



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK  
ÇALIŞANLARININ AŞI TERCİHLERİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

Emine ONAY

Afet Tıbbı Anabilim Dalı

İzmir

2023

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK  
ÇALIŞANLARININ AŞI TERCİHLERİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Emine ONAY**

Danışman(lar)  
**Dr.Öğr. Üyesi Gül Özlem YILDIRIM**

Afet Tıbbı Anabilim Dalı  
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve Afet  
Yönetimi Programı

İzmir  
2023

## **BİLİMSEL ETİK UYGUNLUK**

Hazırlamış olduğum tez çalışmanın kendime ait olduğunu, bütün içeriklerin etik ve akademik kurallar çerçevesinde hazırlandığını beyan ederim. Materyal ve sonuç bölümümü eksiksiz olarak bildirmiş olup yararlandığım eserleri bilimsel kurallar çerçevesinde göstererek kaynaklar bölümünde gösterdiğimi belirtirim.

Adı- Soyadı: Emine ONAY

İmza:



## Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

**Başkan:**Dr. Öğrt. Üyesi Gül Özlem YILDIRIM .....

**(Danışman)**

**Üye:**Doç.Dr. Süha Kenan ARSERİM .....

**Üye:**Doç.Dr. Süreyya GÜMÜŞSOY .....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....

## Önsöz

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) çalışanları, tıbbi acil durumlar ve diğer acil sağlık hizmetleri sağlamak için görev yapan sağlık profesyonelleridir. Hastane öncesi acil sağlık personeli acil tıbbi müdahalede ön saftada hasta ile ilk karşılaşan sağlık çalışanlarıdır. Bu sebepten dolayı, dünyada büyük bir yankıya ve harekete sebep olan Covid-19 pandemisinde virüs ile teması olmuş ve acil müdahale edilmesi gereken hastalarda ASH çalışanları risk altındadır. Covid-19 salgını gibi bir pandemi döneminde, ASH çalışanlarının aşı olması çok önemlidir. Ancak, ASH çalışanlarının aşı hakkındaki düşünceleri son zamanlarda tartışma konusu olmuştur. Bu faktörler arasında aşuların etkinliği, güvenliği, yan etkileri, aşılama programları, sağlık çalışanlarının eğitimi, bilgi düzeyleri, mesleki deneyimleri, aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı ve aşı teşvik programları yer almaktadır. Bu faktörlerin tanımlanması, aşı tercihlerinin anlaşılması ve sağlık çalışanlarının aşılama için daha etkili stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihleri üzerine yapılan çalışmaların sonuçlarına dayanarak, aşı tercihlerini etkileyen faktörlerin tartışılması ve gelecekteki çalışmalar için öneriler sunulacaktır. Çalışma, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihlerini etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Yapmış olduğum bilimsel çalışmanın, toplum sağlığı ve acil sağlık hizmetleri açısından faydalı ve önemli bir konu olduğu düşünülürken bu açıdan literatüre katkı olacağı öngörülmektedir. Araştırmamda, tecrübe ve bilgisinden yararlandığım, çalışmamın oluşum aşamasında desteğini hiç esirgemeyen Sayın Hocam Dr. Gül Özlem YILDIRIM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 08/09/2023

Emine ONAY

## Özet

### “ Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Aşı Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihlerini etkileyen faktörleri ve aşı karşıtlığı durumunu incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, Nisan 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Aydın ili içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde görev alan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihlerini etkileyen faktörleri, aşı karşıtlığı durumu ile Covid-19 aşısına yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Aydın ili içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde görev alan Doktor, Acil tıp teknikerleri (Paramedik), Acil tıp teknisyenleri (A.T.T), ve Ambulans sürücülerini ( Şoför) oluşturmaktadır(N:577). Örneklem seçim yöntemi kullanılmayarak tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler çevrim içi anket formlarının sosyal medya gruplarına iletilerek toplanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri içeren 12(on iki) sorudan oluşan Olgu Rapor Formu, Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ve Aşı karşıtlığı ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmanın evreni 577 kişidir. Çalışmamıza %89.7 (n:427) kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların %51.5 'i (n:220) kadındır. %48.9'unun (n:209) Covid-19 enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır. Katılımcıların %95.8'i (n:427 ) aşı olmuştur. Aşı olan katılımcıların %70.4'ünün (n:288 ) Biontech, %70.4'ünün (n:288 ) Sinovac ve %5.1'inin (n:21 ) Türkovac aşı türünün olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ve boyutlarının puanlarını karşılaştırıldığında erkek katılımcıların olumlu tutum boyutu puanlarının (3,81), kadın katılımcılara(3,51) göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan katılımcılar ile aşı olan katılımcıların, aşı türü Biontech, Sinovac ve Türkovac olan katılımcıların olumlu tutum boyutu puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aşı dozu üç doz ve

daha fazla olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanlarının, bir doz ve iki doz olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, ailede veya yakın çevrede Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölme varlığı olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre kronik hastalığı olanlarda aşı koruyuculuğunun olmadığı görüşü daha yüksek puana sahiptir. Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyen, aşı olmayan, yakın çevresinde ölüm kaybı bulunmayan katılımcılarda, aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının Covid-19 aşısı olma konusundaki tereddütlerinin incelendiği bu çalışmada Covid-19 aşılarının çok yüksek oranda yaptırıldığı bulunmuştur. Ancak çalışanların %4,2'lik kısmının aşılar konusunda tereddütünün yüksek olduğu ve aşılanmadığı da saptanmıştır. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının diğer afet durumlarında olduğu gibi Covid-19 aşısının halk ve diğer sağlık çalışanları tarafından kabul edilmesinde önemli bir rolü ve sorumluluğu vardır. Pandemi toplumun tüm bireylerinin aşılanması salgının kontrolü açısından gereklidir. Bu nedenle aşılanmayan ve aşılar konusunda tereddüdü olan acil sağlık çalışanlarına yönelik olarak; aşı ile ilgili temel endişeleri içeren, aşılardaki potansiyel yan etkileri inceleyen bilimsel çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarının mevcut Covid-19 aşıları ile aşılanmasını sağlamak için eğitim programları düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane öncesi personel; Covid 19; Pandemi; Aşılar

## Abstract

### " Investigation of The Factors Affecting the Vaccine Preferences of Pre-Hospital Emergency Healthcare Professionals"

**Aim:** This study aims to examine the factors affecting the vaccine preferences of pre-hospital emergency health workers and the situation of anti-vaccination.

**Materials and Methods:** This study aimed to investigate the factors affecting the vaccine preferences of pre-hospital emergency health workers who worked in 112 emergency health services stations and command and control centres affiliated to the Ministry of Health in Aydın province between April 2022 and January 2023, their anti-vaccination status and Covid-19. It was planned as a descriptive study to examine their attitudes towards the 19 vaccines. The universe of the research consists of doctors, emergency medicine technicians (Paramedic), emergency medicine technicians (A.T.T), and ambulance drivers (Driver) working in 112 emergency health services stations and the command and control centre affiliated to the Ministry of Health in Aydın (N: 577). It is aimed to reach the whole population by not using the sample selection method. The data were collected by forwarding the online questionnaires to the social media groups. A Case Report Form consisting of 12 (twelve) questions, including socio-demographic characteristics such as age, gender, and educational status, "Attitudes towards Covid-19 Vaccine Scale" and "Vaccination Opposition Scale" were used. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 program.

**Findings:** The population of the research is 577 people. 89.7% (n:427) of people participated in our study. 51.5% (n:220) of the participants are women. It was determined that 48.9% (n: 209) had Covid-19 infection. 95.8% (n:427) of the participants were vaccinated. It was determined that 70.4% (n: 288) of the vaccinated participants were Biontech, 70.4% (n: 288) Sinovac, and 5.1% (n: 21) Turkovac vaccine type.

When the scores of the attitudes towards the Covid-19 vaccine scale and its dimensions were compared according to the descriptive characteristics of the participants, it was found that the positive attitude dimension scores of male participants (3.81) were higher than female participants (3.51). It was determined

that the positive attitude dimension scores of participants with chronic diseases and vaccinated participants were higher than those without vaccination. Participants with Biontech, Sinovac and Turkovac vaccine types had higher attitude scale scores towards the Covid-19 vaccine than non-vaccine participants. Positive attitude dimension of the participants who had three doses or more of the vaccine, and the scores of the attitudes scale towards the Covid-19 vaccine were higher than the participants who had one dose and two doses, and the positive attitude dimension of the participants who had the presence of dying due to Covid-19 infection in the family or close environment. and Covid-19 vaccine attitudes scale scores were found to be higher than the participants who did not.

According to the results of our study, the opinion that there is no vaccine protection in patients with chronic diseases has a higher score. It was determined that the scores of the anti-vaccine scale were higher in the participants who did not have Covid-19 infection, were not vaccinated, and had no loss of death in their immediate surroundings.

**Conclusion:** In this study, which examined the hesitations of pre-hospital emergency health workers about getting the Covid-19 vaccine, it was found that Covid-19 vaccines were made at a very high rate. However, it was also determined that 4.2% of the employees were hesitant about vaccinations and were not vaccinated. Pre-hospital emergency health workers have an essential role and responsibility in accepting the Covid-19 vaccine to the public and other health workers, as in other disaster situations. Vaccination of all members of society during the pandemic is necessary to control the epidemic. For this reason, for emergency health workers who are not vaccinated and have hesitations about vaccinations, Scientific studies should be conducted to examine the potential side effects of vaccines, including the main concerns about the vaccine. Training programs should be organized to ensure that healthcare workers are vaccinated with current Covid-19 vaccines.

**Keywords:** Pre-hospital staff; Covid 19; Pandemic; Vaccines

## İçindekiler

Önsöz.....	II
Özet.....	II
Abstract.....	IV
İçindekiler.....	VII
Tablolar.....	IX
Şekiller.....	X
Kısaltma Listesi.....	XI
1.Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Sorusu.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	4
2. Genel Bilgiler.....	5
2.1 Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	5
2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Sırası.....	6
2.3. Dünya Çapında Acil Sağlık Sistemlerinin Gelişimi.....	6
2.4. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemlerinin Gelişimi.....	7
2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonel Yapısı.....	9
2.6. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyiş Düzenleri .....	10
2.7. 112 Acil Çağrı Merkezleri .....	11
2.8. Hastane Öncesi Çağrı İstasyonları .....	11
2.9. Acil Sağlık Hizmetleri Kapsamında Hizmet İşleyiş Düzeni.....	14
2.10. Acil Servise Nakil .....	15
2.11. Aşılar .....	15
2.11.1 Aşının Tarihçesi .....	15

2.11.2. Aşı Takvimi.....	16
2.11.3. Aşılar ve Otoimmunité.....	25
2.11.4. Covid-19 Aşıları .....	26
2.11.5. Aşı Kararsızlığı Kavramı .....	28
2.11.6. Aşı Karşıtlığı Kavramı .....	32
2.11.7. Aşı Tercihlerini Etkileyen Faktörler .....	34
3.Gereç Ve Yöntem.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	36
3.4. Araştırmada Yer Alan Bireylerin/Hastaların Seçilme/ Dahil Edilme Kriterleri .	37
3.5. Araştırmada Yer Alan Bireylerin/Hastaların Çalışmadan Dışlanma Kriterleri ..	37
3.6. Araştırmada Yer Alan Bireylerin/Hastaların Çalışmadan Ne Zaman ve Nasıl Geri Çekileceği veya Çıkartılacağı Kriterleri .....	37
3.7. Veri Toplama Yöntemleri ve Kullanılan Gereçler.....	38
3.7.1.Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2) .....	38
3.7.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği (Ek-3).....	38
3.7.3.Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar (Ek-2) .....	38
3.8. Veri Toplama Süreci .....	39
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz.....	39
3.10. Etik Açıklamalar .....	40
4.Bulgular.....	41
5. Tartışma.....	57
6. Sonuç Ve Öneriler.....	62
7. Kaynaklar.....	68
8. Ekler.....	79

## Tablolar Dizini

### **Tablo NoSayfa**

<b>Tablo 1.</b>	ASH'nin Ülkemizde Yıllar İçerisindeki Gelişim Tablosu.....	8
<b>Tablo5.1.</b>	Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı .....	41
<b>Tablo 5.2.</b>	Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları .....	42
<b>Tablo 5.3.</b>	Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları .....	43
<b>Tablo 5.4.</b>	Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri .....	43
<b>Tablo 5.5.</b>	Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Covid-19 aşısına yöneliktutumlar ölçeği ve boyutlarının puanlarının karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 5.6.</b>	Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre aşı karşıtlığı ölçeğive boyutları puanlarının karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 5.7.</b>	Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki .....	53
<b>Tablo 5.8.</b>	Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki .....	55

## Şekiller Dizini

### Şekil NoSayfa

<b>Şekil 2.1.</b>	Acil Sağlık Hizmetlerinin Çalışma Biçimi .....	8
<b>Şekil2.2.</b>	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Hizmet Şeması .....	10
<b>Şekil 2.3.</b>	Acil Sağlık Hizmetleri Bünyesinde İş Akış Diyagramı .....	14
<b>Şekil 3.1.</b>	Sağlık Bakanlığı Tarafından Yayımlanan Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi .....	17



## Kısaltma Listesi

### Simgeler/Kısaltmalar Açıklamalar

ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin(verem aşısı)
DBT	: Difteri-Boğmaca- Tetanos.
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
ASHGM	: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Bakanlığı
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyonu

## 1. Giriş

Acil sağlık sistemleri, beklenmedik sağlık durumlarına hızlı ve etkili bir şekilde müdahale eden sağlık hizmetlerini içeren bir sistemdir. Bu sistemde, hastanın sağlık durumunun aciliyeti boyutunda acil tıbbi müdahaleler yapılmaktadır. Acil sağlık sistemlerinin temel özellikleri arasında hız, erişilebilirlik, koordinasyon ve kalite yer alır. Hız; sistemin içinde zamanın kritik öneme sahip olduğunu vurgular, acil çağrı alındığı anda en kısa sürede olay yerine ve hastanın yanına ulaşılması hedeflenir. Erişilebilirlik ise; acil sağlık hizmetlerinin herkes tarafından kolayca ulaşılabilir olması gerektiğini ifade eder, acil sağlık hizmetlerinin hazırda, uygun araç ve ekipmanların bulunduğu ve tüm toplum kesimlerine eşit hizmet verilmesi anlamını taşımaktadır. Koordinasyon; acil sağlık hizmetlerinin çeşitli sağlık hizmetleri ve acil müdahale ekipleri arasında koordineli bir şekilde yürütülmesi gerektiğini belirtmektedir ki bu acil tıbbi müdahalelerin planlanması, yönetimi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için uygun yapıların oluşturulması ve kullanılması gerektiği anlamına gelmektedir. Son olarak kalite; acil sağlık hizmetlerinin etkili, güvenli ve tarafların memnuniyetinin yüksek düzeyde karşılandığını ifade etmektedir (Al-Shagsi, 2010).

Ülkemiz hastane öncesi acil sağlık sistemleri ilk olarak, 1995 yılında hizmet vermeye başlamıştır ve bu tarihten itibaren ülke genelinde yaygınlaşarak hizmet vermektedir. 112 Acil Sağlık hizmetleri son yıllarda önemli gelişmeler göstermiştir ve günümüzde, tam zamanlı olarak hizmet veren, donanımlı ve eğitilmiş sağlık ekipleri tarafından sağlanmaktadır (Şimşek ve Ark 2019).

Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık çalışanları yaptıkları işler sebebiyle birçok riske maruz kalmaktadır. Sağlık sektöründeki meslek grupları içerisinde yine en tehlikeli risk grubunda olan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarıdır. Bu meslek çalışanları biyolojik, ergonomik, fiziki ve çevresel birçok riskle karşı karşıyadırlar. Hastane öncesi sağlık mensupları biyolojik ajanların yol açabileceği sorunlara karşı önlem almadığında ortaya çıkması muhtemel risk enfeksiyon tehlikesidir ve bu tehlikelere karşı en etkili yöntem aşılardır ( Barutçu, ve Ark., 2021). Aşılar insan vücudunu enfeksiyonlara karşı korumak için kullanılan önemli bir araçtır (Salar, 2022). 2009 yılında tüm dünyada pandemi olarak ilan edilen Covid-19 enfektif ajanı ile pek çok acil çalışanı karşılaşmıştır. Covid-19 hastalığının pandemi olarak ilan

edilmesi aşıların önemini tekrar ortaya çıkarmıştır. Aşılar pandemide en etkili yöntemdir (Kınalı ve Ark. 2022).

Kişilerin aşı olmaya karar vermeden önce aşıların faydaları ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları aşya olan güveni artırır. Aşıların güvenliği ve etkinliği hakkında yanlış bilgiler, inançlar, söylentiler veya aşı karşıtı propaganda nedeniyle aşı kararsızlığı ortaya çıkabilir. Bu durum, toplum sağlığı açısından ciddi risk oluşturabilmektedir. Aşı kararsızlığı nedeniyle, bu insanlar kendilerini ve çocuklarını aşılamaı reddedebilirler, bu da ciddi bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına neden olabilir. Aşı kararsızlığı, aşılama programlarının başarısını etkileyebilen ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını zorlaştırabilen bir durumdur (Dube & Ark. 2015).

Aşılama programlarında aksamaya neden olan diğer bir kavram aşı karşıtlığıdır. Aşı karşıtlığı insanların aşılarla karşı olan dirençlerini ifade eden bir terimdir. Aşı karşıtları, aşıların potansiyel yan etkileri konusunda endişelenirler ve aşıların gerekliliği ve etkinliği konusunda şüpheleri bulunmaktadır. Bazıları, aşılamanın çocukların gelişimini olumsuz etkileyebileceğini düşünürken, diğerleri aşıların yararları konusunda genel olarak şüphe ile yaklaşmaktadır. Aşı karşıtlığı, belli toplum ve yerleşim yerlerinde önemli bir halk sağlığı meselesi olmuştur ve aşılama oranları düşük olduğunda, toplumda bulaşıcı hastalık salgınlarına neden olabilmektedir. Aşı karşıtı hareketler, bilgi kirliliği ve sosyal medya gibi faktörlerle güçlenmiştir ve dünya genelinde birçok ülkede yaygınlaşmıştır (Betsch, 2011).

Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının aşı kararsızlığı ve karşıtlığı pandemi süreciyle birlikte önem kazanmıştır. Hastane öncesi sağlık çalışanları acil müdahaleler sırasında hastalarla doğrudan temas halindedir ve bu alanda enfeksiyon bulaş riski oldukça yüksektir. Bu nedenle enfeksiyon bulaş riskinin önlenmesinde ve kontrolünde, aşıların çalışanlar tarafından kabul edilmesi kamu sağlığı açısından da önemli bir konudur (Gürbüz, ve Ark, 2013). Sağlık çalışanlarının bazılarında, aşı karşıtlığı fikrine sahip olduğu yayımlanmıştır (Koçak ve Canbaz 2022). Bu durum, sağlık çalışanlarının mesleki yükümlülüklerini yerine getirmeleri konusunda endişe verici olmakla birlikte toplumda aşı karşıtlığına yol açabilecek bir etki yapabilmektedir (Yiğit ve Ark. 2020). Sağlık çalışanlarının aşı karşıtlığı tutumlarının, aşıların güvenliği ve etkililiği konusunda doğru bilgiye sahip olmadıklarında ortaya çıkabildiği, mesleki yükümlülüklerini yerine getirme konusunda kaygı duyabildikleri

ve aşıların uzun vadeli etkileri hakkında endişeleri olduğu da belirtilmiştir (Koçak ve Canbaz 2022). Sağlık çalışanlarının aşı karşıtlığı tutumları, aşıların toplumda kabul edilmesini zorlaştırarak toplumda salgınların yayılmasına neden olduğu yazılmıştır (Kınalı ve Ark. 2022). Bu nedenle, sağlık çalışanlarında aşı karşıtlığına yönelik farkındalık yaratmak ve doğru bilgi sağlamak son derece önemlidir.

Hastane öncesi acil sağlık çalışanları, acil durumlarda hızlı ve etkili sağlık hizmeti sunmakla görevlidir ve çalışanların sağlık durumları hem kendileri hem de toplum için önemlidir. Çalışanların enfeksiyondan korunması için gereken önlemlerin alınması hayati bir konudur. Enfeksiyondan korunmada en önemli anahtar “aşılama” gibi görünmekle birlikte, çalışanların aşılama yönelik tutumlarının, düşüncelerinin, aşı kararsızlığı ve karşıtlığı konularının incelendiği araştırmaların yapılması da oldukça önem arz etmektedir(Altınbaş ve İster 2019).

**1.1 Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmanın amacı; Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihlerini etkileyen faktörleri ve aşı karşıtlığı durumunu incelemektir.

**1.2 Araştırmanın Sorusu:** Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının aşı tercihlerini etkileyen faktörler nelerdir?

### **1.3 Araştırmanın Hipotezleri**

**H1<sub>0</sub>** )Covid-19 aşılarına yönelik olarak hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının olumlu bir tutumu yoktur.

**H1<sub>1</sub>**) Covid-19 aşılarına yönelik olarak hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının olumlu bir tutumu vardır.

**H2<sub>0</sub>**) Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında Covid-19 aşılarına yönelik aşı karşıtlığı yoktur.

**H2<sub>1</sub>**) Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında Covid-19 aşılarına yönelik aşı karşıtlığı vardır.

#### **1.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Hastane öncesi acil sağlık alışanlarının Covid-19 aşısına yönelik tutumları

**Bağımsız Değişkenler:** Tanılama formunda yer alan sosyo-demografik özellikleri içerensorular



## 2.Genel Bilgiler

### 2.1 Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Daha fazla vakit kaybetmeden bir işin veya durumun yapılmasını ifade edebilmek için kullanılan acil kavramı, bir olayın veya durumun biran önce tamamlanması gerektiğini vurgulamak için kullanılan bir kavram olarak öne çıkmaktadır. Bu anlamıyla sağlık sektörü içerisinde pek çok yerde kullanılan acil kavramı ayrıca ‘acil tıp tanımı’ olarak ayrı bir tanıma sahiptir. Acil tıp tanımı şu şekildedir (Jafari & Ark. 2019).

*“İnsan yaşamı için tehlike doğuran olaylarda tıbbi tedavi ve girişimlerin derhal yapılması gerekli bireylerin hayatının korunması sebebiyle yapılması gereken tıbbi müdahaleleri kapsayan acil sağlık hizmetidir. Acil Sağlık Hizmeti, hastane acil servisleri ve hastane öncesi acil sağlık hizmeti başlıkları altında kurulmuş mobil ekipler aracılığıyla verilen sağlık hizmetidir.”*

Acil sağlık hizmetleri ya da kısa tanımıyla ASH, yaralı olan ve hasta durumunda bulunan kişilerin acil şekilde yardıma ihtiyaç duymaları durumunda en yakın sağlık kuruluşuna taşınmaları için yeterli kapasitede ve donanımda bir ambulansla taşınmaları, ambulans içerisinde hastaya müdahale edebilecek yetkide ve bilgide personellerin bulunması ve hastaya ilk müdahalenin yapılarak olası bir tedavi gecikmesinin önüne geçilmesi için verilen hizmetler bütünü şeklinde ifade edilebilmektedir (Jafari & Ark. 2019).

ASH, özellikle ambulans içerisinde çok önem taşıyan sağlık hizmetleri arasındadır. Hasta ile ilk temasın gerçekleştiği bu ortamda sağlık hizmetini verecek kişinin bilgili ve yetkin bir sağlık çalışanı olması, hastanın durumunun kolayca saptanmasına ve bu anlamda tedaviye erkenden başlanarak hastayı acil servise ulaştırana dek ilk müdahalenin yapılarak hastanın kurtulmasına olanak sağlayabilmektedir (Temizkan ve Ark. 2019).

