

Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARINA VERİLEN AŞI TEREDDÜDÜNE YÖNELİK MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNE DAYANAN EĞİTİM MÜDAHALESİNİN ETKİNLİĞİ

Dr. MERVE AKARSU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL – 2020



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARINA VERİLEN AŞI TEREDDÜDÜNE YÖNELİK MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNE DAYANAN EĞİTİM MÜDAHALESİNİN ETKİNLİĞİ

Dr. MERVE AKARSU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL – 2020

ÖNSÖZ

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, deneyimini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Serap ÇİFÇİLİ ve öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, Eğitim ASM ve klinikteki sağlık çalışanlarına,

Tez hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen, uzmanlık eğitimim boyunca pek çok konuda destek aldığım ve çözüm süreçlerime yardımcı olan biricik eş kıdemim Dr. Birsel ZENGİN'e,

Eğitim programına destek veren, bilgilerini ve düşüncelerini paylaşan değerli Psikolog Uğur SALMAN'a,

Tezim için veri toplarken çok yardımcı olan değerli simüle hastam Selin YÖN'e,

Çok uzaklarda bile olsa sürekli yanımda hissettiğim, zorlukları paylaştığım, en büyük destekçim, değerli biliminsanı ve sevgili eşim Dr. Alejandro MATA GOMEZ'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Merve AKARSU

11/2020

ÖZET

Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Verilen Aşı Tereddüdüne Yönelik Motivasyonel Görüşme Tekniğine Dayanan Eğitim Müdahalesinin Etkinliği

Giriş ve Amaç: Aşı kararsız ebeveynlerin sayısının artması nedeniyle, bebeklerin aşı alımını arttırmak için yeni ve etkili aşılama teşvik stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin aşı tereddüdü/reddi yaşayan ailelerle yaptığı motivasyonel görüşmelerin (MG), ebeveynlerin çocuklarını aşılatma motivasyonunu artırmaya yardımcı olabileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmada, aile sağlığı merkezi çalışanlarına ve aile hekimlerine verilen MG tekniğine dayanan bir eğitim müdahalesinin, sağlık profesyonellerinin öz yeterliliğine etkisinin ve bilgi-tutum değişikliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kontrollü eğitim müdahalesi olarak planlanan araştırmada, müdahale grubuna (M) çocukluk döneminde aşılama ve MG tekniği hakkında bilgi içeren eğitim oturumu düzenlenmiştir. Kontrol grubuna (K) aşıyla ilgili kuşkuların yer aldığı ve onlara karşılık bilimsel gerçeklerin sunulduğu ve ebeveynlerle paylaşabilecekleri broşür gönderilmiştir. Bir ay içerisinde her iki gruba standardize hasta görüşmesi planlanmış ve katılımcıların görüşmede MG tekniğini kullanmaları istenmiştir. Bağışıklama konusunda katılımcıların MG bilgi ve becerilerini değerlendirmek için hazırlanan Motivasyonel Görüşme Becerileri Formu üç temel alanı kapsamaktadır; MG bilgisi, katılımcının MG kullanımında kendine güveni ve MG uygulama becerisi. Form içeriklerinin geçerliliği araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılara formlar iletilip tekrar toplanmış ve standardize hasta görüşmesi sırasında beceri değerlendirme formu görüşme izlenerek araştırıcı tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya kriterleri sağlayan 93 sağlık çalışanı katılmıştır. Ancak araştırmadan çekilenler veya ulaşılamayanlar çıkarıldığında, 75 (K=33, M=42) kişiyle çalışma tamamlanmıştır. Araştırma sonucunda müdahale grubunda kontrol grubuna oranla öz yeterlilik artışı daha yüksek bulunmuştur. Müdahale grubunun MG bilgi testi

puan ortalaması (11,24) Kontrol grubuna (9,12) göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır ($p<0,001$). Özgüven puanlamasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Standardize hasta görüşmesi sırasında araştırıcılar tarafından hazırlanan beceri değerlendirme formu görüşme izlenerek doldurulmuş, müdahale grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre daha sıklıkla bu becerileri yapabildikleri gözlenmiştir ($p<0,05$). Öte yandan, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olmakla birlikte "Otoriter olmamak", "Strateji değişikliği yapmak", "Bilgi vermeden önce danışandan izin almak" ve "Planlama yapmak" maddelerinde müdahale grubunun yarısından daha azının yeterli olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmayla, sağlık hizmet sunucularının aşı kararsız ebeveynlerle görüşmelerine yardımcı olmak için MG tekniği eğitimi almasının bilgi, beceri ve öz yeterliliğe olumlu etkide bulunabildiği gösterilmiştir. İyi entegre edilmiş ve tamamlayıcı yaklaşımlar, aşılamanın teşvik edilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddüdü, aşı reddi, motivasyonel görüşme

İNGİLİZCE ÖZET (Abstract)

Effectiveness of Educational Intervention Based On Motivational Interview Technique For Vaccine Hesitation Given To Health Professionals in Family Health Center

Introduction and Aim: Due to the increasing number of vaccine-hesitant parents, new and effective vaccination promotion strategies need to be developed to improve the vaccine coverage of infants. In the studies conducted, it was stated that the motivational interviews (MI) made by health professionals with families experiencing vaccination hesitation/refusal can help increase the motivation of parents to vaccinate their children. In this study, it was aimed to evaluate the effect of MI based educational intervention for family health center workers and family physicians on self-efficacy and knowledge-attitude change.

Methods: In the study, which was planned as a controlled education intervention, an education session including information about childhood vaccination and MI technique was organized for the intervention group. A leaflet was sent to the control group, which included doubts about the vaccine and presented scientific facts in response to them and that could be shared with the parents. A standardized patient interview was planned within one month and the participants were asked to their use MI technique. Motivational Interviewing Skills prepared to evaluate the MI knowledge and skills of the participants on immunization, covers three main areas; knowledge of MI, participant's confidence in using MI and ability to practice MI. The validity of the questionnaire contents was evaluated by the researchers. Forms were sent to all participants and collected later. During the standardized patient interview, the skill assessment form was followed and filled out by the researcher.

Results: Data of only 75 participants were analyzed due to lack of follow up and exclusion reasons among the 93 participants who took part in the study. As a result of the research, the increase in self-efficacy was found to be higher in the intervention group than in the control group. The mean score of MI knowledge test of the

intervention group (11,24) was significantly higher($p < 0,001$) than the control group (9,12). There was no significant difference in self-confidence scores.
The form prepared by the researchers was used to evaluate the ability to apply MI technique. It was observed that the participants in the intervention group were able to perform these skills more frequently than the control group ($p < 0.05$). On the other hand, less than half of the intervention group succesfully applied the items "Not being authoritarian", "Making strategy changes", "Getting permission from the client before giving information" and "Planning".

Conclusion: In this study, it has been shown that training MI to help healthcare providers using with vaccine hesitant parents can have a positive effect on knowledge, skills and self-efficacy. Well integrated and complementary approaches can help promote vaccination.

Key words: Vaccine hesitancy, vaccine refusal, motivational interview, vaccine coverage

İÇİNDEKİLER

sayfalar

ÖNSÖZ..... i
ÖZET..... ii
ABSTRACT..... iv
İÇİNDEKİLER..... vi
SİMGELER VE KISALTMALAR..... viii
TABLO LİSTESİ ix
ŞEKİL LİSTESİ..... x
GRAFİK LİSTESİ..... xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ..... 1
2. GENEL BİLGİLER..... 3
2.1. Aşılama..... 3
2.1.1. Aşının kısa tarihi..... 3
2.1.2. Türkiye'de aşı uygulamaları..... 4
2.2. Aşı Reddi..... 8
2.2.1. Türkiye'de aşı reddi..... 9
2.3. Motivasyonel Görüşme Tekniği..... 11
2.3.1. Motivasyonel görüşme tekniğinin ilkeleri..... 11
2.3.2. Motivasyonel görüşme uygulaması..... 13
2.3.3. Uygulama alanları..... 13
2.3.4. Motivasyonel görüşme tekniği kullanımının avantajları..... 13
2.3.5. Aşı kararsızlığında motivasyonel görüşme kullanımı..... 14
2.4. Aşı Kararsızlığında Birinci Basamağın Rolü..... 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 16
3.1. Araştırmanın Tipi..... 16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 16
3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri..... 16
3.2.2. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri..... 16
3.3. Müdahale..... 17
3.4. Veri Toplama Araçları..... 19

3.5. Verilerin Toplanması..... 20
3.6. Verilerin Analizi..... 21
3.7. Etik Kurul Onayı ve Çalışma Süresi..... 21
4. BULGULAR..... 22
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri..... 22
4.2. Katılımcıların Aşılama ile İlgili Bilgi Kaynakları ve Aşılama Hakkındaki Düşünceleri..... 24
4.3. Katılımcıların Hizmet Sundukları Aileler Arasında Aşı Tereddüdü Sıklığı ve Aşı Tereddüdü Nedenleri..... 25
4.4. Katılımcıların Aşı Tereddüdü Olan Ailelere Yaklaşımları..... 26
4.5. Katılımcıların MG ile İlgili Deneyimleri..... 27
4.6. Müdahale Sonrası Karşılaştırmalı Analizler..... 27
4.6.1. Müdahale öncesi ve sonrası öz yeterlilik karşılaştırması..... 27
4.6.2. Müdahale sonrasında grupların öz yeterliliklerinin karşılaştırılması..... 31
4.6.3. Müdahale sonrasında grupların bilgi ve özgüven testleri skorlarının karşılaştırması..... 32
4.6.4. MG uygulama becerisi..... 32
5. TARTIŞMA..... 34
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları..... 39
5.2. Araştırmanın Zayıf Yanları..... 39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... 41
7. KAYNAKLAR..... 42
8. EKLER..... 50
8.1. EK 1: Ön-test..... 50
8.2. EK 2: MG Bilgi Testi..... 55
8.3. EK 3: MG Özgüven Skalası..... 58
8.4. EK 4: MG Beceri Formu..... 59
8.5. EK 5: Broşür..... 60
8.6. EK 6: Etik Kurul Onayı..... 65
8.7. EK 7: Gönüllü Olma Formu…..... 66
9. ÖZGEÇMİŞ..... 67

SİMGELER VE KISALTMALAR

AH	Aile Hekimi
AHU	Aile Hekimliği Uzmanı
ASÇ	Aile Sağlığı Çalışanları
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DBT	Difteri-Boğmaca-Tetanoz
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E-ASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
Hib	Haemophilus influenzae tip b
K	Kontrol grubu
KKK	Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
M	Müdahale grubu
MG	Motivasyonel Görüşme
n	Sayı
%	Yüzde

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelikleri-1

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelikleri-2

Tablo 3. Katılımcıların aşılama ile ilgili bilgi kaynakları

Tablo 4. Hizmet verilen ailelerin aşı tereddüdü/reddi oranlarının karşılaştırılması

Tablo 5. Ailelerin aşı tereddüdü/reddi nedenleri

Tablo 6. Sağlık hizmeti sunucularının aileleri aşılama ile ilgili bilgilendirme kaynağı

Tablo 7. Kontrol grubunun müdahale öncesi-sonrası öz yeterliliklerinin karşılaştırılması

Tablo 8. Müdahale sonrası müdahale ve kontrol grubunun öz yeterliliklerinin karşılaştırılması

Tablo 9. Müdahale ve kontrol grubunun MG bilgi ve özgüven puanlarının karşılaştırılması

Tablo 10. Müdahale ve kontrol grubunun MG beceri uygulamalarının karşılaştırması

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. T.C. Sağlık Bakanlığı aşı takvimi

Şekil 2. TNSA 2018 aşılama verileri

Şekil 3. Aşı ile önlenebilir hastalıkların Türkiye'deki insidansı

Şekil 4. Ülkemizde yıllara göre aşı reddi artış grafiği

Şekil 5. Eğitim programı

Şekil 6. Müdahale süreci

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Katılımcıların aşı konusundaki tereddüt oranı

Grafik 2. MG konusunda bilgili olma

Grafik 3. Aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma

Grafik 4. Ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama

Grafik 5. Aileleri yönlendirebilme

Grafik 6. Aşılarla ilgili yeterli bilgilendirme yapma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılama hizmetlerinin hedefi, toplumda aşıyla önlenebilir hastalıkların meydana gelmesinin engellenmesi ve böylece bu hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların ve ölümlerin önüne geçilmesidir (1).

Aşılar, tıp dünyasının enfeksiyonlar ile mücadelesinde önemli buluşlardan biri olmasına karşın tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artan bir şekilde tartışılmakta, aşı etkinliği ve güvenliği konusunda kararsız olan ebeveyn sayısı giderek artmaktadır. Ülkemizde aşılama oranı 2016 yılında %98 olup, bu oran 2018 yılında %96'ya kadar düşmüştür (2). Uzmanlar aşı reddi sayılarının 50.000'e ulaşması halinde bir salgın meydana gelmesinin şaşırtıcı olmadığını söylemektedir (3).

Aşı karşıtlığı ile savaşırken bu davranışın nedenleri araştırılmalı ve toplum çapında aşı alımını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Araştırmaların sonuçları uyarınca bu soruna çözüm önerilerinin getirilmesi esastır (3). Yapılan çalışmalarda, aşı konusundaki tereddütleri gidermekte, sağlık hizmeti sunucuları ile aşı uygulanacak kişilerin ya da ebeveynlerin iyi bir iletişim kurmalarının ve güven sağlamalarının oldukça önemli olduğu görülmektedir (4).

Sağlık alanında istendik davranışların geliştirilmesi amacı ile Motivasyonel Görüşme (MG) tekniğinin kullanılmasının, danışanın öz yeterliliğini artırarak tedaviye uyum ve diğer olumlu davranışların sürdürülmesine oldukça katkı sağladığı bildirilmiştir (5). Sağlık hizmeti sunucuları, etkinliği birçok çalışmayla kanıtlanmış olan MG tekniğini, bilgi ve deneyimlerini artırarak, davranış değişikliği beklenen hemen her alanda rahatlıkla uygulayabilirler (6-9).

Aşı tereddüdü yaşayan ailelerle yapılan görüşmelerde sağlık hizmeti sunucularının MG tekniği kullanmalarının, ebeveynlerin çocuklarını aşılatma motivasyonunu arttırdığına yönelik yayınlar bulunmaktadır (10-12). Ancak yapılan literatür taramasında, ülkemizde sağlık hizmeti sunucuları ya da aşı kararsız ebeveynlerle MG yöntemi kullanılarak yapılmış aşı tereddüdü çalışmasına rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerine (AH) ve aile sağlık çalışanlarına (ASÇ) verilen aşı kararsızlığına yönelik MG tekniği eğitiminin, sağlık çalışanlarının öz yeterliliğine ve bilgi-tutum değişikliğine yönelik etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aşılama

Aşı ‘‘belirli bir hastalığa karşı bağışıklığı arttıran biyolojik ürün’’ şeklinde tanımlanmaktadır (13).

Aşılama, zayıflatılmış virüs/bakterilerin ya da bunların antijenik parçalarının vücuda çeşitli yollarla verilerek immün yanıt oluşturulmasıyla gerçekleşir. Aşı bireysel bağışıklanmayı sağlamasının yanında, aşılanmamış kişilerin hastalık etkeni ile karşılaşma olasılığını da düşürür. Böylece toplumda o hastalığın görülme hızının azalmasına yardımcı olur ve bu etki toplumsal bağışıklık olarak adlandırılır. Böylece morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışının engellenmesi ya da zarar verme oranının azaltılması hedeflenir (14).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün raporuna göre; küresel bağışıklamanın yılda yaklaşık 3 milyon ölümü engellediği ve bağışıklama oranları istenen düzeye çıkarıldığı durumda yılda 1,5 milyon kadar daha ölümün engellenebileceği belirtilmektedir (15).

Aşılama programları enfeksiyonlarla mücadelede maliyet etkin en iyi yöntemdir (16).

2.1.1. Aşının kısa tarihi

Çin’de 15. yüzyılda variyolasyon yönteminin kullanılması, aşılamaya dair ilk kayıtlardandır. Variyolasyon, sağlıklı kişileri çiçek hastalarından alınan örneklerdeki çiçek virüsüyle enfekte etme yöntemi olup o yıllarda sıklıkla bu yönteme başvurulmaktaydı. Ancak alıcıda ciddi hastalık oluşturma, çiçek hastalığını yayma veya ölüm gibi sonuçlara yol açabiliyordu (17).

