

## **SOSYAL POLİTİKA BAKIŞ AÇISI İLE SÜRDÜRÜLEBİLİR TOPLUM SAĞLIĞI İÇİN EBEVEYNLERİN AŞI KARARLARI**

Cemile ÇETİN\*

Özlem ANUK\*\*

### **Öz**

Sağlıklı bir toplum için sağlıklı bireyler gereklidir. Hamilelik sonrasında ve doğum sürecinin ilk aşaması olan çocuğun dünyaya gelmesi ile gerçekleşen ilk sağlık uygulaması aşıdır. Aşı ve aşılama ile ilgili olarak son yıllarda değişen kararlar ile uygulamalar vardır. Ebeveyn kararları aşı karşıtlığının kabulü noktasında çalışmanın ana konusunu oluşturmaktadır.

Sosyal politikalar bakış açısında çocuk dezavantajlı gruplar içinde yer almaktadır. Çocuk ile ilgili kararlar ebeveynler tarafından verilmektedir. Bu noktada, son yıllarda pek çok konuda olduğu gibi aşı konusunda da ebeveyn kararlarında etkili olan unsur sosyal medya araçları ve yayınları olmaktadır. Çocukların aşı olmaları ile ilgili ebeveyn kararları aşı karşıtlığı olarak yönlendirilmektedir.

Çalışmada, toplumsal geleceğin sağlıklı olarak korunmasında aşı ve aşılama yolu ile ulaşılan bağışıklama uygulaması ele alınmaktadır. Konu öncelikle ailelerin çocukları üzerindeki karar hakları olarak değerlendirilmiştir. Hem devletin koruyucu politikaları hem de mevcut çelişkili durumlar incelenmiş ve çözüm önerileri oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aşılama, Aşı Tereddüdü, Aşı Karşıtlığı, Çocuk Hakları

**JEL Kodları:** J13,J01, J38, O38.

---

\* Dr. Öğretim Üyesi Cemile Çetin, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, İzmir-Türkiye, [cemilegurcay@gmail.com](mailto:cemilegurcay@gmail.com) / [cemile.gurcay@deu.edu.tr](mailto:cemile.gurcay@deu.edu.tr)

\*\* Öğr. Gör. Özlem Anuk, İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, İnsan Kaynakları Programı, İzmir-Türkiye, [ozlem.anuk@kavram.edu.tr](mailto:ozlem.anuk@kavram.edu.tr)

*Makale gönderim tarihi: 09.07.2019*

*Makale kabul tarihi: 16.08.2019*

## **Vaccination Decisions of Sustainable Community Health From a Social Policy Perspective**

### **Abstract**

Healthy individuals are necessary for a healthy society. The first health practice that occurs after the pregnancy and the birth of the child, the first stage of the birth process, is the vaccine. There are changing decisions and practices regarding vaccination and vaccination in recent years. Parental decisions are the main subject of the study on the acceptance of anti-vaccination.

From the perspective of social policies, children are included in disadvantaged groups. Decisions regarding the child are made by the parents. At this point, social media tools and publications are the factors that influence parental decisions about vaccination as in many other subjects in recent years. Parental decisions regarding the vaccination of children are directed as anti-vaccination.

In the study, in protecting the social future as healthy vaccination and immunization through vaccination. The issue was primarily considered as the decision-making rights of the families over their children. Both the protective policies of the state and the current contradictory situations were examined and solutions were proposed.

**Key Words:** Vaccination, Vaccination Hesitation, Anti-Vaccination, Children's Rights

**JEL Codes:** J13,J01, J38, O38

## **Giriş**

Kişisel sağlık fiziksel, düşünsel ve ruhsal tam iyilik hali ile gerçekleşebilmektedir. Gerek içsel ve doğal düzenleyiciler ile sistemler gerekse dışsal ve tıbbi düzenleyiciler kişisel sağlık ile ilgili süreklilik ve sürdürülebilirliğe önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Önlem almanın ve önlemenin tedavi etmekten hem zamansal hem de parasal olarak daha uygun ve doğru olması bu bakış açısının sonucudur. Nitekim, dışsal ve tıbbi düzenleyici olarak bebeklikten itibaren insan hayatında kilit ve kritik öneme sahip olan aşı, kişilerin bağışıklık sistemini güçlendirerek bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere geleceğe yönelik hastalıkların engellenmesi ya da zararının azaltılmasını sağlamaktadır.

Aşı, gerçekleşmesi mümkün bir dizi hastalığın önüne geçilebilmekte böylece aşılana ve aşılınmayan kişiler arasında temas dayalı hastalık geçişi olasılığının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Bu sayede, hastalık ve hastalanmaya karşı kişiden hareketle toplumsal bağışıklık artmakta ve aşılınmama sonucu gerçekleşecek hastalıkların yayılma hızı da anlamlı oranlarda azalabilmektedir. Nitekim, aşı ve aşılama bir devlet politikası olarak değerlendirildiğinde, son dönemlerde aşı karışıklığının artması ile aşılınmama eğilimi de artmış ve artmaya devam etmektedir. Bu noktada, ulusal ve uluslararası veriler incelendiğinde, zıtlık içeren bir görünüm söz konusudur. Ulusal verilerde aşılınmayan çocuk oranının artmasına karşılık uluslararası verilerde çocuk aşılama oranlarında sürekli bir artış olduğu görülmektedir.

Aşı karışıklığı ya da aşı reddi olarak ortaya çıkan gelişmelerle, kendi iradesi ile karar verme yetisine sahip olmayan çocukları ailelerinin kararı ile aşılınmamaları yönündeki süreçlerin öznesi olmaktadır. Bu durum bir yandan hastalık ve hastalanma ile karşı karşıya kalma riskini artırmakta diğer yandan toplumsal bağışıklık ve geleceği konusunda önemli bir soruna işaret etmektedir. Sağlıklı toplumlar için sağlıklı bireylere olan ihtiyaç her geçen gün daha öncelikli ve önemli hale gelmektedir.

## **1. Aşı ve Aşılama İlişkin Tutumlar**

### **1.1. Aşı ve Aşılama Olgusu**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bağışıklamayı “bir insanın, tipik olarak bir aşının uygulanmasıyla bulaşıcı bir hastalığa karşı bağışıklık kazandığı veya dirençli hale getirildiği işlemdir” olarak tanımlamaktadır. Bu kapsamda aşılar, kişiyi olası enfeksiyon veya hastalıklara karşı korumak için vücudun kendi bağışıklık sistemini uyarmaktadır.

Bağışıklama, hayati tehlike oluşturan bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve ortadan kaldırılması için kanıtlanmış bir araçtır ve ortalama her yıl 2 ila 3 milyon ölümü önlediği tahmin edilmektedir (<https://www.who.int/topics/immunization/en/>). Aşı, hem bağışıklık sistemini uyararak hastalıklara karşı koruma sağlayan biyolojik bir koruma (TBB,2018: 13) hem de virüs ya da bakteriler ya da bunlara ait antialerjik parçalar aktarılarak bağışıklık sağlanabilme aracıdır (Bekis-Bozkurt,2018:71). Aynı zamanda, aşı zayıflatılmış veya ölü bir biçimde vücuda patojen organizmaların verilmesi olarak da tanımlanabilmektedir(Gülcü ve Arslan, 2017: 34).

Aşı sözcüğü, poksvirüs ailesinin virülansı düşük bir üyesi olan ve çiçek hastalığına karşı insanların bağışık güçlendirmede kullanılan “vaccinia” virüsünden türetilmiştir. Klasik aşılar, canlı ve inaktive aşılar olmak üzere iki guruba ayrılmaktadır. Canlı aşılar, hastalık oluşturma yeteneği azaltılmış organizmalarla hazırlanan iyileşmeleri için T hücre yanıtına gerek duyan zarflı virüs enfeksiyonlarından korunmada yararlı iken inaktive aşılar enfeksiyon oluşturma riskleri olmayan, koruyucu antikor yanıtı oluşturmak için yüksek miktarda antijen içeren aşılardır (Murray ve arkadaşları, 2016:100).

