

## ERGENE SAĞLIK BÖLGESİNDE AŞILAMA YAYGINLIĞINI DEĞERLENDİRME ARAŞTIRMASI

Zuhal BAHAR\*

Halk Sağlığı Stajyerleri\*\*

"HER ÇOCUĞA YAŞAMA HAKKI" nı sağlamak için Temel sağlık Hizmetleri kapsamında, bağışlanma programlarının daha etkin biçimde yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma; kampanya sonrası Ergene Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan çocukların aşılama yüzdeleri ile buna etki edebilecek etmenler' incelemek amacıyla yapılmıştır. Tam aşıli çocuk oranı (% 76.7) oldukça yiiiirsek saptamıştır.

Ayrıca aileler, hemşirelik hizmetlerinden öncelikle (% 37.6) sağlık eğitimine gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. ülkemizde doğrudan aşılama hizmetlerinde görev alan ebe ve hemşirelerin, bağışlanma konusunda halkı eğitim ve güdülemede oynayacağı etkin rolleri ile çocuklarını yaşatmada önemli bir şans unsuru olacıkları kaçınılmaz bir gerçektir.

### GİRİŞ

"2000 yılına kadar herkese sağlık" genel hedefinin ana öğelerinden biri bağışlanmadır. Bağışlanma çocuktan bulaşıcı hastalıklardan ve bunlara bağlı ölümlerden korumada çağdaş tıbbın en güçlü ve etkili silahlarından biridir. Bununla birlikte çocuk sağlığı üzerinde olumlu etkisi bilinen bağışlanmanın oranı, gelişmekte olan ülkelerde bile %20-40 arasında değişmektedir (8). 6 hastalığın - Inzamik, difteri, boğınaca, tetanoz, palto, ve tüberküloz- senede 5 milyon çocuğun ölmesine ve yine

---

\*E.O.Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği öğretim Üyesi  
(Yard.Doç.Dr.)

\*\*E.121.Hem.Yak.Ok. III. Dönem Sağlığı Hemşireliği Staimı yapan 4. sınıftan 19  
Öğrenci

5 milyonunun da sakat kalmasına neden olduğu bilinmektedir. Aşılama programının hedefi 1990' a kadar çocukları bu hastalıklardan korumaktadır. Buna yeni bir hız vermek için D.S.Ö. Dünya Sağlık Günü olan 7 Nisan 1987 gününün temasını şöyle belirlemiştir; "Bağışılama : YAŞAMAK HER ÇOCUĞUN HAKKIDIR"

Uniceff. Sosyal ve ekonomik kalkınma için bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasının şart olduğu görüşündedir. Çocuklara hastalıklarda bağışıklık sağlayacak uygun ve sürekli aşılama hizmeti kurmanın ülkelerin bu yolda gelişmesinde önemli bir adım olacağını belirtmektedir. D.S.Ö 1974'de genişletilmiş aşı programına başlamıştır. En son hesaplara göre, 1 yaşına gelmeden 118 milyon çocuğun % 41'1 çocuk hastalıkları arasında 1 nolu öldürücü olan luzamığa ve % 46'sı da tberküloza karşı bağışıklanmaktadır. Her iki hastalık içinde sadece bir doz aşı yeterli olmaktadır. Program başladığında toplam bağışılçlanan çocuk sayısı % 5<sup>1</sup>den az iken 10 senede bu sayı 8 katma çıkmış bulunmaktadır. Bu 10 yıl içindeki kazançlar yanısıra, hala her sene 3 milyon çocuğun sadece kızamık, boğmaca ve tetanozdan ölü r ...000 kadarınında çocuk felcinden sakat kaldığı, bağışıklınlardan hala yeterince yararlanılnadığını vurgulayan D.S.Ö. yirminci yüzyıldan yirmibirinci yüzyıla bir ARMAĞAN olarak 2000 yılına dek çocuk felcinin kökünün kazınmasını hedeflemiştir (11, 12).

ülkemizde ise 340 bebek ve 1-4 yaş grubu çocuklardan 110 çocuk hala hergün önienebilir ve korunabilir nedenlerden ölmektedir. Ayrıca aşıyla önlenebilir hastalıklardan ölen 0-5 yaş arası çocukların bütün çocuk ölümleri içinde % 25-30 dolayında bir payı olduğu bilinmektedir (15).