Edward Jenner (1749-1823) ise çiçek hastalığına yönelik çalışmalarında vaksinasyon yöntemini geliştirmiştir. Bu yöntemle bağışık olmayan kişinin kol ya da

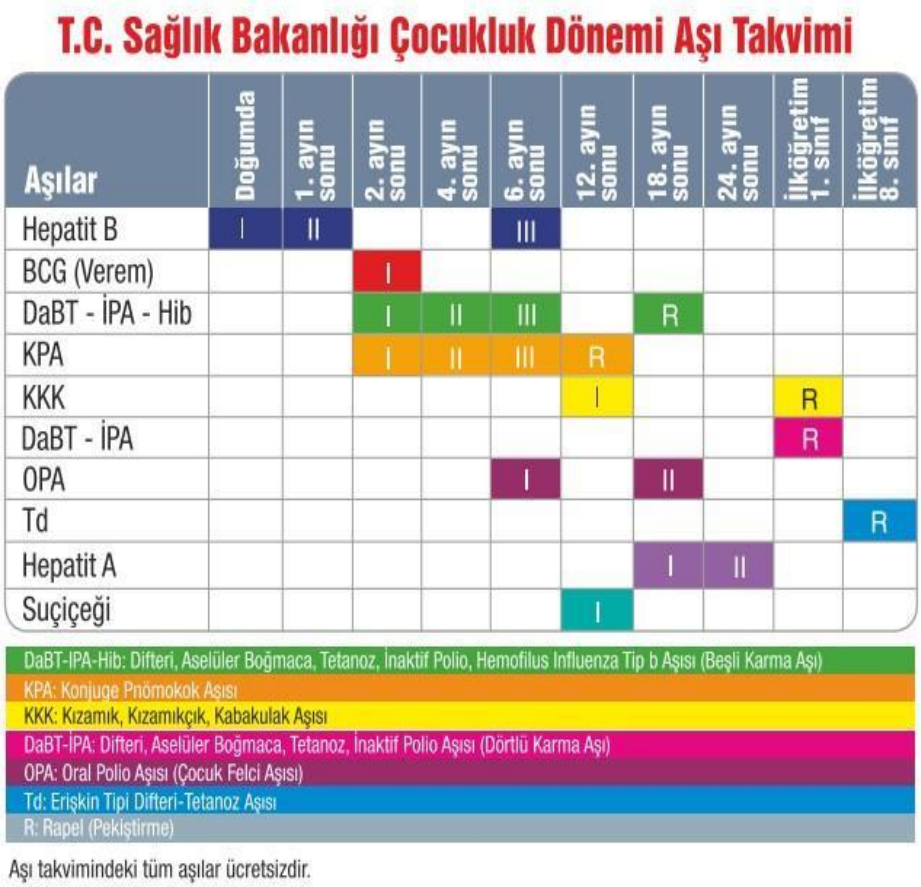
bacaklarına açılan yaralarla çiçek hastalarının olgunlaşmamış püstüllerinden alınan örnekler deri altına verilmiş ve o kişinin çiçek hastalığına karşı korunmasını sağlamıştır (18). İlerleyen yıllarda ise mikroorganizma-hastalık ilişkisi bulunmuş ve çeşitli uygulamaların bilimsel temeli oluşturulmuştur. Sonrasında virülansı düşürülmüş mikroorganizmalarla aşılanmanın sağlandığı Pasteur tarafından keşfedilmiş ve çalışmalar bu alana kaymıştır. Difteri, tetanoz, tüberküloz aşıları üretilmiş, sonraki yıllarda ise viral aşılar üretilmeye başlanmıştır (19).

2.1.2. Türkiye'de aşı uygulamaları

Coğrafyamız düşünüldüğünde, aşılamanın ilk olarak Osmanlı döneminde başladığı bilinmektedir. Bu dönemde çiçek aşısı ve sonrasında kuduz, tifo, tifüs aşıları üretilmiştir. Yeni Türkiye'de bu çalışmalara devam edilmiş; verem, influenza ve kuru BCG aşısı üretimi yapılmıştır (20).

İlk olarak çiçek hastalığına yönelik bağışıklama programı başlatan DSÖ, 1974 yılında difteri, boğmaca, tetanos, kızamık, tüberküloz ve poliomiyelit etkenlerine yönelik mücadeleyi kapsayan global bir Genişletilmiş Bağışıklama Programı oluşturmuştur (21). Türkiye bu programı 1981 yılında uygulamaya koymuştur. Program kapsamı 2013 yılında 13 hastalık etkenine karşı toplam 18 doz aşı olacak şekilde genişletilmiştir. Ülkemizdeki aşılama takvimine göre difteri, boğmaca, tetanos, kızamık, tüberküloz, poliomiyelit, hepatit B, kızamıkçık, kabakulak, pnömokok ve H. influenzae Tip b enfeksiyonları, hepatit A ve suçiçeği hastalıklarına karşı ücretsiz olarak tüm çocukların aşılanması hedeflenmektedir (22).

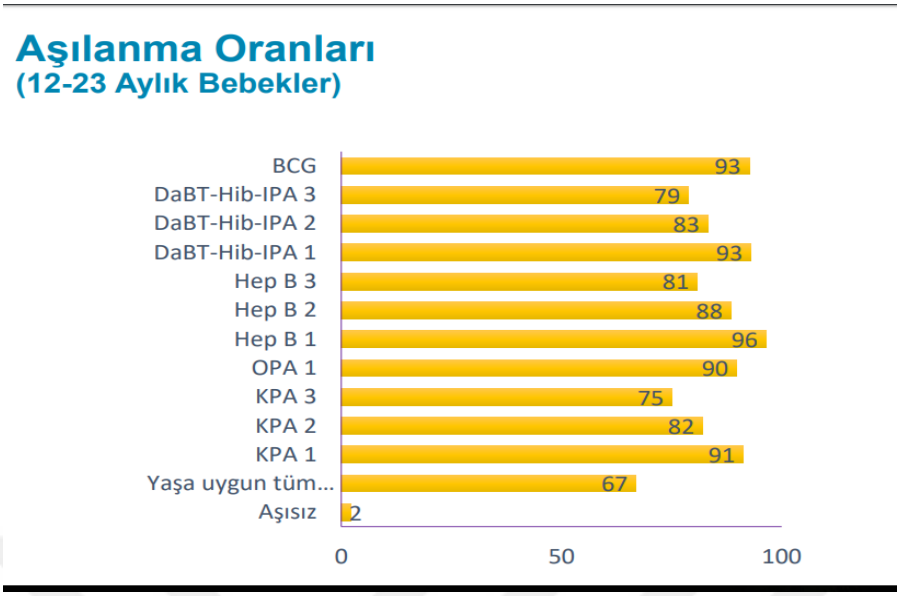
Ülkemizdeki her bebek ve çocuğa uygulanan aşı takvimi Şekil 1'de verilmiştir (1).



Şekil 1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi.*

DSÖ, etkin aşılama programı sayesinde ülkemizin 2002 yılında polio, 2009 yılında maternal ve neonatal tetanozdan arındırılmış olduğunu açıklamıştır (1,23).

Türkiye'de aşılama oranları Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile değerlendirilmektedir. En son yayınlanan 2018 yılı TNSA verilerinden alınan aşılanma oranları aşağıda gösterilmektedir (24). Bu bilgiler 2015-2018 yıllarında doğan tüm çocuklar için toplanmıştır.



Şekil 2. *TNSA 2018 aşılama verileri.*

Ülkemizde aşıyla önlenebilir hastalıkların durumunu en güncel olarak 2020 temmuz ayında DSÖ'nün paylaştığı veriler göstermektedir. Bu veriler ışığında 1980-2019 yılları arasındaki aşıyla önlenebilir hastalıkların insidansı Şekil 3'te gösterilmiştir (25). Bulaşıcı hastalıkların görülme hızlarında belirgin azalma göze çarpmaktadır. 2013 yılında kızamık insidansında bir miktar artış meydana gelmiş olsa da ek aşılama yapılarak bu oran tekrar düşürülmüştür.

Diseases	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1995	1990	1985	1980
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	4	4	6	4	20	145	86
Japanese encephalitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Measles	2904	716	84	9	342	565	7405	349	111	7	4	0	3	34	6200	8927	5844	7823	30509	16244	16329	27120	13544	11372	14695	8618
Mumps	476	464	419	544	322	457	597	834	11609	11525	21180	9514	16524	19726	19754	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertussis	60	207	85	22	322	68	33	18	242	48	11	17	63	57	272	389	255	193	182	510	222	429	347	454	2678	1520
Polio	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	32	24	88	182
Rubella	44	22	1	7	16	31	81	43	1734	64	97	139	644	11058	2245	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella (CRS)	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	-	0	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tetanus (neonatal)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	7	5	18	32	15	41	32	32	26	-	30	63	67	41	-
Tetanus (total)	18	-	25	16	8	13	15	11	24	25	12	19	19	28	51	37	58	48	56	38	-	60	63	123	113	48

Şekil 3. *Aşı ile önlenebilir hastalıkların Türkiye'deki insidansı.*

2.2. Aşı Reddi

Bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbiditesinde azalmaya neden olarak, halk sağlığına önemli katkıda bulunan aşılar gittikçe artan şekilde sorgulanmaktadır. Tüm tıbbi uygulamalarda olduğu gibi aşılamada da istenmeyen etkiler nadiren de olsa meydana gelebilmektedir. Bu etkiler, aşıların yararlarından daha fazla gündeme getirilmiş ve bazı hastalıklar aşılarla ilişkilendirilmiştir.

Aşı karşıtı düşüncelerin temelinin 1850'li yıllarda atıldığı söylenebilir. Bu dönemde İngiltere'de yaşayan bir din bilgini, insanların tanrı tarafından hastalıklarla cezalandırıldığını; bu nedenle de hastalıkları engellemeye çalışmanın, tanrının işine karışmak olduğunu öne sürmüş ve aşılama girişimlerini şeytana uymak olarak adlandırmıştır. 1853 yılında ise çocukların zorunlu olarak aşılanmasının insan haklarına aykırı olduğu iddia edilmiştir. İngiltere'deki aşı karşıtı hareketleri Amerika'da Anti-Aşı Derneği'nin kurulması ve Brezilya'da aşılara karşı direniş hareketinin başlaması takip etmiştir (26,27).

Günümüzde ise aynı temele dayanan aşı karşıtı söylevler internetin etkisiyle daha çok karşımıza çıkmaya başlamıştır. DSÖ ise aşı karşıtlığını dünyayı tehdit eden bir kriz olarak nitelendirip 2012 yılında "Aşı Tereddüdü Çalışma Grubu"nu oluşturmuştur. Komisyonun hazırladığı rapora göre ise "aşı tereddüdü, aşıya ulaşılabilirlik mümkün olduğu halde, bazı aşıların uygulanmasını kabul etmede gecikme ya da bazı aşıların uygulanmasına izin vermeme; aşı reddi ise hiçbir aşıyı yaptırmama durumu" olarak tanımlanmıştır (28). Çok çeşitli faktörlerin birleşmesiyle oluşan bu kavramlar, aşı uygulamalarının sürekliliğini ve etkinliğini sekteye uğratmaktadır (29).

2.2.1. Türkiye'de aşı reddi

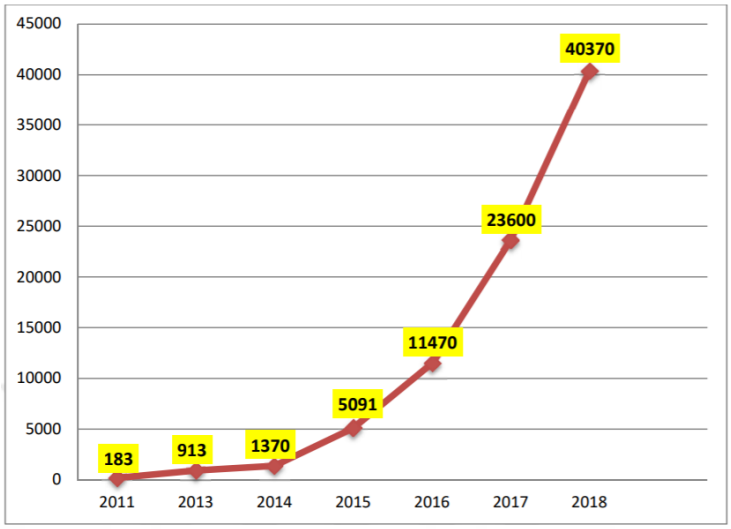
Aşılarla ilgili tartışmalar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uzun süre gündemde kalmayı başarmıştır. Ancak ülkemizde aşı karşıtı düşüncelerin yaygınlaşmasının diğer ülkelere nazaran daha yakın zamanda gerçekleştiği söylenebilir.

Ülkemiz için konuşulursa; 2007 yılı öncesinde yaklaşık %75 olan aşılama oranlarının, 2007 yılı ve sonrasında her bir aşı türü için %95'in üzerine çıktığı görülmüştür (2). Önceki dönemlere ait kayıt sistemindeki yetersizlikler, mevzuata dayalı önlemlerin ve sağlık hizmeti sunucularına yönelik yaptırımların yetersiz olması gibi etmenler, düşük aşılama oranlarından sorumlu olabilir. Bu bağlamda aşıya erişim güçlüğü nedeniyle ortaya çıkan bu düşük oran aşı reddi olarak düşünülmemelidir (30).

2015 yılında Aile Sağlık ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Ordu'da yaşayan bir savcının bebeklerine aşı yapılmasını istememesi üzerine çocuklar için sağlık tedbiri davası açmış, böylece aşı reddi konusu da tekrar ülke gündemine gelmiştir.

Aile Sağlık ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü bebekleri ''korunma ihtiyacı olan çocuklar'' kapsamında değerlendirmiş ancak baba, bu duruma yönelik bireysel hak ihlali yapılması ve onam alma zorunluluğu getirilmesi isteği ile karşı dava açmıştır. Babanın davayı kazanması ''İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi'' olarak medyada geniş yer tutmuştur (31). Bu olayın, çocuğuna aşı yaptırmayı kabul etmeyen aile sayısının artışa geçmesine önemli bir katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde aşı ret formu imzalayan aile sayısının yıllara göre değişimi aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (32).



***Şekil 4**. Ülkemizde yıllara göre aşı reddi artış grafiği.*

Ülkemizde aşı karşıtı kişilerin savunduğu düşünceler, dünyadaki diğer toplumlar ile paralellik göstermekte olup şu şekilde sıralanmaktadır:

• Aşılar cıva, alüminyum, eter gibi birçok kimyasal madde içerir ve bunlar otizme ve birçok otoimmün hastalığa neden olur.

• Aşıların çok ciddi yan etkileri vardır (ateş, anafilaksi...).

• Yurtdışında üretilen aşıların güvenilirliği yoktur ve aşı sektörü ilaç şirketlerinin çok büyük gelirler elde ettiği bir ticari pazardır.

• Çocukların bağışıklık sistemi daha tam gelişmemiştir ve aşılar bağışıklık sistemine zarar verir.

• Aşıların yerine hastalık geçirilerek daha iyi bir bağışıklık sağlanır.

• Aşılar kısırlığa neden olur.

• Aşıların gerçekten hastalıkları önlemede etkili olduğunu gösteren herhangi bir kanıt yoktur.

• Aşıların içeriğinde domuz ürünleri gibi helal olmayan ürünler bulunmaktadır.

• Tamamlayıcı/alternatif tıp hastalıklardan korunmada daha etkili ve güvenilirdir. (33-35)

Aşı karşıtı düşünceler çeşitli platformlarda, özellikle sosyal medyada, herhangi bir profesyonel onaylama aranmaksızın kolayca paylaşılmakta ve internet aracılığıyla geniş kitlelere yayılmaktadır. Bu durumun gittikçe tehlikeli hale gelmesi Sağlık Bakanlığı'nı ek önlemler almaya itmiştir. Ebeveynlerin kafalarındaki sorulara yanıt bulabileceği, aşılar hakkında genel bilgilerin bulunduğu ''Aşı Portalı'' adında bir web sitesi oluşturulmuştur (1).

2.3. Motivasyonel Görüşme Tekniği

Motivasyonel Görüşme (MG), danışanların içsel motivasyonunu ortaya çıkararak sorunlarını keşfetmelerine ve çözmelerine yardım eden, iş birliğine dayalı ve danışan merkezli bir görüşme tekniğidir (36). Başlangıçta Miller ve Rollnick tarafından alkol bağımlılığı olan kişiler için kısa süreli bir müdahale yöntemi olarak kullanılmıştır (37). Çeşitli sağlık problemlerinde, özellikle kronik sağlık sorunlarında, davranış değişikliği oluşturmada önemli bir alana sahiptir (7,38-41). Özellikle değişim için isteksiz olan ya da ambivalan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir (42).

2.3.1. Motivasyonel görüşme tekniğinin ilkeleri

MG tekniğinin temel ilkeleri aşağıda açıklanmaktadır (36).

1. Empati göstermek

Davranış değişikliği çok zor bir süreç olduğu için, empatiyi ifade edebilmek çok önemlidir. Kişileri yargılamayan, eleştirel bakış açısının tersine destekleyici ve saygı duyan bir yaklaşım tarzı benimsenir. Empati, şefkat ve anlayışı aktarır ve dünyayı danışanın gözünden görmeyi sağlar. Aynı zamanda onların düşünce ve duygularının farkında olmayı ve duyarlı olmayı da içerir. Empatiyi ifade etmek önemlidir çünkü bir danışan anlaşıldığını hissettiğinde, davranış değişikliği sürecini paylaşma olasılığı daha yüksektir (43).

Empatinin gösterilmesinde yansıtmalı dinleme şekli etkin bir biçimde kullanılmalıdır (42).

2. Çelişki geliştirmek

Danışanların mevcut davranışları ile istekleri ve değerleri arasında tutarsızlık açığa çıkarılarak danışanın bu çelişkileri görmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bir davranış kişisel hedeflerle çelişiyor olarak görüldüğünde, değişikliğin meydana gelmesi daha olasıdır. Burada tutarsızlığın geliştirilmesine yönelik yaklaşım, danışmanın danışana tutarsızlığın ne olduğunu ve bu konuda ne yapılması gerektiğini söylemesini değil, danışanın değişimin nedenlerini sunmasını sağlamaktır. Danışan endişelerini, değişimin nedenlerini ve değişme niyetini danışmandan daha çok dile getirmelidir (44).

3. Direnci çözmek

Direnç, değişim aşamasında beklenen bir süreçtir. Bireylerin direnç göstermesi değişime karşı olduklarını göstermez. Danışan ile danışman bir mücadele içinde olmamalıdır, çünkü MG kazanmak ya da kaybetmekle ilgili değildir. Danışmanın amacı, danışana değişim yönünde yeni bir bakış açısı kazandırmaktır (45). Danışan aktif olarak problem çözme sürecine dahil edilmelidir.