Aşılama ise, sağlık sonuçlarını iyileştirdiği bilinen en başarılı ve uygun maliyetli müdahalelerden biridir (Eskola vd., 2015:4215). Aşılamanın kökeni kavramsal olarak eski zamanlara dayanmaktadır. Çiftçi Benjamin Jesty ve Edward Jenner 1700’lü yıllarda sütçü kadınların inek çiçeği hastalığına yakalanmalarının onları çiçek hastalığına karşı koruduğuna ilişkin gözlemleri sonucunda kadınların çiçek hastalığından korunduğuna karar vermiş ve inek memesindeki lezyonlardan aldıkları numune ile Benjamin Jesty ailesini aşılamıştır (Plotkin ve Plotkin,2011: 889). Edward Jenner lezyondan aldığı numunenin bağışıklanması hedeflenen kişiye inoküle edildiği bu yöntem “vaksinasyon” (aşılama) ismini vermiştir (Brunham ve Coombs, 1998:310-312). Aşılama bu dönemlerde kolay kabul edilmiş bir yöntem olarak değerlendirilmemek gerekmektedir. Nitekim, bazı kesimler için hastalıklar, Tanrının günahları cezalandırma iradesi olarak yorumlanmış ve aşılama Tanrı iradesine karşı çıkmak olarak değerlendirilmiştir. Buna karşın bazı kesimler için ise, farklı hastalıklara neden olabilecek zehir içeren madde olarak değerlendirilmiş ve zorunlu hale getirilmiştir (Wolfe,2002:249).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülen bir hizmet olan aşı hizmeti çocukluk döneminde 13 hastalığa karşı gerçekleştirilmektedir (TBB, 2018: 9-10). Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği politikalar çerçevesinde “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” 1981 yılından itibaren uygulanmaktadır (Gülcü ve Arslan, 2017;34). Bu kapsamda, bir

çocuğun tam aşıli olması için bir doz BCG ( verem aşısı), üç doz DBT (difteri, boğmaca, tetanoz), üç doz Polio(çocuk felci) ve bir doz kızamık aşısı olması gerekmektedir (Tezcan ve Yiğit, 2004: 133).

## **1.2. Aşılarla İlişkin Tutumlar ve Kabulünü Etkileyen Faktörler**

Aşılama olgusu ortaya çıktığı dönemlerden itibaren aşılamaya ilişkin birçok kişi olumlu ve olumsuz tutum geliştirmiştir. Bazı kesimler için zorunlu bir hastalıktan korunma yolu iken bazı kesimler içinse yeni ve bilinmeyen hastalıkların ortaya çıkmasına neden olacak etkileri olan tıbbi bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Aşılama ile karşılaşılan ilk dönemlerde aşının Tanrı iradesine karşı duruş olması düşüncesi ile daha sonraki dönemlerde içeriği ile ilgili endişeler kendini göstermiştir. Aşılarla ilişkin tereddütler aşılamının güvenliğiyle ilgili bir endişe veya şüphe olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, tereddütlü tutumların yalnızca aşılamayı reddedenlerle veya başkalarını aşılamayı reddetmeye teşvik edenlerle sınırlı olmadığı anlamına gelmektedir. Nitekim, bir çok kişinin aşılarla ilişkin tutumları sağlık çalışanları kadar sosyal medya tarafından da şekillenmekte (Yağub ve arkadaşları, 2014:1) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından bağlamsal etkiler, birey ve grup etkileri ile aşı ve aşılamaya ait etkiler başlıklarında 3 grupta tanımlanmaktadır (WHO,2013).

**Baglamsal Etkiler :** Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel ve sağlık nedeniyle ortaya çıkan etkiler ile sistemsel, kurumsal, ekonomik veya politik faktörlerden oluşmaktadır. Bunlar;

\*İletişim ve Medya Araçları

\*Toplum Üzerinde Etkili Kişiler ve Aşı Karşıtı/Destekleyicisi Lobiler

\*Tarihi Etkiler

\*Din/ Kültür / Cinsiyet / Sosyo-Ekonomik Özellikler

\*Siyaset / Politikalar

\*Coğrafi Engeller

\*İlaç Endüstrisi

dir.

**Birey ve Grup Etkileri :** Aşının kişisel algılanmasından ya da sosyal çevre ve akranlardan kaynaklanan etkiler. Bunlar;

- \*Geçmiş Aşı Uygulamaları Tecrübeleri
- \*Sağlık ve Önleyici Uygulamalara İlişkin İnanç ve Tutumlar
- \*Bilgi/Farkındalık
- \*Sağlık Sistemi, Sağlayıcılara Güven ve Kişisel Deneyimler
- \*Risk/Yarar (Algılanan / Sezgisel)
- \*Sosyal Norm olarak Aşılama

dır.

**Aşı ve Aşılamaya ait Etkiler :** Aşı ve aşılama ile doğrudan bağlantılı özel konulardan oluşmaktadır. Bunlar;

- \*Riskler/Yararları (Bilimsel Kanıtlara Dayalı)
- \*Yeni aşı veya Yeni Formülasyonların Tanıtımı
- \*Uygulama Şekli
- \*Aşı Programlarının Düzenlenmesi/Ulaştırma Şekli
- \*Güvenilirlik ve / veya Aşı Kaynaklarına Ulaşım
- \*Aşılama Takvimi
- \*Maliyetler
- \*Sağlık Profesyonellerinin Rollerini

dir.

Aşılar karşı tutumlardaki etkiler ile alt kırılımları incelendiğinde, aşı tereddütü ile ilgili endişelerin yaygınlığını ve içeriğini ölçmenin zorluğu daha net ve açık biçimde anlaşılabilir. Aşı kararları, hem doğrudan hem de dolaylı olarak bunu etkileyen birçok faktörden oluşan karmaşık bir süreçtir. Bazı faktörler, belirli bağlamlarda diğerlerinden daha önemli olabilir, hatta deneyim ve koşullar, bir faktörün ağırlığını değiştirebilir. Nitekim, kişilerin aşı ve aşılama hakkında karar verirken kişinin güveni, algıladığı ihtiyacı ve aşıya erişimi arasında nasıl bir denge kurduğunu anlamak oldukça güçtür (Feemster,2013:1753). Mitra ve arkadaşlarının belirttiğine göre, CDC 2015 raporunda, dünyada 2014 yılındaki kızamık vakalarının %90'ı aşılanmayan veya aşılama durumu bilinmeyen kişilerde görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak, önlenebilir hastalık tehlikelerine karşı aşılar var olduğu düşünülen ve ölümcül potansiyele sahip hastalıkların aşı olacak yada aşılama kararı verecek kişiler tarafından daha endişe verici olarak kabul ediliyor olması konusundaki inanç gösterilmektedir (2016:269).

Favina ve arkadaşları makalelerinde konuyu biraz daha detaylı bir şekilde ele alarak, gelişmekte olan ülkelerde çocukların yetersiz aşılmasına neden olan veya bunlarla ilişkili bulunan önemli faktörleri açıklamaktadır (2012:230-232). Yedi başlıkta ele aldıkları faktörler genel kapsam itibari ile tanımlanmıştır.

- **Mesafe / seyahat koşulları ve erişim:** Sayısız araştırma, kısmi ya da yetersiz aşılamanın önemli bir nedeni olarak aşılama hizmetin erişilemez olduğunu belgelemektedir.
- **Sağlık çalışanlarının motivasyon ve performans düşüklüğünün yanı sıra yeterliliklerinin ve aşı olanlara karşı tutumlarının olması gereken içerik ve düzeylerde olmaması:** Sağlık çalışanlarının davranışları aşı sürecinde önemli ölçüde olumsuz etki ve sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Buna örnek olarak, sağlık çalışanlarının, çocuğunun kartını unutan, planlı bir aşı randevusunu kaçıran veya kirli, kötü giyimli ya da yetersiz beslenmiş bir çocuğu olan annelere kaba davranışlar sergileyebildiği ifade edilmektedir. Bu davranışlar karşısında küçük düşen anneler çocuklarının aşılarına devam etmek istememekte ve devam etmemektedir. Çeşitli belgeler, annelerin ve ailelerin sağlık hizmetleri ile ilgili genel deneyimlerinin, çocuklarını aşı yaptıрма konusundaki ihtimallerini etkilediğini göstermektedir.
- **Kaynak / lojistik eksikliği:** Birçok çalışma, aşı stoklarının ve / veya soğuk zincir sorunlarının aşı bulunmamasına neden olduğunu belirtmektedir. Ebeveynler uzun mesafelerde yolculuk yaptıklarında, uzun süre beklediklerinde ve daha sonra hizmetlerden mahrum bırakıldıklarında ya da mahrum kaldıklarında, çocuklarının aşılama için tekrar harekete geçme olasılıkları doğal olarak daha düşük oranlarda gerçekleşmektedir.
- **Sağlık çalışanlarının uygun olmadığına ilişkin yanlış düşünceleri:** Kaçırılan fırsatların ana nedenlerinden biri, sağlık çalışanlarının aşı için uygun olan çocukları bağışıklamayı reddetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bunun nedeni, sağlık çalışanlarında var olan hasta bir çocuğun aşılama gerektirdiği gibi çeşitli korku ve yanlış inançlar, bir çocuğa tek seferde birden fazla aşı yaptırılmaması gerekliliğine ilişkin kabulleri, 12 aylıktan büyük bir çocuğun kızamık aşısı için “çok yaşlı” olduğunun düşünülmesi ve kilosu az olan çocukların aşılama gerektirdiği benzeri düşünce ve davranışlardır. Ayrıca hasta bir çocuğa aşı yapılmasından kaçınılması da bu konudaki önemli

