

AAŞI KARARSIZLIĞI VE AAŞI REDDİ KONUSUNA SOSYAL PAZARLAMA BAKIŞ AÇISINDAN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Doç. Dr. F. Zeynep Özata¹
Öğr. Gör. Sevdener Kapusuz²

ÖZET

Anahtar Kelimeler:

- ❖ Aşı reddi,
- ❖ Aşı kararsızlığı,
- ❖ Sosyal pazarlama,
- ❖ Tutum değişimi stratejileri,
- ❖ Bölümlendirme

Bu çalışma, halk sağlığı üzerinde önemli bir tehdit oluşturma potansiyeli olan aşı kararsızlığı ve reddi konusuna odaklanmaktadır. 19. yy'dan günümüze değin güçlenerek sürmekte olan aşı reddi hareketi, Türkiye'de de giderek artmakta ve çok sayıda uzman konuya dikkat çekmeye çalışmaktadır. Aşı reddi ve/veya kararsızlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, konunun sosyal bilimcilerden ziyade sağlık bilimleri alanında fazlaca çalışıldığı görülmektedir. Halbuki sosyal bilim bakış açısının ve multi-disipliner yaklaşımların aşı reddi/kararsızlığı sorununa çözüm arayışlarında önemine giderek daha fazla dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla bu çalışma alanda ortaya çıkan literatürü özetleyerek bir yandan sosyal bilimler alanındaki akademisyenlerin bu konuya yönelik dikkatlerini çekmeyi diğer taraftan ise sosyal pazarlama kapsamında konuya yönelik geliştirilebilecek stratejileri ve teorileri özetlemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada öncelikle aşı reddi ve kararsızlığı kavramları açıklanmakta, daha sonra bu konuya yönelik çözüm önerileri üretmek için kullanılan başlıca teoriler, sosyal pazarlama yaklaşımı içindeki çalışmalar ve tutum değişimi stratejileri özetlenmektedir. Literatür taraması sonucunda alanda yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu, bu yeni çalışmalarda sadece ret üzerinde değil aşı kararsızlığına öncelikle odaklanılması gerektiği, aşı kararsız ya da reddi yapan ailelere doğru stratejilerin uygulanabilmesi için sosyal pazarlama bakış açısı ile hareket edilerek segmentasyon çalışmasına ihtiyaç olduğu ve son olarak konunun sosyal bilimlerin farklı alanlarından araştırmacılarca da çalışılarak daha zengin çözüm önerilerine ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

SOLUTION OFFERS FOR VACCINE HESITANCY AND REFUSAL FROM A SOCIAL MARKETING PERSPECTIVE

Assoc. Prof. Dr. Zeynep Özata
Lecturer Sevdener Kapusuz

ABSTRACT

This study focuses on vaccine hesitancy and refusal with the potential to pose a significant threat to public health. Anti-vaccination movement that has been ongoing from the 19th century until today is also increasing in Turkey, and experts try to draw attention to the subject. When the literature on anti-vaccination and/or vaccine hesitancy is examined, it is seen that the issue is studied in the field of medical sciences rather than social scientists. However, the importance of social science perspective and multi-disciplinary approaches in the search for solutions to the problem of anti-vaccination and vaccine hesitancy is getting more and more attention. Therefore, by summarizing the literature in this field, this study aims to draw the attention of the academics in the field of social sciences on this subject and on the other hand to summarize the strategies and theories that can be developed in the context of social marketing. In this study, firstly the concepts of vaccine hesitancy and refusal are explained, then the main theories used to produce solutions for the subject are examined and social marketing approach and attitude change strategies are summarized. As a result of the literature review, it is concluded that it is necessary to conduct new field studies in the field that focus on both vaccine hesitancy and anti-vaccination. On the other hand, in order to apply correct strategies to change the attitudes of families who reject vaccines, it is necessary to segment the families from social marketing perspective. And there is a need for more richer solutions by the help of the research conducted in different fields of social sciences.

Keywords:

- ❖ Vaccine refusal,
- ❖ Vaccine hesitancy,
- ❖ Social marketing,
- ❖ Attitude change strategies,
- ❖ Segmentation

¹ Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F, fozata@anadolu.edu.tr

² Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, sevdener.kapusuz@bilecik.edu.tr

1. GİRİŞ

Aşı reddi, 19. yüzyılın ortalarında belirmeye başlayan ve farklı sebeplerle günümüze değin güçlenerek sürmüş olan bir harekettir. Aşı reddi (vaccine refusal, opposition to vaccination) ve bu bağlamda kullanılmaya başlanan yeni bir terim olan aşı kararsızlığı (vaccine hesitancy); aşılama karşısında duyulan şüpheleri veya aşılama hizmeti sunuluyor olmasına rağmen aşığı geciktirme veya reddetmeyi kapsamaktadır (Aker, 2018, s. 175). Aşı reddi hareketini iki ayrı dönemde incelemek mümkündür. Bunlardan ilki 19. yüzyıl içinde aşığı zorunlu hale getiren yasaların tetiklediği aşı reddi hareketidir. 19. yüzyılın ikinci yarısı İngiltere başta olmak üzere Avrupa'nın diğer ülkelerinde ve Amerika'da yaşanan salgınlarla birlikte hükümetlerin aşığı zorunlu hale getiren yasalar çıkartması, beraberinde önemli bir aşı reddi hareketini doğurmuştur.

20. yüzyılda aşı ile ilgili bilgi birikiminin ve teknolojinin çok önemli gelişmeler göstermesine karşın aşı reddi farklı sebeplerle devam etmiştir. Tartışmaların temelinde iki farklı aşılama uygulamasına yönelik duyulan güvensizlik yatmaktadır. Bunlardan ilki 1970'li yıllarda ortaya çıkan ve Difteri, Boğmaca, Tetanoz (DBT) aşısının güvenliğine yönelik uluslararası tartışmadır (Yavuz, 2018, s. 192). İkincisi ise, 1998 yılında Andrew Wakefield tarafından The Lancet dergisinde yayınlanan ve Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) aşısının otizme yol açabileceğine dair öne sürdüğü hipotezlerle başlayan tartışmasıdır. Çalışma, KKK aşısı sonrası otizm teşhisi konan 12 çocuğu kapsamakta ve yönetsel olarak önemli sınırlılıkları olduğu için eleştirilen bir çalışma olmuştur. Ancak, çalışma basında önemli bir yer bulmuş ve medya bu hikayeleri kullanarak halkın korkusunu ve aşı güvenliği konusunda kafa karışıklıklarını alevlendirmiştir (Yavuz, 2018, s. 193). Çalışmanın yayımlandığı tarihten sonra yapılan çalışmalarda aşı ile otizm arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Danimarka'da 1999 ve 2010 yılları arasında doğan ve verileri 2013 yılına kadar takip altında tutulan 657.461 çocuğu kapsayan bir araştırma da önceki çalışmalarla aynı şekilde KKK aşısının otizm riskini arttırmadığını, risk barındıran çocuklarda otizmi tetiklemediğini ve aşılama sonrası otizm vakalarının artışıyla hiçbir ilişkisi bulunmadığını kuvvetle desteklemektedir (<http://www.diken.com.tr/650-bin-cocuk-10-yillik-gozlem-cocuk-asilariyla-otizm-arasinda-iliski-yok/>). Ancak bu tartışma halen aşığı reddedenlerin önemli argümanlarından birisi olmayı sürdürmektedir.

Bugün gelinen noktada aşı reddi hareketi farklı argümanlarla sürmektedir ve bu argümanlar aşı kararsızlığı yaşayan ebeveynleri de redde doğru yöneltebilmektedir. Çevrimiçi medya aracılığıyla sahte veya asılsız haberlerin hızla yayılması, bağışıklama programlarına engeller sunmakta ve bu programların güvenilirliğine dair endişeler oluşturmaktadır. Özellikle yaygın aşılama ile pek çok hastalığın önemli ölçüde önüne geçilmiş olması artık bu hastalıkların risklerinin unutulmasına, buna karşın aşının beraberinde getirebileceği risklerin daha fazla dikkate alınır olmasına yol açmıştır. Aşılar bu açıdan kendi başarılarının kurbanı olmuşlardır. Bu anlamda özellikle internet ve sosyal medya bazı mesnetsiz iddiaların yayılmasını kolaylaştırmakta ve ebeveynler tam bilgi sahibi olmadıkları bu konuda aşı kararsızlığı yaşayabilmekte ya da aşığı reddedebilmektedir.

Ne yazık ki artan aşı kararsızlığı ve reddi Avrupa'da kızamık ve kızamıkçık salgınlarının baş göstermesine neden olmuştur. Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (European Centre for Disease Prevention and Control) raporuna (Kasım, 2018) göre son zamanlarda Avrupa'da görülen kızamık ve kızamıkçık vakasıyla ilgili veriler şu şekildedir: 1 Ekim 2017 ile 30 Eylül 2018 tarihleri arasında, Avrupa Birliği (AB) üyesi otuz devlet toplamda 13.453 kızamık vakası bildirmiştir. Kasım 2018 itibarıyla 18 ölüm vakası raporlanmıştır. En fazla kızamık vakası görülen ülkeler sırasıyla şu

şekildedir: Yunanistan (3.049), Fransa (2.771), İtalya (2.599), Romanya (1.821) ve Birleşik Krallık (1.019). Bu ülkeler aşılama oranının %95'in altında yer aldığı ülkelerdir ve aşılama oranının %95'in altına düşmesi kızamık enfeksiyonlarını salgın haline getirmektedir (Dünya Sağlık Örgütü verileri sadece dört AB ülkesinin -Macaristan, Portekiz, Slovakya ve İsveç- kızamık aşısı kapsamının en az %95 olduğunu göstermektedir).