29 Mayıs 1985'de Türkiye Hükümeti, Uniceff ve D.S.Ö. arasında 'Temel Sağlık Hizmetleri çerçevesi içinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği" anlaşması imzalandı. 11 Eylül 1985'de kitle bağışıklama kampanyası başladı. Kampanya başarısına rağmen (Tablo 1) yüksek bağışıklama oranları sürdürülemedi, ve ertesi yıl oranlar düşme gösterdi. T.C. Hükümeti, 1986 ile 1990 yılları arasında Bebek Ölüm Hızını (BÖH) % 50 oranında azaltma hedefin' benirnseyerek Genişletilmiş Bağışıklama Programını (GBP) başlattı. Ocak-Şubat 1988'de 9 ilin 12 bölgesinde bağışıklama oranı anketleri gerçekleştirilmiştir. Anketlenen bölgeler Türkiye'nin toplam nüfusunun %30'unu kaplamakta ve 1988 anketi, bileşik bir sonuç olarak, farklı ağırlık hesaba katıldıktan sonra BDT 3/polio 3 bağışıklama oranının % 86, kızamık

başışıklama oranının % 67 BCG başışıklama oranının %87 ve tam aşılı oranın' ise % 57 olduğunu ortaya koymuştur (3).

Bu bulgular bize Türkiye'de GBP. yüksek ve sürekli başışıklama oranları şeklinde hedefe doğru önemli adımlar attığını, anketlenen bölgelerde, başışıklara hizmetlerine ulaşmanın ciddi bir problem olmadığı anlamına gelmekte olduğulu göstermektedir (18). D.S.. direktörü ▶ahler "şimdiki durumda gerçekçi başışıklama programı uygulayan ülkelerden hiçbirinde YETERSİZ AşI, soğuk zincir malzemesi gibi zorluklar yoktur" şeklinde belirtmektedir. Ayrıca gereksinimi olan ülkelere Uniceff 1986`da 50 milyon dolardan fazla bir miktarda aşı ve buzdolabı malzemesi sağlayan bir dağıtıcı olmuştur (12).

Başışıklara olgusu, yalnızca aşı ve soğuk zincir anlamına gelmeyecek, sağlıklı insan gücü, finans kaynağı, düzenli işverimi, eğitim ve de-  
nemim gibi çok yönlü sorunların çözümüne de birlikte getirmektedir.

Ülkemizde 1985 yılının kitlesel kampanyası. halk eğitimi ve sektörler arası işbirliği gibi belli başlı amalami ötesinde, siyasi an-  
gajman yaratma, ilgili bütün personelin motive edilmesi, yaygın sektörler-arası işbirliği, hkmet dışı sektörlerin katılım ve desteğinin [sağlanması. ve](#) kitlesel halk eğitimi de dahil olmak üzere. ocuk yaşatma uğruna topyekn bir toplumsal seferberlik kavramı ve uygulamasını oluşturmuştur (18).

Başışıklama alanındaki bu topyekn seferberlik içerisinde ebe ve hemşirelere halkı eğitme ve çocukları aşılatmaları için aileleri güdülemede oldukça önemli görevler düşmektedir. D.S.. 'de 2000 yılında herkese sağlık amacına ulaşmada hemşirelerin önemli bir insan gücü kaynağı olduğunu vurgulmaktadır (9).

Tablo 1 : Kampanya ncesi ve Sonrası Başışıklama Oranları

Aşı Dozu	1985 Kampanya ncesi	1986 Kampanya Sonrası
.DBT 3	% 17	% 67
Polio 3	% 17	% 67
Kızamık	% 12	% 72

Kaynak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
SSYB

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Tanımlamalar

**Tam Aşılı :** Bu araştırmada tam aşılı deyimi : 16-24 aylık çocukların I, II, III, BDT, polio ve rapeleri, luzamık ve BCG aşılannı tamamlamış çocukları içermektedir.

