T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD 19 AŞISI OLMA DURUMUNUNUN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Büşra Dönmez

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Murat Tekin

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD 19 AŞISI OLMA DURUMUNUNUN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Büşra Dönmez

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Murat Tekin

.

Çanakkale, 2023

TEŞEKKÜR

Tıpta Uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşarak Aile hekimi uzmanı olmam yolunda her türlü desteği sağlayan, gerek hastalarına gerek asistanlarına karşı nazik, anlayışlı ve sevecen davranan, tez yazma sürecimde sorularımı her daim yanıtlayan ve yardımcı olarak bu süreci kolay bir şekilde yürütmemi sağlayan danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Murat Tekin'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez savunmamda emeği geçen Prof.Dr.Erkan Melih Şahin'e, Dr.Öğr.Üyesi Yusuf Haydar Ertekin'e, Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Göktuğ Kılınçarslan'a,

Her daim desteklerini hissettiğim bugünlere gelmemde büyük emekleri olan annem ve babama, canım aileme, her zaman yanımda olan kardeşlerime, en küçük kardeşim prensesim Ayşegül'e,

Büşranur, Nahide ve asistanlık eğitimim boyunca beraber olduğumuz, bu süreçte arkadaşlıktan öte samimiyetler oluşturduğumuz Çanakkale'de aile ortamı oluşturan güzel Aile hekimi asistan arkadaşlarıma, tez yazma sürecimde uzaklardan bile motivasyonumu artıran Ayça, Burcu ve Salime'ye,

Sonsuz teşekkürlerimle…

İÇİNDEKİLER

ÖZET iii
ABSTRACT v
KISALTMALAR ve SİMGELER vii
TABLOLAR ve ŞEKİLLER ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. Koronavirüs Virolojisi, Patogenezi ve Kliniği 2
2.1.1. Koronavirüs Taksonomisi ve Biyolojik Yapısı 2
2.1.2. Koronavirüs Patogenezi 4
2.1.3. Koronavirüs (SARS-CoV-2) Kliniği, Tanı ve Tedavisi 5
2.2. Koronavirüs Bulaşıcılığı, Dünyada Koronavirüs Yayılımı, Pandemi Süreci ve İlk Vaka 7
2.2.1. Koronavirüs Nasıl Bulaşır? 7
2.2.2. Dünyada Koronavirüs Yayılımı, Pandemi Süreci ve İlk Vaka 8
2.2.3. Türkiye'de İlk Vaka Ne Zaman Görüldü ve Nasıl İlerledi? 10
2.2.4. Türkiye'de Koronavirüs Hastalarının İzolasyonu Nasıl Yapıldı? 10
2.3. Aşılar ve Bağışıklama 13
2.3.1. Covid-19 Aşısı, Gelişimi ve Bağışıklama 14
2.3.2. Biontech-Pfizer Aşısı 17
2.3.3. Sinovac Aşısı 17
2.3.4. Moderna Aşısı 18

2.3.5. AstraZeneca/Oxford Aşısı 18
2.3.6. Turkovac Aşısı 19
2.3.7. Türkiye'de Aşıların Yapılma Süreci 21
2.4. Psikolojinin Tanımı 22
2.4.1. Sağlık psikolojisine bakış 23
2.4.2. Anksiyete Nedir? 23
2.4.3. Anksiyete Bozuklukları 24
2.4.4. Covid-19 'da Sağlık Anksiyetesi ve Covid-19 ilişkisi 25
3. GEREÇ ve YÖNTEM 26
3.1. Evren Ve Örneklem 26
3.2.Veri Toplama Araçları 26
3.3. Psikolojik sağlamlık tutum ve becerileri 27
3.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) 27
3.5. Uygulama 28
3.6. Güvenlik 28
3.7. İzin ve Onamlar 28
3.8. İstatiksel Analiz 29
3.9. Araştırma Maliyeti 29
4.BULGULAR 30
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler 30
5. TARTIŞMA 69
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 79
KAYNAKLAR 82
EKLER 88
EK-1 Araştırma Anket Formu 88
EK-2 Etik Kurul İzin Formu 93

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda psikolojik sağlamlık ve anksiyete durumlarının Covid-19 aşı olma durumu ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmamız Prospektif, tanımlayıcı desende, uygun-kolayda (convenience) örneklem yoluyla seçilerek yapılmıştır ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15.01.2022-31.05.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü soruları yanıtlama kapasitesine sahip bireyler ile yakınlarından çalışmaya onay verenlerle çalışmamız yapılmıştır. Veri toplama aracı anket formu olup anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 135 (%41,9) erkek, 187 (%58,1) kadın olmak üzere 322 kişi katıldı. Katılanların yaş aralığı 18 ile 73 arasındaydı. Araştırmamıza katılan 322 katılımcıdan 303'ü (%94,09) Covid-19 aşısı olmuşken, 19'u (%5,9) aşı olmamıştır.1 doz aşı olan 8 (%2,5) katılımcı, 2 doz aşı olan 106 (%32,9) katılımcı, 3 doz aşı olan 119 (%37) katılımcı, 4 doz aşı olan 43 (%13,4) katılımcı, 5 doz aşı olan 24 (%7,5) katılımcı, 6 doz aşı olan 3 (%0,9) katılımcı bulunmaktadır. Toplam 322 katılımcıdan 258'i (%80,1) BioNTech aşısı olurken 64 (%19,9) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır. 322 katılımcıdan 133'ü (%41,3) Sinovac aşısı olurken 189 (%58,7) katılımcı ise hiç Sinovac aşısı olmamıştır. Çalışmamıza katılan katılımcıların hiç aşı olmayanlar ile 1 doz aşı olanlar birleştirilerek eksik doz aşı olmuş bir grup oluşturulmuştur. Geri kalan 2 doz ve üzeri aşı olan katılımcılar ise tam doz aşı olmuş olarak gruplandırılmıştır. Tam doz aşı olan 295 (%91,6) katılımcı bulunmaktadır. Eksik doz aşı olan ise 27 (%8,4) katılımcı bulunmaktadır (Tablo 4.7). Katılımcıların olduğu aşı tiplerine

göre değerlendirecek olursak hiç aşı olmayan 19 (%5,9) katılımcı, tek tip aşı olan 212 (%65,8) katılımcı, birden fazla tip aşı olan 91 (%28,3) katılımcı bulunmaktadır (Tablo 4.8). Çalışmamızda Covid-19 aşısı olan katılımcıların PTSBÖ ortalaması 106,84, olmayan katılımcıların PTSBÖ ortalaması 110,11 bulundu. Covid-19 aşısı olan katılımcıların SAÖ ortalaması 33,41 bulunurken Covid-19 aşısı olmayan katılımcıların 34,42 bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda Covid-19 aşı olma durumu ile psikolojik dayanıklılık ya da sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bekar olan katılımcıların sağlık anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur. Özel sektörde çalışan katılımcılar memur, işçi, emekli ve diğerlerine göre psikolojik olarak daha dayanıklıdır. Çocuk sahibi olan, Covid-19 geçirmeyen veya emekli olan katılımcılar daha fazla Covid-19 aşısı olmuştur. Pandemi sürecinde Aile Hekimleri olarak aşılanma ile ilgili hastaların psikolojik durumunu tespit ederek buna uygun yaklaşımlarda bulunmalıyız.

Anahtar kelimeler: Covid-19 Aşı, Sağlık Anksiyetesi, Psikolojik Sağlamlık, Covid-19 Aşı Seçimi

ABSTRACT

Objective: The aim of our study is to examine the relationship between psychological resilience and anxiety status in patients who applied to the Medical Faculty Hospital Family Medicine outpatient clinic and the Covid-19 vaccination status.

Method: Our study was conducted in a prospective, descriptive design, by selecting a convenient sampling method, and individuals over the age of 18 who applied to Çanakkale Onsekiz Mart University Health Practice and Research Hospital Family Medicine Polyclinic between 15.01.2022 and 31.05.2022 and their relatives were included in the study. We have worked with those who approve. The data collection tool is a questionnaire form, and the questionnaire was applied to the participants by face-to-face interview method.

Results: A total of 322 people, 135 (41.9%) men and 187 (58.1%) women, participated in the study. The age range of the participants was between 18 and 73. While 303 (94.09%) of the 322 participants participating in our research were vaccinated against Covid-19, 19 (5.9%) were not vaccinated. 8 (2.5%) participants with 1 dose of vaccine, 106 (32.9%) participants with 2 doses of vaccine, 119 (37%) participants with 3 doses of vaccine, 43 (13.4%) participants with 4 doses of vaccine, There are 24 (7.5%) participants who received 5 doses of vaccine and 3 (0.9%) participants who received 6 doses of vaccine. While 258 (80.1%) of the 322 participants were vaccinated with BioNTech, 64 (19.9%) participants were not vaccinated with BioNTech. While 133 (41.3%) of 322 participants were vaccinated with Sinovac, 189 (58.7%) participants were not vaccinated with Sinovac.A group with an incomplete dose of vaccination was formed by combining the participants in our study who had never been vaccinated and those who had 1 dose of vaccination. The remaining 2 doses or more of the participants were grouped as full-dose vaccines. There were 295

(91.6%) participants who received the full dose vaccine. There were 27 (8.4%) participants who had a missing dose of vaccine (Table 4.7). If we evaluate according to the vaccine types of the participants, there are 19 (5.9%) participants without any vaccine, 212 (65.8%) participants with one type of vaccine, 91 (28.3%) participants with more than one type of vaccine (Table 4.8).In our study, the mean of PTSBÖ of the participants who had the Covid-19 vaccine was 106,84, and the mean of the participants who did not have the Covid-19 vaccine was 110,11. While the average SAÖ of the participants with the Covid-19 vaccine was 33,41, the participants who did not have the Covid-19 vaccine were found to be 34,42.

Conclusion: In our study, no significant relationship was found between Covid-19 vaccination status and psychological resilience or health anxiety. Single participants were found to have higher health anxiety. Participants working in the private sector are more psychologically resilient than civil servants, workers, retirees and others. Participants who had children, did not have Covid-19, or were retired had more Covid-19 vaccinations. In the pandemic process, as family physicians, we should determine the psychological state of patients related to vaccination and take appropriate approaches.

Keywords: Covid-19 Vaccine, Health Anxiety, Psychological Resilience, Covid-19 Vaccine Selection

KISALTMALAR ve SİMGELER

TİTCK:	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
SARS-CoV-2:	Koronavirüs
ACE-2:	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
KKE:	Kişisel Koruyucu Ekipman
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
MÖ:	Milattan Önce
HIV/AİDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CEPI:	Salgın Hazırlık İnovasyonu Koalisyonu
VLP:	Virüse Benzeyen Partikül
GSK:	Glaxo Smith Kline
mRNA:	Messenger RNA
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GAD: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GABA: Gama Aminobütirik Asit

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

A.B.D. : Ana Bilim Dalı

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANOVA: Tek Yönlü Varyans

PTSBÖ: Psikolojik Dayanıklılık ve Sağlamlık Ölçeği

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

Tablo2.1. Covid-19 Tarihçesi

Tablo2.2. Covid-19'a Karşı Alınan Önlemler

Tablo2.3. Faz 3 Çalışmasında olan dört Covid-19 aşısının karşılaştırılması ve Bilimsel Dergilerde Yayınlanma Durumu

Tablo 4.1. Katılımcıların Eğitim Durumu

Tablo 4.2. Katılımcıların Meslek Durumu

Tablo 4.3. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık, Sağlık Anksiyetesi ve Yaş İlişkisi

Tablo 4.4. Katılımcıların Yaş ile Aşılanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 4.5. Katılımcıların Toplam Aşılanma Dozu Durumu

Tablo 4.6. Katılımcıların Aşı tiplerine göre aşı durumları tablosu

Tablo 4.7. Katılımcıların Eksik Aşı Durumu

Tablo 4.8. Katılımcıların Aşı Olma Tipleri ve Yüzdeleri

Tablo 4.9. Katılımcıların Covid-19 Aşı Tamamlanma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık ve Sağlık Anksiyetesi Karşılaştırması

Tablo 4.10. Katılımcıların Yaş ile Aşı Tamamlanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 4.11. Katılımcıların Covid-19 Aşı Olma Durumu ile Çeşitli Değişkenlerin İlişkisi

Tablo 4.12. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Sinovac Olma Arasındaki İlişki

Tablo 4.13. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve BioNTech Olma Arasındaki İlişki

Tablo 4.14. Katılımcıların Meslek ve Sinovac İlişkisi

Tablo 4.15. Katılımcıların Meslek BioNTech ilişki tablosu

Tablo 4.16. Katılımcıların Covid-19 Olma Durumu ve Sinovac Aşısı Yaptırma

Tablo 4.17. Katılımcıların Covid-19 Olma Durumu ve BioNTech Aşısı Yaptırma

Tablo 4.18. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık, Sağlık Anksiyetesi ve Aşı Olma Durumu

Tablo 4.19. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık Skorlarının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 4.20. Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Skorlarının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 4.21. Katılımcıların Sinovac Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

Tablo 4.22. Katılımcıların BioNTech Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

Tablo 4.23. Katılımcıların Total Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

Şekil 2.1. Koronavirüsün Şematik Yapısı

Şekil 2.2. Yeni Koronavirüs (Beta coronavirus) Elektron Mikroskobu Görüntüsü

1. GİRİŞ ve AMAÇ

31 Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaleti Wuhan şehrinde ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsünün sebep olduğu Covid-19 salgını, hızlı bir şekilde 6 kıta ve yüzlerce ülkeye yayılmış ve korona virüslerin sebep olduğu ilk pandemi olarak tarihe geçmiştir. 11 Mart 2020'de ilk pozitif vakanın tanımlanmasıyla ülkemizde başlamış olan salgın süreci etkisini arttırarak devam etmektedir. Yeni tip koronavirüsün izole edilmesinden itibaren birçok ülkede COVID-19 hastalığı ve SARS-CoV-2 virüsü ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (1). Koronavirüsler, insanları ve aynı zamanda çok çeşitli hayvanları enfekte eden zarflı, pozitif tek sarmallı büyük RNA virüsleridir (2).