Türkiye'de aşı reddi oranlarının özellikle son yıllarda hızla yükseldiği görülmüştür. Ülkemizde çocuklarına aşı yaptırmayan ailelerin sayısı 2014'te 1.370, 2015'te 5.091, 2016'da 11.470 iken 2017'de 23.000'i geçmiştir (Azap, 2018). Prof. Dr. Raşit Tükel, çocuklarına aşı yaptırmayı reddeden aile sayısının son 7 yılda %125 arttığına dikkat çekerek, sayının daha da artması durumunda salgın hastalıkların ortaya çıkabileceği uyarısının yapıldığını hatırlatmıştır. Türkiye'de çocukluk dönemi aşılarının kapsamı 2010 yılı ve sonrasında (neredeyse tüm aşılar için) %95'in üzerindedir (örneğin 2016 yılında BCG aşısı %96, DTP aşısı %98, BepB3 %98 kapsayıcılığı vardır). Ancak 2017 tahminleri incelendiğinde, bazı aşuların kapsayıcılığının %95'in altına düştüğü (örneğin BCG %93, DTP1 %93, IPV1 %93 ve PCV1 %93) görülmektedir (İstatistiklerin detayına şu adresten ulaşılabilir: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/coverages?c=TUR). Aşı reddi ve kararsızlığının büyümesinin bu oranları daha da aşağıya çekebileceği göz ardı edilmemelidir.

Özetle, aşı reddinin belirli bir boyuta ulaşması doğrudan halk sağlığını tehdit etmekte, yaşanabilecek salgınların sebep olacağı ölümler ve diğer komplikasyonlar nedeniyle ciddi tehditler taşımaktadır. Bu durum bir yandan sağlıklı bir beşeri sermayenin gelişmesi önünde potansiyel bir tehdit oluştururken diğer taraftan yaratacağı maliyet nedeni ile de sağlık sistemi üzerine önemli bir ekonomik yük bindirecektir (ki ülkemizde bu yük neredeyse tamamıyla devletin üzerindedir). Aşı, bebek ve çocuk hastalıkları ile ölümlerin

önlenmesinde en maliyet-etkili yöntemdir (Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013). Aşı yapılmaması çok daha düşük maliyetler ile önlenebilecek hastalıkların tedavisi için ayrıca bir bütçeye ihtiyaç yaratacaktır. Dahası, yeni gelişmeye başlayan bir kavram olarak aşı kararsızlığının redde dönüşmesi de önemli bir riski barındırmaktadır.

Konunun önemi giderek büyümektedir. 2018 yılının Mart ayında düzenlenen 3. Ulusal Aşı Çalıştayı'nda aşı reddi ve çözüm yolları masaya yatırılmıştır (<http://asicalistayi.org/gun2.html>). Türkiye'de iki önemli dergi (Toplum ve Hekim ile Bilim ve Gelecek dergileri) 2018 Haziran sayılarını Aşı Karşıtlığı'na ayırarak konunun önemine dikkat çekmeye çalışmışlardır. Bu dergilerde yayınlanan makaleler konuyu kavramsal olarak ele almakla birlikte, Toplum ve Hekim dergisi dosya editörü Melike Yavuz aşı karşıtlığı ile etkili bir şekilde baş etmeyi mümkün kılan araçların geliştirilmesi için çalışmalara ihtiyaç olduğunu da vurgulamaktadır (Toplum ve Hekim 2018 Aşı Karşıtlığı Dosyası).

Literatürde aşı reddinin çözümü için temelde iki farklı yol izlenebileceği önerilmektedir (Tafari ve diğerleri, 2014). Birincisi yasa ile aşırı zorunlu hale getirmek, ikincisi ise proaktif ve iknaya dayalı bilgilendirme/iletişim politikaları ile halkın aşılama karşı güvenini pekiştirmek ve desteğini almaktır. Bu konuda aşının zorunlu hale getirilmesine yönelik etik tartışmaları sürerken ikinci yaklaşımın daha fazla yandaş bulduğu görülmektedir (Tafari ve diğerleri, 2014). Zaten tarihsel süreç içinde aşırı zorunlu kılmanın aşı reddini daha fazla arttırdığı görülmüştür. Türkiye'de de Anayasa Mahkemesi aşı yaptırmamayı kişisel karara bırakmıştır (Aker, 2018). Aile odaklı bilgilendirme veya eğitim ile aşı reddini azaltmak ya da tutum değişikliği yaratmak literatürde sıkça çalışılan konulardan birisidir. Bu çerçevede kullanılan farklı yöntemler olduğu görülmektedir (Jarrett, Wilson, O'Leary, Eckersberger ve Larson, 2015). Bunlar aileler ve sağlık personeli için eğitim ve iletişim materyalleri hazırlamaktan dini ve geleneksel liderlerin desteğini

almaya, halk seferberliğinden sosyal medya ve kitlesel medya kampanyalarına dek uzanmaktadır. Ancak literatürde hangi uygulamaların daha etkili olduğu yönünde birbiriyle çelişen sonuçlar bulunmaktadır. Bu durum aslında tüm aşı reddi yapanları ve/veya kararsızları homojen bir grup olarak görmekten kaynaklanmaktadır. Literatür aşığı reddedenler için tek bir doğru çözüm olmadığını göstermekte, özellikle hedefin özelliklerine ve/veya aşığı yönelik tutumlarına göre uyarlanmış iletişim stratejilerinin daha etkili olabileceğini önermektedir (Broniatowski, Hilyard ve Dredze, 2016; Jarrett ve diğerleri, 2015).

Aşı reddi ve/veya kararsızlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, konunun sosyal bilimcilerden ziyade sağlık bilimleri alanında fazlaca çalışıldığı görülmektedir. Her ne kadar yapılan çalışmalar davranış bilimlerinin farklı teori ve modellerini (Nowak, Gellin, MacDonald ve Butler, 2015) dikkate alsa da az sayıda çalışma (WHO TIP, 2013) bütünlüklü bir sosyal bilim bakış açısına sahiptir. Halbuki, sosyal bilim bakış açısının ve multi-disipliner yaklaşımların aşı reddi/kararsızlığı sorununa çözüm arayışlarında önemine dikkat çekilmektedir (SAGE Report, 2014). Bu çalışma alanda ortaya çıkan literatürü özetleyerek bir yandan sosyal bilimler alanındaki akademisyenlerin bu konuya yönelik dikkatlerini çekmeyi diğer taraftan ise sosyal pazarlama kapsamında konuya yönelik geliştirilebilecek stratejileri ve teorileri özetlemeyi amaçlamaktadır. Aşağıda öncelikle aşı reddi ve kararsızlığı kavramları açıklanmakta, daha sonra bu konuya yönelik çözüm önerileri üretmek için kullanılan başlıca teoriler ve sosyal pazarlama yaklaşımı içindeki çalışmalar özetlenmektedir.

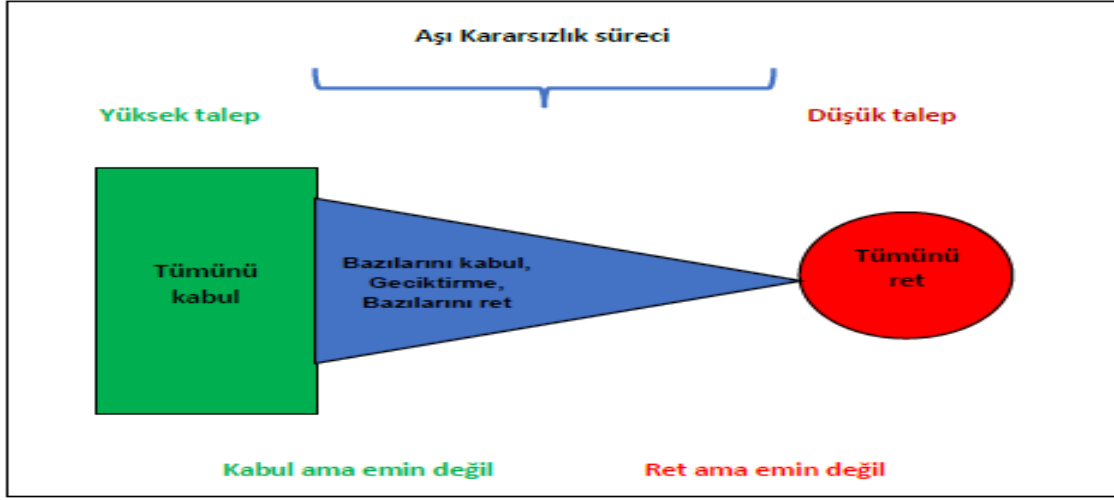
2. AŞI KARARSIZLIĞI VE AŞI REDDİ

Bu alanda yapılan çalışmalar uzunca bir süre doğrudan aşı reddi üzerine yapılmış olmakla birlikte son yıllarda özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) bağışıklama üzerine çalışan Stratejik Danışma Grubu Uzmanları'nın (SAGE) çalışmalarıyla birlikte

“aşı kararsızlığı” kavramının daha ön plana çıkmaya başladığı görülmektedir. Aşağıda “Şekil 1” içinde gösterilen Aşı Karar Süreci, aşıları tamamen kabul edenlerden tamamen reddedenlere değin uzanan bir süreci göstermektedir (SAGE Report, 2014, s. 9). Aşı kararsızlık süreci aşıların bazılarının kabulünü, aşıları geciktirmeyi ve aşıların bazılarını reddetmeyi kapsamaktadır. Aşı kararsızlığı, ebeveynlerin aşığı yönelik tutum ve davranışlarının sadece kabul ve ret davranışından oluşmadığı, bunun yerine ebeveyn inanç ve endişelerinin çok daha geniş bir spektrumda incelenmesi gerektiğini ifade eder (Dubé ve diğerleri, 2016; McClure, Cataldi ve O’Leary, 2017). Aşı kararsızları, tüm aşıları şüphe duymadan kabul edenler ile reddedenler arasındaki bölgede yer alır (MacDonald, 2015). SAGE raporuna göre: “Aşı kararsızlığı, aşılama hizmetlerinin sunulmasına rağmen aşıların kabulünde gecikmeyi veya aşığı reddetmeyi ifade eder. Aşı kararsızlığı, zamana, yere ve aşılar göre değişmektedir.” (SAGE Report, 2014, s. 7).