4. Öz yeterliliği desteklemek

Öz yeterlilik algısı, kişinin sorumluluklarını yerine getirme ya da başarmaya yönelik kendine olan inancını ifade eder. Değişim sorumluluğu bireyin tamamen kendisine aittir ve danışman burada değişim sürecini kolaylaştırır. Ancak danışanın değişime yönelik hiçbir isteği veya çabası yoksa değişim gerçekleşemez. Bu nedenle MG seansındaki önemli nokta, danışanların özgüvenlerinin arttırılmasıyla değişimin zorluklarını aşabileceklerine inanmalarının sağlanmasıdır (36).

2.3.2. Motivasyonel görüşme uygulaması

İlk fazlarda istenen yönde davranış değişikliğine yönelik danışanların motivasyonlarını arttırmaya odaklanılır. Bu süreçte MG'nin dört temel ilkesi olan empati gösterme, çelişki geliştirme, direnci çözme ve öz yeterliliği destekleme kullanılır (36).

MG'nin temeli iş birliği, kabullenme, şefkat ve çağrışıma dayanır. Amaç, danışanı yargılayıcı olmayan, saygılı bir atmosferde, danışanı iş birliğine dahil etmektir (45).

MG tekniği beş temel iletişim becerisini içerir:

1) Açık uçlu sorular sormak

2) Özetlemek

3) Yansıtıcı dinleme yapmak

4) Desteklemek

5)Yalnızca danışan tarafından önceden izin verilmişse bilgi ve tavsiye vermek

2.3.3. Uygulama alanları

Alkol, sigara, uyuşturucu ve kumar bağımlılığında, diyetlerine uymakta zorluk çekenlerde, kilo verme sorunu olanlarda, bir konuda karar vermekte ve harekete geçmekte zorlananlarda, yaşam tarzı değişikliği yapmakta zorlananlarda, bulaşıcı hastalıklardan korunmada, suç işleme davranışını değiştirmede kullanılabilir (44-53).

2.3.4. Motivasyonel görüşme tekniği kullanımının avantajları

MG tekniği pratik, uygulaması ve öğrenmesi kolay, kısa süreli bir görüşme yöntemidir. Diğer terapi yöntemleriyle birlikte kullanılabilir. Kanıta dayalı bir metot

olması klinik uygulamada güvenilirliğini arttırmaktadır. Birbirinden farklı uygulama alanlarına sahip olması da yaygın olarak kullanılabileceğini göstermektedir (45).

2.3.5. Aşı kararsızlığında motivasyonel görüşme kullanımı

Aşılamayı reddeden ailelerle görüşmek sağlık çalışanları için oldukça zorlayıcı olabilir. Bu noktada, MG tekniği sağlık hizmeti sunucularına yeni bir kapı açmaktadır.

MG tekniği, danışan odaklı bir ilişkiyi ve daha da önemlisi, ebeveynlere, inançlarına saygı göstererek, bireysel bilgi düzeylerine yönelik cevaplar oluşturan özel bir oturumu teşvik eder (10,11,54). MG yaklaşımının kullanılması, aşılama hakkında saygılı ve empatik bir konuşma gerektirir; ebeveyn ile sağlık hizmeti sunucusu arasında güçlü bir ilişki kurulmasına yardımcı olur (54). MG becerileri, açık uçlu sorular sormayı, yansıtıcı dinlemeyi kullanmayı ve görüşülen kişinin ifadelerini onaylamayı ve özetlemeyi içerir. Bu tür beceriler, sağlık hizmeti sunucularının aktif olarak danışanları dinlediği ve ardından neyi iyi yaptıklarını vurgulayarak, ifadelerini onlara yansıttığı bir dinamikte kullanılır. Ebeveynler, yargılanmadan, endişelerini özgürce tartışabilir ve aşı hakkında sorular sorabilirler. Sağlık hizmeti sunucuları daha sonra ebeveynlerin aşı konusundaki endişelerini veya yanlış anlaşılmaları belirleyip ona yönelik bilgiler sağlayabilir (55).

Aşılamanın teşviki alanında halihazırda mevcut müdahalelerle karşılaştırıldığında, endişelerin hedeflenmesi ve buna yönelik bilgi sunulması, bu yaklaşımın en belirgin ayırt edici özellikleridir. Bu ayırt edici özellik, MG tekniğinin aşı tereddüdünü azaltmada ve aşı kapsamını iyileştirmede neden bu kadar olumlu sonuçlar verdiğini açıklayabilir (10,11,54,55). MG eğitim oturumu, ebeveynlerin bireysel ihtiyaçlarına ve çocuklarını aşılamayla ilgili endişelerine ve sorularına göre uyarlanır. Sağlık çalışanları, MG tekniklerini kullanarak bireylerin kendi kararsızlıklarını keşfetmelerine, değişim için kendi argümanlarını bulmalarına ve çocuklarını aşılama konusunda bilinçli kararları vermelerine yardımcı olur. Dahası,

MG kısa süreli bir müdahaledir ve sağlık çalışanları eğitildikten sonra günlük pratiklerine kolayca entegre edilebilir (56,57).

2.4. Aşı Kararsızlığında Birinci Basamağın Rolü

Bağışıklama hizmetleri, temel olarak aile sağlığı merkezlerinde yürütülen bir hizmettir. Aşılama, milyonlarca kişinin ölümünü engelleyen koruyucu sağlık önlemlerinden biri olduğundan, aşı kararsız ebeveynlerin endişelerini gidermek sağlık hizmeti sunucuları için bir öncelik olmalıdır.

MG, aşı kabulünü artırmada ve aşı tereddüdünü azaltmada etkili olduğu gösterilen güçlü bir araçtır. DSÖ'nün aşılama hizmeti verenlerin eğitimine entegre edilmesini tavsiye ettiği yeni ve iyi bir uygulamadır (57).

Ulaşım kolaylığı ve lohusa-bebek izlemleri gibi birinci basamağa özgü uygulamalar nedeniyle birinci basamakta ebeveynlerle sık sık karşılaşmak mümkün olmaktadır. Her karşılaşma aşılamayı konuşmak için bir fırsat olarak görülebilir. Bu bağlamda, çocukluk dönemi aşılamasını teşvik etmek amacı ile birinci basamakta çalışan AH ve ASÇ'lere MG yaklaşımına dayalı eğitim verilerek bir eğitim müdahale araştırması yapılması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yarı deneysel, kontrollü bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tuzla, Pendik, Kartal, Maltepe, Sultanbeyli ilçelerindeki ASM'lerde çalışan AH ve ASÇ'ler oluşturmaktadır (Totalde 1138 kişi). Örneklem alınmamıştır, evrenin tamamı araştırmaya davet edilmiş ve aşı kararsızlığına yönelik motivasyonel görüşme eğitimi almaya gönüllü kişiler müdahale grubu kapsamına alınmıştır. Eğitime katılmayı kabul etmeyen ancak kontrol grubunda yer almayı kabul eden Aile Hekimi ve ASÇ'ler kontrol grubunu oluşurmuştur.

3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

• ASM'de aktif çalışan Aile Hekimi ya da Aile Sağlığı Çalışanı olmak

• Gönüllü onam vermek

3.2.2. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

• Daha önce Motivasyonel Görüşme Tekniği eğitimi almış olanlar

• Standardize hasta görüşmesini tamamlamayan katılımcılar

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 42 sağlık çalışanı müdahale grubu, 33 sağlık çalışanı ise kontrol grubu olarak atanmıştır.

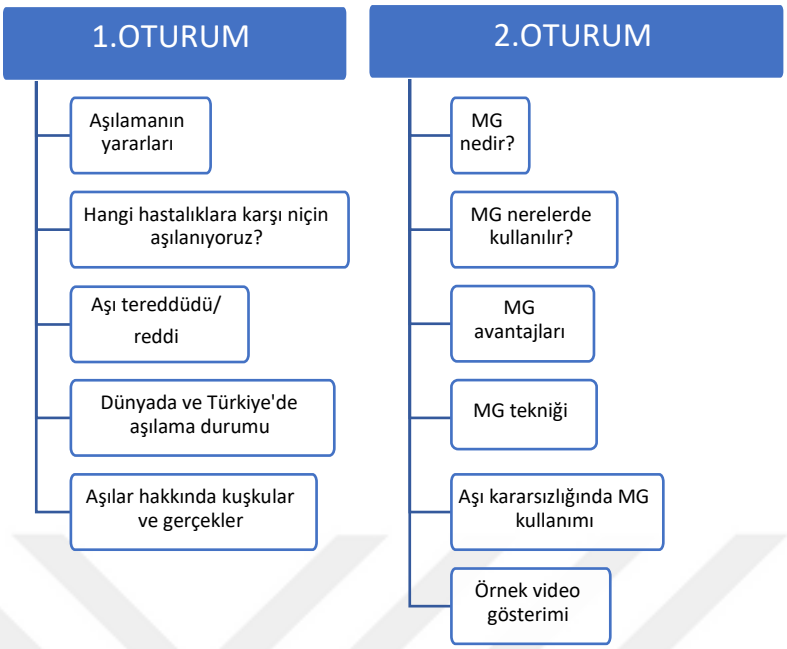
3.3. Müdahale

Aile Sağlığı Merkezleri çalışanları telefon, e-posta, ziyaretler ile çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden AH ve ASÇ'lerin iletişim bilgileri alınmıştır. Eğitime katılmayı kabul edenler ile iletişim kurularak 8-10 kişilik gruplarda çevrimiçi toplantı platformu (Zoom) üzerinden yapılan eğitimlere davet edilmişlerdir. Eğitici olarak araştırıcı, aile hekimliğinden davranışçı terapi eğitimi almış bir öğretim üyesi ve bir psikolog bulunmuştur. Araştırıcı Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi kursuna katılmıştır.

Eğitim programının öğrenme hedefleri oluşturulurken Bloom taksonomisinden yararlanılmıştır. Bloom Taksonomisi analiz, sentez ve değerlendirme yapma gibi becerileri hedefleyen eğitim programlarının oluşturulması ve uygulanmasına büyük katkı sağlamıştır (58,59). Bu bağlamda aşağıdaki öğrenim hedeflerini içeren bir eğitim tasarlanmıştır.

- ✓ Katılımcılar aşı kararsızlığının altında yatan nedenleri sıralayabilmeli
- ✓ Aşı kararsızlığına yol açan mitleri ve bunlarla ilişkili gerçekleri açıklayabilmeli
- ✓ MG tekniğinin özelliklerini sıralayabilmeli
- ✓ MG tekniğini aşı kararsız ebeveynle görüşmesinde kullanabilmelidir.

Eğitim oturumları, aşı kararsız ebeveynlerle yapılan görüşmeler temel alınarak tasarlanmıştır. Video gösteriminde aşı tereddüdü olan bir anne ile yapılan MG örneği kullanılmıştır. Eğitim yaklaşık 120 dakika sürmüştür. Katılımcılara soru sorma ve aktif katılma olanağı sağlanmıştır. Eğitim program içeriği Şekil-5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. *Eğitim programı.*

Öğrenim hedefine ulaşmak için MG tekniğinin özelliklerini içeren bir oturum ve beceri hedefine ulaşmak için aşı tereddütlü bir ebeveynle yapılan MG örneğinin video gösterimi yapılmıştır. Katılımcıların istedikleri zaman yararlanabilmeleri için kurs eğitim materyalleri e-mail aracılığıyla paylaşılmıştır.

- ✓ **Müdahalenin etkinliğinin değerlendirilmesi:**

Tüm katılımcılara eğitimi takiben 1 ay içerisinde 10 dakikalık standardize hasta görüşmesi düzenlenip MG tekniğini kullanmaları istenmiştir. Yüz yüze görüşmeye katılmak istemeyen sağlık çalışanları videokonferans uygulaması üzerinden davet edilip standardize hasta görüşmesi tamamlanmıştır. Görüşmeyi izleyen ve kaydeden araştırmacı tarafından MG beceri formu doldurulmuştur.

- ✓ **Standardize hasta eğitimi:**

Standardize hastalar araştırmacı tarafından eğitilmiştir. Araştırma ölçümleri öncesi 4 hekim ile standardize hastaların görüşmesi sağlanmıştır. Bu sırada araştırmacı video kaydı yaparak gözlem yapmış ve önerilerde bulunarak, standardize hastaların her katılımcı ile benzer tutum ile görüşmesi sağlanmıştır. Görüşmelerde 2 standardize hasta, 1 senaryo kullanılmıştır. Bu senaryo aşağıda özetlenmiştir:

Anne çocuğunun kızamık aşısı için ASM'ye çağrılır ancak aşı yaptırmak istemez. Otizm konusunda birkaç araştırma okuduğunu belirtir. Bebeğin daha önceki aşılarını yaptırmasına rağmen internetten okudukları ve çevreden duydukları onun endişelenmesine neden olmuştur. Bebeği prematüre doğduğu için ona özel ilgi göstermekte, anne sütü ve organik gıdalarla beslemektedir. Ayrıca aynı anda birden çok aşı vermenin bebeğinin bağışıklık sistemine ağır geleceğini ve daha çok yan etkiyle karşılaşabileceğini düşünmektedir. Şu an bebeğine iyi baktığını ve etrafında kızamık geçiren çocuk olmadığını, dolayısıyla en azından aşılamayı okul çağına kadar erteletebilirse bebeği için daha sağlıklı olacağını düşündüğünü belirtir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; araştırıcı, eğitimi düzenleyen Uzman Psikolog ve tez danışmanı anabilim dalı öğretim üyesi ile hazırlanan ve literatürde mevcut MIKAT'tan (Motivasyonel Görüşme Bilgi ve Tutum Testi) uyarlanan, katılımcıların MG tekniği bilgisi, güven düzeyi ve standardize hasta görüşmesinde MG kullanım becerisi ölçülmek üzere oluşturulan değerlendirme formları kullanılarak toplamıştır. Eğitimden önce tüm katılımcıların ön-testi doldurmaları istenmiştir.

Bu formlar aşağıda sıralanmıştır:

Ön-test (Ek 1): Katılımcıların demografik özelliklerinin, aşılama hakkında bilgilerinin, aşılama özgüveninin ve daha önce MG tekniği kullanıp

kullanmadıklarının sorulduğu; çoktan seçmeli, açık uçlu ve Likert tipi sorular içeren soru formu uygulanmıştır. Hazırlanan ilk soru formunun pilot çalışması yapılarak, soruların ve Likert tipi önermelerin anlaşılırlığı teyit edilmiştir.

Ön testte aşılama özgüvenini sorguladığımız 5 dereceli ölçeği olan Likert tipi 4 tutum sorusu eğitimden sonra tekrarlanmıştır.

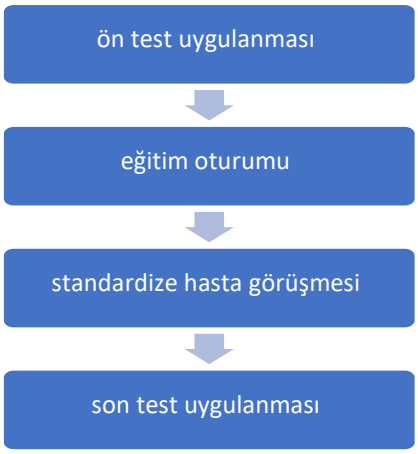
MG tekniği bilgisi testi (Ek 2): MG tekniği bilgilerinin sorulduğu 9 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Öncesinde psikolog ve psikiyatristlere ulaşılıp pilot uygulama yapılmıştır.

MG özgüven skalası (Ek 3): Katılımcıların MG yapabilme özgüveninin sorgulandığı 10 dereceli ölçeği olan Likert tipi 6 soruluk ölçek uygulanmıştır.

MG kullanım becerisi formu (Ek 4): Katılımcıların görüşmede MG genel özellikleri, ilkeleri, stratejileri ve planlama açısından değerlendirildiği, 1- "Tamamen Yeterli", 5- "Çok Yetersiz" olacak şekilde 5'li Likert skala içeren 15 adet sorudan oluşan değerlendirme formu uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 15 Haziran-15 Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Katılımcılara e-posta aracılığıyla ilk anket formu gönderilip doldurmaları istenmiştir. Müdahale grubuna 8-10 kişilik gruplar halinde, çevrimiçi platform üzerinden belirlenen zamanlarda, toplam 5 oturum olacak şekilde eğitim oturumları düzenlenmiştir. Eğitimden sonra katılımcılara MG değerlendirme formları gönderilmiştir. Standardize hasta görüşmeleri tamamlandıktan sonra tüm formlar toplanmıştır.



Şekil 6. *Müdahale süreci.*

Kontrol grubuna ise aşıyla ilgili kuşkuların yer aldığı ve onlara karşılık bilimsel gerçeklerin sunulduğu, ebeveynlerle paylaşabilecekleri broşür **(Ek 5)** hazırlanıp e-mail aracılığıyla gönderilmiştir. Araştırma bitiminde tekniğin etkili olduğu saptanması durumunda kontrol grubuna da müdahale grubuna yapılan aynı eğitimlerin verilmesi planlanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.5 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesinde kategorik verilerin yüzde dağılımı hesaplanmış, sürekli değişkenlerin dağılımını test etmek için Komogrov-Smirnov ve Shapiro Wilk-W testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli verilerin ortalaması, normal dağılım göstermeyen sürekli verilerin ortanca değerleri hesaplanmıştır.

Bağımsız grupların karşılaştırmalı analizlerde, kategorik değişkenler için Ki-kare testi, sürekli değişkenler için normal dağılım sağlandığı durumda Student's t-test, normal dağılım sağlanmadığı takdirde Mann-Whitney U test, bağımlı ikili grupların karşılaştırmalarında kategorik değişkenler için McNemar testi, sürekli değişkenler için normal dağılım gösteren verilerde Paired Sample t-test, normal dağılım göstermeyen verilerde Wilcoxon test kullanılmıştır.

