



Kars'ta Devlet ve Üniversite Hastanesi Çocuk Polikliniğine Başvuran Çocukların Annelerinin Güncel Çocukluk Aşılıarı Hakkındaki Bilgi Durumu ve Etkileyen Etmenler

Knowledge Status and Affecting Factors about the Current Childhood Vaccines of Mothers of Children Applying to State and University Hospital Pediatric Clinics in Kars

Multehan Evran¹, Hayrunnisa Bekis Bozkurt²

¹Harran İlçe Sağlık Müdürlüğü, Şanlıurfa; ²Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine the knowledge status, about the routine childhood immunization schedule, of the mothers of children who applied to the state and university hospitals in Kars and the factors affecting this.

Material and Method: A total of 376 mothers from two centers were included in this cross-sectional study. A questionnaire was applied by face to face interview. Current vaccination schedule was asked one by one to determine the status of mothers' knowledge. Knowing at least 8 of the 9 vaccines was considered as a high score. The mothers' scores on these questions were considered as dependent variables, and their sociodemographic and biodemographic characteristics were accepted as independent variables.

Results: 27.7% of mothers knew all vaccines and the most well-known vaccine was BCG (% 94.9%). There was a significant relationship between the mother's knowledge status about vaccination and the type of family, the type of marriage, the mother's educational status, whether the mother was informed about the vaccination and the mother's recalling of the baby's weight (respectively $p<0.05$). When logistic regression analysis is performed; recalling of the baby's weight is related more than 3 times, non-arranged type of marriage is related about 1.9 times, being informed about vaccines by the healthcare personnel is related 1.8 times with higher knowledge status.

Conclusion: Some childhood vaccines are less known to mothers. High awareness for their babies, ability to make own decisions and well education are required form others with a high knowledge status about vaccines. Healthcare personnel also have important responsibilities in this regard.

Key words: vaccines; knowledge; mothers; immunization schedule

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Kars'taki devlet ve üniversite hastanesine başvuran çocukların annelerinin çocukluk dönemi rutin aşılıarı hakkındaki bilgi durumunu ve bunu etkileyen etmenleri tespit etmektir.

Materyal ve Metot: Araştırma iki merkezden toplam 376 anne dâhil edilerek kesitsel olarak gerçekleştirildi. Yüz yüze görüşme sureti ile anket uygulandı. Güncel aşı takvimindeki aşılıar teker teker sorularak annelerin bilme durumu tespit edildi. Dokuz aşılıardan en az sekizini bilmek yüksek puan olarak kabul edildi. Annelerin bu sorulardan aldıkları puan bağımlı değişken, sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri bağımsız değişken olarak kabul edildi.

Bulgular: Annelerin %27,7'si tüm aşılıarı bilirken en fazla bilinen BCG aşılıydı (%94,9). Annenin aşı bilgi durumu ile ailenin tipi, evlilik şekli, annenin eğitim durumu, anneye yapılan aşı hakkında bilgi verilip verilmediği ve annenin bebeğin kilosunu hatırlaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktayken ($p<0,05$), lojistik regresyon yapıldığında bebeğin kilosunu bilme durumu 3 kattan daha fazla; evlilik şeklinin görücü usulü olmaması yaklaşık 1,9 kat; aşılıar hakkında sağlık personeli tarafından bilgi verilmesi 1,8 kat yüksek bilgi durumu ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Bazı çocukluk çağı aşılıarının anneler tarafından bilinirliği düşüktür. Aşılıar hakkında daha bilgili anneler için, bebeği ile ilgili farkındalığı yüksek, kendi kararlarını verebilen, eğitimli anneler gereklidir. Aşılıyı yapan sağlık personeline de bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar kelimeler: aşılıar; bilgi; anneler; aşı programı

İletişim/Contact: Multehan Evran, Harran İlçe Sağlık Müdürlüğü, Şanlıurfa, Türkiye • **Tel:** 0554 558 21 85 • **E-mail:** multehan9@hotmail.com • **Geliş/Received:** 10.06.2019 • **Kabul/Accepted:** 02.10.2020

ORCID: Multehan Evran, 0000-0002-3947-9122 • Hayrunnisa Bekis Bozkurt, 0000-0001-8642-4872

Giriş

Aşılar; kişileri bulaşıcı hastalıklardan korumak, bu hastalıkların toplumda yayılmasını engellemek ve bazı bulaşıcı hastalıkları dünyadan silme amacı güder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet-yarar açısından en etkili yöntemi aşilar olarak kabul etmektedir ki aşılama maliyetleri, bulaşıcı hastalıklardan dolayı kaybedilen iş gücü maliyetlerinin çokça altında olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında kurtarılan ve kurtarılabilecek olan milyonlarca hayat ise aşının maliyet avantajının yanında etkinlik yönünü de ortaya koymaktadır^{1,2}.

