



T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

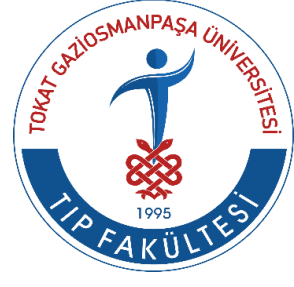
**TOKAT MERKEZ 2'NOLU ESENTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
KAYITLI**

**HASTALARIN COVID-19 AŞI GEÇMİŞLERİ ve
AŞILANMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE
AŞI SONRASI GEÇİRMİŞ OLDUĞU HASTALIKLARA BAKIŞI
GELECEKTEKİ AŞILANMA İHTİYACINAYAKLAŞIM DEĞİŞİKLİKLERİ
HAKKINDA**

Dr. Ali Rıza SAZAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT 2025



T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TOKAT MERKEZ 2’NOLU ESENTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
KAYITLI
HASTALARIN COVID-19 AŞI GEÇMİŞLERİ ve
AŞILANMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE
AŞI SONRASI GEÇİRMİŞ OLDUĞU HASTALIKLARA BAKIŞI
GELECEKTEKİ AŞILANMA İHTİYACINAYAKLAŞIM DEĞİŞİKLİKLERİ
HAKKINDA

Dr. Ali Rıza SAZAK

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
TOKAT
2025

TEŞEKKÜR

Uzun Asistanlık eğitimim süresince çalışma olanağı bulduğum, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım başta Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Hekimliği AD Başkanımız Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e ve Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN'a, Değerli fikirleri ile tez çalışmama yön veren tez hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye, Rotasyonlarım sırasında bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen tüm değerli hocalarıma ve birlikte çalıştım tüm asistan arkadaşlarıma

Uzun Eğitim sürecinin başından itibaren hep yanımda olan aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Teşekkür ederim.

Dr.Ali Rıza SAZAK

ÖZET

Tokat Merkez 2’Nolu Esentepe Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların COVID-19 Aşı Geçmişleri ve Aşılama Durumunu Etkileyen Faktörler ile Aşı Sonrası Geçirmiş Olduğu Hastalıklara Bakışı Gelecekteki Aşılama İhtiyacına Yaklaşım Değişiklikleri Hakkında

Bu çalışma, Tokat Merkez 2 Nolu Esentepe Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerde COVID-19 aşısı geçmişini, aşılama durumunu etkileyen faktörleri, aşı sonrası hastalık algılarını ve gelecekteki aşı tutumlarını incelemiştir. Pandemi, hem sağlık sistemini hem de aşılaraya yönelik toplumsal yaklaşımı önemli ölçüde etkilemiştir.

Şubat-Haziran 2025 tarihleri arasında, 18 yaş ve üzeri 1025 gönüllü bireyle yüz yüze anket yapılmıştır. Anketle COVID-19 hastalık ve aşı öyküsü, aşı sonrası yan etkiler, aşı pişmanlığı, olası yeni bir pandemideki tutum, çocukluk ve erişkin dönemi aşılarına yaklaşım ile sağlık kurumlarına güven düzeyi değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 25.0 ile analiz edilmiş, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların %63’ü kadındı. %69,4’ü aşısı toplumsal sorumluluk olarak görürken, %91,1’i en az bir doz COVID-19 aşısı yaptırmıştı. Ancak bu grubun %53,3’ü aşı olduğu için pişmanlık duyduğunu ifade etti. Yeni bir pandemide yeniden aşı olmayacağını belirtenlerin oranı %55,1 iken, bu kararı yan etkilerden duyulan kaygı ile açıklayanların oranı %65,8’di. Uzun vadeli yan etki korkusu %72,6 olup, en sık bildirilen etki kardiyovasküler hastalıklardı (%18,2). Psikolojik açıdan ise, %59,7’si pandemiden etkilendiğini belirtmiş, %42,4’ü aşılama ile rahatladığını ifade etmiştir. Katılımcıların %11,1’i COVID-19 aşılarının çocukluk aşılarına bakışlarını olumsuz etkilediğini, %31,4’ü ise grip ve pnömoni gibi erişkin aşılarına güveninin azaldığını belirtmiştir. %34,0’ı aşı reddinin toplum sağlığına olumlu etkisi olacağını düşünürken, %72,5’i pandemiyle birlikte sağlık çalışanlarına olan güvenin arttığını ifade etmiştir.

Sonuç olarak, pandemi sonrası aşı tereddüdü yaygınlaşmıştır. Sadece COVID-19 aşısı değil, çocukluk aşılarını da etkilemektedir. Aşı tereddüdünün nedenleri belirlenmeli, doğru bilgiye erişim sağlanmalı ve toplumsal güven yeniden tesis edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Aşı, Yan etki, Aşı tereddüdü

ABSTRACT

COVID-19 Vaccination History, Factors Affecting Vaccination Status, Post-Vaccination Illness Perceptions, and Changes in Future Vaccination Approach Among Patients Registered at Tokat Merkez 2-Nolu Esentepe Family Health Center

This study examined the COVID-19 vaccination history, factors affecting vaccination status, perceptions of illnesses after vaccination, and changes in future vaccination attitudes among individuals registered at Tokat Merkez 2-Nolu Esentepe Family Health Center. The pandemic has significantly influenced both the healthcare system and societal attitudes toward vaccination.

Between February and June 2025, face-to-face surveys were conducted with 1,025 volunteer participants aged 18 and above. The survey assessed COVID-19 disease and vaccination history, post-vaccination side effects, vaccine regret, attitudes in a potential future pandemic, perspectives on childhood and adult vaccinations, and trust in health institutions. Data were analyzed using SPSS 25.0, with $p < 0.05$ considered statistically significant.

Of the participants, 63% were female. While 69.4% viewed vaccination as a social responsibility, 91.1% had received at least one dose of the COVID-19 vaccine. However, 53.3% of those vaccinated expressed regret. Among those unwilling to be vaccinated again in a future pandemic (55.1%), 65.8% cited concerns about side effects. The fear of long-term side effects was 72.6%, with cardiovascular diseases (18.2%) being the most commonly reported. Psychologically, 59.7% stated they were affected by the pandemic, while 42.4% reported feeling relief with the initiation of vaccination. Additionally, 11.1% said that COVID-19 vaccines negatively impacted their views on childhood vaccinations, and 31.4% reported decreased trust in adult vaccines such as influenza and pneumonia. While 34.0% believed that vaccine refusal could positively impact public health, 72.5% noted increased trust in healthcare workers during the pandemic.

In conclusion, vaccine hesitancy has become widespread in the post-pandemic period. This affects not only COVID-19 vaccines but also childhood immunizations. The causes of vaccine hesitancy should be identified, access to accurate information must be ensured, and public trust should be restored.

Keywords: Covid-19, Pandemic, Vaccine, Side effect, Vaccine Hesitancy



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR	ix
TABLolar.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.KORONAVİRÜSLER	4
2.1.1 KORONAVİRÜS YAPISI ve PATOGENEZİ.....	4
2.1.2 COVID-19 EPİDEMİYOLOJİSİ	8
2.2.1 COVID-19 HASTALIK SEMPTOM ve BULGULAR	11
2.3. SALGININ EKONOMİK BOYUTU.....	12
2.4.SALDINLA MÜCADELEDE TÜRKİYENİN İZLEDİĞİ POLİTİKALAR.....	13
2.5. AŞILAR.....	17
2.5.1 AŞILARIN TARİHÇESİ.....	17
2.5.2. COVID-19 AŞILARI ve AŞI TEKNOLOJİLERİ.....	20
2.5.3 DÜNYA VE TÜRKİYEDE COVID-19 AŞILAMA SÜREÇLERİ.....	25
2.5.4 SALGIN KONTROLÜNDE AŞILARIN ROLÜ.....	26
2.6. AŞI TEREDDÜDÜ.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	29
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	29
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	30
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	29
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	30
4. BULGULAR	31

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK, SOSYOKÜLTÜREL VE SAĞLIK DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMLARI	31
4.2. KATILIMCILARIN AŞILARA GENEL BAKIŞI.....	34
4.3. COVID-19 HASTALIK ve AŞILANMA DURUM DEĞERLENDİRMESİ....	38
4.4. KATILIMCILARIN AŞI TUTUMLARINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER.....	45
5.TARTIŞMA	77
6.SONUÇ VE ÖNERİ	89
7.KAYNAKLAR	91
8.EKLER.....	96
EK-1. ANKETFORMU... ..	97

KISALTMALAR

ACE-2: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

alfaCov: Alfakoronavirüs

ALT: Alanin aminotransferaz

ARDS: Akut Respiratuvar Distress Sendromu

AST: Aspartat Aminotransferaz

betaCoV: Betakoronavirüs

BT: Bilgisayarlı Tomografi

COVAX: COVID-19 vascines Global access

COVID-19: Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu

CRP: C-reaktif protein

deltaCoV: Deltakoronavirüs

DM: Diyabetes Mellitus

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

gamaCoV: Gamakoronavirüs

GOARN: Küresel Salgın Uyarısı ve Müdahale Ağı

HT: Hiperkansiyon

ICTV: Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi

IL-1/IL6: Interlökin 1/6

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıkları

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDH: Laktat Dehidrogenaz

MERS: Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome)

MERS-CoV: Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ile ilişkili koronavirüs

MI: Miyokard İnfarktüsü

mRNA: mesenger RNA

PAAC: Posterior-Anterior Akciğer Grafisi

RNA: Ribonükleik Asit

RNP: RibonükleoProtein kompleksi

RT PCR: Real-time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction, Gerçek zamanlı protein zincir reaksiyonu

SAGE: DSÖ Aşılama Uzmanları Stratejik Danışma Grubu

SARS: Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)

SARS-CoV: Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) ile ilişkili koronavirüs

SARS-CoV-2: COVID-19

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TNF- α : Tümör Nekrozis Faktör α

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

α lfaCoV: Alfakoronavirüs

TABLÖLAR

4.1.1. Yaş Gruplarına Göre Katılımcıların Dağılımı.....	31
4.1.2. Cinsiyete Göre Katılımcıların Dağılımı.....	31
4.1.3. Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı.....	32
4.1.4. Çalışma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı.....	32
4.1.5. Yerleşim Yerine Göre Katılımcıların Dağılımı.....	33
4.1.6. Katılımcıların Kendi Görüşlerine Göre Gelir Düzeyleri Dağılımı.....	33
4.1.7. Katılımcıların Kendi Görüşlerine Göre Genel Sağlık Durumları.....	33
4.1.8. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	34
4.2.1. Aşıların Etkisine İlişkin Katılımcı Görüşlerinin Dağılımı.....	35
4.2.2. Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olduğunu Düşünmelerine İlişkin Katılımcıların Dağılımı.....	35
4.2.3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo.....	36
4.2.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına Tablo.....	36
4.2.5. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo.....	37
4.2.6. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo.....	38
4.3.1. Katılımcıların COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.....	39
4.3.2. Katılımcıların Yaş gruplarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçmişlerine İlişkin Tablo.....	39
4.3.3. Katılımcıların Sahip oldukları Kronik Hastalık Durumlarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçmişlerine İlişkin Tablo.....	40

4.3.4. COVID-19 Geçiren Katılımcıların Medikal Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	41
4.3.5. Katılımcıların Belirlenen Yaş gruplarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo... ..	42
4.3.6. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo.....	43
4.3.7. Katılımcıların Bir İşte Çalışma Durumları ile COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo.....	44
4.3.8. Katılımcıların COVID-19 Aşısı Olma Durumuna Göre Dağılımı	45
4.3.9. Katılımcıların COVID-19 Aşısı Doz Sayısına İlişkin Dağılımı	45
4.4.1. Katılımcıların COVID-19 Aşısına İlişkin Pişman Olup/Olmama Durumu	46
4.4.2. Aşısı Olan Katılımcıların Yeniden Salgın Bir Hastalık Durumunda Aşısı Olmaya İlişkin Görüşleri.....	46
4.4.3. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı Olanların, Olası Salgında Tekrar Aşılama Yaklaşımlarının Cinsiyetle İlişkisi Tablo.....	47
4.4.4. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı Olanların, Olası bir Salgında Tekrar Aşılama Yaklaşımlarının Bir İşte Çalışma Durumu ile İlişkisi Tablo.....	48
4.4.5. Tekrar Aşısı Olmayı Reddeden Katılımcıların Reddetme Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	49
4.4.6. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı sonrasında Aşının Herhangi Bir Yan Etkisi ile Karşılaşıp Karşılaşmadıklarını Düşündüklerinin Değerlendirmesi	49
4.4.7. COVID-19 Aşısı sonrasında Aşısı Yan Etkisi ile Karşılaştığını İfade Edenlerin Karşılaştığı Durumlar	50
4.4.8. Katılımcıların Sosyal Çevresinde Aşıya Bağlı Etki Yaşayanların Yaşadığı Yan Etkiler.....	51
4.4.9. Aşının Gelecekte Yaratabileceği Yan Etkilerden Korku Durumu.....	51
4.4.10. COVID-19 Salgının Katılımcıları Psikolojik Bakımdan Etkileme Durumu...	52

4.4.11. Katılımcılardan Salgını Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını söyleyenler ile Yaş Grupları Arasında Farklılıklara İlişkin Tablo.....	52
4.4.12. Katılımcılardan Salgın Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını söyleyenler ile Cinsiyet Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	54
4.4.13. Katılımcılardan Salgın Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını Söyleyenler ile Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	55
4.4.14. Pandemi COVID-19 Aşılarının Uygulanmaya Başlanması Katılımcıların Psikolojik Durumuna Etkisine İlişkin Tablo... ..	56
4.4.15. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması ile Psikolojik Bir Rahatlama Yaşanıp Yaşamadığı ile Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.... ..	56
4.4.16. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşanıp Yaşamadığı ile Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	58
4.4.17. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşanıp Yaşanmadığı ile Yaşadığı Bölge Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	59
4.4.18. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşayıp Yaşamadığı ile Kronik Hastalık Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo	59
4.4.19. COVID-19 Aşısının Çocukluk Çağı aşılarına Etkisine İlişkin Görüşler	61
4.4.20. Katılımcılara COVID-19 Aşıları Sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara Tablo.....	61
4.4.21. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	63
4.4.22. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaşadıkları Yer Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	65

4.4.23.	Pandemi Sırasında Çocukluk çağı Aşılarına İlişkin Görüşleri Farklılaşan Katılımcıların Farklılaşma Nedenleri.....	66
4.4.24.	Katılımcıların Grip ve Zatürre Aşılarına İlişkin Görüşlerinin Değişme Durumu.....	67
4.4.25.	Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	68
4.4.26.	Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Cinsiyet ile Arasındaki Farklılıklara ilişkin Tablo.....	69
4.4.27.	Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	70
4.4.28.	Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Katılımcıların Sağlık Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo.....	71
4.4.29.	Pandemi Döneminde Aşılar Hakkında Sağlık Uzmanları İle Katılımcıların Görüşme Durumları.....	72
4.4.30.	Aşılar Hakkında Sağlık Uzmanları İle Görüşmenin Katılımcıların Görüşlerini Değiştirme Durumu.....	72
4.4.31.	Salgın Hastalıkların Meydana Gelme Nedenlerine İlişkin Katılımcı Görüşleri.....	73
4.4.32.	Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarına ve Sağlık Kurumlarına Olan Güvenin Değişme Durumu.....	74
4.4.33.	Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarına ve Sağlık Kurumlarına Güvenlerinin Azaldığını Belirten Katılımcıların Azalma Nedenleri.....	75
4.4.34.	Katılımcıların Bir Salgın Döneminde Aşı Yaptıramaz / Yaptırmazsanız Aşı Dışı Korunma Yöntemlerine İlişkin Görüşleri.....	75

4.4.35. Tekrar Bir Salgın Olması Durumunda Katılımcıların Aşı Olma Motivasyonlarını Arttırmak İçin İhtiyaç Duydukları Destekler	76
--	-----------



1.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca, ölümcül bulaşıcı hastalıklar toplumsal yaşamı tehdit eden en korkutucu felaketler olarak öne çıkmıştır. Doğal afetler ve savaşlar genellikle belirli coğrafi bölgelerle sınırlı kalırken, bulaşıcı hastalıklar tüm insanlığı etkileyerek var olduğu her yerde büyük bir yıkıma yol açmıştır.

31 Aralık 2019 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etyolojisi tespit edilemeyen pnömoni vakalarını duyurdu. 7 Ocak 2020 tarihinde ise bu vakalara, daha önce insanlarda saptanmamış yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) neden olduğu belirlendi.

Koronavirüsler, soğuk algınlığı gibi yaygın ve hafif bir enfeksiyon bulgularından, çok daha ağır Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi ciddi tablolara yol açabilen bir virüs ailesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgını ilk olarak 30 Ocak 2020 tarihinde "Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak sınıflandırdı. Daha sonra, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi üzerine 11 Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlandı.

Türkiye'de COVID-19 salgınında ilk vaka 11 Mart 2020'de tespit edildi. Virüse bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de kayıtlara geçti. Sağlık Bakanlığı, 1 Nisan 2020'de salgının tüm ülkeye yayıldığını açıkladı.

Bakanlığın covid19.saglik.gov.tr sitesinde yer alan Mart 2023 tarihli son tabloya göre, Türkiye'de koronavirüs ile enfekte olmuş toplam hasta sayısı 17.032.066 olarak bildirilirken, bu tarihe kadar 102.174 hastanın vefat ettiği belirtilmiştir. Aynı zamanda, Mart 2023 tarihine kadar toplam 154.106.261 test yapıldığı görülmektedir.

Pandemi sürecinde, hem dünya genelinde hem de ülkemizde hastalığı kontrol altına almak amacıyla çeşitli bulaş önleme yöntemleri hedeflendi. Bu doğrultuda sokağa çıkma yasakları, karantina uygulamaları, iş hayatında esnek çalışmaya geçişin teşvik edilmesi, okulların kapatılarak uzaktan eğitim modelinin benimsenmesi ve yurtdışı seyahat kısıtlamaları gibi önlemler alındı.

Bu tedbirlerle birlikte çok hızlı bir şekilde, geçmişten günümüze bağışıklamada kullanılan en önemli yöntemlerden biri olan aşılar geliştirme çabaları başlamıştır.

Bulaşıcı hastalıklardan korunmada en etkili yöntemlerden biri aşılama uygulamalarıdır. Aşılar, bireyleri hastalıklardan ve bu hastalıkların yol açtığı olumsuz sonuçlardan korumak amacıyla sağlıklı ve risk altındaki kişilere uygulanır. Bu süreçte vücut, kendisine zarar vermeyen mikropları veya toksinleri tanıyarak bunlara karşı bir savunma mekanizması geliştirir. Böylece, gerçek mikropla karşılaşıldığında vücut önceden oluşturduğu bu savunma sistemiyle mücadele eder ve kişi hastalığa yakalanmaz. Bu durumdaki birey, artık o hastalığa karşı bağışıklık kazanmış olur. Oluşan bu bağışıklık genellikle yaşam boyu kalıcıdır ve hastalık etkeniyle karşılaştığında onu etkisiz hale getirmek için savaşır.

Günümüzde aşılar, enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili, en güvenli, en ekonomik ve en akılcı tıbbi yaklaşım olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de aşılardan, "sağlık verilerini iyileştirmek için en başarılı ve uygun maliyetli müdahalelerden biri" olduğunu vurgulamaktadır.

Pandemi döneminde, farklı yöntemler kullanılarak çeşitli aşılar üretildi. Bunlardan bazıları: Çin menşeli inaktif aşı olan CoronaVac, Almanya menşeli mRNA aşısı olan BioNTech, ABD menşeli Moderna, Rus menşeli Sputnik-V ve Türkiye menşeli Turkovac aşısıdır.

Türkiye'de ilk COVID-19 aşı uygulaması, Sağlık Bakanlığı'nın CoronaVac aşısına "Acil Kullanım Onayı" vermesinin ardından 14 Ocak 2021'de yapıldı. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pandemi döneminde Aşılama programları optimum etkinliğe ulaşmış, halk tarafından kabul oranı yüksek olmuş, yüksek uygulama oranlarına sahip olmuştur. Tüm Türkiye'de 150 milyonun üzerinde COVID-19 aşı uygulaması gerçekleştirildi. Türkiye uyguladığı bu yüksek aşılama sayısı ile Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Japonya, Bangladeş, Almanya, Filipinler ve İran'ın ardından en çok aşı uygulayan 10. ülke oldu.

Aşı tereddütü, aşılama hizmetleri mevcut olmasına rağmen, aşılardan reddedilmesini veya uygulanmasının geciktirilmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üye devletlerinin çoğunda bu durum gözlemlenmektedir. Küresel çapta aşı

tereddüdünün en sık belirtilen nedenleri arasında; risk-fayda potansiyelleri (bilimsel kanıtlar) hakkındaki endişeler, aşılama ve önemi hakkında bilgi ve farkındalık eksikliği, din, kültür, cinsiyet gibi sosyo-kültürel faktörler ve aşılarla ilgili sosyoekonomik sorunlar yer almaktadır.

Pandeminin beşinci yılında, COVID-19 aşısı uygulamaları sonrasında toplumun aşılarmaya yönelik yaklaşımlarında bir değişim olup olmadığını ve aşı tereddütlerinde artış yaşanıp yaşanmadığını belirlemek amacıyla bir çalışma planladık. Şayet bir artış gözlemlenirse, bu artışın nedenleri derinlemesine araştırılacaktır.

Çalışmamız, toplumda aşı tereddütlerinin yükseldiği ve pandemi sonrası yaşanan hastalıklar ile ölümlerde pandemi döneminde yapılan aşılarmın etkili olduğu görüşünün yaygınlaştığı hipotezi üzerine kurgulanmıştır. Aşılarmaya karşı gelişen bu tereddütlerde, yalnızca bilgi eksikliğinin değil, aynı zamanda konuyla ilgili dezenformasyonun da önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki Hipotezimiz;

H1: Pandemi döneminde COVID-19'a yönelik yürütölen bağışıklama programı ile toplumda aşılara karşı olan tutum değişmiştir. Aşıların ciddi yan etkilerinin olduğu görüşü artmış ve bu sebeple Aşı karşıtlığında bir artış olmuştur.

H0: Pandemi dönemindeki aşılama programları toplumda olumlu karşılanmış; aşılara yaklaşımda negatif bir tutum geliştirmemiştir.

Bu çalışmada, bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların COVID-19 aşılarmı sonrasında aşılara genel yaklaşımlarındaki değişiklikler incelenmiştir. Ayrıca, COVID-19 aşılarmı ile pandemi sonrası ortaya çıkan diğer sistemik hastalıklar arasında bir ilişki olduğuna dair hasta algıları ve gelecekte olası bir salgında aşılarmı konusundaki düşüncelerindeki değişimler araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KORONAVİRUS

2.1.1. KORONAVİRUS VİRÜS YAPISI ve PATOGENEZİ

Bu virüs ailesi yüzeylerindeki dikensi çubuk benzeri uzantılar nedeniyle "taç" anlamına gelen Latince "Corona" teriminden ismini almışlardır. Tek sarmallı, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. (1)

Coronaviridae virüs ailesi, Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) tarafından yapılan son düzenlemelere göre Riboviria aleminde, Nidovirales takımında ve Cornidovirineae alttakımında yer almakta. Bu geniş aile, güncel olarak iki alt aile, beş cins, 26 alt cins ve 46 virüs türünü barındırmaktadır. (2)

COVID-19 salgınına yol açan SARS-CoV-2 virüsü de Coronaviridae ailesinin Orthocoronavirinae alt ailesinde yer alır. Orthocoronavirinae alt ailesi ise dört ana cins (genus) içerir.

-Alphacoronavirüs; (alfaCoV)

- HCoV-229E
- HCoV-NL63

Genellikle çok hafif soğuk algınlığı semptomları ile seyreden hastalıklar yaparlar.

-Betacoronavirüs, (betaCoV)

- HCoV-OC43
- HCoV-HKU1

Soğuk algınlığı ve bazen de alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilirler.

- SARS-CoV (2002-2003)

Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu

- MERS-CoV (2012)

Ortadoğu Solunum Sendromu

- SARS-CoV-2 (2019)

Covid-19 pandemisine neden olan bu virüs grubudur.

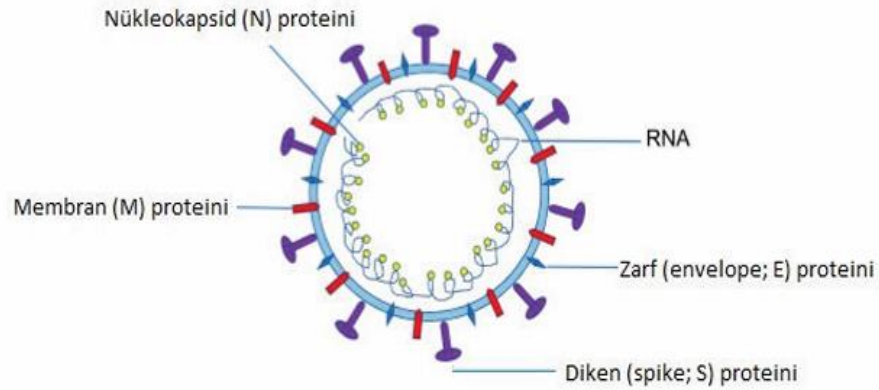
-Gamacoronavirüs, (gamaCoV)

-Deltacoronavirüs; (deltaCov)

Bu son iki grup insanlarda genellikle hastalık yapmazlar. Kuşlar, yarasalar, domuzlar, kemirgenler ve deniz memelileri gibi hayvan gruplarında hastalığa neden olma potansiyeline sahiptirler.

SARS-CoV-2 virüsünün merkezinde, RNA genomu nükleokapsid (N) proteini ile sarılı bir şekilde yer alır. Virüsün dış katmanı ise konak hücreden gelen çift katlı lipid zarftan oluşur. Bu zarfın üzerinde zarf (E) proteini, Spike (S) proteini ve Membran (M) proteini gömülü olarak bulunur. (Şekil 1.)

Şekil 1. Koronavirüsün şematik yapısı



Kaynak: Zhou Y, Yang Y, Huang J, Jiang S, Du L. Advances in MERS-CoV Vaccines and Therapeutics Based on the Receptor-Binding Domain. Viruses. 2019 Jan 14;11(1).

1

N proteini, virüsün RNA genomunu sararak bir ribonükleoprotein kompleksi (RNP = RNA + Protein Kompleksi) oluşturur. Bu kompleks, virüsün genetik materyalini stabilize ederek onu korur. N proteini, sadece viral RNA genomunun RNP'ye paketlenmesi ve virüs partiküllerine entegre edilmesi için temel

¹ Şekil 1. Koronavirüsün şematik yapısı PMCID:PMC6357101 PMID:30646569

sağlamakla kalmaz; aynı zamanda virüslerde en çok bulunan protein ve oldukça immünojenik bir antijendir.

Bu protein, vücutta antikor gelişiminin ana hedeflerinden biridir. Dahası, virüsün virülans ve patogenezi de belirler. Bu nedenlerle, COVID-19 enfeksiyonu için serolojik tanı araçlarının geliştirilmesinde sıkça kullanılmıştır. (3)

SARS-CoV-2'nin lipid membranına gömülü olan Spike (S) proteini, virüsün dört ana yapısal proteininin en büyüğüdür ve glikoprotein yapısındadır. Virüsün yüzeyini kaplayan çok sayıda glikozile S proteini, konak hücre reseptörü olan anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2)'ye bağlanarak viral hücre girişini mümkün kılar. Virüs, bu yolak aracılığıyla genetik materyalini hücre içine sokarak enfeksiyona neden olur. S proteininin bu kritik görevi nedeniyle, geliştirilen aşılarda büyük çoğunluğu bu glikoproteini hedef almaktadır. (4)

Virüsün dış yüzeyinde yer alan Membran (M) proteini, virüsün lipid zarfının düzenlenmesinde ve stabilitesinin sağlanmasında kritik bir rol oynar; virüse karakteristik küresel şeklini verdiği düşünülmektedir. Bu proteinin, RNA, N, S ve E proteinlerini organize ederek SARS-CoV-2 virüsünün hızlı çoğalmasını, replikasyonunu ve bağışıklık sisteminden kaçışını kolaylaştırdığı varsayılmaktadır. Ayrıca, M proteini hücre içinde (özellikle ER ve Golgi aygıtı arasında) viryonların oluşumu için büyük önem taşır. Hücre zarının bir parçası olarak, konak hücreye giren virüs için yeni viral parçacıkların üretildiği bir merkez haline gelir. Ek olarak, M proteini tomurcuklanma bölgesinde viral ribonükleoprotein ve S glikoprotein ile etkileşime girerek agregasyonu artırmada önemli rol oynar. (5)

Zarf (E) proteini de lipid membran üzerinde yer alır. Bu CoV zarf (E) proteini, virüsün yaşam döngüsünün; montaj, tomurcuklanma, zarf oluşumu ve patogenezi gibi çeşitli aşamalarında görev alan küçük, ayrılmaz bir zar proteinidir.

S proteini ile beraber virüsün konak hücreye bağlanmasını ve Virüsün genetik aktarımını sağlar. E proteini konak hücrede uygunsuz inflamatuvar yanıtı tetikleyebilir. Dolayısı ile Sitokin Fırtınasının oluşumuna katkı sağlayabilir. (6)

VİRÜSÜN PATOGENEZİ;

Renin anjiotensin sinyal (RAS) yolağı, oksidatif stress ve hücre ölümü, sitokin fırtınası ve endotelial disfonksiyon olmak üzere SARS-CoV-2 enfeksiyon patogeneğinde 4 ana yolak vardır.

I- Renin-anjiotensin sinyal (RAS) yolağı:

RAS (Renin-Anjiyotensin Sistemi), virüs patogeneğinde iki yönlü bir etkiye sahiptir. Hem virüsün hücreye girişinde reseptör görevi görerek, hem de akciğer hasarının ve enfeksiyon semptomlarının şiddetinde negatif düzenleyici olarak önemli bir rol oynar.

İnflamasyon ve kan basıncını kontrol eden Renin-Anjiyotensin Sistemi (RAS) işlevindeki bir aksaklık, çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu durum, damarlarda daralmaya (vazokonstriksiyon), inflamasyon artışına, dokularda fibrozise ve hatta Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) gelişimine neden olan akciğer hasarına zemin hazırlayabilir (7).

II- Oksidatif stress ve hücre ölümü:

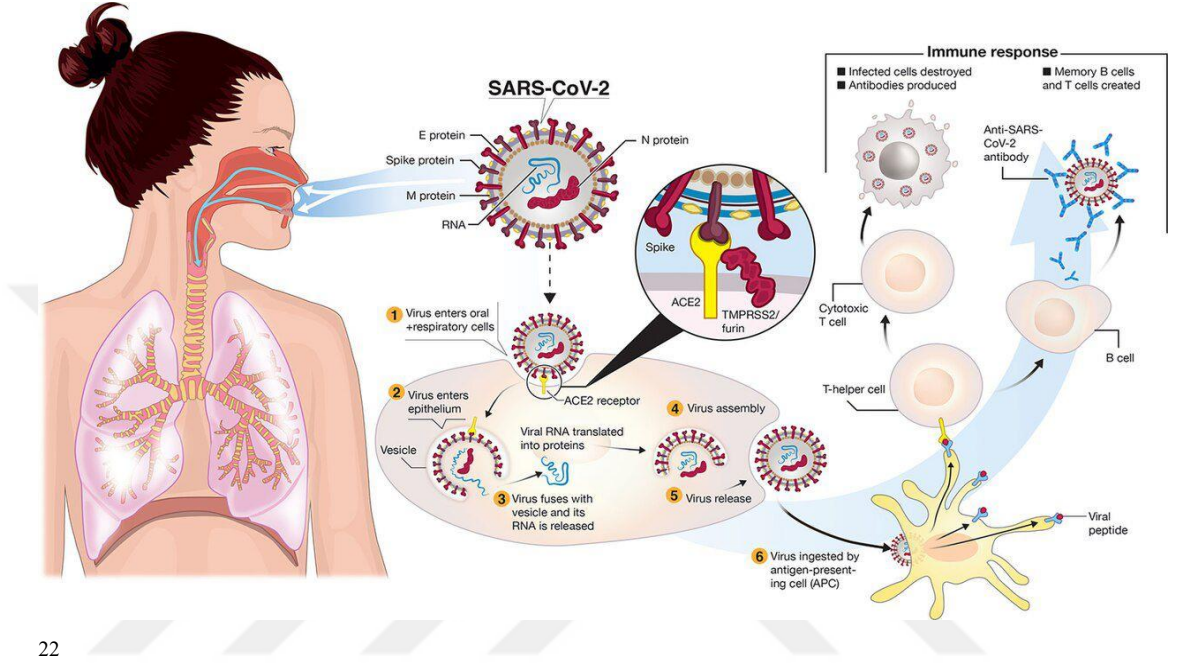
Viral enfeksiyonlar (SARS-CoV-2 dahil) ve RAS yolu aktivasyonu, her ikisi de oksijen radikallerinin üretimine yol açarak oksidatif strese neden olur. Bu artan oksijen radikali seviyeleri, lipitler, proteinler ve nükleik asitler gibi hücresel makromoleküller üzerinde yıkıcı etkilere sahiptir (7).

III- Sitokin Fırtınası;

Enfeksiyon durumunda bağışıklık sistemi kontrolsüz ve yetersiz tepki verirse, viral enfeksiyonlar sitopatik etkilere yol açabilir. Konak canlıının doğal bağışıklık sistemi virüsü saptar ve virüs ile hücre arasındaki etkileşimin hemen ardından immün yanıt başlar. Antijen sunan hücreler (APC'ler), makrofajlar da dahil olmak üzere, SARS-CoV-2 antijenlerini T hücrelerine sunar. Bu durum, T hücrelerinin aktive olmasına ve sitokin üretimine yol açar. Ancak, eğer sitokin geri bildirim mekanizması düzgün çalışmazsa, aşırı sitokin salınımı meydana gelebilir. Bu süreçte proinflamatuvar sitokinler ve tip 1 interferon üretimi aşırı derecede artar. Ortaya çıkan hiperinflamasyon ve sitokin fırtınası, immün yanıtın düzensizleşmesine yol açarak SARS-CoV-2 hastalarında iyi bilinen çoklu organ yetmezliğine, pulmoner doku hasarına ve akciğer kapasitesinde azalmaya neden olabilir (8).

IV- Endotel disfonksiyonu- Hasarı;

Nitrik Oksit (NO) seviyeleri, sentezindeki düşüş ve serbest oksijen radikalleri tarafından yıkımının artması nedeniyle azalır. Bu azalan NO biyoyararlanımı, üremeyi, oksidatif stresi, inflamasyonu ve trombozu tetikleyen yanıtlara yol açar.



22

2.1.2 KORONAVİRÜS EPİDEMİYOLOJİSİ

COVID-19 salgını, 1918 İspanyol gribi olarak da bilinen H1N1 influenza A virüsü pandemisinden bu yana dünyadaki en ciddi bulaşıcı hastalık salgınıdır. Aynı zamanda, İkinci Dünya Savaşı'nın sonundan bu yana yaşanan en zorlu küresel halk sağlığı acil durumu olarak kayıtlara geçmiştir. (10)

31 Aralık 2019 tarihinde DSÖ Çin ülke ofisinden yapılan açıklamada; Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etyolojisi tespit edilemeyen pnömoni vakaları bildirmiştir. İlk vakaların bu şehirdeki deniz ürünleri ile birlikte birçok çeşitte canlı hayvanların da satıldığı Huanan Deniz Ürünleri Pazarı etrafında yoğunlaştığı bildirilmiştir. (11)

² COVID-19 PORTALI WİKİPEDIA <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Portal:COVID-19>

COVID-19 semptomları spesifik değildir. Güvenilir bir şekilde diğer viral solunum yolu enfeksiyonlarından ayırabilecek bir klinik bulgusu yoktur. Bu sebeple ilk tanı konulması zor olmuştur.

Salgının başlangıcında Çin Wuhan’da tespit edilen ilk vakalarda en sık görülen semptomların; Ateş (%98), Öksürük (%76), Kas iskelet ağrısı veya yorgunluk (%44) görülmüştür. İlk vakalar arasında atipik değişken semptomlar olarak da Balgam (%28), Baş ağrısı (%8), Hemoptizi (%5) ve ishal (%3) tespit edildiği ve hastaların yaklaşık %50 sinde ise Nefes darlığı olduğu görülmüştür. (12)

Genellikle bu şekilde hafif semptomlarla hastalık seyrederken daha ağır vakalarda organ disfonksiyonu (örneğin şok, akut solunum sıkıntısı sendromu [ARDS], akut kardiyak yaralanma ve akut böbrek hasarı) ve ölüm meydana gelebilir. (13)

Hastalığın hafif seyrettiği vakaların laboratuvar incelemelerinde Lökosit ve lenfosit sayıları genellikle düşük bulunmuştur. C-Reaktif Protein (CRP)’nin yüksek olabildiği görülmüştür. Yine yapılan tanısal görüntülemelerde; Bilgisayarlı Tomografide her iki taraf Akciğerlerde pnömoni bulguları ve Ground-glass opasite de denilen (buzlu cam benzeri) görüntülere sıklıkla rastlanmıştır. Hastalığın şiddetli seyrettiği yoğun bakım ihtiyacı olan vakalarda; enfeksiyon markerlerinin hafif seyreden olgulara kıyasla daha yüksek olduğu, D- Dimer ve Karaciğer Fonksiyon Testlerinde (özelikle ALT/AST/LDH) bozulmalar olduğu tespit edilmiştir. (13)

7 Ocak 2020 de hastaların üst solunum yollarından alınan örneklerde Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: SARS-CoV-2) olarak ta adlandırılan yeni bir koronavirüs tespit edildi. (14)

SARS-CoV-2; 2002 de tespit edilen SARS-CoV ve 2012 yılında tespit edilmiş olan MERS-CoV (middle east respiratory syndrome: ortadoğu solunum sendromu) ardından bilinen üçüncü yüksek patojeniteye sahip Coronaviridea ailesinin üyesi bir virüs olduğu tespit edildi.

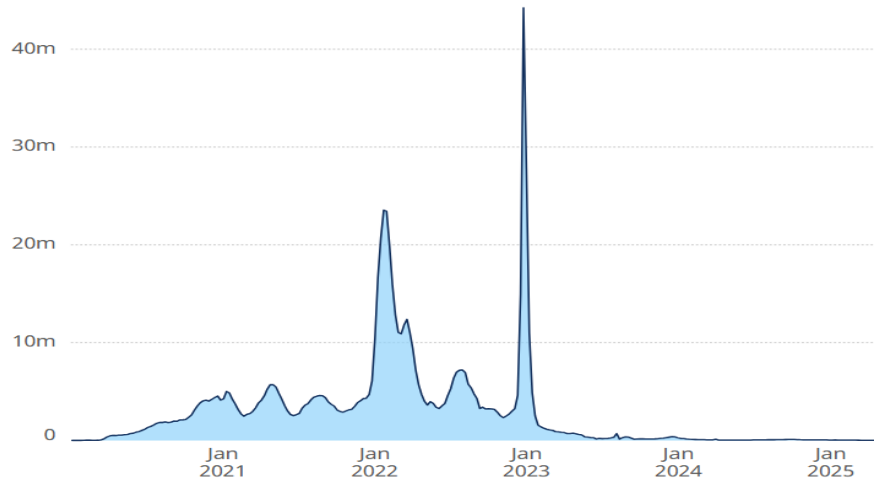
Çin Halk Cumhuriyeti sınırları dışında ilk vaka 13 Ocak 2020’de Tayland’dan bildirilen, Çinli bir kadındır. İlerleyen günlerde vaka bildiren ülkelerin sayısı giderek artmış; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgını 30 Ocak’ta “uluslararası

boyutta halk sağlığı acil durumu” olarak sınıflandırmıştır. Tüm dünya genele yayılan 113 ÷lkede COVID-19 vakalarının gör÷lmesi sonrasında, vir÷sün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart’ta DSÖ tarafından küresel salgın (Pandemi) olarak tanımlamıştır. (15)

Mayıs 2025 itibarı ile tüm dünyada bildirilen vaka sayısı 777,751,597 dir. Birçok ÷lke COVID-19’u artık diğeri solunum yolu hastalıkları gözetimine entegre etmeleri ve DSÖ bildirimini yapmamalarına rağmen 6 Nisan 2025 – 4 Mayıs 2025 tarihleri arasındaki 28 günde dünya genelinde 23,164 vaka bildirilmiştir. (9)

DSÖ'ye bildirilen toplam COVID-19 vakaları (haftalık)

Dünya , Ocak 2020 - günümüz

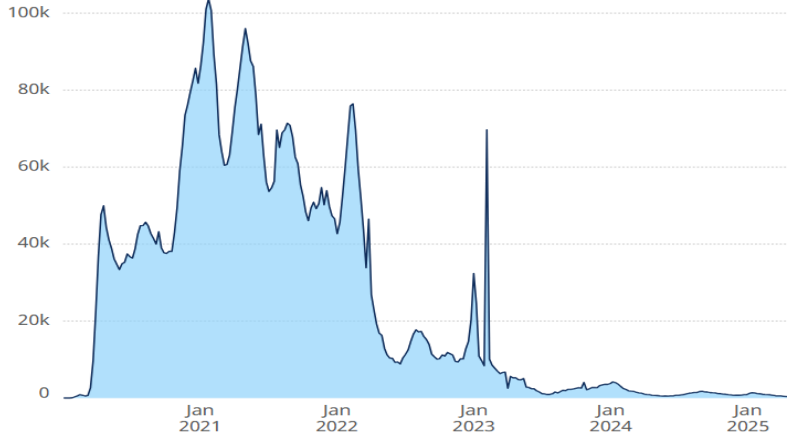


Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

DSÖ verilerine göre Pandemide tüm Dünya genelinde Mayıs 2025 tarihine kadar olası veya doğrulanmış COVID-19 ile uyumlu bir hastalıktan kaynaklanan ölüm sayısı 7,095,536 kişidir. (9)

DSÖ'ye bildirilen toplam COVID-19 ölümleri (haftalık)

Dünya , Ocak 2020 - günümüz



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

COVID-19 salgınında Türkiye'de bilinen ilk vaka 11 Mart 2020'de tespit edilmiştir. Ülkemizde COVID-19 virüse bağlı bilinen ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Nisan 2020'de tüm ülkeye salgının yayıldığı açıklanmıştır. En son bakanlığın covid19.saglik.gov.tr sitesinde Mart 2023 tarihindeki tablo verilmiş olup bu tarih itibarıyla Türkiye'de koronavirüs ile enfekte olmuş toplam hasta sayısının 17.032.066 olduğu ve bu tarihe kadar 102.174 ölen hasta sayısının olduğu bildirilmiştir. Yine Mart 2023 tarihine kadar toplam 154.106.261 test yapıldığı görülmektedir. (16)

2.2.1 COVID-19 HASTALIK SEMPTOM ve BULGULARI;

Virüsle enfekte olan bireylerin çok büyük kısmı Aseptomatiktir. Yapılan çalışmalarda Covid-19 testlerinde pozitif çıkan hastaların %40,50 sinin Aseptomatik olduğunu gösterilmektedir.

Semptomatik olanlar ise hafif semptomlarla seyreden basit bir üst solunum yolu enfeksiyonu bulgularından, çok ciddi hayatı tehdit eden ağır hastalığa kadar çok değişken bir klinik ile karşımıza çıkabilir.

Semptomatik hastaları ise hastalığın klinik şiddetine göre sınıflandıırırsak (18);

- Hafif Şiddette(%40): Pnömoni veya hipoksi gibi bulguları olmayan çok hafif genellikle viral solunum yolu hastalık bulguları olan semptomatik hastalık.
- Orta Şiddette (%40): Oksijen satürasyonu %90 ve üzeri olan, ateş, öksürük, dispne ve takipne bulguları ile seyreden, ama ciddi pnömoni bulguları bulunmayan
- Ciddi Şiddette(%15): Oksijen satürasyonu %90'ın altında, pnömonisi var ve Pnömoniye ek olarak, takipnede mevcut. Ciddi solunum sıkıntısı olan hastalık durumu.
- Kritik Şiddette (%5): ARDS, çoklu organ yetmezliği, sepsis, septik Şok, tromboemboli komplikasyonlarından sadece bir tanesi veya birkaçıyla birlikte seyreden hastalık durumu.

COVID-19, her yaş grubunda farklı şiddette ve klinik biçimde kendini gösterebilir.

DSÖ en yaygın semptomları Ateş, Titreme ve Boğaz ağrısı olarak tanımlamıştır. Bunun yanında Miyalji, Şiddetli yorgunluk veya bitkinlik, Burun akıntısı veya tıkanıklığı veya hapşırma, Baş ağrısı, Gözlerde ağrı, Baş dönmesi, yeni ve inatçı Öksürük, Göğüste sıkışma veya Göğüs ağrısı, Nefes darlığı, Ses kısıklığı, İştahsızlık, Mide yanma bulantısı, Kusma, Karın ağrısı, İshal, Tat veya koku duyusunun kaybı veya değişimi, uyku bozuklukları rapor edilmiştir.

Hastalarda bu semptomlar genellikle virüse maruziyetten 5-6 gün kadar sonra başlar ve 1 ila 14 güne kadar sürebilir. (19)

Virüse bağlı ölümlere bakıldığında; Genellikle ileri yaş ve obezite, diyabet, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kronik kalp hastalığı, akciğer kanseri gibi maligniteler, immünsüpresyon, kronik böbrek yetmezliği, organ transplantasyonu, sigara kullanımı gibi ko-morbiditesi bulunan hastalar mortalite açısından daha riskli grubu oluşturmaktadır.

2.3. SALGININ EKONOMİK BOYUTU

Pandemi süreci, toplumları yalnızca bedensel sağlık açısından değil, aynı zamanda çok büyük sosyokültürel ve ekonomik kayıplarla da etkiledi. Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgınının küresel maliyetinin 8,1 ila 15,8 trilyon ABD doları arasında değiştiğini tahmin ediyor. Bu miktarın, tropikal ormanlardan kaynaklanan bulaşıcı hastalıkların ve pandemilerin önlenmesi maliyetlerinin yaklaşık 500 katı olduğunu belirtiyor. (20)

ABD merkezli yapılan bir çalışmada, SARS-CoV-2 salgınının Büyük Buhran'dan bu yana ülkenin refahı ve esenliği için karşılaştığı en büyük tehdit olduğu belirtilmiştir. Salgının ekonomik maliyetinin dört kişilik bir Amerikan hanesi için yaklaşık 200 bin dolar olacağı tahmin edilmiştir. (21)

Pandeminin, küresel çapta ekonomik eşitsizliği artırdığı ve özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde daha yıkıcı ekonomik etkiler yarattığı biliniyor. Uluslararası Para Fonu (IMF) COVID-19 Politikaları ve Yanıtları çalışmalarında, bu ülkelerin daha uzun ve zorlu bir ekonomik toparlanma süreci yaşadığı belirtiliyor. Aynı çalışmalarda, 2020 yılında sağlık hizmetlerine erişim maliyetleri nedeniyle yarım milyardan fazla insanın aşırı yoksulluğa sürüklendiği ifade ediliyor.

Dünya Bankası, pandeminin gelişmekte olan ülkelerde kalıcı ekonomik izler bırakabileceğini belirtiyor. Bu durumun, söz konusu ülkelerdeki yavaşlayan büyüme hızları nedeniyle küresel eşitsizlikleri daha da derinleştireceği; düşük gelirli ülkelerde ise borç yükünün, gıda güvensizliğinin ve yoksulluğun derinleşerek artacağı ifade ediliyor. Ortaya çıkan bu sağlıksız yaşam koşulları, kaçınılmaz olarak yeni salgın hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır.

2.4. SALGINLA MÜCADELEDE TÜRKİYENİN İZLEDİĞİ POLİTİKALARIN

KRONOLOJİSİ;

10 Ocak 2020'de Sağlık Bakanlığı koordinesinde, Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi kuruldu.

Türkiyenin aldığı ilk önlemlerden biriside 23 Ocak 2020 tarihinde Salgının ilk görüldüğü merkez olan Wuhan'a uçuşların durdurulması oldu. Ayrıca Çin'in diğer bölgelerinden gelen tüm yolcular için ise termal kameralarla tarama gibi tedbirler belirlendi. Bu karardan 13 gün sonra ise Çin- Türkiye arasındaki tüm uçuşlar kapatıldı.

Şubat 2020’de diğer ülkelerle de seyahatleri kapatma kararları verilmeye başlandı.

1 Mart 2020 ye gelindiğinde yurt dışından ülkeye gelecek tüm yolcuların 14 Gün izolasyon Kuralı getirildi.

11 Mart 2020 de Türkiye’deki ilk Covid-19 vakası tespit edildi. Vakanın tespit edilmesinden sadece 1 gün sonra tüm eğitim kurumlarında eğitim-öğretime ara verildi. Hemen sonrasında insanların toplu halde bulundukları spor müsabakaları, konserler durduruldu. Camilerde cemaatle namaz kılınmasına araverildi.

15 Mart 2020 de Avrupa vaka sayılarının hızla tırmanması üzerine Avrupa ülkeleri ile karşılıklı uçuşlar durduruldu.

Ülkede ilk COVID-19 kaynaklı ölüm 17 Mart 2020 de yaşandı.

Hekim kadrosunda Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, Göğüs hastalıkları uzmanı, Dahiliye uzmanı hekimlerden en az ikisini bulunduran ve üçüncü basamak yoğun bakım yatağı bulunan tüm hastaneler, Sağlık Bakanlığı tarafından, pandemi hastaneleri olarak ilan edildi.

Mart 2020’nin 2. yarısında ülke kapanma tedbirlerini ağırlaştırmaya başladı. Önce riskli grup olan 65 yaş üstü olanlara ve kronik hastalığı bulunanlara, sokağa çıkma kısıtlaması getirildi. Hayat Eve Sığar kampanyası ile insanların sokağa çıkmamaları evde kalmaları için çağrılar yapıldı. Berber, kuaför ve güzellik merkezleri geçici kapatıldı.

Kamuda mesai saatleri esnetildi. Sonrasında toplu taşıma hizmetlerine düzenlemeler getirildi.

Nisan ayının başında 30 büyükşehir ve Zonguldak ilinde , 15 gün süreyle şehre giriş çıkışlar yasaklandı. Tüm ülke de 20 yaşın altındaki vatandaşlar için de sokağa çıkma sınırlandırması getirildi.

30 büyük şehirde hafta sonu (11-12 Nisan) için sokağa çıkma yasağı ilan edildi.

19 Nisan 2020 de toplam vaka sayısı 86 bin 306'ya çıkan Türkiye, bu sayı ile virüsün çıkış kaynağı olan Çin'i geride bıraktı.

24 Nisan 2020 de ilk kez günlük iyileşen hasta sayısı, o günkü yeni vaka sayısını geçti.

Mayıs 2020 ortalarında 15 ilde 4 günlük sokağa çıkma yasağı ilan edildi. Hemen sonrasında 22 Mayıs 2020 Bayram süresince tüm ülkede sokağa çıkma yasağı uygulandı.

Haziran ayı ile normalleşme süreci başlatıldı. 1 Temmuz'da Sinema, tiyatro, gösteri merkezi benzeri yerler çeşitli kısıtlamalarla tekrar açıldı.

Tedbirlerin gevetilmesi ile Ağustos ayında vaka sayıları hızlı bir şekilde artıa geçti.

21 Eylül 2020 de Okul ncesi eğitim kurumları ve 1. Sınıflar eğitim öğretime baladı. 3 hafta sonra 2,3,4,8,12. Sınıflarda seyreltilmiş yüz yüze eğitim baladı. Ancak 20 Kasım 2020 de tüm okullarda tekrar eğitim öğretime ara verildi. Yıl sonuna kadar eğitimlerin on-line olmasına karar verildi.

İkinci Dalganın vaka sayılarını artırması ile 21- 22 Kasım 2020 de tekrar kısmi sokağa çıkma yasağı getirildi. 1 Aralık'ta hafta içi her gün 21.00-5.00 saatleri arasında sokağa çıkma yasağı getirildi. Bu yasağın arkasından 65 ya üstü ve 20 ya altındaki vatandaşlar için sokağa çıkma kısıtlaması geldi.

14 Ocak 2021 pandemi için önemli bir gündü. Türkiyede Covid 19 açılmasına balandı. Aılama programına ilk sağlık çalışanlarından, sonrasında ise 65 ya üzeri kişilerden balandı.

15-18 Ocak 2021'ta tüm ülkede 56 saat sokağa çıkma yasağı uygulandı.

Mart 2021 itibari ile Türkiye "kontrollü normalleşme" sürecine geçiş yaptı. İller vaka durumlarına göre 4 risk grubuna ayrıldı. İlin risk durumuna göre karantina tedbirleri hafifletildi. Bu normalleşme sürecinin arkasından 3. Dalga geldi ve 14 Nisan 2021 tarihinde artan vaka sayıları nedeni ile ülke genelinde kısmi kapanma tedbirleri tekrar yürürlüğe girdi. İ yerlerinin çalışma saatleri ve yaa göre sokağa çıkma kısıtlamaları tekrar balamıtır.

22-26 Nisan 2021 tarihinde 5 gün süre ile tüm ülkede sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır.

Vaka sayılarının hala çok yüksek seyretmesi nedeni ile 29 Nisan- 17 Mayıs 2021 tarihlerinde 18 gün tüm ülkede tam kapanma tedbirleri uygulanmıştır.

30 Nisan 2021 de 394 vefat sayısına ulaşarak, Salgın sürecinde en fazla vefatın yaşandığı gün oldu.

Haziran 2021’de kademeli normalleşmenin ikinci aşamasına geçilmiştir.

65 yaş üzeri ve 20 yaş altı bireylerin toplu taşıma kullanma kısıtlamaları kaldırıldı. 22 Haziran 2021 de Yerli aşı Turkovac’ın ilk dozu uygulandı. 30 Aralık 2021 de aşı genel kullanıma girdi.

1 Temmuz 2021’e gelindiğinde kademeli normalleşme sürecinin 3. Aşamasına geçilmiştir. Sokağa çıkma kısıtlamaları şehirlerarası yolculuk kısıtlamaları gibi birçok kısıtlama kaldırılmıştır. Tüm işyerleri normal faaliyetlerine başlamışlardır. Kamuda tüm çalışanlar için normal mesai saatleri uygulamasına dönmüştür.

Ağustos 2021 de Vaka sayılarındaki tekrar artışlar nedeni ile toplu alanlarda aşı olmayanlar için PCR zorunluluğu getirildi.

6 Eylül 2021 de yaklaşık 1,5 yıllık aradan sonra tüm kademelerde tam zamanlı yüz yüze eğitim başladı.

Aralık 2021’e gelindiğinde Omicron varyantı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de vaka sayılarının hızla artmasına neden oldu.

4 Şubat 2022 tarihinde 111 bin 157 kişi ile salgının başlangıcından beri tespit edilen en yüksek vaka sayısına ulaşıldı.

2 Mart 2022 de Şubat ayında artan vaka sayıları hızla geriledi. Bu tarih itibarı ile Maske zorunluluğu, HES kodu ve PCR zorunluluğu kaldırıldı.

Bu süreçte Türkiye’de 28 hafta okullar tamamen kapalı iken 21 hafta kısmi açıldı. Türkiye 28 hafta okulları tamamen kapatan ülke olarak eğitime en uzun ara veren ülke oldu.

Pandemi sürecinde tüm Türkiye’de tam kapanma sadece 29 Nisan- 17 Mayıs 2021 tarihleri arasında 18 gün olarak uygulanmıştır. İllerde farklı kapanma politikaları izlenmiş, tam kapanma yerine genellikle kısıtlamalar tercih edilmiştir.

2.5 AŞILAR

2.5.1 AŞI TARİHÇESİ:

Aşılar, insan sağlığını korumak ve bulaşıcı hastalıklardan korunmak amacıyla geliştirilmiş, bilinen en etkili, en uygun maliyetli ve en güvenli yöntemdir. Etkin bir aşılama programı sayesinde hem bireyin hem de toplumun hastalıklara karşı uzun süreli sağlığını korumak mümkündür. İnsanlık tarihinde insan ömrü ve sağlığı üzerinde en büyük etkiye sahip buluşlardan biri ve en etkili aşılarıdır.

Aşılarla ilgili bilinen ilk yazılı belge, 1717-1721 yılları arasında İstanbul'da bulunan İngiltere Büyükelçisi'nin eşi Leydi Mary Montagu'ya aittir. Leydi Montagu, İstanbul'dan ülkesine yazdığı mektuplarda, burada çiçek hastalığına karşı "aşı" adı verilen bir uygulamanın yapıldığını anlatmaktadır. (22)

1774 yılında Benjamin Jesty, sığır çiçeği virüsünün insanlara bulaşabilen bir formu olduğunu ve bu virüsle enfekte olmanın kişiyi çiçek hastalığına karşı koruyabileceği hipotezini öne sürdü.

Mayıs 1796'da İngiliz hekim Edward Jenner bu hipotezi daha da geliştirir. Jenner, 8 yaşındaki James Phipps'e bir sütçünün elindeki sığır çiçeği yarasından toplanan maddeyi aşıladı. Phipps, birkaç gün süren lokal bir reaksiyon ve hafif bir rahatsızlık yaşamasına rağmen tamamen iyileşti.

Temmuz 1796'da, sığır virüsü inokülasyonundan iki ay sonra Jenner, Phipps'in direncini sınamak amacıyla ona bu kez bir insan çiçek hastalığı yarasından alınan maddeyi aşıladı. Phipps, herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan mükemmel durumda kaldı ve böylece çiçek hastalığına karşı aşılanan ilk insan oldu. Daha sonra "aşı" terimi, Latince'deki "sığır/inek" anlamına gelen "vacca" kelimesinden türetilmiştir. (23)

Bu modern aşıların başlangıcı olarak kabul edilir.

Louis Pasteur ve meslektaşı Emile Roux, 1885 yılına gelindiğinde laboratuvar şartlarında **kuduz aşısını** geliştirdi. Bu aşı, ilk kez kuduz bir köpek tarafından 14 kez ısırılmış ve hayati tehlike altında olan Joseph Meister adlı bir çocuğa 13 kür halinde uygulandı. Meister, bu aşı sayesinde hayatta kalmayı başardı. (23)

1890 yılında Japon doktor ve bakteriyoji uzmanı Shibasaburo Kitasoto ile Alman doktor Emil von Behring birlikte çalışmaları sonucunda laboratuvarında Difteri antitoksin serumunu keşfettiklerini ilan ettiler. Emil von Behring, özellikle difteriye karşı serum tedavisi üzerine yaptığı çalışmalarla 1901 yılında fizyoloji ve tıp alanındaki ilk Nobel ödülünü almaya layık görülmüştür. (24) 1923'e gelindiğine 1890 da Difteri antiserumunu geliştiren Dr. Emil von Behring, Dr. Kitasato; Veteriner Hekim Gaston Ramon ile birlikte Difteri Aşısını geliştirmişlerdir.

1890 yılında Dr. Emil vonBehring tetanoz antiserumunu geliştirmiştir. (48)

1896 da Almroth Edward Wright, Richard Pfeiffer ve Wilhelm Kolle Tifo Ateşi için ilk aşığı geliştirdiler. (48)

1897 de Waldemar Haffkine bubonik veba için ilk aşığı geliştirmiştir (48)

1918-1919 yılları arasında tam 50 milyon insanın ölümüne sebep olan İspanyol Gribi nedeni ile Amerika Birleşik Devletlerinde Grip aşlarıyla ilgili çalışmalar gerçekleştirildi. ABD Ordu Tıp Akademisi 1918'de 2 milyon kadar aşığı dozu test etti ancak sonuçlar kesin değildi. (47)

1921 de bakteriyoji uzmanı Dr. Albert Calmette tarafından ilk tüberküloz aşısının insan üzerinde uygulanması zamanının geldiğini duyurmuştur. Aşı ilk kez Paris'te Charite hastanesinde doğumda ölen bir Tüberkülozlu bir annenin bebeğine oral BCG şeklinde uygulanmıştır. (49)

1923 e gelindiğine daha önce (1890) Difteri antiserumunu geliştiren Dr. Emil von Behring, Dr. Kitasato; Veteriner Hekim Gaston Ramon ile birlikte bu kez Difteri Aşısını geliştirmişlerdir.

1924'te Kızıl için ilk aşığı Dr. George F. Dick ve eşi Dr. Gladys Dick geliştirirken, Aynı yıl Tetanoza karşı ilk etkin aşığı (tetanoz toksoidi) ise Fransız bilim insanları; Gaston Ramon, C Zoeller ve P. Descombey bulunmuşlardır.

1926 yılında ise Pediatri Uzmanı Leilla Denmark ilk Boğmaca aşısını geliştirmiştir.

1937'de Epidemiyoloji ve Halk sağlığı Profesörü Max Theiler, H. Smith ve E. Haagen sarı humma aşısını geliştirir. Bu aşı 1938'de onaylanır onaylanmaz bir milyondan fazla kişiyi aşılanır. Prof. Dr. Theiler bu buluşu ile Nobel Ödülü alır. (23)

1952 yılında geldiğinde Amerikalı Dr. Jonas Salk, çocuk felci için ilk aşığı geliştirdi. Bu aşı, tarihin en başarılı hastalık önleme araçlarından biri olarak kabul edilir. Geliştirilen bu aşı sayesinde çocuk felci vakalarının tüm dünya genelinde yaklaşık %99 oranında azaldığı bilinmektedir. (23) 1962 yılında ise Çocuk felci için Oral aşı Dr. Sabin tarafından geliştirildi.

1954 yılına gelindiğinde ise Şarbon hastalığı için ilk aşı Louis Pasteur tarafından bulunmuştur.

1963 de ilk Kızamık, 1967 yılında ise ilk Kabakulak aşısı keşfedildi.

1969 yılında, Dr. Baruch Blumberg Hepatit B virüsünü keşfetmesinden dört yıl kadar sonra ilk Hepatit B virüsü aşısını geliştirmeye başlamıştır. (28)

1970 de özellikle gebelik döneminde risk oluşturan Kızamıkçık için aşı bulundu

1971 yılında kızamık aşısı (1963), Dr. Maurice Hilleman tarafından yakın zamanda geliştirilen kabakulak (1967) ve kızamıkçık (1970) aşılarıyla birleştirilerek tek bir aşı (MMR) haline getirildi. (46)

1977 de İlk S. Pnömoniae'nin bazı alt serotiplerine karşı hazırlanan aşı tanıtıldı.

1978 de N. Menengitis e bağlı Menenjit hastalığına karşı ilk aşı geliştirildi.

1981 de inaktif hepatit B aşısını bulundu. Bu aşı Karaciğer kanserini önlediğı için ilk kanser karşıtı aşı olarak bilinir. (28)

1984 Suçiçeğı için ilk aşı bulunurken, 1985 de Haemophilus İnfluenzae tip b için ilk aşı geliştirildi.

1991 de Hepatit A için ilk aşı bulundu

1998 de genellikle çocuklarda ciddi ishal salgınları oluşturan Rota virüsü için ilk aşı geliştirildi.

2006 yılında HPV için ilk aşı bulundu. Günümüzde özellikle Rahim ağız kanserini önlemek için kullanımı yaygınlaşmaktadır.

2012 de Hepatit E için ilk aşı, 2015 yılında ise Enterovirüs aşısı (El-ayak-ağız hastalığı etkeni) bulundu.

2015 de özellikle sahra Afrika'sın da risk oluşturan Sıtma için, 2019 da da Ebola için ilk aşısı bulundu.

2020 de tüm Dünyada salgına neden olan Coronavirüs için çok merkezli aşısı araştırmaları yapıldı ve ilk aşılarda bulundu.

Günümüzde, otuzdan fazla yaşamı tehdit eden hastalığı ve salgını önlemek için aşılarımız mevcut. Bu aşılarda, her yaştan insanın daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı oluyor. Aşılamada sayesinde, her yıl difteri, boğmaca, grip ve kızamık gibi hastalıklardan kaynaklanan 3,5 ila 5 milyon ölüm engellenmektedir. (29)

2024 yılında WHO finansmanı ile yapılan istatistiksel bir çalışma, 1974'ten bu yana aşılanmanın toplamda 154 milyon ölümü engellediğini ortaya koymuştur. Bu önlenen ölümlerin 146 milyonu 5 yaş altı çocuklarken, 101 milyonu ise 1 yaşın altındaki bebekler olacağı belirtilmektedir.

Çalışma, engellenen her ölüm için ortalama 66 yıllık tam sağlıklı bir yaşam kazanıldığını belirtmektedir, bu da toplamda 10,2 milyar yıllık tam sağlık kazanımı anlamına gelmektedir. Aşılanmanın, küresel bebek ölüm oranındaki düşüşün %40'ından sorumlu olduğu, Afrika bölgesinde ise bu oranın %52'ye ulaştığı tahmin edilmektedir.

2024 verilerine göre, aşıların olmadığı varsayımsal bir senaryoya kıyasla, 10 yaşından küçük bir çocuğun bir sonraki doğum gününe kadar yaşama olasılığı %40 daha fazla olarak hesaplanmıştır. Bu artan hayatta kalma olasılığının, geç yetişkinlik dönemlerinde bile gözlemlendiği belirtilmiştir. (30)

2.5.2 COVID 19 AŞILARI VE AŞI TEKNOLOJİLERİ

Dünya Pandemi döneminde salgının günden güne yayılması vaka ve ölüm sayılarının hızla artması nedeni ile ciddi bir aşı çalışmaları sürecine girmiştir. Bu aşı arayış sürecinde farklı teknolojiler ve yöntemler kullanılarak farklı aşılarda üretilmiştir.

mRNA Aşıları:

- mRNA, vücudumuzda doğal olarak üretilen protein sentezinde rol alır.
- Laboratuvar ortamında üretilen yapay mRNA'lar tıpkı doğal mRNA'larımız

gibi işlev görerek virüse karşı bağışıklık sistemini uyarmayı hedeflemektedir.

- Bu yapay mRNA molekülleri daha sonra kendi doğal mRNA moleküllerimiz gibi yıkılarak vücuttan atılırlar.

- Bu aşılar yıllardır kişiye özel İmmunoterapi yöntemleriyle benzer teknolojiyi kullanarak üretilen aşılardır.

- Bu aşılardan diğer aşı gruplarına göre bilinen en büyük dezavantajı saklama koşullarıdır. Biontech/Pfizer aşısı (BNT-162b2) -70°C’de, Moderna aşısı ise (mRNA-1273) -20°C’de saklanabiliyor. (31)

1. Pfizer- BioNTech (COMİRNATY)

Üretici Ülkeler: Almanya (BioNTech), Pfizer (Amerika Birleşik Devletleri)

Acil Kullanım Onayı: 11 Aralık 2020 ABD-EUA, 31 Aralık 2020 DSÖ

Tam Onay: 23 Ağustos 2021 (16 yaş ve üzeri) FDA onayı.

Güncellemeler: 2024-2025 formülü, Omicron KP2 varyantına karşıda iyi koruma sağlamak üzere onaylandı

Kullanıldığı Ülkeler: ABD, Almanya, Birleşik Krallık, İsrail, Kanada, Türkiye, Avustralya, Japonya, Güney Kore, Singapur, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve diğer birçok ülke

2. Moderna (SPIKEVAX)

Üretici Ülkeler: Amerika Birleşik Devletleri

Acil Kullanım Onayı: 18 Aralık 2020 ABD- EUA, 30 Nisan 2021 DSÖ

Tam Onay: 31 Ocak 2022 (18 yaş ve üzeri) FDA onayı

Güncellemeler: : 2024-2025 formülü, Omicron KP2 varyantına karşıda iyi koruma sağlamak üzere onaylandı

Kullanıldığı Ülkeler: ABD, Kanada, Birleşik Krallık, Singapur, Güney Kore, Birleşik Arap Emirlikleri ve diğer birçok ülke.

3. Moderna mNEXSPIKE (mRNA-1283)

Üretici Ülkeler: Amerika Birleşik Devletleri

Onay Tarihi:31 Mayıs 2025

Hedef Kitle: 65 yaş ve üzeri yetişkinler ile, 12-64 yaş arası kronik hastalığı olan bireyler.

Özellikleri: Daha düşük doz, buzdolabı koşullarında saklanılabilirlik ve Spikevax'a göre daha yüksek etkinlik.

Protein Bazlı (Protein Alt Üniteli) Aşılar:

- Bu aşılar, bakteri veya virüsün saflaştırılmış protein yapılarını ya da rekombinant DNA teknolojisiyle üretilmiş proteinleri kullanarak geliştirilir.
- COVID-19'a karşı geliştirilmeye çalışılan protein bazlı aşılar, antijen olarak genellikle spike S proteini kullanırlar.
- Protein bazlı aşılar, virüs antijeninin tüm karmaşık yapısını sunmak yerine sadece birkaç viral bileşen içerdiğinden, koruyucu etkileri sınırlı kalabilir ve bazı durumlarda dengesiz bağışıklık tepkilerine yol açabilirler. (32)

4. Novavax (NUVAXOVID)

Üretici Ülkeler: Amerika Birleşik Devletleri

Acil Kullanım Onayı (EUA): 13 Temmuz 2022 (18 yaş ve Üzeri)

Tam Onay: Mayıs 2025 (belirli gruplar için)

Güncellemeler: 2024-2025 formülü JN.1 varyantına karşı tasarlandı.

Kullanıldığı Ülkeler: AB ülkeleri, Avustralya, Güney Kore, Hindistan ve diğer bazı ülkeler.

Viral Vektör Aşıları:

- Adenovirus gibi Grip benzeri hastalık yapan bir virüs Koronavirüs proteini ile desteklenerek insanda bağışıklık oluşturma amaçlanır.

- Canlı aşıdır. Zayıflatılmış virüs antijenleri kullanılır. İnsanda hastalık yapmazlar.
- Avantajı 2-8°C arasında saklanabilmeleridir.
- Yeni aşı geliştirme teknolojilerindendir. . (31)

5. Oxford- AstraZeneca (VAXZEVRIA)

Üretici Ülkeler: Birleşik Krallık, İsveç

Acil Kullanım Onayı: 30 Aralık 2020 Birleşik Krallık, 15 Şubat 2021 DSÖ

Kullanıldığı Ülkeler: Birleşik Krallık, Hindistan (Covishield olarak), Brezilya, Kanada, Avustralya, Güney Kore, Güney Afrika ve diğer birçok ülke.

Kullanımını Durduran Ülkeler: Almanya, Fransa, İtalya, İspanya, Norveç, Hollanda, İzlanda, Danimarka, Bulgaristan, Tayland ve İrlanda.

6. Johnson & Johnson (JCOVDEN)

Üretici Ülkeler: Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda

Acil Kullanım Onayı: Şubat 2021 ABD, 12 Mart 2021 DSÖ

Kullanıldığı Ülkeler: ABD, Güney Afrika, Birleşik Arap Emirlikleri, Vietnam ve diğer bazı ülkeler.

Bazı Ülkelerde kullanımına sınırlamalar getirildi.

7. CanSino (CONVIDECIA)

Üretici Ülkeler: Çin Halk Cumhuriyeti

Acil Kullanım Onayı: Şubat 2021 Çin, 19 Mayıs 2022 DSÖ

Kullanıldığı Ülkeler: Çin

8. Sputnik V (Gam-COVID-Vac)

Üretici Ülkeler: Rusya

Acil Kullanım Onayı: Ağustos 2020 Rusya

Kullanıldığı Ülkeler: Rusya, Macaristan, Çekya, Slovakya, Sırbistan, Karadağ, Bosna-Hersek, Moldova, Belarus, İran, Suriye, Kırgızistan, Cezayir Mısır, Gana, Türkiye, Arjantin, Meksika, Brezilya, Venezuela, Bolivya, Paraguay, Peru, Guatemala, Honduras

İnaktif Aşılar:

- Gelenekselleşmiş aşı üretim yöntemleri ile üretilir.
- Virüs etkisiz hale getirilerek vücudumuza zarar verilmeden bağışıklığımız uyarılır.
- Uzun dönem etkileri konusunda daha net bilgilere sahibiz.
- Öldürülmüş virüs içermelerinden dolayı ilk aşamada daha güvenli olduğu kabul edilir.
- Saklama koşulları yönündende daha avantajlıdır. 2-8°C'arasında saklanabilir.
- Üretimi diğer aşı türlerine göre daha uzun zor ve yavaştır. . (31)

9. Sinopharm (BBIBP-CorV)

Üretici Ülkeler: Çin Halk Cumhuriyeti

Acil Kullanım Onayı: 31 Aralık 2020 Çin, 8 Mayıs 2021 DSÖ

Kullanıldığı Ülkeler: Çin ve birçok ülkede yaygın olarak kullanıldı

10. Sinovac (CORONAVAC)

Üretici Ülkeler: Çin Halk Cumhuriyeti

Acil Kullanım Onayı: Haziran 2020 Çin, Ocak 2021 Türkiye, 1 Haziran 2021 DSÖ, 5 Haziran 2021 Çin 3/17 yaş aralığı için de Acil Kullanım Onayı verdi.

Kullanıldığı Ülkeler: Çin, Türkiye, Endonezya, Malezya, Filipinler, Tayland, Singapur, Azerbaycan, Pakistan, Suudi Arabistan, Kazakistan, Gürcistan, Brezilya, Şili, Kolombiya, Mısır, Gine, Arnavutluk, Sırbistan.

11. Bharat Biotech (COVAXİN)

Üretici Ülkeler: Hindistan

Acil Kullanım Onayı: Ocak 2021 Hindistan, 3 Kasım 2021 DSÖ

Kullanıldığı Ülkeler: Hindistan

12. TURKOVAC

Üretici Ülkeler: Türkiye

Acil Kullanım Onayı: 22 Aralık 2021 Türkiye,

Kullanıldığı Ülkeler: Türkiye, Azerbaycan, Kırgızistan, Macaristan, Polonya

2.5.3 DÜNYA VE TÜRKİYEDE COVID-19 AŞILAMA SÜREÇLERİ

Birleşik Krallık Coventry şehrinden 90 yaşında ki gönüllü Margaret Keenan'a 8 Aralık 2020 tarihinde ilk onaylı COVID-19 aşısı olan Pfizer/BioNTech aşısı uygulandı. (33)

Aralık 2020 de pandeminin tam olarak birinci yılının sonunda tüm dünyada çok hızlı bir aşılama süreci başladı.

2025 yılına gelindiğinde Çin vatandaşlarına uyguladığı 3,5 milyar doz Sinopharm, Sinovac aşıları ile tüm dünya genelinde en çok aşılama yapılan ülke konumundadır. (34)

Çin'i uyguladığı toplam 2,2 Milyar doz aşı ile Hindistan, (35), Eylül 2022 verilerine göre 620 Milyon doz aşı ile Amerika Birleşik Devletleri izledi.

Brezilya, Japonya, Bangladeş, Almanya, Filipinler ve İran'ın ardından Türkiye vatandaşına uyguladığı 152 Milyon doz aşı ile tüm dünyada en çok COVID-19 aşısı uygulayan 10. Ülke konumunda bulunmaktadır.

Türkiye'de COVID-19'a yönelik ilk aşılama, Sağlık Bakanlığı tarafından CoronaVac aşısına "Acil Kullanım Onayı" verilmesi sonrasında 14 Ocak 2021'de uygulandı. (36)

Aşılama bu tarihte en ön safta salgınla mücadele etmeye çalışan sağlık çalışanlarından başlanmıştır. Beş gün sonrasında ise (19 Ocak) 90 yaş ve üzeri kişilerden başlayarak yaşa göre kademeli olarak ülke geneline yayılmıştır. (37)

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de COVID-19 Aşılama programları en yüksek etkinliğe ulaşmış halk tarafından çok yüksek kabul oranına ulaşmış, yüksek uygulama oranlarına sahip olmuştur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 152.737.350 Covid-19 aşısı yapılmıştır. 1. doz aşı uygulanan kişi sayısı 57.962.199, 2. doz aşı uygulanan kişi sayısı 53.195.240, 3. doz aşı uygulanan kişi sayısı 28.237.412 dir. 18 yaş ve üstünde bireylerin %93,38'i 1. doz aşısını yaptırmış; %85,70'i ise 2 doz aşılanmıştır. (36)

Çalışmamızı yapacağımız Tokat ili iki doz aşılanma oranı 86.40 ile ülke ortalaması ile örtüşmektedir. (36)

2.5.4. SALGIN KONTROLÜNDE AŞILARIN ROLÜ

2022 Eylül ayında Lancet dergisinde “COVID-19 aşılamasının ilk yılının küresel etkisi; Matematiksel modelleme çalışması” yayımlandı.

Bu analitik çalışmada aşılamının başladığı 8 Aralık 2020 ile 8 Aralık 2021 tarihleri arasındaki 1 yıl içerisinde 185 ülkede Covid-19'dan kaynaklanacak 14,4 milyon ölümün aşılar ile önlendiği tahmin edilmiştir. Bu tahmin resmi olarak bildirilen COVID-19'a bağlı ölümlere dayanılarak hesaplanmıştır. Pandeminin gerçek boyutunu tahmin etmek için virüsün eşlik ettiği hastalıklara bağlı ölümleri de eklediklerinde tahmin edilen sayı 19,8 milyona ulaşmıştır. Buda COVID-19 aşılamasının ilk yılında gerçekleşen toplam 31,4 milyon ölümün %63 üne denk gelmektedir (38).

Dünya genelinde düşük gelirli ülkelerde, COVAX tarafından belirlenen %20 aşılama hedefine her ülke tarafından ulaşılmış olsaydı bu sayılara ek olarak %45 ölümün önlenebileceğini ve Yine bu alt gelirli ülkeler DSÖ tarafından belirlenen %40 hedefine her ülke tarafından 2021 yılı sonuna kadar ulaşılabilmiş olsaydı tüm bu sayılara ek olarak %11 daha fazla ölümün önlenebileceği tahmin edilmiştir (38).

2.6 AŞI TEREDDÜTÜ

Aşı tereddütü ve karşıtlığı, yalnızca son pandemiyle ortaya çıkan yeni sorunlar değildir. Bu zorluklar, aşılarda yaygın olarak kullanılmaya başlandığı ilk dönemlerden bu yana var olmuştur. Ancak pandemi sonrası dönemde bu endişelerde belirgin bir artış yaşanmıştır. Bu artışın başlıca nedenlerinden biri, yanlış bilgilerin yaygınlığı ve doğru, yeterli bilgiye ulaşmadaki zorluktur. Diğer etkenler arasında inanca dayalı ve kültürel inanışlar, yan etkilerle ilgili endişeler nedeniyle aşılaraya duyulan güvensizlik, sağlık sistemine yönelik genel bir güvensizlik ile sosyal çevre ve aile etkisi yer almaktadır (39).

Aşı karşıtlığı, daha doğru kullanımı ile aşı tereddütü DSÖ'nün tanımlamasına göre "Aşı hizmetlerinin varlığına rağmen aşıların kabulünde gecikme veya reddetme" (40) dir. Bireylerin kendilerine veya çocuklarına bilinçli olarak aşı yapılmasından kaçınması manasına gelir.

DSÖ 2019 yılında açıkladığı 5 yıllık stratejik planında aşı tereddütünü, küresel sağlığa yönelik 10 tehditten biri olarak deklare etmiştir. (40)

Bir aşılama programının başarısı, toplumun geniş kesimlerince kabul görmesine ve aşının yaygın şekilde uygulanmasına doğrudan bağlıdır.

Aşı tereddütü, çok boyutlu ve bağlama göre değişkenlik gösteren bir sorundur; zaman, yer ve söz konusu aşının türüne göre farklılık gösterebilir. 13-14 Ekim 2011 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen bir çalıştayda, DSÖ Avrupa Bölgesi Aşı İletişimi Çalışma Grubu, aşı tereddütünü etkileyen üç temel unsur belirlemiştir: Kayıtsızlık, Erişilebilirlik ve Güven. Bu üç unsur, birlikte "3K modeli" (Complacency, Convenience, Confidence) olarak adlandırılmaktadır.

"3 C" modelinde:

Güven; aşıların etkinliğine ve güvenliğine olan inancı; sağlık hizmetleri ile sağlık çalışanlarının güvenilirliği ve yetkinliğine duyulan güveni; ayrıca aşıyla ilgili kararları alan politika yapıcıların niyetlerine ve güvenilirliğine olan inancı ifade eder (64).

Aşıya karşı **kayıtsızlık**, diğer bir ifadeyle Aşı rehaveti genellikle bir hastalığın bellekte silinmeye başlaması ve uzun süredir yürütülen aşılama programları sayesinde bu hastalığın görülme sıklığının azalmasıyla ortaya çıkar. Böyle durumlarda, aşı artık gerekli bir koruyucu önlem olarak görülmeyebilir. Bu durumun ironik yanı ise, aşılama programlarının elde ettiği başarıların zamanla kayıtsızlığa ve nihayetinde aşı tereddüdüne yol açabilmesidir. Çünkü insanlar, yaygın aşılama sayesinde neredeyse ortadan kalkmış bir hastalığın riskini, aşının potansiyel riskleriyle kıyaslamaya başlar (41).

Aşılama kolaylığı; Aşılarla kolay ulaşım, düşük ya da hiç maliyetin olmaması, aşılama hizmetlerinin kalitesi, uygulama yerlerinin ve zamanlarının uygunluğu ile kültürel değerlere uyumluluk, bireylerin aşı olma kararını doğrudan etkileyen unsurlardır. Bu alanlardaki aksaklıklar ise, aşı tereddüdünün ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (41).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Aşılama Konusundaki Stratejik Uzmanlar Danışma Grubu SAGE, 2018 yılında aşı tereddüdünü etkileyen faktörleri sınıflandırmak için geliştirdiği 3K modelini gözden geçirerek 5K modeline dönüştürmüştür. Bu güncellenen modelde, önceki modelde yer alan “Erişilebilirlik (Convenience)” kavramı “Kısıtlılık (Constraint)” olarak yeniden tanımlanmış; ayrıca “Hesaplama (Calculation)” ve “Toplumsal Sorumluluk (Collective Responsibility)” olmak üzere iki yeni boyut eklenmiştir(42).

Kolektif Sorumluluk; Bir bireyin kendi aşılama yoluyla toplumda sürü bağışıklığı oluşturarak başkalarını koruma isteği ve toplumsal sosyal normlara uyum göstermesi şeklinde tanımlanabilir.

Hesaplama; Kişinin geniş kapsamlı bilgi araştırmaları olarak tanımlanabilir.

Aşı tereddüdü, toplumun büyük bir kesiminin aşılama gerektiren sürü bağışıklığının kurulmasını ya da uzun vadede sürdürülebilirliğini tehlikeye atabilir. Aşı tereddüdü ve yetersiz sürü bağışıklığıyla ilgili en önemli endişe, aşılanmamış bireylerin virüs için birer rezervuar görevi görmesidir. Bu durum, virüsün toplum içinde yayılmaya devam etmesine zemin hazırlayarak salgının kontrol altına alınmasını geciktirebilir (43).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmamız tanımlayıcı tipte olup kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Tokat Merkez 2'nolu Aile Sağlığı Merkezinde 01.02.2025-01.06.2025 tarihleri arasında 920 kişiye anketör tarafından yüz yüze anket uygulaması, 215 kişiye ise anket basılı olarak verilerek kendilerinin cevaplaması şeklinde uygulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmamızda davet edilen katılımcı sayısı anket formundaki toplam soru sayısı ve literatür taramalarında benzer çalışmalar baz alınarak tespit edilmiştir. Tokat Merkez Esentepe 2'nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı hastalardan gönüllülük esasına göre art arda başvuran hastalardan seçilmiş 1135 kişiye uygulanmış olup; uygunsuzluklar nedeni ile 110 anket dışlanmış; kalan1025 kişi çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMAYA DÂHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmamıza Tokat Merkez 2'nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı hastalardan Aile Sağlığına başvuranlar içerisinde gönüllü olarak çalışmamıza katılanlar dahil edilmiştir. Tokat Merkez 2'nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı olmayan ana dili Türkçe olmayan, 18 yaşından küçük olanlar dahil edilmemiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Tokat Merkez 2'nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı hastaların COVID-19 hastalık geçmişlerini ve aşılanma durumlarını, aşı sonrası yan etki öykülerini, değişen aşılama tutumlarını, sağlık çalışanlarına güven değişikliklerini araştırdığımız çalışmamızda; çalışma ncesi Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi/Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.12.2024 tarihli toplantıda 24-MOBAEK-056 numarası ile onay alınmıştır. Çalışmamız Covid-19 pandemisi ve aşılar ile ilgili olduğundan Aile Sağlığı Merkezinde yapılacağından Tokat İl Sağlık Müdürlüğünden alışma için izin alınmıştır. Çalışmaya katılanlara 34 sorudan oluşan anket uygulandı.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma sırasında toplanan veriler, SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 25) programına aktarıldı ve bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapıldı. Kategorik parametreler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Kategorik parametrelerin karşılaştırmasında Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ den küçük olması anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

İlk bölümde katılımcıların demografik, sosyokültürel ve diğer özelliklerine ilişkin dağılımlarına yer verilmiştir.

İkinci bölümünde ise katılımcıların aşılarla genel bakışları, Aşı tereddütleri değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölümde ise Katılımcıların COVID-19 hastalığını geçirme ve COVID-19 aşılama değişkenleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Dördüncü bölümde ise Katılımcıların günümüzde Pandemiye ve Covid-19 aşılarna genel bakışına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik, Sosyokültürel ve Sağlık Durumlarına İlişkin Dağılımı

Katılımcıların minimum yaşı 18, maksimum yaşı 84, medyan yaşı 45 iken ortalama yaş ise 44,25 olarak hesaplanmıştır. (SS:15,84) . Katılımcıların Yaş gruplarına göre dağılımı tablo 4.1.1 de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Yaş Gruplarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Yaş Grupları	Katılımcı Sayısı (n)	%
18-24 (Genç Adolesan)	126	12,3
25-44 (Genç Yetişkin)	422	41,2
45-59 (Orta Yaşlı)	266	25,9
60 üstü (Yaşlı/İleri Yaşlı)	211	20,6
Toplam	1025	100,0

Katılımcıların %37 si (n=379) Erkek cinsiyet, %63,0'ı (n=646) Kadın cinsiyetteydi. Cinsiyet dağılımı tablo 4.1.2 de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2. Cinsiyete Göre Katılımcıların Dağılımı

Cinsiyet	Katılımcı Sayısı (n)	%
----------	----------------------	---

Erkek	379	37,0
Kadın	646	63,0
Toplam	1025	100,0

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında %2,8'i (n=29) okur yazar değilken, İlkokul mezunu olanlar %26,7 (n=274) dir. Ortaokul mezunu toplam katılımcıların %10,7'si (n=110), Lise mezunu %24,0 (n=246), Yüksekokul mezunları ise %35,7 (n=366) olarak tespit edilmiştir. İstatiksel anlamlılık açısından okur yazar olmayanlarla, eğitim durumlarını İlkokul olarak tanımlayanlar tek grupta birleştirilmiştir. Tablo 4.1.3.

Tablo 4.1.3. Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Katılımcı Sayısı (n)	%
İlkokul ve Altında	303	29,6
Ortaokul	110	10,7
Lise	246	24,0
Yükseköğretim	366	35,7
Toplam	1025	100,0

Şu anda aktif bir işte çalışmadığını belirten 559 (%54,5) kişinin %64,75 i (n=362) ev hanımı, %17,9 u (n=100) emekli, %15,2 (n=85) öğrenci olduğunu belirtmiştir.

Aktif bir işte çalıştığını belirten 466 (%45,5) kişinin %13,5'i (n=63) devlet memuru, %11,8 (n=55) öğretmen %6,65 (n=31) sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. Tablo 4.1.4.

Tablo 4.1.4. Çalışma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Çalışma Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Çalışmıyor	559	54,5
Çalışıyor	466	45,5
Toplam	1025	100,0

Çalışmamız il merkezinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi ile sınırlı olduğundan anketimize katılan bireylerin %94,1 i (n=965) şehir merkezinde yaşamaktadırlar. Tablo 4.1.5.

Tablo 4.1.5. Yerleşim Yerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Yaşanılan Yer	Katılımcı Sayısı (n)	%
Şehir	965	94,1
Kırsal	60	5,9
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara tamamen kendi algılarına göre gelir düzeyleri sorulmuştur. %22,1'i (n=227) düşük olarak tanımlarken, %73,5 (n=753) orta, %4,4 ü (n=45) ise yüksek olarak tanımlamıştır. Tablo 4.1.6

Tablo 4.1.6. Katılımcıların Kendi Görüşlerine Göre Gelir Durumları Dağılımı;

Gelir Düzeyi	Katılımcı Sayısı (n)	%
Düşük	227	22,1
Orta	753	73,5
Yüksek	45	4,4
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara sorulan genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız sorusuna; %7,9'u (n=81) çok iyi, %62,0'si (n=636) iyi, %28,2 si (n=289) orta, %1,8'i (n=18) kötü ve %0,1'i (n=1) çok kötü olarak tanımlamıştır. İstatistiksel anlamlılık açısından sağlık durumlarını Kötü ve Çok kötü olarak tanımlayanlar birleştirilerek tek grup olarak verilmiştir. Tablo 4.1.7

Tablo 4.1.7. Katılımcıların Kendi Görüşlerine Göre Genel Sağlık Durumları

Sağlık Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Çok iyi	81	7,9

İyi	636	62,0
Orta	289	28,2
Kötü /Çok Kötü	19	1,9
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara tanı aldıkları Kronik Hastalıkları sorulmuştur. %43,7 si (n=448) Kronik hastalığı olduğunu belirtirken, %56,3 (n=577) kronik bir hastalığı olmadığını söylemiştir. Kronik hastalık durumu tablo 4.1.8. de gösterilmiştir.

Kronik Hastalığı olduğunu belirten 448 kişinin %24,3 (n=109) yalnızca Hipertansiyonu, %19,9'u (n=89) yalnızca Şeker Hastalığı olduğunu belirtirken %11,4'ü (n=51) Ciddi Kalp Damar hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik Hastalığı olduğunu belirten kişilerin %7,1'i (n=32) ise geçmişinde Kanser Hastalığı öyküsü olduğunu belirtmiştir. 448 kişinin %72,9 u tek bir kronik hastalığı olduğunu belirtirken, %19,9 si (n=89) iki Kronik hastalığı olduğunu belirtmiş, %7,14'ü (n=32) ise üç ve daha fazla kronik hastalığı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.8. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	Katılımcı Sayısı (n)	%
Var	448	43,7
Yok	577	56,3
Toplam	1025	100,0

4.2. Katılımcıların Aşılarına Genel Bakışı;

Katılımcıların herhangi bir aşı grubu belirtilmeden; Çocukluk çağı aşıları, Pnömonokok ve Grip (influenza) aşıları dahil tüm aşılar için genel görüşleri sorulmuştur. %52,1'i (n=534) Aşıları hastalıklardan korunmada etkili bir koruma yöntemi olarak tanımlarken , %26,7 si (n=26,7) aşıların etkili bir koruma yöntemi olmadığını belirtmiştir. %21,2 si (n=217) ise Kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Tablo 4.2.1.

Katılımcıların Aşı olmayı toplumsal bir sorumluluk olarak değerlendirmeleri araştırılmış olup; katılımcıların %69,4 ü (n=711) toplumsal bir sorumluluk olarak

değerlendirirken %30,6'sı (n=314) Aşı olmayı toplumsal bir sorumluluk olarak görmediğini belirtmiştir. Tablo 4.2.2

Tablo 4.2.1. Aşıların Etkisine İlişkin Katılımcı Görüşlerinin Dağılımı;

Etki Düzeyi	Katılımcı Sayısı (n)	%
Etkili	534	52,1
Etkili değil	274	26,7
Kararsız	217	21,2
Toplam	1025	100,0

Tablo 4.2.2. Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olduğunu Düşünmelerine İlişkin Katılımcıların Dağılımı

Görüş	Katılımcı Sayısı (n)	%
Düşünüyorum	711	69,4
Düşünmüyorum	314	30,6
Toplam	1025	100,0

Aşı olmanın toplumsal bir sorumluk olduğunu belirten katılımcıların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu ve kronik hastalık durumlarına göre kay-kare testi ile analizleri yapılmıştır.

Katılımcıların aşı olmanın toplumsal sorumluluk olup olmadığı yönünde düşüncelerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.2.3'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Erkek cinsiyetin %73,1'i (n=277) aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu düşünürken bu oran kadınlarda %67,2 (n=434) olmuştur. Bu durum; cinsiyete göre algının anlamlı şekilde farklılaştığını göstermektedir. Erkek cinsiyet, kadın cinsiyete göre aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğuna ilişkin görüşleri anlamlı olarak daha yüksektir. Tablo 4.2.3

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo;

		Erkek	Kadın	Toplam	P
Evet	n	277 (73,1%)	434 (67,2%)	711(69,4%)	0,048
Düşünüyorum	%	39,00%	61,00%	100,00%	
Hayır	n	102 (26,9%)	212 (32,8%)	314 (30,6%)	
Düşünmüyorum	%	32,50%	67,50%	100,00%	
Toplam	n	379 (100,0%)	646 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	37,00%	63,00%	100,00%	

$\chi^2= 3,919^a$ sd=1

Katılımcıların aşı olmanın toplumsal sorumluluk olup olmadığı yönünde düşüncelerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.2.4’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Yükseköğretim mezunlarının %75,1’i aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu düşünürken bu oran ortaokul mezunlarında %60,0; ilkokul ve altında %67,0 olarak belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre aşının toplumsal sorumluluk olduğu yönüne ilişkin algı farklılaşmaktadır. Yükseköğretim mezunları diğer eğitim durumu gruplarından anlamlı şekilde farklı olarak aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu düşünmektedir. Tablo 4.2.4

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Evet	n	203 (67,0%)	66 (60,0%)	167 (67,9%)	275 (75,1%)	711 (69,4%)	
Düşünüyorum	%	28,60%	9,30%	23,50%	38,70%	100,00%	
	n	100 (33,0%)	44 (40,0%)	79 (32,1%)	91 (24,9%)	314 (30,6%)	
	%	33,00%	40,00%	32,10%	24,90%	100,00%	
	n	100 (33,0%)	44 (40,0%)	79 (32,1%)	91 (24,9%)	314 (30,6%)	
	%	33,00%	40,00%	32,10%	24,90%	100,00%	

Hayır	%	31,80%	14,00%	25,20%	29,00%	100,00%	0,010 (a→d)
Toplam	n	303 (100,0%)	110 (100,0%)	246 (100,0%)	366 (%100)	1025 (100,0%)	
	%	29,60%	10,70%	24,00%	35,70%	100,00%	

$\chi^2= 11,330^a$ sd=3

Katılımcıların aşı olmanın toplumsal sorumluluk olup olmadığına yönünde düşüncelerinin yerleşim yerlerine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.2.5’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Şehir merkezinde yaşayanların %70,2 si aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu düşünürken kırsalda yaşayanlarda bu oran ancak %56,7 dir. Yaşadığı yere göre aşının toplumsal sorumluluk olduğunu düşünenler arasında algı anlamlı farklılaşmaktadır. ($P<.028$). Başka bir ifadeyle katılımcılardan şehir merkezinde yaşayanlar, kırsalda yaşayanlara oranla Aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu anlamlı şekilde daha fazla düşünmektedirler.

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo;

		Şehir	Kırsal	Toplam	P
Evet Düşünüyorum	n	677 (70,2%)	34 (56,7%)	711 (69,4%)	0,028
	%	95,20%	4,80%	100,00%	
Hayır Düşünmüyorum	n	288 (29,8%)	26 (43,3%)	314 (30,6%)	
	%	91,70%	8,30%	100,00%	
Toplam	n	965 (%100,0)	60 (%100,0)	1025 (100,0%)	
	%	94,10%	5,90%	100,00%	

$\chi^2= 4,837^a$ sd=1

Katılımcıların aşı olmanın toplumsal sorumluluk olup olmadığına yönünde düşüncelerinin sağlık durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.2.6’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, sağlık durumunu orta olarak niteleyenlerden aşı olmanın toplumsal sorumluluk olduğunu düşünenlerin

oranı %61,9 dur. Bu oran diğer gruplardan anlamlı şekilde düşüktür. Sağlık durumları sorulduğunda çok iyi diyenlerde aşı olmanın toplumsal bir sorumluluk olduğunu düşünenlerin oranı %74, iyi diyenlerde ise %71,7 li anlamlı daha yüksek cevap alınmıştır. Sağlık durumlarına göre aşının toplumsal sorumluluk olup olmadığı yönünde algı farklılaşmaktadır ($P<.008$).

Tablo 4.2.6. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Aşı Olmanın Toplumsal Sorumluluk Olup- Olmadığına İlişkin Tablo;

		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü/ Çok Kötü	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Evet Düşünüyorum	n	60 (74,1%)	456 (71,7%)	179 (61,9%)	16 (84,2%)	711 (69,4%)	0,008
	%	8,40%	64,10%	25,20%	2,30%	100,00%	
Hayır Düşünmüyorum	n	21 (25,9%)	180 (28,3%)	110 (38,1%)	3 (15,8%)	314 (30,6%)	
	%	6,70%	57,30%	35,00%	1,00%	100,00%	
Toplam	n	81 (100,%)	636 (100,0%)	289 (100,0%)	19 (100,0%)	1025 (100,0%)	(b→c)
	%	7,90%	62,00%	28,20%	1,90%	100,00%	(a→c)

$\chi^2= 11,948^a$ sd=3

Katılımcıların aşı olmanın toplumsal bir sorumluluk olup olmadığı görüşlerini değerlendirirken; Yaş grupları ($P=.053$), Gelir durumları ($P=.225$), Kronik hastalıklarının olup olmaması ($P=.406$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

4.3. COVID-19 Hastalık ve Aşılama Durum Değerlendirmesi;

Katılımcılara Covid 19 hastalık geçmişleri sorulmuş olup %55,9'u (n=573) geçirdiğini, %44,1'i (n=452) geçirmediğini belirtmişlerdir. Tablo 4.3.1

Tablo 4.3.1. Katılımcıların COVID-19 Geçirme Durumlarına Göre Dağılımı

Geçirme Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Geçirdim	570	55,6
Geçirmedi	455	44,4
Toplam	1025	100,0

Katılımcıların COVID-19 Hastalığı geçirip geçirmediğine ait hastalık geçmişlerini sorguladığımızda; yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.3.2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 24-45 yaş grubundaki COVID-19 hastalığı geçirenlerin oranı %61,8 , yine 18-24 yaş aralığındaki grupta ise bu oran %56,3 olarak bulunmuştur. 60 yaş ve üzeri gruba baktığımızda COVID-19 geçirdiğini söyleyenlerin oranı %46,4 ile anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların yaş gruplarına göre COVID-19 Hastalık öyküsü farklılaşmaktadır ($P<.002$). Bu ilişki incelendiğinde 25-44 yaş grubu 60yaş ve üzerindeki hasta gruplarına oranla kuvvetli bir şekilde daha sık COVID- 19 Hastalığı geçirdiklerini beyan etmektedirler. 18-24 yaş grubu ise daha zayıf bir ilişki ile 60 yaş ve üzeri gruba göre daha sık COVID-19 Hastalığı geçirdiğini beyan etmektedirler.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Yaş gruplarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçmişlerine İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Evet Geçirdim	n	71 (56,3%)	261 (61,8%)	140 (52,6%)	98 (46,4%)	570 (55,6%)	0,02
	%	12,50%	45,80%	24,60%	17,20%	100,00%	
Hayır Geçirmedi	n	55 (43,7%)	161 (38,2%)	126 (47,4%)	113 (53,6%)	455 (44,4%)	
	%						

	%	12,10%	35,40%	27,70%	24,80%	100,00%	(b→d)
Toplam	n	126 (100,0%)	422 (100,0%)	266 (100,0%)	211 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	12,30%	41,20%	26,00%	20,60%	100,00%	

$$\chi^2 = 14,816^a \text{ sd}=3$$

Katılımcıların COVID-19 Hastalığı geçirip geçirmediğine ait hastalık geçmişlerini sorguladığımızda; Kronik hastalık öykülerinin durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.3.2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Kronik bir hastalık öyküsüne sahip olanlardan COVID-19 hastalığı geçirenlerin oranı %51,8 dir. Bu oran herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda %58,6 dir. Kronik hastalık varlığı durumuna göre COVID-19 Hastalık öyküsü farklılaşmaktadır ($P<.030$). Katılımcılardan bir veya daha fazla kronik hastalık öyküsü olanlar, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı şekilde daha az COVID-19 virüsüne bağlı hastalık geçirmişlerdir. Tablo 4.3.3.

Tablo 4.3.3. Katılımcıların Sahip oldukları Kronik Hastalık Durumlarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçmişlerine İlişkin Tablo;

		Kronik Hastalık Var	Kronik Hastalık Yok	Toplam	P
Evet Geçirdim	n	232 (51,8%)	338 (58,6%)	570 (55,6%)	0,030
	%	40,70%	59,30%	100,00%	
Hayır Geçirmedi	n	216 (48,2%)	239 (41,4%)	455 (44,4%)	
	%	47,50%	52,50%	100,00%	
Toplam	n	448 (100,0%)	577 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	43,70%	56,30%	100,00%	

$$\chi^2 = 4,714^a \text{ sd}=1$$

Katılımcıların COVID-19 hastalık geçmişleri değerlendirirken Cinsiyetleri ($P=.254$), Eğitim durumları ($P=.488$), Çalışma durumları ($P=.248$), Yaşadığı yer ($P=.215$),

Gelir durumları (P=.570), Sağlık durumları (P=569) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. (p>0,05)

COVID-19 geçirdiğini söyleyen 570 katılımcıya Hastalığa yakalandığı dönemde herhangi bir medikal tedavi alıp almadıkları, hastane yatış geçmişleri sorulmuş olup; katılımcıların %63,5'u (n=362) hiçbir tedavi almadığını belirtti. %17,9'u (n=102) bakanlık tarafından dağıtılan ilaçları kullandığını, %13,0 ü (n=74) bir hekime başvurarak ayaktan tedavi aldığını belirtmiştir. %4,73'u (n=27) hastanede yatarak servis ortamında tedavi aldığını belirtirken %0,87'si (n=5) yoğun bakıma yatırılarak tedavi aldığını belirtmiştir. İstatistiksel anlamlılık açısından Hastanede serviste yatırılarak tedavi gören ve Yoğun bakıma yatırılarak tedavi gören grup birleştirilmiştir. Tablo 4.3.4.

Tablo 4.3.4. COVID-19 Geçiren Katılımcıların Medikal Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımı;

	Katılımcı Sayısı (n)	%
Hiçbir tedavi almadım	362	63,5
Bakanlığın verdiği ilaçları kullandım	102	17,9
Hekime başvurdum. Verdiği ilaçları kullandım.	74	13,0
Hastanede Servis/ Yoğun bakıma yatırılarak tedavi	32	5,6
Toplam	570	100,0

Katılımcılardan COVID-19 enfeksiyon hastalığı geçirenlerin hastalık dönemlerinde aldıkları medikal tedavi türünün yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare testi sonuçları Tablo 4.3.5'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 60 yaş ve üzerindeki grupta hastalık geçirdikleri dönemde hiçbir medikal tedavi almadığını beyan edenlerin oranı %78,6 dır. Bu oran 25-44 yaş grubunda yalnızca %56,7 ile anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca Sağlık Bakanlığınca pandemi döneminde dağıtılan ilaçları 25-44 yaş grubu %22,6 oranında kullanırken; bu oran 60 yaş üzerinde yalnızca %8,1 dir. Bu oranlar bize yaş gruplarına göre COVID-19 enfeksiyonuna bağlı hastalık dönemlerinde katılımcıların medikal tedavi alma

durumlarının farklılaştığını göstermektedir. ($P<.001$). 60 yaş ve üzerindeki katılımcılar anlamlı şekilde daha az medikal tedaviye başvurmuşlardır.

Tablo 4.3.5. Katılımcıların Belirlenen Yaş gruplarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Hiçbir Tedavi Almadım	n	45 (63,4%)	148 (56,7%)	92 (65,7%)	77 (78,6%)	362 (63,5%)	0,001
	%	12,40%	40,90%	25,40%	21,30%	100,00%	
Bakanlıkça Dağıtılan İlaçları Kullandım	n	8 (11,3%)	59 (22,6%)	27 (19,3%)	8 (8,1%)	102 (17,9%)	
	%	7,80%	57,80%	26,50%	7,80%	100,00%	
Başvurduğum Hekimin İlaçlarını Kullandım	n	13 (18,3%)	41 (15,7%)	16 (11,4%)	4 (4,1%)	74 (13,0%)	
	%	17,60%	55,40%	21,60%	5,40%	100,00%	
Hastanede Yatırılarak Tedavi Aldım	n	5 (7,0%)	13 (5,0%)	5 (3,6%)	9 (9,2%)	32 (5,6%)	
	%	15,60%	40,60%	15,60%	28,10%	100,00%	
Toplam	n	71 (100,0%)	261 (100,0%)	140 (100,0%)	98 (100,0%)	570 (100,0%)	
	%	12,50%	45,80%	24,60%	17,20%	100,00%	(d→b)

$$\chi^2 = 28,824^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılardan COVID-19 enfeksiyon hastalığı geçirenlerin hastalık dönemlerinde aldıkları medikal tedavi ile eğitim durumları arasında anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.3.6’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ilkökul ve altı düzeyde eğitimi olan grupta COVID-19 geçirdikleri dönemde hiçbir medikal tedavi almadığını beyan edenlerin oranı %77,4 tür. Bu oran

ortaokul mezunlarında %62,3, Lise mezunlarında %52,2 iken Yükseköğretim mezunlarında %60,7 dir. Yine COVID-19 tanısı aldıktan sonra bir hekime başvurup düzenlenen reçeteyi kullanan sayısı ilkökul mezunlarında %3,1 iken bu oran ortaokul mezunlarında %16,4, lise mezunlarında %14,7 ve yükseköğretim mezunlarında %18,2' dir. Bu oranlar bize eğitim durumlarına göre COVID-19 enfeksiyonuna bağlı hastalık dönemlerinde katılımcıların medikal tedavi alma durumlarının anlamlı farklılaştığını göstermektedir. (P<.001). İlkokul ve altında eğitim durumuna sahip kişiler diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az medikal tedaviye başvurmuşlardır.

Tablo 4.3.6. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Hiçbir Tedavi Almadım	n	123 (77,4%)	38 (62,3%)	71 (52,2%)	130 (60,8%)	362 (63,5%)	0,000
	%	34,00%	10,50%	19,60%	35,90%	100,00%	
Bakanlıkça dağıtılan İlaçları Kullandım	n	19 (12,0%)	10 (16,4%)	37 (27,2%)	36 (16,8%)	102 (17,9%)	
	%	18,60%	9,80%	36,30%	35,30%	100,00%	
Başvurduğum Hekimin İlaçlarını Kullandım	n	5 (3,1%)	10 (16,4%)	20 (14,7%)	39 (18,2%)	74 (13,0%)	
	%	6,80%	13,50%	27,00%	52,70%	100,00%	
Hastanede Yatırılarak Tedavi Aldım	n	12 (7,5%)	3 (4,9%)	8 (5,9%)	9 (4,2%)	32 (5,6%)	
	%	37,50%	9,40%	25,00%	28,10%	100,00%	
Toplam	n	159 (100,0%)	61 (100,0%)	136 (100,0%)	214 (100,0%)	570 (100,0%)	
	%	27,90%	10,70%	23,90%	37,50%	100,00%	

$\chi^2= 36,878^a$ sd=9

Katılımcılardan COVID-19 enfeksiyon hastalığı geçirenlerin hastalık dönemlerinde aldıkları medikal tedavi türünün çalışma durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.3.7’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, herhangi bir işte çalışmayan gruptan hastalık geçirdikleri dönemde hiçbir tedavi almadığını beyan edenlerin oranı %68,5’tir. Bu oran bir işte çalıştığını beyan eden grupta %57,2’dır. Yine çalıştığını beyan eden grupta bir hekime başvurarak düzenlenen ayaktan tedaviyi kullanan katılımcıların oranı %19,2 iken bu oran çalışmadığını beyan eden grupta %8,1’dir. Bu oranlardan da anlaşılabacağı üzere bir işte çalışma durumlarına göre aşının COVID-19 enfeksiyonuna bağlı hastalık dönemlerinde katılımcıların medikal tedavi alma durumları farklılaşmaktadır ($P<.001$). Çalıştığını beyan eden grup; çalışmayanlara oranla anlamlı şekilde fazla bir medikal tedavi alma ihtiyacı duymuşlardır.

Tablo 4.3.7. Katılımcıların Bir İşte Çalışma Durumları ile COVID-19 Hastalığı Geçirenlerin Hastalık Dönemlerinde Aldıkları Medikal Tedaviye İlişkin Tablo;

		Çalışmıyor	Çalışıyor	Toplam	P
Hiçbir Tedavi Almadım	n	219 (68,5%)	143(57,2%)	362 (63,5%)	0,001
	%	60,50%	39,50%	100,00%	
Bakanlıkça Dağıtılan İlaçları Kullandım	n	57 (17,8%)	45 (18,0%)	102 (17,9%)	
	%	55,90%	44,10%	100,00%	
Başvurduğum Hekimin İlaçlarını Kullandım	n	26 (8,1%)	48 (19,2%)	74 (13,0%)	
	%	35,10%	64,90%	100,00%	
Hastanede Yatırılarak Tedavi Aldım	n	18 (5,6%)	14 (5,6%)	32 (5,6%)	
	%	56,20%	43,80%	100,00%	
Toplam	n	320 (100,0%)	250 (100,0%)	570 (100,0%)	
	%	56,10%	43,90%	100,00%	

$\chi^2= 16,054^a$ sd=3

Katılımcıların COVID-19 hastalık geçirdikleri dönemde tedavi alma durumlarını değerlendirirken Cinsiyetleri ($P=.617$), Yaşadıkları yer ($P=.279$), Gelir

durumları (P=.314), Sağlık durumları (P=.256) ve Kronik hastalık durumları (P=.508) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. (p>0,05)

Katılımcılara pandemi döneminde aşı olup olmadıkları sorulmuş 1025 katılımcının %91,1'i (n=934)aşı olduğunu beyan etmiştir. Tablo 4.3.8.

Aşı olduğunu beyan eden bu 934 kişinin; %13,6'sı (n=127) tek doz, %46'sı (n=430) iki doz aşı olduğunu belirtirken, %28,6'sı (n=267) üç doz ,%11,8'i (n=110) ise üçten fazla COVID-19 aşısı olduğunu belirtmiştir. Tablo 4.3.9.

Tablo 4.3.8. Katılımcıların COVID-19 Aşı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Aşı Olma Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Oldum	934	91,1
Olmadım	91	8,9
Toplam	1025	100,0

Tablo 4.3.9. Katılımcıların COVID-19 Aşısı Doz Sayısına İlişkin Dağılımı

Doz Sayısı	Katılımcı Sayısı (n)	%
Tek Doz	127	13,6
İki Doz	430	46,0
Üç Doz	267	28,6
Üçten Fazla	110	11,8
Toplam	934	100

4.4. Katılımcıların Aşı Tutumlarındaki Değişiklikler;

Katılımcılara COVID-19 Pandemisinin başlamasından 5 yıl sonra, COVID-19 aşılara karşı tutumları hakkında sorular sorulmuştur.

Aşı olan 934 katılımcıya aşı oldukları için bir pişmanlık hissedip hissetmedikleri soruldu. %53,3'ü (n=498) pişman olduğunu belirtti. %32,1'i (n=300) pişman olmadığını söylerken %14,6 sı (n=136) kararsız olduğunu söyledi. Tablo 4.4.1

Yine bu COVID-19 aşısı olan 934 kişiye yeni bir salgın hastalık durumunda aşı olmak hakkındaki görüşleri sorulduğunda; %30,1'i (n=281) yine aşı olacağını, %55,1'i (n=515) ise artık aşı olmayacağını belirtmiştir. Tablo 4.4.2

Tablo 4.4.1. Aşı olan Katılımcıların COVID-19 Aşısına İlişkin Pişman Olup/Olmama Durumu

Pişmanlık Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Pişmanım	498	53,3
Pişman Değilim	300	32,1
Kararsızım	136	14,6
Toplam	934	100

Tablo 4.4.2. Aşı Olan Katılımcıların Yeniden Salgın Bir Hastalık Durumunda Aşı Olmaya İlişkin Görüşleri

	Katılımcı Sayısı (n)	%
Evet Aşı Olurum	281	30,1
Hayır Aşı Olmam	515	55,1
Kararsızım	138	14,8
Toplam	934	100,0

Katılımcılardan pandemi döneminde COVID-19 aşısı olmuş olan 934 kişiye tekrar aşı ile önlenebilecek bir bulaşıcı hastalık salgını durumunda aşı tutumlarının ne olacağı sorusunun cinsiyetlere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.4,3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Erkek cinsiyetteki katılımcıların %41,5'i yeni bir salgın durumunda tekrar aşı olacağını beyan ederken bu oran kadın cinsiyettekilerde ancak %23,2'de kalmıştır. Tekrar aşı olmayacağını belirten grupta Kadın cinsiyetteki katılımcı oranı %62,2 iken erkek cinsiyette bu oran

%43,5 olarak bulunmuştur. Tekrar olası aşı ile önlenabilir bir bulaşıcı hastalık salgını durumunda aşı tercihleri davranışı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılaşma vardır ($P<.000$.) Her iki cinsiyette de aşı tereddüdü artmış ancak bu kadın cinsiyette anlamlı olarak çok daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.3. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı Olanların, Olası Bir Salgında Tekrar Aşılama Yaklaşımlarının Cinsiyetle İlişkisi Tablo;

		Erkek	Kadın	Toplam	P
Evet, Yine aşı olurum	n	146 (41,5%)	135 (23,2%)	281 (30,1%)	0,000
	%	52,00%	48,00%	100,00%	
Hayır, bir daha aşı olmam	n	153 (43,5%)	362 (62,2%)	515 (55,1%)	
	%	29,70%	70,30%	100,00%	
Karasızım	n	53 (15,0%)	85 (14,6%)	138 (14,8%)	
	%	38,40%	61,60%	100,00%	
TOPLAM	n	352 (100,0%)	582 (100,0%)	934 (100,0%)	
	%	37,70%	62,30%	100,00%	

$\chi^2 = 38,356^a$ sd=2

Katılımcılardan pandemi döneminde COVID-19 aşısı olmuş olan 934 kişiye tekrar aşı ile önlenebilecek bir bulaşıcı hastalık salgını durumunda aşı tutumlarının ne olacağı sorusunun bir işte çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.4.4’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bir işte çalıştığını beyan eden gruptan yeni bir salgın durumunda tekrar aşı olacağını beyan edenlerin oranı %35,7’iken; bir işte çalışmadığını beyan eden grupta bu oran %25,2’dir. Bir daha aşı olmayacağını belirtenlerin çalışan gruptaki oranı %49,1, bir işte çalışmadığını beyan eden grupta bu oran anlamlı şekilde yüksek %60,4 tür. Tekrar aşı ile önlenebilir olası bir bulaşıcı hastalık salgını durumunda aşı tercihleri davranışı ile bir işte çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılaşma vardır ($P<.001$). Çalışmayan grupta aşı tereddüdü anlamlı olarak çok daha yüksektir.

Tablo 4.4.4. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı Olanların, Olası Bir Salgında Tekrar Aşılama Yaklaşımlarının Bir İşte Çalışma Durumu ile İlişkisi Tablo;

		Çalışmıyor	Çalışıyor	Toplam	P
Evet, Yine aşı olurum	n	126 (25,2%)	155 (35,7%)	281(30,1%)	0,001
	%	44,80%	55,20%	100,00%	
Hayır, bir daha aşı olmam	n	302 (60,4%)	213 (49,1%)	515 (55,1%)	
	%	58,60%	41,40%	100,00%	
Karasızım	n	72 (14,4%)	66 (15,2%)	138 (14,8%)	
	%	52,20%	47,80%	100,00%	
Toplam	n	500 (100,0%)	434 (100,0%)	934 (100,0%)	
	%	53,50%	46,50%	100,00%	

$$\chi^2 = 14,041^a \text{ sd}=2$$

Katılımcılardan Pandemi döneminde COVID-19 aşısı olan 934 kişiye, tekrar aşısı ile önlenebilecek bir bulaşıcı hastalık salgını durumunda yine aşı olup olmayacakları sorulmuş bağımsız değişkenlerle ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda Yaş (P=.152), Eğitim durumları (P=.052), Yaşanılan yer (P=.083), Gelir durumları (P=.779), Sağlık durumları (P=.444) ve kronik hastalık bulunması (P=.226) ile Aşısı ile önlenebilecek olası bir pandemide tekrar aşı olma eğilimi arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. (p>0,05)

Pandemi döneminde COVID-19 aşısı olup ancak yeni bir olası aşı ile önlenebilir salgın durumunda aşı olmayacağını belirten 515 kişiye aşı olmayı neden düşünmedikleri sorulmuştur.

Bu 515 kişinin %65,82 tekrar aşı olmama nedenlerinin Aşının yan etkilerinden korkmaları olduğunu belirtirlerken, yine bu 515 kişiden %26,4'ü ise aşıların bir işe yaramadığını düşündüklerini için aşı olmayacaklarını belirtmişlerdir. Bu 515 kişinin %17,8'i neden olarak Aşıların zararlı kimyasallar olduğunu belirtirken %11,2'si ise aşıların Ticari amaçlı üretildiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Bu 515 kişinin yalnızca %9,3'ü nedenlerinden birisi olarak doğal bağışıklıklarına güvendiklerini söylemişlerdir. Tablo 4.4.5.

Tablo 4.4.5. Pandemi döneminde aşı olmuşken; Aşı ile Önlenebilir Yeni bir Salgın Hastalık Durumunda Tekrar Aşı Olmayı Ret Eden 515 Katılımcının Reddetme Nedenleri;

	Tercih Eden Kişi Sayısı
1) Aşının yan etkilerinden korkuyorum	339
2) Aşının işe yaramadığını düşünüyorum	136
3) Doğal bağışıklığıma güveniyorum	48
4) Aşıların zararlı kimyasallar olduğunu düşünüyorum	92
5) Aşıların ticari amaçla üretildiğini düşünüyorum	58
6) Aşıların başka amaçlara hizmet ettiğini düşünüyorum	33
7) Diğer sebepler	0

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

Pandemi döneminde COVID-19 Aşısı olmuş olan katılımcılara aşılanma sonrasında herhangi bir yan etki ile karşılaşp karşılaşmadıkları sorulmuştur. 934 katılımcı soruyu cevaplamış, bu 934 kişinin %57,8'i bir yan etki ile karşılaşmadığını belirtirken yalnızca %29,3'ü aşının en az bir yan etkisi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Yine bu 934 kişinin %12,9'u ise emin olmadıklarını söylemişlerdir. Tablo 4.4.6.

Tablo 4.4.6. Katılımcılardan COVID-19 Aşısı sonrasında Aşının Herhangi Bir Yan Etkisi ile Karşılaşp Karşılaşmadıklarını Düşündüklerinin Değerlendirmesi;

	Karşılaşan Kişi Sayısı	(%)
Karşılaştım	274	29,3
Karşılaşmadım	540	57,8
Emin değilim	120	12,9
Toplam	934	100,0

COVID-19 Aşısı sonrası yan etki ile karşılaştığını düşünen 274 kişiye ne gibi yan etkilerle karşılaştıkları sorulmuştur.

Bu 274 kişinin %8,4'ü Aşıya bağlı allerji geliştiğini belirtmişlerdir. Yine bu 274 kişinin %54,0'i ise Nefes darlığı, Astım, KOAH gibi solunum yolu şikayetleri yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aşıya bağlı yan etki geliştiğini düşünen bu grubun %38,6'sı ise Hipertansiyon, Miyokard Infarktüsü vb. Kardiyovasküler sistem yakınmaları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yine bu 274 kişinin %3,2'si ise Aşı nedeni ile Kansere yakalandıklarını belirtmişlerdir.³ Tablo 4.4.7.

Tablo 4.4.7. COVID-19 Aşısı sonrasında Aşı Yan Etkisi ile Karşılaştığını İfade Edenlerin Karşılaştıklarını Beyan Ettikleri Yan Etkiler.

	Kişi Sayısı
1) Alerji	23
2) Kalp ve damar hastalıkları (Çarpıntı, HT,MI vb)	106
3) Solunum sistemi hastalıkları (Nefes darlığı, Astım vb.)	148
4) Nörolojik Hastalıklar (baş ağrısı, inme, demans vb.)	11
5) Kansere ³	9
6) Gastrointestinal sistem hastalıkları	4
7) Kas iskelet sistemi hastalıkları (Eklem ağrısı, Kas ağrısı, Kronik eklem rahatsızlıkları vb.)	4

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

Yine katılımcılara kendi algınıza göre sosyal çevreleriniz de Aşıya bağlı yan etki yaşayanlar var mı? Sorusu yönetilmiş olup bu soruya 1012 kişi cevap vermiştir. Bu 1012 kişinin %59,3'ü 600 kişi sosyal çevrelerinde aşıya bağlı herhangi bir yan etki yaşayan olmadığını belirtmiştir.

Çevresinde kendi algılarına göre COVID 19 aşısına bağlı yan etki yaşayanların olduğunu belirten kişi sayısı 412 kişidir ve bu kişilerin en sık verdikleri cevap %45,3 ile Kalp damar hastalıklarıdır. 412 kişinin %37,4 ü ise nefes darlığı, Astım, Koah gibi solunum yolları hastalıkları cevabını vermişlerdir.

Çevresinde yaşayanlarda COVID-19 aşısı sonrası en az bir yan etki olduğunu söyleyenlerin %19,6 sı ise Aşıya bağlı Allerji şikayetleri yaşayanların olduğunu

³ Kansere- malignite öyküsü doğrulanmamış, tamamen katılımcının beyanı esas alınmıştır.

belirtirken bu 42 kişi ise sosyal çevrelerinde aşırıya bağlı ölüm olayının yaşandığını belirtmişlerdir. Tablo 4.4.8.

Tablo 4.4.8. Katılımcıların Sosyal Çevresinde Kendi Algılarına Göre Aşırıya Bağlı Yan Etki Yaşayanların Yaşadığı Yan Etkiler

	Kişi Sayısı
1) Alerji	81
2) Kalp ve damar hastalıkları (Hipertansiyon, MI vb)	187
3) Solunum sistemi hastalıkları (Nefes darlığı, Astım, KOAH)	154
4) Nörolojik Hastalıklar (İnme, Demans vb.)	9
5) Kansere ³	19
6) Gastrointestinal sistem hastalıkları	9
7) Ölüm	42
8) Diğer (Kas iskelet Sistemi Hastalıkları)	28

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

Tüm katılımcılara Covid-19 Aşılarının üzerinden geçen süreye rağmen uzun vadeli yan etkilerinin gelecekte karşılırlarına çıkmasından korkuyorlar mı sorulmuş; katılımcıların %72,6 sı (n=744) korktuklarını, %27,4 ü (n=281) ise gelecekte yan etki yaşamaktan korkmadıklarını belirtmişlerdir. Tablo 4.4.9.

Tablo 4.4.9. Katılımcıların Aşının Gelecekte Yaratabileceği yan Etkilere İlişkin Korku Durumu

Korku Durumu;	Katılımcı Sayısı (n)	%
Korkuyorum	744	72,6
Korkmuyorum	281	27,4
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara COVID-19 pandemisinin kendilerini psikolojik yönden etkileyip etkilemediği sorulduğunda %40,3 ü (n=413) hiç etkilenmediğini belirtirken, %33,7 si (n=345) hafif düzeyde, %22,2 si (n=228) orta düzeyde, %3,8'i (n=39) ise ciddi düzeyde etkilendiklerini belirtmişlerdir. Tablo 4.4.10.

Tablo 4.4.10. COVID-19 Salgının Katılımcıları Psikolojik Bakımdan Etkileme Durumu

Etki Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Hiç Etkilenmedim	413	40,3
Hafif Düzeyde	345	33,7
Orta Düzeyde Etkilendim	228	22,2
Ciddi Düzeyde	39	3,8
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara COVID-19 Salgın döneminde psikolojik yönden etkilenme dereceleri sorulmuş olup; etkilenme derecesinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.11’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 25-44 yaş arasındaki katılımcıların %28,0’i pandemiden psikolojik açıdan orta düzeyde etkilendiğini söylerken bu oran 60 yaş ve üzeri grupta yalnızca %11,8, 18-24 yaş grubunda %20,6 ve 45-59 yaş grubunda ise %22,2 dir. Ciddi düzeyde etkilendim cevabına bakıldığında 25-44 yaş grubu %4,3 oranında bu cevabı verirken 18-24 yaş grubunda bu oran %2,4, 45-59 ve 60 yaş üzerinde %3,8 dir. Katılımcıların yaş gruplarına göre pandemiden psikolojik etkilenmeleri anlamlı farklılaşmaktadır (P=.003.) Başka bir ifadeyle katılımcıların yaş gruplarına göre COVID-19 pandemi döneminde psikolojik problemler yaşaması arasında anlamlı bir ilişki vardır. 25-44 yaş grubu diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde daha fazla pandemiden etkilendiğini söylemektedir.

Tablo 4.4.11. Katılımcılardan Salgını Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını söyleyenler ile Yaş Grupları Arasında Farklılıklara İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Hiç Etkilenmedim	n	52 (41,3%)	165 (39,1%)	106 (39,8%)	90 (42,7%)	413 (40,3%)	0,003
	%	12,60%	40,00%	25,70%	21,80%	100,00%	
Hafif Etkilendim	n	45 (35,7%)	121 (28,7%)	91 (34,2%)	88 (41,7%)	345 (33,7%)	
	%	13,00%	35,10%	26,40%	25,50%	100,00%	
Orta Düzeyde Etkilendim	n	26 (20,6%)	118 (28,0%)	59 (22,2%)	25 (11,8%)	228 (22,2%)	
	%	11,40%	51,80%	25,90%	11,00%	100,00%	
Ciddi Psikolojik Sorunlarım Oldu	n	3 (2,4%)	18 (4,3%)	10 (3,8%)	8 (3,8%)	39 (3,8%)	
	%	7,70%	46,20%	25,60%	20,50%	100,00%	
Toplam	n	126 (100,0%)	422 (100,0%)	266 (100,0%)	211 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	12,30%	41,20%	26,00%	20,60%	100,00%	

$$\chi^2 = 25,352^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılardan pandemi döneminde psikolojik sorunlar yaşayıp yaşamadığının cinsiyetlere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.4.12’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, katılımcılardan erkek cinsiyette olanların %49,9’u pandemi döneminde hiçbir psikolojik problem yaşamadığını beyan ederken, Kadın cinsiyette bu oran %34,7 dir. Orta düzeyde etkilendim cevabını veren erkek cinsiyettekilerin oranı %15,5 iken kadın cinsiyette bu oran %26,2 ye çıkmaktadır. Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi pandemi döneminde katılımcıların yaşadıkları psikolojik problemler ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılaşma vardır($P<.000$). Kadın cinsiyetteki katılımcılar anlamlı şekilde pandemide erkek cinsiyete oranla daha ağır etkilenmişlerdir.

Tablo 4.4.12. Katılımcılardan Salgın Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını söyleyenler ile Cinsiyet Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Erkek (a)	Kadın (b)	Toplam	P
Hiç Etkilenmedim	n	189 (49,9%)	224 (34,7%)	413 (40,3%)	0,000
	%	45,80%	54,20%	100,00%	
Hafif Etkilendim	n	120 (31,7%)	225 (34,8%)	345 (33,7%)	
	%	34,80%	65,20%	100,00%	
Orta Düzeyde Etkilendim	n	59 (15,5%)	169 (26,2%)	228 (22,2%)	
	%	25,90%	74,10%	100,00%	
Ciddi Psikolojik Sorunlarım Oldu	n	11 (2,9%)	28 (4,3%)	39 (3,8%)	
	%	28,20%	71,80%	100,00%	
Toplam	n	379 (100,0%)	646 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	37,00%	63,00%	100,00%	

$\chi^2= 27,735^a$ sd=3

Katılımcılardan COVID-19 Hastalığı salgını sırasında psikolojik problemler yaşadıklarını söyleyenlerin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin kay-kare sonuçları Tablo 4.4.13’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Yükseköğretim mezunlarından salgından psikolojik yönden orta düzeyde etkilendiğini belirtenlerin oranları %29,2 iken bu oran ilkokul ve altı eğitim almış olanlarda %13,2 orta okul mezunlarında %20 olarak bulunmuştur. %4,1 ile en fazla ciddi problem yaşadığını söyleyen grup yükseköğretim mezunlarıdır. Eğitim durumlarına göre kişilerin COVID-19 salgınından psikolojik etkilenme düzeyleri farklılaşmaktadır ($P<.001$). Başka bir ifadeyle katılımcıların Covid-19 salgınından psikolojik yönden etkilenim dereceleri ile eğitim durumları ile arasında anlamlı bir ilişki vardır ve katılımcılardan en yüksek düzeyde etkilendiğini söyleyen grup anlamlı olarak yükseköğretim mezunlarıdır.

Tablo 4.4.13. Katılımcılardan Salgın Sırasında Psikolojik Problemler Yaşadıklarını Söyleyenler ile Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Etkilenmedim	n	135 (44,5%)	48 (43,6%)	89 (36,2%)	141 (38,5%)	413 (40,3%)	0,001
	%	32,70%	11,60%	21,50%	34,10%	100,00%	
Hafif Düzeyde Etkilendim	n	116 (38,3%)	37 (33,7%)	89 (36,2%)	103 (28,2%)	345 (33,7%)	
	%	33,60%	10,70%	25,80%	29,90%	100,00%	
Orta Düzeyde Etkilendim	n	40 (13,2%)	22 (20,0%)	59 (24,0%)	107 (29,2%)	228 (22,2%)	
	%	17,50%	9,60%	25,90%	46,90%	100,00%	
Ciddi Psikolojik Problemler Yaşadım	n	12 (4,0%)	3 (2,7%)	9 (3,6%)	15 (4,1%)	39 (3,8%)	
	%	30,80%	7,70%	23,10%	38,50%	100,00%	
Toplam	n	303 (100,0%)	110 (100,0%)	246 (100,0%)	366 (100,0%)	1025 (100,0%)	(b→d)
	%	29,60%	10,70%	24,00%	35,70%	100,00%	(a→d)

$$\chi^2 = 28,903^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılardan Pandeminin kendilerini psikolojik yönden etkileyip etkilemediği sorulmuş bağımsız değişkenlerle ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. Pandemide psikolojik yönden etkileme ile Gelir durumu ($P=.869$), Çalışma durumu ($P=.355$), Yaşanılan yer ($P=.672$) ve Sağlık durumu ($P=.493$) arasında da anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. ($p>0,05$)

Katılımcılara Pandemi döneminde Aşıların uygulanmaya başlanmasının kendilerinde psikolojik bir rahatlama, güven duygusu yaratıp yaratmadığı sorulduğunda; %42,4'ü ($n=435$) rahatlatıldığını, %40,4 ü ($n=414$) rahatlatmadığını

söylerken katılımcıların %17,2 si (n=176) Kararsız olduğunu söylemişlerdir. Tablo 4.4.14.

Tablo 4.4.14. Pandemide COVID-19 Aşılarının Uygulanmaya Başlanması Katılımcıların Psikolojik Durumuna Etkisine İlişkin Görüşler

Etki Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Rahatlattı	435	42,4
Rahatlatmadı	414	40,4
Kararsızım	176	17,2
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara Salgın döneminde COVID-19 aşılarının uygulamaya geçmesi ile psikolojik yönden bir rahatlama güven duygusu olup olmadığı sorulmuş olup; rahatlama durumunun yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.15’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 60 yaş ve üzeri grupta COVID-19 aşılarının uygulamaya başlaması ile psikolojik yönden rahatlama yaşadığını söyleyenlerin oranı %55,9, 45-59 yaş grubunda ise bu oran %51,5’tir. COVID_19 aşılarının kendilerinde bir rahatlama yarattığını söyleme oranı genç yaş grubunda anlamlı şekilde daha düşüktür. 25-44 yaş grubunda %33,6 ve 18-24 yaş grubunda %30,2’dir. Yine bu daha genç gruplarda “Hayır rahatlatmadı” cevabı daha yüksektir. 18-24 yaş grubunda %45,2 iken 25-44 yaş grubunda %45,0 ile yine anlamlı olarak ileri yaş gruplarından daha yüksektir. Anlaşılabileceği üzere Katılımcıların yaş gruplarına göre COVID-19 aşılarının uygulamaya geçmesi ile rahatlık, güven hissetmeleri anlamlı farklılaşmaktadır ($P<.000$). Başka bir ifadeyle 45-59 yaş ve 60 yaş üzeri gruplarda COVID-19 pandemi döneminde Aşıların uygulamaya başlaması ile psikolojik yönden rahatlama güven duygusu daha genç yaş grupları olan 18-24 ve 25-44 yaş gruplarına göre anlamlı bir biçimde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.15. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması ile Psikolojik Bir Rahatlama Yaşayıp Yaşamadığı ile Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Evet Aşılar Rahatlattı	n	38 (30,2%)	142 (33,6%)	137 (51,5%)	118 (55,9%)	435 (42,4%)	0,000 (a→c) (a→d) (b→c) (b→d)
	%	8,70%	32,60%	31,50%	27,10%	100,00%	
Hayır Aşılar Rahatlatmadı	n	57 (45,2%)	190 (45,1%)	97 (36,5%)	70 (33,2%)	414 (40,0%)	
	%	13,80%	45,90%	23,40%	16,90%	100,00%	
Kararsızım	n	31 (24,6%)	90 (21,3%)	32 (12,0%)	23 (10,9%)	176 (17,2%)	
	%	17,60%	51,10%	18,20%	13,10%	100,00%	
Toplam	n	126 (100,0%)	422 (100,0%)	266 (100,0%)	211 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	12,30%	41,20%	26,00%	20,60%	100,00%	

$$\chi^2 = 50,285^a \text{ sd}=6$$

Katılımcılara Salgın döneminde COVID-19 aşılarının uygulamaya geçmesi ile psikolojik yönden bir rahatlama, güven duygusu oluşup oluşmadığı sorulmuş olup; rahatlama durumunun eğitim seviyesi gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.16’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Aşıların uygulanmaya geçmesi ile rahatladığını söyleyenlerin ilkökul ve altı mezunu gruptaki oranı %52,5’dur. Lise mezunlarında bu oran %35, yüksek öğretim mezunlarında %39,9 ve ortaokul mezunlarında %40,0 ile İlkokul ve altı mezunlarına göre anlamlı şekilde daha düşüktür. Yine bu COVID-19 aşıları ile rahatlama konusunda İlkokul ve altı öğrenim durumuna sahip olanlarda kararsızlık durumları %8,3 ile anlamlı şekilde düşüktür. Bu durum bize Eğitim durumlarına göre pandemi döneminde COVID-19 aşılarının uygulanmaya başlamasının Katılımcılarda rahatlama güven duygusu oluşturmaya ilişkin algının anlamlı farklılaştığını göstermektedir ($P<.000$). İlkokul ve altı eğitim durumuna sahip olanlar Aşıların uygulanmaya başlanması ile anlamlı şekilde rahatladıklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 4.4.16. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşanıp Yaşanmadığı ile Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Evet Aşılar Rahatlattı	n	159 (52,5%)	44 (40,0%)	86 (35,0%)	146 (39,9%)	435 (42,4%)	0,000 (a→b) (a→c) (a→d)
	%	36,60%	10,10%	19,80%	33,60%	100,00%	
Hayır Aşılar Rahatlatmadı	n	119 (39,3%)	43 (39,1%)	105 (42,7%)	147 (40,2%)	414 (40,4%)	
	%	28,70%	10,40%	25,40%	35,50%	100,00%	
Kararsızım	n	25 (8,3%)	23 (20,9%)	55 (24,2%)	73 (19,9%)	176 (17,2%)	
	%	14,20%	13,10%	31,20%	41,50%	100,00%	
Toplam	n	303 (100,0%)	110 (100,0%)	246 (100,0%)	366 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	29,60%	10,70%	24,00%	35,70%	100,00%	

$$\chi^2 = 32,044^a \text{ sd}=6$$

Katılımcılara Salgın döneminde COVID-19 aşılarının uygulamaya geçmesi ile psikolojik yönden bir rahatlama, güven duygusu oluşup oluşmadığı sorulmuş olup ; rahatlama durumunun yerleşim yeri gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.17’de verilmiştir. Şehirde yaşayanlardan Aşıların uygulamaya başlamasının kendilerinde rahatlamaya neden olduğunu söyleyenlerin oranı %43,4 iken bu oran kırsalda yaşayanlarda %26,7 ile anlamlı şekilde daha düşüktür. Yaşadığı yere göre pandemi döneminde COVID-19 aşı uygulamalarının başlaması ile rahatlama, güven duygusunun oluşmasına ilişkin algı anlamlı farklılaşmaktadır (P=.011). Kırsalda yaşayanlar anlamlı şekilde daha az oranda aşılarla bir rahatlama yaşadıklarını beyan etmektedirler.

Tablo 4.4.17. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşayıp Yaşanmadığı ile Yaşadığı Bölge Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Şehir	Kırsal	Toplam	P
Evet Aşılar Psikolojik Olarak Rahatlattı	n	419 (43,4%)	16 (26,7%)	435 (42,4%)	0,011
	%	96,30%	3,70%	100,00%	
Hayır Aşılar Psikolojik Olarak Rahatlatmadı	n	379 (39,3%)	35 (58,3%)	414 (40,4%)	
	%	91,50%	8,50%	100,00%	
Karasızım	n	167 (17,3%)	9 (15,0%)	176 (17,2%)	
	%	94,90%	5,10%	100,00%	
Toplam	n	965 (100,0%)	60 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	94,10%	5,90%	100,00%	

$$\chi^2 = 8,991^a \text{ sd}=2$$

Katılımcılara Salgın döneminde COVID-19 aşılarının uygulamaya geçmesi ile psikolojik yönden bir rahatlama, güven duygusu oluşup oluşmadığı sorulmuş olup; rahatlama durumunun en az bir kronik hastalığı olan/olmayan gruplara göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4.4.18’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, en az bir kronik hastalığı olanların %49,6’sı Aşı uygulamasının başlaması ile rahatladığını söyleyenlerken, hiçbir kronik hastalığı olmayanlarda bu oran %36,9’dur. Kronik hastalık varlığı durumuna göre Pandemi döneminde COVID-19 Aşılarının uygulamaya girmesi sonrasında psikolojik yönden rahatlama ilişkisi farklılaşmaktadır ($P<.000$). Aşılar kronik hastalığı olanlarda anlamlı şekilde daha yüksek rahatlama neden olmuştur.

Tablo 4.4.18. COVID-19 Aşı Uygulamalarının Başlaması Sonrasında Psikolojik Bir Rahatlama Yaşayıp Yaşamadığı ile Kronik Hastalık Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Kronik Hastalığı Var	Kronik Hastalığı Yok	Toplam	P
Evet Aşılar Psikolojik Olarak Rahatlattı	n	222 (49,6%)	213 (36,9%)	435 (42,4%)	0,000
	%	51,00%	49,00%	100,00%	
Hayır Aşılar Psikolojik Olarak Rahatlatmadı	n	168 (37,5%)	246 (42,6%)	414 (40,4%)	
	%	40,60%	59,40%	100,00%	
Kararsızım	n	58 (12,9%)	118 (20,5%)	176 (17,2%)	
	%	33,00%	67,00%	100,00%	
Toplam	n	448 (100,0%)	577 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	43,70%	56,30%	100,00%	

$\chi^2 = 19,409^a$ sd=2

Katılımcılara Pandemi döneminde COVID-19 aşılarının uygulama başlanması ile kendilerini psikolojik yönden bir rahatlama güven duygusu yaratıp yaratmadığı sorulmuş bağımsız değişkenlerle ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda Pandemide COVID-19 Aşılarının psikolojik yönden bir rahatlama yaratması ile Cinsiyet ($P=.126$), Çalışma durumu ($P=.570$), Gelir durumu ($.091$) ve Sağlık durumu ($P=.060$) arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. ($p>0,05$)

Katılımcılara COVID-19 aşılarının Aşılama tereddütlerinde olumlu veya olumsuz bir değişim yaratıp yaratmadığını tespit etmek için Aşılama sonrası Çocuk çağı aşılara bakışının değişip değişmediği; Alt soyunda ki çocuklara aşı yaptırap yaptırmayacağı soruldu. %64,2 si ($n=658$) Hayır değiştirmede; yaptırıyordum yine yaptırırım derken, %11,1'i ($n=114$) Evet değiştirdi; yaptırıyordum ama artık yaptırmam dedi. %6,0'ı ($n=61$) ise Hayır değiştirmede, zaten yaptırmıyordum yine yaptırmam dedi, %5,9 u ($n=60$) da Evet değiştirdi; yaptırmıyordum ama artık yaptırırım cevabını verdi. Kararsızların oranı %12,9 ($n=132$) olarak görüldü. Tablo 4.4.19.

Tablo 4.4.19. COVID-19 Aşısının Çocukluk Çağı aşılarna Etkisine İlişkin Görüşler

	(n)	%
Evet Değiştirdi; Yaptırıyordum Artık Yaptırmam	114	11,1
Evet Değiştirdi; Yaptırmıyordum Artık Yaptırırım	60	5,8
Hayır Değiştirmede; Yaptırıyordum Yine Yaptırırım	658	64,2
Hayır Değiştirmede; Yaptırmıyordum Yine Yaptırmam	61	6,0
Kararsızım	132	12,9
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının çocukluk çağı aşılarna karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği, alt soyuna (çocuklarına, torunlarına) yaptırap yaptırmayacağı sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4.4.20’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 45-59 yaş grubunun %75,6’sı ile 60 yaş ve üzerindekiilerin %78,2’si tutumlarının değişmediğini daha önce de yaptırdıklarını ve yaptıracaklarını belirtirlerken; bu oran 18-24 yaşta %57,1, 25-44 yaş grubunda ise %52,2 ile anlamlı olarak daha düşüktür. Aşı yaptırmak konusunda kararsızlık yaşayanlara baktığımızda 18-24 yaş grubu %24,6 ve 25-44 yaş grubu %17,8 ile diğer gruplara oranla anlamlı şekilde kararsızlardır. Bu oran 45-59 yaş grubunda %5,3 ve 60 yaş üzerindekiilerde %5,7dir. Katılımcıların yaş gruplarına göre COVID-19 Aşıları sonrasında çocukluk çağı aşılarna karşı aşı tutumları farklılaşmaktadır ($P<.000$). Başka bir ifadeyle katılımcılardan daha genç yaş gruplarında olanlar, orta-ileri yaş gruplarına göre anlamlı şekilde COVID-19 aşıları sonrasında çocukluk çağı aşılarna karşı tereddütleri artmış, Aşı tutumlarında daha fazla değişiklikler olmuştur.

Tablo 4.4.20. Katılımcılara COVID-19 Aşıları Sonrası Çocukluk Çağı Aşılarna Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Değiştirdi; Yaptırıyordum Yaptırmam	N	8 (6,4%)	62 (14,7%)	28 (10,5%)	16 (7,6%)	114 (11,1%)	0,000
	%	7,00%	54,40%	24,60%	14,00%	100,00%	
Değiştirdi; Yaptırmıyordum Yaptırım	N	7 (5,6%)	30 (7,1%)	14 (5,3%)	9 (4,3%)	60 (5,9%)	
	%	11,70%	50,00%	23,30%	15,00%	100,00%	
Değiştirmede; Yaptırıyordum Yaptırım	N	72 (57,1%)	220 (52,1%)	201 (75,5%)	165 (78,2%)	658 (64,2%)	
	%	10,90%	33,40%	30,50%	25,10%	100,00%	
Değiştirmede; Yaptırmıyordum Yaptırmam	N	8 (6,3%)	35 (8,3%)	9 (3,4%)	9 (4,3%)	61 (5,9%)	
	%	13,10%	57,40%	14,80%	14,80%	100,00%	
Kararsızım	N	31 (24,6%)	75 (17,8%)	14 (5,3%)	12 (5,6%)	132 (12,9%)	(a→c)
	%	23,50%	56,80%	10,60%	9,10%	100,00%	(a→d)
Toplam	N	126 (100,%)	422 (100,%)	266 (100,%)	211 (100,%)	1025 (100,0%)	(b→c)
	%	12,30%	41,20%	26,00%	20,60%	100,00%	(b→d)

$\chi^2 = 84,073^a$ sd=12

Tablo 4.4.20 de görülen yaş gruplarının cevaplarına göre Katılımcılar çocukluk çağı aşılarına karşı tutumunu değiştiren ve değiştirmeyenler iki ayrı gruba ayrılarak yaş gruplarına göre ki-kare testi uygulanmıştır. %26,5 ile en çok karar değiştiren grup 25-44 yaş grubu iken bu oran 60 yaş üzerinde %12,0'da kalmıştır. Kısacası; en yüksek aşı tutum değişikliği diğer gruplara göre anlamlı şekilde 25-44 yaş grubunda görülmüştür ($P < .000$).

Bir diğer istatistiksel analizde ise sonuçta aşı yaptıırım diyenler ile yeni-eski aşı yaptırmam diyenler (Aşı tereddüdü yaşayanlar) arasında yapılmış olup burada aşı yaptırmamak yönünde diğer gruplara anlamlı üstünlük sağlayan 25-44 yaş grubu

olmuştur ($P<.000$). Bu grupta aşı tereddüdü yaşayanların oranı %28,0 iken 18-24 yaş grubunda %16,8 , 45-59 yaş grubunda %14,7 ve 60 yaş üzerinde %12,6'dır.

Son olarak tutum değiştirerek Pandemi öncesinde alt soylarına çocukluk çağı aşılarını yaptıırken pandemi sonrasında aşı yaptırmayacaklarını belirtenler bir grup ve diğer yanıtları verenler ayrı bir grup olarak analiz yapılmıştır. Amacımız tutum değiştirerek yeni aşı tereddüdü yaşayanların yaş grupları arasında farklılaşmasını değerlendirmektir. Analizimizde yine 25-44 yaş grubunda anlamlı şekilde daha yüksek yeni aşı ret artışı/ aşı tereddüdü yaşadığı görülmüştür ($P<.002$). Bu yaş grubu %17,9 ile pandemi öncesi aşı yaptıryorken artık yaptırmayacaklarını belirtirlerken; bu oran 18-24 yaş grubunda %8,4, 45-59 yaş grubunda %11,1 ve 60 yaş üzerinde %8,0 dır.

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği, alt soyuna (çocuklarına, torunlarına) yaptırip yaptırmayacağı sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin eğitim durumlarına göre ayrılan gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.21'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ilkokul ve altı eğitim durumu olanlarda Pandemi öncesinde aşı yaptıryordum yine yaptıırım oranı %77,9 iken diğer gruplara baktığımızda daha düşük oranları görmekteyiz. Ortaokul mezunlarında bu oran %53,6, lise mezunlarında %56,1 ve yüksekokul mezunlarında %61,5'tir. Yine tutum değiştirerek pandemi sonrasında Çocukluk çağı aşı tereddüdü yaşayanlara baktığımızda diğer eğitim gruplarına göre en düşük oran %7,3 ile ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip olanlardadır. Kısaca COVID-19 aşısı sonrası katılımcıların çocukluk çağı aşı tutumlarındaki değişiklikler, eğitim durumlarına göre farklılaşmaktadır ($P<.000$). İlkokul ve altında eğitim seviyesine sahip olanlar diğer gruplara göre anlamlı şekilde Çocukluk çağı aşılarına karşı tutum değiştirmemişlerdir.

Tablo 4.4.21. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Eğitim Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Değiştirdi; Yaptırıyordum Yaptırmam	n	22 (7,3%)	18 (16,4%)	35 (14,2%)	39 (10,7%)	114 (11,1%)	0
	%	19,30%	15,80%	30,70%	34,20%	100,00%	
Değiştirdi; Yaptırmıyordum Yaptırırım	n	17 (5,6%)	8 (7,3%)	19 (7,7%)	16 (4,4%)	60 (5,9%)	
	%	28,30%	13,30%	31,70%	26,70%	100,00%	
Değiştirmede; Yaptırıyordum Yaptırırım	n	236 (77,9%)	59 (53,6%)	138 (56,1%)	225 (61,5%)	658 (64,2%)	
	%	35,90%	9,00%	21,00%	34,20%	100,00%	
Değiştirmede; Yaptırmıyordum Yaptırmam	n	14 (4,6%)	11 (10,0%)	16 (6,5%)	20 (5,5%)	61 (6,0%)	
	%	23,00%	18,00%	26,20%	32,80%	100,00%	
Kararsızım	n	14 (4,6%)	14 (12,7%)	38 (15,4%)	66 (18,0%)	132 (12,8%)	(a→b)
	%	10,60%	10,60%	28,80%	50,00%	100,00%	(a→c)
Toplam	n	303 (100,0%)	110 (100,0%)	246 (100,0%)	366 (100,0%)	1025 (100,0%)	(a→d)
	%	29,60%	10,70%	24,00%	35,70%	100,00%	

$$\chi^2 = 54,992^a \text{ sd}=12$$

Tablo 4.4.21 de görülen eğitim durumlarına göre, katılımcılar çocukluk çağı aşılarna karşı tutumunu değiştiren ve değiştirmeyenler olarak iki ayrı gruba ayrılarak ki-kare testi uygulanmıştır. En düşük aşı tutum değişikliği ilkökul ve altı grubunda görülmüştür. (P=.001) . Tutumunu değiştirenlerin oranı İlkokul ve altı seviyede eğitim durumu olanlarda %13,5 iken bu oran ortaokul mezunlarında %27,1, lise mezunlarında %26,0 ve yükseköğretim mezunlarında %18,2 dir.

Bir diğer analizde eğitim durumu gruplarına göre sonuçta aşı yaptırırım diyenler ile eski -yeni yaptırmam diyenler arasında yapılmış olup burada aşı yaptırmamak yönünde diğer gruplara anlamlı üstünlük sağlayan ortaokul mezun grubu

olmuştur (P=.000). Ortaokul mezunları %30,2 ile aşı yaptırmam derken bu oran İlkokul ve altında %27,1, Lise mezunlarında %24,0 ve Yükseköğretim mezunlarında %19,7'dir.

Tutum değiştirerek Pandemi öncesinde aşı yaptırırken pandemi sonrasında aşı yaptırmayanlar ile diğer gruplar arasında ki-kare testi yaptığımızda ilkökul ve altı grubun diğer gruplara göre anlamlı şekilde yeni aşı reddinde en düşük orana sahip oldukları görülmüştür. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. (P=.004). Bu oran ilkökul ve altı mezunlarında %7,7 iken Ortaokul mezunlarında %18,8, Lise mezunlarında %16,8 ve Yükseköğretim mezunlarında %13,5 tir.

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği, alt soyuna (çocuklarına, torunlarına) yaptırıp yaptırmayacağı sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin yaşanılan yere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.24'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Kırsalda yaşayanların %16,7'si tutum değiştirdiğini pandemi öncesi çocuklarına aşı yaptırdığını ama artık yaptırmayacağını belirtmiş olup, bu oran şehirde yaşayanlarda anlamlı şekilde düşüktür %10,8. Yine pandemi öncesi de yaptırmadığını yine yaptırmayacağını belirten gruba baktığımızda Kırsalda yaşayanlarda oran %15,0'iken Şehirde yaşayanlarda bu oran %5,4 te kalmıştır. COVID-19 aşısı sonrası katılımcıların çocukluk çağı aşı tutumlarındaki değişiklikler, yaşadıkları yere göre farklılaşmaktadır (P<.012.) Kırsalda yaşayanlarda gerek pandemi sonrası yeni gerekse eski aşı tereddüdü oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.22. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaşadıkları Yer Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Şehir	Kırsal	Toplam	P
Değiştirdi; Yaptırıyordum Yaptırmam	n	104 (10,8%)	10 (16,7%)	114 (11,1%)	
	%	91,20%	8,80%	100,00%	
	n	56 (5,8%)	4 (6,7%)	60 (5,9%)	

Değiştirdi;	%	93,30%	6,70%	100,00%	0,012
Değiştirmede;	n	626 (64,9%)	32 (53,3%)	658 (64,2%)	
Yaptırıyordum	%	95,10%	4,90%	100,00%	
Yaptırım	n	52 (5,4%)	9 (15,0%)	61 (6,0%)	
Değiştirmede:	%	85,20%	14,80%	100,00%	
Yaptırmıyordum	n	127 (13,1%)	5 (8,3%)	132 (12,8%)	
Yaptırmam	%	96,20%	3,80%	100,00%	
Kararsızım	n	965 (100,0%)	60 (100,0%)	1025(100,0%)	
Toplam	%	94,10%	5,90%	100,00%	

$$\chi^2 = 12,795^a \text{ sd}=4$$

Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığı sorulmuş değişkenlerle ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda COVID-19 Aşıları sonrası Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının Cinsiyet (P=.446), Çalışma durumu (P=.397), Gelir durumu (P=.123) ve Sağlık durumu (P=.466) arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. (p>0,05)

Pandemi döneminde özellikle çocukluk çağı aşıları hakkında negatif veya pozitif yönde fikirleri değişenlerin aşılar hakkında fikirlerinin değişmesinde etkili olan faktörler sorgulandı. Katılımcıların %58,1'i (n=101) kimseden etkilenmeden tamamen kendileri karar aldıklarını belirtirken; %24,1'i (n=42) Aile ve Arkadaşlarından etkilendiklerini belirtti. İnternet, televizyon, dergi, gazete gibi sosyal medya organlarından etkilendiğini belirten %12,1'lik (n=21) bir kesim görüldü. Görüş değişikliklerinde sağlık çalışanlarının etkili olduğunu söyleyenler ise %5,7'lik (n=10) bir grup olduğu görüldü. Tablo 4.4.23

Tablo 4.4.23. Pandemi Sırasında Çocukluk çağı Aşılarına İlişkin Görüşleri Farklılaşan Katılımcıların Farklılaşma Nedenleri

Neden	Katılımcı Sayısı (n)	%
-------	----------------------	---

Kendi Kararım	101	58,1
Sosyal Çevre	42	24,1
Sosyal Medya	21	12,1
Sağlık Çalışanları	10	5,7
Toplam	174	100,0

Katılımcılara erişkin dönemde yapılan Grip (İnfluenza) ve Zatürre (Pnömonokok) aşılara karşı COVID-19 aşıları sonrasında bir tutum değişikliği olup olmadığı soruldu; 1025 katılımcının %23,0'ü (n=236) bu iki aşıya güveninin arttığını belirtti. %31,4 ü (n=322) ise aşılarla güvenlerinin azaldığını belirtti. %35,5 i (n=364) Kararsız olduğunu belirtti. Tablo 4.4.24.

Tablo 4.4.24. Katılımcıların Grip ve Zatürre Aşılarına İlişkin Görüşlerinin Değişme Durumu;

Etki Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Aşılarla Güvenim Arttı	236	23,0
Aşılarla Güvenim Azaldı	322	31,4
Aşılarla Zaten Güvenmiyordum	103	10,1
Kararsızım	364	35,5
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının erişkin dönem zatürre ve grip aşılara karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.25'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 25-44 yaş grubunda bulunan katılımcıların sadece %15,9'u bu aşılarla pandemi sonrası güvenlerinin arttığını söylerken, bu oran 45-59 yaş grubunda %27,4 ve 60 yaş üzerinde %30,3 olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Bu aşılarla zaten güvenmediğini söyleyenlere baktığımızda yine 25-44 yaş grubunda oran %13,0'iken, bu oran 45-59 yaş grubunda %5,3 ve 60 yaş üzeridekilerde ise %9,0 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların COVID-19 Aşıları

sonrasında Zatürre ve Grip aşılara karşı tutumları yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır (P<.000).

Tablo 4.4.25. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		18-24 yaş arası	25-44 yaş arası	45-59 yaş arası	60 yaş ve üzeri	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Aşılarla Güvenim Arttı	n	32 (25,4%)	67 (15,9%)	73 (27,4%)	64 (30,3%)	236 (23,0%)	0.000
	%	13,60%	28,40%	30,90%	27,10%	100,00%	
Aşılarla Güvenim Azaldı	n	37 (29,4%)	137 (32,5%)	91 (34,2%)	57 (27,0%)	322 (31,4%)	
	%	11,50%	42,50%	28,30%	17,70%	100,00%	
Aşılarla Zaten Güvenmiyordum	n	15 (11,9%)	55 (13,0%)	14 (5,3%)	19 (9,0%)	103 (10,1%)	
	%	14,60%	53,40%	13,60%	18,40%	100,00%	
Kararsızım	n	42 (33,3%)	163 (38,6%)	88 (33,1%)	71 (33,7%)	364 (35,5%)	
	%	11,50%	44,80%	24,20%	19,50%	100,00%	
Toplam	n	126 (100,0%)	422 (100,0%)	266 (100,0%)	211 (100,0%)	1025 (100,0%)	(b→c)
	%	12,30%	41,20%	26,00%	20,60%	100,00%	(b→d)

$$\chi^2 = 31,533^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının erişkin dönem zatürre ve grip aşılara karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.26’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Erkek cinsiyettekilerin %30,1’i bu aşılarla güvenlerinin arttığını söylerken Kadın cinsiyette bu oran yalnızca %18,9’dur. Katılımcıların COVID-19 Aşıları sonrasında Zatürre ve Grip aşılara karşı

tutumlarında cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır ($P=.000$). Erkek cinsiyette olan katılımcılar, kadın cinsiyette olanlara göre COVID-19 aşıları sonrasında Zatürre ve Grip aşılara karşı tutumlarında anlamlı şekilde olumlu değişiklikler vardır.

Tablo 4.4.26. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılara (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Cinsiyet ile Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Erkek	Kadın	Toplam	P
Aşılarla Güvenim Arttı	n	114 (30,1%)	122 (18,9%)	236 (23,0%)	0,000
	%	48,30%	51,70%	100,00%	
Aşılarla Güvenim Azaldı	n	113 (29,8%)	209 (32,3%)	322 (31,4%)	
	%	35,10%	64,90%	100,00%	
Aşılarla Zaten Güvenmiyordum	n	36 (9,5%)	67 (10,4%)	103 (10,1%)	
	%	35,00%	65,00%	100,00%	
Kararsızım	n	116 (30,6%)	248 (38,4%)	364 (35,5%)	
	%	31,90%	68,10%	100,00%	
Toplam	n	379 (100,0%)	646 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	37,00%	63,00%	100,00%	

$$\chi^2 = 17,744^a \text{ sd}=3$$

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının erişkin dönem zatürre ve grip aşılara karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare sonuçları Tablo 4.4.27’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bu aşılara pandemi öncesinde de zaten güvenmediğini belirtenlerin oranı Ortaokul mezunlarında %17,3, Lise mezunlarında %15,4 iken bu oran ilkökul ve daha altı eğitime sahip olan grupta sadece %5,3 ile daha düşük olarak bulunmuştur. Yine kararsızlara bakıldığında ortaokul mezunlarında oran %30,9 iken Lise mezunlarında bu oran %37,0 ile anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcıların COVID-19 Aşıları sonrasında Zatürre ve Grip aşılara karşı eğitim durumlarına göre tutumları farklılaşmaktadır ($P=.002$). İlkokul ve altı

eğitim durumuna sahip olanlar diğer gruplara oranla grip ve zatürre aşılara pandemi öncesinde daha yüksek oranda güvenmekte iken pandemi sonrasında da bu güvenleri artmıştır.

Tablo 4.4.27. Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılarına (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		İlkokul ve altında	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek öğretim mezunu	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Aşılarla Güvenim Arttı	n	76 (25,0%)	23 (20,9%)	47 (19,1%)	90 (24,6%)	236 (23,0%)	0,002
	%	32,20%	9,70%	19,90%	38,10%	100,00%	
Aşılarla Güvenim Azaldı	n	99 (32,7%)	34 (30,9%)	70 (28,5%)	119 (32,5%)	322 (31,4%)	
	%	30,70%	10,60%	21,70%	37,00%	100,00%	
Zaten Güvenmiyordum	n	16 (5,3%)	19 (17,3%)	38 (15,4%)	30 (8,2%)	103 (10,1%)	(a→b)
	%	15,50%	18,40%	36,90%	29,10%	100,00%	
Kararsızım	n	112 (37,0%)	34 (30,9%)	91 (37,0%)	127 (34,7%)	364 (35,5%)	
	%	30,80%	9,30%	25,00%	34,90%	100,00%	
Toplam	n	303 (100,0%)	110 (100,0%)	246 (100,0%)	366 (100,0%)	1025 (100,0%)	(a→c)
	%	29,60%	10,70%	24,00%	35,70%	100,00%	(b→c)

$$\chi^2 = 25,797^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılara COVID-19 Aşılarının erişkin dönem zatürre ve grip aşılara karşı olan tutumlarını değiştirip değiştirmediği sorulmuş olup; tutum değişikliklerinin kişilerin sağlık durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4.4.28’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Pandemi sonrası bu aşılarla

güven duymakta en yüksek kararsızlık yaşayanların oranı %50,6 ile sağlık durumlarını çok iyi olarak belirtenlerde görülmüştür. Bu oran sağlık durumlarını iyi olarak belirtenlerde %34,6, Orta olarak belirtenlerde %33,6 ve Kötü/Çok Kötü olarak tanımlayanlarda %31,6 olarak anlamlı farklılıklar mevcuttur. Yine sağlık durumlarını kötü/çok kötü olarak tanımlayanların bu aşılara COVID-19 aşıları sonrası %10,5 ile en az güven artışı gösteren grup olduğu görülmektedir. Özetle; Katılımcıların COVID-19 Aşıları sonrasında Zatürre ve Grip aşılara karşı tutumları sağlık durumlarına göre farklılaşmaktadır (P=.028).

Tablo 4.4.28. Katılımcıların COVID-19 Aşıları sonrası Erişkin Aşılara (Grip ve Zatürre) Karşı Tutumlarında bir Değişiklik Olup Olmadığının; Katılımcıların Sağlık Durumları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tablo;

		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü/ Çok kötü	Toplam	P
		(a)	(b)	(c)	(d)		
Güvenim Arttı	N	17 (21,0%)	157 (24,7%)	60 (20,8%)	2 (10,5%)	236 (23,0%)	0,028
	%	7,20%	66,50%	25,40%	0,80%	100,00%	
Güvenim Azaldı	N	19 (23,5%)	197 (31,0%)	100 (34,5%)	6 (31,6%)	322 (31,4%)	
	%	5,90%	61,20%	31,10%	1,90%	100,00%	
Zaten Güvenmiyordum	N	4 (4,9%)	62 (9,7%)	32 (11,1%)	5 (26,3%)	103 (10,1%)	
	%	3,90%	60,20%	31,10%	4,90%	100,00%	
Kararsızım	N	41 (50,6%)	220 (34,6%)	97 (33,6%)	6 (31,6%)	364 (35,5%)	
	%	11,30%	60,40%	26,60%	1,60%	100,00%	
Toplam	N	81 (100,0%)	636 (100,0%)	289 (100,0%)	19 (100,0%)	1025 (100,0%)	
	%	7,90%	62,00%	28,20%	1,90%	100,00%	

$$\chi^2 = 18,662^a \text{ sd}=9$$

Katılımcılara COVID-19 Aşıları sonrası erişkin aşılarına (Grip ve Zatürre) karşı tutumlarında bir değişiklik olup olmadığının değişkenlerle aralarında ilişki ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda Yaşanılan yer ($P=.507$), Çalışma durumları ($P=.317$) ve Gelir durumları ($P=.347$) ile Grip ve Zatürre aşılarına karşı tutum değişikliği arasında da anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. ($p>0,05$)

Pandemi döneminde COVID-19 aşıları hakkında Hekim, Ebe, Hemşire vb. bir sağlık uzmanı ile görüşüp görüşmediğini sorduğumuzda ise hastaların yalnızca %23,3 ü (239) kişi görüştüğünü belirtmiştir. Bu görüşmelerinin karar almasında etkili olduğunu belirten kişi sayısı ise yalnızca %5,6 (57) dir. Tablo 4.4.29.

Tablo 4.4.29. Pandemi Döneminde Aşılar Hakkında Sağlık Uzmanları İle Katılımcıların Görüşme Durumları;

Durum	Katılımcı Sayısı (n)	%
Görüşmedim	786	76,7
Görüştim	239	23,3
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara bir pandemi durumunda sağlık uzmanlarının olumlu görüşlerinin aşılar hakkındaki tutumlarını değiştirip değiştirebileceği soruldu. Katılımcıların %46,2 si ($n=474$) sağlık uzmanların olumlu görüşü ile aşı olabileceklerini belirttiler. %37,4 ü ($n=383$) kişi sağlık çalışanlarından etkilenmeyeceğini belirtirken, %16,4'ü ($n=168$) Kararsız olduğunu belirtmiştir. Tablo 4.4.30.

Tablo 4.4.30. Aşılar Hakkında Sağlık Uzmanları İle Görüşmenin Katılımcıların Görüşlerini Değiştirme Durumu

Durum	Katılımcı Sayısı (n)	%
Hayır değiştirmez	383	37,4
Aşı Olabilirim	474	46,2
Kararsızım	168	16,4
Toplam	1025	100,0

Katılımcılara salgın hastalıkları meydana getiren nedenleri sorduğumuzda katılımcıların tamamı bu soruya cevap vermiş olup %79,3'ü (n=813) etken olarak birden fazla seçeneği tercih etmiştir. Temizlik ve Hijyen eksikliği katılımcıların en sık tercih ettiği neden olup %62,4'ünün tercihleri arasında bulunmaktadır. Düşük bağışıklık düzeyi ise katılımcılar tarafından ikinci en sık tercih sebebi olup katılımcıların %52'sinin tercihinde bu cevapta bulunmaktadır. Beslenme eksiklikleri %38,1'inin, Yetersiz sağlık hizmetleri %31,7'sinin ve Nüfus yoğunluğunun artması ise %31,3'ünün tercihleri arasında bulunmaktadır. Ancak tüm katılımcıların yalnızca %25,2 si aşılama programlarında eksikliği salgın sebebi olarak saymışlardır. Tablo 4.4.31.

Tablo.4.4.31. Salgın Hastalıkların Meydana Gelme Nedenlerine İlişkin Katılımcı Görüşleri

Nedenler	Tercih Eden Kişi Sayısı
Aşılamadaki eksiklikler	259
Beslenme bozuklukları	391
Temizlik ve hijyen yetersizliği	640
Nüfus yoğunluğunun artması	321
Yetersiz Sağlık hizmetleri	325
Doğal felaketler	95
Düşük bağışıklık düzeyleri	533
Başboş hayvanlarla artan temas	211
İlaç ve Aşı sektörü salgınları yapıyor	57
Ülkeler silah olarak salgınları kullanıyor	23

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

COVID-19 pandemisinin aşılarda birlikte katılımcılar da sağlık çalışanlarına yönelik güvenlerinde bir değişiklik olup olmadığı sorulduğunda %72,5 arttığını, %10,1 i (n=104) güveninin azaldığını %17,4 ü (n=178) ise kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Tablo 4.4.32.

Bu kişilere sağlık çalışanlarına karşı güvenlerini azaltan nedenler sorulduğunda cevap veren 217 kişinin %20,3 ü (n=44) neden olarak sadece sağlık çalışanlarının salgın konusunda gerçekleri söylemediğini, %19,8'i (n=43) ise tek neden olarak Sağlık çalışanlarının yanlış olduğunu bilseler dahi sadece kendilerine söyleneni yaptıklarını, sorumluluk almadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %16,6 sı (n=36) sağlık çalışanlarının salgın hastalıklar konusunda bilgisiz olmasını, %13,8 i (n=30) u ise sağlık çalışanlarının hastalanmaktan korktukları için hastalara ilgisiz davranmalarını güven azalmasının tek nedeni olarak göstermişlerdir.

Katılımcıların %7,4 ü (n=16) ise tek neden olarak sağlık çalışanlarının ilaç ve aşı şirketleri ile ortak çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çoklu nedenlere de bakıldığında bu oran %11,52 (n=25) kişiye çıkmaktadır.

Güvensizlik sorusunu cevaplayan 217 kişinin %22,1 i (n=48) çoklu nedenlerden dolayı güvensizlik duyduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4.32. Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarına ve Sağlık Kurumlarına Olan Güvenin Değişme Durumu

Güven Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	%
Güvenim arttı	743	72,5
Güvenim azaldı	104	10,1
Kararsızım	178	17,4
Toplam	1025	100,0

Katılımcılardan sağlık çalışanlarına karşı güvenlerinin azaldığını belirten 104 kişiye tercihlerinin nedenleri sorulduğunda bu 104 kişinin %70,2'si neden olarak sağlık çalışanlarının salgın konusunda gerçekleri söylemediğini belirtiyorlar, yine bu kişilerin % 59,8'i ise neden olarak Sağlık çalışanlarının yanlış olduğunu bilseler dahi sadece kendilerine söyleneni yaptıklarını, sorumluluk almadıklarını belirtiyorlar. Yine bu 104 kişinin %59,6'sı sağlık çalışanlarının kendileri hastalanmaktan korktukları için

Hastalara gerekli ilgiyi göstermediklerini belirtirken, %55,7'si sağlık çalışanlarının salgın hastalıklar konusunda bilgisiz olmasını gösteriyorlar. %25,9'u ise neden olarak sağlık çalışanlarının ilaç ve aşı şirketleri ile ortak çalıştıklarını belirtmişlerdir. Tablo 4.4.33

Tablo 4.4.33. Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarına ve Sağlık Kurumlarına Güvenlerinin Azaldığını Belirten Katılımcıların Azalma Nedenleri

Nedenler	Tercih Eden Kişi Sayısı
Salgın Hastalıklar Konusunda Bilgisizler	58
Hastalara İlgisizler; Korkuyorlar	62
Gerçekleri söylemiyorlar	73
Sorumluluk Almıyorlar	62
İlaç şirketleri ile ortaklar.	27

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

Tüm katılımcılara yeni bir salgın durumunda aşı yaptırmamaları /yaptıramamaları durumunda ne gibi bir önlem olarak kendinizi korumayı düşünüyorsunuz sorusuna katılımcıların %75,9'u koruyucu malzeme (maske vb.) kullanırım derken, hijyen ve temizliğe dikkat ederek korunurum diyenlerin sayısı %63,4, beslenmesine dikkat ederek salgından korunabileceğini düşünenlerin sayısı %51,4 (n=527) olmuştur. %30,8'i (n=33) önlem olarak dışarı çıkmamayı tercih etmiştir.

Katılımcıların %11,4'ü (n=117) ilk planda erken teşhis amacı ile en küçük bir hastalığında doktora başvuracağını belirtmiştir. Tablo 4.4.34.

Tablo 4.4.34. Katılımcıların Bir Salgın Döneminde Aşı Yaptıramaz / Yaptırmazsanız Aşı Dışı Korunma Yöntemlerine İlişkin Görüşleri

Korunma Yöntemleri	Tercih Eden Kişi Sayısı
Bir önlem almayı düşünmüyorum	37
Dışarı çıkmam	316
Maske vb. koruyucu malzemeler kullanırım	778

Hijyen ve Temizliğe dikkat ederim	650
Beslenmeme dikkat ederim	527
En küçük bir hastalıkta doktora başvururum	117

***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.**

Katılımcılara tekrar bir salgın olması durumunda aşı olma motivasyonlarını artırmak için ne tür bir bilgiye ve desteğe ihtiyaç duydukları sorulmuştur. Katılımcıların en sık verdikleri cevap %49,0 (n=502) ile ancak zorunlu olursa aşı olurum şeklinde olmuştur. Tablo 4.4.35.

Tablo 4.4.35. Tekrar Bir Salgın Olması Durumunda Katılımcıların Aşı Olma Motivasyonlarını Arttırmak İçin İhtiyaç Duydukları Destekler

Destek biçimi	Katılımcı Sayısı (n)	%
Aşı Zaten Olurum	190	18,5
Sosyal Çevrem Desteklerse Olurum	18	1,8
Doktorlar Aşı Olmamı Desteklerse Olurum	296	28,9
Devlet Büyükleri Aşı Olursa Olurum	19	1,8
Ancak Zorunlu Olursa Aşı Olurum	502	49,0
Toplam	1025	100,0

5.TARTIŞMA

COVID-19, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de insanları yalnızca sağlık yönünden değil sosyo-kültürel yönden de etkilemiştir. İnsanların; ülkelerin uyguladıkları mevcut sağlık politikalarını sorgulamalarına neden olmuş; bu aşı tutumlarının değişmesine yol açmıştır. Toplumların çocukluk çağı aşılarında dahil tüm aşılarla bakış açısını da köklü bir şekilde etkilemiştir.

Bu bölümde, COVID-19 pandemisinin küresel ölçekte toplumlar üzerindeki derin etkilerini özellikle aşı tutumları, sağlık çalışanlarına duyulan güven ve COVID-19 aşılarının yan etki algıları özelinde tartışacağız.

Tek merkezli, polikliniğimize başvuran hastalardan gönüllü olanlardan 18 yaş üzeri 1025 katılımcı üzerinde yaptığımız anket çalışmasının bulgularını yorumlamayı amaçladık. Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz verilerimiz, pandeminin halk sağlığı politikalarını ve toplumsal güven dinamiklerini nasıl yeniden şekillendirdiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Bu genişletilmiş tartışma, özellikle COVID-19 aşılarına yönelik tereddüdün, çocukluk çağı aşıları ve Grip (İnfluenza), Zatürre (Pnömonokok) aşıları gibi diğer rutin aşılar üzerindeki etkisine odaklanacak, bu durumu geçmiş literatür ve yayınlarla karşılaştıracaktır.

Araştırma Bulgularımızın Özeti;

COVID-19 Hastalık Geçmişleri ve COVID-19 Aşı Tutumları;

Katılımcıların %55,6'sı hastalığı geçirdiğini söylerken, bu grubun yalnızca %5,6'sı Hastane servis veya yoğun bakımda yatırılarak tedavi almıştır. %63,5'i hiçbir tedaviye gereksinim duymamıştır. Katılımcıların %59,7 si pandemiden psikolojik olarak etkilendiğini belirtmişlerdir. Diğer gruplara göre 25-44 yaş grubu pandemiden daha fazla etkilendiğini anlamlı şekilde belirtmiştir. Yine bu yaş grubu pandemi döneminde COVID-19 enfeksiyonu geçirdiklerinde en fazla medikal bir tedaviye başvuran gruptur. Katılımcıların %91,7 si gibi yüksek bir oran değişen dozlarda COVID-19 aşısı olduklarını belirtirken, Aşı olanların %53.3'ü aşı olduğuna pişmanlık duyduklarını belirtmiştir. Covid-19 aşısı olduğunu belirten gruba tekrar aşı ile önlenebilecek olası bir pandemi durumunda yine aşı olur musunuz sorusu sorulmuş;

"Evet, olurum" cevabı ancak %30,1 de kalmışken, "Hayır olmam" diyenlerin oranı %55,1 olmuştur. Kararsızlar ise %14,8 olarak ölçülmüştür. Buradan da anlaşılacağı üzere COVID-19 aşısına ve olası gelişebilecek bir salgın durumunda "Aşı tereddütü" olduğunu belirtenlerin oranı %69,9'a yükselmiştir. En büyük tereddüt nedenleri arasında aşının yan etkilerinden korkma (%65,8), aşılarda işe yaramadıklarının ilişkin düşünceler (%26,4) ve aşılarda aslında zararlı kimyasal olduğu düşüncesi (%17,8) öne çıkmıştır. Yine katılımcılara tekrar aşı ile önlenemeyen bir bulaşıcı hastalığa bağlı salgında aşı olmaları için nasıl bir motivasyona ihtiyaç duydukları sorulduğunda %49,0'ı ancak zorunlu olursa aşı olurum cevabı vermiştir. Buda aşı tereddütünün ne gibi bir boyuta ulaştığının diğer bir göstergesidir.

Katılımcılara salgın hastalıkların meydana gelme nedenlerini sorduğumuzda Aşılamaya/ Bağışıklama programlarındaki eksiklikleri salgın hastalıkların nedenlerinden biri olarak gören kişi sayısı tüm katılımcıların ancak %25,2 si olarak bulunmuştur. Çoğunluk Aşılamaya dışı diğer nedenleri tercih etmiş bu durumda insanların Aşıya güvenmediğini ve Aşılamaya/ Bağışıklama programları ile salgın hastalıkların önüne geçilebileceğine inanmadığının göstergesi olmuştur.

COVID-19 Aşılarının Yan Etkileri Algıları:

Katılımcılardan Covid-19 aşısı olmuş olanlardan ancak 29,3'ü aşı sonrası yan etkileri ile karşılaştığını belirtmişlerdir. Aşı geçmişlerine bakılmaksızın tüm katılımcılara "Sosyal çevrenizde Aşı sonrası, aşı yan etkisi yaşayan oldu mu?" sorusu sorulmuş; %59,3'ü Hayır olmadı cevabını vermiştir. Tüm bu duruma rağmen katılımcıların %72,6'sı üzerinden geçen uzun zamana rağmen COVID-19 aşılarının uzun vadeli yan etkilerinden korktuklarını belirtmişlerdir.

Sağlık Çalışanlarına Karşı Duyulan Güven Değişimi:

Çalışmamızda katılımcıların %72,5'i (n=743) pandemi sonrasında sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına güvenlerinin arttığını belirtirken; %10,1'i (n=104) pandemi ile birlikte sağlık çalışanlarına güvenlerinin azaldığını belirtirmişlerdir.

Güvenlerinin azaldığını belirten bu 104 kişiye nedenleri sorulmuş; verilen cevaplara bakıldığında %70,2'sinin cevapları arasında sağlık çalışanlarını pandemide gerçekleri söylemediği, %59,6'sının cevapları arasında sağlık çalışanlarının sorumluluk almadığı, %59,6'sı kendileri hastalanmaktan korktukları için hastalarla ilgilenmedikleri, %55,7'sinin cevapları içinde ise sağlık çalışanlarının bilgisiz oldukları suçlamaları vardır. %25,9'u ise sağlık çalışanlarını ilaç şirketleri ile birlikte çalışmakla suçlamışlardır.

Katılımcılar yüksek oranda pandemi döneminde ve sonrasında sağlık çalışanlarına olan güvenlerinin arttığını belirtmelerine rağmen bu güven artışını aşılar konusunda göremiyoruz. COVID-19 aşısı olurken bir sağlık çalışanına danışan katılımcı oranı yalnızca %23.3. Yine katılımcılara Aşılar hakkında bir sağlık uzmanı ile görüşmeniz tutumunuzu değiştirmi diye sorduğumuzda %37,4'ü hayır değiştirmez cevabını verirken; %46,2'si sağlık uzmanı görüşü ile aşı olabilirim yanıtı vermiştir. Bu oranlar bize toplumun tanı ve tedavide sağlık çalışanlarına yüksek oranlarda güvendiklerini ama Aşılar konusunda güvenlerinin o kadar yüksek olmadığını göstermektedir.

Çocukluk Çağı Aşıları ve Diğer Rutin Aşı Tutumları:

Pandemi yalnızca COVID-19 aşılarına yönelik tereddütlerin artmasına sebep olmamış; Toplumun çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarını da etkilemiştir. Anketimize göre katılımcıların yalnızca %6'sı pandemi öncesinde de çocukluk çağı aşılarını zaten yaptırmadığını söylerken, Pandemi ve COVID-19 aşıları sonrasında da çocukluk çağı aşılarını yaptırmayacağını söyleyenlerin (kesin reddedenlerin) oranı %17,1 e kadar çıkmıştır. Aşı tereddütü olarak tanımlayabileceğimiz aşı yaptırmakta kararsız kalan sayısı ise %12,9'a kadar çıkmıştır. Özetle COVID-19 pandemisi ve aşıları; katılımcılarda %6 olan çocukluk çağı aşı reddi sayısı; 5 kat artarak %30 aşı tereddütüne dönüşmüştür.

Çalışmamızın en önemli bulgularından birisi de çocukluk çağı aşılarına karşı tutumlarını anlamlı şekilde olumsuz yönde değiştiren yaş grubunun 25-44 olmasıydı. Bu grup pandemiden en fazla psikolojik etkilendiğini belirten, ancak COVID-19

aşılarının uygulamaya başlaması ile en az rahatlama ve güven hisseden gruptu. Bu yaş grubunun önemi üreme çağındaki yaş grubu olması ve genellikle aşılama çağındaki çocukların bu yaş grubuna ait olmasıdır. Elde ettiğimiz sonuç ülkedeki bağışıklama programını yakın gelecekte sekteye uğratacak, toplum bağışıklığı üzerine ciddi baskı oluşturacaktır.

Diğer bir önemli veri ise eğitim grupları arasında en az tutum değişikliği olan grup eğitim seviyesi en düşük olan gruptu. Eğitim seviyesi bu gruba göre daha yüksek olanlarda aşı tereddütleri daha yüksek bulunmuştur.

Çocukluk çağı aşı tereddütlerine benzer şekilde, Erişkin çağı aşılarından olan grip (influenza) ve zatürre (pnömokok) aşılara karşıda katılımcıların %31,4'ünde güven azalması olduğu, %35,5'inde ise kararsız oldukları görülmüştür.

Bulgularımızın mevcut literatürler ile karşılaştırılması;

Anket çalışmamızdan elde edilen istatistiksel bulgular, COVID-19 pandemisi sonrası aşı tutumları, sağlık çalışanlarına güven ve yan etki algılarına dair mevcut literatürler ile önemli paralellikler göstermekte ve bazı farklılıklar sunmaktadır.

COVID-19 Aşı Tutumları Literatür Karşılaştırması;

Pandemi döneminde 11 Aralık 2020 de Amerika Birleşik Devletlerinde ilk aşı uygulamasından sonra K.H. Tram ve ark. (44) 6 Ocak - 29 Mart 2021 tarihleri arasında toplam 459.235 katılımcıya anket uygulandı. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde COVID-19 Aşı kullanımı %7,7'den %47'ye yükselirken, aşı tereddüt oranları nispeten sabit kaldı: genel olarak %10,2'si *muhtemelen* aşı olmayacaklarını, %8,2'si ise *kesinlikle* aşı olmayacaklarını bildirdi. Aşı tereddüt nedeni; yan etkileri ve güvenlik endişesi, hükümete güven eksikliği, aşıya güven eksikliği ve başkalarının aşıya daha çok inancı var düşüncesi idi. Bu istatistik değerler pandemi dönemi ve pandemi öncesi için bizim anketimizde COVID-19 aşısı olan katılımcı yüzdesi ile de örtüşmektedir.

2025 yılında Vaccines'te yayınlanan çalışmada Wai Yan Min Htike ve ark. (45) yaptıkları derleme çalışmasında 88,345 üniversite öğrencisinden oluşan katılımcıların aşılama niyetlerine değerlendirilmiş, %61,13 (53.694 kişi) COVID-19 aşısını yaptırmaya istekli olduğunu, %24,24 (21.291 kişi) isteksiz olduğunu ve %14,63 (12.855 kişi) niyetini belirtmediğini belirtti. Bu oranlar bizim çalışmamıza göre düşük kalsalar da Pandemi döneminde benzer araştırmayı yapan Tram ve ark (44) yaptığı çalışmaya göre aşı tereddütünde anlamlı bir artışı göstermektedir.

Sağlık Çalışanlarına Karşı Duyulan Güven Değişimi Literatür Karşılaştırması

Covid-19 Salgını başlangıcında, tüm dünya genelinde ciddi korku ve endişe yaratmış; tüm toplumlar tarafından bu dönemde sağlık çalışanları "kahraman" olarak görülmüştür. Belirgin bir saygınlık ve güven artışı olmuştur. Bu durumun sebebi olarak mücadelede en önde olmaları, tüm toplum kapanmışken sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını riske atmaları, ailelerinden uzak kalmaları gibi fedakarlıklarla ilişkilendirilebilir.

Perlis ve ark (46) 443.455 Amerika vatandaşına yaptıkları anket çalışmasının sonuçlarında hekimlere güven seviyelerinin COVID-19 pandemisinin başlarında bir Gallup anketinde, 2019'daki %65'ten 2020'de %77'ye kadar yükselmiş olmasına rağmen; pandeminin devam etmesi ile birlikte azalmaya başladığını Nisan 2020'de %71,5 olan bu oranın Ocak 2024'te %40,1'e kadar düştüğü belirtmiştir. Bu çalışmada belirtilen bulgulardan önemli bir konu ise daha düşük güven düzeyine sahip bireylerin COVID-19 aşısı olma ve Grip (influenza) aşısı olma olasılığının daha düşük olduğunun tespit edilmesidir. Daha düşük hekime güven seviyeleri ile aşı yaptırmaya olasılığının da düşük olması arasında ilişkili olduğundan, hekimlere güvenin yükseltilmesi bağışıklama ve halk sağlığı açısından bir zorunluluktur.

Amerika'da pandemi sonrasında hekimlere dolayısı ile sağlık sistemine olan güven azalırken; Çin, Güney Kore, Norveç, İsveç, Finlandiya gibi ülkelerde artış gösterdi.

Li ve ark (47) nın çalışmasına göre Çin'de pandemi öncesinde düşük olan hekime ve sağlık sistemine güvende, 2020 başında pandemi başlaması ile ciddi bir

artış oldu ve bu artış ilerleyen dönemde de devam etti. Bu artışın en büyük nedeninin pandemisi sırasında sosyal ve ana akım medyadaki doktorlara ilişkin olumlu haberler olduğunu, diğer bir nedenin ise pandemi döneminde toplumda sağlık okuryazarlığının artması olduğunu belirtiyorlar.

Bizim çalışmamızda da katılımcılarının pandemi başlangıcından günümüze Çin’de olduğu gibi sağlık çalışanlarına güvenlerinde bir artış olduğunu göstermektedir.

Çocukluk Çağı Aşıları ve Diğer Rutin Aşı Tutumları Literatür Karşılaştırması

Çalışmamız katılımcılarda COVID-19 Pandemisinin ve yapılan COVID-19 aşılarının çocukluk ve erişkin dönemi aşıları da dahil olmak üzere, yaygın bir aşı tereddüdü artışına neden olduğunu göstermiştir. Anket sonuçlarına göre, aşı ismi belirtilmeden sorulduğunda katılımcıların %26,7’si aşıların etkili olmadığını, %21,2’si ise aşıların etkinliği konusunda kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Yine katılımcıların %30,4’ü Aşı olmanın toplumsal bir sorumluluk olduğunu düşünmediğini belirtirken %34’ü Aşı reddinin artmasının toplum sağlığı üzerine olumlu etkileri olabileceğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan pandemi döneminde COVID-19 aşısı olanların %53,3 aşı olduklarına pişman olduklarını belirtmiştir. Pişmanlıkları Çocukluk çağı aşılarına karşı olan tutumlarında etkilemiş %6’sı pandemi öncesinde de çocukluk çağı aşılarını zaten yaptırmadığını söylerken, Pandemi ve COVID-19 aşıları sonrasında da çocukluk çağı aşılarını yaptırmayacağını söyleyenlerin oranı %17,1 e çıkmıştır.

Pandemini ve COVID-19 aşılarının genel bağışıklama programlarına duyulan güveni çok ciddi düzeyde zedelemesinin yanı sıra Grip (influenza) aşısı ve Erişkin Zatürre (Pnömonokok) aşılarında da güven problem yaratmıştır. Bu aşılarla güven sorgulandığında %10’u pandemi öncesinde de zaten güvenmediklerini belirtirken %31,4’ü ise COVID-19 aşıları sonrasında güvenlerinin azaldığını belirtmişlerdir. Tüm bu bulgular, pandeminin ve COVID-19 aşılarının insanlarda aşı tereddütlerini arttırdığı olası bir salgında, salgın yapan etkene yönelik bağışıklama programları yürütmenin geçmişe göre çok daha zor olacağını da ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın bulguları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 15 Temmuz 2024’te yayınladığı bilgilerle de örtüşmektedir.(48) WHO’nun verilerine

göre küresel çocukluk çağı aşılamaya kapsamı 2023 yılında durakladı ve 2019'daki pandemi öncesi seviyelere kıyasla 2,7 milyon çocuk aşılanmamış veya eksik aşılanmış durumda kaldı. Bulgulara göre, küresel aşılamaya kapsamının önemli bir göstergesi olan difteri, tetanos ve boğmaca (DBT) aşısının üç dozunu alan çocuk sayısı 2023 yılında %84'te (108 milyon) sabit kaldı. Ancak, tek doz dahi aşı olmayan çocuk sayısı 2022'de 13,9 milyondan 2023'te 14,5 milyona yükseldi. UNICEF Avrupa ve Orta Asya Bölge Ofisi'nin 2023 tarihli "The State of the World's Children 2023: For Every Child, Vaccination" başlıklı raporunun Avrupa ve Orta Asya bölümünde COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana Avrupa ve Orta Asya'da yaklaşık bir milyon çocuğun bir veya daha fazla rutin aşırı kaçırıldığı belirtilmektedir. (49) Nedenler arasında Pandemi ile artan sağlık iş yükü, artan aşırı ulaşım zorlukları gösterilse de, en büyük nedenlerden birisinin de Pandemi sırasında artan yanlış bilgi ve dezenformasyonun, ebeveynlerin aşırı hakkındaki güvenini sarsması ve aşırı tereddüdünü artırması olarak gösterilmiştir.

Günümüzde aşırı tereddüdünün en büyük sebebi olarak artarak devam eden dezenformasyon, ve bilgi kirliliği gösterilebilir. COVID-19 Pandemisi; insanların sosyalleşmekten uzaklaşması, zamanını daha çok internet ve sosyal medya kullanımına ayırması bunun sonucunda da aşırı karşıtı içerikler ile daha sık karşılaşmasına ve bu bilgilerin daha hızlı yayılmasına zemin hazırlamıştır. Bu noktada Wilson ve ark (51) tarafından yapılan bir çalışmada özellikle aşırı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklar konusunda sosyal medyada yanlış bir bilginin çok hızlı bir şekilde yayılabildiğini ve bu durumun sağlık sonuçları açısından önemli bir potansiyel tehlike yarattığını ortaya koymuştur. Bu dezenformasyondan, üretilen kirli içeriklerden sağlık okuryazarlığı ve analitik düşünme yeteneği kısıtlı olan bireylerin çok daha kolay etkilendiği belirtilmiştir.

Aşırı tereddütünde bir diğer önemli sebep ise aşırı kaynaklı güvensizliktir. Katılımcılara salgın hastalıkların meydana gelme sebepleri sorulduğunda ancak %25,2 si yetersiz aşılamayı sebeplerden biri olarak saymaktadır. Buda bulaşıcı hastalıkların aşırı ile önlenileceğine inanmadığının göstergesi olabilir. Aslında Pandemi öncesinde de toplumlarda çocukluk çağı aşırı gibi diğer aşırıya yönelik benzer risk algılarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. 2019 yılında Vulpe ve ark. (50) 28 Avrupa ülkesini temsil eden bir araştırma grubuyla yaptığı çalışmada, nüfusunun

yaklaşık %10'unun aşılarda onaylanma sürecinde yeterince test edilmediğini, yaklaşık %30'u ise aşılarda bağışıklık sistemine ağır gelip, zayıflatabileceğini ve hastalıktan aşı ile korunmaya çalışırken, aşılarda hastalığa neden olabileceğini düşünmektedir. Tereddüt yaşayanların %50 si ise aşılarda ciddi yan etkilere neden olabileceğine düşünmektedir. (50) Ülkemizde de benzer çalışmalarda benzer aşıya güvensizlik nedenleri öne sürülmektedir.

Çalışmamızın sonuçları ve benzer diğer çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirdiğinde, pandemi sonrasında artan aşı tereddütlerinin toplumlarda bireysellikten uzak tüm dünyayı etkileyebilecek, küresel bir sorun haline geldiğini ortaya koymaktadır. Pandemi öncesinde 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü, Aşı tereddütünü küresel sağlık tehditleri arasında sayılmıştır. Pandemi sonrasında bu tehdit daha büyümüştür. Aşı ile bağışıklama oranımız yüksek olmasına rağmen ülkemizde de pandemi sonrasında genel bağışıklama politikamızda bir kırılma yaşanabileceğini düşündürebilir. Bozulan toplumsal bağışıklama sonrasında kızamık, boğmaca, difteri gibi aşı ile önlenabilir hastalıkların tekrar ortaya çıkma ve salgın riskinde bir artış olabilir.

Ayrıca pandemi sonrasında artan aşı tereddütleri nedeni ile sadece çocukluk çağı aşılarda değil erişkin aşılanma oranlarının da düşmesi kaçınılmaz görülmektedir. Bu durum çalışmamıza da yansımış katılımcıların %31, 4'ü bu aşılanma güvenlerinin azaldığını belirtmişlerdir. Aşılanma oranının düşmesi önümüzdeki yıllarda grip, zatürre gibi hastalıkların insidansını artırma potansiyeline sahiptir. Bu hastalıkların insidansının artmasının yanı sıra özellikle risk gruplarında daha ağır seyretmesine mortalite ve morbiditeyi artırmasına neden olabilir.

Özetle, çalışmamız literatürdeki benzer çalışmaların bulguları ile örtüşmekte ve pandemi dönemi sonrasında sadece COVID-19 aşılarda karşı değil, tüm bağışıklama programlarına karşı bir ciddi güven eksikliklerinin, tereddütlerin oluştuğunu göstermektedir. Bu durum, toplum sağlığı derinden tehdit etmekte, yeni salgın risklerini ortaya çıkarmaktadır. Aşı güveninin yeniden tesis edilmesi, hükümetlerin ve sağlık sunucularının öncelikli görevi olmalıdır.

Aşıyla önlenabilir hastalıkların kontrol altına alınmasında uzun yıllardır başarılı bir sağlık politikası yürüten Türkiye açısından, aşı tereddüdündeki artış önemli bir halk sağlığı riski oluşturmaktadır. Ülkemiz, geçmişte yürüttüğü kapsamlı bağışıklama programları sayesinde kızamık, difteri ve boğmaca gibi bulaşıcı hastalıkları büyük ölçüde kontrol altına almayı başarmıştır. Ancak son yıllarda artış gösteren aşı karşıtlığı ve tereddüdü, yalnızca Türkiye’de değil, küresel ölçekte de ciddi sonuçlar doğurmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yayımladığı veriler, 2022 yılı itibarıyla dünya genelinde kızamık vakalarında bir önceki yıla göre %79 oranında artış yaşandığını göstermektedir. Bu artışın en temel nedenlerinden biri, COVID-19 pandemisi süresince aksayan bağışıklama hizmetleri ve buna bağlı olarak düşen aşılama oranlarıdır. Pandemi döneminde sağlık sistemlerinin önceliklerinin değişmesi, rutin aşı hizmetlerinin aksamasına neden olmuş ve bu durum, önlenabilir hastalıkların yeniden gündeme gelmesine zemin hazırlamıştır.

Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, çocukluk çağı aşı reddi sayılarındaki hızlı artış dikkat çekicidir. Türk Tabipleri Birliği’nin, Sağlık Bakanlığı verilerini esas alarak yaptığı değerlendirmelere göre; 2014 yılında 1.370 olan yıllık çocukluk çağı aşı reddi sayısı, 2016 yılında 11 bine, 2017 yılında ise 23 binin üzerine çıkmıştır. 2024 yılı itibarıyla ise bu sayının 100 bine yaklaşmış olduğu tahmin edilmektedir. Bu artış eğilimi, toplum bağışıklığının sekteye uğraması ve bulaşıcı hastalıkların yeniden yaygınlaşma riskinin artması açısından son derece kaygı vericidir.

Bu veriler, Türkiye’nin uzun yıllar boyunca elde ettiği bağışıklama başarılarının sürdürülebilirliği açısından ciddi tehditler barındırmaktadır. Aşı tereddüdüne karşı etkin politikalar geliştirilmemesi durumunda, daha önce kontrol altına alınmış hastalıkların tekrar salgın hâline gelmesi olasılığı güçlenmektedir. Bu nedenle, aşı karşıtlığı ile mücadelede yalnızca bireysel farkındalık değil, kurumsal düzeyde yürütülecek bütüncül stratejiler hayati önem taşımaktadır.

Bu bulgular, halk sağlığı alanında yürütülecek aşılama çalışmalarında yeni stratejilere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Toplumda aşı karşıtı söylemlerin yaygınlaştığı bu dönemde, bilimsel ve şeffaf iletişimin önemi bir kez daha ortaya

çıkıştır. Hekimler, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde toplumu doğru bilgilendirme sorumluluğunu taşımaktadır.

Ancak bu yalnızca hekimlerin değil, medya kuruluşlarının, kamu kurumlarının ve yerel otoritelerin de bizzat aktif rol alması gereken bir süreçtir. Öte yandan, çalışmamızın bulgularına bakıldığında aşı tereddüdünün Çocukluk çağı aşılarda ve Erişkin grip ve zatürre aşılarda mutlak bir aşı reddine dönüşmediği de görülmektedir. Çocukluk çağı aşı tereddütleri sorulduğunda katılımcıların %12,5'i kararsız olduğu cevabını vermektedir. Grip ve Zatürre aşılarda ise güvenleri sorulduğunda karasızım cevabını verenlerin oranı ise %35,5 ile ilk sıradadır. Katılımcıların büyük bir kısmı aşı tereddüdü yaşadığını ifade ederken, aşılarından tamamen vazgeçme oranı daha düşüktür. Bu durum, doğru bilgilendirme ve şeffaf iletişim stratejileri ile öncelikle kararsız kesimlerin güvenin yeniden inşa edilebileceğini göstermektedir.

Pandemi sürecinde yanlış bilgi ve dezenformasyonun toplumda hızlı bir şekilde yayılması, sağlık okuryazarlığının önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir. Bu süreçte edinilen deneyimler, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel biçimde değerlendirebilme yetisinin, özellikle kriz dönemlerinde, halk sağlığını korumada ne denli kritik olduğunu göstermiştir. Toplumun doğru bilgiyle yanıltıcı içerikleri ayırt edebilmesi için yalnızca sağlık okuryazarlığı değil, aynı zamanda dijital medya ve sosyal medya okuryazarlığının da güçlendirilmesi gerekmektedir.

Bu noktada, sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin hem yüz yüze iletişimde hem de dijital platformlarda sade, bilimsel temellere dayalı ve yanlış anlamalara kapı aralamayan bir dil kullanması büyük önem taşımaktadır. Bu tür bir yaklaşım yalnızca yanlış bilgilerin yayılmasını önlemekle kalmaz, aynı zamanda bireylerin yanlış bildiklerini düzeltmelerine de katkı sağlar. Etkili bir iletişim stratejisi, güven inşasının temel taşlarından biridir.

Ortaya çıkan bu tablo, hem sağlık otoriteleri hem de halk sağlığı uzmanları açısından dikkate alınması gereken önemli bir uyarıdır. Bağışıklama hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak adına daha bütüncül ve çok paydaşlı bir yaklaşım benimsenmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Çalışmamız bazı güçlü yönlerinin yanı sıra birtakım sınırlılıklar da içermektedir. Öncelikle, örneklemin belirli bir bölge ve zaman dilimiyle sınırlı olması, elde edilen bulguların tüm topluma genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca anketin gönüllülük esasına dayanması, aşı konusuna duyarlılığı yüksek bireylerin çalışmaya katılımını artırmış olabilir. Bu durum, katılımcı yanlılığına yol açma ihtimali taşımaktadır.

Bir diğer sınırlılık, verilerin öznel beyanlara dayanmasıdır. Katılımcıların aşuya ilişkin tutumları, anketin uygulandığı anda sahip oldukları algı ve ruh hali tarafından etkilenmiş olabilir. Ayrıca, sosyal olarak kabul gören yanıtları verme eğilimi, gerçek görüşlerin tam yansıtılamamasına neden olabilir. Dolayısıyla, anket sonuçları gerçek davranışlardan kısmen sapmalar içerebilir.

Çalışmanın sınırlılıklarından biri de yalnızca nicel verilerle sınırlı kalmasıdır. Oysa aşı tereddüdünün altında yatan bireysel, kültürel ve toplumsal motivasyonları derinlemesine anlayabilmek için nitel araştırma yöntemlerine, örneğin odak grup görüşmeleri veya birebir derinlemesine mülakatlara başvurmak oldukça faydalı olabilirdi. Gelecek araştırmalarda bu tür yöntemlerin kullanılması, elde edilen bulguların derinliğini ve anlamını artıracaktır.

Tüm bu sınırlılıklara rağmen, bu araştırma COVID-19 sonrası dönemde ülkemizde aşı tereddüdüne yönelik gerçekleştirilen az sayıdaki çalışmalardan biri olması açısından önem arz etmektedir. Ayrıca hem çocukluk dönemi hem de erişkin aşı programlarına dair verilerin birlikte ele alınması, konunun çok boyutlu bir perspektiften değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalarda, daha geniş ve çeşitli sosyo-demografik özelliklere sahip grupları kapsayan örneklemelerin tercih edilmesi, toplumsal eğilimlerin daha temsil edici şekilde analiz edilmesine katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, bireylerin sosyal medya kullanım biçimlerinin ve bilgi kaynaklarının ayrıntılı olarak incelenmesi, yanlış bilginin yayılma mekanizmalarını anlamak açısından da büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma COVID-19 pandemisinin toplumdaki aşuya yönelik algıyı kalıcı biçimde etkilediğini ve aşı tereddüdünde belirgin bir artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, bağışıklama programlarının

sürdürülebilirliği açısından güven temelli bir iletişim sürecinin yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Gelecek halk sağığı politikalarının, bireylerin aşya yönelik algısını olumlu yönde dönüştürecek, yanlış bilginin yayılımını engelleyecek ve toplumun tüm kesimlerini kapsayacak biçimde planlanması gerekmektedir. Sağıık çalışanlarının sürekli mesleki gelişimini destekleyecek eğitim programları ve halkın sağıık okuryazarlığını artırmaya yönelik kampanyalar, özellikle yerel kanaat önderlerinin desteğıyle daha etkili hale getirilebilir. Tüm bu çabalar, toplumun aşya olan güvenini yeniden tesis etmenin ve korumanın anahtarı olacaktır.



6.SONUÇ ve ÖNERİ

Bu araştırma, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireyler arasında COVID-19 aşılarının ardından genel aşılama tutumlarında meydana gelen değişimleri, COVID-19 aşıları ile pandemi sonrası gelişen sistemik hastalıklar arasındaki algılanan ilişkiyi ve gelecekte olası bir salgın durumunda bireylerin aşıya yönelik tutumlarında oluşabilecek değişimleri incelemeyi amaçlamıştır. Anket verilerinin analizi sonucunda, araştırmanın temel varsayımlarını destekler nitelikte önemli bulgular elde edilmiştir.

Elde edilen veriler, pandemi sonrasında toplum genelinde aşıya yönelik tereddütlerin belirgin bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların önemli bir bölümü, özellikle COVID-19 aşılarının çeşitli sistemik hastalıkların ortaya çıkması veya mevcut hastalıkların kötüleşmesiyle bağlantılı olabileceğine dair güçlü bir inanç taşıdıklarını ifade etmiştir. Her ne kadar bu algı bilimsel verilerle desteklenmese de, bireylerin aşıya yönelik tutumlarını ciddi biçimde etkileyen bir kanaate dönüşmüştür. Bu durum, özellikle 25-44 yaş aralığındaki, üreme çağındaki bireylerde daha belirgin olarak gözlemlenmiş ve çocukluk dönemi bağışıklama programları açısından kayda değer bir risk faktörü oluşturmuştur.

Anket sonuçları, toplumda aşılardan uzun vadeli yan etkilerine yönelik kaygının halen yüksek seviyede seyrettiğini göstermektedir. Bu korkunun temelinde, bilgi eksikliği ve yaygın dezenformasyonun bireylerde güvensizlik oluşturması yatmaktadır. Yanlış veya yanıltıcı bilgilerin özellikle sosyal medya gibi denetimsiz platformlar üzerinden yayılması, aşı karşısında şüpheli tutumların güçlenmesine ve bireylerin aşılarla olan güveninin zedelenmesine neden olmuştur. COVID-19 aşılara yönelik dolaşıma giren komplo teorileri ve doğrulanmamış iddialar da, toplumun aşıları kabullenme oranını olumsuz yönde etkilemiştir.

Araştırmada elde edilen bir diğer önemli bulgu ise, gelecekte yaşanabilecek benzer bir salgın karşısında bireylerin aşılama konusundaki isteklerinde azalma olduğudur. Katılımcıların büyük bir kısmı, geçmişteki aşı deneyimlerinin ve mevcut endişelerinin, yeni geliştirilecek aşılarla karşı daha mesafeli yaklaşımlarına neden

olacağını belirtmiştir. Bu durum, yeni bir pandemiye karşı toplumsal bağışıklığın oluşturulmasında ciddi bir engel oluşturma potansiyeline sahiptir.

Sonuç olarak, bu çalışma, COVID-19 pandemisinin toplumsal aşı algısı üzerinde uzun soluklu ve karmaşık etkiler bıraktığını açıkça ortaya koymaktadır. Aşı tereddüdündeki artış yalnızca bireysel bir tercih olarak değerlendirilemez; bu artış, aynı zamanda bilgi kirliliğinin, güven eksikliğinin ve sağlık iletişimindeki eksikliklerin bir sonucudur. Bu bulgular, gelecekteki halk sağlığı girişimlerinin yalnızca aşılama uygulamalarına değil, aynı zamanda güven inşa etmeye, şeffaf bilgi paylaşımına ve dezenformasyonla etkin mücadeleye odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır. Toplumun aşıya olan güvenini yeniden tesis edebilmek için çok boyutlu, sürdürülebilir ve hedef odaklı stratejilerin geliştirilmesi elzemdir.

7. KAYNAKLAR

- 1- <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html> TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması
- 2- Coronaviridea Virus Ailesi: Genel Bir Değerlendirme Journal of advances in VetBio Science and techniques Year 2020, Volume: 5 Issue: 1, 1 - 12, 30.04.2020 Hikmet Ün
- 3- SARS-CoV-2 nükleokapsid proteini: Viral yaşam döngüsündeki rolü, yapısı ve işlevleri ve aşı ve teşhis geliştirmede potansiyel hedef olarak kullanımı Wenbing Wu ,Ying Cheng ,HongZhou ,Changzhen Sun ve Shujun Zhang *Viroloji Dergisi* hacim 20 , Makale numarası: 6 (2023)
- 4- SARS-CoV-2 spike proteininin yapısal ve işlevsel özellikleri: COVID-19 için potansiyel antivirüs ilacı geliştirme Yuan Huang , Çan Yang ,Xin-feng Xu ,Wei Xu ve Shu-wen Liu *Acta Farmakolojik Sinica* 41 , sayfalar1141–1149 (2020)
- 5- SARS-CoV-2'deki yapısal ve yapısal olmayan proteinler: COVID-19 tedavisi veya ilgili hastalıkların ilerlemesinin önlenmesi için potansiyel yönler. Sareh Kakavandi , İmam Zare , Meryem Vaez Celali ,Mesut Dadaşî , ve ark. *Hücre İletişim ve Sinyalizasyon* 21 , Makale numarası: 110 (2023)
- 6- Koronavirüs zarf proteini: güncel bilgiler Dewald Schoeman ve Burtram C. Fielding *Viroloji Dergisi* 16 , Makale numarası: 69 (2019)
- 7- Kouhpayeh S, Shariati L, Boshtam M, Rahimmanesh I, Mirian M. Th e molecular story of COVID-19 ; NAD + depletion addresses all questions in this infection. 2020;(March). doi:10.20944/preprints202003.0346.v1
- 8- Liu J, Cao R, Xu M, et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is eff ective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. Cell Discov. 2020;6(1):16. doi:10.1038/s41421-020-0156-0
- 9- WHO Covid-19 dashboard <https://data.who.int/dashboards>
- 10- China's Fight Against COVID-19: What We Have Done and What We Should Do Next? Sixiang Cheng ^{1,2}, Yuxin Zhao ¹, Atipatsa Chiwanda Kaminga ^{3,4}, Xinping Zhang ⁵, Huilan Xu ^{1,*}
- 11- Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. - e SARS-CoV-2 outbreak: what we know. Int J Infect Dis. 2020:S1201-9712(20)30123-5

- 12- Pain Symptoms in Patients with Coronavirus Disease (COVID-19): A Literature Review Lin-Man Weng ^{1,*}, Xuan Su ^{1,*}, Xue-Qiang Wang J Pain Res. 2021 Jan 26;14:147–159. doi: 10.2147/JPR.S269206
- 13- Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China Dawei Wang , Bo Hu , Chang Hu , Fangfang Zhu , ve ark. JAMA. 2020 Feb 7;323(11):1061–1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585
- 14- WHO COVID-19 – China 12 January 2020 <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>
- 15- WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID19 - March 2020 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- 16- T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- 17- Global Percentage of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among the Tested Population and Individuals With Confirmed COVID-19 Diagnosis A Systematic Review and Meta-analysis Qiuyue Ma, PhD; Jue Liu, PhD; Qiao Liu, BD; Liangyu Kang, BD; ve ark. JAMA Network Open. 2021;4(12):e2137257. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.37257 (Reprinted) December 14, 2021
- 18- COVID-19 ÖNCESİ VE SONRASI KANSER EPİDEMİYOLOJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Dr. Gunel MAMMADZADA Danışman Prof. Dr. Mevlüde İNANÇ Erciyes Üniversitesi tıp Fakültesi
- 19- WHO Coronavirus disease (COVID-19) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
- 20- WHO Fighting COVID-19 could cost 500 times as much as pandemic prevention measures <https://extranet.who.int/sph/fighting-covid-19-could-cost-500-times-much-pandemic-prevention-measures>
- 21- The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus David M Cutler , Lawrence H Summers Author information Copyright and License information PMCID: PMC7604733 NIHMSID: NIHMS1639501 PMID: 33044484

- 22- Türkiye'de Aşının Tarihçesi. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 AŞISI BİLGİLENDİRME PLATFORMU <https://covid19asi.saglik.gov.tr/tr-77801/turkiyede-asinin-tarihcesi.html>
- 23- WHO aşılamanın kısa tarihi. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination>
- 24- Emil von Behring <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1901/behring/facts/>
- 25- Application of mRNA technology in vaccines against pandemic pathogens - present and future jhpor, 2021, 3 DOI:10.7365/JHPOR.2021.3.3
- 26- History of BCG Vaccine Simona LUCA; Traian MIHAESCU A Clinic of Pulmonary Diseases, Iasi, Romania “Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania
- 27- History of Polio Vaccination <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-polio-vaccination>
- 28- Hepatit B vaccine History , Hepatit B Foundation <https://www.hepb.org>
- 29- WHO Vaccines and Immunization https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- 30- The Lancet: Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization Andrew J Shattock, Helen C Johnson, So Yoon Sim, Austin Carter, ve ark.
The Lancet Cilt 403 , Sayı 10441 S2307-2316 25 Mayıs 2024
- 31- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 AŞISI BİLGİLENDİRME PLATFORMU, COVID-19 Aşısı Üretim Teknolojileri <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77805/asi-turleri.html>
- 32- A Comprehensive Review of the Protein Subunit Vaccines Against COVID-19 Mohsen Heidary¹ , Vahab Hassan Kaviar² , Maryam Shirani³ , Roya Ghanavati⁴ , Moloudsadat Motahar⁵ , Mohammad Sholeh⁶ , Hossein Ghahramanpour⁷ and Saeed Khoshnood² Front Microbiol. 2022 Jul 14;13:927306. doi: 10.3389/fmicb.2022.927306
- 33- First person to get Covid vaccine is happy to inspire others. <https://www.bbc.com/news/uk-england-coventry-warwickshire-59566578>
- 34- China Coronavirus Covid-19 Vaccination Total <https://tradingeconomics.com/china/coronavirus-vaccination-total>

- 35- <https://dashboard.cowin.gov.in/>
- 36- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 BİLGİLENDİRME PLATFORMU
<https://covid19.saglik.gov.tr/>
- 37- TURCOVID19 Türkiye Covid19 Aşılama Grupları Aşı Uygulama Tarihleri
<https://turcovid19.com/etkinlikler/turkiye-covid19-asilama-gruplari-asi-uygulama-tarihleri/>
- 38- The Lancet. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study Oliver J Watson, PhD o.watson15@imperial.ac.uk · Gregory Barnsley, MSc · Jaspreet Toor, PhD · Alexandra B Hogan, PhD · Peter Winskill, PhD ve ark.
The Lancet Volume 22, Issue 9P1293-1302September 2022
- 39- MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161–4164. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.
- 40- WHO: 2019’da küresel sağlığa yönelik 10 tehdit. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- 41- Aşı tereddüdü: Tanım, kapsam ve belirleyiciler Noni E. MacDonald ¹, SAGE Aşı Tereddüdü Çalışma Grubu ¹ *Vaccine* Cilt 33, Sayı 34 ,14 Ağustos 2015, Sayfalar 4161-4164
- 42- Vaccine Hesitancy: Contemporary Issues and Historical Background by Rina Fajri Nuwarda, Iqbal Ramzan, Lynn Weekes and Veysel Kayser Sydney Pharmacy School, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia *Vaccines* 2022, 10(10), 1595; <https://doi.org/10.3390/vaccines10101595>
- 43- Dhama, K.; Sharun, K.; Tiwari, R.; Dhawan, M.; ve ark, S. COVID-19 vaccine hesitancy—Reasons and solutions to achieve a successful global vaccination campaign to tackle the ongoing pandemic. *Hum. Vaccines Immunother.* 2021, 17, 3495–3499.
44. Deliberation, Dissent, and Distrust: Understanding Distinct Drivers of Coronavirus Disease 2019 Vaccine Hesitancy in the United States
Khai Hoan Tram , Sahar Saeed , Cory Bradley , Branson Fox , ark.

Clin Infect Dis. 2021 Jul 16:ciab633. doi: 10.1093/cid/ciab633

45. Addressing Vaccine Hesitancy in College Students Post COVID-19 Pandemic: A Systematic Review Using COVID-19 as a Case Study by Wai Yan Min Htike, Muxuan Zhang, Zixuan Wu, Xinyu Zhou, Siran Lyu ve ark.

Vaccines 2025, 13(5), 461; <https://doi.org/10.3390/vaccines13050461>

46. Trust in Physicians and Hospitals During the COVID-19 Pandemic in a 50-State Survey of US Adults

Roy H Perlis, Katherine Ognyanova, Ata Uslu, Kristin Lunz Trujillo, ve ark.

Affiliations Expand

PMID: 39083270 PMCID: PMC11292455 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.24984

47. Çin'de COVID-19 salgını başladıktan bu yana hekimlere olan güven arttı

Changle Li¹, M Mahmud Han², Zhuo Chen³

PMID: 36696796 PMCID: PMC9862706 DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.115704

48. Global childhood immunization levels stalled in 2023, leaving many without life-saving protection

<https://www.who.int/news/item/15-07-2024-global-childhood-immunization-levels-stalled-in-2023-leaving-many-without-life-saving-protection>

49. The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination

Regional Brief: Europe and Central Asia

<https://www.unicef.org/media/139056/file/SOWC23%20ECARO%20Brief,%20English.pdf>

50. Vulpe, S. N. & Rughiniş, C. (2021). "Social Amplification of Risk and "Probable Vaccine Damage": A Typology of Vaccination Beliefs in 28 European Countries", *Vaccine*, 39(10), 1508-1515

51. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*. 2021.

8.EKLER

1. Anket Formu



EK-1

ANKET FORMU

Bu anket Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda yürütülen bir Tıpta Uzmanlık tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmamızda kimliğiniz belirtilmeyecek, tüm gizlilik ilkelerine uyulacak, cevaplarınız bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Çalışmamız gönüllük esaslarına göre yapılacak olup, istediğiniz zaman anketimize katılmaktan çekilebilirsiniz.

Araştırmacı :Dr. Ali Rıza SAZAK

Etik Kurul Onayı:24-MOBAEK-056

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ

Etik Kurul Tarih: 26.12.2024

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz nedir?

☐ O- Erkek

☐ O- Kadın

☐ O- Diğer

3) Eğitim durumunuz nedir?

☐ O- Okuryazar değilim

☐ O- İlkokul

☐ O- Ortaokul

☐ O- Lise

☐ O- Yüksekokul

4) Mesleğiniz:

5) Yaşadığınız yer?

☐ o Şehir

☐ o Kırsal

6) Sizin algınıza göre gelir durumunuz nedir?

☐ o Düşük

☐ o Orta

☐ o Yüksek

7) Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ o Çok iyi

☐ o İyi

☐ o Orta

☐ o Kötü

☐ o Çok kötü

8) Kronik hastalığınız var mı? Hastalığınız varsa nedir?

O- Evet

- ☐ Şeker Hastalığı
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Kalp ve Damar Hastalıkları
- ☐ Solunum yolu hastalıkları
- ☐ Nörolojik hastalıklar
- ☐ Kanser
- ☐ Romatizmal Hastalıklar
- ☐ Gastrointestinal sistem hastalıkları
- ☐ Diğer

O- Hayır

9) Aşıların Hastalıklardan korunmada etkili bir yöntem olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet düşünüyorum
- ☐ Hayır düşünmüyorum
- ☐ Kararsızım

10) Aşı olmanın toplumsal bir sorumluluk olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Düşünüyorum
- ☐ Hayır düşünmüyorum.

11) Covid 19 hastalığı geçirdiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12) Hastalık sürecinde medikal tedavi aldınız mı? Hastanede yattınız mı?

- ☐ Hiçbir medikal tedavi almadım.
- ☐ Bakanlığın verdiği ilaçları kullandım.
- ☐ Hekime başvurdum. Verilen ilaçları kullandım.
- ☐ Hastanede serviste yatarak tedavi aldım
- ☐ Yoğun bakımda yatarak tedavi aldım.

13) Covid 19 Aşısı oldunuz mu?

- ☐ Evet oldum.
- ☐ Hayır olmadım.

14) Olduysanız; kaç doz aşı oldunuz?

- ☐ Tek doz

- ☐ İki doz
- ☐ Üç doz
- ☐ Üçten fazla

15) Aşı olduğunuza pişman mısınız?

- ☐ Evet pişmanım
- ☐ Hayır değilim
- ☐ Kararsızım

16) Aşı oldu iseniz tekrar aşı ile önlenebilecek bulaşıcı bir hastalık salgını olduğunda aşı yine olur musunuz?

- ☐ Evet yine aşı olurum.
- ☐ Hayır bir daha aşı olmayı düşünmüyorum.
- ☐ Kararsızım.

17) Yukarıdaki soruya hayır dediyseniz aşı olmayı reddetmenizin nedeni nedir?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aşının yan etkilerinden korkuyorum
- ☐ Aşının işe yaramadığını düşünüyorum
- ☐ Doğal bağışıklığa güveniyorum
- ☐ Aşıların zararlı kimyasal maddeler olduğunu düşünüyorum.
- ☐ Ticari pazarlama amaçlı üretildiklerini düşünüyorum
- ☐ Amacın halkı korumak değil de başka amaçlara hizmet ettiklerini düşünüyorum.

O Diğer(Lütfen belirtiniz)

18) Covid 19 aşısı sonrası aşının yan etkileri ile karşılaştınız mı?

- ☐ Evet karşılaştım
- ☐ Hayır karşılaşmadım
- ☐ Emin değilim

19) Karşılaştı iseniz; Hangi aşıya bağlı uzun dönem yan etki veya aşı kaynaklı bir hastalıkla karşılaştığınızı düşünüyorsunuz? Belirtiniz.

- ☐ Allerji
- ☐ Kalp ve Damar Hastalıkları (Kalp Krizi, Tansiyon; Damar tıkanıkları vb)
- ☐ Solunum yolu hastalıkları (Astım, Koah, Nefes darlığı vb)
- ☐ Nörolojik hastalıklar (İnme, Demans, Alzheimer)
- ☐ Kanser
- ☐ Gastrointestinal sistem hastalıkları
- ☐ Diğer

20) Çevrenizde Aşıya bağlı yan etki yaşayanlar var mı? (Evet ise ne gibi bir yan etki yaşamışlar)

O- Evet

o Allerji

o Kalp ve Damar Hastalıkları (Kalp Krizi, Tansiyon; Damar tıkanıkları

vb)

o Solunum yolu hastalıkları (Astım, Koah, Nefes darlığı vb)

o Nörolojik hastalıklar (İnme, Demans, Alzheimer)

o Kanser

o Gastrointestinal sistem hastalıkları

o Ölüm

o Diğer

O- Hayır

21) Geçen süreye rağmen aşının uzun vadeli yan etkilerinin gelecekte karşınıza çıkacağından korkuyor musunuz?

- ☐ Evet korkuyorum.
- ☐ Hayır korkmuyorum.

22) Covid 19 salgını sizi psikolojik yönden etkiledi mi?

- ☐ Hiç etkilenmedim.
- ☐ Hafif psikolojik sıkıntılarımdı oldu
- ☐ Orta düzeyde etkilendim
- ☐ Ciddi psikolojik sıkıntılar yaşadım.

23) Covid aşısı pandemi döneminde sizde psikolojik bir rahatlama, güven duygusu yarattı mı?

- ☐ Evet rahatlattı
- ☐ Hayır rahatlatmadı
- ☐ Kararsızım

24) Covid 19 aşısı çocukluk çağı aşılarına bakışınızı değiştirdi mi? Çocuğunuza çocukluk çağı aşılarını yaptırır mısınız?

- ☐ Evet değiştirdi ; Yaptırıyordum artık yaptırmam.
- ☐ Evet değiştirdi; Yaptırmıyordum artık yaptırım.
- ☐ Hayır değiştirmede; Yaptırıyordum yine yaptırım.
- ☐ Hayır değiştirmede; Yaptırmıyordum yine yaptırmam. .
- ☐ Kararsızım

25) Grip aşısı ve Zatüre aşısı hakkındaki görüşünüz nedir. Onlara karşı tutumunuzda da bir değişiklik oldu mu?

- ☐ Aşılar güvenim arttı.

- Aşılarla güvenim azaldı
- Aşılarla zaten güvenmiyordum.
- Kararsızım

26) Pandemi döneminde aşılar hakkında fikirleriniz değişti ise bu duruma ne etkili oldu?

- Kendi kararım, kimseden etkilenmedim
- Sosyal çevre (aile, arkadaşlar)
- Sosyal medya (İnternet, televizyon, dergi gazete)
- Sağlık çalışanları

27) Aşılar hakkında bir sağlık uzmanı ile (Hekim, Hemşire, Sağlık memuru) görüştünüz mü?

- Hayır Görüşmedim.
- Evet görüştüm.

28) Uzmanla (Sağlık çalışanı ile) görüşmenizin sizin aşılar hakkında ki görüşünüzü değiştirebileceğini düşünüyor musunuz?

- Hayır değiştirmez.
- Uzmanların görüşü ile aşı olabilirim.
- Kararsızım

29) Aşı reddinin yaygınlaşmasının toplum sağlığı üzerindeki etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Toplum sağlığını olumlu yönde etkiler.
- Toplum sağlığına hiç bir etkisi olmaz.
- Bulaşıcı hastalıklar artar.

30) Salgın hastalıkların meydana gelmesinde neyin neden olduğunu düşünüyorsunuz. (Birden Fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- Aşılamadaki eksiklikler.
- Beslenme bozuklukları.
- Temizlik ve hijyen yetersizliği.
- Nüfus yoğunluğunun artması.
- Yetersiz Sağlık hizmetleri.
- Doğal felaketler.
- Düşük bağışıklık düzeyleri.
- Başı boş hayvanlarla artan temas
- İlaç ve aşı sektörü salgınları yapıyor.
- Ülkeler savaş olarak salgınları kullanıyorlar.

31) Salgın döneminde Sağlık çalışanlarına, sağlık kurumlarına olan güveninizde bir değişiklik oldu mu?

- Sağlık çalışanlarına güvenim arttı.
- Sağlık çalışanlarına güvenim azaldı.
- Kararsızım.

32) Sağlık çalışanlarına güveniniz azaldı ise sebebi nedir. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Salgın hastalık konusunda bilgisizler
- Hastalarla ilgisizler. Hastalanmaktan korkuyorlar.
- Salgın konusunda gerçekleri söylemiyorlar.
- Yanlış olduğunu bilseler dahi sadece kendilerine söyleneni yapıyorlar. Sorumluluk almıyorlar.
- İlaç ve aşı şirketleri ile ortak çalışıyorlar.

33) Bir salgın durumunda aşı yaptırmazsanız ne gibi bir önlem alarak kendinizi korumayı düşünüyorsunuz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- Bir önlem almayı düşünmüyorum.
- Dışarı çıkmam.
- Maske ve benzeri koruyucu malzeme kullanırım.
- Hijyen ve temizliğime dikkat ederim.
- Beslenmeme dikkat ederim.
- En küçük bir hastalığımda doktora başvururum.

34) Tekrar bir salgın olması durumunda aşı olmanız için ne tür bilgiye ve desteğe ihtiyacınız var?

- Aşı zaten olurum.
- Sosyal çevrem (Aile ve arkadaşlarım) aşı olmamı teşvik ederlerse olurum.
- Aile hekimim / Doktorlar aşı olmamı isterse olurum.
- Devlet büyüklerimiz aşı olursa olurum.
- Ancak aşı zorunlu olursa olurum.