3.7. Etik Kurul Onayı ve Çalışma Süresi

Çalışma, 616 protokol kodlu ve 12.06.2020 tarihli Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı **(Ek 6)** sonrasında başlamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya davet edilen sağlık çalışanlarından 8 kişi başka bir ile taşınma ya da başka bir merkeze görevlendirme nedeniyle, 3 kişi ulaşılamadığı için, 6 kişi ise herhangi bir neden göstermeden son test uygulamasına katılmak istemediğinden toplam 17(%18,4) kişi araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma 42 müdahale grubu ve 33 kontrol grubu katılımcısı ile tamamlanmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 57 kadın, 18 erkek olmak üzere toplamda 75 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanlardan 24 kişi Aile Hekimi, 8 kişi Aile Hekimliği Uzmanı, 36 kişi uzmanlık öğrencisi doktor, 5 kişi ebe ve 2 kişi hemşiredir. Otuz iki kişi ASM'de, 21 kişi EASM (Üniversite)'de, 22 kişi EASM (Eğitim Araştırma Hastanesi)'de çalışmaktadır. Çalışmaya katılanlardan 27 kişinin (%36) çocuğu varken, 48 kişinin (%64) çocuğu yoktur.

Gruplar sosyodemografik özellikleri açısından benzerdir (Tablo 1, 2).

Tablo 1. *Katılımcıların sosyodemografik özelikleri-1.*

		Müdahale		Kontrol	
		N	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	30	(71,43)	27	(81,82)
	Erkek	12	(28,57)	6	(18,18)
Görev	AH	37	(88,10)	31	(93,94)
	ASÇ	5	(11,90)	2	(6,06)
Unvan	Aile hekimi	10	(23,81)	14	(42,42)
	Aile hekimi uzmanı	3	(7,14)	5	(15,15)
	Asistan doktor	24	(57,14)	12	(36,36)
	Ebe	4	(9,52)	1	(3,03)
	Hemşire	1	(2,38)	1	(3,03)
İşyeri	ASM	15	(35,71)	17	(51,52)
	EASM ÜNİ	15	(35,71)	6	(18,18)
	EASM EAH	12	(28,57)	10	(30,30)
Çocuk sahibi olma	Evet	14	(33,33)	13	(39,39)
	Hayır	28	(66,67)	20	(60,61)

*Ki-Kare Testi, $p<0.05$

Tablo 2. *Katılımcıların sosyodemografik özelikleri-2.*

	Müdahale			Kontrol			P
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
Yaş	31,17	±6,27	29,00	31,85	±7,20	29,00	0,572
Deneyim	6,69	±6,30	4,00	7,48	±7,83	4,00	0,651
ASM deneyimi	2,79	±3,20	1,00	2,39	±2,46	1,00	0,742
Aşı ret formu sayısı	3,55	±3,29	3,00	3,27	±4,71	2,00	0,136

*Mann Whitney U Testi

4.2. Katılımcıların Aşılama ile İlgili Bilgi Kaynakları ve Aşılama Hakkındaki Düşünceleri

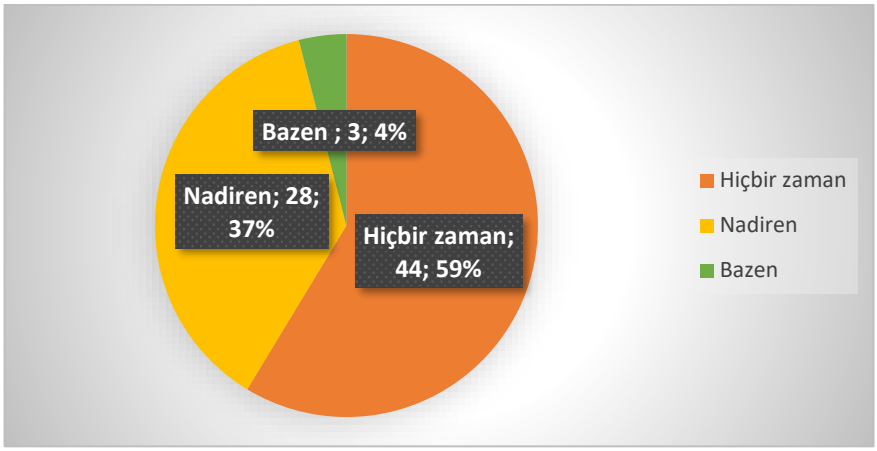
Çalışmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının çoğunluğu aşılarla ilgili bilgilerini üniversite eğitimi, konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili bilgilendirme yazıları ve meslektaşlarından öğrenmişlerdir. Katılımcıların bildirdiği bilgi kaynakları Tablo-3'te sıralanmıştır.

Tablo 3. *Katılımcıların aşılama ile ilgili bilgi kaynakları.*

	N	%
Üniversite eğitimi	65	(86,67)
Sağlık Bakanlığı bilgilendirme yazıları	45	(60,00)
Meslektaşlar ile bilgi alışverişi	44	(58,67)
Kılavuzlar	39	(52,00)
Hizmet içi kurslar	28	(37,33)
Mesleki kitaplar	23	(30,67)
Kongre-sempozyum	22	(29,33)
Araştırma makaleleri	20	(26,67)
Meta analiz- sistemik derlemeler	13	(17,33)
Sosyal medya	11	(14,67)

Katılımcıların %28'i (n=21) aşı kararsız ebeveynlerle görüştükten sonra aşılarla ilgili bilgilerini çoğu zaman, %40'ı (n=30) bazen, %32'si (n=24) ise nadiren yenileme ihtiyacı duymaktadır.

Katılımcıların tamamı aşıların enfeksiyon hastalıklarından korunmak için tamamen gerekli olduğuna katılmaktadır. Ancak 8 (%11) katılımcı aşıları "kısmen gerekli" olarak değerlendirmektedir. Ülkemizde uygulanan rutin çocukluk dönemi aşıları içinde katılımcılar tarafından gerekli görülmeyen ya da önerilmeyen aşı bulunmamaktadır. Aşılar hakkında tereddüt yaşanıp yaşanmadığı sorulduğunda ise katılımcıların çoğunluğu (44 kişi, %59) "Hiçbir zaman" yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Grafik 1).



Grafik 1. *Katılımcıların aşı konusundaki tereddüt oranı***.**

4.3. Katılımcıların Hizmet Sundukları Aileler Arasında Aşı Tereddüdü Sıklığı ve Aşı Tereddüdü Nedenleri

Katılımcıları hizmet verdikleri aileler arasında aşı tereddüdü sıklığı yaşayanların oranı ile ilgili 70 kişi (%93,3) %0-20, 3 kişi (%4) %21-40 ve 2 kişi (%2.7) %41-60 olarak yanıt vermiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında hizmet verilen kayıtlı ailelerin aşı kararsızlığı oranları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. *Hizmet verilen ailelerin aşı tereddüdü/reddi oranlarının karşılaştırılması.*

		Müdahale		Kontrol	
		n	%	n	%
Aşı tereddüdü/reddi oranı (%)	0-20	39	(92,86)	31	(93,94)
	21-40	1	(2,38)	2	(6,06)
	41-60	2	(4,76)	0	(,00)
	61-80	0	(,00)	0	(,00)
	81-100	0	(,00)	0	(,00)

*Ki-Kare Testi, p<0.05

Katılımcıların hizmet sunduğu ailelerin aşı tereddüdü/reddi nedenleri arasında en sık olarak içeriğinin sağlıklı olmaması (%70,67), aşıların yan etkilerinin fazla olması (%58,67) ve dini nedenler (57,33) olduğu belirtilmiştir (Tablo-5).

Tablo 5. *Ailelerin aşı tereddüdü/reddi nedenleri.*

	N	%
İçeriğinin sağlıklı olmaması	53	(70,67)
Yan etkilerinin fazla olması	44	(58,67)
Dini nedenler	43	(57,33)
Etkinliğe güvenmeme	34	(45,33)
İlaç şirketlerinin oyunu olduğunu düşünmesi	28	(37,33)
Bu hastalıkların az görülmesi	12	(16,00)
Belirlenmiş aşı tarihlerinin erken olması	8	(10,67)
Yeterli veri olmaması	3	(4,00)
Aşıların yurtdışında üretilmesi	3	(4,00)

4.4. Katılımcıların Aşı Tereddüdü Olan Ailelere Yaklaşımları

Katılımcıların %93'ü (n=70 kişi) ailelerin endişeleri hakkında onlarla aynı düşünceleri paylaşmamaktadır. Ailelerle bunları konuşmak için nadiren zaman ayıran 6 kişi (%8), bazen zaman ayıran 20 kişi (%27) ve genellikle zaman ayıran 49 kişi (%65) bulunmaktadır.

Katılımcıların aşılamaya yönelik olarak ailelere en sık broşür (%48) ve internet (%46,67) kaynaklarını sunduğu görülmektedir (Tablo 6).

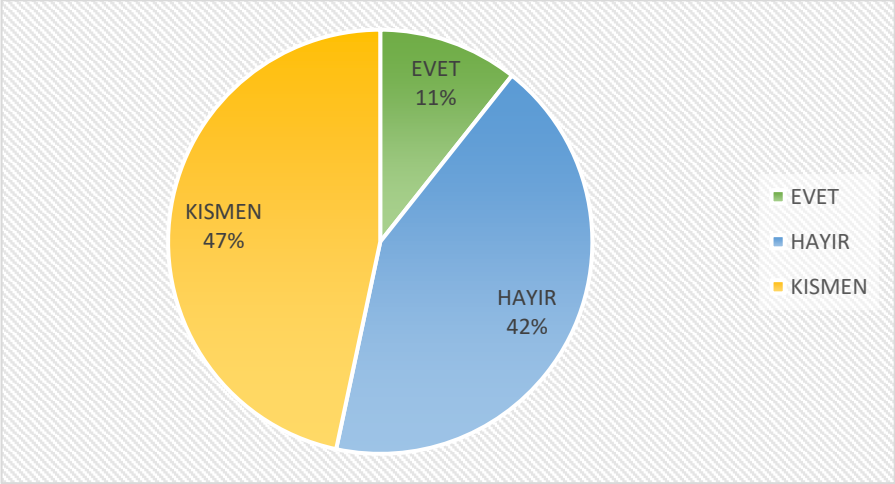
Tablo 6. *Sağlık hizmeti sunucularının aileleri aşılama ile ilgili bilgilendirme kaynağı.*

	N	%
Broşür	36	(48,00)
İnternet	35	(46,67)
Eğitim kitapçığı	24	(32,00)
Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı	7	(9,33)
E-kitap	5	(6,67)
Aşı prospektüsü	2	(2,67)
Örnek araştırmalar	1	(1,33)

Katılımcıların 61 (%81,3)'i sağlık çalışanları arasında aşılama güvenini iyileştirmeye ihtiyaç olduğunu ve bunun aşılama hakkında daha fazla eğitim ile çözülebileceğini düşünmektedirler.

4.5. Katılımcıların MG ile İlgili Deneyimleri

Katılımcıların çoğunluğu MG tekniği konusunda kısmen bilgileri olduğunu belirtmişlerdir (Grafik 2). Katılımcıların %7,5'i (n=10) daha önce sigara bırakma danışmanlığı için bu tekniği kullandığını ifade etmiştir.



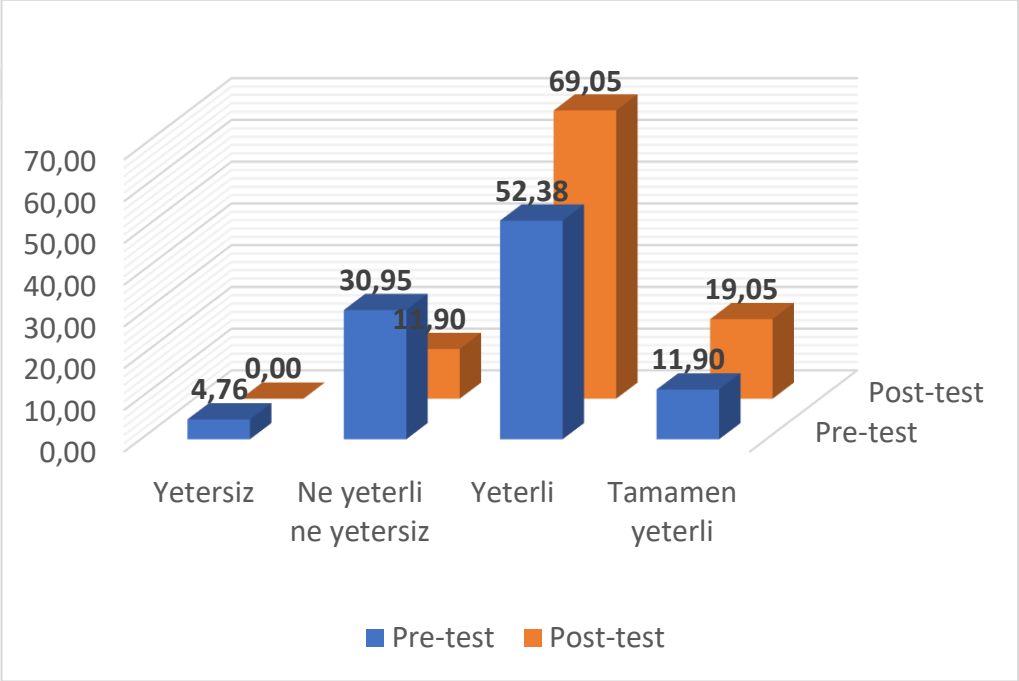
Grafik 2. *MG konusunda bilgili olma.*

4.6. Müdahale Sonrası Karşılaştırmalı Analizler

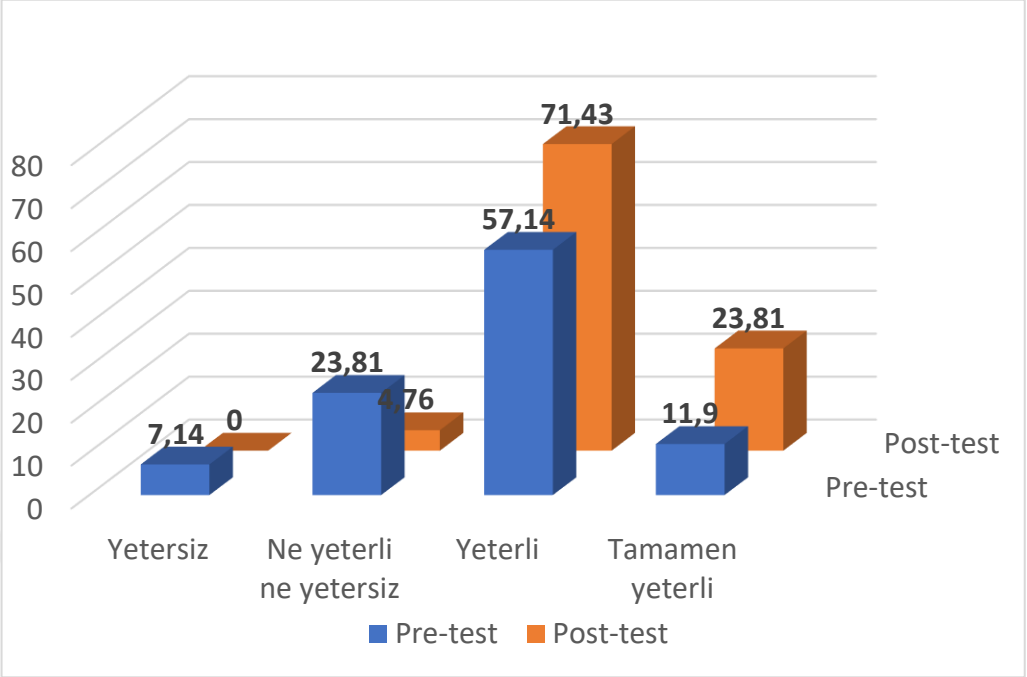
4.6.1. Müdahale öncesi ve sonrası öz yeterlilik karşılaştırması

Müdahale grubunda bulunanlarda aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma, ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama, aileleri yönlendirme ve ebeveynlere aşılar

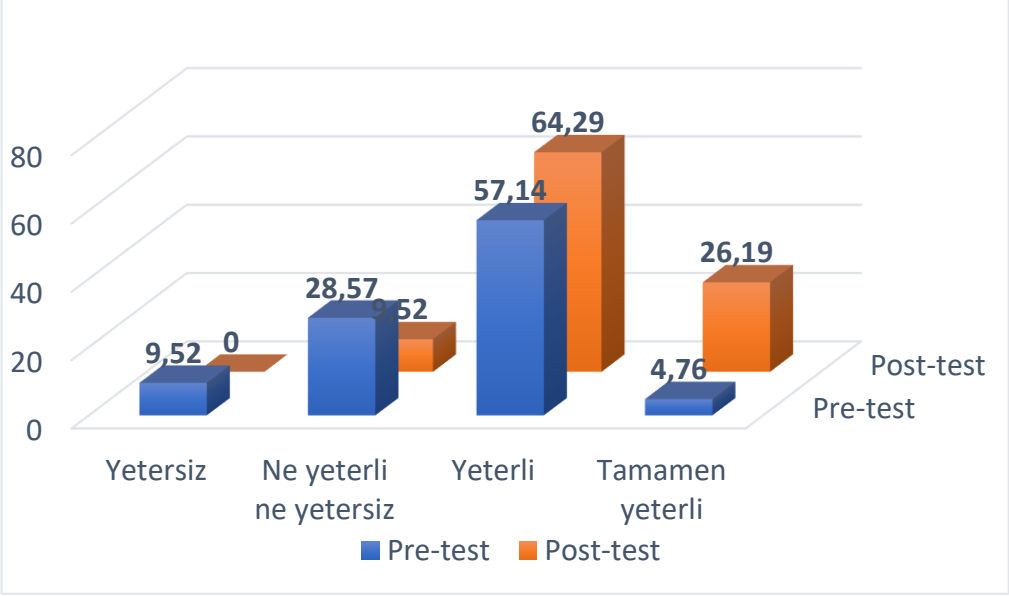
hakkında yeterli bilgilendirme yapma gibi öz yeterlilik alanlarında değişiklik olup olmadığını değerlendirmek amacıyla müdahale öncesi-sonrası karşılaştırma yapılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma, ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama ve aileleri yönlendirmede "yeterli" ve "tamamen yeterli" cevaplarında artış olduğu görülmüştür. Ebeveynlere aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapma kısmında "çoğu zaman" ve "her zaman" cevaplarında artış olduğu görülmüştür (Grafik 3,4,5,6).