Doğumda beklenen yaşam süresini en çok bebeklik ve çocukluk çağı aşilari etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri incelendiğinde başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere ölümlerin %20'si önlenbilir sebeplerden meydana gelmektedir. Bu sebeple DSÖ; verem, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamık hastalıklarına karşı aşilari 1974'ten beri tüm çocukların bir yaşını doldurmadan aşılarmaları için çalışmaktadır^{2,3}. Türkiye'de ise aşilamalar 1880'li yıllarda çiçek aşisi ile başlamış olmakla birlikte eradikasyonlar, savaşlar, sosyal nedenlerden dolayı zaman içinde aşı takvimi hem geliştirilmiş hem değişmiştir. 1981'de genişletilmiş bağışıklama programı başlatılmış olup 2005'te verem, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci, kızamık ve hepatit B hastalıklarıyla birlikte yedi hastalığa karşı aşilarin, aşı programında yer aldığı görülmektedir⁴. 2019 yılı güncel aşı takviminde ise var olan bu aşilara ek olarak Haemophilus Influenzae tip B (Hib), pnömokok, kızamıkçık, kabakulak, hepatit A ve suçiçeği aşilari da yer almaktadır⁵.

Dünyada bölgelerin gelişmişlik düzeyiyle aşılama arasındaki ilişki farklılıklar göstermektedir. Az gelişmiş ülkelerde altyapının yetersizliği ve sağlık personelinin nicel eksikliği temel sorun olarak görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise ebeveynlerin eğitim düzeylerinden bağımsız olarak, aşilar konusunda yeterli ve doğru bilgiye ulaşamama aşılama düzeyinin esas etkenidir^{2,6}.

Bu çalışma, Kars'taki devlet ve üniversite hastanesine başvuran çocukların annelerinin bebeklik ve çocukluk çağı rutin aşilari hakkında bilgi durumları ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot

Kesitsel şekilde planlanan bu araştırmanın evrenini Kars Harakani Devlet Hastanesi Çocuk Polikliniği ve Kafkas Üniversitesi (KAÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk

Polikliniği'ne müracaat eden 0–11 aylık bebeklerin anneleri oluşturmaktadır. Hastanelerin bilgi işlem merkezlerinden mükerrerleri çıkarılmış olarak elde edilen 2018 yılı verilerine göre; Kars Harakani Devlet Hastanesi Çocuk Poliklinikleri'ne 14336, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Polikliniklerine 1469 başvuru mevcuttur. Örneklemeye alınan kişi sayısı $n=N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / [d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q]$ formülü ile hesaplandı⁷. N: evrendeki kişi sayısı (15805), n: örneklemeye alınacak kişi sayısı, p: bir olayın toplumda görülme sıklığı (bilinmeyen prevalans: %50), q: (1-p) bir olayın toplumda görülmemeye sıklığı (%50), t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96), d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +/- sapma (0,05). Buna göre örneklemeye alınacak kişi sayısı 376 olarak belirlendi. Çalışma için Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 81829502,903/28 sayılı etik kurul izni alınmıştır. 01.02.2019 tarihinden itibaren herhangi bir nedenle çocuk polikliniklerine müracaat eden ilk 376 anne çalışmaya alındı. 01.02.2019–01.04.2019 tarihleri arasında araştırmanın yürütücüleri tarafından bilgilendirilmiş olur formu okunduktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul eden annelerden orantılı olarak, Kars Harakani Devlet Hastanesi Çocuk Polikliniği'nden 351 ve KAÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Polikliniği'nden 35 kişi tamamlanana kadar veriler toplanmaya devam etti. Çalışmaya 0–11 aylık bebeği olan, Türkçe konuşabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü, koopere ve oryante anneler ile veri toplama sürecinde mükerrer başvuruları olan annelerin yalnız ilk başvurusu dâhil edilirken; bir yaş üzeri çocuğu olan, Türkçe konuşamayan, çalışmaya katılmak istemeyen anneler çalışmaya dâhil edilmedi.

Veri Toplama Araçları

Toplamda 34 sorudan oluşan veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacıyla iki form hazırlandı. Birinci form 25 sorudan oluşmakta, ebeveynlerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerini içermekteyken; ikinci form ise 9 sorudan oluşmakta, bebeklik ve çocukluk çağı aşı bilgi durumlarının ölçümü için 2019 bebeklik ve çocukluk çağı rutin aşı takviminde yer alan aşilardan faydalanılarak hazırlandı. Bu aşilar 9 gruba ayrıldı ve annelerden, çocuklarına yapılan ve yapılacak olan aşilari söylemeleri istendi, hatırlayamadıkları aşilarin Türkçe ve Latince isimleri ile yaygın kullanılan kısaltmaları annelere okundu. Bu aşilarin tamamını ezbere sayabilen anneler ve aşinin ismini duyunca hatırlayan