verilerden biridir. Çeşitli belgeler, sağlık çalışanlarının, hasta çocuğun durumu kötüleştiğinde hem kişisel olarak hem de aşı ve aşılama sürecinin suçlanabilmesinden korktuklarını ifade etmektedir. Böyle bir suçlama ile karşı karşıya gelmek istemeyen sağlık çalışanları da hasta bir çocuğu aşılamayı geciktirebilmektedir.

- **Çocuklar, ne zaman ve nerede konularında ebeveyn bilgisinin olmaması:** Aşıya karşı olumlu tutumun temel unsurlarından biri, ebeveynlerin aşı yaptırmanın çocuklarının sağlığı için iyi olduğuna, çeşitli hastalıkları önlediğine ve hizmetlerle ilgili pratik bilgileri olduğuna ilişkin inançlarının var olduğu durumlardır. Ebeveyn bu durumda aşı yolu ile çocuğun korunması için ne zaman ve nereye gitmesi gerektiğini bilmekte ve gerekenleri yapabilmektedir. Aksi durumlarda ise, ebeveynler aşı ve aşılama konusunda herhangi bir olumlu davranış sergilememekte ve hatta istese de sergileyememektedir.
- **Yan etkilerden korkma:** Ebeveynler genellikle çocuklarını aşılatmama nedeni olarak yan etki korkusundan söz etmektedir. Nitekim bu konuda yaşanmış deneyimlere ilişkin bilgi oldukça etkili olabilmektedir. Bazı durumlarda, büyük bir kardeş veya akraba çocuğunun yaşadığı aşıya ilişkin yan etkiler varsa, ebeveynler küçük çocukları için aşı yapmayı red edebilmektedir.
- **Çalışan öncelikler:** Özellikle ekonomik açıdan sıkıntılı olan ebeveynlerin hem aşı için uzak mesafelere seyahat etmeleri hem de geçim için çalışmak zorunda olmalarının yarattığı paradoks önemli bir çatışma konusu olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda birçok geleneksel kültürde yeni doğmuş bebeğin dışarı çıkartılması mümkün değildir ve dolayısıyla aşı imkansızlaşmaktadır. Çelişkili bir diğer öncelik ise, toplumsal cinsiyet rollerinde hasta birini bakmanın kadının rolü olarak tanımlanıyor ve bekleniyor olması, hasta birini bakma sorumluluğu olan kadının çocuğunun aşısı için bu sorumluluğunu bırakamıyor olması şeklindeki bir davranışı ortaya çıkartabilmektedir.

### **1.3. Aşı Tereddütlerine İlişkin Tutumların Güncel Kaynakları**

Aşı önleme hareketi, hastalıkların yok edilmesi olasılığını azaltarak halk sağlığını tehdit etmektedir (Mitra vd., 2016: 269). 1990'lı yılların sonuna doğru aşılardan güvenliği ile etkilerinden şüphe duyan bireyler tarafından aşı karşıtı hareket mevcuda göre daha da artmıştır (Smith,2017:1). Toplumsal bağışıklığı tehdit eden aşı karşıtlığı/reddi kavramı kadar üzerinde



durulması gereken bir kavram da aşı tereddütüdür. Aşı reddi, tüm aşıları reddederek aşı yaptırmamayı ifade ederken (Larson ve diğerlerinden aktaran Bekis-Bozkurt,2018: 72) aşı tereddütü, ebeveynlerin aşıların tamamını veya bir kısmını geciktirerek ve çocuklarını aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı risk altında bırakarak (Jacobson ve diğerleri, 2015:1562) aşıya ilişkin hizmetler mevcut olmasına ve bu hizmeti alabilecek konumda olmalarına rağmen aşıların kabul edilmesinde gecikme olması veya reddedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda aşı tereddütlerinin hem zamana, bölgeye ve yere göre farklılık göstermekte olduğunu hem de aşıya erişim, rahatlık ile güven gibi faktörleri de içeren karmaşık bir durumu ifade ettiğini söylemek mümkündür (WHO, 2014: 63; Larson ve arkadaşları,2015:4165; MacDonald, 2015: 4163). Özellikle son yıllarda aşıların yol açtığı ya da neden olduğu hastalıklar ile ilgili iddialara ilişkin bilgiler artmaktadır. Bu hastalıklar arasında sözü edilenlerden bazıları; otizm, hiperaktivite bozuklukları, dikkat eksikliği, ateşli hıkları ve nörolojik hastalıklar (Gülcü ve Arslan,2018: 34) dir.

Son yıllarda pek çok olumlu ve olumsuz değişimin nedeni olarak tanımlanan ve gelecek zamanlarda da bu rolü ve etkisi artarak devam edecek konumda bulunan teknolojik değişim ve yayılım ile birlikte özellikle sosyal medya ve diğer kitle iletişim araçlarının farklı konu ve uygulamalara ilişkin bilgiler ile eylemlere ulaşılabilirliği sağlayan kolaylaştırıcılığında, kaynağından bağımsız aşı reddi ve tereddütünü destekleyen eylemler ile etkileri giderek artan aktivistler aşı karşıtlığında büyük ölçüde etkili olabilmektedir. Kaplan and Haenlein (2010);in tanımında sosyal medya, Web 2.0'ın ideolojik ve teknolojik temellerini oluşturmak ve kullanıcıların yaratılmasını ve değişimini mümkün kılmak için oluşturulan internet tabanlı uygulamalarıdır. Webster çevrimiçi sözlüğüne göre ise, kullanıcıların bilgi, fikir, kişisel mesaj ve diğer bilgileri (örneğin videolar) paylaşmak için çevrimiçi topluluklar oluşturduğu elektronik iletişim biçimleri (sosyal ağlar ve mikro blog web siteleri) olarak tanımlanmaktadır. Kaplan and Haenlein (2010) sosyal medya araçlarını gruplamışlardır ve bu gruplar; bloglar, sosyal ağ siteleri, sanal sosyal dünyalar, işbirlikçi projeler, topluluklar ve sanal oyun dünyalarından oluşmaktadır (Rauniar ve arkadaşları, 2013: 7). Sosyal medya araçlarının bu denli çeşitliliği aşı ve aşılama konusundaki bilgilerin çeşitliliği ile teknoloji kullanımına dayalı bir risk oluşturmaktadır. Böylece, gerçekçi olmayan bilgilere ulaşma olasılığı hem artırmakta hem de bu bilgilerden etkilenebilecek olan ebeveynlerin yanlış kararlara ve davranışlara yönelme ihtimali artabilmektedir. Rauniar ve arkadaşlarının facebook kullanımı konusunda gerçekleştirdikleri araştırmalarında elde ettikleri önemli bulgulardan biri, algılanan teknoloji

kullanım kolaylığı ile algılanan yararlılık arasında, algılanan yararlılık ile kullanım niyeti arasında, kullanım niyeti ile gerçek kullanım arasında pozitif yönlü ilişki bulunmasıdır (2013: 22).