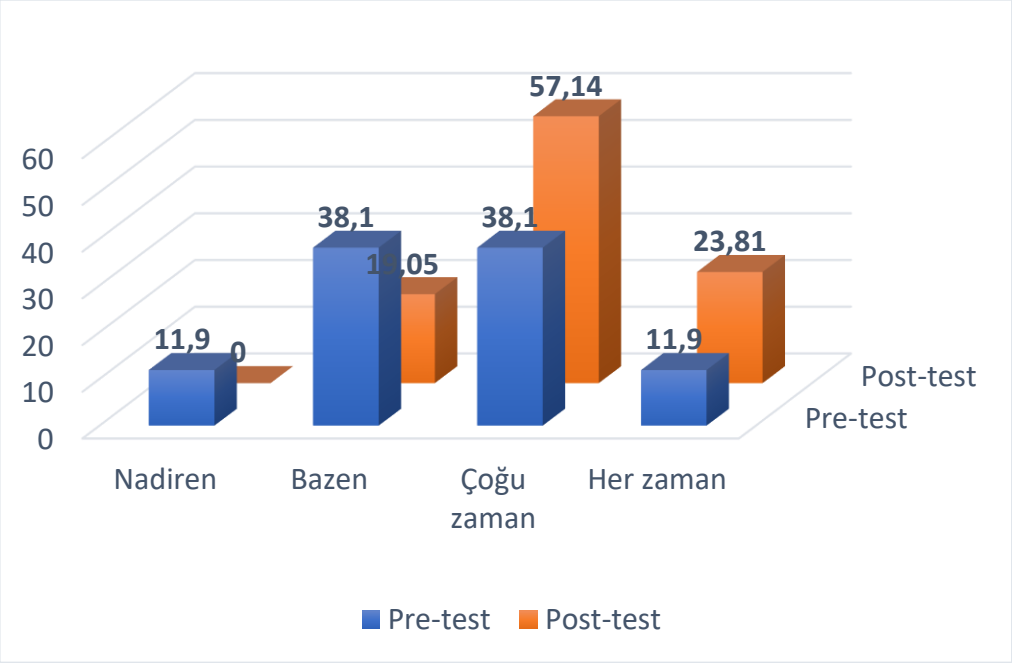
Grafik 3. *Aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma (McNemar testi, p:0,01).*



Grafik 4. *Ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama (McNemar testi, p<0,01).*



Grafik 5. *Aileleri yönlendirebilme (McNemar testi, p<0,01).*



Grafik 6. *Aşılarla ilgili yeterli bilgilendirme yapma (McNemar testi, p<0,01).*

Kontrol grubunda ise yalnızca aileleri yeterli bilgilendirme kısmında "çoğu zaman" cevaplarında artış olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. *Kontrol grubunun müdahale öncesi-sonrası öz yeterliliklerinin karşılaştırılması.*

Kontrol grubu		**Pre-test**		**Post-test**		P
		n	%	N	%	
Aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma	Yetersiz	7	(21,21)	6	(18,18)	0,083
	Yeterli	20	(60,61)	21	(63,64)	
	Tamamen yeterli	6	(18,18)	6	(18,18)	
Ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama	Yetersiz	7	(21,21)	5	(15,15)	0,157
	Yeterli	19	(57,58)	21	(63,64)	
	Tamamen yeterli	7	(21,21)	7	(21,21)	
Aileleri yönlendirme	Yetersiz	9	(30,30)	9	(30,30)	1,000
	Yeterli	18	(54,55)	18	(54,55)	
	Tamamen yeterli	5	(15,15)	5	(15,15)	
Ebeveynlere aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapma	Bazen	10	(30,30)	7	(21,21)	**0,046**
	Çoğu zaman	23	(69,70)	26	(78,79)	

* McNemar Testi, p<0,05

4.6.2. Müdahale sonrası grupların öz yeterlilik açısından karşılaştırılması

Müdahale sonrası gruplar arasında aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma, ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama, aileleri yönlendirme ve ebeveynlere aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapma gibi öz yeterlilik alanları karşılaştırıldığında; Kontrol grubunda aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapma kısmında "çoğu zaman" cevabı verme oranı, Müdahale grubuna göre daha yüksektir. Diğer yeterlilikler açısından iki grup arasında bir fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. *Müdahale sonrası müdahale ve kontrol grubunun öz yeterliliklerinin karşılaştırılması.*

Müdahale sonrası		**Müdahale**		**Kontrol**		P
		n	%	N	%	
Aşıların yan etkileri konusunda bilgili olma	Yetersiz	5	(11,90)	5	(21,21)	0,681
	Yeterli	29	(69,05)	21	(63,64)	
	Tamamen yeterli	8	(19,05)	6	(18,18)	
Ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplama	Yetersiz	2	(4,76)	5	(15,15)	0,308
	Yeterli	30	(71,43)	21	(63,64)	
	Tamamen yeterli	10	(23,81)	7	(21,21)	
Aileleri yönlendirme	Yetersiz	4	(9,52)	10	(30,3)	0,113
	Yeterli	27	(64,29)	18	(54,55)	
	Tamamen yeterli	11	(26,19)	5	(15,15)	
Ebeveynlere aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapma	Bazen	8	(19,05)	7	(21,21)	**0,039**
	Çoğu zaman	24	(57,14)	25	(75,76)	
	Her zaman	10	(23,81)	1	(3,03)	

*Ki-Kare Testi, $p<0,05$

4.6.3. Grupların müdahale sonrası bilgi ve özgüven testleri skorlarının karşılaştırması

Bilgi ve özgüven düzeylerini değerlendirme amacı ile oluşturulan testlerin güvenilirliği yeterli bulunmuştur (Cronbach α değeri sırasıyla 0,83 ve 0,89). Özgüven ölçeğinde ise kişiler Likert tipi sorulara 0-10 değerleri arasında bir puan vermiştir. Puanların ortalamaları hesaplanmıştır. Müdahale grubunun MG bilgi testi puan ortalaması (11,24) Kontrol grubuna (9,12) göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır (p<0,001). Özgüven puanlamasında ise fark olmasına rağmen anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. *Müdahale ve kontrol grubunun MG bilgi ve özgüven puanlarının karşılaştırılması.*

	Müdahale			**Kontrol**			P
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
MG Bilgi Testi	11,24	±2,46	12,00	9,12	±2,37	9,00	**<0,001**
MG Özgüven Ölçeği							
Teknik uygulayabilme	6,14	±1,68	6,50	5,85	±2,31	6,00	0,700
Değişim konuşması başlatabilme	6,38	±2,00	7,00	6,18	±2,38	6,00	0,662
Karşı fikirli danışanla görüşebilme	5,74	±2,18	6,00	5,67	±2,12	6,00	0,816
Empatiyle dinleyebilme	6,83	±2,09	7,00	6,94	±1,89	7,00	0,983
Kararsızlığı yansıtabilme	6,67	±1,63	7,00	6,48	±1,84	7,00	0,577
Görüşme yapabilme	6,55	±1,52	7,00	5,82	±2,08	6,00	0,140

*Mann Whitney U Testi, p<0,05

4.6.4. MG uygulama becerisi

MG tekniği uygulama becerisini değerlendirmek amacıyla araştırıcılar tarafından hazırlanan formun güvenirliği Cronbach α:0,94 olarak saptanmıştır. Bu formda

katılımcının standardize hasta görüşmesinde MG tekniğinin ilkelerini ve araçlarını kullanıp kullanmadığı 5'li Likert tipi ölçekle sorgulanmıştır. Ancak bazı şıkların yanıtsız kalması nedeniyle gruplandırma yapılmış; "Tamamen Yeterli" ve Yeterli" cevapları "Yeterli"; "Ne yeterli ne yetersiz", "Yetersiz" ve "Çok Yetersiz" cevapları "Yetersiz" olarak kodlanmıştır. Tablo 10'da görüldüğü üzere "Tartışmamak" maddesi dışında müdahale grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre daha sıklıkla bu becerileri yapabildiklerini gözlenmiştir ($p<0,05$). Öte yandan, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olmakla birlikte "Otoriter olmamak", "Strateji değişikliği yapmak", "Bilgi vermeden önce danışandan izin almak" ve "Planlama yapmak" maddelerinde müdahale grubunun yarısından daha azının yeterli olduğu gözlenmiştir.

Tablo 10. *Müdahale ve kontrol grubunun MG beceri uygulamalarının karşılaştırması.*

	Müdahale				**Kontrol**				P
	Yeterli		Yetersiz		Yeterli		Yetersiz		
	N	%	n	%	N	%	n	%	
İçsel motivasyonu ortaya çıkarmak	29	(69,05)	13	(30,95)	13	(39,39)	20	(60,61)	**0,010**
Otoriter olmamak	20	(47,62)	22	(52,38)	8	(24,24)	25	(75,76)	**0,038**
İş birliği yapmak	35	(83,33)	7	(16,67)	14	(42,42)	19	(57,58)	**<0,001**
Tartışmamak	39	(92,86)	3	(7,14)	29	(87,88)	4	(12,12)	0,462
Yansıtmalı dinleme yapmak	31	(73,81)	11	(26,19)	2	(6,06)	31	(93,94)	**<0,001**
Empati yapmak	31	(73,81)	11	(26,19)	9	(27,27)	24	(72,73)	**<0,001**
Çelişkiyi ortaya çıkarmak	23	(54,76)	19	(45,24)	7	(21,21)	26	(78,79)	**0,003**
Strateji değişikliği yapmak	13	(30,95)	29	(69,05)	0	(,00)	33	(100,00)	**<0,001**
Değişim konuşması yapmak	28	(66,67)	14	(33,33)	1	(3,03)	32	(96,97)	**<0,001**
Uygun yanıtlar oluşturmak	30	(71,43)	12	(28,57)	10	(30,30)	23	(69,70)	**<0,001**
Açık uçlu sorular sormak	39	(92,86)	3	(7,14)	18	(54,55)	15	(45,45)	**<0,001**
Özetleme yapmak	26	(61,90)	16	(38,10)	2	(6,06)	31	(93,94)	**<0,001**
Bilgi vermeden önce izin almak	18	(42,86)	24	(57,14)	2	(6,06)	31	(93,94)	**<0,001**
Bilgileri gruplamak ve tepkileri kontrol etmek	28	(66,67)	14	(33,33)	13	(39,39)	20	(60,61)	**0,019**
Planlama yapmak	21	(50,00)	21	(50,00)	3	(9,09)	30	(90,91)	**<0,001**

*Ki-Kare Testi, $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin aşı kararsız ailelerle görüşmelerinde yeni bir yöntem olarak MG tekniğini kullanabilmeleri ve bu tekniğin pratiklerine kazandırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan kontrollü, açık etiketli bir müdahale araştırmasıdır. Müdahale grubuna çevrimiçi platformda aşı kararsızlığına yönelik MG tekniği eğitimi verilmiş ve sonrasında standardize hasta görüşmesi planlanarak bu tekniği kullanmaları istenmiştir. Kontrol grubuna ise aşılamaya yönelik mitlerin ve endişelerin cevaplandığı broşür gönderilmiş ve sonrasında standardize hasta görüşmesi yapılmıştır.

MG temelli müdahaleler, sağlıkla ilgili çeşitli alanlarda umut verici bir şekilde uygulanmasına rağmen, MG yeterliklerinin geliştirilmesi karmaşıktır. Birkaç çalışma, üç temel özelliğin MG öğrenmede ve öğretilmesinde anahtar olduğunu öne sürmektedir (60-62).

1. MG bilgisi edinimi
2. MG bilgi ve becerilerini kullanma öz güveni
3. MG becerileri uygulaması

Araştırma sonucunda müdahale grubunda kontrol grubuna oranla öz yeterlilik artışı daha yüksek bulunmuş, bilgi ve beceri artışı saptanmış, iki grubun özgüvenleri arasında fark bulunmamıştır.

Çalışmamızın dikkate değer bir bulgusu, aşı kararsız ebeveynlerle iletişim kurma yetenekleriyle ilgili olarak sağlık hizmet sunucularının öz yeterliliklerinin artmasıdır. Katılımcıların aşılama ve MG tekniği bilgisini arttıracak bir eğitim içeriği sunulmuştur, bunun sonucunda katılımcıların öz yeterlilik hislerinin oluşması doğal bir sonuç olarak düşünülebilir. Öz yeterlilikteki bu gelişme yararlıdır, çünkü önceki araştırmalar düşük öz yeterliliğin, sağlık hizmeti sunucularının aşılama önerisinde bulunmalarına bir engel oluşturduğunu göstermiştir (63,64). McRee ve arkadaşlarının pediatristler, aile hekimleri ve hemşireler arasında HPV aşısı önerilerini ve ebeveyn tereddütlerini ele aldığı kesitsel bir çalışmada, sağlık hizmeti sunucularının HPV

aşısını önermeleri ve öz yeterlilikleri arasında korelasyon bulunmuştur (64). Sağlık hizmet sunucularının ebeveynlerin endişelerini giderme ve onları bilgilendirmeye yönelik öz yeterliklerini arttırmak, aşı alımını iyileştirmek için önemli bir adım olabilir.

ABD'de yapılan bir araştırma, profesyonel öz yeterlilik ile MG becerileri arasında döngüsel bir ilişki olabileceğini göstermiştir. Bu araştırmada, beslenme uzmanlarının yüksek öz yeterliliği, özellikle farklı etnik gruplara mensup kişilere egzersiz yapmaya yönelik MG uygulamasında kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamıştır. Profesyonellerin sağlıklı beslenmeleri ve egzersiz yapmaları, diğer kişilerin sağlıklı yaşam tarzını desteklemeye yönelik MG uygulamalarında öz güvenlerini ve yeterliliklerini etkileyebilmektedir (77). Başka bir çalışma, sağlıklı kişisel alışkanlıkları olan tıp öğrencilerinin koruyucu danışmanlığa karşı daha iyi bir tutuma sahip olabileceğini öne sürmüştür. Kolombiya'daki sekiz tıp fakültesinden 661 öğrencinin katıldığı bir anket yapılmış; meyve ve sebze tüketmek, sigara içmemek veya aşırı içki tüketmemek sağlıklı beslenmek, sigara ve içki içmek hakkında motivasyonel danışmanlığa yönelik olumlu bir tutumla ilişkili bulunmuştur (78,79). Çalışmamızda ise müdahale öncesi katılımcılara aşıların gerekli olup olmadığı, aşılamaya yönelik tereddüt yaşayıp yaşamadıkları ve çocukları varsa aşılarının tam olup olmadığı sorulmuştur. Müdahale ve kontrol grubunun yüksek orandaki aşılama güveni, öz yeterlilik ve MG uygulama özgüveni alanlarında aralarında anlamlı fark bulunmamasını açıklayabilir. Katılımcılar iyi bir rol model olmanın, motivasyonel danışmanlığa yönelik olumlu bir tutum göstermelerine yardımcı olacağını düşünmüş olabilirler.

Çalışmamızın ana araçlarından olan MG özgüven skorlaması, kişilerin verdiği cevaplara göre derecelendirilmiştir ve bu skorlamanın sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun olası sebebi, kontrol grubuna bu konuda bir eğitim verilmemiş olması nedeni ile bu grubun teknik ile ilgili farkındalığının olmaması olabilir.

