup>23</sup>

Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yapılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması kapsamında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlamasından alınan verilere göre;

Sağlıkla ilgili başvuru kaynakları Tablo 3’te gösterilmiştir.

<sup>18</sup> Bozkurt, 2018:72.

<sup>19</sup> Bozkurt, 2018:72.

<sup>20</sup> Yıldırım, Demiray Ready, Durusu Tanrıöver, Çakır ve Akalın, 2014:14.

<sup>21</sup> Palacı, Yazar, Kuru ve Gülhan, 2016:306.

<sup>22</sup> Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK, 2018.

<sup>23</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2016.



**Tablo 3.** Sağlık Bilgilerine Ulaşım Kaynakları

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Gazete (n=445)	12,8	15,1	30,3	22,0	19,8
Magazin (n=435)	4,4	5,3	16,8	26,9	46,6
İnternet (n=470)	30,8	31,2	18,3	9,1	10,6
Radio ve televizyon(n=452)	19,0	22,1	30,1	17,7	11,1
Kitaplar ve broşürler (n=444)	14,0	25,5	30,6	20,0	9,9
Aile üyeleri, arkadaşlar vb (n=447)	21,9	29,5	26,4	13,6	8,6
Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları (n=486)	47,5	20,2	18,5	9,3	4,5

**Kaynak:** Okyay ve Abacıgil, 2016:28

Tablo 3'e bakıldığında katılımcıların %47,5'i sağlık ile bilgi edinmek istediklerinde sağlık çalışanlarına her zaman başvurmaktadır. İkinci sırada ise %30,8'i her zaman %31,2'si sıklıkla internetten sağlık ile ilgili bilgileri edinmektedir. Üçüncü sırada ise %21,9 oranında aile üyeleri, arkadaşlardan aldıkları bilgiler gelmektedir.

Annelerin Aşılarda Konusundaki Bilgi ve Davranışları araştırması Sağlık Bakanlığının ortaya koyduğu Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması kapsamında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması araştırmasını destekler niteliktedir. Annelerin Aşılarda Konusundaki Bilgi ve Davranışları araştırması kapsamında 462 anne, 0-6 yaş grubundaki çocukları için aşılarda konusundaki bilgileri sağlık çalışanlarından öğrendiğini belirtmiştir. Aşı faaliyetlerinin yürütüldüğü sağlık ocakları, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP), aileleri aşı hakkında bilgilendirme konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu merkezlerde çalışan doktor, hemşire, ebelerin aşılarda konusundaki bilgi birikimleri toplumun bilinçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi konusunda önem arz etmektedir.<sup>24</sup> Kişiler sağlık çalışanlarına başvurmadan önce çeşitli kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgiler edinmeye çalışmaktadır. Bu durum akıllara yapılan araştırmanın hangi düzeyde olduğu sorusunu getirmektedir. Bu soruya cevap olarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın 2014 yılında yayınladığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın "Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı" cevap niteliği taşımakta olup Tablo 4'te belirtilmiştir.

**Tablo 4.** Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Her bir düzeydeki erişkinlerin oranı (yüzde)	Karşılık gelen erişkin nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

**Kaynak:** Yıldırım, Demiray Ready, Durusu Tanrıöver, Çakır ve Akalın, 2014:64

Tablo 4'e bakıldığında erişkinlerin %40,1'i sorunlu %24,5'i yetersiz olmak üzere toplamda 34,8 milyon erişkin nüfusun sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmektedir. Sadece %7,6 oranında toplam 4,1 milyon erişkinin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır.

Sağlık okuryazarlığında yeterli bilgiye ulaşamama, doğru bilgiye ulaşmada sınırlı kalmanın birey, toplum ve sağlık sistemleri üzerinde çeşitli olumsuz etkileri vardır. Başlıca sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerine bakılacak olursa:

- Sağlıksız yaşam koşullarının artması
- Süreğen hastalıklar ile ilgili yanlış veya yetersiz bilgi edinme
- Hastalığa uygun olarak düzenlenen tedavi sürecine uyumda güçlük yaşanması
- Yanlış ilaç kullanımının artması
- Sağlık için harcanan maliyetlerin artması<sup>25</sup>

<sup>24</sup> İşler, Esenay, Kurugöl, Conk ve Koturoğlu, 2007:4

<sup>25</sup> Yıldırım, Demiray Ready, Durusu Tanrıöver, Çakır ve Akalın, 2014:25-26.

Sağlıklı bir toplum ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bir toplumun sağlık politikalarının esas hedeflerinden biri olması gerekir.

Yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı bireyleri çeşitli düzeylerde olumsuz etkilemektedir. Yanlış veya eksik edinilen bilgiler sebebiyle insanların hastalık süreleri uzamakta, sağlık harcamaları, hastane masrafları artmakta ve hastanede kalma süreleri uzamaktadır. Sağlık okuryazarlığında insanlar kendilerinde olan belirtileri internette buldukları bilgilerle eşleştirerek paniğe kapılabilmekte ve bu da gereksiz acil servis kullanım oranlarını arttırmaktadır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığını aktif olarak kullanmayan bireylerin mortalite ve morbidite oranlarının sağlık okuryazarlığını aktif kullananlara oranla daha yüksek olduğunu, sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını, süregelen hastalıklarla karşılaştıklarında hastalık yönetmede daha iyi oldukları gözlemlenmiştir.<sup>26</sup>

Sağlık okuryazarlığından yeterli bilgiye erişimin sağlanması kişilerin doğru sağlık hizmet ve müdahalelerine yönelmesinde etkilidir. Yeterli bilgiye erişilmesiyle bireyler hem ekonomik hem de zaman kayıplarını minimize eder.