ASH ile bağlantılı olarak acil tıbbi yardım kavramı anlam bakımından sağlık alanında hizmet verecek kişilerin ihtiyaç duydukları tıbbi malzemelerin ve bu malzemeleri kullanırken yapacakları tüm sağlık işlemleri sürecinin genel ifadesi olarak tanımlanmaktadır. İleri yaşam ve temel yaşam desteği gereken hastalara verilen tedavilerin tamamı acil tedavi yani acil tıbbi yardım olarak

nitelendirilmektedir (Yenal, 2010). Acil Tıp Teknisyenleri ile Paramedikler, yukarıda bahsedilen tedavileri ve tıbbi bakımları bilmek ve uygulamakla yükümlü hastane öncesi acil sağlık hizmeti çalışanları olarak tanımlanmaktadır.

## **2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Sırası**

Tarihsel anlamda hasta ve yaralı kişilere acil müdahalenin kökenlerinin çok eskilere dayandığı yapılan bazı araştırmalar aracılığı ile bilinmektedir. Bulunan kaynaklar incelendiğinde Mısır ve Roma dönemlerinde sağlık anlamında yardıma muhtaç kişilere gerekli tedavilerin uygulandığı bilinmektedir. Ayrıca hasta ve yaralı kişilerin bir yerden bir yere taşınması için günümüz sedyelerine benzeyen bazı araç gereç yapım ve kullanımları da yine bulunan belgeler aracılığıyla tarih olarak 16. Yy. dönemlerine kadar uzanmaktadır. Ayrıca kışların uzun ve soğuk geçtiği Avrupa'nın Kuzey bölgelerinde evi olmayan kişileri bir araya toplayarak sağlık ve bakım hizmetleri verilmekteydi. Bu yardıma muhtaç kişilerin at arabaları ile belirli mekanlara toplanması sırasında kullanılan at arabası ile taşıma usulü geleneksel anlamda ilk ambulansların kullanılması biçiminde değerlendirilmektedir (Taviloğlu ve Ark. 2006).

Acil sağlık hizmetleri, gelişen teknoloji ve yaşadığımız toplumların giderek modernleşmesi ile birlikte aynı oranda gelişim göstererek her geçen gün daha da iyi bir hale gelmektedir. Acil sağlık hizmetleri sağlık ve tıp sektörünün dışında gibi görünse de aslında tedavinin ilk başladığı en önemli bölümlerden biri olarak öne çıkmaktadır (Düzova, 2015).

## **2.3. Dünya Çapında Acil Sağlık Sistemlerinin Gelişimi**

ASH, zaman ve mekana bağlı olarak değişim ve gelişim gösteren bir tıbbi hizmet olarak açıklanabilmektedir. Genel anlamda ASH'nin temel amacı bireylerin yaşamlarını korumak ve gerekli tedavi hizmetlerini en hızlı biçimde yerine getirmektir. Küresel anlamda ASH, genel özellikleri itibariyle benzeseler de temel olarak iki farklı biçimde bulunmaktadır. Bunlar;

- Franko-German ASH ve
- Anglo-Amerikan ASH'dir.

İlk sistem içerisinde ana hedef hastaya sürekli olarak en iyi hastane ortamını sağlayabilmek olarak öne çıkmaktadır. Her hastaya en iyi tedavi olanaklarını sunabilmek temel hedef olarak belirlenmiştir. Almanya, Fransa, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılan bu ASH yöntemi hem doktorların hem de sağlık kuruluşlarının sürekli olarak iyi olmaları gerektiğini savunmaktadır. Anglo-Amerikan ASH ise, sağlık hizmeti verilmesi gereken kişiye ilk müdahalenin yapılması temelinde kişinin en hızlı biçimde sağlık kuruluşuna götürülmesini gaye edinmiş ASH anlayışı olarak açıklanabilmektedir. Hastaya ilk müdahale yapılmaya da temel hedef en hızlı biçimde kişinin sağlık kuruluşuna götürülmesidir. Kanada, İsveç, ABD gibi ülkelerde kullanılan bu ASH biçimi hastanın kurumlar içerisinde tedavi almasını öncelik olarak benimsemiştir (Al-Shagsi, 2010).

#### **2.4. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemlerinin Gelişimi**

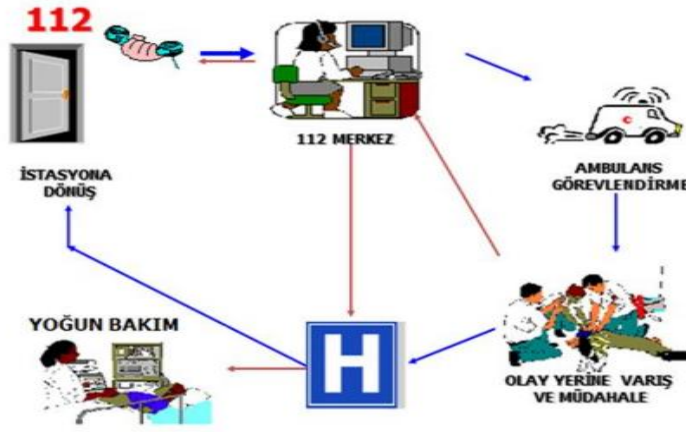
ASH, ülkemiz bağlamında değerlendirildiğinde genel anlamda Anglo-Amerikan ASH anlayışının benimsendiği gözlenebilmektedir. Doktorlar sahada değil kuruluşların içinde yer almaktadır ancak hasta ve yararlılara gerekli ilk müdahaleyi yapabilecek donanımda olan kişiler ambulans içinde hazır biçimde bulunmaktadır (Şimşek ve Ark. 2019).

Aşağıda verilen şekil içerisinde yer alan tabloda Türkiye içerisinde yıllar içinde değişen ve gelişen hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yer almaktadır. Tablo bu anlamda Türkiye’de ASH’nin tarihsel gelişimini ifade etmektedir (Tablo 1).

Tablo incelendiğinde ülkede hastaların daha hızlı biçimde sağlık kuruluşlarına getirilebilmeleri için önem taşıyan ambulans hizmetinin gelişimi 1985’li yıllar olarak görülmektedir. Bu gelişmeyi takiben ertesi yıl Acil Servis Hizmetleri Türkiye’de vermeye başlanmıştır (Tablo1).

İlerleyen yıllarda birçok eğitim kuruluşu içerisinde dersler vermeye başlanarak Acil yardım alanında çalışmak üzere kişilere eğitimlerin vermeye başlanması bu alanın giderek gelişmesine katkı sağlamıştır. 1994-1995’li yıllara gelindiğinde İzmir, Ankara ve İstanbul gibi nüfusun fazla olduğu yerleşim yerlerinde 112 Acil yardım ekipleri kurularak hizmet vermeye başlamışlardır (Tablo1).

2000’li yıllarda ASH alanı ile ilgili kanun ve kurallar belirlendi ve bir yönetmelik hazırlanarak kabul edildi. Bunu takiben yıllar geçtikçe ASH alanında gelişmeler devam etmiş ve sürekli olarak bir iyileşme meydana gelmiştir.



Şekil 2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Çalışma Biçimi. Kaynak: (Yeşildal, 2005).

Tablo 1.ASH’nin Ülkemizde Yıllar İçerisindeki Gelişim Tablosu

Tarih	Kronolojik Gelişim
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanununuyla belediyelere “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevi verildi.
1985	Gezici ambulans hizmetleri başladı.
1986	077 Hızır Acil Servis uygulaması başladı.
1993	Dokuz Eylül Üniversitesi’nde İlk ve Acil Yardım(Acil Tıp) yeni uzmanlık dalı oldu.
1993	Dokuz Eylül Üniversitesi’nde İlk ve Acil Yardım (paramedik) programı açıldı.
1994	Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde “112 Acil Yardım ve Kurtarmaya” geçildi.
1994-1995	İzmir, İstanbul ve Ankara’da 112 ekipleri kuruldu.
1996	Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümü açıldı.
1996	Türkiye’nin ilk İlk ve Acil Yardım uzmanı mezun oldu.
2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği yayınlandı.
2001	Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği yayınlandı.
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde yer alan değişiklikle doktor olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başladı.
2009	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ’i yayınlandı.
2014	Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13’ncü maddesine Acil Tıp Teknikeri tanımı eklendi.
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayınlandı.

Kaynak: (Şimşek ve Ark. 2019).

## 2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonel Yapısı

Acil sağlık hizmetlerinin yıllar içerisindeki gelişim ve değişimleri incelendiğinde çalışma prensiplerinin ve gelişme biçimlerinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Küresel anlamda yaşanan gelişmelerden etkilenen Türkiye, ASH alanında birçok yenilik ve farklılaşmaya gitmiş, bu yenilik ve değişimlere çalışmamız içerisinde yer alan Tablo 1. içerisinde değinilmiştir.

Bireylerin talep ve ihtiyaçları gereğince sürekli olarak gelişen ASH uygulamaları, Türkiye özelince öncelikle 1980'li yıllarda gündeme gelen bir konu olmuş ve ilerleyen yıllarda '663 Sayılı KHK' ile halen kullanılan günümüzdeki biçimi almıştır.

KHK'nın ilk maddesi şu şekildedir ve genel hatlarıyla ana fikri ortaya koymaktadır; Kanun hükmünde kararnamenin amacı;" *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.*"

(<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>).

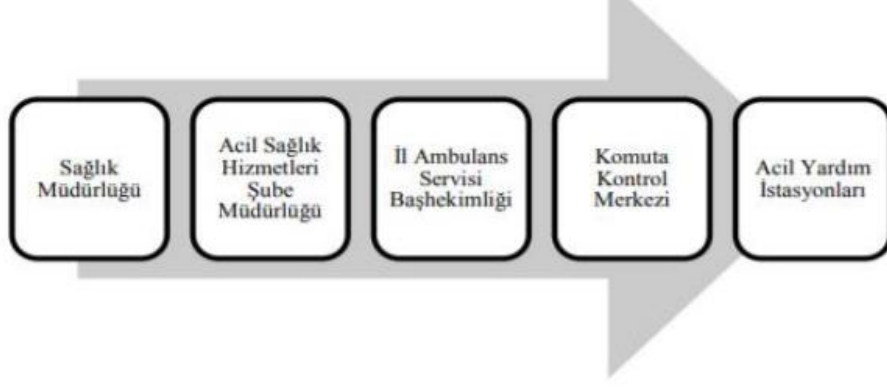
Yayınlanan bu KHK bağlamında Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ismi ile bu alan içerisinde bir birim kurulmuştur (ASHGM). Bu birime bağlı olan diğer birimler şu şekilde sıralanmaktadır (Düzova, 2015);

- Afet ve Acil Durum Yönetim Daire Başkanlığı,
- İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı,
- Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı,
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,
- Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı ve
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı şeklindedir.

112 Acil Sağlık Hizmetleri birimi de kendi içerisinde ilgilendikleri bölgeler ve uzmanlıklarına göre farklı alanlara ayrılmaktadır. Bu alanlar (Düzova, 2015);

- Deniz Ambulans Hizmetleri,
- Kara Ambulans Hizmetleri ve İl Ambulans Servisleri,
- ASKOM (Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyonu) ve
- Hava Ambulans Hizmetleri biçimindedir.

Altta yer alan şekil 2.2. incelendiğinde 112 ASH birimi, bulunduğu şehirdeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak görevine devam etmektedir.



**Şekil 2.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Hizmet Şeması.**

**Kaynak:** (Düzova, 2015).

## **2.6. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyiş Düzenleri**

Hastaneye ulaşmadan önce yapılan sağlık hizmetlerine halk arasında genel olarak ambulans hizmetleri adı verilmektedir. Toplum içerisinde yer alan bireylerin saat ve mekan fark etmeden rahatlıkla ulaşabildikleri bir hizmet olan ambulans servislerini 112 telefon numarasını tuşlayarak rahatlıkla ulaşılabilir. 112 telefon numarası Türkiye çapında hizmet veren bir alan kodu olarak ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra 112 acil servisleri kara, deniz ya da hava ulaşımı vasıtasıyla bireylere ulaşarak kesintisiz bir sağlık hizmeti vermektedir. Hastane öncesi acil sağlık ekiplerini yönlendiren ve çağrılara cevap veren istasyonlar bulunmaktadır. Bu kapsamda acil servisleri olay yerine ulaştırmakla görevle ekibe Komuta Kontrol Merkezi (KKM) adı verilmektedir. Komuta Kontrol Merkezi’nin vermiş olduğu vazife doğrultusunda haber edinen acil servis araçları olay yerine ulaşarak ilk yardım müdahalelerini gerçekleştirmektedir (Erbay, 2017).

Yaralanma ya da acil hastalık gibi istenmeyen durumların olduğu bir ortamda bireylerin acil servis telefon numarası olan 112 kodunu tuşlamaları gerekmektedir. Bu sayede olay yerine gelen ambulans ilk yardım için müdahalelerde bulunmaktadır. Bu doğrultuda hastalık ya da yaralanma olaylarında bireyler 112’yi arayarak ambulans isteminde bulunmaktadır. Gelen aramaları cevaplayan ve ambulansları harekete geçirmekle sorumlu olan Komuta Kontrol Merkezi ise çağrıyı yorumlayarak değerlendirmektedir. Bununla beraber KKM uygun görmüş olduğu acil servise ulaşarak hastanın adres, durum ve olayı gibi çeşitli bilgileri vererek ambulansın olay

yerine ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Bir il ya da beldede görev yapmakta olan Komuta Kontrol Merkezleri 112 acil servis araçlarının göreve çıkmasını, idaresini ve sevkini takip ederek sorumlu olan merkezler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda KKM'ler 112 servislerinin olay yerlerine ulaşması bakımından önem arz eden kuruluşlar olarak ifade edilmektedir(Erbay, 2017).

## **2.7. 112 Acil Çağrı Merkezleri**

İçişleri Bakanlığı yeni bir sistem denemesi olan 112 Acil Çağrı Projesi kapsamında sahil güvenlik, itfaiye, polis, sağlık, jandarma ve AFAD gibi önemli kuruluşların numaralarını tek bir çağrı istasyonu adı altında toplamayı hedeflemiştir. Bu yeni organizasyon 112 Acil Çağrı Merkezi'nin her kulvârda kullanılması anlamına gelmektedir. Bireyler itfaiye, jandarma ve AFAD gibi kuruluşların telefon numaralarını unutabileceği ve acil bir durumda ulaşamayacağı düşünüldüğünde gerçekleştirilen sistemin epey bir kullanışlı olduğu kamuoyu tarafından onaylanmıştır.

112 Acil Çağrı Sisteminin tek bir telefon numarası içerisinde toplanması bireylerin ihtiyaç duymuş oldukları kuruluşları aramalarına kolaylık sağlamaktadır. Bu sayede de acil durum ekiplerinin olay yerine ulaşım hızlarında da ciddi bir artış olması beklenmektedir (112 Acil Çağrı Merkezi Projesi, 2017).

Belirlenen proje olan 112 Acil Çağrı Merkezi Projesi sisteminde pilot şehirler olarak seçilen Antalya ve Isparta'da 2009 senesinde uygulama yürürlüğe girmiştir. İlk bu şehirlerde uygulanan bu proje Türkiye'nin tüm şehirlerinde de faaliyete geçirilerek acil servis numarası tek bir hat üzerine kurulmuştur (112 Acil Çağrı Merkezi Projesi, 2017).

## **2.8. Hastane Öncesi Çağrı İstasyonları**

Hastane öncesi sağlık hizmetleri olarak tanımlanan ambulans hizmetlerinin işleyişi, sevk ve idaresinde dikkat edilmesi gereken konulardan en önemlileri arasında Komuta Kontrol Merkezleri yer almaktadır. Komuta Kontrol Merkezleri sıra dışı durumların ve olayların gerçekleşmesi halinde sağlık sistemleri arasında koordinasyonu sağlamakla görevli merkezler olarak tanımlanmaktadır. Komuta

Kontrol Merkezi olağan dışı bir durumda Jandarma, BaŐbakanlık, Sivil Savunma ve Emniyet gibi birimlerini içerisinde iletişimi sağlamakla gevlendirilen merkez olarak tanımlanması vazifesinin ne denli önemli olduğunu açığa çıkarmaktadır. Deprem, sel, çığ ve yangın gibi toplum tarafından istenmeyen afetler karşısında Komuta Kontrol Merkezleri 112 Acil Servis Araçlarını yönlendirerek durumu kontrol altına alması istenmektedir (Eryılmaz, 2007).

- Hizmetlerin kaydını tutmak ve değerlendirme kapsamına almak
- Acil servis hizmeti gerektiren durumlara ekipleri yönlendirmek
- Toplum içerisinden gelen çağrılar vasıtasıyla talepleri değerlendirmek
- İstenen hizmeti kaliteli bir Şekilde topluma sunmak
- Hizmetin toplum içerisine sunulmasına aracı olmak
- Komuta Kontrol Merkezleri biriminde yer alan acil sağlık hizmetlerinin denetimini yapmak
- Hastaların çeşitli hastanelere sevk ve idaresinde gerekli birimlerle irtibat kurarak hizmetin kaliteli bir Şekilde gerçekleŐmesini sağlamak
- Komuta Kontrol Merkezlerine verilen tüm vazifeleri yerine getirmek
- Deprem, yangın ve sel gibi afetler karşısında yeterli miktarda ekiplerin olay yerine sevkinin sağlanması
- Ambulansların koordineli bir Şekilde olay yerine ulaŐmasını sağlamak

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu verdikleri hizmet düzeyine göre üç farklı alana ayrılmakla beraber bu istasyonlar A, B ve C Şeklinde ifade edilmektedir. A tipi istasyonun A1 ile A2 olarak iki farklı çeŐidi bulunmaktadır. A1 tipi istasyonların ekiplerinde hekim bulunurken A2 tipi istasyonlarda ise ekip içerisinde hekim

bulunmaz. A tipi istasyonun farklı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıda sıralanmaktadır;

- 24 saat boyunca ambulans hizmeti veren
- İdari ve özlük haklarına ilişkin başhekimliğe bağlı olması
- Kadrolu ekip personellerinin bulunması

Birinci, ikinci ve üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşları ve kurumlarla ilişkili olarak çalışmalarını yürüten acil servislere B tipi istasyon adı verilmektedir. Bununla beraber B tipi istasyonlar gün boyu kesintisiz olarak hizmet verebilen acil servis ve ambulans hizmetleri olarak da tasvir edilmektedir. B tipi istasyonlar kadrosu ve hizmet sunumu bakımından merkeze bağlı istasyonlar olarak tarif edilmektedir. B tip istasyon çeşidinin B1 ve B2 olarak iki farklı istasyon tipi bulunmaktadır. B1 tipi istasyonlar hastanelere bağlı acil servislerle ilişkili istasyonlar olarak tanımlanırken B2 tipi istasyonlar ise birinci basamakta yer alan hastanelerle ilişkili istasyon olarak tanımlanmaktadır. C tipi istasyonlar genel olarak ihtiyaca göre hazırlanan ve belirli saatler içerisinde ambulans hizmeti veren istasyon olarak ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra C tipi istasyonların idari ve özlük hakları başhekimliğe bağlı olması yönünden de dikkat çeken acil sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (ASHY, 2000).

İstasyonlar genel olarak adlandırılırken Merkez 1 Numaralı Acil Sağlık Hizmeti istasyonu olarak adlandırılmaktadır. Bunun yanı sıra diğer istasyonlar ise 2-3-4-5 numaralı acil sağlık hizmeti istasyonu olarak ifade edilmektedir (ASHY, 2000).

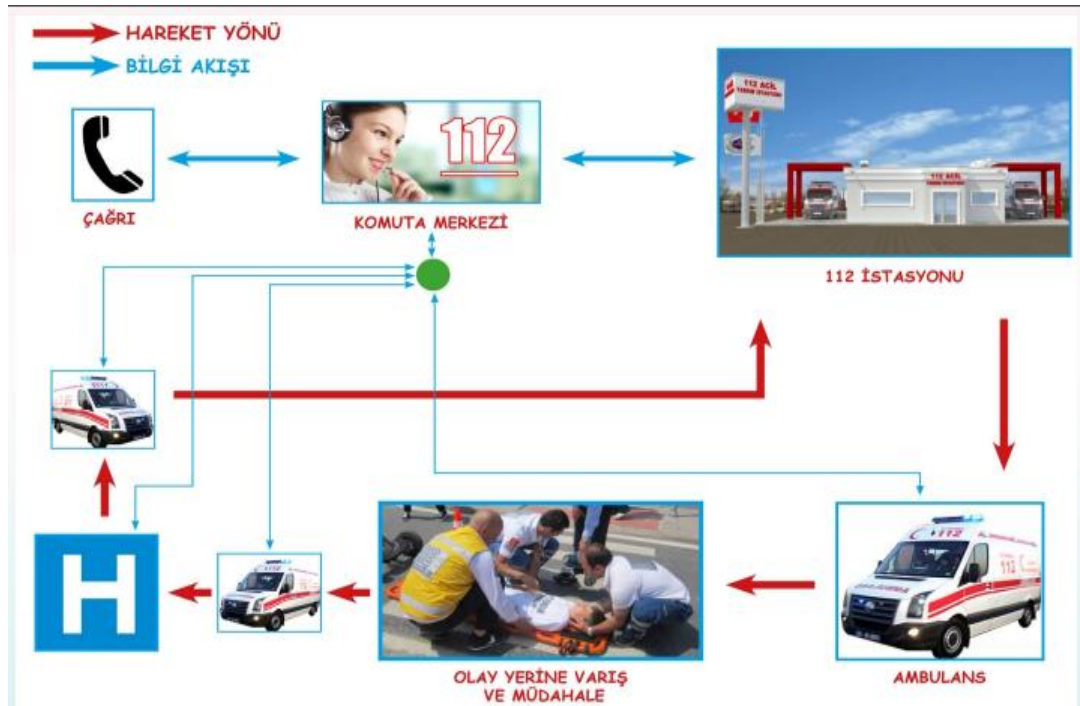
Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınlamış olduğu “*Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Hizmetleri Yönetmeliği*” kapsamında hastane öncesi acil yardım ambulansları içerisinde 3’den az sayıda sağlık personelinin olmaması gerektiği ifade edilmiştir. Hastane öncesi acil yardım ekibi bünyesinde acil bakım teknikeri (Paramedik-AABT) ya da doktorun yer alması yönetmelik bünyesinde verilmiştir. Bunun yanı sıra eğitimleri tamamlanmış olan sağlık personeli, ATT çalışanı ve araç sürücüsünün yer alması gerektiği resmi gazetede yayımlanan yönetmelik kapsamında uygulanması gereken konular arasında yer almaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>).

## 2.9. Acil Sağlık Hizmetleri Kapsamında Hizmet İşleyiş Düzeni

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında hizmetlerin akış diyagramı aşağıda verilmektedir;

- Acil Yardım Çağrının Komuta Kontrol Merkezi bünyesine ulaşması
- Acil yardım çağrısının Komuta Kontrol Merkezi tarafından değerlendirilmesi
- Değerlendirilmiş olan acil yardım çağrısının merkez sağlık birimlerine yönlendirilmesi
- Merkez tarafından yapılan yönlendirme kapsamında acil yardım istasyonunun çağrıyla alması
- Olay yerine ulaşan ekibin hastayı nakletmesi durumu
- Hastanın Komuta Kontrol Merkezi tarafından yönlendirilen en uygun sağlık kuruluşuna sevki
- Hastanın sevkinin yapıldığı sağlık kuruluşunun acil servisinin takip edilerek yapılması planlanan işlemlerin hız kazanması
- Hastaya verilen hizmetin devamında kayıtların tutulması gereken bildirimlerin gerekli mecralara yapılması

Şekil 2.3.Acil Sağlık Hizmetleri Bünyesinde İş Akış Diyagramı



Kaynak:( Tanrıverdi ve Köksal 2012).

