

ŞENEL SAVIR GÜVENDİ

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE
BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞI KARŞITLIĞI
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

ŞENEL SAVIR GÜVENDİ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2025**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE
BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞI KARŞITLIĞI
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

ŞENEL SAVIR GÜVENDİ

**DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ DİLEK VURAL KELEŞ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2025**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Şenel Savır Güvendi

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Şenel Savır Güvendi tarafından Dr.Öğr.Üyesi Dilek Vural Keleş ‘in danışmanlığında hazırlanan **“Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi Ve Bulaşıcı Hastalıklarda Aşı Karşıtlığı Durumlarının Belirlenmesi”** başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/05/2025 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi Nehir YÜKSEL

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri (Danışman)

Dr.Öğr.Üyesi Dilek VURAL KELEŞ

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Jüri

Dr.Öğr.Üyesi Aysun ARAS

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dahili Tıp Bilimleri

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ITHAF

Güzel zamanlarımızı hatırlayarak güç bulduğum, bana dünyanın sevgiyle daha iyi bir yer olabileceğini hatırlatan ve şu an hayatta olmayan melek kedim dostum Alice'in anısına ve sevgili eşim M.Yusuf GÜVENDİ'ye ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecimin tamamında her ihtiyaç duyduğumda ve hayatımın en zorlu süreçlerinde ilgisi, sabrı, yardımları, samimiyetiyle hep yanımda olan; bilgi ve tecrübesinin ışığı ile bana hem akademik olarak hem hayati anlamda katkıda bulunan değerli hocam ve tez danışanım Sayın Dr.Öğr.Üyesi Dilek VURAL KELEŞ'e

Beni hep destekleyen aileme, eşime ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Şenel SAVIR GÜVENDİ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
TEZ ONAYI	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırmanın Kapsamı	3
1.5. Sınırlılıklar	3
1.6. Varsayımlar	4
1.7. Tanımlar	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bulaşıcı Hastalıklar	5
2.1.1. Bulaşıcı Hastalıkların Tanımı.....	5
2.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Sınıflandırılması	6
2.1.3. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi	7
2.1.4. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi	8
2.1.5. Bulaşıcı Hastalıklarda Risk Faktörleri	9
2.1.6. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar	10
2.1.7. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonların Bulaşma Yolları	11
2.1.8. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Yolları.....	13
2.1.9. Sağlık Çalışanlarında Bildirimi Zorunlu Olan Bulaşıcı Hastalıklar	15
2.1.9.1. A Grubu BZBH (Grup A Hastalıklar).....	16
2.1.9.2. B Grubu BZBH (Grup B Hastalıklar)	17

2.1.9.3. C Grubu BZBH (Grup C Hastalıklar)	17
2.1.9.4. D Grubu BZBH (Grup D Enfeksiyon Etkenleri)	17
2.2. Sağlık Çalışanları ve Bulaşıcı Hastalıklar	18
2.2.1. Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklardaki Rolü	19
2.2.2. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon Önleme ve Kontrolde Sorumlulukları	19
2.2.3. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi ve Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele	20
2.3. Aşı	20
2.3.1. Aşının Önemi ve Tarihsel Gelişimi	21
2.3.2. Aşı Türleri ve Aşıların Etkinliği	23
2.3.2.1. Viral Aşılar	23
2.3.2.2. Bakteriyel Aşılar	24
2.3.2.3. Kombine Aşılar	25
2.3.2.4. Yeni Aşı Tipleri	25
2.3.3. Aşıların Yan Etkileri	26
2.4. Aşı Uygulamaları	26
2.4.1. Dünya’da Aşı Uygulamaları	26
2.4.2. Türkiye’de Aşı Uygulamaları	28
2.4.3. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Aşı Türleri	30
2.5. Aşı Karşıtlığı	31
2.5.1. Aşı Karşıtlığının Tanımı	31
2.5.2. Aşı Karşıtlığının Tarihçesi	33
2.5.3. Aşı Karşıtlığına Neden Olan Etmenler	35
2.5.4. Aşı Karşıtlığı ile Mücadelede Uygulanan Stratejiler	37
2.5.5. Aşı Karşıtlığında Sağlık Çalışanlarının Rolü	37
2.5.6. Ailelerde Aşı Kabulü ve Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler	38
2.5.7. Aşı Karşıtlığı ile Mücadele ve Uygulanan İletişim Araçları	39
2.6. İlgili Araştırmalar	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırma Modeli	45
3.2. Evren ve Örneklem	45
3.3. Veri Toplama Araçları	46
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	46
3.3.2. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği	46

3.3.3. Aşı Karşıtlığı Ölçeği.....	47
3.4. Verilerin Analizi.....	47
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuç.....	69
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKLAR	72
EK-1 ETİK KURUL KARARI.....	82
EK-2 ANKET FORMU	84
EK-3 ÖLÇEK İZİNLERİ VE ÖLÇEKLER	105
EK-4 ÖZGEÇMİŞ.....	111

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Grup A Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).....	16
Tablo 2.2. Grup B Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).....	17
Tablo 2.3. Grup C Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).....	17
Tablo 2.4. Grup D Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).	18
Tablo 2.5. Aşıların Geliştirilme Tarihleri ve Yöntemleri (Akdeniz & Kavukcu, 2016)	27
Tablo 3.1 Çalışmanın Güç Analizi.....	46
Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımları (n=153)....	49
Tablo 4.2 Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirliği	50
Tablo 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Normallliği	51
Tablo 4.4. Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Yönelik Algı Düzeyleri.....	52
Tablo 4.5. Sağlık Çalışanlarının Aşı Karşıtlığına Yönelik Algı Düzeyleri.....	53
Tablo 4.6. Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Alg Düzeyleri ile Aşı Karşıtlığı Düzeyleri Arasındaki İlişki	54
Tablo 4.7. Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması	55
Tablo 4.8. Sağlık Çalışanlarının AKÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması	58

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

5G	: 5. Generation (5. Nesil)
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
BZBH	: Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık(lar)
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
Covid-19	: Koronavirüs- 2019
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DaBT-İPA	: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
DaBT-İPA-Hib	: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
DBT	: Difteri, boğmaca, tetanoz
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECDC	: Avrupa Hastalık Koruma ve Önleme Merkezi
FDA	: Gıda ve İlaç Dairesi
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HICPAC	: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee
HIV	: Human Immunodeficiency Virüs

HPV	: Human Papilloma Virüs
HSM	: İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
KKKA	: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
MERS	: Orta Doğu Solunum Sendromu
mRNA	: Messenger Ribonükleik Asit
OPA	: Oral Polio Aşısı
SAGE	: Bağışıklama Uzmanlarından Oluşan Stratejik Danışma Grubu
SARS	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SHİE	: Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar
SIDS	: Ani Bebek Ölümü Sendromu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
Td	: Erişkin Tipi Difteri- Tetanoz Aşısı
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization

ÖZET

Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Bulaşıcı Hastalıklarda Aşı Karşıtlığı Durumlarının Belirlenmesi

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına ilişkin tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir. Çalışma, nicel araştırma deseninde gerçekleştirilmiş olup, veri toplama aracı olarak Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) ile Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) kullanılmıştır. Araştırma, farklı sağlık kurumlarında görev yapan 153 sağlık çalışanından elde edilen verilerle yürütülmüştür. Araştırma bulguları, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin genel olarak yüksek olduğunu, ancak aşı karşıtlığına ilişkin tutumların bazı alt boyutlarda orta düzeyde seyrettiğini ortaya koymuştur. BHYAÖ toplam puanlarının yüksek oluşu, özellikle “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ile “Bulaşa Yönelik Algı” alt boyutlarında olumlu sonuçlar elde edildiğini göstermektedir. Buna karşın, “Aşı Karşıtlığı” ve “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” gibi AKÖ alt boyutlarında orta düzeyde puanlar elde edilmiş, bu durum sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri ile aşıya yönelik tutumları arasında her zaman doğrudan bir paralellik bulunmadığını ortaya koymuştur. Spearman korelasyon analizine göre, BHYAÖ ile AKÖ alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler tespit edilmiş ve bilgi düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı eğilimlerinin azaldığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri yüksek olsa da, aşı karşıtlığına yönelik tutumlarda belirli meslek grupları ve demografik özelliklere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Bulaşıcı hastalıklar, Aşı karşıtlığı, Sağlık çalışanları.

ABSTRACT

Measuring The Level of Knowledge of Healthcare Workers About Infectious Diseases and Determining Their Vaccination Opposition to Infectious Diseases

The aim of this study is to examine the relationship between healthcare professionals' knowledge levels about infectious diseases and their attitudes towards vaccination and to determine whether these variables differ according to demographic characteristics. The study was conducted using a quantitative research design, and the Infectious Diseases Perception Scale (CIDS) and Vaccination Opposition Scale (VOC) were used as data collection tools. The study was conducted with data obtained from 153 healthcare professionals working in different healthcare institutions. The research findings revealed that healthcare professionals' knowledge levels about infectious diseases were generally high, but their attitudes towards vaccination were at a moderate level in some sub-dimensions. The high total scores of the CIDS indicate that positive results were obtained especially in the "General and Preventive Perception" and "Perception Towards Transmission" sub-dimensions. On the other hand, moderate scores were obtained in the sub-dimensions of the SCA, such as "Vaccination Opposition" and "Legitimization of Vaccine Hesitancy", which revealed that there is not always a direct parallelism between the knowledge levels of healthcare professionals and their attitudes towards vaccination. According to Spearman correlation analysis, negative significant relationships were found between the SCA and SCA sub-dimensions, and it was determined that as the knowledge level increased, the tendency towards vaccination decreased. In conclusion, although the knowledge levels of healthcare professionals are high, attitudes towards vaccination vary depending on certain professional groups and demographic characteristics..

Key Words: Infectious diseases, Anti-vaccination, Healthcare workers.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Problemi

Bulaşıcı hastalıklar, yalnızca toplum sağlığını tehdit etmekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık çalışanları için doğrudan mesleki risk oluşturan önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, hem hastaların doğrudan bakım sürecinde yer almaları hem de hastalıkların tanı, tedavi ve izolasyonuna ilişkin prosedürleri yürütmeleri nedeniyle enfeksiyonlara maruz kalma açısından en savunmasız gruplardan birini oluşturmaktadır. Bu nedenle, bulaşıcı hastalıkların bulaşma yolları, korunma yöntemleri ve etkili kontrol stratejilerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olması, yalnızca bireysel korunmayı değil, aynı zamanda toplumsal bulaş zincirinin kırılmasını da sağlamaktadır. Ancak literatürde yer alan çeşitli çalışmalar, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar ve korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin her zaman yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Örneğin Ateş vd. (2023) tarafından yapılan araştırmada, sağlık hizmeti sunmaya hazırlanan sağlık çalışanı adaylarının bulaşıcı hastalıklara karşı yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları, özellikle enfeksiyon kontrolü ve bağışıklama gibi konularda eksiklikler gösterdikleri belirlenmiştir.

Diğer yandan, son yıllarda dünya genelinde ivme kazanan aşı karşıtlığı ve aşı tereddüdü, bireysel sağlığın ötesinde kamusal sağlık sistemlerini tehdit eden önemli bir sorun hâline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da küresel sağlık tehditleri arasında gösterilen bu olgunun, özellikle sağlık çalışanları arasında ortaya çıkması, halkın aşılarla olan güvenini doğrudan etkileyebilecek riskli bir durumdur. Çünkü sağlık çalışanları, yalnızca bireysel bağışıklıklarının değil, aynı zamanda toplumsal aşılama oranlarının artırılmasında da belirleyici aktörlerdir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının aşılarla yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, toplumun bağışıklama sürecine olan katılımı açısından kritik öneme sahiptir. Nitekim Poçan ve Çolak (2024) tarafından yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının aşı konusundaki görüşlerinin ve tereddütlerinin, toplumun aşılarla olan güvenini ve aşılama oranlarını etkileyebileceğinden dolayı bu konuda eğitimlerin verilmesi gerektiğini vurgulanmıştır.

Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına ilişkin tutumlarının birlikte ele alınması; olası bilgi eksiklikleri, önyargılar ve tereddütlerin belirlenerek bu alanlara yönelik bütüncül müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek ve aşı karşıtlığına yönelik tutumlarını belirlemektir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarının doğası, bulaşma yolları ve korunma yöntemleri konusundaki bilgi birikimleri ile aşılara ilişkin inanç, tutum ve davranışları arasındaki ilişki ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Ayrıca bu çalışmada, söz konusu değişkenlerin cinsiyet, yaş, meslek grubu, eğitim düzeyi, mesleki deneyim süresi ve görev yapılan kurum gibi demografik faktörlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilecek veriler doğrultusunda, sağlık çalışanlarının sahip olduğu bilgi düzeylerinin aşı karşıtlığına yönelik tutumlar üzerindeki etkisinin analiz edilmesi; böylece bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve aşıya yönelik toplumsal güvenin artırılmasına katkı sağlayacak eğitimsel ve yönetsel stratejilerin geliştirilmesine bilimsel bir temel oluşturması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda çalışma, hem sağlık sisteminin önemli bir paydaşı olan sağlık çalışanlarının tutumlarının anlaşılmasına hem de halk sağlığına yönelik bütüncül politika önerilerine zemin hazırlamayı amaçlamaktadır.

1.3. Araştırmanın nemi

Sağlık alışanları, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tanılanması ve kontrol altına alınmasında n saflarda görev alan, toplum sağlığı açısından kritik öneme sahip bir meslek grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri yalnızca bireysel korunma açısından değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin niteliği, hasta güvenliği ve salgın yönetimi açısından da hayati bir rol oynamaktadır.

Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarına ilişkin bilgi birikimlerinin değerlendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkililiğini artırmada önemli bir basamak olarak görülmektedir.

Öte yandan, son yıllarda artan aşı karşıtlığı ve aşı tereddüdü, toplum sağlığını tehdit eden küresel sorunlar arasında yer almaktadır. Bu süreçte sağlık çalışanlarının aşılara yönelik tutumları, yalnızca kendi aşılama davranışlarını değil, aynı zamanda toplumun aşılara olan güvenini de doğrudan etkilemektedir.

Çünkü sağlık çalışanları, topluma bilgi aktaran, karar verme süreçlerini yönlendiren ve bireylerin aşı olma eğilimlerini şekillendiren güvenilir bilgi kaynakları olarak konumlanmaktadır. Nitekim Kucuk vd. (2024) çalışmasında da vurgulandığı üzere, sağlık çalışanlarının aşıya yönelik olumlu ya da olumsuz tutumları, toplumun aşılama süreçlerine olan katılımı üzerinde belirleyici etkiye sahiptir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına yönelik tutumlarının birlikte değerlendirilmesi, hem meslek içi eğitim planlamaları hem de halk sağlığı politikaları açısından stratejik bir önem taşımaktadır.

1.4. Araştırmanın Kapsamı

Bu araştırma, çeşitli sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına yönelik tutumlarını incelemeyi kapsamaktadır. Çalışma kapsamında hemşireler, hekimler, sağlık destek personeli ve diğer sağlık meslek grupları yer almaktadır. Araştırma, hem bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini hem de aşılara yönelik tutumları ölçen ölçekler aracılığıyla gerçekleştirilmiş; elde edilen bulgular demografik değişkenler çerçevesinde analiz edilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırmada, veriler yalnızca çeşitli sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanı katılımcılardan elde edildiği için, bulguların daha geniş bir evrene genellenebilirliği konusunda sınırlı kalmaktadır.

1.6. Varsayımlar

Bu araştırma kapsamında aşağıdaki temel varsayımlar esas alınmıştır:

- Katılımcıların anket formunda yer alan tüm sorulara dürüst ve samimi yanıtlar verdikleri varsayılmıştır.
- Araştırmaya katılan bireylerin çalışmaya gönüllü olarak katıldıkları ve süreci dikkatle takip ettikleri varsayılmıştır.

1.7. Tanımlar

Bulaşıcı Hastalıklar: Bir kişiden diğerine doğrudan veya dolaylı yollarla bulaşabilen hastalıklardır.

Aşı Karşıtlığı: Aşıların etkinliği ve güvenliği konusunda şüphe duyan veya aşılınmayı reddeden bireylerin tutum ve davranışlarını ifade eder (Arbak, 2022).

Sağlık Çalışanı: Hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan ve sağlık sisteminde görev alan profesyonellerdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bulaşıcı Hastalıklar

2.1.1. Bulaşıcı Hastalıkların Tanımı

Bulaşıcı hastalıklar mikroorganizmalardan veya bunların zararlı yan ürünlerinden kaynaklanmaktadır. Bu mikroorganizmaların transferi, doğrudan veya dolaylı olarak enfekte bir bireyden, bir hayvandan veya bir konaktan, bir vektör veya cansız bir ortam kullanarak gerçekleşmektedir (Çevik, 2020; Ateş, 2023). Karmaşık tek hücreli mikroorganizmalar insan vücuduna sızdığında ve olumsuz etkilere neden olan bir hastalığa yol açtığında, konakta enfeksiyon ortaya çıkmaktadır. Küresel olarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, bulaşıcı hastalıklar morbidite ve mortalitenin birincil nedenleri arasında yer almaktadır. Dahası, bu sağlık sorunlarından kaynaklanan ekonomik sonuçlar, bulaşıcı hastalıkların önemini vurgulamaktadır (Heymann, 2015).

Bulaşıcı hastalıklar, salgınların başlamasıyla geniş nüfuslar üzerindeki etkilerinin yanı sıra, uluslara verdikleri ekonomik zarar nedeniyle, dünya çapında kalkınmanın önünde önemli bir engel teşkil etmektedir. Yüzyıllardır yaşanmış olabilecek bu salgınların yankıları, geçmişte olduğu gibi gelecekte de insan medeniyeti için bir tehdit oluşturmaya devam edecektir (Çevik, 2020; Heymann, 2015).

Bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerine öngörülemeyen yükler getirerek ve potansiyel olarak nüfus içinde kalıcı hasar, sakatlık veya ölüm oranında artışa yol açarak sosyal yaşam için önemli tehditler oluşturmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla ilişkili birincil endişe, hasta akını nedeniyle planlanan sağlık hizmetlerinde kesintiler yaşanma potansiyelidir ve bu da sağlık sisteminin çökmesine ve yeterli bakımı sağlayamamasına yol açabilmektedir (Akyüz, 2023; Parıldar, 2020). Dahası, bulaşıcı hastalıklar bir salgına yol açtığında, hastalığın toplum içinde ilerlemesi ve gelişimi etrafındaki belirsizlik nedeniyle bireyler arasında gerginlik ve korku yaratır ve böylece sosyal düzeni bozmaktadır. Günümüzde mevcut olan hızlı ve rahat ulaşım araçları hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmış ve bulaşıcı hastalıklardan sorumlu mikroorganizmaların daha geniş bir kitleye ulaşmasını sağlamıştır. Ek olarak,

küreselleşmenin turizm ve ticaret üzerindeki etkisi bu yayılmayı daha da hızlandırmış ve salgınların tırmanmasına katkıda bulunmuştur (Pala, 2020).

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve salgınların yönetimi halk sağlığının kritik işlevleridir. Etkili yönetim, hızlı değerlendirmeler, etken tespiti, önleme, gözetim, salgın kontrolü ve hastalık yönetimi dahil olmak üzere daha fazla enfeksiyonu önlemeyi amaçlayan birkaç temel unsuru kapsamaktadır. Aynı derecede hayati olan, bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski yüksek olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasıdır. Ülkelerin bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak oluşturdukları politikalar, stratejiler ve protokoller büyük öneme sahiptir. Bulaşıcı hastalıklar alanında, önleme tedaviden daha büyük öneme sahiptir (Pala, 2020). Bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik en önemli stratejiler arasında koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi yer almaktadır.

2.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Sınıflandırılması

Bulaşıcı hastalıklar, etkenlerinin biyolojik özellikleri, bulaşma yöntemleri, enfeksiyon zinciri ve halk sağlığı üzerindeki etkileri dikkate alınarak birden fazla çerçeve aracılığıyla kategorize edilmektedir. Bu tür sınıflandırmalar, bu hastalıkların anlaşılmasını geliştirmede ve bunların önlenmesi ve yönetimi için stratejiler formüle etmede önemli bir rol oynamaktadır (Heymann, 2015). Genel olarak, bulaşıcı hastalıklar etkenin doğasına, bulaşma yoluna, enfeksiyonun süresine ve toplum içindeki yaygınlık düzeyine göre düzenlenebilmektedir.

Hastalıklar, sorumlu etkenin türüne göre kategorilere ayrılmakta ve bu da bakteriyel, viral, parazitik ve fungal kökenler gibi sınıflandırmalarla sonuçlanmaktadır. Örneğin, tüberküloz bakteriyel bir hastalık, grip viral, sıtma parazitik ve kandidiyazis fungal bir enfeksiyon olarak sınıflandırılmaktadır (Murray vd., 2013). Bu ayrım, uygun tedavi ve kontrol stratejilerinin seçilmesi için önemlidir. Antibiyotikler yalnızca bakteriyel enfeksiyonlara karşı etkilidir, oysa antiviral ajanlar viral enfeksiyonlar için kullanılır; uygunsuz tedavi uygulamalarından kaçınmak için bu ayrımın dikkatlice göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Heymann, 2015).

Enfeksiyonların nasıl yayıldığının anlaşılması, bunları bulaşma biçimlerine göre sınıflandırarak önemli ölçüde geliştirilmektedir. Genellikle hastalıklar doğrudan

temas, hava yoluyla bulaşma yolları, damlacık yoluyla bulaşan mekanizmalar, kan ve vücut sıvıları veya vektörler yoluyla bulaşabilmektedir (CDC, 2023; Akyüz, 2023). Örneğin, grip ve COVID-19 gibi solunum yolu hastalıkları damlacık yoluyla bulaşma yoluyla yayılırken, HIV ve Hepatit B gibi hastalıklar kan yoluyla bulaşmaktadır. Vektör yoluyla bulaşan bir hastalığın örneği, sivrisinekler tarafından bulaşan sıtmadır (WHO, 2023).

Bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyonun süresine göre üç türe ayrılmaktadır: akut, kronik ve latent. Akut enfeksiyonlar genellikle kızamık veya grip vakalarında görüldüğü gibi hızla ortaya çıkmakta ve hızla iyileşmektedir. Öte yandan kronik enfeksiyonlar, genellikle yıllarca süren uzun süreli olmalarıyla karakterize edilmektedir; bu tür hastalıklara örnek olarak tüberküloz ve hepatit C verilebilmektedir (Ryan vd., 2004). Latent enfeksiyonlar, vücutta uykuda kalan ve belirli koşullar altında yeniden aktif hale gelebilen patojenleri içerir; bunun başlıca bir örneği Herpes simpleks virüsüdür (Murray vd., 2013).

Halk sağlığı alanında, bulaşıcı hastalıklar üç ayrı gruba ayrılmaktadır: endemik, epidemik ve pandemi. Endemik hastalıklar belirli bir coğrafi alanda sürekli varlıklarıyla karakterize edilirken, salgın hastalıklar belirli bir zaman dilimi içinde tipik olarak beklenenden daha fazla vaka artışıyla tanımlanmaktadır. Öte yandan, pandemik hastalıklar kıtalar arasında yayılan ve dünya çapında bir etki uygulayan hastalıklardır (WHO, 2023). COVID-19 pandemisi, bu sınıflandırmanın küresel sağlık sistemleriyle ilgili önemini açıkça vurgulamıştır (Pala, 2020).

2.1.3. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca, tanımlanamayan mikroorganizmalardan veya daha önce bilinen mikroorganizmaların yeni varyantlarından kaynaklanabilen bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu zorluklarla karşı karşıya kalmıştır (Pala, 2020). Küresel ölçüğe ulaşan bulaşıcı hastalıklar pandemi olarak sınıflandırılmakta ve etkilerini azaltmayı veya ortadan kaldırmayı amaçlayan kapsamlı kaynakların tahsis edilmesine yol açmaktadır (Aksakoğlu, 2008).

İklim değişiklikleri, bitki örtüsündeki değişiklikler, deprem, seller ve kıtlık gibi doğal olayların yanı sıra savaş, nüfus artışı ve çevre kirliliği gibi insan kaynaklı

faktörler de dahil olmak üzere çeşitli faktörler pandemilerin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. "Pandemi" terimi, "tüm" anlamına gelen Yunanca "pan" ve "insanlar" anlamına gelen "demos" kelimelerinden türetilmiştir.

Pandemiler genellikle ilk ortaya çıkışlarının veya yoğunlaşmalarının coğrafi alanına göre adlandırılmakta veya hastalıktan sorumlu mikroorganizmanın adını alabilmektedirler. Her pandemi insanlığa önemli ve acı verici bir ders vermiş ve gelecekteki olayları önlemeyi amaçlayan birkaç kalıcı önlemin oluşturulmasına yol açmıştır (Çevik, 2020).

Örneğin, kolera salgını hijyenin kritik önemini vurgularken, çiçek hastalığı salgını aşılanmanın gerekliliğini vurgulamış ve veba salgını karantinanın önemini vurgulamıştır (Parıldar, 2020).

Tarihteki en ölümcül salgınlar arasında veba, kolera, çiçek hastalığı, grip, sıtma, tifo ve frengi bulunmaktadır. Bu salgınlar coğrafi yayılımları ve toplam ölüm sayıları açısından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bazı salgınlar daha küçük bölgelerle sınırlıyken, diğerleri ya yüksek öldürücülükleri ya da bulaşma kolaylıkları nedeniyle geniş bir alana yayılarak insanlık üzerinde ciddi sonuçlar doğurmuştur. Tarihçiler, belgelenen en erken salgının Hitit uygarlığında veba salgınıyla karakterize edildiğini belirtmektedir (Parıldar, 2020; Aslan, 2020).

2.1.4. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi

Covid19 pandemisi günümüzde hala ölümlere ve bulaşa neden olmaktadır. Günümüz teknolojisindeki gelişmeler, bu bilinen virüsün neden olduğu enfeksiyon ve ölüm sayısını azaltmada yetersiz kalmıştır. İnsan seyahatini yönetme becerisine, iletişimin karmaşıklığına ve tıbbi bakımda önemli gelişmelere rağmen, salgın hala tam olarak kontrol altına alınmış değildir. Trajik can kaybının yanı sıra, küresel ticaretin neredeyse karantina durumuna girmesiyle önemli mali sonuçlar da hissedilmiştir. Bu gerçeklik, salgınların tarihsel olarak olduğu gibi gelecekte de insan varlığına önemli bir tehdit oluşturma potansiyelini güçlendirmektedir (Heymann, 2015; Pala, 2020).