SARS-CoV-2 ile ilişkili hastalık COVID-19'un vaka tespitine izin veren ilk klinik belirtisi pnömoniydi. Daha yeni raporlar ayrıca özellikle küçük çocuklar arasında gastrointestinal semptomları ve asemptomatik enfeksiyonları tanımlamaktadır(3). Covid-19 hastalığının pandemi haline gelmesiyle küresel anlamda hastalıktan korunmak için çözüm yollarına gidilmiş ve aşı çalışmaları başlamıştır. Replike olmayan viral ajanların kullanılması yöntemi, mRNA tabanlı aşı üretimi, DNA bazlı aşı üretimi, inaktive edilmiş virüslerin kullanıldığı yöntemler ve protein subuniti içeren yöntemler ile SARS-Cov-2 virüsüne karşı aşı geliştirilme çalışmaları başlatılmıştır (4).

Ülkemizde ilk olarak 13 Ocak 2021 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından CoronaVac aşısı için acil kullanım onayı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen 'AŞILA' uygulaması ile sağlık personelinin aşılanma sürecini takip edebilecekleri platform kurulmuştur. Covid-19 aşılamasının uygulama stratejisi Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmış olup; hastalığa maruz kalma, hastalığı ağır geçirme ve bulaştırma riskleri ile hastalığın toplumsal yaşamın işleyişi üzerindeki olumsuz etkisi değerlendirilerek öncelikli gruplar belirlenmiştir (5).

Bu çalışmada polikliniklere başvuran hastalarda Covid-19 aşı olma durumu, hangi aşıların tercih edildiği, kaç doz uygulandığı, aşı olma durumunun psikolojik sağlamlık ve anksiyete ile ilişkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüs Virolojisi, Patogenezi ve Kliniği

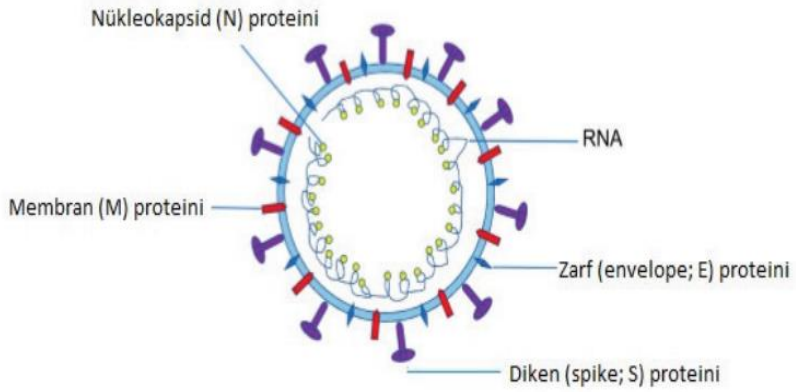
2.1.1. Koronavirüs Taksonomisi ve Biyolojik Yapısı

Koronavirüsler, Nidovirales takımı, Coronaviridae ailesi, Coronavirinae alt ailesinde bulunurlar. Coronaviridae ailesi genotipik ve serolojik açıdanAlpha coronavirus, Beta coronavirus, Delta coronavirus ve Gamma coronavirus olarak dört gruba ayrılır. Yapılan filo genetik araştırmalarda SARS-CoV-2 genomunun Beta coronavirus cinsindeki virüsler ile benzediği saptanmıştır. Günümüzde, HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43, HCoV-HKU1, MERS-CoV ve SARS-CoV'dansonra insanlarda enfeksiyon oluşturabilen yedinci koronavirüs olan SARS-CoV-2 Beta coronavirus cinsi içinde bulunmaktadır (6).

Alfa ve beta koronavirüs grupları memeliler ve genellikle de yarasalardan köken alırken; delta ve gama coronavirus grupları domuz ve kuşlardan köken alırlar. Alfa koronavirüsler semptom oluşmadan veya hafif semptomatik enfeksiyonlara sebep olurken beta koronavirüsler çok şiddetli enfeksiyonlara ve hatta ölümlere sebep olabilmektedir (7).

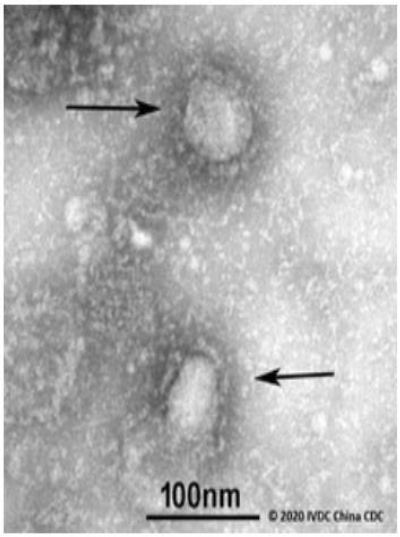
Koronavirüsler, bir zincirli, pozitif polariteli, zarfı olan RNA virüsleridir. Pozitif polariteli olduklarından dolayı RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermemektedirler, fakat genomlarında bu enzimi kodlarlar. Yüzeylerinde çubuksu uzantıları bulunmaktadır. Bu çıkıntıların ismi Latince 'deki "Corona", yani "taç" anlamından yola çıkılarak konulmuştur ve bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) denmiştir. (Şekil 1 ve 2) (8).

Şekil 1. Koronavirüsün şematik yapısı



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

Şekil 2. Yeni Koronavirus (betacoronavirus) elektron mikroskobu görüntüsü



Kaynak: https://www.gisaid.org/, son erişim tarihi: 20.01.2020

2.1.2. Koronavirüs Patogenezi

SARS-CoV-2'nin de SARS-CoV'abenzer olarak birçok farklı mekanizma ile hücre içine girebildiği gösterilmiştir. Bu mekanizmaların en önemlilerinden biri akciğer, bağırsak, kalp, böbrek gibi bazı dokuda yer alan (ACE-2) reseptörleri aracılığıyla gerçekleştirilen membran füzyonudur. S-proteini ACE-2 reseptörlerine bağlanarak plazma membranı ile bütünleşir. Bunun ardından viral inklüzyon cisimcikleri hücre içine giriş yapar (9). Viral içerikler konakçı hücrelerin içinde serbest bırakıldığında, viral RNA replikasyon için çekirdeğe girer. Viral mRNA viral proteinler (biyosentez) yapmak için kullanılır. Daha sonra yeni viral partiküller yapılır (olgunlaşma) ve salınır. Koronavirüsler dört yapısal proteinden oluşur; Spike (S), Membran (M), Zarf (E) ve nükleokapsid (N). Spike, Koronavirüslerin ve konak tropizminin çeşitliliğini belirleyen viral yüzeyden çıkıntı yapan bir transmembran trimetrik glikoproteinden oluşur. Spike iki fonksiyonel alt birimden oluşur; S1 alt birimi, konakçı hücre reseptörüne bağlanmadan sorumludur ve S2 alt birimi viral ve hücresel zarların füzyonundan sorumludur (10).

Enfeksiyon öncelikle doğal (innate) bağışıklık sistemini uyarmakta ve ilk başta interferon olmak üzere sitokinlerin (IFN-α, IFN-γ, IL-1β, IL-6, IL-18 vb.) salınımına sebep olmaktadır. Bazı olgularda, fazla sitokin salgılanması “sitokin fırtınası” oluşturarak solunum sistemi başta olmak üzere çoklu organ hasarı oluşturabilir. Sitokin fırtınası; SARS-CoV ve MERS-CoV enfeksiyonuna benzer olarak ağır SARS-CoV ve MERS-CoV enfeksiyonuna benzer olarak ağır SARS-CoV-2 enfeksiyonuna benzer olarak ağır SARS-CoV-2 enfeksiyonunda fazlaca proinflamatuar sitokin (IFN-α, IFN-γ, IL-1β, IL6,vb.) ve kemokin (CCL2, CCL3, CCL5, vb.) salgılanmasıyla sonuçlanan, ARDS, yani çoklu organ yetmezliğine ve ölüme sebep olan, yoğun ve kontrol edilemeyen bir sistemik inflamatuar yanıttır (11).

2.1.3. Koronavirüs (SARS-CoV-2) Kliniği, Tanı ve Tedavisi

COVID-19’un yaklaşık kuluçka süresi 5-6 gündür, temastan sonra 2-14 gün arasında semptomlar gözlenebilir ve bulaştırıcılık semptomların başlamasından 1-2 önceye kadar gözlenmiştir. Hastalık temel olarak damlacık yoluyla bulaşmakta olup, enfekte olan kişiden öksürme, hapşırma, konuşma ile yayılan damlacıkların duyarlılığı yüksek olan kişilere göz, ağız, burun mukozasına temas/inhalasyon yoluyla bulaştığı tahmin edilmektedir. Hastalığın başlangıcında kişide bulunan semptomlar değişiklik göstermekte, baskın semptomlar ateş ve öksürük iken, gastrointestinal semptomlar daha az sıklıkla gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda, primer başvuruda hastaların sadece %43.8’inde ateş izlendiği ve hastaneye yatıştan yapıldıktan sonra % 87.9’unda ateş izlendiği bildirilmiştir. Fakat, yaşlı veya bağışıklığı baskılanmış bireylerde ateş gözlenmeyebilir. Yaklaşık 5. günde nefes darlığı gelişebilir, baskın semptomlara artı olarak hastalarda baş ağrısı, konjonktival kızarıklık, nazal konjesyon, boğaz ağrısı, sekresyon artışı, balgam, halsizlik, hemoptizi, bulantı-kusma, ishal, karın ağrısı, kas ekleme ağrıları, döküntü, tat ve koku duyusu kaybı da izlenmiştir (12).

Asemptomatik enfeksiyonlar gözlenmiştir, ancak bunların sıklığı bilinmemektedir. Yapılan bir deneysel çalışma, bazı öngörülere dayanarak, kuluçka dönemi de dâhil edilmek üzere %18semptomun olmadığı vakanın olduğunu tahmin etmişlerdir. Rehabilitasyon merkezinde yapılan bir çalışmada, tarama testleri pozitif çıkan 23 kişiden 13'ünün tanı koyulduğunda asemptomatik olduğu, fakat devam eden 7 gün içerisinde bu 13 kişiden 10'unda belirtilerin gözlendiği raporlanmıştır. Hastanın semptomu olmasa bile objektif testlerde normal olmayan durumlar olabilir. Örnek gösterecek olursak; 24 asemptomatik enfeksiyonu olan hasta bireylerde yapılan bir araştırmada, tüm hastalara toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş, hastaların%50'sinde Covid-19'da tipik buzlu cam opasiteleri ve %20'sinde atipik görüntüleme bulguları gözlenmiştir. Bu hastaların 5'inde tanı koyulduktan sonra birkaç gün içerisinde hafif ateş gözlenmiştir. Semptom göstermeden enfeksiyonu olan ve temas öyküsü olan 55 hastada yapılan bir başka araştırmada, %67'sinde en başta BT'de pnömoni bulgularının olduğu, yalnız 2 hastada hipoksiye ilerlediği ve hepsinin iyileştiği gösterilmiştir (13). Tanı "klinik şüphe" durumunda yapılacak laboratuvar ve radyolojik testler ile kararlaştırılır (14).

Yeni başlangıçlı ateş ve/veya solunum yoluyla ilişkili belirtilere (ör. öksürük, dispne) ek olarak kas eklem ağrıları, ishal, koku ve/veya tat bozuklukları da Covid-19' dan şüphelendirmektedir. Diğer viral enfeksiyonlarda da görülebilen bu belirtilere ilave olarak son 2 haftada Covid-19 vakalarının yoğun olarak bildirildiği yerlerde bulunmak veya doğrulanmış Covid-19 olgusuile yakın temas Covid-19 hastalığı şüphesini kuvvetlendirmektedir. Yakın temas iki metreden daha yakın mesafede, on dakikadan fazla kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanmadan ve/veya enfekte kişinin çıkartılarıyla KKE kullanmadan temas etmiş olma durumudur (14).

2.2. Koronavirüs Bulaşıcılığı, Dünyada Koronavirüs Yayılımı, Pandemi Süreci ve İlk Vaka

2.2.1. Koronavirüs Nasıl Bulaşır?

Koronavirüs esas olarak damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca enfekte bireylerin öksürme, hapşırma ile ortaya saçtıkları damlacıklara diğer bireylerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına değdirmesi ve temas etmesi ile bulaş gerçekleşmektedir. Semptom taşımayan kişilerin solunum yolu sıvılarında virüs tespit edilebilmekte, ama esas bulaşma hasta kişilerden olmaktadır. Çin'deki vakaların epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde ortalama inkübasyon zamanının 5-6 gün (2-14 gün) olduğu bazı vakalarda ise 14 güne kadar çıktığı tespit edilmiştir (15). Covid-19'un kuluçka süresi ortalama 5,1 gün ve birkaç olası semptomla birlikte 2 ila 12 gün sürer. Yayılmasını en aza indirmek, yayılma hızını azaltmak ve yeni terapötik tedaviler veya aşılar geliştirmek amacıyla yeni Koronavirüsün bulaşmasını ve enfektivitesini belirleyen faktörleri anlamak için bir dizi disiplinde muazzam uluslararası bilimsel çabalar devam etmektedir. Sağlıklı insanlar muhtemelen en çok normal konuşma, öksürme sırasında hastalar tarafından yayılan viral partiküllerin solunması yoluyla enfekte olurlar. Ancak SARS-CoV-2' nin enfekte damlacıklar dışında başka yollarla yayılma olasılığını da göz önünde bulundurmak gerekir. Enfekte kişilerin dokunduğu yüzeyler, su ve kanalizasyon, çöp veya toprak da viral yayılma yollarını temsil edebilir, ancak bunların göreceli katkıları tartışmalıdır. Marques ve Domingo (2021) tarafından gerçekleştirilen incelemenin sonucu olarak, SARS-CoV-2 farklı yüzeylerde birkaç saat, hatta birkaç gün sürebilir, ancak yaygın olarak bulunan dezenfektanlar ve biyositler kullanarak etkisiz hale getirilebilir (16).

