

Konya'da çocukların aşılanma hızı ve ailenin aşı ile ilgili tutumu

Said Bodur¹, Nilgün Batan², Sinem Akdin²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi, Konya

Amaç: Çalışma, toplumumuzda çocukların aşılanma hızları ve ailelerin aşılanma ile ilgili tutumunu belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** 1997 yılında yapılan araştırmanın evreni Konya il merkezindeki 2-23 aylık çocuklar olup örneklem küme yöntemiyle belirlendi. Veriler gözlem ve anket yardımıyla toplandı. **Bulgular:** Annesiyle görüşülen 467 çocuğun % 79.9'u yaşına göre tam aşıları idi. Annelerin % 81.8'inin çocuklarını aşıya vaktinde götürdüğü belirlendi. Bir sonraki aşı randevusunu hatırlama hızı da benzerdi (% 82.3). Öğrenim ve ekonomik düzeyi düşük olanlar çocuklarını aşıya daha düzensiz götürmekteydi. Çocukların % 83.3'ünün aşı kartı vardı. Genç anneler diğerlerine göre aşı kartını daha yüksek sıklıkta saklamaktaydı. **Sonuç:** Konya il merkezinde bağışıklama hızı Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedeflerinin altındadır. İşsizliğin önlenmesinin, kadınların öğrenim düzeyinin yükseltilmesinin ve sağlık eğitiminin süreklilik kazanmasının aşılanma oranına olumlu etki yapacağı kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Bağışıklama, genişletilmiş bağışıklama programı, tutum, aile

Immunization rates of children in Konya and attitudes related to vaccination of their families

Objective: In this study, it was aimed to determine immunization rate of children and attitude of their families to vaccination. **Methods:** The survey was performed in 1997 in Konya. Population of research were children aged 2-23 months living in the center of Konya province. The sampling was determined by using cluster sample method. The data were obtained through interview with mothers and by checking vaccine cards. **Results:** 79.9% of the children was vaccinated in according to their ages. 81.8% of the mothers said that they took their children to health centers for vaccination and 82.3% of them was warned for next vaccination time. These rates were significantly low in the population who had lower income and education. The rate of the children who had vaccination card was 83.3%. Young mother kept vaccination cards more carefully (than those ones). **Conclusion:** The rate of immunization is lower than the objective of Expanded Program on Immunization in Konya. Preventing of unemployment, increasing of mothers' educational level and continuous health education may contribute to reach the aim of expanded program on immunization.

Key words: Immunization, expanded program on immunization, attitude, family

Genel Tıp Derg 1997;7(2):73-6.

Kamu eliyle yürütülen aşılanma çalışmalarına toplum katılımının sağlandığı oranda bağışıklama hızlarının yükseleceği bir gerçektir. Toplumumuzda çocukların aşılanma hızları tam olarak bilinmemektedir. Çünkü aşılanma hızları aşılanan çocuk sayısının önceki nüfus sayımına göre tahminen belirlenen hedef nüfusa oranlanmasıyla elde edilmektedir.

1990 yılında Dünyada 0-4 yaş arası 2.5-3 milyon çocuğun aşı ile önlenabilir hastalıklardan ölürken % 80'lik aşılanma hedeflerine ulaşıldığında bu sayının yarım

milyonun altına düşeceği hesaplanmıştır (1-3).

Aşı ile önlenebilen hastalıkların kontrolunda morbidite ve mortalite hızlarından yararlanır. Örneğin Türkiye'de 1995 yılında 13 binden fazla kızamık (yüzbinde 21) ve 15 kadar kızamıktan ölüm (milyonda 2) bildirilmişken, 1996 yılında bu hızlar sırasıyla yüzbinde 43 ve milyonda 4'e çıkmıştır (4-6). Oysa, gelişmiş ülkelerde kızamıktan ölüm hızı daha düşüktür (7). Türkiye'de etkin bir bağışıklama ile bebek ölüm hızının yaklaşık binde 45'den 27 dolayına düşeceği tahmin edilmiştir (4,8). Salgınların önlenmesi için ise riskli grubun % 70-80'inin aşılanması gerekmektedir (4,9).

Yazışma adresi: Doç.Dr.Said Bodur, S.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 42080 Konya

Türkiye’de bağışıklama çalışmaları Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) adı ile yürütülmektedir. Bu programın temel ilkesi “Aşı ile korunulabilir 6 hastalığın (tüberküloz, polio, boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık) morbidite ve mortalite hızlarının düşürülmesidir.” Bu amaçla bir bebeğin tam bağışık olabilmesi için en az 5 kez sağlık personeli ile karşılaşması gerekmektedir (4).

