

## LİBERAL PERSPEKTİF: ANALİZ

SAYI: 9, AĞUSTOS 2017



# ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ: AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ VE TÜRKiYE

Ercan Avcı



# LIBERAL PERSPEKTİF ANALİZ

Sayı: 9, Ağustos 2017

## ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ: AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ VE TÜRKİYE

Ercan Avcı

© Ercan Avcı

© Özgürlük Araştırmaları Derneği, 2017

Bu çalışmadaki görüşler yazara aittir ve Özgürlük Araştırmaları Derneği'nin kurumsal görüşünü yansıtmaz.

Bu çalışma Friedrich Naumann Vakfı'nın katkılarıyla hazırlanmıştır.

## Özgürlük Araştırmaları Derneği

📍 Turgut Reis Caddesi, No: 15/4 Mebusevleri Çankaya - Ankara

☎ 0312 213 24 00 ✉ info@ozgurlukarastirmalari.com

📘 ozgurlukarastirmalari 🐦 ozgurlukar

Tasarım ve Dizgi:  
**Liber Plus**

## **ERCAN AVCI**

Ercan Avcı 1977 yılında Van'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Van'da tamamladıktan sonra, eğitimine Hacettepe Üniversitesi Kamu Yönetimi'nde devam etti. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra, 2001 yılı başında Sağlık Bakanlığı Müfettiş Yardımcısı olarak göreve başladı. Sağlık Bakanlığında, sırasıyla, müfettiş yrd., müfettiş, başmüfettiş ve bas denetçi olarak görev yaptı. Halen Sağlık Başdenetçisi olarak, Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı kadrosunda bulunmaktadır. Ercan Avcı, 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Siyaset Bilimi alanında yüksek lisans eğitimini tamamladı ve 2012-2014 yılları arasında, Amerika Birleşik Devletlerinde, Üniversite of New Haven'de Sağlık Yönetimi alanında ikinci yüksek lisansını yaptı. 2015 yılında, Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan Duquesne Üniversitesinde Sağlık Etiği Doktora Programına başladı. Kendisi halen bu programa devam etmektedir.

## İÇİNDEKİLER

Özet.....	5
1- Giriş.....	6
2- Kavramsal Çerçeve.....	7
3- Gönüllü ve Zorunlu Aşılama.....	9
4- Liberal Bakış Açısı.....	13
5- Zarar Verme İlkesi.....	16
6- ABD ve Türkiye’de Bağışıklık Programları.....	18
7- ABD’de Aşılama.....	19
8- Türkiye’de Aşılama.....	22
9- İki Ülkenin Bağışıklama Programlarının Karşılaştırılması.....	25
10- İki Ülke Programlarının Liberal Açıdan Değerlendirilmesi.....	27
11- Sonuç.....	30

## Özet

Çocukluk dönemi aşı uygulamaları hastalıkları önleme, daha uzun yaşam süresi ve kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi amaçlarına yönelik olarak yapılan önemli halk sağlığı uygulamalarından ve maliyet-etkin yollarından biridir. Bu amaçlar doğrultusunda her ülkenin sürü bağışıklık eşiğine ulaşmak için belirli bağışıklama politikaları vardır. Ancak, tıbbî, dini veya felsefi sebeplerden dolayı bazen ebeveynler çocuklarını aşılamaı reddedebilmektedirler. Bu nedenle, özellikle Türkiye ve Amerika tarafından uygulanmakta olan zorunlu aşı uygulaması hallerinde kamu sağlığı ile bireysel özgürlükler arasında bir çatışma ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda, bu makalenin amacı, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri tarafından uygulanmakta olan bağışıklama modellerini liberal bir bakış açısıyla incelemektir. Amerika tıbbi, dini ve felsefi muafiyetlerini içeren okul-kayıt merkezli bir sistem; Türkiye ise aileler için maddî teşvik, sağlık sunucuları için ise yükümlülükler öngören korumacı bir model uygulamaktadır. Ancak, pek çok Avrupa ülkesinin verileri gösteriyor ki yüksek aşılama oranları gönüllü bağışıklama modelleriyle de sağlanabilmektedir. Bu sebeple Türkiye'nin korumacı-zorunlu aşı uygulamasından ziyade Amerika Birleşik Devletleri'nin daha esnek yapıdaki zorunlu bağışıklama uygulamasının etik açıdan kabul görebilirliğinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.



## 1- Giriş

Halk sağlığı, kapsayıcı ve geniş tabanlı bir faaliyet suretiyle hastalıklardan korunmayı, yaşam süresinin uzatılmasını ve kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi amaçlamaktadır (Winslow, 1920). Halk sağlığı hem bağışıklama gibi tıbbi uygulamaları hem de su ve kanalizasyon hizmetleri şeklindeki tıbbi olmayan faaliyetleri kapsamaktadır (Nuffield Council on Bioethics [NCB], 2007). Belli bir yerleşim alanındaki insanların sağlığına odaklanan halk sağlığı, doğal olarak, bu amacı gerçekteştirmek için belli bir idari otoriteyi gerektirmektedir. Diğer yandan, klasik liberalizm birey özgürlüğünü savunmakta ve bireyleri devlet müdahalesinden korumayı hedeflemektedir. Bu sebeple, halk sağlığı uygulamaları ile liberal değerler arasında bir çatışma muhtemeldir. Bu bağlamda, çocukluk dönemi aşı uygulaması halk sağlığı etiğinin en tartışmalı konularından biridir (Isaacs ve ark., 2009). Ancak, çocukların hastalıklara karşı korunması amacıyla politik bakış açısı ve fiili gereklilikler işiğında, ülkeler ya zorunlu ya da gönüllü aşılama yoluna gitmektedir. Hem Amerika'da hem de Türkiye'de zorunlu aşılama yöntemi olduğu halde, her iki ülkenin uygulamaları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu çerçevede, bu makale her iki ülkenin aşı politikalarını ele almayı, bunları karşılaştırmayı ve liberal değerler işiğında bir değerlendirme yapmayı amaçlamaktadır.

## 2- Kavramsal Çerçeve

Aşılama bulaşıcı hastalıkları önleme, ölüm ve hastalık oranlarını azaltma, sağlığın gelişimi ve çiçek hastalığı gibi bulaşıcı hastalıkları ortadan kaldırma konusundaki en etkili halk sağlığı araçlarından biridir (Fina-Goulden, 2010; Haverkate ve ark., 2012). Her ülke aşılarından en çok faydayı elde etmeye çalışmaktadır. Ülkeler belirlenmiş hedefleri doğrultusunda bağışıklık kazandırma direnci ve politik kültür ışığında farklı aşılama politikaları uygulayabilmektedir (Haverkate ve ark., 2012; Salmon ve ark., 2006). Genel olarak aşılama uygulamaları kendi içlerinde birçok farklılık gösterebilir de aşılama modelleri zorunlu ve gönüllü aşılama olmak üzere iki ayrılmaktadır.

Bu makalede aşılama ve bağışıklık kazandırma terimleri birbiriyle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bunları iki farklı kavram olarak tanımlamak da mümkündür. Aşılama, bireylere belirli virüslere ve bakteri kaynaklı hastalıklara karşı yapay olarak bağışıklık kazandırmak amacıyla zayıflatılmış veya öldürülmüş virüslerin ya da bakterilerin vücuda enjekte edilmesi ile ilgilidir (Diodati, 2008). Çoğunlukla bulaşıcı hastalıklara karşı olsa da çocukluk çağındaki aşılama yalnızca bulaşıcı hastalıklara karşı aşıları kapsamamaktadır. Örneğin, tetanos bulaşıcı bir hastalık değildir ancak tetanos aşısı çocukluk çağı aşılama programında yer almaktadır (Isaacs ve ark., 2004). Öte yandan, bağışıklık kazandırma “bir kişinin genellikle bir aşı ile bulaşıcı bir hastalığa karşı bağışık veya dirençli hale getirildiği süreçtir” (Dünya Sağlık Örgütü, tarihsiz, s. 1). Bu nedenle aşılama, aşıların yapılması anlamına gelmekteyken, bağışıklık kazandırma ise aşılama sonucu bağışık olmayı ifade etmektedir.

Benzer şekilde, düzenli aşılama ve toplu aşılama, kavramsal olarak bazı farklılıklarla birlikte birbirine yakın iki terimdir. Düzenli aşılama, bir sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti verenler tarafından önerilen aşıların yapılmasını anlatır (Hemşire tarafından doktor muayenehanesindeki bir çocuğa düzenli olarak planlanmış aşıların yapılması gibi). Öte yandan, toplu aşılama ise herhangi bir yerde halk sağlığı uzmanları tarafından belirli grupların aşılanmasını ifade etmektedir. ( Bir salgına karşı hamile kadınları evlerinde aşılama gibi). Düzenli aşılamada yapılan aşıların sonuçları aynı sağlık çalışanları tarafından gözlemlenebilmektedir. Bundan farklı olarak, toplu aşılama çoğunlukla hastalık salgınlarıyla ilgilidir ve tayin olunan halk sağlığı uzmanları tarafından yapılmaktadır. Toplu aşılamının sonuçları, aşığı

**Bulaşıcı hastalıkların her biri, sürü bağışıklık sağlama konusunda farklı bir eşiğe sahiptir. Ancak, bir hastalığın sürü bağışıklama yüzdesine ulaşıldığında aşılanmamış kişiler de tıpkı aşılanmış kişiler gibi hastalıktan korunmuş olmaktadır.**



yapan sağlık çalışanları tarafından denetlenmez. Bu doğrultuda çocukluk aşıları düzenli aşılama olarak sınıflandırılmaktadır (Diodati, 2008).