Solunum aerosolleri yoluyla alınan SARS-CoV-2, üst solunum yollarındaki burun epitel hücrelerine bağlanır. Hücrelere viral giriş için ana konak reseptörü, yetişkin nazal epitel hücrelerinde yüksek oranda eksprese edildiği görülen ACE-2'dir. Virüs, iletici hava yollarındaki kirpikli hücrelerin

enfeksiyonu ile lokal replikasyon ve yayılmaya uğrar. Bu aşama birkaç gün devam eder ve bu aşamada üretilen bağışıklık tepkisi sınırlıdır. Bu aşamada düşük bir viral yüke sahip olmasına rağmen, bireyler oldukça bulaşıcıdır ve virüs, nazal sürüntü testi ile tespit edilebilir (10).

SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan bir kişiden bulaşma olasılığı, maruz kalma süresine şekline, önleyici tedbirlerin kullanımına ve olası kişisel faktörlere (ör. Solunum sıvılarındaki virüs miktarı) göre değişiklik göstermektedir. İkincil enfeksiyonların çoğu ev halkı temasları arasında, kişisel koruyucu ekipman kullanılmadığı durumlarda hastanelerve uzun süreli bakım tesisleri gibi ortamlarda (ör. yolcu gemileri) tanımlanmıştır. Bununla birlikte, sosyal veya iş toplantılarından sonra bildirilen olgu kümeleri, hane içi olmayan yakın temas yoluyla bulaşma olasılığını da öne çıkarmaktadır (17). Covid-19'un bulaştırıcılık zamanı net olarak bilinmemektedir. Semptomatik dönemden 1-2 gün öncesinde başlayıp semptomların bitmesiyle sona erdiği tahmin edilmektedir. Koronavirüsler genel olarak dış ortama çok dayanıklılık göstermeyen virüslerdir. Bulunduğu ortamın nem ve sıcaklığına, dışarı atıldığı organik maddenin miktarı, kontamine ettiği yüzeyin dokusu gibi durumlara göre değişen bir dayanma zamanı mevcuttur. Cansız yüzeylerde birkaç saat içerisinde etkinliğini kaybettiği kabul edilmektedir. Cansız yüzeylerdeki aktivite zamanı yorumlanırken bulaşta yalnız virüsün aktivitesinin devam ediyor olması değil, temasın devamlılığının da önemli olduğu gözden kaçırılmamalıdır (15).

2.2.2. Dünyada Koronavirüs Yayılımı, Pandemi Süreci ve İlk Vaka

Salgın hastalıklar, tarih boyunca insanlık için ciddi problemler oluşturmuştur. Çünkü sadece enfekte kişileri değil, tüm toplumu birçok yönden etkilemiştir. İnsanlar gibi, mikroorganizmalar da günümüz ulaşım olanaklarından faydalandığından, salgınlar eskilerden çok daha hızlı ve yakın problemler oluştururlar. Hastalığa neden olan bir enfeksiyon mikrobunun duyarlı canlıya

doğrudan veya dolaylı yollarla geçmesi sonucu oluşan bulaşıcı hastalıkların yayılarak çok sayıda canlıda hastalığa neden olması, salgın hastalık olarak tanımlanır. Pandemi tanımı ise (eski Yunanca: pan: tüm + demos: insanlar), bir kıta, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir topluluğa yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel ismi olarak karşılaşırız (18).

Dünya Sağlık Örgütü Çin Ülke Ofisi, 31 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Hubei eyaletinin Vuhan şehrinde, nedeni bulunamayan zatürre vakaları bildirmiştir ve 5 Ocak 2020 tarihinde ise, insanlarda daha önce görülmemiş yeni bir koronavirüs bulmuşlardır. Başlangıçta 2019- nCoV olarak isimlendirilen bu hastalık, daha sonrasında Covid-19 olarak tanımlanmıştır ve Çin'de ortaya çıktıktan üç ay gibi kısa bir zaman zarfında tüm dünyayı etkilemiştir(19). Koronavirüs enfeksiyonlarının kronolojisi aşağıdaki şekilde gelişmiştir. İlk vakalar 2019 Aralık'ta ortaya bildirildi.18 Aralık 2019'dan 29 Aralık 2019'a kadar beş hastanın ARDS Sendromuyla hastaneye yatışı yapıldı ve bu hastalardan biri hayatını kaybetti. 2 Ocak 2020'ye kadar hastaneye yatırılan 41 hastanın laboratuvar tarafından doğrulanarak Koronavirüs Hastalığı olduğu kanıtlandı. 22 Ocak 2020 tarihiyle Çin'de 25 ilde toplam571 Covid-19 vakası tespit edildi. 24 Ocak 2020 tarihli başka bir rapor, Çin'deki kümülatif insidansın 5502 vaka olduğunu tahmin ediyordu. 30 Ocak 2020 itibariyle Çin'de 7734 vaka doğrulandı ve Tayland, Tayvan, Vietnam, Malezya, Nepal, Sri Lanka, Kamboçya, Japonya, Singapur'un da aralarında bulunduğu bir dizi ülkeden 90 vaka daha bildirildi. Kore, Birleşik Arap Emirlikleri, Amerika Birleşik Devletleri, Filipinler, Hindistan, Avusturalya, Kanada, Finlandiya, Fransa ve Almanya vaka ölüm oranı %2,2 olarak hesaplandı. 30 Ocak 2020'de ABD'DE ilk insandan insana bulaşan Covid-19 vakası bildirilmiştir (20).

2.2.3. Türkiye'de İlk Vaka Ne Zaman Görüldü ve Nasıl İlerledi?

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür.

2.2.4. Türkiye'de Koronavirüs Hastalarının İzolasyonu Nasıl Yapıldı?

2004 senesinde ilk defa Türkiye'de pandemi hazırlık çalışmalarına başlanmış ve 2006 yılında da Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin öncülüğünde uzmanlar ve akademisyenlerin toplandığı bir çalışmada "Pandemi Hazırlık Planı Başbakanlık Genelgesi" ismi ile duyurulmuştur. Ayrıca bu çalışma ile "İl Pandemi Planları" hazırlanarak yurt genelinde tanıtılmış ve bu da "Küresel Bir Grip Salgını (Pandemi) Konusunda Yapılması Gereken Hazırlıklar" adıyla sunulmuştur. 2009 yılında yayılan H1N1 virüsü sonucu oluşan tecrübelerle DSÖ'nün öncülüğünde Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi bütün ülkelerin influenza virüslerine karşı tedbir almaları için ulusal pandemiyle mücadele planlarını hazırlamaları gerektiğini vurgulamıştır (21).

Covid-19 tanısı koyulmuş ilk vaka Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. Fakat Türkiye Cumhuriyeti'nde Covid-19'un pandemi ilan edilmeden önce; Çin'de görülmeye başlamasıyla ülkeye girişini önleyebilmek adına bazı tedbirler alınmıştır. Türkiye'nin almış olduğu bu tedbirler sayesinde sağlık sisteminin üzerine çok fazla yük binmemesi hedeflenmiştir. Türkiye'de ilk vaka görülene ve DSÖ Koronavirüsü pandemi ilan edene kadar, yani 11 Mart 2020 tarihine kadar alınan tedbirler aşağıdaki gibidir (Tablo-1) (21).

Tablo-2.1. Covid-19 Tarihçesi

Tarih	Alınan Önlem
10.01.2020	•T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi" kurulmuştur.
14.01.2020	•Covid-19 Rehberi hazırlanmıştır.
20.01.2020	•Şüpheli bir vakadan ilk numune alınmıştır.
23.01.2020	•Vuhan uçuşları durdurulmuş; Çin'den gelen tüm yolcular için çeşitli önlemler alınmıştır. •Belirti gösteren ziyaretçiler karantinaya alınmaya başlanmıştır.
31.01.2020	•Salgınla mücadelede kullanması için Çin'e tıbbi malzeme yardımı yapılmıştır.
01.02.2020	•Vuhan kentindeki Türk vatandaşları Türkiye'ye getirilmiştir.
04.02.2020	•Hastalığın görüldüğü ülkelerden gelen ziyaretçilerin giriş noktaları gözlem altına alınmıştır.
05.02.2020	•Çin ile olan bütün uçuşlar durdurulmuştur.
07.02.2020	•Çin'den hayvan ithalatı durdurulmuştur.
12.02.2020	•Yerli tanı kitinin ihraç edileceği açıklanmıştır.
23.02.2020	•İran ile gümrük kapıları kapatılmıştır.
25.02.2020	•Türk Hava Yolları'na ait Tahran uçağı Ankara'ya indirilmiş ve 132 yolcu ve mürettebat karantinaya alınmıştır.
27.02.2020	•İran, Irak ve Gürcistan sınırlarına sahra hastaneleri kurulmuştur.
29.02.2020	•İtalya, Irak ve Güney Kore ile gidiş-gelişler durdurulmuştur.
01.03.2020	•Umreden dönen ziyaretçiler için alınması gereken önlemlerin belirtildiği bir kitapçık yayınlanmıştır.
11.03.2020	**•Türkiye'de ilk Covid-19 vakası görülmüştür.** **•DSÖ Covid-19'u pandemi ilan etmiştir.** •Toplumu endişeye düşürme amaçlı paylaşımlar yaptığı düşünülen 29 sosyal medya kullanıcısı hakkında işlem başlatılmıştır.

Türkiye'de ilk vakanın tespit edilmesinden sonra ise alınan tedbirler sıkılaştırılmıştır. Hastalığın bir tedavi yöntemi ve aşısı olmadığı için yönetimin temel amacı salgının yayılım hızını kontrollü tutabilmektir. Bu sebeple Türkiye

Cumhuriyeti'nde ilk vakanın tespitinin ve salgının DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmesinin ardından alınan tedbirler aşağıdadır (Tablo-2) (21).

Tablo.2.2. Covid-19'a Karşı Alınan Önlemler

Tarih	Alınan Önlem
12.03.2020	•İlkokul ve ortaokullarda 1 hafta; üniversitelerde 3 hafta eğitime ara verilmiştir. •Kamu görevlilerin yurt dışına çıkışları izne bağlanmıştır. •Spor müsabakalarının seyircisiz oynanmasına karar verilmiştir.
13.03.2020	•Cuma namazlarının camilerde kılınması yasaklanmıştır. •Hastane ve cezaevleri ziyaretlerine kısıtlama getirilmiştir. ALO 184 SABİM Hattı'na Covid-19 hakkında bilgi verme görevi verilmiştir.
14.03.2020	•Azerbaycan ve Gürcistan sınırları nakliye hariç geçişlere kapatılmıştır.
15.03.2020	•Umreden dönenlere zorunlu 14 gün karantina uygulaması başlatılmıştır. •Eğlence mekanlarının faaliyetlerine ara verilmiştir. •İspanya, Fransa, Almanya, Norveç, Avusturya, Danimarka, Belçika, İsveç ve Hollanda ile karşılıklı uçuşlar durdurulmuştur. •Umreden dönen bütün vatandaşlar Konya ve Ankara'daki öğrenci yurtlarına yerleştirilmiştir.
16.03.2020	•Camilerde cemaat ile namaz kılınması yasaklanmıştır.
17.03.2020	•Covid-19 kaynaklı ilk ölüm gerçekleşmiştir. •İngiltere, İsviçre, İrlanda, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Mısır ile karşılıklı uçuşlar durdurulmuştur. •Salgınla mücadelede kullanılması için İran'a tıbbi malzeme yardımı yapılmıştır.
19.03.2020	•Yunanistan ve Bulgaristan sınırları kapatılmıştır. •Spor müsabakaları durdurulmuştur.
20.03.2020	•Her türlü kültürel, sanatsal, bilimsel vb. faaliyet ertelenmiştir. •Enfeksiyon, göğüs ve iç hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı hekimlerden en az ikisinin görev yaptığı hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmiştir.
21.03.2020	•65 yaş üstü vatandaşlar için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. •"Hayat Eve Sığar" kampanyası başlatılmıştır. •Vefa Sosyal Destek Grupları kurulmuştur. •Kuaför, berber ve güzellik salonları kapatılmıştır. •Restoranların sadece paket servis vermeleri kararlaştırılmıştır.

Tüm dünyayla birlikte Türkiye'yi de etkisi altına alan Covid-19'a karşı ilk aşamada alınan önlemlerin sosyal mesafeyi koruma ve izolasyon olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın gidişatına göre tedbirler kademeli olarak çoğaltılmıştır ve sıkılaştırılmıştır. Bununla birlikte en baştan itibaren üzerinde durulan konularla birlikte hijyene de önem verilmiştir. Bu sayede salgının yayılımın azaltılması ve sağlık kuruluşlarına olabilecek yığılmanın önüne geçilmesi hedeflenmiştir (22).