anneler o aşığı biliyor kabul edildi ve 1 (bir) puan verildi. Aşıların ismi okunmasına rağmen hatırlayamayan anneler o aşıları bilmiyor sayıldı ve 0 (sıfır) puan verildi. Aşıların hepsi sayıldıktan sonra anneler 0 ile 9 puan arasında puanlandılar. 8 veya 9 puan alan anneler rutin aşı takvimindeki aşılar hakkında yüksek bilgiye sahip kabul edildi. Sosyodemografik ve sosyoekonomik verilerde annenin öz bildirimini esas alındı.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, annelerin bebeklik ve çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi durumu; bağımsız değişkenleri ise annenin sosyodemografik özellikleri ve biyodemografik özellikleridir.

Veri Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı tablolarda frekans ve yüzdelere; analitik tablolarda ikili karşılaştırmalarda ki-kare testi (önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$), aşı bilgi durumuna etki eden etmenlerin belirlenmesinde ise binary lojistik regresyon analizi, metod olarak enter kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan annelerin yaşı $26,7 \pm 5,5$; evlilik yaşı $19,8 \pm 3,0$; ilk gebelik yaşı $20,8 \pm 3,1$; canlı çocuk sayısı $2,5 \pm 2,5$; hane halkı sayısı $5,8 \pm 2,9$; aşı bilgi puanları ise $6,7 \pm 2,1$ 'dir. Çalışma kapsamına alınan 376 annenin 25'i (%6,7) 19 yaş ve altı, 317'si (%84,3) 20–34 yaş aralığında, 34'ü (%9,0) ise 35 yaş ve üzeridir. Çocukların 181'i (%48,1) kız, 195'i (%51,9) erkek çocuk olup 233'ünün (%62,0) yaşı 6 ay ve altında, 143'ünün (%38,0) yaşı ise 7 ay ve üzerindedir. Çalışmaya katılan annelerin %76,1'inin eğitim düzeyi ortaöğretim ve altı, %86,7'si çalışmıyor %60,1'i evlilik kararını kendisi almıyor, %53,7'si adölesan evlilik yapmış, %41'i adölesan gebelik yaşamış, %6,6'sı adölesan anne olmuş, %46,8'i geniş aile tipine sahiptir. Annelere bebeklik ve çocukluk çağı aşı takvimindeki rutin aşılar sorulduğunda; annelerden 1'i (%0,3) hiçbir aşığı bilemezken, sadece bir aşığı bilebilen 7 (%1,9) anne vardı. Annelerden 104'ü (%27,7) ise tüm aşıları bilmekteydi. En fazla bilinen aşı Bacille Calmette-Guerin (BCG) (%94,9), en fazla bilinmeyen aşının ise %57,7 bilinmeme oranı ile dörtlü karma/Difteri-Boğmaca-Tetanos-İnaktif Polio Aşısı (DaBT-İPA) olduğu görüldü. Bunu sırası ile oral polio (%46,5) ve konjuge pnömokok aşıları (%38,6) izledi. Tablo 1'de aşıların bilinme durumları gösterilmektedir. Tablo 1 referans alınarak annelerin aşı bilgi durumları

hesaplandı. 8 ve 9 puan alan anneler yüksek bilgi düzeyine sahip olarak kabul edildi.

Annenin aşı bilgi durumu ile ailenin tipi, evlilik şekli, annenin eğitim durumu, anneye yapılan aşı hakkında bilgi verilip verilmediği ve annenin bebeğin kilosunu hatırlaması arasında anlamlı ilişki bulunmaktayken ($p < 0,05$); bebeğin yaşı, cinsiyeti, gebeliğin oluş şekli, annenin gebelik sayısı, bebeğin doğum zamanı, doğum yeri, doğum yöntemi, annenin yaşı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, bu gebeliği isteği, evdeki kişi sayısı, eşler arasında kan bağı varlığı, resmi nikâh varlığı, sağlık güvencesi, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p \geq 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3'te lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Lojistik regresyon analizine ki-kare analizinde anlamlı çıkan değişkenler alındı, oluşturulan modelin Nagelkerke R^2 değeri 0,105'tir. Lojistik regresyon analizine göre; bebeğinin kilosunu hatırlamayan anneler referans alındığında, bebeğinin kilosu 2500 gram ve altı olanlar 3.239 kat (GA: 1.279 – 8.200); bebeğin kilosu 2500 gramın üzeri olanlar 3.465 kat (GA: 1.512 – 7.942); evlilik şekli görücü usulü olanlar referans alındığında, görücü usulüyle evlenmeyenler 1.867 kat (GA: 1.176 – 2.966); bebeğe yapılan aşı hakkında aşığı yapan sağlık personeli tarafından hiç bilgi verilmeyen anneler referans alındığında, yapılan aşı hakkında bilgi verilen anneler 1.794 kat (GA: 1.052 – 3.058) daha fazla aşı bilgi durumu yüksek grupta yer almaktadır.