## 7. AŞI TEREDDÜDÜ VE AŞI REDDİ

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'in ortak hazırlanmış olduğu raporda aşı tereddüdü ve aşı reddi kavramlarının tanımlarını yaparak iki kavram arasındaki farklılığı ortaya koymuştur. Aşı tereddüdü kavramında aşıya veya aşıyı sağlayıcıya güvenmeme durumu söz konusudur. Aşı tereddüdü yaşayan kişiler aşılarda hakkında tereddüt yaşamasına rağmen aşılardan tamamını yaptırabilir, aşıyı geciktirebilir veya aşıya ulaşılmasına rağmen aşı yaptırmayı reddederek bir ya da birden fazla aşıyı yaptırmayabilir.<sup>27</sup> Aşı reddi kavramı ise literatürde bulunan tüm aşılardan kendi iradesi ile reddederek yaptırmama durumudur.<sup>28</sup>

1800'lü yıllarda Edward Jenner aşı konusunda yaptığı çalışmalarla aşı kavramını ortaya koymuş ve aşılama çalışmalarının başlamasına öncülük etmiştir. Aşılama çalışmaları aşı karşıtı gösterileri de beraberinde getirmiştir. E. Massey isimli din adamı aşılama çalışmalarını şeytana uymak olarak nitelendirmiştir. Hastalıklarla mücadele etmenin Tanrıya karşı gelmek olduğunu, Tanrı hastalıkları işlediğimiz suçlar nedeniyle bizlere ceza olarak verdiğini, bu cezayı kabullenmemiz ve müdahale ve mücadele etmememiz gerektiğini gerekçe olarak göstererek savunmuştur ve halka bu yönde telkinlerde bulunmuştur.<sup>29</sup>

1840-1853 yıllarında İngiltere'de aşı yaptırmak zorunlu hale gelmiştir. Bu yıllarda Londra'da Anti-Aşı Derneği (Anti-Vaccination League) kurulmuştur. Bu dernek aşı karşıtlarının toplanması ve birbirleriyle fikir alışverişi yapmaları için önemli bir yapı olmuştur.<sup>30</sup> 1853 yılında çiçek hastalığı salgını başlamıştır. Çiçek hastalığı salgınına karşı devlet halkı aşılama çalışmalarıyla salgından korumaya çalışmıştır. Devlet yapılan bu aşılama çalışmalarını yeterli bilgilendirme yapmadan zorunlu kılmıştır. Çiçek aşısını yaptırmayarak aşıyı reddedenlere hapis cezaları gibi çeşitli yaptırımlar uygulanmıştır. İnsanlar gerekli bilgilendirme yapılmadan aşı yapılması ve aşı yaptırmak istemeyen kişilere uygulanan yaptırımlar insanların tepkilerine yol açmıştır.<sup>31</sup>

1867 yılında yasalarla zorunlu olarak aşı yaptırmamanın yaşı 14 yaş olarak genişletilmiştir. Bu yasaya tepki olarak aşı karşıtı gruplar yasanın bir hak ihlali olduğu iddiası ile 1870-1880 yılları arasında çeşitli faaliyetler yürütmüştür. Halkın yasaya tepkisini çoğaltmak ve halkı bilinçlendirmek adına aşı karşıtlığı konulu kitaplar, dergiler, broşürler dağıtarak aşı oranlarını ciddi şekilde etkileyerek aşılama oranlarının düşmesine neden olmuşlardır. 1872'de Stokholm'de aşılama oranları %40'ın biraz üzerine kadar gerilemiştir. 1874 yılında şehirde yayılan büyük bir salgın sonucunda halk yeniden aşı yaptırmak durumunda kalmıştır. Yapılan aşı karşıtı çalışmaların neticesinde 'vicdani ret' kavramının da oluşumuna zemin hazırlar niteliktedir.<sup>32</sup>

<sup>26</sup> Çopurlar ve Kartal, 2016:45.

<sup>27</sup> World Health Organization (WHO), 2013:1.

<sup>28</sup> Bozkurt, 2018:72.

<sup>29</sup> Badur, 2011:83.

<sup>30</sup> Bozkurt, 2018:72.

<sup>31</sup> Kutlu ve Altındış, 2018:49.

<sup>32</sup> Kutlu ve Altındış, 2018:49.

1907 yılında ilk aşı karşıtı konferans J.Pitcairn tarafından ABD’de düzenlenmiştir. J.Pitcairn konferansın ardından 1908 yılında Amerikan Anti-Aşı Derneği’ni (Anti-Vaccination League of America) Philadelphia’da kurmuştur. Brezilya’da ise O. Cruz “aşılara karşı direniş” (Revolta da Vacina) hareketini başlatmıştır. 19. ve 21. yüzyıldaki aşı karşıtlığının tarihsel süreçteki gelişimi ve aşı karşıtı söylemler birbirleri ile oldukça benzerdir.<sup>33</sup>

İnsanların zamanla bilinçlenmesi ve devlet tarafından uygulanan politikaların düzenlenmesi sonucunda aşıya direnç azalmış ve toplum bağışıklaması aynı oranda artmıştır. Ancak son 20 yıl değerlendirildiğinde özellikle son 8 yılda aşı tereddüdü ve aşı karşıtı fikirlerin artmış olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Aşı tereddüdü ve aşı reddinin artmış olması sebebiyle 2012 senesinde aşı reddinin araştırılması için Dünya Sağlık Örgütü ‘Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu’ (Vaccine Hesitancy Working Group) adında grup kurmuştur.<sup>34</sup>

2012-2016 yılları arasında Avrupa ve Amerika’nın bazı eyaletlerinde aşı ile bağışıklama oranlarına %2-4 oranında bir düşüş gözlemlenmiştir. Özellikle bazı salgın hastalıklara yönelik aşı ile bağışıklama oranlarında daha fazla düşüş yaşanmıştır. Salgın hastalıkların önlenmesi için aşı ile bağışıklama oranının %95’in üzerinde olması gerekmektedir. Ancak bu oran 2015 yılında İtalya’da %85’e, Avrupa’da ise %88’lere kadar gerilemiştir. 2017 yılındaki aşılama oranlarına bakıldığında tetanos, boğmaca, difteri aşılı Avrupa’da %92 oranında kalmış, Amerika’da ise %91 oranına gerilemiştir. 2012 yılında Amerika’da kızamık aşısı ile bağışıklamanın %95’in üzerinde olmasına karşın bugün ilk doz kızamık aşısı %92 oranında iken ikinci dozda bu oran %54’egerilemiştir. Araştırmacılar aşılama oranlarındaki düşüşleri aşı karşıtı grupların yaygınlaşması, etkinliğinin artması ve kitleleri etkilemesinin önemli bir sebep olarak göstermektedir.<sup>35</sup>