## **2.10. Acil Servise Nakil**

Sağlık hizmetleri personellerinin olay yerine gelmesi ile beraber yapılan hayati müdahalelerin ardından yaralı ya da hastanın immobilizasyonunun gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra bilgilendirmelerin doğru ve anlaşılır bir şekilde yapılarak acil servis birimlerine nakillerinin gerçekleşmesi gerekmektedir (Atalay, 2017).

Hastane öncesi sağlık ekibinin olay yerine ulaşması ve hasta ya da yaralının en uygun sağlık kuruluşuna transport olması gerekmektedir. Bununla beraber yaralı veya hastanın aciliyetine bakılarak uygun bir acil serviste bulunabilmektedir. Bu kapsamda Komuta Kontrol Merkezi ile de görüşmeye geçilmesi uygun görülmektedir (Atalay, 2017).

Komuta Kontrol Merkezi ile sağlıklı iletişim kurulması hizmetin doğru ve etkili bir şekilde gerçekleşmesi yönünden önemli bir husus olarak gösterilmektedir. Bunun yanı sıra acil servis polikliniğinde görev yapan personellere de hasta hakkında bilgi verilmektedir. Bilgi verilmesi ön hazırlık yapılmasına da olanak sağlamaktadır. Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin gitmiş olduğu olay yeri uzak bir bölgede yer alıyorsa bu konu hakkında Komuta Kontrol Merkezine bilgi verilmesi gerekmektedir (Atalay, 2017).

## **2.11. Aşılar**

### **2.11.1 Aşının Tarihçesi**

Aşılama tüm dünyada yaşam kurtaran en önemli sağlık uygulaması olarak görülmektedir. Aşılama yöntemiyle daha bebekken başlayan süreç sayısız çocuğun hayatını kurtarmaktadır. İnsanlık tarihine bakıldığında aşılamanın 1796 yılında İngiliz doktor Edward Jenner tarafından dünya çapında aşı uygulamaları başlangıç göstermiştir. 1885 senesinde Fransız bilim insanı olan Louis Pasteur'un, keşfettiği kuduz aşısı bağışıklama anlamında önemli bir gelişim olarak görülmüştür. 1930'lu yılların başlarında ise tetanoz, şarbon, veba, tifo ve kolera gibi hastalıklara karşı aşı uygulamaları başlayarak panzehir üretimleri gerçekleşmiştir. Aşı çalışmaları günümüzde de COVID-19 gibi hastalıkların ortadan kaldırmasına yönelik araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Aşılama uygulamaları modern ve çağdaş dünya için

vazgeçilmez bir araç olarak görülerek insan yaşamını direkt olarak etki altına almaktadır (Kliegman &Ark. 2017).

Ülkemizde aşı üretimi de ilk olarak 1700'li yıllarda Osmanlı Devleti zamanında gerçekleşmiştir. İngiltere büyükelçisinin eşinin İstanbul'da çiçek hastalığına dair aşılamanın gerçekleştiğini yazdığı mektup bu konu hakkında bilinen en eski belge olarak kayıtlarda yer almaktadır (Karabay, 2021).

Osmanlı Devleti'nde bazı önemli şahsiyetler Fransa'da aşı çalışmalarına devam eden Pasteur'un yanına gönderilerek Osmanlı Devleti içerisinde farklı hastanelerin kurulmasına öncülük etmişlerdir. Bu kurulan hastaneler içerisinde kuduz hastaneleri de yer almaktadır. 1892 senesinde çiçek aşının üretimi kapsamında bir ev kurulurken 1897 senesinde sığır vebası için ve 1903 senesinde de kızıl serumlarının üretimi için farklı evler kurulmuştur. 1910'lu yıllar içerisinde tifo, kolera, veba ve dizanteri aşı uygulamalarının ülkemiz içerisinde hazırlanması aşı uygulamaları açısından önem arz etmektedir. Ülkemiz çerçevesinde ilk BCG aşısı yaklaşık olarak 1927 yılında üretimi gerçekleşmiştir. Bunun yanı sıra ülkemizde 1931 ve 1996 yılları arasında difteri ve tetanoz aşılarının üretim aşamaları gerçekleşmiştir. Türkiye'de yer alan İnfluenza laboratuvarı WHO tarafından 1950 yılında bölgesel merkez olarak kabul edilerek influenza aşı üretiminin başlamasına katkı sunmuştur. Ülkemiz için COVID-19'dan önce aşı üretimi DBT ve BCG aşılarının üretiminin sonlanması ile kesilmiştir. Sağlık Bakanlığı difteri ve akrep serumunun üretimi hususunda hâlâ çalışmalarını yürüterek suçiçeği, Hepatit A ve Hepatit B aşılarının üretimlerini amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra ülkemizde COVID-19 aşısının üretimi ile beraber genel bir başarının yakalandığı görülmektedir (Karabay, 2021).

### **2.11.2. Aşı Takvimi**

Aşı takvimi bireylerin doğum aşamasından itibaren gerçekleştirilen bir uygulama olarak görülmektedir. Bununla beraber aşı takvimi uygulaması doğum sırasında uygulanan Hepatit B aşısı ile başlangıç göstermektedir. Ülkemizde çocuk yaşlardaki bireylere aşı takvimleri uygulanarak çocukların sağlıklı bireyler olmalarına katkı sunulmaktadır. Gebelik yaşı ve doğum ağırlığı Hepatit B ve BCG aşısı haricinde farklı değişkenlikler getirmemektedir (Akşit, 2007).

### Şekil 3.1. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yayınlanan Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

**T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, 2020**

Aşılarda	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
<b>Hepatit B</b>	I	II			III						
<b>BCG (Verem)</b>			I								
<b>DaBT-İPA-Hib</b>			I	II	III			R			
<b>KPA*</b>			I	II			R				
<b>KKK</b>						ID**	I			II	
<b>DaBT-İPA</b>										R	
<b>OPA</b>					I			II			
<b>Td</b>											R
<b>Hepatit A</b>								I	II		
<b>Suçiçeği</b>							I				

\*\*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.  
 \*\*25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.  
 \*\*\*11 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere, 48. ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

**DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)**  
**KPA: Konjüge Pnömonokok Aşısı**  
**KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı**  
**DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)**  
**OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)**  
**Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı**  
**R: Rapel (Pekiştirme) ID: İlave Doz**  
 Aşı takvimindeki tüm aşılarda ücretsizdir.

**Kaynak:** Aşı Takvimi görseline <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2> adresinden erişilmiştir.

#### Hepatit B Aşısı;

Hepatit B aşısı DNA virüsü olarak tanımlanan hepadnavirüse karşı değerlendirilen bir aşı olarak kabul edilmektedir. Hepatit B virüsü DNA virüsü olarak ifade edilmekle beraber lipid zarf yüzeyinde HbsAg bulunmasıyla dikkat çekmektedir. Bununla beraber Hepatit b virüsünün yapısında enfeksiyon durumu ve çekirdek antijeni olarak kabul edilen durumlar bulunmaktadır. Virüsün ortaya çıkmasından yaklaşık 6 ay sonra akut hepatit B enfeksiyonu başlangıç göstererek kısa süren bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Hepatit B enfeksiyonu siroz ve karaciğer hasarına sebebiyet verebilmektedir (Acunaş ve Ark. 2018).

Ülkemizde hepatit B uygulamaları genel olarak doğumda 1.doz, doğumdan sonraki ilk ayda 2.doz ve altıncı ayda da 3.doz olarak uygulanmaktadır. Doğum sırasında 2 kg'ın altında doğan bebeklerde hepatit B aşısı uygulamasının ilk dozunun bir ay sonra yapılması önerilmektedir (Acunaş ve Ark. 2018).

### **BCG Aşısı;**

BCG aşısı pleomorfik yapılı ve hareketsiz halde bulunan Mycobacterium tuberculosis bakterisine karşı üretilen bir aşı olarak tarif edilmektedir. Bu bakteriler genel olarak Lowenstrein-Jensen besiyeri içerisinde 37 ile 41 C aralığında pigmentasyon niteliği göstermeden üremeye devam etmektedir. BCG aşısı tüberküloz ve mikobakteri enfeksiyonuna karşı koruması ile dikkat çekmektedir. Tüberküloz insan vücudunda nörolojik, cilt ve böbrek rahatsızlıklarına sebebiyet verebilmektedir. Tüberküloz basiline yönelik maruziyet ve tüberkülin deri testi bağışıklık olarak değerlendirilmektedir. BCG aşısı ülkemizde bağışıklık kapsamında çocuğun doğumundan 2 ay sonra uygulanmaktadır (Acunaş ve Ark. 2018).

BCG aşısı genel olarak intradermal olarak uygulanmakla beraber 34 haftadan erken doğan bebeklerde ikinci aydan sonra ve bebeğin 2 kg ağırlığını geçmesi ile uygulanmaktadır. Bebeğin 3 ay sonunda BCG aşısını olmaması kapsamında bebeğin PPD testinin yapılması gerekmektedir. İmmunkompetan bireyler açısından aşının güvenliği artmakla beraber BCGitis, ostenyelit ve lendenit gibi rahatsızlıkların görülmesi de nadir karşılaşılan durumlar arasında yer almaktadır (Kliegman ve Ark. 2017).

### **Konjuge Pnömonokok Aşısı;**

Streptococcus pneumoniae adlı bakteriye karşı üretilen bir aşı olarak değerlendirilen konjuge pnömonokok aşısı inaktif bir aşı olarak tanımlanmaktadır. Streptococcus pneumoniae bakterisi pnömoni, bakteriyet menenjit ve sepsis gibi rahatsızlıklar sebebiyet verebilen bakteri olarak adlandırılmaktadır. İnvaziv pnömonokokal hastalığı 2 yaşın altındaki çocuklarda sıklıkla görülen bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra invaziv pnömonokokal hastalığının farklı değişkenlere göre devamlılığını sürdürmesi söz konusu olarak gösterilmektedir. Bu değişkenler aşağıda verilmektedir (Ceyhan, 2011).

- Etnik köken
- Cinsiyet
- Düşük doğum ağırlığı
- Sigara dumanına maruz kalma
- Yetersiz miktarda anne sütü alımı

- Priner immün yetmezliği
- Beyin ve omurilik arasındaki bağlantı bozuklukları
- Kardiyopulmoner rahatsızlıklar
- Orak hücreli anemi durumu

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan aşı takviminde bebeklere ikinci ayda 1.doz, dördüncü ayda 2.doz ve 1.yılda da rapel dozunun intramuskuler olarak yapılmasının uygun olduğu gösterilmektedir. Bunun yanı sıra 2011 yılı itibariyle KPA-7 aşısı kullanılmayıp yerine KPA-13 aşısı uygulaması başlamıştır. Hayatın ilerleyen dönemlerinde yaş gruplarının değişimi ve farklı hastalıkların ortaya çıkması ile beraber pnömokok aşısının tekrarı uygun görülebilmektedir (Özdemir, 2017).

### **DaBT.İPA.Hib.**

DaBT-İPA-Hib aşısı Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen aşı takviminde 2.ayın bitişinde ilk dozunun uygulanması uygun olarak görülmektedir. Bununla beraber bu aşının ikinci dozu 4.ayın sonunda ve üçüncü dozu ise 6.ayın sonunda yapılmasının uygun olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra 18.ay sonunda da aşının rapel dozunun uygulanması aşı takvimi esasınca uygun olarak görülmektedir. DaBT-İPA-Hib aşısı bazı hastalıklara karşı koruyuculuk içermektedir. Bu hastalıklar aşağıda sıralanmaktadır (Özdemir, 2017).

- Tetanoz
- Aselüler boğmaca
- Difteri
- Hemofilus influenza Tip B
- İnaktif polio

Cornyebacterium diphteria bakterisi virülans etmeni oluşturmasından dolayı polipeptit bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Solunum sistemi ya da mukozal inflamasyon bulguları da bakteri çapında kendisini gösterebilmektedir. Solunum ve cilt rahatsızlıkları dışında bu bakteri vulvovajinite, konjonktivit ve otit gibi rahatsızlıklara da sebebiyet verebilmektedir. Bunun yanı sıra toksik nöropati ve toksik kardiyomiyopati gibi farklı ciddi komplikasyonlarda bu bakterinin sebebiyet verdiği farklı rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır (Kliegman & Ark. 2017).

Boğmaca hastalığı bordatella pertussis adlı bakterinin toksininin sebep verdiği bir tür hastalık olarak ifade edilmektedir. Aşı kullanımının yaygınlaşması ile beraber boğmaca rahatsızlığına sahip bireylerde yaklaşık olarak %100 gibi bir oranda iyileşme görülmüştür. Bu bakterinin silli hücrelere yapışması öksürük ve üst solunum yolu rahatsızlıklarına neden olabilmektedir. İnaktive edilmiş antijenler ve toksin vasıtasıyla geliştirilen aşının 5 doz gibi bir aşı uygulaması ile beraber etkinliği %80 gibi üst seviye bir durumda olduğu gözlemlenmektedir (Çiftçi ve Çoksüer 2020).

Tetanoz rahatsızlığı clostridium tetani mikroorganizmalarının sporlarının cilt rahatsızlığı oluşturduğu bir hastalık olarak ifade edilmektedir. Halk sağlığının yeterli düzeyde yapılmadığı toplumlarda sıklıkla görülen bir hastalık olarak dikkat çekmektedir. Yeni dünyaya gelen bebeklerde yeterli ve uygun hijyen ortamının sağlanamaması bu rahatsızlığın ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir. 1988 yılı ve 2015 yılı arasında bu rahatsızlıktan dolayı ölüm oranlarında ciddi bir gerileme görülmüştür. Tetanoz hastalığının toksinini nöromusküler bileşkeye etki etmesinden dolayı kas spazmları görülmektedir. Bu hastalığın tedavisi kapsamında immunglobulin, kas gevşetici ve antibiyoterapi gibi uygulamalar kullanılmaktadır (Kliegman & Ark. 2017).

Polio hastalığı halk arasında çocuk felci olarak bilinmekle beraber en büyük eradikasyon programı olarak lanse edilmektedir. Enterovirus tip C grubu içerisinde yer alan ve üç çeşit serotipi olan sessiz seyirli izleyen bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Solunum baskılanması bulbar poliomyelit nedeniyle olmasından dolayı ölüm riski olan bir hastalık olarak tarif edilmektedir. İnaktif polio aşısı Jonas Salk tarafından 1955 senesinde geliştirilmiştir. Bunun yanı sıra ABD içerisinde 2000 yılı itibari ile yalnızca inaktif polio aşısının kullanımı gerçekleştirilmektedir. Bunun nedeni olarak poliovirusun toplum üzerinden tam anlamıyla silinerek yeni vakaların görülmesinin istenmemesi olarak gösterilmektedir (Kliegman & Ark. 2017).

### **Oral Polio Aşısı;**

Poliovirus, memenjite ve hücrelerde yarattığı etkiyle bireyde felce neden olan bir virüstür. Etki anlamında bireyin hayatını olumsuz etkileyen ve hayatsal ihtiyaçlarını karşılamayacak duruma getiren bu virüs, şuan için yalnızca Pakistan ve Afganistan'da görülürken Dünya'nın geri kalanında etki alanı daraltılmış ve yok

edilmiştir. Bu anlamda Oral Polio aşısı, bu virüsün zayıf halini içeriğinde barındıran canlı bir aşıdır ve taşıma ve kullanımı oldukça basittir (Çıklar ve Güner 2020).

Ülkemizde bu aşının uygulanması aşı takvimimizde 6 ve 18. ayların sonralarında yapılmaktadır. Dünya'nın pek çok yerinde artık bu hastalığa rastlanmadığından dolayı aşının kullanımı sınırlandırılmış ve birçok ülkede aşı kullanımdan kaldırılmıştır. Kullanım biçimi oral yoldan olan bu aşı, kullanım sonrasında virüse karşı bağırsak sistemi içerisinde ortaya çıkan "IgA" aracılığıyla hem bireysel hem de toplumsal anlamda bağışıklığa yardımcı olmaktadır (Yıldızeli ve Ark. 2021).

### **Su Çiçeği Aşısı;**

'Varicella-Zoster' virüsü aracılığı ile meydana gelen suçiçeği hastalığı, kişide ateş, kaşıntı, döküntü ve halsizlik gibi belirtilerle kendini belli etmektedir. Ayrıca çok ağır bir döküntü hastalığı olan 'Herpes Zoster' rahatsızlığı ile de ortaya çıkan suçiçeği rahatsızlığı, bireyin uygun tedavi edilemediği zamanlarda ölümüne neden olabilecek boyutta bir hastalık olarak öne çıkmaktadır. İlk aşı uygulamaları 1974 senesinde 'Michiaki Takanashi' tarafından yapılmıştır (Luyten & Ark. 2019).

Suçiçeği aşısı deri altına enjeksiyon yardımıyla uygulana bir aşı türüdür. Suçiçeği aşısı canlı aşı türlerine dahil olan bir aşıdır ve aşı içerisinde virüsün zayıf, güçsüz ama canlı hali mevcut bulunmaktadır. Ülkemizde suçiçeği aşısı doğumun ardından geçen ilk yılın sonunda yapılmaktadır. Aşı içerisinde virüsün canlı bir halinin barınması sebebiyle aşı, hassas olan ve aşı uygulamasının ardından daha fazla zarar görebilecek kişilere uygulanmamaktadır. Küresel anlamda suçiçeği aşısı için ilk aşılama tarihi doğumdan sonra 12 ve 15. Aylar içerisinde ve ikinci dozu ise çocuğun dört ve altı yaşları arasında dönem olarak belirlenmiştir. Tek doz aşı yapılması kişiyi bu hastalıktan korusa da yine de iki doz aşıdan daha az koruyucu olmakta ve oldukça bulaşıcı olan suçiçeği hastalığına tek doz aşı uygulanan kişilerin yakalanma ihtimali oldukça yüksek olmaktadır (Ellithorpe & Ark. 2022).

### **KKK Aşısı;**

Kabakulak, kızamık ve kızamıkçık aşısı; kısa adıyla KKK aşısı, ülkemizde doğumdan sonraki ilk sene sonunda ilk dozu uygulanmakta, ikinci dozu ise çocuğun

dört yaşına girmesinden sonra uygulanmaktadır. KKK aşısı, içeriğinde virüsün canlı ancak güçsüz bir halini barındıran canlı aşılardan grubundadır. Aşının içerik itibarıyla canlı virüs barındırması sebebiyle vücudu virüse karşı çok hassas olan kişilere uygulanmamaktadır. Aşının uygulanması ile birlikte kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarına yakalanmada azalmalar meydana geldiği tespit edilmiştir. Aşı sayesinde bireyin bünyesi bağışıklık kazandığından dolayı hastalıklara karşı mücadele gücünde artış meydana gelmektedir ve rahatsızlıkların yıkıcı gücü karşısında koruma sağlamaktadır. Hastalığa yakalanan bireylerde daha önceden aşı geçmişleri bulunması durumunda çoğunlukla küçük kızarıklıklar ve ateş gibi küçük düzeyli etkilere rastlanmakta, büyük ölçekli hastalık belirtileri görülmemektedir (Santangelo & Ark. 2020).

1998 senesinde KKK aşısı ile otizm hastalığına yakalanma arasında bir bağlantı olduğu iddia edilen bir araştırmanın ortaya çıkmasıyla KKK aşılamalarında ciddi azalmalar meydana gelse de ilerleyen yıllarda ve özellikle şuan günümüz toplumları içerisinde bu aşı ile otizm arasında bir bağlantı olmadığı bilimsel araştırmalar ile kanıtlanmış bir durumdur. Aşı, içerik anlamında 'fibroblast' içermekte ve bu anlamda içerisinde jelatin içeriği, yumurta protein ve neomisin sebebiyle hassas kişilerde alerjik semptomlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu bağlamda ailelerin çocuklarının alerjileri sebebiyle bu aşılama kaçındıkları gözlemlenmiş ancak bu durum daha ciddi hastalıklara yakalanma durumunu ortaya çıkarmaktadır. Belirli önlemler alınarak çocuğun aşılama faaliyetinden geri kalmaması gerekmektedir. Aşı takvimi bağlamında belirlenen tarihlerde çocuğun önlemler alınarak aşılama yapılması önemli bir konudur (Hasar ve Özer 2021).

### **Hepatit A Aşısı;**

İnaktif olan Hepatit A aşısı, hepatovirüs aracılığıyla üretilmektedir. Uygulanma biçimi deri altına enjeksiyon biçiminde yapılmaktadır. Ülkemizde mevcut aşı takvimine göre Hepatit A aşısının ilk dozunun 18. Ay sonunda yapılması gerekmektedir. Diğer dozun ise 24. Ay sonunda kişiye uygulanması gerekmektedir. Çoğunlukla oral yolla bulaşan Hepatit A virüsü, temiz olmayan yerlerde bulunan ve yaşayan, altyapı anlamında yetersiz ülkelerde ve kişisel hijyene önem vermeyen kişilerde sıklıkla rastlanmaktadır. Karaciğer yetmezliği ve sarılık gibi ciddi hastalıklara da yol açan Hepatit A virüsü, aşılama yoluyla ve kişinin kendisinin ve

etrafının temizliğine önem vermesiyle korunabileceği bir rahatsızlıktır (Fressard & Ark.2017).

### **DaBT.İPA.Hib. Aşısı;**

Karma aşı çeşitlerinden beşli karma olarak adlandırılan ve çocuk felci, menenjit, boğmaca, difteri ve tetanoz hastalıklarından korunmak için uygulanan kısa adıyla DaBT-İPA-Hib aşısı, ülkemizde aşı takvimi bağlamında çocuğa 4 yaşından sonra uygulanan bir aşı olarak bilinmektedir. 2020 senesinin Temmuz ayından itibaren ilköğretim eğitim kurumlarında uygulanması başlanan bu aşının tüm çocuklara uygulanması tavsiye edilmektedir (Kahraman, 2020).

### **Erişkin tip Difteri-Tetanoz Aşısı;**

13 yaşından itibaren uygulanan ve eski aşının etkisini yitirmesi ihtimaline karşı difteri ve tetanozdan korunmak için destek niteliğinde yapılan bir aşı türüdür. Aşının temel amacı hastalığa karşı bağışıklık sistemini uyarmak ve koruyucu etki meydana getirmektir.

Çalışmamız bağlamında ‘Sağlık Bakanlığı’ tarafından sağlık çalışanlarının yaptırması gereken aşı türleri aşağıda sıralanmaktadır (Erten ve Ark. 2023)

- Difteri ve Tetanoz aşısı: Aşı dozlarından bir tanesinde boğmaca hastalığı için uygulan aşı bulunmalıdır.
- KKK aşısı,
- Influenza aşısı,
- Hepatit B aşısı,
- Suçiçeği aşısı,
- Hepatit A aşısı: Hemşirelik eğitimi ve ebelik eğitimi veren eğitim kurumu personelleri, tıp fakültesi çalışanları ve öğrencileri, sağlık kurumlarında çalışan sağlık görevlileri, pediatri servisleri içerisinde görev alan sağlık çalışanları, çocuk enfeksiyon servislerinde çalışan sağlık personelleri, bahsedilen servislerde çalışan temizlik görevlileri ve hastabakıcılar, 112 acil sağlık hizmeti personelleri ve kronik hepatit sorunu yaşayan sağlık çalışanları tarafından yapılmalıdır.

- Meningokok aşısı: Çalışma alanı içerisinde çalışma nesnesi meningokok virüsü olan sağlık çalışanları tarafından yaptırılmalıdır.

## **Ülkemizde Geçerli Olan Aşı Takviminde Yer Almayan Aşı Çeşitleri**

### **Meningokok Aşları;**

Meningokok hastalığı, küresel anlamda ciddi alerjik tepkimelere neden olan ve menenjitte sebep olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Toplamda on üç serogrubun Meningokok rahatsızlığına neden olduğu tespit edilmiştir ve bu rahatsızlık çoğunlukla iki yaş altı çocuklarda rastlanmaktadır. Bu rahatsızlığın yaratacağı hasardan çocukların ve yetişkinlerin korunabilmesi için birbirinden farklı aşılar üretilmekte ve uygulanmaktadır (Wagner & Ark. 2019).