GBP’nin amacı, doğumdan başlayarak bebeklerin % 80’ini bağışıklamak ve bu sıklığı % 95’e çıkararak (6) aşıyla korunulabilir hastalıkların ortadan kaldırılmasını sağlamaktır.

Türkiye’de ulaşılan aşılama hızı 1994 yılı sonunda BCG için % 72, DBT-polio için % 81, kızamık için % 76’dır. Ancak aşılama hızları iller arasında büyük farklılıklar göstermektedir (10). Ayrıca Polio Eradikasyon Programı çerçevesinde polioya karşı aşılama hızı % 93’e çıkarılmıştır (5,10).

Son yıllarda difteri, boğmaca, polio ve kızamık vakalarında önemli azalmalar görülmekte ise de aşılama hızları gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarılamamıştır (3-5).

Çalışma toplumda çocukluk dönemi aşılama hızlarını saptamak ve ailelerin aşılama ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Çalışma kesitsel tipte bir saha araştırması olup 1997 yılı Mart ve Nisan aylarında Konya’da yapıldı. Araştırma evreni Konya il merkezinde yaşayan 2-23 aylık çocuklardı.

Örnek büyüklüğü, Türkiye’de tam aşıli bebek oranı (4) dikkate alınarak % 95 güven düzeyinde ve düzenleme etkisi 2 olacak şekilde formülle (11) hesaplandı (n=474). Örneklem sağlık evleri bazında ağırlıksız ve sistematik küme yöntemiyle belirlendi. Her kümede 25 olmak üzere toplam 475 çocuğa ulaşılması planlandı. Her kümenin başlangıç noktası sağlık evinin ev halkı tespit fişlerinden rasgele belirlendi. İlk evden itibaren kapı numaraları yönünde 2-23 aylık çocuk bulunan her eve uğrandı. Bu koşullarda görüşmeyi kabul etmeyen 8 ailenin yerine yedek alınmadı.

Bağımlı değişkenler aşıya vaktinde gitme, aşı kartını saklama, aşı randevusunu bilme ve yaşına göre tam aşıli olma durumudur. Bağımsız değişkenler olarak da baba mesleği, anne yaşı, anne mesleği, annenin öğrenim düzeyi, çocuğun cinsiyeti, yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, ölen kardeşinin olup olmadığı, ailenin kendi ifadesine göre ekonomik durumu alındı.

Bilgiler araştırma popülasyonu dışında 20 kişide ön testi yapılan 21 maddelik anket ve bilgi kayıt formu kullanarak toplandı. Aşılanma durumu, aşı kartı, annenin bilgisi ve BCG skarına bakarak belirlendi.

DBT ve polionun 1, 2 ve 3’üncü aşılı ve kızamık aşısı için bir aya; rapel aşı için iki aya kadar olan gecikmeler, **zamanında aşıli** olarak değerlendirildi. Anket üzerine işlenen ham veriler veri kodlama kağıtlarına, buradan bilgisayar ortamına aktarılarak “SPSS for Windows 6.0” programı yardımıyla incelendi. Değişkenler arası ilişkileri belirlemede ki-kare ve Fisher’in kesin ki-kare testlerinden yararlanıldı.

Bulgular

Görüşülen annelerin % 54.8’i 25-34 yaşlar arasında ve % 74.4’ü ilkokul mezunuydu. 25 yaş ve altındaki anneler arasında yüksek okulu bitirenler daha az (P=0.037), 35 yaş ve üzeri anneler arasında ise orta öğrenim görenler daha yüksek orandaydı (P=0.000).

Annelerin çoğu (% 92.5) ev hanımı, aşılanma durumları incelenen çocukların 218’i (% 46.7) kız, 249’u (% 53.3) erkekti (Tablo 1).

Tablo 1. Konya il merkezinde araştırmaya alınan çocukların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grubu	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde†	Sayı	Yüzde†	Sayı	Yüzde††
6 aydan küçük	43	52.4	39	47.6	82	17.6
6-11 ay	63	47.4	70	52.6	133	28.5
12-17 ay	43	45.7	51	54.3	94	20.0
18-23 ay	69	43.7	89	56.3	158	33.9
TOPLAM	218	46.7	249	53.3	467	100.0

†Satır yüzdesi. †† Kolon yüzdesi.

Yaşına göre aşıları tam olan çocuk sıklığının % 79.9 olduğu belirlendi.

Annelerinin ortalama % 81.8’i çocuğunu aşıya vaktinde götürdüğünü ifade etti. Aşıya vaktinde gidip gitmeme ile anne yaşı, anne mesleği, ölen çocuğunun olup olmaması ve çocuk sayısı arasında ilişki bulunamadı (P>0.05). Babası işsiz olan ve annesi öğrenim görmeyen çocukların aşıya vaktinde götürülme hızı (sırayla % 55.0 ve % 65.4) diğerlerine göre düşük bulundu (P<0.05).