Toplumda bireyler doğrudan hastalığa yakalanmasalar bile, salgın durumunda toplumsal düzen ciddi şekilde zarar görebilir. Oysa bulaşıcı hastalıklarla etkili bir

şekilde mücadele edebilmek, toplumun katılımı ve düzenli bir sosyal yapı olmadan mümkün değildir. Toplumsal düzen bozulduğunda ise topluma yönelik eğitim faaliyetleri de zorlaşır. Ortaya çıkan kargaşa salgının daha da yayılmasına neden olur; yaşam düzeni iyice bozulur ve bir kısır döngü başlar. Salgın bir kez ortaya çıktığında, hastalığın kontrol altına alınmasını en çok zorlaştıran etkenlerden biri bizzat toplumun kendisi olabilir. (Aksakoğlu, 2008). Covid-19 pandemisinde de görüldüğü gibi uluslararası sınırların kesintiye uğraması ve çok sayıda sektörün askıya alınması küresel ticareti de önemli ölçüde etkilemiştir. Üretimdeki devam eden çalkantı etkilerini göstermeye devam etmekte ve birçok temel malın üretiminde zorluklara yol açmaktadır (Aslan, 2020; Pala, 2020).

2.1.5. Bulaşıcı Hastalıklarda Risk Faktörleri

Bulaşıcı bir hastalığın etkisi ve ilerlemesi bireyler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilmektedir. Bu hastalıkların bulaşmasının kolay olması nedeniyle çok sayıda insanı etkileme potansiyeli vardır. Bir birey herhangi bir semptom göstermeden bulaşıcı etkeni taşıyabilmektedir, akut bir enfeksiyon geçirebilir veya kalıcı hasara ve kronik durumlara yol açan uzun vadeli etkilerden muzdarip olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, kızamık, kabakulak-ensefalit, kızamıkçık-doğuştan katarakt, çocuk felci-ekstremitte engellilikleri gibi çeşitli engellilik türlerine önemli ölçüde sebep olmaktadır (Akyüz, 2023; Aksakoğlu, 2008).

Bulaşıcı hastalıkların seyri ve ortaya çıkışı tekdüze değildir; her hastalık başlangıçtan iyileşmeye kadar farklı bir süreci izlemektedir. Bireylerin semptomların olmamasına rağmen hastalığı bulaştırması da mümkündür. Bulaşıcı bir hastalığın her kişide nasıl ortaya çıktığı konusundaki farklılık, enfeksiyondan sorumlu belirli etken, bireyin bağışıklık tepkisi ve çeşitli çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Tulchinsky ve Varavikova, 2019).

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında ve yayılmasında çeşitli etkenler rol oynamaktadır (Aksakoğlu, 2008; Uçak, 2022).

a. Bireysel etmenler: Bir bireyin bağışıklık sistemini önemli ölçüde etkileyen çeşitli faktörler vardır, bunlar arasında yaş, cinsiyet, kilo, sosyoekonomik durum, kültürel çevre, bağışıklık durumu, beslenme eksiklikleri, alınan ilaçlar, yaşam

tarzı seçimleri, sistemik hastalıklar, stres seviyeleri ve diğer sağlık koşulları bulunmaktadır. Kronik hastalıkları olan kişiler, zayıf bağışıklık sistemine sahip olanlar, yaşlılar ve çocuklar özellikle savunmasızdır.

b. Toplumsal etmenler: Hastalıkların bulaşması ve yayılması, toplumdaki gelir düzeyi, yüksek riskli meslek gruplarının varlığı, kültürel farklılıklar, etkili atık bertaraf uygulamaları, genel yaşam koşulları, toplumsal alışkanlıklar ve toplumun kolektif bağışıklık durumu gibi çeşitli sosyal faktörlerden etkilenmektedir.

c. Enfeksiyon etkenine bağlı etmenler: Bulaşıcı etkenle ilişkili faktörler arasında mikroorganizmaların miktarı, virülansları ve güçleri, değişkenlerin çeşitliliği ve bulaşıcılık durumları yer almaktadır.

2.1.6. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), küresel olarak mortalite ve morbidite oranlarını yükselterek ve hastaların hastanede kalış sürelerini uzatarak ekonomiyi olumsuz etkileyen önemli bulaşıcı hastalıkları temsil etmektedir. Bu enfeksiyonlar etkili enfeksiyon kontrol programları ile hafifletilebilir. Hastane enfeksiyonları, hastaneye yatıştan 72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar olarak tanımlanır ve hastanın hastaneye yatırıldığı anda mevcut değildir. Hastaların ikamet ettiği hastane veya huzurevi ortamlarında meydana gelen bulaşmalardan kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların etkileri derindir; daha uzun hastanede kalış sürelerine, dirençli bakterilerin yaygınlığı nedeniyle artan maliyetlere ve tedaviyle ilişkili zorluklara, iş gücü kaybına, psikososyal sorunlara ve artan mortalite oranlarına yol açmaktadırlar (Hekimoğlu, 2019; Sönmez vd., 2019). Yörüngeleri, süreleri ve ilişkili kayıplar göz önüne alındığında, SHİE'ler önemli bir öneme sahiptir. 1970'lerden bu yana yürütülen çok sayıda temel çalışma, bu enfeksiyonların önlenabilir olduğunu göstermiştir. Hastane kaynaklı enfeksiyonların kritik bir yönü, sağlık çalışanları aracılığıyla çapraz bulaşma yoluyla hastalar arasında gerçekleşen bulaşmadır.

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların (SHİE) ve salgınların önlenmesi ve kontrolünde, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon, uygun antibiyotik kullanımı, yoğun bakım ve ameliyathanelerde enfeksiyon kontrol önlemleri, izolasyon

önlemleri, hastane temizliği, çamaşırhane hizmetleri, mutfak yönetimi, havalandırma, atık yönetimi, gözetim ve özellikle sağlık kuruluşları tarafından oluşturulan enfeksiyon kontrol programları içindeki el hijyeni protokolleri dahil olmak üzere bir dizi uygulamayı dikkate almak esastır. Kuruluşlar bu uygulamalara ilişkin farkındalığı artırmalı ve yeterli eğitim sağlamalıdır. Bu tür eğitimlerin etkinliği denetimler ve kontroller yoluyla güçlendirilmelidir (Hekimoğlu, 2019; Sönmez vd., 2019). Ayrıca, gözetim bulgularına dayalı uygun gözetim ve iyileştirme çalışmalarının yapılması SHİE'lerin önlenmesi için çok önemlidir.

2.1.7. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonların Bulaşma Yolları

Çeşitli şekillerde, hastalıklara neden olan mikroorganizmalar olan bulaşıcı ajanlar, doğal rezervuarlarından duyarlı bir konakçıya aktarılabilir. Bulaşıcı ajanın tipik olarak yaşadığı, geliştiği ve çoğaldığı ortam rezervuarı olarak adlandırılmaktadır (Aksakoğlu, 2008; Hekimoğlu, 2019). Bir bulaşıcı hastalık, ajan konakçıya başarılı bir şekilde saldırdığında ortaya çıkmaktadır (CDC, 2023).

- a. **İnsan rezervuarları:** Çok sayıda bulaşıcı hastalık insan rezervuarlarından kaynaklanmaktadır. Bireyden bireye aracı olmadan doğrudan yayılan durumlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kızamık, kabakulak, streptokok enfeksiyonları ve çeşitli solunum yolu patojenlerini kapsar. İnsan rezervuarı olarak görev yapan bireyler hastalığın semptomlarını gösterebilir veya asemptomatik kalabilmektedir (Aksakoğlu, 2008; CDC, 2023; Uçak, 2022).
- b. **Hayvan rezervuarları:** İnsanlar ayrıca hayvan rezervuarlarına sahip hastalıklara maruz kalmaları nedeniyle de hastalanabilmektedirler. Bu hastalıkların çoğu hayvanlar arasında bulaşmakta ve kazara konak görevi gören insanları istemeden enfekte edebilmektedir (WHO, 2021; Akyüz, 2023; Uçak, 2022).
- c. **Çevresel rezervuarlar:** Çevredeki bitkiler, toprak ve su çeşitli bulaşıcı ajanlar için rezervuar görevi görmektedir. Örneğin, histoplazmoz enfeksiyonlarına neden olan çok sayıda mantar ajanı toprakta gelişmekte ve çoğalmaktadır (Nelson vd., 2009; Akyüz, 2023; Uçak, 2022).

Bulaşıcı etkenler, bir kaynaktan duyarlı bir konağa iki temel yöntemle bulaşmaktadır: doğrudan bulaşma ve dolaylı bulaşma (Aksakoğlu, 2008).

Doğrudan Bulaşma: Bulaşıcı etkenin bir bireyden sağlıklı bir kişiye doğrudan aktarılması herhangi bir ekipman kullanılmadan gerçekleşmektedir ve hiçbir ara bulaşma yolu söz konusu değildir.

Dolaylı Bulaşma: Bulaşıcı etkenin sağlıklı bireylere aktarımı, kaynaktan ayrıldıktan sonra vektörler, araçlar veya havadan bulaşan araçlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bunun bir örneği cerrahi aletler ve daha önce kullanılmış kişisel eşyalardır (Ellidokuz ve Aksakoğlu, 2002).

Bu özel bulaşma şekli dört ayrı yöntemle gerçekleşmektedir(Uçak, 2022);

1. **Hava yolu ile bulaşma:** Hava yoluyla bulaşma durumunda, bir kişi enfekte bir kişiden en az 1 metre uzakta bulunabilir, ancak yine de havaya salınan ve havada asılı kalan, potansiyel olarak önemli mesafeler kat eden parçacıklara maruz kalabilmektedir. 2 ila 5000 arasında olduğu tahmin edilen virüslerin hapşırma, öksürme ve yüksek sesle konuşma gibi eylemlerle çevreye yayıldığına ve böylece hastalığın yayılmasını kolaylaştırdığına inanılmaktadır. Soğuk algınlığı, grip, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, kabakulak, boğmaca, difteri, adenovirüs, rinovirüs ve koronavirüs gibi hastalıklar bu yöntemle bulaşmaktadır (Çevik, 2020; Aksakoğlu, 2008).
2. **Su ve besinler ile bulaşma:** Gıda, içecek veya kirli eller ve tırnaklar yoluyla fekal-oral kontaminasyon yoluyla bir bireyden diğerine bulaşabilen hastalıklar, dünya çapında çocuk ölümlerinin birincil nedenlerini temsil etmektedir (Çevik, 2020). Çevresel koşulları iyileştirmek (güvenli içme suyu sağlamak, suyu klorlamak ve kaynatmak, açık kanalizasyon çukurlarını kapatmak, denetlemek ve iyileştirmek, çöpleri hijyenik bir şekilde toplamak ve zararsız hale getirmek, ev sinekleri ve böceklerle mücadele etmek, düzenli gıda denetimleri yapmak ve meyve ve sebzelerin tüketilmeden önce iyice yıkanmasını sağlamak) ve el hijyeni ve diğer kişisel hijyen uygulamalarına uyulmasını sağlamak ve sağlık eğitimini teşvik etmek son derece önemlidir (Parıldar, 2020; Öztürk ve Günay, 2011).

3. **Temasla bulaşma:** Temas yoluyla bulaşmada, bulaşıcı ajan yeni bir konakçıya, o konakçıyla yakın etkileşim yoluyla iletilmektedir. Bu bulaşma öncelikle cinsel temas veya doğrudan cilt teması yoluyla gerçekleşmektedir (Tulchinsky ve Varavikova, 2019). Doğrudan cilt temasıyla bulaşan hastalıkları önlemek için, uygun hijyen ve sanitasyon koşullarının sağlanması hayati önem taşımaktadır (Çevik, 2020).
4. **Vektör yolu ile bulaşma:** Vektör kaynaklı hastalıkların gelişimi, bulaşıcı bir etkenin sağlıklı bir bireye mekanik veya biyolojik yollarla bulaşmasıyla meydana gelmektedir. Bu tür hastalıklara örnek olarak Sıtma, CCHF, Tularemi, Leishmaniasis, Dang Humması, Sarı Humma, Japon Ensefaliti, Lenfatik Filaryazis, Tifüs ve Veba verilebilmektedir (Çevik, 2020). Sorumlu belirli vektörü belirlemek, dağılımını, yoğunluğunu ve risk alanlarını değerlendirmek ve vektör kontrolü için etkili stratejiler oluşturmak esastır (İnci ve Düzlü, 2009).

2.1.8. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Yolları

Bulaşıcı hastalıklar, tüm insanlığı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorununu temsil etmektedir. Etkileri, sosyal, ekonomik ve kültürel yönler de dahil olmak üzere toplumun çeşitli boyutlarına yayılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla etkili bir şekilde mücadele etmek için, sağlık koruyucu önlemlerini en üst düzeyde uygulamak hayati önem taşımaktadır. Bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkmasından sonra alınan eylemlerin etkinliği, önceden belirlenen önleyici önlemlerin yeterliliğine ve başarısına bağlıdır. Ayrıca, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Toplum içinde davranış değişikliğini başlatmanın en etkili yolu eğitimidir. Bu nedenle, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için halkı yeterli şekilde eğitmek esastır (Ünlü ve Çiçek, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Bulaşıcı hastalıkları yönetirken, birincil hedefimiz hastalığın hem yaygınlığını hem de insidansını azaltarak tamamen ortadan kaldırılmasını hedeflerken, aynı zamanda etkeni, bulaşma yolunu ve duyarlı bireyi içeren enfeksiyon zincirini de bozarak hastalık üzerinde kontrol sağlamaktır. Bulaşıcı hastalık yönetimi bağlamında halk

sağlığının en önemli amacı, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilirliğine odaklanmalıdır.

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasından önce uygulanması gereken önlemleri özetlemek gerekirse (Akyıldız ve Okyay, 2024; Akyüz, 2023; Uçak, 2022);

- a. Birincil korunma:** Güvenli bir ortamın sağlanması; temiz ve hijyenik suyun sağlanması, uygun atık bertarafı ve gıda takibi; aktif ve pasif bağışıklama yoluyla patojenlere karşı bireysel savunmayı güçlendirmeyi amaçlayan hizmetlerin uygulanması ve beslenmeyi geliştirmeye odaklı araştırmaların yapılması; sağlık eğitimi sağlanması; fiziksel ve zihinsel stresin azaltılması; zoonotik enfeksiyon riski taşıyan hayvanların kontrol altına alınması ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin teşvik edilmesini içermektedir.
- b. İkincil korunma:** Hastalığın başlangıç evresinde tespit edilmesi ve müdahale edilmesi etkili bir yönetim için hayati önem taşımaktadır.
- c. Üçüncül korunma:** Hastalığın teşhisinden sonra onu yavaşlatmak veya durdurmak amaçlanır. Üçüncül koruma rehabilitasyona ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimleri kapsar.

Bulaşıcı hastalığın başlangıcından sonra alınması gereken önlemler şu şekilde sıralanabilir(Ünlü ve Çiçek, 2021; Uçak, 2022);

- a. Hastalık kaynağına yönelik olarak;** Hastalığın kesin tanısı konulmalı, ardından gerekli bildirimler ve veri girişleri yapılmalıdır. Uygun ve doğru soy takibi yapılmalı ve enfeksiyonun ilk kaynağı belirlenmelidir. Taşıyıcıları belirlemek için çaba gösterilmeli ve izolasyon ve karantina protokolleri bulaşma biçimine göre uygulanmalıdır. Hasta atıklarının dezenfeksiyonu ile birlikte aktif gözetim esastır; enfekte hayvanların söz konusu olduğu durumlarda insani imha düşünülmelidir (Aksakoğlu, 2008; Öztürk ve Günay, 2011).
- b. Bulaşma yollarına yönelik olarak;** Suyu arıtmak, gıda sanitasyonu yönetmek, gıda işlemede yer alan kişiler için düzenli sağlık değerlendirmeleri yapmak, ev sinekleri, böcekler ve zararlılar gibi vektörleri düzenlemek, çöp ve gübrenin atılmasını denetlemek, hijyenik ve temiz tuvalet koşulları sağlamak ve hasta

odalarının ve kişisel eşyaların temizliğini ve dezenfeksiyonunu sağlamak esastır. Dezenfektanların seçimi, belirli patojenik ajanlara, bulaşma yollarına, bulaşmayı kolaylaştırabilecek yiyecek ve içeceklerle ve kullanılan malzemelere dayanmalıdır (Ener ve Çetinkaya, 2022; Aksakoğlu, 2008).

c. Sağlam kişiye yönelik olarak; Bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların yönetilmesinde ve yayılmasının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Aşılanmamış bireylerin sayısındaki endişe verici artış, bağışıklıkları hakkında yetersiz bilgiyle birleşince, gecikmiş enfeksiyonların ve ilişkili risklerin görülme sıklığını daha da kötüleştirmektedir. Bağışıklık, bir bireyin bulaşıcı bir etkene maruz kalması sırasında veya dışarıdan uygulanmasıyla karşılaşılan antijenlere yanıt olarak antikorların gelişmesiyle oluşmaktadır (Ener ve Çetinkaya, 2022; Aksakoğlu, 2008).

d. Uluslararası önlemler; Tedbirler uluslararası izolasyon ve sanitasyon protokollerini kapsamaktadır. Uluslararası bildirim gerektiren hastalıkların bildirilmesi, küresel ticarete hayvan çıkışlarının düzenlenmesi ve aşılama çabalarını içermektedir. Ek olarak, seyahat kısıtlamalarının uygulanması, doğru ve etkili iletişimin güvence altına alınması, gerekli ekipman ve personel yardımının sağlanması ve verimli iletişimin kolaylaştırılması da dahildir (Öztürk ve Günay, 2011; Ünlü ve Çiçek, 2021).

2.1.9. Sağlık Çalışanlarında Bildirimi Zorunlu Olan Bulaşıcı Hastalıklar

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 6 Kasım 2004 tarihinde Resmi Gazete'de 25635 sayılı "Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ" başlıklı bir kılavuz yayımlamıştır. Bu kılavuz, bildirilmesi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) için vaka tanımlarını ve sınıflandırmalarını içermektedir. Bu Kılavuzda listelenen hastalıklar için kriterler, ülke içinde halk sağlığı sorunları olarak önemleri, bu hastalıkları teşhis etme yeteneği, bunları ele alan özel programların varlığı, Avrupa Birliği ülkelerinin bildirim sistemlerine dahil edilmeleri ve toplum bilgi ağıyla ilgili olmaları gibi faktörleri dikkate alır. Sonuç olarak, bildirim için belirlenen hastalıklar dört ayrı gruba ayrılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004).

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi ile alakalı olarak Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği 30/05/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Daha sonra mevcut yönetmelikte yer alan ve hastalıkların bildirimlerinde kullanılan standart vaka tanımlarında güncelleme yapılarak mevcut yönetmelik değişikliği 02/04/2011 tarihli ve 27891 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015). 6 Kasım 2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ" başlıklı kılavuz 8 Mart 2025 tarihinde 32835 sayılı Resmi Gazete tebliği ile tamamen yürürlükten kaldırılmıştır(T.C Resmi Gazete, 2025).

- Birinci grup, “A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- İkinci grup, “B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- Üçüncü grup, “C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- Dördüncü grup, “D Grubu Bildirimi Zorunlu Etkenler”.

2.1.9.1. A Grubu BZBH (Grup A Hastalıklar)

A Grup A altında sınıflandırılan hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak tüm sağlık sistemi kurumlarından bilgi toplanmasını gerektirmektedir (Çevik, 2020).

Tablo 2.1. Grup A Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015)

Hiv Enfeksiyonu	Akut G.E	Boğmaca	Botulismus
Bruselloz	Difteri	Gonore	Sarı Humma
Akut Viral Hepatitler	Kabakulak	Kızamik	Su Çiçeği
Kızamıkçık/ Kızamık	Kolera	Sıtma	
Meningokokal Hastalıklar	Tetanoz (Neonatal)	Poliomyelit	
Kuduz/Kuduz Riskli Temas	Sifiliz	Şarbon	
Şark Çibani	Tifo	Tüberküloz	

2.1.9.2. B Grubu BZBH (Grup B Hastalıklar)

B Grubu'na dahil olanlar, esas olarak 1969'da WHO tarafından oluşturulan Uluslararası Sağlık Tüzüğü ve çeşitli sonraki kararlar doğrultusunda şüphe üzerine derhal bildirilmesi gereken hastalıklardır (Çevik, 2020). Çiçek hastalığı, 1970'lerin sonlarında ortadan kaldırılmış olması nedeniyle, insanlığın sağlık mücadelesinin belirgin bir örneğidir.

Grup B'de sınıflandırılan hastalıklar ülkemizde ya gözlemlenmemiştir ya da uzun süredir rapor edilmemiştir. Dünyanın çeşitli bölgelerinde bulunmaları, bulaşma eğilimleri ve yüksek ölüm oranları ile birleşince, devam eden uluslararası önlemlerin temel gerekçesi olarak hizmet etmektedir (WHO, 2021).

Tablo 2.2. Grup B Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015)

Çiçek	SARS	Poliomyelit	Human İnfluenza
-------	------	-------------	-----------------

2.1.9.3. C Grubu BZBH (Grup C Hastalıklar)

Grup C yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).

Tablo 2.3. Grup C Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).

Aids	H5N1	Batı Nil Virüs Enf.
Chikunguya Ateşi	Ekinokokkoz	Epidemik Tifüs
Hanta Virüs Enf.	H.İnfluenza Tip B	İnfluenza
Kala-Azar	Kene Kaynaklı Ensefalit	Kırım KKA
Konjenital Rubella	Lyme Hastalığı	Lejyoner Hastalığı
Lepra	Leptospiroz	İnvaziv Pnömonokokkal Hastalık
SSPE	Şistozomiyaz	Toksoplazmoz
Trahom	Tularemi	Varyant Creutzfeldt-Jakop Hast.
Veba	Viral Hemorajik Ateş	Q Ateşi

2.1.9.4. D Grubu BZBH (Grup D Enfeksiyon Etkenleri)

D Diğer grupların aksine, Grup D "bulaşıcı etkenlerin" raporlanmasını ana hatlarıyla belirtmektedir. Amaç, önemli halk sağlığı sorunları oluşturmaya devam eden belirli

bulaşıcı hastalıkların etiyolojik etkenleri hakkında bilgi toplamak ve gelişmiş epidemiyolojik araştırmaları kolaylaştırmaktır (Heymann, 2015). Önemli bir gözlem, laboratuvarın yalnızca asgari kabul edilebilir standartları karşılayan bir teknik kullanarak teşhis koyabildiğinde rapor vereceğidir. Sonuç olarak, Grup A, B ve C hastalıklarını raporlamadaki dolaylı katılımına ek olarak, Grup D gözetim türü ayrıca standardizasyon ve kalite güvencesi ilkelerinin yayılmasını da teşvik edecektir (WHO, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).

Tablo 2.4. Grup D Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri Listesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015).

Campylobacter jejuni/Coli	Chlamydia trachomatis	Listeria monocytogenes
Entamoeba histolytica	Enterohemorajik E.Coli (EHEC)	Giardia Intestinalis
Salmonella Sp.	Shigella Sp.	Cryptosporidium Sp.
Trisinoz	Yersinia Sp.	Norovirüs
Rotavirüs		

2.2. Sağlık Çalışanları ve Bulaşıcı Hastalıklar

Sağlık çalışanları hem çalışma ortamları hem de etkileşimde bulundukları hastalar nedeniyle bulaşıcı hastalıklarla ilişkili çok sayıda riskle karşı karşıyadır. Özellikle Hepatit B, C, D ve HIV gibi kan yoluyla bulaşan hastalıklara ve solunum damlacıklarıyla yayılan hastalıklara (TBC, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği ve Covid-19 dahil) karşı hassastırlar (Emiroğlu, 2012). Ayrıca, enfekte kişilerle temas ve kesici aletlerle yaralanmalar sonucu ortaya çıkan hastalıklara karşı da risk altındadırlar. 1983 yılında ABD'de yapılan bir araştırma, sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına kıyasla bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılığının on kat fazla olduğunu göstermiştir (Yıldırım ve Özpulat, 2015; Zencir, 2014).

DSÖ verilerine göre, SARS salgını sırasında sağlık çalışanları tüm vakaların %21'ini ve ölümlerin %9,6'sını oluşturmuştur. Ayrıca solunum, damlacık ve temas yoluyla bulaşan hastalıkların sağlık çalışanları arasında genel nüfusa göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Davas, 2014).

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar, risk faktörleri, bulaşma yolları, kendini koruma stratejileri, kişisel hijyen uygulamaları, koruyucu ekipman kullanımı ve el

hijyeni konusunda bilgi ve eğitimleri, bu tür hastalıklara yakalanmaya karşı kritik koruyucu önlemlerdir.

2.2.1. Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklardaki Rolü

Sağlık çalışanları, hem birincil hem de ileri sağlık hizmetlerinde, özellikle bulaşıcı hastalıkların teşhis, tedavi ve kontrol süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadırlar. Sonuç olarak, sağlık çalışanları arasındaki bilgi, farkındalık ve tutum düzeyleri, toplum içinde bulaşıcı hastalıkların yayılması üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Salgın dönemlerinde, sağlık çalışanları yalnızca hasta bakımı sağlamakla değil, aynı zamanda hastalığın daha fazla yayılmasını önlemeyi amaçlayan stratejileri yürütmekle de görevlendirilmektedir (Yeşiltepe ve Demir, 2020).

Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıkların gözetiminde ve olası vakaların derhal belirlenmesinde etkilidir. Erken teşhis, uygun izolasyon protokolleri ve temas takibi gibi temel halk sağlığı önlemleri sıklıkla sağlık çalışanlarının ilk eylemleriyle başlamaktadır (ECDC, 2023). Ayrıca, toplum içinde güvenilir bilgi kaynakları olarak sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklarla ilgili yanlış bilgileri düzeltmek ve kamuoyunun farkındalığını artırmak için önemli bir sorumluluk taşımaktadırlar (WHO, 2021).