Düzenli ve toplu aşılar, aşıların gerekçelerini ve uygulanmalarını ifade etmekteyken, sürü bağışıklama ise nüfusun belirli bir yüzdesini aşılıyarak bulaşıcı hastalıklara karşı edinilen bağışıklığın yaygınlaştırılmasını anlatmaktadır. Sürü bağışıklığı, nüfusun belirli bir yüzdesine aşılıyarak enfeksiyon hastalıklarına karşı kazanılan bağışıklığın yaygınlaşması anlamına gelir (Holland, 2007, s. 136). Düzenli ve toplu aşılamının yeterli ölçüde yaygınlaştırılmasıyla aşılanmış nüfus, “hastalık iletim zincirini kırarak” aşılanmamış nüfusa fayda sağlamaktadır (Diodati, 2008, s. 15). Örneğin, KKK (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) durumunda, duyarlı nüfusunun yaklaşık %95’ini aşılıyarak, aynı toplumda veya bölgede aşılanmamış olan %5’lik nüfusu da hastalığa karşı korumaktadır (Gardner ve ark., 2010). Bulaşıcı hastalıkların her biri, sürü bağışıklık sağlama konusunda farklı bir eşiğe sahiptir. Ancak, bir hastalığın sürü bağışıklama yüzdesine ulaşıldığında aşılanmamış kişiler de tıpkı aşılanmış kişiler gibi hastalıktan korunmuş olmaktadır.

Zorunlu/mecburi aşılama ve gönüllü aşılama, bağışıklık kazandırma politikalarını uygulanmanın iki farklı yoludur. Haverkate ve ark. (2012), zorunlu aşılamayı “hukuki veya ekonomik bir yükümlülük olup olmadığına ve ailelerinin aşılanmayı kabul edip etmeme tercihine bakılmaksızın her çocuğun kanun gereği aşılanması” olarak tanımlamaktadır (sayfa 2). Bu nedenle zorunlu aşılama belirli yaptırımlarla karşılaşmamak açısından da hedef kişilerin aşılıya razı olmalarını zorunlu kılmaktadır. Aşının aşı olan kişiye ve toplumdaki diğer insanlara olan yararlarından dolayı ilgili nüfusa aşı yapılması bir zorunluluktur. Zorunlu aşılama yöntemlerinin gereklilikleri ve reddedilmesinin sonuçları farklı olsa da tüm zorunlu sistemler kişilerin tercihlerine bir kısıtlama getirmektedir. Öte yandan, gönüllü aşılama uygulamaları kişilerin bilgilendirilmiş onayına veya reddine dayanmaktadır. İnsanlar kendi seçimleri, değerlendirmeleri ve kararları ışığında, aşılanmayı kabul veya reddederler. Sağlık yetkilileri, insanları sadece aşının avantajları ve dezavantajları hakkında bilgilendirmekte ardından kararı onlara bırakmaktadır (Diodati, 2008).



### 3- Gönüllü ve Zorunlu Aşılama

Aşılar, belirli bulaşıcı hastalıklarına karşı yapay bir bağışıklık sağlamak üzere, belirli miktardaki bazı toksoidler ve zayıflatılmış veya öldürülmüş bakteriler ya da virüsler içermektedir. Çocuklar, çocukluk çağındaki aşılama ile bazı istenmeyen sonuçlara yol açan toksinlere, bakterilere ve virüslere maruz kalmaktadır. Ayrıca, Diodati'ye (2008) göre aşılar, bir çocuğun bağışıklık sistemi kapasitesinin büyük bir bölümünün yalnızca aşılanmış hastalıklara ayrılmasına neden olmaktadır. Bu durum da uzun vadede kanser, alerjiler, zihinsel rahatsızlıklar gibi diğer hastalıklara karşı zayıflıklara yol açma ihtimali taşımaktadır. Bu nedenle, aşılamanın bazı zararlı etkileri olabileceği söylenebilir. Bu sonuçların gerekçelendirilmesi bakımından, aşıların kısa ve uzun vadeli faydalarının zararlarından daha büyük olması gerekmektedir. Bu bağlamda sıradan insanların, sağlık otoritelerinin ve tıp alanındaki uzmanların çok büyük bir çoğunluğu aşıların faydalarının "aşıların asgari düzeydeki risklerini önemli derecede gölgede bıraktığını kabul etmektedir" (Conis, 2015, s.12). Buna ek olarak, fayda-risk oranları bakımından ve kanıta dayalı tıbbi gerçekler ışığında birçok biyo-etikçi çocukluk çağındaki aşıların faydalarının risklerini fazlasıyla gölgede bıraktığından şüphe etmemektedir. Ayrıca, aşılama maliyet bakımından en etkin ve en önleyici tıbbi tedbirdir (Salmon ve ark., 2006; Isaacs, 2012; Moran ve ark., 2006; Fine-Goulden, 2010; Haverkate ve ark., 2012).

Çocukluk çağı aşılamasındaki temel sorun daha çok gönüllü ve mecburi aşılama yöntemlerinin etkinlikleri ve taşıdıkları etik sorunlara ilişkindir. Aşılama, bireysel olarak aşı olmuş kişilere ve toplumdaki diğer insanlara bazı avantajlar sağlamaktadır. Devlet, kamu sağlığı perspektifi açısından özellikle bütün nüfusa sağlanan faydalar üzerine odaklanmaktadır. Devlet, bulaşıcı hastalıklara karşı uygun koruma sağlamak üzere her bir aşı için en azından sürü bağışıklık eşiğini aşmayı hedeflemektedir. Devlet, bu bağlamda aşılama politikasını herkese uygulamak suretiyle ya da insanları önerilen aşılama programına uymaya teşvik etme yoluyla bağışıklık kazanma hedeflerine ulaşmak konusunda mutlak hak sahibidir (Moran ve ark., 2006). Gönüllü aşı uygulaması, bağışıklık kazandırma politikasının bulunmadığını göstermez. Zorunlu aşılama gibi, gönüllü aşılama da belirli bir bağışıklık kazandırma programını içerir. Bu iki politika arasındaki ayırım uygulanma biçimlerinden kaynaklanmaktadır. Zorunlu aşı sistemi, yasal düzenlemeler çerçevesindeki bağışıklık kazandırma programına; gönüllü

**Sağlık otoritelerinin ve tıp alanındaki uzmanların çok büyük bir çoğunluğu aşıların faydalarının "aşıların asgari düzeydeki risklerini önemli derecede gölgede bıraktığını kabul etmektedir".**



aşılama ise ebeveynlerin gönüllük olarak çocuklarına aşı yapılmasına ikna edilmelerine veya yönlendirilmelerine dayanmaktadır.

Zorunlu aşılama geçmişi, aşı geçmişi kadar eskidir. Edward Jenner'in 19. yüzyılın başlarında çiçek hastalığına karşı sığır çiçek aşısını bulmasından sonra birkaç ülke, çiçek aşısı uygulamasını zorunlu hale getirdi (Diodati, 2008). ABD'de Massachusetts, 1809 yılında zorunlu çiçek aşısını uygulamaya koyan ilk eyalet olmuştur (Isaacs ve ark., 2004). Ancak, bağışıklık kazandırma konusundaki gelişmelerle birlikte, muhalif sesler de yükselmeye başladı. Örneğin, ABD'de zorunlu aşılama muhalefet eden aşı karşıtı hareketlerin geçmişi 19. yüzyılın sonlarına kadar uzanmaktadır (Conis, 2015). Benzer şekilde, 1853'te İngiltere'de zorunlu olarak çiçek aşısının uygulamaya konulması büyük protesto gösterilerini tetikledi (Isaacs ve ark., 2004). Bu nedenle, birçok kişi aşı geçmişi boyunca çeşitli nedenlerden dolayı aşılar karşı direnmiştir.

Çocukluk çağındaki aşılamanın reddedilmesinin arkasındaki temel nedenler; aşıların güvenliği, dini ve fikri görüşler, devletin halk sağlığı politikalarına yönelik kuşku ve aşılamanın artık bir gereklilik olmadığı yönündeki kanaatlerdir (Moran ve ark., 2006). Aşıların güvenli olup olmadığı konusundaki itirazlar, korkular ve iddialar, aşılama karşı dirençteki ana kategoriyi oluşturmaktadır. Bazı ebeveynler, uzmanlar ve araştırmacılar, kanser oranları, salgın hastalıklar, çocukluk çağı rahatsızlıkları ve engellilik artışlarını ve benzeri istenmeyen tıbbi durumları belirli aşılarla ilişkilendirmişlerdir (Conis, 2015). Bununla birlikte, ABD'de, ulusal bağışıklık kazandırma programlarının güvenliğini değerlendiren Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü), 2001 ve 2004 yılları arasındaki Aşı Güvenliği Araştırması ile aşılarla ilgili iddia edilen tıbbi sorunlar arasında bir ilişki tespit etmemiştir. Ayrıca, çok sayıda bilimsel araştırma çocukluk çağındaki aşıların doğrudan ciddi bir hastalığa neden olduğuna dair bir kanıt olmadığını göstermekte ve uzmanların çoğu bu tespitlerin doğruluğuna inanmaktadır. Aşıların, aşılanmış kişilere ve de topluma sağladığı faydaların, aşıların asgari düzeydeki negatif etkilerinden çok daha fazla olduğu büyük bir çoğunlukla kabul edilmektedir (Conis 2015; Isaacs ve ark. 2004; Back ve Martakis, 2015).