**Araştırmanın Tipi :** Tanımlayıcı ve analitik tipte bir alan araştırması olarak yürütülmüştür.

**Yer, Örneklem, Sınırlamalar ve Veri Toplama :** Bu araştırma İzmir ili Bornova ilçesi Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde yürütülmüştür. 5 Aralık 1988 - 9 Ocak 1989 tarihleri arasında Halk Sağlık Hemşireliği III. dönem stajyerlerine araştırma planlatılmış ve verileri toplatılmıştır. Zamanın kısıtlı olması nedeniyle araştırmanın rapor edilme bölümü öğrencilerden istenmemiştir. Bu araştırma, D.S.ö'nün önerdiği örnekleme tekniğini temel olana bir saha araştırması yöntemiyle Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde uygulanmıştır (6). Bunun için Araştırma Bölgesinin bir haritası ve bu bölgedeki tüm sokak numaraları belirlenmiş ve bu sokaklardaki ev numaraları ebelerden sağlanmıştır. Bölgede 182 mevcut sokak numaralanarak içinden 30 tanesi random olarak seçilmiştir. etmeğe çıkan bu sokakların ilk ve son evlerinin numaralan da aynı şekilde sıralanmış, random olarak bir numara seçilerek, ankete başlanacak ilk ev belirlenmiştir. 19 anketör (stajyer öğrenciler) örneğe çıkan ilk evde 16-24 aylık çocuk olup olmadığını sorarak araştırmaya başlamışlar, eğer yaşı uyan çocuk varsa, annelerden veya aşı kadından çocuğun aşılannması ile ilgili bilgi alarak anket kağıdını doldurmuşlardır. Sadece 6 çocuğun aşı kartı olmadığından annelere küçük arnmsatmalarda (ağızdan polio için yapılan aşı, kızamık için koldan vurulan bir defalık aşı gibi) bulunulmuştur. Birinci haneden sonra fizik olarak en yakın haneye gidilmiş ve böylece 7 çocuk tamamlanarak bir küme taranmıştır. 7 çocuk tamamlanamayan sokaklar için daha önceden belirlenen yedek sokaklar kullanılmıştır. Anketörler 381 çocuktan 210'unu bu yöntem ile tarayarak bulmuşlardır.

**Geliştirilen anket formu:** çocukların aşılannma ve zamanında aşılannlarına durumları, ayrıca aşılannmaya etki edebilecek anne yaşı, anne eğitimi, annenin çalışma durumu, ailenin ekonomik yapısı gibi etmenleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Bu yöntemle 210 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmanın t % 10 hata payı ve % 95 olasılıkla evren büyüklüğü ne olursa olsun aşılama yaygınlığı konusunda

güvenilir bilgi vereceği, geçerliği, uygulanabileceği ülke koşullarımızda sınırlıdır (6).

Verilerin Anı : Elde edilen verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılarak, çeşitli değişkenler arasında anlamlılık derecesi ki-kare testi ile araştırılmıştır (13).

## BULGULAR VE YORUM

### Aile-Çocuğa özellikler

Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde ömeğe alınan çocuklara ve ailelere ilişkin bazı tanıtıcı bilgiler Tablo 2 ve 3 de özetlenmiştir.

Tablo 2: 16-24 Aylık Çocukların Bazı Demografik Özellikleri

özellikler/Yer	Sayı	Yüzde	Tam Aşılı (%)
Kazım Dirik	73	34.8	76.7
Manav Kuyu	22	10.5	68.2
Ergene	10	4.7	50.0
Mansuroğlu	44	21	86.3
Osmangazi	61	29	73.8
<b>Cins :</b>			
Erkek	118	54.8	78.3
Kız	95	45.2	74.7
özellikler/Yer	Sayı	Yüzde	
16 Aylık	37	17.6	
17 Aylık	20	9.5	
18 Aylık	31	14.8	
19 Aylık	17	8.1	
20 Aylık	26	12.4	
21 Aylık	14	6.7	
22 Aylık	23	10.9	
23 Aylık	15	7.1	
24 Aylık	27	12.9	

Araştırma Bölgesinde, örneğe en büyük oranla (% 34.8) Kazım D1-rik Mahallesinde yaşayan çocukların oluşturduğu Tablo 2'de görülmektedir. Bölgelere göre çocukların tam aşılı olma yüzdeleri incelendiğinde, Mansuroğlu'nda % 86.3 oranı ile en yüksek. Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde % 50.0 oranı ile en düşük olduğu dikkati çekmektedir. Ancak çocukların yaşadıkları bölgeler ile tam aşılı olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ( $\chi^2$  : 9.11, SD : 4, P>0.05).

Çocukların % 54.8'1 erkek, % 45.2'si kızdır. Her iki cinsin Tam aşılı oranları birbirlerine çok yakındır (Tablo 2) Çocukların cinsiyetleri ile Tam aşılı olma durumları arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $\chi^2$  : 0.27, SD : 1, P>0.05). Türkiye'de Genişletilmiş Bağışıklıdama Programı (GBP) adı ile yürütülen Ulusal Çalışmada da anketlenen kız ve erkek çocuklar arasında herhangi bir bağışıklama oranı farkı gözlenmemiştir (18).