2.2.2. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon Önleme ve Kontrolde Sorumlulukları

Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu önlemlere uyması, enfeksiyonların bulaşmasını azaltmak için çok önemlidir. Bu tür önlemler, el hijyeninin sürdürülmesi, uygun kişisel koruyucu ekipmanın kullanılması, sterilizasyon uygulamalarının uygulanması ve hasta izolasyon protokollerine sıkı sıkıya uyulmasını kapsamaktadır. Sağlık ortamlarında temel enfeksiyon kontrol ilkelerinin tutarlı bir şekilde uygulanması, hem sağlık çalışanları hem de hastalar için enfeksiyon riskini önemli ölçüde azaltmaktadır (Erdemir vd., 2011; CDC, 2007).

Sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrolü konusunda sahip olduğu önemli bilgi, hastane enfeksiyonlarının oranlarının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Sonuç olarak, sağlık kuruluşlarının çalışanlarına sürekli eğitim vermeleri ve

enfeksiyon kontrol politikalarını sürekli olarak gözden geçirmeleri esastır (Sönmez vd., 2019)

2.2.3. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi ve Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Bulaşıcı hastalıklara karşı etkili bir mücadele sürecinin temeli, sağlık çalışanlarının sahip olduğu bilgi ve mesleki becerilerde yatmaktadır. Eğitim yoluyla, sağlık personeli enfeksiyon risklerini belirlemek ve uygun koruyucu stratejiler formüle etmek üzere donatılmaktadır. Özellikle, el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, bulaşma yolları ve izolasyon uygulamaları gibi konularda eğitimleri düzenli olarak güçlendirmek ve güncellemek esastır (İnfal ve Şahin, 2016).

Sağlık çalışanlarının eğitimi salgın hastalıklar sırasında daha da önem kazanır. COVID-19 salgını sırasında yapılan araştırmalar, enfeksiyon kontrolü konusunda eğitim alan sağlık çalışanlarının enfeksiyon oranlarının azaldığını göstermektedir (Zhang vd., 2020).

2.3. Aşı

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireysel sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için hayati öneme sahiptir (Özdemir Acar, 2022). Bu hizmetler arasında aşılar, bireyde hastalığa neden olmadan bağışıklık sistemini harekete geçirerek hastalıklara karşı koruma sağlayan biyolojik ajanlar olarak görev yapmaktadır (FDA, 2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı aşıları "insanlarda ve hayvanlarda hastalığa neden olabilen mikroorganizmaların hastalık yapıcı özelliklerinin saflaştırılması veya belirli mikroorganizmaların ürettiği toksinlerin etkilerinin nötralize edilmesiyle geliştirilen biyolojik ürünler" olarak tanımlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025c).

Aşı (vaccin) terimi, çiçek virüsüne karşı koruma sağlamak için kullanılan hafif bir hastalık olan "Vaccinia Virüsü"nden türemiştir. Aşılama, zayıflatılmış virüslerin ve bakterilerin insan vücuduna sokulması ve belirli bir bulaşıcı veya kötü huylu hastalığa yönelik antikorların üretilmesini içermektedir. İnsan sağlığını korumak ve bulaşıcı hastalıkları önlemek için etkili, güvenilir ve maliyet açısından verimli bir yaklaşım görevi görmektedir. Ayrıca, aşılama hem kişisel hem de toplumsal bağışıklık sağlamaktadır (Mühür vd., 2022).

2.3.1. Aşının Önemi ve Tarihsel Gelişimi

20. yüzyılda toplum sağlığı alanında en önemli başarı olarak kabul edilen bağışıklama (CDC, 1999), hem bireyleri hem de toplumu koruyarak bulaşıcı hastalıkların yükünü hafifletmede hayati bir rol oynamaktadır. Bu süreç, bir aşının uygulanması yoluyla bulaşıcı bir hastalığa karşı direnç kazandırmayı içermektedir (Şimşek, 2020). Etkili bir strateji olarak bağışıklama, bireyleri ve toplumları bulaşıcı hastalıklardan ve bunların oluşturduğu potansiyel tehlikelerden korumaya yaramaktadır. Bağışıklamanın birincil amacı, hem bireyleri hem de toplumları patojenlerden korumak, bu patojenlerin ortadan kaldırılmasını ve yok edilmesini kolaylaştırmak, bunlara maruz kalanlarda hastalığın başlamasını önlemek ve savunmasız popülasyonları korumaktır. Bunu başarmak için, tüm toplumlarda bebeklerin, çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin zamanında aşılmasına öncelik vermek esastır (Kimberlin vd., 2018; Şimşek, 2020). Aşılanmış bireyler bağışıklamadan faydalanırken, aşılanmamış bireyler de toplum bağışıklığı yoluyla koruma almaktadırlar (Ener ve Çetinkaya, 2022). Toplum bağışıklığı veya sürü bağışıklığı, toplumda hastalığa neden olan etkenin yaygınlığının azalması sonucunda, nüfusun büyük çoğunluğunun enfeksiyonlara karşı bağışıklık kazanmasıyla oluşan dolaylı korunmaya denmektedir. Bağışıklama, yaşamı tehdit eden bulaşıcı hastalıkları yönetmek ve ortadan kaldırmak için yerleşik bir yöntem olarak hizmet etmektedir. Bu bağlamda, bağışıklama, hem bireylere hem de topluluklara fayda sağlayan en uygun maliyetli sağlık yatırımlarından biri olarak önemli bir konuma sahiptir (Bulduk & Güneş, 2023).

Aşılamanın bildiğimiz şekliyle uygulanması 19. yüzyılda başlamış olsa da, tarihsel kökleri daha da eskilere dayanmaktadır. Antik Yunan tarihçisi Tukidides, MÖ 429'da çiçek hastalığına yakalanan kişilerin bir daha bu hastalığa yakalanmadığını belirtmiştir. 11. yüzyılın başlarında Çin'de, çiçek hastalarının yara kabuklarından elde edilen toz halindeki materyalin, hastalığı hafif geçiren kişiler tarafından solunmasını içeren bir aşılama şekli uygulanmıştır. Tarihsel kayıtlar, variolasyon olarak bilinen yöntemin Anadolu'ya ulaştığını ve 17. yüzyılda İstanbul'da çocukların bu teknik kullanılarak aşılandığını göstermektedir. 1695'ten kalma bir tıbbi metin, Zhang Lu'nun ana hatlarıyla belirttiği gibi, variolasyona üç farklı yaklaşımı anlatmaktadır: Birinci yöntem, bir hastanın yarasından kabuklar alınmasını, bunların

toz haline getirilmesini ve tozun sağlıklı bir kişinin burun deliklerinden uygulanmasını içermektedir; ikinci yöntem, enfekte olmuş bireylerden alınan materyalin yüzeysel çizikler yoluyla sağlıklı kişilere uygulanmasını içermektedir; son olarak, üçüncü yaklaşım, sağlıklı bireylerin hasta olup daha sonra iyileşen kişilerin giysilerini giymesini gerektirmektedir (Akdeniz & Kavukcu, 2016; WHO, 2021). Modern aşılama teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte, variolasyon yöntemi sonunda daha güvenli ve daha etkili aşılama teknikleriyle değiştirilmiştir (Mühür vd., 2022). Ülkemizde aşı üretimine yönelik ilk girişimlerin Osmanlı İmparatorluğu dönemine dayandığı bilinmektedir. 1717-1721 yılları arasında İstanbul’da bulunan İngiltere büyükelçisinin eşi Leydi Mary Montagu, ülkesine yazdığı mektuplarda çiçek hastalığına karşı “aşı” olarak adlandırılan bir uygulamanın yapıldığını şaşkınlıkla aktarmıştır. Bu mektuplar, çiçek aşısına ilişkin günümüze ulaşan en eski yazılı belgeler arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b). 1721 yılında Lady Mary Wortley Montagu, Osmanlı İmparatorluğu’nda gözlemlediği çiçek aşılması uygulamalarından etkilenerek, iki kızına bu yöntemle aşı yapılmasını istemiş ve böylece çiçek aşısının Avrupa’ya tanıtılmasında öncü rol oynamıştır. 1774 yılında ise Benjamin Jesty, inek çiçeği (cowpox) virüsünün insanlarda çiçek hastalığına karşı bağışıklık oluşturabileceği yönündeki hipotezini test ederek, bilimsel aşı tarihine önemli bir katkıda bulunmuştur. Mayıs 1796’da İngiliz hekim Edward Jenner, inek çiçeği virüsünün çiçek hastalığına karşı koruyucu etkisini bilimsel olarak test etmek amacıyla 8 yaşındaki James Phipps üzerinde bir uygulama gerçekleştirmiştir. Jenner, bir sütçünün elinde bulunan inek çiçeği lezyonundan elde ettiği materyali Phipps’e aşılamıştır. Phipps, kısa süreli lokal reaksiyonlar ve geçici rahatsızlıklar yaşamasına rağmen tamamen iyileşmiştir. İki ay sonra, Temmuz 1796’da Jenner, bu bağışıklık durumunu sınamak üzere Phipps’e bu kez çiçek hastalığı taşıyan bir insan lezyonundan alınan materyali enjekte etmiş ve Phipps’in hastalığa yakalanmadığı gözlemlenmiştir. Bu deney, onu çiçek hastalığına karşı başarıyla aşılanmış ilk insan olarak tarihe geçirmiştir. “Aşı” anlamına gelen *vaccine* terimi de bu çalışmadan yola çıkılarak, Latince “inek” anlamına gelen *vacca* kelimesinden türetilmiştir (WHO, 2021). Edward Jenner tarafından 1796’da başlatılan aşı girişi, küresel ölçekte tıp alanındaki en önemli başarılarından biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzdeki aşılar, bulaşıcı hastalıklarla ilişkili ölüm ve hastalık oranlarını büyük ölçüde azaltarak, dünya çapında her yıl iki ila üç milyon

arasında ölümü önlemektedir (Salmon vd., 2015; Mühür vd., 2022). Son iki yüz yıl boyunca aşılar, çiçek hastalığını başarıyla ortadan kaldırmış, küresel çocuk ölüm oranlarını düşürmüş ve çocuk felci de dahil olmak üzere çok sayıda doğuştan anomaliyi ve kalıcı sakatlığı önlemiştir. Bebekler için aşılama planlaması olumlu karşılansa da, aşılarda faydalarını en üst düzeye çıkarmak için çeşitli yaş gruplarını hedefleyen etkili programlar oluşturmak hayati önem taşımaktadır (Orhon, 2020; Kılıç ve Dolapçı, 2021).

2.3.2. Aşı Türleri ve Aşıların Etkinliği

Aşılar temel olarak iki ana gruba ayrılabilir: viral aşılar ve bakteriyel aşılar. Viral aşılar ayrıca zayıflatılmış canlı viral aşılar, etkisizleştirilmiş-öldürülmüş aşılar ve alt birim aşılar olarak sınıflandırılmaktadır. Bakteriyel aşılar tam hücreli aşıları, toksoid aşıları, alt birim aşıları ve polisakkarit aşıları kapsamaktadır. Ek olarak, çeşitli aşı türlerini birleştiren karma aşı formülasyonları da mevcuttur. (Nahmatov, 2019).

2.3.2.1. Viral Aşılar

Zayıflatılmış (attenüe) canlı viral aşılar: Bu aşılar, sağlıklı bağışıklık sistemine sahip bireylerde ciddi hastalıklara neden olmamalarını sağlamak için çeşitli yöntemlerle zayıflatılmış virüslerden oluşmaktadır. Virüs doğal konakçısında hastalığa neden olacak kadar çoğalamaz, ancak yine de hastalığa karşı koruma sağlamak için yeterli bağışıklık uyarımı üretmektedir. Tipik olarak, zayıflatılmış canlı viral aşılar için tek bir doz aşılama yeterlidir ve bu tür aşıların geliştirilmesi belirli virüsler için nispeten daha kolaydır. (Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği [EKMUD], 2019; Dai vd., 2019).

İnaktive (ölü) viral aşılar: Bu aşıların altında yatan prensip, virüsün çeşitli yöntemlerle çoğaltılması, saflaştırılması ve etkisiz hale getirilmesidir. Bu yöntemler, bağışıklık tepkisini uyandırmaktan sorumlu antijenleri korurken virüsün hastalığa neden olmasını engellemektedir. Etkisizleştirilmiş aşıların önemli bir dezavantajı, konakçı içinde çoğalamamalarıdır. Bu da bağışıklık tepkisinin yetersiz uyarılmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, birden fazla dozun uygulanması ve adjuvanların kullanılması gerekli hale gelmektedir (EKMUD, 2019; Baxter, 2007).

Rekombinant antijen aşıları: Rekombinant DNA teknolojisinin uygulanmasıyla, bakteri, maya veya memeli hücre kültürlerindeki herhangi bir proteini klonlamak ve saflaştırmak mümkün olup, bu da aşı olarak kullanılmasını mümkün kılmaktadır. Bu aşı kategorisinin bir örneği Hepatit B aşısıdır. HIV, EBV, kolera ve diğerleri gibi hastalıklar için bu yaklaşımı kullanan aşılar geliştirmeyi amaçlayan araştırma çabaları şu anda devam etmektedir (EKMUD, 2019; Şimşek, 2020).

2.3.2.2. Bakteriyel Aşılar

Tam hücreli bakteriyel aşılar: Zayıflatılmış canlı bakteri aşılarının geliştirilmesinde sınırlı başarı elde edilmiştir. Tüberküloz enfeksiyonu ile mücadele için tasarlanmış olan Bacillus Calmette-Guerin (BCG) aşısı, genel uygulamada şu anda kullanılan tek zayıflatılmış canlı bakteri aşısıdır (EKMUD, 2019).

Toksoid aşılar: Bu tür aşılar, toksik olmayan hale getirilmiş enfeksiyöz ajanların toksinlerinden formüle edilmekte ve böylece humoral bağışıklık tepkisi uyartılmaktadır. Toksoid ile aşılama süreci, toksinlere bağlanma ve etkilerini nötralize etme yeteneğine sahip anti-toksoid antikorlarının üretilmesine yol açmaktadır. Bu tür aşıların örnekleri arasında difteri ve tetanos aşıları bulunmaktadır (Dai vd., 2019; Baxter, 2007).

Subunit bakteri aşıları: Bakteriyel aşılarla ilişkili belirli olumsuz tepkiler, bakterilerin küçük, yaşamayan bileşenlerinden geliştirilen alt birim aşılarının kullanımıyla hafifletilebilmektedir. Hücresiz boğmaca aşısı, Bordetella pertussis'ten türetilen saflaştırılmış antijenlerin yanı sıra boğmaca toksoidini içermektedir. Bu bileşenler hastalığı tetikleyemediğinden, aşıdan kaynaklanan olumsuz reaksiyonların olasılığı önemli ölçüde azalmaktadır (EKMUD, 2019; Baxter, 2007).

Polisakkarit aşılar: Polisakkarit aşıları doğrudan B hücreleriyle etkileşime girerek T hücrelerinin katılımı olmadan bağışıklık sistemini uyarmaktadır. Bağışıklık sistemleri hala gelişmekte olan bebeklerde ve küçük çocuklarda bu aşılar güçlü bir immünojenik yanıt oluşturmada başarısız olmaktadır. T hücresi aktivasyonunun olmaması nedeniyle, bağışıklık hafızası oluşumu minimaldir veya hiç oluşmaz (EKMUD, 2019; Şimşek, 2020).

Konjugopolisakkarit aşılar: Polisakkarit aşılılarıyla ilişkili yetersiz bağışıklık hafızası sorununu ele almak için, bu polisakkaritler tetanos toksoidi gibi bir taşıyıcı proteinle konjuge edilmektedir. Bu yöntem, T hücrelerine dayanan immünogenitelerini önemli ölçüde artırmaktadır. 'Konjugasyon' olarak bilinen süreç bu nedenle uzun süreli koruma sağlamaktadır (EKMUD, 2019).

2.3.2.3. Kombine Aşılar

Çeşitli patojenlerden antijenlerin tek bir aşıya entegre edilmesi çok sayıda avantaj sunmaktadır. Bu avantajlar arasında gerekli enjeksiyon sayısında azalma, aşılama protokollerine daha fazla uyum ve maliyet tasarrufu yer almaktadır. Ancak, kombine aşıların daha yüksek oranda yan etki gösterme eğiliminde olduğu dikkat çekicidir. Antijen kombinasyonlarının dikkatli bir şekilde seçilmesi önemlidir, çünkü bir antijen diğerinin etkinliğini etkileyebilmekte ve potansiyel olarak antikor yanıtını tehlikeye atabilmektedir. Bu tür kombinasyonlara örnek olarak BCG-sarı humma, BCG-Difteri-boğmaca-tetanos (DBT)-oral polio, BCG-kızamık-sarı humma-tetanos, DBT-hepatit B, DBT-sarı humma ve Difteri-hücretsiz boğmaca-tetanos (DaBT)-inaktif polio aşısı (IPA)-haemophilus influenzae tip B (Hib) aşıları verilebilmektedir (EKMUD, 2019).

2.3.2.4. Yeni Aşı Tipleri

Rekombinan vektör aşıları: Bulaşıcı etkenin antijen kodlayan geni zayıflatılmış bir virüse veya bakteriye yerleştirilmektedir. Konakçı içinde çoğalan bu vektör, aynı anda bulaşıcı etkenin antijenini ifade etmekte ve böylece bir bağışıklık tepkisi ortaya çıkmaktadır. Şu anda devam eden araştırmalar yürütülmektedir (Nascimento ve Leite, 2012).

Sentetik peptid aşılar: Henüz ticari bir formülasyonu olmayan bu yaklaşımda, enfeksiyon etkeninin içindeki antijenin aminoasit dizisi belirlenmekte ve bu protein daha sonra laboratuvar ortamında yapay olarak sentezlenmektedir (EKMUD, 2019).

DNA aşıları: Sıtma, grip ve herpes virüsü gibi DNA aşıları şu anda insan denemelerinden geçmektedir. Bu süreçte, hedef antijenik yapıyı kodlayan DNA segmenti uygun bir promotör kullanılarak bir bakteri plazmidine yerleştirilmektedir.

Daha sonra, istenen proteini konak hücre içinde ifade ederek üretilen bu plazmid, alıcının kas dokusuna enjeksiyon yoluyla uygulanmaktadır (Dai vd., 2019; Nascimento ve Leite, 2012).

2.3.3. Aşıların Yan Etkileri

Aşı uygulamasından sonra bireylerde aşıyla ilişkili olduğuna inanılan istenmeyen tıbbi durumların ortaya çıkması endişe vericidir. Bu durumların tanımlanması ve izlenmesi, aşının toplum tarafından kabul görmesinde önemli bir rol oynar. Genellikle aşılarla ilişkili yan etkiler hafif niteliktedir. En sık görülen yan etkiler arasında enjeksiyon bölgesinde şişlik, kızarıklık ve ağrı bulunmaktadır. Ek olarak, bazı aşıların uygulanmasından sonra baş ağrısı, ateş, iştahsızlık ve kas ağrısı gibi sistemik etkiler ortaya çıkabilmektedir. Nadir durumlarda, trombositopeni, ateşli nöbetler ve anafilaksi gibi daha ciddi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir; ancak bu tür vakalar önemli ölçüde daha az yaygındır (Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a).

2.4. Aşı Uygulamaları

2.4.1. Dünya’da Aşı Uygulamaları

Aşılama uygulamaları 19. yüzyılda başlamış olsa da, aşılama ve bağışıklık hakkındaki bilgi, İsa'dan önceki antik zamanlara kadar uzanmaktadır. MÖ 429'da, Tukidides Atina'da çiçek hastalığına yakalanan kişilerin aynı hastalıkla tekrar enfekte olmadıklarını kaydetti. Ancak, bu dönemde kullanılan bir aşılama yöntemine dair bir kayıt yoktur (Museum of Healthcare, 2017).

Kanıtlar, MS 590'da Çin'de sağlıklı bireylerin hafif çiçek hastalığı geçiren kişilerin kabukları kullanılarak aşılandığını göstermektedir. Dahası, 11. yüzyılda Hindistan'daki Brahman rahibelerinin, çiçek hastalığından minimal lezyonlarla kurtulan kişilerden kurutulmuş kabuklar topladıkları, daha sonra bu malzemeleri kurutup başkalarına burundan uyguladıkları ve böylece bir tür zayıflama oluşturdukları bilinmektedir (Plotkin, 2014).

1796'da, çiçek hastalığı için ilk bilimsel aşı, Edward Jenner tarafından sığırlardaki hastalık üzerine yaptığı araştırmalar sonucunda yaratılmıştır (History of Vaccines,

t.y.). 1885'te, Louis Pasteur kuduz aşısını formüle etti ve kuduz bir köpek tarafından ısırılan bir çocuğu başarıyla tedavi ettikten sonra yaygın bir şekilde tanınmıştır. Pasteur'ün mikrobiyolojiye katkıları, çok sayıda aşının ilerlemesi için zemin hazırlamıştır (WHO, 2025).

Tablo 2.5. Aşıların Geliştirilme Tarihleri ve Yöntemleri (Akdeniz & Kavukcu, 2016)

Tarih	Canlı atenüe (zayıflatılmış)	Ölü, tüm hücre	Pürifiye protein ya da polisakkaridler	Genetik mühendislik
18. yüzyıl	Çiçek, 1798			
19. yüzyıl	Kuduz, 1885	Tifo, 1896 Kolera, 1896 Veba, 1897		
20. yüzyıl ilk yarı	BCG, 1927 Sarıhumma, 1935	Boğmaca, 1926 İnfluenza, 1936 Riketsiya, 1938	Difteri toksoid, 1923 Tetanoz toksoid, 1926	
20. yüzyıl ikinci yarı	Polio oral, 1963 Kızamık, 1963 Kabakulak, 1967 Kızamıkçık, 1969 Adenovirüs, 1980 Salmonella tifi, 1989 Varisella, 1995 Rotavirüs, 1999 Kolera atenüe, 1994 Soğuğa adapte influenza, 1999	Polio IM, 1955 Kuduz, 1980 Hepatit A, 1996 Konjugemeningokok (c grubu), 1999 Tik-born ensefaliti, 1981 Japon ensefaliti (fare beyni), 1992 Kolera (WC-rBS), 1991	Polisakkarid meningokok, 1974 Polisakkarit pnömokok, 1977 Polisakkarit Hib, 1985 Konjuge Hib, 1987 Polisakkarit tifo, 1994 Aselüler boğmaca, 1996 Hepatit B, 1981 Antraks sekrete proteinler, 1970 Polisakkarit H İnfluenza Tip b, 1985	Hepatit B Ag rekombinant, 1986 Lyme Osp A, 1998 Kolera (rekombinant toksin B), 1933
21. yüzyıl	Rotavirüs, 2006 Zoster, 2006	Kolera (sadece WC), 2009 Japon ensefaliti, (vero cell) 2009	Konjuge pnömokok (23 valanlı), 2000 Konjuge Meningokok (4 valanlı), 2005 Konjuge pnömokok (13 valanlı), 2010	Human papillomavirüs rekombinant (4 valanlı), 2006 Human papillomavirus rekombinant (2 valanlı), 2009 Meningkok grup B protenleri, 2013 Human papillomavirus rekombinant (9 valanlı) 2014

2.4.2. Türkiye’de Aşı Uygulamaları

Ülkemizde aşı araştırmalarının kökenleri Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır (Kutlu ve Altındış, 2018). Daha sonra dünya, aşı yaptırmamış kişilerin askeri ve yatılı okullara kabulünün yasaklandığını öngören “Çiçek Nizamnamesi” olarak bilinen ilk yasanın yürürlüğe girmesine tanık olmuştur. 1887’de Pasteur Enstitüsü’nde eğitim gören doktorlar kuduz aşısını Türkiye’ye tanıtmış ve bu aşının ilk üretimi Askeri Tıbbiye’de gerçekleşmiştir. Aynı yıl ayrıca Kuduz Tedavi Kurumu’nun kurulmasına da tanıklık etmiştir. Ayrıca, 1916’da Dr. Reşat Rıza Kor, Dr. Refik Sağlam tarafından Kafkas cephesinde savaşılan askerlere uygulanan tifüs aşısını geliştirmiştir (Akdeniz ve Kavukcu, 2016).

Refik Saydam Hıfzısıhha Kurumu’nun 1928’de kurulması aşı ve serum üretimine yönelik araştırmaların başlangıcını işaret etmiştir. 1936’ya gelindiğinde kurum tifo, dizanteri, kolera, veba, menenjit, boğmaca, brusella, basil Calmette-Guérin (BCG), difteri, tetanos, karma aşılar, tifüs, kuduz, çiçek hastalığı ve grip aşıları da dahil olmak üzere 17 farklı aşı türünü başarıyla geliştirmiştir. 1940’ta kolera salgını ele almak için Çin’e bir kolera aşısı gönderilmiştir. Boğmaca aşısı 1948’de, grip aşısı 1950’de, ilk kuru çiçek aşısı 1965’te ve kuru BCG aşısı 1983’te üretilmiştir. Kurumun çağdaş teknolojik gelişmelere ayak uyduramaması nedeniyle aşı üretimi kesintiye uğramış ve birçok aşı geliştirme çalışması durdurulmuştur (Akdeniz ve Kavukcu, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Son yıllarda 2009 yılında beşli karma difteri, aselüler boğmaca, tetanos, inaktif çocuk felci aşısı ve Hemofilus influenza tip B (DaBT-İPA-Hib) aşısı, 2011 yılında ise dörtlü karma aşı (DaBT-İPA) aşısı üçer yıllık satın alma garantisiyle ülkemize kazandırılmıştır. Aynı dönemde ambalaj ve şırınga dolum teknolojisindeki gelişmeler de ülkemize giderek kazandırılmıştır. Konjuge pnömoni pnömokok aşısı (KPA) da 2010 yılında ambalaj, şırınga dolum ve formülasyon teknolojisiyle yine üç yıllık satın alma taahhüdüyle ülkemize kazandırılmıştır. Aralık 2019’da ortaya çıkan ve kısa sürede küresel bir salgına dönüşerek 2020 yılında pandemi ilan edilen COVID-19’a karşı, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de aşı geliştirme çalışmaları hız kazanmıştır. Bu çerçevede, yerli üretim olan inaktif Turkovac aşısı, 22 Aralık 2021

tarikhinde acil kullanım onayı almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b; Özdemir & Acar, 2022).