### **Rotavirüs Aşları;**

Çoğunlukla bebeklik dönemlerinde RNA virüsü nedeniyle ortaya çıkan ve çocukta bağırsak sisteminde rahatsızlık meydana getiren, iltihaplanmalara yol açan rahatsızlıkların çözümü için uygulanan birçok aşı vardır. Rotavirüsten korunmak için oral yolla verilen ve bağışıklık sistemini güçlendirici aşılar bulunmaktadır (McClure & Ark. 2017).

### **HPV Aşları;**

HPV, genellikle belirgin etkilerle ortaya çıkmasa da birçok kanser hastalığını tetikleyen bir virüs olarak bilinmektedir. HPV 18, HPV 16 VE HPV'den korunabilmek için 'bivalan' aşısı geliştirilmiştir. Ayrıca HPV Tip 6-11-16 ve 18'den korunmak için 'kuadrivalan' aşısı kullanılmaktadır. Cinsiyet ayrımı olmaksızın çoğunlukla 9 yaşından sonra çocuklarda kullanılabilen bu aşı türleri HPV'den korunmak için önem arz etmektedir (Leonhard & Ark. 2019).

### **İnfluenza Aşısı;**

İnfluenza rahatsızlığı çoğunlukla salgına dönüşen ve bulaşıcılık yönünden oldukça yüksek bulaşıcılığa sahip bir virüstür. Çocuklar arasında özellikle okullar içerisinde

mevsimsel anlamda salgın şeklinde kendini gösteren bu virüs, kendini kişiden kişiye değişse de ağır semptomlarla gösterebilmektedir. Sürekli salgınların yaşanması ve hastalığın ağır geçme ihtimali dolayısıyla influenza aşılarının yılda iki kez sürekli olarak uygulanması tavsiye edilmektedir (Charron & Ark. 2020).

### **Tdap Aşıları;**

Yetişkin difteri hastalığı, tetanoz ve yetişkin boğmaca hastalıklarına karşı üretilen aşıları kapsayan kavram 'Tdap aşıları' olarak öne çıkmaktadır. Bu aşılar çoğunlukla yetişkinlere uygulansa da 'Koza stratejisi' bağlamında bebeklere de uygulandığı bilinmektedir (Napolitano & Ark. 2019).

### **2.11.3. Aşılar ve Otoimmunité**

Kişilerin aşı karşıtı olma nedenleri arasında aşılar ve 'otoimmunité' arasında bulunan ilişkiden dolayı meydana gelmektedir. Aşı ile bağlantılı olarak meydana gelen otoimmun tepkime olasılığı az olsa da literatür anlamında bu konu karşımıza çıkmaktadır. Meydana gelen alerjik semptomlar sonrasında dokudan fazla miktarda 'self antijen' salgılanmaktadır. Bu bağlamda ortaya otoimmunité çıkmaktadır (Bahl & Ark. 2018).

Otoimmunité ve aşılar arasındaki ilişkiler halen uzmanlar tarafından çalışma nesnesi olarak kabul edilmekte ve araştırmalara devam edilmektedir. Bu bağlamda belirli aşılar üzerinde yapılan incelemeler ve araştırma sonuçları şu şekilde örneklenebilmektedir (Contens, 2018).

Miyelin yapı antijenleri ve Hepatit B aşısı arasında çapraz biçimde tepkimeler tespit edilmiştir. Ayrıca 'multiple skleroz' gibi rahatsızlıklarda Hepatit B aşısının 'patogenezine' sebep olduğu düşünülmektedir ancak 'teropatik' anlamda meydana gelen tolerans artışı sonrası iyileşme yaşandığı tespit edilmiştir (Gür, 2019).

GBS hastalığı (Guillain-Barre Sendromu ) ile İnfluenza aşısı arasında otoimmun bir bağ bulunmaktadır ve birbirleri ile ilişki içerisindedirler. GBS içerisinde 'campyobacter jejun' oranı %20 civarı olsa da ilerleyen zaman içerisinde GBS ile kabakulak, suçiçeği, çocuk felci, Hepatit B gibi hastalıklar için üretilen aşılar

arasında bir bağlantı tespit edilmiştir. Diğer aşılara nazaran en yakın ilişkinin İnfluenza aşısı ile olduğu tespit edilmiştir (Kutlu, 2017).

KKK aşısı ile ITP (İmmün Trombositopenik Purpura) arasında da yakınlık tespit edilmiştir. KKK aşılmasının ardından geçen ortalama bir buçuk aylık süreçte ITP hastalığında artış yaşanmıştır. Yapılan bazı çalışma sonuçları bağlamında her 25.000 KKK aşılmasında en az bir kişide ITP tanısı konmaktadır (Haverkate & Ark. 2018).

Suçiçeği hastalığı tüm Dünya’da küresel anlamda önlenmiş olsa da 1950-1960 arası dönemde çiçek aşısı yapılmasının ardından 63 kişide ‘myoperikardit’ rahatsızlığı tespit edilmiştir. Bu rahatsızlığın sebepleri arasında immün’da yer almasına rağmen çoğunlukla ‘viral enfeksiyonlar’ nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Konu bağlamında ABD’de askeri alanda çiçek aşısının bir silah olarak kullanılması bağlamında yapılan aşılama sonrasında 67 askeri personelde ‘miyoperikardit’ rahatsızlık gözlenmiştir (Sarı, 2017).

Serviks hastalıklarının çözümünde işe yaradığı sonuçları bulunan HPV aşuları öte yandan otoimmün hastalıkları tetiklemektedir. Aşılar temelde kanser tedavisinde bir yan destek unsuru olsada otoimmün hastalıkları tetiklediğini kanıtlayan nitelikte ulaşılan araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu bağlamda serviks kanseri sebebiyle meydana gelen can kayıplarının büyük çoğunluğunun ‘Pap Smear Tarama Testi’nin uygun ve yeterli seviyede yapılmaması sebebiyle meydana gelmektedir (Taylor & Ark. 2017).

#### **2.11.4. Covid-19 Aşıları**

Dünya üzerinde büyük etki uyandırarak sosyoekonomik hayat üzerinde yükler oluşturan, sağlık sisteminde yoğun mesailer ve çalışmalara sebep olan Covid-19 pandemisinin kontrol altına alınıp sonlandırılabilmesi için aşıların acilen geliştirmesine önemli bir ihtiyaç duyulmuştur. Çin bilim adamlarının çiklamalarının ardından bilim dünyasında, son yıllarda büyük bir ilerleme gösteren genetik mühendislik teknikleri kullanılarak Covid-19 virüsüne karşı etkili ve aynı zamanda güvenli olan aşıların üretimi hız kazanmıştır. (Yavuz, 2020). Aşıların işlevleri bağışıklık sistemi üzerinedir(Kahraman ve Altındış, 2020).Teknolojik özelliklerine göre aşıları inaktive ve canlı virüs aşıları, protein alt-ünite aşıları, rekombinan viral taşıyıcı içeren aşılar, nükleik asit temelli aşılar ve virüs benzeri parçacık içeren aşılar

olarak ayırabiliriz ve ayrıca çok sayıda aşı geliştirilme aşamasındadır. Farklı teknolojiler, farklı antijenler, farklı yöntemler kullanılarak birçok bilim adamı SARS-CoV2'ye karşı birçok aşırı klinik öncesi ve klinik aşamada denemektedir (Alpay, 2020).14 Ocak 2021 tarihindeSağlık Bakanlığı tarafından Coronovac aşısına acil kullanım onay verilmesinin ardından Türkiye'de aşılama çalışmaları başlamıştır. Sinovac aşısından sonra Pfizer firmasının ürettiği Biontech aşısının da üretilmesiyleTürkiye'de aşılama sürecinde kişilere seçim olanağı sunmuştur. Erciyes Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığının çalışmaları sonucunda geliştirilen Turcovac aşısı da 22 Haziran 2021'de Faz-3 çalışmasını tamamlayarak Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde uygulanmaya başlanmıştır( Kaya, 2021)

### **Zayıflatılmış (atenüe) canlı aşular**

Bu tür aşular, bağışıklık oluşturabilen yapılarını muhafaza eden patojen mikroorganizmalardan hazırlananmış aşılardır. Atenüe aşular, hastalığa sebep olmaz fakat bağışıklık yanıtı oluşturabilecek zayıflatılmış virüs içerirler. Bu aşular vücuda enjekte edildiklerinde lenfoid hücreleri ile miyeloid hücrelerini uyararak immün sistemde etki ederler. Vücuda alınan antijenin yapısı, virülansı, miktarı, giriş yolu ve konakçının bağışıklık durumu, yaşı, cinsi ve duyarlılığına göre yapmış olduğu uyarının derecesi değişik göstermektedir. Atenüe aşılara örnek olarak kızamık aşısı, çiçek hastalığı ile sarıhumma virüs aşısı ile tüberküloz aşısı gösterilebilir (Kazak ve Ark. 2020). Covid aşısı olarak Codegenix aşısı bu yöntem ile üretilmiştir.( Kaya, 2021)

### **İnaktif Virüs Aşuları**

İnaktif virüs aşuları canlı aşılara kıyasla daha güvenli aşılardır. Canlı zayıflatılmış aşular gibi ömür boyunca koruma sağlamadıkları gibi onlar kadar da etkili değildir. (Kahraman ve Altındış 2020). Çin menşeli (Coronovac-Sinovac) aşısı bu yönteme örnek olarak verilebilir. Turcovac aşısı da Sağlık Bakanlığı ile Erciyes Üniversitesi'nin bilim çalışanların ortak çalışması sonucunda üretilmiş inaktif tipte Covid-19 aşısıdır ( Kaya, 2021).

## **Nükleik Asit Aşıları**

Nükleik asit aşıları gen teknolojisi ile üretilir. RNA ve DNA parçaları ile virüse yanıt olacak olan protein üretilir. İnsan hücrelesine girip bağışıklık yanıtının oluşması istenilen virüse ait protein parçalarının üretilmesini sağlarlar(Alpay, 2020).Biontech ve Moderna aşıları bu yöntem ile üretilmiş aşılardır (Tanne, 2020).

## **Viral Vektör Aşıları**

Viral vektör aşıları, virüsten alınan genetik bir parçanın başka bir virüs içine yerleştirilmesi sonucu ortaya çıkan yeni virüsün insan vücuduna enjekte edilmesiyle yapılan aşılardır. MVA (Modifiye Vaccinia Virus Ankara) ile Adenovirus bu yöntem için en çok tercih edilen virüslerdir. Kolay geliştirilebilirliğinin yanında mukozaya da uygulanabilmektedir. Maliyetlerinin az olması da bu aşıların olumlu bir tarafıdır. Rus menşeli Sputnik V aşısı ve Oxford, Astrazeneca (Oxford), Sinopharm ve Johnson & Johnson aşısı viral vektör tabanlı olarak geliştirmiş Covid-19 aşılarıdır (Kahraman ve Altındış 2020).

## **Virüs Benzeri Parçacıklar ve Alt Ünite Aşıları**

Vücuda enjekte edilen virüs proteini veya viral yapısının vücutta antikor oluşmasına sebep olan aşılardır. Enjekte edilen virüsün bazı kısımları eksik olduğunda bağışıklık yanıtı çok etkili olmayabilir. Bazı durumlarda ise istenmeyen bağışıklık yanıt görülebilmektedir. Birçok bilim adamı SARS-CoV2 virüsüne karşı virüs benzeri parçacıklar içeren alt ünite aşı çalışmaları yapmaktadır. Novavax, VBI Vaccines, Medicago ve SpyBiotech bu yöntem kullanılarak geliştirilmiş Covid-19 aşılarıdır (Alpay, 2020).

### **2.11.5. Aşı Kararsızlığı Kavramı**

Aşı kararsızlığı 1721 Dr.Zabdiel Baylston ve 1796-1798 Edward Jenner tarafından ilk olarak yapılan aşılarla gidecek kadar karmaşık bir olgu ve aşı uygulamalarının planlanması açısından zorluklar oluşturmaktadır (Shrivastava & Ark., 2016; Schwartz, 2012). Aşıların içeriği ile ilgili oluşan kaygılar ve yanlış edinilen bilgiler sonucunda kararsızlık yaşanmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla aşı yapılması ve

yapılan aşının içeriğinin sürü bağışıklığına ulaşmasında bir engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Bu bağlamda aşılama sürecinde aşının içeriğinin ve tedavi edici yönlerini anlatmak ve anlamak çok önemli olarak görülmektedir. Dolayısıyla aşılama uyum belirleyicilerini anlamak ve uygulamak önem arz etmektedir. Erişim, satın alınabilirlik, farkındalık, aktivasyon ve kabul olarak sıralanan 5A taksonomisi (Thomson & Ark. 2016) veya rahatlık, kolaylık ve güven olarak sayabileceğimiz 3C modeli olarak sınıflandırılmıştır (MacDonald, 2015). Aşı korkusunun önemi dünya genelinde büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüz dünyası bilgi ve iletişim teknolojilerinin hızla gelişmesi sayesinde doğru veya yanlış olduğu düşünülmeden paylaşılan bilgi kirliliği nedeniyle öngörülemez bir yapıya ve aşıya özgü olacak bir yaklaşıma sebebiyet vermektedir (Tafari & Ark. 2014).

Tüm dünyada 21.yüzyılın başlarında aşı kararsızlığı ve aşı reddi olguları söylenmeye başlanmıştır. Bunun neticesinde aşılama reddinin artması, aşılama oranlarında yaşanan düşüş ve aşılama ile korunulan hastalıkların artış göstermesi olarak görülmektedir. Örnek vermek gerekirse dünyada 2018 yılında görülen kızamık vakalarının 324 bin seviyesinde olduğu görülmekte, 2019 yılında ise 869.770 seviyelerine yükselmesi bir salgın başlangıcı olarak görülmektedir. ABD'nin New York eyaletinin bazı bölgelerinde görülen kızamık vakalarındaki artış nedeniyle olağan üstü hal ilan edilmiştir. Aşısız olan bireylerin okullara toplumun ortak olarak kullandığı yerlere girmeleri yasalanmıştır (Gür, 2019).

Ülkemizde ise aşı kararsızlığının az sayıda olması, aşı çalışmalarında ailelerden izin alınması ile ilgili bir dava sonucunun 2015 yılında ailelerin lehine sonuçlanması sonucu aşı karşıtı eylemlerin medyada gündeme gelmesiyle birlikte vaka sayılarında artma yaşandığı görülmektedir. Türkiye'de aşılama oranlarındaki bu düşüş nedeniyle salgın hastalıklara yakalanma oranlarında yükselme beklenmektedir (Gür, 2019).

Dünya genelinde, salgın hastalıklar için alınan önlemler içinde bulunan aşı, daha dünyaya gelen ilk andan itibaren uygulanmaktadır. Bu bağlamda aşılama dünya genelinde halk sağlığı açısından önlem olarak alınan en yaygın sağlık önlemi olarak görülmektedir (Dube & Ark. 2015). Bu sağlık önlemi tüm dünyada yeni doğan milyonlarca bebeğin hayatının kurtarılmasının yanı sıra hastalıklardan ve sakatlıkla sonuçlanabilecek durumlardan korumaktadır. Tüm bunlara rağmen kimi insanlarda aşı kararsızlığı yaşanmaktadır. Bu kararsız kalışlar aşı yaptırmamanın gecikmesine veya

aşı yaptırmaktan vazgeçmeye varacak kadar veya aşı ile önüne geçilecek olan hastalıkların bulaş yolunu artırmaya yol açtığı görülmektedir. Özellikle salgın hastalıkların aşılama olmadığı takdirde hızla yayılması ve toplum sağlığının riske atılmadığı görülmektedir (Facciola & Ark. 2019).

Aşı kararsızlığının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. DSÖ'nün aşı bağışıklı üzerine yaptığı çalışmalarda uzmanlar tarafından şu sonuca varılmıştır ve aşı kararsızlığı tanımı şu şekilde yapılmıştır: "Aşı kararsızlığı, halk sağlığını sağlamak amacıyla yapılması gereken aşı hizmetlerinden faydalanmak için gecikme veya reddedilme olarak tanımlanmaktadır. Aşı kararsızlığı oldukça karmaşık durumlar içermektedir. Bu kararsızlık zamana, yaşanılan yere ve aşının ne için yapılacağına göre değişkenlik göstermektedir (Gür, 2019).

Aşı kararsızlığı genellikle farklı popülasyon gruplarında yaygın olmadığı ve bazı alt gruplarda yaygın olduğu göz önüne alındığında, aşı olmakta tereddüt yaşayan kesimi, endişelerini, tereddütlerini hangi olası sebeplerden kaynaklandığını ve tereddüt edenlerin coğrafi olarak nerede yaşadığını bilmek gerekmektedir. Dolayısıyla kararsızlığa neden olduğu düşünülen sosyal yaşam ve politik olguların önemli olduğu düşünülmektedir (Larson & Ark. 2015).

Dünya genelinde aşı kararsızlığını değerlendirmek için buna sebep olan nedenlerin neler olduğunun anlaşılması ve araştırılması gerekmektedir. Kararsızlığın nedenlerini aşıya karşı oluşan yaklaşımın şu şekilde açıklamak gerekirse; gelişmekte olan ülkelere kıyasla gelişmiş olan ülkelerde aşı reddinde veya kararsızlığında azalma görüldüğü, aşı reddi ile kararsızlığının daha az olduğu görülmektedir. Bu bağlamda nedeninin eğitim ve sosyokültürel gelişmişliğin bu ülkelere göre gelişmiş ülkelerde daha ileri düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Larson & Ark. 2015). Anne ve babaların eğitim düzeyinin ve aşıya olan yaklaşımının çocuklar üzerinde karar verme yetkisinin kendilerinde olmasından dolayı çocukların bu kararsızlıktan etkilenmelerine rastlanmaktadır. Eğitim düzeyinin düşük olduğu ebeveynlerin aşılama ile önüne geçilen hastalıklardan korunduğunu düşünmesi hususunda yaşadığı kararsızlık çocuklar üzerinde etki etmektedir (Facciola & Ark. 2019).

Ebeveynlerin aşıları yaptırmak dışında takip etmeleri gerekmektedir. Aşı takibinin tek doz aşılar da kolay olması, çok dozlu aşılar da ise sıkıntılar oluşturduğu görülmektedir. Son yıllarda yaşanan salgın hastalıklarda (örneğin; COVID-19)

bilimsel bir temele dayanmadığı ve hastalığı engelleme gibi bir sonuca varılmadığından kararsızlığa neden olduğu hatta aşılınmayı reddetmeye varan kararların alınmasına sebep olmaktadır (Erkekoğlu ve Ark. 2020).

Aşı kararsızlığının sonucu olarak her toplumun aşığı reddetmesi belli kısımlarda olmaktadır. Toplumun bir kısmı aşığı reddederken bir kısmı geciktirerek yaptırır, bir kısım ise aşılınmayı hemen kabul etmektedir. Hemen kabul edenler aşının faydası olup olmadığını bilmeden de yaptırabilirler (MacDonald, 2015). Bu bağlamda yapılan araştırmaların neticesi olarak aşı kararsızlığından oluşan kabul veya reddetme dünyanın tüm toplumlarında hemen hemen aynı düşüncelere sahip olmalarından ortaya çıkmaktadır. Bigi ve iletişim teknolojilerinin, medyanın, sosyal çevrelerin ve devletlerin uyguladığı sağlık politikalarının etkili olduğu aşı kararsızlığı, aşının içeriği, koruyuculuğu veya hastalığa tamamen engel olmasının özellikle ebeveynler üzerinde yeterince bilgi verilmemesi, aşı takibinin ebeveynler tarafından sağlıklı bir şekilde yapılmaması, bunu yanı sıra dini inançların aşı içeriği hakkında verdiği öğütlerin bireysel anlamda karar verme mekanizmasına olan etkilerinin sonucu olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Brown & Ark., 2010; Yaqub & Ark. 2014). Dini inançların toplum üzerinde etkisi aşı hakkında vereceği bilgilerin aşı kararsızlığına etkisi oldukça güçlüdür. Aşı kararsızlığından öteye reddine varan, sadece aşı değil ilaçlara karşıda yaklaşımına etkisi bulunan din temelli öğütlerin bazı toplumlarda sağlık politikalarının dahi önüne geçtiği görülmektedir (McKee ve Bohannon, 2016).

Bireysel olarak doğal bağışıklık kazanmaları düşüncesi ile çocuklarına aşı yaptırmayan ebeveynlerin aşığı yaklaşımı olumsuz olarak görülmektedir. Bu bağlamda bazı ebeveynler, çocukluk döneminde aşı olmayan bireylerin önlenebilir olan hastalıklardan yine bu evrede yakalanıp bağışıklık kazanmasını düşünmek yetişkinlik, döneminde bağışıklık sisteminin daha güçlü olacağını savunmaktadırlar. Salgın süreçlerinde oldukça güçlü olan hastalıkların sürü bağışıklığı ile önlenmesinden dolayı artık bu hastalıkların yaygın olarak görülmemesi neticesinde çocuklarının bu hastalıkları geçirme riskinin bulunmaması düşüncesi ile aşı reddetme kararında olumlu olduğu düşünülmektedir. Bazı ebeveynlerde ise aşının yan etkileri hakkında kararsızlık yaşadığına inanılmaktadır. Dolayısıyla ebeveynler bu hastalıkların önlenebilir olduğunu, yaşamı tehdit eden bir durumun olmadığı öngörüsüne sahip olmasından kaynaklı olarak çocukların aşı içeriğinde bulunan

laboratuvar da kullanılan kimyasalların bedenlerine enjekte edilmemesin tercih etmektedirler. Bir başka neden olarak ebeveynlerin aşya olan güvenlerinin ve aşyların ne kadar güvenilir olduğu konusudur. Yaşanılan bu endişeler kararsızlığa neden olmaktadır. Ebeveynler yaşanan bazı olumsuz olayların veya yan etkilerinin görölmesinden dolayı medya veya bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde edindiği bilgiler sayesinde aşı reddine varan kararlar almasında önemli rol oynadığı düşünölmektedir (Fredrickson & Ark. 2004; Saada & Ark., 2015). Aşylarda advers reaksiyonların kısa veya uzun vadede göstereceği olumsuz etikler olma olasılığı şüphesi kararsız olma nedenlerinden birisidir. Edinilen bilgiler neticesinde ebeveynler aşyayı tamamen reddetme eğilimi içinde bulunabilmektedirler (Dube & Ark., 2014; Fredrickson & Ark., 2004).

#### **2.11.6. Aşı Karşıtlığı Kavramı**

Aşı karşıtlığı ilk olarak aşının bulunduğu 18. Yüzyıla dayanmaktadır. Aşının hastalığı önlediği kanıtlandığı ana kadar 19. Yüzyılda ortaya çıkan çiçek hastalığına karşı aşı karşıtı eylemler bile yapılmıştır. Bu eylemler birçok insanı aşı karşıtı yapmış ve aşı olmak istemelerine engel olmuştur. Dolayısıyla çiçek hastalığından ölümlerin artmasına sebep olmuşlardır (Poland ve Jacobson, 2011).

Korku, güvensizlik bir araya gelince aşı karşıtlığı hızla artmaya başlamıştır. Covid-19 pandemisi nedeniyle gelecek zamanlara etkilerinin ne olacağı bilinmeyen aşyların engelleyici ve önleyici olarak ortaya çıkması aşı karşıtlığını günümüzde yeniden gündeme taşıdı. Aşının anti etkilerinin ne olduğuna dair cevap veremeyen uzmanlar insanların aşı kararsızlığı yaşamasına sebep olmuşlardır. Bilgi ve iletişim teknolojisinin hızla gelişmesi ve insanların birbirinden haber aldığı sosyal medya platformlarının çoğalması ile aşyların güvenilirliği hakkında bilgilerin tüm dünyaya yayılmasındaki kolaylık ve verilen bilgi kirliliği sebebiyle aşı karşıtlığı oluşmasına ve aşı karşıtlığının hızla yayılmasına sebebiyet vermektedir (Betsch, 2011). Aşı karşıtı yayınları farklı platformlarda söyleyen insanların güvenilirlik konusunda, alternatif tıp konusunda, komplo teorileri hakkında, ahlaki ve dini inançları konusunda, yanlış bilgilendirmelerin sonuçlarını, ebeveynlerin deneyimlerini anlatan düşüncelerini yayınlayarak ulaşılan insanların aşılama karşıtı olmalarını

sağlamaktadırlar. Karar verme aşamalarını etkileyen bu husus salgın hastalıkların yayılmasına ve önlem alınamamasına sebep olmaktadır (Kata, 2010).

Karar verme aşamasında ebeveynlerin çocuklarına aşılama yaptırma konusunda duygusal davranışları, hastalıklara önlem olan aşılarda doktorların veya devletin sağlık kuruluşları tarafından verilen bilgilerin yetersizliği üzerine bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak eriştikleri kirli bilgi veya doğru bilgide olsa karar vermesinde etkili olmaktadır. Aşı karşıtı edinilen kirli bilgilere ulaşılmaması ve sağlık yetkililerinin verdiği bilgilerin doğruluğuna inanılması gerektiği istatistiksel bilgiler ışığında sunulmaktadır (Haase ve Betsch, 2012).

Salgın hastalıklarla mücadele etmenin en iyi yolu aşılama yapmaktır. Hem maliyet açısından hem de toplumlara ulaşılması açısından uygun olduğu düşünülmektedir (Lahariya, 2016). Dünyamızda pandemiye sebep olan Covid-19 salgınına kontrol altına almak için birçok bilim adamı konuyla ilgili çalışmaya başlamış ve sonucunda aşı üretimine geçilmiş, bulunan aşılar onay veren ülkelerde de ivedilikle sürü bağışıklığının sağlanması açısından aşılamaya başlanmıştır (Ransing & Ark, 2021). Tüm bunlara rağmen aşının ilk bulunduğu günlerde insanlığa yetecek sayıda olmaması, güvenilirlik konusundaki eksiklikler sebebiyle aşı karşıtı hareketlerin kirli bilgilerle aşı olunmaması yönündeki yayınları etkili olmuştur. Halen bu aşıardan olmayan dünyada milyonlarca insan bulunmaktadır (Burki, 2020).

Aşı karşıtlığı eylemi bulaşıcı hastalıkların hemen hemen tümünde görülmektedir. Bir başka neden ise aşıların yan etkisi olarak başka hastalıkları tetikleyeceğini savunmaktadır. Örnek vermek gerekirse 1998 yılında kızamık-kazımıkçık-kabakulak aşılarının otizmle ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Smith, 2017). Tüm bunlara ilave olarak genç yaştaki bireylerin Covid-19 hastalığından etkilenmelerinin zayıf ihtimal olması hasebiyle aşıdan kaçınmalarına etken oluşturmuştur. Aşı karşıtı eylemlerin, Covid-19 salgınının sona ermesine engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Bu durum salgının daha uzun sürmesine neden olacaktır. Bu bağlamda salgın önlemlerinin devam etmesi ve artırılması sosyoekonomik yapıya ve insanların ruhsal buhranlarına sebebiyet verebilir (Ransing & Ark, 2021).

Tüm dünyada bir kısım insanın, Covid-19 salgını için üretilen aşıların işe yaramadığını düşünerek komplo teorileri türeten ve bu düşüncelere eğilim gösteren, tüm bunları siyasi olduğunu düşünen doğal yöntemlerle hastalığa bağışıklık kazanmayı savunarak aşı karşıtlığı yapmaktadırlar. Bu tür insanlar asla aşı

yaptırmazlar. Araştırmaları sonucunda kararsız kalan kişiler değerlendirmelerinin olumlu olması halinde aşı yaptırmak istemektedirler. Her kesimden bilgi edinen ve kararsızlığını bir türlü aşamayan bireyler ise doğru bilgiye ulaşmaları halinde aşılarını yaptırmaktadırlar. Aşı hakkında doğru bilgiler ve ikna edici olmak ilgili devlet kurumlarının vazifesidir. Sonuç olarak aşı karışıklığının uç noktasında bulunmayan insanları ikna etmek mümkün görünmektedir (Burki, 2020).

### **2.11.7. Aşı Tercihlerini Etkileyen Faktörler**

Dünya ülkelerini sağlık hizmetleri sunan kurumlarında salgın hastalıkların önlenmesi açısından alınan tedbirler, bu ortamlarda tedavi için bulunan insanlar ve burada hizmet eden sağlık çalışanlarının salgın hastalığın yayılmasını engellemek açısından alınacak önlemler aynı zamanda tedavi için gelen hastalara bulaş riskini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (DSÖ,2001). Hastalar ve sağlık kuruluşları açısından salgın hastalıkların meydana getirdiği enfeksiyonların hakkında çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerini sağlayan kurumların DSÖ aracılığı ile birbirine bağlı olması insanlık açısından meydana getirilen tedavi yöntemlerini bulaş riskini en aza indirmek hatta hastalığı ortadan kaldırmak için yaptığı çalışmaları hem ekonomik hem de sosyokültürel açıdan sundukları görülmektedir (Voirin & Ark., 2009). Sağlık kuruluşlarında salgın servislerinde bulunan hastaların alınan tedbirlere rağmen bulaş riski oldukça yüksektir. Yapılan araştırmalar sonucunda salgın hastalık servislerinde hastaların %50'ye varan kısmı, sağlık çalışanlarının ise %25'e varan bölümünün influenzaya yakalandığı tespit edilmiştir. Bu durumun sağlık kuruluşlarına ek bir hizmet ve önlem alınması için ekonomik harcamalar yapması gerektiği tespit edilmiştir (Sartor & Ark. 2002).

İnsanlar dünyaya geldikleri andan itibaren aşılama süreçleri başlamaktadır. Birçok hastalığın önlenmesi için ve bu hastalıkların sağlık kuruluşlarına olan ekonomik yükünün azaltılması için başarılı olduğu görülmektedir. Çocukluk çağından başlayarak yetişkin dönemlerde olmak üzere birçok salgın ve bulaşıcı hastalıkların aşıları bulunmaktadır. Avrupa'nın bazı ülkelerinde grip aşısı 60 yaş ve üstü için zorunludur. Bu durumda insanların tercih yapma şansı bulunmamaktadır. Birçok salgın hastalığın önlenmesi açısından DSÖ karar vermesiyle zorunluluk getirmesi insanların salgın hastalığa yakalanma riskini en aza indirmeyi amaçlamaktadır

(Chabot & Ark., 2004; Eilers & Ark., 2013). Salgın hastalıkların artması neticesinde bulaşma risklerinin artması sağlık hizmetlerinde artış olacağını sosyoekonomik açıdan bakıldığında bir an önce önlemler alınmasa yol açmaktadır. Bu nedenle DSÖ'nün almış olduğu kararlara uymak ülkelerin sağlık kurumlarına bırakılmıştır. Alınacak önlemler sayesinde birçok olumsuz unsurların önüne geçilmektedir. Aşılama ile bulaş riskini azaltmak bireylerin tercihine bırakılmadığı durumlar olmaktadır. Bu durumlarda bireyler tercihlerini aşya karşı yapmaktadır. Örneğin Covid-19 pandemisi sürecinde aşının zorunlu kılındığı ancak bireylerin aşığı tercih etmediği görülmüştür. Aşılama yapılması açısından bir dizi önlemler alınmıştır. Toplumun ortak kullandığı yerlere ve devlet hizmetlerini sunduğu kuruluşlarda aşı olmayanları almayarak zorunluluk gerektirdiğini göstermiştir (Eilers & Ark., 2014).

Sonuç olarak aşı ile salgın hastalıkların önüne geçmenin olumsuz yönleri topluma doğru veya yanlış bilgiler olarak yansıtılması, bireylerin aşıların yan etkilerinin ve buna karşı kendilerini korumak istemelerinin aşı tercihlerini etkilemektedir. Oluşturulan risk faktörlerinin aşı olacak bireylerin hem kendileri hem de ebeveyn olarak çocukları adına karar vermede aşı olma veya olmama tercihini yapmak konusunda edindikleri bilgiler önemli görülmektedir. Aşının yan etkisinin veya olumsuz yönlerinin olmadığını anlatmak ve insanlara bunu doğru bilgilerle ulaştırmak aşılama olasılığının artmasına ve bireylerin tercihlerinin olumlu olmasını sağlamada etkili olması düşünülmektedir (Betsch ve Schmid, 2013).

Salgın hastalıklara karşı insanların tercihleri, ailenin ve toplumsal çevrelerin etkisi ile aşılamanın yaygınlaşmasını sağlamaktadır. Aşılama yayıldıkça hastalığın yayılması ve bulaş riski ortadan kalkmaktadır. Aşı olmak için hasta olmak veya hastalık beni etkilemez denilecek genç yaşta olmak gerekmemektedir. Sürü bağışıklığı açısından sağlıklı bireylerinde aşı olması gerekmektedir (Tanır ve Demirhindi, 2020).

### 3. Gereç Ve Yöntem

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, tanımlayıcı tasarımda planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Bu çalışmamız Nisan 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Aydın ili sınırları içinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan acil sağlık hizmetleri istasyonları ile komuta kontrol merkezinde görev alan hastane öncesi acil sağlık personeli arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamız Aydın bölgesinde Sağlık Bakanlığına bağlı bulunan 112 A.S.H.İ ile K.K.M.'de çalışan doktor, acil tıp teknikerleri (paramedik), acil tıp teknisyenleri (A.T.T), ve ambulans sürücülerini ( şoför) oluşturmaktadır (n:577). Evreni bilinen grubun örneklem büyüklüğü 231 olarak bulunmuştur. Örneklem seçim yöntemi kullanılmamış olup tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

N: Evrendeki birey sayısı (577)

n: Örneklem sayısı

p: Vakanın görülme sıklığı (0.5)

q: Vakanın görülmemesi sıklığı (0.5)

d: Vakanın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

$$\frac{577 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (577 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)} \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q}$$

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q}$$

$$\frac{577 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (577 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)} = 230,8577$$

%95 güven aralığı ile hesaplama sonucunda örneklem sayısı 231 olarak bulunmuştur.

#### **3.4. Çalışmamıza Katılan Sağlık Çalışanlarının Seçilme- Dahil Edilme Kriterleri**

Bu çalışmada Aydın ili içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan 112 A.S.H.İ. ve K.K.M.( komuta kontrol merkezi)'de görev alan çalışanlar değerlendirmeye alınmış olup araştırmayı kabul eden katılımcılar gönüllülük esasıyla çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.5. Çalışmamıza Katılan Sağlık Çalışanlarının Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

Araştırmaya katılmak istemeyenler, süt izninde veya ücretsiz yıllık izinde olan çalışanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

#### **3.6. Çalışmamıza Katılan Sağlık Çalışanlarının Araştırmadan Ayrılma veya Çıkarılma Kriterleri**

Araştırmaya katılım sağlayanlara araştırmanın amacı açıklanmış olup, araştırmaya katılımın gönüllük esası ile gerçekleştiği ve araştırmanın herhangi bir bölümünde çekilme kararı verebilecekleri belirtilerek Bilgilendirilmiş Onam Formu sunulmuştur. Sorumlu araştırmacının e-mail adresi ve telefon numarası verilmiş ve istedikleri zaman araştırmadan geri çekilme konusunda arayabilecekleri belirtilmiştir. Bunun nedeni tanılama formuna yazılmış ve araştırmada belirtilmiştir.

Anket gibi çalışmanın belli bir kısmında problem ile karşılaşan katılımcılar çalışmamızdan çıkarılmıştır.

### **3.7. Veri Toplama Yöntemleri ve Kullanılan Gereçler**

Verileri toplamak için; Sosyodemografik Veri Formu, Aşı Karşıtlığı Ölçeği, Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği kullanılmıştır. Örneklem seçim yöntemi kullanılmayarak tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler çevrim içi anket formlarının sosyal medya gruplarına iletilerek toplanmıştır. Anket formu çalışanlara google anket formu ile iletilmiş olup formu doldurmaları istenmiştir. Elde edilen bilgiler elektronik ortamda kayıt altına alınmıştır.

**3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1 ):** Literatüraraştırmaları sonucunda hazırlanmış olan form yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri içeren 12(on iki) sorudan oluşmaktadır.

**3.7.2. Aşı Karşıtlığı Ölçeği: (Ek-3)** Kılınçarslan ve arkadaşları bu ölçeği 2020 tarihinde geliştirmiştir. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Bu ölçeğin kısa ve uzun formu bulunmaktadır. Bu ölçeğin 4 alt ölçeği mevcuttur. Bunlar; Aşı olmamak için çözümler boyutu, Aşı karşıtlığı boyutu, Aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu ve Aşı tereddüdünün meşrulaştırılma boyutu. Çalışmamızda ölçeğe ait uzun formu kullanıldı. Ölçeğin uzun formu 4 alt boyuta sahiptir. 21 madde ve 5’li likert tipi puanlandırma sisteminden oluşmaktadır (1. Kesinlikle katılmıyorum ve 5.Kesinlikle katılıyorum). Aşı yararı ve koruyucu değeri alt ölçeğinin maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin hesaplanmış kesme değeri yoktur. Puan yükseldikçe aşı karşıtlığı-tereddüdü artmaktadır( Kılınçarslan ve Ark. 2020). Ölçek kullanım izni: 09.04.2022

**3.7.3. Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği(Ek-2):** 5’li likert şeklinde olan ölçeği 2020 yılında Geniş ve arkadaşları Türkiye’de geliştirmişlerdir. Ölçeğin, iki alt boyutu mevcuttur. Olumlu tutum ile olumsuz tutum boyutu olan ölçek, 9 sorudan oluşmaktadır. Olumlu tutum alt boyutundan alınan yüksek puanlar, Covid-19 aşısına karşı tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Olumsuz tutumda maddeler ters çevrilir ve sonra hesaplanır. Alınan puanın yüksek olması Covid-19 aşısına yönelik olumsuz tutumların daha düşük olduğunu göstermektedir (Geniş ve Ark. 2020). Ölçek kullanım izni. 08.04.2022

### **3.8. Veri Toplama Süreci**

Veriler çevrim içi anket formlarının sosyal medya gruplarında paylaşılması ile toplanmıştır. Katılımcılara gönderilen anket formunda veri toplama aracının amaç ve kapsamı hakkında bilgi veren gönüllü onam formu yer almaktadır. Anketi doldurmayı kabul eden çalışanlar, anket sorularını cevaplamadan önce “çalışmaya katılımı onaylıyorum” seçeneğini işaretledikten sonra, anket sorularını cevaplamışlardır. Bunun sonucunda online olarak katılımcılardan onam alınımı sağlanmıştır. Araştırmaya katılım sağlayan doktor, acil tıp teknikeri ile acil tıp teknisyenleri dijital ortamda soruları cevaplayarak çalışmaya katılım sağlamışlardır. Veri toplama formu yalnız bir defa giriş yapılarak cevaplandırma yapılacak şekilde gerekli tedbirler alınarak uygulanım sağlanmıştır. Çalışma katılımcılara azami olarak 8-10 dk olarak belirlenmiştir.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analiz**

Araştırmamızda istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25,0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-max değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Ankette kullandığımız verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Bu yöntemde kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olması gerekmektedir (Shao&Zhou, 2002).

Normal dağılım gösteren niceliksel veriler karşılaştırılırken iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Fark tespit edildiği durumda ise fark oluşturan grubu tespit etmek için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasında olan ilişkiyi tespit etmek için pearson kolerasyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkiyi belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

### **3.10. Etik Açıklamalar**

Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda çalışmamız yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve (10.06.2022 tarihli karar Ek-4) izin alınmıştır. Daha sonra Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Etik kurulu'ndan (06.07.2022 tarihli karar Ek-5) izin alınmıştır. Araştırmamızda kullanılacak ölçekler için(Aşı karşıtlığı ölçeği kullanım izni: 09.04.2022,Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği kullanım izni: 08.04.2022) ölçek sahiplerinden kullanım izni alınmıştır. Tüm katılımcılardan veri toplamadan önce bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Alınan izinler doğrultusunda çalışmaya başlanılmıştır.



#### 4.Bulgular

Tablo5.1. Çalışanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%	
Yaş ( $\bar{X}\pm SS$ , 33.59 $\pm$ 7.98)	24 yaş ve altı	47	11.0	
	25-29	100	23.5	
	30-34	77	18.0	
	35-39	114	26.7	
	40 yaş ve üstü	89	20.8	
Cinsiyet	Kadın	220	51.5	
	Erkek	207	48.5	
Medeni durum	Evli	235	55.0	
	Bekar	192	45.0	
Eğitim durumu	Lise ve altı	48	11.2	
	Üniversite	350	82.0	
	Lisansüstü	29	6.8	
Meslek	Doktor	13	3.0	
	Paramedik/ A.T.T.	373	87.4	
	Şoför	41	9.6	
Kronik hastalık varlığı	Evet	76	17.8	
	Hayır	351	82.2	
Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu	Evet	209	48.9	
	Hayır	218	51.1	
Aşı olma durumu	Evet	409	95.8	
	Hayır	18	4.2	
<b>Toplam</b>		<b>427</b>	<b>100.0</b>	
Olunan aşı türü	Biontech	Evet	288	70.4
		Hayır	121	29.6
	Sinovac	Evet	288	70.4
		Hayır	121	29.6
	Türkovac	Evet	21	5.1
		Hayır	388	94.9
Aşının tam olma durumu	Bir doz	12	2.9	
	İki doz	129	31.6	
	Üç ve daha fazla	268	65.5	
<b>Toplam</b>		<b>409</b>	<b>100.0</b>	
Ailede Covid-19 enfeksiyonu geçirme varlığı	Evet	320	74.9	
	Hayır	107	25.1	
Ailede ve yakın çevrede Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölüm	Evet	163	38.2	
	Hayır	264	61.8	
<b>Toplam</b>		<b>427</b>	<b>100.0</b>	

Gönüllülerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 5.1.' de görülmektedir. yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, %11'inin 24 yaş ve altı, %23.5'inin 25-29, %18'inin 30-34, %26.7'sinin 35-39 ve %20.8'inin ise 40 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların %51.5 'inin kadın, %48.5'inin erkek olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılım sağlayanların %55'inin evli, %45'inin bekarıdır. Katılım sağlayanların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %11.2'sinin lise ve altı, %82'sinin üniversite ve %6.8'inin lisansüstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, %3'ünün doktor, %87.4'ünün Paramedik/ A.T.T. ve %9.6'sının şoför olduğu görülmektedir. Katılımcıların %17.8'inin kronik hastalığının olduğu, %82.2'sinin ise olmadığı görülmektedir (Tablo 5.1).

Katılımcıların %48.9'unun Covid-19 enfeksiyonu geçirdiği, %51.1'inin ise geçirmediği görülmektedir. Katılımcıların %95.8'inin aşı olduğu, %4.2'sinin ise aşı olmadığı görülmektedir. Aşı olan katılımcıların %70.4'ünün Biontech, %70.4'ünün Sinovac ve %5.1'inin Türkovac aşısı türünün olduğu görülmektedir (Tablo 5.1).

Aşı olan katılımcıların %2.9'unun bir doz, %31.6'sının iki doz ve %65.5'inin üç doz ve daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların %74.9'unun ailesinde Covid-19 geçirme varlığı olduğu, %25.1'inde ise olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %38.2'sinin ailede veya arkadaşlarda Covid-19 enfeksiyonu sebebiyle ölme varlığının olduğu, %61.8'inin ise olmadığı görülmektedir (Tablo 5.1).

Tablo 5.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Cronbach's Alpha
Olumlu Tutum Boyutu	0.952
Olumsuz Tutum Boyutu	0.855
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği	0.811
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Boyutu	0.948
Aşı Karşıtlığı Boyutu	0.904
Aşı Olmamak İçin Çözümler Boyutu	0.927
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Boyutu	0.952
Aşı Karşıtlığı Ölçeği	0.927

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının güvenirlik analiz sonucu Tablo 5.2.' de gösterilmiştir. Ölçekler ve boyutlarına bakıldığında, iyi derecede güvenilir olduğu

bulunmuştur. 0.60'tan büyük olan Cronbach Alfa değerlerinin, kullandığımız ölçeklerin güvenilir olduğunu belirtir. Bu sonuçta çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu sonucunu verir (Özdamar, K. 2015).

Tablo 5.3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik analiz sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği	-0.313	0.377	Normal
Aşı Karşıtlığı Ölçeği	1.013	1.100	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 5.3.'de verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.4. Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek ve Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Olumlu Tutum Boyutu	1.00	5.00	3.65	1.12
Olumsuz Tutum Boyutu	1.00	5.00	3.41	1.00
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği	1.00	5.00	3.52	0.78
Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Boyutu	5.00	25.00	10.67	4.94
Aşı Karşıtlığı Boyutu	6.00	30.00	15.86	5.67
Aşı Olmamak İçin Çözümler Boyutu	5.00	25.00	9.39	4.85
Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Boyutu	5.00	25.00	7.88	4.45
Aşı Karşıtlığı Ölçeği	21.00	98.00	43.80	14.49

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 5.4.'de verilmiştir. Olumlu tutum boyutu için 3.65, olumsuz tutum boyutu için 3.41, Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği için 3.52, aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu için 10.67, aşı karşıtlığı boyutu için 15.86, aşı olmamak için çözümler boyutu için 9.39, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu için 7.88 ve aşı karşıtlığı ölçeği için 43.80 ortalama olduğu görülmektedir (Tablo

Tablo 5.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ve boyutlarının puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Olumlu Tutum Boyutu		Olumsuz Tutum Boyutu		Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	24 yaş ve altı	3.35	1.18	3.54	1.09	3.45	0.76
	25-29	3.72	1.03	3.28	0.89	3.47	0.63
	30-34	3.74	1.10	3.35	1.14	3.52	0.85
	35-39	3.62	1.16	3.39	1.00	3.49	0.84
	40 yaş ve üstü	3.71	1.15	3.55	0.91	3.62	0.78
Test değeri		1.149***		1.186***		0.597***	
p		0.333		0.316		0.665	
Cinsiyet	Kadın	3.51	1.14	3.41	0.98	3.45	0.78
	Erkek	3.81	1.09	3.40	1.01	3.58	0.76
Test değeri		-2.807**		0.035**		-1.768**	
p		<b>0.005*</b>		0.972		0.078	
Medeni durum	Evli	3.68	1.18	3.46	1.01	0.66	0.66
	Bekar	3.63	1.05	3.34	0.98	0.66	0.66
Test değeri		0.451**		1.217**		1.158**	
p		0.652		0.224		0.247	
Eğitim durumu	Lise ve altı	3.83	1.03	3.45	0.89	3.62	0.71
	Üniversite	3.65	1.10	3.40	1.00	3.51	0.77
	Lisansüstü	3.35	1.48	3.39	1.19	3.38	0.95
Test değeri		1.661***		0.043***		0.891***	
p		0.191		0.958		0.411	
Meslek	Doktor	3.10	1.56	3.43	1.38	3.28	0.87
	Paramedik/ A.T.T.	3.65	1.11	3.40	0.99	3.51	0.78
	Şoför	3.82	1.01	3.46	0.95	3.62	0.74
Test değeri		2.053***		0.067***		0.946***	
p		0.130		0.935		0.389	
Kronik hastalık varlığı	Evet	3.91	1.04	3.48	0.97	3.67	0.76
	Hayır	3.60	1.13	3.39	1.00	3.48	0.78
Test değeri		2.221**		0.724**		1.943**	
p		<b>0.027*</b>		0.470		0.053	
Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu	Evet	3.59	1.18	3.45	0.97	3.51	0.79

	Hayır	3.71	1.07	3.37	1.02	3.52	0.76	
Test değeri		-1.150**		0.819**		-0.154**		
p		0.251		0.413		0.878		
Aşı olma durumu	Evet	3.71	1.09	3.44	0.99	3.56	0.75	
	Hayır	2.44	1.09	2.73	0.92	2.60	0.79	
Test değeri		4.793**		2.955**		5.248**		
p		<b>0.000*</b>		<b>0.003*</b>		<b>0.000*</b>		
Olunan aşı türü (n=409)	Biontech	Evet	3.71	1.06	3.55	0.93	3.62	0,76
		Hayır	3.69	1.17	3.16	1.07	3.40	0,70
	Test değeri	0.148**		3.662**		2.760**		
	p	0.882		<b>0.000*</b>		<b>0.006*</b>		
	Sinovac	Evet	3.82	1.04	3.45	0.95	3.62	0,73
		Hayır	3.44	1.17	3.40	1.08	3.42	0,77
	Test değeri	3.283**		0.479**		2.465**		
	p	<b>0.001*</b>		0.633		<b>0.014*</b>		
	Türkovac	Evet	3.85	1.49	3.15	1.71	3.46	1,10
		Hayır	3.70	1.07	3.45	0.94	3.56	0,73
Test değeri	0.596**		-1.350**		-0.601**			
p	0.552		0.178		0.548			
Aşının tam olma durumu (n=409)	Bir doz (1)	2.60	1.21	3.20	1.17	2.94	0.65	
	İki doz (2)	3.48	1.09	3.33	0.95	3.40	0.70	
	Üç ve daha fazla (3)	3.87	1.04	3.50	1.00	3.66	0.75	
Test değeri		12.387***		1.637***		10.133***		
p		<b>0.000*</b>		0.196		<b>0.000*</b>		
Bonferroni		<b>3&gt;1, 3&gt;2, 2&gt;1</b>		-		<b>3&gt;1, 3&gt;2</b>		
Ailede Covid-19 enfeksiyonu geçirme varlığı	Evet	3.68	1.09	3.44	0.93	3.55	0.76	
	Hayır	3.57	1.21	3.30	1.17	3.42	0.81	
Test değeri		0.838**		1.335**		1.492**		
p		0.403		0.183		0.136		
Ailede ve yakın çevrede Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölüm	Evet	3.88	1.09	3.41	0.94	3.62	0.77	
	Hayır	3.52	1.12	3.40	1.03	3.45	0.77	
Test değeri		3.256**		0.073**		2.129**		
p		<b>0.001*</b>		0.942		<b>0.034*</b>		

\*p<0.05,

\*\*Bağımsız

t

testi,

\*\*\*Tek

yönlü

varyans

analizi

Çalışmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ve boyutlarının puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi iki bağımsız grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ise ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında uygulanmıştır. Karşılaştırma neticesinde, ankete katılanların cinsiyetlerine göre olumlu tutum boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Erkek katılımcıların olumlu tutum boyutu puanlarının, kadın katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre olumlu tutum boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kronik hastalığa sahip olan çalışanların olumlu tutum boyutu puanlarının, olmayan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Katılımcıların aşı olma durumlarına göre Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ve boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutum ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Aşı olan katılımcıların olumsuz tutum boyutu puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha az olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Aşı olan katılımcıların aşı türünün Biontech olma durumuna göre olumsuz tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Biontech olan katılımcıların Covid-19 aşısına yönelik tutum ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Aşı türü Biontech olan katılımcıların olumsuz tutum boyutu puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha az olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Aşı olan katılımcıların aşı türünün Sinovac olma durumuna göre Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Sinovac olan katılımcıların Covid-19 aşısına yönelik olumlu tutum ölçeği puanlarının, olmayan çalışanlara göre daha çok olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Aşı olan katılımcıların aşı türünün Türkovac olma durumuna göre olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Türkovac olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutum ölçeği puanlarının, olmayan çalışanlara göre daha çok olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Ankete katılım sağlayanların aşılarının tam olma durumuna göre olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Aşı dozu üç doz ve daha fazla olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanlarının, bir doz ve iki doz olan çalışanlara göre daha çok olduğu görülmektedir. Aşı dozu iki doz olan katılımcıların olumlu tutum boyutu puanlarının, bir doz olan sağlık çalışanlarına göre daha çok olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Katılımcıların ailede veya arkadaşlarda Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölme varlığına göre olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Ailede veya yakın çevrede Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölme varlığı olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 5.5).

Tablo 5.6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre aşı karşıtlığı ölçeği ve boyutları puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Boyutu		Aşı Karşıtlığı Boyutu		Aşı Olmamak İçin Çözümler Boyutu		Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Boyutu		Aşı Karşıtlığı Ölçeği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	24 yaş ve altı	12.23	5.43	15.64	5.67	9.77	4.75	7.04	3.41	44.68	13.47
	25-29	11.09	5.00	15.79	5.23	9.07	4.46	7.66	4.01	43.61	13.37
	30-34	9.99	4.69	15.38	6.43	9.97	5.98	8.64	5.84	43.97	17.20
	35-39	10.72	4.98	16.34	5.86	9.76	4.87	8.11	4.48	44.94	14.90
	40 yaş ve üstü	9.88	4.63	15.87	5.26	8.58	4.10	7.60	3.90	41.92	13.21
Test değeri		2.329***		0.366***		1.246***		1.207***		0.598***	
p		0.055		0.833		0.291		0.307		0.664	
Cinsiyet	Kadın	11.05	4.90	15.99	5.34	9.35	4.59	7.74	3.95	44.13	13.49
	Erkek	10.26	4.97	15.72	6.01	9.44	5.12	8.02	4.93	43.44	15.52
Test değeri		1.662**		0.485**		-0.191**		-0.646**		0.493**	
p		0.097		0.628		0.849		0.519		0.622	
Medeni durum	Evli	10.50	5.11	15.98	5.75	9.44	4.68	8.00	4.22	43.91	14.53
	Bekar	10.87	4.73	15.72	5.58	9.34	5.06	7.72	4.72	43.65	14.49
Test değeri		-0.773**		0.471**		0.211**		0.638**		0.187**	
p		0.440		0.638		0.833		0.524		0.852	
Eğitim durumu	Lise ve altı	10.17	4.52	16.44	4.69	8.38	4.01	7.33	2.96	42.31	12.22
	Üniversite	10.74	4.91	15.71	5.65	9.43	4.78	7.84	4.40	43.72	14.38
	Lisansüstü	10.62	6.00	16.76	7.20	10.59	6.47	9.24	6.53	47.21	18.76
Test değeri		0.281***		0.738***		1.959***		1.744***		1.060***	
p		0.755		0.479		0.142		0.176		0.347	
Meslek	Doktor	12.38	6.96	17.23	8.51	11.69	7.72	9.38	7.41	50.69	20.65
	Paramedik/A.T.T.	10.68	4.91	15.74	5.65	9.45	4.81	7.89	4.44	43.76	14.51

	Şoför	10.02	4.44	16.51	4.77	8.12	3.66	7.29	3.05	41.95	11.53	
Test değeri		1.132***		0.731***		2.928***		1.103***		1.812***		
p		0.323		0.482		0.055		0.333		0.165		
Kronik hastalık varlığı	Evet	9.62	4.44	16.18	5.07	8.93	4.72	7.83	4.37	42.57	13.08	
	Hayır	10.89	5.02	15.79	5.79	9.49	4.87	7.89	4.47	44.06	14.79	
Test değeri		-2.043**		0.546**		-0.911**		-0.101**		-0.816**		
p		<b>0.042*</b>		0.585		0.363		0.919		0.415		
COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu	Evet	4.64	4.64	15.32	5.35	8.75	4.14	7.43	3.73	42.31	13.30	
	Hayır	4.64	4.64	16.38	5.92	10.01	5.37	8.31	5.01	45.22	15.45	
Test değeri		0.606**		-1.938**		-2.701**		-2.056**		-2.082**		
p		0.545		0.053		<b>0.007*</b>		<b>0.040*</b>		<b>0.038*</b>		
Aşı olma durumu	Evet	10.51	4.90	15.76	5.68	9.34	4.88	7.87	4.49	43.48	14.58	
	Hayır	14.22	4.61	18.17	5.06	10.50	3.88	8.00	3.25	50.89	10.18	
Test değeri		-3.152**		-1.767**		-0.990**		-0.121**		-2.130**		
p		<b>0.002*</b>		0.078		0.323		0.904		<b>0.034*</b>		
Olunan aşı türü (n=409)	Biontech	Evet	10.56	4.85	15.43	5.42	8.96	4.24	7.44	3.60	42.39	13,21
		Hayır	10.40	5.04	16.54	6.21	10.26	6.07	8.90	6.02	46.09	17,20
	Test değeri		0.299**		-1.798**		-2.462**		-3.035**		-2.356**	
	p		0.765		0.073		<b>0.014*</b>		<b>0.003*</b>		<b>0.019*</b>	
	Sino vac	Evet	10.03	4.58	15.59	5.42	8.74	4.33	7.41	4.07	41.78	13,30
		Hayır	11.64	5.46	16.17	6.25	10.78	5.77	8.96	5.24	47.54	16,63
	Test değeri		-3.045**		-0.935**		-3.912**		-3.210**		-3.700**	
	p		<b>0.002*</b>		0.351		<b>0.000*</b>		<b>0.001*</b>		<b>0.000*</b>	
T	Evet	9.24	6.80	18.67	10.41	14.95	8.80	12.90	9.13	55.76	27,79	

	ür ko va c	Hayır	10.58	4.78	15.60	5.28	9.04	4.40	7.60	3.94	42.82	13,25
	Test değeri		-1.220**		2.423**		5.601**		5.452**		4.035**	
	p		0.223		<b>0.016*</b>		<b>0.000*</b>		<b>0.000*</b>		<b>0.000*</b>	
Aşının tam olma durumu (n=409)	Bir doz (1)		15.92	5.63	17.25	7.23	14.25	5.56	8.92	3.55	56.33	17.09
	İki doz (2)		12.19	4.94	15.45	5.32	9.36	4.41	7.99	3.73	44.99	12.61
	Üç ve daha fazla (3)		9.46	4.47	15.84	5.78	9.12	4.97	7.76	4.86	42.18	15.05
Test değeri			23.273***		0.634***		6.524***		0.445***		6.591***	
p			<b>0.000*</b>		0.531		<b>0.002*</b>		0.641		<b>0.002*</b>	
Bonferroni			<b>1&gt;2, 1&gt;3, 2&gt;3</b>		-		<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>		-		<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>	
Ailede Covid-19 enfeksiyonu geçirme varlığı	Evet		10.58	4.74	15.57	5.18	8.94	4.31	7.36	3.62	42.44	13.30
	Hayır		10.93	5.53	16.73	6.89	10.76	6.00	9.42	6.06	47.84	17.01
Test değeri			-0.651**		-1.833**		-3.403**		-4.233**		-3.375**	
p			0.515		0.067		<b>0.001*</b>		<b>0.000*</b>		<b>0.001*</b>	
Ailede ve yakın çevrede Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölüm	Evet		9.96	4.59	15.66	5.37	8.20	4.12	6.91	3.46	40.74	13.30
	Hayır		11.10	5.11	15.98	5.85	10.13	5.12	8.47	4.87	45.69	14.90
Test değeri			-2.317**		-0.570**		-4.062**		-3.583**		-3.473**	
p			<b>0.021*</b>		0.569		<b>0.000*</b>		<b>0.000*</b>		<b>0.001*</b>	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Katılım sağlayanların tanımlayıcı özelliklerine göre aşı karşıtlığı ölçeği ve boyutlarının puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılım sağlayanların kronik hastalık varlığına göre aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kronik hastalığı olmayan çalışanların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu puanlarının, olan çalışanlara göre daha çok olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Araştırmaya katılanlarda Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumuna bakıldığında aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan olarak anlamlı bir fark oluştuğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyen katılımcıların aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha çok olduğu tespit edilmiştir ( Tablo 5.6).

Katılım sağlayanların aşı olma durumlarına göre aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı olmayan katılımcıların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan katılımcılara göre daha çok olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Aşı olan çalışanların aşı türü Biontech olma durumlarına göre aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Biontech olmayan çalışanların aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Aşı olan çalışanların aşı türü Sinovac olma durumlarına göre aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Sinovac olmayan çalışanların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha çok olduğu tespit edilmiştir ( Tablo 5.6).

Aşı olan çalışanların aşı türü Türkovac olma durumlarına göre aşı karşıtlığı boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Aşı türü Türkovac olmayan çalışanların aşı karşıtlığı boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ( Tablo 5.6).

Ankete katılım sağlayanların aşının tam olma durumlarına göre aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Bir doz aşı olan katılımcıların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu puanlarının, iki doz ve üç doz ve üzeri olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. İki doz aşı olan çalışanların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu puanlarının, üç doz ve üzeri olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bir doz aşı olan çalışanların aşı olmamak için çözümler boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, iki doz ve üç doz ve üzeri olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Ankete katılım sağlayan çalışanların ailede Covid-19 enfeksiyonu geçirme varlığına göre aşı olmamak için çözümleri, aşı tereddüdünün meşrulaştırmaları ve aşı karşıtlığı ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir. ( $p<0.05$ ). Ailede Covid-19 enfeksiyonu geçirme varlığı olmayan çalışanların aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Çalışanların ailede veya arkadaşlarda Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölme varlığına göre aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Ailede veya arkadaşlarda Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölme varlığı olmayan çalışanların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu, aşı olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir ( Tablo 5.6).

Tablo 5.7. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki

<b>Ölçek ve Boyutları</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1- Olumlu Tutum Boyutu	r	1.000	0.086	0.703	-0.704	-0.141	-0.269	-0.134	-0.426
	p	-	0.077	0.000*	0.000*	0.004*	0.000*	0.006*	0.000*
2- Olumsuz Tutum Boyutu	r		1.000	0.768	-0.084	-0.552	-0.446	-0.381	-0.511
	p		-	0.000*	0.083	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
3- Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği	r			1.000	-0.512	-0.484	-0.491	-0.358	-0.638
	p			-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
4- Aşı Yararı ve Koruyucu Değeri Boyutu	r				1.000	0.008	0.195	0.124	0.448
	p				-	0.861	0.000*	0.010*	0.000*
5- Aşı Karşıtlığı Boyutu	r					1.000	0.619	0.529	0.763
	p					-	0.000*	0.000*	0.000*
6- Aşı Olmamak İçin Çözümler Boyutu	r						1.000	0.795	0.887
	p						-	0.000*	0.000*
7-Aşı Tereddüdünün Meşrulaştırılması Boyutu	r							1.000	0.822
	p							-	0.000*
8- Aşı Karşıtlığı Ölçeği	r								1.000
	p								-

\*p<0.05

Araştırmada kullandığımız ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda, olumlu tutum boyutu ile aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu arasında ( $r=-0.704$ ,  $p<0.05$ ), aşı karşıtlığı boyutu arasında ( $r=-0.141$ ,  $p<0.05$ ), aşı olmamak için ozmler boyutu arasında ( $r=-0.269$ ,  $p<0.05$ ), aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu arasında ( $r=-0.134$ ,  $p<0.05$ ) ve aşı karşıtlığı leği arasında ( $r=-0.426$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 5.7).

Olumsuz tutum boyutu ile aşı karşıtlığı boyutu arasında ( $r=-0.552$ ,  $p<0.05$ ), aşı olmamak için ozmler boyutu arasında ( $r=-0.446$ ,  $p<0.05$ ), aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu arasında ( $r=-0.381$ ,  $p<0.05$ ) ve aşı karşıtlığı leği arasında ( $r=-0.511$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 5.7).

Covid-19 aşısına yönelik tutumlar leği ile aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu arasında ( $r=-0.512$ ,  $p<0.05$ ), aşı karşıtlığı boyutu arasında ( $r=-0.484$ ,  $p<0.05$ ), aşı olmamak için ozmler boyutu arasında ( $r=-0.491$ ,  $p<0.05$ ), aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu arasında ( $r=-0.358$ ,  $p<0.05$ ) ve aşı karşıtlığı leği arasında ( $r=-0.638$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 5.7).

Tablo 5.8. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Bağımsız Değişkenler</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>SH</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>R^2</math></b>	<b>Durbin-Watson</b>
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar	Sabit	5.012	0.092	-	54.337	0.000*	291.773	0.000*	0.407	1.741
	Aşı Karşıtlığı	-0.034	0.002	-0.638	-17.081	0.000*				

\*p<0.

Regresyon analizi sonuçları Tablo 5.8.'de verilmiştir. Aşı karşıtının Covid-19 aşısına yönelik tutumlar üzerindeki etkisini araştırmak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F=291.773$ ;  $p<0.05$ ).

Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; aşı karşıtının Covid-19 aşısına yönelik tutumlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir ( $t=-17.081$ ,  $p<0.05$ ). Aşı karşıtında 1 birimlik artış Covid-19 aşısına yönelik tutumlar üzerinden 0.034'lük azalışa neden olmaktadır ( $\beta=-0.034$ ). Covid-19 aşısına karşı tutumlar üzerindeki değişimin %40.7'sini açıkladığı görülmektedir ( $R^2=0.407$ ). Modelde otokorelasyon sorunu yoktur, Durbin-Watson değer sonuçları 1.5 ile 2.5 arasında bulunmuştur. (DW=1.741) ( Tablo 5.8).

## 5. Tartışma

Katılımcılardan alınan verilere göre ölçeklerin tanımlayıcı istatistikî, Covid-19 aşısına karşı olumlu ve olumsuz tutum boyutu, aşının yararı ve aşının koruyucu değeri, aşya karşıt olanlar, aşı olmamak için çözüm arayışında bulunanlar, aşı olma konusunda tereddüt yaşayanlar için ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmış olup, çalışma kapsamında toplanan aşı karşıtlığı ve aşı kararsızlığı sorgulanmıştır. Buna ilişkin sebepler ve sonuç olarak katılımcıların seçtiği davranış biçimleri bu çalışmanın bulgular kısmında işlenmiştir. Çalışmamızda özellikle aşı konusunda kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre daha fazla kararsızlık hali yaşadığı görülmektedir. Yıldız ve Gencer'in yaptıkları çalışmada da kadınların geliştirilen Covid-19 aşlarına yönelik güvensiz duygulara sahip olduklarını bu nedenle aşya karşı olumlu yaklaşımlar sergilemedikleri tespit edilmiştir (Yıldız ve Ark. 2021).2021 yılında Salmon ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada aşya hiç yaptırmayı düşünmeyen erkek oranının kadın oranından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de Salali ve Uysal (2020)'in çalışmasında iseCovid-19 aşısını kabul etme olasılığı erkeklerin kadınlara oranladaha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diyabet, obezite, hipertansiyon vs. gibi kronik hastalığı bulunanlar için Covid-19 salgını çok büyük risk oluşturmaktadır. Bu gibi durumlar Covid-19 salgınına karşı üretilen aşılara yönelik tutumları etkileyecektir. (Strizova ve Ark. 2021). Bish ve arkadaşlarının 2011 yılında İtalya'da yaptıkları araştırmada, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının, yakın çevresinde ve ailesinde önem arz eden kronik hastalıklara sahip olduklarını ve bu durumun aşı olma isteklerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da, kronik hastalığa sahip sağlık çalışanlarının Covid-19 aşılarını olma konusunda olumlu yaklaşımları olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda aşı olan katılımcıların olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutumları, aşı olmayan çalışanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başkaya ve Kaya (2023) tarafından yapılan bir araştırmada da benzer sonuç bulunmuştur. Covid-19 aşısı olan ve Covid-19 aşısı olma konusunda istekli olanlarda aşya karşı olumlu tutum düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bu sonucu literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir (Düzel ve Doğan, 2022); Durduran ve Ark. 2022). Aşı olan katılımcıların olumsuz tutum boyutu puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha az olduğu görülmektedir.

Biontech, Sinovac ve Türkovac aşısını olan katılımcılar arasında aşı olmayan katılımcılara göre olumlu tutum ölçekleri daha yüksek seviyelerde görülmüştür. Bununla birlikte aşının koruyuculuğuna olan güvenleri de özellikle Biontech aşısında kendini göstermektedir. Civelek ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada Covid-19 aşılama çalışmalarında kişilere aşılarla yönelik seçenekler sunulması aşı yaptırma konusundaki düşünceleri olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Bu nedenle aşı çeşitliliğinin sağlanması aşı çalışmalarında daha iyi sonuçlar almak için olumlu yöntemlerden biri olarak gösterilebilir. Çakal'ın eleştirel söylem analiz yöntemi ile gerçekleştirdiği çalışmada Turkovac aşısına karşı Biontech aşısına daha olumlu ifade ve tutumlar tespit edilmiştir. Kişiler “Turkovac aşısı olmak istemem”, “Alman aşısını tercih ederim” gibi net ifadelerle aşılar konusunda olan düşüncelerini açık bir şekilde ifade etmişlerdir. Bu çalışmada çok yaygın kullanım alanı olan sosyal medya ağlarının kişiler arasında büyük etkiler oluşturabileceğini göstermektedir. (Çankal, 2021).

Aşı dozu üç doz ve daha fazla olan kişilerde olumlu tutum boyutu ve Covid-19 aşısına yönelik tutum ölçek puanlarının, bir doz ve iki doz olan kişilere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ankete katılım sağlayan sağlık çalışanlarının ailesinde veya çevresinde bulunan arkadaşlarının ve ailelerinin ölümlerine göre olumlu tutum boyutları daha yüksek seviyelerde görülmektedir. Bu da insanların bir felaketle karşılaştığında ve yakın şahit olduklarında, felaketi önleyici tedbirlere yönelme davranışı göstererek hayatta kalma içgüdülerine yönelmeleriyle ilişkili görülmektedir (Yıldırım, 2020). Bu davranış literatürde birçok kez karşımıza çıkmaktadır. Genel kabulde, vahşi hayvanlardan korunmak üzere ateş yakma ve en vahşi hayvanın mağara duvarına çizilip ateşle aydınlatma yolunu izlemeden itibaren, günümüze dek değişen birçok koşul ve şartlarda rastlanılmaktadır. Aşının koruyuculuğuna dair de benzer bir koruyuculuk refleksi, Covid-19 yıkımını yakından gören katılımcılar için geliştiğini göstermektedir. Bu çalışmanın literatür ile bu noktada Covid- 19 aşısına dair olumlu bakış açısının artması, felaketi yakından gören (hastalığı yakınları aracılığıyla gören veya ölümüne şahit olma durumu) katılımcıların, tepkisine benzerliği ile uyumludur (Şimşek, 2020; Yıldız ve Ark. 2021; Uslu ve Ark. 2021). Görülen bu uyum, aşıya yaklaşımın, psikolojik koşullarla şekillenebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre kronik hastalığı olanlarda aşı koruyuculuğunun olmadığı görüşü daha yüksek puana sahiptir. Durduran ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise kronik bir hastalığa sahip olmayan kişilerin aşı tereddüdü ve reddi kronik bir hastalığı olan kişilere göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek tespit edilmiştir (Durduran ve Ark. 2022). Pek çok araştırma göstermektedir ki kronik hastalığa sahip olma aşı kabulünü artırmaktadır (Schwarzinger& Ark. 2021; Soares & Ark. 2021) Covid-19 hastalığı geçirmeyen katılımcıların aşı olma konusunda tereddüt yaşadıkları ve aşı olmamak için çözüm aradıkları görülmektedir. Aşı karşıtı etkiler hemen hemen tüm bulaşıcı hastalıklarda görülmektedir. Düzel ve Doğan'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada çocuğu olan annelerin çocukluk çağı aşılarını aksatmadan yaptırdıklarını ve aralarından bazılarının grip aşısını da olduklarını belirtmişler, Covid-19 aşıları dışındaki aşıları reddeden bir tutuma sahip olmadıklarını açıklamışlardır. Dr. Anthony Fauci "ABD Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü Direktörü" ABD'de yapmış olduğu bir kongrede yanlış bilgi kaynaklarının aşı tereddüdüne sebep olduğunu söylemiştir (Erkekoğlu ve Ark. 2020) Covid-19 virüsü ile ilgili doğru olmayan haberler sosyal medya araçları aracılığı ile yayılmaktadır. İnsanların doğru olmayan bilgileri yanlış bilgilerden ayırt edebilmeleri için azami düzeyde de olsa konu ile ilgili bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Bireyler bilgi durumlarını güncellerken yanlış olabilmeye ihtimali yüksek haberleri tüketebilirler ve bu haberler kişilerde, endişe ve korku yaşamalarına neden olabilmektedir (Jung ve Jun, 2020). Bu da kişilerin aşı yaptırmak yerine alternatif çözüm aramaya yönlendirebilmektedir.

Aşı olmayan katılımcıların aşı yararı ve koruyucu değeri boyutu ile aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan çalışanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında aşya karşı olumlu tutum sergileyenler ile aşının yararı ve koruyuculuğu konusunda aşı karşıtlığı, aşı tereddüdü yaşayanlar ve aşı olmamak için çözüm arayışında olan çalışanlara göre daha fazla oldukları görülmektedir. Olumsuz tutum sergileyen katılımcılar arasında ise aşı karşıtı ve aşı tereddüdü yaşayan katılımcılara göre daha negatif yönlü düşünceleri olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmanın istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verdiği görülmektedir.

Aşıların güvenilir olmadığı ve yan etkileri gibi düşünceler Covid-19 aşıları konusunda en fazla ret ve tereddüt sebebidir (Kalkan ve Ark. 2022). Bizim çalışmamızda Biontech, Sinovac ve Türkovac aşılarını olmayan katılımcıların aşı

olmamak için çözümler boyutu, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması boyutu ve aşı karşıtlığı ölçeği puanlarının, olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu nedenle aşıya güven oluşturmak oldukça önemlidir.

Yüksek ölüm ve enfeksiyon oranı nedeniyle, kişiler haklı olarak Covid-19 hastalığı hakkında endişe duymakta ve korku yaşamaktadır (Karaman ve Ark. 2021). Çalışmamızda katılımcıların ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 hastalığını geçirmeyen ve ailede veya arkadaşlarda Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle kaybı olmayanlarda aşı olmamak için çözüm arayışında oldukları tespit edilmiştir. Tüm salgınlarda olduğu gibi Covid-19 pandemisinde de büyük özveri gösterip süreçten en çok etkilenen çalışanlardandır sağlık çalışanları. Karaman ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada intörn hemşirelerinin %85,4'ünün salgın döneminde korku yaşadığı, %83,3'ünün Covid-19 aşılarını yaptırmak istemedikleri tespit edilmiştir. Covid-19'un tüm dünyada etkisinin zirve yaptığı düşünüldüğünde, vaka, hastaneye yatış ve ölüm sayılarındaki artış deneyimi nedeniyle sağlık çalışanları bu hastalığı daha önemli ve şiddetli olarak görmüş ve aşı tercihlerinin olumlu düzeyde olmasına neden olmuştur.

Bu çalışmaya göre, aşılama istekli sağlık çalışanlarının oranı aşı karşıtı olan sağlık çalışanlarına oranla daha yüksektir. Sağlık çalışanlarının Covid-19'a yakalanma riski daha yüksek olduğundan ve hastalara ve halka aşı yazmaktan ve önermekten sorumlu olduklarından, özellikle aşılama hakkında yanlış bilgi yayıldığında, onların aşı olma isteklerini belirlemek ve diğer önleyici tedbirleri almak önemlidir. Bulgular, ankete katılanların Covid-19 riski, Covid-19 aşısı güvenilirliği endişeleri ve Covid-19 aşısı alternatiflerini tercih etme konusunda daha yüksek bir algıya sahip olduğunu ve Covid-19 aşısının algılanan faydaları konusunda daha düşük puanlar aldığını göstermiş ve ankete katılan katılımcıların aile ve arkadaşlar gibi sosyal faktörlerin Covid-19 aşısı olma niyeti üzerinde de etki ettiği düşünülmektedir. Hastane öncesi çalışanlarının hastalığa yakalanmaya ve bulaştırmaya en yakın veya başka bir deyişle, Covid-19 hastalığı riskini daha çok hissettikleri konumda bulunmaları ankete katılan katılımcıların vermiş olduğu cevaplardan da anlaşılmaktadır. Ancak geçen zaman içinde Covid-19 aşısının yararları ve yan etkileri konusunda hala kesinlik olmadığı göz önüne alındığında, aşı yerine başka Covid-19 korunma yolları tercih edilmiş olabilir. Hastane öncesi sağlık çalışanlarının zaman içinde Covid-19 aşısını alma niyetinin düşük olması ankette "Covid-19 aşısı güvenilirliği ve tereddüt

kaygıları" ve "Covid-19 aşısı alternatiflerini tercih etme" gibi Covid-19 hastalığı, aşının etkileri ve olası yan etkileri hakkında eğitime ve geçerli bilimsel bilgilerin sağlanmasına duyulan ihtiyacı göstermektedir. Çalışmada açıklandığı gibi, hastane öncesi sağlık çalışanlarının Covid-19 aşısının ciddi yan etkileri hakkında yanlış bilgi verilmesi nedeniyle Covid-19 aşısı alma konusundaki tereddütleri bildirilmiştir. Dolayısıyla tüm bunlara ek olarak, diğer araştırmacılar, hastane öncesi sağlık çalışanlarının Covid-19 aşısını alma niyetine ilişkin sistematik incelemelerinin ve meta-analizlerinin sonuçlarına dayanarak, aşılamaı teşvik etmek için bilgi, tutum ve uygulamayı geliştirmeye yönelik eğitim çabalarına acilen ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Yapılan anket neticesinde aşı tereddüdü ve Covid-19 aşısının kabul edilebilirliğine yönelik tutumlar üzerinde olumlu düzeyde etkinliğini de doğrulamıştır.

Sağlık çalışanları aşılardan yan etkileri ve potansiyel riskleri gibi nasıl yapıldığı ve üretildiği hakkında daha fazla bilimsel bilgiye sahip olduklarından, doğal olarak diğer insan gruplarından daha fazla endişe duyarlar ve bu nedenle aşılardan kullanılması konusunda kararsız olabilirler. Toplum Covid-19 aşılardan ve hastalığına yönelik bilgileri en çok sağlık çalışanlarından, internet/sosyal medyadan temin etmektedir (Erkekoğlu ve Ark. 2020). Dolayısıyla devletin sağlık çalışanlarına yönelik on-line, soru-cevap oturumları gibi Covid-19 aşısı hakkında eğitimler düzenlemesi, toplumdaki aşılardan konusunda daha başarılı sonuçlar almak için etkili olacağı öngörülmektedir.

## 6. Sonuç ve Öneriler

Dünyada aşilar bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede en etkili buluşlardan biridir. Aşılan bireylerde doğrudan bağışıklık ve hastalık önlemenin yanı sıra, popülasyonun çoğunluğu bağışıkken sürü bağışıklığı ile aşılanmamış bireyleri koruduğu gösterilmiştir.

Acil Sağlık Hizmetleri, özellikle ambulanslarda en önemli sağlık hizmetlerinden biridir. Hasta ile ilk temasın kurulduğu bu durumda, sağlık hizmeti sunucusunun işinin ehli ve nitelikli bir sağlık meslek mensubu olması, hastanın kolaylıkla teşhis edilmesini sağlar ve bu anlamda tedavi erken başlar ve erken tedavi yapılarak hasta kurtarılabilir. İnsanların hayatını koruyan tıbbi işlemleri içeren, hayati tehlike arz eden vakalara anında müdahale edilmesi gereken ilk yardım sağlık hizmeti olarak tanımlanan Acil Sağlık Hizmetleri, ilk müdahalenin yanında ayrıca toplumun acil servis ihtiyacında ilk temasta bulunan çalışan kişileri bünyesinde barındırmaktadır. Türkiye’de 112 Acil Çağrı Merkezi çalışanlarından başlayarak Hastaneye kadar giden yolda çalışanların aşı tercihlerinin olumlu düzeyde olduğu görülmektedir.

Tüm bu çalışmaların sonuçlarına göre, kişisel grip riski algısı, hastalığın bulaşıcılığı ve ciddiyeti hakkındaki yanlış kanılar, güvenlik ve etkililik konusundaki endişeler genellikle aşı yaptırmama nedenleridir. Grip aşısı ve aşı ihtiyacı hakkında çalışmada en sık aşığı reddetme nedenleri aşı olmanın çok gerekli bir sebep olmadığı düşüncesi ile alternatif ve güvenilir başka yöntemleri arama olarak görülmektedir. Aşılama en başarılı koruyucu sağlıktır ve toplum sağlığı için önemlidir. Aşilar, doğrudan ve dolaylı etkileri olan birçok hastalığın gelişmesini ve yayılmasını önlemektedir. Aşilar çok güvenilir biyolojik ürünlerdir. Grip aşısı olmayan kişilerde gribe yakalanma olasılığının yanı sıra hastalıkla ilişkili morbidite ve mortalitenin aşının olası yan etkileriyle karşılaştırılmayacak kadar yüksek olduğu unutulmamalıdır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşı karşıtlarının sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir. Aşığı reddeden hastaların aşılmasının sağlanmasında sağlık çalışanlarına önemli rol düşmektedir. Kendileri veya çocuklarına aşı yaptırmayan doktorlar hastalarına aşı önermemektedirler. Aşılama programlarının ülke genelinde başarılı bir şekilde işletilmesi için sağlık çalışanları arasında farkındalık ve farkındalığın artırılarak aşılama sayısının artırılması önemlidir. Bunun için öncelikle aşı karşıtlığına yol açan faktörleri tespit etmek ve bunları değiştirecek stratejiler geliştirmek gerekmektedir.

Hastane çalışanları salgında önemli bir rol oynamaktadır. Salgından etkilenen nüfusun bir kısmı bizzat hastanelere gittiğinde sağlık görevlileri bir kısmına ilk yardımı yapmaktadır. Bu nedenle hastane öncesi çalışanları salgın hastalıklardan korumak için aşılama öncelikleri bulunmaktadır. Hastane öncesi çalışanların aşırı çok sık tercih etmesi beklenmesine rağmen aşılama oranı istenilen düzeyde olmamaktadır. Tıpkı toplumda olduğu gibi sağlık çalışanlarının da saf olmayan bilgilerden dolayı karar vermekten çekindiği gözlemlenmiştir.

Yapılan birçok çalışma sonucunda hastane öncesi sağlık çalışanlarına grip aşısı yapılması, grip ve türevlerine yakalanma riskini azaltmaktadır. Bu nedenle hizmet verdikleri hastalarda tedavi süreci en hızlı şekilde tamamlanmış ve ölüm riski en aza indirilmiş olmaktadır. Öncelikle hastane öncesi çalışanların aşılama, yaşlıların enfeksiyon kapma riskinin yüksek olması nedeniyle evde hizmetlerin onlar tarafından sağlanmasını gerektirmektedir. Bu bakımdan aşılamanın hasta veya tedaviye ihtiyacı olan, özellikle engelli ve yaşlıları koruyup korumadığı ve salgın hastalıkların yayılmasını önleyip önlemediği konusunda kesin sonuca varmak için araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Sadece aşılama ile enfeksiyon riskinin azaldığının gösterilmesi, bulaşıcı olmadığı anlamına gelmemektedir. Sağlık çalışanlarının aşılama gerektiren enfeksiyonlara karşı zorunlu ya da gönüllü aşı programlarına karar vermede etkisi görülmektedir.

2000'li yılların başında, dünya çapında aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakaları bildirilmeye başlanmıştır. Sonuç olarak aşı reddindeki artış, aşılama oranlarında düşüş ve aşı ile korunan hastalıklarda artış olarak görülmektedir. Kızamık vakalarındaki artış nedeniyle ABD'nin New York eyaletinin bazı bölgelerinde olağanüstü hal ilan edilmiştir. Aşılama olmamış kişilerin halka açık yerlerde okula gitmesi yasaklanmıştır. Dolayısıyla aşı tercihleri kararsızlığın önünde olmalıdır.

Diğer bir sebep ise aşıların yan etki olarak başka hastalıkları tetiklemesidir. Örneğin 1998 yılında kızamık-kabakulak-çiçek aşılarının otizm ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tüm bunlara ek olarak gençlerin Covid-19 hastalığına yakalanmaması da aşıdan kaçınmada etkili olmuştur. Aşı karşıtı faaliyetler Covid-19 salgınının sona ermesi için yapılan çalışmalarda engel teşkil etmektedir. Bu da salgının bitmeyerek uzamasına neden olmaktadır. Bu bağlamda salgın önlemlerinin devam etmesi ve artması kişilerin sosyoekonomik yapısına ve ruhsal bunalımlarına yol açabilmektedir.

Aşı süreçleri insanların dünyaya geldiği andan itibaren başlamaktadır. Birçok hastalığın önlenmesinde ve bu hastalıkların sağlık kuruluşlarına olan mali yükünün azaltılmasında başarılı görünmektedir. Çocukluktan yetişkinliğe kadar pek çok salgın hastalığa ve bulaşıcı hastalığa karşı aşılar bulunmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerinde 60 yaş ve üstü kişiler için grip aşısı zorunludur. Bu durumda, insanların başka seçeneği yoktur. Birçok salgının önlenmesinde, DSÖ'nün belirleyici sorumluluğunun amacı, salgının yayılma riskini en aza indirmektir.

Aşılama süreci tüm sağlık çalışanlarının iş görevlerini yerine getirebilmeleri ve mesleklerinde aksama olmadan devam edebilmeleri için çok önemli görülmektedir. Sağlık çalışanlarının görevi nedeniyle aşılama, toplum sağlığı içinde öncülük etme açısından oldukça önemlidir. Bulaşıcı hastalıklara karşı zorunlu aşılama, aşılamaı reddeden sağlık çalışanlarının olumsuz yöntemler kullanmasına yol açmaktadır. Sağlık çalışanları para cezası, işten çıkarma ve başka hizmetlere nakil gibi zorlayıcı sebeplere maruz kalmaktadırlar. Bu bağlamda yürütülen araştırmaların tartışılması, DSÖ tarafından onaylanan klinik etik ilkelerini önemli kılmaktadır. Bu nedenle uygulanan politikaların, sağlık çalışanları lehine veya aleyhine hastane etik kuralları öncesinde veya sonrasında halk sağlığını riske atmayacak şekilde uygulanması gerekliliği bulunmaktadır.

Kısacası, sağlık çalışanlarının aşı konusunda tereddüt etmelerinin nedenleri karmaşık ve çeşitlilik göstermektedir. Bu endişeler, diğer aşı ve nüfus endişeleriyle tutarlıdır, ancak yeni teknolojiler kullanılarak özellikle son zamanlarda yaşanan Covid-19 aşılarının hızla geliştirilmesi, pandemi sırasında benzersiz belirsizlikler yaratmıştır. Aşı tereddütü ile uğraşırken, doktorun farklı endişelerini tanımak önemlidir. Tıp eğitimi ve klinik deneyim, sağlık çalışanlarını toplumun tüm üyelerinin yaşadığı aynı duygu ve sorunlardan korumamaktadır. Bu nedenle, aşılama endişeleri tanınmalı ve aynı zamanda profesyonel unvanları ne olursa olsun profesyoneller yüksek standartlarda tutulmalıdır. Bu dengeyi sağlamak zordur ve muhtemelen deneme yanılma gerektirecektir. Bununla birlikte, aşı kabulünü teşvik etmekle ilgilenen kuruluşlar ve bireyler, aşı tereddütünün karmaşıklığının ve çeşitli müdahalelerin sonuçlarının farkında olarak hareket etmelidirler. Sağlık çalışanlarının hem Covid-19 hem de diğer aşılar için aşılamaıyla ilgili tartışma muhtemelen devam edecek ve hiç bitmeyecektir. Gelecekteki araştırmalar, yalnızca aşılama oranlarını artırmak için

değil, aynı zamanda aşı tereddütüne yol açan temel tutumları değiştirmek için de etkili müdahaleleri araştırmaya devam etmelidir.

Güncel araştırma sonuçları, hastane öncesi sağlık çalışanlarının Covid-19'a karşı aşı yaptırma niyetinin olumlu olduğunu ve özellikle iradenin zamanla azaldığını göstererek, bu sorunu etkileyen faktörlere dikkat edilmesi ve önlem alınması gerektiği vurgulanmıştır. Hastane öncesi sağlık çalışanları aşılamanın amacının Covid-19'un yayılmasını ve yükünü azaltmanın aşı olmadan geçtiğini bilmelidir. Bu bulgular, politika yapıcılara, sağlığı korumak ve sağlık çalışanlarını ve tüm toplumu Covid-19'dan korumak için Covid-19 aşısının kullanımının nasıl iyileştirilebileceği konusunda yararlı bilgiler sağlayabilmeyi amaçlaması gerekmektedir.

Covid-19 pandemisinin patlak vermesi, sağlık çalışanlarının grip aşısına karşı tutumunu büyük ölçüde artırmıştır. Bununla birlikte, aşılanan sağlık çalışanlarının oranı düşük olmaya devam etmekte ve sağlık çalışanlarını hedef alan eğitim kampanyalarının grip aşılama programına bağlılığı artırmak için yoğunlaştırılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının bilgilerini geliştirmek ve bu sorunları ele almak için daha fazla aşı eğitimi gereklidir, bu da bu grupta daha iyi aşı kullanımına yol açacaktır.

Hastane öncesi sağlık çalışanlarının, önerileri hasta kabulünü etkilediği için aşı güvenilirliği ve davranışı çalışmasında kilit bir popülasyondur. Ek olarak, kişisel aşılama davranışı, sağlık bakım ortamlarında bulaşıcı hastalıkların önlenmesini ve kontrolünü etkilemektedir. Çalışmada, halkın ve sağlık çalışanlarının aşının alımını iyileştirmeye yönelik müdahaleleri tartışmaktadır, ancak oluşan tereddüdün nadiren tavsiye veya hasta aşılması ile ilişkilendirmektedir. Spesifik aşı tutum-davranış ilişkileri ve tavsiyenin uygulanmasını etkileyen faktörler hakkındaki bilgilerimizi artırarak, yapılan anket sonucunda ve özel aşı kullanımını artırmak için gelecekteki müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik edebilmektedir. Bu çalışmanın bir diğer gücü de katılımcıların verdiği cevaplar incelendiğinde disiplinler ve aşılarda genelinde yapılan çalışmaların analizini yansıtmaktadır. Tüm aşılarda aşı tereddütü gözlemlenmiştir. Hastane öncesi sağlık çalışanlarının faktörlerinin veya hasta demografisinin etkisinin incelenmesine ek olarak, gelecekte ulusal yasaları veya zorunlulukları ve tavsiye niteliğindeki kılavuzlarla yapılacak çalışmalar, politika bağlamının sağlayıcı uygulamalarına ve hasta eylemlerine nasıl rehberlik ettiği konusunda dersler verebilmektedir. Burada tanımlanan faktörler, yetişkinlerin Covid-

19 aşısı alma niyetiyle ilişkilidir. Takviye aşılarla olan ihtiyaç ve bazı popülasyonlarda kalıcı direnç potansiyeli göz önüne alındığında daha fazla araştırma, sürü bağışıklığını teşvik etmek için Covid-19 aşısının tavsiyelerini etkileyen hasta ve sağlık çalışanlarının değerlendirmelerini incelemelidir. Aşılama kararında kültürün ve sosyal ağların rolüne ilişkin daha fazla araştırma, belirli popülasyonlarda hangi müdahalelerin en etkili olduğunu göstermek için daha iyi bilgi sağlayacaktır. Ayrıca, aşıyla ilgili yanlış bilgilerin ve güvenin zaman içindeki gelişiminin karşılaştırılması, pandemiler gibi sağlık krizlerinin ve sağlık sistemindeki değişikliklerin aşıyla ilgili görüşleri ve eylemleri nasıl etkilediğini ortaya çıkarabilmektedir.

Yetersiz aşılama ile ilgili küresel trajedilere rağmen aşılama kararsızlığı devam etmektedir. Ebeveynlerin endişeleri çoktur, ancak eğitim çabaları bu sorunları çözemez. Sağlık çalışanları ve hastalar, aşı hakkında tavsiyelerin değerini bilmeli ve varsayımsal dilde daha güçlü tavsiyeler aşılama oranlarını etkili bir şekilde artırmaktadır. Varsayımsal dil, sağlık uzmanından tavsiye aradığını ve buna uymaya istekli olduğunu ima etmektedir.

Yapılan anket sonucunda hastane öncesi sağlık çalışanlarından bir kısmının aşı tereddütü yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları, aşılama iyileştirmek için birimler ve roller arasındaki iletişimi destekleyebilecek Covid-19'a karşı aşılamanın önemli olduğuna inanan yakın arkadaş ve meslektaşlarından olumlu etkilenmektedir. Dolayısıyla doktor olmayanlar veya olumsuz reaksiyonlardan endişe duyanlar gibi belirli popülasyonların Covid-19 virüsüne karşı aşı olma olasılığı daha düşüktür ve Covid-19'a karşı aşılama hakkındaki bilgileri iyileştirmek için hedeflenmelidir.

Bu, çoğu sağlık çalışanının aşıların yararları ve güvenliği konusunda güçlü bir inanca sahip olduğunu ve diğer sağlık uzmanlarına güvendiğini göstermektedir. Bununla birlikte, birçok sağlık çalışanı arasında aşılama olan güvenin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Sonuçlar ayrıca, aşıları daha az yararlı ve daha güvenli olarak algılayan sağlık çalışanlarının kendileri ve çocukları için aşı olmayı kabul etme olasılıklarının daha düşük olduğunu ve aşı olmak istemeyen hastalara aşı önerme konusunda daha az istekli olduklarını göstermiştir. Sağlık çalışanlarına duyulan güven, sağlık çalışanlarının kendi aşılama kararları veya aşıyı tavsiye etme isteklilikleri ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Aşılar hakkında kanıta dayalı bilgilere duyulan güvenin sağlık çalışanlarının eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu ortaya çıkmış, bu nedenle eğitim düzeyi arttıkça güven konusunda da artış gözlemlenmiştir.

Bu, özellikle belirli aşılar veya hastalıklar hakkında bilgi gerektiren iddialar için geçerlidir. Daha fazla araştırma, aşı eğitimi veya öğretimi artırarak aşı bağlılığının artırılıp artırılamayacağını araştırmalıdır. Meslekte olmayan kişiler, sağlık çalışanlarının aşılama kararlarında kilit bir faktör olarak sağlık çalışanlarının güvenini belirttiğinden, sağlık çalışanlarının aşılmasını sağlamak, popülasyonda yüksek aşı kullanımını sürdürmek için önemli olabilir.



## 7. Kaynaklar

- Acunaş, B., Uslu, S., & Baş, A. Y. (2018). Turkish Neonatal Society guideline for the follow-up of high-risk newborn infants. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 53(Suppl 1), S180.
- Akşit, S. (2007). Çocukluk çağında aşı takvimi Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(11), 26-35.
- Al-Shaghsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 25, 4, 20-29.
- Altınbaş, Y., & İster, E. D. (2019). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler Hakkındaki Görüş, Bilgi Ve Uygulamaları. *Sakarya Üniversitesi Holistik*
- Alpay, A. Z. A. P. (2020). Covid-19 Aşılı: Tünelin Ucundaki Işık. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(Özel Sayı), 94-100. *Sağlık Dergisi*, 2(1), 47-60.
- Atalay, G. (2017). Hastaneler Arası Acil Hasta Naklinde Aktörler Arası İletişim Sorunu. *Hastane Öncesi Dergisi*, 2(2), 119-125.
- Bahl S, Bhatnagar P, Sutter RW, Roesel S, Zaffran M. (2018) Global Polio Eradication – Way Ahead. *Indian J Pediatr*. 85(2):124–31.
- Başkaya, E., & Çiğdem, K. A. Y. A. (2023). Bireylerin Aşılaraya Yönelik Tutumları Üzerine COVID-19 Korkusunun Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1), 27-38.
- Barutçu, A., Ezgi, Ç. A. Y., & Evliyaoğlu, N. (2021). Çiçek hastalığı epidemisinde Covid-19 pandemisine; aşı kararsızlığı ve aşı reddi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 243-250.
- Betsch, C. (2011). Innovations in communication: the Internet and the psychology of vaccination decisions. *Eurosurveillance*, 16(17), 19849.
- Betsch, C. ve Schmid, P. (2013). Korku aşı olma isteğini etkiler mi? Salgınlar sırasında risk algısının bilişsel ve duygusal yönlerinin etkisi. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (1), 124-130.