Bu bağlamda, sadece aşığı reddedenlere odaklanmak büyük bir pencereye dar bir perspektiften bakmak anlamına gelir ve bu ret kararının öncesinde gerçekleşen önemli noktaların gözden kaçırılmasına neden olabilir. Ret kararı, aşı karar sürecinin bir sonucudur. Bireyler ret kararı verdikten sonra onların bu kararlarını değiştirmek oldukça güçtür. Kararsızlık yaşayan bireyleri ret kararı vermeden bu süreçte yakalayabilmek oldukça önemlidir. Bu bağlamda, kararsızlık yaşayan bireyler de farklı etmenlerin etkisiyle geniş bir heterojen gruptan oluşmaktadır. Bu açıdan, ebeveynlerin aşı kararlarında sadece ret değil kararsızlık bağlamı da dikkate alınarak konu daha geniş bir perspektifte ele alınmalıdır. SAGE’in çalışmaları sonrasında, literatüre bakıldığında da aşı reddi yerine kararsızlık kavramının daha ön plana geçmeye başladığı görülmektedir (MacDonald, 2015). Giderek daha fazla akademisyen ve uygulamacı, aşı kararsızlığı üzerinde durmakta ve ret sorunu ortaya çıkmadan önce çözüm yolları aranmaktadır (Bedford vd,2018).

Şekil 1. Aşı Karar Süreci



“Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy”, SAGE, 2014, s. 9 raporundan çevrilmiştir. Erişim adresi: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

Literatüre bakıldığında aşı reddinin altında yatan farklı nedenler olduğu görülmektedir. Çok temel olarak aşı reddinin sebeplerini üç ana grup altında toplamak mümkündür (Aker, 2018);

1. Aşıların güvenliğinden endişe edenler,
2. Risk altında olmadığını düşünenler,
3. Dini, felsefi veya komplo teorisi temelli gerekçelerle itiraz edenler.

Aşı kararsızlığını ele alan çalışmalar ise hem kararsızlık hem de ret nedenlerini bir arada ele alarak, farklı modeller ortaya koymaktadır. Bu kapsamda ilk olarak ortaya atılan 3C Modeli (Confidence, Complacency, Convenience Model of Vaccine Hesitancy), aşı kararsızlığı belirleyicilerini güven, rehabet ve uygunluk kavramlarıyla açıklamaktadır. 3C modelinde;

- Güven boyutu: aşıların etkililiğine yönelik güven, sağlık hizmetleri sisteminin güvenilirlik algısı, aşı kararında yetkili mercilere güven unsurlarından oluşmaktadır.

- Rehabet boyutu: aşıların başarısı sayesinde, aşıyla önlenebilir hastalıkların algılanan riskinin azalmasını ifade etmektedir.
- Uygunluk boyutu: aşı hizmetine coğrafi olarak erişim, sağlık okuryazarlığı gibi unsurları içermektedir.

Modele göre, bu üç boyut doğrudan aşı kararsızlığını etkilemekte ve bunlardan güven ve uygunluk boyutunun düşük düzeyde olması, rehabet boyutunun ise yüksek düzeyde olması aşı kararsızlığının artmasına sebep olmaktadır (SAGE Report, 2014, s. 11-12).

SAGE çalışma grubu tarafından 3C Modeli baz alınarak geliştirilen SAGE Çalışma Grubu Aşı Kararsızlığı Belirleyicileri Matrisi ise, aşı kararsızlığını belirleyen etmenleri bağlamsal etkiler, bireysel ve grup etkileri ile son olarak aşı/aşılamaya özgü etkiler olarak üç kategoride sınıflandırmıştır. Aşağıda “Tablo 1” içinde bu etkiler gösterilmektedir. Çalışma grubu, aşı kararsızlığının sebeplerini ortaya çıkartmak için bu etkilerin araştırılması gerektiğini öne sürmektedir (SAGE Report, 2014, s. 12).

Literatürde kararsızlığın altında yatan etmenleri bulma çabasında olan (Brown ve diğerleri, 2018; Dubé ve diğerleri, 2016; Giambi vd., 2018; Gilkey vd., 2016; Gowda, Schaffer, Kopec, Markel ve Dempsey, 2013; Karafillakis ve diğerleri, 2016; Repalus, Šević, Rihtar ve Štulhofer, 2017; Smith ve diğerleri, 2011) farklı ülkelerde (İtalya, Brezilya, Hırvatistan, ABD, Kanada) yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda alternatif tıbbi tedavilere yönelim, aşı güvenliğine yönelik endişeler, dezenformasyon, dini inançlar, eğitim ve gelir durumu gibi demografik faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Ülkemizde ise bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında aşı kabulü ve aşı reddi kavramlarının

önemini belirten kavramsal çalışmalar (Aker, 2018; Arıcan, 2018; Azap, 2018; Argüt, Yetim ve Göktaş, 2016; Badur, 2011; Bozkurt, 2018; Eskiocak, 2018; İkişik, 2018; Karakaya, 2018; Taner, 2018; Yavuz, 2018) yanında sınırlı sayıda ampirik araştırma (Çapanoğlu, 2018; Erdem, Toktaş, Çelepkolu ve Demir, 2017; Göktaş, Özdemir, Sülemiş, Akgün ve Öcal, 2016; Öner, Çatak ve Telatar, 2013) olduğu görülmüştür. Ancak, bu çalışmalar da örneklem açısından oldukça sınırlı olup, aşı reddi kavramına odaklanmak yerine daha genel olarak aşıya karşı tutum ve niyetler bağlamında konuyu ele alan çalışmalardır. Aşı kararsızlığına ilişkin ise tek bir ampirik çalışmaya ulaşılmıştır (Topçu ve diğerleri, 2019).

Tablo 1: SAGE Çalışma Grubu Aşı Kararsızlığı Belirleyicileri Matrisi

Bağlamsal Etkiler Tarihi, sosyokültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumsal/ekonomik veya siyasi faktörler	<ul style="list-style-type: none">• İletişim ve medya ortamı• Toplumda etkili liderler, bağışıklama programına erişimi kontrol edenler, aşılama karşıtı veya yandaş lobiler• Tarihi etkiler• Din/kültür/cinsiyet/sosyo ekonomik etkiler• Siyaset/politikalar• Coğrafi engeller• İlaç endüstrisine dair algılar
Bireysel Etkiler ve Grup Etkileri Aşıya dair kişisel algıdan veya sosyal çevre/arkadaş çevresinin etkilerinden kaynaklanan etkiler	<ul style="list-style-type: none">• Aşılana dair kişisel, ailevi ve/veya topluluksal deneyimler (ağrı dahil)• Sağlık ve korunmaya dair inançlar, tutumlar• Bilgi/farkındalık• Sağlık sistemine ve sunucularına olan güven ve kişisel deneyim• Risk/yarar (algılanan, deneyimlenen)• Sosyal norm olarak bağışıklamanın kabulü veya tersine olarak ihtiyaç duymama/zararlı bulma
Aşı/Aşılama Özgü Etkiler Doğrudan aşıyla veya aşılama ile ilişkili olanlar	<ul style="list-style-type: none">• Risk/yarar (epidemiolojik ve bilimsel kanıt)• Mevcut aşının yerine yeni bir aşının veya yeni bir aşı formülasyonunun veya aşıya dair yeni bir tavsiyenin sunulması• Uygulama şekli• Aşılama programının tasarımı/Sunulma şekli (örneğin; rutin program mı yoksa kitlesel bir kampanya mı?)• Aşı ve/veya aşılama ekipmanının güvenilirliği ve/veya kaynağı• Aşılama takvimi• Maliyetler• Aşıya dair tavsiyenin gücü ve/veya bilginin temeli ve/veya sağlık personelinin tutumu

"Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy", SAGE, 2014, s. 12. Erişim adresi:http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf Aktaran: Aker, A. A. (2018). Aşı Karşıtlığı, Toplum ve Hekim, 33(3), 175-186.

2.1. Aşı Kararsızlığını ve Reddini Anlamaya ve Çözüm Yolları Bulmaya Yönelik Kullanılan Teori ve Modeller

Aşı kararsızlığını/reddini anlamaya ve çözüm yolları bulmaya yönelik kullanılan farklı model, teori ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar odakları açısından bireysel, bireylerarası ve toplumsal olmak üzere 3 ana grup altında ele alınmaktadır. Aşağıdaki “Tablo 2” içinde, 3 ana grup altında yer alan teori ve modeller sunulmuştur (Glanz ve Rimer, 2005).