Çocukluk çağındaki aşılarla ilgili tartışmalar sürerken farklı ülkeler aşı oranlarını en üst düzeye çıkarmak için farklı politikalar uygulamaya devam etmektedir. ABD, Türkiye, Belçika ve Polonya zorunlu aşılama politikaları uygulayan bazı ülkelerdir. Diğer yandan İngiltere, Kanada ve İsveç

gönüllü aşı politikaları yürüten ülkeler arasında yer almaktadır. Ancak, bu genel sınıflandırma aynı kategorideki ülkelerin tam olarak aynı bağışıklık kazandırma politikalarına sahip olduğu anlamına gelmemektedir. Örneğin, Belçika'da, çocuklarını çocuk felcine karşı aşılatmayı reddeden ebeveynler hapis ya da para cezasına çarptırılırken; Polonya'da çocukluk çağı aşılmasının reddedilmesi para cezasını gerektirmektedir. Ancak aşılama oranları sürü bağışıklık eşiklerinin üzerinde olduğu sürece bu ceza pratikte uygulanmamaktadır. İngiltere, isteğe bağlı bir sistem uygularken belirli bağışıklık kazandırma yüzdelerini elde etmek amacıyla sağlık hizmeti sağlayıcılarına finansal teşvikler vermektedir. Diğer yandan İsveç tamamen gönüllü aşılama programları uygulamaktadır (NCB, 2007).

Gönüllü aşılama teşvikleri, bazı ülkeler tarafından ebeveynler ve/veya sağlık hizmeti sunucuları için uygulanmakta olan yaygın bir yöntemdir. Avusturya, anne ve babalara çocuklarını aşılatmak için maddi teşvikler veren ülkelerden biridir. Diğer yandan İrlanda, aşılama oranlarını artırmak veya muhafaza etmek üzere sağlık hizmeti sunucularına (hekimlere) mali teşvikler sunmaktadır. Ebeveynler için mali veya mali olmayan teşvikler ya da yönlendirmeler bazı etik endişelere sebep olmaktadır. Teşviklerle yönlendirilen aşılama sistemlerine gönüllü sistemler denmekte olup bu sistemler yüksek bağışıklık kazandırma yüzdelerine ulaşma isteğinde olsalar da insanları belirli bir şekilde davranmaya zorlama amacı gütmemektedirler. Bununla birlikte, teşvik söz konusu olduğunda zengin olmayan aileler için bağımsız olarak hareket etmek yerine, parasal faktörlerin etkisi altında karar verme riski bulunmaktadır. Öte yandan, sağlık hizmeti sunucuları için teşvik verilmesi, başka etik sorunları doğurabilir. Sağlık hizmet sunucularından ebeveynlere serbestçe karar verme imkânı sağlamak üzere aşıların tüm potansiyel faydaları ve zararları konusunda yeterince ve uygun şekilde bilgi vermeleri beklenmektedir. Ancak, teşvikler hizmet sunucularının motivasyonu konusunda ebeveynlerle hizmet sunucular arasında güvensizliğe yol açabilmektedir. Ana-babalar, hizmet sunucularının, çocukları için neyin en iyi olduğuna mı önem verdikleri yoksa kendilerinin teşvik temelli çıkarlarına mı önem verdikleri konusunda şüphe duyabilirler (Moran ve ark., 2006).

Diğer yandan, zorunlu bağışıklık kazandırma politikaları ebeveynlerin aşılarına razı olmaması durumunda, doğrudan doğruya anne-babayı çocuklarını aşılatmaya zorlamakta ve onlara belirli cezalar yüklemektedir. Hapse

**Teşvik söz konusu olduğunda zengin olmayan aileler için bağımsız olarak hareket etmek yerine, parasal faktörlerin etkisi altında karar verme riski bulunmaktadır.**



atma, para cezaları ve okul kaydıyla ilgili yükümlülükler mecburi aşılama da uygulanan bazı cezalardır (NCB, 2007). Gönüllü aşılama da ki teşvikler gibi para cezaları ve okul kaydıyla ilgili yükümlülükler de yoksul ailelere karşı orantısız muamelelere yol açmaktadır. Para cezasına muhatap olmak varlıklı bir aileyi hiç etkilemeyebilir fakat büyük bir ihtimalle fakir bir ailenin maddi durumunu kötüleştirecektir. Ayrıca, okula kaydı konusunda aşılama yı ön koşul olarak talep etme zengin olmayan ailelerin çocuklarının eğitim alabilmeleri imkânını büyük oranda ortadan kaldıracaktır. Ancak, varlıklı aileler, mali açıdan, çocuklarının eğitim alabilmesi için evde okul gibi ek fırsatlar oluşturma imkânına sahiplerdir (Back ve Martakis, 2009). Bu nedenle, bazı aşılama politikalarının belirli bileşenleri veya araçları kendi içlerinde etik kaygılar üretme riski taşımaktadır.

#### 4- Liberal Bakış Açısı

Sağlık etiği, bireysel özerklik kapsamında bireysel haklara ve tercihlere önem vermektedir. Diğer yandan halk sağlığı, tüm nüfusun sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla bazen bireysel özgürlüklere uygun düşmeyecek zorunlu uygulamalar gerektirmektedir. Bu durum, sıklıkla bireysel özerklikle halk sağlığı gereksinimleri arasında etik çatışmalar neden olmaktadır. Çoğu durumda, mecburi müdahalelerin etik olarak savunulabilir olup olmadığı hususu genelde hangi ahlaki teori ya da politik yaklaşımın dikkate alındığına bağlıdır. Bu bağlamda, liberalizm devlet müdahaleleri ile bireysel özgürlükler arasındaki çatışmaların analizinde sıklıkla dikkate alınan politik görüşlerden biridir (Hollanda, 2007).

Politik ve sosyal bir görüş olarak farklı siyasi, sosyal ve ekonomik yönleri olan çeşitli liberalizm türleri vardır (Bell, 2014). Bu noktada ilk soru, hangi liberalizm olduğudur: Klasik liberalizm, sosyal liberalizm, modern liberalizm veya neoliberalizm. Bu soruya verilecek cevap, belirli bir konulardaki görüş açısını önemli ölçüde değiştirebilir. Örneğin, özgürlüğün pozitif hakları da içerip içermediği ya da özgürlüğün sadece negatif hakları mı kapsadığı yönündeki temel yaklaşım, sosyal, politik ve ekonomik hayat içinde devletin rolünü şekillendirmektedir (Butler, 2015). Bu bağlamda, negatif hakları temel alan yaklaşım özgürlüğü, dışsal kısıtlamalardan ve zorlamalardan uzak olma kapsamında tanımlamaktayken, pozitif haklar anlayışı ise yapabilmeyi sağlayacak bazı yeteneklere/fırsatlara sahip olmayı da gerektirmektedir (Hollanda, 2007).

Bu makalede liberal bakış açısı, klasik liberalizm argümanları ve ilkeleri ışığında değerlendirilmektedir. John Locke, Adam Smith, Thomas Jefferson, John Stuart Mill, Friedrich A. Hayek ve Isaiah Berlin klasik liberalizmin önde gelen bazı temsilcileridir (Butler, 2015). Bu manada, belirtilen düşünürlerin ve diğer klasik liberallerin tüm konularda hemfikir olmadığını belirtmek gerekmektedir. Bunların arasında bazı konularda farklı düşüncelerle karşılaşmak mümkündür. Bununla birlikte, geniş bir açıdan bakıldığında, tüm klasik ve neo-klasik liberallerin üzerinde anlaşmaya vardığı özgürlük, bireysellik, mülkiyet, sivil toplum, hukuk ve devletin rolü gibi belirli konular bulunmaktadır. Düşünürlerin her biri bu konularda farklı hususları dile getirebilmektedir ancak ana prensipler üzerinde bunlar arasında genel bir fikir birliği vardır (Butler, 2015).



Liberalizm kısaca, bireysel özgürlükleri savunan bir teori olarak tanımlanabilir. Daha geniş bir tanımlama ise liberalizmin, bireyin yaşam, özgürlük ve mülkiyet haklarını güvence altına alan, kendiliğinden oluşan piyasa düzeni ve devletin sosyal, siyasi ve ekonomik hayatta asgari müdahalesini savunan sosyal, politik ve ekonomik bir doktrin şeklinde tanımlanabilir (Aktan, 1995). Eamonn Butler (2015), (klasik) liberalizm ilkelerini on kategoriye ayırmaktadır. Ancak, temel liberal değerleri birçok kategoriye ayırmak yerine, bunları şu şekilde gruplandırmak mümkündür: Bireycilik, özgürlük, kendiliğinden oluşan piyasa düzeni, pazar ekonomisi ve minimal devlet. Bununla birlikte, halk sağlığı uygulamalarıyla ilişkin olarak özgürlük, bireycilik ve devletin rolü bizi en çok ilgilendiren ilkelerdir.