Nitekim, aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı ebeveynlere çocuklarına aşı yaptırmamaları yönünde uyarılarda bulunularak ve aşuların zararlı olduğu ile ilgili kamuoyu algısı yaratılarak süreçte teknolojik araçlar aracılığı ile etkin rol oynanabilmektedir. Bu kapsamda ele alındığında, Wolfe ve arkadaşları tarafından aşı karşıtı 22 web sitesi incelenmiştir (Wolfe vd., 2002:3245–3248'den aktaran Wolfe,2002:249). Web sitelerinin tümü aşuların ideopatik, nedeni bilinmeyen hastalıklara yol açacağını belirtmektedir. Ayrıca web sitelerinin %95'i ise aşuların ya bağışıklık sistemini zayıflattığı ile ilgili bilgiler paylaşmakta ya da otoimmün hastalıklara neden olabileceğini ifade etmektedir. Araştırmada, MMR aşısı ile otizm gibi aşularla belirli hastalıklar arasında kesin ilişki göstermeyen çağdaş çalışmalar göz ardı edilmiştir. Aşulara atfedilen hastalıkların listesi ise uzun ve çeşitlidir (Wolfe,2002:250).

Aşı tereddüdünün ortaya çıkmasında, sezgisel düşünme, aşılamanın başarısı, aşılamanın doğallığı, bilimsel kanıtların doğası, biyolojik ve farmakolojik maddelerin doğası ile kamunun güven kaybı etkili diğer faktörler olarak değerlendirilebilmektedir (Jacobson vd., 2015:1564). Aşı tereddüdünün hem oluşmasında hem de artmasında, aşılama yerine hastalık geçirecek bağışıklık kazanmanın daha doğru olduğuna olan inançlar ile tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının yüksek yan etkilerinin aşulara göre daha az olacağını kabulü ön plana çıkmaktadır. (Bekis ve Bozkurt,2018: 72).

#### **2.4. Aşuların Uygulanmasına İlişkin Genel Görünüm İçerisinde Türkiye**

Mevcut eğilimlerin devamı halinde, 5 yaşın altında ve yarısı yeni doğan olan 56 milyon çocuğun 2018'den 2030 yılına kadar ölebileceği ifade edilmektedir. Dünya'da, tüm çocuklar doğum sonrası kayıt altına alınmayı hak etmelerine rağmen, bebeklerin yalnızca yüzde 70'inin doğum sertifikası bulunmaktadır. Bunun sonucunda ise, çocuk ölümlerinin çoğu herhangi bir kayıt olmadan gerçekleşmektedir (UN, 2018: 1-19). Ülkemizde ise, 2008 yılı verilerine dayalı olan sonuca göre beş yaşından küçük çocukların yüzde 6'sı nüfusa kaydettirilmemiştir (UNICEF,2011: 34).

Ülkemizde, 3. Ulusal Aşı Çalıştay Raporu verilerine göre, 2017 yılında yaklaşık 23.000 kaydedilmiş aşı reddi söz konusudur. Aşı reddinin Doğu ve Güneydoğu Doğu Anadolu

Bölge'sinde hem diğer bölgelere göre daha fazla hem de sıfır yaş grubunda % 3, okul yaş grubun da ise % 5 olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Türkiye'de Temel Özelliklere göre Aşı Olmayışta Değişim ile ilgili olarak 2008-2013 yılları arasındaki veriler incelendiğinde, oran 2008 yılında % 1,6 iken, 2013 yılında % 2,9 olarak saptanmış ve 2008-2013 yılları arası değişim % 81 düzeyinde gerçekleşmiştir. Hiç aşılanmamış çocuk sayısı ise 2008 yılında 20.197 iken, 2013 yılında 37.445 olmuştur. Tam aşılı oluştaki ilişkin değişim göz önüne alındığında ise oran 2008 yılında % 80,5 iken 2013 yılında % 74,1 olarak saptanmış olup 2008-2013 yılları arası tam aşılı oluştaki % 8'lik bir azalma yaşanmıştır (Eskiocak,2015: 10). Buna karşın OECD verilerinde Difteri, Tetanoz, Boğmaca ile ilgili çocuk aşılama oranları incelendiğinde Türkiye'de özellikle 2004 yılından itibaren aşılama oranların gittikçe arttığı görülmektedir (OECD, <http://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm>).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2008-2013 verilerine göre, aşılammama aynı zamanda kız çocukları için bir eşitsizlik göstergesi olarak da oluşmaktadır. 2008-2013 yılları arası kadın/erkek oranı % 28 artmış, kız çocuklarında aşılammama artışı % 86,4 iken erkeklerde bu oran % 45,5 olarak saptanmıştır. Hiç aşı olmayanların sıklığı kentte % 93,7, kırdaki % 25 artmıştır. Hiç aşı olmayanların sıklığı % 187,5 ile en yüksek veri olarak ilkökulu bitirmemiş/eğitimi olmayan kesimde iken bölge bazında ele alındığında ise batıda % 193,7 olarak saptanmıştır. Ülkemizde, aşılammama açısından doğu-batı eşitsizliği giderek artmıştır. Hane halkı refah düzeyleri olarak ele alındığında ise hiç aşılanmamış olma sıklığındaki artış en yüksek oran olarak % 666,7 ile orta kesimde iken en varsıl kesimde bu oran % -100 olarak saptanmıştır (Eskiocak,2015:9).

Veriler birlikte değerlendirildiğinde, gerekçesi ne olursa olsun ülkemizde yaşanan çocuk aşılama oranlarındaki ciddi azalma bir yandan toplumu özellikle toplumsal bağışıklık konusunda aşıyla önlenabilir hastalıklara maruz bırakmakta iken aşılammamanın cinsiyet, kır-kent, eğitim ve refah seviyesi bağlamında açık ara farklılık göstermesi de sosyal politikaların aşılama alanında yetersizliğinin bir diğer göstergesi olarak ortaya çıkmakta ve değerlendirilebilmektedir.

## **2. Sosyal Politika Bakış Açısı ile Aşlamaya İlişkin Değerlendirme**

Politika oluşturma, zaman içinde ortaya çıkan kararları içermektedir. Tüm politikalar değişim içeren bir seçim demektir. Politika, doğası gereği, bir şekilde değişimi etkileyebileceğimize inanmak anlamına gelmektedir. Hiçbir politika, değişim içeren bir seçimin sınırından kaçamadığı ve tam anlamıyla eylem ile sorun odaklı olduğu için, toplumu yönetenlerin ya da bu düşünce ile yola çıkanların değerleri ile ideolojilerinden soyutlanamamaktadır. .

Sosyal politika terimi, “Latince socius ve politeia kelimelerinin birleştirilmesinden meydana gelmektedir ve ilk kez, 19. yüzyılın ilk yarısında Prof.Dr.Riehl tarafından kullanılmıştır. Alman bilim insanı Otto von Zwiedineck Südenhorst 1911 yılında yazdığı sosyal politika adlı eseri ile bilim dalının teorisini ortaya atmıştır”(Şenkal 2005 ve Uğurlu 2006’dan aktaran Yıldırım, 2018: 34).

Titmuss, sosyal politikada insana ait değerlerin göz ardı edilemeyeceğini vurgulamıştır. Titmuss’a göre, sosyal politika, sosyal amaçlar ve aralarındaki seçimler ile ilgilidir, asla değersiz değildir. Sosyal politikanın kökenleri toplumların değerlerindedir. Sosyal bir boşlukta tartışılmaz, hatta kavramsallaştırılmaz. Refah sistemleri ise, toplumlarının baskın kültürel ve politik özelliklerini yansıtmaya eğilimindedir. Kısaca, sosyal politika, sosyaldir çünkü ihtiyaçların sosyal olarak tanımlandığı yerlerdir. Toplu olarak sağlanan hizmetler, sosyal olarak kabul edilen ihtiyaçları karşılamak amacı ile bilinçli bir şekilde tasarlanmıştır ve bunlar aynı zamanda sosyal politikanın manifestoları/bildirileridir. İlk manifesto, toplumların organik bir bütün olarak hayatta kalma isteğidir. İkincisi ise, tüm insanların bazı diğer insanların hayatta kalmaları için gereken yardım etme isteğinin dile getirilmesidir (Reisman, 2001: 29-30).