**Tablo 3 : Ailelerin Bazı Sosyodemografik özelliklerine Göre Dağılımı**

<u>Anne Yaşı</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde (%)</u>	
15-29	156	74.2	
30-45 ve üstü	54	25.8	
<u>Anne Eğitimi :</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>	<u>Tam Aşılı (%)</u>
Okur-Yazar değil	19	9.0	52.6
İlkokul	113	53.8	79.6
Ortaokul	23	11.0	73.9
Lise	39	18.6	79.5
Yüksek okul/Fakülte	16	7.6	81.3
<u>Anne Çalışma Durumu :</u>			
Çalışıyor	27	12.9	88.9
Çalışmıyor	183	87.1	74.9
<u>Anne Mesleği</u>			
Memur	17	63.0	
Vasıflı İşçi	5	18.5	
Vasıfsız İşçi	4	14.8	
Serbest Meslek			
Diğer (Hali dokuyor)	1	3.7	

<u>Baba Çalışma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>	
Çalışıyor	207	98.6	
Çalışmıyor (öğrenci/ işsiz)	3	1.4	
<u>Baba Mesleği</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>	<u>Tam aşdı %</u>
Serbest Meslek	58	28.0	
Memur	<b>41</b>	19.8	
Vasıflı İşçi	63	30.4	
Vasıfsız İşçi	39	18.9	
Küçük Esnaf (bakkal, tuhafiyeci, köfteci, kaportacı, parça sa- tanlar)	6	2.9	
<u>Ailenin Ekonomik Durumu</u>			
Çok kötü	2	1.0	50
Kötü	15	7.1	66.7
Orta	87	41.4	78.2
İyi	94	44.8	74.5
Çok iyi	12	5.7	103
<u>Ailenin Çocuk Sayısı</u>			
1 Çocuk	87	41.4	<b>72.0</b>
2 Çocuk	74	35.3	<b>73.0</b>
3 Çocuk	34	16.2	<b>76.5</b>
4 Çocuk	12	5.7	<b>58.3</b>
5 Çocuk	3	1.4	<b>63.7</b>

Çocukların çoğunluğu (%17.6) 16 aylık olup, ortalarn yaşları (ay olarak 19.6 dır (Tablo 2).

Annelerin yaklaşık dörtde üçü (% 74.2) genç yaş grubundadır (Tablo 3). Annelerin yaş dağılımı incelendiğinde en büyük çoğunlukla (% 31.4) 20-24 yaş grubunda oldukları belirlenmiştir. Bu durum Ergene Sağlık Ocağı Bölgesindeki evliliklerin genç yaşta yapıldığını düşündürmektedir; tedir. 1983 Nüfus, Aile, Sağlık Araştırması bulgulannda da, 20-24 yaş arasındaki kadınların üçte ikisinin evli olması ülkemizde evliliklerin erken yaşlarda gerçekleştiğini göstermektedir (10).

Eğitim durumu incelendiğinde, annelerin büyük kısmının (% 53.8) ilkokul mezunu oldukları tablo 3'de görülmektedir. Araştırma bölgesinde annelerin okur-yazarlık düzeyi çok yüksektir (% 90.9). Ülkemizde bu aran 1985 istatistiklerine göre kadınlarda belirlenen okur-yazarlık oranının (% 76.8) zerindedir (10). Okur-yazar olmayan annelerin çocuklarını aşılıtma yüzdesi en düşük, Yüksekokul/Fakülte mezunu annelerin çocuklarını aşılıtma yüzdesi en yüksektir (Tablo 3). Bu fark istatistiksel olarak da çok önemli düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $x^2 : 6.73, SD : 1, P<0.01$ ). Eğitilmiş kadınların ocuk bakımında ve aile ilişkilerinde gelenekselliği büyük oranda değiştireceği bilinmektedir (5). Araştırma Bölgesinde de eğitimi annelerin bağışıklama olgusuna katılırları oldukça yüksektir.

Bölgedeki anneler büyük oranda ev kadını olup, çalışan annelerinde % 62.95'i memurdur (Tablo 3). alışan annelerin ocuklarında Tam aşılı olma yüzdesi % 88.9, çalışmayan annelerde ise. % 74.9'dur. alışan annelerde bu yüzdenin daha yüksek olduğu görülmekle birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $x^2 : 2.47, SD : 1, P>0.05$ ).

Bölgedeki babaların hemen hepsi (% 98.6) alışmakta olup, çalışan babaların % 30.4' vasıfı işçidir (Tablo 3).

Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde örneğe çıkan ailelerin ekonomik düzeylerinin çok düşük olmadığı Tablo 3'de görülmektedir. Ailelerin ekonomik düzeyleri yükseldikçe, çocukların tam aşılı olma yüzdeleri de artmaktadır. Ancak ekonomik düzey "kötü-orta-iyi" olarak sınıflandırıldığında aşılama ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $x^2 : 1.50, SD : 2, P>0.05$ ).

Ailelerin yaklaşık yarısı tek çocuklu (% 41.4) olup 4 ve üstü çocuğu olanların oranı ise oldukça düşüktür (tablo 3). Ailelerin ortalama ocuk sayısı 1.9'dur. 1983 Araştırmasında ortalama canlı ocuk sayısı 20-24 yaş grubu kadınlarda 1.7, 25-29 yaş grubunda 2.9'dur (10). Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların daha az doğum yapmakta olduğu bilinmektedir. Araştırma bölgesinde ortalama ocuk sayısı Türkiye ortalamasından (3, 7) düşük olması annelerin genç yaş grubunda ve okur-yazarlık durumlarının yüksek düzeyde olmasına bağlanabilir. ocuk sayısı arttıkça ocuklarda Tam aşılı olma yüzdeleri de düşmektedir (Tablo 3). Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $x^2 : 2.37, SD : 3, P>0.05$ ).



## 2. Çocukların Aşılama Durumları

Tablo 4: Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde örneğe Çıkan 16-24 Aylık 210 Çocuğun Aşılama ve Aşılama Zamanında Yapılma

Aşılama	Aşılama Yüzdeleri	Zamanında Aşılama
E3CG	96.2	90.5
Kızamık	93.3	91.5
BDT I	99.5	91.5
BDT II	97.6	93.8
BDT III	97.6	93.8
BDT Rapel	80.0	
Pano I	99	91.4
Polio II	97.6	93.3
Palto III	97.6	92.8
Palto Rapel	79.6	92.8
Palto Rapel	79.5	
Tam Aşılı (Aşıların hepsi yapılmış)	76.7	
Hiç .Aşısız (aşıların hiçbiri yapılmamış)		

Araştırma bölgesinde çocukların % 90.5'inin aşı kartları evlerinde bulunmuştur. Aşı kartı olmayan % 9.5 çocuğun aşılan hakkında bilgilerin doğruluğu için Sağlık Ocağında ebeler ve çocuk izleme kartlarına başvurulmuştur. Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde aşılarına yüzdeleri oldukça yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 4). Çocukların %76.71 tam aşı, % 23.3'ü eksik aşı olarak belirlenirken hiçbir aşısı olmayan çocuk saptanmamıştır. Dedeoğlu, aynı metodoloji ile fistüdar'da yaptığı araştırmada 1981'de Tanı aşı oranını % 31. 1982'de yine aynı bölgede % 30 olarak bulmuştur. Aynı araştırmacı Ankara 11 merkezinde yaptığı bir araştırmada ise örneğe çıkan 16-24 aylık 214 çocuğun Tam aşı çocuk oranını %14 olarak bulmuştur (6). Dr.Amoto İzmir'e 40 ile 80 km uzaklıkta bulunan ve aşılama hizmetleri yeterli ve düzenli olmayan altı sağlık ocağına bağlı 6 köy ve 4 merkez aşı istasyonunda yaptığı merkez araştırmasında; % 26.0 çocuğun hiç aşılanmamış, % 74.0 'inip ise eksik aşı olduğunu belirtrnektedir (2). İzmir ili Bornova ilçesinin 4 mahalle-

sinde 1984 yılında yürütülen bebek risk faktörleri araştırmasında BCG % 61.9, BDT % 84.6, Palta ise % 82.8 olarak saptanmıştır (7).

1985 Türkiye Ulusal Aşı Kampanyası öncesinde gerçekleştirilen saha araştırması sonucuna göre 13-60 aylık çocuklarda BDT I, II, III ve Polio I, II, III ile kızamık aşısı olanlar kentsel alanda % 33.4, lursal % 20.6 ve total % 25.1 di (16). 60 aydan küçük çocukların % 64.4'ü DBT % 34,1 ise BDT yaptırtmışlardı. Aradaki fark % 30.3 idi. Kampanya sonrasında DBT I % 88.5'e. DBT III ise % 71.9'a yükselirken, aradaki farkta % 16.6'ya inmiştir (17).