Tablo 2: Teori ve Modeller

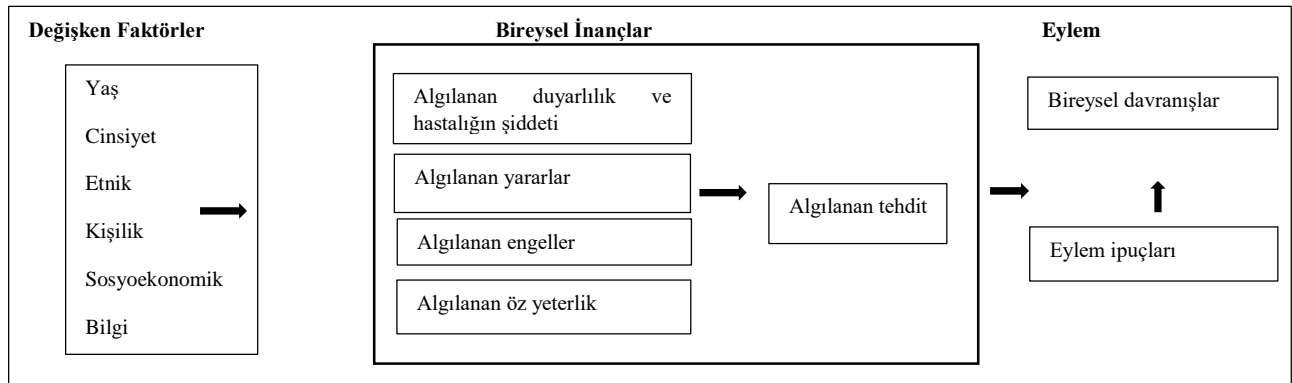
Odak Noktası	Teori ve Modeller
Bireysel Teoriler	<ul style="list-style-type: none"> • Planlı Davranış Teorisi • Sağlık İnanç Modeli • Transteorik Model • Önleyici (Davranış) Benimseme Süreç Modeli
Bireylerarası Teoriler	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal Bilişsel Teori
Toplumsal Teoriler	<ul style="list-style-type: none"> • Yeniliklerin Yayılması Teorisi • Topluluk Örgütlenme ve Diğer Katılımcı Modeller • Medya Çalışmaları Çerçevesi • Sosyo Ekolojik Model

Glanz, K. ve Rimer, B.K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice (2nd Edition)*. National Cancer Institute (US). Washington, DC: NIH.

Planlı Davranış Teorisi (PDT)'ye göre; sağlık davranışı (örn. aşı olma) davranışsal niyetin bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Niyet, bireyin tutumlarının, algılanan davranışsal kontrolünün ve öznel normlarının bir fonksiyonu olmaktadır. Teori, aşı olmaya dair engelleri belirlemek ve sınıflandırmak amacıyla kullanılabilir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışlarının altında yatan unsurları belirleme ve beraberinde bu davranışları değiştirmek için kullanılmaktadır. Günümüze değin sağlık taramasından hastalık önleyici davranışlara kadar pek çok alanda uygulanmıştır. SİM'e göre, insanların hastalıkları önlemek için eyleme geçip geçmeyeceklerine dair kararlarını etkileyen altı ana unsur vardır. Bu unsurlar; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, eylem ipuçları ve öz yeterlidir (Glanz ve Rimer, 2005). Aşağıda “Şekil 2” içinde bu değişkenler arasındaki ilişkiler gösterilmiştir.

Şekil 2. Sağlık İnanç Modeli



“Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice” (4th Edition), Glanz, K., Rimer, B.K. ve Viswanath, K., 2008, San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, s. 49 kitabından çevrilmiştir.

Transteorik Model [Transtheoretical Model (TTM)], sağlık alanında kullanılan farklı teorileri birleştirerek, davranış değişikliğini belirli aşamalar kapsamında ele alan bir teoridir. Aynı zamanda Değişim Aşamaları Modeli (Stages of Change Model) olarak da adlandırılmaktadır. TTM, temel psikoterapi ve davranış değişikliği teorilerinin karşılaştırmalı analizinden ortaya çıkmıştır. İlk olarak sigara içme davranışı üzerine çalışmalar yapılmış daha sonra alkol, madde bağımlılığı, obezite, mamografi ve kanser taraması gibi sağlık davranışlarına yönelik uygulama ve araştırmaları içerecek şekilde model giderek genişletilmiştir. TTM modeli 4 temel boyuttan oluşmaktadır (Glanz ve diğerleri, 2008);

- Değişim aşamaları boyutu: Davranış devam eden bir süreçtir ve kişi bir davranışı yerine getirirken bu süreç içinde farklı aşamalardan geçer. Bunlar sırasıyla karar öncesi, niyet, hazırlık, eylem, sürdürme ve sonlandırma aşamalarıdır.
- Değişim süreçleri boyutu: Kişi ilk boyutta aktarılan değişim aşamaları süreci boyunca farklı faaliyetleri yerine getirir. Bunlar zihinsel farkındalık, belirgin rahatlama, öz değerlendirme, çevresel değerlendirme, öz kurtuluş, yardım ilişkileri geliştirme, karşı şartlandırma, pekiştirme, uyarıcı kontrolü ve sosyal özgürlük olarak sıralanabilir.
- Karar dengesi boyutu: Kişinin değişimin yararları (yani artıları) ile değişimin maliyetlerini (yani eksilerini) kafasında tarttığı süreci ifade etmektedir.
- Öz yeterlik boyutu: Kişinin yüksek riskli durumlarla baş edebileceğine yönelik inancıdır.

Özetle, TTM farklı aşamaları olan bir değişim sürecindeki her bir aşamaya ve bu aşamalarda gerçekleştirilen faaliyetlere odaklanarak, değişimi yönetmeye/yönlendirmeye yardımcı bir teoridir. Teori aynı zamanda kişilerin değişime yönelik fayda/maliyet değerlendirmelerine ve öz yeterlilik

algısına da odaklanmaktadır. Böylelikle bireysel düzeyde değişimi yönetme çabası, sonuçta toplum düzeyindeki sağlığı iyileştirmede fayda sağlayacak programlara dönüşebilmektedir (Glanz ve diğerleri, 2008).

Önleyici (Davranış) Benimseme Süreç Modeli [Precaution Adoption Process Model (PAPM)] sağlığı koruyan yeni davranışların benimsenmesini açıklayan bir aşama teorisi. Bir kişinin eyleme geçmek için nasıl karar aldığını ve bu kararını nasıl eyleme dönüştürdüğünü açıklamaya çalışmaktadır. Yeni bir önlemi benimseme ya da risk barındıran davranıştan vazgeçme ancak bilinçli farkındalık ile gerçekleştirilecek planlı adımlar gerektirmektedir. Model, farklı aşamalar ile davranış değişikliği sürecinin en iyi şekilde açıklanabileceğini ileri sürmektedir. Bu aşamalar şu şekilde ifade edilebilir; “sorunun farkında değil”, “soruna ilgisiz”, “eylem hakkında kararsız” aşamasından sonra “eylemi gerçekleştirilmeye karar vermiş” ise süreç son bulur. Eğer “eylemi gerçekleştirilmeye karar vermiş” ise süreç “eylem”, “eylemi sürdürme” olarak devam etmektedir. Eyleme giden süreçteki engeller, bireylerin hangi aşamaya geldiğine bağlı olarak değişmektedir (Glanz ve diğerleri, 2008).

Sosyal Bilişsel Teori [Social Cognitive Theory (SCT)], insanların bireysel sağlık davranışlarını ve bu davranışlarını etkileyen sosyal ve fiziksel çevrelerini neden ve nasıl değiştirdiklerini kapsamlı bir şekilde anlamaya çalışmaktadır. SCT'nin temel kavramları; davranışın psikolojik belirleyicileri, model alarak öğrenme, davranışın çevresel belirleyicileri, öz kontrol, ahlaki geri çekilme olarak beş kategoride gruplandırılmıştır. SCT, insan davranışlarının; kişisel, davranışsal ve çevresel etkilerin dinamik etkileşiminin ürünü olduğunu varsaymaktadır. Ortamların davranışları şekillendirdiğini kabul etmekle birlikte teori bireylerin kendi amaçlarına uyacak şekilde çevrelerini oluşturma ve değiştirmedeki potansiyel yeteneklerine odaklanmaktadır. Bireyin kendi çevresi ile etkileşimde bulunma yeteneğine ilaveten

toplu eylem için de bireylerin yeteneğini dikkate alır. Bu, bireylerin tüm gruba yarar sağlayan çevresel değişimleri elde etmek için örgütlerde ve sosyal sistemlerde birlikte çalışmasını sağlar (Glanz ve diğerleri, 2008).

Yeniliklerin Yayılması Teorisi (Diffusion of Innovations), toplum sağlığı alanındaki yeniliklerin yayılması için gereken adımları ve süreçleri anlamada kullanılmaktadır. Bu teorinin temel kavramları; yenilik, iletişim kanalları, sosyal sistem, zaman olarak ifade edilmektedir. Yeniliklerin boyutunu ve hızını etkileyen temel özellikler ise; göreceli avantaj, uygunluk, karmaşıklık, denenebilirlik ve gözlenebilirliktir (Glanz ve Rimer, 2005).

Örgütsel Değişim Teorileri (Theories of Organizational Change), bu teoriler bir örgüt tarafından gerçekleştirilecek müdahalenin benimsenmesinin veya kurumsallaştırılmasının nasıl kolaylaştırılacağına dair bir anlayış sağlamaktadır. Örgütsel değişimin dört teorisi şunlardır: Aşama Teorisi (Stage Theory), Örgütsel Gelişim Teorisi (Organizational Development Theory), Örgütler Arası İlişki Teorisi (Interorganizational Relationships Theory) ve Toplum Koalisyonu Eylem Teorisi (Community Coalition Action Theory). Aşama Teorisi ve Örgütsel Gelişim Teorisi, farklı aşamalarda farklı stratejilere ihtiyaç duyulduğunu ve örgütlerin bir araya gelmesinin olumlu değişimler üretmek için en büyük potansiyel olduğunu ileri sürmektedir. Örgütler Arası İlişki Teorisi ve Toplum Koalisyonu Eylem Teorisi, örgütlerin birlikte nasıl çalıştıklarını ve ilişkilerini nasıl sürdürdüklerini anlamaya odaklanmaktadır. Değişim stratejileri bir kurumun içinden veya dışından yönlendirildiğinde, sağlık uygulayıcıları için birtakım zorluklar yaratır. Örgütsel değişim teorileri, bu tür zorlukları çözümlenme ve değişimi etkilemede stratejiler önermektedir (Glanz ve diğerleri, 2008).