- Bish A, Yardley L, Nicoll A, Michie S. Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: a systematic review. *Vaccine*. 2011;29(38):6472-84. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.06.107>
- Brown, K. F., Kroll, J. S., Hudson, M. J., Ramsay, M., Green, J., Long, S. J., ... & Sevdalis, N. (2010). Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*, 28(26), 4235-4248.
- Burki, T. (2020). The online anti-vaccine movement in the age of Covid-19. *The Lancet Digital Health*, 2(10), e504-e505.
- Ceyhan, M. (2011). Recent advances in pneumococcal conjugate vaccines: a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine/Konjuge pnokok asilarında son gelişmeler: 13-valanlı konjuge pnokok asisi. *Journal of Pediatric Infection*, 68-74.
- Chabot, I., Goetghebeur, M. M., & Grégoire, J. P. (2004). The societal value of universal childhood vaccination. *Vaccine*, 22(15-16), 1992-2005.
- Chan, JF, Yuan, S., Kok, KH, To, KK, Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, CC, Poon, RW, Tsoi, HW, Lo, SK, Chan, KH, Poon, VK, Chan, WM, Ip, JD, Cai, JP, Cheng, VC, Chen, H., Hui, CK, ... Yuen, KY (2020). İnsandan insana bulaşmayı gösteren 2019 yeni koronavirüsü ile ilişkili ailesel bir pnömoni kümesi: bir aile kümesi çalışması. *Lancet (Londra, İngiltere)* , 395 (10223), 514–523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
- Chan, Y. H. (2003). *Biostatistics 101: data presentation*. *Singapore medical journal*, 44(6), 280-285.
- Charron J, Gautier A, Jestin C. Influence of information sources on vaccine hesitancy and practices. *Med Mal Infect [Internet]*. 2020;50(8):727–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.01.010>
- Contents V. Aşı İçerikleri. *J Pediatr Infect*. 2018;12(2):85–7.
- Çankal, G. (2021). Sosyal medyada Turkovac aşısına ilişkin self-oryantalist söylemler. *Medya ve Din Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 223-235.
- Çıklar S, Güner PD. Knowledge, Behavior and Attitude of Mother's about Childhood Immunization and Reasons of Vaccination Rejection and

Hesitancy: A Study of Mixt Methodology. Ankara Med J. 2020;20(1):180–95.

Çiftçi, E., & Çoksüer, F. (2020). Yeni koronavirüs enfeksiyonu: Covid-19. Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi, 25(1), 9-18.

Civelek B, Yazici O, Ozdemir N, Karacin C, Surel AA. Attitudes of physicians towards Covid-19 vaccines and reasons of vaccine hesitancy in Turkey. Int J Clin Pract. 26 Mayıs 2021;n/a(n/a):e14399. Erişim: <https://doi.org/10.1111/ijcp.14399>

Davas A. , Özyurt B. , Irgil E. , Etiler N. ,Yasin Y. (2018) Bağışıklama Hakkında Genel Bilgiler, In: Etiler N. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 11-39.

Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Aşı kararsızlığının haritalanması—Küresel bir olgunun ülkeye özgü özellikleri. Aşı , 32 (49), 6649-6654.

Dube, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. Expert review of vaccines, 14(1), 99-117.

Durduran, Y., Aktuğ-Demir, N., Demir, L. S., Kandemir, B., Duman, İ., & Yücel, M. (2022). Pandeminin Bir Yıl Sonrasında Covid-19 Aşısına Toplumsal Yaklaşım. *Klinik Journal/Klinik Dergisi*, 35(3).

Dünya Sağlık Örgütü. (2001). Hastaneyle ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin kılavuz ilkeler: resmi olmayan bir konsültasyon raporu, Bangkok, Tayland, 26-29 Haziran 2001 (No. SEA-HLM-339). DSÖ Güneydoğu Asya Bölge Ofisi.

Düzel, B., & Doğan, M. M. (2022). Covid-19 salgını özelinde aşı kararsızlığı: Bitlis örneği. *NOSYON: Uluslararası Toplum ve Kültür Çalışmaları Dergisi*, (9), 96-114.

Düzova, S. (2015). 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumu: Ankara ili örneği (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Eilers, R., Krabbe, P. F. M., & De Melker, H. E. (2014). Factors affecting the uptake of vaccination by the elderly in Western society. *Preventive medicine*, 69, 224-234.
- Eilers, R., Krabbe, P. F., Van Essen, T. G., Suijkerbuijk, A., Van Lier, A., & De Melker, H. E. (2013). Assessment of vaccine candidates for persons aged 50 and older: a review. *BMC geriatrics*, 13(1), 1-11.
- Ellithorpe ME, Adams R, Aladé F. Parents' Behaviors and Experiences Associated with Four Vaccination Behavior Groups for Childhood Vaccine Hesitancy. *Matern Child Health J* [Internet]. 2022;(Cdc). <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03336-8> adresinden erişilmiştir.
- Erbay, H. (2017). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1), 28-32.
- Erişim: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbp genelge2008pdf>. Erişim tarihi: 15.02.2022
- Erkekoğlu, P., Köse, S. B. E., Balcı, A., & Yirün, A. (2020). Aşı kararsızlığı ve Covid-19'un etkileri. *Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 208-220.
- Erten, H. Ç., Aktürk, Ü. A., Soğukpınar, Ö., Akbay, M. Ö., & Ernam, D. (2023). Determination of Vaccination Rates for Influenza and Pneumococcal Vaccines in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Factors Affecting Vaccination. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 34(2).
- Eryılmaz, M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaçta yönelik güncel çözüm önerileri. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 13(1), 1-12.
- Facciola, A., Visalli, G., Orlando, A., Bertuccio, M. P., Spataro, P., Squeri, R., ... & Pietro, A. D. (2019). Vaccine hesitancy: An overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. *Journal of public health research*, 8(1), jphr-2019.
- Fredrickson, D. D., Davis, T. C., Arnould, C. L., Kennen, E. M., Humiston, S. G., Cross, J. T., & Bocchini, J. A. (2004). Childhood immunization refusal:

provider and parent perceptions. *Family Medicine-Kansas City-*, 36, 431-439.

Agrinier, N., Le Maréchal, M., Fressard, L., Verger, P. ve Pulcini, C. (2017). Pratisyen hekimlerin hastalarına yönelik aşılama önerileri ile çocuklarına yönelik uygulamaları arasındaki tutarsızlıklar. *Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon* , 23 (5), 311-317.

Geniş, B., Gürhan, N., Koç, M., Geniş, Ç., Şirin, B., Çırakoğlu, O. C., & Coşar, B. (2020). Development of perception and attitude scales related with Covid-19 pandemic. *Pearson Journal of Social Sciences-Humanities*, 5(7), 306-328.

Gür, E. (2019). Vaccine hesitancy-vaccine refusal. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 1.

Gürbüz, Y., Tütüncü, E. E., Şencan, İ., Şendağ, E., Callak, F., Sevinç, G., & Tekin, A. (2013). İnfluenza A (H1N1) 2009 pandemisinde hastane çalışanlarının grip aşısına yaklaşımlarının araştırılması. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (1), 12-17.

Haase, N., & Betsch, C. (2012). Parents trust other parents: lay vaccination narratives on the Web may create doubt about vaccination safety. *Medical Decision Making*, 32(4), 645.

Hasar M, Özer ZY.(2021) Aşı reddi nedenleri ve aşılar hakkındaki görüşler Reasons for vaccine rejection and opinions on vaccines. 46(1):166–76.

Haverkate, M., D’Ancona F., Giambi C., Johansen K., Lopalco PL., Cozza V., Appelgren E. (2012). On behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. Mandatory and Recommended Vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010 Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes. *EuroSurveill* 2018;17(22):1–3

<https://covid19asi.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 23.02.2022

Jafari, M., Shakeri, K., Mahmoudian, P. and Bathaei, S. A. (2019). Innovation in the use of motor ambulance for prehospital emergency care. *Journal of education and health promotion*, 8, 38.

- Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental Health and Psychological Intervention Amid Covid-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271-272.
- Kaya O. Covid-19 Aşıları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* (2021) 28(Covid-19 Özel Sayı): 31-35.
- Kahraman S.(2020) Türkiye ' de Kızamık Hastalığının Son Yıllarda Artma Nedenleri  
Reasons for Increase in Recent Years of Measles Disease in Turkey.  
(December):175–83.
- Kahraman, E. P., & Altındış, M. (2020). Covid-19 Aşıları; Pandemiye Sona Doğru?. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4(3), 240-249.
- Kalkan, Y., Türkkan, A., DÖNMEZ, S., & Kayihan, P. A. L. A. (2022). Bir kamu kurumu çalışanlarında Covid-19 aşı tutumu ve ilişkili etmenler. *Turkish Journal of Public Health*, 20(3), 391-409.
- Karabay, O. (2021) 1. Bölüm Aşılama Tarihiçesi. *Koruyucu Hekimlikte*, 1.
- Karaman, D., Yılmaz, D., & Yılmaz, H. (2021). İntörn hemşirelik öğrencilerinin Koronavirüs (Covid-19) korkusunun aşı karşıtlığına etkisinin incelenmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 12(4), 179-191.
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716.
- Kazak, A., Hintistan, S., & Betül, Ö. N. A. L. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Covid-19 aşı geliştirme çalışmaları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(4), 571-575.
- Kınalı, G., Örgev, B. K., Örgev, C., Topal, B., & Şahin, H. (2022). Aşı okuryazarlığı ve Covid-19 pandemisinde yaşama yansıyan tereddüt, aşı reddi ve aşı karşıtlığı üzerine bir araştırma. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (38), 462-472.
- Kılınçarslan, M. G., Sarigül, B., Toraman, C., & Şahin, E. M. (2020). Development of valid and reliable scale of vaccine hesitancy in Turkish language. *Konuralp Medical Journal*, 12(3), 420-429.

- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. M. (2017). Nelson textbook of pediatrics e-book. Elsevier Health Sciences.
- Kutlu R. Çocukluk Çağı Aşıları Childhood Vaccinations. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(5):311–8
- Koçak, E. N., & Canbaz, S. (2022). Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Aşısı Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Lahariya, C. (2016). Aşı epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. Aile Hekimliği ve Temel Bakım Dergisi , 5 (1), 7.
- Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., ... & Wilson, R. (2015). Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. Vaccine, 33(34), 4165-4175.
- Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain–Barré syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol [Internet]. 2019;15(11):671–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41582-019-0250-9>
- Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. Vaccine [Internet]. 2019;37(18):2494–501.
- MacDonald, NE (2015). Aşı tereddütü: Tanım, kapsam ve belirleyiciler. Aşı , 33 (34), 4161-4164.
- Matheny Antommara, AH (2013). Sağlık personelinin zorunlu influenza aşılmasının etik bir analizi: adil bir şekilde uygulanması ve faydalar ile yüklerin dengelenmesi. Amerikan Biyoetik Dergisi , 13 (9), 30-37.
- McClure CC, Cataldi JR, O’Leary ST. Vaccine Hesitancy: Where We Are and Where We Are Going. Clin Ther. 2017;39(8):1550–62.
- McKee, C., & Bohannon, K. (2016). Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. The journal of pediatric pharmacology and therapeutics, 21(2), 104-109.

- Napolitano F, Adou AA, Vastola A, Angelillo IF. Rotavirus infection and vaccination: Knowledge, beliefs, and behaviors among parents in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10)
- Özdamar, K. (2015). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. Nisan Kitabevi Yayınları, Yenilenmiş 10. Baskı. Ankara.
- Özdemir, İ. N. (2017). Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılara karşı bilgi, tutum ve davranışları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Poland, G. A., & Jacobson, R. M. (2011). The age-old struggle against the antivaccinationists. *N Engl J Med*, 364(2), 97-9.
- Ransing, R., Dashi, E., Rehman, S., Chepure, A., Mehta, V., & Kundadak, G. K. (2021). Covid-19 anti-vaccine movement and mental health: challenges and the way forward. *Asian Journal of Psychiatry*, 58, 102614.
- Resmi Gazete, 2022. İlgili Kanun Hükmünde Kararnameyle ilgili bilgilere <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> adresinden 7 Ekim tarihinde erişilmiştir.
- Saada, A., Lieu, T. A., Morain, S. R., Zikmund-Fisher, B. J., & Wittenberg, E. (2015). Parents' choices and rationales for alternative vaccination schedules: a qualitative study. *Clinical pediatrics*, 54(3), 236-243.
- Salar, T. (2022). Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Mesleki Riskler ve Risk Yönetimi. *GAB Akademi*, 2(3), 72-92.
- Salali GD, Uysal MS. Covid-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychological Medicine* 2020; 19:1-3.
- Salmon DA, Dudley MZ, Brewer J, Kan L, Gerber JE, Budigan H et al. Covid-19 vaccination attitudes, values and intentions among United States adults prior to emergency use authorization. *Vaccine* 2021;39(19):2698-711.
- Santangelo OE, Cedrone F, Gentile L, Provenzano S, Dallagiaco G, Armetta F. Reasons behind flu vaccine acceptance and suggested interventions to promote flu vaccination acceptance among healthcare workers (2020).

- Sarı T., Temoçin F, Köse H. Sağlık Çalışanlarının İnfluenza Aşısına Yaklaşımları Klinik Derg. 2017;30(2):59–63.
- Sartor, C., Zandotti, C., Romain, F., Jacomo, V., Simon, S., Atlan-Gepner, C., ... & Drancourt, M. (2002). Disruption of services in an internal medicine unit due to a nosocomial influenza outbreak. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 23(10), 615-619.
- Schwartz, J. L. (2012). New media, old messages: themes in the history of vaccine hesitancy and refusal. *AMA Journal of Ethics*, 14(1), 50-55.
- Schwarzinger M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. Covid-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Heal*. 2021 Apr;6(4):210–21. 18.
- Shao, A. T., & Zhou, K. Z. (2002). *Marketing research: An aid to decision making*. South-Western/Thomson Learning.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2016). The growing global problem of vaccine hesitancy: Time to take action. *International journal of preventive medicine*, 7.
- Smith, T. C. (2017, July). Vaccine rejection and hesitancy: a review and call to action. In *Open forum infectious diseases* (Vol. 4, No. 3). Oxford University Press.
- Strizova Z, Smetanova J, Bartunkova J, Milota T. Principles and challenges in anti-Covid-19 vaccine development. *Int Arch Allergy Immunol*. 2021;182(4):339-49
- Şimşek, E. (2020). Ankara ilindeki aile hekimliği kliniklerinde çalışan doktorların aşı karşıtlığı konusundaki görüş, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi.
- Şimşek, P., Günaydın, M. ve Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- Soares P, Rocha JV, Moniz M, Gama A, Laires PA, Pedro AR, et al. Factors Associated with Covid-19 Vaccine Hesitancy. *Vaccines*. 2021 Mar 22;9(3):300.

- Tafuri, S., Gallone, MS, Cappelli, MG, Martinelli, D., Prato, R., & Germinario, C. (2014). Aşı karşıtı hareketin ve sağlık çalışanlarının rolünün ele alınması. *Aşı*, 32 (38), 4860-4865.
- Tanne, J. H. (2020). Covid-19: FDA panel votes to authorise Pfizer BioNTech vaccine.
- Tanır, F., & Demirhindi, H. (Eds.). (2020). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Akademisyen Kitabevi.
- Tanrıverdi, H., & Köksal, G. (2012). 112 acil sağlık hizmetleri yönetimi: yönetim ve organizasyon yapısı, çalışan sağlığı ve güvenliği, Swot analizi. Beta.
- Taviloğlu, K., Ertekin, C. ve Güloğlu, R. (2006). *Travma ve resüsitasyon kursu*. Logos Yayıncılık, İstanbul.
- Taylor S, Khan M., Muhammad A., Akpala O., Strien M., Morry C., Feek W., Ogden E. Understanding vaccine hesitancy in polio eradication in northern Nigeria. *Vaccine* 2017;35(47), 6438– 443
- Temizkan, R., Engin, M., Büyük, N., Kılıçaslan, Ö., Cangür, Ş., Yıldız, M. ve Kocabay, K. (2019). 112 Acil Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Çalışma Koşulları, Karşılaştıkları Sorunlar ve Çocuk Acil Servisi İle İlgili Beklenti ve Tutumlarının Değerlendirilmesi.
- Thomson, A., Robinson, K. ve Vallée-Tourangeau, G. (2016). 5A: Aşı alımının belirleyicileri için pratik bir taksonomi. *Aşı*, 34 (8), 1018-1024.
- Uslu, Y. D., Yılmaz, E., & Altun, U. (2021). Sağlık Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Öğrencilerinin Covid-19'un Kontrolüne ve Aşısına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 383-397.
- Voirin, N., Barret, B., Metzger, MH ve Vanhems, P. (2009). Hastane kaynaklı influenza: Salgın Raporları ve Nozokomiyal Enfeksiyon Müdahale Çalışmaları (ORION) bildirimini kullanılarak bir sentez. *Hastane Enfeksiyonu Dergisi*, 71 (1), 1-14.
- Yavuz, E. (2020). Covid-19 aşıları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 223-234.

- Yaquub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., & Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: a critical review. *Social science & medicine*, 112, 1-11.
- Yenal, S. (2010). Hastane Öncesi Acil Bakım Eğitimi Sürecinde Mesleksel Risk Etmenleri İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yeşildal, N., (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları Ve Şiddetinin Değerlendirilmesi. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Sayı:4, 280- 302,
- Yıldırım, S. (2020). Salgınların Sosyal-Psikolojik Görünümü: Covid-19 (Koronavirüs) Pandemi Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Yıldız, Z., Gencer, E., & Gezegen, N. F. (2021). Covid 19 pandemi sürecinde geliştirilen aşılar karşı bireylerin tutumlarının değerlendirilmesi üzerine uygulamalı bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(3), 877-889.
- Yıldızeli F, Alabaz D, Gözüyeşil E.(2021). Determining the Relationship of Parents, Knowledge and Attitudes and Health Literacy About the Admission or Refusal of Childhood Immunization. *J Pediatr Infect.*;15(2):91–9.
- Yiğit, T., Oktay, B. Ö., Özdemir, C. N., & Moustafa Paşa, S. (2020). Aşı karşıtlığı ve fikri gelişimi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*.
- Yumru, M., & Demirkaya, S. K. (2021). Covid-19 aşı karşıtlığı-kararsızlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 276-277.
- Wagner AL, Masters NB, Domek GJ, Mathew JL, Sun X, Asturias EJ, et al. Comparisons of vaccine hesitancy across five low- and middle-income countries. *Vaccines*. 2019;7(4):1–11.
- [www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/2018/04/13/saglik\\_bakanligini\\_asilama\\_konusunda\\_goreve\\_davet\\_ediyoruz](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2018/04/13/saglik_bakanligini_asilama_konusunda_goreve_davet_ediyoruz) Erişim tarihi: 17.01.2022).
- <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/24046.pdf> Erişim tarihi:21.02.2023
- <https://www.112.gov.tr/projeler> Erişim tarihi:24.03.2023

## EKLER

### EK 1.

#### Kişisel Bilgi Formu

1-Yaşınız? .....

2-Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

3-Medeni durum

Evli

Bekar

4-Eğitim durumu

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Lisansüstü

5-Mesleğiniz

Doktor

Paramedik/ A.T.T

Şoför

6-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

7-Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

8-Covid-19 aşısı oldunuz mu?

Evet

Hayır

9-Olduğunuz aşı türü nedir? (Birden fazla cevap verebilirsiniz.)

Biontech

Sinovac

Türkovac

10-Aşınız tam mı?

Bir doz

İki doz

Üç ve daha fazla

11-Ailenizde Covid-19 enfeksiyonu geçiren var mı?

Evet

Hayır

12- Ailenizde veya yakın çevrenizde Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle ölen var mı?

Evet

Hayır

## EK 2.

### Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Ailemdkilerin bu hastalıkla ilgili geliştirilen aşığı olmasını isterim.				
2	İlk fırsatta bu hastalıkla ilgili geliştirilen aşığı olmak isterim.				
3	Bence herkes bu hastalıkla ilgili geliştirilen aşığı yaptırmalı.				
4	Geliştirilen aşığı hakkında yapılan açıklamalara güveniyorum.				
5	Geliştirilen aşığı hastalığın bulaşmasına neden olabilir.				
6	Geliştirilen aşının koruyucu etkisinin olmadığını düşünüyorum.				
7	Geliştirilen aşığı tehlikelidir.				
8	Geliştirilen aşının etkililiğı yeterince test edilmediğini düşünüyorum.				
	Aşığı olmadan da salgını atlatabileceğimi düşünüyorum.				

### EK 3.

### Aşı Karşıtlığı Ölçeği

	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır.					
2	Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir.					
3	Devlet tarafından önerilen aşılar güvenirim.					
4	Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.					
5	Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.					
6	Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.					
7	Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.					
8	Aşı birçok hastalığa neden olabilir.					
9	Aşı insanların sağlığından çok aşı üreticilerine kazanç sağlar.					
10	Aşıların yararı kadar zararı da vardır.					
11	Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.					
12	Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.					
13	Bağışıklık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.					
14	Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırırım.					
15	Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.					
16	Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.					
17	İğneden korktuğum için aşı olmam.					
18	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
19	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
20	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.					
21	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.					

#### Ek 4.

Ege Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 10.06.2022-E.731277



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-99166796-050.06.04-731277

Konu : Onay Kararı 22-6T/16

Dr. Öğr. Üyesi Gül Özlem YILDIRIM  
Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Aşı Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildirimiminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU  
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 5.**



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AYDIN SAĞLIK  
HİZMETLERİ BİRLİMİ

04/07/2022 18:45 - E-44021967 - 605.01 - 279



00168993431

Sayı : E-44021967-605.01  
Konu : Araştırma İzni (Dr. Öğr. Üyesi Gül  
Özlem YILDIRIM, Emine ONAY)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : Emine ONAY'ın 17/06/2022 tarihli dilekçesi.

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Emine ONAY, Dr. Öğr. Üyesi Gül Özlem YILDIRIM danışmanlığında, Aydın ili içerisinde Sağlık Bakanlığına bağlı bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde görev alan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarına yönelik "**Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Aşı Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" isimli tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Sağlık Hizmetleri Başkanlığı İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın, Temmuz 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında yapılabilmesi hususunu;

Olurlarımıza arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

**OLUR**

Dr. Osman AÇIKGÖZ  
İl Sağlık Müdürü

Eki: Sağlık Hizmetleri Başkanlığı İl Ambulans Servisi Başhekimliği yazısı

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

## **Teşekkür**

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında beni hep cesaretlendirip yol gösteren, desteğinin büyük bir sabır ve sevgiyle yapan değerli danışmanım Doç. DrGül Özlem YILDIRIM'a, yoğun çalışmalarım sırasında bana destek olduğu için eşim Soner ONAY' a, çalışmam sırasında küçük veya büyük yardımını esirgemeyen herkese teşekkür ederim.

İzmir, . .2023 Emine ONAY



## **Özgeçmiş**

2003 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği bölümü, 2020 yılında Anadolu Üniversitesi Sosyoloji bölümü, 2017 yılında İstanbul Üniversitesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi bölümlerinden mezun oldum.