Izmir metropolde 1985-1986 tarihlerinde bağışıklama yaygınlığını değerlendirme araştırılan sonuçlarına göre; Kampanya öncesinde 13-60 ay kururlarca bildirilen tam aşı oranı (kampanya tam aşı tanımlanana göre) % 32.8'dir. Bu araştırmada kampanya öncesi için % 29. kampanya I. dönemi sonrası için % 42, kampanya III. dönemi sonrası için % 47 bulunmuştur. Kampanya III. dönemi sonrasında 0-60 ay yaş grubundaki çocukların % 97'si BDT ilk dozunu, %91'i BDT ikinci dozunu, % 81'i BDT üçüncü dozunu, % 96'sı Polio ilk dozunu, % 90'ı polio ikinci dozunu, % 80'1 polio üçüncü dozunu almıştır. BDT ve Polio rapel oranları ise % 34'dür. Ayrıca kızamık aşısı yapılan çocuk oranı % 76, BCG aşısı için % 68 bulunmuştur. En büyük değişim hızı Polio 3'de + 25, BDT 3'de + 23 olarak gözlenmiştir (14). GBP'runda İzmir'de sadece aşı karnesi durumuna bakılarak 12 aylık çocukların Tam aşı olma oranı % 31'dir (18).

Izmir Metropolünde aşılanma yüzdeleri aşılardan tek tek ele alındığında, oldukça yüksek olup araştırma bölgesinde elde edilen sonuçlara uygunluk göstermektedir. Bununla birlikte Ergene Sağlık Ocağı Bölgesindeki tam aşı olma oranının diğer araştırmalardan daha yüksek oranda bulunması, bu araştırmanın yaklaşık 2 yıl sonra yayınlanmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma bölgesinde en düşük aşılanma yüzdeleri rapel aşılar aittir (Tablo 4). Ülke genelinde de Aşı Kampanyasında rapeller dışında bütün aşılarla önemli artışlar sağlandığı görülmüştür. İzmir metropol bağışıklama araştırmalarında da BDT rapeli % 40'dan % 34'e, Palto rapeli ise %38'den, % 34'e düşmüştür (14). Rapel aşı yüzdelerinin düşük olması; Kampanya amaçlarının rapel aşıları kapsamamasından kaynaklandığı biçiminde açıklanabilir (17).

Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde aşılanma ve zamanında aşılanma yüzdesinin yüksek olması aşı kampanyasının başarısıdır. Çocuğun aşılanmamasına etki edebileceği düşünülen çocuğun oturduğu bölge, anne-

nin çalışması, çocuğun cinsiyeti, ekonomik durum, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı gibi etmenleri yok edebilecek düzeyde büyük bir organizasyon olan kampanyanın olumlu bir sonucudur.

### 3. Aşılanmamanın Nedenleri

Tablo 5 : Aşılanmama veya Eksik Aşılanma Nedenleri

Yanıt Grupları	Sayı	Yüzde
<b>1. Bilgi Eksikliği</b>		
-Aşınır' nerede/nezaman yapıldığını bilmiyorum	3	33.3
- Çocuğu aşılanmaya eve kimse gelmedi - ikinci veya üçüncü defa aşı yapıldığını bilmiyordum.	3	33.3
- Çocuk zaten lüzamık, bogınaca v.b. geçirdi	1	11.1
- Aşı kartım kaybettim.	2	22.2
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>99.9</b>
<b>2. Güdüleme Eksikliği</b>		
-Aşıdan sonra çocuk hasta oluyor	1	25
- Aşıyla ilgili olumsuz söylentiler duydum.	1	25
- Çocuğun canım acıtmak istemedim.	2	50
- Aşı. yapanlar kaba ve saygısız		
-Aşı istasyonu bize çok uzak		
- Ihmal ettim	2	50
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>8.2</b>
<b>3. Engeller</b>		
- Kocam, kayınvalidem istemiyor		88.2
- Çocuk hastalandı. götürernedim	30	11.8
. Aşı yokunuş, aşılatamadım		
- işim çıktı, seyahatteydin, hastaydım v.b	4	
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>69.4</b>
<b>Diğer Yanıtlar</b>	<b>2</b>	<b>4.1</b>
<b>Genel Toplam</b>		

\*Aşılanması tam olan 161 çocuğa bu sorular sorulmamıştır.

Araştırma kapsamındaki çocukların % 23.3 eksik aşıdır. Bu kaybın nedenlerini öğrenmek için "Çocuğunuzun aşısı neden yapılmadı veya eksik kaldı sorusu ailelere yöneltildiğinde, % 69.4'ü çeşitli "engel"lerin varlığını belirtirken ailelerin % 18.3'ünün ise "Bilgi eksikliğine bağlı nedenleri öne sürdükleri Tablo 5'de görülmektedir. Diğer nedenler olarak aileler "aileyi sorunlar" nedeniyle çocuklarını aşılatmadıklarını belirtmişlerdir.