## 8. TÜRKİYE’DE AŞI REDDİ GELİŞİMİ

Türkiye’de 2007 senesinden önce aşı yaptırmaya zorunluluğu bulunmaktaydı. Zorunluluk bulunmasına rağmen aşılama oranları %75’in altındaydı. Aşılama oranlarının düşük olmasının sebepleri arasında kayıt tutmadaki yetersizlikler, coğrafi konum ve iklim şartlarına bağlı olarak aşıya ulaşımındaki güçlükler ve sağlık alanına yeterli bütçenin ayrılamaması sıralanabilir. Bu eksikliklerin giderilmesi adına devletin uyguladığı çeşitli politikalar ve sağlık alanına yapılan yatırımlar ile aşılama oranlarında artışlar yaşanmıştır. Bunun yanı sıra Dünya’da 1990 yılından sonra çeşitli ülkelerde aşı reddi akımı başlamış, 2010 yılında ülkemize ulaşarak “aşı reddi/aşı karşıtlığı” ülkemizde de popüler olmasına sebep olmuştur.<sup>36</sup>

2015 yılında Ordu’nun Altınordu ilçesinde yaşayan bir savcı ikiz bebeklerini içerisinde sağlığa zararlı maddeler olduğunu iddia ederek Hepatit B aşısı yaptırmaması sonucunda aile hakkında Aile Sağlığı Merkezi tarafından tutanak tutulmuştur. Savcı karşı dava açarak Sağlık Bakanlığınca açılan bu davanın haksız olduğunu kanıtlamaya çalışmıştır ve bu davayı kazanmıştır.<sup>37</sup> Savcının bu tutumu ve açtığı davayı kazanması çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ailelere bir emsal teşkil etmiştir ve çocuklarına aşı yaptırmak istemeyen ailelerin sayısında önceki yıllara göre önemli artışlar gözlemlenmiştir. Bu sayı gittikçe artma eğilimi göstermektedir.

Sağlık Bakanlığının yaptığı araştırmalar ve kayıtlar sonucunda 2011 yılında çocuklarına aşı ile bağışıklamayı reddeden ailelerin sayısı 183 iken, 2016 yılına bakıldığında bu rakam 12 bin aileye, 2017 yılında 23 bin aileye ulaşmıştır. Aşırı reddeden ailelerin artması sonucunda ülkedeki bağışıklama oranlarında düşüşler yaşanmaktadır. Bu düşüşler salgın hastalıkların kontrol altında tutulmasını güçleştirmekte ve toplum sağlığını tehlikeye atmaktadır. Aşılama oranlarının %95’in üzerinde olduğu durumlarda dahi salgın hastalıklara yakalanıldığı görünürken, bu oranda yaşanan düşüşler ile aşı yaptıran çocukların dahi risk altında olduğu söylenebilir.<sup>38</sup>

<sup>33</sup> Badur, 2011:83.

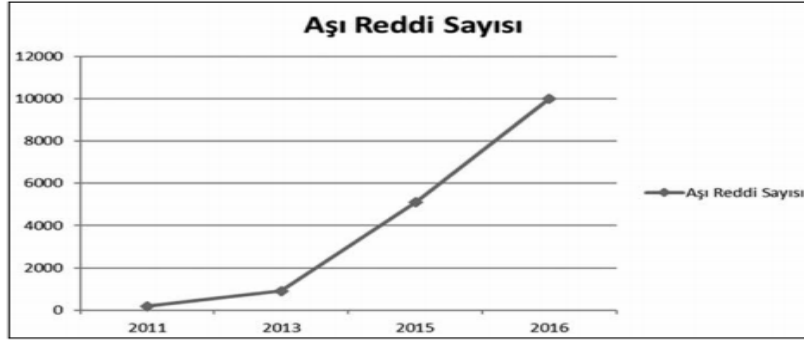
<sup>34</sup> Bozkurt, 2018:73.

<sup>35</sup> Bozkurt, 2018:73.

<sup>36</sup> Bozkurt, 2018:72.

<sup>37</sup> Kovan, 2015.

<sup>38</sup> Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2018.



Şekil 5: Türkiye’deki Yıllara Göre Aşı Reddi Sayısı **Kaynak:** Bozkurt, 2018. s.74

Şekil 5’te görüldüğü üzere Türkiye’de aşı karşıtlığı 2011 yılı itibari ile dramatik bir ivme kazandığı görülmektedir. Gittikçe artmakta olan aşı karşıtlığı eğilimi bağışıklama oranlarının seneler içerisinde düşüşe geçeceğini ve aşılama yoluyla engellenen hastalıkların görülmesinde önemli artışlar olabileceği konusundaki düşünceleri ve endişeleri arttırmaktadır.

## 9. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Yapılan araştırma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın kapsamı ve yöntemine ilişkin yapılan araştırmanın problemi, amacı ve önemi açıklanarak bilgi verilmiştir. İkinci bölümde araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesini oluşturan literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler derlenmiştir. Üçüncü bölümde araştırmanın bulguları verilmiş olup dördüncü bölümde ise araştırmanın bulgularının analizleri yapılmıştır. Daha sonra sonuç ve öneriler kısmı ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma; ulusal ve uluslararası literatürün taranması sonucunda elde edilen bilgiler ışığında görüşme formlarında kullanılacak soru havuzu oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmaya katılacak hedef kitleye uygun 80 üzeri bireyle Google Formlar üzerinden anket çalışmasının uygulanması hedeflenmiştir.

Aşı tereddüdü yaşayan veya aşığı reddeden bireylerin sosyal medya üzerinden kapalı gruplar şeklinde örgütlendikleri görülmüştür. Doğru hedef kitleye ulaşabilmek adına ilgili gruplar üzerinden katılımcılara sosyal medya aracılığıyla ulaşılmıştır. Saha araştırmasından veriler toplanırken nicel metot kullanılmış olup araştırmanın örnekleme dâhilinde veriler kartopu örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Kartopu örnekleme<sup>39</sup> ile öncelikle aşığı reddeden sınırlı sayıda katılımcı ile görüşülmüş olup daha sonra onların yönlendirmeleriyle birlikte diğer hedef kitleye ulaşılmıştır.