2.3. Aşılar ve Bağışıklama

Aşılama modern tıbbın mucizesidir. Bütün dünyadaki gelişmelerden çok daha fazla hayat kurtarmıştır. Aşılama milyonlarca çocuğun hayatını kurtarmış, morbiditeleri engellemiştir. İnsanlarda en çok ölüme sebebiyet veren hastalıklar olan pek çok infeksiyon hastalığının engellenmesinde aşılamalar çok büyük öneme sahiptir. İnsanlık tarihine bakıldığında aşılamaların bütün dünyada uygulanmasına 19. Yüzyıl gibi yakın zamanlarda başlanmış olup aşılamanın çok uzun bir tarihçesi vardır. Bağışıklama ile ilgili ilk düşünceler milattan önceye kadar uzanmaktadır. Antik Yunanlı tarihçi Thucydides MÖ 429 tarihinde Atina'da çiçek hastalığına yakalanan kişilerin aynı hastalığa ikinci defa yakalanmadıklarını gözlemlediğini yazmıştır; fakat bir aşı ya da farklı uygulamadan söz etmemektedir. Aşı yapılmasına dair ilk yazılı kayıtlar Çinlilerin 15. Yüzyılda variolasyon adı verilen bir teknikle çiçek aşısı yaptıklarına da aittir (23).

Aşılama zayıflatılmış virüs ya da bakterilerin veya bunların antijenik parçalarının vücuda verilerek yapay bağışıklık oluşturulmasıdır. Bu şekilde bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere morbiditesi ve mortalitesi fazla olan hastalıkları önleme veya zarar vermesinin azaltılması hedeflenmiştir. Aşı bireysel bağışıklamayı sağladığı gibi aşı olmamış bireylerin de aşılanan kişilerden dolayı, hastalık etkeni ile temaslarının azaltır. Bu şekilde toplumda o hastalığın görülme hızının azaltır ve toplumsal bağışıklık sağlanmış olur.

Aşılama programları bulaşıcı hastalıkları önleme ve ortadan kaldırma, hastalıkların morbidite ve mortalitesini düşürme, sağlıklı toplum gelişimi için maliyeti en etkin ve en kolay yöntemdir (24). Modern aşılar, 1789'da Jenner'in çiçek aşısını bulmasıyla başlamıştır. O tarihten bugüne kadar çok sayıda aşı geliştirilmiştir. Son iki yüzyılda aşılama konusunda çok sayıda gelişme meydana gelmiştir. Hala çok sayıda aşı araştırma ve geliştirilmeyi beklemektedir. Günümüzde bilim insanları mevcut aşıları geliştirmek ve HIV/AİDS gibi infeksiyonlar, kanserler ve bazı kronik hastalıklar ile savaşmak için aşı bulmaya uğraş vermektedirler (23).

Koronavirüse karşı bağışıklık oluşması, pandemi kontrolü için en önemli etken olup bunun sağlanması için toplumun belirli bir oranının bağışıklık kazanması gerekmektedir. Bu şekilde bütün toplumun koronavirüse karşı korunmasından söz edilebilir. Toplum bağışıklığı iki farklı yol ile oluşabilir; toplumun büyük oranının hastalığı geçirmesi veya aşılanması. Toplum bağışıklığının gelişmesi için tahmini olarak toplumun %70'inin koronavirüse karşı bağışıklık kazanmasına ihtiyaç vardır. Bunun için ise en kötü senaryo, koruyucu önlemlerin azaltılmasıyla toplum bağışıklığı kazanılırken hastanelerin yükü ve ölüm sayısının artmasıdır. Bağışıklığın sağlanmasında diğer bir yol, toplumun aşılanması ve koruyucu önlemlerin uygulanmasına devam edilmesidir (25).

2.3.1. Covid-19 Aşısı, Gelişimi ve Bağışıklama

Korana virüs enfeksiyonunun pandemi olarak kabul edildiği zamandan beri, dünyanın her tarafındaki bilim insanları, ilaçları yeniden kullanmak, aşılar üretmek ve bu pandeminin ilerlemesini önleyecek cihazlar geliştirmek için hem ilaç şirketleri hem de medikal girişimlerle yenilikçi bağlantılar oluşturdular ve fazla miktarda Covid-19 aşı adayı bulundu. Aşı geliştirme süreci 4 farklı aşamaya sahip ciddi emek harcanan bir süreçtir. Aşı geliştirilirken, yeni teknolojilerin kullanılması, bir aşının güvenliği ve etkinliği için ayrıntılı testler gerekmektedir. Bilimsel topluluğun, koronavirüs aşılarının fazla miktarda üretimi

ve yönetimi için bazı aşamalar ve kapasiteler oluşturması gerekmektedir. WellcomeTrust, Avrupa Komisyonu, Bill ve Melinda Gates Vakfı ve sekiz ülke tarafından finansının karşılandığı, uluslararası sivil toplum örgütü olan Salgın Hazırlık İnovasyonu Koalisyonu (CEPI), pandemilerin oluşmasını engellenmek için yapılan çalışmalara destek çıkmaktadır (26).

Dünyada çok sayıda merkez aşı ile ilgili çalışmalara başlamış, ilk aşama olan virüsü izole etmeyi başarmışlardır. Aşıyı oluşturma süreci, virüs suşu izolasyonu ve seçimi, in vitro deneyler, hayvan deneyleri, klinik deneyler ve bazı idari onaylamalara benzer resmi prosedürleri içerdiği için uzun zaman alır (27). Klinikte bir aşı geliştirmenin maliyeti 200-500 milyon dolardır ve yaklaşık 5-18 yıl sürer. Fakat Covid-19 gibi tüm dünyayı etkileyen önemli bir pandemide aday aşı geliştirilmesine ayrılan daha önce görülmemiş finansal kaynak ayrılmıştır. Ocak 2020'de Wuhan'da görülen ilk viral pnömoni vakalarından izole edilmiş virüsün genomunun Çin bilim adamları tarafından bilim camiasına duyurulması son 10-15 yıldır ciddi ilerleme gösteren genetik mühendislik tekniklerinin kullanılarak güvenilir bir aşının üretimi için dünya çapında bir yarışı başlatmıştır (28).

Geliştirilen aşı adaylarının çoğunluğu SARS-CoV-2'nin S-proteinini hedeflemektedir. İnaktive edilmiş veya zayıflatılmış virüs, protein alt birim, virüse benzeyen partikül (VLP), viral vektör (replikasyon yapan ve replikasyon yapmayan), DNA, RNA, nanopartiküller teknoloji kullanılarak oluşturulan aşılar ön plandadır. Fakat bütün aşıların birbirinden farklı avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Aşılar ile ilgili uzun vadeli veya akut yan etki profilleri ile başarı/ etkinlik oranlarını görmek için üst düzey çalışmalara ve daha fazla vaka sayısına ihtiyaç mevcuttur. Kullanılan aşının temel mekanizmalarındaki farklılıklar olduğu gibi, immünojeniteyi artırmak için GSK (AS03), Novartis (MF-59), Dynavax (CpG 1018) vb. gibi kuruluşların oluşturdukları aşılarda bazı adjuvanlar yer almaktadır (26).

Covid-19 dünyada 225 milyondan fazla doğrulanmış, vakaya neden olmuştur ve 4.6 milyondan fazla ölüm gerçekleşmiş olup bir pandemi olarak

hala sürmektedir. COVID-19'a karşı birden çok etkili aşı üretilmiş olup, topluma yapılmaktadır. 12 Eylül 2021 tarihi itibariyle 5.72 milyar doz aşının yapılmıştır. Aşılanmış kişi sayıları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hedeflenen değerlere yaklaşmışken, geri kalmış ülkelerde hedeflenenin çok gerisindedir. Covid-19 pandemisinin kontrol altına alınabilmesi için diğer halk sağlığı koruyucu önlemlerine ek olarak toplumun en az %80'inin Covid-19 aşısı ile tam doz aşılı olması gerekmektedir. Gelişmiş ülkeler sadece bu hedefleri yapabilmiş olup diğer ülkeler çok gerisinde yer almaktadır. En az %80 tam doz aşılı toplum hedefinin gerçekleşmesinde iki temel problem yer almaktadır. İlk olarak aşıların tedarik ve dağıtımı, ikincisi ise aşı yapmaya karşı kararsızlıktır Bu iki engel dışında, yeni varyant virüslerin ortaya çıkması ve aşının bu varyant virüslere etkisinin azalması ayrı bir sorun oluşturmaktadır (29).

Dünya genelinde aşı çeşitliliği ve aşılama sayıları artış gösterse de, ülkeler tarafından devam ettirilen aşı kampanyalarına katılmayan, aşılara karşı çeşitli korkuları, çekinceleri veya çeşitli sebeplerden dolayı karşıtlıkları olan ve bu sebeple henüz aşılanmamış olan kişiler bulunmaktadır. Aşılara karşı olumlu olmayan davranışların oluşmasında infodeminin yani hem doğru hem de yanlış bilgilerin kapsamlı bir şekilde yayılması göz ardı edilemez. Salgın sırasında ortaya çıkan infodemi, virüse benzer şekilde hızla yayılmakta, aşı karşıtlığını tetiklemekte ve bunun sonucunda sağlık sistemlerinin çalışmasını zorlaştırmaktadır (30).

2.3.2. Biontech-Pfizer Aşısı

Aşı, hücrenin bulunmadığı ortamda in vitro şekilde SARS-CoV-2'nin spike (S) proteinini kodlayan ilgili RNA dizisinin replike edilmesiyle elde edilen yüksek oranda saflaştırılmış bir zincirli (5'ucundan başlayan) messenger RNA (mRNA) içerir. Bütün dünyada en sık kullanılan iki aşıdan birinin yerini almıştır. Etkinliği%95olarak tespit edilmiştir. Pandemi sürecinde yeni ortaya çıkan varyantlara karşıda etkili olduğu gösterilmiştir. Aşı, sol ya da sağ omuza kas içine yapılır. Aşı uygulandıktan sonra kolda ağrı, şişlik, ısı artışı, ateş, halsizlik ve kas ağrıları görülebilir. Bazı kişilerde bu saydığımız yan etkilerden hiçbiri görülmezken, bazılarında ise hafif yan etkiler görülebilir. Böyle bir durumda 1-2 gün alınacak parasetamol benzeri ilaçlar bu şikayetlerin kaybolmasına yardımcı olacaktır. Aşının içindeki maddelerin birine alerjik reaksiyonu olan bireylerde veya ilk aşı sonrası alerjik reaksiyon gelişen kişilere aşı yapılmaz. Ek hastalığı olanlar doktoruna danışarak aşı olmalıdır. BioNTech aşısı 3 hafta ara ile iki doz olarak yapılmaktadır (31).

2.3.3. Sinovac Aşısı

Sinovac BioNTech Ltd., bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama oluşturan aşıların araştırılması, geliştirilmesi, üretimi ve ticarileştirilmesini sağlayan merkezi Çin (Pekin) olan biyofarmasötik şirketidir. CoronaVac adı verilen aşı geleneksel aşı oluşturma yöntemiyle, canlı SARS-CoV-2 virüsünün laboratuvarda üretilip inaktif hale getirilmesiyle üretilen bir aşıdır. Aşının geliştirilmesi genetik temelli aşılara kıyasla (mRNA ve vektör) daha uzun sürer çünkü canlı koronavirüs kültürlerde yetiştirilmeli ve daha sonra inaktif hale getirilmelidir (32). Hastalığa sebep olmayan inaktif (aktif olmayan) bir virüs bulundurmaktadır. Bunlar, hastalığa yakalanma olasılığı olmadan immün sistemimizi uyarır. Uzun süreli etkileri diğer aşılara kıyasla daha çok çalışılmış

ve öngörülebilirdir. İnaktive virüsler içerdiklerinden çoğunlukla diğer kullanılan aşılardan daha güvenli olduğu kabul görmektedir (33).

2.3.4. Moderna Aşısı

Boston (Birleşik Devletler) yerleşimli Moderna, son zamanlarda mRNA teknolojisi ile aşı yapmaya çalışan özel bir biyoteknoloji şirketi olarak çalışmaktadır. Geliştirdikleri aşı teknolojisini pandemi meydana gelmesinden sonra COVID-19 aşısı üretmek için kullanmaya başladılar. Moderna'nın mRNA-1273 aşısı Pfizer/BioNTech aşısı gibi SARS-CoV-2 virüsünün genomunun S-proteinini (Spike proteini) replike ettiren genetik kodun lipid nanopartiküller içerisinde formülasyonunu sağlayarak üretilmektedir. Aralarındaki fark, genetik kod sıralanmasındaki teknik farklılık ile kullanılan ayrı lipid nanopartikül oluşumlardır. Aşı grubunda ciddi hastalık durumu ya da ölüm raporlanmamıştır. Sıklıkla görülen yan etkiler enjeksiyon yapılan yerde ağrı ya da kızarıklık, yorgunluk, miyalji, artralji ve baş ağrısı olarak rapor edilmiştir (32).

2.3.5. AstraZeneca/Oxford Aşısı

AZD1222 çoğalma yeteneği ortadan kaldırılmış bir şempanze adenovirüsü ChAdOx1'i SARS-Cov-2 virüsünün S (spike) proteinini kodlayan DNA sıralanmasının hücre içine aktarmak için vektör olarak kullanan biyoteknoloji ürünü olan aşıdır. Oxford Üniversitesi (Birleşik Krallık) ve bir İngiliz-İsveç ilaç şirketi Astra Zeneca'nın salgın başladıktan hemen sonra ürettikleri AZD1222 adlı aşı ile ilk defa bir Faz 3 çalışması ara sonucunu hakemli bir dergide paylaşılan ilk aşı grubu oldular. Birleşik Devletler Federal Hükümeti'nden bir milyar doların üzerinde finansal destek (Operation Warp Speed) aldıkları bildirilmiştir. Halsizlik, baş ağrısı, ateş hissi ve miyalji sıklıkla görülen yan etkiler olarak raporlanmıştır. Birleşik Devletler 300 milyon doz, Avrupa Birliği 400 milyon doz rezerve ettiği raporlanmıştır (32).