Medya Çalışmaları Çerçevesi (The Media Studies Framework), medyanın toplum sağlığı üzerindeki etkisine dair detaylı bir anlayış için,

medya içeriğinin üretilmesine yol açan örgütsel normların, kuralların ve yapıların incelenmesi gerekir. Bireysel düzeyde medya etkileri; beklenti-değer, öz kontrol, bilgi işleme ve mesaj etki teorilerini içeren çeşitli teorilerle açıklanmaktadır. Üç temel teori -bilgi boşluğu, gündem belirleme ve çerçeveleme, yetiştirme teorileri- bireyler ve toplumlar arasında medya etkilerinin nasıl azaltılabileceğini ve bunların birey ve toplum sağlığını nasıl etkileyebileceğini açıklar. Bu teoriler, iletişimin etkisini anlamak için önemlidir ve sağlık davranışlarını anlamada ve desteklemede yardımcı olabilmektedir (Glanz ve diğerleri, 2008).

Sosyo Ekolojik Model [(SEM) Social Ecology Model] bireysel davranışların; bireysel ve bireyler arası düzeylere ek olarak kurumsal, topluluk ve politika düzeylerini de içeren çoklu düzeydeki faktörler tarafından şekillendiğini ileri sürmektedir. SEM'e göre; aşı olma davranışının olasılığı, bireysel (aşı olma ihtimalini etkileyecek kişinin psikolojik, biyolojik, bireysel faktörleri), bireyler arası (kişinin davranışını büyük ölçüde etkileyen en yakın sosyal çevresi), kurumsal (aşuların sunulma şekli, aşıya teşvik eden ya da aşığı desteklemeyen sağlık uzmanlarıyla etkileşim), topluluk (aşılanmayı teşvik eden ya da aşılanmayı engelleyen bir ortam oluşumuna yardımcı olan sosyo kültürel faktörler) ve toplum politikası (aşı kabulünü kolaylaştıran politikaları destekleyen yerel, bölgesel, ulusal kurumlar) olarak farklı düzeylerde işleyen faktörler arasındaki çoklu etkileşimlerle şekillenmektedir. Model, bu farklı düzeylerde aşı olmaya engelleri ve bunlarla ilgili stratejileri sınıflandırmak için kullanılabilir (McLeroy, Bibeau, Steckler ve Glanz, 1988).

Aşağıda Tablo 3 içinde bu teorilerin odak noktası ve temel kavramları özet olarak da sunulmaktadır.

Tablo 3: Teorilerin Özetleri: Temel Odak Noktaları ve Kavramlar

Düzyey	Teori	Odak Noktası	Temel Kavramlar
Bireysel Teoriler	Planlı Davranış Teorisi	Bireylerin bir davranışa yönelik tutumları, normlara yönelik algıları ve değişimin kolaylığına ya da zorluğuna yönelik algıları	Davranışsal niyet Tutum Öznel norm Algılanan davranışsal kontrol
	Sağlık İnanç Modeli	Kişilerin bir sağlık sorununa yönelik tehdit algıları, bu tehlikeden kaçınmanın sağlayacağı faydalar ve davranışa yönelik kararı etkileyen faktörler	Algılanan duyarlılık Algılanan ciddiyet Algılanan yararlar Algılanan engeller Eylem ipuçları Özyeterlik
	Transteorik Model	Kişilerin problemleri bir davranışa değiştirmeye yönelik motivasyonları ve hazır bulunuşlukları	Değişim aşamaları Değişim süreçleri Karar dengesi Öz yeterlik
	Önleyici (Davranış) Benimseme Süreç Modeli	Kişilerin farkındalıklarının olmadığı aşamadan eylemi sürdürmeye kadar geçen yolculuğu	Sorunun farkında olmama Sorunu önemsememe Eylem hakkında düşünme Eylemi yerine getirmemeye karar verme Eylemi yerine getirmeye karar verme Eylem Eylemi sürdürme
Bireylerarası Teoriler	Sosyal Bilişsel Teori	İnsan davranışları, kişisel faktörler, çevresel faktörler ve bunların birbirleri ile etkileşimi	Davranışın psikolojik belirleyicileri Model olarak öğrenme Davranışın çevresel belirleyicileri Öz kontrol Ahlaki geri çekilme
Toplumsal Teoriler	Yeniliklerin Yayılması Teorisi	Yeni fikir, ürün ya da uygulamaların bir toplum içinde ya da bir toplumdaki diğerine nasıl yayıldığı	Yenilik İletişim kanalları Sosyal sistem Zaman
	Topluluk Örgütlenme ve Diğer Katılımcı Modeller	Sağlık ve sosyal sorunların çözümünde topluluk temelli yaklaşımlar	Aşama teorisi Örgütsel gelişim teorisi Örgütlerarası ilişki teorisi Toplum koalisyonu eylem teorisi

	Medya Çalışmaları Çerçevesi	Farklı iletişim çabalarının sağlık davranışını nasıl etkilediği	Beklenti-değer Öz kontrol Bilgi işleme Mesaj etkisi Çerçeveleme
	Sosyo Ekolojik Model	Davranışın bireysel ve bireyler arası düzeylere ek olarak kurumsal, topluluk ve politika düzeylerini de içermesi	Bireysel düzey Bireylerarası düzey Kurumsal düzey Topluluk Toplum politikası

Glanz, K. ve Rimer, B.K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice (2nd Edition)*. National Cancer Institute (US). Washington, DC: NIH. s. 45 kitabından uyarlanmıştır.

Odak noktası açısından 3 gruba ayrılan bu teori ve modeller, cevap aradıkları araştırma soruları açısından da iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlardan ilk grup insanların belirli sağlık davranışlarını neden yerine getirdikleri ya da getirmediğine odaklanırken (keşifsel teoriler), diğer grup ise doğrudan sağlık davranışını değiştirmek ya da geliştirmek için bir program/plan oluşturmaya (değişim teorileri) odaklanmaktadır. Bu açıdan teorileri şu şekilde sınıflandırmak mümkün olacaktır (Glanz ve Rimer, 2005, s.6);

- Keşifsel teoriler: Planlı Davranış Teorisi, Sağlık İnanç Modeli ve Önleyici (Davranış) Benimseme Süreç Modeli.
- Değişim teorileri: Transteorik Model, Sosyal Bilişsel Teori, Yeniliklerin Yayılması Teorisi, Topluluk Örgütlenme ve Diğer Katılımcı Modeller, Medya Çalışmaları Çerçevesi, Sosyo Ekolojik Model

Kullanılan bu modeller sağlık davranışları ile ilgili olmakla birlikte, doğrudan aşı kararsızlığı/reddi davranışına odaklanan modeller değildir. Aşı kararsızlığının nedenlerini belirlemek için geliştirilmiş en kapsamlı model halen SAGE Çalışma Grubu Aşı Kararsızlığı Belirleyicileri matrisidir.

2.2. Sosyal Pazarlama Yaklaşımı ve Hedefli Bağışıklama Programları Geliştirme Kılavuzu

Sosyal pazarlama, kişisel ve toplumsal refahı iyileştirmek amacıyla hedef kitlenin gönüllü davranışlarını etkilemek için tasarlanan programların

analizi, planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde ticari pazarlama ilkelerinin uygulanmasıdır (Lee ve Kotler, 2011). Birincil amacı kamu yararındır. Sosyal pazarlama, bu nedenle, aşı kararsızlığı gibi bağışıklama programı konularını incelerken yararlı bir bakış açısı sağlamaktadır (Nowak ve diğerleri, 2015).

Sağlık davranışı ile ilgili konulara sosyal pazarlama yaklaşımı uygulanırken daha büyük, heterojen olan hedef kitle daha küçük alt gruplara ayrılır. Böylece, hedef kitlenin çok geniş biçimde belirlenmesi önlenmiş olur. Örneğin, etnik köken, cinsiyet, tutumlar, inançlar, eğitim düzeyi, yerleşim yeri gibi faktörler, aşı kararsız/ret gruplarının daha geniş kitesini bölümlendirmek için kullanılabilir. Sosyal pazarlama, hedef kitesine etkili stratejiler geliştirebilmek için bu kitleyi diğerlerinden ayıran modeller belirlemeyi amaçlamaktadır (Glanz ve Rimer, 2005).

Sosyal pazarlama girişimleri, hedef pazarın sağlık davranışına ilişkin algılarını, ihtiyaçlarını ve isteklerini anlamak için biçimlendirici araştırmalarla (kitle veya tüketici araştırması olarak da adlandırılır) başlar. Biçimlendirici (Formative) araştırma, hedef kitlenin mevcut davranışlarını ve bu davranışı kuvvetlendiren etmenleri belirlemeyi içerir. Bu araştırmalarda genellikle odak grup çalışmaları veya katılımcılarla görüşme gibi kalitatif yöntemleri kullanılmaktadır. Sonraki adımda, hedef kitlenin davranış kararı verdiği çevre hakkında bilgi edinmek için ikinci bir tür araştırma olan rekabetçi analiz

(çevresel analiz olarak da adlandırılır) yürütülmektedir. Bu analiz ile hedef kitlede desteklenen rakip davranışlar incelenmektedir (Örneğin, Aile Hekimliği'nde çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgilendirici panolar, aşı karşıtı ebeveynlerin oluşturduğu forum mesajları ile rekabet eder). Ayrıca, sosyal ve fiziksel çevrenin veya ekonomik faktörlerin hedef kitlenin kararlarını nasıl şekillendirdiği araştırılmaktadır (Glanz ve Rimer, 2005).