Katılımcılarla görüşme formuna katılmaları için iletişime geçme sürecinde aşı reddi grubu yöneticileri ve katılımcılarının “suçlu olarak görülmek istemiyorum, ifşa edilmek istemiyorum, zorla aşı yaptırmayacaksınız değil mi?” gibi endişeleri olmuştur. Bu bakımdan ilgili grup üyelerinin ve yöneticilerinin kapalı grup üzerinden seçici bir şekilde üye alımı yapmaları, yaşadıkları endişenin yakalanma korkusu boyutlarına ulaşmıştır. Bununla birlikte araştırma bulgularına göre yakın çevreleri tarafından aşı karşıtlığının desteklenmemesinin sonucu olarak toplum boyutunda damgalanma kaygısı yaşamaları araştırma sürdürülürken karşılaşılan zorluklardandır. Nitekim afişe edilme ve yakalanma kaygısının doğal sonucu olarak bazı grup yöneticileri tarafından görüşme yapılma talebi reddedildi. Hedef kitle ile yapılan görüşmelerde sıklıkla bu araştırmanın kişinin özlük haklarına ve bilimsel araştırma etiğine uygun ilerlediği belirtilmiştir.

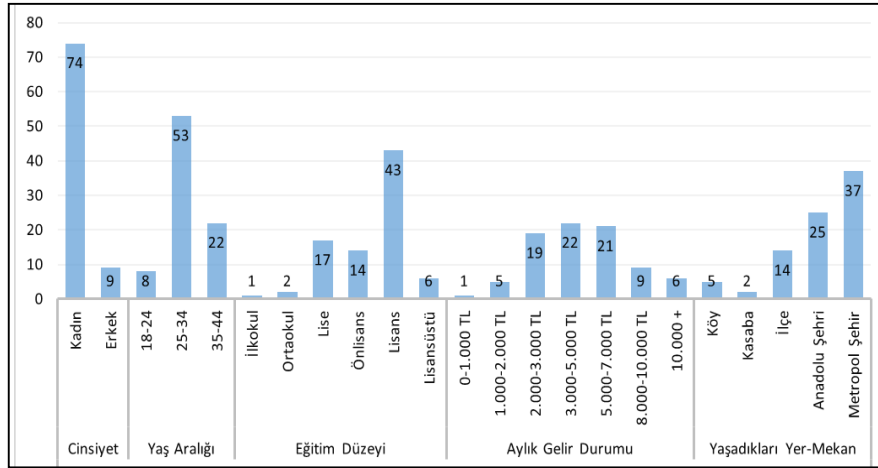
Anket çalışmasından elde edilen veriler sonucunda katılımcıların aşı reddine ilişkin görüşleri ele alınarak elde edilen nicel veriler değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucu araştırmanın nihai hedefi olan aşığı reddeden birey profili ortaya çıkartılmıştır. Bu profillemeye çalışması, aşından tereddüt duyulması ve reddedilmesine ilişkin görüşlerin sistematik biçimde bilimsel temelde yapılmıştır.

<sup>39</sup> Neuman, 2014: 324.



## 10. BULGULAR

**Grafik 1:** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri



Nicel görüşme formuna katılan 83 kişinin %89'unu kadın, %11'ini erkek katılımcılar oluşturmaktadır.

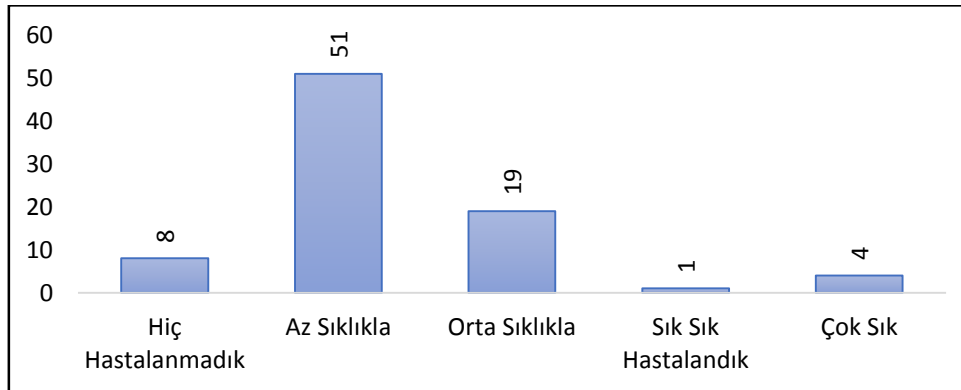
Katılımcıların yaşlarına bakıldığında; 8 kişi 18-24 yaş aralığında, 53 kişi 25-34 yaş aralığında, 22 kişi ise 35-44 yaş aralığında bulunmaktadır. 0-17, 45-54 ve 55 yaş ve üzeri katılımcı bulunmamaktadır.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; 43'ü lisans, 17'si lise, 14'ü ön lisans, 6'sı yüksek lisans, 2'si ortaöğretim ve 1'i de ilköğretim mezundur. Okuryazar olmayan, sadece okuryazar ve doktora mezunu katılımcı bulunmamaktadır.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında %27'si 3.000-5000 Türk Lirası ,%25'i 5.000-7.000 Türk Lirası , %23'ü 2.000-3.000 Türk Lirası , %11'i 8.000-10.000 Türk Lirası , %7'si 10.000 Türk Lirası ve üzeri , %6'sı 1.000-2000 Türk Lirası ve %1'i 0-1000 Türk Lirası aralığında aylık gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların yaşadıkları yerlere kırsal-kentsel alan bakımından bakıldığında katılımcıların 37'si yaşamlarını metropol şehirde, 25'i Anadolu şehrinde, 14'ü ilçede, 5'i köyde ve 2'si de kasabada geçirdiğini belirtmiştir.