Ülkemizde aşı uygulamalarına ilişkin yıllar içerisinde bir dizi düzenleme yapılmış olup, bunlar aşağıda özetlenmiştir (Türkiye Milli Pediatri Derneği, 2014).

1937: Difteri, boğmaca aşılması

1952: BCG aşılması

1963: Canlı polio aşılması

1968: Difteri-boğmaca-tetanoz (DBT) aşılması

1970: Kızamık aşılması

1981: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

1985: Türkiye Aşı Kampanyası

1989: Polio Eradikasyonu Programı

1995: Polio Ulusal Aşı Günleri

1996: Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası

1998: Son polio vakası ve Hepatit- B aşılması

2004: Erişkinlere Tetanoz Aşısı Uygulanması Gereken Durumlarda tetanoz-difteri (Td) Aşısına Geçilmesi

2005: Kızamık Aşı Günleri

2006: Hib, kabakulak, kızamıkçık aşısının programa eklenmesi, Hepatit B ergen aşılmasının başlatılması

2007: Hepatit B ve kızamıkçık aşılarının ilköğretim yaş gruplarında tamamlanması

2008: Beş bileşenli (DaBT- P/Hib) aşının uygulamasına geçilmesi

2008: 7 Bileşenli konjuge pnömokok aşısının takvime girişi

2009: Anne-yenidoğan tetanoz eliminasyonu

2010: İlköğretim 1. sınıfta canlı polio ve Td aşısı yerine DaBT- İPA aşısının yapılmaya başlanması

2011: Onüç bileşenli konjuge pnömokok aşısının uygulamasına geçilmesi

2012: Hepatit A aşısı güncel aşı takvimine eklenmesi

2013: Suçiçeği aşısının güncel aşı takvimine eklenmesi

2020: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı 48.ayda ve Td aşısının 13 yaşına girmiş olanlara uygulanması

2.4.3. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Aşı Türleri

Sağlık çalışanlarının refahının korunması bağlamında aşılama, enfeksiyon risklerinin değerlendirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla ilgili çalışma sınırlamaları, eğitim ve danışmanlık hizmetleri gibi konular kapsamlı bir şekilde incelenmektedir (Çelik, 2015).

“Sağlıklı Hastane” başlıklı bir proje, sağlık çalışanlarını küresel olarak korumak için birçok ülkenin işbirliğiyle başlatılmıştır. Bu girişim, bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını azaltmak ve güvenliği sağlamak için tasarlanmıştır (Lavoie vd., 2010). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, sağlık taramaları, enfeksiyon kontrolü ve önleme gözetim çalışmaları, bir güvenlik raporlama sisteminin kurulması ve eğitim sağlanması ile ilgili kurumların sorumluluklarını ana hatlarıyla belirten Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Yönetmeliği 2011 yılında yayınlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riskinin yüksek olması göz önüne alındığında, hem kendi sağlıklarını korumak hem de bakımını üstlendikleri hastalara ve ailelerine enfeksiyon bulaştırma olasılığını azaltmak için aşı olmaları hayati önem taşımaktadır (Nahmatov, 2019).

Hastane Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları Danışma Komitesi (HICPAC) ve Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (ACIP) belirttiği üzere, sağlık çalışanlarının Hepatit B, Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık (KKK), Suçiçeği ve grip de dahil olmak üzere temel aşıları yaptırmaları esastır (Advisory Committee on Immunization Practices ve CDC, 2011).

Ülkemizde Bağışıklama Danışma Kurulu, 2010 yılında sağlık çalışanlarına uygulanacak aşı protokolünün; tetanos aşısının üç doz, kızamık, kabakulak ve

kızamıkçık aşısının iki doz, Hepatit A aşısının iki doz, Hepatit B aşısının üç doz, suçiçeği aşısının iki doz ve mevsimsel grip aşısının yılda bir doz uygulanmasını öngörmüştür (Koruk vd., 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, n.d.).

2.5. Aşı Karşıtlığı

2.5.1. Aşı Karşıtlığının Tanımı

Aşılar, oral, subkutan veya intramüsküler yollar dahil olmak üzere çeşitli yöntemlerle uygulanabilmektedir. Aşılar karşı bağışıklık tepkisi, genellikle uygulamadan 7-10 gün sonra başlayan T ve B hücrelerinin işbirlikçi eylemiyle kolaylaştırılmaktadır. Aşı yanıtını etkileyen faktörler arasında immünojenik maddenin yapısal bileşimi, koruma ortamı, taşıma koşulları, aşılanan bireyin genetik özellikleri, yaş, cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, fiziksel özellikler, bağışıklık düzeyi, enfeksiyon durumu ve diğer değişken faktörler bulunmaktadır (Velipaşaoğlu, 2020).

Aşıların ve aşılama uygulamalarının onayı, yapay maddelerin bireylerin vücutlarına sokulması için gereklidir ve bu da aşıya karşı muhalefete yol açabilir. Bu direnç, ilk aşının başlangıcına kadar uzanmaktadır (Wolfe ve Sharp, 2002). Aşı olmayı reddetme, genellikle aşılama konusunda bir tereddüt döneminin ardından, karar alma sürecinin son aşamasında ortaya çıkmaktadır (Hasar vd., 2021). Aşı reddi kişinin mevcut tüm aşıları bilinçli bir şekilde kabul etmemesi, yani hiçbir aşığı yaptırmama kararı almasıdır. Bu tutumun arkasında dini, felsefi veya politik sebepler yer alabilir (Balkan ve Öztürk, 2021; Domek vd., 2018). Aşı karşıtlığı yalnızca aşığı reddetmekle kalmayıp, aynı zamanda kanıta dayalı tıbbi ve bilimsel bilgiyi de bütünüyle reddeden yıkıcı tutum ve eylemler olarak tanımlanabilir. Bu tutumun belirgin iki yönü, hakikatin çarpıtılması ve etik kuralların göz ardı edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in ortaklaşa hazırladığı bir raporda, aşıya yönelik kararsızlığın dünya genelinde yaygınlaştığı ve artış eğiliminde olduğu belirtilirken; buna karşın, aşı reddi ve açık aşı karşıtlığı oranlarının halen düşük seviyede (<%2) seyrettiği ifade edilmektedir (Balkan ve Öztürk, 2021; Lane vd., 2018). Aşı tereddüdü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen bu kavram, aşı reddini de kapsayan daha geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Aşı kararsızlığı,

aşılama hizmetlerinin erişilebilir olmasına rağmen bireylerin bir ya da birden fazla aşığı yaptırmayı ertelemeleri durumudur (Turhan vd., 2022; Balkan ve Öztürk, 2021).

Yetişkin bir birey aşı konusunda kendisi karar verirken, çocuklarda ebeveynlerin takdirine bırakılan önemli bir konudur. Aşı olmayan bir çocuk, bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalmakta ve bu da hem kişisel hem de toplumsal tehlikeler yaratmaktadır. Aşı karşıtı ebeveynler arasında aşığı karşı çıkmanın arkasındaki motivasyonlar arasında aşılar da cıva ve diğer zararlı maddelerin bulunması, fetal doku kullanımı ve alüminyum içeriğiyle ilgili endişeler yer almaktadır. Bazıları yapay olarak yaşamı uzatmaya karşı dini bir itiraz olarak ortaya çıkan kader inancına sahiptir. Bireyler aşılamada bilgiye sıklıkla sosyal medya üzerinden ulaşmakta ve bu durum yanlış bilginin yaygınlaşmasına sebep olmaktadır. Ek olarak, aşıların kâr elde etmek isteyen küresel örgütler tarafından ticari bir girişime dönüştürülmesi muhalefete katkıda bulunmaktadır. Aşı karşıtı duyguyu, çeşitli kişisel, sosyal, ekonomik ve politik unsurları kapsayan farklı bir ideolojik çerçeve olarak değerlendirmek ve kapsamlı bir incelemeyi garantilemek esastır (Yiğit vd., 2020; Altuntaş ve Şahin, 2022; Sofuoğlu Kılıç, 2021). SAGE, aşı tereddüdünü kapsamlı bir şekilde anlamak için Rehavet, Güven ve Rahatlık kavramlarını kapsayan 3C modelini oluşturmuştur. Daha sonra bu model, aşı tereddüdüne katkıda bulunan temel faktörler olarak tanımlanan İç Huzuru, Güven ve Rahatlık, Hesaplama ve Toplu Sorumluluk kavramlarını içeren 5C modeline dönüştürülmüştür (Nuwarda vd., 2022). Aşı tereddüdünü çevreleyen karmaşıklıklar, aşı türü, coğrafi konum ve zamansal bağlam gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösteren, bağlama özgü ve çok yönlüdür (Larson vd., 2014). Bir zamanlar kontrol edilemez olduğu düşünülen hastalıklar artık aşılamada çabaları sayesinde nadiren görülmektedir. Aileler bu tür hastalıklara aşına olmadıkları için, endişeleri aşılamada sonrası ortaya çıkan sağlık sorunlarının aşı reaksiyonlarıyla bağlantılı olduğu iddialarına doğru kaymıştır (Salmon vd., 2015). Aşı reddi için en sık belirtilen nedenler arasında olası yan etkiler ve önceki aşılamada deneyimleri sırasında karşılaşılan sorunlar konusunda endişeler yer almaktadır (Terzi vd., 2021).

Aşı karşıtı duyguların ortaya çıkışını incelerken, internette bulunan aşılarla ilgili yanıltıcı bilgi sorununu araştırmaya dahil etmek esastır. Kişisel özgürlük

çerçevesinde, bireyler çocuklarını aşılatmamayı tercih edebilirler. Ancak, sağlık sistemi halk sağlığını korumak ve olası sorunları önlemek için gayretle çabalamalıdır. Bazı bölgelerde aşı karşıtı inançların yaygınlaşması toplum bağışıklığı için önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşılarının reddedilmesi, toplumun istenen bağışıklık seviyesine ulaşamamasına ve daha önce ortadan kaldırılmış bir hastalık olan kızamığın yeniden canlanmasına yol açmıştır. Bu yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, artan morbidite ve mortalite oranlarına sebep olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin, hükümetlerin ve eğitimcilerin, aileleri aşı karşıtı tutumlar benimsemeye teşvik eden kuruluşlar tarafından yayılan anlatılara karşı işbirliği yapmaları hayati önem taşımaktadır. Araştırmalar, başlangıçta aşılamaı destekleyen ebeveynlerin bile bu karışıklık nedeniyle bakış açılarını değiştirebileceğini göstermektedir. Pek çok aile aşılar hakkında temel bilgilere erişimden yoksun olabilmekte ve bilinçli kararlar almak için gerekli rehberlikten uzak kalabilmektedir. Bu grup, aşılama konusunda kendilerini ve ailelerini koruma yeteneğinden yoksun olan ve böyle bir korumayı gerektiren bireylerden oluşmaktadır. Aşılamanın zararlı olarak nitelendirilmesine karşı toplumun her üyesinin yanıt vermesi zorunludur (Hussain vd., 2018).

2.5.2. Aşı Karşıtlığının Tarihçesi

İngiltere’de aşılamanın zorunlu hale getirildiği 1840 ile 1853 yılları arasında, Londra’da kurulan Anti-Aşı Derneği (Anti-Vaccination League), aşı karşıtlarının bir araya gelip düşünce alışverişinde bulunabildikleri bir platform haline gelmiştir. (Bozkurt, 2018).

Aşı karşıtı duyguların dikkate değer erken bir örneği, Rahip Edmund Massey'nin 1722'de verdiği "Aşılamanın Tehlikeli ve Günahkâr Uygulaması" adlı vaazında bulunabilmektedir. İngiliz ilahiyatçı, vaazında hastalıkların bir ceza biçimi olarak ilahi olarak verildiğini ve bu rahatsızlıkları önleme çabalarının doğal düzene aykırı olduğunu ileri sürmüştür. Bu tür argümanlar, özellikle Amerika'daki çeşitli dini gruplar tarafından benimsenmiştir (Grignolio, 2018; Massey, 2008).

Edward Jenner tarafından 1798'de tanıtılan çiçek aşısı, aşı karşıtı hareketin yeni bir boyutunu ortaya çıkarmıştır. Bilim camiası bu çığır açan keşfi büyük ölçüde benimsemiş olsa da, bazı kesimlerden önemli eleştiriler almıştır. Philadelphia'dan Dr.

John Redman Coxe, aşılarla ilgili yanlış bilgilerin aşılamayla ilişkili avantajları gölgelediğini belirtmiştir (Riedel, 2005).

Birleşik Krallık'ta 1853'te Zorunlu Aşılama Yasası'nın yürürlüğe girmesi, bireylerin fiziksel özerkliği üzerindeki devlet otoritesini artıran bir önlem olarak algılanmış ve önemli bir muhalefete yol açmıştır. Bu direniş özellikle işçi sınıfı, işçi aristokrasisi ve alt orta sınıf arasında belirgindi. Aşı karşıtı duygular o zamandan beri alternatif tıp alanlarıyla kesişen toplumsal ve politik muhalefetin ayrılmaz bir parçası olarak ortaya çıkmıştır (Wolfe ve Sharp, 2002).

Anti-Zorunlu Aşılama Birliği ve Amerika Anti-Aşılama Derneği gibi kuruluşlar, aşılarla karşı yapılandırılmış bir muhalefet kurarak, zorunlu aşılamaya karşı çabaları koordine etmişlerdir. Bu kuruluşlar, aşıların güvenliği ve etkinliği hakkında yanıltıcı bilgiler yayarak kamu söylemini etkilemeye çalışmışlardır (Barrett vd., 2022; Grignolio, 2018).

Aşı karşıtlığı 20. yüzyılda etki alanında dalgalanmalar yaşasa da tamamen ortadan kalkmamıştır. Özellikle 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde kızamık salgınlarının yeniden canlanması, zorunlu aşılama mevzuatının önemini bir kez daha vurgulamıştır. Bu dönem boyunca aşılarla karşı çıkan kampanyalar öncelikle bireysel özgürlükler ve ebeveyn haklarıyla ilgili konulara odaklanmıştır (Barrett vd., 2022).

21. yüzyılda aşı karşıtı hareket, internet ve sosyal medya platformları aracılığıyla daha geniş kitlelere ulaşma fırsatını yakalamıştır. Özellikle, bilimsel olarak itibarsızlaştırılmış olmasına rağmen KKK aşısı ile otizm arasındaki iddia edilen bağlantı, bu aşı karşıtı hareketleri yeniden canlandırmıştır. Sahtecilik iddialarıyla karşı karşıya kalan Andrew Wakefield tarafından yürütülen araştırma, aşı karşıtı hareketin çağdaş bir amblemi olarak ortaya çıkmıştır (Conklin vd., 2021; Cousoulis, 2021).

COVID-19 salgını boyunca aşı karşıtı hareket yeniden canlanmış ve aşılarla ilgili yanlış bilginin yayılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuş, bu da aşı tereddüdünü artırmıştır. Özellikle sosyal medya platformlarında yürütülen yanlış bilgi kampanyaları, halk sağlığı girişimlerini tehlikeye attı ve aşılama oranlarında düşüşe yol açmıştır (Akyüz, 2020; Aytekin vd., 2023; Cinelli vd., 2020).

Tarih boyunca, aşı karşıtı hareketler sürekli olarak halk sağlığı için önemli bir tehdit oluşturmıştır. Aşı karşıtı hareketin gelişimi, bilimsel anlayışın yanı sıra toplumsal, kültürel ve politik etkilerin de onun yörüngesini şekillendirmede önemli olduğunu göstermektedir. Aşılanmanın avantajları konusunda yaygın bir bilimsel fikir birliğine rağmen, aşı karşıtı duygu halk sağlığı için önemli bir zorluk teşkil etmeye devam etmektedir (Akyüz, 2021; Arbak, 2022).

2.5.3. Aşı Karşıtlığına Neden Olan Etmenler

Aşının reddedilmesine sosyal, yerel ve metodolojik yönleri kapsayan çok sayıda sosyolojik faktör katkıda bulunmaktadır. Aşı tereddüdü kavramı, eleştirel düşünme yetenekleri, finansal düşünceler ve çevreleyen sosyal bağlamdan etkilenmektedir. Bu bağlamda, halkın konuyla etkileşim kurma biçimi, sunulan verilerin doğruluğu ve güvenilirliğinin önüne geçmektedir (Ergur, 2020; Barutçu vd., 2021).

Aşı karşıtı duyguların ardındaki motivasyonlar çeşitli olabilmektedir. Cehalet, güvensizlik ve bireysel özellikler gibi faktörler aşı karşıtı tutumların gelişimine önemli ölçüde sebebiyet vermektedir. Ayrıca birçok bağımsız etkenle bağlantılıdır. Bu etkenler arasında bireylerin risk algısı, aşının yararına dair inançları ve toplumsal katkı gibi psikolojik nedenler; sağlık hizmetlerine erişim gibi bağlamsal koşullar ile sigara, alkol tüketimi ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleri bulunmaktadır (McGregor ve Goldman, 2021). Aşı karşıtı inançların ortaya çıkmasının temel nedenleri ve açıklamaları aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

Yanlış bilgilendirme: Yanlış bilgiyle dolu bir kitle iletişim ortamında özellikle dijital ortamlarda bilimsel dayanağı olmayan bilgilendirmelerin topluma yayılması ile küçük sorunlar bile felaket olarak algılanabilmektedir. Birçok hastalığın, önemli sayıda bireyde bağışıklığın artırılmasıyla önlenilebileceği gerçeği genellikle göz ardı edilmektedir. İnsanlar arasında yayılan yanlış algılar bilimsellikten uzak birçok bilgi kirliliğine sebep olmaktadır (Spier, 2001; Badur ve Arıcan, 2022). Bazı ebeveynler doğal bağışıklığın aşının sağlayacağı bağışıklıktan daha iyi olduğu algısı içindedir (Çıklar ve Güner, 2020) Covid-19'un ortaya çıkması, aşı tereddüdünü benzeri görülmemiş seviyelere çıkarmıştır. Bireysel özerklik lehine aşılamaı reddetme kavramı özellikle dikkat çekicidir. Son pandeminin organize edildiğini, hastalığın yapay bir ortamda ortaya çıktığını, nüfusun aşırı yüksek olduğunu, sayıları azaltmak

için bir strateji geliştirildiğini, aşılama izleme cihazlarını içerdiğini ve bu salgın ile 5G ağı arasında bir bağlantı olduğunu öne süren çok sayıda teori ortaya çıkmıştır. Tüm bu iddialar, teknolojik yollarla milyonlara yayılmıştır (Akyüz, 2021; Zimmerman vd., 2023).

Duyulan inanç: Aşılama ile dini inançlar arasındaki ilişki ilk aşının ortaya çıkmasıyla başlamıştır. Başlangıçta muhalefet dini gerekçelerden kaynaklanmıştır; ancak daha sonra itirazlar aşının içerdiği belirli bileşenlere odaklanmıştır. Bazı dini gruplar aşının koruyucu faydalarını kabul edilebilir bulurken, içeriklerinin inançlarıyla uyumsuzluğu önemli bir ikilem yaratmıştır (Demir, 2021). Bazı inanç sistemlerinde, HPV aşısının bekar kadınlara uygulanması, enfeksiyon cinsel temas yoluyla bulaşabileceği için caydırılmaktadır. Bu inanç, bekar bir kadını aşılamamanın, onun cinsel durumuyla ilgili olumsuz bir çağrışım anlamına gelebileceğini öne sürmektedir (Shelton vd., 2013; Sundstrom vd., 2019).

Güvenmeme: Aşıya karşı şüphecilğe katkıda bulunan faktörler arasında bulaşıcı hastalıkları kesin olarak ortadan kaldıramaması, aşılama sonrası yeni komplikasyonların ortaya çıkma potansiyeli ve zorunlu aşılama politikalarından kaynaklanan güvensizlikler yer almaktadır (Spier, 2001; Wolfe vd., 2002). Güven, standart altı aşılamanın varlığı, aşılamanın riskli olduğu düşüncesi, yetersiz koruyucu önlemler ve aşı uygulamasından sorumlu personelin uygunsuz davranışları nedeniyle ebeveyn karar alma süreçlerini daha da zayıflatmaktadır (Callreus, 2010; Poland ve Jacobson, 2001). Son Covid-19 salgını ve bu hastalık için geliştirilen aşılama, bireylere bağışıklık sağlamada bu aşılamanın güvenliği ve etkinliği konusunda önemli soruları gündeme getirmiştir. Bu durum aşıya olan güveni günümüzde daha da zedelemiştir (Khan vd., 2021).

Duygu durumu problemleri: Salgın hastalığa yakalanan bireyler genellikle enfeksiyonlarının kaynağı ve nasıl iyileşecekleri konusunda endişeli olmaktadır. Bu durum, daha geniş halk ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere etraflarındaki kişilerde güvensizliğe yol açmaktadır. Tercihleri ve seçimleri şekillendirmede önemli bir faktör olan duygu durumu, insanların aşı olma tutumlarına etkilidir. Buna karşılık, duygusal zorluklar yaşamayan aileler aşılamaya karşı daha olumlu tutumlar sergileme eğilimindedir (Gavaruzzi vd., 2021).

Bireysel tecrübeler: Aşılama sürecinde bireyler iğneden ve aşının kendisinden kaynaklanan minimal rahatsızlıkların yanı sıra seyrek görülen ateş ve yorgunluk gibi olası yan etkiler yaşayabilmektedirler. Bu durumlar genellikle istenmeyen semptomlardır. (Hasar vd., 2021). Sosyal çevreleri ve sağlık sistemiyle yaşadıkları hayal kırıklığı yaratan karşılaşmalar, ailelerin tekrar tıbbi yardım aramaktan çekinmelerine yol açabilmektedir (Ward vd., 2017). Kendilerine çok benzeyen kişisel deneyimler veya olaylar, bireylerin olumlu veya olumsuz bir bakış açısı benimsemesini etkileyebilmektedir (Howell vd., 2022).

2.5.4. Aşı Karşıtlığı ile Mücadelede Uygulanan Stratejiler

Aşı tereddüdü halk sağlığı için önemli bir tehlike teşkil eder ve bu sorunu ele almak için çok yönlü stratejilerin uygulanmasını gerektirmektedir. 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü , aşı tereddüdünü kritik küresel sağlık tehditlerinden biri olarak kabul etmiştir (WHO, 2019). Bu çerçevede, bu mücadelede kullanılan birincil stratejiler sağlık okuryazarlığını artırmayı, şeffaf ve bilimsel olarak temellendirilmiş bilgiler sunmayı, güvenilir bir aşı tedarik zinciri sağlamayı ve sağlık çalışanlarının katılımını güçlendirmeyi kapsamaktadır (Dubé vd., 2013; Sayar, 2024).

Ayrıca, aşılama ile ilgili güven sağlanması önemli bir strateji olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, aşılama hizmetleri sunma, aşılama hakkında bilgilendirme, aşı korkuları ile ilgili etkili iletişim stratejileri belirleme gibi yöntemlerin uygulanmasını içermektedir (Karafillakis ve Larson, 2017). Bazı ülkelerde yasal düzenlemeler zorunlu aşılama politikalarını da destekler ve böylece aşılama programlarına katılım oranlarını artırmaktadır. Bununla birlikte, bu tür yasal gerekliliklerin getirilmesi sosyal tepkileri tetikleyebileceğinden, toplumda yaygın olan kültürel çerçeve ve güven düzeyleriyle uyumlu stratejiler geliştirmek esastır (Vaz vd., 2020).

2.5.5. Aşı Karşıtlığında Sağlık Çalışanlarının Rolü

Aşı karşıtlığı halk sağlığı için önemli bir tehdit oluşturur ve sağlık profesyonellerinin aşı direncini azaltmada ve bağışıklamayı savunmada önemli bir rolü vardır. Bu, hastaları aşılama avantajları konusunda eğitmek, aşılama ile ilgili yanlış bilgileri düzeltmek ve aşılama girişimlerine katılmak gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık

profesyonelleri tarafından yapılan çabalar, halk aşılmasını teşvik etmede ve aşılama oranlarını artırmada etkilidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları uzmanlıklarından yararlanarak aşılamanın önemini açıklayabilmekte ve aşı karşıtı duygularla ilişkili yanlış anlamaları ortadan kaldıracılabilmektedir. Hastalarla etkili iletişime geçebilen sağlık profesyonelleri aşılamanın en önemli destekçilerindendir. Bu tür etkileşimler aşı direncini azaltmaya, halk sağlığını korumaya ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemeye katkıda bulunabilmektedir. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin aşılama hakkında bilgiyi şekillendirebilecek ve aşılamaa yönelik tutumları etkileyebilecek faktörleri tanımları zorunludur. Ayrıca aşı karşıtı mitleri çürütmek ve aşılama hakkında bilimsel kanıtlara dayalı bilgileri yaymak için gerekli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Dubé vd., 2013; Argüt vd., 2016). Ayrıca çok sayıda çalışma, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki etkili iletişimin, bir çok konu özelinde optimum sonuçlara ulaşmak için çok önemli olduğunu göstermektedir (Razzaghi ve Afshar, 2016).