Özgürlük, liberalizmin ilk ve en önemli ilkesidir. Özgürlük zorlamalar ve baskılardan özgür olma hakkı ile ilgilidir. Özgürlük bu açıdan, her bireyin bu hakla doğduğu anlamına gelen doğal ve negatif bir haktır. John Locke'un sosyal sözleşme kuramı, bu görüşün gelişiminde önemli bir role sahiptir (Butler, 2015). John Locke, insanların doğadaki durumda doğa kanunlarıyla özgürce yaşadıklarını ifade etmektedir. Doğal yasa uyarınca, bütün insanlar eşit ve bağımsızdı ve başkalarının hayatına, özgürlüğüne ve mülkiyetine zarar verilmesi yasaktı. Ancak, bazı insanlar doğal hukuk hükümlerine uymadı ve kanunlara aykırı hareket ederek "düşmanlık ve yıkım durumu" olan savaş halini oluşturdu (Locke, 1948, sayfa 1-5, 10). Doğadaki insanlar, kendilerini ve başkalarını koruma gücüne ve doğal yasayı ihlal edenleri cezalandırma gücüne sahiptiler. Bununla birlikte, insanlar sivil topluma geçiş amacı ile hayatlarını, özgürlüklerini ve mülkiyetlerini saldırganlardan koruyabilmek için kısmen kendilerini ve başkalarını koruma güçlerini ve bir bütün olarak da doğal yasayı ihlal edenleri cezalandırma güçlerini devlete bıraktılar (Locke, 1948). Sosyal sözleşme teorisi, devlete bireylerin özgürlüklerini ve diğer haklarını ihlal etme veya görmezden gelme hakkı vermemektedir. Aksine, doğa devletini sivil toplum devleti haline dönüştürmenin arkasındaki amaç çerçevesinde devletin görevi, bireysel özgürlükleri en üst düzeye çıkarmak ve özgürlük üzerindeki kısıtlamaları en aza indirmektir (Butler, 2015).

Bireycilik, liberalizmin başka bir vazgeçilmez ilkesidir. Bireycilik, kolektif oluşumlara yönelik olarak bireyin önemini ifade etmektedir. Yayla'ya (2003) göre, liberalizmin bireyselliğe bakış açısı hem ontolojik hem de metodolojiktir. Ontolojik bireycilik, temel varlığın bireysel olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, doğal haklar ve sosyal sözleşme teorisi ile

tutarlıdır. Birey, toplum ve devlet gibi kolektif sistemlerin varlığından önce var olmuştur. Sivil topluma geçişin ana hedefi, temel bireysel hakları korumaktır. Diğer yandan metodolojik bireycilik, ontolojik bireyselciliğin bir sonucudur ve kolektif kurumlardan ziyade araştırılmaya layık olanın birey olduğunu ifade etmektedir. Birey sahip olduklarıyla birlikte maddi bir varlıktır, oysa kolektif bir varlık özü itibarıyla soyuttur ve bireyleri doğru şekilde temsil edemez. Toplum yararı ya da amme menfaati soyuttur. Ancak, bireysel çıkar ya da bireysel yarar somuttur. Bu nedenle, bireysel yarar ve menfaatler, kamu yararı veya çıkarı için feda edilemez.

Özgürlük ve bireyciliğin önemi, aynı zamanda devletin rolü üzerindeki liberal konumu da belirlemektedir. Liberalizm, bireylere “kendi amaçları için kendi imkânları ve kendi bilgilerini kullanma izni verilmesi” gerektiğine inanmaktadır (Hayek, 1984, s.370). Ayrıca, sosyal sözleşme teorisine göre, devletin varlığının amacı bireylerin doğal haklarını korumak ve teşvik etmektir. Bununla birlikte, devlet çok büyük bir güce sahip olduğu için bu hakları ihlal etme hususunda da en büyük risk yine devlettir. Bu gücün yasalarla kısıtlanmamış olması ve kötü uygulama koşulları halinde bireysel temel haklar tehlikeye düşebilir. Bu nedenle, liberaller “sınırlı ve temsili bir devlet” önermektedir (Butler, 2015, s. xviii-7). Klasik liberaller, devletin özellikle kamu yararı ya da amme menfaati oluşturmak için toplumsal ve ekonomik hayata gereğinden çok dahil olmasına her zaman şüpheyle yaklaşmışlardır.



## 5- Zarar Verme İlkesi

Liberalizm, özgürlük ve bireycilik kuramıdır ancak bireysel özgürlük sınırsız değildir. Liberalizm, devleti, güvenlik ve adaleti sağlama konusunda yegâne yetkili makam olarak görmektedir. Locke, doğal durumda “kendini şahsının ve mülkünün mutlak efendisi” olan insanın iki yetkiye sahip olduğunu belirtmektedir: “Birincisi, kendisinin ve başkalarının korunması için uygun olduğunu düşündüğü şeyleri yapmak”, “diğeri ise, kanuna aykırı hareket edenleri cezalandırmak” (Locke, 1948, s. 62-64). Ancak, “bireylerin hayatlarını, özgürlüklerini ve mülklerini koruma konusunda yetkili bir makam olmadığı için” doğal durum aynı zamanda çok tehlikeli ve çok güvensizdir (Locke, 1948, s.62). Bu itibarla, insan, haklarını korumak için gücünün bir kısmını bir otoriteye aktarmaktadır. Bu anlamda, devlet, başkalarının hayatına, özgürlüğüne veya mülkiyetine zarar verilmesi ya da bunların tehdit edilmesi halinde insanları sınırlandırma meşruiyetine sahip olacaktır. Bununla birlikte, Hayek (1984), devletin insanlara ne yapması gerektiğini söylememesi, neyi yapmayacaklarını söylemesi gerektiğini ifade etmektedir. Hayek, devlet otoritesini çoğunlukla, negatif haklar perspektifi kapsamında mütalaa etmektedir. Bununla birlikte, Hayek (1984) de “hayat kurtarma, koruma ve felaketleri önleme gibi” belirli koşullar altında, pozitif eylemlerde bulunmanın gerekliliğini kabul etmektedir (sayfa 370).

Butler (2015) “adalet güç gerektirir; ancak güç meşruluk gerektirir” şeklinde ifadede bulunmakta ve meşru görülebilir güç için “gerçek zarar” ya da “gerçek zarar tehdidi” sınırlarını belirleyerek güç ile zarar arasındaki dengenin önemini vurgulamaktadır (s. 39). Bu bağlamda, pek çok sosyal bilim disiplinde kullanılan en yaygın yaklaşım, John Stuart Mill’in zarar ilkesidir. Önde gelen bir klasik liberal ve faydacı düşünür olan Mill, Özgürlük Üzerine’de bireysel özgürlük konusundaki görüşlerini ve otoritenin sınırlarını açıklamaktadır. Mill’in (2002) ifadesi aşağıdaki şekildedir:

Kendi iradesine karşı, medeni bir toplumun herhangi bir üyesine haklı olarak güç kullanılmasının yegâne amacı başkalarına zarar verilmesini önlemektir. Kendisinin fiziksel ya da zihinsel iyiliği müdahale yetkisi vermemektedir. Kendisi için daha iyi olacak, kendisini daha mutlu edecek, başkalarının görüşüne göre böyle yapmak akıllıca ya da doğru olacak diye kişi bir şey yapmaya veya bir şeye tahammül etmeye zorlanamaz (s. 8).

Mill’in yukarıdaki açıklamaları ışığında, Mill’in genellikle bireysel özgürlük-



leri negatif özgürlük kapsamı içinde değerlendirdiği vurgulanabilir. Mill, başkalarına zarar vermediği sürece bir kişinin istediği şekilde hareket edebileceğine inanmaktadır. Bununla birlikte, Mill'e (2002) göre, bir kişinin yalnızca eylemleri değil, eylemde bulunmaması da başkalarına zarar verebilmektedir ve bir şahsın eylemde bulunmamasından kaynaklanan herhangi bir zarar durumunda söz konusu şahıs anılan zarar için mesul tutulabilir. Bu husus aşı olmama açısından çok önemlidir. Aşı yapılmasını reddetme, bir şey yapma eylemini değil, bir şeyden kaçınma/yapmamayı içermektedir. Bu açıdan, şöyle bir sonuca ulaşmak mümkündür; ister aktif bir eylemin sonucu olarak isterse de bir şeyden kaçınma yoluyla başkalarına herhangi bir zarar verilmesi ya da bir zarara sebep olunması halinde söz konusu kişi zarar doğuran aktif eylemden ya da kaçınmasından dolayı sorumlu olacaktır.

Bununla birlikte, bu noktada sorulması gereken bir eylem veya kaçınmanın ardındaki niyetin bu sonuca etki edip etmediğidir. Örneğin, bir ailenin tıbbi nedenlerden dolayı çocuklarına aşı yapılmaması kararı verdiğini varsayalım. Öte yanda ise herhangi bir sebep göstermeden çocuklarına aşı yaptırmayan başka bir aile olsun. Her iki durumda da aşı yapılmaması toplumdaki diğer kişilere zarar verebilir. Ancak, bunlardan bir tanesi özel bir mazerete sahipken diğeri basitçe durumu görmezden gelmektedir. Mill, Özgürlük Üzerine'de, eylemleri ve kaçınmaları açık şekilde, kasıtlı ya da kasıtsız olarak sınıflandırmamaktadır. Ancak, Mill'in Özgürlük Üzerine'deki amacının, bireysel özgürlüğe karşı herhangi bir müdahaleyi meşrulaştırmak olmadığını bilmek önemlidir. Mill, bireysel özgürlüğü meşru olmayan saldırılara karşı korumak için bireysel özgürlüğün sınırlamalarını açık bir şekilde formüle etmeye çalışmaktadır (Tamburrini, 2011). Bu nedenle, başkalarına zarar vermemeyi öngören Mill'in zarar ilkesi her bir somut olayın kendi niyeti ve nedenleriyle birlikte ele alınmasını öngörür.