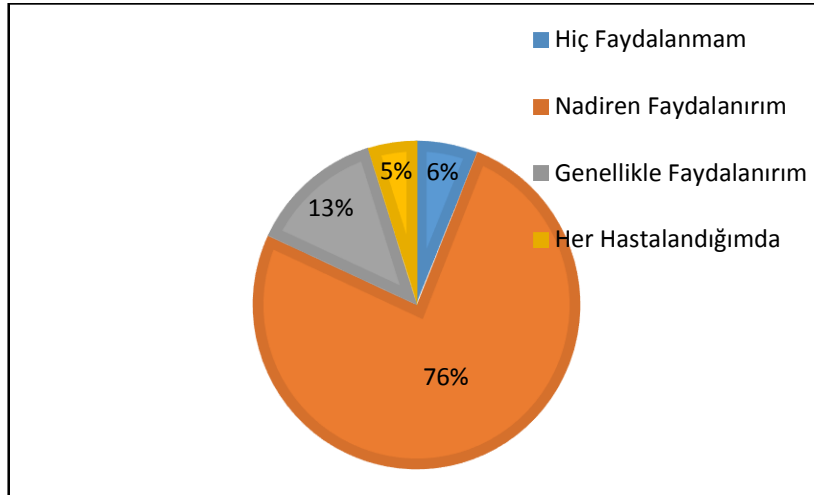
**Grafik 2:** Aile İçi Sağlık Sorunu Yaşama Sıklığı



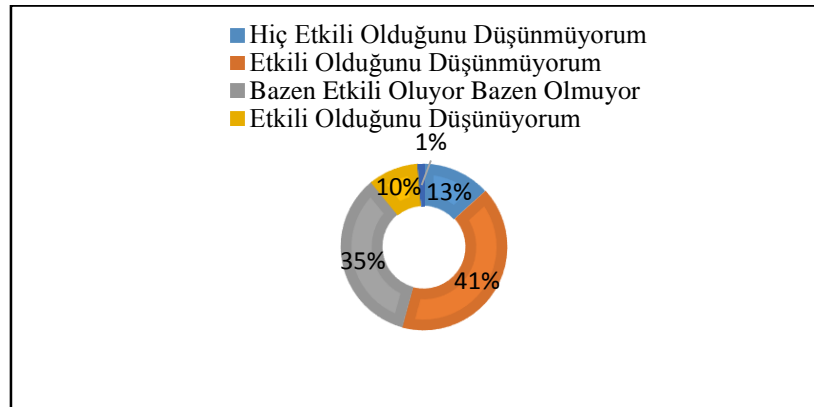
Katılımcıların ailelerinin sağlık sorunu yaşama sıklığına bakıldığında; 51'i az sıklıkta, 19'u orta sıklıkta, 4'ü çok sık ve 1'i de sık sık sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. 8 katılımcı ise hiç sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir.

**Grafik 3:** Aileden Birisi Hastalandığında Tercih Edilen Tedavi Yöntemi

Katılımcıların aileden birisi hastalandığında tercih ettikleri tedavi yöntemlerine bakıldığında 73'ü geleneksel yöntemler kullanarak evde doğal ürünler tüketerek geçirmeye çalıştıklarını, 5'i aile sağlığı merkezine/ hastaneye giderek hekimin verdiği ilaçları kullandıklarını, 3'ü hastalık teşhisi için doktora gittiğini ancak geleneksel yöntemler kullandığını, 2'si alternatif tıp tercih ettiğini belirtmiştir. Katılımcılardan hiçbiri evdeki ilaçları kullanmayı ve bir şey yapmadan kendiliğinden geçmesini beklemeyi tercih etmemektedir.

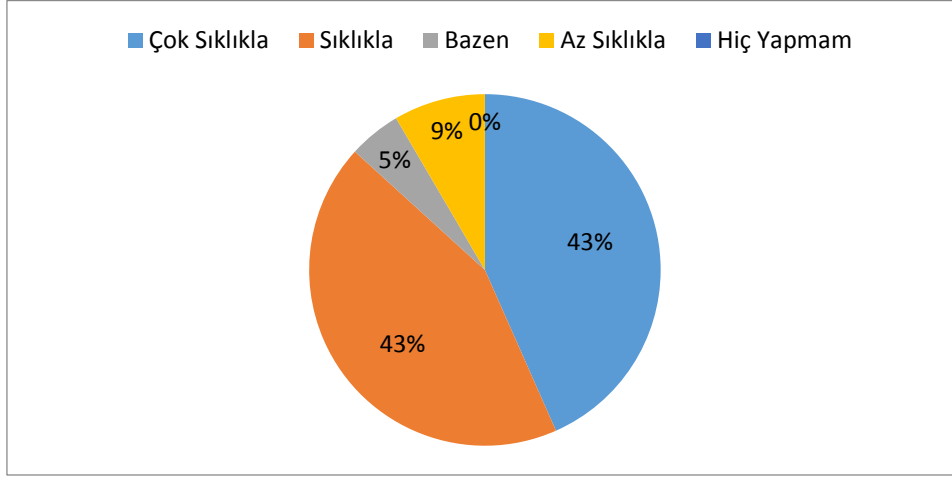
**Grafik 4:** Katılımcıların Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Sıklığı

Katılımcıların sağlık hizmetlerinden faydalanma sıklığına bakıldığında %76'sı sağlık hizmetlerinden nadiren faydalandığını, %13'ü genellikle faydalandığını, %5'i de her hastalandığında faydalandığını belirtmiştir. Katılımcıların %6'sı sağlık hizmetlerinden hiç faydalanmadıklarını belirtmiştir.