2.5.6. Ailelerde Aşı Kabulü ve Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler

Aşılama üzerine yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinin birincil amacını oluşturan sağlığın korunması ve sürdürülmesi için önemli bir öneme sahiptir. Aşılama, çocukların sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde önemli bir rol oynamakta ve aşılama çalışmalarına yönelik yaygın toplumsal desteğe yol açmaktadır. Ancak, bu destekleyici demografinin yanı sıra, aşılama konusunda ciddi ilgiyi hak eden çeşitli endişeleri olan aileler de vardır. Aileler arasındaki bu tür kaygı ve tereddütler aşı isteksizliğine katkıda bulunmakta ve sonuçta aşı olmayı reddetmeye yol açmaktadır (Argüt vd., 2016). Çeşitli web siteleri ve sosyal medya platformlarında paylaşılan, aşı karşıtı ve tereddüt yaratan içerikler, aşı uzmanlarının yaydığı bilgilerden daha kolay ulaşılabilir (Okuhara vd., 2017). Güvenilir olmayan verilerin bu şekilde yayılması, aşılama konusunda çarpık bir algıya katkıda bulunmaktadır (Ma ve Stahl, 2017). Risk algısı, aşıyı reddetme kararında önemli bir rol oynamaktadır, çünkü olası yan etkilerle ilgili endişeler aileler arasında aşı tereddüdünü önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, bilimsel olmayan inançlara dayanan tamamlayıcı ve alternatif tıp, aşı tereddüdü ve aşı karşıtı tutumlarla ters orantılıdır (Topçu vd., 2019; Argüt vd., 2016). Araştırmalar, aşı karşıtı duyguların, ağırlıklı olarak bilimsel anlayışa dayanmayan bireylerin dünya görüşleri tarafından şekillendirildiğini göstermektedir

(Bryden vd., 2018). Ek olarak, araştırmalar, ebeveynlerin eğitim geçmişlerinden bağımsız olarak farkındalık eksikliğinden kaynaklanan bilgi eksikliğinin aşı tereddüdüne katkıda bulunabileceğini ve sonuçta aşı reddiyle sonuçlanabileceğini ileri sürmektedir (Gorman vd., 2019). Bireylere bilgi yaymada kullanılan metodolojiler önemli bir rol oynamaktadır. Kanıtlar, mesaj tabanlı eğitim müdahalelerinin ailelerin aşılara ilgili algılarını değiştirmede göstermektedir (Nyhan vd., 2014). Ancak, hastalıklarla ilişkili potansiyel risklerin kapsamlı açıklamalarının sağlanmasının, bireylerin aşılara yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (Horne vd., 2015).

2.5.7. Aşı Karşıtlığı ile Mücadele ve Uygulanan İletişim Araçları

Aşı tereddüdüyle mücadelede etkili iletişim araçlarından yararlanmanın önemi tartışılmaz, çünkü toplumsal farkındalığın artırılması ve güven oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal medya, geleneksel medya ve sağlık profesyonelleri aracılığıyla yürütülen güncel iletişim araştırmaları, aşılama yönelik kamu tutumları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Wilson ve Wiysonge, 2020). Özellikle, sosyal medya platformları hem yanlış bilgi yayma hem de doğru bilginin hızla dağıtılmasını kolaylaştırma konusunda ikili bir kapasiteye sahiptir.

İletişim kampanyalarında, belirli hedef kitleye göre uyarlanmış dil ve içerik kullanmak esastır. Ayrıca tüm stratejileri, aşı karşıtı grupların sebeplerine yönelik düzenlemek esastır (Betsch vd., 2015).

Sonuç olarak, iletişim araçlarının sürekli etkili bir şekilde uygulanması, yalnızca bireysel ölçekte değil, aynı zamanda kitlesel düzeyde de önemlidir.

2.6. İlgili Araştırmalar

Düzgün ve İşler (2019), bulgularını aşı tereddüdü ve reddinin altında yatan nedenlerle ilişkilendirerek aşı karşıtı duyguyu hafifletmeyi amaçlayan stratejileri ana hatlarıyla belirtmeye çalışmıştır. Mevcut literatür aşı reddinin nedenlerini ele alırken, önleyici tedbirlere odaklanan çalışmaların eksikliği kaydedilmiştir. Yazarlar aşı reddini önlemek için önerilerde bulunmuş ve müdahaleci çalışmaların aşı tereddüdü ve reddi vakalarını etkili bir şekilde azaltabileceği sonucuna varmıştır.

Filiz ve Kaya (2019) tarafından yürütülen araştırma Türkiye'de aşı reddi, kararsızlık veya karşıtlığı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan çalışmaları değerlendirmektedir. Bulgular, Türkiye'de aşıyla ilgili bilgilerin önemli bir kısmının web siteleri veya sosyal medyadan kaynaklandığını, sağlık merkezlerinin bu bilgileri yaymadaki katkısının ise düşük düzeyde olduğunu göstermiş ve aşı konusunda bilgi eksikliğinin aşılama önemli bir engel olduğunu vurgulamıştır. Sağlık çalışanlarının, web sitelerinde ve sosyal medyada bulunan bilgilerin hem doğru olmasını hem de aşılama çabalarını desteklemesini sağlamak için bu platformlarla daha aktif bir şekilde etkileşime girmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.

Yiğit vd. (2020) tarafından yürütülen çalışma, aşı yaptırma konusunda tereddütlü veya reddeden ailelerin profillerini karakterize etmeyi amaçlamıştır. Bu çalışmada toplanan verilerin analizi, aşı karşıtlığını savunan ailelerin yüksek sosyokültürel ve sosyoekonomik statüye sahip olma eğiliminde oldukları, daha az çocuğa sahip oldukları ve araştırmacı sorgulamayı gösteren özellikler sergiledikleri sonucuna varmıştır. Çalışma bilimsel araştırmalarda aşı karşıtlığı ile ilgi önleyici stratejilere zemin hazırlama amacıyla yapılmıştır.

Ertaş vd. (2020) araştırmalarında hemşireler tarafından algılandığı şekliyle ailelerin aşı karşıtlı duygularını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Görüşme yapılan hemşireler, toplumun bilinçlendirilmesi, yerli aşı üretiminin sağlanması, devlet yaptırımlarının uygulanması gibi önlemlerin bu soruna etkili bir şekilde çözüm olabileceğini belirtmiştir.

Günay vd. (2020) tarafından yapılan araştırmada ülkemizdeki son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin aşı reddi konusundaki bilgi ve bakış açıları değerlendirilmek istenmiştir. Bulgulara göre stajyer hekimler aşı reddinin bireysel bir hak olarak görülmemesi gerektiğini, bağışıklama ve aşı reddi konusunda bilgi ve farkındalığın artırılması gerektiği sonucuna varmışlardır.

Kılınçarslan vd. (2020) araştırmalarında, literatürde bu tür araçların varlığına rağmen, Türkiye bağlamında mevcut ölçeklerin sınırlılıklarını kabul ederek bir Türk aşı karşıtlı ölçeği oluşturmaya çalışmışlardır. Çalışmamızda da kullanılan bu ölçek literatürde bir ilki işaret ederek iki ayrı, geçerli ve güvenilir Türk aşı karşıtlı ölçeğinin geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır.

Yakşı (2020) tarafından yapılan çalışmada aile sağlık çalışanlarının aşı reddi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmek istenmiştir. Aile sağlık çalışanları arasında genel bilgi seviyesinde eksiklikler ve boşluklar olmasıyla beraber, aşı reddi konusunda dikkate değer çoğunluk olmadığı görülmüştür. Çalışmada, mesleki eğitimin ardından ve hizmet içi eğitim sırasında bağışıklama ve aşı reddi konusunda eğitim oturumlarına ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

Akar Yılmaz ve Öztürk Zeren (2020) tarafından yürütülen çalışmanın amacı hekimlerin aşılama ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ve buna verilen tepkileri değerlendirmektir. Bulgular, hekimlerin aşılama konusundaki bilgi eksikliklerini ve endişelerini gidermek amacıyla aşılama konusunda sürekli eğitimlerin mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim sırasında düzenli verilmesi gerektiğini göstermiştir.

Yalçın Buğdaycı vd. (2020), aile sağlık personelinin aşı tereddüdü veya reddi konusunda karşılaştığı durumları ve ilişkili faktörleri araştırmayı amaçlamıştır. Bulgular, aile sağlık personelinin yaklaşık yarısının aşı reddi vakaları ile karşılaştığını göstermiştir. Çalışma, aile sağlık personeli için aşılama ve bağışıklama konusunda organize bir eğitime ihtiyaç olduğu sonucuna varmıştır.

Aygün ve Tortop (2020) çalışmalarında, ebeveynlerin çocukluk aşıları konusunda tereddüt etme derecesini ve aşı reddetmelerine katkıda bulunan belirli endişeleri ve motivasyonları değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Toplanan veriler, aşılara ilişkin olumsuz algıların, dini inançların ve aşılar ve ilişkili hastalıklar hakkında yetersiz bilginin bu tereddütü etkileyen önemli faktörler olduğunu ortaya koymuştur.

Yazan vd. (2020) tarafından yürütülen araştırma, aşı reddini felsefi ve dini motivasyonların yanı sıra güvenlik endişeleri merceğinden analiz etmiştir. Çalışma, ailelere topikal florür uygulamaları ve aşılar hakkında daha doğru ve kapsamlı bilgi sağlamanın önemli olduğu sonucuna varmış ve bilgi kirliliğini azaltmayı amaçlayan klinik stratejilerin geliştirilmesine olan ihtiyacı vurgulamıştır.

Çıtak ve Aksoy (2020) tarafından yürütülen araştırma, aşıya karşı şüphecilik, olumsuz medya kapsamının yayılması ve yetersiz bilginin varlığı dahil olmak üzere aşı reddine katkıda bulunan çeşitli faktörleri araştırmayı amaçlamıştır. Yazarlar, aşılanmanın yalnızca kişisel bir tercih olarak değil, toplumsal etkileri olan bir konu

olarak algılanması gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca, aşı reddini azaltmak için sağlık çalışanlarının ebeveynlere doğru bilgi sağlaması ve güveni teşvik etmesinin önemli ve etkili bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir.

Kahraman ve Altındış (2020), çeşitli aşı üretim teknolojilerini ve tiplerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Ayrıca, aşı hazırlama konusunda hem küresel hem de ulusal düzeyde alınması gereken önlemleri ve gelecekteki olası salgınlar durumunda beklentileri özetlemişlerdir. Çeşitli metodolojilerle oluşturulan çok sayıda aşıya rağmen kesin bir çözüme ulaşamadığını belirtmişlerdir.

Tekinel'e (2020) göre aşılar salgınları yönetmek için etkili bir strateji görevi görmektedir. Diğer ilaçlara benzer şekilde aşılar hem beklenen hem de olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Aşılarla olan kamu güvenini artırmak için, sosyal medyada bilimsel bilgilerin yayılmasıyla birlikte güvenilir ve doğru iletişimin teşvik edilmesinin aşı karşıtı duyguların azaltılmasına yardımcı olabileceği belirlenmiştir.

Topçu ve Nasuhbeyoğlu (2020) araştırmalarında gen düzenleme teknolojisinin aşı üretimi için önemli bir potansiyele sahip yeni bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir. Ancak bu teknoloji, kısıtlama olmaksızın genomları değiştirme kapasitesi nedeniyle biyogüvenlik ve biyoetik endişeleri gündeme getirmektedir. Etik ikilemleri ele almak için olası yan etkilerin bilimsel kanıtlara dayanarak iletildiği bir sistem kurmak esas olduğu belirtilmiştir.

Tezol vd. (2020) araştırmalarında aşılardan ürettiği antikorların kanser tedavisi sürecinde azaldığını belirtmişlerdir. Enfeksiyonları önlemek için kanser tedavisi gören çocuklar ve aileleri için tedavi sonrası tekrar aşılınmayı sağlayacak eğitimlerin ve stratejilerin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Erkekoğlu vd. (2020) araştırmaları aracılığıyla aşılardan başlangıcından bu yana milyonlarca hayatı kurtarmada etkili olduğunu belirlemiştir. Bununla birlikte, aşı tereddüdü olgusu ortaya çıkmış ve aşılama sürecinde gecikmelere neden olmuştur. Küresel ölçekte önemli sağlık sorunlarına ve ekonomik sıkıntılara yol açan COVID19 hastalığı için kesin bir tedavi yönteminin geliştirilemediğini belirterek olası pandemiler ve aşı tereddüdü için küresel bağlamda stratejiler oluşturulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Yıldız vd. (2021) araştırmalarında, özellikle teknolojik gelişmeler nedeniyle halk arasında yaygınlaşan aşılama ile ilgili olumsuz algılara odaklanarak, hem küresel hem de Türkiye'de aşılamanın önemini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bulgular, katılımcıların aşı karşıtı tutumlarında yaşları ve eğitim düzeylerinden etkilenen olumlu değişimler sergilediklerini göstermiştir. Çalışma, Sağlık Bakanlığı'nın pandemi sürecinde güvenilir bir bilgi kaynağı olarak görüldüğü ve aşı karşıtı tutumlarla mücadelede etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Balçık Yalçın ve Demir (2021), hem bireysel hem de toplum sağlığı için ciddi tehditler oluşturan aşı karşıtlığının altında yatan nedenleri aydınlatmaya çalışırken, aynı zamanda bu olguyu aşı karşıtlığını çevreleyen sağlık ekonomisi çerçevesinde değerlendirmiştir. Aşı reddini getireceği küresel maliyetler ve dezavantajları ele alarak aşı karşıtlığının etkin stratejilerle üstesinden gelinebileceğini belirtmişlerdir.

Çetin vd. (2021) tarafından yürütülen araştırma, sağlık alanında yükseköğrenim gören öğrenciler arasında aşı tereddüdünün kapsamını, dağılımını ve akademik yıla göre değişimlerini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Bulgular, aşı tereddüdünün öğrenciler eğitim yılları boyunca ilerledikçe azalma eğiliminde olsa da, sağlık öğrencileri arasında önemli düzeyde tereddüdün devam ettiğini göstermektedir. Sonuç olarak, yükseköğrenim süresince aşı tereddüdünü fark etmenin ve bu endişeleri ele almak ve düzeltmek için doğru bilgi sağlamanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Barutçu vd. (2021) araştırmalarında, insanlığın bugüne kadar karşılaştığı salgın hastalıklar, aşılar ve bu aşılardan reddedilmesi gibi çeşitli kavramları ve bu kavramların ortaya çıkmasının altında yatan nedenleri incelemiştir. Aşılama çabalarıyla Covid-19 pandemisinin başarılı bir şekilde yönetilmesinin, aşı reddi ve gelecekteki salgınlar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili tereddütleri olumlu yönde etkileyeceğini öngörmüştür.

Keşli vd. (2021), otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin aşıya karşı tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bulgular, ailelerin çoğunlukla aşı karşıtı tutumlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Otizmli çocukların ailelerine, aşı ile otizm arasında bir neden-sonuç ilişkisi olmadığı konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgi veren çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamıştır.

Sayar (2024) yaptığı çalışmada aşı karşıtlığının, modern halk sağlığını tehdit eden ve toplum bağışıklığına ciddi zararlar verebilecek bir sorun olarak giderek daha büyük bir önem kazandığını vurgulamıştır. COVID19 pandemisi sürecinde aşuya yönelik direncin artması, aşılama uygulamalarının yalnızca bireylerin değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını koruma açısından da hayati bir öneme sahip olduğunu gözler önüne sermiştir. Bu doğrultuda, sağlık otoriteleri ve politikaların toplumda aşuya ilişkin tereddüt ve karşıtlığı azaltmak amacıyla doğru ve güvenilir bilgilendirme temelli stratejiler geliştirmesi gerektiğini belirtmiştir.

Tüm bu çalışmalardan da yola çıkarak olarak özellikle Covid19 pandemisi sonrası artan aşı karşıtlığı konusunda, gelecekte karşılaşılabileceğimiz salgınları önlemek ve halk sağlığını güvence altına almak için daha etkili çalışmalar yapılmalı, yaygın stratejiler belirlenmeli, eğitimler verilmeli ve halk bu konuda güvenilir kaynaklar ve sosyal medya aracılığıyla daha fazla bilgilendirilmelidir.

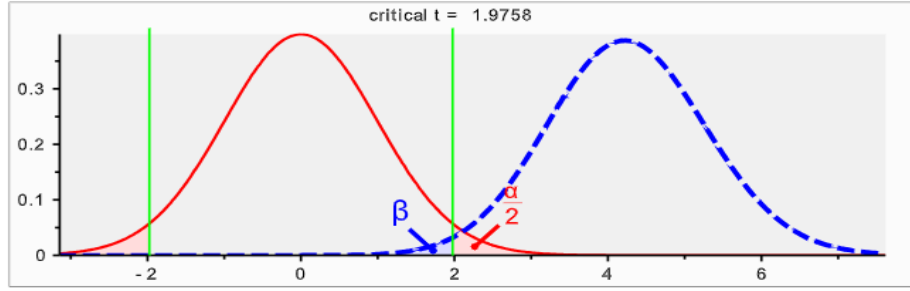
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ve aşı karşıtlığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüş tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmış bir çalışmadır. Bu çalışmada örneklem seçimi için olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ulaşılması kolay ve gönüllü olarak katılım sağlamayı kabul eden sağlık çalışanları arasından veri toplamıştır. Bu kapsamda, çalışmada sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar hakkındaki algı düzeyleri ile aşı karşıtlığı eğilimleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Trakya Bölgesinde Kırklareli ve Edirne ilinde bulunan bazı çeşitli sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, veri toplama formunu eksiksiz doldurmak ve sağlık çalışanı olarak çalışıyor olmaktır. Çalışmada sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ve aşı karşıtlığına ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 153 kişi yapılan çalışmada post-hoc güç hesaplanmıştır. G Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanan güç analizinde göre %5 anlamlılık düzeyi ($\alpha = 0,05$) temel alındığında, ilişki katsayısı ($r=-0,324$) için çalışmanın gücünün %98,7 olduğu görülmüştür. Bu sonuç, yapılan analizlerin anlamlı ilişkileri saptama açısından yeterli güce sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.1 Çalışmanın Güç Analizi

[3] – Wednesday, May 28, 2025 – 16:49:38

t tests - Correlation: Point biserial model

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two
Effect size |p| = 0.324
α err prob = 0.05
Total sample size = 153
Noncentrality parameter δ = 4.2361700
Critical t = 1.9757989
Df = 151
Power (1-β err prob) = 0.9877475

Katılımcı sayısı, çalışmanın istatistiksel analizleri için yeterli sayıyı sağlayacak biçimde planlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, üç bölümden oluşan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Bu form, katılımcıların demografik bilgilerini içeren bölüm ile iki adet ölçekten meydana gelmektedir: Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Bu formda, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum türü, mesleki deneyim süresi gibi temel demografik bilgileri toplanmıştır.

3.3.2. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği

Demir Gökmen vd. (2022) tarafından geliştirilen sorumlu yazarı Güzelnur Yıldız olan Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği, bireylerin bulaşıcı hastalıkların doğasına, bulaşma yollarına ve korunmaya yönelik algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 2 faktörlü yapıdadır ve toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Birinci faktör, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” olarak adlandırılmakta olup 1–26. maddeleri kapsamaktadır (puan aralığı: 26–130). İkinci faktör ise “Bulaş

Yönelik Algı” şeklinde adlandırılmakta ve 27–34. maddelerden oluşmaktadır (puan aralığı: 8–40). Ölçek, beşli Likert tipi olup “Kesinlikle katılıyorum (5)” ile “Kesinlikle katılmıyorum (1)” arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, bulaşıcı hastalıklara yönelik olumlu algıyı göstermektedir. BHYAÖ’nün toplam Cronbach alfa değerinin 0.98 olduğu belirlenmiştir. Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı alt boyutunun Cronbach alpha değerinin 0.99 olduğu belirlenmiştir. Bulaşa Yönelik Algı alt boyutunun Cronbach alpha değerinin 0.94 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin açıklanan varyans değerinin %77.93 olduğu belirlenmiştir.

3.3.3. Aşı Karşıtlığı Ölçeği

Aşı karşıtlığı düzeyini belirlemek amacıyla Kılınçarslan vd. (2020) tarafından geliştirilen “Aşı Karşıtlığı Ölçeği (Uzun Form)” kullanılmıştır. Ölçek dört ana boyutta toplam 20 maddeden oluşmaktadır: aşıya güven, aşıya ilişkin endişeler, aşının gerekliliğine dair düşünceler ve aşıdan kaçınma nedenleri. Beşli Likert tipi ile puanlanan ölçek “Kesinlikle katılmıyorum (1)” ile “Kesinlikle katılıyorum (5)” arasında değerlendirilir. Ölçekten alınan puanların artması, bireylerin aşı karşıtlığı eğilimlerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. AKÖ yüksek açıklayıcılıkları nedeniyle 4 faktörde 21 maddeden oluşan uzun formun açıkladığı varyans %57,4 ve Cronbach Alpha değeri 0,905 olarak açıklanmıştır

3.4. Verilerin Analizi

Toplanan veriler, SPSS 27.01 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgiler frekans ve yüzde dağılımları ile özetlenmiştir. Bulaşıcı hastalıklara yönelik algı düzeyi ve aşı karşıtlığı puanları için aritmetik ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Araştırma amacına uygun olan analizler yapılmadan önce veriler incelenmiş ve eksik (kayıp) veri olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bu amaçla kategorik olan veriler için sayı ve yüzde dağılımları, süreklilik gösteren veriler için ise ortalama, standart sapma, minimum-maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler gözden geçirilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup içeren karşılaştırmalarda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen verilerde iki grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmaları için ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. İki den fazla olan grupların karşılaştırışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasından sonra gruplar arasındaki anlamlı farklılık için post-hoc analizler yapılmıştır. Ayrıca, bulaşıcı hastalık algısı ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişki normal dağılım sağlanmadığı için Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımları (n=153)

Demografik Özellikler	Frekans	Yüzde (%)	
Yaş	20-55	23	15,0
	26-33	73	47,7
	34-41	33	21,6
	42 yaş ve üzeri	24	15,7
Cinsiyet	Kadın	123	80,4
	Erkek	30	19,6
Meslek	Hemşire	116	75,8
	Doktor	20	13,1
	Sağlık Destek Personeli	8	5,2
	Diğerleri	9	5,9
Çalışılan Kurum/Ünite	Hastane (Genel İfade)	34	22,2
	Servisler	29	19,0
	Yoğun Bakım	24	15,7
	Kemoterapi	12	7,8
	Ameliyathane	12	7,8
	Laboratuvar	6	3,9
	İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri	13	8,5
	Üniversite/Tıp Fakültesi	3	2,0
	Diğer Üniteler	14	9,2
	Özel Sektör	6	3,9
	Eğitim Seviyesi	Üniversite	114
Yüksek Lisans/Doktora		39	25,5
Çalışma Süresi	1-5 yıl	52	34,0
	6-10 yıl	43	28,1
	11-20 yıl	37	24,2
	21 yıl ve üzeri	21	13,7
Çalışılan Alan	Sağlık Kuruluşları	136	88,9
	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	9	5,9
	Acil ve Ambulans Hizmetleri	2	1,3
	Personel Birimi	2	1,3
	Eğitim ve Akademik Alanlar	2	1,3
	Özel Sektör	2	1,3

Tablo 4.1’de sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar yer almaktadır. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, en yoğun grubun %47,7 oranıyla 26-33 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla %21,6 ile 34-41 yaş aralığı, %15,7 ile 42 yaş ve üzeri grup ve %15,0 ile 20-25 yaş aralığı takip

etmektedir. Bu dağılım, örneklemin büyük ölçüde genç ve orta yaş grubundaki bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %80,4'ünün kadın, %19,6'sının erkek olduğu belirlenmiştir. Mesleki dağılımda ise katılımcıların büyük çoğunluğunu %75,8 ile hemşireler oluşturmaktadır. Bunu %13,1 ile doktorlar, %5,9 ile diğerleri ve %5,2 ile sağlık destek personeli izlemektedir. Çalışılan kurum ya da üniteye göre dağılım incelendiğinde, en fazla katılımın %22,2 ile genel hastane ifadesi altında yer aldığı, bunu %19,0 ile servislerde, %15,7 ile yoğun bakım birimlerinde çalışanların takip ettiği görülmektedir. Kemoterapi ve ameliyathane birimleri %7,8'lik oranlarla eşit düzeyde temsil edilirken; diğer üniteler, laboratuvar, il/ilçe sağlık müdürlükleri, üniversite/tıp fakülteleri ve özel sektör çalışanlarının oranları daha düşük düzeyde kalmıştır. Eğitim seviyelerine bakıldığında, katılımcıların %74,5'inin üniversite mezunu, %25,5'inin ise yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim aldığı görülmektedir. Çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde, %34,0'ı 1-5 yıl, %28,1'i 6-10 yıl, %24,2'si 11-20 yıl ve %13,7'si 21 yıl ve üzeri çalışma süresine sahiptir. Son olarak, çalışılan alanlara ilişkin dağılımda, katılımcıların büyük çoğunluğunun %88,9 ile sağlık kuruluşlarında görev yaptığı; diğer alanlarda ise katılımın oldukça düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, acil ve ambulans hizmetleri, personel birimi, eğitim ve akademik alanlar ile özel sektör her biri %1,3 oranında temsil edilmiştir.

Tablo 4.2 Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirliği

Ölçekler ve Alt Boyutlar	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı	26	0,898
Bulaşa Yönelik Algı	8	0,837
Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı (BHYAÖ)	34	0,924
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri	5	0,914
Aşı Karşıtlığı	6	0,883
Aşı Olmamak İçin Çözümler	5	0,836
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması	5	0,869
Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)	21	0,923

Tablo 4.2'de, çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri Cronbach's Alpha katsayısı ile sunulmuştur. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ), toplam 34 ifadeden oluşmakta olup 0,924 değeriyle yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermektedir. Bu ölçeğin alt boyutları arasında yer alan

“Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” alt boyutunun Cronbach’s Alpha değeri 0,898, “Bulaşa Yönelik Algı” alt boyutunun ise 0,837 olarak hesaplanmıştır. Her iki alt boyut da yüksek düzeyde güvenilirlik göstermektedir. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) genel olarak 21 ifade içermekte ve 0,923 gibi oldukça yüksek bir Cronbach’s Alpha katsayısına sahiptir. Bu ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” boyutunun 0,914, “Aşı Karşıtlığı” boyutunun 0,883, “Aşı Olmamak İçin Çözümler” boyutunun 0,836 ve “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” boyutunun 0,869 olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlar yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermekte olup, ölçümlerin güvenilir bir şekilde yapıldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Normallliği

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov
Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı	-1,007	0,519	0,000
Bulaşa Yönelik Algı	-0,809	-0,633	0,000
Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı (BHYAÖ)	-0,968	0,301	0,000
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri	0,756	0,425	0,000
Aşı Karşıtlığı	0,299	-0,099	0,026
Aşı Olmamak İçin Çözümler	0,605	-0,196	0,000
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması	1,283	0,918	0,000
Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)	0,411	-0,346	0,080

Tablo 4.3’te, çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlara ilişkin normallik dağılımı çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Smirnov test sonuçları ile verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri genel olarak ± 1 aralığında yer alsa da bazı değişkenlerde bu sınırın kısmen aşıldığı görülmektedir. “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutu 1,283 çarpıklık ve 0,918 basıklık değeriyle dikkat çekerken; “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” boyutunda pozitif yönde bir çarpıklık (0,756) ve hafif bir basıklık (0,425) gözlenmektedir. Kolmogorov-Smirnov test sonuçlarına göre, tüm alt boyutlar için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ bulunmuş ve bu durum normallik varsayımının sağlanmadığını göstermektedir. Sadece “Aşı Karşıtlığı Ölçeği” (AKÖ) genel toplamında $p = 0,080$ değeriyle anlamlılık sınırının üzerinde bir sonuç elde edilmiştir; bu da bu ölçek için normal dağılım varsayımının kabul edilebilir düzeyde olduğunu

göstermektedir. Diğer ölçek ve alt boyutlar açısından ise normallik varsayımının sağlanmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.4. Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Yönelik Algı Düzeyleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı	93,00	130,00	120,706	8,559
Bulaşa Yönelik Algı	28,00	40,00	36,804	3,311
Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı (BHYAÖ)	121,00	170,00	157,510	11,189

Tablo 4.4’te, sağlık çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) toplam puanları ile alt boyut puanlarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” alt boyutunda katılımcıların alabileceği puan aralığı 26 ile 130 arasında iken, elde edilen ortalama puan 120,706’dır. Bu ortalama, üst sınıra oldukça yakın bir değerdedir ve sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların doğası ve korunma yollarına ilişkin olumlu algılara sahip olduklarını göstermektedir.