Aşılamaya vaktinde gidememe gerekçesi olarak 136 annenin 71’i (% 52.2) çocuğunun hasta olmasını, diğerleri ihmal sebebiyle aşıya geç gittiklerini belirttiler. İhmal ile çocuğun cinsiyeti, ölen kardeşinin olup olmaması, annenin yaş ve öğrenim düzeyi arasında ilişki bulunamadı (P>0.05).

Aşıları devam eden çocukların annelerinin % 82.3'ü bir sonraki randevusunu biliyordu. Randevuyu bilip bilmemeyle çocuğun cinsiyeti, annenin yaşı, annenin mesleği ve çocuğun ölen kardeşinin olup olmaması arasında ilişki bulunamadı ($P > 0.05$). Diğer taraftan öğrenim görmeyen annelerin bir sonraki aşı tarihini daha az oranda bildiği ($P=0.004$) belirlendi (Tablo 2).

İlk kez sağlık ocağına aşıya giden her çocuk için düzenlenen ve aşıların bitimine kadar aile tarafından saklanması istenen aşı kartı çocukların 389'unda (% 83.3) vardı.

Tablo 2. Aşı randevusunu bilme ile annenin öğrenim durumu arasındaki ilişki

Öğrenim düzeyi:	Randevusunu				Toplam	
	Bilen		Bilmeyen			
	Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde ^{††}
Okur-yazar değil	13	56.5	10*	43.5	23	6.4
İlkokul	238	83.0	49	17.0	287	79.4
Orta ve lise	28	87.5	4	12.5	32	8.9
Yüksekokul	18	94.7	1	5.3	19	5.3
Toplam	297	82.3	64	17.7	361	100.0

* $\chi^2=13.16$, $sd=3$, $P=0.004$

[†]Satır yüzdesi; ^{††} Kolon yüzdesi

Aşı kartı bulunup bulunmaması ile annenin öğrenim düzeyi, çocuğun cinsiyeti, çocuğun ay olarak yaşı, ölen kardeşinin olup olmaması ve annenin mesleği arasında ilişki bulunamadı ($P > 0.05$). Ancak genç annelerde aşı kartını saklama oranı daha yüksekti ($P=0.035$) (Tablo 3).

Tablo 3. Anne yaşına göre aşı kartının bulunup bulunmaması.

Anne yaşı	Aşı kartı olan		Aşı kartı olmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde [†]	Sayı	Yüzde ^{††}
<20	29	93.5	2	6.5	31	6.6
20-24	119	89.5	14*	10.5	133	28.5
25-29	115	81.6	26	18.4	141	30.2
30-34	91	79.1	24	20.9	115	24.6
35 ve üzeri	35	74.5	12	25.5	47	10.1
Toplam	389	83.3	78	16.7	467	100.0

* $\chi^2=10.36$, $sd=4$, $P=0.035$

[†]Satır yüzdesi; ^{††} Kolon yüzdesi

Çocukların % 95.3'ünde BCG skarı vardı. Bu oran çocuğun cinsiyeti, annenin mesleği, annenin öğrenim durumu ve sosyoekonomik düzey ile değişmiyordu ($P > 0.05$).

Çocuklardan 30'unun (% 6.4), başta kızamık olmak üzere aşı ile korunulabilen hastalıklara yakalandığı öğrenildi.

Tartışma ve sonuç

Çocukların aşılama durumu ve ailenin aşılama ilişkini tutumunu belirlemek için görüşülen annelerin yaş gruplarına dağılımı, Türkiye'deki kadınların yaş gruplarına dağılımı ile uyumludur (12).

Görüşülen annelerin öğrenim düzeyi Türkiye ortalamasının üstünde, sahip olunan ortalama çocuk sayısı (2.3) da Türkiye ortalamasının altındadır. Yine beş ve daha fazla çocuğa sahip ailelerin oranı Türkiye genelinden düşüktür (13,14). Bu durum araştırma popülasyonunun il merkezinde yaşıyor olmasıyla açıklanabilir.

Konya il merkezinde çocukların yaşına göre bağışıklık hızı Türkiye genelinden (8) yüksektir. Bunda çalışmanın il merkezinde yapılmasının etkisi olabilir. Ancak, bu hız Genişletilmiş Bağışıklama Programının amaçları olan 'her aşı için % 90 bağışıklama' hedefinin altındadır (3,4).