Ankara il merkezinde aşılammama veya eksik aşılama nedenleri sırasıyla : % 40.8'1 engeller, % 25.0'1 "güdüleme eksikliği", % "Bilgi eksikliği" olarak saptanmıştır (6) İzmir metropolda bağışıklama yaygınlığını değerlendirme araştırmalarında elde edilen verilere göre; 1. araştırmada engeller (% 56), 2. araştırmada bilgi açığı (% 62) aşılardaki başarısızlığın en sık nedenleri olarak bulunmuştur (14). Aşılama programlarının başarısını olumsuz yönde etkileyen bir diğer etmende, aşılamalara ilişkin toplum kültür bütününe yerleşik yanlış inanç ve kavramlardır. Yine Hindistan, Buton gibi değişik ülkeler de yapılan araştırmalarda annelerin çocuklarının aşılammamaya götürmeme nedenleri arasında "güdüleme eksikliği, bilgi eksikliği, engeller" yer aldığı belirtilmektedir (3).

Yapılan araştırmalarda aşılammama nedenleri birbirine benzer olup, "Engeller" ve "Bilgi açığı" ile "Güdülerne eksikliği" nde toplanmaktadır.

#### 4. Çocukların Aşılandıkları Sağlık Kuruluşları

Tablo 6 : örneğe Çıkan Çocukların Aşılama Yerleri

Aşılama Yeri	Sayı	Yüzde
Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi	41	19.5
özel Hekim	23	11.0
Hastane	17	8.1
Sağlık Ocağı	128	60.9
Diğer	1	0.5
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 6 'da ailelerin en yüksek oranla (% 60.9) çocuklarını Sağlık Ocaklarında aşılandıkları görülmektedir. GBP araştırma bulgularına göre de aşılama hizmeti veren kurumlar içinde en yüksek oranda (% 48) sağlık ocaklarının yer aldığı belirtilmiştir (18). İzmir metropol araştırması ve bir diğer İzmir'de yürütülen araştırmada ön sırada sağlık ocaklarının bulunması, İzmir'de sağlık kuruluşlarından yarar-

lanmanın yüksek olduğunu ve sistematik aşlamaya verilen önemi göstermektedir (2, 14).

Aşılara yeri olarak III. sırayı özel Helçimlerin aldığı Tablo 6'yla dikkati çekmektedir, İzmir metropol araştırmasında da 100 çocuğun 14'ünde bu hizmetin özel hekimler tarafından sağlandığı belirtilmiştir (14).

#### 6.,. Ailelerin Sağlık Kurumlarını Kullanma Durumları ve Hizmetten Beklentileri

Tablo 7 : Ailelerin Sağlık Ocağını Kullanma Durumları

Hizmetten Yararlanma	Sayı	Yüzde
Evet	155	73.8
Hayır	W.	26.2
Hizmetten Memnun Olma		
Memnun	125	80.6
Memnun Değil	33	19.4

\*Hizmetten yararlanamayan 55 kişiye bu soru sorulmamıştır.

Ailelerin % 73.8'i sağlık ocağının verdiği "hizmetten yararlanabildiklerini". yararlananların % 80.6'sının "hizmetten memnun" oldukları Tablo 7'de görülmektedir. Hizmetten memnun olmayan % 19.4 oranında allenen memnuniyetsizlik nedenleri : "La.baratuvan hizmetlerinin eksikliği" % 4.1, "İyi ilgilenmiyorlar, baştan savma iş yapıyorlar" (% 20.8). "Ocakda devamlı doktor yok" (% 50.0), "Personel azarlıyor" (% 16.8), "İğne yaptırmak istedim, yapmadılar" (% 8.3) olarak saptanmıştır.

Tablo 8 : Sağlık Ocaklarından Yararlanmama Nedenleri

Yanıt Grupları	Sayı	Yüzde
1. Bilgi Eksikliğine Bağlı Nedenler		
- Sağlık ocağının nerede olduğunu bilmiyorum.	3	M
- Sağlık ocağına ne zaman gidileceğini bilmiyorum.	2	20
- Sağlık ocağında muayene olduğunu bilmiyordum.	5	50
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>18.1</b>

<b>2. Engeller</b>		
- Kocam/kayınvalidem gitmemi istemiyorlar	10	58.8
- Ev işlerinden vakit bulamıyorum	7	41.2
- Çocuk Hastalandı gidemedirn		
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>30.9</b>
<b>3. Diğer Yanıtlar</b>		
<b>Genel Toplam</b>	<b>55</b>	<b>51,0</b>

'Hizmetten yararlanan 155 kişiye bu soru sorulmamıştır.