**Grafik 5:** Katılımcıların Sağlık Kurumlarındaki Enfeksiyon Hastalıklarının Tedavi Etkililik Algısı

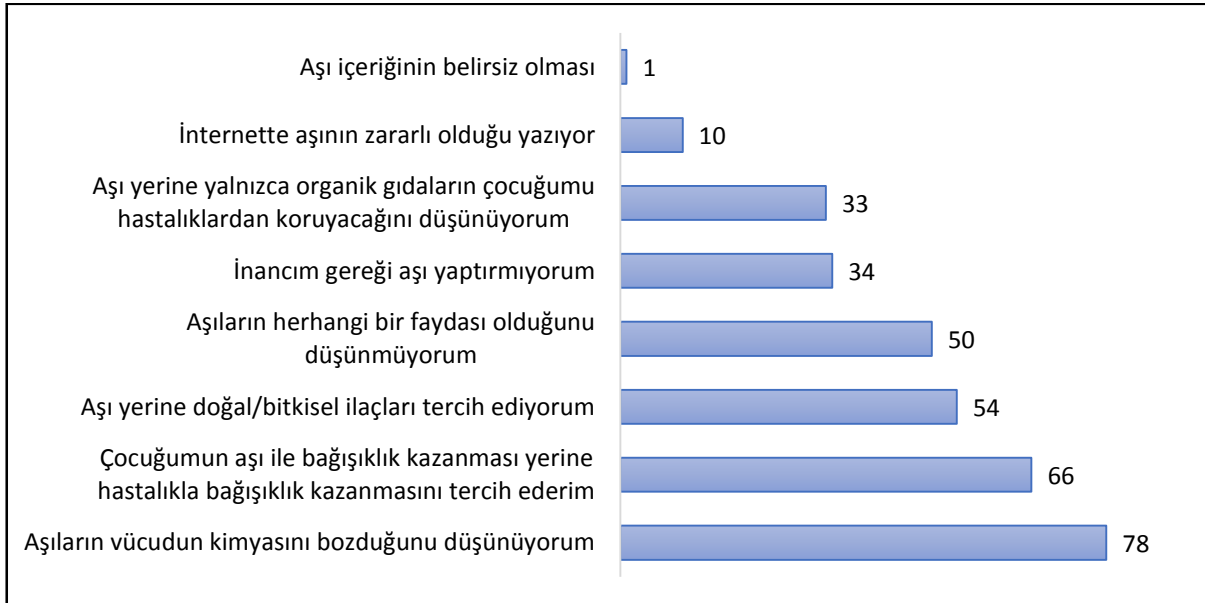
Katılımcıların sağlık kurumları enfeksiyon hastalıkları tedavisi algısına bakıldığında %41'i sağlık kurumlarının enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde etkili olmadığını, %35'i bazen etkili olduğunu bazen etkili olmadığını, %13'ü hiç etkili olmadığını düşündüklerini belirtmiştir. Katılımcıların %10'u ise sağlık kurumlarının enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde etkili olduğunu, %1'i çok etkili olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

**Grafik 6:** İnternette Sağlık İle İlgili Araştırma Yapma Sıklığı

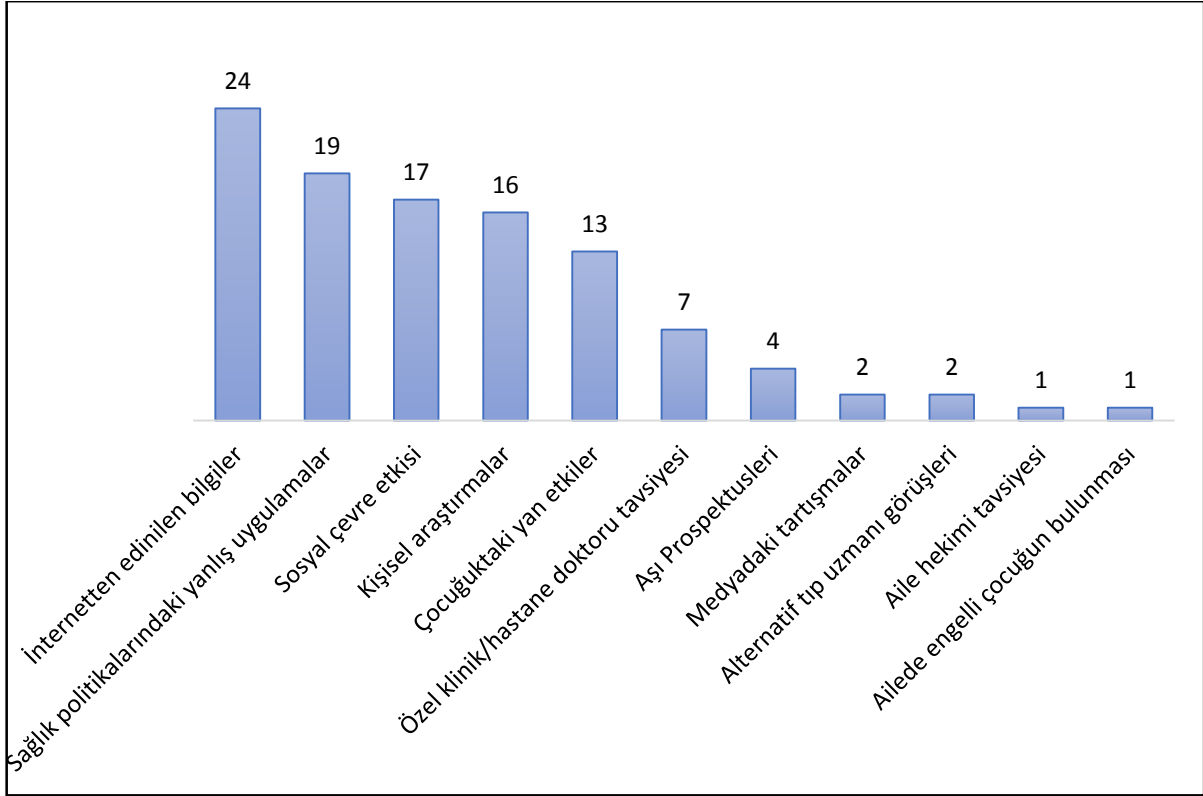


Katılımcıların internette sağlık bilgisi araştırma sıklığına bakıldığında %43'ü çok sıklıkla, %43'ü sıklıkla, %9'u az sıklıkla ve %5'i bazen internetten sağlık bilgisi araştırdığını belirtmiştir. Katılımcılardan internette sağlık bilgisi araştırması hiç yapmam diyen yoktur.