Annelerin çoğu (% 82.0) çocuklarını aşıya vaktinde götürdüğünü ifade etmiştir. Anne yaşının, mesleğinin ve çocuk sayısının bu konuya etkili olmaması, büyük şehirde yaşama sebebiyle sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylığı ve yaşama biçimi benzerliği ile açıklanabilir. İşsiz aile reislerinin ve okuma-yazma bilmeyen annelerin çocukları aşıya vaktinde götürülme hızının daha düşük olması beklenen bir sonuçtur; çünkü öğrenim görmeme, sağlıkla ilgili birçok konuda olumsuz etkiye sahiptir (12).

Çocuğunu vaktinde aşıya götürmeyenlerin yarısının herhangi bir sebep göstermemesi, hâla aşılama gerekliliği önemi vermeyen bir kesimin varlığını göstermektedir.

Aşısı devam eden çocukların annelerinin bir sonraki randevu zamanını bilme oranının (% 82.3) aşıya vaktinde gittiğini ifade etme oranı ile aynı olması (Tablo 2), annelerin verdiği bilgilerin tutarlılığının bir göstergesidir. Öğrenim göremeyenlerin bir sonraki aşı randevusunu unutmaları ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların randevuyu daha iyi takip etmeleri, öğrenim ve sosyoekonomik sağlık olayları ile ilişkisi hakkında bilinenleri (12) desteklemektedir.

Aşı kartını kaybetme sıklığının düşük olması (Tablo 3) toplumun aşılama çalışmalarını benimsediğini gösterir. Bu duyarlılığın genç annelerde daha yüksek olması ülke genelindeki bulgularla uyumludur (12).

Konya il merkezinde BCG ile aşılama hızı (% 95.3) Türkiye genelinden (% 72) daha yüksektir (4). Bu durum aile tutumundan değil, yakın zamana kadar BCG aşısının doğumu takiben hastahane yapılmakta

oluşundan kaynaklanabilir. BCG aşılama hızının çocuk cinsiyeti, anne mesleği, annenin öğrenim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyden etkilenmemesi de bu görüşü desteklemektedir.

Çalışma popülasyonunda aşı ile önlenebilen hastalıkların görülme sıklığı (% 6.4) yüksek bulunmuştur. Oysa bu hastalıkların aynı grubunda Türkiye genelinde görülme hızı % 1'in altındadır (8). Türkiye genelinde bu hastalıkların bildirimindeki eksiklikler sebebiyle gerçek hız daha yüksek olabilir. Bunun bir sebebi de hastalık geçirme bilgisinin, annelerin ifadesine dayanmasıdır. Olasıdır ki, kızamıkçık vakaları anneler tarafından kızamık olarak ifade edilmiştir.

Sonuç olarak, toplumda çocuk aşılarını benimseme ve aşılatma oranları yüksek olup çocuğunu vaktinde aşıya götürmeyenlerin önemli bir gerekçeleri yoktur. Aşı ile ilgili randevuları, öğrenim görmeyenler ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar daha çok unutmaktadır. Bu bulgulara göre toplumda öğrenim ve ekonomik düzeyi yükseltilmeli, anne ve anne adaylarına bağışıklamanın önemi anlatılmalıdır.

Kaynaklar

1. Dirican R. Bağışıklama ve kemoproflaksi. İçinde: Dirican R, Bilgel N. Halk sağlığı (2.baskı). Bursa: Uludağ Üniversitesi Vakfı yayın no 70, 1993:311-34.

2. Ajjan N. Bağışıklama (Çev. Ed. Türkay FA). İstanbul: Pasteur Mérieux Serum ve Aşı San AŞ, 1995.
3. Grant J. Dünya çocuklarının durumu-1995. Ankara: UNICEF Türkiye Temsilciliği, 1995
4. Sağlık Bakanlığı. Çocuk sağlığı programları kitabı (6.baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset, 1995.
5. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 1994-95. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayın no 577, 1997.
6. The Ministry of Health of Turkey. Country health report 1997. Ankara: Aydoğdu Ofset, 1997.
7. World Health Organization. World health statistics annual. Geneva: WHO pub, 1995.
8. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri 1995. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü Basımevi, 1996.
9. Kılıçturgay K. İmmunolojiye giriş. Ankara: Yargıçoğlu matbaası, 1987.
10. Sağlık Bakanlığı. Ulusal aşı günleri. Ankara: Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.2.1997 tarih ve 1798 sayılı genelgesi, 1997.
11. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: WHO Pub, 1991.
12. Sağlık Bakanlığı-Hacettepe Üniversitesi ve DHS. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 1993. Ankara, 1994.
13. TC Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı. Türkiye'de anne ve çocukların durum analizi 1996. Ankara: Pelin Ofset, 1996.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü. İstatistiklerle Türkiye 1996. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü yayın no 1984, 1997.