Tokol ve Alper’in tanımlamalarında geniş anlamı ile sosyal politika; “sosyal bütünlüğü parçalama eğilimi gösteren zıtlıkların, gerginliklerin ve çatışmaların barışçı ve toplumdaki farklı tarafların ortaklaşa kabul edeceği yollarla çözümlenmesine yönelik politikalar üretilmesidir. Uygulanan sosyal politikaların ana amacı: insanca yaşanabilecek bir ortamın oluşturulmasıdır”(Akbulut ve Beren, 2012: 264) şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal politika Esping-Andersen(2008) tarafından da, toplumsal risklerin kamusal idaresi olarak tanımlanmaktadır (Öngöre, 2018:3).

Bu noktada “ihtiyaçlar” sosyal politikada “kalp” olarak ifade edilebilirken, “haklar” bu kalbin sağlıklı çalışmasına destek sağlayan ve olmazsa olmaz olarak tanımlanan yeni “kan” olarak

tanımlanmaktadır. Sosyal politika kapsamında zaman içinde çeşitliliği ve düzeyi ulusal ve uluslararası düzenlemelerle yeniden oluşturulan haklar da pek çok alanda olduğu bir takım gruplamalar ile ifade edilmektedir. Bunlardan, 1.nesil haklar sivil ve politik haklar olarak tanımlanmakta ve yaşam hakkını içermektedir. 2.nesil haklar ise ekonomik, sosyal ve kültürel haklar ile ifade edilen sosyal güvenlik, yaşam standartlarında eşitlik, sendika üyeliği ve grev hakkı, eğitim hakkı, anne-çocuk ve gençlerin özel olarak korunması, yeterli ücret, eşit işe eşit ücret, yeterli ve güvenli çalışma koşulları benzeri haklara ilişkin düzenleme ve uygulamalara ihtiyaç göstermektedir. 3.nesil haklar ise daha kolektiftir. Bireylerden çok topluluklara, toplumlara ve milletlere ait haklar olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik büyüme, uyumlu ve sağlıklı bir toplum ile temiz çevre gibi unsurları ve bunlara ilişkin kararlar ile uygulamaları kapsamaktadır (Dickens, 2016: 83-87).

Bu noktada sosyal devlet, toplum ve toplumu oluşturan bireyler ile ilişkisinde, insanların refahını sağlamayı ve iyileştirmeyi amaçlayan, özellikle dezavantajlı gruplar kapsamında yaşayan kişilerin refahı ile ilgili sosyal politika düzenlemelerini gerçekleştirerek, uygulamaların ve hakların, adalet temelli kullanımını sağlayıcı kontrol ve koordinasyondan sorumludur. Aynı zamanda sürece hakimiyet noktasında sistematik iyileştirmeleri yapmak ve yapılmasını sağlamak zorundadır. Bu bağlamda nesillerin ve toplumun geleceği olan çocuğun korunmasını Anayasanın 5. ve 15. maddesi ve Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 3. maddesini göz önüne alarak değerlendirmek gerekmektedir. Anayasanın 5. maddesinde devletin temel amaç ve görevinin insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamak, 15. Maddesinde ise kişinin yaşama hakkına, maddi ve manevi varlığının bütünlüğüne dokunulamaz olduğu yer almaktadır. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 3. maddesi ise mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren tüm faaliyetlerde, çocuğun üstün yararı ile taraf devletlerin çocuğun esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstleneceğine vurgu yapmaktadır (UNICEF,2004:5). Koruyucu tedbirler kapsamında kendi kararlarını verme yetisine sahip olmayan çocuğu korumak, sağlıklı bir birey olarak toplumda var olmasını sağlamak ve böylece toplumsal bağışıklığın önlemeye dayalı koruyucu politikalarla sürdürülebilirliğini kontrol altına almak devletin temel görevlerinden biridir. Benzer şekilde, aşılamanın tıbbi bir müdahale olma gerçeğinden hareketle, Türk Medeni Kanunu (TMK) Md.24/2'de kişilik haklarına yapılan müdahaleyi -dolayısıyla kişilik haklarına müdahalenin bir çeşidi olan tıbbi müdahaleyi- hukuka uygun kılan haller sıralanmıştır. Bunlar;

- Daha üstün nitelikte kamusal yarar
- Daha üstün nitelikteki özel yarar
- Kanunun verdiği yetkinin kullanılması
- Kişilik haklarına müdahalede bulunulan kişinin rızasıdır.

Bağışıklamaya ilişkin verilen aşılama kararlarının Türkiye Nüfus ve Sağlık İstatistikleri göz önüne alındığında cinsiyet, anne eğitimi, hane halkı refah düzeyi gibi faktörlere dayalı olarak çocukların aşılama eğilimleri üzerinde etkili olduğunu söylemek mümkündür (Eskiocak,2015:9). Nitekim, 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş annelerin çocuklarında tam aşılama oranı % 63 iken, bu rakam içerisinde hiç eğitimi olmayan annelerin çocuklarının aşılama oranı % 9'dur. En az lise eğitimi alan annelerin çocuklarında bu aşılama oranı % 78'e çıkmaktadır (Gülcü ve Arslan,2018: 35).

Ülkemiz açısından bağışıklamaya ilişkin önemli bir diğer nokta, ulusal ve uluslararası verilerimizin aynı içerikte yansıtılmıyor olmasıdır. Ulusal verilerde yıllar itibari ile aşılama oranlarındaki ciddi artışlara ilişkin verilerin yer almasına karşın uluslararası verilerde ülkemizde aşılama oranının iyi ve olumlu bir tabloda sürekli artış gösterir şekilde yansıtılıyor olmasıdır. Bu durum ulusal ve uluslararası verilerin ne kadar güvenilir olduğuna dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bilimsel kaynaklarına göre bir salgının ortaya çıkmaması için aşı kapsayıcılığının ulusal düzeyde % 95, bölgesel düzeyde % 80 ve bildirilen insidansın ise milyonda 5 olgudan az olması gerekmektedir. Bildirilen vakalarla ilgili bilgiler incelendiğinde tüm vakaların % 38'i hakkında bağışıklama durumunun bilinmediği görülmektedir. Bu noktada uygulamada, bağışıklama hizmetlerinin performansa dayalı olarak değerlendirildiği ve aile hekimlerinin kayıtlı bebekleri aşılama oranlarında maaşlarından kesintiler yapıldığı ve tüm kayıtların bilgisayar ortamında saklanması gerekliliği görülmektedir. Aile hekimlerine kayıtlı olmayan bebek ve çocukların varlığı günümüzde de devam etmektedir. Bununla beraber, TC kimlik numarası ile kaydı olanlara gereken hizmetin düzenli olarak ve istenilen seviyelerde sunulmamasının yanı sıra sisteme kayıtsız nüfus gruplarının varlığı da önemli sorun noktaları arasında yer almaktadır. Ayrıca, kayıt listesinde olup gebelik tespiti ve doğum tespiti yapılmayan grupların olması ile birlikte özellikle son yıllarda hareketli nüfus olarak görülen sığınmacılara yönelik hizmetlerin aksaması da soruna ilişkin gelinen noktanın büyüklüğünü ortaya koyması açısından oldukça önemlidir. Bu durum

ulusal verilerin gerçeği yansıtmayacak biçimde iyi bir tablo ile uluslararası kaynaklara aktarıldığına ilişkin görünüme dayalı olarak aşılama dayalı bağışıklamaya ilişkin sorunların çeşitliliğinin yıldan yıla artan olumsuz sonuçlarla birlikte ve toplumsal sağlık açısından öncelikli konulardan biri olduğunu gündeme taşımaktadır.

Sağlık hizmetinin temel amaçlarından biri kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir (Özel ve Piyal, 2017:150). Nitekim bu amaca hizmet eden aşı ve bağışıklamaya ilişkin düşünce, kabul ve uygulamalar sosyal medya, aktivistler, aşıların gelecekte zararlı olabileceğine ilişkin görüş beyan eden sağlık çalışanları ile benzeri birçok kişi ve organizasyon aracılığında ebeveynlerde aşıya dayalı bağışıklama olgusu karşıtı davranışların oluşmasına neden olmaktadır. 2016 yılında 11 bin civarında belirlenen aşılınmayan çocuk sayısı 2017 yılında yaklaşık 23 bine ulaşmış, aşıyla engellenebilir hastalıklara maruz kalınması sebebi ile yılda 14.296 ölümün gerçekleşiyor olduğuna ilişkin bilgi Sağlık Bakanlığı tarafından uyarı olarak paylaşılmıştır. Bu durum bireyden özellikle de çocuktan hareketle toplumsal sağlık konusunda acil çözüm bekler bir özellik taşımaktadır.