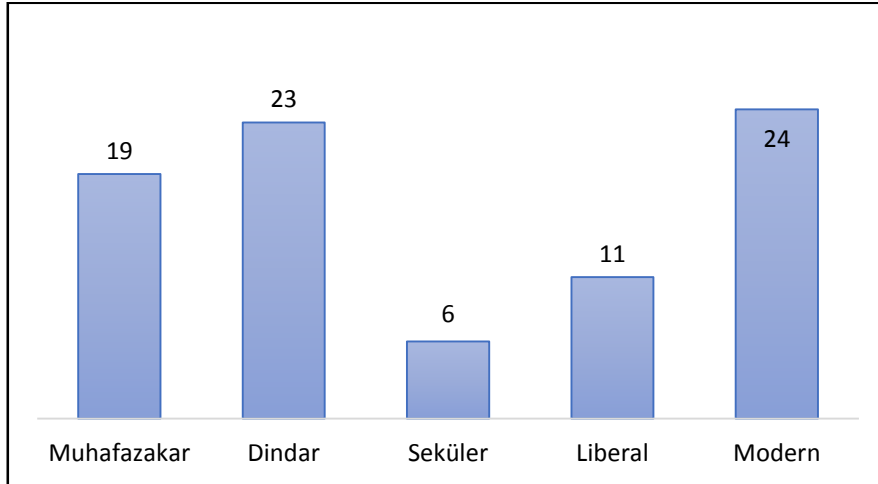
**Grafik 7:** Katılımcıların Bireysel Olarak Aşırı Reddetme Nedenleri



Katılımcıların aşırı reddetme nedenlerine bakıldığında 78'i aşıların vücudun kimyasını bozduğunu, 66'sı çocuğunun aşı ile bağışıklık kazanması yerine hastalıkla bağışıklık kazanmasını, 54'ü aşı yerine doğal/bitkisel ilaçları tercih, 50'si aşıların herhangi bir faydası olduğunu düşünmemeye, 34'ü incancının gerekliliği, 33'ü aşı yerine yalnızca organik gıdaların çocuklarını koruyacağı, 10'u internette zararlı yazması, 1'i aşı içeriğinin belirsiz olması sebebiyle aşıları reddettiğini belirtmiştir.

**Grafik 8:** Katılımcıların Aşı Reddi Fikrini Edinme Kaynağı

Katılımcıların aşı reddi fikrinin kaynağına bakıldığında 24'ü internette edinilen bilgiler, 19'u sağlık politikalarındaki yanlış uygulamalar, 17'si sosyal çevre etkisi, 16'sı kişisel araştırmalar, 13'ü çocuklukta yan etkiler, 7'si özel klinik/hastane doktoru tavsiyesi, 4'ü aşı prospektüsleri, 2'si medyadaki tartışmalar, 2'si alternatif tıp uzmanı görüşleri, 1'i aile hekimi tavsiyesi, 1'i ailede engelli çocuk bulunması aşı reddi fikirlerinin kaynağını olduğunu belirtmiştir.

**Grafik 9:** Katılımcıların Dünya Görüşleri

Katılımcıların kendini tanımlama durumlarına bakıldığında 24'ü kendilerini modern, 23'ü dindar, 19'u muhafazakâr (geleneksel), 11'i liberal ve 6'sı seküler olarak tanımladıklarını belirtmiştir.

## 11. SONUÇ

Sosyal hizmet, insanı "çevresi içinde birey" yaklaşımı ile değerlendirir ve müdahalede bulunur. Bireylerin yaşamlarının ve yönelimlerinin şekillenmesinde sosyal çevrelerin rolü belirleyicidir. Nitekim birey, kendisi hakkında sağlıklı kararlar alabilecek, kendi menfaatini gözetebilecek mental olgunluğa erişene kadar ailesine bağımlı halde yaşamını sürdürmektedir. Ebeveynler aile üyeleri ve çocukları ile ilgili (yüksek menfaatini gözeterek) hayati önemde belirli kararlar alabilmektedir. Aşılama da hayati



önem arz eden kararlardan biridir. Ebeveynin ‘çocuğu’ üzerinden aşığı reddediyor olması sosyal hizmetin etik konuları içerisinde yer alan ‘bireyin kendi kaderini tayin edebilme hakkı’ ve ‘toplum refahını korumak ve geliştirmek’ açısından incelenebilir. Ancak çocuğun aşılınmaması sonucunda salgın hastalıklara açık hale geliyor olması mikro ve makro düzeyde birey ve halk sağlığı açısından risk teşkil etmektedir. Öte yandan toplumun bir hastalık virüsüne karşı bağışıklığının bulunmaması, hastalıkları salgın haline dönüştürme riskini de beraberinde getirmektedir.

Salgın hastalıkların önlenmesi toplumsal bağışıklığın sağlanması ile mümkündür. Dolayısıyla toplumlar bu tür salgınlardan korunmak için bebeklik çağından itibaren aşılınmaktadır. Aşı reddinin toplum sağlığı için risk teşkil etmesi toplumsal bağışıklığın oranının düşmesiyle ilişkilidir. Toplumsal bağışıklık oranının %80-95 seviyesinin altına düşmesi salgın hastalıkların yayılımı için risk oluşturmaktadır. Günümüzde özellikle metropol kentlerde m<sup>2</sup>’ye düşen kişi sayısı ve sıklık oranı gittikçe artmaktadır. Bu durum salgına yol açan virüslerin yayılma hızını da arttırmaktadır.

Aşığı reddeden ebeveynler, çocuklarının bağışıklamasının aşılama yolu ile değil, doğal yollarla sağlanması gerektiğini düşünmektedirler. Ayrıca araştırma sonuçları aşığı reddeden ailelerin çocukların hastalanma sıklığının normal seviyelerde seyrettiğini belirtmektedirler. Bu durum toplumun bağışıklık oranı ile ilişkilendirilebilir. Ancak bağışıklık kazanmamanın bu grupta bulunan çocuk ve yetişkinlerin genel sağlık durumu ve toplum sağlığına etkileri orta ve uzun erimli boylamsal araştırmalar ile mümkün görülmektedir.