Tablo 1. Annelerin aşılar hakkındaki bilgi durumu

| Aşılar | Aşı bilgisi | | |
|----------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Kendiliğinden söyledi Sayı (%) | Okuyunca hatırladı Sayı (%) | Bilmiyor Sayı (%) |
| Hepatit A | 115 (30,6) | 193 (51,3) | 68 (18,1) |
| Hepatit B | 176 (46,8) | 161 (72,8) | 39 (10,4) |
| *BCG | 195 (51,9) | 162 (43,1) | 19 (5,1) |
| Konjuge Pnökok | 22 (5,9) | 209 (55,6) | 145 (38,6) |
| Suçiçeği | 221 (58,8) | 132 (35,1) | 23 (6,1) |
| *OPA | 17 (4,5) | 184 (48,9) | 175 (46,5) |
| *KKK | 154 (41,0) | 170 (39,1) | 52 (12,0) |
| *DaBT-İPA | 22 (5,9) | 137 (36,4) | 217 (57,7) |
| *DaBT-İPA-Hib | 69 (18,4) | 178 (47,3) | 129 (34,3) |

* BCG: Bacille Calmette-Guerin OPA: Oral Polio Aşısı KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, DaBT-İPA: Difteri, Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Aşısı DaBT-İPA-Hib: Difteri, Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio Aşısı, Hæmophilus Influenzæe tip B

Tablo 2. Annelerin aşılardaki bilgi durumunun sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