2015’de Ordu’da yaşayan bir savcının bebeklerine aşı yaptırmaması üzerine aile ve sosyal politikalar il müdürlüğünün söz konusu çocuklar için sağlık tedbiri davası açmasıyla konu ülke gündemine gelmiştir. Çocukların babasının bireysel hak ihlali iddiası ile karşı dava açıp kazanmasıyla, medyada ‘İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi’ olarak yansıtılan bu durum, birçok ‘dini ve felsefi öncü’ kişileri takip eden grupların aşı karşıtı söylemlerini artırmalarına yol açmıştır. Gittikçe yaygınlaşan bir sonuç olarak ebeveynler kendi rızalarıyla çocuklarına aşı yaptırmamaya başlamışlardır. Sağlık Bakanlığının Nisan 2018 verilerine göre aşı reddinde bulunan aile sayısı 20.000’i geçmiştir (Yücel ve Topuzoğlu, 2019:246). Bu durum aşılama konusunda bilhassa çocuğun korunmasında gerekli tedbirlerin alınması ve sosyal politikalar oluşturularak uygulanması kapsamında gerekli düzenlemelere daha fazla önem verilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Amerika Birleşik Devletlerinde aşılınmayan kişilerin aşılanan kişilere göre 35 kat daha fazla kızamık geçirdiği tespit edilmiştir. Göreceli risk yaşa ve yıla göre farklılaşmaktadır (Salmon vd., 1999:47).

İngiltere’de 133 pediatrist ile gerçekleştirilen bir çalışmada pediatristler, ebeveynlerin aşı güvenliği endişelerinde ve aşı redlerinde artış olduğunu belirtmektedirler. Pediatristlerin % 30’undan fazlası, bağışıklamayı ret eden ailelere hizmet vermeyi istememişlerdir. Çalışmada elde edilen önemli sonuçlardan biri, zengin ve iyi eğitilmiş ailelere hizmet veren hekimlerin

yaşadıkları aşı reddinin diğer ailelere nazaran daha fazla olduğu şeklindedir (Leib ve vd, 2011:13).

Ebeveynlerin aşı tereddütlerinin, anneye verilen bilgilendirmeyle değişiminin araştırıldığı ve 2013 yılında 488 anne ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bilgilere göre annelerin aşı tereddütü çocuğun doğumundan itibaren 24.ncü aya gelindiğinde önemli ölçüde azalmıştır. Değişiklikler ilk kez anne olanlar ve deneyimli annelerde benzer şekillerde oluşmuştur. Elde edilen önemli bir sonuç, aşı tereddütünün doğum sırasında en üst noktaya çıkabildiğini ve ebeveynlerin aşı deneyimleri arttıkça aşı ve aşılınmaya bakışın olumlu yöne doğru değiştiğini göstermektedir (Henrikson vd., 2017:451). Benzer şekilde bir sonuç meta analizine dayalı bir araştırmada da elde edilmiş ve eğitimsel müdahalelerin çocukluk çağında aşı alımını önemli ölçüde arttırdığı ifade edilmiştir. Bu karşılaştırma kapsamında yapılan çalışmalara katılan annelerin yaklaşık% 50'si okuma yazma bilmemektedir veya hiç eğitimi olmamıştır. Ortaöğretim eğitimi almış annelerin, eğitimsiz annelere kıyasla çocukluk çağında aşılamaya yaptırılmaları iki kat fazladır (Harvey vd. ,2015:2878).

Bir başka açıdan bakıldığında, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki etkileşim aşılama duyulan güveni korumanın temel taşıdır. Gust ve ark. Amerika Birleşik Devletleri'nde, bir sağlık hizmeti sağlayıcısından gelen bilgi ya da güvencenin, çocukları için bir aşıyı geciktirmeyi veya reddetmeyi planlayan ebeveynlerin kararını değiştirmedeki ana etken olduğu sonucuna varılmıştır (Dubé vd. , 2015:4201).

Kawachi et al. 1999; Loh et al. 2018'de gerçekleştirdikleri bazı araştırmalarda, nüfusun sağlığı ve suç arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (Mateja ve Gregory,2019:7).

Sosyal politika düzenlemeleri ile alınacak önlemler ile çocuğun yaşam hakkı koruma altına alınmaktadır. Sağlıkla ilgili uygulamalarda çocuğun ebeveynlerinin tercihlerine bırakılması ise ancak ve ancak ebeveynin yararına ilişkin bir karar olabileceği durumlar için geçerlidir. Bu noktada da devlet, çocuğun kimlik kazanabileceği her türlü yapıya karşı çocuğu koruyucu kararlar alacaktır.

Toplumsal yarar ve sağlıklı nesillerin devamlılığı göz önüne alındığında, sosyal politikaların aşı ve aşılama konusunda daha koruyucu ve zorunlu uygulamalara yönelik tedbirler alması bireysel özerkliklerin zarar verici boyutu ile toplumun karşılaşacağı kısırlık, işgücü kaybı, engelli bireyler olma gibi hastalık tehditlerini de engelleyebilecektir. Bu bakımdan, sağlık alanında devlet, sosyal hizmet uzmanları ve sağlık çalışanlarının aşının çocuğun yaşam hakkı üzerinde tasarrufu sağlamasında taraf olabileceklerini söylemek mümkündür. Nitekim, sosyal



politikaların özellikle ve ağırlıklı olarak toplumda bilinen konularından biri olan çocuğun çocuk işçi olarak çalışmaması üzerine koruyucu önlemlerinin yanında acilen hem yaşam hakkı hem de sağlıklı bir birey olarak var olma hakkı üzerinde de koruyucu varlığını sağlaması ve devam ettirmesi bir zorunluluk olarak güncel düzenlemelere ihtiyaç göstermektedir.

## **Sonuç**

Dünya ve dünya nüfusu yaşlanıyor ve özellikle çocuklar ile çocukların refahına daha fazla yatırım yapılma gerekliliği oldukça önemli, öncelikli ve acil hale geliyor. Bir insanın temel yaşam evresi çocukluk çağıdır ve en önemli konulardan biri, çocukların gelişiminde olmazsa olmaz olarak tanımlanabilecek olan ebeveyn ve sosyal yatırımlar arasındaki karşılıklı etkileşimdir.

Yeni doğanlar ile çocuk ve genç ergenlerin yaşama şanslarını arttırmak, tüm dünyada ve ülkemizde acil bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu noktada, bağışıklama, ulusal ve uluslararası çocuk, genç ve yetişkinleri aşı ile önlenbilir hastalık risklerine karşı korumaktadır. Geleneksel noktada, ebeveynlerin çocuklarını aşılama eğilimleri, artmaya devam etmektedir. Aşı yaptırmamak bireysel özerklik altında bir tercih olarak değerlendirilmeyecek düzeyde uzun vadeli sonuçlara yol açabilecek özellik taşımaktadır. Hem toplumsal bağışıklığın zarar görmesi hem de sağlıklı gelecek nesillerin ortaya çıkmama riski aşılamanın, devletin hukuksal yaptırım ve sosyal politikalar bağlamında tedbir kararları almasını zorunlu tutmaktadır.

Nitekim aşı direnci ve tereddüdü karmaşık bir konu olup, tek bir strateji ya da uygulama ile çözüme ulaştırılması mümkün değildir. Varsayım temelli yaklaşımlar yerine kanıt ve veriye dayalı çözümlere ihtiyaç vardır. Topluluklar ve sosyal ağ düzeyinde aşı tereddüdünün anlaşılabilmesi ve ele alınması gerekliliği daha fazla dikkat edilmesi gereken bir özellik taşımaktadır.

Bu noktada çözüme esas olası temel başlıklar şu şekilde tanımlanabilir.

- UNICEF'in raporuna göre; Sağlık Bakanlığı'nın elinde bulunan sağlık hizmetleri, halk sağlığı girişimleri ve bunların sonuçları ile ilgili bilgiler düzenli olarak kamuoyuyla paylaşılmamaktadır ve Türkiye'deki çocuklar, Dünya Bankası tanımına göre "üst orta gelir düzeyindeki bir ülkede" büyümektedir. Öte yandan, sistem dağınık ve eşgüdümsüzdür (UNICEF,2011:11-21). Bu konuda öncelikli gereklilik, Sağlık

Bakanlığınca kayıt altına alınan verilerin ulusal ve uluslararası platformlarda güvenilirliği ile sürekliliği olmalıdır.

