

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK
ANKSİYETESİNİN AŞI KARŞITLIĞINA ETKİSİ

Dr. Gizem KIZILTEPE

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2025

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Gizem KIZILTEPE tarafından hazırlanan “Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesinin Aşı Karşıtlığına Etkisi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Doç. Dr. Didem KAFADAR

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN

Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgisi ve deneyimi ile bana rehber olan,
tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'a,

Asistanlık sürecimin ilk anlarından itibaren bilgi ve tecrübeleriyle beni aydınlatan, her
zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Klinik rotasyonlar sırasında eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca bir aile ortamında olduğumuz, uzman olan kıdemlilerime
ve eğitimlerine devam eden değerli asistan arkadaşlarıma,

Bu uzun yolculukta desteğini hiç esirgemeyen, her zaman sevgiyle bana kucak aan,
yolumu aydınlatan canım annem Songül ve sevgili babam Kemal'e, biricik kardeşim Okan'a
ablalarım Belgin ve Fulya'ya, abim Taner'e,

Hayatımın en güzel baharı, sevgilim, biricik eşim Soner'e ve mutluluk kaynağımız,
gülen yüzümüz, hayata dair ümidimizin en kuvvetli sebebi kızım Alin Ada'ya,

Sevgi, saygı ve sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Gizem KIZILTEPE

orum, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
KISALTMALAR	VII
TABLO LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİL LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	4
2.1.1 DSM 5 TANIMLAMASI İLE SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	4
2.1.2. SAĞLIK ANKSİYETESİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	5
2.2 AŞI.....	5
2.2.1 AŞININ TARİHÇESİ.....	5
2.2.2 AŞININ TOPLUM SAĞLIĞINA KATKISI.....	6
2.2.3 GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI (GBP).....	6
2.3 AŞI KARŞITLIĞI.....	7
2.3.1 AŞI KARŞITLIĞININ TARİHÇESİ.....	7
2.3.2 AŞI KARŞITLIĞINDA GÜNCEL DURUM.....	8
2.3.3 AŞI TEREDDÜDÜ NEDENLERİ.....	9
2.3.3.1 BAĞLAMSAL ETKİLER.....	9
2.3.3.2 BİREYSEL VE GRUP DÜZEYİNDE ETKİLER.....	9
2.3.3.3 AŞI VE AŞILAMA SÜRECİNE İLİŞKİN ETKENLER.....	9
2.3.4 AŞI TEREDDÜDÜ 3C MODELİ.....	10
2.3.5 AŞI TEREDDÜDÜ 5C MODELİ.....	10
2.3.6 AŞI TEREDDÜDÜNE KARŞI MÜDAHALE VE ÖNERİLER.....	11

2.4 SAĞLIK ANKSİYETESİ VE AŞI KARŞITLIĞI İLİŞKİSİ	11
2.5 COVID-19 PANDEMİSİ VE SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	12
2.6 COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞIYA YAKLAŞIM.....	13
2.7 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ VE AŞI KARŞITLIĞI..	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE SÜRESİ.....	16
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	16
3.3 İŞLEM.....	16
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	17
3.4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	17
3.4.2 SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ KISA VERSİYON	17
3.4.3 AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ UZUN FORM.....	18
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	18
3.6. ETİK ONAY VE ARAŞTIRMA İZİNİ.....	18
4. BULGULAR.....	19
4.1 ÖĞRENCİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BULGULAR.....	19
4.2 FAKÜLTELER ARASI KARŞILAŞTIRMA.....	20
4.3 ÖLÇEK PUANLARININ FAKÜLTE VE SINIFLARA GÖRE DAĞILIMI.....	23
4.4 SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEK PUANI İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER.....	24
4.5 AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEK PUANI İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER.....	26
4.6 SAĞLIK ANKSİYETESİ VE AŞI KARŞITLIĞI İLİŞKİSİ.....	27
4.7 AŞI KARŞITLIĞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN MODELLENMESİ.....	28
5. TARTIŞMA.....	29
5.1 SAĞLIK ANKSİYETESİ İLE AŞI KARŞITLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	29
5.2 SAĞLIK ANKSİYETESİ VE FAKÜLTELER ARASI FARKLILIKLAR.....	29
5.3. AİLEDE KOMORBİDİTE VARLIĞI VE SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	30
5.4. DOKTORA BAŞVURU SIKLIĞI VE SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	30
5.5. CİNSİYET FARKLILIKLARI VE SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	30

5.6 AŞI KARŞITLIĞI VE FAKÜLTELER ARASI FARKLILIKLAR.....	30
5.7 COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞI KARŞITLIĞI.....	31
5.8 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	32
5.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI.....	32
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	33
6.1. UYGULAMAYA YÖNELİK ÖNERİLER.....	33
6.2. GELECEK ARAŞTIRMALARA YÖNELİK ÖNERİLER.....	34
6.3. SAĞLIĞA YÖN VEREN POLİTİKACILARA ÖNERİLER.....	34
7. KAYNAKLAR	35
8. EKLER.....	40
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	40
EK-2 SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ KISA VERSİYON	43
EK-3 AŞI KARŞITLIĞI ÖLÇEĞİ UZUN FORM	47
EK-4 ETİK KURUL ONAYI.....	49
EK-5 SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ONAYI.....	50
EK-6 İLAHİYAT FAKÜLTESİ ONAYI.....	51
EK-7 TIP FAKÜLTESİ ONAYI.....	52

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN AŞI KARŞITLIĞINA ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek, bu ilişki üzerinde sosyodemografik değişkenlerin etkisini incelemek ve farklı fakülteler ve farklı sınıf düzeylerinde öğrenim gören öğrenciler arasında sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı düzeylerindeki farklılıkları ortaya koymak.

Gereç ve yöntem: Kesitsel ve yordayıcı tipteki çalışma, 2025 yılında bir devlet üniversitesinin Tıp Fakültesi (1. ve 6. sınıf), Spor Bilimleri Fakültesi (1. ve 4. sınıf) ve İlahiyat Fakültesi (1. ve 4. sınıf) öğrencilerinden oluşan toplam 345 katılımcı ile yürütülmüştür. Belirlenen fakülteler için gerekli izinler alındıktan sonra planlanan günlerde öğrenciler ile görüşüldü ve toplu şekilde öğrencilere çalışma ile ilgili bilgi verildi. Gönüllü öğrencilerden bilgilendirilmiş onamları alınarak veri formlarını doldurmaları istendi. Veriler; Sosyodemografik Veri Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Versiyon ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği-Uzun Form kullanılarak toplanmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyonu ve doğrusal regresyon yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasında doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakülteler arasında sağlık anksiyetesi ($p=0,005$) ve aşı karşıtlığı ($p<0,001$) puanları açısından anlamlı farklar saptanmıştır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi puanları Spor Bilimleri öğrencilerinden yüksek ($p=0,008$), aşı karşıtlığı puanları ise diğer fakültelere göre düşüktür ($p<0,001$). Kadın öğrencilerin sağlık anksiyetesi puanları erkeklere göre daha yüksektir ($p<0,001$). Ailesinde komorbid hastalık bulunan ve ailesinde sağlık çalışanı olan öğrencilerde aşı karşıtlığı puanları daha düşüktür. Pandemi sonrası diğer aşılara yönelik olumsuz görüş değişikliği bildiren öğrencilerde aşı karşıtlığı puanları daha yüksektir ($p<0,001$).

Sonuç: Araştırma bulguları, üniversite öğrencilerinde aşı tutumlarının yalnızca bilgi düzeyi ile açıklanamayacağını; sağlık kaygısı, risk algısı, eğitim alanı ve sosyal çevre gibi çok boyutlu faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Fakülteler ve sosyodemografik özellikler dikkate alınarak uyarlanmış, hedefe yönelik aşı farkındalık programlarının geliştirilmesinin halk sağlığı açısından önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, Aşı karışıklığı, Üniversite öğrencileri

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH ANXIETY ON VACCINE HESITANCY AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Aim: The aim of this study was to evaluate the relationship between health anxiety and vaccine hesitancy among university students, to examine the effects of sociodemographic variables on this relationship, and to identify differences in health anxiety and vaccine hesitancy levels among students from different faculties and class levels.

Materials and Methods: The cross-sectional and analytical study was conducted in 2025 with a total of 345 participants, consisting of students from the Faculty of Medicine (1st and 6th years), the Faculty of Sport Sciences (1st and 4th years), and the Faculty of Theology (1st and 4th years) of a state university. After obtaining the necessary permissions for the selected faculties, the students were approached on the scheduled days, and detailed information about the study was provided collectively. Voluntary students were asked to provide informed consent and complete the data forms. Data were collected using a Sociodemographic Data Form, the Short Version of the Health Anxiety Inventory, and the Long Form of the Vaccine Hesitancy Scale. For the analyses, descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test, Spearman's correlation, and linear regression methods were employed.

Results: No direct significant relationship was found between health anxiety and vaccine hesitancy. There were significant differences in health anxiety scores ($p=0.005$) and vaccine hesitancy scores ($p<0.001$) among faculties. Medical students had higher health anxiety scores than Sports Sciences students ($p=0.008$) and lower vaccine hesitancy scores compared to other faculties ($p<0.001$). Female students had higher health anxiety scores than male students ($p<0.001$). Students with a family history of comorbid disease and those with a healthcare worker in the family had lower vaccine hesitancy scores. Students who reported a negative change in their attitudes toward other vaccines after the pandemic had higher vaccine hesitancy scores ($p<0.001$).

Conclusion: The findings indicate that vaccine attitudes among university students cannot be explained solely by knowledge levels but are influenced by multidimensional factors such as health anxiety, risk perception, field of education, and social environment. Developing tailored and faculty-specific vaccine awareness programs may contribute significantly to improving vaccine acceptance and public health.

Keywords: Health anxiety, Vaccine hesitancy, University students

KISALTMALAR

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcı özellikleri ve fakülteler arası karşılaştırma

Tablo 2. Ölçek puanlarının fakülte ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 3. Sağlık Anksiyetesi puanı ile ilişkili değişkenler

Tablo 4. Aşı Karşıtlığı puanı ile ilişkili değişkenler

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Akış Şeması

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Giriş: Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyumları veya fizyolojik değişiklikleri ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yorumlaması ve buna bağlı yoğun kaygı yaşaması durumudur (1,2).

Bu kaygı, bireyin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, sosyal ve mesleki işlevselliğini de olumsuz etkileyebilmektedir (1). DSM-5'te hipokondriyazis tanısı, Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) ve Somatik Semptom Bozukluğu (SSB) olarak ikiye ayrılmıştır; HKB, bedensel semptomlar belirgin olmaksızın ciddi bir hastalığa yakalanma korkusuyla karakterize edilirken, SSB ise bedensel belirtilerle birlikte sağlıkla ilgili aşırı düşünceler ve davranışlarla seyretmektedir (3).

Aşılama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en etkili ve maliyet-etkin halk sağlığı girişimlerinden biridir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2025 verilerine göre aşılama, her yıl 3,5-5 milyon ölümü önlemektedir (5). Ancak, son yıllarda aşı tereddüdü ve aşı karşıtlığı, küresel ölçekte artış göstermekte ve halk sağlığını tehdit eden önemli faktörlerden biri haline gelmektedir. DSÖ, 2019 yılında aşı tereddüdünü küresel sağlık için en büyük on tehditte biri olarak ilan etmiştir (6). Aşı tereddüdü; bireyin bir veya daha fazla aşığı reddetmesi veya geciktirmesi ile tanımlanmakta ve bağlamsal, bireysel ve aşığı özgü faktörlerden etkilenmektedir (7).

Önceki çalışmalar, sağlık anksiyetesi ile aşığı yönelik tutumların sabit bir ilişkiden ziyade bağlama göre değişebildiğini göstermektedir. Bu durum, bireyin hem hastalık tehdidine hem de aşı güvenliğine dair inancına bağlı olarak farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Anksiyete bozukluğu olmayan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük aşı tereddüdü ile pozitif yönde ilişkili bulunurken, anksiyete bozukluğu olan bireylerde bu ilişkinin negatif yönde seyrettiği gösterilmiştir (8). Bu bulgular, bazı bireylerde yüksek sağlık kaygısının aşının olası yan etkilerine yönelik korkuları artırarak aşı tereddüdünü besleyebileceğini; bazı bireylerde ise hastalık bulaşma korkusunu artırarak aşığı yönelik kabulü teşvik edebileceğini düşündürmektedir. Özellikle salgınlar sırasında hastalığa yakalanma riskini düşük algılayan bireylerin ise aşı yaptırma konusunda daha isteksiz oldukları görülmüştür (9). Buna karşın COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan çalışmalar, yüksek sağlık kaygısı düzeyine sahip

bireylerin, aşya karşı daha yüksek kabul oranına sahip olabileceğini göstermektedir (10). Ayrıca literatürde, yoğun bilgi arama davranışının aşya tereddüdü ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (11).

Üniversite öğrencileri, genç erişkinlik döneminin getirdiği sosyal, akademik ve psikolojik değişimlerle karşı karşıyadır. Bu dönemde sağlıkla ilgili kararların bağımsız biçimde alınmaya başlanması, sağlık algısını ve davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir (12).