Miller ve Mount'un yaptığı bir çalışmada 22 katılımcıya 2 günlük (15 saatlik) MG tekniği eğitimi verilmiştir. Atölye çalışmasından önce, hemen sonra ve 4 ay sonra değerlendirme yapılmıştır. Değerlendirmede öz bildirim anketlerine ek olarak,

danışman ve danışan davranışları için kodlanmış, eğitimden önce ve sonra kaydedilmiş simüle hasta uygulamasının video örnekleri kullanılmıştır. Katılımcılar MG becerilerinde büyük artışlar olduğunu bildirmiştir. Ancak verilen özbildirim yanıtları ile paralel düzeyde beceri artışı saptanamamıştır. Daha sonra sorgulandıklarında katılımcılar çalıştay sırasında beceri kazandıklarını ve bu nedenle daha fazla eğitime ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Yazarlar öz bildirimin tek değerlendirme olması durumunda, eğitimin oldukça başarılı olduğu sonucuna varılabileceğini belirtmişlerdir (65). Özgüven subjektif bir parametredir ve kişinin algısına göre değişkenlik göstermektedir. Bu gibi durumlar, öz bildirim anketlerinin eğitimin uygulama davranışı üzerindeki etkisine ilişkin yetersiz veri kaynakları olabileceğini ve uygulamayı doğrudan gözlemlemenin yerini tutmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki bulgular, MG tekniğindeki bazı klinik becerilerin, onu öğrenmek isteyen uygulayıcılar tarafından ve nispeten kısa bir süre içinde edinilebileceğine dair kanıtlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının standardize hasta ile görüşürken eğitim kazanımlarını gösterebildikleri görülmüştür. Elbette MG tekniği eğitimi sonrası bu tekniğin sağlık hizmeti sunucuları tarafından uygulanması ile aşı kararsız ebeveyn sayısında azalmayı değerlendiren araştırmalar bu eğitimin etkinliğini daha doğrudan gösterebilir. Bu nedenle konu ile ilgili araştırmalara gereksinim vardır. Öte yandan çalışmamızda MG uygulama becerisindeki artışın yeterli bulunmadığı alanlar da mevcuttu. Bu alanlar; otoriter olmamak, strateji değişikliği yapmak, bilgilendirme öncesinde danışandan izin almak ve planlama yapmaktır. Bu alanlarda beceri artışının sağlanamamasının olası nedeni, eğitim seansının iki saat ile sınırlı olması ve uygulama üzerinden katılımcılara geribildirim verilebilen bir eğitim seansının düzenlenememiş olması olabilir. Katılımcılarımızdan değerlendirilmek üzere gerçek ailelerle video çekip göndermeleri istenmiş ancak katılımcılar pandemi koşullarında bu uygulamayı gerçekleştirememiştir. Oysa yeni becerilerin geliştirilmesinde demonstrasyon, koçluk ve geri bildirim en uygun eğitim yöntemlerindendir (66-68). Çalışmamızda becerideki artışın kısmen yeterli olması, bu yöntemlerin kullanılamamış olmasına bağlı olabilir. Eğitimin etkinliği, bireysel geri bildirim ve koçluk sağlanarak artırılabilir. Ek olarak, profesyonellerin bilişsel davranışsal yöntemleri iyi bir şekilde gerçekleştirmek için

muhtemelen farklı türlerde ve miktarlarda eğitime ihtiyaç duydukları söylenebilir. Martino ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, danışmanlara MG eğitimi verilirken ölçüt temelli, aşamalı bir yaklaşım sergilenmiş ve katılımcıların başarılı bir performans gösteremediği durumda diğer eğitim adımına geçilmesi planlanmıştır. Uzaktan eğitim kursu, ardından beceri geliştirme atölyesi ve ardından yetkinlik temelli bireysel denetim olan üç aşama bulunmaktadır. Çevrimiçi kursu takiben yeterince performans gösterenler, ek eğitim olmaksızın 24 haftalık bir süre boyunca benzer yeterlilik seviyelerini göstermeye devam etmiştir. Çevrimiçi kursu aldıktan hemen sonra yetersiz MG performansı gösteren ve daha sonra bir atölye veya süpervizyona katılan danışmanlar, performanslarını zaman içinde geliştirmişlerdir (69). Eğitimimizde kademeli yaklaşımın bulunmayışı, bazı katılımcıların beklenen sürede istenen düzey performansı gösteremeyişlerini açıklayabilir.

Hollanda'da yapılan bir çalışmada, diyabetli hastaların yönetiminde sağlık hizmeti sunucuları tarafından günlük pratikte MG tekniğinin kullanılabilirliği incelenmiştir. İki günlük eğitimle başlayan ve sonrasında altı hafta aralıklarla iki saatlik eğitim müdahalelerin bulunduğu altı aylık süre sonunda rutin klinik uygulama için MG'nin en basit bileşenlerini sunarak profesyonelleri eğitmenin mümkün olduğu gösterilmiştir. Ancak profesyoneller, MG'nin daha karmaşık yönlerinden bazılarını uygulamak için daha gelişmiş ve daha uzun eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir (70). Çalışmamızda MG beceri uygulamasında müdahale sonrası yeterli gelişmenin saptanamadığı alanların olmasının nedeni, bu tekniklerin ileri eğitim gerektiren karmaşık teknikler olmasından kaynaklanabilir.

Literatürde MG tekniği eğitimi veren çalışmaların süreleri incelendiğinde, eğitimin birkaç saatlik kısa bir seanstan birkaç haftayı veya ayları kapsayan bir kursa kadar sürebildiği görülmektedir (65). Farklı alanlarda kullanılmak üzere verilen eğitimler için mutlak bir süre belirlenememiştir ancak bazı çalışmalarda ortalama eğitim uzunluğunun 9 saat olduğu görülmektedir (5). Daha fazla eğitim alınmasıyla daha başarılı sonuçlar alınacağı yönünde ortak kanı olsa da farklı süreleri veya eğitimi yerleştirmeye yönelik yaklaşımları doğrudan karşılaştıran bir çalışma bulunamamıştır (71). Örneğin İsveç'te yapılan bir araştırmada, kronik obstrüktif akciğer hastalığı kliniklerinde hemşirelerin liderliğinde sigara bırakmaya yönelik MG kullanımı

incelenmiştir. Hemşireler MG temelli iletişim konusunda birkaç günlük eğitim almıştır. Onüç sigara içicisi ile yapılan iki görüşme videoya kaydedilmiş ve analiz edilmiştir. MG ilkeleri ile çelişen hemşireler sıklıkla bilgi sağlamaya odaklanmış ve kapalı uçlu sorular kullanmıştır. Yazarlar, kısa MG eğitiminin, hemşireleri sigarayı bırakmak için bu becerileri kullanmaya teşvik etmediği sonucuna varmıştır (72). Öte yandan ABD'deki bir çalışmada üçüncü sınıf tıp öğrencilerine, standardize hastalar kullanılan iki saatlik MG eğitimi verilmiş ve dört hafta sonra takip testleri yapılmıştır. Katılımcılarda motivasyon becerilerinin kullanımının arttığı gözlenmiştir (73). Bizim çalışmamızda iki saatlik eğitimin sonunda standardize hasta kullanılarak gözlemsel değerlendirme yapılmış; MG beceri artışı saptanmış ancak bazı becerilerde istenen düzeyde artış sağlanamamıştır. Verilen eğitimlerin içeriği ve çeşitleri farklı olsa da MG becerilerini geliştirmek için en iyi eğitim süresi hakkında net sonuçların olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla bu yönde yapılacak olan karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tek seferlik eğitim oturumları, sağlık çalışanlarının yeni klinik beceriler edinmeye çalıştıkları yaygın kullanılan yöntemlerdir ancak bu oturumların kalıcı uygulama davranışı oluşturduğunu kanıtlayan pek fazla çalışma yoktur. Öyleyse soru, eğitimin nasıl geliştirileceğidir. Sağlık hizmeti sunucularının bu yöntemde yeterlilik kazanmalarına ve sürdürmelerine yardımcı olacak optimal yöntemler hakkında az şey bilinmektedir ve bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

MG tekniklerini kullanmaya istekli olanların ya da eğitime katılmak için gönüllü olanların bir destek sonucunda, normalden beklenenin üzerinde bir beceri kazanımı geliştirdikleri düşünülebilir. Profesyonellerin pozitif tutumlarının, MG uygulama istekliliklerinin yanı sıra ilgili teknikleri kullanma yeterliliklerini etkileyebildiğine yönelik çalışmalarda bu noktaya değinilmektedir (74-76). Çalışmamızda da katılımcılar gönüllülerden oluşmaktaydı. Katılımcıların gönüllüğü kısa eğitim süresi sonucunda kısmi de olsa becerilerin geliştirilebilmiş olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Ülkemizde aşı kararsızlığını çözümlemede MG tekniğini kullanarak yapılan ilk çalışma olması
- Standardize hasta görüşmesinin gözlemsel olarak değerlendirilmiş olması

5.2. Araştırmanın Zayıf Yanları

- Ön-test, eğitim, standardize hasta görüşmesi, son-test süreci içerisinde katılımcı kaybı olması
- AH ve ASÇ sayısının dağılımının eşit olmaması
- Aşı kararsız ebeveynler ile görüşme yapılarak son değerlendirme yapılamamış olması
- Eğitimi düzenleyen araştırıcıyla gözlem yapan araştırıcının aynı kişi olması
- Çevrimiçi eğitim yapılması
- Çalışmanın açık etiketli olması

Koronavirüs pandemisi nedeniyle sağlık çalışanları çeşitli yerlere görevlendirilmiş, mesai süreleri uzamış ve başvuran hasta sayısında azalma olmuştur. Dolayısıyla bu dönemde araştırma sekteye uğramış ve katılımcı kaybı yaşanmıştır.

Bu alandaki mevcut araştırmaların çoğunda madde bağımlılığı danışmanlarının eğitimine odaklanılmıştır. Genellikle eğitimler, mesleki gelişimi gözlemlemek yerine, özellikle bir araştırma çalışmasının parçası olarak oluşturulmuştur. Araştırmalarda katılımcı kaybını önlemek amacıyla finansal destek sunulduğu görülmektedir. Çalışmamız ise gönüllülük esasına dayanmakta olup katılımcılara maddi destek sunmak mümkün değildir. Özellikle kontrol grubunda istenenden az katılımcıya ulaşılabilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın etkinliğinin gücü sınırlanmıştır.

Katılımcıların AH ve ASÇ olarak dengeli dağılmamış olmaması nedeniyle iki grupta bilgi, beceri ve tutum karşılaştırması yapmak mümkün olmamıştır. Ancak literatür incelendiğinde doktorlar ve hemşireler gibi bazı profesyonellerin motivasyonel görüşmede diğerlerinden daha etkili olup olmadığına dair hiçbir kanıt bulunamamıştır. Empatinin, iletişim becerilerinin ve MG felsefesiyle yakınlığın önemli olduğu, ancak bir profesyonelin etkili bir motivasyonel görüşmeci olup olmayacağını öngören eğitim, mesleki rol, kişilik veya demografik özellikleri belirlemek için yeterli kanıt bulunmadığı görülmektedir (71).

Standardize hasta görüşmesi, sağlık hizmeti sunucularının MG tekniği kullanımını belirlemek için optimal yöntem olmayabilir. Farlı amaçlarla daha önce yapılan MG çalışmalarında, sağlık çalışanlarının bu görüşmelerde en iyi performansı göstermeye çalıştıklarını ancak kendi pratiklerinde aynı seviyede performans gösterip gösteremeyecekleri tartışılmaktadır (80). Ancak koronavirüs pandemisi nedeniyle çalışmamızı gerçek hastalarla yürütmek mümkün olmamıştır.

Pandemi döneminde çevrimiçi eğitimler yaygınlaşmıştır. Eğitim alanında yapılan bazı çalışmalarda, yüz yüze ile internet tabanlı uzaktan eğitim arasında öğrenim etkililiği açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (81,82). Çevrimiçi eğitimin esneklik, zaman tasarrufu ve lojistik gibi avantajlarının olması nedeniyle yüz yüze olması planlanan eğitimlerimiz çevrimiçi ortama taşınmıştır. Gelecekte, MG yöntemi kullanan müdahaleler, hem sanal hem de yüz yüze eğitimden yararlanmanın hibrit bir yaklaşımını kullanmaya çalışabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Aşı tereddüdü/reddi, global sağlığı tehdit eden nedenler arasında yer almakta ve bu sorunu ele alan etkili stratejiler aranmaktadır. Türkiye'de yüksek aşılama oranlarına karşın, ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırma konusunda tereddütlerinin olduğu bilinmektedir.

MG tekniğinin çeşitli alanlarda davranış değişikliği oluşturmada kullanıldığı bilinmektedir. MG, kişinin kendi değişim nedenlerine dayalı olarak davranışını değiştirme motivasyonunu ortaya çıkararak ve güçlendirerek desteklenmesini amaçlar. Bu yaklaşım sağlık hizmeti sağlayıcılarının, ebeveynlerin gerçek endişelerini anlamalarını ve ele almalarını sağlayan becerilere sahip olmasına dayanmaktadır. Aşılamaya yönelik MG yaklaşımı ebeveynlerin inançlarına saygı duyarak, onların ihtiyaçlarına ve kişisel bilgi düzeylerine göre aşılar hakkında bilgilendirme yapmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım ebeveynlerle güçlü bir ilişki kurmaya yardımcı olur.

Bu çalışmayla, MG tanımlanmış ve aşı tereddüdüne yardımcı olabileceği düşünülen bu teknik sağlık çalışanlarına tanıtılmıştır. Bu yaklaşımın aşı tereddütleri ve aşı kapsamı üzerindeki etkisi daha önceki çalışmalarla vurgulanmıştır.

Sonuç olarak sağlık hizmet sunucularının aşı kararsız ebeveynlerle görüşmelerine yardımcı olmak için MG tekniği eğitimi almasının bilgi, beceri ve öz yeterliliğe olumlu etkide bulunabildiği gösterilmiştir.

- Becerinin tam geliştirebilmesi için eğitimler yapıcı geribildirim ile desteklenmelidir.
- MG tekniği, sağlık çalışanlarının akredite edilmiş sürekli eğitiminin bir parçası olarak da sunulabilir. İyi entegre edilmiş ve tamamlayıcı yaklaşımlar, aşılamanın teşvik edilmesine yardımcı olabilir.
- Öğrenmesi kolay, kanıta dayalı bir yöntem olduğundan birinci basamakta sağlık hizmeti sunucuları tarafından kullanılması önerilir.
- Toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyen aşı tereddüdü/reddine yönelik daha çok katılımcılı ve geniş kapsamlı çalışmaların yapılması teşvik edilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı
   Erişim: https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler.html (Erişim tarihi: 15.06.2020)
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni, 2018.
   Erişim:https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html (Erişim tarihi: 19.06.2020)
3. Gür, E. (2019). Aşı kararsızlığı-aşı reddi. Türk Pediatri Arşivi, 54(1), 1-2.
4. Peterson, R. M., Cook, C., Yerxa, M. E., Marshall, J. H., Pulos, E., & Rollosson, M. P. (2012). Improving immunization coverage in a rural school district in Pierce County, Washington. The Journal of School Nursing, 28(5), 352-357.
5. Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. Patient Education and Counseling, 84(1), 16-26.
6. Eve Ackerman, D. N. P., Falsetti, S. A., Lewis, P., Hawkins, A. O., & Heinschel, J. A. (2011). Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. Family Medicine, 43(8), 582-5.
7. Muslu, L., & Ardahan, M. (2018). Diabetes Mellitus' ta Yaşam Tarzı Değişimi için Motivasyonel Görüşme Tekniği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10(3), 346-357.
8. Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 36(1), 101-109.
9. Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(4), 433.
10. Gagneur, A., Lemaître, T., Gosselin, V., Farrands, A., Carrier, N., Petit, G. & De Wals, P. (2018). A postpartum vaccination promotion intervention using

motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study. BMC Public Health, 18(1), 811.

11. Lemaitre, T., Carrier, N., Farrands, A., Gosselin, V., Petit, G., & Gagneur, A. (2019). Impact of a vaccination promotion intervention using motivational interview techniques on long-term vaccine coverage: the PromoVac strategy. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 15(3), 732-739.
12. Reno, J. E., O'Leary, S., Garrett, K., Pyrzanowski, J., Lockhart, S., Campagna, E. & Dempsey, A. F. (2018). Improving provider communication about HPV vaccines for vaccine-hesitant parents through the use of motivational interviewing. Journal of Health Communication, 23(4), 313-320.
13. Kutlu, R. (2017). Çocukluk Çağı Aşıları. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular, 8(5), 311-318.
14. Fine, P., Eames, K., & Heymann, D. L. (2011). "Herd immunity": a rough guide. Clinical Infectious Diseases, 52(7), 911-916.
15. WHO. Immunization coverage Erişim:https://www.who.int/immunization/research/committees/Meeting_report_ivir_march18.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 17.08.2020)
16. Aggarwal, A. (2019). Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy-Reasons. Indian Journal of Pediatrics, 86(1), 5.
17. Plotkin, S. L., & Plotkin, S. A. (2004). A short history of vaccination. Vaccines, 5, 1-16.
18. Stewart, A. J., & Devlin, P. M. (2006). The history of the smallpox vaccine. Journal of Infection, 52(5), 329-334.
19. Lombard, M., Pastoret, P. P., & Moulin, A. M. (2007). A brief history of vaccines and vaccination. Revue Scientifique et Technique-Office International des Epizooties, 26(1), 29-48.
20. Türkiye'de Aşı ve Serum Üretiminin Tarihçesi Erişim:https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/haberler/Turkiyede-Asi-Serum-Uretiminin-Tarihcesi.pdf (Erişim tarihi:12.09.2020)
21. Özmert, E. N. (2008). Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51(3), 168-175.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi
Erişim:https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42937/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html (Erişim tarihi: 17.07.2020)
23. WHO, UNICEF, World Bank. State of the World's Vaccines And İmmunization, 3rd Ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
Erişim:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44169/9789241563864_eng.pdf?sequence=1 (Erişim tarihi: 17.07.2020)
24. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018
Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf (Erişim tarihi: 02.08.2020)
25. WHO vaccine-preventable diseases; monitoring system. 2019 global summary. Erişim:https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountr y%5D%5B%5D=TUR (ErişimTarihi:30.07.2020)
26. Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. BMJ, 325(7361), 430-432.
27. Porter, D., & Porter, R. (1988). The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England. Medical History, 32(3), 231-252.
28. WHO, The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy (Erişim Tarihi: 16.06.2020)
29. Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E. & Wilson, R. (2015). Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. Vaccine, 33(34), 4165-4175.
30. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu
Erişim: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/turkiyede_bagisiklama.
(Erişim tarihi: 13.08.2020)
31. İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi- Sağlık Haberleri
Erişim: https://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/ikiz-bebeklerine-asi-yaptirmayan-savcinin-hukuk-zaferi-29343111 (Erişim tarihi: 23.07.2020)
32. Hasar, Muhammed. Adana'da Aşı Reddi Nedenleri ve Aşılarla İlgili Görüşler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Adana, 2020

33. Hausman, B. L., Ghebremichael, M., Hayek, P., & Mack, E. (2014). 'Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff': The rhetorical ecology of vaccination concern. The Yale Journal of Biology and Medicine, 87(4), 403.
34. Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. Vaccine, 32(19), 2150-2159.
35. Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. Ş., & Ulukol, B. (2019). Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. The Indian Journal of Pediatrics, 86(1), 38-43.
36. Rollnick, Stephen, William R. Miller, and Christopher Butler. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior, Guilford Press, New York, 2008.
37. Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (2001). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. In C. E. Hill (Ed.), Helping skills: The empirical foundation (p. 243–255). American Psychological Association.
38. Tosun, A. S., & Zincir, H. (2016). Tip 2 diabetes mellitus' ta sağlık davranış değişiminde transteoretik model temelli motivasyonel görüşme tekniği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1), 32-41.
39. Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 11(2), 147-172.
40. Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. Annu. Rev. Clin. Psychol., 1, 91-111.
41. Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Education and Counseling, 53(2), 147-155.
42. Rollnick, Stephen and William R. Miller. "Motivational Interviewing:Preparing People for Change" 2nd Edition Guilford Press, New York, 2002.
43. Rollnick, Stephen and William R. Miller "Motivational Interviewing: Helping People Change" 3rd Edition Guilford Press, New York, 2013.
44. Bundy, C. (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. Journal of the Royal Society of Medicine, 97(Suppl 44), 43.