- Sağlıklı bir nesil ve sağlıklı bir toplum pek çok düzenlemenin yanı sıra kontrollü bir aşılama programı ile gerçekleştirilebilir. Çocukluktan itibaren toplumsal bağışıklığın korunması devletin temel görevlerinden biridir. Sağlıklı nesiller, sağlıklı toplumlar demektir. Bağışıklamaya ilişkin verilecek karar, vesayet altında kendi kararlarını verme yetisine sahip olmayan çocuk için bir ebeveyn tercihi olarak değerlendirilmeli ancak toplumsal geleceği riske sokan karar ve uygulamalarda devletin çocuğu koruma altına alması zorunluluğu olmalıdır. Aşılamaya ilişkin olumsuz eğilimleri, devletin aşılarla ilişkin yapacağı bilinçlendirme ve tedbirler ile olumlu eğilime dönüştürmesi bir gerekliliktir. Aile hekimliği uygulaması, kayıtlılık durumu, aşıların içeriği ile ilgili verilecek bilgiler ve aşıların koruyuculuğu hakkında yapılacak bilinçlendirme ile hem ebeveynler hem de resmi veriler üzerinde gerçek ve ivedi olarak sorunlara çözüm getirilebilecektir. Aşı ve aşılama konusunda kamuoyunun bilinçlendirilmesi, sağlık okuryazarlığı ve aşı ile önlenbilir hastalıklarla ilgili farkındalık artırıcı eğitimlerin yanında kitle iletişim araçlarının oluşturulacak politikalar çerçevesinde kullanılması sağlanabilir.
- Aşı ile ilgili kararların kadınların eğitimi ile bağlantısının araştırma sonuçları ile ortaya konulmuş olması, özellikle eğitim sürecinde Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde müfredata eklenmesi gereken toplumsal bir konuyu ve bu konu ile ilgili aciliyeti bir kez daha gözler önüne sermektedir. Bir diğer ifade ile bütünsel sağlık politikalarına ve uygulamalarına ihtiyaç vardır.
- İletişim teknolojileri etkin kullanılabilir. İzleme ve değerlendirme ile bağlantılar e-sağlık platformları üzerinden gerçekleştirilebilir. Hizmet öncesi eğitim ile denetim ve mentörlük faaliyetlerine daha fazla yatırım yapılabilir (WHO, 2017:95).
- Aşı karşıtı tutumların altında yatan komplo kurucu düşüncenin güçlü temeli göz önüne alındığında, yanıltıcı aşılama taleplerini düzeltirken hükümet gibi yetkili kaynaklar geleneksel yöntemlere karşı alternatifleri bulup uygulamak zorundadır. Uygulamalar ile dışlayıcı değil kapsayıcı olmak gerekmektedir.
- Günümüz dünyasında Sosyal Medya ve günlük yaşam birbirinden ayrılmaz bir hale gelmiştir. Aşı ve aşılama ile ilgili süreçlerde son yıllarda yaşanan sorunların çıkış

noktası ağırlıklı olarak teknoloji odaklı sosyal medya araçları ve bu alanda paylaşılan bilgiler olarak da tanımlanmaktadır. Sorun kaynağı olarak atfedilen Sosyal Medya aynı zamanda çözüm alanı olarak değerlendirilebilecek bir niteliğe sahip olmaktadır. Bu tespiti esas alan uygulamalara dayalı olarak, Sağlık Bakanlığının öncülüğünde aşı ile ilgili kampanyaların ve bilgilendirmelerin sürekli ve düzenli bir şekilde Sosyal Medya aracılığı ile toplumla paylaşılması karar vericiler tarafından hak ettiği özen ve hassasiyetle ele alınmalıdır.

- Aynı zamanda, sosyal medyada oluşturulacak ve topluma ulaştırılacak stratejilerde yer alan sınırlamalarda göz ardı edilmemelidir. Sosyal medya erişimi olan bireyleri “çekmek” ve “etkilemek” mümkün olabilecek iken internet erişimi olmayan veya okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin dışlanması da söz konusu olabilecektir. Sosyal medya kullanımının avantajları arasında, mesajların uyarlanması dayalı kişiselleştirilmesi için düşük maliyet ve yüksek potansiyel taşıdığı da unutulmamalıdır.
- Bilgi ve iletişim teknolojisindeki son gelişmeler, aşılama faaliyetleri için yenilikçi ve sorun çözücü pek çok aracın oluşmasına da yol açmıştır. Bu araçlar; toplu veri veya elektronik kayıtlar için dijital bilgi sistemleri, karar destek araçları, mobil ve coğrafi teknoloji araçları ile kapsama alanı ve popülasyon tahminlerini iyileştirmek için kullanılabilir olan tahmine dayalı analitik sistemler ve uygulamalardır. Yeniliklerin başarısı yeterli altyapı, sürdürülebilir finansman, politik irade ile yetenekli ve motive bir işgücü de dahil olmak üzere pek çok unsur gerektirmektedir. Kullanılabilir uygulamalardan biri, aşı konusunda ebeveynlere telefon aracılığı ile yapılabilecek hatırlatmalar olabilir.

Son söz yerine; belirli bir ortamdaki ana faktörler küresel bilgilere dayanarak tahmin edilemeyebilir ya da tahminler gerçekçi olmayabilir. Bu noktada yerel değerlendirme, analiz ve faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Ülkemiz için, çocukları aşılacak yerel taktikler bulunmalı ya da oluşturulmalıdır. Politikalar yapılandırılmalıdır. Politika değişimi ya da oluşturma zorunlulukları ya da kararlarını umut, özen, şefkat ve gurur gibi olumlu duygularla bağdaştırıcı biçimde ortaya koymak, halkın katılımını harekete geçirmek için gereklidir. O nedenle, sosyal politika düzenlemelerini sadece teknik olarak değerlendirip, yapılandırmak ve uygulamak istenilen sonucu getirmeyecektir. Ülkemizde ve dünyada aşı ile ilgili olarak geleneksel noktanın teknik bir bakış açısı ağırlıklı olduğu unutulmamalıdır.

Jarret ve arkadaşlarının araştırmalarından elde ettikleri sonuçla ilgili açıklamalarında yer alan bilgide de ifade edildiği gibi, aşı ve aşı direncine ilişkin sonuçlar çok bileşenli ve diyalog temelli müdahaleler ile etkili bir çözüme kavuşturulabilir (Jaret, vd., 2015:4180).

Etkili bir “herkese uyan tek bir boyut” müdahalesinin gerçekleşmesi muhtemel değildir. Sağlığın iyileştirilmesi bireyin “kendinden büyük” olarak gördüğü sorunlara yönelik olarak oluşturulacak politikalar için -toplumların ekonomik, sosyal ve çevresel sürdürülebilirliğinin ekolojik uyum ve denge ile açıklandığı günümüz çalışmalarında- gelinen noktada *bireylerin psikolojik ekolojilerini* göz ardı ederek bir sonuç almak ve politikalarla bunun sürdürülebilirliğini sağlamak imkansızdır.