2.3.6. Turkovac Aşısı

Türkiye'de Erciyes Üniversitesi tarafından yürütülen çalışmalar başarılı sonuçlanmış ve bulunan aşı Turkovac olarak adlandırılmıştır. Faz-I çalışmasında 44, Faz-II aşamasında ise 250 gönüllü üzerinde denenmiş olan Turkovac aşısının, üçüncü faz çalışmalarına ise 40.800 kişi gönüllü olarak aşı yapılmasını kabul etmiş ve kısa süre içerisinde yerli aşı uygulamaya geçmiştir (30).

Tablo 2.3. Faz 3 Çalışmasında Olan Dört Covid-19 Aşısının Karşılaştırılması ve Bilimsel Dergilerde Yayınlanma Durumu

Tablo 5. Faz 3 çalışmasında olan dört COVID-19 aşısının karşılaştırılması.

Firma	Orijin	Aşı ismi	Aşı tipi	Doz	İnterval (Gün)	Etkinlik	Saklama Koşulları	Doz başına maliyet ($)
Pfizer/Biontech	Almanya	BNT162b2	mRNA	2x0,3 ml IM	21	%95	-70°C	20
Moderna	ABD	mRNA-1273	mRNA	2x100 µg IM	28	%94,1	-20°C	33
AstraZeneca/ Oxford	İngiltere	AZD1222	Viral Vektör	1x1/2 1x1 Çalışma Dozu IM	28	%62,1 %90	2-8°C	3-5
Sinovac Biotech	Çin	CoronaVac	İnaktif aşı	2x3 µg/0,5 ml IM	14	_	2-8°C	10-15

Tablo 6. Faz 3 çalışmasında olan dört COVID-19 aşısının hakemli bilimsel dergilerde yayınlanma durumu.

Firma	Faz 1/2 Yayın Tarihi	Faz 3 Yayın Tarihi
Pfizer/Biontech	Evet[12,13]/Ekim 2020	Evet[14] /Aralık 2020
Moderna	Evet[16,17] /Kasım-Eylül 2020	Hayır
AstraZeneca/Oxford	Evet[20] /Ağustos 2020	Evet[21,22] /Kasım-Aralık 2020
Sinovac Biotech	Evet[25] /Ekim 2020	Hayır

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi | *Turkish Journal of Family Practice* | Cilt **24** | Sayı **4** | **2020**

2.3.7. Türkiye'de Aşıların Yapılma Süreci

Koronavirüs aşılarından özellikle Türkiye'de yapılanlar BioNTech ve Sinovac olup, artık bunlara Turkovac aşısı da ilave edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı E-Nabız Sistemi'ne girilip Covid-19 sekmesi tıklandığımızda kişilerin hangi aşıları yaptırabilecekleri, ne zaman aşı randevusu alabilecekleri, evde aşı haklarının olup olmadığına dair bazı bilgilere ulaşabilmektedirler (30). Sağlık çalışanları ve 65 yaş üzeri vatandaşlar ile COVID-19 aşılanma süreci başlamıştır ve azar azar önceliklendirme yapılarak aşıya uygunluk tanımlanmıştır. Haziran 2021'de BioNTech aşısı gelmesi ile yaz aylarında COVID-19 aşılaması hızlanmıştır ve Kasım 2021 tarihiyle 12 yaş ve üzeri (12-17 yaş ebeveyn onayının alınması şartıyla) aşılanabilmektedir (34).

Ülkemizde de koronavirüse maruz kalma, hastalığı ağır geçirme ve bulaştırma olasılığı ile hastalığın toplumsal yaşamın ilerleyişindeki olumsuz etkisi değerlendirilerek Koronavirüs aşısı uygulanacak gruplar oluşturulmuş ve bu gruplara sırasıyla uygun olarak aşı yapılmaktadır. Türkiye'de Korona virüs bağışıklamasında öncelikli gruplar 4 aşamada belirlenmiştir (35).

1. Aşamada;

Sağlık kurumlarında çalışanlar, yaşlı engelli koruma evleri benzeri yerde kalan kişiler ve bu yerlerde istihdam edenler, 90 yaş üzeri, 85-89, 80-84, 75-79, 70-74, 65-69 yaş aralıklarında olanlar

2. Aşamada;

Hizmetin sürdürülmesinde öncelikli Sektörler, Millî Savunma Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, kritik görevdeki kişiler, Zabıta, özel güvenlik, Adalet Bakanlığı, Ceza Evleri, eğitim sektörü (öğretmen ve öğretim üyeleri), gıda

sektöründe çalışanlar, taşımacılık yapanlar, 60-64 yaş, 55-59 yaş, 50-54 yaş aralıklarında olanlar

3. Aşamada;

Kronik hastalığa sahip olanlar, 40-49,30-39,18-29 yaş aralığında olanlar, diğer gruplar

4. Aşamada ise Koronavirüs aşı sırası geldiği halde aşı olmayanlar şeklinde belirlenmiştir (35).

2.4. Psikolojinin Tanımı

Günümüzde psikolojinin tanımı genetik, sosyal ortam, normal ve normal olmayan davranışlar, aile içi ilişkiler, kurallar ve bunun gibi birçok farklı madde içermektedir. Bu farklı etkenler temelde zihnin işleyişini, kişinin duygu ve düşüncelerini araştıran bir bilim dalı olan psikolojinin içerisinde bulunmaktadır. Psikolojinin tarihsel olarak ilerlemesinde çalışma alanı ve incelediği konular değişmektedir. Psikoloji alanındaki bilgi birikimi zaman zaman farklı yaklaşımlardan etkilenmiş ve indirgemeci anlayışlara sürüklenmiştir. Bu yaklaşımlardan birkaçı davranışçılık, biyolojik indirgemecilik, istatistiksel indirgemecilik, işlemsel indirgemecilik olarak gösterilebilir (36).

Günümüz insanının en önemli problemlerinden biri zihin sağlığıdır. Zihin sağlığını biyolojik bazda inceleyen araştırmalarda önemli gelişmeler olmakla birlikte, sosyal alanlarda da zihin sağlığının korunması için önemli araştırmalar yapılmaktadır. Bir yandan bu gelişmeler yaşanırken, diğer yandan çok eski zamanlardan bu yana tutulan istatistikler, zihin sağlığının giderek artan bir problem, hatta tehlike olduğunu göstermektedir. Biyolojik ve sosyal alanlarda yapılan çalışmalar arasındaki en önemli noktada Klinik Psikoloji bulunmaktadır (37).

2.4.1. Sağlık psikolojisine bakış

Sağlık Psikolojisi, ilk kez 1978'te Matarazzo tarafından tanımlanmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi ve devam ettirilmesi, hastalıkların ve ilgili fonksiyon kayıplarının minimalize edilmesini ve psikoterapisini hedefleyen psikolojinin oldukça yeni bir alanıdır. Kronik hastalıklara daha sık rastlanılması, zamanla hastalıklar üzerindeki biyolojik ve fizyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik faktörlerin de etkili olduğunun fark edilmesi, bu konuda yapılan çalışmaların artması ve sağlık hizmetleri içerisinde psikologların daha fazla yer almaya başlaması sağlık psikolojisinin oluşmasına neden olan en önemli faktörlerden olmuştur. Sağlık psikologları önleyici araştırmaların (kadın sağlığı, yeme bozuklukları, sigarayı bırakma birimleri) yanı sıra hastanelerde farklı birimlerde rehabilitasyon ve ağrı merkezlerinde görev alabilmektedirler. Davranışsal değerlendirmeler, klinik görüşmeler ve psikoterapötik müdahalelerde bulunabilmektedirler ve sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla kamu politikası çalışmalarına da destek sağlamaktadırlar. Üniversitelerin Psikoloji branşlarında, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde araştırmacı, eğitimci olarak görev alabilmektedirler. Sağlık psikolojisi eğitiminde özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde belli bir standardizasyon oluşturulmaya uğraşılmaktadır. Türkiye'de çok yaygın olmamakla birlikte sağlık psikolojisi alanına yönelik yüksek lisans ve doktora eğitimleri yapılmaktadır. Araştırmaların giderek artması ve sağlık psikologlarının farklı şekillerde sağlığa katkısı ile bu alana duyulan ilgi de çoğalmaktadır (38).

2.4.2. Anksiyete Nedir?

Anksiyete, tehlikeyi haber veren, doğal ve gerekli olan bir uyarıdır ve bedenle zihnin bir meydan okumaya ya da tehdide, en kısa sürede hazırlanmasını sağlar. Kalp daha hızlı atmaya başlayarak, soluk alıp verişimizi hızlandırır. Bu şekilde kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlanmış olur. Bu şekilde bir mücadele durumunda daha iyi dövüşebilir, kaçmamız gereken durumlarda daha hızlı koşmaya başlarız. Anksiyete duygusu çok fazlaysa, uzun

süreliyse veya bir tehlike yokken aniden ortaya çıkıyorsa, tedavi etmek gerekebilir. Bu tür anksiyete kişiyi aşırı derecede rahatsız eder ya da kişinin günlük yaşamdaki fonksiyonlarını yerine getirmeyi engeller (39).

Anksiyete veya kullandığımız ifadeyle kaygı, bunaltı, sıkıntı hali, bizi rahatsız edecek, varlığımızı tehlikeye düşürecek bir durum, bir uyaran (stimulus) varlığında veya böyle bir durumun, uyaranın varlığına karşı oluşturduğumuz bir düşünce, inanca bedenen ve zihnen geliştirdiği doğal bir tepkilerin toplamıdır. Bunun hayatımızı sürdürebilmemizde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Fakat anksiyete yüksek oranlarda olduğunda bu işlevini gerçekleştirmek yerine bizi atıl kılar, gündelik hayatımızı devam ettirmemize engel olur ve hatta bazen bize doğru hızla gelen bir arabaya verdiğimiz donup kalma durumunda olduğu gibi tehlikeye atar (40).

2.4.3. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, ruh hali veya duygusal tonda birincil rahatsızlık olarak aşırı veya patolojik kaygıyı paylaşan bir grup durumu kapsayan yaygın zihinsel bozukluklardır. Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu (GAD), panik bozukluğu, agorafobi, spesifik fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu yer alır. Genel popülasyondaki tüm anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %25'tir. Genetik faktörler ve yaşam deneyimleri, anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığına katkıda bulunur (41).

YAB, aşırı kaygı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterizedir. 6 aydan daha uzun süredir mevcuttur ve diğer anksiyete bozuklukları ve majör depresyonun yanı sıra genel tıbbi durumlar dahil olmak üzere diğer durumlarla birlikte görülme eğilimindedir. YAB, anksiyolitikler ve antidepresanlar gibi farmakolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel terapi gibi psikoterapilere de yanıt verir(41). Yaygın anksiyete bozukluğu muhtemelen karışık bir hasta grubunu etkilemektedir. Etyoloji, GABA, serotonin ve norepinefrin nörotransmiterleri üzerinedir. Bilişsel

kuram, olabilecek tehdit unsurlarına yanlış değerlendirerek yanıt verdiğini varsaymakta; psikodinamik kuramlar ise anksiyete oluşumunun önemli bir nesne yokluğundan ve sevginin kaybıyla ilişkili olduğu öne sürülmektedir. İlk belirtileri anksiyete, motor gerginlik, otonomik hiperaktivite ve bilişsel uyanıklık halinde olmadır. Anksiyete yoğun durumdadır ve kişinin hayatını zorlayıcı özelliklerdedir. Gerginlik en sık olarak titreme, huzursuzluk ve baş ağrıları şeklindedir. Otonomik hiperaktivite nefes darlığı, aşırı terleme, çarpıntı ve başka gastrointestinal belirtilerle görülmektedir. Eşlik eden mental rahatsızlıkların sık görülmesi, klinik seyri ve prognozu tahmin etmeyi zorlaştırmaktadır. Hastaların yaklaşık %25'inde panik bozukluk, %50-80'sinde majör depresif bozukluk da eşlik edebilmektedir. Anksiyete ve depresyon birlikteliği intihar riskini artırmaktadır (42).

2.4.4. Covid-19 'da Sağlık Anksiyetesi ve Covid-19 ilişkisi

Sağlıkla ilgili tehdit durumlarının hissedilmesi sağlık anksiyetesini ortaya çıkarmaktadır. Bu yönden bakıldığında her gün binlerce kişinin hastalandığı Covid-19' a yakalanma düşüncesi, telefon uygulamalarında gösterilen zatürre ve yoğun bakım oranları, ağır hasta ve ölüm sayıları daha önce sağlık anksiyetesi hissetmeyen kişiler için bile tetikleyici olabileceği tahmin edilmektedir. Sağlık anksiyetesine ilişkin işlevsel olmayan dört farklı inanç bildirilmektedir: Sağlık problemi yaşama ihtimali, sağlık problemi yaşama korkusu, baş edememe ve tedavi edecek tıbbi ekipman yetersizliği. Salgın kapsamında düşünüldüğünde yaşanan bu süreç, bu inançların çoğunu ortaya çıkarma ihtimali bakımından yüksek risk taşımaktadır. Virüse yakalanma, ciddi sağlık sorunu yaşama ihtimali ve bunun korkusu, hastalığın seyrinin bir rutininin olmaması ve artan hasta yoğunluğu nedeniyle hastanelerin kapasitesinin bu ihtiyacı karşılayamama durumu ile ilgili endişeler sağlık anksiyetesinin işlevsel olmayan inançlarıyla örtüşmektedir. Sağlık anksiyetesi bakımından riskli olan bu süreçte kullanılacak baş etme stratejileri çok önem taşımaktadır. Kullanılacak uygun baş etme stratejilerinin yaşanan anksiyete düzeyini olumlu yönde

etkileyeceği varsayılmaktadır. Bu durumu ortaya çıkarmak için yordayıcı araştırmaların yapılması önemlidir (43).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Evren Ve Örneklem

Araştırma, prospektif, tanımlayıcı desende olup örneklem seçimi uygun-kolayda (convenience) örneklem yoluyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi için evren, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15.01.2022-31.05.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü soruları yanıtlama kapasitesine sahip bireyler ile yakınları çalışmaya davet edilmiş ve kabul edenler (onay verenler) ile çalışma yapılmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerine uymayan hastalar çalışma dışı bırakılarak belirlenen tarihler arasında polikliniğe başvuran hastalara ulaşılmıştır. 18 yaşından küçük olmak ve psikiyatrik tedavi gören 9 katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2.Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada katılımcılara yaş, cinsiyet, meslek gibi bilgileri içeren sosyodemografik formunun soruları anket şeklinde doldurulmuştur. Sosyodemografik veri formundan sonra psikolojik sağlamlık tutum ve becerileri ölçeği soruları ile anksiyete duyarlılığı ölçeği soruları anketi uygulanmıştır. Sosyodemografik veri formu 14 sorudan oluşmaktadır. (EK-1) Psikolojik sağlamlık tutum ve becerileri ölçeği 34 (EK-2), sağlık anksiyetesi ölçeği (kısa versiyon) (EK-3) 18 sorudan oluşmaktadır.