Standart sapma değeri 8,559 olup, bireyler arası yanıtların çok büyük bir değişkenlik göstermediğini işaret etmektedir. “Bulaşa Yönelik Algı” alt boyutunda alınabilecek puan aralığı 8 ile 40 arasında değişmekte olup, elde edilen ortalama 36,804’tür. Bu değer de üst sınıra yakın bir ortalamaya işaret etmekte ve katılımcıların hastalığın bulaşma yollarına ilişkin algılarının olumlu ve yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Standart sapma 3,311 ile sınırlı bir değişkenlik olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçeğin genel toplam puanı 34 ile 170 arasında değişebilmekte olup, örneklem grubunun elde ettiği ortalama puan 157,510’dur. Bu yüksek ortalama, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların doğası, bulaşma yolları ve korunma yöntemlerine ilişkin genel algılarının olumlu yönde gelişmiş olduğunu göstermektedir. Standart sapma 11,189 düzeyinde olup, bireyler arası dağılımın makul düzeyde değişkenlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.5. Sağlık Çalışanlarının Aşı Karşıtlığına Yönelik Algı Düzeyleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri	5,00	25,00	11,614	4,917
Aşı Karşıtlığı	6,00	30,00	16,686	5,208
Aşı Olmamak İçin Çözümler	5,00	21,00	9,967	3,897
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması	5,00	15,00	6,922	2,548
Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)	23,00	82,00	45,190	13,087

Tablo 4.5’de, sağlık çalışanlarının aşı karşıtlığına yönelik algı düzeylerini ölçen ölçek ve alt boyutlara ilişkin, katılımcıların verdiği yanıtlara göre oluşan minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” alt boyutunda katılımcıların aldığı puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama puan 11,614’tür. Bu ortalama değer, katılımcıların aşılardan koruyuculuğu ve yararına yönelik algılarının genel olarak düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Standart sapma 4,917’dir. “Aşı Karşıtlığı” alt boyutunda elde edilen puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte ve ortalama puan 16,686 olarak belirlenmiştir. Bu değer, katılımcılar arasında aşı karşıtlığına yönelik tutumların orta düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir.

Standart sapma değeri ise 5,208’dir. “Aşı Olmamak İçin Çözümler” alt boyutunda puanlar 5 ile 21 arasında dağılmış olup, ortalama puan 9,967’dir. Bu sonuç, katılımcıların aşı olmamak adına çözüm arayışlarına yönelik tutumlarının düşük ile orta arasında değiştiğini göstermektedir. Standart sapma 3,897 olarak gözlemlenmiştir. “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutunda katılımcılar 5 ile 15 puan arasında değişen yanıtlar vermiştir. Ortalama puan 6,922 olup, bu alt boyutta yer alan ifadelerin katılımcılar tarafından genel olarak daha düşük düzeyde onaylandığı görülmektedir. Standart sapma 2,548’dir.

Genel toplam puanı ifade eden “Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)” için katılımcıların aldığı puanlar 23 ile 82 arasında değişmektedir. Ortalama puan 45,190 olup, bu değer toplam puan aralığına göre orta düzeyde bir eğilimi yansıtmaktadır. Standart sapma 13,087’dir.

Ölçek puanlarının artması, katılımcıların aşı karşıtlığı ve tereddüdüne yönelik eğilimlerinin arttığını ifade etmektedir.

Tablo 4.6. Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Alg Düzeyleri ile Aşı Karşıtlığı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Spearman's rho		Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı	Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı	Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı (BHYAÖ)
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri	r	-,315**	-,180*	-,282**
	p	0,000	0,026	0,000
Aşı Karşıtlığı	r	-,201*	-0,117	-,186*
	p	0,013	0,149	0,021
Aşı Olmamak İçin Çözümler	r	-,337**	-,232**	-,320**
	p	0,000	0,004	0,000
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması	r	-,484**	-,432**	-,486**
	p	0,000	0,000	0,000
Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)	r	-,346**	-,233**	-,324**
	p	0,000	0,004	0,000

** $p < 0,01$ anlamlılık düzeyi

* $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi

Tabloda, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik algı düzeyleri ile aşı karşıtlığı ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon katsayısı ile gösterilmiştir. “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” alt boyutu ile “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($r = -0,315$; $p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,180$; $p < 0,05$) ve “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,282$; $p < 0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. “Aşı Karşıtlığı” alt boyutu ile “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($r = -0,201$; $p < 0,05$) ve “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,186$; $p < 0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişkiler gözlenirken, “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ile olan ilişki ($r = -0,117$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı değildir. “Aşı Olmamak İçin Çözümler” alt boyutu, tüm algı boyutları ile negatif ve anlamlı ilişki göstermektedir: “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($r = -0,337$; $p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,232$; $p < 0,01$) ve “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,320$; $p < 0,01$). “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutu ile tüm algı düzeyleri arasında güçlü düzeyde negatif ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur: “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($r = -0,484$; $p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,432$; $p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,486$; $p < 0,01$). Son olarak, toplam puanı ifade eden “Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)” ile “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($r = -0,346$; $p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r =$

-0,233; $p < 0,01$) ve “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” ($r = -0,324$; $p < 0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu bulgular, algı düzeyleri arttıkça aşı karşıtlığı ve tereddüdünün azaldığını göstermektedir.

Tablo 4.7. Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

Demografik Özellikler	Gruplar		Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı	Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı	Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı (BHYAÖ)
Yaş	20-55	Ortalama	119,261	36,826	156,087
		Std. Sapma	8,153	3,446	10,820
	26-33	Ortalama	119,384	36,548	155,932
		Std. Sapma	9,450	3,342	12,311
	34-41	Ortalama	122,273	37,061	159,333
		Std. Sapma	8,228	3,455	10,962
	42 yaş ve üzeri	Ortalama	123,958	37,208	161,167
		Std. Sapma	4,965	3,007	6,709
İstatistik			H=6,490 p=0,090	H=1,676 p=0,642	H=4,750 p=0,206
Cinsiyet	Kadın	Ortalama	119,959	36,699	156,659
		Std. Sapma	8,884	3,284	11,652
	Erkek	Ortalama	123,767	37,233	161,000
		Std. Sapma	6,317	3,441	8,325
İstatistik			U=1377,0 z=-2,155 p=0,031	U=1642,0 z=-0,948 p=0,343	U=1503,5 z=-1,571 p=0,116
Meslek	Hemşire	Ortalama	120,034	36,698	156,733
		Std. Sapma	8,946	3,419	11,736
	Doktor	Ortalama	123,500	36,800	160,300
		Std. Sapma	6,763	3,238	9,033
	Sağlık Destek Personeli	Ortalama	119,750	36,000	155,750
		Std. Sapma	5,392	2,928	7,960
	Diğerleri	Ortalama	124,000	38,889	162,889
		Std. Sapma	8,261	1,453	9,239
İstatistik			H=6,228 p=0,101	H=4,688 p=0,196	H=5,482 p=0,140

Tablo 4.7. Devamı Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

Çalışılan Kurum/Ünite	Hastane (Genel İfade)	Ortalama	120,147	36,294	156,441
		Std. Sapma	8,781	3,158	11,021
	Servisler	Ortalama	122,034	37,276	159,310
		Std. Sapma	7,547	3,058	10,205
	Yoğun Bakım	Ortalama	118,917	36,208	155,125
		Std. Sapma	10,566	3,538	13,607
	Kemoterapi	Ortalama	120,500	36,333	156,833
		Std. Sapma	9,549	4,097	12,981
	Ameliyathane	Ortalama	120,833	36,167	157,000
		Std. Sapma	7,469	3,762	9,936
	Laboratuvar	Ortalama	127,167	39,333	166,500
		Std. Sapma	2,858	0,816	3,391
	İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri	Ortalama	124,231	37,769	162,000
		Std. Sapma	5,644	3,395	8,631
	Üniversite/Tıp Fakültesi	Ortalama	129,333	38,667	168,000
		Std. Sapma	1,155	1,528	2,646
	Diğer Üniteler	Ortalama	116,571	36,786	153,357
		Std. Sapma	8,093	3,309	10,624
	Özel Sektör	Ortalama	116,000	36,500	152,500
		Std. Sapma	8,809	3,619	12,046
İstatistik			H=18,439 p=0,030	H=9,872 p=0,361	H=17,168 p=0,046
Eğitim Seviyesi	Üniversite	Ortalama	120,482	36,921	157,404
		Std. Sapma	8,352	3,300	11,027
	Yüksek Lisans/Doktora	Ortalama	121,359	36,462	157,821
		Std. Sapma	9,221	3,363	11,790
İstatistik			U=1983,5 z=-1,005 p=0,315	U=2042,0 z=-0,770 p=0,441	U=2107,0 z=-0,486 p=0,627
Çalışma Süresi	1-5 yıl	Ortalama	119,442	36,865	156,308
		Std. Sapma	8,558	3,453	11,454
	6-10 yıl	Ortalama	119,163	36,326	155,488
		Std. Sapma	10,321	3,329	13,143
	11-20 yıl	Ortalama	122,459	36,919	159,378
		Std. Sapma	7,202	3,370	9,756
	21 yıl ve üzeri	Ortalama	123,905	37,429	161,333
		Std. Sapma	5,224	2,874	6,959
İstatistik			H=5,481 p=0,140	H=2,148 p=0,542	H=3,880 p=0,275

Tablo 4.7. Devamı Sağlık Çalışanlarının BHYAÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

Çalışılan Alan	Sağlık Kuruluşları	Ortalama	120,279	36,654	156,934
		Std. Sapma	8,783	3,328	11,410
	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	Ortalama	125,667	38,778	164,444
		Std. Sapma	3,640	2,635	5,725
	Acil ve Ambulans Hizmetleri	Ortalama	119,000	36,000	155,000
		Std. Sapma	11,314	4,243	15,556
	Personel Birimi	Ortalama	128,500	39,000	167,500
		Std. Sapma	2,121	1,414	3,536
	Eğitim ve Akademik Alanlar	Ortalama	124,000	36,000	160,000
		Std. Sapma	8,485	5,657	14,142
	Özel Sektör	Ortalama	118,000	37,500	155,500
		Std. Sapma	1,414	3,536	4,950
İstatistik		H=6,492 p=0,261	H=6,611 p=0,251	H=6,918 p=0,227	

Tablo 4.7’de, sağlık çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) ve alt boyutlarına ait puanlarının demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı”, “Bulaşıcı Yönelik Algı” ve “BHYAÖ Toplam Puanı” açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak yaş ilerledikçe ortalama puanların arttığı gözlenmektedir. Cinsiyete göre yapılan analizde, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” alt boyutunda kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=1377,0$; $p=0,031$). Erkek katılımcılar bu alt boyutta kadınlara kıyasla daha yüksek ortalama puan almıştır.

Diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Meslek grupları açısından yapılan değerlendirmede, BHYAÖ ve alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak diğerleri grubunda yer alanların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışılan kurum veya üniteye göre yapılan analizlerde, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($H=18,439$; $p=0,030$) ve “BHYAÖ Toplam Puanı” ($H=17,168$; $p=0,046$) açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. “Bulaşıcı Yönelik Algı” alt boyutunda ise farklılık anlamlı değildir ($p=0,361$). Özellikle üniversite/tıp fakültesi,

laboratuvar ve il/ilçe sağlık müdürlüklerinde çalışanların puanlarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir.

Eğitim seviyesine göre yapılan karşılaştırmalarda, BHYAÖ ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki eğitim düzeyinde elde edilen ortalama puanlar birbirine yakın düzeydedir.

Çalışma süresi açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında BHYAÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak çalışma süresi arttıkça ortalama puanlarda artış eğilimi gözlenmektedir. Çalışılan alanlara göre yapılan analizde de tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte, personel birimi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Sağlık Çalışanlarının AKÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

Demografik Özellikler	Gruplar		Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri	Aşı Karşıtlığı	Aşı Olmama İçin Çözümlemler	Aşı Tereddüdü - Meşrulaştırılması	Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)
Yaş	20-55	Ortalama	12,522	20,217	10,739	7,087	50,565
		Std. Sapma	4,832	5,265	4,092	2,610	14,276
	26-33	Ortalama	11,466	16,959	10,356	7,219	46,000
		Std. Sapma	4,093	5,272	4,141	2,621	13,594
	34-41	Ortalama	12,424	14,818	9,515	6,515	43,273
		Std. Sapma	6,364	4,972	3,759	2,717	12,330
	42 yaş ve üzeri	Ortalama	10,083	15,042	8,667	6,417	40,208
		Std. Sapma	4,934	3,290	2,808	1,954	9,208

Tablo 4.8. Devamı Sağlık Çalışanlarının AKÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

İstatistik			H=4,659 p=0,199	H=15,25 6 p=0,002	H=4,218 p=0,239	H=3,140 p=0,371	H=6,64 4 p=0,08 4
Cinsiyet	Kadın	Ortala ma	11,919	16,886	10,187	7,130	46,122
		Std. Sapma	4,812	4,962	3,939	2,686	13,034
	Erkek	Ortala ma	10,367	15,867	9,067	6,067	41,367
		Std. Sapma	5,223	6,141	3,648	1,660	12,813
İstatistik			U=1425, 0 z=-1,938 p=0,053	U=1644, 0 z=-0,926 p=0,355	U=1549, 0 z=-1,366 p=0,172	U=1518, 0 z=-1,612 p=0,107	U=146 8,0 z=- 1,733 p=0,08 3
Meslek	Hemşire	Ortala ma	11,914	17,112	10,371	7,026	46,422
		Std. Sapma	4,725	4,990	3,864	2,569	12,675
	Doktor	Ortala ma	8,800	13,350	7,200	5,850	35,200
		Std. Sapma	4,549	5,163	2,505	1,565	9,099
	Sağlık Destek Personeli	Ortala ma	15,000	20,000	13,125	9,875	58,000
		Std. Sapma	4,140	6,414	3,907	2,949	16,071
	Diğerleri	Ortala ma	11,000	15,667	8,111	5,333	40,111
		Std. Sapma	6,423	3,937	3,219	0,707	7,590
İstatistik			H=14,28 8 p=0,003	H=12,60 7 p=0,006	H=19,36 4 p=0,000	H=15,54 3 p=0,001	H=19,8 12 p=0,00 0

Tablo 4.8. Devamı Sağlık Çalışanlarının AKÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

Çalışılan Kurum/Ünite	Hastane (Genel İfade)	Ortalama	11,912	16,118	9,706	6,559	44,294
		Std. Sapma	4,883	6,409	4,331	2,776	15,067
	Servisler	Ortalama	11,897	15,103	9,621	6,414	43,034
		Std. Sapma	6,207	4,593	4,288	2,383	12,891
	Yoğun Bakım	Ortalama	10,292	16,667	9,375	6,875	43,208
		Std. Sapma	4,814	3,497	3,693	2,290	11,217
	Kemoterapi	Ortalama	15,000	20,917	13,750	9,167	58,833
		Std. Sapma	4,533	5,160	3,519	2,980	11,885
	Ameliyathane	Ortalama	11,333	17,833	11,000	7,250	47,417
		Std. Sapma	3,172	3,271	3,162	1,865	9,671
	Laboratuvar	Ortalama	8,500	16,000	9,167	6,667	40,333
		Std. Sapma	2,074	6,419	1,941	1,862	10,231
	İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri	Ortalama	9,615	14,692	8,308	5,769	38,385
		Std. Sapma	3,254	3,816	2,097	1,301	7,298
	Üniversite/ Tıp Fakültesi	Ortalama	11,667	14,000	5,333	5,000	36,000
		Std. Sapma	11,547	3,000	0,577	0,000	8,718
	Diğer Üniteler	Ortalama	12,357	17,571	10,786	7,571	48,286
		Std. Sapma	2,499	4,941	3,043	2,441	10,351
	Özel Sektör	Ortalama	13,333	21,167	10,667	8,667	53,833
		Std. Sapma	4,926	7,026	4,633	3,882	17,759
İstatistik			H=16,366 p=0,060	H=17,356 p=0,043	H=22,787 p=0,007	H=19,902 p=0,019	H=22,909 p=0,006
Eğitim Seviyesi	Üniversite	Ortalama	12,149	17,544	10,518	7,184	47,395
		Std. Sapma	4,713	5,047	3,952	2,653	13,054
	Yüksek Lisans/ Doktora	Ortalama	10,051	14,179	8,359	6,154	38,744
		Std. Sapma	5,221	4,909	3,281	2,059	11,007

Tablo 4.8. Devamı Sağlık Çalışanlarının AKÖ Düzeylerinin Demografik Özelliklere Farklılaşması

İstatistik			U=1579, 0 z=-2,708 p=0,007	U=1404, 5 z=-3,434 p=0,000	U=1499, 5 z=-3,043 p=0,002	U=1775, 5 z=-2,010 p=0,044	U=136 7,0 z=- 3,585 p=0,00 0
Çalışma Süresi	1-5 yıl	Ortala ma	13,115	19,154	11,019	7,538	50,827
		Std. Sapma	4,617	5,525	4,180	2,776	13,718
	6-10 yıl	Ortala ma	10,628	15,581	9,558	6,767	42,535
		Std. Sapma	3,792	4,355	4,026	2,448	12,038
	11-20 yıl	Ortala ma	11,162	15,324	9,541	6,432	42,459
		Std. Sapma	6,030	5,477	3,671	2,512	13,146
	21 yıl ve üzeri	Ortala ma	10,714	15,238	8,952	6,571	41,476
		Std. Sapma	4,951	3,223	2,819	2,039	8,964
İstatistik			H=9,508 p=0,023	H=14,98 0 p=0,002	H=5,730 p=0,125	H=5,231 p=0,156	H=12,9 23 p=0,00 5
Çalışılan Alan	Sağlık Kuruluşları	Ortala ma	11,860	16,809	10,118	7,000	45,787
		Std. Sapma	4,949	5,227	3,970	2,565	13,045
	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	Ortala ma	9,333	13,222	8,111	5,333	36,000
		Std. Sapma	3,905	2,949	2,369	0,500	7,280
	Acil ve Ambulans Hizmetleri	Ortala ma	8,000	15,500	8,000	5,500	37,000
		Std. Sapma	4,243	2,121	0,000	0,707	1,414
	Personel Birimi	Ortala ma	9,000	21,000	8,000	6,500	44,500
		Std. Sapma	1,414	4,243	2,828	2,121	2,121
	Eğitim ve Akademik Alanlar	Ortala ma	10,000	17,000	9,500	7,500	44,000
		Std. Sapma	7,071	4,243	4,950	3,536	19,799
	Özel Sektör	Ortala ma	13,000	20,500	12,500	10,000	56,000
		Std. Sapma	8,485	12,021	6,364	5,657	32,527
İstatistik			H=4,345 p=0,501	H=6,954 p=0,224	H=3,552 p=0,615	H=5,118 p=0,0402	H=6,58 6 p=0,25 3

Tablo 4.8’de, sağlık çalışanlarının aşı karşıtlığına yönelik tutumlarını ölçen AKÖ ve alt boyutlarına ilişkin puanların demografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular yer almaktadır. Yaş grupları açısından yapılan analizlerde, “Aşı Karşıtlığı” alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($H=15,256$; $p=0,002$). Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Yaş arttıkça AKÖ toplam puanlarında düşüş eğilimi dikkat çekmektedir. Cinsiyet değişkeni açısından, alt boyutlar ve AKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” alt boyutunda kadınların puanı erkeklere göre daha yüksek olup, anlamlılık sınırında bir farklılık gözlenmiştir ($U=1425,0$; $p=0,053$). Meslek grupları bakımından yapılan karşılaştırmalarda, tüm alt boyutlar ve AKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,01$). Sağlık destek personelinin aşı karşıtlığı puanlarının diğer gruplara göre yüksek, doktor grubunun ise en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışılan kurum/ünite değişkenine göre yapılan analizlerde, “Aşı Karşıtlığı”, “Aşı Olmamak İçin Çözümler”, “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutları ve AKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). En yüksek puanların kemoterapi ve özel sektör birimlerinde çalışan katılımcılarda olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi değişkenine göre yapılan değerlendirmelerde, tüm alt boyutlar ve AKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Lisansüstü eğitim düzeyindeki katılımcıların puanlarının, üniversite düzeyine sahip katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışma süresi açısından yapılan analizlerde, “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri”, “Aşı Karşıtlığı” ve AKÖ toplam puanı bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma süresi arttıkça ortalama puanların azaldığı, özellikle 1-5 yıl çalışanlarda puanların daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Çalışılan alanlara göre yapılan karşılaştırmalarda yalnızca “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($H=5,118$; $p=0,040$). Diğer alt boyutlar ve AKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Özel sektörde çalışanların puanlarının diğer alanlara göre yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına ilişkin tutumları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş; ayrıca bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Araştırma kapsamında toplanan veriler doğrultusunda, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların doğası, bulaşma yolları ve korunma yöntemlerine ilişkin algılarının genel olarak yüksek olduğu; ancak aşı karşıtlığına ilişkin bazı boyutlarda farklı eğilimlerin söz konusu olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, hem bilgi düzeylerinin hem de aşuya yönelik tutumların sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek grubu, çalışma süresi ve görev yapılan kurum gibi değişkenlere bağlı olarak değişebileceğini ortaya koymaktadır. Bu bölümde, çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar, her bir veri seti özelinde ayrı ayrı ele alınarak mevcut literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının 26-33 yaş aralığında (%47,7) yer aldığı, bunu 34-41 yaş arası (%21,6), 42 yaş ve üzeri (%15,7) ve 20-25 yaş grubu (%15,0) izlediği görülmektedir. Cinsiyet dağılımında kadınların oranı %80,4 iken erkeklerin oranı %19,6'dır. Mesleki dağılımda %75,8 oranla hemşireler çoğunluğu oluşturmakta, bunu %13,1 ile doktorlar takip etmektedir. Katılımcıların çoğunluğu hastane genelinde (%22,2) ve servislerde (%19,0) çalışmakta olup, %74,5'i üniversite mezunudur. Bu yapı, elde edilen bulguların özellikle hemşirelik mesleği ve genç yaş grubundaki sağlık çalışanları bağlamında değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik düzeyleri oldukça yüksektir. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) toplamda 0,924 Cronbach's Alpha değeri ile yüksek iç tutarlılık göstermektedir. Bu durum, katılımcıların bulaşıcı hastalıklara yönelik algılarını ölçen maddelerin birbirleriyle tutarlı olduğunu ve ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) için elde edilen 0,923'lük Cronbach's Alpha katsayısı da yüksek güvenirlik düzeyine işaret etmektedir. Özellikle AKÖ'nün alt boyutlarında yer alan Alpha değerlerinin 0,836 ile 0,914 arasında değişmesi, ölçekteki her bir boyutun da ayrı

ayrı güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Kılınçarslan vd. (2020) tarafından geliştirilen Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeği'nin yüksek psikometrik özelliklere sahip olduğunu ortaya koyan önceki çalışmalarla da örtüşmektedir. Aynı şekilde, Demir Gökmen vd. (2022) tarafından geliştirilen Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği'nin yüksek güvenilirlik düzeyi, mevcut çalışmadaki iç tutarlılık değerleriyle desteklenmektedir.

Normallik analizlerine göre, BHYAÖ ve AKÖ alt boyutlarının çoğu için Kolmogorov-Smirnov testi anlamlı bulunmuş ve bu durum normallik varsayımının sağlanmadığını göstermektedir ($p < 0,05$). Sadece AKÖ toplam puanı için elde edilen $p = 0,080$ değeri, bu boyutun normal dağılıma yakın olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Kılınçarslan vd. (2020) çalışmasında da aşı karşıtlığına ilişkin alt boyutlarda normallikten sapmalar görülmüş; bu durum, bireylerin aşı karşıtlığı konusundaki tutumlarının homojen bir dağılım sergilemediği şeklinde yorumlanmıştır.

Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, özellikle “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutunda çarpıklık değeri 1,283 olarak belirlenmiş ve bu değer pozitif yönde bir asimetriye işaret etmiştir. Bu durum, katılımcıların önemli bir kısmının bu alt boyuta ilişkin yüksek puanlar verdiğini, yani aşı tereddüdünü meşru gören görüşlerin toplumda bir ölçüde yaygınlık gösterdiğini göstermektedir. Bu tür eğilimler, Aygün ve Tortop (2020) ile Ertaş, Kıraç ve Ünal (2020) gibi çalışmaların sonuçlarıyla da örtüşmektedir. İlgili çalışmalarda da ebeveynlerin ve bireylerin aşı karşıtı tutumlarında, çeşitli bireysel, toplumsal ve kültürel gerekçelere dayalı olarak “meşrulaştırıcı” söylemlere başvurdıkları ortaya konmuştur.