## 6- ABD ve Türkiye’de Bağışıklık Programları

2013 yılında, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinin ortalama sağlık harcamaları GSYİH’nin %8,9’u şeklinde gerçekleşmiş ve OECD ülkeleri arasında, ABD, GSYİH’nin %16,4 ile en çok harcama yapan ülke iken Türkiye, GSYİH’nin %5,1 ile en az harcama yapan ülke olmuştur (OECD, 2015). Bununla birlikte, sağlık harcamalarındaki bu çarpıcı uçuruma rağmen ortalama yaşam beklentisi açısından iki ülke arasında önemli bir fark bulunmamaktadır; her iki ülkenin de performansı oldukça düşüktür. 34 OECD ülkesi (OECD, 2015) arasında, ABD, erkekler için 26. en yüksek; kadınlar içinse 29. en yüksek yaşam beklentisine sahiptir. Türkiye ise, erkekler için 29. en yüksek; kadınlar içinse 32. en yüksek yaşam beklentisine sahip ülkedir. Öte yandan, çocukluk aşılması konusunda, her iki ülke de zorunlu aşılama programları uygulasa da iki ülkenin çocukluk çağı aşı oranlarını arttırmak veya muhafaza etmek üzere kullandıkları araçlar belirgin farklılık göstermektedirler.

## 7- ABD’de Aşılama

ABD’nin aşılama politikasında polis gücü kavramı belirgin bir role sahiptir. Carrington (2015) polis gücünü, “özellikle kamu sağlığı, emniyet, barış ve ahlak gibi konularda kamu yararına için düzenleme gücü” olarak tanımlamaktadır (s. 21). Bu yaklaşımın bir yansıması olarak ABD Yüksek Mahkemesi, iki farklı olayda zorunlu aşılamayı onaylamıştır: 1905’te, Massachusetts Eyaleti’nin zorunlu aşılama programı ile ilgili olarak Jacobson - Massachusetts davasında ve 1922’de okul aşı gereksinimleri ile ilgili Zucht- King davasında zorunlu aşılamayı onaylamıştır (Malone ve Hinman, 2003). Bununla birlikte, ABD’de çocukluk çağı aşılması, 1960’lı yıllara kadar federal devlet yerine ebeveynlere ve yerel yönetimlere bağlıydı. Başkan Eisenhower, eyaletlerin Poliyomyelit aşısı satın alabilmeleri ve aşı programlarını yürütebilmeleri için 1955 yılında Çocuk Felci Aşı Yardım Yasası’nı imzalamıştır. Bu olay, federal devletin aşılama müdahil olduğu ilk uygulamadır. Nitekim, söz konusu mali destek ve eyaletlerin çocuk felciyle ilgili çabaları meyvelerini vermiş ve 1952 yılında 60.000 olan çocuk felci vakası 1960 yılında 3.000 vakaya düşmüştür (Conis, 2015).

Başkan Kennedy tarafından imzalanan 1962 yılı Aşılama Yardımı Yasası, Eisenhower’ın 1955 yılı Çocuk Felci Aşısı Destekleme Yasası’ndan çok daha ileri bir çabaydı ve eyaletleri çocuk felci, difteri, boğmaca ve tetanos dahil olmak üzere bazı hastalıklardan korumak için finanse etmeyi, yönlendirmeyi ve desteklemeyi öngörmekteydi. Söz konusu yasa, aşıları ve bağışıklık kazandırma kampanya personelinin masraflarını kapsamaktaydı ve tüm okul öncesi çocukların aşılmasının önemini vurgulamaktaydı. Ancak, bu yasa aşılama zorunluğu getirmiyordu. Ayrıca, yasa, eyaletlerin aşı programlarını sadece birkaç yıl finanse etmekteydi. Programın içeriği ve uygulamaları eyaletler tarafından yürütüldüğü halde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin rollerinin 1963 ve 1964 yıllarındaki eğitim ve teşvik faaliyetleri kapsamında artırılması ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin federal devletin bağışıklık programları içindeki rolleri genişlemiştir (Conis, 2015).

1962 yılı Aşı Destek Yasası’nın geçerlilik süresi ve kapsamı 1965 yılında Kongre tarafından genişletilmiştir. Çocuklara dayalı bağışıklama, toplum temelli bağışıklamaya dönüştürülmüş ve kızamık aşısı aşı listesine eklenmiştir. 1977 yılında, Başkan Carter’in, çocukların aşılama oranlarını %90’a yükseltmeyi amaçlayan Çocukluk Çağı Aşılama Girişimi aşı listesini yedi



bulaşıcı hastalığa karşı (çocuk felci, difteri, boğmaca, tetanos, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık) aşı ihtiva edecek şekilde değiştirmiştir. 1980 yılında, okula başlayan çocuklar arasında hedeflenen aşılama yüzdesi hedefi aşmış ve %96'ya ulaşmıştır. Başkan Clinton, 1993 yılında aşılama sistemini yeniden yapılandırmak için yeni kapsamlı bir program başlatmayı planlamıştır. Aşı fiyatlarının kontrolü, aşılamanın yaygınlaştırılması ve aşılama faaliyetlerinin ulusal olarak izlenmesi girişimin birincil hedefleriydi. Ancak, sonuçta daha mütevazı bir kanun çıkarılmıştır. Başkan Obama'nın Ekonomik Bakım Yasası, bağışıklamanın yaygınlaşması ve mali yönlerine ilişkin ve tüm çocukların aşılmasını amaçlayan son federal düzenleme olmuştur (Conis, 2015).

ABD'de, 2012 yılı itibariyle altı yaştan önceki çocuklar için önerilen çocukluk çağı aşılarının sayısı 13 hastalığa karşı 32 aşıydı (Conis, 2015). Bağışıklama programlarının uygulanması eyalet aşı kanunları çerçevesinde eyaletler tarafından yapılmaktadır. Tüm eyaletler ve Columbia Bölgesi bazı muafiyetlerle birlikte okul-kayıt sistemi temelli zorunlu aşı uygulamasına sahiptirler. Zorunlu aşı uygulamaları sadece devlet okullarını kapsamakta aynı zamanda özel okullardan (Indiana, Michigan ve Ohio hariç) ve gündüz çocuk bakım kurumlarından çocukların belirli hastalıklara karşı aşı olduklarını gösteren aşı belgelerini talep etmeyi içermektedir. Bununla birlikte, birçok eyalet tıbbi, dini ve felsefi muafiyetleri de kabul etmektedir: 30 eyalet yasası sadece tıbbi ve dini muafiyetleri kabul etmekte, dini muafiyetleri tanıyan 5 eyalet (Delaware, Iowa, New Jersey, Kuzey Carolina ve Batı Virginia) felsefi düşünce temelli muafiyetleri açık biçimde reddetmektedir. Ayrıca, 27 eyalet salgınlar sırasında muaf tutulmuş öğrencilerin okula gelmemelerini talep etmektedir. Alabama, Georgia ve Massachusetts dahil olmak üzere 11 eyalet yasası ise salgın hastalık hallerinde veya acil durumlarda bu muafiyetlerin tanınmaması izni vermektedir (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, tarihsiz).

İstatistikler, ABD'deki birçok çocukluk çağı aşısının aşılama oranlarının %90'ı aştığını göstermektedir (Tablo 1). Bu durum, bağışıklama oranlarının esas itibarıyla sürü bağışıklık eşik değerlerini aştığı anlamına gelmektedir (Tablo 4). Bununla birlikte, yüksek aşılama oranları, her Amerikalının çocuklarını aşılama razı olduklarını göstermemektedir. Araştırmalar, bazı ebeveynlerin aşıların güvenliği ve yararı konusunda ikna olmadıklarını göstermektedir (Kennedy ve ark., 2005). Örneğin, Smith ve meslektaşları

tarafından yapılmış olan araştırma gösteriyor ki 2009 yılında, 24-35 aylık çocuk sahibi Amerikalı ebeveynlerin %25.8'i çocuk aşılarının yapılmasını geciktirmiş (zamanında aşıları yaptırmamakta), %8.2'si çocuklarına aşı yapılmasını reddetmiş ve %5.8'i ise hem aşı yapılmasını geciktirmiş hem de aşıların yapılmasını reddetmiştir. Ayrıca, söz konusu çalışma aşılamayı geciktiren veya aşılamaya karşı çıkan ebeveynlerin çoğunluğunun aşıların yararları konusunda şüpheleri olduğunu vurgulamaktadır. Buna ek olarak Smith, Chu ve Barker'a (2004) göre, ABD'de çocukluk çağı aşılarını reddeden ebeveynlerin çoğu orta sınıf, iyi eğitilmiş, beyaz Amerikalılardır. Bu nedenle, aşılanmanın reddi eğitim eksikliği veya düşük gelir seviyesi ile açıklanabilir bir konu değildir.

**ABD'de çocukluk çağı aşılarını reddeden ebeveynlerin çoğu orta sınıf, iyi eğitilmiş, beyaz Amerikalılardır. Bu nedenle, aşılanmanın reddi eğitim eksikliği veya düşük gelir seviyesi ile açıklanabilir bir konu değildir.**



## 8- Türkiye’de Aşılama

Türkiye’de, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) halen yürürlükte olan bir yasadır. Söz konusu kanun, sağlık hizmetlerinin genel çerçevesini çizen ve devletin sağlık sisteminin düzenlenmesindeki işlevlerini formüle eden kapsamlı bir kanundur. Ayrıca, halk sağlığı ile ilgili tıbbi tedbirler ve tıbbi olmayan önlemler ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Söz konusu yasaya göre devlet, sağlık koşullarının iyileştirilmesinden, hastalıkların önlenmesinden, gelecek nesillerin refahının sağlanmasından ve tıbbi ve sosyal hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. Tıbbi ve tıbbi olmayan önlemlerin önemini vurgulamanın yanı sıra bulaşıcı hastalıkların titizlikle rapor edilip belgelenmesini de gerektirmektedir. Ayrıca, söz konusu kanun devlete bir salgın veya salgın ihtimali durumunda hastalara ve hastalanma ihtimali olan kişilere aşı yapma yetkisi vermektedir. Bununla birlikte, söz konusu yasa çocukluk çağı aşı uygulamalarıyla ilgili açık bir hüküm içermemektedir.