3.3. Psikolojik sağlamlık tutum ve becerileri

PSTBÖ (Hurtes,1999) Wolin ve Wolin'in (1993) Hasar ve Meydan Okuma Modeli (DamageandChalenge Modal) temel alınarak geliştirilmiştir. Hasar ve Meydan Okuma Modeli bireylerin olumsuz yaşam deneyimlerinden etkilenmesinin belli kişisel özellikleri, yeterlikleri ve kendi yorumlama biçimiyle yakından ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Modele göre, bireylerin olumsuz yaşantı ve deneyimleri onlara zarar verebileceği gibi gelişimleri için fırsat da sağlayabilir. Psikolojik sağlamlık için koruyucu olarak değerlendirdikleri özellikler; (1) iç görü, (2) bağımsızlık, (3) ilişkiler, (4) girişkenlik, (5) yaratıcılık, (6) mizah ve (7) değerler oryantasyonudur. PSTBÖ, Hasar ve Meydan Okuma Modeli temel alınarak bu yedi özelliği ölçme amacıyla Hurtes (1999) tarafından geliştirilmiştir. Akar (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Dörtlü likert tipinde, 34 maddelik,öz bildirim tarzı bir ölçektir. Ölçme aracı Wolin ve Wolin 'in (1993) Hasar (Damage) Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçekte tersten kodlanan madde yoktur. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir (44).

3.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel hastalık bulunmadığı halde kişide olağan bedensel duyumları olumsuz yönde aşırı yorumlamanın ortaya çıkmasıdır. Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni bulunmaktadır: ciddi bir hastalığı olduğuna ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması (45). Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarının da oluşumunda yer almakta ve bileşenlerinden birisi olarak klinik görünümünü biçimlendirmektedir (46). Sağlık anksiyetesi hipokondriyazis ve anksiyete bozukluklarının hem klinik görünümünde hem de bilişsel olarak açıklanmasında yer alan önemli bir bileşenidir. Sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği güvenilir ve geçerli biçimde kullanılabilecek bir değerlendirme aracıdır ve hem klinik uygulamada hem de araştırmalarda yararlı olacaktır (47).

3.5. Uygulama

Çalışmanın yürütüleceği ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde görüşmelerin yürütülmesi için bir oda hazırlandı. Çalışmanın veri toplama aşaması için belirlenen günde sabahtan itibaren başvuran hastalar çalışmaya katılım için davet edildi ve çalışma ölçütlerine uygun bulunup katılmayı kabul eden hastalar hazırlanan mekâna alındı. Çalışma için hazırlanan anket soruları katılımcılara araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedildi. Çalışma için belirlenen süre bitimiyle çalışma ile ilgili veri toplama aşaması sonlandırıldı.

3.6. Güvenlik

Sosyal mesafe korunarak görüşmeler yapıldı. Her görüşme sonrası araştırmacı eldiven değiştirdi. Yazılı onam alımı sırasında bulaş riskini önlemek için her hastaya ayrı kalem verildi ve onamları uygun bir dosyada saklandı. Kullanılan kalemler toplanarak uygun şekilde dezenfekte edilip bir sonraki güne kadar kullanılmadı. Kullanılan kişisel koruyucu ekipman ve dezenfektan araştırmacı tarafından temin edildi.

3.7. İzin ve Onamlar

Çalışmaya katılım için davet edilen hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilip yazılı onamları alındı. Onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılıp yerlerine uygun koşulları taşıyan yeni hastalar davet edildi. Çalışma için T.C. Sağlık Bakanlığı'na Covid-19 bilimsel araştırma izni için başvurulmuştur.Araştırma onayı bakanlık tarafından elektronik posta olarak gönderilmiştir.

3.8. İstatiksel Analiz

Çalışmamız prospektif, tanımlayıcı desende olup örneklem seçimi uygun-kolayda (convenience) örneklem yoluyla yapıldı. Veriler dijital ortama aktarıldıktan sonra Veriler dijital ortama aktarıldıktan sonra JAMOVİ istatistik programı üzerinden analizler yapıldı. Öncelikle verilerin normal dağılımına bakıldı. Verilerin normal dağılmadığı gözlendiğinden nonparametrik testler uygulandı. Ki-kare testi, iki değişkenli parametrelerin ilişkisinde Mann Whitney U testi, ikiden fazla parametreli testlerde Kruskal Wallis Testi uygulandı. Psikolojik sağlamlık, sağlık anksiyetesi ve yaş arasında ilişkiyi saptamak için Spearman korelasyon testi uygulandı. Genel istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi ve yapılan tüm testler için mutlak p değerleri verildi.

3.9. Araştırma Maliyeti

Araştırma maliyetleri araştırmacının kişisel olanakları ve Aile Hekimliği A.B.D. olanakları ile karşılandı. Bilgisayar, yazılım, arşiv, veri işleme ve benzeri ihtiyaçlar için anabilim dalının dekanlık ve hastane bünyesindeki olanaklar kullanıldı.

4.BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi hastanesine başvuran hasta ve yakınları ile gerçekleştirildi. Çalışmaya 135 (%41,9) erkek, 187 (%58,1) kadın olmak üzere 322 kişi katıldı. Katılanların yaş aralığı 18 ile 73 arasındaydı. Katılımcıların yaş ortalaması31,37(+/-11,62) idi.

Katılımcıların 128'i (%39,7) evli, 183'ü (%56,8) bekar, 11'i (%3,4) boşanmış/duldu. 51 (%15,8) kişi yüksek lisans/doktora ve üstü, 177 (%54,9) kişi üniversite, 72 (%22,3) kişi lise ve 22 (%6,8) kişi ilköğretim eğitim seviyesine sahipti. Eğitim durumlarının dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir. Katılımcılar yaşadığı bölgeye göre incelendiğinde 289 (%89,7) kişi il merkezinde, 23 (%7,1) kişi ilçede, 10 (%3,1) kişi köy kasaba da yaşamaktaydı. Katılımcıların 81 (%25,1) 'inin çocuğu varken 241 (%74,8) katılımcının ise çocuğu yoktur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Eğitim Durumu

	Olgu Sayısı	%
İlköğretim	22	6,8
Lise	72	22,3
Üniversite	177	54,9
Lisansüstü	51	15,8

Katılımcıların meslek durumuna bakacak olursak 79 (%24,5) kişi memur, 62 (%19,2) kişi özel sektörde çalışmakta, 26 (%8,07) katılımcı işçi, 17 (%5,2) katılımcı emekli ve diğer seçeneğini işaretleyen 138 (%42,8) kişi bulunmaktadır. Ayrıntılı bir şekilde Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumunu inceleyecek olursak katılımcıların 185'i (%57,45) çalışıyorken, 137 (%42,54) katılımcı ise çalışmıyor seçeneğini işaretlemiştir.

Katılımcıların gelir durumunu inceleyecek olursak, gelir durumunu iyi işaretleyen 66 (%20,49),ortayı işaretleyen 202 (%62,73) katılımcı ve gelir durum algısı kötü olan 54 (%16,77) katılımcı bulunmaktadır.

Katılımcıların sigara kullanma durumunu inceleyecek olursak, sigara kullanan 109 (%33,8) katılımcı, sigara kullanmayan 199(%61,8) katılımcı bulunmaktadır. 14 (%4,34) katılımcı ise sigara kullanmayı bırakmıştır.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakacak olursak alkol kullanan 119 (%36,9) katılımcı, alkol kullanmayan 203 (%63,04) katılımcı bulunmaktadır. Covid-19 geçirme durumunu inceleyecek olursak 100 (%61) katılımcı Covid-19 geçirmişken, 222 (%39) kişi Covid-19 geçirmemiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların Meslek Durumu		
Meslek	Olgu sayısı	%
Memur	79	24,5
Özel Sektör	62	19,2
İşçi	26	8,07
Emekli	17	5,2
Diğer	138	42,8

Psikolojik dayanıklılık, sağlık anksiyetesi ve yaş ilişkisini inceleyecek olursak yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,5$). Çalışmamızda yaş ile sağlık anksiyetesi arasında ise anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,5$). Aralarındaki ilişkiyi incelersek bu ilişki negatif yönlüdür. Yani yaş arttıkça anksiyete azalmaktadır ya da yaş azaldıkça anksiyete artmaktadır şeklinde açıklanabilir (Tablo 4.3).

Psikoloji dayanıklılık ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak çalışmamızda aralarında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur

(p<0,5). Yani psikolojik dayanıklılık arttıkça anksiyete düşmektedir ya da psikolojik dayanıklılık azaldıkça anksiyete artmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık, Sağlık Anksiyetesi veYaş İlişkisi

	Yaş	PTSBÖTOPLAM	SAÖTOPLAM
Yaş	1		
PTSBÖTOPLAM	-0,034	1	
SAÖTOPLAM	-0,135*	-0,158*	1

Spearman Korelasyon Katsayısı N=322, *p<0,5

Covid-19 aşı olma durumu ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak, Covid-19 aşısı olan 303 katılımcı bulunmaktadır. 303 katılımcının mean değeri 31,63 (min.18-max.73) iken standart sapması 11,881 bulunmuştur. Covid-19 aşısı olmayan 19 katılımcının mean değeri 27,16 (19-35) bulunmuşken standart sapması ise 4,525'tir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Yaş ile Aşılanma Durumu Arasındaki İlişki

	N	Mean (Min-Max)	Standart Sapma	P
Evet	303	31,63(18-73)	11,881	0,411
Hayır	19	27,16(19-35)	4,525	

Mann-Whitney U

Araştırmamıza katılan 322 katılımcıdan 303'ü (%94,09) Covid-19 aşısı olmuşken, 19'u (%5,9) aşı olmamıştır. Total aşılanma dozuna bakarsak 1 doz aşı olan 8 (%2,5) katılımcı, 2 doz aşı olan 106 (%32,9) katılımcı, 3 doz aşı olan 119 (%37) katılımcı, 4 doz aşı olan 43 (%13,4) katılımcı, 5 doz aşı olan 24 (%7,5) katılımcı, 6 doz aşı olan 3 (%0,9) katılımcı bulunmaktadır (Tablo 4.5).

Toplam 322 katılımcıdan 258'i (%80,1) BioNTech aşısı olurken 64 (%19,9) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır.322 katılımcıdan 133'ü (%41,3) Sinovac aşısı olurken 189 (%58,7) katılımcı ise hiç Sinovac aşısı olmamıştır. 1 doz Sinovac aşısı olan 5 (%1,6) katılımcı, 2 doz olan 104 (%32,3) katılımcı, 3 doz Sinovac aşısı olan 19 (%5,9) katılımcı, 4 doz Sinovac aşısı olan 3 (%0,9) katılımcı bulunmaktadır. BioNTech aşısını 1 doz yaptıran 27 (%8,4) katılımcı, 2 doz BioNTech yaptıran 123 (%38,2) katılımcı, 3 doz BioNTech yaptıran 106 (%32,9) katılımcı bulunmaktadır. 4 doz BioNTech aşısı yapan katılımcı ise bulunmamaktadır (Tablo4.6).