45. Ögel, K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry, 2(2), 41-4.
46. Gürel, F. S. (2017). Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği, 8(2), 163-166.
47. Konkle-Parker, D. J. (2001). A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 13(2), 61-68.
48. Petersen, R., Albright, J., Garrett, J. M., & Curtis, K. M. (2007). Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: a randomized controlled trial. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39(1), 21-28.
49. Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. Journal of clinical psychology, 64(1), 52-66.
50. Killeen, T. K., Cassin, S. E., & Geller, J. (2014). Motivational interviewing in the treatment of substance use disorders, addictions, and eating disorders. In Eating disorders, addictions and substance use disorders (pp. 491-507). Springer, Berlin, Heidelberg.
51. H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, S. Rollnick, "Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems" 1st Edition Guilford Press, 2007
52. Rutledge, S. E. (2007). Single-session motivational enhancement counseling to support change toward reduction of HIV transmission by HIV positive persons. Archives of Sexual Behavior, 36(2), 313-319.
53. Channon, S. J., Huws-Thomas, M. V., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R. L., Rogers, C., & Gregory, J. W. (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. Diabetes Care, 30(6), 1390-1395.
54. Gagneur, A., Battista, M. C., Boucher, F. D., Tapiero, B., Quach, C., De Wals, P. & Ouakki, M. (2019). Promoting vaccination in maternity wards─ motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre-and post-intervention RCT-nested study, Quebec, March 2014 to February 2015. Eurosurveillance, 24(36), 1800641.

55. Gagneur, A., Gosselin, V., & Dubé, È. (2018). Motivational interviewing: A promising tool to address vaccine hesitancy. Vaccine, 36(44), 6553-6555.
56. Gagneur, A., Bergeron, J., Gosselin, V., Farrands, A., & Baron, G. (2019). A complementary approach to the vaccination promotion continuum: an immunization-specific motivational-interview training for nurses. Vaccine, 37(20), 2748-2756.
57. Improving vaccination demand and addressing hesitancy. Geneva (CH): World Health Organization Erişim:https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/ (Erişim tarihi: 04.05.2020)
58. Şeker, H. (2010). Bloom'un Taksonomisinden, Bilişsel Süreç Boyutlarının Sınıflandırmasına Doğru Revize Edilen Taksonomi Üzerine. Cukurova University Faculty of Education Journal, 39.
59. Yurdabakan, İ. (2012). Bloom'un Revize Edilen Taksonomisinin Eğitimde Ölçme ve Değerlendirmeye Etkileri. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 11(2).
60. Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. Drug and Alcohol Dependence, 73(1), 99-106.
61. Cucciare, M. A., Ketroser, N., Wilbourne, P., Midboe, A. M., Cronkite, R., Berg-Smith, S. M., & Chardos, J. (2012). Teaching motivational interviewing to primary care staff in the Veterans Health Administration. Journal of General Internal Medicine, 27(8), 953-961.
62. Hartzler, B. (2015). Adapting the helpful responses questionnaire to assess communication skills involved in delivering contingency management: preliminary psychometrics. Journal of Substance Abuse Treatment, 55, 52-57.
63. Gowda, C., Schaffer, S. E., Dombkowski, K. J., & Dempsey, A. F. (2012). Understanding attitudes toward adolescent vaccination and the decision-making dynamic among adolescents, parents and providers. BMC Public Health, 12(1), 509.

64. McRee, A. L., Gilkey, M. B., & Dempsey, A. F. (2014). HPV vaccine hesitancy: findings from a statewide survey of health care providers. Journal of Pediatric Health Care, 28(6), 541-549.
65. Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior?. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29(4), 457.
66. Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(6), 1050.
67. Doherty, Y., Hall, D., James, P. T., Roberts, S. H., & Simpson, J. (2000). Change counselling in diabetes: the development of a training programme for the diabetes team. Patient Education and Counseling, 40(3), 263-278.
68. Forsberg, L., Forsberg, L. G., Lindqvist, H., & Helgason, A. R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills:a two-and-a-half-year exploratory study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5(1), 8.
69. Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. Journal of Substance Abuse Treatment, 40(4), 357-365.
70. Van Eijk-Hustings, Y. J., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in The Netherlands. Patient Education and Counseling, 84(1), 10-15.
71. The Health Foundation Research scan: Training professionals in motivational interviewing
Erişim:https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf (Erişim tarihi: 24.11.2020)
72. Efraimsson, E. Ö., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. Journal of Advanced Nursing, 68(4), 767-782.
73. Martino, S., Haeseler, F., Belitsky, R., Pantalon, M., & Fortin IV, A. H. (2007). Teaching brief motivational interviewing to year three medical students. Medical Education, 41(2), 160-167.

74. Simons, L., Jacobucci, R., & Houston, H. (2006). Novice, seasoned and veteran counselors' views of addiction treatment manuals: The influence of counselor characteristics on manual usefulness. Journal of Psychoactive Drugs, 38(4), 483-491.
75. Ball, S., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T. & Zammarelli, L. (2002). Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment, 23(4), 309-318.
76. Rikard-Bell, G., Groenlund, C., & Ward, J. (2003). Australian dental students' views about smoking cessation counseling and their skills as counselors. Journal of Public Health Dentistry, 63(3), 200-206.
77. Marley, S. C., Carbonneau, K., Lockner, D., Kibbe, D., & Trowbridge, F. (2011). Motivational interviewing skills are positively associated with nutritionist self-efficacy. Journal of Nutrition Education and Behavior, 43(1), 28-34.
78. Duperly, J., Lobelo, F., Segura, C., Sarmiento, F., Herrera, D., Sarmiento, O. L., & Frank, E. (2009). The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: cross-sectional analyses. BMC Public Health, 9(1), 218.
79. Scott, L. A. B., & Black, D. R. (1999). Health communication and professional preparation: Health educator credibility, message learning, and behavior change. Health Education & Behavior, 26(5), 609-620.
80. Gerner, B., Sanci, L., Cahill, H., Ukoumunne, O. C., Gold, L., Rogers, L. & Wake, M. (2010). Using simulated patients to develop doctors' skills in facilitating behaviour change: addressing childhood obesity. Medical Education, 44(7), 706-715.
81. Rivera, J. C., & Rice, M. L. (2002). A comparison of student outcomes and satisfaction between traditional and web based course offerings. Online Journal of Distance Learning Administration, 5(3), 151-179.
82. Simonson, M. (1999). Equivalency theory and distance education. TechTrends, *43*(5)5.

8. EKLER

8.1. Ek-1: Ön-test

1. Adınız-soyadınız
2. Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Yaşınız
4. Göreviniz?

☐Aile Hekimi (soru 5'e geçiniz)

☐Aile Sağlığı Çalışanı (Soru 6'ya geçiniz)

5. Unvanınızı belirtiniz.

☐ Aile Hekimi

☐ Aile Hekimliği Uzmanı

☐ Diğer branş uzmanı

☐ Asistan doktor

6. Unvanınızı belirtiniz.

☐ Hemşire

☐ Ebe

☐ ATT

☐ Diğer (lütfen belirtin)

7. Meslekteki kaçıncı yılınız?
8. Nerede çalışmaktasınız?

☐ Aile Sağlığı Merkezi

☐ Eğitim ASM (Üniversite)

☐ Eğitim ASM (Eğitim Araştırma Hastanesi)

9. ASM'de ne kadar süredir çalışmaktasınız?

10. Aşılar ile ilgili bilgileri nereden öğrendiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Üniversite eğitimi

☐ Sağlık Bakanlığı'nın yazıları

☐ Hizmet içi kurslar

☐ Kongre-sempozyum

☐ Meslektaşlar

☐ Mesleki kitaplar

☐ Kılavuzlar

☐ Araştırma makaleleri

☐ Meta-analiz, sistemik derlemeler

☐ Sosyal medya

☐ Diğer (lütfen belirtin)

11. Aşılar enfeksiyon hastalıklarından korunmak için sizce ne kadar gerekli?

☐Hiç gerekli değil

☐Gerekli değil

☐Kararsızım

☐Kısmen gereklidir

☐Tamamen gereklidir

12. Aşılar hakkında tereddüt yaşadığınız oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

13. Ülkemizde uygulanan aşılardan gerekli görmediğiniz ya da önermediğiniz aşı var mı? (Hayırsa16.sorudan devam edebilirsiniz.)

EVET/ HAYIR

14. Ülkemizde uygulanan ve aşağıda belirtilmiş olan aşılardan gerekli olmadığını düşündüğünüz ya da önermediğiniz aşı/aşıları işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

☐Hepatit – B

☐Hepatit – A

☐BCG

☐Su çiçeği

☐Heamophilus influenza B

☐Pnömokok

☐Difteri Boğmaca -Tetanoz -Çocuk felci

☐Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)

☐Oral polio

15. Aşı/aşıların gerekli olmadığını düşünme ya da önermeme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Dini nedenler

☐ Etkinliğine güvenmiyorum

☐ Yeterli veri yok

☐ Aşı içeriğinin sağlıklı olmadığını düşünüyorum

☐ Yan etkilerinin fazla olduğuna inanıyorum

☐ Bu hastalık/hastalıklar toplumda çok az görülüyor

☐ Bu aşı/aşıların ilaç şirketlerinin reklamı olduğunu düşünüyorum

☐ Belirlenmiş olan aşı tarihinin erken olduğunu, ileri yaşlarda olmasını daha doğru buluyorum

☐ Diğer (lütfen belirtin)

16. Şimdiye kadar aşılama hizmeti verdiğiniz ailelerden kaçıyla aşı tereddüt/ret yaşandı?

☐ %0-20 ☐ %21-40 ☐ %41-60 ☐ %61-80 ☐ %81-100

17. Son 1 yılda aşılama hizmeti verdiğiniz ailelerden kaçı tarafından aşı ret formu imzalandı?

18. DSÖ'ye göre aşı tereddüdü "aşı hizmetlerinin bulunmasına rağmen aşıların kabul edilmesinde veya reddedilmesinde gecikme" olarak tanımlanmaktadır. Karşılaştığınız ailelerin neden tereddüt yaşadığını biliyor musunuz?

☐ Dini nedenler

☐ Bu hastalık/hastalıkların toplumda çok az görülmesi

☐ Etkinliğine güvenmeme

☐ Yeterli veri olmaması

☐ İçeriğinin sağlıklı olmaması

☐ Belirlenmiş olan aşı tarihinin erken olduğunu, ileri yaşlarda olmasını daha doğru bulması

☐ Yan etkilerinin fazla olduğuna inanması

☐ Aşı/aşıların ilaç şirketlerinin reklamı olduğunu düşünmesi

☐ Diğer (lütfen belirtin)

***Karşılaştırma Soruları**

19. Çocukluk çağı aşılarının yan etkileri konusunda ne ölçüde bilgili olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Çok yetersiz/Yetersiz/Ne yeterli ne yetersiz/Kısmen yeterli/Tamamen yeterli

20. Ailelerin sorularını ve endişelerini cevaplarken kendinizi ne ölçüde yeterli buluyorsunuz?

Çok yetersiz/Yetersiz/Ne yeterli ne yetersiz/Kısmen yeterli/Tamamen yeterli

21. Aşı tereddüdü yaşayan aileleri yönlendirme konusunda kendinizi ne ölçüde yeterli hissediyorsunuz?

Çok yetersiz/Yetersiz/Ne yeterli ne yetersiz/Kısmen yeterli/Tamamen yeterli

22. Size göre, ebeveynlere aşılar hakkında yeterli bilgilendirme yapıyor musunuz?

☐Hiçbir zaman ☐Nadiren ☐Bazen ☐Çoğu zaman ☐Her zaman

23. Ailelerin bazı endişeleri/ şüpheleri hakkında onlarla aynı düşünceleri paylaştığınız oldu mu?

HAYIR/EVET (lütfen belirtin)

24. Aileler ile konuştuktan sonra aşılar ve aşı güvenliği hakkında bilgilerinizi yenileme ihtiyacı duyar mısınız?

☐Hiçbir zaman ☐Nadiren ☐Bazen ☐Çoğu zaman ☐Her zaman

25. Bu bilgilendirmeyi yaparken ailelere hangi kaynakları sunuyorsunuz?

☐ BROŞÜR

☐ EĞİTİM KİTAPÇIĞI

☐ E-KİTAP

☐ İNTERNET

☐ Diğer (lütfen belirtin)

26. Ebeveynlerin tereddütlerine cevap vermek/ konuşmak için zaman ayırabiliyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

27. Daha önce herhangi bir hastanın aşılanmamasını önerdiniz mi?

HAYIR/EVET (lütfen nedenini belirtiniz)

28. Çocuğunuz var mı? (CEVABINIZ HAYIRSA 32. SORUDAN DEVAM EDEBİLİRSİNİZ)

EVET/ HAYIR

29. Ulusal Bağışıklama Programına göre aşıları yapıldı mı?

EVET/ HAYIR

30. Kendi çocuğunuza yaptırmadığınız ya da yaptırmakta tereddüt yaşadığınız aşı var mı?

EVET/ HAYIR

31. 30. soruya cevabınız "EVET" ise hangi aşıları yaptırmadınız/ yaptırmakta tereddüt yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Heamophilus influenza B

☐ Difteri-Boğmaca-Tetanoz–Polio

☐ Pnömokok

☐ Hepatit – A

☐ Hepatit -B

☐ BCG

☐ Suçiçeği

☐ Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)

☐ Oral polio

32. Sizce sağlık çalışanları ve ebeveynler arasında aşılama güvenini iyileştirmeye ihtiyaç var mı? Evetse, sizce nasıl geliştirilebilir?

HAYIR/EVET (fikrinizi belirtiniz)

33. Motivasyonel Görüşme Teknikleri hakkında fikriniz var mı?

EVET/HAYIR/KISMEN

34. Motivasyonel Görüşme Teknikleri hakkında eğitim aldınız mı?

EVET/HAYIR

35. Daha önce herhangi bir sebeple kullandınız mı? (Evetse hangi alanlarda kullandığınızı belirtiniz.)

HAYIR/EVET (hangi alanda olduğunu belirtiniz)

8.2. EK-2: MG Bilgi Testi

1. Bir danışman, danışanın seçimleri veya kararları hakkındaki endişelerini en iyi nasıl ifade etmelidir?

a. Danışman, danışanın özerkliğine saygı gösterirken endişelerini empatik bir şekilde ifade etmelidir.

b. Danışman, seçimlerinden veya kararlarından herhangi birinin tedavinin hedefleriyle çelişkili olup olmadığını derhal bildirmelidir.

c. Danışman, belirli bir tedavi yaklaşımıyla çalışan uzmanlığına dayalı endişelerini dile getirmelidir.

d. Danışman asla endişelerini ifade etmemeli ve her zaman danışanın kararlarını her şekilde desteklemelidir.

2. Motivasyonel Görüşme ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

a. İnsanları yapmak istemedikleri şey konusunda ikna etmemizi sağlar.

b. Otoriter bir rol takınmak işe yarar.

c. Danışanın yerine çözüm üretilir.

d. Danışanın otonomisine saygı gösterilir.

3. Danışanda bir nesneye ya da duruma karşı zıt(olumlu-olumsuz) duyguların, fikirlerin veya isteklerin birlikte var olması durumu aşağıdaki tanımlamalardan hangisine aittir?

a. Empati b. Ambivalans c. Dürtü d. Direnç

4.Motivasyonel görüşmede kullanılan temel beceriler nelerdir?

☐Açık uçlu sorular sorma ☐Yansıtmalı dinleme

☐Talimat verme ☐Danışmanın çözüm üretmesi

☐Özetleme ☐Kabullenme

☐Tartışma yaratma ☐İkna etme

☐Değerlendirme ☐Bilgi ve tavsiye verme.

5. Asağıdakilerden hangisi Motivasyonel Görüşme tekniği kullanan bir danışman için ilk aşamada ifade edilir? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

a. Sağlık Bakanlığı'nın aşılama kılavuzundan tavsiyeler vermek

b. Çocuğuna aşı yaptırmak istemeyen ebeveynleri, bu görüşlerini yansıtmaları için cesaretlendirmek

c. Aşı olmamanın riskleri ve aşının komplikasyonları hakkında konuşmak

d. Aşılamanın faydaları ve bulunduğu günden bu yana hastalıkların görülme hızını azalttığı yönünde tartışmak

6. Motivasyonel görüşme ruhuna saygı duyarak, 'Aşıların sayısı gittikçe artıyor. Bu kadar küçük bir bebeğe aynı anda bu kadar fazla aşı yaptırmak benim için mümkün değil' diyen birine verilebilecek en iyi cevap hangisidir? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

a. Ancak bu aşılar Sağlık Bakanlığı'nın aşılama programına göre yapılıyor.

b. Aşıların bu şekilde yapılması sizin için daha iyi, kliniğe birçok kez gelmemenizi sağlar.

c. Bu kadar fazla aşıyı bebeğinize vermenin sizin için kabul edilebilir olmamasını anlıyorum.

d. Sizin için zor olabilir fakat bebeğinizi korumanın tek yolu bu.