| Değişkenler | | Annenin Aşı Bilgi Puanı | | | p değeri |
|--|--|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| | | 7 puan ve altı Sayı (%) | 8 puan ve üzeri Sayı (%) | *TOPLAM Sayı (%) | |
| Bebeğin yaşı | 6 ay ve altı | 139 (59,7) | 94 (40,3) | 233 (48,1) | 0,330 |
| | 7 ay ve üzeri | 78 (54,5) | 65 (45,5) | 143 (51,9) | |
| Bebeğin cinsiyeti | Kadın | 99 (54,7) | 82 (45,3) | 181 (48,1) | 0,254 |
| | Erkek | 118 (60,5) | 77 (39,5) | 195 (51,9) | |
| Gebeliğin oluş şekli | Normal | 200 (57,6) | 147 (42,4) | 347 (92,3) | 0,918 |
| | Invitro fertilizasyon/ Yardımcı üreme tekniği | 17 (58,6) | 12 (41,4) | 29 (7,7) | |
| Gebelik Sayısı | 1-2 | 116 (60,4) | 76 (39,6) | 192 (51,1) | 0,278 |
| | 3 ve üzeri | 101 (54,9) | 83 (45,1) | 184 (48,9) | |
| Doğum zamanı | Term | 169 (57,5) | 125 (42,5) | 294 (74,8) | 0,930 |
| | Preterm/ Postterm | 47 (58,0) | 34 (42,0) | 81 (21,6) | |
| Doğum yeri | Kamu | 201 (57,6) | 148 (42,4) | 349 (92,8) | 0,382 |
| | Özel hastane | 9 (50,0) | 9 (50,0) | 18 (4,8) | |
| | Ev | 7 (77,8) | 2 (22,2) | 9 (2,4) | |
| Doğum yöntemi | Vajinal | 150 (58,8) | 105 (41,2) | 255 (67,8) | 0,527 |
| | Sezaryen | 67 (55,4) | 54 (44,6) | 121 (32,2) | |
| Bebeğin kilosunu bilme durumu | 2500 gr ve altı | 44 (59,5) | 30 (40,5) | 74 (19,7) | 0,007 |
| | 2500 gr üstü | 141 (53,8) | 121 (46,2) | 262 (69,7) | |
| | Hatırlamıyor | 32 (80,0) | 8 (20,0) | 40 (10,6) | |
| Annenin yaşı | 19 yaş ve altı | 16 (64,0) | 9 (36,0) | 25 (6,7) | 0,536 |
| | 20-34 yaş arası | 184 (58,0) | 133 (42,0) | 317 (84,3) | |
| | 35 yaş ve üzeri | 17 (50,0) | 17 (50,0) | 34 (9,0) | |
| Annenin evlenme yaşı | 19 yaş ve altı | 124 (61,4) | 78 (38,6) | 202 (53,7) | 0,120 |
| | 20 yaş ve üzeri | 93 (53,4) | 81 (46,6) | 174 (46,3) | |
| Annenin ilk gebelik yaşı | 19 yaş ve altı | 90 (58,4) | 64 (41,6) | 154 (41,0) | 0,812 |
| | 20 yaş ve üzeri | 127 (57,2) | 95 (42,8) | 222 (59,0) | |
| Yaşayan çocuk sayısı | 1-2 | 134 (59,8) | 90 (40,2) | 224 (59,6) | 0,315 |
| | 3 ve üzeri | 83 (54,6) | 69 (45,4) | 152 (40,4) | |
| Annenin gebelik isteği | Evet | 195 (56,4) | 151 (43,6) | 346 (93,8) | 0,099 |
| | Hayır | 17 (73,9) | 6 (26,1) | 23 (6,2) | |
| Evdeki kişi sayısı | 4 ve altı | 87 (60,8) | 56 (39,2) | 143 (38,0) | 0,336 |
| | 5 ve üzeri | 130 (55,8) | 103 (44,2) | 233 (62,0) | |
| Aile tipi | Geniş | 111 (63,1) | 65 (36,9) | 176 (46,8) | 0,049 |
| | Çekirdek | 106 (53,0) | 94 (47,0) | 200 (53,2) | |
| Eşler arasında kan bağı | Var | 69 (62,2) | 42 (37,8) | 111 (29,5) | 0,258 |
| | Yok | 148 (55,8) | 117 (44,2) | 265 (70,5) | |
| Resmi nikâh | Var | 205 (57,6) | 151 (42,4) | 356 (94,7) | 0,831 |
| | Yok | 12 (60,0) | 8 (40,0) | 20 (5,3) | |
| Evlilik şekli | Görücü usulü | 147 (65,0) | 79 (35,0) | 226 (60,1) | 0,001 |
| | Diğer | 70 (46,7) | 80 (53,3) | 150 (39,9) | |
| Sağlık güvencesi | Var | 192 (56,1) | 150 (43,9) | 342 (91,0) | 0,050 |
| | Yok | 25 (73,5) | 9 (26,5) | 34 (9,0) | |
| Annenin eğitim durumu | Ortaokul ve altı | 175 (61,2) | 111 (38,8) | 286 (76,1) | 0,015 |
| | Lise ve üzeri | 42 (46,7) | 48 (53,3) | 90 (23,9) | |
| Babanın eğitim durumu | Ortaokul ve altı | 136 (61,3) | 86 (38,7) | 222 (59,0) | 0,094 |
| | Lise ve üzeri | 81 (52,6) | 73 (47,4) | 154 (41,0) | |
| Annenin çalışma durumu | Çalışmıyor | 190 (58,3) | 136 (41,7) | 326 (86,7) | 0,568 |
| | Çalışıyor | 27 (54,0) | 23 (46,0) | 50 (13,3) | |
| Babanın çalışma durumu | Çalışmıyor | 22 (68,8) | 10 (31,3) | 32 (8,5) | 0,186 |
| | Çalışıyor | 195 (56,7) | 149 (43,3) | 344 (91,5) | |
| Ailenin gelir düzeyi | Geçimini sağlamaya yetiyor | 165 (58,7) | 116 (41,3) | 281 (74,7) | 0,497 |
| | Yetmiyor | 52 (54,7) | 43 (45,3) | 95 (25,3) | |
| Sağlık çalışanı tarafından yapılan aşı hakkında bilgi verilme durumu | Hiç bilgi verilmedi | 60 (69,8) | 26 (30,2) | 86 (22,9) | 0,010 |
| | Bilgi verildi | 157 (54,1) | 133 (45,9) | 290 (77,1) | |

* Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 3. Annelerin aşılarda hakkındaki bilgi durumunun lojistik regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler | | B | SH | p değeri | Odds Oranı | %95 GA (EK - EB) |
|--|---------------------|------------------|-------|--------------|------------|------------------|
| Annenin eğitim durumu | Ortaokul ve altı | -0,273 | 0,270 | 0,312 | 0,761 | 0,448 – 1,293 |
| | Lise ve üzeri | 1,000 (Referans) | | | | |
| Aile tipi | Geniş | -0,197 | 0,224 | 0,379 | 0,821 | 0,529 – 1,274 |
| | Çekirdek | 1,000 (Referans) | | | | |
| Bebeğin kilosu | 2500 gram ve altı | 1,175 | 0,474 | 0,013 | 3,239 | 1,279 – 8,200 |
| | 2500 gram üzeri | 1,243 | 0,423 | 0,003 | 3,465 | 1,512 – 7,942 |
| | Hatırlamıyor | 1,000 (Referans) | | | | |
| Evlilik şeklinin görücü usulü olması | Hayır | 0,625 | 0,236 | 0,008 | 1,867 | 1,176 – 2,966 |
| | Evet | 1,000 (Referans) | | | | |
| Sağlık çalışanı tarafından yapılan aşı hakkında bilgi verilme durumu | Bilgi verildi | 0,584 | 0,272 | 0,032 | 1,794 | 1,052 – 3,058 |
| | Hiç bilgi verilmedi | 1,000 (Referans) | | | | |