Araştırmalar, üniversite öğrencilerinde anksiyete ve depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu ve bu durumun sağlıkla ilgili tutumları etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (13).

Literatürde, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan bireylerin bir kısmının hastalıktan duydukları yoğun korku nedeniyle aşya yaptırdığı, bir kısmının ise olası yan etkilerden kaygı duyarak aşyadan kaçındığı; ayrıca bazı bireylerin hastalığa yakalanma olasılıklarını düşük değerlendirmeleri sebebiyle aşya yaptırmadıkları bildirilmektedir. Bu farklı tutumlar, sağlık anksiyetesi ile aşya karşıtlığı arasındaki ilişkinin çok boyutlu ve karmaşık olabileceğini göstermektedir.

Özellikle tıp, ilahiyat ve spor bilimleri fakültelerinde öğrenim gören öğrenciler arasında sağlık anksiyetesi ve aşya karşıtlığı düzeylerinin farklılaşabileceği düşünülmektedir. Literatürde sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin diğer öğrencilere göre en yüksek aşya kabulü, en düşük aşya reddi olan grup olduğu gösterilmiştir (14). Ayrıca, aşya yönelik tereddüdün yalnızca bilgi eksikliğinden değil; bilişsel, duygusal, kültürel, sosyal, manevi ve politik faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan çok boyutlu bir olgu olduğu vurgulanmaktadır (15).

Aşya tereddüdü nedenlerinin ortaya konulduğu bazı çalışmalarda bilgi eksikliğinden sonra büyük bir oranda aşya tereddüdü nedeninin tabular olduğu görülmüştür (16).

Spor alanında eğitim gören öğrencilerin aşya yönelik tutumlarının, literatürde sporcularda rapor edilen performans kaygısı, bedensel özerklik algısı ve sosyal çevrenin etkisiyle farklılaşabileceği bildirilmiştir (17). Spor Bilimleri Fakültesi öğrencileri ise Tıp Fakültesi öğrencileri kadar olmasa da sağlık alanında dersler almaktadırlar ve heterojen bir grup oluşturulması açısından çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Bu bağlamda, üniversite öğrencilerinde farklı fakülteler ve farklı sınıf düzeylerinde eğitim alan öğrencilerde sağlık anksiyetesi düzeyi ile aşya karşıtlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli sonuçlar doğurabilecek bir araştırma alanı olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı direkt inceleyen çalışma sayısının az olması nedeniyle bu çalışma özgün bir çalışmadır.

Amaç

Bu çalışmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinde sağlık anksiyetesi düzeyi ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Bu kapsamda çalışmanın özel amaçları şunlardır:

1. Sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek.
2. Sosyodemografik değerşkenlerin bu parametreler üzerindeki etkisini incelemek.
3. Farklı fakültelerde (Tıp, İlahiyat ve Spor Bilimleri) ve farklı sınıf düzeylerinde öğrenim gören öğrenciler arasında sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı düzeylerindeki farklılıkları ortaya koymak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK ANKSİYETESİ

İnsanların büyük bir kısmı yaşamlarının bazı dönemlerinde sağlıkları hakkında endişe duyarlar (18). Sağlık anksiyetesi, ilk kez 1986 yılında Salkovskis ve Warwick tarafından tanımlanmış olup; bireyin bedensel duyuları veya fizyolojik değişiklikleri, ciddi bir hastalığa sahip olduğu ya da olacağı şeklinde yorumlaması ve bu duruma bağlı olarak sağlıkla ilgili yoğun kaygı duyması şeklinde tanımlanır (1,2). Sağlık anksiyetesi, hafif düzeydeki kaygıdan gündelik yaşamı belirgin biçimde bozan yoğun kaygıya kadar farklı şiddetlerde görülebilir. Bu çeşitlilik, sağlık hizmeti başvurularında önemli bir farklılığa yol açmaktadır. Düşük seviyedeki sağlık anksiyetesi kişinin ihtiyaç halinde tıbbi yardım alması için motive edici olabilir. Ancak bu kaygının yoğunlaşması ve sürekli bedensel belirtilere odaklanma ile seyretmesi, bireyin yaşam kalitesini düşürebilir, iş ve sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir ve sağlık sisteminin gereksiz kullanımına neden olabilir (1).

Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozuklukları ile yakından ilişkili olmakla birlikte, tanısız olarak onlardan farklı bir kavramdır. Anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, özgül fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli alt türleri kapsar ve aşırı korku, endişe ya da kaçınma davranışları ile seyrederek (19). Sağlık anksiyetesi ise bu bozukluklardan bağımsız olarak görülebileceği gibi, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk veya obsesif-kompulsif bozukluk gibi tanılarla birlikte de ortaya çıkabilir (20).

2.1.1 DSM 5 Tanımlaması ile Sağlık Anksiyetesi

Ciddi sağlık kaygısının temel belirtisi olarak öne çıktığı hipokondriyazis, bireyin bedensel ve ruhsal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilen; mesleki ve günlük yaşam performansında belirgin bozulmalara neden olabilen ve müdahale edilmediğinde kronik bir seyir izleyebilen psikiyatrik bir bozukluktur (2).

DSM-4'te tanımlanan hipokondriyazis, klinik uygulamada tanı koymada yetersiz kalması ve tanı kriterlerinin aşırı sınırlı olması nedeniyle, DSM-5'te iki ayrı bozukluk olarak yeniden yapılandırılmıştır: Somatik Semptom Bozukluğu (SSB) ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB). HKB, bireyin ciddi bir hastalığa yakalanmış ya da yakalanma ihtimali olduğu yönündeki aşırı korkularıyla birlikte ortaya çıkan yoğun sağlık kaygısı ve buna eşlik eden davranışsal tepkilerle (örneğin, hastalık belirtilerini sürekli kontrol etme veya tıbbi durumlardan kaçınma) karakterize edilir. SSB ise, bireyin günlük yaşam işlevlerini etkileyen bir ya da birden fazla rahatsız edici bedensel belirtinin varlığı ile tanımlanır. Bu semptomlara, kişinin sağlık durumu veya belirtileriyle ilgili aşırı düşünceler, duygusal tepkiler ya da davranış örüntüleri eşlik eder (3).

2.1.2. Sağlık Anksiyetesinin Klinik Özellikleri

Klinik açıdan değerlendirildiğinde, sağlık anksiyetesi olan bireylerde sık karşılaşılan davranışsal örüntüler arasında tekrarlayıcı beden tarama (örneğin yumru arama, nabız kontrolü), güvence arama davranışları (doktor doktor gezme, yakınlardan sürekli onay isteme), sağlıkla ilgili aşırı bilgi arayışı (özellikle internet üzerinden semptom araştırma) ve hastalıkla ilgili uyarılardan kaçınma (hastalık programlarından uzak durma, tıbbi bilgilerden kaçınma) yer alır (18). Bununla birlikte, bazı bireyler hastalık korkusunu bastırmak için sağlıkla ilgili herhangi bir durumu tamamen görmezden gelmeye çalışabilir. Bu kişiler “yardım arayan” (care-seeking) ve “yardımdan kaçınan” (care-avoidant) alt tipler olarak sınıflandırılır. Her iki durumda da anksiyete düzeyi yüksektir ve kişi bedensel duyumlara aşırı odaklanarak, semptomları abartılı biçimde yorumlar (3).

2.2 AŞI

Aşılar; enfeksiyon etkeni olan mikroorganizmaların hastalık yapıcı özelliklerinin etkisiz hale getirilmesiyle elde edilen ve vücuda uygulandığında bu etkenlere karşı bağışıklık geliştirilmesini sağlayan biyolojik ajanlardır (21).

2.2.1 Aşının Tarihçesi

Aşı yapımına ilişkin ulaşılan en eski belge Lady Mary Montagu'nun 1717-1721 yılları arasında ülkesine yazdığı mektuplardır. Bir İngiltere büyükelçisinin eşi olan Lady Montagu eşi ile birlikte İstanbul'a gönderildiğinde burada çiçek hastalığına karşı “aşı” yapıldığını yazdığı mektuplarda hayretle bildirmiştir (22).

Variolasyon denilen bu yöntemde çiçek hastalığını hafif geçirenlerin lezyonlarından alınan materyalin fındık kabuğunda kurutularak başkalarını aşılama kullanıldığını anlatmıştır. Bundan yaklaşık elli yıl sonra 1774 yılında Benjamin Jesty sütçü kadınlarının inek çiçeği hastalığına yakalanmadıklarını fark etmiş ve salgın sırasında inek memesindeki lezyonlardan aldığı örneklerle karısı ve iki çocuğunu aşılamıştır. Edward Jenner ise 1796 yılında inek çiçeği lezyonlarından aldığı cerahatin, bağışıklanması hedeflenen kişinin koluna inoküle edildiği bu yönteme vaksinyasyon (aşılama) ismini vermiş, 1798 yılında ise klinik deneylere dayandırarak bir makale yazmış ve tüm dünyaya ilan etmiştir (23,24). Modern aşı tarihinin en önemli dönüm noktalarından biri 1885 yılında ilk kez Louis Pasteur tarafından geliştirilen kuduz aşısı sayesinde 9 yaşındaki Joseph Meister (1876-1940) 'ın kurtarılmasıdır (25). Aşı çalışmaları sırasında Pasteur, bilimsel faaliyetlerini sürdürebilmek için çeşitli ülkelerin devlet başkanlarına maddi destek talebinde bulunmuştur. Osmanlı Padişahı II. Abdülhamid'e ulaşan talep sonucu Pasteur'e maddi destek sunulmuş, üç Osmanlı hekimi Pasteur'ün yanında eğitim almışlar ve Osmanlı'da aşı uygulamasının temelleri atılmıştır (22).

2.2.2 Aşının Toplum Sağlığına Katkısı

Aşılama, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınmasında en etkili ve maliyet-etkin halk sağlığı stratejilerinden biri olup, DSÖ Temmuz 2025 güncel verilerine göre her yıl 3,5 ila 5 milyon ölümün önlenmesini sağlamaktadır (4,26).

Aşı uygulamaları sayesinde dünya genelinde çocuk felci, kuduz, difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık ve kabakulak gibi pek çok enfeksiyon hastalığı büyük ölçüde kontrol altına alınmış; çiçek hastalığı ise tamamen eradike edilmiştir (4).

Aşılama ile bireysel bağışıklığın yanında toplumsal bağışıklık (herd immunity) da sağlanarak immün yetmezlik ya da başka sebeplerle aşılanamayan kişiler de korunmaktadır (23).

2.2.3 Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

Genişletilmiş Bağışıklama Programı, çocukluk çağı başta olmak üzere toplumun çeşitli yaş gruplarına yönelik olarak önlenabilir bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırmayı amaçlayan sistematik bir halk sağlığı girişimidir. DSÖ tarafından 1974 yılında başlatılan bu program, Türkiye'de, 1981 yılında uygulanmaya başlanmış ve zaman içinde içeriği genişletilerek güncellenmiştir. Program, hem bağışıklama takvimine uygun olarak tüm çocuklara ücretsiz aşı sağlamakta hem de aşılama oranlarını artırarak toplum bağışıklığını desteklemektedir. Günümüzde GBP kapsamında hepatit B, hepatit A, kızamık, kızamıkçık,

kabakulak, BCG (Bacillus Calmette-Guerin), suçiçeği, difteri, tetanoz, boğmaca, Polio aşısı (OPV-IPV), hemofilus influenza tip B ve konjuge pnömokok aşıları olmak üzere 13 aşı yer almaktadır (27,28).

2.3 AŞI KARŞITLIĞI

DSÖ, yaptığı tanımlamalarda aşı reddini, bireyin tüm aşıları tamamen reddetmesi ve hiçbirini yaptırmaması durumu olarak; aşı tereddüdünü ise bir ya da birden fazla aşının uygulanmasında kararsızlık yaşanması ya da aşılama sürecinde gecikme görülmesi olarak ifade etmektedir (7).

DSÖ, 2019 yılında yayımladığı raporunda aşı tereddüdünü, küresel halk sağlığını tehdit eden en önemli on sorun arasında göstermiştir (6).

Aşılamaya yönelik bireysel direnç, yalnızca aşıyı reddeden bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda toplumsal bağışıklığın zayıflaması yoluyla tüm toplumu riske atmaktadır. Bu nedenle, aşılama oranlarındaki düşüş halk sağlığı açısından ciddi sonuçlar doğurabilmekte ve bağışıklama hizmetlerine yönelik güvenin artırılması önemli bir sağlık politikası hedefi hâline gelmektedir (29).

Aşıya yönelik tutumlar; tüm aşıları tereddütsüz kabul edenlerden, tüm aşıları kesin olarak reddedenlere kadar uzanan bir süreklilik içinde değerlendirilmektedir. Aşı tereddüdü yaşayan bireyler ise bu iki uç arasında yer alan heterojen bir grubu temsil etmektedir (30).

2.3.1 Aşı Karşıtlığının Tarihçesi

Aşı karşıtlığı, aşılama uygulamaları kadar eski bir geçmişe sahiptir. 18. yüzyılda Osmanlı'da uygulanan variolasyon yöntemine tanıklık eden Lady Mary Montagu, bu yöntemin İngiltere'de de uygulanmasını istemiş; ancak bu girişimin toplumda tepkiyle karşılaşabileceğini öngörmüş ve buna rağmen bu tür engellerle mücadele edeceğini mektuplarında ifade etmiştir (23).