7. Suçiçeğine karşı aşı yaptırmak sizi endişelendiriyor. Kararsızsınız. Su çiçeği ciddi bir hastalık değil bu yüzden bu aşı size gerekli gelmiyor. Aynı zamanda aşının yararlılığını sorguluyorsunuz çünkü etrafınızda aşı olmasına rağmen hastalığa yakalanan çocuklar var. Yine de genel olarak aşılamaya karşı değilsiniz. Su çiçeğine karsı sizi endişelendiren başka konular var mı?' Bu alıntıda hangi MG aracı kullanılmamıştır? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

a. Yansıtmalı dinleme

b. Özetleme

c. Değerlendirme

d. İzin alarak tavsiye verme

8. Bir danışanın değişim için birkaç nedeni ve değişime karşı pek çok nedeni olduğunda, büyük olasılıkla hangi değişim aşamasını yaşarlar?

a. Farkındalık Öncesi (Precontemplation)

b. Farkındalık/Karar (Contemplation)

c. Hazırlık (Preparation)

d. Eylem (Action)

9. Motivasyonel Görüşme yaklaşımının 4 ilkesini işaretleyiniz.

☐Çelişkileri ortaya çıkarma ☐Empati gösterme

☐Tartışmadan kaçınma ☐Baskı oluşturmama

☐Net sonuçlar verme ☐Doğrulama

☐Dirençle çalışma ☐Öz yeterliliği destekleme

☐Özetleme ☐Doğrudan tavsiye verme

8.3. EK-3: MG Özgüven Skalası

Aşağıdakilerden her biri için motivasyonel görüşmeye ilişkin kendi algınızı en iyi yansıtan değeri 1'den 10'a kadar bir ölçekte belirtin.

1) Mesleki bağlamda motivasyonel görüşme pratiği yapmak için güven seviyenizi nasıl değerlendirirsiniz?
Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

2) Danışanınızla değişim hakkında bir konuşma başlatırken ne kadar rahat hissediyorsunuz?
Hiç rahat değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle rahatım

3) Belirli aşılara veya genel olarak aşılamaya çoğunlukla karşı fikirli bir danışanla görüşmek sizin için ne ölçüde kolaydır?
Çok zor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok kolay

4) Aşı yaptırmaya açık ya da kapalı fikirli bir danışanı empatiyle dinleme konusunda ne ölçüde kendinize güveniyorsunuz?
Hiç güvenmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle güveniyorum

5) Ebeveynlerin yaşadığı gerçekliği yansıtmak konusunda ne kadar kendinize güveniyorsunuz?
Hiç güvenmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle güveniyorum

6) Motivasyonel görüşme yapmaya ne ölçüde hazır hissediyorsunuz?
Hiç hazır değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle hazırım

8.4. EK-4: MG Beceri Formu

Genel özellikler:

1. MG ile danışanın içsel motivasyonunun ortaya çıkmasını sağlayabildim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

2. MG süresince otorite olarak algılanabileceğim tutum ve davranışlardan kaçındım.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

3. Danışanın iş birliğine katılımını sağlayabildim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

4. Danışanla tartışmaya girmedim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

İlkeler:

5. Danışanı MG süresince yansıtmalı dinleme tekniği ile dinledim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

6. Danışan empati çabamı algılamıştır.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

7. Danışanın mevcut davranışları ile istekleri-değerleri arasındaki çelişkiyi ortaya çıkarabildim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

8. Danışanda direnci fark ettiğim anlarda stratejimi değiştirdim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

Değişimi konuşmak:

9. Danışandan gelen değişim konuşmalarını fark edebildim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

10. Danışanın değişim konuşmalarını artırmak/güçlendirmek için uygun yanıtlar oluşturabildim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

Stratejiler:

11. Hem MG'nin başında danışanın kendini ifade etmesine olanak tanımak, katılımını sağlamak için hem de değişim konuşmasını açığa çıkarmak için danışana açık uçlu sorular sordum.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

12. Danışandan gelen bilgi parçalarını toparlayarak özetlemeler yaptım.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

13. Bilgilendirme yapılması gereken durumlarda öncelikle danışandan izin aldım.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

14. Bilgileri danışana küçük gruplar halinde sundum ve danışanın tepkilerini kontrol ettim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

Planlama:

15. Süreçte ancak yeterli hazırlık olduğunda planlama aşamasına geçtim.

Tamamen yeterli / Yeterli / Ne yeterli ne yetersiz / Yetersiz / Çok yetersiz

8.5. EK-5: Broşür

Aşılar modern tıbbın bize sunduğu en önemli araçlardan biri ki, onlar sayesinde çocuklarımızın daha uzun, sakatlıklardan uzak şekilde, daha mutlu ve sağlıklı yaşaması mümkün. Ancak aşı karşıtı hareketin yükselmesi ile çocuklarımızı önlenebilir hastalıkların pençesine geri kaptırma riski ile karşı karşıyayız. Elbette her anne-baba elbette çocuğunun sağlıklı olmasını istiyor, ona en iyi şekilde bakmaya çalışıyor. Sorumsuz ve desteksiz söylemler, ebeveynlerin içindeki korku hislerini harekete geçirerek onların bu asılsız iddialara ve komplo teorilerine inanmalarına neden oluyor. Etrafımızı saran aşı karşıtı bu bilgi kirliliğiyle savaşılması, toplum ve çocuk sağlığı ile profesyonel olarak ilgilenen hekimlerden, sorumluluk sahibi anne-babalara dek hepimizin bu iddialara aşina olması ve iddiaların aslının ne olduğunu az çok bilmesi önemli.

Kuşku: Çocukları şu anda ülkemizde görülmeyen hastalıklara karşı aşılamak doğru değildir.

Gerçek: Bazı hastalıklar dünyanın özellikle gelişmiş ülkelerinde görülmemesine rağmen (çocuk felci ve difteri gibi) halen dünyanın çeşitli bölgelerinden vakalar

bildirilmektedir. Günümüzde seyahat etmenin yaygınlaştığı ve kolaylaştığı bir dünyada, bu tip bulaşıcı hastalıklar aşısız toplumlarda çok çabuk yayılarak ciddi üzücü sonuçlara her an yol açabilir. Bir aşıyı takvimden kaldırmak için (çiçek örneğinde olduğu gibi) hastalığın tüm dünyada görülmemesi gerekmektedir. Benzer bir tablo, kızamık aşısı yaptırmak istemeyen Avrupa ülkeleri yüzünden 2011 yılında Avrupa'da ortaya çıkan kızamık salgını ile tecrübe edildi.

Kuşku: Aşı olan hastaların hastalığa yakalanma riski daha yüksektir.
Gerçek: İnsan bağışıklık sisteminin kompleks bir sistem olması nedeniyle herhangi bir aşının %100 koruma sağlaması beklenmemektedir. Ayrıca aşılar, patojenlerin sadece en sık görülen belirli serotiplerine yönelik geliştirilmektedir.
Toplumda yüksek aşılanma oranlarına ulaşıldığında hastalık görülmez olmaktadır. Bazen aşılanmış kişilerde de hastalık görülebilmekte, ancak aşılanmamış olanlara oranla hastalık çok daha hafif ve komplikasyonsuz gitmektedir. Rotavirus, suçiçeği ve boğmaca gibi hastalıklarda aşılanmış kişiler hastalansa bile hafif seyrettiği gösterilmiştir. Bazı aşılara karşı oluşan antikor düzeyleri zamanla azalabilmektedir ancak bağışıklık sistemindeki bellek hücreleri, antijenle karşılaşmada yeniden etkinleşerek hastalıktan korurlar ya da hastalığı hafif geçirmeyi sağlarlar.

Kuşku: Aşıların belki de henüz bilmediğimiz ama uzun zaman sonra ortaya çıkacak çok ağır yan etkileri mevcuttur.
Gerçek: Aşıların yan etkileri olabilir ancak hastalığın kendisiyle karşılaştırıldığında çok daha seyrek ve hafif formdadır. Ayrıca İskandinav ülkelerinde yapılan araştırmalarda aşılanan bireylerin aşılanmayanlara göre kohortlandığı çalışmalarda otizm, otoimmün hastalıklar vb. rahatsızlıkların 40 sene sonra bile toplumda görülme sıklığında artış tespit edilmemiştir.

Kuşku: Karma aşı (DBT) ve polio aşısı ani çocuk ölümüne sebep olmaktadır.
Gerçek: Şimdiye kadar yapılan otopsi çalışmalarında ve diğer araştırmalarda, bu iddiayı kanıtlayacak bir neden-sonuç ilişkisi gösterilememiştir. Gerçek olan, bu aşıların ani çocuk ölümü vakalarının sık görüldüğü yaş grubunda uygulandığıdır.

Adları geçen 4 hastalık insanlık tarihinde milyonlarca bebeğin ölümüne sebep olmuştur ve maalesef halen dünyamızın bazı ülkelerinde görülmektedir.

Kuşku: Bir çocuğa her seferinde birden fazla antijen vermek, bağışıklık sistemine zarar vermekte ve immünolojik hastalık riskini artırmaktadır.
Gerçek: İnsanlar her gün solunum veya sindirim sistemi yolu ile çevreden pek çok antijenle (hatta yeni antijenle) karşılaşmaktadır. Aşıların içindeki antijen sayısı bir çocuğun günlük kreş hayatında karşılaştığından daha fazla değildir.

Kuşku: Çocuğun bağışıklık sisteminin aşılarla değil, doğal enfeksiyonlarla gelişmesi daha doğru olur.
Gerçek: Hastalıkların bazıları, geçirildiğinde bağışıklık bırakmazlar (difteri ve tetanoz gibi). Bu nedenle eğer hastalık geçirilse bile kişilerin yine de aşılanması gerekir. Kızamık, suçiçeği gibi bazı hastalıklar, geçirilince bağışıklık bırakırlar ancak ölümle sonuçlanma riskleri vardır. Geçirenlerde sağırlık, zihinsel gerilik gibi izler bırakabilirler. Bu nedenle bağışıklık elde etmek için aşılanma gibi bir yol varken hastalık riskini göze almaya değmez.

Kuşku: Bir tanıdığım çocuğuna aşı yaptırmadı hiç de hastalanmadı.
Gerçek: "Ben aşı yaptırmayacağım" diyenlerin bir kısmı gerçekten de hemen hastalanmayacaklardır. Çünkü aşısı olan bireyler enfeksiyon zincirini kırarak onların çevresinde korunaklı bir alan oluşturmaktadırlar. Ama zamanla hastalığın daha ağır seyredeceği daha büyük yaşlara geldiklerinde hastalık etkeni ile karşılaşabilirler ve o zaman çok geç kalınmış olabilir.

➔ **Hepatit-B Aşısı:** Uygulamadan 2-3 ay sonra multiple sklerozu tetiklediği veya demiyelinizan hastalıklara yol açtığına dair çeşitli yayınların olması aşının güvenliği ile ilgili endişelere yol açmıştır. Nörolojik yan etkilere aşı içerisinde bulunan antibakteriyel özelliği nedeniyle kullanılan tiomersalin yol açtığı düşünülmüş fakat bilimsel olarak ispatlanamamıştır.

➔ **Haemophilus İnfluenzae Tip B (Hib) Aşısı:** Konjuge Hib aşısının astım ve tip-1 diyabet gelişimine yol açtığına dair yayınlar olmasına rağmen yapılan çalışmalarla bu ilişki doğrulanmamıştır.

➔ **Meningokok Aşısı:** Bölgesel yan etkiler (ağrı, kızarıklık, sertlik) en sık görülen yakınmalardır ve aşılananların %12-20'sinde görülür. Guillain-Barré sendromu gelişen olgular bildirilmiş ise de epidemiyolojik çalışmalar riskin artmadığını göstermiştir.

➔ **Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT) Aşısı:** Aşının boğmaca komponentine bağlı otizm, öğrenme güçlüğü, ensefalopati gibi nörolojik yan etkiler görüldüğü öne sürülmektedir fakat yapılan çalışmalar sonucu boğmaca aşısı ile nörolojik problemler arasında ilişki bulunamamıştır.

➔ **Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) Aşısı:** KKK aşısı yumurta, jelatin ve neomisin alerjisi olanlarda anafilaktik reaksiyonlara yol açabilir. Alerji öyküsü olan hastalara KKK aşısı doktor gözetiminde yapılmalıdır. Kızamık aşısının yaygın olarak kullanılmasından sonra SSPE görülme sıklığı belirgin olarak azalmıştır. Otizme neden olduğuna dair bağlantı bulunamamıştır.

➔ Aşıların içeriğinde kullanılan Thimerosal maddesinin nörolojik bulgulara sebep olabileceği düşünülmüş ancak bağlantı bulunamamıştır.

➔ Ek olarak aşılar otoimmün hastalıklarla da ilişkilendirilmiş ancak bağlantı bulunamamıştır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

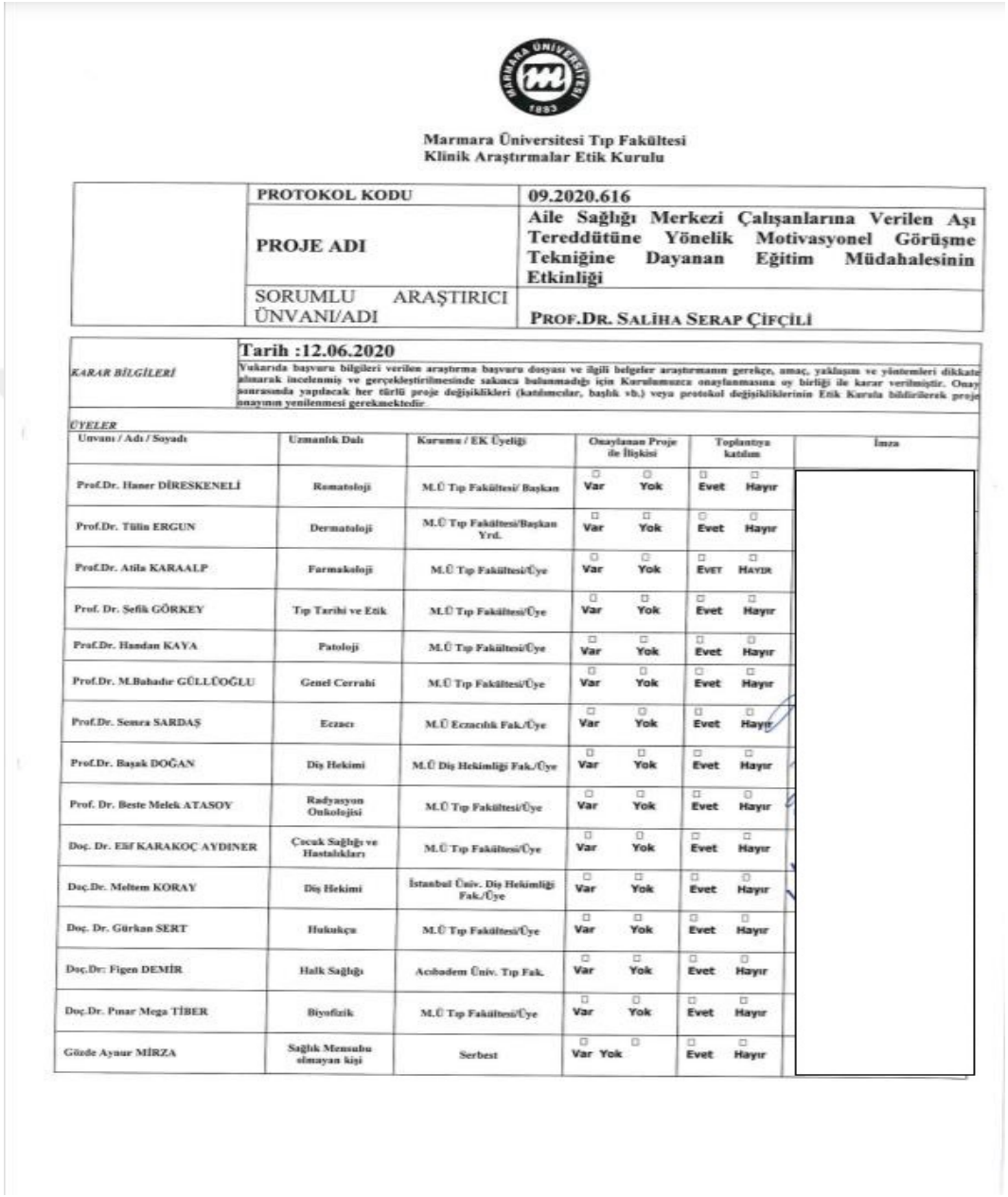
> Oxford Journals, Clin Infect Dis. (2009) 48 (4):456-461.doi: 10.1086/596476

> Confavreux C, Suissa S, Saddier P et al. Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group, N Engl J Med 2001;344(5):319-26.

> Clements CJ. The evidence for the safety of thiomersal in newborn and infant vaccines, Vaccine 2004;22(15-16):1854-61.

> Karvonen M, Cepaitis Z, Tuomilehto J. Association between type 1 diabetes and Haemophilis influenzae type b vaccination: birth cohort study, Brit Med J 1999;318(7192):1169-72.
> Salemi S, D'Amelio R. Could autoimmunity be induced bu vaccination? Int Rev Immunol 2010; 29(3):247-69.

8.6. Ek-6: Etik Kurul Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

	PROTOKOL KODU	09.2020.616
	PROJE ADI	Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Verilen Aşı Tereddütüne Yönelik Motivasyonel Görüşme Tekniğine Dayanan Eğitim Müdahalesinin Etkinliği
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	PROF.DR. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih :12.06.2020** Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Güzde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	

8.7. Ek-7: Gönüllü Olma Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı soyadı, imzası, görevi

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Merve Akarsu

Doğum Tarihi ve Yeri :

Adres :

Telefon :

E-posta :

Mezuniyet : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi/2017

Görev Yerleri : Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ABD, 2017-2020

Yabancı Dil : İngilizce, İspanyolca