Türkiye’nin ilk yoğun aşılama programı 1981 yılında başlatılan ve beş hastalığa karşı bağışıklık kazandırmayı amaçlayan genişletilmiş bağışıklama programıdır. Bağışıklama programları 2005 yılı itibariyle boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, tüberküloz, poliyomyelit ve hepatit B olmak üzere 7 hastalığa karşı aşıları kapsamıştır. Ancak, 2013 yılı itibariyle altı yaşından önce yapılan aşı sayısı 13 hastalığa karşı 18 aşıya yükselmiştir (Özcirpici ve ark., 2014; Torunoğlu, 2013). Ayrıca, aşılama programlarının temel amacı aşılanan her hastalık için %95’lik bir orana ulaşmak olduysa da 2007 yılına kadar bu orana ulaşamamıştır. Örneğin, 2003 yılında KKK, hepatit B ve tüberküloz aşılarının kapsamı sırasıyla %75, %68 ve %76 idi. Ancak, 2007 yılından itibaren, her bir antijen için aşılama oranları %95’den daha yüksek bir orana ulaşmıştır. 2010 yılı itibariyle, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık (KKK) aşısının kapsamı %97’ye, hepatit B aşısı %96’ya, tüberküloz aşısı %97’ye yükselmiştir (TC Sağlık Bakanlığı [TSB], 2015).

Türkiye, zorunlu bağışıklık kazandırma programlarının uygulanmasına rağmen programların uygulanması ile ilgili ayrıntıları ve aşılamanın reddedilmesinin yasal sonuçlarını belirten özel bir aşı kanununa sahip değildir. Bununla birlikte, devlet, uygulamada Çocuk Koruma Kanunu (2005) hükümlerinden istifade etmekte ve aşılanmamış çocukları koruma ihtiyacı olan çocuklar olarak görmektedir. Mevcut sisteme göre, sağlık çalışanları herhangi bir sebeple çocuğunu aşılamayı reddeden ebeveynlerle karşılaştıklarında bu durumu Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü’ne bildirmek

zorundadırlar. İlgili müdürlük, bilgilendirildikten sonra çocuk mahkemesinden çocuğa ilişkin koruyucu ve destekleyici önlemler alınması yönünde bir karar aldirmek zorundadır. Bu bağlamda, koruma kapsamı çocuğun menfaati çerçevesinde hakim tarafından belirlenmektedir. Söz konusu yasa çocuğun haklarının çocuğun kendi aileyle birlikte yaşaması ışığında korunmasına öncelik vermektedir. Ancak, hakim, sağlık yetkililerine yalnızca çocuğu aşılama izni verebilir veya çocuğu tamamen koruma altına almaya ilişkin bir karar verebilir. Aşı yapılmamasına (aşı reddi) ilişkin hükümler çocuk istismarı dahil olmak üzere çocuklara yönelik herhangi bir ihlal durumunda uygulanmakta olan kanun hükümlerinin aynısıdır.

Ayrıca, Türkiye 2005 yılında aile hekimliği pilot programını başlatmış ve bunu 2010 yılında tüm Türkiye'ye yaymıştır (Ocek ve ark., 2014). Aile hekimliği modelinin iki önemli hedefi vardır. Birincisi, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve ikincisi kişisel sağlık kayıtlarının düzenli tutulmasını sağlamaktır. Bu amaçlar ışığında her mukimin birinci basamak sağlık hizmetleri için bir aile hekimine kayıt yaptırması gerekmektedir. Aile hekiminin aşılarda dahil olmak üzere tüm kayıtlı kişilerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgilenmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin ve aile sağlık çalışanlarının ödeme sistemi aynı zamanda performansa dayalı hesaplamaları da içermektedir. Aile Hekimliği Kanunu (2004) ve Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (2010), çocukluk çağı aşı uygulamaları yanı sıra hamile kadınların, bebeklerin ve küçük çocukların takip oranlarının aylık olarak %98'den fazla olmasını gerektirmektedir. Söz konusu oranların %98 ve daha az olması durumunda aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı devlet tarafından aylık performansa dayalı olarak verilen maaşın %2'si ile %10'u arasındaki bir kesintiyle karşılaşabilmektedir. Bu hükümler gösteriyor ki Türkiye yüksek aşı oranlarını sağlamak amacıyla zorunlu (kanun kaynaklı) tedbirlerle birlikte sağlık hizmeti sunucuları için olumsuz mali teşvikler de uygulamaktadır.

Buna ek olarak, Türkiye 2004 yılından beri ebeveynlere finansal teşvikler uygulamaktadır (Esenyel, 2010). Şartlı Nakit Transfer Programı, düşük gelirli annelere 0-6 yaş arasındaki her bir çocuk için aylık ödeme yaparak çocukların düzenli aile hekimi ziyaretlerini güvence altına almaya çalışmaktadır. Söz konusu program 0-6 aylık bebeklere aylık sağlık muayenesi 7-17 aylık çocuklara 2 ayda bir sağlık muayenesi ve 18-72 aylık küçük çocuklar için altı ayda bir sağlık muayenesi talep etmektedir. Bu programdan

**Türkiye, zorunlu bağışıklık kazandırma programlarının uygulanmasına rağmen programların uygulanması ile ilgili ayrıntıları ve aşılamanın reddedilmesinin yasal sonuçlarını belirten özel bir aşı kanununa sahip değildir.**



yararlanan bir annenin ödemeleri çocuğunun planlanan ziyaretlerinin iki kez kaçırılması halinde askıya alınmaktadır (Esenyel, 2010). Söz konusu program açıkça aşılarla işaret etmese de fiili uygulamalar aşılanmanın belirtilen doktor ziyaretlerinin bir bileşeni olarak algılanıp uygulandığını göstermektedir.



## 9- İki Ülkenin Bağışıklama Programlarının Karşılaştırılması

ABD’de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (2016), 7 yaşın altındaki tüm çocuklar için 14 hastalığa karşı aşı yapılmasını tavsiye etmektedir. Bununla birlikte, her eyalet kendi bağışıklama şartlarını okul bağışıklık kazandırma kanunuyla belirlemektedir. Bu nedenle, bir eyaletin okul bağışıklık kazandırma gereksinimleri, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri’nin tavsiyelerinden biraz farklı olabilir. Öte yandan Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı genişletilmiş bağışıklama programlarıyla bağışıklama programlarını belirlemeye yetkili tek kurumdur. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen programlar doğrudan doğruya tüm çocuklara uygulanmaktadır. Türkiye, 7 yaşın altındaki çocukları 13 hastalığa karşı aşılamaktadır (Türkiye Sağlık Bakanlığı, tarihsiz). İki ülkenin bağışıklama programları arasındaki en büyük fark Türkiye tüberküloza karşı tüm çocuklara hala bir doz Bacille Calmette-Guérin (BCG) aşısı uygularken, ABD’de BCG artık tüm çocuklara tavsiye olunan bir aşı değildir (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, 2016; Türkiye Sağlık Bakanlığı, tarihsiz). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri’ne (2012) göre, BCG aşısı tüberkülozu önlemek için her zaman etkili değildir. Bununla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) halen tüm çocuklar için bir doz BCG aşısı önermektedir (Burten ve ark., 2009).

Tablo 1’de gösterildiği üzere, ABD’nin aşılanma oranları belirtilen yılların tamamında %90’ın üzerindeyken Türkiye 2007 yılı itibaren tüm aşı oranlarında kayda değer ilerlemeler kaydetmeye başlamıştır. Ayrıca, iki ülkedeki aşılanma oranları (Türkiye’nin bazı aşılanma oranları, 2007’den önce sürü bağışıklık eşiklerinin altında kalmıştır) her iki ülkenin aşılanma oranlarının sürü bağışıklık eşiklerini aştığını ortaya koymaktadır. Türkiye yıllardan beri zorunlu aşı modelini uygulasa da aşılanma programlarının %95’e ulaşması hedefleri 2007’den sonra başarılmıştır. Bu nedenle, Türkiye’de son on yılda kaydedilen gelişmeler zorunlu bağışıklama politikasının uygulanmasıyla ilişkili görünmemektedir. Türkiye’deki aşılanma oranlarındaki gelişmeler zorunlu bir bağışıklama modelinden ziyade devletin ebeveynlere yönelik teşvikler, sağlık hizmeti sunanlar için olumsuz mali teşvikler ve aile hekimliği modelinin uygulamaya konulması gibi hükümetin diğer politikalarıyla bağlantılı olabilir.

2007’den sonraki dönemde, Türkiye’nin neredeyse tüm aşıların aşılanma oranları ABD’nin aşı oranlarından çok daha yüksektir. Ancak, bu durum, boğmaca hariç, aşıyla önlenemez hastalık vaka sayılarını doğrudan yan-



sıtmamaktadır. ABD nüfusu, yaklaşık olarak Türkiye nüfusunun dört katıdır (Tablo 2). Ayrıca, ABD’de doğum sayısı ve 5 yaşın altındaki çocuk sayısı Türkiye’deki doğumların ve 5 yaş altı çocuk sayısının yaklaşık üç katından daha fazladır (Tablo 2). Ancak, Türkiye’de küçük çocuk nüfusunun azlığına rağmen kızamık, kabakulak ve kızamıkçık vaka sayısı, ABD’deki vaka sayısından belirgin derecede yüksektir (Tablo 3). Boğmaca, ABD’yle karşılaştırıldığında Türkiye’nin kayda değer iyi performans sergilediği tek hastalıktır. Türkiye’de boğmaca vakası sayısı yıllardır iki haneliyken ABD’deki vaka sayısı beş basamaklıdır (Tablo 3).