Aşı karşıtı ailelerin aşığı reddetme nedenleri irdelendiğinde aşıların içeriğinde: “İnek derisi, insan cenini, cıva, alüminyum vb.” gibi maddelerin olduğuna ilişkin inanışların aşığı reddetme gerekçeleri arasında önemli yer tutmaktadır. Ayrıca aşı karşıtlığını dini gerekçelere dayandıran ebeveynler, hastalıkları ve ömür süresini ‘kader’ inancı üzerinden temellendirmektedirler. Ebeveynler aşı ve aşılınmaya dair bilgileri sağlık okuryazarlığı ile internet üzerinden edinmektedirler. Edinilen bilgiler kapalı sosyal medya grupları aracılığıyla, diğer aşı karşıtı ailelerle paylaşılmaktadır. Böylece sosyal bir ağ üzerinden aşı karşıtlığı fikri toplumsal düzeyde devamlılığı sağlanmaktadır. Bu noktada spekülasyon nitelikte olan aşı ile ilgili bilgilerin yaygınlığı aşı karşıtlığının toplumsal düzeyde bir karşılık bulduğunu göstermektedir. Diğer yandan aşı karşıtlığı modern tıp uygulamalarına karşı bir tavır olmakla birlikte, küresel şirketlerin aşı üzerinden elde ettikleri rantı karşı bir başkaldırma niteliği de taşımaktadır. Dolayısıyla aşı karşıtlığı bireysel, sosyo ekonomik, kültürel ve politik birçok faktörün yer aldığı karmaşık bir konu ve dolayısıyla bütüncül değerlendirilmesi gereken muhalif bir tutum olarak ele alınması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

- AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞI [AFAD]. (t.y.). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü*. <https://www.afad.gov.tr/tr/23792/Aciklamali-Afet-Yonetimi-Terimleri-SozluGu?kelime=halk+sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1> (Erişim 22.03.2019)
- AKDENİZ, M. ve KAVUKÇU, E. (2011). Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
- ALTUN, Ş. (2008). *6-14 Yaş Arası Çocuklarda Aşılama Oranı ve Ailelerin Özel Aşılarla İlgili Bilgi Düzeyi*. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- BADUR, S. (2011). Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar. *Ankem*, 2011,25(ek-2), 82-86.
- BOZKURT, H. B. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 8(1), 71-76.
- ÇOPURLAR, C. K. ve KARTAL, M. (2016). What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It important? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- GÖKÇAY, G. (2004). Dünya Ülkelerinin Aşı Takvimleri. *Türkiye Klinikleri Pediatri Özel Dergisi*, 2(9), 940-943.
- İŞLER, A., ESENAY, F. I., KURUGÖL, Z., CONK, Z. ve KOTUROĞLU, G. (2007). Annelerin Aşılar Konusundaki Bilgi ve Davranışları. *Ege Pediatri Bülteni*, 14(1), 1-6.

- KILINÇ, Ş. (2018). *İklim Değişikliğini Durdurmak İçin Akıl Almaz Öneri: Güneşi Karartmak!*. Web Tekno: <https://www.webtekno.com/iklim-degisikligini-durdurmak-icin-beyin-yakan-oneri-gunesi-karartmak-h35490.html> (Erişim 23.02.2019)
- KOVAN, N. (2015, Haziran 21). *Hürriyet Sağlık: İkiz Bebeklerine Aşı Yaptırmayan Savcının Hukuk Zaferi*. Hürriyet Web Sitesi: <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/ikiz-bebeklerine-asi-yaptirmayan-savcinin-hukuk-zaferi-29343111> (Erişim 05.03.2019).
- KUTLU, H. H. ve ALTINDIŞ, M. (2018). Aşı Karşıtlığı. *Flora Dergisi*, 23(2), 47-58.
- NEUMAN, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nicel ve Nitel Yaklaşımlar*. (Sedef Özge, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- OVALI, F. ve ÖZTÜRK, R. (2018). Aşılama İstikrar. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, (47), 40-43.
- ÖZEN, M. ve DOĞAN, N. (2012). Aşı-Hastalık İlişkisi: Söylenti mi, Gerçek mi? *Klinik Gelişim*, (25), 16-20.
- ÖZMERT, E. N. (2008). Dünya'da ve Türkiye'de Aşılama Takvimindeki Gelişmeler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (51), 168-175.
- PALACI, H., YARAR, O., KURU, İ. ve GÜLHAN, Y. (2016). Doktor Google: İnternette Sağlık Bilgisi Kaynakları ve Sağlık Okur Yazarlığının Önemi. *Tıp Teknolojileri Kongresi*. Antalya, Ekim 10-26, 2016.
- SELÇUK, E. B. (2011). Aşıların Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*, 2(5), 1-4.
- T.C. TARIM ve ORMAN BAKANLIĞI METEOROLOJİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (t.y.). *Meteoroloji ve Sağlık*. <https://www.mgm.gov.tr/genel/saglik.aspx?s=104> (Erişim 22.04.2019)
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2009). Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html> (Erişim 04.03.2019)
- TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ [TEB] 6. Bölge Samsun Eczacı Odası, (22.03.2019). "Aşı Reddi Geleceğimizi Tehdit Ediyor" Basın Açıklaması. <https://www.samsuneczaciiodasi.org.tr/haber-26475> (Erişim 09.04.2019).
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU [TÜİK] (2016). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> (Erişim 12.02.2019)
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU [TÜİK] (2018). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27819> (Erişim 23.01.2019)
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2018). *Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü*. [http://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99](http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99) (Erişim 22.03.2019)
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (t.y.). *Aşı Pazarı Can Pazarı*. [http://www.ttb.org.tr/eweb/asi\\_brosur/tarih.htm](http://www.ttb.org.tr/eweb/asi_brosur/tarih.htm) (Erişim 21.04.2019).
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ (2018). *Sağlık Bakanlığı'nı Aşılama Konusunda Göreve Davet Ediyoruz!* TTB Halk Sağlığı Kolu. [http://www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/2018/04/13/saglik-bakanligini-asilama-konusunda-goreve-davet-ediyoruz/](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2018/04/13/saglik-bakanligini-asilama-konusunda-goreve-davet-ediyoruz/) (Erişim 02.03.2019).
- VACCINES WORK (t.y.). *Vaccine-preventable disease outbreaks*. [http://www.vaccineswork.org/vaccine-preventable-disease-outbreaks/?utm\\_source=webtekno](http://www.vaccineswork.org/vaccine-preventable-disease-outbreaks/?utm_source=webtekno) (Erişim 19.04.2019).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. What in flucenes vaccine acceptance: A model of determinants of vaccine hesitancy". [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1\\_Model\\_analyze\\_driversofvaccineConfidence\\_22\\_March.pdf?ua=1](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccineConfidence_22_March.pdf?ua=1) (Erişim 08.03.2019).
- YILDIRIM, H. H., DEMİRAY READY, N., DURUSU TANRIÖVER, M., ÇAKIR, B. ve AKALIN, E. (2014). *Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.