Gönüllü davranış değişikliğini hedef alan bir yaklaşım olarak sosyal pazarlama, önemli ölçüde davranış değişikliği teorilerine dayanmaktadır. Davranışsal teoriler, hedef kitlenin mevcut davranışlarına ve bu davranışı etkileyebilecek veya değiştirebilecek unsurların ortaya konulmasına dair önemli faydalar sağlayacaktır (Glanz ve Rimer, 2005). Sosyal pazarlamanın bu potansiyeli, aşı kararsızlığına yönelik olası uygulamaları da içeren (Opel, Diekema, Lee ve Marcuse, 2009; MacDonald, Smith ve Appleton, 2012) bağışıklama programları ve bunların savunucuları tarafından (Cates, Diehl, Crandell ve Coyne-Beasley, 2014; Butler ve MacDonald, 2015) da bilinmektedir (Nowak ve diğerleri, 2015, s. 4204). Aşağıda detaylı olarak anlatılan Hedefli Bağışıklama Programları Geliştirme Kılavuzu sosyal pazarlama yaklaşımını temel almaktadır.

Hedefli Bağışıklama Programları Geliştirme Kılavuzu [The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP)], Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış bir kılavuzdur. Bu kılavuz, ülkelerin geliştireceği ulusal aşılama programları kapsamında, bebeklik ve çocukluk aşı oranlarını arttırmak için, hedefe yönelik stratejiler tasarlamaya yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Kılavuz hastalık riski olan grupları ve aşılama önündeki engelleri belirlemek, sonrasında bunlara yönelik stratejiler geliştirmek için araçlar sunmaktadır (WHO, 2013).

TIP Kılavuzu şunları yapmak için araçlar sağlamaktadır (WHO TIP, 2013, s. 6):

- Hassas popülasyonları tanımlamak ve bunları kendi içinde öncelik sırasına sokmak: TIP, çocukların aşılama durumunu "tam ve zamanında aşılama", "kısmen aşılama", "aşılama" şeklinde ifade ederek ebeveyn

ya da çocukların bakımından sorumlu kimseleri bölümlere ayırmak için (segmentasyon) adım adım yürütülen bir yaklaşım sunmaktadır. Bu kapsamda öncelikle bir segmentasyon analizi yapılmakta ve ulusal bağışıklama programının hedef alması gereken hassas popülasyonlar (hastalık riski olan) belirlenmektedir.

- Aşıya yönelik talep ve arz yönlü engelleri tanımlamak: Ebeveynleri aşı yaptıрма/yaptırmama nedenleriyle birlikte aşı hizmeti sunanların etkilerini ortaya koyabilmek için yollar ve haritalar sunmaktadır.
- Kanıtla dayalı çözümleri tasarlamak: TIP segmentasyon ve profil oluşturma sürecinin sonuçlarına dayalı olarak tutum değişimi stratejilerinin tasarlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için rehberlik sağlamaktadır.

Özetle, TIP kılavuzu biçimlendirici (formative) araştırma ve planlama olmak üzere iki temel adımdan oluşmaktadır. Biçimlendirici araştırmanın amacı, çocukların aşılama durumları ve ebeveynlerin aşıya yönelik davranışlarına göre aileleri bölümlere ayırmak, bunların profillerini çizmek ve bu hedef kitleleri taşıdıkları riskler doğrultusunda önceliklendirmektir. İkinci aşama olan planlama süreci ise, bu hedef kitlelere yönelik aşılama oranlarını arttırma amacıyla tutum değişimi stratejilerinin planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. TIP, tüm bu segmentasyon ve program geliştirme sürecinde sosyal pazarlamayı temel almaktadır (Butler ve MacDonald, 2015, s. 4177). Kılavuz bağışıklama programı ve iletişimi için "tüm durumlara uyacak tek bir yaklaşım" olmadığını, farklı kültürler ve bağlamlar için ayrı ayrı çalışmalar yapılması gerekliliğini özellikle vurgulamaktadır (WHO TIP, 2013, s. 17).

Aşı karşıtlığı ve kararsızlığına ilişkin çalışmalar incelendiğinde, üç araştırmanın benzer bir yöntem kullanarak aşı reddi/kararsızlığı yaşayan ebeveynleri bölümlere ayırdığı görülmektedir. Bunlardan ilkinde Bulgaristan Sağlık Bakanlığı, TIP pilot projesi için öncelikli hedef grup olarak Romanları da içeren hassas toplulukları belirlemiştir. Ebeveynlere yapılan anketler

ve doktorların aşı kapsamıyla ilgili raporları doğrultusunda çocuklar aşılama durumlarına göre şu şekilde gruplandırılmıştır: Tam aşıli kentte yaşayan (%82.5); tam aşıli kırsalda yaşayan (%83.3); en az bir aşısı eksik kentte yaşayan (%17.5); en az bir aşısı eksik kırsalda yaşayan (%16.7).

Bir diğer çalışma İsveç'te ebeveynlerin çocuklarına kızamık, kabakulak ve rubella aşısı yaptırmalarını kolaylaştıran ve engelleyen etmenleri araştırmak için yapılan nitel bir çalışmadır. Analiz sonucunda kızamık, kabakulak ve rubella aşısına karşı ebeveyn tutumlarını tanımlayan dört tema bulunmuştur; Bunlardan üçü, “uyum sağlayanlar”, “pragmatistler” ve “dikkatli geciktirenler”, fiilen aşı yaptıran aşıya karşı farklı tutumları olan ebeveynleri açıklamaktadır. Son tema olan “doğal bağışıklığı destekleyenler” ise (çocuklarının aşısını beş yıldan daha fazla süredir geciktiren) aşığı geciktiren veya reddeden ebeveynleri temsil etmektedir (Byström, Lindstrand, Likhite, Butler ve Emmelin, 2014).

Son olarak Pandemik İnfluenza (H1N1) aşısı bağlamında, Amerika'da bir segmentasyon çalışması yapılmıştır. Aşı kararsızlığı sürecindeki heterojen grupların anlaşılması için yapılan çalışmada, Amerikalı yetişkinlerden 1569 kişi ankete katılmıştır. Aşı yaptırmayanlar arasında (1166 kişi), küme analizi sonrasında üç aşı kararsız alt grup belirlenmiştir: “İlgisini kesmiş şüpheli” (%67); en düşük endişe düzeyine sahip ve aşı kabulüne en uzak olan gruptur. “Bilgilendirilmiş ikna olmayanlar” (%19) medya ve sağlık konusunda bilgili olan gruptur. “İknaya açık olanlar” (%14) en yüksek endişe ve motivasyon düzeyine sahiptir (Ramanadhan, Galarce, Xuan, Alexander-Molloy ve Viswanath, 2015).

2.3. Aşı Reddi ve Kararsızlığı Kapsamında Tutum Değişikliği Amacıyla Kullanılan Stratejiler

Literatüre bakıldığında, aşı kararsızlığı ve reddi ile baş etmede kullanabilecek çeşitli tutum değişimi stratejilerinin bulunduğu görülmektedir. Bu anlamda bunlardan ilki, iletişim unsuruna odaklı stratejilerdir. SAGE Çalışma Grubu bu stratejileri diyalog, teşvik,

hatırlatıcı-hatırlatma temelli ve çok bileşenli olmak üzere dörde ayırmaktadır. Bu stratejilerin arasında en iyisinin olmadığını belirterek her bir stratejinin etkisinin bağlama, kültüre, alt gruplara, nedenlere bağlı olarak farklılaşacağını vurgulamaktadır (SAGE Report, 2014).

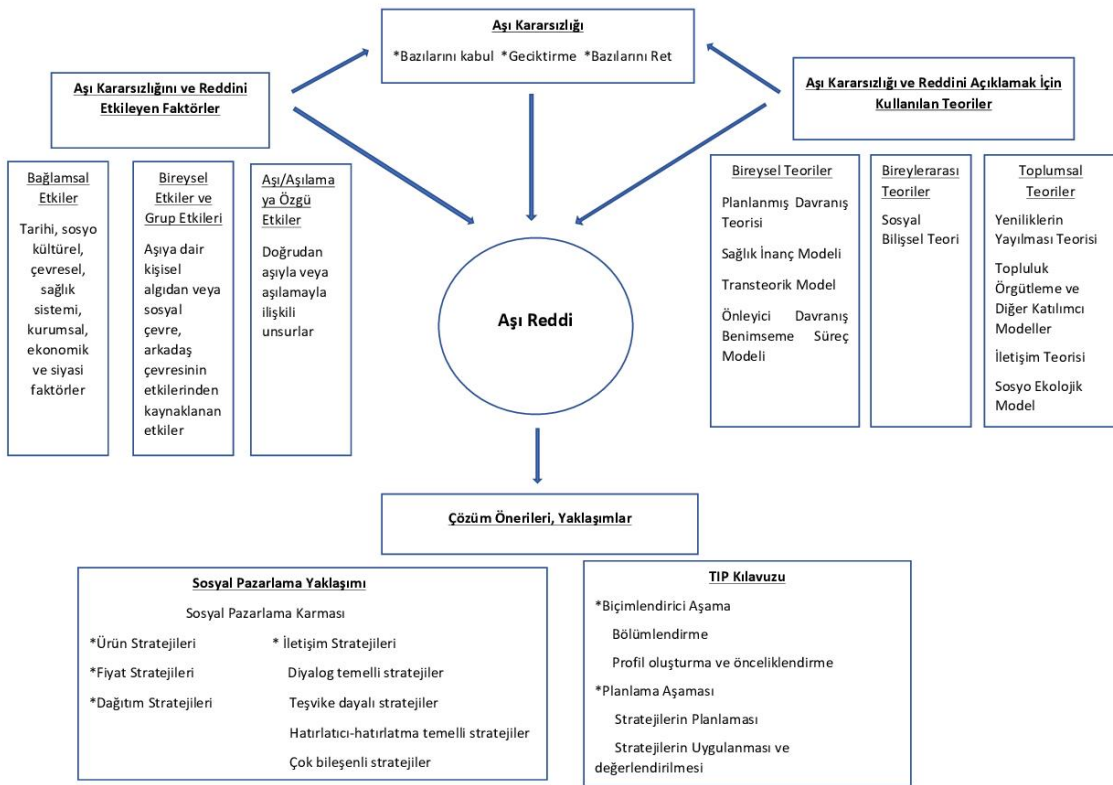
Diyalog temelli stratejiler arasında; dini veya geleneksel liderlerin katılımını sağlamak, toplumsal hareketlenme oluşturmak, sosyal medya ve kitle iletişim araçlarını kullanmak, sağlık çalışanını eğitmek gibi boyutlar bulunmaktadır. Teşvik dayalı strateji de bireyleri ya da etkileyici grupları aşı olmaya yönlendirmede finansal ya da finansal olmayan araçların kullanımıyla gerçekleşmektedir. Hatırlatıcı-Hatırlatma temelli strateji, belirlenen hedef kitleye aşıların hatırlatılması için telefonla arama ya da mektup gönderme aracılığıyla gerçekleşmektedir. Çok bileşenli strateji, iki veya daha fazla strateji türü içermektedir. Örneğin, stratejinin bir yönü diyaloga dayalı olabilir ve diğer bir yönü de hatırlatıcı-hatırlatma (geri çağırma) temelli olabilir (SAGE Review, 2014).