## Kaynakça

- Akbulut, F. ve Beren, F. (2012), “Terörle Mücadelede Bütüncül Yaklaşımın Sosyal Politika Uygulamaları Bağlamından Algılanması: Suruç İlçesi Örneği”, *Akademik İncelemeler Dergisi (Journal of Academic Inquiries)*, 7(2), 257-283.
- Bozkurt-Bekis, Hayrunnisa (2018), “Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi”, *Kafkas J Med Sci*, 8(1), 71-76.
- Brunham R.C, Coombs K.M. (1998), “In Celebration of The 200th Anniversary of Edward Jenner’s Inquiry into the Causes and Effects of The Variolae Vaccinae”, *Can J Infect Dis*, 9(5), 310-131.
- Dickens, J. (2016). *Social Work and Social Policy: An Introduction*, Second Edition. Routledge, ISBN 978-1-315-78040(e-book)
- Dubé, E., Gagnona, D. Ve , MacDonald, N. E. (2015). “Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews”. *Vaccine*, 33, 4191–4203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>
- Eskiocak M. (2015), Türkiye’nin Çocuk İhmali: Son 5 Yıldaki Bebek Ölümleri ve Koruyucu Hizmetlerden Yararlanmamada Eşitsizlikler, [www.istabip.org.tr/3931-tuerkiyenin-cocuk-hmalison-5-yildaki-bebek-oeluemleri-ve-koruyucu-hizmetlerden-yararlanmamada-eitsizlikler-.html](http://www.istabip.org.tr/3931-tuerkiyenin-cocuk-hmalison-5-yildaki-bebek-oeluemleri-ve-koruyucu-hizmetlerden-yararlanmamada-eitsizlikler-.html), E.T. 14.02.2019.
- Eskola, J., Duclos, P. , Schuster, M. ve MacDonald, N. E. (2015). “How to deal with Vaccine Hesitancy?”, *Vaccine*, 33, 4215-4217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.043>
- Favina, M., Steinglass, R., Fields, R., Banerjee , K., Sawhneye, M.(2012). “Why Children are not Vaccinated: A Review of the Grey Literature”, <http://dx.doi.org/10.1016/j.inhe.2012.07.004>, *International Health* 4, 229–238
- Feemster, A. K. (2013). “Overview, Human Vaccines & Immunotherapeutics”, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9, 8, 1752-1754.
- Gülcü, S. ve Arslan, S. ( 2018). “Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 34-43.
- Harvey, H., Reissland, N. ve Mason, J. (2015). “Parental Reminder, Recall and Educational Interventions to Improve Early Childhood Immunisation Uptake: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Vaccine*, 33, 2862–2880. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.085>
- Henrikson N.B., Anderson M.L., Opel D.J., Dunn J., Marcuse E.K. ve Grossman D.C. (2017). “Longitudinal Trends in Vaccine Hesitancy in a Cohort of Mothers Surveyed in Washington State 2013-2015”. *Public Health Rep.* , Jul/Aug;132(4):451-454. doi: 10.1177/0033354917711175. Epub 2017 Jun 6.
- <http://www.ntv.com.tr/saglik/saglik-bakanligindan-asi-sitesi-asi-reddi-giderek-artiyor,d8IyE2Vo0Em7NmadOzFviA>. E.T.: 16.02.2019.
- <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>, E. T.16.02.2019.
- [http://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99](http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99), E.T.17.02.2019.
- [http://www.ttb.org.tr/kollar/\\_asi/haber\\_goster.php?Guid=e1202336-423c-11e8-b46f-14b550714509](http://www.ttb.org.tr/kollar/_asi/haber_goster.php?Guid=e1202336-423c-11e8-b46f-14b550714509). E.T.29.01.2019.

- Jacobson R.M., St. Sauver J.L., Finney ve Rutten L.J. (2015), "Vaccine Hesitancy", *Clin Proc*, 90(11), s.1562.
- Jarrett, C., Wilson, R., O'Leary, M., Eckersberger, E. ve Larson, H. J. (2015). "Strategies for Addressing Vaccine Hesitancy – A Systematic Review". *Vaccine*, 14 August, 4180-4190. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>
- Larson, J. H., Jarrett, C., Schulz, S.W., Chaudhuri, M., Zhouc, Y., Dube, E., Schuster, M., MacDonaldf, E.N. ve Wilsona, R. the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy(2015). "Measuring Vaccine Hesitancy: The Development of a Survey Tool", <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037>, *Vaccine* 33, 4165–4175.
- Leib, S., Liberatos, P. ve Edwards, K. (2011). "Pediatricians' Experience with and Response to Parental Vaccine Safety Concerns and Vaccine Refusals: A Survey of Connecticut Pediatricians". *Public Health Rep.*, Jul-Aug, 126 Suppl 2:13-23.
- MacDonald, N.E.(2015). "Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants". *Vaccine*, 33, 4161–4164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Mateja, M. ve Gregory, S. (2019). "Third-Generation Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED)". *Social Sciences*, 11 June, ; 182, doi:10.3390/socsci8060182
- Mitra, T., Counts, S. ve Pennebaker, W. J. (2016). "Understanding Anti-Vaccination Attitudes in Social Media", *Proceedings of the Tenth International AAAI Conference on Web and Social Media*, 269-278.
- Murray, R. Pk, Rosenthal, S. K. ve Pfaller, A. M. (2016), *Tıbbi Mikrobiyoloji*, çev. ( Dürdal Us ve Ahmet Başustaoğlu), 7. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Ankara.
- OECD, Child Vaccination Rates Diphtheria, Tetanus, Pertussis, % of Children, 2008 – 2017, <http://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm>. E.T.14.02.2019.
- Öngöre, Ö. (2018). "Sosyal Politikanın Bir Göstergesi Olarak Vatandaşların İyilik Halinin Ülkelere Göre Karşılaştırmalı Analizi". *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, XI, Özel Sayı 1, 1-10, DOI:<http://dx.doi.org/uujss.521>
- Özel D., Hacer, P.B. (2017), "Toplumsal Cinsiyetle İlişkili Sorunlar", *Turk J Public Health*, 15, 150-163. <http://tjph.org/ojs/index.php/>
- Plotkin S.A, Plotkin S.L. (2011), "The Development of Vaccines: How the Past Led to The Future", *Nat Rev Microbiol*, 9(12), 889-893.
- Rauniar, R., Rawski, G., Yang, J. ve Johnson, B. (2013). "Technology Acceptance Model (TAM) and Social Media Usage: an Empirical Study on Facebook". *Journal of Enterprise Information Management*, 27(1), 6 – 30
- Reisman, D. (2001). *The Definition of Social Policy*. In: *Richard Titmuss*, Palgrave Macmillan, London. DOI [https://doi.org/10.1057/9780230512917\\_2](https://doi.org/10.1057/9780230512917_2), Online ISBN 978-0-230-51291-7
- Salmon, D.A., Haber, M., Gangarosa, E.J., Phillips, L., Smith N.J., Chen, R.T. (1999). Health Consequences of Religious and Philosophical Exemptions from Immunization Laws: Individual and Societal Risk of Measles. *JAMA*, Jul 7;282(1):47-53
- Smith, C. T. (2017), "Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action", *Open Forum Infectious Diseases Review Article*, Oxford University Press on Behalf of Infectious Diseases Society of America.

Tezcan, S. ve Yiğit, E.K. (2004), “Aşılama ve Çocuk Sağlığı”, *TNSA, HNE Enst. ve SB.AÇS -AP. GM.*, Ankara, 133-140.

Türk Tabipler Birliği (TBB) (2018). *Birinci Basamak Sağlık Çalışanları için Aşı Rehberi*, Ankara, Çalışanları İçin Aşı Rehberi, ISBN 978-605-9665-28-5.

UNICEF (2004). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, [www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23c.html](http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html), E.T.16.02.2019.

UNICEF(2011). *Türkiye’de Çocukların Durumu Raporu*. <http://unicef.depar yazilim.com/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-2011.pdf>. E.T. 12.06.2019

UN IGME (2018). “Levels & Trends in Child Mortality Report 2018 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation”, *UNICEF, WHO, World Bank Group and United Nations*, 1-48, E.T.26.06.2019.

Wolfe, M. R. (2002), “Vaccine Safety Activists on the Internet” , *Expert Review of Vaccines*, 1(3),249-252.

Yaqub, O. , Castle-Clarke, S. , Sevdalis, N. ve Chataway, J. (2014). “Attitudes to vaccination: A Critical Review”, *Social Science & Medicine*, 211, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.018>.

WHO, “Health topics: Immunization”, <https://www.who.int/topics/immunization/en/>, E.T. 26.06.2019.

WHO (2014). Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 63.

WHO (2017). Integrated Management of Childhood Illness Global Survey Report, Electronic version: [who.int/imci-global-survey](http://who.int/imci-global-survey), ISBN 978-92-4-151298-5, 1-175.

WHO (2013). The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy, E.T. 02.07.2019, [http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1\\_Model\\_analyze\\_driversofvaccine\\_Confidence\\_22\\_March.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccine_Confidence_22_March.pdf)

Yıldırım, B. (2018). “Endüstrileşme ve Sosyal Politika Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme”. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 18(1), Aralık, 30-44.

Yücel, G.H. ve Topuzoğlu, A.(2019). “Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(244-258). <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.525983>.