ABD ile Türkiye arasında aşı ile önlenemeyen hastalıklar konusundaki diğer önemli bir fark, ABD’de vaka sayısının göreceli olarak istikrarlı olmasıdır. Bununla birlikte, Türkiye’deki vaka sayısı bariz bir biçimde dalgalanmaktadır (Tablo 3). Örneğin; 2005 yılında 6200 olan kızamık vakası 2006’da hızla 34’e düşmüştür. Diğer yandan, 2010 yılında 64 olan kızamıkçık vakası 2011’de 1734’e yükselmiştir.

## 10- İki Ülke Programlarının Liberal Açıdan Değerlendirilmesi

Halk sağlığının ayırt edici özelliği bireyden ziyade nüfusa odaklanmasıdır (NCB, 2007). “Toplumun kolektif çabaları ile hastalıkların önlenmesi, yaşam süresinin uzatılması ve sağlığın geliştirilmesi” halk sağlığının amacıdır (NCB, 2007, s. Xv). Liberalizm bireysel özgürlüğü yüceltmekte ve bireysel özgürlükleri en üst düzeye çıkarmayı amaçlamaktadır (Butler, 2015). Bununla birlikte, bireysel özgürlük sınırsız değildir. Başka bir kişinin özgürlüğüne zarar veren, başkalarına zarar veren veya başkalarına karşı ani ve ciddi bir tehlike oluşturan herhangi bir eylem kısıtlamaya tabidir (Mill, 2002). Bu nedenle, halk sağlığı gereklilikleri ve liberal değerler arasında bir denge oluşturmak için özerkliğe saygı, etkinlik ve orantılılık şeklindeki üç prensibin dikkate alınması gerektiğine inanılmaktadır. Aksi takdirde, bir halk sağlığı politikası olumlu sonuçlar doğursa bile bu politikanın uygulanmasını liberal ilkelerle haklı göstermek zorlaşacaktır.

Liberal bir demokraside bireysel özgürlükleri ihlal eden veya sınırlayan kamu politikaları sınırlı sayıda ve son çare olmalıdır. Halk sağlığı açısından temel yaklaşım “bireylerin kişisel rızaları olmadan uygulanan ve önemli kişisel değerlerle çatıştığı ve gereksiz olduğu düşünülen müdahaleleri en aza indirmek” olmalıdır (NCB, 2007, s.26). Bu açıdan bakıldığında, bazı etik kaygılar taşımakla birlikte ABD’nin, tıbbi, dini ve felsefi muafiyetleri içeren okul aşı gereksinimleri temelli politikası Türkiye’nin koruma altına alma bazlı bağışıklama modelinden etik olarak, daha makul görünmektedir. Her iki ülkenin aşı programları belirli zorlama biçimlerini içeren mecburi bağışıklama politikalarını kapsamaktadır. Ancak, ABD’de tıbbi, dini ve felsefi muafiyetlerin varlığı zorlama derecesini ve bireysel özerklik ihlalini hafifletmektedir. Türkiye söz konusu olduğunda mecburi aşılama modelinin bireysel özerkliği tamamen göz ardı eden, sert bir paternalizm (pederşahi davranışı) sergilediği iddia edilebilir.

Herhangi bir mecburi bağışıklama politikası durumunda bir dereceye kadar halk sağlığı müdahaleleri ile bireysel özerklik arasında bir çatışma yaşanması beklenmektedir. Ancak, bu müdahalelerin etik açıdan kabul edilebilirliklerini değerlendirebilmek için müdahalelerin etkinliklerinin de değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Zorunlu bağışıklamanın, yüksek aşılama oranlarını elde etmenin tek yolu olmadığı kanıtlanmış bir gerçektir. İngiltere, Hollanda, İsveç, Danimarka ve Norveç zorunlu bağışıklama politikaları olmaksızın yüksek aşılama oranları sağlamanın mümkün



olduğunu gösteren iyi örneklerdir (Salmon ve ark., 2006). Moran, Gainotte ve Petrini (2008), zorunlu aşı uygulamalarının aşılama oranlarının artırılması konusunda olumlu bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedirler. Fakat, Türkiye'nin 2007 öncesi aşılama oranları zorunlu bir aşılama politikasının tek başına yüksek bir aşılama oranını garanti etmediğini göstermektedir. 2002, 2003, 2004 ve 2005 yıllarında tüm aşı oranları %90'ın altındaydı, hatta bu oranların bazıları %60 - %70 aralığında gerçekleşmiştir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2015). Türkiye'de aşılama oranları şartlı nakit transferi programları vasıtasıyla ebeveynlere teşvikler uygulanmaya başlanması, sağlık hizmet sunucularına olumsuz maddi teşvikler uygulanması ve aile hekimliği sistemi aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sonrasında hızla artmıştır. ABD ve Türkiye'deki aşılama oranları karşılaştırması 2007 yılına kadar ABD'nin esnek-mecburi bağışıklama sisteminin Türkiye'nin uyguladığı çocuğun koruma altına alınması temelli sert-zorunlu bağışıklama modelinden çok daha yüksek aşılama oranları sağladığını göstermektedir. Ancak, Türkiye ek önlemler hayata geçirdikten sonra daha yüksek aşılama oranları elde etmeye başlamıştır. OECD verilerine göre (2015), Türkiye 2013 yılı itibarıyla en yüksek aşılama oranına sahip ülkelerden biridir.

Halk sağlığı müdahalelerinin gerekçelendirilmesinde orantılılık başka bir önemli konudur. Isaacs, Kilham ve Marshall (2004), eğitim, teşvikler ve salgın hastalık dönemlerinde okuldan hariç tutma dahil olmak üzere zorunlu aşılama alternatif bazı stratejiler önermektedirler. Zorunlu olmayan bu tür tedbirleri denemeden herhangi bir zorunlu bağışıklama politikasını uygulamak orantısızlık olarak düşünülebilmektedir. Ayrıca, toplum bilincini artırmaya yönelik ve etik açıdan kabul edilebilir teşviklerle insanları özendirilmeye odaklanan bir gönüllü bağışıklama sistemi, aşılama kamu güvenini yeniden tesis edebilir ve daha umut verici sonuçlar doğurabilir (Fine-Goulden, 2010). Bu bağlamda, ABD'nin okul kayıt gereksinimleri, çocukların eğitimi konusundaki potansiyel riskler nedeniyle etik açıdan kabul edilmez olarak görülebilir. Fakat, tıbbi, dini ve felsefi muafiyetlerin varlığı ve bunların uygulamalarındaki esneklikleri ve kolaylıkları söz konusu etik kaygıları bir ölçüde hafifletebilir.

Öte yandan, orantılılık bakımından Türkiye'nin, Çocuk Koruma Kanunu hükümleri kapsamında, aşılama reddini çocuk istismarıyla ve çocuğun yüz yüze gelebileceği diğer fiziksel, zihinsel, ahlaki, sosyal veya duygusal tehlike durumlarıyla eşit sayan koruma altına alma modelinin etik olarak

meşrulaştırılabilmesi zordur. Bir ülke kuşkusuz insanlarını bulaşıcı hastalıklardan korumak için sürü bağışıklık eşiği değerlerine ulaşmak veya aşı oranlarını artırmak amacıyla bir zorunlu bağışıklama politikasını gerekli görebilir. Ancak, bu gibi durumlarda cezalandırma yol ve yöntemleri bireysel haklara ve insanlık onuruna uygun olmalıdır. Bu açıdan, Türkiye'nin mevcut çocukluk çağı aşılama modelinin bu değerleri karşılamadığı düşünülmektedir.

**Toplum bilincini artırmaya yönelik ve etik açıdan kabul edilebilir teşviklerle insanları özendirmeye odaklanan bir gönüllü bağışıklama sistemi, aşılama kamu güvenini yeniden tesis edebilir ve daha umut verici sonuçlar doğurabilir.**



## 11- Sonuç

Bağışıklama en etkili tıbbi halk sağlığı uygulamasıdır. Çocukları aşıyla önlenbilir hastalıklardan korumak ve sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla farklı ülkeler farklı çocukluk çağı aşılama politikaları yürütmektedir. Liberal bir perspektiften bakıldığında bu politikaların kabul edilebilirliği özerkliğe saygı, etkinlik ve orantılılık şeklindeki üç kriter çerçevesinde değerlendirilen ilgili müdahaleler ile bireysel özgürlük arasındaki dengeye bağlıdır. Zorunlu aşı uygulaması bakımından ABD tıbbi, dini ve felsefi muafiyetlerini de içeren okul aşı gereksinimleri sistemin uygulamaktayken Türkiye, yüksek aşılama oranları elde etmek amacıyla çocuğun koruma altına alınması modelini uygulamaktadır. Birçok sanayileşmiş ülkenin gönüllü bağışıklama yoluyla sağladıkları aşılama oranları ABD'nin aşılama oranlarından daha yüksektir. Bu nedenle, belirli muafiyetlerin varlığı olumlu olmakla birlikte gönüllü aşılanmanın sonuçları denenmeksizin herhangi bir zorunlu tedbirin uygulanması etik açıdan yersiz olabilir.

Öte yandan, Türkiye'nin mevcut zorunlu bağışıklama politikasının etik ilkelere ve liberal değerlere uygunluğu tartışılmalıdır. Bir çocuğun ebeveyninin rızası olmaksızın yargı kararıyla aşılması ya da bir çocuğun aşı olmama gerekçesiyle gözetim veya koruma altına alınması özerklik ve orantılılık prensipleriyle uyumlu uygulamalar değildir. Herhangi bir zorunlu aşı uygulaması yerine eğitim vasıtalarıyla çocukluk çağı aşılmasının önemi konusunda halkın bilinçlendirilmesi, etik açıdan savunulabilir teşvikler suretiyle de ebeveynlerin çocuklarını aşılama teşvik edilmesi ve gönüllü programlar uygulayarak halkın güveninin yeniden sağlanması yoluna gidilmesi özerklik, etkililik ve orantılılık bakımından daha iyi sonuçlar doğuracaktır.

## Kaynakça

Aktan, C. C. (1995). "Classical Liberalism, Neo-Liberalism, and Libertarianism." *Amme İdaresi Dergisi*, 28(1): 3-32.

Back, P. S. and Kyriakos M. (2015). "Should Childhood Vaccination Against Measles be a Mandatory Requirement for Attending School? No." *Chest*: 854-856.

Bell, D. (2014). "What Is Liberalism?." *Political Theory*, 42(6): 682–715.

Burton, A., Roeland M., Barbara L., Marta G., Maryanne N., Rouslan K., Lara W., Gareth J. and Maureen B. (2009). "WHO and UNICEF Estimates of National Infant Immunization Coverage: Methods and Processes." *Bulletin of the World Health Organization Advance Erişim Tarihi 15 Haziran, 2009*, doi:10.2471/BLT.08.053819.

Butler, E. (2015). *Classical Liberalism a Primer*. Institute of Economic Affairs: London.

Carrington, A. (2015). "Police the Border: Justice Field on Immigration as a Police Power." *Journal of Supreme Court History*, 40: 20-37.

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). "Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years UNITED STATES, 2016." Erişim Tarihi 25 Mart, 2016,

<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d). "State School Immunization Requirements and Vaccine Exemption Laws." Erişim Tarihi 20 Mart, 2016, <http://www.cdc.gov/phlp/docs/school-vaccinations.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). "Vaccine and Immunizations." Erişim Tarihi 26 Mart, 2016, <http://www.cdc.gov/tb/topic/vaccines/>.

Conis, E. (2015). *Vaccine Nation: America's Changing Relationship with Immunization*. Chicago: The University of Chicago Press.

Diodati, C. J. M. (2008). *Immunization History, Ethics, Law and Health*, third



edition. Windsor: Integrated Aspects Incorporated.

Esenyel, C. (2010). "The Implementations of Conditional Cash Transfers in Turkey and World." Expertise thesis, General Directorate of Social Assistance and Solidarity.

Family Medicine Act. (2004). Erişim Tarihi 21 Mart, 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.

Family Medicine Payment and Contract Regulations. (2010). Erişim Tarihi 21 Mart, 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=3.5.20101237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>

Fine-Goulden, M. (2010). "Should Childhood Vaccination be Compulsory in the UK?." Opticon 1826(8):1-9.

Gardner, B, John M., Anna D. and Susan M. (2010). "Views Towards Compulsory MMR Vaccination in the UK." Arch Dis Child, 95(8): 658-659.

General Health Act. (1930). Erişim Tarihi 21 Mart, 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>.

Haverkate, M., D'Ancona F., Giambi C., Johansen K., Lopalco PL., Cozza V., Appelgren E. (2012). On behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. Mandatory and Recommended Vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010 Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes. EuroSurveill;17(22):pii=20183. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20183>.

Hayek, F. A. (1984). The Principles of a Liberal Social Order in The Essence of Hayek edited by Chiaki Nishiyama and Kurt R. Leube. Stanford: Hoover Institution Press. Holland, S. (2007). Public Health Ethics. Cambridge: Polity Press.

Isaacs, D. (2012). "An Ethical Framework for Public Health Immunisation Programs." NSW Public Health Bulletin, 23(5-6): 111-115.

Isaacs, D., HA Kilham, and H. Marshall. (2004). "Should Routine Childhood Immunizations be Compulsory?" J. Paediatr. Child Health, 40: 392-396.

Isaacs, D., Henry K., Julie L., and Bernadette T. (2009). "Ethical Issues in



Immunisation.” *Vaccine*, 27: 615-618.

Juvenile Protection Law. (2005). Erişim Tarihi 21 Mart, 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>.

Kennedy, A. M., Cedric J. B. and Deborah A. G. (2005). “Vaccine Beliefs of Parents Who Oppose Compulsory Vaccination.” *Public Health Reports*, 120(3): 252-258.

Locke, J. (1948). *The Second Treatise of Civil Government and a Letter Concerning Toleration*. Oxford: Basil Blackwell.

Malone, K. M. and Alan R. H. (2003). “Vaccination Mandates: The Public Health Imperative and Individual Rights,” in R. A. Goodman, M. A. Rothstein, R. E. Hoffman, W. Lopez, and G. W. Matthews (eds.) *Law in Public Health Practice*. New York: Oxford University Press, ss. 262-284.

Mill, J. S. (2002). *On Liberty*. Mineola, New York: Dover Publications.

Moran, N. E., Darren S., Christian M., Kris D., Carlo P., Franz P., Katarzyna C., Hilary C., Sergi B., and Elisabeth P. (2006). “Are Compulsory Immunisation and Incentives to Immunise Effective Ways to Achieve Herd Immunity in Europe?,” in M. J. Selgelid,

M. P. Battin, and C. B. Smith (eds.) *Ethics and Infectious Disease*. Oxford: Blackwell Pub, ss. 215-231.

Moran, N. E., S. Gainotte and C. Petrini. (2008). “From Compulsory to Voluntary Immunization: Italy’s National Vaccination Plan (2005-7) and the Ethical and Organizational Challenges Facing Public Health Policy-Makers Across Europe.” *J. Med. Ethics*: 669-674.

Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public Health: Ethical Issues*. London: Nuffield Council on Bioethics.

Ocek, Z. A., Meltem Ç., Ummahan Y., and Raziye Ö. (2014). “Family Medicine Model in Turkey: A Qualitative Assessment from the Perspectives of Primary Care Workers.” *BMC Family Practice* Erişim Tarihi 27 Şubat, 2014, DOI: 10.1186/1471-2296-15-38.

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Yayınları, Paris.



[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)OECD.

Ozcirpici, B., Neriman A., Ferhat C., Hakan T. and Servet O. (2014). "Vaccination Coverage of Children Aged 12-23 Months in Gaziantep, Turkey: Comparative Results of Two Studies Carried out by Lot Quality Technique: What Changed After Family Medicine?." *BMC Public Health* Erişim Tarihi 3Mart , 2014, DOI: 10.1186/1471-2458-14-217.

Salmon, D. A., Stephen P. T., C. Raina M., David S., Margaret A. B. and Neal A. H. (2006). "Compulsory Vaccination and Conscientious or Philosophical Exemptions: Past, Present, and Future." *Lancet*, 367: 436-442.

Smith, P. J., Sharon G. H., Edgar K. M., MD, Zhen Z., Christina G. D., Cynthia H., and Beth H. (2011). "Parental Delay or Refusal of Vaccine Doses, Childhood Vaccination Coverage at 24 Months of Age, and the Health Belief Model." *Public Health Reports*, 126(2): 135-146.

Smith P. J., Susan Y. C., and Lawrence E. B. (2004). "Children Who Have Received No Vaccines: Who Are They and Where Do They Live?." *Pediatrics*, 114(1): 187-195.

Tamburrini, C. (2011). "What's Wrong with J.S. Mill's "Harm-to-Others"-Principle?." *Journal of the Philosophy of Sport*: 1-26.

TC. Sağlık Bakanlığı. (n.d.). "Aşılama Takvimi." Erişim Tarihi 25 Mart, 2016, <http://www.asm.gov.tr/AsiTakvimi.smt>.

TC. Sağlık Bakanlığı. (2015). 2011 Sağlık İstatistikleri. Ankara: Semih Ofset Matbaacılık.

Torunoglu, M. A. (2013). "National Immunization Program." Paper presented at the eighteenth congress of practitioner medicine, Antalya. Erişim Tarihi 25 Mart, 2016, <http://www.phd.org.tr/18kongresunum/ahmetozlulusalasiyogvegunceluyg.pdf>.

World Health Organization. (n.d.). "Immunization." Erişim Tarihi 15 Mart, 2006,

<http://www.who.int/topics/immunization/en/>.

World Health Organization. (2015). "WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring

System. 2015 Global Summary.” Accessed March 26, 2016, [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=USA&commit=OK](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=USA&commit=OK).

Winslow, C.-E. A. (1920). “The Untilled Fields of Public Health.” *Science, New Series* 51(1306): 23-33.

Yayla, A. (2003) *Liberalism*. Istanbul: Plato Film Yayınları.

# LİBERAL PERSPEKTİF ANALİZ

Sayı: 9, Ağustos 2017

## ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARINA İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ: AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ VE TÜRKİYE

Ercan Avcı



📍 Turgut Reis Caddesi, No: 15/4 Mebusevleri Çankaya - Ankara

☎ 0312 213 24 00

✉ info@ozgurlukarastirmalari.com

f ozgurlukarastirmalari

🐦 ozgurlukar