*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük, SH: Standart Hata, B: Bağımsız Değişkenin Standartlaştırılmamış Lojistik Katsayısı, Modelin Nagelkerke R² değeri 0,105'tir. Kullanılan Metod: Enter

Tartışma

Kars'taki devlet ve üniversite hastanesine başvuran çocukların annelerinin bebeklik ve çocukluk çağı rutin aşıları hakkında bilgi durumları ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; annenin bebeğinin kilosunu hatırlaması, evlilik şeklinin görücü usulü olmaması ve sağlık personelinin anneyi aşı hakkında bilgilendirmesi annenin aşı bilgi durumunu artırdığı bulunmuştur.

Türkiye'de 2013 yılı itibarıyla altı yaşından küçük çocuklar ve bebekler için aşı sayısı 13 hastalık için 18 aşı olarak karşımıza çıkmaktadır⁴. Türkiye'de son 15 yılda aşılama oranları ve aşılama programları ivme kazanmıştır; 2005'te yedi olan aşılar ile önlenmeye çalışılan hastalık sayısı 2013'te suçiçeği, konjuge pnömokok, hepatit A, kızamıkçık, kabakulak, inaktif polio ve Hib ile 13'e çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığı 2008'de yayınladığı Genişletilmiş Bağışıklık Programı (GBP) genelgesinde tüm ülkede %95 aşılama oranına ulaşmayı, aşı güvenliğini sürdürmeyi, toplumun katılımını sağlamayı hedef edinmiştir¹⁰. Toplumun katılımı aşılama oranlarını artıracak, daha bilinçli anneler ile önlenebilir hastalıkların morbidite ve mortalitesi azaltılacaktır.

İncili ve ark.'nın¹¹ 2009 yılında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniğine başvuran hastaların annelerine yaptıkları çalışmalarında kızamık %76,8, verem %56,8 ile en sık bilinen aşılarıdır. Kürtüncü ve ark.'nın⁸ 2015'te Zonguldak'ın

Merkez ilçesinde bulunan bir aile sağlığı merkezinde 18–48 ay arasında çocuğu bulunan annelere yaptığı çalışmada annelerin rutin ve ücretli aşılarla ilgili olarak toplam aşı sayısına baktığımızda tamamının beş ve üzerinde aşığı bildikleri belirtilmektedir. Annelerden bildikleri aşıların adlarını saymaları istendiğinde; en çok bilinen aşıların sırasıyla verem (%100), kızamık (%98,9), suçiçeği (%97,8), tetanos (%97,8) ve hepatit (%91,1) olduğu belirtilmektedir. Kars'taki bu çalışmada ise en çok bilinen aşılar sırasıyla verem (%94,9), suçiçeği (%93,9), hepatit B (%89,6), KKK (%88,0), hepatit A'dır (%71,9). En az bilinen aşı ise DaBT-İPA (%46,3) ve OPA'dır (%53,5). Hiçbir aşığı bilmeyen 1, tüm aşıları bilen 104 anne mevcuttur. Geçen 10 yıla yakın sürede takvime yeni eklenen ve geliştirilen suçiçeği, hepatit A, KKK aşılarının iyi düzeyde bilinmesinde Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü kampanyaların etkisi olduğu düşünüldü. Türkiye'de 20. yüzyılın başlarından itibaren kurulmuş veremle mücadele cemiyetleri ve verem savaş dispanserlerinin¹² yıllardır varlıkları ve hizmetleri neticesinde BCG aşısının bilinirliğinin yüksek olduğu düşünüldü. Öte yandan bu önemli bir olumluluk olmakla birlikte Kars'taki aşı bilinirliğinin belirgin düşüklüğü endişe vericidir.

Nankabirwa ve ark.'nın¹³ 2010 yılında Uganda'da yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyinin 8 yıl ve üzeri olmasının aşı kayıpları için koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiş, yine Nnenna ve ark.'nın¹⁴ 2013'te Nijerya'da yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyinin yüksekliği aşı bilgi düzeyi yüksekliği ile

ilişkilendirilmiştir. Şu anki çalışmada anne eğitim düzeyinin aşı bilgi puanı üzerinde anlamlı fark yaratmadığı tespit edildi. Yapılan regresyon analizinde eğitim düzeyinin aşı bilgi puanı üzerindeki anlamlılığını yitirmesinde karıştırıcı faktörlerin etkisi olduğu düşünüldü.