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik algı düzeyleri değerlendirildiğinde, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” alt boyutunun ortalaması 120,706 olarak bulunmuş ve bu değer, alınabilecek maksimum puan olan 130'a oldukça yakın bir düzeydedir. Benzer şekilde, “Bulaşa Yönelik Algı” alt boyutunun ortalaması da 36,804 olup, maksimum puan olan 40'a yakınlık göstermektedir. BHYAÖ toplam puanı ise 157,510 ile 170 üzerinden yüksek bir seviyeye işaret etmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların doğası, bulaşma yolları ve korunma yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bulgu, Demir Gökmen vd. (2022) tarafından geliştirilen Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği'nin uygulandığı örneklemelerle de örtüşmekte olup, özellikle sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin bulaşıcı hastalıklar bağlamında güvenilir düzeyde olduğunu desteklemektedir. Aynı şekilde, Erden, Bayrak Kahraman ve Bulut (2015) tarafından yürütülen bir çalışmada, yoğun bakım çalışanlarının enfeksiyon kontrolü konusunda yüksek düzeyde bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir.

Aşı karşıtlığına yönelik algılar değerlendirildiğinde, “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” alt boyutunun ortalama puanı 11,614 ile düşük düzeyde; “Aşı Karşıtlığı” alt boyutu ise 16,686 ile orta düzeydedir. “Aşı Olmamak İçin Çözümler” alt boyutu ortalaması 9,967 ve “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutu ise 6,922 olarak hesaplanmıştır. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) genel puanı 45,190'dır ve bu değer, sağlık çalışanları arasında aşıya yönelik olumsuz algıların belirli bir düzeyde varlığını koruduğunu göstermektedir. Özellikle “Aşı Karşıtlığı” ve “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” gibi alt boyutlarda elde edilen puanlar, sağlık çalışanlarının bilimsel bilgi düzeylerinin yüksek olmasına rağmen bazı bireysel ya da sosyal etkiler nedeniyle aşı karşıtı tutumların tamamen ortadan kalkmadığını düşündürmektedir. Benzer biçimde, Çetin vd. (2021) ile Utanır Altay (2022) tarafından yapılan çalışmalarda da sağlık alanında eğitim alan bireylerde dahi aşıya karşı tereddüt veya alternatif çözümlere yönelme davranışlarının izlenebildiği belirtilmiştir.

Spearman korelasyon analizine göre, BHYAÖ ile aşı karşıtlığına yönelik tüm alt boyutlar arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Özellikle “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” ile “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” arasında $r = -0,484$ ($p < 0,01$), “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” arasında $r = -0,432$ ($p < 0,01$) ve BHYAÖ genel puanı arasında $r = -0,486$ ($p < 0,01$) değerleri elde edilmiştir. Bu bulgular, bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı ve tereddüdünün azaldığını göstermektedir. Aynı yöndeki ilişkiler, Dubé vd. (2013) çalışmalarda da rapor edilmiştir. Özellikle Dubé ve arkadaşları, bireylerin enfeksiyon hastalıkları ve aşının işlevine dair bilgi seviyeleri ile aşı karşıtlığı arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır. Bunun yanında, Turhan, Dilcen ve Dolu (2022) çalışmasında sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu bireylerin aşı tereddüdü gösterme olasılıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla mevcut

bulgular, literatürdeki benzer sonuçlarla örtüşmekte ve sağlık çalışanlarında bilgi temelli farkındalığın artırılmasının aşı karşıtlığı tutumlarını azaltabileceğine işaret etmektedir.

BHYAÖ düzeylerinin demografik değişkenlerle ilişkisine bakıldığında, yalnızca cinsiyet değişkenine göre “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($U=1377,0$; $p=0,031$). Erkeklerin ortalama puanı 123,767 ile kadınların 119,959 puanının üzerinde yer almaktadır. Bu bulgu, cinsiyete bağlı olarak bulaşıcı hastalıklar konusundaki algıda farklılaşmalar olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Yıldırım ve Özpulat (2015) tarafından yapılan bir çalışmada da sağlık meslek lisesi öğrencilerinin mesleki risk farkındalık düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, mevcut çalışmada yaş, meslek, eğitim seviyesi ve çalışma süresi gibi diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte; yaş ve kıdem arttıkça puanlarda gözle görülür artış eğilimi dikkat çekmektedir. Bu eğilim, Çevik (2020) çalışmasında da benzer şekilde gözlemlenmiş ve daha uzun süre sağlık alanında çalışan bireylerin bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve ailelerine bulaştırma konusunda daha endişeli oldukları belirtilmiştir.

Çalışma yapılan kuruma göre BHYAÖ düzeylerinde bazı farklılıklar gözlenmiştir. Özellikle “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ($H=18,439$; $p=0,030$) ve BHYAÖ toplam puanı ($H=17,168$; $p=0,046$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar mevcuttur. Üniversite/tıp fakültesi (129,333) ve laboratuvar (127,167) birimlerinde çalışan katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olmaları, bu birimlerin işlevsel yapısının bilgi düzeyine katkı sunduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu, Erden, Bayrak Kahraman ve Bulut (2015) tarafından yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir. Söz konusu araştırmada, yoğun bakım gibi yüksek riskli kliniklerde çalışan sağlık personelinin enfeksiyon kontrol önlemleri ve bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin diğer birimlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Aşı karşıtlığı düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşmasında ise en belirgin fark meslek değişkeninde ortaya çıkmıştır. Aşı Karşıtlığı Ölçeği’nin tüm alt

boyutları ve toplam puanı açısından anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır ($p<0,01$). Sağlık destek personelinin AKÖ ortalaması 58,000 iken doktor grubunun ortalama puanı 35,200 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, meslek grupları arasında aşıya yönelik tutumların ciddi biçimde değişebildiğini ortaya koymaktadır. Çetin vd. (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada, sağlık alanında eğitim gören öğrenciler arasında dahi mesleki yönelime göre aşı tereddütü düzeylerinin farklılık gösterdiği rapor edilmiştir. Aynı doğrultuda, Yakşi (2020) çalışmasında da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve yardımcı sağlık personelinin aşı reddi konusundaki düşüncelerinde belirgin çeşitlilik olduğu ifade edilmiştir. Bu farklılıklar, mesleki eğitimin içeriği, bilimsel bilgiye erişim düzeyi ve klinik uygulama deneyimi gibi faktörlerin bireylerin aşı algılarını etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışılan kuruma göre Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle kemoterapi biriminde (58,833) ve özel sektör kurumlarında (53,833) görev yapan katılımcıların toplam AKÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum, kurumun yapısal özellikleri, hastalarla kurulan ilişkiler ve kurum içi bilgilendirme politikaları gibi faktörlerle ilişkili olabilir.

Eğitim düzeyi açısından yapılan karşılaştırmalarda da tüm alt boyutlarda ve AKÖ toplam puanında anlamlı düzeyde farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Üniversite mezunlarının toplam AKÖ puanı 47,395 iken, yüksek lisans ve doktora mezunlarının puanı 38,744 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyi yükseldikçe aşı karşıtlığı eğiliminin azaldığını göstermektedir. Benzer biçimde, Turhan, Dilcen ve Dolu (2022) çalışmasında sağlık okuryazarlığının, aşı tereddütü üzerinde aracılık edici bir rol oynadığı; daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde aşı karşıtlığı eğilimlerinin daha düşük seyrettiği tespit edilmiştir. Ayrıca, Kılınçarslan vd. (2020) tarafından geliştirilen Aşı Karşıtlığı Ölçeği'nin uygulandığı örnekleme de, eğitim düzeyine bağlı olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiş ve daha üst düzeyde eğitim almış bireylerin aşı karşıtlığına daha az eğilimli oldukları bildirilmiştir.

Çalışma süresi açısından da AKÖ puanlarında anlamlı düzeyde farklılıklar belirlenmiştir. Özellikle "Aşı Karşıtlığı" alt boyutunda ($H=14,980$; $p=0,002$) ve toplam puanda ($H=12,923$; $p=0,005$) istatistiksel anlamda anlamlı farklılıklar

bulunmuştur. 1–5 yıl arasında deneyime sahip katılımcıların ortalama AKÖ puanı 50,827 iken, 21 yıl ve üzeri deneyime sahip olanların ortalaması 41,476’dır. Bu bulgu, mesleki deneyim süresi arttıkça aşı karşıtlığı eğiliminin azaldığını göstermektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri ile aşı karşıtlığına ilişkin tutumları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş; ayrıca bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılaşma durumu incelenmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların doğası, bulaşma yolları ve korunma yöntemlerine ilişkin genel bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak aşı karşıtlığına ilişkin bazı alt boyutlarda değişken tutumların varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

Öncelikle çalışmada kullanılan ölçeklerin yüksek iç tutarlılık katsayılarına sahip olması (BHYAÖ için $\alpha=0,924$; AKÖ için $\alpha=0,923$), elde edilen verilerin ölçme araçlarıyla güvenilir şekilde toplandığını ortaya koymuştur. Normallik testleri ve dağılım analizleri, özellikle “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutunda pozitif çarpıklık eğilimine işaret etmiş; bu da bazı sağlık çalışanlarının aşı tereddüdünü meşru görebilecek yaklaşımlara sahip olduğunu düşündürmektedir. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik algı düzeyleri, “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” ve “Bulaşa Yönelik Algı” alt boyutlarında oldukça yüksektir. Bu durum, sağlık çalışanlarının mesleki bilgi donanımının bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından olumlu bir düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Ancak aşı karşıtlığına yönelik tutumlar değerlendirildiğinde, “Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri” alt boyutunda görece düşük, “Aşı Karşıtlığı” ve “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutlarında ise orta düzeyde puanlar elde edilmiştir. Bu bulgu, bilgi düzeyinin yüksek olmasının her zaman tutumla örtüşmediğini, bireysel ya da çevresel faktörlerin de etkili olabileceğini göstermektedir. Spearman korelasyon analizleri, BHYAÖ puanları ile AKÖ alt boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutunda belirgin ters yönlü ilişki saptanmış; bu durum, bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi düzeyi arttıkça aşı karşıtlığı tutumlarının azaldığını göstermektedir. Demografik değişkenler bağlamında yapılan analizlerde, cinsiyetin “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik

Algı” üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu, erkek katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer demografik değişkenler açısından ise özellikle görev yapılan kurum ve meslek değişkenlerinin hem bulaşıcı hastalıklara yönelik algı hem de aşı karşıtlığı tutumları üzerinde anlamlı etkiler yarattığı görülmüştür. Üniversite/tıp fakültesi ve laboratuvar birimlerinde çalışanların BHYAÖ puanlarının yüksek olması, bu birimlerin bilgiye erişim ve eğitimle daha fazla ilişkilendirilmesini desteklemektedir. Benzer biçimde, kemoterapi birimi ve özel sektör çalışanlarının aşı karşıtlığı puanlarının yüksek olması, bu alanlarda görev yapan personelin karşılaştıkları risklerin, bilgilendirme mekanizmalarının ve kurumsal kültürün tutumları şekillendirmede etkili olabileceğini düşündürmektedir. Eğitim düzeyinin artması ile aşı karşıtlığı tutumlarının azaldığı, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki bireylerin daha düşük AKÖ puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, mesleki kıdemin artması da daha olumlu aşı tutumlarıyla ilişkilidir. Bu bulgular, hem formel eğitimin hem de mesleki deneyimin sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasına karşın, aşı karşıtlığı tutumlarının bazı alt gruplarda hâlen varlığını sürdürdüğü görülmektedir. Bu durum, sağlık sisteminde görev alan personelin yalnızca bilgi ile değil, aynı zamanda doğru iletişim, eleştirel düşünme ve mesleki rehberlikle desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6.2. Öneriler

Aşı karşıtlığı puanlarının özellikle kemoterapi birimi ve özel sağlık kuruluşlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, bu kurumlara özgü yapılandırılmış bilgilendirme ve farkındalık programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Mesleki deneyimi 1–5 yıl arasında olan çalışanlarda aşı karşıtlığı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, meslek yaşamına yeni başlayan sağlık personeline yönelik oryantasyon programlarına bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama süreçleri ve aşı güvenliği konularının entegre edilmesi önerilmektedir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe aşı karşıtlığı eğiliminin azaldığı göz önünde bulundurularak, lise ve ön lisans mezunu sağlık personeline yönelik hedefli eğitim

içerikleri hazırlanmalı; bu modüller sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik materyallerle desteklenmesi önerilmektedir.

Özellikle “Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması” alt boyutunda pozitif asimetri tespit edilmiştir. Bu nedenle, bireylerin sosyal medya, toplumsal çevre ya da kişisel deneyimlere dayalı olarak geliştirdikleri savunmacı tutumlara yönelik psiko-sosyal destek modelleri oluşturulması önerilmektedir.

Cinsiyet değişkenine göre erkeklerin bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın azaltılması için kadın sağlık çalışanlarının bilgiye erişim olanakları artırılmalı, cinsiyete duyarlı eğitim stratejilerin uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abiç, Ö. (2022). *Aile Değerlerinin Aşı Kabul ve Reddine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 719564.
- Advisory Committee on Immunization Practices & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and mortality weekly report*, 60, 1-45.
- Akar Yılmaz, S., & Öztürk Zeren, G., (2020). Hekimlerin Aşı ve Aşı Karşıtlığı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *FLORA*, 25(4), 516-526.
- Akdeniz, M., & Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
- Akdur, R. (2004). *Sıtma Temel Bilgiler*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Aksakoğlu, G. (2008). *Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım*. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi.
- Akyıldız, H. Ç., & Okyay, P. (2024). Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 33(2), 146-156.
- Akyüz, İ. (2023). *Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı bilgi, tutum, davranışları ve aşı karşıtlığı durumlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Akyüz, S. S. (2020). Yanlış Bilgi Salgını: COVID-19 Salgını Döneminde Türkiye’de Dolaşıma Giren Sahte Haberler. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 34.
- Akyüz, S. S. (2021). Aşı karşıtlığı ve şeffaflık algısında iletişim pratikleri ve siyasal aidiyetlerin rolü. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 5 (2), 172-185.
- Altuntaş, M., & Şahin, M. K. (2022). Çocukluk çağı aşı tereddüdü ile karşılaşma sıklığı, nedenleri ve çözüm önerileri: Samsun İli aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarıyla kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(4), 761-771.
- Arbak, P. M. (2022). Aşı Karşıtlığı; Özerkliğin Kötüye Kullanımı. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 352-356.
- Argüt, N., Yetim, A., & Gökçay, G. (2016). Aşı kabulünü etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*, 16(1), 16-24.
- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85).
- Ateş, F. M., Albayrak, M., & Bayır, Y. (2023). Sağlık Çalışanı Adayı Öğrencilerin Covid Başta Olmak Üzere Bulaşıcı Enfeksiyonlardan Korunma Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 37-48.
- Aygün, E., & Tortop, S. H. (2020). Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi. *Güncel Pediatri*, 18(3), 300-316.
- Aytekin, Ç., Gulmammadzada, U., & Aghayev, H. (2023). Covid-19 Aşı Karşıtlığı Tutumunda Çok Yüksek Etkileşime Sahip Trollerin Ortak Özelliklerini Belirlemeye İlişkin Bir Araştırma. *Türkiye İletişim Araştırmaları Dergisi*, 42, 19-38.

- Badur, S., & Arıcan, I. (2022). Bilgi düzensizlikleri ve infodemi için bir örnek: Aşı karşıtlığı. *Reflektif Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 341–350.
- Balçık Yalçın, P., & Demir H. (2021). Aşı Karşıtlığı ve Ekonomisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 375-398.
- Balkan, İ. İ., & Öztürk, R. (2021). Aşı tereddüdü ve reddi: Nedenler, sonuçlar, çözüm önerileri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 61, 94–97. https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_Dergi_Sayi61-94-97.sayfalar_Ilker_Inanc_Balkan_Recep_Ozturk.pdf
- Barrett, J. S., Yang, S. Y., Muralidharan, K., Javes, V., Oladuja, K., Castelli, M. S. at al. (2022). Considerations for addressing antivaccination campaigns: How did we get here and what can we do about it? *Clinical and Translational Science*, 15(6), 1380-1386.
- Barutçu A., Çay E., & Evliyaoğlu N. (2021). Çiçek hastalığı epidemisinden Covid-19 pandemisine; Aşı kararsızlığı ve aşı reddi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 243-250.
- Baxter, D. (2007). Active and passive immunity, vaccine types, excipients and licensing. *Occupational medicine*, 57(8), 552–556.
- Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G. B. (2015). Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73.
- Bozkurt, H. B. (2018). Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(1), 71–76.
- Bryden, G. M., Browne, M., Rockloff, M., & Unsworth, C. (2018). Anti-vaccination and pro-CAM attitudes both reflect magical beliefs about health. *Vaccine*, 36(9), 1227-1234.
- Bulduk, K. D., & Güneş, G. (2023). Toplum Bağışıklığı Ve Halka Bağışıklama. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 8(1), 97-104.
- Büyükoztürk,Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem.
- Callreus, T. (2010). Perceptions of vaccine safety in a global context. *Acta Paediatrica*, 99(2), 166-171.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (1999). Ten Great Public Health Achievements — United States, 1900–1999. *MMWR Weekly*, 48, 241-263.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2023). Principles of Epidemiology in Public Health Practice. U.S. Department of Health and Human Services.
- Cinelli, M., Quattrocioni, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoti, E., Schmidt, A. L. at al. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific Reports*, 10(1), 16598.
- Conklin, L., Hviid, A., Orenstein, W. A., Pollard, A. J., Wharton, M., & Zuber, P. (2021). Vaccine safety issues at the turn of the 21st century. *BMJ Global Health*, 6(Suppl 2), e004898.
- Cousoulis, K. (2021). 21st Century Medicine versus Anti-Vaccination Myths: Analyzing the World-Wide Resurrection of Measles and Why the United States Should End Religious and Philosophical Vaccination Exemptions. *George Mason International Law Journal*, 12, 1.

- Çaşkurlu, H., & Malakcıoğlu, C. (Ed.). (2020). *Üniversite öğrencilerinin COVID-19 pandemisinin doğru yönetimi konusunda eğitilmesi ve normalleşme sürecine katkısının sağlanması*. İstanbul: İbn Haldun Üniversitesi Yayınları.
- Çelik, D. Y. (2015). *Bir Hastanede Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Aşılama Durumları*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 399159).
- Çevik, L. (2020). *Hastane çalışanlarında işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile bulaşıcı hastalıklara yaklaşım arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 616226.
- Çetin, O. A. vd. (2021). Sağlık Öğrencilerinde Aşı Tereddüdü. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 26(3), 239-248.
- Çıklar, S., & Güner, P. D. (2020). Annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları ve aşı reddi nedenleri: Nitel ve nicel bir araştırma. *Ankara Medical Journal*, 20(1), 180-195.
- Çıtak, G., & Aksoy, Ö. D. (2020). Aşılamada Önemli Bir Engel: Aşı Reddi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 15-20.
- Dai, X., Xiong, Y., Li, N., & Jian, C. (2019). Vaccine Types. *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.84626
- Davas, A. (2014). Hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı. *Toplum ve Hekim*, 29(6), 460-467.
- Demir, T. (2021). Aşı karşıtı tutumların sosyokültürel ve dini boyutları. *Tevilat*, 2(2), 271-291.
- Demir Gökmen, B., Bakan, A. B., Yızdız, G. N., & Okanlı, A. (2022). Development of the Perceptions About Infectious Diseases Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 30(4).
- Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R. A., O'Donnell, K., Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. *The American Journal of Public Health (AJPH)*, 104, 136-143.
- Domek, G. J., O'Leary, S. T., Bull, S., Bronsert, M., Contreras-Roldan, I. L., Bolaños Ventura, G. A. at al. (2018). Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy survey tool in Guatemala. *Vaccine*, 36(35), 5273– 5281.
- Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: An overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773.
- Düzgün, V. M., & İşler A., (2019). Toplum Sağlığı İçin Giderek Artan Tehlike Aşı Reddi Önlenebilir mi? *Güncel Pediatri*, 17(3), 424-434.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). (2023). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.
- Ellidokuz, H., & Aksakoğlu, G. (2002). Enfeksiyon Hastalıklarına Epidemiyolojik Bakış. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(4).
- Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 12(43), 16-25.
- Ener, D., & Çetinkaya, F. (2022). A Scale Development and Validation Study: Communicable Diseases Risk Awareness and Protection Scale. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 85(2), 258-269.

- Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği (EKMUD). (2019). Erişkin Bağışıklama Rehberi.
- Erdemir, F., Polater, E., & Çırlak, A. (2011). Yeni-Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(1), 47-61.
- Erden, S., Bayrak Kahraman, B., & Bulut, H. (2015). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 388-398.
- Ergur, A. (2020). Social causes of vaccine rejection-vaccine indecision attitudes in the context of criticisms of modernity. *The Eurasian Journal of Medicine*, 52(2), 217- 223.
- Erkekoğlu, P., Erdemli Köse, S., Başak Balcı, A., & Yirün, A. (2020). Aşı Kararsızlığı ve Covid-19'un Etkileri. *Journal of Literature Pharmacy Sciences*, 9(2), 208-220.
- Ertaş, H., Kırac, R., & Ünal, S. N. (2020). Ailelerin aşı karışıklığı tutumlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesine yönelik nitel bir çalışma, *Turkish Studies-Social*, 15(3), 1149-1163.
- FDA. (2020). Vaccine Development – 101. <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/development-approval-process-cber/vaccine-development-101> sayfasından erişilmiştir.
- Filiz, M., & Kaya M., (2019). Aşı Reddini / Kararsızlığı/ Karışıklığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Yapılan Çalışmaların Sistematiik Derlenmesi. *Turkish Research Journal of Academic Social Science*, 2(2), 1-7.
- Gavaruzzi, T., Caserotti, M., Leo, I., Tasso, A., Speri, L., Ferro, A. at al. (2021). The role of emotional competences in parents' vaccine hesitancy. *Vaccines*, 9(3), 298(1-16).
- Gorman, D., Bielecki, K., Willocks, L., & Pollock, K. (2019). A qualitative study of vaccination behaviour amongst female Polish migrants in Edinburgh, Scotland. *Vaccine*, 37(20), 2741-2747.
- Grignolio, A. (2018). A Brief History of Anti-vaccination Movements. A. Grignolio (Ed.), *Vaccines: Are they Worth a Shot?* (ss. 25-40). Springer International Publishing.
- Günay, İ., Tatar, M., Saygılı, M., Yörük, G. B., Başpınar, S., & Saygun, M. (2020). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ülkemizdeki aşı reddi hakkındaki düşünceleri. *Genel Tıp Dergisi*, 30(3), 133- 139.
- Hasar, M., Özer, Z. Y., & Bozdemir, N. (2021). Aşı reddi nedenleri ve aşılardaki görüşler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 166-176.
- Hekimoğlu, C. H. (2019). Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon salgınlarının incelenmesi. *BUHASDER Kongresi*, 8.
- Heymann, D. L. (Ed.). (2015). *Control of Communicable Diseases Manual*. American Public Health Association.
- History of Vaccines. (t.y.). Edward Jenner, The Father of Vaccination. <https://historyofvaccines.org/history/edward-jenner-frs-frcpe/overview> sayfasından erişilmiştir.
- Horne, Z., Powell, D., Hummel, J. E., & Holyoak, K. J. (2015). Countering antivaccination attitudes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(33), 10321-10324.

- Howell, J. L., Gasser, M. L., Kaysen, D., & Lindgren, K. P. (2022). Understanding parental vaccine refusal: Implicit and explicit associations about vaccines as potential building blocks of vaccine beliefs and behavior. *Social Science & Medicine*, 310, 115275.
- Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The anti-vaccination movement: A regression in modern medicine. *Cureus*, 10(7), 1-6.
- İnci, A., & Düzlü, Ö. (2009). Vektörler ve vektörlerle bulaşan hastalıklar. *Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 6(1), 53-63.
- İnfal, S., & Şahin, T. K. (2016). Bir üniversite hastanesindeki yardımcı personelin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 73(1), 39-48.
- Kahraman, E.P., & Altındis, M. (2020). COVID-19 Asıları; Pandemide Sona Doğru? *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4(3), 240-249.
- Karafilakis, E., & Larson, H. J. (2017). The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine*, 35(37), 4840–4850.
- Keşli, R. vd. (2021). Türkiye'nin farklı bölgelerinde otizmlili çocuğu olan ailelerin aşılarda hakkındaki bilgi düzeylerinin, aşı reddinin sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 225-231.
- Khan, H., Dabla-Norris, M. E., Lima, F., & Sollaci, A. (2021). *Who doesn't want to be vaccinated? Determinants of vaccine hesitancy during Covid-19*. International Monetary Fund.
- Kılıç, S. G., & Dolapçı, İ. (2021). Aşıların tarihçesi ve yeni aşı stratejileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 74(1), 1-10.
- Kılınçarslan, G. M., Sarıgül, B., Toraman, Ç., & Şahin, M. E. (2020). Geçerli ve Güvenilir Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeği Geliştirilmesi. *Konuralp Medical Journal*, 12(3), 420-429.
- Kimberlin, D. W., Brady, M. T., Jackson, M. A., & Long, S. S. (2018). Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. *American Academy of Pediatrics*, 1–3.
- Koruk, İ., Tekin-Koruk, S., Tuncer, K., Demir, C., Kara, B., & Şeyhanoğlu, A. S. (2014). Şanlıurfa'da sağlık çalışanlarının mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama düzeyi. *Klinik Dergisi*, 27, 48-56.
- Kucuk, Y., Karaoğlu, N., & Küçükceran, H. (2024). Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılama Durumları ve Aşılarla Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 46(1), 44-58.
- Kumar, D., Chandra, R., Mathur, M., Samdariya, S., & Kapoor, N. (2016). Vaccine hesitancy: understanding better to address better. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5, 1-8.
- Kutlu, H. H., & Altındis, M. (2018). Aşı karşıtlığı. *Flora Dergisi*, 23(2), 47-58.
- Lane, S., MacDonald, N. E., Marti, M., & Dumolard, L. (2018). Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data (2015–2017). *Vaccine*, 36(26), 3861–3867. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.03.063>
- 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.