Aşı karşıtlığının erken döneminde bazı kişiler, bulaşıcı hastalıkların Tanrı'nın bir cezası olduğuna inanmış ve aşılama bu düzene karşı bir isyan ya da "şeytana uymak" olarak değerlendirmiştir (21).

Zaman içinde aşılama uygulamaları zorunlu hale getirilmiş, bu durum bazı çevrelerde tepkiyle karşılanmış ve çeşitli aşı karşıtı örgütlerin kurulmasına yol açmıştır. Bu örgütler, yayımladıkları kitap, broşür ve dergilerle kamuoyunu etkilemeye çalışmış; bu süreçte aşılama olan güvenin azalmasıyla aşılama oranlarında düşüşler gözlemlenmiştir (23).

Modern dönemde aşı karşıtlığını tetikleyen en önemli olaylardan biri, 1998 yılında Andrew Wakefield ve arkadaşları tarafından The Lancet dergisinde yayımlanan bir makale olmuştur. Bu çalışmada, kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı ile otizm arasında ilişki olduğu iddia edilmiştir. Ancak sonraki süreçte bu çalışmanın ciddi etik ihlaller içerdiği, bilimsel dayanağının olmadığı ve verilerin çarpıtıldığı ortaya çıkmış; makale yayından çekilmiş, araştırmacıların tıbbi lisansları iptal edilmiştir (21).

Bu olay, bilimsel geçerliliği bulunmamasına rağmen aşı karşıtı hareketleri küresel ölçekte güçlendirmiştir (31).

2.3.2 Aşı Karşıtlığında Güncel Durum

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002–2017 yılları arasında ulusal aşılama oranlarında da düşüş gözlenmiş; oranlar %98’den %96’ya gerilemiştir. Bu durum, aşya yönelik tereddüt ve reddin halk sağlığı üzerindeki olası etkilerini ortaya koymaktadır (32).

2019 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde düzenlenen Uluslararası Katılımlı Aşı Kararsızlığı Çalıştayında hem Türkiye’de hem küresel ölçekte aşı karşıtlığının yükselişe geçtiği vurgulanmış; bu eğilimin nedenleri ile mücadele stratejileri değerlendirilmiştir. 2011 yılından itibaren aşı reddi bildirimlerinde kayda değer bir artış yaşandığı belirtilmiş ve 2011 yılında 183 olan aşı reddi sayısı, 2012’de 387’ye, 2013’te 913’e, 2014’te 1370’e, 2015’te 5091’e, 2016’da 11.470’e ve 2017’de 23.000’e ulaşmıştır (33).

DSÖ’nün Temmuz 2025’te yayımladığı rapora göre, 2024 yılında dünya genelinde yaklaşık 14,3 milyon bebek, hiçbir çocukluk çağı aşısını olmamıştır. Bu grup, “sıfır doz” (zero-dose) çocuklar olarak tanımlanmakta ve bu durum, küresel bağışıklama programlarında ciddi bir açık olarak değerlendirilmektedir. DSÖ ve UNICEF, bu yetersiz aşılama düzeylerini; artan dezenformasyon, aşı tereddüdü ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerle ilişkilendirmektedir (34).

2.3.3. Aşı Tereddüdü Nedenleri

DSÖ, aşı tereddüdünü zamana, yere ve aşıya göre değişiklik gösterebilen karmaşık bir olgu olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, bireylerin aşılarla yönelik olumsuz tutumlarının altında yatan nedenleri kapsamlı şekilde değerlendirmek gerekmektedir (29).

DSÖ'ye göre aşı kararsızlığına neden olan etkenler üç temel kategoride ele alınmaktadır: bağlamsal faktörler, bireysel ve grup etkileri ile aşının kendisine ve aşılama sürecine dair unsurlar. Özellikle politik aktörlerin söylemleri, dini yapıların etkisi, sosyoekonomik koşullar, bireylerin sağlık inançları ve medyada yayılan yanlış bilgi, aşıya karşı gelişen tutumlarda belirleyicidir. Ayrıca, komplo teorileri gibi bağlantısal etkenler, aşı karşıtlığına yönelik tutumları güçlendirmektedir (33).

2.3.3.1 Bağlamsal Etkiler

Bu gruptaki faktörler; medya ve iletişim araçlarının etkisi, toplum liderlerinin tutumları, tarihsel deneyimler, demografik yapı, sağlık politikaları ve hatta ilaç endüstrisine yönelik güvensizlik gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Özellikle sosyal medya ve televizyon programlarında yer alan aşı karşıtı içerikler, bireylerin algılarını şekillendirmekte önemli bir rol oynamaktadır (30).

2.3.3.2 Bireysel ve Grup Düzeyinde Etkiler

Kişilerin geçmişte yaşadıkları aşı deneyimleri, sağlık hizmetlerine duydukları güven, sahip oldukları bilgi düzeyi ve sosyal normlar bu kategoriye girer. Örneğin, bireyin daha önce bir aşı sonrası yan etki yaşamış olması veya çevresindeki kişilerin olumsuz deneyimleri, aşıya karşı tutumunu doğrudan etkileyebilir (30).

2.3.3.3 Aşı ve Aşılama Sürecine İlişkin Etkenler

Aşının içeriği, sunum şekli, maliyeti, yan etkilerine dair bilimsel bilgilendirme yetersizliği, aşılama hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve takvimle ilgili kafa karışıklıkları bu başlık altında değerlendirilmektedir. Özellikle yeni geliştirilen aşılarda ya da daha önce kullanılmayan formülasyonlar, bireylerde güven problemi yaratabilmektedir (30).

2.3.4 Aşı Tereddüdü 3C Modeli

Aşı tereddüdü, DSÖ tarafından “karmaşık” olarak tanımlanmakta ve kişilerin aşığı kabul edip etmemesini etkileyen çeşitli bireysel, sosyal ve sistemik faktörlerin birleşimiyle şekillenmektedir. Bu durumu açıklamak amacıyla geliştirilen en yaygın kuramsal çerçeve 3C modeli olup, aşı kararsızlığının üç ana boyut üzerinden incelenmesini sağlar.

Güven (Confidence), Kayıtsızlık (Complacency) ve Kolaylık (Convenience).

Güven (Confidence): Bireyin aşının güvenli ve etkili olduğuna, sağlık çalışanlarına, sağlık sistemine ve aşılar konusunda karar veren politikacılara olan inancıdır. Güvensizlik, aşından kaçınma davranışlarını artırabilir.

Kayıtsızlık, Aşı Rehaveti (Complacency): Kişinin hastalığa yakalanma riskini düşük görmesi veya hastalığın etkilerini hafife almasıdır. Bu durumda aşı gereksiz bulunabilir.

Kolaylık (Convenience): Aşının ulaşılabilirliği, hizmete erişim, zamanlama ve bilgilendirme gibi pratik faktörlerdir. Bu unsurların yetersizliği aşılamaı zorlaştırabilir (30).

2.3.5 Aşı Tereddüdü 5C Modeli

Betsch ve arkadaşlarının 2018 yılında geliştirdiği 5C modelinde, DSÖ'nün 3C modeline eklemeler yapılmış ve Convenience (Kolaylık) terimi yerine Constrains (Kısıtlar) kullanılması önerilmiş. Bu haliyle güncellenmiş 5C psikolojik öngörü modeli şu şekildedir;

Confidence (Güven): Aşının güvenliğine ve etkinliğine, ayrıca sağlık sistemine ve sağlık otoritelerine duyulan güven.

Complacency (Gevşeklik/Kayıtsızlık): Aşı ile önlenilecek hastalıkların riskini düşük algılama ve bu nedenle aşının gerekliliğini önemsememe.

Constraints (Kısıtlar): Aşıya erişimi zorlaştıran, zaman, ulaşım veya maliyet gibi pratik engeller.

Calculation (Hesaplama): Aşı ile ilgili karar vermeden önce kapsamlı bilgi arama ve risk-fayda değerlendirmesi yapma eğilimi. Yoğun bilgi arama davranışı, güvenilir bilgilerin yanı sıra çelişkili veya yanıltıcı içeriklere maruz kalma olasılığını artırarak aşı tereddüdünü artırabilir.

Collective responsibility (Toplumsal sorumluluk): Sürü bağışıklığına katkıda bulunma isteği ve başkalarını koruma motivasyonu (11).

2.3.6. Aşı Tereddüdüne Karşı Müdahale ve Öneriler

Tereddüdü azaltmaya yönelik müdahaleler, temel belirleyicilere göre şekillendirilmelidir. DSÖ bu amaçla çeşitli stratejiler önermiştir (35).

DSÖ'ye göre, bu müdahale stratejilerinin tek başına değil, çok bileşenli yaklaşımlarla uygulanması daha etkili sonuçlar doğurmaktadır. Müdahaleler, doğrudan kararsız veya aşılammamış bireyleri hedef almalı ve o topluluğun özgün dinamiklerine göre tasarlanmalıdır.(15).

Aşı tereddüdünü azaltmaya yönelik müdahale stratejilerinden biri, toplumda güven inşa edebilecek liderlerin sürece dâhil edilmesidir. Dini liderler, kanaat önderleri ve diğer etkili figürlerin destekleyici mesajları, bireylerin aşya karşı güven duymalarını kolaylaştırabilir. Bu yaklaşımı destekleyici şekilde, yerel düzeyde gerçekleştirilen sosyal mobilizasyon kampanyaları aracılığıyla aşının önemi vurgulanarak farkındalık artırılabilir. Ayrıca, toplumda yaygın olan yanlış bilgilerin düzeltilmesini sağlayan ve olumlu içerikler sunan medya stratejileri, aşı güveninin tesisinde etkili bir rol oynayabilir. Aşya erişimin kolay ve kullanıcı dostu biçimde sunulması da bireylerin tereddütlerini azaltmak açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında, aşı zamanlarını hatırlatan dijital sistemler ya da kişisel takip uygulamaları, aşılama oranlarının artırılmasına katkı sağlayabilir. Sürece dâhil edilen sağlık çalışanlarının, bireylerle güven ilişkisi kurabilecek şekilde eğitim almış olması, bilgi eksikliği yaşayan kişilerin ikna edilmesinde belirleyici olabilir. Son olarak, finansal olmayan teşvikler yoluyla; örneğin küçük ödüller ya da olumlu pekiştirme uygulamaları sayesinde bireylerin aşya yönelik tutumlarının olumlu yönde değişmesi desteklenebilir. Ayrıca, bağışıklama programlarının başarısı için ülkelerin ulusal ölçekte aşı tereddüdünü izlemeye ve değerlendirmeye yönelik sistemler geliştirmesi önerilmektedir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık eğitimi alan öğrencilerin bu konuda donanımlı olması, uzun vadeli sürdürülebilirliği destekleyecektir (35).

2.4 SAĞLIK ANKSİYETESİ VE AŞI KARŞITLIĞI İLİŞKİSİ

Son yıllarda yapılan araştırmalar, bireylerin sağlıkla ilgili kaygı düzeylerinin aşya yönelik tutumlarını etkileyebileceğini göstermektedir. Sağlık anksiyetesi, bazı bireylerde aşının potansiyel yan etkilerine karşı yoğun bir korkuya yol açarak aşı tereddüdünü artırabilirken, bazı bireylerde hastalığa yakalanma korkusunu artırarak aşı kabulünü teşvik edebilmektedir.

Bu durum, sağlık anksiyetesinin aşı tutumu üzerinde çok yönlü etkisi olabileceğini göstermektedir (8).

Kaygı bozukluğu olan bireylerde, tehdit algısının abartılması ve belirsizliğe karşı daha düşük tolerans gösterilmesi gibi bilişsel özellikler, aşıya yönelik endişeleri artırarak kararsızlık gelişme riskini yükseltebilir. Bu bireyler, aşıların olası yan etkilerini daha büyük bir tehdit olarak algılayabilir ve karar verirken yaşadıkları belirsizlikle baş etmekte zorlanabilirler (8). Öte yandan, Türkiye'de yapılan bir çalışmada, sağlık anksiyetesi düzeyleri arttıkça bireylerin aşı yaptıırma eğilimlerinin de arttığı saptanmıştır. Bu bulgu, sağlıkla ilgili yoğun kaygı yaşayan bireylerin, korunma amacıyla aşıyı daha fazla tercih edebildiğini ortaya koymaktadır (36).

Benzer şekilde, COVID-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmalarda da hastalığa yönelik kaygı düzeyinin aşı tereddüdü ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu, kaygı düzeyi yüksek bireylerin aşı yaptıırma olasılığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla, sağlık kaygısı her zaman aşı karşıtlığına yol açmayabilir; aksine bazı bireylerde aşının kabulünü kolaylaştıran bir faktör haline de gelebilmektedir (37).

Ayrıca, genel kaygı ve duygusal muhakemenin de aşı tereddüdü üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Literatürde, yüksek kaygı düzeyine sahip bireylerin maske kullanımı ve sosyal mesafe gibi COVID-19'a yönelik koruyucu davranışlara daha fazla yöneldiği; benzer şekilde, duygusal karar süreçlerinin de aşılama tutumlarını etkileyebileceği ifade edilmektedir (38).

Bu veriler, halk sağlığı müdahalelerinde bireylerin psikolojik süreçlerinin dikkate alınmasının, aşı karşıtlığı ile mücadelede önemli bir strateji olabileceğini düşündürmektedir.

2.5 COVID-19 PANDEMİSİ VE SAĞLIK ANKSİYETESİ

COVID-19 pandemisi gibi geniş ölçekli sağlık tehditleri, yalnızca bulaşıcı hastalık dinamiklerini değil, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını ve tutumlarını da önemli ölçüde etkilemiş olup sağlık anksiyetesinin hem yaygınlığını hem de şiddetini artırabilmektedir (8,38). Pandemi süresince özellikle sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin, uyumsuz güvenlik davranışları sergilediği; aşırı el yıkama, sosyal geri çekilme ve panik alışveriş gibi tutumların yaygınlaştığı bildirilmiştir. Bu davranışlar kimi zaman halk sağlığı rehberleriyle örtüşse de kaynakların gereksiz tüketilmesine ve toplum genelinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (39).

Literatürde anksiyete bozukluğu olmayan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük aşı tereddüdü ile pozitif yönde ilişkili bulunurken, anksiyete bozukluğu olan bireylerde bu ilişkinin negatif yönde seyrettiği gösterilmiştir. Bu bulgu, bazı bireylerde yüksek sağlık kaygısının aşının olası yan etkilerine yönelik korkuları artırarak aşı tereddüdünü besleyebileceğini; bazı bireylerde ise hastalık bulaşma korkusunu artırarak aşuya yönelik kabulü teşvik edebileceğini ortaya koymaktadır (8).

2.6 COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞIYA YAKLAŞIM

Salgın sırasında enfeksiyon riskini düşük algılayan bireylerin el yıkama ve sosyal mesafe gibi temel koruyucu davranışları daha az uyguladığı, ayrıca aşı yaptırma konusunda daha isteksiz oldukları da raporlanmıştır. Aşılama kararında bireyin algıladığı hastalık riski ve aşı güvenliği büyük önem taşımaktadır. Salgınlar sırasında hastalık tehdidi arttığında, bazı bireyler aşuya yönelik olumsuz algılara rağmen aşı yaptırma eğilimi gösterebilmektedir (9).

UNICEF'in yayımladığı verilere göre, COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık hizmetlerindeki aksamalar, sosyal izolasyon önlemleri ve sağlık personelindeki eksiklikler nedeniyle dünya genelinde çocukluk dönemi aşılama oranlarında ciddi düşüşler yaşanmıştır. Salgın, aşuya olan güveni de zedelemiştir; özellikle 35 yaş altı bireylerde ve kadınlarda çocukluk çağı aşularına yönelik güven azalmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında 55 ülkeden 52'sinde çocuklar için aşuların önemi algısının azaldığı görülmüştür. UNICEF Genel Direktörü Catherine Russell, bu durumu "aşularla ilgili korku ve dezenformasyonun virüs kadar hızlı yayılması" olarak tanımlamıştır (40).

UNICEF raporlarına göre, pandemi döneminde çocukluk çağı aşularının uygulanma oranları birçok ülkede gerilemiştir. Özellikle beş yaş altındaki çocuklarda kızamık gibi aşıyla önlenebilir hastalıkların yeniden görülmeye başladığı bildirilmiştir (41).

Salgın yalnızca fiziksel sağlık sistemlerini değil, bireylerin ruh sağlığını da derinden etkilemiştir. Bu süreçte anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik sorunların arttığı ve özellikle kadınların bu etkilerden daha fazla etkilendiği raporlanmıştır (42).

Pandemi döneminde aşı karşıtlığı ve tereddüdü, halk sağlığı açısından en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir. Aşılama sürecine olan güvenin zedelenmesi, yalnızca COVID-19 aşularına değil, genel anlamda tüm bağışıklama programlarına olumsuz yansımış ve bu durum küresel bağışıklık kazanımında ciddi riskler oluşturmuştur (43).

2.7. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ VE AŞIYA YAKLAŞIM

Üniversite dönemi, bireylerin akademik, sosyal, ekonomik ve duygusal açılardan çok boyutlu değişimler yaşadığı; aynı zamanda sağlıkla ilgili karar alma sorumluluğunu daha fazla üstlenmeye başladığı bir geçiş sürecidir. Bu dönemin sonunda bireyler, yetişkin kimliğini kazanmakta ve bu süreçte gelişen tutum ve davranışlar, gelecekteki sağlık alışkanlıklarının da temelini oluşturmaktadır (12).

Bununla birlikte, üniversite dönemi aynı zamanda ruh sağlığı sorunlarının da sık görüldüğü bir dönemdir. Anksiyete ve depresyon gibi yaygın psikiyatrik semptomlar, üniversite öğrencilerinde hem akademik performansı hem de sosyal işlevselliği olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, öğrencilerin bir kısmının üniversiteye başladıktan sonra anksiyete belirtilerinde belirgin bir artış yaşadığı, ancak ruh sağlığı sorunları karşısında profesyonel destek arama davranışının sınırlı kaldığı gösterilmiştir (13). Bu nedenle üniversite öğrencilerinin sınıf karşılaştırmalarında sağlık anksiyetesi açısından fark olabileceği düşünülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde görülen yüksek sağlık anksiyetesi, aşı gibi koruyucu sağlık davranışlarına yönelik tutumları etkileyebilmekte; sağlık anksiyetesi, hastalık tehdidi ve aşı güvenliği algısının görece ağırlığına bağlı olarak aşı kabulünü hem artırıcı hem de azaltıcı yönde rol oynayabilmektedir (44).

Literatürde sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin diğer öğrencilere göre en yüksek aşı kabulü, en düşük aşı reddi olan grup olduğu gösterilmiştir (14). Buna karşın sağlık öğrencilerinin, mesleki rolleri gereği aşırıya daha kolay kabul etmeleri beklense de yapılan araştırmalar bu grubun da aşırıya karşı belirli ölçülerde tereddüt taşıdığını ortaya koymaktadır. Örneğin, Rhode Island Üniversitesi'nde yürütülen bir ankette öğrencilerin yalnızca %50'si mümkün olan en kısa sürede COVID-19 aşısı yaptırmak istediğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada, diş hekimliği öğrencilerinin %45'inin ve tıp öğrencilerinin %23'ünün COVID-19 aşısına karşı isteksiz olduğu bulunmuştur (44).

Aşı tereddüdü nedenlerinin ortaya konulduğu bazı çalışmalarda bilgi eksikliğinden sonra büyük bir oranda aşı tereddüdü nedeninin tabular olduğu görülmüştür (16).

Spor alanında eğitim gören öğrencilerin aşuya yönelik tutumlarının, literatürde sporcularda rapor edilen performans kaygısı, bedensel özerklik algısı ve sosyal çevrenin etkisiyle farklılaşabileceği bildirilmiştir (17). Spor Bilimleri Fakültesi öğrencileri ise Tıp Fakültesi öğrencileri kadar olmasa da sağlık alanında dersler almaktadırlar ve heterojen bir grup oluşturulması açısından çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Bu bulgular, üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili tutumlarının yalnızca bilgi düzeyine değil; aynı zamanda sağlık anksiyetesi, risk algısı, ruh sağlığı durumları ve sosyal çevrenin etkisi gibi faktörlere de bağlı olarak şekillenebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, bu yaş grubuna yönelik halk sağlığı stratejileri geliştirilirken, yalnızca bilgi temelli yaklaşımlar değil, aynı zamanda duygusal, bilişsel süreçlere de odaklanan bütüncül müdahaleler planlanmalıdır. Üniversite dönemi öğrencilerde sağlık alanındaki tutum ve davranışlarda değişikliklere neden olmakta ve bu dönemin sonunda yetişkin sağlık davranışları kazanılmaktadırlar (12,45). Bu nedenle 1. ve son sınıf öğrenciler arasında sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı düzeyleri arasında fark olabileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Kesitsel ve yordayıcı bir çalışma olarak planlanan bu çalışma gerekli onaylar alındıktan sonra Mayıs 2025- Temmuz 2025 tarihleri arasında Çorum Hitit Üniversitesi'nde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma kapsamında Hitit Üniversitesi Tıp, İlahiyat ve Spor Bilimleri Fakültesi'nde eğitim görmekte olan 1. ve son sınıf (tıp fakültesi 6.sınıf, ilahiyat ve spor bilimleri fakültesi 4.sınıf) öğrencileri bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Yapılan güç analizi sonucunda bu üç fakülte'deki 1. ve son sınıf çalışmaya alınması planlanan minimum katılımcı sayıları; Tıp Fakültesi 1.sınıf:41, 6.sınıf:17 İlahiyat Fakültesi 1.sınıf:19 4.sınıf:50 Spor Bilimleri Fakültesi 1.sınıf:58 4.sınıf:68 toplam 253 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 345 kişi çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

Gönüllülerin Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

-Aktif olarak Hitit Üniversitesi Tıp, İlahiyat veya Spor Bilimleri Fakültesi'nde 1. veya son sınıf (tıp fakültesi 6.sınıf, ilahiyat ve spor bilimleri fakültesi 4.sınıf) öğrencisi olmak

-Türkçe bilmek

Gönüllülerin Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

-Çalışmaya katılmayı zorlaştıracak fiziksel engelin bulunması (işitme, görme, bedensel engel vb.)

- Daha önceden bu fakültelerden birini bitirmiş olmak

3.3. İşlem

Belirlenen fakültelerin yönetimlerinden sözlü ve yazılı izinler alındıktan sonra yönetim ile planlanan günlerde öğrenciler ile görüşüldü ve toplu şekilde öğrencilere çalışma ile ilgili bilgi verildi. Gönüllü öğrencilerden bilgilendirilmiş onamları alınarak veri formlarını doldurmaları istendi. Çalışma yaklaşık 20 dakika süren sosyodemografik veri formu ve ölçek uygulamasını

içermektedir. Gönüllü katılımcılara; Sosyodemografik Veri Formu (11 soru), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon (18 soru) ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği Uzun Formu (21 soru) içeren kitapçıktaki 50 soru yöneltilmiştir. Veri toplama öncesinde, aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır ve gönüllü katılımcılara, çalışmada isimlerinin kullanılmayacağı ve bu nedenle çalışmanın sonuçlarının taraflara bildirilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Anlaşılmayan noktaların olma ihtimali veya gelebilecek herhangi bir soru için araştırmacı ortamda hazır bulunmuştur.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla buluşmada; bilgilendirme sonrası Sosyodemografik Veri Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği Uzun Formu verildi.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu: İlgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan formda kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim görmekte olduğu fakülte ve sınıfı, kendinde ve ailesinde kronik hastalık durumu, ailede sağlık çalışanı olup olmaması, yaşanan önemli hayat olayları, hastaneye başvuru sayısı ve COVID-19 pandemisi sonrası aşılama konusundaki fikir değişikliği gibi konular sorgulanmıştır. (Ek:1)

3.4.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Versiyon: Sağlık anksiyetesi, herhangi bir tıbbi hastalık olmamasına rağmen kişinin olağan bedensel duyularını tehdit edici ya da olumsuz biçimde yorumlamasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Bu kavramı değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi ise Aydemir ve ark. (2013) tarafından somatoform bozukluk, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk tanısı alan bireyler ile üniversite öğrencilerinden oluşan sağlıklı bir örneklem üzerinde yapılmıştır.

Ölçek toplamda 18 maddeden oluşan öz bildirim esaslı bir araçtır. Bunların 14'ü bireyin ruhsal durumuna ilişkin dört seçenekli yanıtlar içeren ifadelerden oluşurken, kalan 4 madde bireylerden ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsayarak olası ruhsal durumlarını değerlendirmelerini istemektedir. Her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta, yüksek toplam puanlar daha yoğun sağlık anksiyetesi düzeyini göstermektedir. Türkçe formun iç tutarlılığı yüksek bulunmuş olup Cronbach alfa katsayısı 0,918 olarak rapor edilmiştir (Ek:2)

3.4.3 Aşı Karşıtlığı Ölçeği Uzun Form: Kılınçarslan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilme sürecinde hastane ortamı ile çevresindeki çeşitli

mekânlarda (örneğin kafeterya, bahçe, otobüs durağı) amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Ölçek, 5'li Likert tipinde (1=Hiç katılmıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) yanıtlanan 21 maddeden oluşmakta ve 4 alt boyut içermektedir. A bölümünde yer alan aşı lehine maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 21 ile 105 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar daha fazla aşı tereddüdüne işaret etmektedir (Ek:3)

3.5. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenlerde frekans (%) ile, nicel değişkenlerde ortalama (Ort), standart sapma (SS), ortanca (Q50), çeyrekler arası dağılım aralığı (Q25 – Q75) ve dağılım aralığı (minimum – maksimum) ile sunulmuştur. Normal dağılım varsayımı Shapiro-Wilk testi, histogram ve QQ grafikleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklar Pearson Ki-kare testi, Fisher Freeman Halton Kesin testi, Mann-Whitney U testi, bağımsız gruplarda T-testi ve Kruskal-Wallis testi (ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi) ile değerlendirilmiştir. Nicel değişkenler arasındaki ilişki Spearman Sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Sağlık Anksiyete puanı ve Aşı Karşıtlığı puanı ile ilişkili değişkenler çok değişkenli doğrusal regresyon ile değerlendirilmiştir. Regresyon modelleri yaş, cinsiyet, Aşı karşıtlığı puanı veya Sağlık Anksiyete puanına göre düzeltilmiş etkileri göstermektedir. Modellere ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili gösteren değişkenler alınmıştır. Modellerin geçerliliği için otokorelasyon Durbin-Watson istatistiği ile, çoklu bağlantı varyans şişme faktörü (VIF) ile ve standartlaştırmış artıkların normal dağılımı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. İstatistiksel analizler açık kaynak kodlu JASP v. 0.16.3.0 yazılımı ile yapılmıştır.

3.6. Etik Onay ve Araştırma İzni

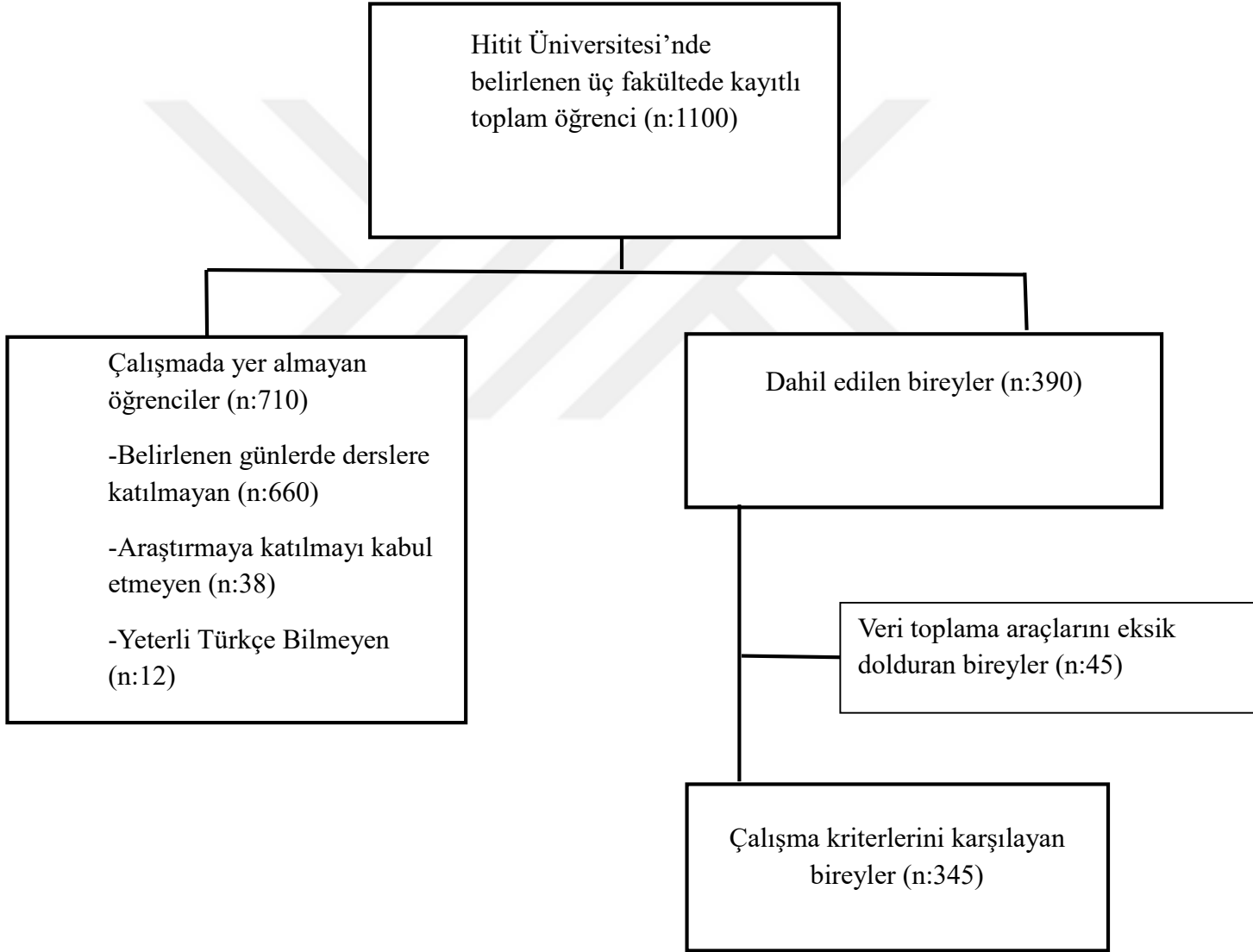
Bu çalışma için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08/04/2025 tarihli, 2025-68 karar numarası ile onay alındı.

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan 13/05/2025 tarihli E-30134845-044-2500050372, İlahiyat Fakültesi Dekanlığı'ndan 07/05/2025 tarihli E-95190215-300-2500048509, Spor Bilimler Fakültesi Dekanlığı'ndan 05/05/2025 tarihli E-12695450-300-2500047834 sayılı yazılar ile onay alındı.

4. BULGULAR

4.1 Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Bulgular

Çalışma kapsamında belirlenen tarihler arasında 345 öğrenci değerlendirmeye alındı.



Şekil 1: Akış Şeması

Dahil edilme kriterlerini karşılayan 38 birey araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

Çalışmada yer alan 345 üniversite öğrencisinin ortalama yaşı 22,46 (SS=4,43) yıl ve %56,52'sinin kadın (n=195) olduğu bulunmuştur.

Öğrenciler arasında komorbiditesi olanların oranı %8,12 (n=28) olduğu bulunmuştur. Görülen komorbid hastalıklar/rahatsızlıklar arasında FMF (n=3), astım (n=3), çölyak (n=2), demir eksikliği anemisi (n=2), diyabet (n=2), epilepsi (n=1), gastrit (n=1), panik atak (n=1), hashimoto tiroidi (n=1), hipertansiyon (n=1), huzursuz bacak sendromu (n=1), kalp damar hastalığı (n=1), konjenital kalp hastalığı (n=1), migren (n=1), MS (n=1), romatoid artrit (n=1), sinir sistemi hastalığı (n=1), sinüzit (n=1), venöz tromboz (n=1), kalp ritim bozukluğu (n=1) ve alerji (n=1) yer almaktadır.

Ailesinde komorbidite olan öğrencilerin oranı %33,91 (n=117) olarak bulunmuştur. Ailesinde sağlık çalışanı olanların oranı %22,61 (n=78) ve 1.derece yakını sağlık çalışanı olan 53 kişi olduğu bulunmuştur. Son altı ay içinde doktora başvuranların oranı %57,10 (n=197). Pandemi sonrasında aşı hakkında görüşü olumlu yönde değişen 19 kişi (%5,51), olumsuz yönde değişen 110 kişi (%31,88), değişiklik olmayan 150 kişi (%43,48) ve kararsız olan 66 kişi (%19,13) olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi puanı ortalaması 16,84 (SS=7,17) ve 2 – 40 puan arasında değiştiği bulunmuştur. Ortanca Aşı Karşıtlığı puanı 57 (Q25-Q75=45 – 67) ve 21 – 95 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 1).

4.2 Fakülteler Arası Karşılaştırma

Çalışmadaki üç fakülte grubu arasındaki karşılaştırma Tablo 1 ile sunulmuştur. Yaş dağılımları yönünden üç fakülte arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). İlahiyat fakültesindeki öğrencilerin yaşlarının Tıp ve Spor Bilimleri fakültelerindeki öğrencilerden anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,001$), ancak Tıp ve Spor Bilimleri fakülteleri arasında yaş dağılımları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Fakülteler arasında cinsiyet dağılımı yönünden fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Kadınların oranı Tıp fakültesinde %58,93 (n=66), Spor Bilimlerinde %41,78 (n=61) ve İlahiyat fakültesinde %78,16 (n=68) olduğu bulunmuştur. Ailede komorbidite görülme durumu yönünden fakülteler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tıp n=52, %46,43; Spor Bilimleri n=34, %23,29; İlahiyat n=31, %35,63; $p<0,001$). Ailesinde sağlık çalışanı olanlar Tıp fakültesi öğrencilerinde diğer fakültelere göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Tıp

n=41, %36,61; Spor Bilimleri n=23, %15,75; İlahiyat n=14, %16,09; $p<0,001$). Ailesinde sağlık çalışanı olanların 1.derece yakını olması Tıp fakültesi öğrencilerinde diğer fakültele göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Tıp n=32, %100; Spor Bilimleri n=12, %85,71; İlahiyat n=9, %81,82; $p=0,032$) Pandemi sonrasında aşı hakkındaki görüş yönünden fakülteler arasında fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Aşı hakkında görüşü olumsuz yönde değişenler İlahiyat ve Spor bilimleri fakültelerinde Tıp fakültesine göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Tıp n=15, %13,39; Spor Bilimleri n=50, %34,25; İlahiyat n=45, %51,72) (Tablo 1).

Fakülteler arasında Sağlık Anksiyetesi ($p=0,005$) ve Aşı Karşıtlığı puanları ($p<0,001$) yönünden fark olduğu bulunmuştur. Sağlık Anksiyetesi puanının Tıp fakültesi öğrencilerinde, Spor Bilimleri öğrencilerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,008$). İlahiyat fakültesi öğrencileri ile diğer iki fakülte öğrencileri arasında Sağlık Anksiyetesi puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Aşı karşıtlığı puanı Tıp fakültesi öğrencilerinde, Spor Bilimleri ve İlahiyat fakülteleri öğrencilerine göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Spor Bilimleri ve İlahiyat fakülteleri öğrencileri arasında Aşı karşıtlığı puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 1).

Fakülteler arasında medeni durum, öğrencilerde komorbidite, son altı ayda doktora başvurma durumu ve son bir yılda hayatında önemli olay olması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcı özellikleri ve fakülteler arası karşılaştırma

Değişken	n	%	Ort (SS)	Q50 (Q25- Q75)	Min - Maks	Tıp (n=112)	Spor		p
							Bilimleri (n=146)	İlahiyat (n=187)	
Yaş ¹	345		22,46 (4,43)	22 (19 - 24)	18 - 50	20 (19 - 25)	22 (19 - 23)	23 (22 - 25)	<0,001 ^{a*}
Cinsiyet								19	
Erkek	150	43,48	-	-	-	46 (41,07)	85 (58,22)	(21,84)	<0,001 ^{b*}
Kadın	195	56,52	-	-	-	66 (58,93)	61 (41,78)	(78,16)	
Medeni durum								78	
Bekâr	322	93,33	-	-	-	107 (95,54)	137 (93,84)	(89,66)	0,096 ^c
Evli	18	5,22	-	-	-	3 (2,68)	6 (4,11)	9 (10,34)	
Boşanmış /dul	5	1,45	-	-	-	2 (1,79)	3 (2,05)	0 (0)	
Kaçıncı sınıf								33	
1.sınıf	181	52,46	-	-	-	73 (65,18)	75 (51,37)	(37,93)	0,001 ^{b*}
Son sınıf	164	47,54	-	-	-	39 (34,82)	71 (48,63)	(62,07)	
Komorbidite								54	
Var	28	8,12	-	-	-	11 (9,82)	11 (7,53)	6 (6,9)	0,770 ^c
Yok	317	91,88	-	-	-	101 (90,18)	135 (92,47)	81 (93,1)	
Ailede komorbidite								31	
Var	117	33,91	-	-	-	52 (46,43)	34 (23,29)	(35,63)	<0,001 ^{b*}
Yok	228	66,09	-	-	-	60 (53,57)	112 (76,71)	(64,37)	
Ailede Sağlık çalışanı								14	
Var	78	22,61	-	-	-	41 (36,61)	23 (15,75)	(16,09)	<0,001 ^{b*}
Yok	267	77,39	-	-	-	71 (63,39)	123 (84,25)	(83,91)	
Ailedeki sağlık çalışanı yakınlık derecesi								73	
1.derece	53	-	-	-	-	32 (100)	12 (85,71)	9 (81,82)	0,032 ^{c*}
2.derece	4	-	-	-	-	0 (0)	2 (14,29)	2 (18,18)	
Son 6 ayda doktora başvurma								55	
Evet	197	57,10	-	-	-	67 (59,82)	75 (51,37)	(63,22)	0,163 ^b
Hayır	148	42,90	-	-	-	45 (40,18)	71 (48,63)	(36,78)	
Son 6 ayda doktora başvurma sayısı								19	
1 kez	72	20,87	-	-	-	24 (21,43)	29 (19,86)	(21,84)	
2-3 kez	86	24,93	-	-	-	28 (25)	28 (19,18)	(34,48)	
4-5 kez	21	6,09	-	-	-	8 (7,14)	10 (6,85)	3 (3,45)	

	6 ve üzeri kez	18	5,22	-	-	-	7 (6,25)	8 (5,48)	3 (3,45)	
Son 1 yılda hayatında önemli olay olması	Evet	97	28,12	-	-	-	28 (25)	46 (31,51)	(26,44)	0,475 ^b
	Hayır	248	71,88	-	-	-	84 (75)	100 (68,49)	(73,56)	
Pandemi sonrası Aşı hakkında görüşünde değişim	Olumlu değişim	19	5,51	-	-	-	14 (12,5)	3 (2,05)	2 (2,3)	<0,001 ^{b*}
	Olumsuz değişim	110	31,88	-	-	-	15 (13,39)	50 (34,25)	(51,72)	
	Fark yok	150	43,48	-	-	-	72 (64,29)	52 (35,62)	(29,89)	
	Emin değilim	66	19,13	-	-	-	11 (9,82)	41 (28,08)	(16,09)	
Sağlık Anksiyetesi Puanı ¹		345	16,84	16 (12-21)	2-40		17 (15-21)	14 (10-21)	22	0,005 ^{a*}
			55,9							
			(16,86	57 (45-67)	21-95		39 (30-53)	63 (55-73)	61 (52-71)	<0,001 ^{a*}
Aşı Karşıtlığı Puanı ¹		345)							

Tanımlayıcı istatistikler frekans (%) veya ¹ Q50 (Q25 – Q75) ile sunulmuştur. Çift-yönlü ^aKruskal-Wallis testi, ^bPearson Ki-kare testi ve ^cFisher Freeman Halton Kesin testi p-değerleri ile raporlanmıştır. *İstatistiksel olarak p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. İkili karşılaştırmalara ilişkin düzeltilmiş Bonferroni p-değerleri: Yaş için, İlahiyat vs diğer fakülteler p<0,001; Spor bilimleri vs Tıp p=0,977; Sağlık Anksiyetesi Puanı için, Spor bilimleri vs Tıp p=0,008; Spor bilimleri vs İlahiyat p=0,063; Tıp vs İlahiyat p=1,000; Aşı Karşıtlığı Puanı için, Tıp vs diğer fakülteler p<0,001; İlahiyat vs Spor bilimleri p=0,809.

4.3 Ölçek Puanlarının Fakülte ve Sınıflara Göre Dağılımı

Sağlık Anksiyetesi ve Aşı Karşıtlığı puanlarının fakülteler içinde öğrencilerin sınıfına göre değişimi Tablo 2 ile sunulmuştur. Sağlık Anksiyetesi puanının birinci ve son sınıf öğrencileri arasında her üç fakültede de benzer dağılım gösterdiği bulunmuştur (p>0,05). Aşı Karşıtlığı ölçek puanın, birinci sınıf Tıp fakültesi öğrencilerinde son sınıf Tıp fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (49 (39 - 57) vs 28 (24 - 33); p<0,001). Aşı Karşıtlığı ölçek

puanı yönünden Spor Bilimleri ve İlahiyat fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Ölçek puanlarının fakülte ve sınıflara göre dağılımı

Sağlık Anksiyetesi Puanı						
Fakülte	Sınıf	Ort (SS)	Q50 (Q25 – Q 75)	Min – Maks	p	
Tıp	17 (15 - 21)	1.sınıf	18,15 (5,65)	18 (15 - 22)	7 - 34	0,199
		Son sınıf	16,82 (5)	16 (14 - 20)	7 - 28	
Spor Bilimleri	14 (10 - 21)	1.sınıf	15,47 (7,14)	15 (10 - 20)	2 - 37	0,863
		Son sınıf	15,79 (8,63)	14 (9 - 22)	3 - 39	
İlahiyat	17 (13 - 22)	1.sınıf	19,42 (8,06)	18 (15 - 23)	5 - 40	0,094
		Son sınıf	16,81 (7,25)	16 (12 - 19)	3 - 37	
Aşı Karşıtlığı Puanı						
Fakülte	Sınıf	Ort (SS)	Q50 (Q25 – Q 75)	Min – Maks	p	
Tıp	39 (30 - 53)	1.sınıf	48,16 (13,09)	49 (39 - 57)	21 - 88	<0,001*
		Son sınıf	29,15 (5,31)	28 (24 - 33)	22 - 43	
Spor Bilimleri	63 (55 - 73)	1.sınıf	61,73 (12,66)	61 (53 - 69)	28 - 93	0,056
		Son sınıf	65,86 (13,55)	64 (57 - 77)	29 - 95	
İlahiyat	61 (52 - 71)	1.sınıf	62,88 (12,22)	62 (53 - 72)	43 - 86	0,354
		Son sınıf	60,19 (14)	58 (52 - 69)	26 - 88	

Çift-yönlü Mann-Whitney U testi p-değerleri raporlanmıştır. *İstatistiksel olarak $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

4.4 Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı ile İlişkili Değişkenler

Sağlık Anksiyetesi ölçek puanı ile ilişkili değişkenler Tablo 3 ile sunulmuştur. Kadınlarda Sağlık Anksiyetesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (18 (14 – 23) vs 15 (10 – 19); $p<0,001$). Ailesinde komorbidite olanların Sağlık Anksiyete puanı, ailesinde komorbidite olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (17 (14 – 22) vs 15 (11 – 21); $p=0,014$). Öğrenciler arasında son altı ayda doktora başvuruların Sağlık Anksiyetesi, son altı ayda doktora başvurmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (17 (13 – 22) vs 15 (11 – 19); $p=0,001$). Son altı ayda doktora başvurma sayısı yönünden Sağlık Anksiyetesi puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Son altı ayda 6 ve üzeri kez doktora başvuruların Sağlık Anksiyete puanı 2-3 kez başvurmuş ($p=0,005$), bir kez başvurmuş ($p=0,003$) veya hiç başvurmamış ($p<0,001$) olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık Anksiyetesi puanının medeni durum, okunan sınıf, öğrencinin komorbidite durumu,

ailede sağlık çalışanı olma durumu, son bir yılda hayatında önemli bir olay olması ve pandemi sonrası aşı hakkındaki görüşü yönünden anlamlı fark göstermediği bulunulmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Anksiyetesi puanı ile ilişkili değişkenler

Değişken	n	Ort (SS)	Q50 (Q25 - Q75)	Min-Maks	p
Cinsiyet					<0,001 ^a
Erkek	150	14,93 (6,94)	15 (10 - 19)	2 - 39	*
Kadın	195	18,31 (7)	18 (14 - 23)	3 - 40	
Medeni durum					0,982 ^b
Bekar	322	16,81 (7,06)	16 (12 - 21)	2 - 39	
Evli	18	17,44 (9,34)	16 (12 - 20)	6 - 40	
Boşanmış/dul	5	17 (6,89)	18 (11 - 19)	10 - 27	
Sınıf					0,129 ^a
1.sınıf	181	17,27 (6,92)	17 (13 - 22)	2 - 40	
Son sınıf	164	16,37 (7,43)	15 (11 - 20)	3 - 39	
Komorbidite					0,501 ^a
Var	28	18,64 (9,81)	17 (12 - 24)	4 - 40	
Yok	317	16,68 (6,88)	16 (12 - 21)	2 - 39	
Ailede komorbidite					0,014 ^{a*}
Var	117	18,12 (6,8)	17 (14 - 22)	3 - 37	
Yok	228	16,19 (7,27)	15 (11 - 21)	2 - 40	
Ailede Sağlık çalışanı					0,077 ^a
Var	78	18,12 (6,86)	18 (13 - 22)	5 - 39	
Yok	267	16,47 (7,22)	16 (12 - 21)	2 - 40	
Ailede sağlık çalışanı yakınlık derecesi					0,775 ^c
1.derece	53	18,45 (6,23)	18 (15 - 22)	5 - 33	
2.derece	4	17,5 (9)	15 (11 - 24)	10 - 30	
Son 6 ayda doktora başvurma					0,001 ^{a*}
Var	197	17,96 (7,23)	17 (13 - 22)	4 - 40	
Yok	148	15,35 (6,83)	15 (11 - 19)	2 - 37	
Son 6 ayda doktora başvurma sayısı					<0,001 ^b
Hiç ¹	148	15,35 (6,83)	15 (11 - 19)	2 - 37	*
1 kez ²	72	17,06 (7,45)	17 (11 - 23)	4 - 36	
2-3 kez ³	86	17,23 (6,75)	17 (12 - 22)	4 - 39	
4-5 kez ⁴	21	18,1 (4,53)	17 (16 - 20)	7 - 26	
6 ve üzeri ⁵	18	24,94 (7,8)	24 (20 - 30)	13 - 40	
Son 1 yılda hayatında önemli olay olması					0,428 ^a
Var	97	17,13 (7,02)	17 (13 - 22)	2 - 36	
Yok	248	16,73 (7,23)	16 (12 - 21)	3 - 40	
Pandemi sonrası Aşı hakkında görüşünde değişim					0,210 ^b
Evet, olumlu yönde değişti	19	18,47 (6,41)	17 (13 - 23)	9 - 32	
Evet, olumsuz yönde değişti	110	17,95 (8,27)	17 (12 - 23)	3 - 40	
Hayır, herhangi bir değişiklik olmadı	150	16,31 (6,7)	16 (12 - 20)	2 - 39	
Kararsızım	66	15,76 (6,19)	15 (12 - 19)	3 - 36	

Çift-yönlü ^aMann-Whitney U test, ^bKruskal-Wallis testi ve ^cBağımsız gruplarda T-testi testi p-değerleri raporlanmıştır. *İstatistiksel olarak p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. İkili karşılaştırmalara ilişkin düzeltilmiş Bonferroni p-değerleri: Son 6 ayda doktor ziyareti sayısı, 1 vs 2 p=1,000; 1 vs 3 p=0,402; 1 vs 4 p=0,325; 1 vs 5 p<0,001; 2 vs 3 p=1,000; 2 vs 4 p=1,000; 2 vs 5 p=0,003; 3 vs 4 p=1,000; 3 vs 5 p=0,005; 4 vs 5 p=0,342.

4.5 Aşı Karşıtlığı Ölçek Puanı ile İlişkili Değişkenler

Aşı Karşıtlığı ölçek puanı ile ilişkili değişkenler Tablo 4 ile sunulmuştur. Erkeklerde Aşı Karşıtlığı kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (58 (48 – 72) vs 55 (42 – 64); $p=0,014$). Ailesinde komorbidite olanların Aşı Karşıtlığı puanı, ailesinde komorbidite olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (55 (33 – 67) vs 57 (48 – 66); $p=0,015$). Aşı Karşıtlığı puanı ailesinde sağlık çalışanı olanlarda, ailesinde sağlık çalışanı olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (47 (35 – 61) vs 57 (48 – 69); $p<0,001$). Birinci derece yakını sağlık çalışanı olanların Aşı Karşıtlığı puanı, ikinci derece yakını sağlık çalışanı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (46,51 (SS=16,13) vs 70,75 (SS=13,12); $p=0,005$). Pandemi sonrası aşı görüşü durumuna göre Aşı Karşıtlığı puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Görüşünün olumsuz yönde değiştiğini belirtenlerin Aşı Karşıtlığı puanı, diğer görüşleri (olumlu yönde olduğunu ($p<0,001$), değişiklik olmadığını ($p<0,001$) veya kararsız olduğunu ($p=0,049$)) belirtenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Pandemi sonrası aşı hakkında görüşü kararsız olanların Aşı Karşıtlığı puanı, olumlu yönde olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Görüşünde değişiklik olmayanların Aşı Karşıtlığı puanı, olumsuz yönde değişenler ($p<0,001$) ve kararsız olanlara ($p=0,004$) göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4).