Sezgin ve ark.'nın¹⁵ 2017'de Doğu Anadolu Bölgesindeki 23 ili temsil eden 1569 anneyi dahil ettikleri çalışmada %46,8 16–19 yaş arasında evlenen, %41,3 adolesan dönemde çocuk doğurmuş, %78,8 ortaöğretim ve altı eğitim seviyesinde, %53,7 düşük gelirli bir ailede, %89,3'ünün çalışmadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda adolesan annelerin psikolojik ve somatik sorunlarla daha sık karşılaşacağına dikkat çekmişlerdir. Bu oranlar çalışmamıza benzer şekildedir. Ancak şu anki çalışmada adolesan gebelik ile aşı bilgi puanı arasındaki fark anlamlılık sınırına yakın ancak anlamlı fark bulunmamaktadır. Yine de adolesan annelerin bebekleri ile ilgili farkındalıklarının daha az olacağı, bebek bakımı, sorumluluğu ve bebeği ile ilgili sağlık okuryazarlığının yetersiz olacağı göz önünde tutulmalıdır^{16,17}.

Annelik, doğum sonrasında yeni dünyaya gelen canlının aileye katılması ile değişen aile yapısı, değişen fiziki durumu, sürekli ona ihtiyaç duyan birinin varlığı ile duygusal, fiziksel, sosyal bir adaptasyon sürecidir. Annelik rolü, bebeğin bakımı, bebekle olan iletişim, özgüven ve beceri ile kazanılan ve başarılı olunması gereken bir durumdur.^{18,19} Koç ve ark.'nın²⁰ 2015'te Erzurum'da yaptığı çalışmada annelik rolü kazanılmasında, doğum sonu erken dönem ebeveynlik rolünün benimsenmesinde annenin doğum öncesi bakım alması önemli bulunmuştur. Kars'taki bu çalışmada, bebeğinin doğum kilosunu bilmesi diğer önemli bir etken olarak tespit edildi. Bebeğinin kilosunu bilmeme, aşı bilgi düzeyi düşüklüğü için üç kattan daha fazla risk faktörüydü. Annenin doğum öncesi bakım alması, gebelik okullarına yönlendirilmesi, doğumda ve doğumdan sonra sağlık personeli tarafından yakın takip edilmesi bu riski azaltabilir. Hu ve ark.'nın²¹ 2016'da Doğu Çin'de yaptığı çalışmada gebelik döneminde anneye verilecek eğitimin doğrudan aşı bilgi düzeyini ve çocukların aşılama oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde annenin eğitiminin artırılması, bebeği ile ilgili farkındalığının artması doğrudan aşılama oranlarının artması ile ilişkilendirilmektedir²².

Sağlık personelinin vereceği bilgi anneye ait faktörlerden sonra en önemli faktördür. Yapılan çalışmalarda tüm yaş grupları için sağlık personelinin, kişilerin

aşılama oranlarının artırılmasında etkin faktör oldukları görülmektedir²³. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde bebeğinin kilosunu takip edemeyen, %50'nin üzerinde adolesan evliliğin olduğu, eğitim durumunun düşüklüğü göz önüne alındığında sağlık çalışanına önemli sorumluluklar düştüğü görülmektedir. Bu çalışmada annelerin %22,9'u aşığı yapan sağlık personelinin bilgi almadıklarını ifade etmektedir. Bu oranın meydana getireceği aşı bilgisindeki eksiklik, bebek takip yetersizliği, immünizasyon oranlarına yansıtılabilecek etkileri düşünüldüğünde yüksek ve ciddidir. Kürtüncü ve ark.'nın⁸ 2015'te Zonguldak'ta yaptığı çalışmada annelerin %64,4'ü çocukluk çağı aşıları ve aşıların yapılma zamanıyla ilgili bilgi aldıklarını belirtmektedir. Annelerin bilgi kaynaklarını ise asıl olarak ebe (%37,8) ve hemşirelerin (%32,2) oluşturduğunu belirtmektedir. Kars'taki bu çalışmada ise annelere sağlık personeli tarafından aşı hakkında bilgi verilme oranı %77,1 olarak karşımıza çıkmakta ve sağlık personeli çocuğa yapılan aşı hakkında anneye bilgi verdiğinde annelerin yüksek aşı bilgi durumu grubunda yer almasını 1.794 kat yükseltmektedir. Sağlık personelinin, özellikle de aşı yapan sağlık personelinin, yapılan veya yapılacak olan işlemleri anlattığında kişi kendisini ve çocuğunu sürecin bir parçası olarak görmekte, bu durum kişilerin uyumunu ve katılımını da olumlu yönde etkilemektedir²⁴. Lee ve ark.'nın²⁵ 2019'da Etiyopya ve Güneydoğu Hindistan'daki çalışmada özellikle okuryazarlığı olmayan anneler için toplum sağlığı çalışanlarının aşılama oranlarında etkili faktör olduğu görülmektedir.