- Lavoie, M. C., Yassi, A., Bryce, E., Fujii, R., Logronio, M., & Tennassee, M. (2010). International collaboration to protect health workers from infectious diseases in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 396-402.
- Ma J, Stahl L, 2017. A multimodal critical discourse analysis of anti-vaccination information on Facebook. *Library & Information Science Research*, 39, 4, 303-10.
- Massey, E. (2008). A sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation. http://quod.lib.umich.edu/cgi/t/text/text-idx?c=evans;idno=N02_7_82.0001.001 sayfasından erişilmiştir.
- McGregor, S., & Goldman, R. D. (2021). Determinants of parental vaccine hesitancy. *Can Fam Physician*, 67(5), 339-341.
- Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. (2013). *Medical Microbiology*. Elsevier.
- Museum of Healthcare. (2017). The History of Vaccinations: The Build Up to the Spanish Flu. <https://museumofhealthcare.blog/the-history-of-vaccinations-the-build-up-to-the-spanish-flu/> sayfasından erişilmiştir.
- Mühür, İ., Yılmaz, Ş., & Soylu, P. (2022). Geçmişten günümüze aşı ve aşılama. *Journal of MTU*, 1(1), 32-36.
- Nahmatov, H. (2019). *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim alan 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde erişkin aşılama konusunda bilgi düzeyi, tutum ve aşı yaptıurma oranlarının değerlendirilmesi ve karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 553868.
- Nascimento, I. P., & Leite, L. C. (2012). Recombinant vaccines and the development of new vaccine strategies. *Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas*, 45(12), 1102–1111.
- Nelson, E. J., Harris, J. B., Morris, J. G., Jr., Calderwood, S. B., & Camilli, A. (2009). Cholera transmission: The host, pathogen and bacteriophage dynamic. *Nature Reviews Microbiology*, 7(10), 693–702. <https://doi.org/10.1038/nrmicro2204>
- Nuwarda, R. F., Ramzan, I., Weekes, L., & Kayser, V. (2022). Vaccine hesitancy: contemporary issues and historical background. *Vaccines*, 10(10), 1595.
- Nyhan, B., Reifler, J., Richey, S., & Freed, G. L. (2014). Effective messages in vaccine promotion: A randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e835–e842.
- Okuhara, T., Ishikawa, H., Okada, M., Kato, M., & Kiuchi, T. (2017). Readability comparison of pro- and antiHPV-vaccination online messages in Japan. *Patient Education and Counseling*, 100, 10, 1859-66.
- Orhon, F. Ş. (2020). Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. *Osmangazi Tıp Dergisi, Sosyal Pediatri Özel Sayısı*, 6-14.
- Özdemir, Acar, M. Ö. (2022). *Sıfır – 18 Yaş Arası Çocuklarda Aşılanma Oranı ve Ailelerin Özel Aşılar ile İlgili Farkındalığının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 738108.
- Özden, M. (2020). *Ankara merkez ilçelerde çalışmakta olan aile hekimlerinin çocukluk çağı rutin aşı uygulamaları ve aşı tereddütüne sahip ebeveyne yaklaşımlarının değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. 637689.

- Öztürk, R., Cesur, S., Meltem Şimşek, E., Şen, S., & Şanal, L. (2018). Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personellerinin enfeksiyon kontrol önlemleri hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(3), 289-296.
- Öztürk, Y., & Günay, O. (2011). *Halk sağlığı genel bilgiler*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.
- Poçan, A. G., & Çolak, M. (2024). Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı; COVID-19 Pandemisinde Türkiye’de bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Görüşü. *TJFMPC*, 18(3), 276-284.
- Pala, K. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Türkiye’de halk sağlığı yönetimi. *Sağlık ve Toplum*, 30(Özel Sayı), 39-50.
- Parıldar, H. (2020). *Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları*. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Plotkin, S. (2014). History of vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(34), 12283–12287.
- Poland, G. A., & Jacobson, R. M. (2001). Understanding those who do not understand: A brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine*, 19(17-19), 2440–2445.
- Razzaghi, M. R., & Afshar, L. (2016). A conceptual model of physician-patient relationships: a qualitative study. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 9.
- Riedel, S. (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 18(1), 21-25.
- Ryan, K. J., Ray, C. G., & Sherris, J. C. (2004). *Sherris Medical Microbiology*. McGraw Hill.
- Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M., & Omer, S. B. (2015). Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Vaccine*, 33, D66-D71.
- Sayar, B. (2024). Halk Sağlığına Tehdit Olarak Artan Aşı Karşıtlığı Ve Önleyici Stratejiler. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 11(2), 34-38.
- Shelton, R. C., Snavelly, A. C., De Jesus, M., Othus, M. D., & Allen, J. D. (2013). HPV vaccine decision-making and acceptance: Does religion play a role? *Journal of religion and health*, 52, 1120-1130.
- Sofuoğlu Kılıç, N. S. (2021). Post-Truth Çağda Aşı Karşıtlığı. *Türk İslâm Medeniyeti Akademik Araştırmalar Dergisi*, 16(31).
- Solmaz, H., Karabay, O., Kaya, H., Özdemir, M., Koç, E., Gürbilek, vd. (2021). *Koruyucu hekimlikte aşı*. Karabük Üniversitesi Yayınları.
- Sönmez, A., Öztürk, B., & Abacıgil, F.: (2019). *Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon Epidemiyolojisi ve Sürveyansı*. In 3. International 21. National Public Health Congress.
- Spier, R. E. (2001). Perception of risk of vaccine adverse events: A historical perspective. *Vaccine*, 20, 78–84.
- Sundstrom, B., Smith, E., Delay, C., Luque, J. S., Davila, C., Feder, B. at al. (2019). A reproductive justice approach to understanding women's experiences with HPV and cervical cancer prevention. *Social Science & Medicine*, 232, 289-297.
- Şimşek, E. (2020). *Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde Çalışan Doktorların Aşı Karşıtlığı Konusundaki Görüş, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi. 627685.

- T.C. Resmî Gazete. (2025, 8 Mart). *Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Yönetmelik Değişikliği*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/03/20250308-4.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). *Aşının tarihçesi*. Aşı Portalı. <https://asi.saglik.gov.tr/tarihce.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Aşı nedir, nasıl etki eder?* Aşı Portalı. <https://asi.saglik.gov.tr/asi-nedir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler*. <https://asi.saglik.gov.tr/asie.html> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2015-18_Bulasici_Hastaliklarin_Ihbar_ve_Bildirim_Sistemi_Genelgesi.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *2018/22 Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi* (Genelge No. 2018/22). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genelgeler/132.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011)*. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,6612/hasta-ve-calisan-guvenliginin-saglanmasina-dair-yonetmelik-2011.html> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025b). *Türkiye’de Aşının Tarihçesi*. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/tr-77801/turkiyede-asinin-tarihcesi.html> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). *Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi. Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (n.d.). *Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanması gerekli aşılar ve uygulama şemaları*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/saglik-calisanlari-asilama.html>
- Tafari, S., Gallone, M. S., Cappelli, M. G., Martinelli, D., Prato, R., & Germinario, C. (2014). Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. *Vaccine*, 32(38),4860–4865.
- Tekinel B. (2020). Tehlikeli Olan Hangisi? Aşı Mı, Aşı Karşıtlığı Mı? *Aegean Journal of Medical Sciences*, 2, 80-82.
- Terzi, Ö., Gulen, E., & Dünder, C. (2021). The causes of parental vaccine refusal: results of a survey from Giresun, Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 63(4), 618-625.
- Tezol, Ö., Erkasar, F., & Çıtak, E. Ç. (2020). Pediatrik Kanser Hastalarının Ebeveynlerinin Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Aşı Karşıtlığı. *Sosyal Pediatri*, Özel Sayı, 51-58.
- Topçu, İ., & Nasuhbeyoğlu, N. (2020). Gen Düzenleme Teknolojileri Bağlamında Covid-19 Aşı Çalışmaları ve Etik Sorunlar. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(3).
- Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. Ş., & Ulukoğlu, B. (2019). Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics*, 86(1), 38-43.
- Tulchinsky, T., & Varavikova, E. (2019). *Yeni halk sağlığı* (3rd ed) (Çev. Vaizoglu, S. A). Ankara: Palme Yayınevi.

- Turhan, Z., Dilcen, H. Y., & Dolu, İ. (2022). The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during Covid-19 pandemic. *Current psychology*, 41(11), 8147-8156.
- Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). (2019). *Erişkin Bağışıklama Rehberi*. İstanbul, 25-35.
- Türkiye Milli Pediatri Derneği. (2014). Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları. <https://millipediatri.org.tr/Custom/Upload/files/kilavuzlar/kilavuz-2.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Uçak, B. (2022). *Özel bir hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik risk ve korunma farkındalığının incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Utandır Altay, S. (2022). *Aşı karşıtlığına iletişimsel bir yaklaşım: Türkiye’de aşı karşıtı instagram hesapları örnekleri üzerine bir inceleme*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 725375.
- Ünlü, H., & Çiçek, E. (2021). Salgın hastalıklardan koruma ve kontrol önlemleri, covid-19 pandemisi ile mücadele ve yaşanan güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 101-107.
- Vaz, O. M., Ellingson, M. K., Weiss, P., Jenness, S. M., Bardaji, A., Bednarczyk, R. A., & Omer, S. B. (2020). Mandatory vaccination in Europe. *Pediatrics*, 145(2), e20190620.
- Velipaşaoğlu, S. (2020). Aşı immünitesi ve yanıtını etkileyen faktörler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, Sosyal Pediatri Özel Sayısı, 1-5.
- Ward, P. R., Attwell, K., Meyer, S. B., Rokkas, P., & Leask, J. (2017). Risk, responsibility and negative responses: A qualitative study of parental trust in childhood vaccinations. *Journal of Risk Research*, 1– 14.
- Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 5(10), e004206. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>
- Wolfe, R. M., & Sharp, L.K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*, 325(7361), 430–432.
- Wolfe, R. M., Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Content and design attributes of antivaccination web sites. *Jama*, 287(24), 3245-3248.
- World Health Organization. (2021). *A brief history of vaccination*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination>
- World Health Organization (WHO). (2019). Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> sayfasından erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO). (2021). World Health Statistics 2021. <https://fondazionecerm.it/wp-content/uploads/2021/05/WHO-World-Health-Statistics-2021.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases* (2nd ed.). Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2025). Vaccines and immunization. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination> sayfasından erişilmiştir.

- Yakşı, N. (2020). Aile sağlığı merkezi çalışanlarının aşı reddi konusundaki düşünceleri ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 18(3).
- Yalçın Bugdaycı, N.B., Tunç Yenicoak, A., & Şaşmaz, T. (2020). Mersin il merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aşı kararsızlığı veya reddi ile karşılaşma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *Turkish Journal of Public Health*, 18(3), 155-169.
- Yazan, E., Gençay, K., & İnce, E. B. T. (2020). Aşı reddi ve topikal florid reddinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal*, 7, 134-140.
- Yeşiltepe, A., & Demir, K. (2020). *Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar (Healthcare-related infections)*. Akademisyen Kitabevi.
- Yıldırım, A., & Özpulat, F. (2015). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin mesleki riskler konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri. *Sted*, 24(1), 18-25.
- Yıldız, Z., Gencer, E., & Gezege, N. F. (2021). Covid 19 pandemi sürecinde geliştirilen aşılar karşı bireylerin tutumlarının değerlendirilmesi üzerine uygulamalı bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 12(3), 877-889.
- Yiğit, T., Oktay, B. Ö., Özdemir, C. N. & Moustafa Pasa, S. (2020). Aşı karşıtlığı ve fikri gelişimi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(53), 1244-1261.
- Zencir, M. (2014). Mesleki bulaşıcı hastalıklar: Sağlık çalışanlarının sağlığı örneği. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Haziran(2014), 60-69.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L. at al. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183-187.
- Zimmerman, T., Shiroma, K., Fleischmann, K. R., Xie, B., Jia, C., Verma, N. at al. (2023). Misinformation and Covid-19 vaccine hesitancy. *Vaccine*, 41(1), 136-144.

EK-1 ETİK KURUL KARARI

EK-1: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı (1.sayfa)
6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-1: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı (2.sayfa)
6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-2 ANKET FORMU

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞI KARŞITLIĞI DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Şenel Savır tarafından tez çalışması kapsamında yürütülen bir araştırma anketidir. Tez çalışmamız, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyinin ölçülerek, bulaşıcı hastalıklarla ilgili aşı çalışmalarına karşıtlıklarının incelenmesini amaçlamaktadır.

Anketteki cevaplarınız gizli tutulacak ve bu araştırmaya bağlı yapılacak çalışmalar dışında kullanılmayacaktır.

Yanıtları olduğu gibi yansıtmamız sonuçların daha sağlıklı değerlendirilmesi için çok önemlidir.

Anket içeriği 7 soruluk demografik bilgi içeren kısım ve toplam 55 soruluk ölçek kısmından oluşmaktadır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esaslı olup anketi doldurmak yaklaşık 10 dakika sürecektir. Katılımınız ve yanıtlarınız bizim için çok değerlidir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için (e-posta: senelsavir@gmail.com) ulaşabilirsiniz.

Yanıtlarınız ile bu bilimsel çalışmaya katkı sağlayıp ilgi gösterdiğiniz için teşekkür ederiz.

* Zorunlu soruyu belirtir

1. Katılımı onaylıyorsanız 'onaylıyorum' kutucuğunu işaretleyiniz. *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Onaylıyorum

2. Yaşınız: *

https://docs.google.com/forms/d/1KVYvU6exacbh2_v9W1Oqitp2tIJ0OwXzUlboS_20XkY/edit

Ş. S. DULC

1/21

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

3. Cinsiyetiniz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Kadın☐ Erkek

4. Mesleğiniz: *

5. Çalıştığınız kurum/ ünite : *

6. Eğitim seviyeniz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ İlkokul☐ Ortaokul☐ Lise☐ Üniversite☐ Yüksek Lisans / Doktora

7. Çalışma süreniz (yıl): *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 1-5☐ 5-10☐ 10-20☐ 20 ve üzeri

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

8. Hangi alanda çalışıyorsunuz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hastane
- ☐ Aile sağlığı merkezi
- ☐ Eczane
- ☐ Laboratuvar
- ☐ Diğer: _____

Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği

Aşağıdaki 34 maddeyi okuyun ve her maddede sizin için geçerli olan yanıtı işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Beş seçenekten yalnızca bir yanıtı işaretlemelisiniz.

9. 1.Bulaşıcı hastalıklar sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

10. 2.Bulaşıcı hastalıklar eğitim ve/veya iş yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

11. 3.Bulaşıcı hastalıklar duygusal durumu olumsuz yönde etkileyebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

12. 4.Bulaşıcı hastalıklar aile içi ilişkileri etkileyebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

13. 5.Bulaşıcı hastalıklar ekonomik durumu olumsuz etkileyebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

14. 6.Bazı bulaşıcı hastalıklar tehlikelidir *

14.2

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

14.3

15. 7.Bazı bulaşıcı hastalıklar ölümcüldür *

15.2

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

15.3

16. 8.Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklar tehlikeli derse tehlikelidir *

16.2

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

16.3

16.4

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

17. 9.Bazı bulaşıcı hastalıklardan korunmak için tokalaşma ve sarılma gibi yakın *
temastan kaçınılmalıdır

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

18. 10.Bulaşıcı hastalığı olan birey diğer insanlardan uzak durmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

19. 11.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında evde kalmak önemlidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

20. 12.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel hijyene dikkat edilmelidir *

hi 3

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

hi 3

21. 13.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel eşyalar ortak kullanılmamalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

hi 3

22. 14.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için eller sık sık, yeterli sürede ve doğru *
teknikle yıkanmalıdır

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

hi 3

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

23. 15.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için bulunulan her ortamda genel temizlik kurallarına uyulmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

24. 16.Eğer sağlık otoriteleri tarafından önerildiyse evden dışarı çıkıldığında, maske, eldiven gibi koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

25. 17.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında dış ortam kıyafetleri ev ortamında kullanılmamalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

26. 18.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında sık temas edilen yüzeyler deterjanla her *
gün temizlenmelidir

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

27. 19.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için toplumsal çaba gereklidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

28. 20.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmada vücut direnci/ bağışıklık *
önemlidir

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

29. 21.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için uyku düzenine dikkat edilmelidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

30. 22.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için yeterli ve dengeli beslenilmelidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

31. 23.Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik aşı varsa mutlaka yaptırılmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

32. 24.Bulaşıcı hastalıkları önlemek için kurumsal yaptırımlar olmalıdır *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

33. 25.Bulaşıcı hastalık şüphesi varsa hemen sağlık kurumuna gidilmelidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

34. 26.Bazı bulaşıcı hastalıklar tedavi edilebilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

35. 27.Bulaşıcı bir hastalığa her an yakalanılabileceğini düşünüyorum *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

36. 28.Bazı bulaşıcı hastalıklar açık yaralardan bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

37. 29.Bazı bulaşıcı hastalıklar su ve besinlerle bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

S.S. DUK

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

38. 30.Bazı bulaşıcı hastalıklar dışkıyla bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

39. 31.Bazı bulaşıcı hastalıklar vektörler (kene, pire, sivrisinek vb) aracılığıyla ya da hayvanlardan bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

40. 32.Bazı bulaşıcı hastalıklar bazı tedaviler (kan, plazma) sırasında bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

41. 33.Bazı bulaşıcı hastalıklar dövme yaptıрма esnasında bulaşabilir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

42. 34.Bazı bulaşıcı hastalıkların nedeni çevre (hava, su vs) kirliliğidir *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

Aşı Karşıtlığı Ölçeği

Aşağıdaki 21 maddeyi okuyun ve her maddede sizin için geçerli olan yanıtı işaretleyin.
Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Beş seçenekten yalnızca bir yanıtı işaretlemelisiniz.

43. A1.Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

44. A2.Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

45. A3.Devlet tarafından önerilen aşılarla güvenirim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

46. A4.Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

47. A5.Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir. *

İki

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.0

İki

48. B1.Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.0

İki

49. B2.Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.0

İki

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

50. B3.Aşı birçok hastalığa neden olabilir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

51. B4.Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

52. B5.Aşıların yararı kadar zararı da vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

53. B6.Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

54. C1.Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

55. C2.Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

56. C3.Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

57. C4.Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

58. C5.Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

59. D1.İğneden korktuğum için aşı olmam. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

60. D2.Dini inancım nedeniyle aşı olmam. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

61. D3.Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7.06.2024 23:58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BULAŞICI HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BULAŞICI HASTALIKL...

62. D4.Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılmasına gerek yok. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

63. D5.Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılınmak gereksizdir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kısmen katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır.

Google Formlar

https://docs.google.com/forms/d/1KWYvU6exacbh2_v9W1Oqilp2tiJ0OwXzUlboS_20XkY/edit

Ş.Ş. Dile

21/21

EK-3 ÖLÇEK İZİNLERİ VE ÖLÇEKLER



Mehmet Göktuğ Kılınçarslan <goktugmk@gmail.com>

15 Oca Paz 14:12

Alıcı: ben

Sayın Savır,

Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeğimizi kaynak göstererek dilediğiniz şekilde kullanabilirsiniz.

[Buraya tıklayarak](#) aşı karşıtlığı ölçeğinin hem uzun hem de kısa formunu içeren dosyaya ulaşabilirsiniz. Ölçeğin puanlandırılması da aynı belgede yer almaktadır.

[Buraya tıklayarak](#) aşı karşıtlığı ölçeğimizin makalesine ulaşabilirsiniz.

[Burayı tıklayarak](#) aşı karşıtlığı ölçeğimizin TOAD' da bulunan sayfasına ulaşabilirsiniz.

Herhangi bir sorun yaşarsanız lütfen tekrar iletişime geçmekten çekinmeyiniz.

Saygılarımla

14 Oca 2024 Paz 23:33 tarihinde Şenel Savır <senelsavir@gmail.com> şunu yazdı:

...



güzelnur aras <guzelnur.aras@gmail.com>

14 Oca Paz 23:38

Alıcı: ben

Merhaba Şenel Hanım,

Ölçeğe olan ilginizden dolayı teşekkür ederiz. Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili eki aşağıda bulabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla

14 Oca 2024 Paz 23:35 tarihinde Şenel Savır <senelsavir@gmail.com> şunu yazdı:

...



BULAŞICI HASTALIKLARA YÖNELİK ALGI ÖLÇEĞİ (BHYAÖ)

Aşağıdaki 34 maddeyi okuyun ve her maddede sizin için geçerli olan yanıtı işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm maddelere yanıt verin, ancak vereceğiniz cevabı düşünmek için çok fazla zaman harcamayın. Beş seçenekten yalnızca bir yanıtı işaretlemelisiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Bulaşıcı hastalıklar sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyebilir	5	4	3	2	1
2.Bulaşıcı hastalıklar eğitim ve/veya iş yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir	5	4	3	2	1
3.Bulaşıcı hastalıklar duygusal durumu olumsuz yönde etkileyebilir	5	4	3	2	1
4.Bulaşıcı hastalıklar aile içi ilişkileri etkileyebilir.	5	4	3	2	1
5.Bulaşıcı hastalıklar ekonomik durumu olumsuz etkileyebilir	5	4	3	2	1
6.Bazı bulaşıcı hastalıklar tehlikelidir	5	4	3	2	1
7.Bazı bulaşıcı hastalıklar ölümcüldür	5	4	3	2	1
8.Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklar tehlikeli derse tehlikelidir	5	4	3	2	1
9.Bazı bulaşıcı hastalıklardan korunmak için tokalaşma ve sarılma gibi yakın temastan kaçınılmalıdır	5	4	3	2	1
10.Bulaşıcı hastalığı olan birey diğer insanlardan uzak durmalıdır	5	4	3	2	1
11.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında evde kalmak önemlidir	5	4	3	2	1

12.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel hijyene dikkat edilmelidir	5	4	3	2	1
13.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel eşyalar ortak kullanılmamalıdır	5	4	3	2	1
14.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için eller sık sık, yeterli sürede ve doğru teknikle yıkanmalıdır	5	4	3	2	1
15.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için bulunulan her ortamda genel temizlik kurallarına uyulmalıdır	5	4	3	2	1
16.Eğer sağlık otoriteleri tarafından önerildiyse evden dışarı çıkıldığında, maske, eldiven gibi koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır	5	4	3	2	1
17.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında dış ortam kıyafetleri ev ortamında kullanılmamalıdır	5	4	3	2	1
18.Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında sık temas edilen yüzeyler deterjanla her gün temizlenmelidir.	5	4	3	2	1
19.Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için toplumsal çaba gereklidir.	5	4	3	2	1
20.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmada vücut direnci/ bağışıklık önemlidir	5	4	3	2	1
21.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için uyku düzenine dikkat edilmelidir	5	4	3	2	1
22.Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için yeterli ve dengeli beslenilmelidir	5	4	3	2	1
23.Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik aşı varsa mutlaka yaptırılmalıdır.	5	4	3	2	1

24.Bulaşıcı hastalıkları önlemek için kurumsal yaptırımlar olmalıdır	5	4	3	2	1
25.Bulaşıcı hastalık şüphesi varsa hemen sağlık kurumuna gidilmelidir	5	4	3	2	1
26.Bazı bulaşıcı hastalıklar tedavi edilebilir.	5	4	3	2	1
27.Bulaşıcı bir hastalığa her an yakalanılabileceğini düşünüyorum	5	4	3	2	1
28.Bazı bulaşıcı hastalıklar açık yaralardan bulaşabilir.	5	4	3	2	1
29.Bazı bulaşıcı hastalıklar su ve besinlerle bulaşabilir.	5	4	3	2	1
30.Bazı bulaşıcı hastalıklar dışkıyla bulaşabilir.	5	4	3	2	1
31.Bazı bulaşıcı hastalıklar vektörler (kene, pire, sivrisinek vb) aracılığıyla ya da hayvanlardan bulaşabilir.	5	4	3	2	1
32.Bazı bulaşıcı hastalıklar bazı tedaviler (kan, plazma) sırasında bulaşabilir.	5	4	3	2	1
33.Bazı bulaşıcı hastalıklar dövme yaptırma esnasında bulaşabilir.	5	4	3	2	1
34.Bazı bulaşıcı hastalıkların nedeni çevre (hava, su vs) kirliliğidir.	5	4	3	2	1

1= Kesinlikle Katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Kararsızım

4=Katılıyorum

5= Kesinlikle Katılıyorum

Ölçek 2 faktör 34 maddeden oluşmaktadır.

(<https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/30/4/645.abstract>)

Aşı Karşıtlığı Ölçeği (uzun form)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
A1	Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.					
A2	Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.					
A3	Devlet tarafından önerilen aşılar güvenirim.					
A4	Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.					
A5	Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.					
B1	Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.					
B2	Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.					
B3	Aşı birçok hastalığa neden olabilir.					
B4	Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar.					
B5	Aşıların yararı kadar zararı da vardır.					
B6	Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.					
C1	Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.					
C2	Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.					
C3	Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.					
C4	Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.					
C5	Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.					
D1	İğneden korktuğum için aşı olmam.					
D2	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
D3	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
D4	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.					

D5	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılacak gereksizdir.					
----	--	--	--	--	--	--

A- Aşı yararı ve koruyucu değeri

Kesinlikle katılmıyorum	5 puan
Katılmıyorum	4 puan
Kısmen katılıyorum	3 puan
Katılıyorum	2 puan
Kesinlikle katılıyorum	1 puan

B- Aşı karşıtlığı

C- Aşı olmamak için çözümler

D- Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması

Kesinlikle katılmıyorum	1 puan
Katılmıyorum	2 puan
Kısmen katılıyorum	3 puan
Katılıyorum	4 puan
Kesinlikle katılıyorum	5 puan

Hesaplanmış kesme değeri yoktur.

Puan arttıkça aşı karşıtlığı/tereddüdü artar. (A bölümü maddeleri aşı lehinde ifadelerden oluştuğundan ters puanlanmıştır.)

(<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/980936>)

EK-4 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ŞENEL	Soyadı	SAVIR GÜVENDİ
Doğ.Yeri	ELBİSTAN	Doğ.Tar.	10.04.1993
Uyruğu	T.C.	Email	senelsavir@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ	2015

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi	7 yıl 9 ay
2.	Hemşire	Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Halen devam ediyor
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Az	Orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
EXCEL	İYİ
WORD	İYİ

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri