



**HEMŞİRELERİN MESLEKİ
BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI
BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

İrem AKYÜZ
Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sonay BİLGİN

Yüksek Lisans Tezi-2023

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI
HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI BİLGİ,
TUTUM, DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

İrem AKYÜZ

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sonay BİLGİN**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bulaşıcı Hastalıklar.....	5
2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi.....	5
2.3. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Bulaşıcı Hastalıklar Risk Faktörleri.....	7
2.4.1. Bireysel Etmenler.....	7
2.4.2. Toplumsal Etmenler.....	8
2.4.3. Enfeksiyon Etkenine Bağlı Etmenler.....	8
2.5. Bulaşma Yolları.....	8
2.6. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar ve Etiyolojisi.....	9
2.7. Mesleki Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	10
2.8. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol.....	11
2.9. Aşının Tanımı.....	11
2.10. Aşı Çeşitleri.....	12
2.11. Türkiye'de Aşı Uygulamaları.....	13
2.12. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Aşı Önerileri.....	14
2.13. Sağlık Çalışanlarına Önerilen Aşı ve Dozları.....	15

2.14. Aşılamaya Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE).....	18
2.15. Aşı Karşıtlığı ve Aşı Reddi	19
2.16. Aşı Reddi Nedenleri.....	20
2.17. Sağlık Çalışanlarının Aşı Karşıtlığına Yaklaşımı.....	22
2.18. Halk Sağlığı Hemşirelerinin Aşı Karşıtlığına Yaklaşımı.....	23
3. MATERYAL VE METOT.....	24
3.1. Araştırma Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-5).....	24
3.4.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (EK-6).....	25
3.4.3. Hemşirelerin Aşıya Karşı Bilgi, Tutum ve Davranışları Veri Formu (EK-9).....	25
3.5. Verilerin Toplanması.....	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları.....	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	64
EK-1. ÖZGEÇMİŞ.....	64
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	65
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	66

EK-4. KURUM ARAŞTIRMA İZNİ.....	67
EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	68
EK-6. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ.....	69
EK-7. HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI TUTUMLARI.....	70
EK-8. HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI BİLGİ DÜZEYLERİ.....	71
EK-9. HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI DAVRANIŞLARI	72

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman emeğini ve sevgisini hissettiğim, değerli bilgi ve birikimiyle çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen beni yönlendiren, her konuda bana danışmanlık yapan saygıdeğer danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sonay BİLGİN'e, sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Değerli Jüri Üyeleri Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL ve Dr. Öğr. Üyesi Ayla HENDEKÇİ'ye, çalışmama katılmayı kabul eden Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi hemşirelerine, ilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her koşulda yanımda olan çok kıymetli aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

İrem AKYÜZ

ÖZET

Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılanmaya Karşı Bilgi, Tutum

Davranışları ve Aşı Karşıtlığı Durumlarının Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama ile ilgili bilgi, tutum, davranışlarının belirlenmesi ve aşı karşıtlığı durumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı türdendir. Araştırmanın evrenini, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır (N=610). Araştırmanın örnekleme evreni belli olan örneklem yöntemine göre hesaplanmış ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 267 hemşire örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında ‘Sosyodemografik Veri Formu, Aşı Karşıtlığı Ölçeği ve hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama karşı bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışlarını belirleyen anket soruları kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alınmıştır. Verilerin analizinde , Kolmogorov Smirnov analizi , nonparametrik analizler, t testi ve Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans, Kruskal Wallis testi, Bonferroni test analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 54.58 ± 9.978 , Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri alt boyut puan ortalamasının 20.07 ± 4.11 , Aşı Karşıtlığı alt boyut puan ortalamasının 16.37 ± 4.67 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %79’unun mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %70’inin HBV aşısı, %78.3’ünün KKK aşısı, %79.4’ünün COVID-19 aşısı, %64.4’ünün ise Suçiçeği aşısı yaptırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerde aşı karşıtlığının orta düzeyde olduğu, hastalığı geçirmiş olmanın aşılama konusundaki kararını etkilediği tespit edilmiş olup, hemşirelerin aşı ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı karşıtlığı, bilgi, bulaşıcı hastalık, davranış, hemşire tutum

ABSTRACT

Determination of Knowledge, Attitudes, Behavior, and Anti-vaccination Status of Nurses towards Vaccination for Occupational Infectious Diseases

Aim: The study was conducted to determine nurses' the knowledge, attitudes, and behaviors toward vaccination for occupational infectious diseases and to examine their status on anti-vaccination.

Materials and Method: The Study is of descriptive type. The study population consists of all the nurses (n=610) working in the Atatürk University Research Hospital. The sample was calculated according to the sampling method of which the population is known, and is formed by the 267 who voluntarily agreed to participate in the study. In collecting data, the Sociodemographic Data Form, Vaccination Opposition Scale, and a questionnaire to determine the nurses' knowledge, attitudes, and behaviors toward vaccination for occupational infectious diseases were used. Institutional permissions were obtained with the approval of the ethics committee to conduct the study. In the analysis of the data Kolmogorov Smirnov analysis, nonparametric analysis, t-test and Mann-Whitney U test, one-way analysis of variance, Kruskal Wallis test, and Bonferroni test were used.

Findings: It was found that the total mean score of the Vaccination Opposition Scale of Nurses was 54.58 ± 9.978 , the mean score of the sub-dimension of Vaccine Benefit and its Protective Value Score was 20.07 ± 4.11 , and the mean score of the sub-dimension of Anti-vaccination was 16.37 ± 4.67 . It was determined that 79% of the nurses were not vaccinated against seasonal flu, %70 were vaccinated against HBV, 78.3% were vaccinated against MMR, 79.4% were vaccinated against COVID-19 and 64.4% were vaccinated against chickenpox.

Result: As per the findings of the study, it was determined that Opposition to vaccination in nurses was moderate, having had the disease affected their decision about vaccination, and it is recommended to provide training among nurses to increase awareness about vaccination.

Keywords: Anti-vaccination, knowledge, infectious disease, behavior, nurse attitude

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACIP	: Advisory Committee on Immunization Practices
ASİE	: Aşılama Sonrası İstenmeyen Etkiler
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı
DaBT-İPA-Hib	: Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hemofilus İnfluenza tip B aşısı
DNA	: Deoksiribo nükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
H1N1	: Domuz Gribi
HAV	: Hepatit A Virüsü
HBV	: Hepatiti B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HICPAC	: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee
HIV	: İnsan Bağışıklığı Yetmezliği Virüsü
HPV	: Human Papilloma Virüsü
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KKK	: Kızamık, kızamıkçık, kabakulak
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
OPA	: Oral Polio Aşısı
Td	: Tetanoz aşısı

TABLÖLAR DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.3. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 4.4. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamasının Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Karşı Tutumları	32
Tablo 4.6. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmayla İlgili Bilgi Düzeyleri	33
Tablo 4.7. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Yönelik Davranışları	35
Tablo 4.8. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Karşı Tutumlarına Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.9. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmayla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4.10. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Yönelik Davranışlarına Göre Karşılaştırılması	39

1.GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklar gelişmekte olan ÷lkelerde ve dünya genelinde morbidite ve mortalite nedenleri arasında önde gelmektedir. Morbidite ve mortalite nedeni ile meydana gelen ekonomik sorunlar bulaşıcı hastalıkları önemli kılmaktadır.¹

Her hastalığın başlangıç evresinden iyileşmeye kadar kendine has karakteristik özelliğı ve doğal bir seyri vardır. Bulaşıcı hastalıklar her bireyde farklı klinik tablo olarak görülür bunun sebebi enfeksiyon etkeninin yanı sıra konak ve çevreye ait birçok değışik faktörlerin bulunmasıdır.²Enfeksiyon hastalıklarının bulaşma yollarının temeli konakçı, çevre ve etken etkileşimine bağılıdır.³Enfeksiyon etkeni hastalığın oluşmasında gereklidir ancak her zaman yeterli değıildir.⁴Bulaşıcı hastalıklar enfeksiyon etkeninin konakçıdan ya da kaynaktan insanlara geçişıyle olur. Konakçıdan başka bir konakçıya doğrudan bulaşma yoluyla (ısıрма, damlacık, cinsel ilişki, dokunma, hapşırık, öksürme, tükürme) veya dolaylı bulaşma yolu ile (havada uzun süre askıda kalan damla partikülleri) olmaktadır.²

Bulaşıcı hastalıklar toplumda birçok meslek grubunu etkilemektedir. Sağlık çalışanları da çalışma koşulları nedeniyle birçok risk altındadır bunlar literatürde fiziksel, kimyasal, psikolojik, biyolojik ve ergonomik riskler olarak gruplandırılmıştır.⁵Enfeksiyöz hastalıklar sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldığı risklerin başında gelmektedir. Kan ve vücut sıvılarıyla temas eden sağlık çalışanları viral hepatit bulaşı sık sık maruz kaldığı risklerdendir.⁶ Bu enfeksiyon hastalıkları çoğunlukla hemşirelerde daha sonra hekim ve laboratuvar çalışanlarında gör÷lmektedir.⁷

Hepatit C virüsü (HCV), hepatit A virüsü (HAV), hepatit B virüsü (HBV), insan bağıışıklığı yetmezliğı virüsü (HIV) gibi enfeksiyonel bulaşıcı hastalıklar dünya genelindeki hasta sayılarında artış nedeniyle sağlık çalışanları için büyük bir risk

oluşturmaktadır.⁸Hemşirelerin bu enfeksiyonların özelliklerini, bulaş yollarını, korunma yollarını, kendi bağışıklık durumlarını bilmeleri hastalıktan korunmanın en önemli yollarından biridir.⁹

Her yıl yaklaşık 16 bin sağlık çalışanı kesici ve delici alet yaralanmalarından dolayı Hepatit C ile enfekte olurken 66 bin sağlık çalışanı ise Hepatit B ile enfekte olmaktadır.¹⁰Almanya’da yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %31’inde mesleki bulaşıcı hastalıklar görülmektedir. Bunların %26’sı tüberküloz, %38’i uyuz, %10’u viral hepatitler ve %9’u da influenzadır.¹¹

Bulaşıcı hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olup kontrolü ulusal ve uluslararası çalışmalar ile sağlanabilir. Bu çalışmalar, birincil ve ikincil korunma tedbirleri kapsamında ikiye ayrılabilir. Birincil koruma önlemleri, bireyin hastalık etkeniyle karşılaşmadan önce alınan önlemler iken, kişi hastalık etkeni ile karşılaştıktan sonra hastalık tablosunun ortaya çıkmasını engellemeyi amaçlayan önlemler ise ikincil koruma önlemleridir.⁴Enfeksiyon kontrol önlemlerinin sıkı bir şekilde uygulanması, çalışanların sağlık taramalarının yapılması ve sonuçlarına uygun aşı programının oluşturulması bulaş riskini azaltmaktadır.⁶

Aşı hastalıklardan korunmada en etkili ve en ucuz yoldur. Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre küresel bağışıklama aşı programı yoluyla yılda 2-3 milyon ölümün önüne geçilmektedir.¹²Aşı programları aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıkları engellerken bu hastalıkların neden olduğu ölümleri de önlemeyi amaçlamaktadır. Aşılama yoluyla bireyin ve toplumun bağışıklığı sağlanmaktadır. Toplumda aşılansız birey oranı arttıkça aşılansız bireylerin de hastalıkla temas olasılığı azalmaktadır.¹³

Aşı kabul oranlarında düşme, aşı ile önlenabilir salgınlarda ve hastalıklarda artışa neden olmaktadır. Aşıya karşı olup aşıyı reddetme, aşıların etkinliğinden şüphe duyma,

aşı takvimini geciktirme, aşı yaptırmaya direnme, aşı içeriğine güvenmeme aşı karşıtı tutumlarını oluşturmaktadır.¹³

DSÖ tanımına göre aşı reddi tüm aşıları reddetme iradesi iken aşı kararsızlığı bazı aşıların uygulanmasına izin vermeme ya da aşıların uygulanmasını kabul etmede gecikme anlamına gelmektedir.¹⁴ Aşı karşıtlığı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre ilk aşı karşıtlığı, bilinen ilk aşı olan çiçek aşısı ile başlamıştır ve topluluklar, dernekler kurularak aşı karşıtlığı savunulmuştur. İngiltere’de 1853 yılında çıkarılan zorunlu aşı yasası sonrası tartışmalar hız kazanmış ve aşı karşıtı protestolara başlanmıştır.¹⁵

Aşı reddini etkileyen birçok çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar, endüstri, güvensizlik, hükümet politikaları, tıp dergileri, sağlık çalışanları, bilgisizlik, geçmişteki olumsuz deneyimler, politikacılar, aşı sayısında artış, internet/medya/ünlüler, otizm sayısında artış, alternatif tıp, tamamlayıcı tıp, araştırmalar, aşı karşıtı ve dini gruplar olarak sayılabilir.¹⁶

Sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %50.4’ünün Hepatit B, %30.8’inin tetanoz aşısını düzenli olarak yaptırdığı ifade edilmiştir. Mesleki risk oluşturan hastalıklara karşı aşı olmayan sağlık çalışanlarının aşı yaptırmama nedenleri incelendiğinde ise %27.9’u ihmal ve zaman ayırmama olarak ifade ederken %21.5’i de aşıya gerek duymadıklarını ifade etmiştir.¹⁷

Sağlık çalışanlarının aşılama tutumlarını ve davranışlarını inceleyen bir araştırmada Hepatit B ve influenza dışında sağlık çalışanlarına önerilen mesleki aşılarla karşı bilgi yetersizliği olduğu görülmektedir.¹⁸

Dünyada görülen aşı reddi vakalarının son yıllarda hızla artması üzerine; Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılında çözüme kavuşturmayı planladığı 10 küresel sağlık sorunun başında “aşı karşıtlığı”nı ele almıştır.¹⁹ Aşı uygulamaları konusunda toplumun en

önemli bilgilendirme kaynağı sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının farkındalığının arttırılması ve bilinçlendirilmesiyle aşı retlerinin azalacağı sonucuna varılmaktadır.²⁰ Hasta temasının yüksek olduğu sağlık çalışanları grubu mesleki bulaşıcı hastalıklar açısından enfeksiyon geçirme oranı daha yüksektir.²¹ Bu nedenle sağlık çalışanlarının mesleki bulaşıcı hastalıklarda bilgi, tutum, davranışlarının belirlenmesi ve aşı karşıtlığı durumlarının incelenmesi önemlidir. Elde edilecek bulgular ışığında sağlık çalışanlarının bilgi, tutum, davranışlarını arttırmaya yönelik eğitimsel çalışmalar yapılabilir böylece hem sağlık çalışanlarının hem de hizmet verdiği toplumun sağlığı korunup geliştirilebilir.

Bu araştırmada hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve aşı karşıtlığı durumunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma da katılımcıların sosyo-demografik özellikleri nedir? Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama konusunda bilgi düzeyleri nedir? Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama ile ilgili tutum ve davranışları nedir? Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı bilgi, tutum, davranışları ve aşı karşıtlığı arasında ilişki var mıdır? Sorularına yanıt aranmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalık, enfeksiyöz etkenin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı kişiye doğrudan veya dolaylı yoldan geçmesiyle oluşan toplumsal bir sağlık problemidir. Toplumda görülen çeşitli mikro canlılar, klinik belirti ve bulgu vermeden hayvan veya insan vücudunda yaşayabilmekte, gelişebilmekte ve çoğalabilmektedir. Bu durumun oluşmasına enfeksiyon denilmektedir. Bu mikro canlıların halsizlik, kusma, ateş gibi belirtiler yapması durumuna da, enfeksiyon hastalığı denir.²²

Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı arasındaki fark önem taşımaktadır. Çünkü her enfekte kişi hasta olmaz ve tedaviye ihtiyaç duymaz.²²Hasta olmadan yalnızca etkeni yayan kişilere taşıyıcı adı verilmektedir. Taşıyıcılar hasta kişilere kıyasla etkeni daha fazla yaymaktadır.³

2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi

Bulaşıcı hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde ve dünya genelinde morbidite ve mortalite nedenleri arasında önde gelmektedir. Morbidite ve mortalite nedeni ile meydana gelen ekonomik sorunlar bulaşıcı hastalıkları önemli kılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar sağlık hizmetine beklenmeyen yükler getirdiğinden, sosyal yaşamı olumsuz etkilediğinden toplumda sakatlık, kalıcı hasar ve ölümlerde artışa sebep olabilmektedir.¹

Bulaşıcı hastalıkların yönetilmesinde; hızlı değerlendirmenin yapılması, etkenin erken tespit edilmesi, bulaşı önlemek, sürveyans yapmak, salgının kontrol altına alınması, hastalık yönetimini ve diğer insanların enfekte olmasının önlenmesi önem taşımaktadır. Bulaşıcı hastalıklar açısından yüksek riskli olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmaları önem taşımaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan korunma tedaviden daha çok önem taşımaktadır.²³

2.3. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji hastalığın nasıl oluştuğunu inceleyen bilim dalıdır. Konakçı, etken ve çevreye ait üçlü zincir özelliklerini inceleyerek bu bilgilerin hastalığın kontrolünün sağlanması için kullanılacak yöntemleri araştırır. Halk sağlığı bilimi bu üçlü zincirin halkalarına yönelik neler yapabileceğini, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele yöntemlerini ortaya koymakta ve bu yöntemlerin ne ölçüde işe yaradığını epidemiyolojik olarak test etmektedir.³

Kolera, veba, influenza, sıtma, sifiliz, çiçek, tifo salgınları yayılma alanları ve ölüm sayıları bakımından farklılık gösterse de tarihin en önemli ölümcül salgınları olarak sayılmaktadır. Bu salgınlardan bazıları ölümcüllüğü ile bazıları da kolay bulaşması nedeniyle insanlığa darbe vurmuştur.²⁴Fransa’da 1870-75 yılları arasında ortaya çıkan çiçek hastalığı pandemisi beş yüz bin insanın ölümüne sebep olmuştur.²⁵

Bulaşıcı hastalıklar dünyayı şekillendirmeye her dönem devam etmesiyle halk sağlığı çalışmaları farklı ülkelerde sorunların saptanması ve çözülmesi için başlamış ve ihtiyaca göre değişmiştir.² Danimarka’da 1790 yıllarında zührevi hastalıklarına ücretsiz tedavi desteği sağlanmış, 1916-1930’lu yıllarda da İsviçre ve İngiltere de zorunlu çiçek aşısı hizmeti ve yoksullara ücretsiz tedavi hizmeti verilmiştir.²

19.yy. ortalarında halk sağlığı örgütlenmesi başlamış geleneksel yöntem olarak sanitasyon, bağışıklama, izolasyon, sağlıklı su ve gıda sağlanması ile hastalıkların kontrolü ve önleminde önemli başarılar elde edilmiştir.²² II.Dünya savaşı sonrasında DSÖ’nün kurulmasıyla halk sağlığı yaklaşımı yaygınlaşmıştır. Sıtma, tüberküloz, lepra gibi kötü yaşam koşulları sonucu gelişen bulaşıcı hastalıklar birçok ülke tarafından öncelikli sağlık sorunları olarak ele alınmaya başlanmıştır.²²

Türkiye’de de Cumhuriyetin ilanından sonra 1923-1936 yılları arasında ilk sağlık bakanı olan Refik Saydam, salgın ve ölümlere sebep olan hastalıklarla mücadeleye öncelik vermiştir.^{26(s.40-46)}

Dünya’da 2010 yılında 209 ülkeyi etkileyen H1N1 gribine bağlı yaklaşık ölüm oranı 16.000 olarak rapor edilmiş olup ülkemizde 627 kişi bu sebepten hayatını kaybetmiştir. Buna bağlı olarak DSÖ örgütü risk grubundaki hastalar ve sağlık çalışanları için aşı çalışmaları başlatmıştır.²⁷

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planın da bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhis edilmesinde ve hastalıklara bağlı oluşabilecek komplikasyonların yönetilmesinde etkinliği artırmayı ve bulaşıcı hastalıkların sebep olduğu hastalık yükünü en aza indirmeyi amaçlamıştır.²⁸

2.4. Bulaşıcı Hastalıklar Risk Faktörleri

Her hastalığın başlangıç evresinden iyileşmeye kadar kendine has karakteristik özelliği ve doğal bir seyri vardır. Klinik bulgu vermediği asemptomatik veya subklinik dönemde de bulaşıcılık devam edebilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar her bireyde farklı klinik tablo olarak görülür bunun sebebi enfeksiyon etkeninin yanı sıra konak ve çevreye ait birçok değişik faktörlerin bulunmasıdır.²

Bulaşıcı hastalıkların bulaşması ve yayılmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bunlar bireysel, toplumsal ve enfeksiyona bağlı etmenlerdir.

2.4.1. Bireysel Etmenler

- Yaş
- Eğitim ve kültürel düzeyi
- Cinsiyet
- Gebelik durumu
- Bağışıklık durumu

- Yeterli ve dengeli beslenme durumu
- Gebelik durumu
- Bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği³

2.4.2. Toplumsal Etmenler

- Sağlık politikaları
- Riskli meslek gruplarının (sağlık personeli, berber, çiftçi, kuaför) bilgi düzey eksikliği
- Vektörlerle savaş durumu
- Sığınmacı ve göçmen hareketleri
- Genel nüfus hareketleri
- Turizm ülkesi olma
- Toplu kentleşme
- Küresel ısınma
- Nüfus hareketleri⁴

2.4.3. Enfeksiyon Etkenine Bağlı Etmenler

- Mikroorganizma patojenitesi
- Mikroorganizma enfektivitesi
- Mikroorganizmanın gücü, çok değişkenli olup olmaması
- Mikroorganizma toksini olup olmaması
- İlaçlara direnci olup olmaması
- Aşı geliştirme durumu^{2, 3}

2.5. Bulaşma yolları

Enfeksiyon hastalıklarının bulaşma yollarının temeli konakçı, çevre ve etken etkileşimine bağlıdır.³Enfeksiyonu bulaştırma açısından risk oluşturabilecek enfekte madde, çevre, hayvan veya kişi ile ilişkide olan hayvan veya insanlar temaslılar olarak

adlandırılır. Vücudunda klinik bir hastalık geliştirmeden enfeksiyon barındıran insan ve hayvanlara da taşıyıcı denmektedir.^{29(s.250-275)}

Konakçı doğal koşullar altında etkenin gelişmesinde ve yaşamasında ortam hazırlayan hayvan veya insanlara denmektedir. Çevre ise organizma için bir konakçı olabilir ya da yeni bir konakçıya bulaşmayı sağlayan ortam oluşturabilmektedir.³Enfeksiyon etkeni hastalığın oluşmasında gereklidir ancak her zaman yeterli değildir.⁴Bulaşıcı hastalıklar enfeksiyon etkeninin konakçıdan ya da kaynaktan insanlara geçişiyle olur. Konakçıdan başka bir konakçıya doğrudan bulaşma yoluyla (ısıрма, damlacık, cinsel ilişki, dokunma, hapşırık, öksürme, tükürme) veya dolaylı bulaşma (havada uzun süre askıda kalan damla partikülleri) ile olmaktadır.²

2.6. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar ve Etiyolojisi

Dünyada ve Türkiye’de hem insan sağlığında hem de ekonomide yol açtığı kayıplar nedeniyle meslek hastalıkları önemli bir konudur. Bu hastalıklar önleyici tedbirler ile büyük oranda azaltılabilecek ve ortadan kaldırılacak hastalıklardır.³⁰Bir hastalığı meslek hastalığı ile tanımlayabilmenin ön koşulu meslek ile hastalığın nedensellik bağının olması gerekmektedir.³¹

Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık işlemleri tüzüğüne göre meslek hastalıkları 5 sınıfa ayrılmıştır

1. Kimyasal nedenler
2. Pnömonyozlar ve solunum sistemi hastalıkları
3. Mesleki deri hastalıkları
4. Mesleki bulaşıcı hastalıklar
5. Fiziki etkenler ile meydana gelen meslek hastalıkları³²

Sağlık çalışanları çalışma koşulları nedeniyle birçok risk altındadır bunlar literatürde fiziksel, kimyasal, psikolojik, biyolojik ve ergonomik riskler olarak gruplandırılmıştır.⁵

Enfeksiyöz hastalıklar sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldığı risklerin başında gelmektedir. Kan ve vücut sıvılarıyla temas eden sağlık çalışanları viral hepatit bulaşı sık sık maruz kaldığı risklerdendir.⁶Hepatit C virüsü, hepatit A virüsü, hepatit B virüsü, HIV, gibi enfeksiyonel bulaşıcı hastalıklar dünya genelindeki hasta sayılarında artış nedeniyle sağlık çalışanları için büyük bir risk oluşturmaktadır.⁸

Hemşireler hastalarına bakım verirken hastaların vücut sıvılarının sıçraması, bulaşması veya kesici-delici aletlerin açılıp kapatılması ve atılması esnasında kesici-delici alet yaralanmaları sonucu diğer sağlık çalışanlarına göre bu enfeksiyonel bulaşıcı hastalıklarla daha sık karşılaşmaktadırlar.³³

2.7. Mesleki Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi

Gelişmişlik düzeyine göre ülkelerin çalışanlarda beklenen meslek hastalığı yıllık tahmini oranı % 4 ile % 12 arasında değişmektedir. Bu orana göre Türkiye’de beklenen meslek hastalığı sayısı 114.000-342.000 arasında iken sağlık çalışanlarında yılda görülebilecek meslek hastalığı tanı sayısı 3.990-11.970 arasında değişmektedir.³⁴

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmaya göre, sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riskinin diğer çalışanlara göre 10 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.³⁵Yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarının Hepatit B (%77.5)’i tüberküloz (%47.6), meningokok hastalığı (%32.8), influenza (%21.9) hastalıkları açısından kendilerini risk altında gördüklerini bildirmişlerdir.³⁶Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarına sıklıkla Hepatit-B ve Hepatit-C tanısı koyulduğu sonucuna varılmıştır.³⁷DSÖ verilerine bakıldığında da COVID-19 salgınında

tüm vakaların %21'ini ve hayatını kaybedenlerin %9.6'sını sağlık çalışanları oluşturmaktadır.³⁸

2.8. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ulusal ve uluslararası çalışmalar ile sağlanabilir. Bu çalışmalar, birincil ve ikincil korunma tedbirleri olmak üzere ikiye ayrılabilir. Birincil koruma önlemleri, bireyin hastalık etkeniyle karşılaşmadan önce alınan önlemler iken, kişi hastalık etkeni ile karşılaştıktan sonra hastalık tablosunun ortaya çıkmasını engellemeyi amaçlayan önlemler ise ikincil koruma önlemleridir.⁴

Birincil koruma; çevrenin güvenli hale getirilmesi (atıkların uygun yok edilmesi, besin denetimi, suların temiz ve hijyenik olmasını sağlama), bireyin etken maddeye karşı güçlü olmasının sağlanması (beslenmenin iyileştirilmesi, pasif ve aktif bağışıklama), mental ve fiziksel yükün azaltılması, sağlık eğitimlerin verilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi uygulamalarını kapsamaktadır.³⁸ İkincil koruma; Hastalık etkeni ile karşılaşıldıktan sonra ilk aşamada teşhis ve tedavinin erken yapılmasını içermektedir.³⁸

Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede en etkin yol sağlığı koruyucu önlemlerin en üst düzeye ulaştırılmasını sağlamaktır. Bulaşıcı hastalık geliştikten sonra başarılı sonuç almak, bulaş olmadan önce alınacak önlemlerin başarısına bağlıdır.³ Bulaş olmadan önce alınacak en iyi önlemlerin başında da aşılama gelmektedir. Aşılanmanın yapılması bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve yayılımında büyük önem taşımaktadır. Aşı olmayan kişilerin artması enfeksiyon riskini arttırmaktadır.¹

2.9. Aşının Tanımı

Aşı (vaccine), çiçek hastalığından korunmada kullanılan “Vaccina” virüsünden türetilmiş düşük patojeniteye sahip bir poxvirustür.³⁹ Aşı belirli hastalıklara karşı bağışıklığın sağlanmasında ve arttırılmasında etkili biyolojik bir preparattır. Bu

preparat, hastalığa neden olan mikroorganizmaya benzeyen, öldürülmüş veya zayıflatılmış ajanları içermektedir. Aşı, bağışıklık sistemini bu yabancı ajanların tanınması ve hatırlanması için teşvik etmektedir. Bu sayede bağışıklık sistemi bu mikroorganizmalar ile karşılaştığında bu ajanları daha kolay tanımakta ve yok edebilmektedir.⁴⁰

2.10. Aşı Çeşitleri

Aşılar inaktif aşı ve canlı aşı olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

İnaktif aşılar bakteri ya da virüsün tamamı (boğmaca, inaktifinfluenza, inaktif polio, hepatit A virüsü) ya da bir parçasından (hepatit B virüsü, difteri, influenza, aselüler boğmaca) üretilmiş olan aşılardır.^{41(s.70-75)} Bu aşılar ile etken vücutta çoğalmaz ve birden fazla doz ile vücutta istenen bağışıklık düzeyi elde edilebilir. Zamanla antikor düzeyi düştüğü için rapel doz yani pekiştirme dozu gerekebilmektedir.⁴²

Canlı atenüe(zayıflatılmış) aşılar bir bakteri ya da virüsün hastalık yapıcı özellikleri ortadan kaldırılarak aynı zamanda vücutta çoğalma ve bağışıklık oluşturma yeteneğinin korunması sistemine dayanarak hazırlanmış aşılardır.^{41(s.58-66)} Bu aşılar genellikle tek doz ile bağışıklık oluştururlar. Ancak gebelere ve immün sistemi baskılanmış olanlara kesinlikle uygulanmaması gerekmektedir.

Canlı ataneü virüs aşıları; KKK (kızamık, kızamıkçık, kabakulak), oral polio virüsü, suçiçeği, influenza (intranazalinfluenza aşısı), sarıhumma iken canlı atenüe bakteri aşıları; şarbon, BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşılarıdır.^{42, 43}

Bu aşılar dışında üzerinde çalışılan ve yeni kullanılmaya başlanılan sentetik peptit aşıları, DNA aşıları, rekombinant vektör aşıları da bulunmaktadır. Sentetik peptit aşıları antijen olarak işlev gören proteinin aminoasit diliminin belirlenmesi ve bu proteinin laboratuvar ortamında sentetik olarak sentezlenilmesi ile üretilirken rekombinant vektör aşıları patojen mikroorganizmanın antijen kodlayan geninin vektör

görevi gören zayıflatılmış bir bakteri ya da virüsün genomuna yerleştirilmesi yoluyla yapılır. DNA aşılarda ise antijenin kodlandığı DNA parçası, bakteri plazmidine uygun transkripsiyon başlatıcısı yoluyla yerleştirilerek elde edilir. HIV, HBV, HCV, kuduz gibi aşılarda çalışmalar bu yöntemle yapılmaktadır.⁴⁴

2.11. Türkiye’de Aşı Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1974 yılında başlatmış olduğu Genişletilmiş Bağışıklama Programı’na ülkemiz 1981 yılında dahil olmuştur. Sağlık Bakanlığının 2009 yılında yayınlamış olduğu genelgeye göre bu program halen uygulanmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) hedefleri arasında aşıyla önlenabilir hastalıkları kontrol altına almak, mortalite ve morbidite oranını azaltmak ve bu hastalıkları tamamen ortadan kaldırmak yer almaktadır. GBP’nin en önemli hedefi ise yeni doğanlarda aşı takvimine uyulması ve bağışıklığın sağlanmasıdır.⁴⁵

Çocuk sağlığına yatırım yapmak geleceğe ve yarının toplumuna yatırım yapmak olduğu için çocukluk çağı ulusal aşı takvimine uyulması büyük önem taşımaktadır. Osmanlı çağından itibaren aşılamaya uygulamaları devlet tarafından ücretsiz bir şekilde yapılmaktadır.⁴³Günümüzde de Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen güncel çocukluk çağı aşısı ücretsiz uygulanmaya devam etmektedir.⁴⁶

Çocukluk dönemi aşı takvimine bakıldığında doğumda, 1. ayın sonunda ve 6.ayın sonunda olmak üzere 3 doz Hep-B aşısı, 2.ayın sonu BCG aşısı, 12. Ayın sonu ve 48.ay olmak üzere iki doz KKK aşısı, 18.ayın sonu ve 24.ayın sonu olmak üzere toplamda iki doz Hep-A aşısı, 12.ayın sonunda suçiçeği aşısı, 6.ayın sonu ve 18.ayın sonu olmak üzere iki doz OPA, 2.ayın sonu, 4.ayın sonu, 6 Ayın sonu DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktifpolio, Hemofiliusİnfluenza tip B aşısı (beşli karma aşı) yaptırmaları önerilmektedir.⁴⁶

Erişkin dönemi aşılama ile ise komorbid hastalıkların kontrolü kolaylaşmakta ve enfeksiyon hastalıklarından korunulmaktadır, aynı zamanda enfeksiyon hastalıklarının taşınması da önlenmektedir. Erişkin yaş gruplarına önerilen aşılar influenza, KPA, HBV, meningokok, Hib, HPV, Td/DaBT, suçiçeği, KKK, zoster, HAV, polisakkaritpnömokok' tur.⁴³

2.12. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Aşı Önerileri

Sağlık çalışanlarının sağlığının korunması kapsamında aşılama, enfeksiyon risk değerlendirilmesi, enfeksiyon hastalıkları nedeniyle iş kısıtlaması, eğitim, danışmanlık gibi konular ele alınmaktadır.⁴⁷

Dünya genelinde sağlık çalışanlarının korunması amacıyla birkaç ülkenin birleşmesiyle “The Healthy Hospital” adlı proje başlatılmıştır. Bu proje ile enfeksiyon hastalıkların yayılımını önlemek ve güvenliği sağlamak hedeflenmektedir.⁴⁸ Ülkemizde de 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’ te kurumların; sağlık taramaları, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sürveyans çalışmaları, güvenlik raporlama sisteminin kurulması ve eğitimlerin verilmesi ile ilgili yükümlülükleri yer almaktadır.⁴⁹

Sağlık çalışanlarında bulaşıcı hastalıklar ile karşılaşma riskinin yüksek olmasından dolayı hem kendilerini hastalıktan korumak hem de hizmet sundukları hasta ve ailelerine hastalığı bulaştırma riskini ortadan kaldırmak için aşılarnmaları oldukça önem taşımaktadır.

“Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)” ve Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)’ a göre Hepatit B, Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık (KKK), Suçiçeği, influenza aşıları sağlık çalışanları için temel olarak uygulanması gereken aşılardır.⁵⁰

Ülkemizde ise 2010 yılında yapılan sağlık çalışanlarına yönelik aşı programında Bağışıklama Danışma Kurulu kararına göre 3 doz tetanos, 2 doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK), 2 doz Hepatit A, 3 doz Hepatit B, 2 doz Suçiçeği ve her yıl 1 doz mevsimsel influenza sağlık çalışanları için önerilen aşılar olarak belirlenmiştir.²¹

2.13. Sağlık Çalışanlarına Önerilen Aşı ve Dozları

Sağlık çalışanlarına önerilen aşılar ve dozları aşağıda verilmiştir.

Hepatit B:

Hepatit B bir DNA virüsü olmasıyla beraber viral hepatitlere ve hepatosellülerkarsinomaya yol açabilmektedir. Kan ve kan ürünleri, cinsel ilişki, perinatal bulaşma, uyuşturucu, perkütan yaralanma yollarıyla bulaşmaktadır.⁵¹

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından hepatit B enfeksiyonu meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir.⁴⁷Tüm sağlık çalışanlarına yapılması önerilen Hepatit B aşılması öncesi serolojik inceleme yapılması önerilmektedir. 0,1 ve 6 ay şeklinde 3 doz olarak uygulanır. Üçüncü dozdan 8 hafta sonra anti HBS yanıtı değerlendirilmeli pozitifleşmemiş olanlar için tekrar üç doz aşı serisi yapılmalıdır.^{18, 47}Hepatit B aşısı ömür boyu koruyucudur rapel doza gerek yoktur. Aşılanmamış kişilerin deri maruziyeti ve iğne batması gibi durumlarda aşı serisine 24 saat içerisinde başlanması gerekmektedir.¹⁸

Hepatit A:

Karaciğerin viral enfeksiyonu olan Hepatit A virüsü fekal-oral inkontinans ile bulaşır. Kişiden kişiye temas ya da kirlenmiş besin ve su tüketimi ile meydana gelir. İlerleyen yaşlarda %80 ölüm oranına yol açtığı için çocukken aşılması önerilmektedir. Koruyuculuğu en az 4 yıldır.⁵²

Çocuk ve enfeksiyon hastalıkları servisinde çalışan ve fekal inkontinansa maruz kalan sağlık personelleri için gereklidir. Altı ay ara ile iki doz şeklinde uygulanmaktadır.⁵³

Kızamık:

Damlacık yolu ile bulaşıp, bulaştırıcılığı yüksek olan aynı zamanda pnömoni, ensefalit gibi komplikasyonlarla ölüme yol açabilen bir hastalıktır. Araştırmalara göre sağlık çalışanlarının kızamıkla karşılaşma riski topluma göre 19 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.⁵⁴

Kızamık hastalığı aşı ile önemli ölçüde azalmaktadır. Sağlık bakanlığı halk sağlığı birimi olan Kızamık Bilim Danışma Kuruluna göre tüm sağlık çalışanlarının KKK' ya karşı aşılınması gerektiği bildirilmektedir. KKK aşısı en az bir ay ara ile iki doz şeklinde uygulanmaktadır. Tek doz aşısı olanlara bir doz aşı uygulanması yeterlidir.⁵⁵

Kabakulak:

Kabakulak hastalığı parotis beziyle beraber diğer tükürük bezlerinin de tutulduğu akut viral bir hastalıktır. Salgına sebep olması, menenjit ve orşite yol açması nedeniyle aşılınmayla salgının önüne geçilmesi önem taşımaktadır.¹⁸

Kızamıkçık:

Kızamıkçık kızamık kadar bulaşıcı olmasa da salgınlara yol açabilen çocukluk çağı döküntülü hastalıklarındandır. Eğer gebeliğin erken dönemlerinde geçirilirse bebeğin konjenital defektler yaşamasına sebep olabilir. Kızamıkçık salgını toplumun %85'i aşılınarak engellenebilir. Yaygın aşılama ile konjenital kızamıkçığın önüne geçilebilmektedir.^{52, 56}

KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir. Serolojik olarak bağışık olduğunu gösterenlere veya hastalığı daha önce geçirdiğine dair kanıtı olanlara aşı uygulamasına gerek yoktur. Aşısı olmayanlara 1 ay ara ile 2 doz aşı önerilmektedir. KKK aşısı olanlar kızamık ve kızamıkçık hastalığına karşı ömür boyu korunmuş olurken kabakulak hastalığına karşı bağışıklık zamanla azabilir.¹⁸

Suçiçeği:

Varicella-Zoster virüsü zona hastalığı etkeni olarak bilinmektedir aynı zamanda Suçiçeğine de neden olur.⁵⁷Tipik veziküler döküntüler yapan Suçiçeği enfeksiyonu direkt temas ve damlacık yolu ile bulaşırken bulaş oranı oldukça yüksektir. Pnömoni, perikardit, artrit, ensefalit, orşit, gibi komplikasyonlara da sebep olabilmektedir.⁵⁸

Suçiçeği öyküsü olmayan veya aşı serolojik testi negatif olan tüm sağlık çalışanlarına yapılması önerilmektedir. 4 hafta ara ile 2 doz şeklinde uygulanan Suçiçeği aşısı canlı aşı olup gebe ve immunosüpresiflere uygulanmamaktadır.^{18, 59}

İnfluenza:

Solunum yolu ile bulaşan Orthomyxoviridae virüslerinin sebep olduğu bir hastalıktır. Sağlık çalışanları influenza virüsünü toplumda bulaştırmada vektör rol oynaması sebebiyle tüm sağlık çalışanlarına hastalığı önlemek adına aşılama önerilmektedir. Gereksiz antibiyotik kullanımı, hastaneye yatış, iş günü kaybı gibi komplikasyonları azaltırken erişkinlerde tek doz yeterli bulunmaktadır.⁴⁷

Tetanos:

Akut nörolojik komplikasyonlara neden olan Clostridium Tetani etkenin sebep olduğu bir hastalıktır. Ciddi mortalite ve morbiditeye sahiptir.⁶⁰

Daha önce aşı durumu bilinmeyenlere birinci doz ile ikinci doz arasında bir ay, ikinci doz ile üçüncü doz arasında en az 6 ay olacak şekilde toplamda 3 doz olarak uygulanmaktadır. 10 senede bir rapelleri yapılması gerekmektedir.⁵³Tifo, polio, tüberküloz, meningokok, Hepatit A aşıları sağlık çalışanlarına özel durumlarda önerilmektedir. Hasta ile direk temas veya laboratuvar çalışması durumunda kuduz, veba, sarıhumma, tifüs aşıları önerilmektedir.⁶¹

2.14. Aşılama Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE)

Aşılama sonrası istenmeyen etkiler (ASİE) ; Aşı yapıldıktan sonra oluşan, aşı ile ilişkisi olduğu düşünülen ya da beklenen aşı yan etkisi olan her türlü istenmeyen olaydır.⁶²

ASİE; aşının üretim, dağıtım ve uygulama esnasında ortaya çıkabilecek program uygulama hataları, aşının yan etkisi, bilinmeyen reaksiyonlar, rastlantısal etkileri, enjeksiyon reaksiyonları olmak üzere 5 grupta incelenebilir.

Program uygulama hataları: steril olmayan enjeksiyon, yanlış enjeksiyon bölgesine aşılama, aşının yanlış hazırlanması, kontrendikasyon sorgulamada yetersizlik olarak sıralanmaktadır.⁶³

Aşı yan etkileri: ateş, kırgınlık, huzursuzluk, aşı yapılan yerde ağrı, şişlik, kızarıklık vb. gibi oluşan lokal reaksiyonlar, gibi hafif yan etkilerin yanında apse, aritmi, lenfadenopati, ensefalopati, ciddi alerjik reaksiyonlar, anafilaksi, aşı etkeni ile ilişkili yaygın enfeksiyon gibi nadir görülen ciddi yan etkiler de olabilmektedir.

Enjeksiyon reaksiyonları: vertigo, tremor, senkop, anksiyeteye bağlı hiperventilasyon, gibi özgün belirtiler yanından konvülsiyon gibi nadir belirtilerde görülmektedir. Cilt bulguları ve solunum yollarında obstrüksiyon bulgularının görülmemesi tanıyı desteklemektedir.⁶³

Rastlantısal yan etkiler: Aşıdan sonra ortaya çıkan ama aşıya bağlı olmayan yan etkilerdir.

Bilinmeyen reaksiyonlar: Aşı uygulamasından sonra ortaya çıkan ve aşıdan başka bir neden gösterilemediğinden aşıya bağlı olabileceği düşünülen, bilinen program hatası ya da aşı yan etkisi olmayan ciddi ölüm, hastalanma veya kümelenme gösteren durumlardır. Kümelenme, ikamet yeri, aşı uygulanan birim ve uygulayan kişi, görülme

zamanı açısından ortak özellikler gösteren veya aynı aşının uygulandığı kişilerde aynı ASİE ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır.⁶³

2.15. Aşı Karşıtlığı ve Aşı Reddi

DSÖ tanımına göre aşı reddi tüm aşıları reddetme iradesi iken aşı kararsızlığı bazı aşıların uygulanmasına izin vermeme ya da aşıların uygulanmasını kabul etmede gecikme anlamına gelmektedir.¹⁴

Aşı kabul oranlarında düşme, aşı ile önlenabilir salgınlarda ve hastalıklarda artışa neden olmaktadır. Aşıya karşı olup aşıyı reddetme, aşıların etkinliğinden şüphe duyma, aşı takvimini geciktirme, aşı yaptırmaya direnme, aşı içeriğine güvenmeme aşı karşıtı tutumlarını oluşturmaktadır.¹³Günümüzde ciddi boyutlara taşınan aşı karşıtlığı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Dünya’da aşı karşıtlığı modern aşıların keşfi ile uygulanmaya başlamasıyla yaygınlaşmıştır. İngiltere’de çiçek aşısının zorunlu tutulmasıyla 18.yy’a kadar uzanan aşı tereddüdü, aşı karşıtı düşüncelere sahip gruplarla kitleselleşmiştir.⁶² ABD’de 1853-1880 yılları arasında kurulan aşı karşıtı dernek ve gruplar tarafından basılı yayınlar yapılmış olup yine aynı yıllar içerisinde de aşı karşıtlığı ortaya çıkmaya başlamıştır. ABD de 1907 yılında ilk anti aşı konferansı düzenlenmiştir ve arkasından Amerikan anti aşı derneği kurulmuştur. Bağışıklamada gözlenen başarılarla, yeni aşıların geliştirilmesine rağmen aşı karşıtlığı 21.yy da da varlığını farklı platformlarda sürdürmüştür.¹⁵

Ülkemizde ise 2010 yılından itibaren aşı reddi kavramı ortaya atılmıştır.⁶⁴2015 yılında bir savcının bebeklerine aşı yaptırmaması nedeniyle Aile Sağlık ve Sosyal İl Müdürlüğü çocuklar için sağlık önlemi davası açmıştır. Savcının bireysel hak ihlali ve onam zorunluluğu getirilmesi isteği ile karşı dava açılmış ve bu dava başarıyla sonuçlanmıştır. Bu olay ile felsefi ve dini, toplum üzerinde etkili grupların öncülük

etmesi aşı karşıtı söylemlerini arttırmıştır. Bu sürecin yayılmasıyla bazı ebeveynler kendi rıza ve imzaları ile çocuklarına aşı yapmayı reddetmişlerdir.⁴³Türkiye’de 2011 yılında aşı reddi sayısı 183 iken, 2015’te bu oran birden 5091’e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının yaptığı açıklamaya göre 2017 yılında aşı reddinde bulunan aile sayısı 10.000’i geçerken, 2018 yılında 23 bin, 2019 yılında 40 bini geçmiş bulunmaktadır.⁶⁵

2.16. Aşı Reddi Nedenleri

Aşı reddini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar, güvensizlik, endüstri, hükümet politikaları tıp camiası (tıp dergileri, sağlık çalışanları), bilgisizlik, geçmişteki olumsuz deneyimler, politikacılar, aşı sayısında artış, internet/medya/ünlüler, otizm vakalarının sayısında artış, alternatif ve tamamlayıcı tıp, araştırmalar, aşı karşıtı gruplar, dini gruplar, şeklinde sıralanabilir.¹⁶

Sandhoferin ve ark.⁶⁶ yaptığı çalışmada ilaç endüstrisine güvensizlik (%23.1) ve aşının yan etkisinden korkma (%35.9), aşının etkinliği ile alakalı şüphe duyma (%35.9) nedeni ile aşığı reddettikleri saptanırken Kumar ve ark.⁶⁷ yaptığı çalışmada ise aşının yan etkisi nedeniyle (%28.8) ve aşığı yönelik bilgi eksikliği (%52.4) nedeniyle aşığı reddettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

DSÖ üye ülkeleri arasında Dünya çapında aşı tereddütü nedenlerinin incelendiği diğer bir çalışmaya göre en sık belirtilen aşı tereddütü nedenleri aşı güvenliği ve yan etkilere yönelik endişelerdir. Aşılama ve önemi konusunda farkındalık ve bilgi eksikliği en önemli ikinci neden olurken aşılarla ilişkin dini, kültürel ve sosyoekonomik nedenlerde en önemli üçüncü nedenler olarak gösterilmiştir.⁶⁸

Türkiye’de ise Hazır⁶⁹’ın çalışmasına göre, aşı reddi nedenleri; dini açıdan günah olduğunu düşünme (%22.8), aşının yararlı ya da gerekli olduğuna inanmama (%22.8), içeriğinde bulunan maddelerin zararlı olduğunu dair düşüncelerin olması (%46.7), aşıların maddi amaç uğruna üretildiğini düşünme (%14.1), ücretli olan aşıları maddi

açından karşılayamama (%46.7) ve aşılarla bağlı olarak ileride farklı tür hastalıklar çıkabileceğinden korkma (%20.7), diğer nedenler (%17.4) olarak sıralanmıştır.

Türk Tabipler Birliği'nin 2021 de yayınladığı 'Türkiye'de Bağışıklık Hizmetlerinin Durumu' başlıklı raporunda aşı reddi nedenleri arasında en sık olanı aşı içeriğine güvenmeme, en sık ikinci neden aşıya güvenmeme olarak gösterilirken alerji, dini nedenler, otizm, yan etkilere duyulan endişe, aşılarda zararlı olduğu düşüncesi ve aşılarda yurtdışı kökenli olmasıda diğer nedenler arasında yer almaktadır.⁷⁰

COVID-19 vakasının 2019 yılında görülmeye başlanması ve hızla dünyaya yayılmasıyla birlikte 11 Mart 2020 yılında DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. COVID-19 Dünya genelinde 450 milyon vaka ve 6 milyon üzerinde ölüme yol açmıştır. Ülkemizde ise 14 milyon üzerinde vakaya rastlanmış olup toplam ölü sayısı 95 bini geçmektedir.⁷¹ COVID-19 ile mücadelede en önemli yöntem, geliştirilen aşılardır. Bu aşılarda DSÖ'nün acil kullanım onayının vermesi ile kullanılmaya başlanmıştır.⁷²

COVID-19 aşılardının kabulünde sosyal ve demografik özellikler belirgin rol oynamaktadır. COVID-19 aşılardının kabulüne ilişkin sosyal ve demografik özelliklerin etkilerinin incelendiği bir araştırmaya göre yaşlı birey ve erkeklerin aşılarmaya daha istekli olduğu, sağlık çalışanlarının enfekte olmaya yatkın bir grup olmalarından dolayı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek kabul oranına sahip olduğu, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerin aşı olma oranlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.⁷³

Güngör ve ark.⁷⁴ hemşireler ile yaptığı COVID-19 aşısının kabul düzeyi ve aşıya yönelik tutum ve düşüncelerini değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin %92.5'inin aşı çalışmalarını takip ettiği sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda katılımcıların %32.5'i aşı olmak istemeyen veya kararsız kişileri oluştururken, %22'si aşılarda koruyuculuğuna

inanmadığını, %40.4 ününde aşıların yan etkileri nedeniyle aşı yaptıрма konusunda olumsuz düşündüklerini ifade etmiştir.

COVID-19 pandemi sürecinde hedeflenen aşı kapsamına ulaşılamamasındaki temel nedenler aşıların tedarik ve dağıtımındaki sorunlar, aşı reddi ve aşı tereddütü olarak gösterilmektedir.⁷⁵ COVID-19 pandemisi aşının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Pandeminin dünyada kontrol altına alınabilmesi için güvenli ve etkili aşıların geliştirilmesi ve etik ilkeler doğrultusunda erişilebilir olması ve topluma uygulanması gerekmektedir. Aşıların topluma başarılı bir şekilde uygulanması ve kabul görmesi aşıya karşı toplumun tutumdan önemli ölçüde etkilenmektedir.⁷⁶

2.17. Sağlık Çalışanlarının Aşı Karşıtlığına Yaklaşımı

Aşı karşıtlığı dünya genelinde yaygınlaşması ve toplum sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri olması nedeniyle önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle dünya genelinde aşı uygulamalarını iyileştirmek adına girişimler yapılmaktadır.⁷⁵

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileriyle ülkemizdeki aşı reddi hakkında düşüncelerini inceleyen bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada intörn hekimlere hekimlik uygulaması sırasında aşı reddi ile karşılaşsanız nasıl bir yol izlersiniz sorusu sorulmuştur. İntörn öğrencilerin %45.4'ü aileyi çocuklarına aşı yaptırmaları için ikna etmeye çalışırım, ısrar ederlerse kararlarına saygı duyup başka bir şey yapmam.' cevabını verirken %51.9'u da "Aile ikna çabalarım rağmen ısrar ederse gerekli makamlara durumu bildiririm" cevabını vermiştir. %2.8'lik kısım ise "Ailenin kararına saygı duyar, hiçbir şey yapmam" cevabını vermiştir. Bu araştırma sonucunda öğrencilerin %83.3'ü aşı reddinin bireysel bir hak olduğunu düşünmemektedir.⁷⁷

Bir ASM'de yapılan çalışmada ise aşıyı reddeden ebeveynlerin %18.4'ü sağlık personeli olduğu görülmüştür.²⁰ İntörn hemşirelik öğrencileriyle COVID-19 korkusu ve aşı karşıtlığı durumlarını inceleyen bir araştırmada öğrencilerin orta düzeyde aşı

karşıtlığı tutumu olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada aşı yaptırmaktan korkan ve istemeyen öğrencilerin Aşı Karşıtlığı oranları diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu ifade edilmiştir. Aşı yaptırmaktan korkan ve istemeyen öğrencilerin aşı tereddütü yaşamaları ve aşı karşıtı tutumlarının sergilemesinin aşı olmamak için çözüm arama ile ilişkilendirildiği görülmektedir.⁷⁸

Loulergueark.⁷⁹ ile yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarında HBV aşılama sıklığı %69 iken tüberküloz ve influenza aşılama sıklığı sırasıyla %54 ve .%52'dir.⁷⁹

Sağlık çalışanlarının aşılmasını arttıran faktörler arasında sevdiklerini, kendilerini ve hastaları koruma isteği yer alırken, aşılarmayı azaltan faktörler arasında bazı aşılarmın yan etkisinin olduğunu düşünmek, aşılarmı güvenli bulmamak ve etkinliğinden şüphe etmek yer almaktadır.⁴⁷

2.18. Halk Sağlığı Hemşirelerinin Aşı Karşıtlığına Yaklaşımı

Tarihsel olarak halk sağlığı hemşiresinin rolü sanitasyon ve bulaşıcı hastalıkların yönetimi olarak ele alınmıştır. Ancak 20.yy. da bulaşıcı hastalık tehlikeleri azaldıkça halk sağlığı hemşiresinin rolleri bulaşıcı olmayan hastalıkların etkileri de dahil yeni zorlukları ele almak için değişmiştir.⁸⁰

Halk sağlığı hemşireleri profilaktik önlemler, aşılarm ve sağlık eğitimleri sağlayarak hastalığın yayılmasını azaltma ve ortadan kaldırmada, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde hayati rol oynayan insan sağlığına odaklanan profesyonellerdir.^{81, 82}

Halk sağlığı hemşiresi aşı ile ilgili hizmet verdiği birey, grup veya topluma danışmanlık sağlamalıdır.⁸³Bu açıdan aşı reddinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresine önemli görevler düşmektedir. Öncelikle halk sağlığı hemşiresi bağışıklama konusunda kendi bilgilerini güncellemeli, doğru ve yeterli bilgi vermek için istekli olmalıdır.⁸⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Temmuz-Ekim 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır (N=610). Örneklem evreni belli olan örneklem yöntemine göre hesaplanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 267 hemşire araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışıyor olma
- Hemşire olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- İletişim ve iş birliğine açık olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

“Sosyo-demografik Veri Formu” (EK-5), araştırmacı tarafından veri toplama aracı olarak hazırlanmıştır. “Aşı Karşıtlığı Ölçeği” (EK-6) ve hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı bilgi düzeyleri (EK-8), tutumları (EK-7) ve davranışlarını (EK-9) ölçen anket soruları olmak üzere 5 form kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyo-demografik Veri Formu (EK-5)

Tanımlayıcı veri toplama formu araştırmacı tarafından geliştirilen toplam10 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleki hizmet yılı, kronik hastalığa sahip olma durumu ve

yaşanılan evde kronik hastalığa sahip olan kişi varlığı, mesleki bulaşıcı hastalık geçirme durumu, mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı aşı yaptırma durumu bu bilgi formunda ele alınmıştır.

3.4.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (EK-6)

Aşı Karşıtlığı Ölçeği, Kılınçarslan ve ark.⁸⁵ tarafından 2020 yılında geliştirilerek, güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek uzun ve kısa olmak üzere iki formdan oluşmaktadır. Ölçeğin, “Aşı yararı ve koruyucu değeri (A1-A5)”, “Aşı karşıtlığı (B1-B6)”, “Aşı olmamak için çözümler (C1-C5)” ve “Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması (D1-D5)” olmak üzere toplamda 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda ölçeğin uzun formu kullanılmıştır. Uzun formu; 4 alt boyut ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 5 puanlık (1: kesinlikle katılmıyorum 5: kesinlikle katılıyorum) Likert tipi derecelendirme sistemine sahiptir. Beş maddeden oluşan Aşı yararı ve koruyucu değeri alt ölçeği ters puanlanmaktadır. Ölçeğin hesaplanmış kesme değeri yoktur. Puan arttıkça aşı karşıtlığı artmaktadır. Uzun form için Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada ise Aşı yararı ve koruyucu değeri (A1-A5) için Cronbach alfa değeri 0.93 (0.926) Aşı karşıtlığı için Cronbach alfa değeri (B1-B6), 0.79 (0.788) Aşı olmamak için çözümler (C1-C5) için Cronbach alfa değeri, 0.79 (0.794) Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması (D1-D5) için Cronbach alfa değeri, 0.95 (0.947) ve Ölçek toplamı için ise Cronbach alfa değeri; 0.82 (0.818) olarak bulunmuştur.

3.4.3. Hemşirelerin Aşıya Karşı Bilgi, Tutum ve Davranış Veri Formu (EK-9)

Tanımlayıcı veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür^{21, 86, 87} taranarak geliştirilmiştir. Veri formu toplam 3 bölüm ve 25 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklar da aşılarmaya karşı bilgi düzeyleri (EK-8), aşuya karşı tutumları (EK-7) ve davranışları (EK-9)olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, gerekli kurum izinleri ve diğer izinler alındıktan sonra araştırmayı kabul eden hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket, araştırmada kullanılacak ölçme araçlarından oluşmaktadır ve anket formların doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Anketin başlangıcında araştırmanın amacı, konusu ve gizliliği hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmada anketi doldurmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu vurgulanmış ve yazılı onam alınarak veriler toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 20.0 istatistik programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama) yapılmıştır. Veri setinde dağılımın normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için, histogram, basıklık ve çarpıklık değerleri, Kolmogorov Smirnov analizi kullanılmıştır. Veri seti normal dağılıma uymadığı için nonparametrik analizler yapılmıştır. İki grup arasında ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupta ölçek puan ortalamalarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. İleri analizde Bonferroni düzeltmesi ile gruplar arası farkın hangisinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ölçek iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. İstatistik anlamlılık için sınır değer $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Araştırma Temmuz-Ekim 2021 zaman dilimi arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Elde edilecek veriler tüm hemşirelere genellenemez sadece araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriterleri ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 27 Mayıs 2021 tarihinde 219 sayılı alınan etik kurul karar (EK-3) izni ve çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan kurum izni alınmıştır (EK-4). Ayrıca araştırmaya başlamadan önce katılımcılara bilgi verilmiş olup ve onam belgesi imzalatılmıştır. Araştırmada “İnsan Onuruna Saygı İlkesine” ve “Gizlilik ve Gizliliğin korunması İlkesi”ne dikkat edilmiş ve mahremiyete özen gösterilmiştir. Kişisel verilerin toplanması sonucu muhafaza edileceği hususunda bilgilendirme yapılmış, elde edilen veriler çalışma dışında başka bir yerde kullanılmamış ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %60.7'sinin 18-28 yaş aralığında, %74.5'inin kadın, %68.2'sinin lisans mezunu, %53.6'sının bekar olduğu, %66.3'ünün çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %55.8'inin mesleki hizmet süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %85'inin kronik bir hastalığa sahip olmadığı ve %70.8'inin ise yaşadığı evde kronik hastalığı olan birinin bulunmadığı saptanmıştır. Grubun %66.3'ünün mesleki bulaşıcı hastalık geçirmediği ve %77.2'sinin mesleki bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı yaptırdığı bulunmuştur (Tablo4.1).

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (N=267)

		n	%
Yaş	18-28	162	60.7
	29-39	83	31.1
	40 ve üzeri	22	8.3
Cinsiyet	Kadın	199	74.5
	Erkek	68	25.5
Öğretim Düzeyi	Lise	32	12.0
	Ön lisans	35	13.1
	Lisans	182	68.2
	Lisansüstü	18	6.8
Medeni Durum	Evli	124	46.4
	Bekar	143	53.6
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	90	33.7
	Yok	177	66.3
Mesleki Hizmet Yılı	1-5 yıl	149	55.8
	5-10 yıl	60	22.5
	10 yıl ve üzeri	58	21.7
Kronik Hastalık Varlığı	Var	40	15.0
	Yok	227	85.0
Yaşanılan Evde Kronik Hastalığa Sahip Olan Kişi Varlığı	Var	78	29.2
	Yok	189	70.8
Mesleki Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumu	Geçirmiş	90	33.7
	Geçirmemiş	177	66.3
Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşı Yaptırma durumu	Yaptırmış	206	77.2
	Yaptırmamış	61	22.8

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 54.58 ± 9.978 , Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri alt boyutunun puan ortalaması 20.07 ± 4.11 , Aşı Karşıtlığı alt boyutunun puan ortalaması 16.37 ± 4.67 , Aşı Olmamak İçin Çözümler alt boyutunun puan ortalaması 10.04 ± 4.01 ve Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması alt boyutunun puan ortalaması ise 8.08 ± 4.17 olarak bulunmuştur (Tablo4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=267)

Ölçekler	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Alt Boyutu	20.07 ± 4.11	5	25
Aşı Karşıtlığı Alt Boyutu	16.37 ± 4.67	6	30
Aşı Olmamak İçin Çözümler Alt Boyutu	10.04 ± 4.01	5	25
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Alt Boyutu	8.08 ± 4.17	5	25
Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam	54.58 ± 9.98	31	102

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının sadece 40 yaş ve üzeri olanlarda yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo4.3).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=267)

		Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam		
		N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık
Yaş	18-28	162	54.06 ± 9.63	KW=12.063 p=.002
	29-39	83	53.65 ± 9.46	
	40 ve üzeri	22	61.86 ± 11.79	
			$3 > 2, 3 > 1$	
Cinsiyet	Kadın	199	54.14 ± 9.39	U=6394.5 p=.499
	Erkek	68	55.87 ± 11.52	
Eğitim Düzeyi	Lise	32	56.66 ± 8.71	KW=5.775 p=.123
	Ön lisans	35	56.20 ± 11.11	
	Lisans	182	53.73 ± 9.77	
	Lisansüstü	18	56.28 ± 11.54	

Tablo 4.3.(Devamı)

		Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam		
		N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık
Medeni Durum	Evli	124	54.92±11.30	U=8755.5
	Bekar	143	54.28±8.69	p=.860
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	90	53.98±9.82	U=7757.5
	Yok	177	54.88±10.07	p=.728
Mesleki Hizmet Yılı	1-5 yıl	149	54.64±9.89	KW=.452 p=.798
	5-10 yıl	60	53.22±7.95	
	10 yıl ve üzeri	58	55.81±11.91	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	40	53.70±8.75	U=4481.0
	Yok	227	54.73±10.19	p=.896
Yaşanılan Evde Kronik Hastalığa Sahip Olan Kişi Varlığı	Var	78	56.31±11.74	U=6584.5
	Yok	189	53.86±9.09	p=.170
Mesleki Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumu	Geçirmiş	90	54.47±12.14	U=7568.5
	Geçirmemiş	177	54.63±8.71	p=.506
Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşı Yaptırma Durumu	Yaptırmış	206	54.08±9.33	U=5606.5
	Yaptırmamış	61	56.26±11.83	p=.201

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri alt boyut puan ortalamasının, yaşı 18-28 yaş aralığında olanlarda ve lisansüstü eğitim alanlarda daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın 18-28 yaş aralığında olanlardan ve lisansüstü eğitim almış olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aşı Olmamak İçin Çözümler alt boyut puan ortalamasının, yaşı 40 ve üzerinde olanlarda ve hizmet yılı 10 yıldan fazla olanlarda daha yüksek olduğu bulunurken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analizlerde farkın 40 yaş ve üzerinde olanlarla, hizmet yılı 5-10 yıl olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması alt boyut puan ortalamasının, yaşı 40 ve üzerinde olanlarda, ön lisans mezunlarında ve çocuk sahibi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analizlerde farkın ön lisans mezunlarından ve 40 yaşın üzerinde olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=267)

		Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Alt Boyutu			Aşı Karşıtlığı Alt Boyutu		Aşı Olmamak İçin Çözümler Alt Boyutu		Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Alt Boyutu	
		N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık
Yaş	18-28	162	20.74±3.43	KW=8.473 p=.014	15.99±4.37	KW=3.141 p=.208	9.83±3.98	KW=7.756 p=.021	7.51±3.89	KW=25.755 p=.001
	29-39	83	19.04±4.53		16.63±5.12		9.78±3.49		8.20±3.77	
	40 ve üzeri	22	19.09±5.848		18.27±4.71		12.64±5.22		11.86±5.61	
			1>2				3>1, 3>2		3>2, 3>1	
Cinsiyet	Kadın	199	20.02±4.22	U=6642.0 p=.820	16.15±4.37	U=6019.5 p=.173	9.94±3.83	U=6599.0 p=.760	8.03±4.08	U=6548.5 p=.681
	Erkek	68	20.24±3.79		17.03±5.45		10.35±4.52		8.25±4.46	
Eğitim Düzeyi	Lise	32	20.81±3.08	KW=10.435 p=.015	16.75±4.19	KW=.678 p=.878	10.47±3.69	KW=1.764 p=.623	8.63±3.93	KW=15.506 p=.001
	Önlisans	35	18.51±4.42		16.34±4.76		11.03±5.31		10.31±5.54	
	Lisans	182	20.05±4.19		16.24±4.58		9.76±3.69		7.68±3.90	
	Lisansüstü	18	22.06±3.26		17.17±6.26		10.22±4.76		6.83±2.57	
Medeni Durum			4>2	U=8412.0 p=.466		U=8532.5 p=.595		U=8200.0 p=.287		U=8415.0 p=.456
	Evli	124	19.73±4.55		16.56±4.62		10.29±4.26		8.34±4.49	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Bekar	143	20.38±3.66	U=7555.0 p=.487	16.21±4.73	U=7538.5 p=.473	9.83±3.79	U=7881.5 p=.888	7.86±3.88	U=6706.0 p=.028
	Var	90	19.57±4.79		16.02±4.22		9.81±3.59		8.58±4.18	
Mesleki Hizmet Yılı	Yok	177	20.33±3.69	KW=.710 p=.701	16.55±4.89	KW=.556 p=.757	10.16±4.22	KW=6.296 p=.043	7.83±4.16	KW=4.312 p=.116
	1-5 yıl	149	20.28±3.99		16.40±4.98		10.26±3.93		7.70±3.94	
	5-10 yıl	60	20.27±3.01		15.92±3.76		8.92±3.25		8.12±3.54	
	10 yıl ve üzeri	58	19.36±5.23		16.78±4.74		10.66±4.73		9.02±5.17	
Kronik Hastalık Varlığı			2<3, 2<1	U=3733.5 p=.070		U=3771.0 p=.087		U=4045.0 p=.269		U=4468.5 p=.869
	Var	40	21.15±3.51		15.25±3.59		9.20±3.21		8.10±3.93	
Yaşanılan Evde Kronik Hastalığa Sahip Olan Kişi Varlığı	Yok	227	19.89±4.18	U=6743.0 p=.269	16.57±4.82	U=6666.5 p=.218	10.19±4.13	U=6427.0 p=.098	8.08±4.22	U=7232.5 p=.802
	Var	78	20.24±4.53		17.17±5.49		10.74±4.49		8.15±4.03	
Mesleki Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumu	Yok	189	20.01±3.93	U=7853.5 p=.850	16.05±4.26	U=5262.0 p=.053	9.76±3.78	U=6162.0 p=.818	8.05±4.24	U=5381.5 p=.077
	Geçirmiş	90	19.74±4.88		16.27±4.86		10.08±4.58		8.38±4.77	
Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşı Yaptırma Durumu	Geçirmemiş	177	20.24±3.66	U=5996.0 p=.584	16.43±4.59	U=5262.0 p=.053	10.03±3.71	U=6162.0 p=.818	7.93±3.84	U=5381.5 p=.077
	Yaptırmış	206	20.19±3.99		16.05±4.49		10.01±3.84		7.83±3.89	
Karşı Aşı Yaptırma Durumu	Yaptırmamış	61	19.69±4.48	U=5996.0 p=.584	17.48±5.12	U=5262.0 p=.053	10.15±4.58	U=6162.0 p=.818	8.95±4.97	U=5381.5 p=.077
	Yaptırmamış	61	19.69±4.48		17.48±5.12		10.15±4.58		8.95±4.97	

Katılımcıların mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı tutumları incelendiğinde, hemşirelerin %93.6'sının aşının koruyuculuk düzeyinin, %94.4'ünün Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinin, %96.3'ünün hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın, %82'sinin hastalığı geçirmiş olmanın, %88.4'ünün kurum içi eğitimlerin, %93.6'sının aşının yeterince denenmiş olmasının ve %79'unun güvendiği kişinin aşı konusundaki davranış ve fikrinin aşılama kararında etkili olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Karşı Tutumları (N=267)

	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	S	%	S	%
Aşılama kararıımı vermekte aşının koruyuculuk düzeyi belirleyici bir öneme sahiptir.	250	93.6	17	6.4
Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerini aşı olma kararıımı verirken dikkate alırım.	252	94.4	15	5.6
Aşılama kararıımı vermeden önce o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım.	257	96.3	10	3.7
Hastalığı geçirmiş olmak aşılama konusundaki kararıımı etkiler.	219	82.0	48	18.0
Bulaşıcı hastalıklar ve aşılar ile ilgili kurum içi eğitimlerin yapılması aşı olma kararıımı etkiler.	236	88.4	31	11.6
Aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünmem aşı kararıımı etkiler.	250	93.6	17	6.4
Güvendiğim kişilerin aşığı yaptırmaması ya da aşı hakkındaki olumlu düşünceleri aşı olma kararıımı etkiler.	211	79.0	56	21.0

Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmayla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, %65.2'sinin “ülkemizde sağlık personelinin HBV aşısı öncesi hastalığı öncesinde geçirip geçirmediği kontrol edilir” ifadesini, %56.6'sının “HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay, ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2

ay,birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır” ifadesini, %41.6’sının “tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır” ifadesini, %61.4’ünün “İnfluenza aşıları DSÖ tarafından bir önceki grip sezonunda dolaşan virüslerin alttürüne göre her yıl tekrar düzenlenir” ifadesini, %53.6’sının “suçiçeği aşı kaydı olanlara ve suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü olanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur” ifadesini, %83.1’inin “aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur” ifadesini, %85.4’ünün ise “aşı sonrasında en sık görülen yan etkiler, aşı yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı gibi bölgesel etkilerdir” ifadesini “doğru” olarak yanıtlamışlardır. “Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktif influenza aşısı uygulanabilir”, “KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir” ve “Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir” sorularının yanıtlarını bilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılama ile İlgili Bilgi Düzeyleri (N=267)

	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	S	%	S	%	S	%
Ülkemizde sağlık personelinin HBV aşısı öncesi hastalığı öncesinde geçirip geçirmediği kontrol edilir.	174	65.2	18	6.7	75	28.1
HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay. ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2 ay. birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır.	151	56.6	32	12.0	84	31.5
Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.	111	41.6	99	37.1	57	21.3
Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktif influenza aşısı uygulanabilir.	77	28.8	69	25.8	121	45.4

Tablo 4.6.(Devamı)

	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	S	%	S	%	S	%
İnfluenza aşıları DSÖ tarafından bir önceki grip sezonunda dolaşan virüslerin alttürüne göre her yıl tekrar düzenlenir.	164	61.4	20	7.5	83	31.1
KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir.	95	35.6	38	14.2	134	50.2
Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir.	58	21.7	89	33.3	120	44.9
Suçiçeği aşı kaydı olanlara ve suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü olanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur.	143	53.6	42	15.7	82	30.7
Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur.	222	83.1	22	8.2	23	8.6
Aşı sonrasında en sık görülen yan etkiler. aşı yerinde kızarıklık, şişlik., ağrı gibi bölgesel etkilerdir.	228	85.4	11	4.1	28	10.5

Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya yönelik davranışları incelendiğinde, hemşirelerin %79'unun araştırmanın yapıldığı dönemde mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %70'inin HBV aşısı, %78.3'ünün KKK aşısı, %79.4'ünün COVID-19 aşısı, %64.4'ünün ise Suçiçeği aşısı yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %63.3'ünün farklı yan etkilere sahip aşıları ve %69.3'ünün doktorların önerdikleri tüm aşıları yaptırmak istemedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %60.7'sinin Ulusal Erişkin Aşılama Şeması'nı incelemedikleri saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılanmaya Yönelik Davranışları (N=267)

	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
2020-2021 sezonunda MGA (Mevsimsel Grip Aşısı)yaptırdınız mı?	56	21.0	211	79.0
HBV (Hepatit B Virüsü) aşısı yaptırdınız mı?	187	70.0	80	30.0
Bugüne kadar KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak)aşısı yaptırdınız mı?	209	78.3	58	21.7
Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarına önerdiği COVID-19 aşısını yaptırdınız mı?	212	79.4	55	20.6
Suçiçeği aşısı yaptırdınız mı?	172	64.4	95	35.6
Bir aşı farklı yan etkilere sahipse o aşıyı yaptırır mısınız?	98	36.7	169	63.3
Doktorların önerdiği tüm aşıları yaptırır mısınız?	82	30.7	185	69.3
Daha önce “Ulusal Erişkin Aşılama Şeması” nı inceleme fırsatınız oldu mu?	105	39.3	162	60.7

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılanmaya karşı tutumlarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, hastalığı geçirmiş olmanın aşılama konusundaki kararını etkileyenlerde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılınmaya Karşı Tutumlarına Göre Karşılaştırılması (N=267)

		N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık
Aşılama kararı vermekte aşının koruyuculuk düzeyi belirleyici bir öneme sahiptir.	Katılıyorum	250	54.33±9.27 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=10)	U=1958.0 p=.587
	Katılmıyorum	17	58.24±17.4 (Median=55 Çeyreklerarası aralık=32)	
Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerini aşı olma kararı verirken dikkate alırım.	Katılıyorum	252	54.27±9.52 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=10)	U=1472.0 p=.150
	Katılmıyorum	15	59.80±15.36 (Median=57 Çeyreklerarası aralık=26)	
Aşılama kararı vermeden önce o hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım	Katılıyorum	257	54.31±9.51 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=10)	U=949.0 p=.160
	Katılmıyorum	10	61.40±17.78 (Median=56 Çeyreklerarası aralık=28)	
Hastalığı geçirmiş olmak aşılama konusundaki kararı etkiler.	Katılıyorum	219	55.18±10.12 (Median=54 Çeyreklerarası aralık=11)	U=6477.5 p=.012
	Katılmıyorum	48	51.83±8.91 (Median=51.5 Çeyreklerarası aralık=10)	
Bulaşıcı hastalıklar ve aşılar ile ilgili kurum içi eğitimlerin olması aşı olma kararı etkiler.	Katılıyorum	236	54.32±9.69 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=10)	U=3247.0 p=.309
	Katılmıyorum	31	56.52±11.92 (Median=55 Çeyreklerarası aralık=11)	
Aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünmem aşı kararı etkiler.	Katılıyorum	250	54.55±9.70 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=9)	U=2227.5 p=.739
	Katılmıyorum	17	54.94±13.79 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=13)	
Güvendiğim kişilerin aşısı yaptırmayı ya da aşı hakkındaki olumlu düşünceleri aşı olma kararı etkiler.	Katılıyorum	211	54.29±9.60 (Median=53 Çeyreklerarası aralık=10)	U=5763.0 p=.778
	Katılmıyorum	56	55.64±11.32 (Median=53.5 Çeyreklerarası aralık=14)	

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılınmayla ilgili bilgi düzeylerine göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, “HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay, ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2 ay, birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır”, “Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır”, “Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktif influenza aşısı uygulanabilir”, “Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur”, “Aşı sonrasında en sık görülen yan etkiler, aşı yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı gibi bölgesel etkilerdir” sorularına “yanlış” cevabını verenlerde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur.($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın 1. gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılama ile İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (N=267)

	N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anlamlılık
Ülkemizde sağlık personelinin HBV aşısı öncesi hastalığı öncesinde geçirip geçirmediği kontrol edilir.	Doğru	174	53.75±8.70
	Yanlış	18	57.11±17.43
	Bilmiyorum	75	55.88±10.31
HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay, ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2 ay, birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır.	Doğru (1)	151	53.25±9.15
	Yanlış (2)	32	57.84±13.30
	Bilmiyorum (3)	84	55.73±9.64
Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.	Doğru (1)	111	52.76±8.02
	Yanlış (2)	99	56.66±11.44
	Bilmiyorum (3)	57	54.51±10.15
Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktive influenza aşısı uygulanabilir.	Doğru (1)	77	51.18±6.40
	Yanlış (2)	69	57.06±12.06
	Bilmiyorum (3)	121	55.32±10.04
İnfluenza aşıları DSÖ tarafından bir önceki grip sezonunda dolaşan virüslerin alttürüne göre her yıl tekrar düzenlenir.	Doğru	164	53.65±8.29
	Yanlış	20	56.00±19.53
	Bilmiyorum	83	56.06±9.66
KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir.	Doğru	95	53.17±8.37
	Yanlış	38	58.24±16.70
	Bilmiyorum	134	54.54±8.17
Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir.	Doğru	58	53.19±6.90
	Yanlış	89	56.10±12.20
	Bilmiyorum	120	54.12±9.32
Suçiçeği aşı kaydı olanlara ve suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü olanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur.	Doğru	143	53.48±7.48
	Yanlış	42	56.07±15.11
	Bilmiyorum	82	55.73±10.42
Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur.	Doğru (1)	222	53.41±8.17
	Yanlış (2)	22	61.14±17.83
	Bilmiyorum (3)	23	59.61±12.07
Aşı sonrasında en sık görülen yan etkiler, aşı yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı gibi bölgesel etkilere sahiptir.	Doğru	228	53.55±8.33
	Yanlış	11	66.73±22.41
	Bilmiyorum	28	58.14±11.37

Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya yönelik davranışlarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, suçiceği aşısı yaptırmayanlarda, yan etkileri nedeniyle aşı yaptırmayanlarda, doktorların önerdikleri tüm aşıları yaptırmayanlarda ve Ulusal Erişkin Aşılama Şeması'nı incelemeyenlerde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Yönelik Davranışlarına Göre Karşılaştırılması (N=267)

		N	$\bar{X} \pm SD$	Test değeri ve anamlılık
2020-2021 sezonunda MGA (Mevsimsel Grip Aşısı)yaptırdınız mı?	Evet	56	53.77±9.88	U=6344.5
	Hayır	211	54.79±10.01	p=.395
HBV (Hepatit B Virüsü) aşısı yaptırdınız mı?	Evet	187	53.93±8.84	U=7646.5
	Hayır	80	56.09±12.16	p=.773
Bugüne kadar KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak)aşısı yaptırdınız mı?	Evet	209	53.95±8.59	U=6431.0
	Hayır	58	56.84±13.73	p=.477
Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarına önerdiği COVID-19 aşısını yaptırdınız mı?	Evet	212	53.86±8.39	U=6540.5
	Hayır	55	57.35±14.34	p=.163
Suçiceği aşısı yaptırdınız mı?	Evet	172	53.29±8.11	U=9435.5
	Hayır	95	56.91±12.39	p=.036
Bir aşı farklı yan etkilere sahipse o aşığı yaptırmıyorsunuz?	Evet	98	52.23±7.08	U=9809.0
	Hayır	169	55.93±11.12	p=.012
Doktorların önerdiği tüm aşıları yaptırmıyorsunuz?	Evet	82	50.74±8.21	U=10102.5
	Hayır	185	56.28±10.24	p=.001
Daha önce 'Ulusal Erişkin Aşılama Şeması' nı inceleme fırsatınız oldu mu?	Evet	105	52.35±8.05	U=10091.5
	Hayır	162	56.02±10.83	p=.010

5. TARTIŞMA

Aşı uygulamalarını etkileyen yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık personelinin hastaya karşı olan tutumu, hastaların aşılama ile ilgili görüşleri, sağlık durumları gibi birçok faktör vardır. Bu bölümde hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı bilgi, tutum, davranışları ve aşı karşıtlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmamızdan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerde mesleki bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı yaptıranların oranı mesleki bulaşıcı hastalık geçirmeyenlerin oranından yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşirelerin farkındalıklarının yüksek olduğu ve bu durumu geçtiğimiz yıllarda yaşanan COVID-19 aşılarnasının da etkilediği düşünülebilir. Akay'ın sağlık çalışanlarında aşı reddi konusunda fikirleri ve tutumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada 0-5 yıl mesleki deneyimine sahip olan grup ile 6-10 yıl mesleki deneyimine sahip olan grup arasında anlamlı derecede farklılık olduğu ifade edilmiştir. Bu durumda meslekte geçirilen sürenin arttıkça ciddi komplikasyonlarla karşılaşma olasılığının artmış olabileceği düşünülmüştür.⁸⁸Yapılan bir diğer çalışmada da COVID-19 aşısını kabul etme durumu ile medeni durum, kronik hastalığa sahip olma, tanınmış kişilerin aşı olması, yaş ve çocuk sahibi olma durumunun aşuya karşı tutumu olumlu etkilediği ve anlamlı bir ilişki bulunduğı ifade edilmiştir.⁷⁴

Türkistanlı ve ark.¹⁷ sağlık çalışanlarının bağışıklama durumunu incelediği araştırmada meslek hastalığı olarak kabul edilebilecek Hepatit C, Hepatit B ve HIV hastalıklarının büyük çoğunluğunu geçirmediikleri, aşılama durumlarına bakıldığında ise %50.4' ünün Hepatit B aşısı , %30.8' inin tetanos aşısını düzenli olarak uyguladığı ifade edilmiştir.¹⁷

Araştırmamızda Aşı Karşıtlığı Ölçeğı toplam puan ortalaması 54.58 ± 9.978 olarak bulunmuştur. Ölçeğın hesaplanan bir kesme değeri olmayıp ölçek puanı arttıkça

aşı tereddütü/karşıtlığının arttığı bildirilmiştir.⁸⁵Çalışmaya katılan hemşirelerin orta düzeyde aş karşıtlığı tutumuna sahip olduğu bulunmuştur. Aşıların; günümüzde otizm, bağışıklık sistemi ve inflamatuvar bağırsak sistemi rahatsızlıkları, aynı zamanda nörolojik rahatsızlıklara neden olduğu düşüncesi aş karşıtı hareketlerin dünyada yaygınlaşmasına neden olmuştur.⁸⁹Yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %69'u aş tereddütü olduğunu belirtmiştir.⁹⁰Arıcan⁹¹'in sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %2.6'sının dini ya da felsefik nedenlerle aş yaptırmak istemediğini belirtirken, %10.5'inin çocuğuna veya kendisine aş yaptırmayı doğru bulmadığını belirtmiştir. Karaman ve ark.⁷⁸intörn hemşirelik öğrencileri ile COVID-19 korkusunun aş karşıtlığına etkisini incelediği bir araştırmada da öğrencilerin aş karşıtlığı ölçeği toplam puan ortalamasının 51.94±8,88 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Literatüre bakıldığında araştırmamızla benzer şekilde sağlık çalışanlarının orta düzeyde aş tereddütü olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının 40 yaş ve üzeri olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir araştırmada da benzer şekilde yaşlı hemşirelerin genç hemşirelere göre COVID-19 aş olma niyetlerinin daha az olduğu ifade edilmiştir. Bu sonuçtan hareketle ileri yaştaki hemşirelerin aş tereddütü oranının gençlere oranla fazla olduğu düşünülebilir.⁹²Aşı Karşıtlığı Ölçeği alt boyut puan ortalamaları sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında ise, Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri alt boyut puan ortalamasının, yaşı 18-28 yaş aralığında olanlarda ve lisansüstü eğitim alanlarda diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Karacaer ve ark.⁸⁶ yaptığı çalışmada aşıya karşı tutum puanı fakülte ve yüksekokul eğitim düzeyindeki katılımcılarda yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada eğitim düzeyi ile MGA (mevsimsel grip aşısı) ve

kızamık aşısı yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir.⁸⁶Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyinin aşı yararı ve koruyucu alt değeri ile ilişkilendirildiğinde anlamlı bulunmasının aşı tutumlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda Aşı Olmamak İçin Çözümler alt boyut puan ortalamasının, yaşı 40 ve üzerinde olanlarda ve hizmet yılı 10 yıldan fazla olanlarda daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur . Bu araştırmada yaşı 40 yaş üzeri hemşirelerin aşı karşıtlığı ölçeği toplam puanı anlamlı bir şekilde yüksek bulunması sonucu, aşı karşıtı tutumlarının aşı olmamak için çözümler aramasına sebep olduğu sonucu çıkarılabilir. Yapılan bir çalışmada da aynı şekilde aşı yaptırmaktan korkan ve istemeyen öğrencilerin aşı olmamak için çözümler, aşı karşıtlığı ve aşı tereddütünün meşrulaştırılması alt ölçek puanlarının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.⁷⁸

Araştırmamızda, katılımcıların mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı tutumları incelendiğinde, hemşirelerin %93.6'sının aşının koruyuculuk düzeyinin, %94.4'ünün Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinin, %96.3'ünün hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın, %82'sinin hastalığı geçirmiş olmanın, %88.4'ünün kurum içi eğitimlerin, %93.6'sının aşının yeterince denenmiş olmasının ve %79'unun güvendiği kişinin aşı konusundaki davranış ve fikrinin aşılama kararında etkili olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre çalışmamızla benzer şekilde koruyuculuk düzeyi belirleyici bir etkindir diyenlerin oranı %90, hastalığın şiddeti hakkında yeterli bilginin olmalı diyenlerin oranı %92, aşının yan etkenleri belirleyici bir faktördür diyenlerin oranı %87, kurum içi eğitimlerin yapılması aşılama kararını etkiler diyenlerin oranı %68 olarak bulunduğu belirtilmiştir.¹⁸Çetin ve ark.⁹³sağlık öğrencilerinde aşı tereddüdünü incelemek amacıyla yaptığı çalışmada aşı

tereddüt düzeyi eğitim düzeyi ile anlamlı farklılık göstermiş olup öğrenim yılı arttıkça aşılarla duyulan güven artmaktadır sonucu ifade edilmiştir. Fakat öğrencilerin %78.6 sınıfın grip aşısı için tereddütleri olduğu ve bu oranın eğitim düzeyi ile anlamlı bir şekilde değişmediği ifade edilmiştir. Eğitimin diğer aşılarla yönelik tutumları olumlu yönde etkilediği görülürken grip aşısına yönelik tutumlar incelendiğinde aşılama davranışını olumlu yönde etkilemediği ve tereddütleri azaltmadığı görülmüştür. Öğrencilerin suçiçeği ve kızamık aşılara karşı olan tereddüt nedenlerinin asıl nedeni “hastalığı geçirmiş olmanın aşı olmaktan daha koruyucu olması” düşüncesi iken Hepatit B, kuduz, suçiçeği aşılara karşı olan tereddüt nedeni ise “yan etkilerden duyulan kaygı” olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir araştırmada ise aşı olmak istemeyen ya da kararsız olan hemşirelerin %58.6 sınıfın tanınmış kişilerin COVID-19 aşısı yaptırtmasının aşuya karşı tutumlarının olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir.⁷⁴Toplumda sevilen ve tanınmış kişilerin aşı konusunda halkı cesaretlendirmesi aşı kabul oranlarının arttırmada yararlı olabileceği düşünülmektedir. Amerika’da politikacılar ve din adamları gibi lider olan kişilerin aşuya karşı olan tutumları aşı tereddütü veya aşı reddi nedenleri arasında gösterilmektedir.⁹⁴Yapılan başka bir araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %21.5’inin aşuya gerek duymama nedeni ile, %23.6’sının aşı ücretlerini karşılayamama nedeni ile ve %27.9’unun ihmal ve zaman ayıramama nedenleri ile aşılamadıklarını ifade etmişlerdir.¹⁷

Araştırmamızda, hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, “Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktif influenza aşısı uygulanabilir”, “KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir.” ve “Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir.” sorularının yanıtlarını bilmediklerini ifade

etmişlerdir. Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak ve suçiçeği aşlarına yönelik soruları bilmediklerini ifade eden hemşirelerin bu aşları yaptırmaktan kaçınma nedenleri olabilir. Yakşı⁹⁰'nin 2020 yılında ASM çalışanlarında aşı reddi konusundaki düşüncelerinin ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada “Aşılar enfeksiyon dışı hastalıklardan korur” ve “38.5 derecenin altında seyreden vücut sıcaklığı bulunan ishal ve üst solunum yolu enfeksiyonu aşının uygulanmasına engel değildir” önermelerine doğru cevap verenlerin vermeyenlere göre, aşı reddi eğitimi alma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamıza göre bilgi düzeyi azalan sağlık çalışanlarında aşı reddi düşüncesi artarken bu çalışmada aşı reddi eğitimi alan sağlık çalışanlarının bilinçli karar verdikleri görülmektedir. Bizim çalışmamızda aşı reddi eğitimi sorgulanmamış olması bu çalışmayla olan farklılığı ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya yönelik davranışları incelendiğinde, hemşirelerin 2020-21 sezonunda %21'inin influenza aşısı yaptırdığı saptanırken, %70'inin HBV aşısı, %78.3'ünün KKK aşısı, %79.4'ünün COVID-19 aşısı, %64.4'ünün ise Suçiçeği aşısı yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %63.3'ünün farklı yan etkilere sahip olan aşıları ve %69.3'ünün doktorların önerdikleri tüm aşıları yaptırmak istemedikleri belirlenmiş olup hemşirelerin %60.7'sinin Ulusal Erişkin Aşılama Şeması'nı incelemedikleri saptanmıştır. Fortunato ve ark.⁹⁵'nin yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının influenza aşılama oranları %24.8 iken Hepatit B için %70.1, KKK için %9.7 suçiçeği için %3.6 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Bu araştırma da KKK ve suçiçeği aşılama oranları bizim araştırmamıza göre oldukça düşük ve araştırmaya göre yetersiz bulunmuştur. Evrenin büyük olması bu oranları etkilemiş olabilir. Aynı zamanda Türkiye'de suçiçeği ve KKK aşısı çocukluk çağı aşı takviminde yer almaktadır. Çalışmamıza katılanların çocukluk çağında bu aşıları olma ihtimalleri düşünüldüğünde araştırmamızdaki oranlar buna bağlı

yüksek bulunmuş olabilir.⁴⁶ Amerika’da 2015-16 yılı grip sezonunda sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise influenza aşı olma oranları %79 olarak bulunduğu ifade edilmiştir.⁹⁶ Amerika Birleşik Devletleri’nde 1981 yılından beri sağlık çalışanlarına influenza aşısı yaptırılması önerilmektedir. Ülkemizde de 2002 yılından itibaren ücretsiz influenza aşı uygulamasına geçilmesine rağmen aşı oranları oldukça düşüktür.⁴⁵ Küçük¹⁸’ün sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada sağlık çalışanların aşılanma durumlarını ve aşılanmaya karşı tutumlarını incelemiştir. Çalışmada son 10 yılda çalışmaya katılanların sadece %40’ının influenza aşısını yaptırdığı sonucuna ulaşırken düzenli olarak influenza aşısı yaptıranların oranı ise %7.8 olarak bulunmuştur. COVID-19 pandemisinde ise son 1 yılda %20 oranında influenza aşısı yaptırılmıştır. Bu oranlarla COVID sürecinde aşılanmanın önemi daha iyi anlaşıldığı düşünülmektedir. Yapılan bir diğer çalışmada hekimlerin %64.5’i influenza aşı gerekliliğine inanmadığını belirtmiş ve %39.1’i de aşının yan etkilerinden korktukları için aşığı önermediklerini ifade etmiştir.⁹⁷ Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %68.5’i o yıl içinde influenza aşısını yaptırmadığını belirtirken %24.3 ‘ü de daha önce hiç influenza aşısı olmadığını belirtmiştir.⁸⁸ Literatür sonuçlarına bakıldığında influenza aşılanma oranları araştırmamızla benzer nitelikte olduğu görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının Hepatit B aşılanma oranları %70.1 iken yine farklı bir çalışmada bu oran %82 olarak bulunduğu ifade edilmiştir.⁹⁵ Tuckermanveark.⁹⁹’nın yaptığı çalışmada ise bu oran %65.9 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Gaziantep’te 2013 yılında yapılan bir araştırmada hemşirelerin %82.8’inin, yardımcı personelin ise %69.3’ü en az 3 doz hepatit B aşısı yaptırdığı sonucuna varılmıştır.¹⁰⁰ Bizim araştırmamızda da HBV aşı oranı %70 olarak bulunmuştur. Bu araştırmalar ile Hepatit B aşılanma oranları araştırmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Dinelli ve ark.³⁶ sağlık personeli ile yaptığı çalışmada KKK için seropozitifliğine bakılmış ve %86.6 kızamık, %85.6 kabakulak, %85 kızamıkçık, %82.9 suçiçeği olarak bulunduğu ifade edilmiş olup sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara karşı aşı olma gerekliliğine değinilmiştir. Tre ve ark.⁵⁴ sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin kızamık, kızamıkçık ve kabakulak antikor pozitifliğine bakıldığında sırasıyla %92.3, %96.8, %89.2 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Başka bir çalışmada da bu oranlar %98.6, %98.3, %92.2 ‘dir.¹⁰¹Ankara’da yapılan bir diğer çalışmaya göre ise KKK aşılanma oranı sağlık alışanlarında %66.7 olarak bulunmuş olup kızamık aşısı yaptırmama nedenlerinin başında döküntülü hastalık geçirme ks geldiği ifade edilmiştir.⁸⁶ Bizim araştırmamızda KKK aşısı yaptıranların oranı ise %78.3 tür. Diğer araştırmalara göre bu oranın düşük olduğu görülmektedir.

Cılız ve ark.¹⁰² sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada %99.7 sinin suçiçeğine bağışıklığı bulunduğu ifade edilmiştir.¹⁰²Kk¹⁸’n yaptığı çalışmada ise suçiçeği aşısı yaptıranların oranı %0.5 olmasının sebebi 18 yaşından sonra aşılanma durumunun sorulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim araştırmamızda suçiçeği aşılanma oranı %64.4 olarak bulunmuş olup literatüre göre Türkiye’de sağlık çalışanlarına yapılan çalışmalarda yüksek oranda aşılama olduğu saptanmıştır. Bu oranlar çocukluk çağında aşıların tam yapılıyor olmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Güngör ve ark.⁷⁴’nın COVID-19 ile ilgili yaptığı çalışmada aşı yaptırmaya istekli olmayanların bildirdiği en sık neden aşının yan etkilerinin olduğu düşüncesi olmuştur. Hemşirelerle yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin %81.2’si aşının yan etkileri konusunda endişeli olduklarından dolayı aşı yaptırmak istemediklerini bildirmişlerdir.¹⁰³Yapılan bu çalışmalara göre COVID-19 aşılarının hızlı kullanım onayı alması ve yeni bir enfeksiyon olması sebebiyle aşıya karşı tereddütleri arttırmış olabilir.

Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada da %86.2' sinin COVID-19 aşısı olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁴Küçük MY'nin yaptığı çalışmada katılımcılar bizim çalışmamızla benzer oranda (%70) COVID-19 aşısı olmuştur.¹⁸ Bu araştırma sonuçlarına göre COVID-19 aşısı olmayı düşünenler ve aşı olanların olmayanlara göre hastalığa karşı duyarlılıklarının, aşı olma isteklerinin, yarar algılarının daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmamızda, hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmaya karşı tutumlarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, hastalığı geçirmiş olmanın aşılama konusundaki kararını etkileyenlerde yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Öğrencilerle yapılan bir çalışmada da suçüçeği ve kızamık aşılarmaya karşı olan tereddüt nedenlerinin asıl nedeni "hastalığı geçirmenin aşı olmaktan daha koruyucu olması" düşüncesi olmuştur.⁹³Bu araştırmaya göre hastalığı geçirmiş olmanın aşı olma kararını araştırmamızla benzer şekilde etkilediği görölmektedir.

Bizim araştırmamızda, Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılarmayla ilgili bilgi düzeylerine göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, "HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay, ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2 ay, birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır", "Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır", "Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktif influenza aşısı uygulanabilir", "Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur", "Aşı sonrasında en sık görölen yan etkiler, aşı yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı gibi bölgesel etkilerdir" sorularına "yanlış" cevabını verenlerde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada grip aşısı olma oranı %5.4 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Bu düşük aşılama oranının

influenza aşısı hakkında bilgi eksikliği ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir.¹⁰⁵Tuckerman ve ark.⁹⁹ yaptığı çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğu sağlık çalışanlarına önerilen bazı aşıları biliyordu fakat sadece on kişiden biri bu aşıları doğru şekilde tanımlayabildiği belirtilmiştir. Cıblak ve ark.¹⁰⁶ ile yaptığı çalışmada ise 5 yılın altında mesleki deneyim süresi olanlarda aşılama oranının az olduğu ve bilgi düzeyi ile aşılama durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Literatür sonuçları da araştırmamızla benzer nitelikte olduğu görülmektedir bunun sonucunda bilgi düzeyi azalan hemşirelerde aşı karşıtlığı tutumlarının artabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği puan ortalamaları, mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama yönelik davranışlarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamasının, suçiçeği aşısı yaptırmayanlarda, yan etkileri nedeniyle aşı yaptırmayanlarda, doktorların önerdikleri tüm aşıları yaptırmayanlarda ve Ulusal Erişkin Aşılama Şeması'nı incelemeyenlerde yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aile hekimleriyle yapılan ve 45 eyaleti kapsayan bir çalışmada hekimlerin %95'inin çocukluk çağında yapılması gereken rutin aşılama programındaki aşıları her zaman önerdikleri belirtilmiştir.¹⁰⁷

Akay⁸⁸'in çalışmasında da çocuk sahibi 256 katılımcının %96.92 sinin çocuklarına çocukluk çağı rutin aşılarını düzenli yaptırdıklarını, katılımcıların %99' u da aşı şemasını hastalarına ve hasta yakınlarına önerdiklerini belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da aşının zarar vereceği düşüncesi %71, aşıya olan bilgisizlik %79 ve aşı içeriğine olan güvensizlik %84 aşı reddinin en sık nedenleri olarak bulunurken aşı reddi konusunda hizmet içi veya lisans eğitimi sırasında eğitim almış olma, meslekte birinci basamak hizmetinde fazla süre geçirmiş olma ve yüksek öğrenim düzeyi aşı reddi konusunda bilgi düzeyi, tutum ve davranışı etkileyen temel faktörler olarak bulunduğu ifade edilmiştir.⁹⁰

Bu alışmalar göz önüne alındığında doktorların aşı şemalarını önerdiklerini ancak bizim çalışmamızda ise önerilen tüm aşıları yaptırmayanlarda aşı karşıtı tutumların anlamlı olduğu görülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin mesleki bulaşıcı hastalıklarda aşılama ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve aşı karşıtlığı durumunun incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonunda elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hemşirelerin Aşı Karşıtlığı Ölçeği toplam puan ortalaması 54.58 ± 9.978 olarak bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hemşireler orta düzeyde aşı karşıtlığı tutumuna sahiptir.
- Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri ortalamasının, yaşı 18-28 yaş aralığında olanlarda ve lisansüstü eğitim alanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Aşı Olmamak İçin Çözümler ortalamasının, yaşı 40 ve üzerinde olanlarda ve hizmet yılı 10 yıldan fazla olanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin %79'unun araştırmanın yapıldığı dönemde mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %70'inin HBV aşısı, %78.3'ünün KKK aşısı, %79.4'ünün COVID-19 aşısı, %64.4'ünün ise Suçiçeği aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin “Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktive influenza aşısı uygulanabilir”, “KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir” ve “Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir” sorularının yanıtlarını bilmedikleri tespit edilmiştir.
- Hastalığı geçirmiş olmanın aşılama konusundaki kararını etkilediği tespit edilmiştir.
- Suçiçeği aşısı yaptırmayanlarda, yan etkileri nedeniyle aşı yaptırmayanlarda, doktorların önerdikleri tüm aşıları yaptırmayanlarda ve Ulusal Erişkin

Aşılama Şeması'nı incelemeyenlerde aşı karşıtlığı oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Aşı ve aşı ile önlenebilir hastalıklar hakkında hemşirelerin bilgi düzeylerinin artırılması,
- Mesleki bulaşıcı hastalıklarda koruyucu önlem olarak aşının öneminin vurgulanması,
- Aşı reddi, aşı karşıtlığı konularında da hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Aşıların içeriği, yan etkileri, aşı sonrası istenmeyen etkiler başlıkları altında sağlık çalışanların kapsamlı bilgilendirilmesi, önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dilek E, Çetinkaya F. A scale development and validation study: communicable diseases risk awareness and protection scale. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*,2022, 85: 258-269.
2. Tulchinsky T, Varavikova E. *Yeni Halk Sağlığı*. 3. Baskı. Ankara, Palme yayınları, 2019: 52.
3. Aksakoğlu G. *Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım*. 3. Baskı. İzmir, DEÜ Rektörlük Basımevi, 2008: 226-230.
4. Çağatay G, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 2. Baskı. Ankara, Hacettepe üniversitesi yayınları 2015: 248-301.
5. Meydanlıoğlu A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,2013, 2: 192-199.
6. Öncül A, Aslan S, Pirinçcioğlu H, Özbek E. Diyarbakır Devlet Hastanesi çalışanlarında HBV, HCV, HIV, VDRL seropozitifliğinin ve aşılama oranlarının belirlenmesi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*,2012, 29: 280-284.
7. Wacławik J, Gaşiorowski J, Inglot M, Andrzejak R, Gładysz A. Epidemiologia chorób zawodowych o etiologii zakaźnej u pracowników służby zdrowia regionu wrocławskiego. *Medycyna Pracy*,2003, 54: 535-541.
8. Apaydın H, Demir Ş, Karadeniz A. Bir tıp fakültesi hastanesi sağlık çalışanlarında Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C seroprevelansı ve aşılama durumu. *Sakarya Tıp Dergisi*,2021, 11: 360-365.
9. Sarar E, Kadakal F, Çelik Ö, Saraç S, Yılmaz B. Meslek yüksekokulunda eğitim gören birinci sınıf öğrencilerinin, sağlık çalışanlarına bulaşan enfeksiyon hastalıkları konusundaki ve kendi bağışıklıkları hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri. *Sakarya Tıp Dergisi*,2020, 10: 1-10.

10. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin YJ. *Sharps Injuries: Global Burden of Disease From Sharps Injuries to Health-Care Workers*. 3. Baskı. Genava, World Health Organization, 2003: 30-35.
11. Nienhaus A, Kesavachandran C, Wendeler D, Haamann F, Dulon M. Infectious diseases in healthcare workers—an analysis of the standardised data set of a German compensation board. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*,2012, 7: 1-7.
12. Sapçı E, Güngörmüş Z. Çığ gibi büyüyen evrensel sorun: Aşı karşıtlığı-aşı reddi ve hemşirelerin sorumlukları. *J Educ Res Nurs*,2021, 18: 352-355.
13. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert review of vaccines*,2015, 14: 99-117.
14. Gür E. Aşı kararsızlığı-aşı reddi. *Türk Pediatri Arşivi*,2019, 54: 1-2.
15. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *Bmj*,2002, 325: 430-432.
16. 3.Ulusal aşı çalıştay raporu. https://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/3_UlusalAsiCalistayiRaporu.pdf. 18 Aralık 2022.
17. Türkistanlı E, Şenuzun FE, Karaca BS, Ayşeturgay S, Aydemir G. Ege üniversitesi tıp fakültesi araştırma ve uygulama hastanesinde sağlık çalışanlarının bağışıklama durumu. *Ege Tıp Dergisi*,2000, 39: 29-32.
18. Küçük MY. Meram Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılama Durumları ve Aşılamaya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2022.

19. WHO. Ten threats to global health in 2019. <https://communitymedicine4all.com/2019/02/10/who-ten-threats-to-global-health-in-2019/>. 15 Kasım 2022.
20. Erdem Ö, Toktaş İ, Çelepkolu T, Demir V. Mop-Up oral polio aşı kampanyasında aşığı reddetme nedenleri: bir aile sağlığı merkezi deneyimi. *Konuralp Tıp Dergisi*,2017, 9: 19-23.
21. Koruk İ, Tekin-Koruk S, Tuncer K, Demir C, Kara B, Şeyhanoğlu AS. Şanlıurfa'da sağlık çalışanlarının mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama düzeyi. *Klimik Dergisi*,2014, 27: 48-56.
22. Aksakoğlu G. *Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri*. 3. Baskı. İzmir, Açılım Yayıncılık, 1996.
23. Pala K. COVID-19 pandemisi ve Türkiye'de halk sağlığı yönetimi. *Sağlık ve Toplum*,2020, 30: 39-50.
24. Parıldar H. Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*,2020, 30: 19-26.
25. Haghighi M. Haliç Üniversitesi Sağlık Bölümleri Okuyan Öğrencilerinin Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Hastalıklar ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2021.
26. Tezcan SG. *Temel Epidemiyoloji*. 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi, 2017: 40-46.
27. Gül S, Güler ÖT, Yeşilyurt M, Öztürk DB, Uz Gül E, Yeşil M, Turan M. Pandemik H1N1 grip aşısının toplumda ve sağlık çalışanlarında kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesi. *Flora Dergisi*,2010, 15: 85-89.

28. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planı. <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan-Web-Katalog.pdf#zoom=55>. 15 Aralık 2022.
29. Özyurda F. *Tıp Öğrencileri İçin Halk Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara, Palme Yayınevi, 2018: 250-275.
30. Cahide K, Erdiñ Ü. İstanbul meslek hastalıkları hastanesinde 2009 yılında meslek hastalıkları nedeniyle tedavi edilen hastaların hastalık grupları ve tedavi maliyetlerine göre incelenmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*,2015, 14: 43-50.
31. Özdemir Ş, Topçuoğlu H. İş yerinde meslek hastalıkları tanı ve korunma yolları. *Mühendis ve Makine Dergisi*,2009, 50: 63-65.
32. Sosyal sigorta sağlık işlemleri tüzüğü. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.5.74496.pdf>. 11 Aralık 2022.
33. Yıldırım A, Özpulat F. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin mesleki riskler konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri. *Sted*,2015, 24: 18-25.
34. Şimşek KO, Hatman EA, Özgülner N. Sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,2022, 31: 321-329.
35. Emiroğlu C. Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*,2012, 12: 16-25.
36. Dinelli MIS, Moreira TdNF, Paulino ÉRC, da Rocha MCP, Graciani FB, de Moraes-Pinto MI. Immune status and risk perception of acquisition of vaccine preventable diseases among health care workers. *American journal of infection control*,2009, 37: 858-860.
37. Önder ÖR, Ağırbaş İ, Yaşar GY, Aksoy A. Ankara numune eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek

- hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011, 10: 31-44.
38. Uçak B. Özel Bir Hastanede Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Risk ve Korunma Farkındalığının İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, 2022.
39. Beşirbellioğlu B. *Antimikrobiyal Aşılar*. 6. Baskı. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2014: 54-147.
40. WHO. Vaccines. https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1. 20 Eylül 2022.
41. Levinson W, Özgünen T. *Tıbbi Mikrobiyoloji ve İmmünoloji*. 9. Baskı. Güneş Kitabevi, 2008.
42. *Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi*. 1. Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2018.
43. Belen PÇ. Sağlık Çalışanlarının Aşı Yoluyla Bağışıklanma ile İlgili Bilgi Düzeyleri, Tutum ve Davranışları. Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
44. Grubu EBRÇ. Erişkin Bağışıklama Rehberi. *Ed. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik mikrobiyoloji Derneği. Gümat matbaacılık, İstanbul Mayıs 2016*, 2016: 28-30.
45. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>. 20 Ekim 2022.
46. Sağlık Bakanlığı, Çocukluk dönemi aşı takvimi. <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>. 22 Eylül 2022.

47. Çelik DY. Bir Hastanede Çalışan Doktor, Hemşire Ve Ebelerin Aşılama Durumları. Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2015.
48. Lavoie M-C, Yassi A, Bryce E, Fujii R, Logronio M, Tennessee M. International collaboration to protect health workers from infectious diseases in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010, 27: 396-402.
49. Bakanlık TS. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. *Resmi Gazete*, 2011, 27897.
50. Practices ACoI, Control CfD, Prevention. Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 2011, 60: 1-45.
51. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. 1 Baskı. Nobel Tıp, 2002.
52. Türk tabipler birliği aşı rehberi. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf. 01 Kasım 2022.
53. Sağlık personelinin bulaşıcı hastalıklara yönelik tarama protokolü. <https://docplayer.biz.tr/8943834-Saglik-personelinin-bulasici-hastaliklara-yonelik-tarama-protokolu.html>. 20 Kasım 2022.
54. Türe Z, Kılıç AU, Cevahir F, Demiraslan H, Gökahmetoğlu S, Alp E. Sağlık çalışanlarında hepatit b, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeğinde bağışıklık oranları. *Flora*, 2013, 18: 98-102.
55. Sağlık Bakanlığı halk sağlığı müdürlüğü kızamık bilim danışma kurulu kararları. https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/asi_db/kizamik_bilim_danisma_kurulu_kararlari_b1e34.pdf. 15 Kasım 2022.

56. Haviari S, Bénet T, Saadatian-Elahi M, André P, Loulergue P, Vanhems P. Vaccination of healthcare workers: A review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,2015, 11: 2522-2537.
57. Köse Ü, Özgüven A, Ecemiş T, Akçalı S, Lağarlı T, Onağ A. Manisa ilinde yaşayan 7-15 yaş grubundaki çocuklarda suçiçeği seroprevalansı. *Ege Tıp Dergisi*,2011, 50: 187-191.
58. Külcü NU, Say A, Güven F, Sezer RG, Değirmenci S, Şahin E. Bir eğitim hastanesinde suçiçeği ve komplikasyonları sebebiyle yatırılan hastaların değerlendirilmesi. *J Pediatr Inf*,2012, 6: 12-17.
59. Seward JF, Watson BM, Peterson CL, Mascola L, Pelosi JW, Zhang JX, Maupin TJ, Goldman GS, Tabony LJ, Brodovicz KG. Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States, . *Jama*,2002, 287: 606-611.
60. Kahyaoğlu İ, Kahyaoğlu S, Moraloğlu Ö, Çiçek N. Gebelikte immünizasyon. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*,2012, 8: 1380-1384.
61. Dokuzoğuz B. Sağlık çalışanlarında güncel aşı önerileri. *ANKEM dergisi*,2014, 28: 199-206.
62. Kara TK. Erişkin Bireylerde Aşı Reddinin, Çocukluk Ve Erişkin Aşılarıyla İlgili Bilgi Düzeyinin, Tutum Ve Davranışların Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.
63. Aşı sonrası istenmeyen etkiler genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>. 01 Kasım 2022.
64. Bozkurt HB. Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*,2018, 8: 71-76.
65. Sağlık istatistikleri yılı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>. 05 Eylül 2022.

66. Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J. Vaccine hesitancy in Austria. *Wiener klinische Wochenschrift*,2017, 129: 59-64.
67. Kumar D, Aggarwal A, Gomber S. Immunization status of children admitted to a tertiary-care hospital of north India: reasons for partial immunization or non-immunization. *Journal of health, population, and nutrition*,2010, 28: 300.
68. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine*,2018, 36: 3861-3867.
69. Hazır E. 0-24 Aylık Bebek/Çocukların Ebeveynlerinin Aşı Red Sıklığı ve Nedenleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.
70. Eskiocak M, Marangoz B. *Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu*. 2 Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2019: 7-19.
71. Akbulak MA, Meltem Ç. Dünyada ve türkiye’de aşılama tutumu ve covid-19 aşılarna bakış. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*,2022, 7: 531-540.
72. Dayan S. COVID-19 ve Aşı. *Dicle Tıp Dergisi*,2021, 48: 98-113.
73. AlShurman BA, Khan AF, Mac C, Majeed M, Butt ZA. What demographic, social, and contextual factors influence the intention to use COVID-19 vaccines: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,2021, 18: 9342.
74. Güngör S, Atik D, Akyol N. Hemşirelerde COVID-19 aşısının kabulü ve hastalığa yakalanma korkusu. *Journal of Medical Sciences*,2022, 3: 59-71.
75. COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporu. [https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/COVID-19%20Pandemisi%2018%20Ay%20Deg%CC%86erlendirme%20Raporu%20ME%20\(1\).pdf](https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/COVID-19%20Pandemisi%2018%20Ay%20Deg%CC%86erlendirme%20Raporu%20ME%20(1).pdf). 18 Ocak 2023.

76. Alıcılar H, Çöl M. Yeni Koronavirüs Hastalığına Karşı Aşılama Tutumu. *Yeni Koronavirüs Pandemisi Sürecinde Türkiye'de Covid-19 Aşılması Ve Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu*,2021, 61.
77. Günay İ, Tatar M, Saygılı M, Yörük BG, Başpınar S, Saygun M. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ülkemizdeki aşı reddi hakkındaki düşünceleri. *Genel Tıp Dergisi*,2020, 30: 133-139.
78. Karaman D, Yılmaz D, Yılmaz H. İntörn hemşirelik öğrencilerinin Koronavirüs (COVID-19) korkusunun aşı karşıtlığına etkisinin incelenmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*,2021, 12: 179-191.
79. Loulergue P, Moulin F, Vidal-Trecan G, Absi Z, Demontpion C, Menager C, Gorodetsky M, Gendrel D, Guillevin L, Launay O. Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine*,2009, 27: 4240-4243.
80. Tanriverdi G, Gürsoy MY, Özsezer G. Halk sağlığı hemşireliği yaklaşımıyla COVID-19 pandemisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*,2020, 2: 126-142.
81. Burnett GM. Commentary: Public Health Nurses Can Help Chicago Contain The Coronavirus. <https://www.chicagotribune.com/opinion/commentary/ct-opinion-coronavirus-public-health-nurses-20200311-pmo7flrpknclpjrspdfiawo6q-story.html>. 11 Kasım 2022.
82. Maurer FA, Smith CM. *Community/public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*. 6. Baskı. Elsevier Health Sciences, 2014.
83. Soner G, Avcı İA. Savunmasız gruplar, risk yönetimi ve halk sağlığı hemşiresinin rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*,2019, 4: 14-22.
84. Hoekstra S, Margolis L. The importance of the nursing role in parental vaccine decision making. *Clinical pediatrics*,2016, 55: 401-403.

85. Kılınçarslan MG, Sarigül B, Toraman C, Şahin EM. Development of valid and reliable scale of vaccine hesitancy in Turkish language. *Konuralp Medical Journal*,2020, 12: 420-429.
86. Karacaer Z, Ozturk I, Cicek H, Simsek S, Duran G, Gorenec L. Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. *TAF Prev Med Bull*,2015, 14: 353-363.
87. Yürüyen G, Toprak İD, Kutlu Y. Hekimlerde erişkin aşılama farkındalığı. *Bosphorus Med J*,2019, 6: 89-93.
88. Akay A. Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddi Konusundaki Fikirleri Ve Tutumları. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Kütahya: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
89. Özen M, Doğan N. Aşı-Hastalık ilişkisi: söylenti mi, gerçek mi? *Klinik Gelişim*,2012, 25: 16-20.
90. Yakşı N. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının aşı reddi konusundaki düşünceleri ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*,2020, 18: 143-154.
91. Arıcan MD. Sağlık Çalışanları Arasında Aşılarmaya Genel Bakış, Aşı Kabulü ve Reddini Etkileyen Faktörler. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi 2019.
92. Kwok KO, Li K-K, Wei WI, Tang A, Wong SYS, Lee SS. Influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: A survey. *International journal of nursing studies*,2021, 114: 103854.
93. Çetin AO, Şaşmaz A, Kurtuluş D, Badur İ, Balkan İ, Owiwi M, Ali Ö, Muhammed A, Altunel A, Akkoyun M. Sağlık öğrencilerinde aşı tereddüdü. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*,2021, 26: 239-248.

94. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,2020, 16: 1034-1039.
95. Fortunato F, Tafuri S, Cozza V, Martinelli D, Prato R. Low vaccination coverage among italian healthcare workers in 2013: Contributing to the voluntary vs. mandatory vaccination debate. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,2015, 11: 133-139.
96. Black CL, Yue X, Ball SW, Donahue SM, Izrael D, Perio MAd, Laney AS, Williams WW, Lindley MC, Graitcer SB. Influenza vaccination coverage among health care personnel—United States, 2015–16 influenza season. *Morbidity and Mortality Weekly Report*,2016, 65: 1026-1031.
97. Sarı T, Temoçin F, Köse H. Sağlık çalışanlarının influenza aşısına yaklaşımları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*,2017, 30: 59-63.
98. La Torre G, Scalingi S, Garruto V, Siclari M, Chiarini M, Mannocci A. Knowledge, attitude and behaviours towards recommended vaccinations among healthcare workers. 2017, 5: 13.
99. Tuckerman JL, Collins JE, Marshall HS. Factors affecting uptake of recommended immunizations among health care workers in South Australia. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,2015, 11: 704-712.
100. Boşnak VK, Karaoğlu İ, Namıduru M, Şahin A. Gaziantep üniversitesi şahinbey araştırma ve uygulama hastanesi sağlık çalışanlarında hepatit b, hepatit c ve hiv seroprevalansı. *Viral Hepatitis Journal*,2013, 19: 11-14.
101. Celikbas A, Ergonul O, Aksaray S, Tuygun N, Esener H, Tanır G, Eren S, Baykam N, Guvener E, Dokuzoguz B. Measles, rubella, mumps, and varicella seroprevalence among health care workers in Turkey: is prevaccination screening cost-effective? *American journal of infection control*,2006, 34: 583-587.

102. Cılız N, Gazi H, Ecemiş T, Şenol Ş, Akçalı S, Kurutepe S. Sağlık çalışanlarında kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, difteri, tetanos ve hepatit B seroprevalansı. *Klimik Dergisi*,2013, 25: 26-30.
103. Satıcı B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satıcı SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International journal of mental health and addiction*,2021, 19: 1980-1988.
104. Gülhan G, Güzel Ü. Covid-19 aşısı olma durumu ve Covid-19'dan korunmanın sağlık inanç modeli bağlamında değerlendirilmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*,2022: 231-248.
105. Yang J, Zhang L, Feng L, Zhao J, Ma Y, Xu L. Influenza vaccination and its influencing factors among clinical staff of the hospitals in 2016-2017 season, Xining, Qinghai province, China. *Zhonghua liu Xing Bing xue za zhi= Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*,2018, 39: 1066-1070.
106. Ciblak MA, Nohutçu N, Gürbüz İ, Badur S. Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*,2012, 16.
107. Bonville CA, Domachowske JB, Cibula DA, Suryadevara M. Immunization attitudes and practices among family medicine providers. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,2017, 13: 2646-2653.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: - Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	İrem AKYÜZ	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%14	% 15
II. Genel Bilgiler	%12	% 35
III. Materyal ve Metod	%31	% 35
IV. Bulgular	%8	% 15
V. Tartışma	%4	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		
Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı	
İrem AKYÜZ	Doç. Dr. Sonay BİLGİN	

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

		ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı		
	TELEFON	+90 442 234 65 11		
	FAKS	+90 442 236 09 68		
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com		
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Sonay BİLGİN		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılanmaya Karşı Bilgi,Tutum,Davranışları ve Aşı Karşıtlığı Durumlarının Belirlenmesi		
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 04 Karar No: 17	Tarih:27.05.2021		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.			

EK-4. KURUM ARAşTIRMA İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-45361945-000-2100284521
Konu : Kurum İzni

22.10.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İrem AKYÜZ'ün "Hemşirelerin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklarda Aşılarmaya Karşı Bilgi,Tutum,Davranışları ve Aşı Karşıtlığı Durumlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması uygulamasını Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Hastanemizde çalışan 268 hemşire ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma yöntemlerini kullanarak yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız:

(1)18-28

(2)29-39

(3)40+

2.Cinsiyetiniz:

(1) Kadın

(2) Erkek

3.Öğretim Düzeyiniz:

(1) Lise

(2) Ön lisans

(3) Lisans

(4) Lisansüstü

4.Medeni Durumunuz:

(1) Evli

(2) Bekar

5.Çocuk Sahibi Olma Durumunuz:

(1) Var

(2) Yok

6.Mesleki Hizmet Yılıınız:

(1)1-5 Yıl

(2)5-10 Yıl

(3)10 Yıl+

7.Kronik Hastalık Varlığınız:

(1) Var

(2) Yok

8. Yaşanılan Evde Kronik Hastalığa Sahip Olan Kişi Varlığı:

(1) Var

(2) Yok

9.Mesleki Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumunuz:

(1) Geçirdim

(2) Geçirmedi

10.Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşı Yaptırma Durumunuz:

(1) Yaptırdım

(2) Yaptırmadım

EK-6. AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

		Kesimlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesimlikle katılıyorum
A1	Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.					
A2	Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.					
A3	Devlet tarafından önerilen aşılar güvenirim.					
A4	Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.					
A5	Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.					
B1	Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.					
B2	Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.					
B3	Aşı birçok hastalığa neden olabilir.					
B4	Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar.					
B5	Aşıların yararı kadar zararı da vardır.					
B6	Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.					
C1	Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.					
C2	Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.					
C3	Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.					
C4	Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.					
C5	Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.					
D1	İğneden korktuğum için aşı olmam.					
D2	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
D3	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
D4	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.					
D5	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.					

**EK-7.HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA
AŞILANMAYA KARŞI TUTUMLARI**

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Aşılama kararımı vermekte aşının koruyuculuk düzeyi belirleyici bir öneme sahiptir.					
2	Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerini aşı olma kararımı verirken dikkate alırım.					
3	Aşılama kararımı verirken o hastalığın şiddeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım.					
4	Hastalığı geçirmiş olmak aşılama konusundaki kararımı etkiler.					
5	Bulaşıcı hastalıklar ve aşılar ile ilgili kurum içi eğitimlerin yapılması aşı olma kararımı etkiler.					
6	Aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünmem aşı kararımı etkiler.					
7	Güvendiğim kişilerin aşısı yaptırması ya da aşı hakkındaki olumlu düşünceleri aşı olma kararımı etkiler.					

EK-8.HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA AŞILANMAYA KARŞI BİLGİ DÜZEYLERİ

		DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1	Ülkemizde sağlık personelinin HBV aşısı öncesi daha önce geçirip geçirmediği kontrol edilir.			
2	HBV aşısının birinci ve ikinci dozu arasında en az 1 ay, ikinci ve üçüncü dozu arasında en az 2 ay, birinci ve üçüncü dozu arasında en az 4 ay olmalıdır.			
3	Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.			
4	Yumurta alerjisi olanlar ve hamilelere inaktive influenza aşısı uygulanabilir.			
5	İnfluenza aşıları DSÖ tarafından bir önceki grip sezonunda dolaşan virüslerin alttürüne göre her yıl tekrar düzenlenir.			
6	KKK aşısına karşı bağışık olduğunu belgeleyenler ve kızamık hastalığı geçirdiğine dair kaydı bulunanlar dışında KKK aşısı tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir.			
7	Tüm sağlık çalışanlarına aralarında 4 hafta olacak şekilde 2 doz suçiçeği aşısı önerilmektedir.			
8	Suçiçeği aşı kaydı olanlara ve suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü olanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur.			
9	Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur.			
10	Aşı sonrasında en sık görülen yan etkiler aşı yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı gibi bölgesel etkilerdir.			

**EK-9. HEMŞİRELERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLARDA
AŞILANMAYA KARŞI DAVRANIŞLARI**

		EVET	HAYIR
1	2020-2021 sezonunda MGA (Mevsimsel Grip Aşısı) yaptırdınız mı?		
2	HBV (Hepatit B Virüsü) aşısı yaptırdınız mı?		
3	Bugüne kadar KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) aşısı yaptırdınız mı?		
4	Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarına önerdiği COVID-19 aşısını yaptırdınız mı?		
5	Suçiçeği aşısı yaptırdınız mı?		
6	Bir aşı farklı yan etkilere sahipse o aşıyı yaptırır mısınız?		
7	Doktorların önerdiği tüm aşıları yaptırır mısınız?		
8	Daha önce 'Ulusal Erişkin Aşılama Şeması'nı inceleme fırsatınız oldu mu?		