Tutum değişimi stratejilerinin diğer daha bütüncül boyutu sosyal pazarlama stratejileriyle oluşturulabilmektedir. Bu açıdan, sosyal pazarlamanın Beş Müdahale Tipi (deCIDES) yararlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu yaklaşım kontrol etme, bilgilendirme, tasarlama, eğitime ve destekleme olmak üzere beş geniş eylem üzerine odaklanarak davranış değişimini gerçekleştirmek için önemli bir yön sağlamaktadır (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014). Sosyal pazarlamanın tutum değişimi stratejileri açısından diğer bir yararlı çerçevesi 6P kavramsallaştırmasıdır. 6P unsurları; ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, politika ve paydaşıktan oluşmaktadır. Çocukluk çağı aşılarını yaptırmamanın yararı *çekirdek ürün*, bu aşı olma davranışının fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, davranışsal maliyeti *fiyat*, çocukluk çağı aşılarının yapılabileceği yerler *dağıtım*, ebeveynlerin aşı/aşılama dair iletişimi *tutundurma*, çocukluk çağı aşılarının yaptırılmasını etkileyecek politikalar *politika* ve çocukluk çağı aşılarının yaptırılmasında kolaylaştırıcı etkiye sahip tüm kimseler *paydaşlar* olarak kavramsallaştırılabilir (Suggs, Evans ve Hsu, 2017). Ancak sosyal pazarlama çalışmalarında 6P

kavramsallaştırmasına fon sağlayanlar ve kamuoyu olmak üzere iki boyut daha eklenerek 8P kavramsallaştırması da kullanılmaktadır (Silva ve Mazzon, 2015).

Aşağıda “Şekil 3” içinde tüm aşı reddi ve kararsızlığı literatürüne ilişkin yapılan özetin şeması yer almaktadır. Bu süreçte aşı kararsızlığının aşı reddine dönmesi sürecinde bu süreci etkileyen faktörler ve bu olguyu açıklamak için kullanılan temel teoriler yer almaktadır. Şeklin alt kısmında ise aşı kararsızlığı ve reddi sorununa yönelik geliştirilen çözüm önerileri ve stratejilerinin özetine yer verilmiştir.

Şekil 3. Aşı Reddi ve Kararsızlığı Literatür Özeti



3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de aşı reddi giderek büyüyen bir sorun (Azap, 2018; Eskioçak, 2018; Ceyhan, 2018) olmakla birlikte, bu alanda Türkiye üzerine yapılmış ampirik araştırmalar henüz sınırlı sayıdadır. Aşı kararsızlığına yönelik olarak ise Türkiye’de tek bir çalışmaya ulaşılabilmektedir. Ancak, aşı reddinin ortaya çıkması bir

karar sürecine dayanmaktadır ve bu süreçte kararsızlık yaşayan ebeveynlerin belirlenmesi ve ret ortaya çıkmadan bu ebeveynlerin aşıya yönelik inanç ve tutumlarının değiştirilmesi, aşı reddini azaltabilecektir. Dolayısıyla aşı reddiyle birlikte aşı kararsızlığı üzerinde önemle durulması gereken konuların başında gelmektedir.

Türkiye’de gerçekleştirilecek çalışmalar kapsamında öncelikle keşifsel sonrasında ise değişime yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Türkiye’de ve dünyada aşı kararsızlığı ve reddinin genel anlamda sebepleri bilinmekle birlikte Türkiye’de ampirik araştırma sayısının ve kapsamının az olmasından dolayı halen derinlemesine keşifsel çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu kapsamda araştırmacılar yukarıda özetlenen keşifsel amaçlı teorilerden (Planlı Davranış Teorisi, Sağlık İnanç Modeli ve Önleyici (Davranış) Benimseme Süreç Modeli) yararlanabileceklerdir.

Bu teoriler dışında TIP kılavuzu da bu anlamda gerçekleştirilecek keşifsel çalışmalar için önemli bir çerçeve sunmaktadır. TIP kılavuzu hem keşifsel hem de değişim amaçlı stratejileri içinde barındırmaktadır. Kılavuzun önemli önermelerinden birisi, tüm aşı reddedenleri/kararsızları homojen bir grup olarak görmenin stratejilerin başarısını düşürdüğü yönündedir. Literatür tüm aşı reddedenler/kararsızlar için tek bir doğru çözüm olmadığını bize göstermekte, özellikle hedefin özelliklerine ve/veya aşıya yönelik tutumlarına göre uyarlanmış iletişim stratejilerinin daha etkili olabileceğini önermektedir (Broniatowski ve diğerleri, 2016; Jarrett vd., 2015). Türkiye’de aşı reddi sebepleri bilinmekle birlikte, aşığı reddeden ve/veya kararsız olan ebeveynlerin profilleri bütünüyle bilinmemektedir. Dolayısıyla, yapılan tutum değişimi çalışmaları, tüm bu alt grupların farklılıklarını dikkate almadan gerçekleştirilen çalışmalardan oluşmaktadır. Bu konuda ileride yapılacak çalışmalara, öncelikle aşığı reddeden ve kararsız olan alt grupları belirlemesi önerilebilir. Böylece, Türkiye’de aşığı reddeden ve kararsız olan alt grupların daha yakından tanınması ve anlaşılması sağlanabilir. Ayrıca, kamuda karar vericilerin bu gruplar içinde öncelikli olanları belirlemesine de yardımcı olabilecektir. Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında, segmentasyon çalışmalarının sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, ileriki çalışmalar, TIP kılavuzundan yararlanarak

gerçekleştirecekleri segmentasyon çalışmaları ile hem ulusal hem de uluslararası literatüre katkı sağlayabilir.

Aşı kararsızlığı ve reddine yönelik bir diğer alan ise davranış değişikliği yaratmaya yönelik uygulama ve çalışmalardan oluşmaktadır. Elbette sorunun anlaşılması çözüm için bir başlangıç aşaması sağlayabilecektir. Ancak araştırmacıların keşifsel verilerden yola çıkarak literatürde kullanılan farklı yaklaşımlar ile yeni program ya da uygulama önerileri ortaya koymalarına da ihtiyaç vardır. Bu çerçevede Transteorik Model, Sosyal Bilişsel Teori, Yeniliklerin Yayılması Teorisi, Topluluk Örgütlenme ve Diğer Katılımcı Modeller, Medya Çalışmaları Çerçevesi ve Sosyo Ekolojik Model temel olarak alınabilir. Aynı zamanda literatürde aşı kararsızlığı ve reddini azaltmaya yönelik (değişim amaçlı) iletişim ve sosyal pazarlama odaklı yaklaşımların ön plana çıktığı görülmektedir. Bunlar arasında aileler ve sağlık personeli için eğitim ve iletişim materyalleri hazırlamaktan dini ve geleneksel liderlerin desteğini almaya, halk seferberliğinden sosyal medya ve kitlesel medya kampanyalarına dek uzanan çalışmalar bulunmaktadır (Jarrett vd., 2015). Ancak literatürde hangi uygulamaların daha etkili olduğu yönünde birbiriyle çelişen sonuçlar bulunduğundan, bu alanda da yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Aşı reddi ve/veya kararsızlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, daha önce de belirtildiği üzere, konunun sosyal bilimcilerden ziyade sağlık bilimleri alanında fazlaca çalışıldığı görülmektedir. Halbuki, konunun özü itibarıyla sosyal bilim bakış açısına ve multi-disipliner yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (SAGE Report, 2014). Bu anlamda konuya başta sosyal pazarlama olmak üzere farklı bakış açılarının önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (Nowak ve diğerleri, 2015). Diğer taraftan, sosyal bilimlerin farklı dallarındaki akademisyenlerin de bu konuya yönelik dikkatlerinin çekilmesine ihtiyaç vardır. Bu sayede farklı alanlardan araştırmacılar bu sorunun çözümü için çaba harcayacaklardır

KAYNAKÇA

- Aker, A. A. (2018). Aşı Karşıtlığı, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 175-186.
- Argüt, N., Yetim, A. ve Gökçay, G. (2016). Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler, *Çocuk Dergisi*, 16(1-2), 16-24. doi:10.5222/j.child.2016.016
- Arıcan, I. (2018). Sık Rastlanan Aşı Karşıtı İddialara Yanıtlar, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 195-206.
- Azap, A. (2018). Aşı Karşıtlığının Toplumsal Sonuçları, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 217-219.
- Badur, S. (2011). Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar, *ANKEM Dergisi*, 25, 82-86. Erişim adresi: http://www.ankemdernegi.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_25_Ek2_82_86.pdf
- Bedford, H., Attwell, K., Danchin, M., Marshall, H., Corben, P. ve Leask, J. (2018). Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology, *Vaccine*, 36, 6556-6558. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.08.004
- Broniatowski, D. A., Hilyard, K. M. ve Dredze, M. (2016). Effective vaccine communication during the disneyland measles outbreak, *Vaccine*, 34, 3225-3228. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.04.044
- Brown, A. L., Sperandio, M., Turssi, C. P., Leite, R. M. A., Berton, V. F., Succi, R. M., ... Napimoga, M. H. (2018). Vaccine confidence and hesitancy in Brazil, *Cad. Saúde Pública*, 34(9), 1-12. doi: 10.1590/0102-311X00011618
- Bozkurt, B. H. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi, *Kafkas J Med Sci*, 8(1), 71-76. doi: 10.5505/kjms.2018.12754
- Butler, R. ve MacDonald, N. E. (2015). Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP), *Vaccine*, 33, 4176-4179. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.038
- Byström, E., Lindstrand, A., Likhite, N., Butler, R. ve Emmelin, M. (2014). Parental attitudes and decision-making regarding MMR vaccination in an anthroposophic community in Sweden-A qualitative study, *Vaccine*, 32, 6752-6757. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.10.011
- Cates, J. R., Diehl, S. J., Crandell, J. L. ve Coyne-Beasley, T. (2014). Intervention effects from a social marketing campaign to promote HPV vaccination in preteen boys, *Vaccine*, 32(33), 4171-4178. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.05.044
- Ceyhan, M. (2018). Aşının ve Aşılanmanın Önemi, *Bilim ve Gelecek*, 172, 12-13.
- Çapanoğlu, E. (2018). *Sağlık Çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). Erişim adresi: <http://openaccess.acıbadem.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11443/679/0015369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Guay, M., Halperin S., ... MacDougall, H. (2016). Understanding Vaccine Hesitancy in Canada: Results of a Consultation Study by the Canadian Immunization Research Network, *PLoS ONE* 11(6), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0156118
- Erdem, Ö., Toktaş, İ., Çelepkolu, T. ve Demir, V. (2017). Mop-Up Oral Polio Aşı Kampanyasında Aşığı Reddetme Nedenleri: Bir Aile Sağlığı Merkezi Deneyimi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1), 19-23. doi: 10.18521/ktd.291931
- Eskiocak, M. (2018). Aşılanmama Aşılatmama ve Türkiye’de “Aşı Reddi” Tartışmasına Kısa Bir Katkı, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 220-222.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). Social marketing guide for public health managers and practitioners. Erişim adresi:

- <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/social-marketing-guide-public-health.pdf>, Son erişim tarihi: 11 Aralık 2018.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). Monthly measles and rubella monitoring report, November 2018. Erişim adresi: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-rubella-monthly-monitoring-report-november-2018.pdf>
- Giambi, C., Fabiani, M., D'Ancona, F., Ferrara, L., Fiacchini, D., Gallo, T., ... Rota, M. C. (2018). Parental vaccine hesitancy in Italy: Results from a national survey, *Vaccine*, 36, 779–787. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.074
- Gilkey, M. B., McRee A. L., Magnus B. E., Reiter, P. L., Dempsey, A. F., Brewer, N. T. (2016). Vaccination Confidence and Parental Refusal/Delay of Early Childhood Vaccines, *PLoS ONE*, 11(7), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0159087
- Glanz, K. ve Rimer, B.K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice* (2nd Edition). National Cancer Institute (US). Washington, DC: NIH.
- Glanz, K., Rimer, B.K. ve Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th Edition). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Gowda, C., Schaffer, S. E., Kopec, K., Markel, A. ve Dempsey, A. F. (2013). Does the relative importance of MMR vaccine concerns differ by degree of parental vaccine hesitancy?, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(2), 430-436. doi: 10.4161/hv.22065
- Göktaş, B., Özdemir, M., Sülemiş, M. S., Akgün, D. ve Öcal, S. (2016, Mayıs). *Antalya'da İlköğretim Okul Aşılarını Reddeden Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Aşılamaya İlişkin Tutum ve Davranışları*. 8. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, İzmir.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- İkişik, H. (2018). Ebeveynlerin Aşı Kararı, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 207-212.
- Jarrett, C., Wilson, R., O'Leary, M., Eckersberger, E., ve Larson, H. J. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy: A systematic review, *Vaccine*, 33, 4180–4190. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.040
- Karafilakis, E., Dinca, I., Apfel, F., Cecconi, S., Wurz, A., Takacs, J., ... Larson, H. C. (2016). Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study, *Vaccine*, 34, 5013-5020. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.08.029
- Karakaya, I. (2018). Otizm ve Aşılar Arasında Bir İlişki Var mı?, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 213-216.
- Lee, N. R. ve Kotler, P. (2011). *Social marketing: influencing behaviors for good* (4th ed). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- MacDonald, N. E. (2015). The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants, *Vaccine*, 33, 4161-4164. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
- MacDonald, N. E., Smith, J. ve Appleton, M. (2012). Risk communication, risk management and safety assessment: what can governments do to increase public confidence in their vaccine systems?, *Biologicals*, 40, 384–388. doi: 10.1016/j.biologicals.2011.08.001
- McClure, C. C., Cataldi, J. R. ve O'Leary, S. T. (2017). Vaccine Hesitancy: Where We Are and Where

- We Are Going, *Clinical Therapeutics*, 39(8), 1550-1562. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.07.003
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377. doi: 10.1177/109019818801500401
- Nowak, G. J., Gellin, B. G., MacDonald, N. E., ve Butler, R. (2015). Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices, *Vaccine*, 33, 4204–4211. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.039
- Opel, D., Diekema, D., Lee, N. ve Marcuse, E. (2009). Social marketing as a strategy to increase immunization rates, *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 163(5), 432-437. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.42
- Öner, C., Çatak, B. ve Telatar, B. (2013, Nisan). *Okul Aşılamaalarında Başarı Oranları ve Aile Reddi*. 8. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi, İstanbul.
- Ramanadhan, S., Galarce, E., Xuan, Z., Alexander-Molloy, J. ve Viswanath, K. (2015). Addressing the Vaccine Hesitancy Continuum: An Audience Segmentation Analysis of American Adults Who Did Not Receive the 2009 H1N1 Vaccine, *Vaccines*, 3, 556-578. doi: 10.3390/vaccines3030556
- Repalust, A., Šević, S., Rihtar, S. ve Štulhofer, A. (2017). Childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Croatia: insights from a population-based study, *Psychology, Health & Medicine*, 22(9), 1045-1055. doi: 10.1080/13548506.2016.1263756
- SAGE (2014). Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy. Erişim adresi: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- SAGE Review. (2014). WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy. In: Strategies for addressing vaccine hesitancy: a systematic review. Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/3_SAGE_WG_Strategies_addressing_vaccine_hesitancy_2014.pdf
- Silva, E.C. ve Mazzon, J.A. (2015). Social marketing for women's health campaigns, *Journal of Public Administration and Policy Research*, 7 (5), 89-97. doi: 10.5897/JPAPR2015.0310
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C. ve Hibbs, B. (2011). Parental Delay or Refusal of Vaccine Doses, Childhood Vaccination Coverage at 24 Months of Age, and the Health Belief Model, *Public Health Reports*, 126, 135-146. doi: 10.1177/003335491112605215
- Suggs, S., Evans, D. ve Hsu, C. (2017, September). *Social Marketing and vaccination acceptance: Understanding and addressing determinants of behaviors and mechanisms of change in context*. Les Pensières Center for Global Health. Erişim adresi: <https://www.fondationmerieux.org/wp-content/uploads/2017/01/vaccine-acceptance-2017-suzanne-suggs.pdf>
- Tafari, S., Gallone, M. S., Cappelli, M.G., Marinelli, D., Prato, R. ve Germinario, C. (2014). Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs, *Vaccine*, 32, 4860-4865. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.11.006
- Taner, Ş. (2018). Bağışıklamayı Kim Tehdit Ediyor: Aşı Karşıtları? Aşı Piyasası, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 165-174.
- Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. Ş. ve Ulukol, B. (2019). Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey, *The Indian Journal of Pediatrics*, 86(1), 38-43. doi: 10.1007/s12098-018-2714-0



WHO, TIP. (2013). The guide to tailoring immunization programmes.WHO Regional Office for Europe 2013. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf

Yavuz, M. (2018). Aşı Karşıtlığı Dosyası, *Toplum ve Hekim*, 33(3).

Yavuz, M. (2018). Aşı Karşıtlığının Tarihçesi, *Toplum ve Hekim*, 33(3), 187-194.

İnternet Adresleri

http://apps.who.int/immunization_monitoring/global_summary/coverages?c=TUR

<http://asicalistayi.org/gun2.html>

<http://www.diken.com.tr/650-bin-cocuk-10-yillik-gozlem-cocuk-asilariyla-otizm-arasinda-iliski-yok/>