Çalışmamıza katılan katılımcıların hiç aşı olmayan grubu ile 1 doz aşı olan grup birleştirilerek eksik doz aşı olmuş bir grup oluşturulmuştur. Geri kalan 2 doz ve üzeri aşı olan katılımcılar ise tam doz aşı olmuş olarak gruplandırılmıştır. Tam doz aşı olan 295 (%91,6) katılımcı bulunmaktadır. Eksik doz aşı olan ise 27 (%8,4) katılımcı bulunmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.5. Katılımcıların Toplam Aşılanma Dozu Durumu

Aşı doz	n	%
0 doz	19	5,9
1 doz	8	2,5
2 doz	106	32,9
3 doz	119	37
4 doz	43	13,4
5 doz	24	7,5
6 doz	3	0,9
Total	322	100

Tablo 4.6. Katılımcıların Aşı tiplerine göre aşı durumları tablosu

	Sinovac		BioNTech		diğer	
	N	%	N	%	n	%
Olmadı	189	58,7	64	19,9	319	99,06
1 doz	5	1,6	27	8,4	3	0,93
2 doz	104	32,3	123	38,2	0	0
3 doz	19	5,9	106	32,9	0	0
4 doz	3	0,9	0	0	0	0

Tablo 4.7. Katılımcıların Eksik Aşı Durumu

Aşı durumu	N	%	Mann-Whitney U
Tam	295	91,6	0,417
Eksik	27	8,4	

Tablo 4.8. Katılımcıların Aşı Olma Tipleri ve Yüzdeleri

	N	%
Hiç olmayan	19	5,9
Tek tip aşı olan	212	65,8
Birden fazla tip aşı olan	91	28,3

Çalışmamıza katılan katılımcıların hiç aşı olmayan grubu ile 1 doz aşı olan grup birleştirilerek eksik doz aşı olmuş bir grup oluşturulmuştur. Geri kalan 2 doz ve üzeri aşı olan katılımcılar ise tam doz aşı olmuş olarak gruplandırılmıştır. Tam doz aşı olan 295 (%91,6) katılımcı bulunmaktadır. Eksik doz aşı olan ise 27 (%8,4) katılımcı bulunmaktadır. Tam doz aşı olan katılımcıların PTSBÖ puanı ortalama değeri 159,81 (standart sapma 16,293) iken PTSBÖ puanı medyan değeri 106,76 (min.34-max.136) olarak hesaplanmıştır. Eksik doz aşı olan katılımcıların PTSBÖ puanı ortalama değeri 179,94 (13,968) iken PTSBÖ puanı medyan değeri 110,11 (67-136) bulunmuştur. Katılımcıların eksik doz aşı olması ve tam doz aşı olması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,282) (Tablo 4.9).

Çalışmamızda tam doz aşı olan katılımcıların SAÖ puanlarının ortalama değeri 162,07 (Standart sapma 6,849) iken SAÖ puanı medyan değeri ise 33,48 (min.19-max.61) hesaplanmıştır. Eksi doz aşı olan katılımcıların SAÖ puanı ortalama değeri 155,24 (6,938) bulunmuşken, SAÖ puanı medyan değeri ise 33,50 (25-53) bulunmuştur. Tam doz aşı olma ve eksik doz aşı olma arasında sağlık anksiyetesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,715) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların Covid-19 Aşı Tamamlanma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık ve Sağlık Anksiyetesi Karşılaştırması

Değişken	COVID-19 Aşı	N	Ortalama(S. Sapma)	Medyan (Min.-Max.)	Mann Whitney U	P
Psikolojik Dayanıklılık	Tam	295	159,81(16,293)	106,76(34-136)	3484,5	0,282
	Eksik	27	179,94(13,968)	110,11(67-136)		
Sağlık Anksiyetesi	Tam	295	162,07(6,849)	33,48(19-61)	3813,5	0,715
	Eksik	30	155,24(6,938)	33,50(25-53)		

Mann Whitney U Test

Araştırmamıza katılan katılımcıların aşı tamamlanma durumu ile Covid-19 aşı olma durumunu inceleyecek olursak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eksik aşı olan 27 katılımcının mean değeri 27,48 (min.19-max.48) bulunmuştur. Eksik aşı olanların standart sapması ise 5,814 saptanmıştır. Tam aşı olan 295 katılımcının mean değeri 31,72 (18-73) iken standart sapması 11,956 bulunmuştur. Yaş ile aşı tamamlanma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,307) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10.Katılımcıların Yaş ile Aşı Tamamlanma Durumu Arasındaki İlişki

	N	Mean(Min-Max)	Standart Sapma	P
Eksik Aşı	27	27,48(19-48)	5,814	0,307
Tam Aşı	295	31,72(18-73)	11,956	

Mann-Whitney U

Araştırmamıza katılan erkek hastaların 126'sı (%93,3) Covid-19 aşısı olmuşken 9'u (%6,7) olmamıştır. Kadın hastaların 177'si (%94,7) Covid-19 aşısı olmuştur.10 kadın hasta (%5,3) Covid-19 aşısı olmamıştır. Kadın ve erkek katılımcılar arasında Covid-19 aşısı olma durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır (X^2=0,246) (p=0,620) (Tablo 4.11).

Katılımcıların evli olanlarından 120 kişi (%93,8) Covid-19 aşısı olmuşken, 8'i (%6,3) olmamıştır. Bekar katılımcıların 183'ünden 172'si (%94) Covid-19 aşısı olmuştur, 11'i(%6) ise olmamıştır. 11 boşanmış/dul katılımcıdan 11'i (%100) Covid-19 aşısı olmuşken aşı olmayı tercih etmeyen boşanmış/dul katılımcı olmamıştır. Evli, bekar ya da boşanmış/dul olan katılımcılar arasında Covid-19 aşısı olma açısından anlamlı fark bulunamamıştır (X^2=0,722) (p=0,697) (Tablo 4.11).

Çocuk sahibi olma durumuna göre bakılacak olursa çocuk sahibi olan 81 katılımcıların 80'i (%98,8) Covid-19 aşısı olmuşken, 1 kişi (%1,2) aşı olmamıştır. Çocuk sahibi olmayan toplam 241 katılımcıdan 223'ü (%92,5) Covid-19 aşısı olmuştur. 18'i(%7,5)aşı olmamıştır. Çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcıların Covid-19 aşısı olma durumunda anlamlı fark bulunmuştur (X^2=4,244) (p=0,039) (Tablo 4.11). Çocuk sahibi olan katılımcılar çocuk sahibi olmayan katılımcılara göre anlamlı yüksek oranda Covid-19 aşısı olmuştur.

Çocuk sahibi olma durumu ile Sinovac aşısı yaptırma arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak çocuğu olan toplam 81 katılımcıdan 35 (%43,2)' i Sinovac aşısı olmuşken 46 (%56,7) katılımcı Sinovac aşısı olmamıştır. Çocuk sahibi olmayan 241 katılımcıdan 98 (%40,6)' sı Sinovac aşısı olmuşken çocuk sahibi olmayan 143 (%59,3) katılımcı ise Sinovac aşısı olmamıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile Sinovac aşısı yaptırma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.12) (p=0,687).

Çocuk sahibi olma durumu ile BioNTech aşısı yaptırma arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak çocuk sahibi olan 81 katılımcıdan 71 (%87,6) 'sı BioNTech aşısı yaptırmışken çocuk sahibi olan 10 (%12,3) katılımcı BioNTech aşısı yaptırmamıştır. Çocuk sahibi olmayan toplam 241 katılımcıdan 187 (%77,5) 'i BioNTech aşısı yaptırmışken çocuk sahibi olmayan 54 (%22,4) katılımcı BioNTech aşısı olmamıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile BioNTech aşısı yaptırma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.13) (p=0,05).

Eğitim durumu ilköğretim olan katılımcıların 22'si (%100) Covid-19 aşısı olmuşken Covid-19 aşısı olmayan katılımcı olmamıştır. Lise mezunu olan 72 katılımcıdan 65'i (%90,3) Covid-19 aşısı olmuştur, 7'si (%9,7) Covid-19 aşısı olmamıştır. Üniversite mezunu olan 177 katılımcıdan 165'i (%93,2) Covid-19 aşısı olmuşken, 12 kişi (%6,8) Covid-19 aşısı olmamıştır. 51 lisansüstü eğitim durumunda olan katılımcıların 51'i (%100) Covid-19 aşısı olmuştur. Aşı olmayı tercih etmeyen lisansüstü eğitim durumunda katılımcı bulunmamaktadır. Eğitim durumuna göre Covid-19 aşı olma ya da olmama arasında anlamlı fark bulunamamıştır (X^2= 6,718) (p=0,067) (Tablo 4.11).

Çalışmaya katılan 185 kişi aktif olarak çalışıyor ve 185 kişinin 177'si (%93) Covid-19 aşısı yaptırmışken, 13'ü (%7) Covid-19 aşısı yaptırmamıştır. Çalışmıyorum seçeneğini işaretleyen 137 kişiden 131'i (%95,6) Covid-19 aşısı olmuştu. Çalışmayanların 6'sı (%4,4) Covid-19 aşısı olmamıştı. Çalışanlar ile çalışmayanlar arasında Covid-19 aşısı olma durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır (X^2=0,994) (p=0,319) (Tablo 4.11).

Meslek sınıflamasına göre Covid-19 aşı olma durumuna bakacak olursak memur seçeneğini işaretleyen 79 kişi vardır. 79 kişinin 76'sı (%96,2) Covid-19 aşısı olmuşken, memur olan 3 kişi (%3,8) aşı olmamıştır. Özel sektörde çalışan 62 kişi bulunmaktadır. 62 kişinin 57'si (%91,9) Covid-19 aşısı olmuşken, 5 kişi (%8,1) aşı olmamıştır. İşçi olarak çalışan araştırmamıza katılan 26 kişi bulunmaktadır. 26 işçiden 21'i (%80,8) Covid-19 aşısı olmuştur. 5 işçi (%19,2) aşı olmamıştır. Emekli 17 tane araştırmamıza katılan bulunmaktadır. 17 emekliden 17'si (%100) Covid-19 aşısı olmuşken aşı olmayan emekli katılımcı bulunmamaktadır. Meslek durumu olarak diğer seçeneğini işaretleyen 138 katılımcı bulunmaktadır. 138 katılımcıdan 132'si (%95,7) Covid-19 aşısı olmuştur. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılardan 6'sı (%4,3) Covid-19 aşısı olmamıştır. Çalışmamızda meslek gruplarına göre Covid-19 aşısı olma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (X^2= 11,138) (p=0,025) (Tablo 4.11). Emekli olan katılımcılar %100 ile en yüksek aşı olma oranına sahipken %96,2 ile memurlar ikinci en yüksek aşı olma oranına sahiptir. Diğer seçeneğini

işaretleyen katılımcılar %95,7 ile üçüncü sırada olup özel sektörde çalışan katılımcılar ise %91,9 ile dördüncü sıradadır. En az aşılanma oranı ise %80,8 ile işçi grubu olarak bulunmuştur.

Mesleklere göre katılımcıların Sinovac ya da BioNTech aşısı olma durumunu inceleyecek olursak memur olan 79 katılımcıdan 54'ü (%68,4) Sinovac aşısı olmayı tercih ederken 25 (%31,6) katılımcı hiç Sinovac aşısı olmamıştır. Özel sektörde çalışan toplam 62 katılımcıdan 11'i (%17,7) Sinovac aşısı olmuşken, 51 (%82,3) katılımcı hiç Sinovac aşısı olmamıştır. İşçi grubuna bakacak olursak toplam 26 kişinin 11'i (%42,3) Sinovac olmuşken, 15'i (%57,7) hiç Sinovac aşısı olmamıştır. 17 emekli katılımcıdan 11'i (%64,7) Sinovac aşısı olmuşken 6 (%35,3) katılımcı ise hiç Sinovac aşısı olmamıştır. Diğer seçeneğini işaretleyen 138 katılımcıdan 46'sı (%33,3) Sinovac aşısı olmuşken 92 (%66,7) katılımcı hiç Sinovac aşısı olmamıştır. Toplam 322 katılımcıdan 133'ü (%41,3) Sinovac aşısı olurken 189 (%58,7) katılımcı hiç Sinovac aşısı olmamıştır (Tablo 4.14).

Mesleklere göre katılımcıların Sinovac ya da BioNTech aşısı olma durumunu inceleyecek olursak memur olan 79 katılımcıdan 65'i (%82,3) BioNTech aşısı olmayı tercih ederken 14 (%17,7) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır. Özel sektörde çalışan toplam 62 katılımcıdan 53'ü (%85,5) BioNTech aşısı olmuşken, 9 (%14,5) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır. İşçi grubuna bakacak olursak 26 kişinin 14'ü (%53,8) BioNTech olmuşken, 12'si (%46,2) hiç BioNTech aşısı olmamıştır. 17 emekli katılımcıdan 16'sı (%94,1) BioNTech aşısı olmuşken 1 (%5,9) katılımcı ise hiç BioNTech aşısı olmamıştır. Diğer seçeneğini işaretleyen 138 katılımcıdan 110'u (%79,7) BioNTech aşısı olmuşken 28 (%20,3) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır. Toplam 322 katılımcıdan 258'i (%80,1) BioNTech aşısı olurken 64 (%19,9) katılımcı hiç BioNTech aşısı olmamıştır (Tablo 4.15).

İl merkezinde yaşayan 289 katılımcı bulunmaktadır ve bu kişilerin 271'i (%93,8) Covid-19 aşısı olmuştur. 18 kişi (%6,2) il merkezinde yaşayıp aşı olmamayı tercih etmiştir. İlçede yaşayan 23 katılımcı bulunmaktadır ve bu kişilerin 22'si (%95,7) aşı olmuşken, 1 kişi (%4,3) aşı olmamıştır. Köy/kasaba 'da yaşayan 10 katılımcı bulunmaktadır. 10 katılımcının 10'u (%100) Covid-19 aşısı olmuştur. Köy/kasaba 'da yaşayan ve Covid-19 aşısı olmayan bulunmamaktadır. Yaşadığı bölgenin il merkezi, ilçe ya da köy/kasaba olması ile aşı olma durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır (X^2=0,783) (p=0,784) (Tablo 4.11)

Gelir durumu algısı iyi olan 66 katılımcı bulunmaktadır. 66 katılımcıdan 61'i (%92,4) Covid-19 aşısı olmuşken, gelir durumu algısı iyi olan 5 (%7,6) katılımcı covid-19 aşısı olmamıştır. Gelir durumunu kötü olarak işaretleyen 54 katılımcı bulunmaktadır. Gelir durumu algısı kötü olan 50 (%92,6) katılımcı Covid-19 aşısı olmuştur. 4'ü (%7,4) ise aşı olmamıştır. Gelir durumu algısı orta olan 202 kişi çalışmamıza katılmıştır. Katılımcıların 192'si (%95) Covid-19 aşısı olmuştur. 10'u (%5) aşı olmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu ile Covid-19 aşı olma arasında anlamlı fark bulunamadı (X^2=0,883) (p=0,584) (Tablo 4.11).