Aşı Karşıtlığı puanının medeni durum, okunan sınıf, öğrencinin komorbidite durumu, son altı ayda doktora başvurma durumu ve son bir yılda hayatında önemli bir olay olma durumu yönünden anlamlı fark göstermediği bulunulmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Aşı Karşıtlığı puanı ile ilişkili değişkenler

Değişken		n	Ort (SS)	Q50 (Q25 - Q75)	Min- Maks	p
Cinsiyet	Erkek	150	58,5 (17,06)	58 (48 - 72)	22 - 95	0,014 ^{a*}
	Kadın	195	53,89 (16,46)	55 (42 - 64)	21 - 90	
Medeni durum	Bekar	322	55,56 (17,07)	56 (45 - 67)	21 - 95	0,305 ^b
	Evli	18	60,83 (14,4)	63 (54 - 65)	36 - 88	
	Boşanmış/dul	5	60 (6,52)	61 (58 - 64)	50 - 67	
Sınıf	1.sınıf	181	56,47 (14,42)	56 (47 - 65)	21 - 93	0,828 ^a
	Son sınıf	164	55,26 (19,22)	57 (40 - 70)	22 - 95	
Komorbidite	Var	28	53,46 (21,12)	54 (34 - 74)	22 - 85	0,574 ^a

	Yok	317	56,11 (16,45)	57 (45 - 66)	21 - 95	
Ailede	Var	117	52,19 (19,96)	55 (33 - 67)	21 - 93	0,015 ^{a*}
komorbidite	Yok	228	57,8 (14,71)	57 (48 - 66)	23 - 95	
Ailede Sağlık						<0,001 ^a
çalışanı	Var	78	49,29 (17,04)	47 (35 - 61)	21 - 86	*
	Yok	267	57,82 (16,34)	57 (48 - 69)	22 - 95	
Ailede Sağlık	1.derece	53	46,51 (16,13)	43 (34 - 57)	21 - 84	0,005 ^{c*}
çalışanı						
yakınlık						
derecesi	2.derece	4	70,75 (13,12)	73 (60 - 82)	55 - 83	
Son 6 ayda	Var	197	54,85 (16,7)	56 (42 - 67)	22 - 90	0,212 ^a
doktora						
başvurma	Yok	148	57,28 (17,02)	57 (47 - 67)	21 - 95	
Son 6 ayda	Hiç	148	57,28 (17,02)	57 (47 - 67)	21 - 95	0,737 ^b
doktora	1 kez	72	54,1 (18,19)	56 (41 - 69)	22 - 88	
başvurma	2-3 kez	86	54,83 (15,9)	55 (45 - 65)	26 - 88	
sayısı	4-5 kez	21	57,29 (17,37)	57 (49 - 67)	22 - 90	
	6 ve üzeri	18	55,17 (14,28)	56 (46 - 63)	27 - 82	
Son 1 yılda	Var	97	56,08 (18,12)	57 (43 - 71)	21 - 95	0,783 ^a
hayatında						
önemli olay						
olması	Yok	248	55,82 (16,37)	57 (45 - 65)	22 - 95	
Pandemi						<0,001 ^b
sonrası Aşı	Evet, olumlu yönde değişti ¹	19	43,63 (16,22)	45 (30 - 59)	22 - 83	*
hakkında	Evet, olumsuz yönde değişti ²	110	65,18 (12,6)	63 (56 - 75)	40 - 95	
görüşünde	Hayır, herhangi bir değişiklik					
değişim	olmadı ³	150	49,43 (17,69)	50 (34 - 63)	21 - 95	
	Kararsızım ⁴	66	58,64 (12,4)	57 (51 - 64)	30 - 85	

Çift-yönlü ^aMann-Whitney U test, ^bKruskal-Wallis testi ve ^cBağımsız gruplarda T-testi testi p-değerleri raporlanmıştır. *İstatistiksel olarak p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. İkili karşılaştırmalara ilişkin düzeltilmiş Bonferroni p-değerleri: Pandemi sonrası Aşı hakkında görüşünde değişim, 1 vs 2 p<0,001; 1 vs 3 p=1,000; 1 vs 4 p=0,008; 2 vs 3 p<0,001; 2 vs 4 p=0,049; 3 vs 4 p=0,004.

4.6 Sağlık Anksiyetesi ve Aşı Karşıtlığı İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r_s=-0,028$; $p=0,604$). Katılımcıların yaşı ile sağlık anksiyete puanı ($r_s=-0,084$; $p=0,121$) ve aşı karşıtlığı puanı ($r_s=-0,011$; $p=0,836$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur.

4.7 Aşı Karşıtlığı ile İlişkili Faktörlerin Modellenmesi

Aşı karşıtlığına ilişkin regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı görünse de oto korelasyon ve artıkların normal dağılmaması nedeniyle modelin geçerliliği sınırlı bulunmuş ve güvenilir şekilde yorumlanamamıştır.



5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Hitit Üniversitesi Tıp, İlahiyat ve Spor Bilimleri Fakültelerinde öğrenim gören toplam 345 üniversite öğrencisinde sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu değişkenlerin sosyodemografik özellikler, fakülte ve sınıf düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Bulgular, giriş bölümünde belirtilen hipotezler ve mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1 Sağlık Anksiyetesi ile Aşı Karşıtlığı Arasındaki İlişki

Araştırmada sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r_s = -0,028$; $p = 0,604$). Bu durum, sağlık anksiyetesi düzeyinin aşı karşıtlığı üzerinde doğrudan ve tek yönlü bir etkiye sahip olmayabileceğini göstermektedir. Literatürde, sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin bir kısmında aşılardan potansiyel yan etkilerine yönelik aşırı kaygı nedeniyle aşı tereddüdü görülebildiği (8), diğer bir kısmında ise hastalık risk algısının artmasına bağlı olarak aşı kabulünün yükseldiği bildirilmektedir (37). Dolayısıyla, bu çalışmanın bulguları, sağlık anksiyetesi–aşı karşıtlığı ilişkisinin bağlama duyarlı ve çok boyutlu olduğunu desteklemektedir.

5.2 Sağlık Anksiyetesi ve Fakülteler Arası Farklılıklar

Araştırmada sağlık anksiyetesi puanları fakültelere göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p = 0,005$). Tıp Fakültesi öğrencilerinde, Spor Bilimleri Fakültesi öğrencilerine göre sağlık anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,008$). Bu durum, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin hastalık bilgisine daha fazla maruz kalmaları ve literatürde de vurgulandığı üzere bedensel duyularını algılama eşiğinin düşük olmasına bağlı olarak sağlık anksiyetesi düzeylerinin artması ile açıklanabilir (46). Bununla birlikte, İlahiyat Fakültesi öğrencileri ile diğer fakülte öğrencileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sınıf düzeyine göre yapılan analizde, sağlık anksiyetesi puanlarının 1. ve son sınıf öğrencileri arasında anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p > 0,05$) Sınıf düzeyine göre sağlık anksiyetesi puanlarında anlamlı fark olmaması sağlık kaygısının eğitim sürecinde belirgin biçimde artmadığını veya azalmadığını düşündürmektedir.

5.3. Ailede Komorbidite Varlığı ve Sağlık Anksiyetesi

Çalışmamızda ailesinde kronik hastalık bulunan öğrencilerin sağlık anksiyetesi puanları, ailesinde komorbidite olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ortanca [Q25–Q75]: 17 [14–22] vs 15 [11–21]; $p=0,014$). Bu sonuç ebeveyninde ciddi hastalık öyküsü olan bireylerde sağlık kaygısının artabileceğini ve bunun özellikle belirli sağlık inançları aracılığıyla geliştiğini bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (47).

5.4. Doktora Başvuru Sıklığı ve Sağlık Anksiyetesi

Çalışmamızda, son altı ay içinde doktora başvuran öğrencilerin sağlık anksiyetesi puanlarının, başvurmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Ortanca [Q25–Q75]: 17 [13–22] vs 15 [11–19]; $p=0,001$). Ayrıca, doktora başvuru sayısı ile sağlık anksiyetesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Özellikle son altı ayda 6 ve üzeri kez doktora başvuran öğrencilerin sağlık anksiyetesi puanlarının, 2–3 kez başvuranlara ($p=0,005$), bir kez başvuranlara ($p=0,003$) ve hiç başvurmayanlara ($p<0,001$) kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgu, sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek bireylerin, tıbbi güvence arayışıyla sık sağlık kuruluşlarına başvurma eğiliminde olduklarını bildiren literatür ile uyumludur. Söz konusu davranış, “care-seeking” olarak tanımlanmakta ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açabileceği belirtilmektedir (3). Özellikle 6 ve üzeri başvuru yapan gruptaki yüksek puanlar, bu bireylerde hastalık ihtimalini sürekli değerlendirme, semptomları tekrar tekrar kontrol ettirme ve tıbbi onay alma ihtiyacının daha yoğun olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, sağlık anksiyetesi olan bireylerde görülen aşırı güvence arama davranışının tipik bir yansıması olabilir.

5.5. Cinsiyet Farklılıkları ve Sağlık Anksiyetesi

Çalışmamızda kadın öğrencilerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkek öğrencilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (b [%95 GA] = 2,699 [1,171–4,226]; $p<0,001$). Bu sonuç, literatürde kadınlarda kaygı bozukluklarının daha sık görüldüğünü bildiren bulgularla uyumludur (48).

5.6 Aşı Karşıtlığı ve Fakülteler Arası Farklılıklar

Çalışmamızda, Aşı Karşıtlığı puanının Tıp Fakültesi öğrencilerinde, Spor Bilimleri ve İlahiyat Fakültesi öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Spor Bilimleri ve İlahiyat Fakültesi öğrencileri arasında ise aşı karşıtlığı puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca birinci sınıf Tıp Fakültesi öğrencilerinin aşı karşıtlığı puanlarının son sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (49 [39–57] vs 28 [24–33]; $p<0,001$). Bu bulgu, sağlık eğitimi alan öğrencilerin aşıların güvenliği ve etkinliği konusundaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının, aşıya yönelik olumlu tutum geliştirmelerine katkıda bulunabileceğini gösteren literatür ile uyumludur. Ayrıca, tıp fakültesi öğrencilerinde sınıf düzeyinin ilerlemesiyle birlikte aşı karşıtlığı puanlarının azalması, klinik eğitim sürecinde edinilen bilgi ve deneyimlerin bu olumlu tutumu pekiştirebileceğini düşündürmektedir (49). Spor Bilimleri ve İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde ise sınıf düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamış olması, bu fakültelerde eğitim müfredatında aşı ve bağışıklama konularının sınırlı yer tutmasıyla ilişkili olabilir. Bu sonuç literatürde sağlık dışı alanlardaki öğrencilerde aşıya yönelik bilgi eksikliği, güven ve tutum düzeylerinin daha olumsuz olabileceğini ortaya koyan önceki bulgularla uyumludur (50).

5.7 COVID-19 Pandemisi ve Aşı Karşıtlığı

Bu çalışmada, pandemi sonrası diğer aşılarla yönelik görüş durumu ile aşı karşıtlığı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Görüşünün olumsuz yönde değiştiğini belirten katılımcıların aşı karşıtlığı puanı, görüşü olumlu yönde değişenlere ($p<0,001$), değişiklik olmadığını ifade edenlere ($p<0,001$) ve kararsız olanlara ($p=0,049$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca, pandemi sonrası aşı hakkında görüşü “kararsız” olanların aşı karşıtlığı puanı, görüşü olumlu yönde değişenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Görüşünde değişiklik olmadığını belirtenlerin aşı karşıtlığı puanı ise, hem olumsuz yönde değişenlere ($p<0,001$) hem de kararsız olanlara ($p=0,004$) kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür.

Bu bulgular, pandemi sürecinde olumsuz yönde görüş değişikliğinin yalnızca COVID-19 aşılarına değil, diğer aşılarla yönelik de güven kaybı ve tereddüt ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Salgın döneminde medyada yer alan aşı karşıtı söylemler, sosyal medyada dolaşan yanlış veya çelişkili bilgiler ve bireysel olumsuz deneyimler, bu güvensizlikte rol oynamış olabilir. Kararsız grubun aşı karşıtlığı puanlarının yüksekliği, bu grubun bilgi eksikliği veya çelişkili bilgiye maruz kalma nedeniyle net bir tutum geliştiremediğini, ancak yine de aşılarla karşı belirgin bir çekince taşıdığını göstermektedir. Öte yandan, görüşünde

değişiklik olmadığını belirten katılımcıların aşı karşıtlığı puanlarının düşük olması, bu bireylerin pandemi öncesindeki aşya yönelik olumlu tutumlarını koruduklarını ve pandemi sürecindeki olumsuz söylemlerden daha az etkilendiklerini düşündürmektedir.

Benzer şekilde, pandemi döneminde yürütülen bazı çalışmalarda da aşya yönelik olumsuz görüş değişikliğinin, aşya karşı güven kaybı ve tereddüt ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (51). Ayrıca, literatürde aşya yönelik tereddüdün, bilgi eksikliği ile yanlış bilgiye maruz kalma sonucu arttığı bildirilmektedir (11).

5.8 Araştırmanın Kısıtlılıkları

- I. Araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması, nedensel çıkarımlar yapmayı sınırlamaktadır.
- II. Öğrencilerin daha önce diğer bölümlerde eğitim alıp almadığı bilinmemektedir.
- III. Araştırmanın Covid pandemisi sonrası yapılmış olması nedeniyle Aşı Karşıtlığı Ölçeği sorularının öğrenciler tarafından hangi aşlar düşünülerek cevaplandırıldığı bilinmemektedir. Bu nedenle sosyodemografik veri formunda pandemi sonrası aşı görüş değişikliği de sorgulanmıştır.

5.9. Araştırmanın Güçlü Yanları

- I. Çalışmada farklı fakülteler ve farklı sınıf düzeylerinin dahil edilmesi, eğitim sürecinin sağlık anksiyetesi ve aşı karşıtlığı üzerindeki olası etkilerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesini sağlamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Hitit Üniversitesi Tıp, Spor Bilimleri ve İlahiyat Fakültelerinde öğrenim gören birinci ve son sınıf öğrencilerinde sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen başlıca sonuçlar şunlardır:

- I. Sağlık anksiyetesi ile aşı karşıtlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, sağlık kaygısının aşı tutumu üzerindeki etkisinin örnekleme ve bağlama göre değişebileceğini düşündürmektedir.
- II. Fakülteler arasında anlamlı farklılıklar vardır. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlık anksiyetesi puanları daha yüksek, aşı karşıtlığı puanları ise daha düşük bulunmuştur. İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde ise aşı karşıtlığı puanları daha yüksek bulunmuştur.
- III. Cinsiyet, ailede kronik hastalık öyküsü ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı sağlık anksiyetesi düzeyi üzerinde etkili olmuştur. Kadın öğrencilerde sağlık anksiyetesi düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.
- IV. COVID-19 pandemisi sonrası aşı tutumlarında özellikle İlahiyat ve Spor Bilimleri Fakültelerinde olumsuz yönde değişim gözlenmiştir.