Tablo 8'de sağlık ocağından yararlanamama nedenleri görülmektedir. Ailelerin % 18.11 "Bilgi eksikliğine bağlı" nedenlerle sağlık ocağıru kullanamamaktadır. Bir diğer araştırmada aile reislerinin ancak % 32.4'ünün sağlık ocağında yapılan hizmetler konusunda yeterli bilgi sahibi oldukalın saptanmıştır (4). Sağlık ocağını kullanmama nedenleri arasında % 30.9'u "engeller", 0/ 51.0 diğer yanıtlardır (Tablo 8). Diğer yanıtlar için de % 14.2'sini sağlık ocağının uzaklığı % 60.7'si Ege Üniversitesi Sigorta Hastanesi ve özel Hekim kullanıldığı için "gereksinim duymama", % 25'1 ise "ocak personelinin başvurulara ilgi gösternemesi" gibi etmenleri belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerini kullanrnada en önemli etmenlerin sağlık örgütünün yakınlığı ve ulaşım olanakları yanısıra ücretsiz hizmet, ilgi gösterilmesi ve halkın laboratuvar hizmetleri istedikleri olduğu yapılan bu araştırmada da saptanmıştır (1).

## 6, Ailelerin Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri

Tablo 9 : Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde örneğe Çıkan Ailelerin Hemşire öğrencilerin Verdiği Hizmetten Memnun Olma Durumlan ve bu Hizmetten Beklentileri.

<u>Hemşirelik Hizmeti Giden Ev</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	78	31.1
Hayır	132	62.9
<u>Hemşirelik Hizmetinden Memnun Olma</u>		
Memnun	78	100.0
Memnun Değil		

<u>Hemşirelik Hizmetinden Beklentileri</u>	Sayı	Yüzde
Koruyucu hizmetler	33	17.1
Tedavi edici hizmetler	34	16.2
Sağlık eğitimi	79	37.6
Erken tanı	n	4.8
Diğer	14	6.7
Hemşirelik hizmetinden hiçbir beklentisi olmayan	37	17.6

öğrencilerin hemşirelik hizmeti verdikleri evlerden yalnızca % 31.1'1 örneğe çıkmıştır. örneğe çıkan ailelerin öğrenci hizmetinden çok yüksek düzeyde mumnun oldukları Tablo 9'da görülmektedir. 210 aile öğrenci gitsin veya gitmesin "evinize hemşire öğrenci geldiğinde ondan ne gibi hizmet beklentiniz vardır?" sorusuna öncelikle (% 37.6) sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler (% 17.1) ile tedavi edici hizmetler (% 16.2) yanıtını vermiştir. Aileler diğer yanıtlar arasında eve gelen hemşirelerden daha fazla ilgi, güler yüz, kendilerine değer verilmesi ve çocuk gelişimi (fizik-mental) hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarını istemektedir. Ailelerden % 17.6'sının ise hemşirelik hizmetinden hiçbir beklentisi olmadığı belirlenmiştir.

Ailelerin koruyucu hizmetler içinde öncelikle gereksinim duydukları "Sağlık Eğitimi" kapsamında, aşılammama nedenleri olan bilgi açığı ve güdüleme eksikliği alanlarında ebe ve hemşirelerin verecekleri hizmetler ülkemizde bağışıklama oranının' yükseltmede Önemli katkılar sağlayacaktır.

#### SONUÇ VE ÖNERİLER

Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde çocukların aşılama yüz' deleri oldukça yüksek düzeyde olmasına karşın, rapel aşılarda aşılama yüz' deleri düşük olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Çocukların aşılmmasına etki edebileceği düşünölen bağımsız değişkenlerin (oturulma bölge, çocuğun cinsiyeti, annenin çalışma durumu, ekonomik durum, ailenin çocuk sayısı) istatistiksel olarak bağışıklarına üzerinde olumsuz etkileri saptanmıştır. Bu, etki edebileceği düşünölen değişkenlerin üzerinde yürütölen Genişletilmiş Aşı Programlarının yürütölmesine bağlanabilir. Buna karşın annelerde okur-yazarlık oranının yüksek olması, ailenin sahip olduğu çocuk sayısının az olması, ekonomik düzeyin iyi olması gibi değişkenlerin çocuklarda aşılama yüzdelerini yükselttiği saptanmıştır (Tablo 2, Tablo 3).