Bu çalışma 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yapıldığı için sonuçlar, çalışmanın gerçekleştirildiği ile genellenemez. Hastane başvurularından oluşan bu örnekleme oluşturan annelerin toplum ortalamasından daha bilinçli anneler olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yüz yüze yapılan görüşmeler her ne kadar okuma yazma bilmeyen annelerin çalışmaya dâhil olabilmelerini sağlamakta ve görüşme süresini kısaltsa da görüşmeci yanlılığını artırdığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak bebeği ile ilgili farkındalığı yüksek, kendi kararlarını verebilen ve sağlık personeli tarafından bilgilendirilen annelerin aşı bilgi durumları daha yüksektir. Bu verilerden yola çıkarak aşığı yapan sağlık personeline önemli sorumluluklar düşmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu çalışmada finansal destek alınmamıştır, yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Alparslan Ö. Çocukluk Dönemi Aşı Uygulama Teknikleri ve İlgili Standartlar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(2):47-55.
2. Gençer MZ, Alıcıoğlu F, Arıca S, Arıca V. 24-72 ay çocukları olan ebeveynlerin SosyoDemografik Özellikleri ve Rutin Dışı Aşılar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Doğu-Batı Karşılaştırması. Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(3):141-5.
3. Kumru Ş, Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Altınkaynak S. Adolesan Aşılama Oranları ve Sosyodemografik Faktörler ile Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2018;20(1):33-43.
4. Avcı, E. Çocukluk Dönemi Aşılara İlişkin Karşılaştırmalı Bir Analiz: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. Özgürlük Araştırmaları Derneği 2017;9:1-36.
5. Aşı Portalı. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>; 2019 [Erişim tarihi:31.05.19].
6. Smith PJ, Susan YC, Lawrence EB. "Children Who Have Received No Vaccines: Who Are They and Where Do They Live?" Pediatrics 2004;114(1):187-95.
7. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Örneklem. Hatiboğlu Yayınları Ankara;2016:264-5.
8. Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır Ö, Arslan N. Zonguldak'ın Kırsal Bir Bölgesinde Yaşayan Çocukların Aşılama Durumu Hakkında Annelerin Bilgi Düzeyleri. Electronic Journal of Vocational Colleges-October/Ekim 2017:8-17.
9. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;8(1):34-43
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı-Genelge, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbp Genelge2008pdf.pdf>; 2008 [Erişim tarihi:31.05.19].
11. İncili D. Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılama İle İlgili Bilgi Düzeyleri. İstanbul, Uzmanlık tezi,2009.
12. İstanbul Verem Savaş Derneği Tarihçesi, <http://www.istveremsavder.org/tarihcemiz>; 2020 [Erişim tarihi:30.03.2020]
13. Nankabirwa V, Tylleskär T, Tumwine JK, Sommerfelt H, Promise-ebf Study Group. Maternal education is associated with vaccination status of infants less than 6 months in Eastern Uganda: a cohort study. BMC Pediatrics 2010;10:92.
14. Nnenna TB, Davidson UN, Babatunde OI. Mothers' Knowledge and Perception of Adverse Events Following Immunization in Enugu, South-East, Nigeria. J Vaccines Vaccin 2013;4:6.
15. Sezgin UA, Punamäki RL. Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence. Archives of Women's Mental Health. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00960-w>.
16. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. Pediatr Clin N Am 2017;64(2):381-8.
17. Wilson RE, Alio AP, Kirby RS, Salihu HM. Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. Archives of Gynecology and Obstetrics 2008;278(3):231-6.
18. Yıldız D, Akbayrak N. Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi. Gulhane Med J 2014;56(1):36-41.
19. Frei IA, Mander R. The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. Midwifery 2011;27(5):716-22.
20. Koç Ö, Özkan H, Bekmezci H. Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 2016;6(2):143-50.
21. Hu Y, Chen Y, Wang Y, Song Q, Li Q. Prenatal vaccination education intervention improves both the mothers' knowledge and children's vaccination coverage: Evidence from randomized controlled trial from eastern China. Human Vaccines & Immunotherapeutics 2017;13(6):1-8.
22. Onsomu EO, Abuya BA, Okech IN, Moore D, Collins-McNeil J. Maternal Education and Immunization Status Among Children in Kenya. Matern Child Health J. 2015;19(8):1724-33.
23. Erdoğan Hİ, Çatak B. Influenza, Pneumococcal and Herpes Zoster Vaccination Rates Amongst People Aged 65 Years and Older and Related Factors. Turkish Journal of Geriatrics. 2018;21(4):498-506.
24. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi 2007;49:132-6.
25. Lee HY, Oh J, Heo J, Abraha A, Perkins JM, Lee JK et al. Association between maternal literacy and child vaccination in Ethiopia and southeastern India and the moderating role of health workers: a multilevel regression analysis of the Young Lives study. Glob Health Action. 2019;12(1):1581467.