6.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Üniversitelerde, özellikle sağlık dışı fakültelerde (İlahiyat ve Spor Bilimleri gibi) aşıya yönelik farkındalık ve bilgilendirme programları düzenlenmeli ve bu programlar yalnızca bilgi aktarmakla kalmayıp yanlış inanışların düzeltilmesini de hedeflemelidir.
- Öğrencilerin sağlık kaygı düzeyleri düzenli aralıklarla değerlendirilmeli, gerektiğinde psikolojik destek sağlanmalıdır.

6.2. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Boylamsal çalışmalar yapılarak sağlık anksiyetesi ve aşı tutumlarındaki değişimin zaman içindeki seyri incelenmelidir.
- Nitel veri toplama yöntemleri (derinlemesine görüşmeler, odak grup çalışmaları) kullanılarak aşı karşıtlığı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi etkileyen psikososyal faktörler daha derinlemesine anlaşılmalıdır.
- Farklı yaş grupları, meslek grupları ve kültürel bağlamlarda benzer araştırmalar yapılarak sonuçların genellenebilirliği test edilmelidir.
- Sosyal medya kullanımının, bilgi arama davranışının ve yanlış bilgiye maruz kalmanın aşı tereddüdüne etkisi daha detaylı olarak araştırılmalıdır.

6.3. Sağlığa Yön Veren Politikacılara Öneriler

- Tıp Fakültesi 1. Ve 6.sınıf öğrencileri arasında eğitimle aşı karşıtlığı düzeyi azaldığı için sağlık dışı fakülteler ve halka yönelik aşı ve bağışıklama konusunda eğitimler düzenlenebilir
- Halk sağlığı politikaları, yalnızca aşı ile ilgili teknik bilgileri değil, aynı zamanda psikolojik faktörleri (sağlık anksiyetesi, risk algısı, güven) de göz önünde bulunduracak şekilde tasarlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health Anxiety: Current Perspectives and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep.* Ağustos 2010;12(4):306-312.
2. Kara N. Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Derg.* 2014;3(2):99-108.
3. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2017;101:31-37.
4. Oğuzöncül AF, Tuncer-Kara K, Deveci SE. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Aşılarda Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Klimik Dergisi* . 2021 ;34(2).
5. WHO- Vaccines and immunization. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization> Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2025
6. WHO- Ten health issues WHO will tackle this year Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> Erişim Tarihi: 5 Ağustos 2025
7. Çıtak G, Aksoy ÖD. Aşılamada önemli bir engel: Aşı reddi. *ERÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2020;7(2):15-20.
8. McNeil A, Purdon C. Anxiety disorders, COVID-19 fear, and vaccine hesitancy. *J Anxiety Disord.* 2022;90:102598.
9. Karlsson LC, Soveri A, Lewandowsky S, Karlsson L, Karlsson H, Nolvi S, vd. Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Personal Individ Differ.* 2021;172:110590.
10. Fadhel FH, Sufyan NS, Alqahtani MM, Almaamari AA. Anxiety and fear of COVID-19 as potential mechanisms to explain vaccine hesitancy among adults. *Front Psychiatry.* 2024;15:1376567.

11. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PloS One*. 2018;13(12):e0208601.
12. Özdelikara A, Ağaçdiken Alkan S, Mumcu N. Determination of health perception, health anxiety and effecting factors among nursing students. *Bakirkoy Tip Derg Med J Bakirkoy*. 2018;275-282.
13. Davies EB, Morriss R, Glazebrook C. Computer-Delivered and Web-Based Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being of University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2014;16(5):e130.
14. Tavolacci MP, Dechelotte P, Ladner J. COVID-19 vaccine acceptance, hesitancy, and resistancy among university students in France. *Vaccines*. 2021;9(6):654.
15. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33(34):4191-4203.
16. Sheikh A, Iqbal B, Ehtamam A, Rahim M, Shaikh HA, Usmani HA, vd. Reasons for non-vaccination in pediatric patients visiting tertiary care centers in a polio-prone country. *Arch Public Health*. Aralık 2013;71(1):19.
17. Sobierajski T, Krzywański J, Mikulski T, Pokrywka A, Krysztofiak H, Kuchar E. Sports elite means vaccine elite? Concerns and beliefs related to COVID-19 vaccines among olympians and elite athletes. *Vaccines*. 2022;10(10):1676.
18. Hogan B. Coping with health anxiety. *Improv Access Psychol Ther*. 2010;1:24.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
20. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56-61.
21. Oktem ÖH, Karaoğlu FN, Uçtu AK. Aşı Reddi. *YOBÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2023;4(2):204-211.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Aşının Tarihçesi Erişim adresi: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/tr-77801/turkiyede-asinin-tarihcesi.html> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
23. Kutlu HH, Altındış M. Aşı karşıtlığı. *Flora Derg*. 2018;23(2):47-58.

24. Riedel S. Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination. *Bayl Univ Med Cent Proc.* 01 Ocak 2005;18(1):21-25.
25. Institut Pasteur- 1885’te ilk kuduz aşısının tarihçesi Erişim adresi:
<https://www.pasteur.fr/en/research-journal/news/history-first-rabies-vaccination-1885> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
26. WHO- Aşılar ve bağışıklama Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
27. WHO- Essential Programme on Immunization Erişim adresi:
<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Erişim adresi:
<https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
29. Hasar M, Özer ZY, Bozdemir N. Aşı reddi nedenleri ve aşilar hakkındaki görüşler. *Cukurova Med J.* 2021;46(1):166-176.
30. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine.* 2015;33(34):4161-4164.
31. DeStefano F, Shimabukuro TT. The MMR Vaccine and Autism. *Annu Rev Virol.* 2019;6(1):585-600.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Erişim adresi:
<https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
33. Uluslararası Katılımlı “Aşı Kararsızlığı Çalıştayı” - Türkiye Milli Pediatri Derneği Erişim adresi:
<https://millipediatri.org.tr/menu/uluslararasi-katilimli-asi-kararsizligicalis-199> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
34. WHO-Global childhood vaccination coverage holds steady, yet over 14 million infants remain unvaccinated Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.

35. WHO SAGE summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf Erişim adresi:
https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2 Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
36. Akar B, Karan M. Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kastamonu İletişim Araştırmaları Derg.* 2024;(12):267-294.
37. Fadhel FH, Sufyan NS, Alqahtani MM, Almaamari AA. Anxiety and fear of COVID-19 as potential mechanisms to explain vaccine hesitancy among adults. *Front Psychiatry.* 2024;15:1376567.
38. Sekizawa Y, Hashimoto S, Denda K, Ochi S, So M. Association between COVID-19 vaccine hesitancy and generalized trust, depression, generalized anxiety, and fear of COVID-19. *BMC Public Health.* Aralık 2022;22(1):126.
39. Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020;71:102211.
40. UNICEF Basın Bülteni Yeni veriler, COVID-19 salgını sırasında bazı ülkelerde çocukluk dönemi aşılarna olan güvenin yüzde 44 kadar düştüğünü gösteriyor Erişim adresi:
<https://www.unicef.org/turkiye/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/yeni-veriler-covid-19-salg%C4%B1n%C4%B1-s%C4%B1ras%C4%B1nda-baz%C4%B1-%C3%BClkelerde-%C3%A7ocukluk-d%C3%B6nemi-a%C5%9F%C4%B1lar%C4%B1na> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
41. UNICEF Basın Bülteni Avrupa'daki kızamık vakaları artmaya ve milyonlarca çocuğu risk altında bırakmaya devam ediyor Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/avrupadaki-k%C4%B1zam%C4%B1k-vakalar%C4%B1-artmaya-ve-milyonlarca-%C3%A7ocu%C4%9Fu-risk-alt%C4%B1nda-b%C4%B1rakmaya> Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2025.
42. Alioğulları, A., Sönmez, A. Ö., & Erdoğan, A. Effect of sociodemographic variables on health anxiety and death anxiety levels in covid-19 pandemic. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2022; 14(Ek 1), 21-27.
43. Akbulut S, Boz G, Gökçe A, Ünsal S, Sarıtaş H, Kızılay E, vd. Evaluation of nurses' vaccine hesitancy, psychological resilience, and anxiety levels during covid-19 pandemic. *Eurasian J Med.* 2023;55(2):140.

44. Gautier S, Luyt D, Davido B, Herr M, Cardot T, Rousseau A, vd. Cross-sectional study on COVID-19 vaccine hesitancy and determinants in healthcare students: interdisciplinary trainings on vaccination are needed. *BMC Med Educ*. Aralık 2022;22(1):299.
45. Dinçer A, Kurşun Ş. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2017;26(1):20-26.
46. Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther*. 1986;24(5):597-602.
47. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Sherry SB, Stewart SH. Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behav Cogn Psychother*. 2016;44(1):18-29.
48. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027-1035.
49. Lucia VC, Kelekar A, Afonso NM. COVID-19 vaccine hesitancy among medical students. *J Public Health*. 2021;43(3):445-449.
50. Softić A, Omeragić E, Kondža M, Srabović N, Smajlović A, Dautović E, vd. Knowledge and attitudes regarding covid-19 vaccination among medical and non-medical students in Bosnia and Herzegovina. *Acta Medica Acad*. 2023;52(1):1.
51. Murphy J, Vallières F, Bentall RP, Shevlin M, McBride O, Hartman TK, vd. Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nat Commun*. 2021;12(1):29.

8. EKLER

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN AŞI KARŞITLIĞINA ETKİSİ ANKETİ

Değerli katılımcılar;

Cevaplandıracağınız bu anket; Üniversite öğrencilerinde sağlık anksiyetesinin aşı karşıtlığına etkisini değerlendirme amaçlı bir bilimsel çalışmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

Bu çalışmada size sadece anket form uygulaması yapılacak olup, tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu nedenle tarafınıza yönelik bir girişim, müdahale ve tedavi riski içermemektedir.

İstedığınız zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Verdiğiniz bilgiler yalnızca bu araştırmanın verileri olarak kullanılacak olup, gizlilik esastır.

Anket formuna kimliğinizi belli eden bir ifade yazmayınız ya da bir işaret koymayınız.

Araştırmanın doğru bir şekilde sonuçlanabilmesi için hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmamanızı rica eder, içtenlikle vereceğiniz cevaplarla araştırmaya yapmış olduğunuz katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Arş. Gör. Dr. Gizem KIZILTEPE

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Cinsiyet

Kadın: Erkek:

2. Yaş:

3.Medeni durum:

Evli: Bekar: Boşanmış/dul: İlişkisi: var yok

4. Fakülte

Tıp Fakültesi: İlahiyat Fakültesi: Spor Bilimleri Fakültesi:

5. Sınıf düzeyi

1.sınıf: 4.sınıf: 6.sınıf:

6. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet (Lütfen belirtiniz: _____)

Hayır

7.Ailenizde kronik hastalık öyküsü var mı?

Evet

Hayır

Evet ise, hangi hastalıklar? (Birden fazla seçilebilir)

Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kalp hastalığı vb.)

Diyabet (şeker hastalığı)

Kanser

Kronik akciğer hastalıkları (KOAH, astım vb.)

Nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Parkinson vb.)

Otoimmün hastalıklar (romatoid artrit, lupus vb.)

Psikiyatrik hastalıklar (Psikoz, Bipolar Bozukluk vb.)

Diğer: _____

8.Ailenizde sağlık çalışanı var mı?

Evet (anne, baba kardeş: _____)

Hayır

9.Son 6 ay içinde sağlık problemi nedeniyle doktora başvurduunuz mu?

Evet

Hayır

Eğer başvurduysanız, kaç kez?

1 kez

- 2-3 kez
- 4-5 kez
- 6 ve üzeri

10. Son 1 yıl içinde olumlu ya da olumsuz önemli bir yaşam olayı yaşadınız mı? (Ameliyat, ailede hastalık durumu, doğum, iflas, depresyon, düğün, vefat vb.)

Evet (Lütfen

Belirtiniz: _____)

Hayır

11. COVID-19 pandemisi sonrasında aşı yaptırmaya yönelik düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?" (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

- Evet, olumlu yönde değişti (aşı yaptırmaya isteğim arttı, diğer aşılarla karşı tutumum olumlu hale geldi)
- Evet, olumsuz yönde değişti (özellikle diğer aşılarla karşı tutumum olumsuzlaştı)
- Hayır, herhangi bir değişiklik olmadı
- Kararsızım

EK-2 SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size en fazla uyan ifadeyi işaretleyin.

- 1.(a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 - (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 - (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
 - (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

- 2.(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
 - (b) Yaşıtlarıma kadar ağrı/acı hissedirim
 - (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
 - (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.

3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
 - (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
 - (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
 - (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
 - (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
 - (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 - (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
 - (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- 7.(a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığımla için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

- (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
 - (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
 - (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.



EK-3 Aşı Karşıtlığı Ölçeği (uzun form)

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

D2	Dini inancım nedeniyle aşı olmam.					
D3	Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam.					
D4	Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok.					
D5	Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir.					



EK-4 Etik Kurul Onayı

EK-5 Spor Bilimleri Fakültesi Onayı

EK-6 İlahiyat Fakültesi Onayı

EK-7 Tıp Fakültesi Onayı