Çalışmamıza katılanların 109'u sigara kullanırken 199'u sigara içmiyor, 13 kişi ise bırakmıştı. Sigara kullananların 188'i (%93,1) Covid-19 aşısı olmuşken, 11'i (%5,5) aşı olmamıştır. Sigara kullanmayanların 188'ü (%94,5) Covid-19 aşısı olmuştur. Sigara kullanmayanların 11'i (%5,5) ise aşı olmamıştır. Sigara kullanmayı bırakan 13 (%92,9) kişi Covid-19 aşısı olmuşken, 1'i (%7,1)

aşı olmamıştır. Sigara içme durumuyla Covid-19 aşısı olma durumu arasında anlamlı fark bulunamadı (X^2=0,142) (p=0,931) (Tablo 4.11).

Çalışmamıza katılanlardan 119 kişi alkol kullanırken, 203 kişi alkol kullanmamaktadır. Alkol kullananların 114'ü (%95,8) Covid-19 aşısı olmuştur. Alkol kullanan katılımcıların 5'i (%4,2) aşı olmamıştır. Alkol kullanmayan katılımcıların 189'u (%93,1) Covid-19 aşısı olmamışken, 14'ü (%6,9) aşı olmamıştır. Çalışmamızda alkol kullanımı ile Covid-19 aşı olma arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (X^2=0,981) (p=0,322) (Tablo 4.11).

Çalışmamıza katılan katılımcıların 100'ü Covid-19 hastalığına yakalanırken, 222 katılımcı Covid-19 geçirmemiştir. Covid-19 geçiren katılımcıların 90'ı (%90) Covid-19 aşısı olmuşken, 10'ı (%10) ise Covid-19 aşısı olmamıştır. Covid-19 geçirmeyen 213 (%95,9) katılımcı Covid-19 aşısı olmuşken, 9'u (%4,1) aşı olmamıştır. Covid-19 geçirme durumu ile Covid-19 aşısı yaptırma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2= 4,390) (p=0,036) (Tablo 4.11). Covid-19 geçiren katılımcılar Covid-19 geçirmeyen katılımcılara göre anlamlı düşük oranda Covid-19 aşısı olmuştur.

Covid-19 olma durumu ile Sinovac aşısı olma arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak Covid-19 geçiren 100 katılımcının 45'i (%100) Sinovac aşısı olmuşken 55 (%55) katılımcı ise Sinovac aşısı olmamıştır. Covid-19 geçirmeyen 222 katılımcıdan 88 (%39,6)'i Sinovac aşısı olmuştur. 134 (%60,3) katılımcı ise Sinovac aşısı olmamıştır. Covid-19 geçirme durumu ile Sinovac aşısı yaptırma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.16) (p=0,366).

Covid-19 geçirme durumu ile BioNTech aşısı yaptırma arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak Covid-19 geçiren 100 katılımcıdan 67 (%67)'si BioNTech aşısı olmuştur. Covid-19 geçiren 33 (%33) katılımcı ise BioNTech aşısı olmamıştır. Covid-19 geçirmeyen 222 katılımcıdan 191 (%86)'sı BioNTech aşısı olmuşken Covid-19 geçirmeyen 31 (%13,9) katılımcı ise BioNTech aşısı

olmamıştır. Covid-19 geçirme durumu ile BioNTech aşısı yaptırma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.17) (p=0,000).

Katılımcıların aşı olup olmama durumunu çeşitli değişkenlerle ilişkisi ki-kare yöntemi ile karşılaştırdık. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı bölge, gelir durumu, sigara içme durumu ve alkol içme durumu aşı olmayı etkilemeyen faktörler olarak bulundu (Tablo 4.11).

Çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu ve Covid-19 olma durumu ise aşı olma ile anlamlı ilişkiliydi. Çocuk sahibi olanların %98'i aşı olurken çocuk sahibi olmayanların aşı olma oranı %92,5 olup istatistiksel olarak (p=0,039) anlamlıydı. Meslek duruma baktığımızda emekli olanlar en yüksek düzeyde aşılanma oranına (%100) ulaşırken, en düşük oranda olan meslek grubu işçilerdi (%80,8) (p=0,025). Covid-19 geçirenlerin %90'ı aşılanmışken, geçirmeyenlerin %95,9'u aşılanmış olup anlamlı yüksekti(p=0,036) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Katılımcıların Covid-19 Aşı Olma Durumu ile Çeşitli Değişkenlerin İlişkisi

Değişken			COVID-19 Aşı Olma Durumu		Toplam	X^2	P
			Evet	Hayır			
Cinsiyet	Erkek	N (%)	126 (93,3)	9 (6,7)	135 (100)	0,246	0,620
	Kadın	N (%)	177 (94,7)	10 (5,3)	187 (100)		
Medeni Durum	Evli	N (%)	120(93,8)	8(6,3)	128(100)	0,722	0,697
	Bekar	N (%)	172(94)	11(6)	183(100)		
	Boşanmış / Dul	N (%)	11(100)	0(0)	11(100)		
Çocuk Sahibi Olma	Var	N (%)	80(98,8)	1(1,2)	81(100)	4,244	**0,039**
	Yok	N (%)	223(92,5)	18(7,5)	241(100)		
Eğitim Durumu	İlköğretim	N (%)	22(100)	0(0)	22(100)	6,718	0,067
	Lise	N (%)	65(90,3)	7(9,7)	72(100)		
	Üniversite	N (%)	165(93,2)	12(6,8)	177(100)		
	Lisansüstü	N (%)	51(100)	0(0)	51(100)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	N (%)	177(93)	13(7)	185(100)	0,994	0,319
	Çalışmıyor	N (%)	131(95,6)	6(4,4)	137(100)		

Meslek Durumu	Memur	N (%)	76(96,2)	3(3,8)	79(100)	11,138	**0,025**
	Özel Sektör	N (%)	57(91,9)	5(8,1)	62(100)		
	İşçi	N (%)	21(80,8)	5(19,2)	26(100)		
	Emekli	N (%)	17(100	0(0)	17(100)		
	Diğer	N (%)	132(95,7)	6(4,3)	138(100)		
Yaşadığı Bölge	İl Merkezi	N (%)	271(93,8)	18(6,2)	289(100)	0,783	0,784
	İlçe	N (%)	22(95,7)	1(4,3)	23(100)		
	Köy / Kasaba	N (%)	10(100)	0(0)	10(100)		
Gelir Durumu	İyi	N (%)	61(92,4)	5(7,6)	66(100)	0,883	0,584
	Orta	N (%)	192(95)	10(5)	202(100)		
	Kötü	N (%)	50(92,6)	4(7,4)	54(100)		
Sigara İçme Durumu	Evet	N (%)	102(93,6)	7(6,4)	109(100)	0,142	0,931
	Hayır	N (%)	188(94,5)	11(5,5)	199(100)		
	Bırakmış	N (%)	13(92,9)	1(7,1)	14(100)		
Alkol İçme Durumu	Evet	N (%)	114(95,8)	5(4,2)	119(100)	0,981	0,322
	Hayır	N (%)	189(93,1)	14(6,9)	203(100)		
COVID-19 Olma Durumu	Evet	N (%)	90(90)	10(10)	100(100)	4,390	**0,036**

	Hayır	N (%)	213(95,9)	9(4,1)	222(100)		

Tablo 4.12. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Sinovac Olma Arasındaki İlişki

		Sinovac Olma Durumu						
		Olmadı		Oldu				
		N	%	N	%	Total		P
Çocuk	Var	46	56,7	35	43,2	81	100	0,687
	Yok	143	59,3	98	40,6	241	100	
Total		189	58,6	133	41,3	322	100	

*Ki-Kare p<0,05

Tablo 4.13. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve BioNTech Olma Arasındaki İlişki

		BioNTech Olma Durumu						
		Olmadı		Oldu				
		N	%	N	%	Total		P
Çocuk	Var	10	12,3	71	87,6	81	100	0,05
	Yok	54	22,4	187	77,5	241	100	
Total		64	19,8	258	80	322	100	

*Ki-Kare $p<0,05$

Tablo 4.14.Katılımcıların Meslek ve Sinovac İlişkisi

	Sinovac olmadı		Sinovac oldu		Toplam		P
	N	%	N	%	N	%	
Memur	25	31,6	54	68,4	79	100	0,000*
Özel sektör	51	82,3	11	17,7	62	100	
İşçi	15	57,7	11	42,3	26	100	
Emekli	6	35,3	11	64,7	17	100	
Diğer	92	66,7	46	33,3	138	100	
Toplam	189	58,7	133	41,3	322	100	

*Ki-kare p<0,05

Tablo 4.15. Katılımcıların Meslek BioNTech ilişki tablosu

	BioNTech olmadı		BioNTech oldu				P
	N	%	N	%	N	%	
Memur	14	17,7	65	82,3	79	100	0,005*
Özel sektör	9	14,5	53	85,5	62	100	
İşçi	12	46,2	14	53,8	26	100	
Emekli	1	5,9	16	94,1	17	100	
Diğer	28	20,3	110	79,7	138	100	
Toplam	64	19,9	258	80,1	322	100	

*Ki-kare p<0,05

Tablo 4.16. Katılımcıların Covid-19 Olma Durumu ve Sinovac Aşısı Yaptırma

		Sinovac Olma Durumu						
		Olmadı		Oldu		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	P
Covid-19 Olma Durumu	Evet	55	55	45	45	100	100	0,366
	Hayır	134	60,3	88	39,6	222	100	
Toplam		189	58,6	133	41,3	322	100	

Tablo 4.17. Katılımcıların Covid-19 Olma Durumu ve BioNTech Aşısı Yaptırma

		BioNTech Olma Durumu						
		Olmadı		Oldu		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	P
Covid-19 Olma Durumu	Evet	33	33	67	67	100	100	0,000*
	Hayır	31	13,9	191	86	222	100	
Toplam		64	19,8	258	80,1	322	100	

*Ki-Kare <0,05

Çalışmamızda Covid-19 aşısı olan 303 katılımcının psikolojik sağlamlık anketine baktığımızda medyan değeri 107 bulunmuşken minimum değer 34 maksimum değer 136 bulunmuştur. Ortalaması (standart sapması) ise 106,84 bulunmuştur. Mann Whitney U Test ile bakıldığında 2491,5 değeri bulunmuştur. (p=0,325) Tablo 4.18'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir (Tablo4.18). Çalışmamızda bulunan sonuçlara göre katılımcıların aşı olup olmama durumuna göre psikolojik dayanıklılık ve sağlık anksiyetesi skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,5) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık, Sağlık Anksiyetesi ve Aşı Olma Durumu

Değişken	COVİD-19 AŞI	N	Ortalama (S. Sapma)	Medyan (Min.-Max.)	Mann Whitney U	P
Psikolojik Dayanıklılık	Oldu	303	106,84(16,16)	107(34-136)	2491,5	0,325
	Olmadı	19	110,11(15,5)	109(67-136)		
Sağlık Anksiyetesi	Oldu	303	33,41(6,81)	33(19-61)	2727,5	0,701
	Olmadı	19	34,42(7,55)	32(25-53)		

Psikolojik dayanıklılık skorlarının diğer değişkenlerle ilişkisini inceleyecek olursak cinsiyete göre bakıldığında erkek katılımcıların mean değeri 106,54 (standart sapması 15,746) iken kadın katılımcıların 107,40(16,414) olarak hesaplandı. Erkek katılımcıların medyan değeri 104 (min.34-max.136), kadın katılımcıların109 (min.34-max.136) bulunmuştur. Çalışmamızda cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,212) (Tablo 4.19).

Çocuk sahibi olan katılımcıların mean değeri 108,31 (standart sapma 14,361) medyan değeri106,00 (min.48-max.136) olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayanların mean değeri 106,61 (standart sapma 16,673) ve medyan değeri 107,00 (min.34-136) hesaplanmıştır. Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın psikolojik dayanıklılık ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır (p=0,781) (Tablo 4.19).

Medeni durum ile psikolojik dayanıklılık skorunun ilişkisini inceleyecek olursak evli olan katılımcıların mean değeri 107,40 (standart sapma 12,456), bekarlar 107,90 (Standart sapma 16,422) olarak hesaplanmıştır. Boşanmış/dul katılımcıların ise 88,55 (standart sapma 32,70)'dir. Evli katılımcıların psikolojik dayanıklılık skorlarının medyan değeri 105,00 (min.48-max.136), bekar katılımcıların 109,00 (min.42—max.136), boşanmış/dulların ise 102 (min.34-max.121) hesaplanmıştır. Medeni durum ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,"171) (Tablo 4.19).

Öğrenim durumu İlköğretim mezunu olan katılımcıların psikolojik dayanıklılık skorunun mean değeri 105,36 (standart sapma 25,573), lise mezunu olan katılımcıların 103,13 (standart sapma 20,326), Üniversite mezunu olan katılımcıların 109,42 (standart sapma 12,262), yüksek lisans/doktora öğrenime sahip katılımcıların 105,02 (standart sapma 15,160) hesaplanmıştır. İlköğretim mezunu olan katılımcıların medyan değeri 103,00 (min.34-max.136),

lise mezunu olan katılımcıların 107,00 (min.34-max.136), üniversite mezunu olan katılımcıların 108,00 (min.75-max.136), yüksek lisans/doktora mezunu olan katılımcıların 102,00 (min.51-max.135) hesaplanmıştır. Öğrenim durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,268) (Tablo 4.19).

Çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık skoru incelendiğinde aktif çalışan katılımcıların mean değeri 106,76 (standart sapma 15,341), çalışmayan katılımcıların 107,42 (17,162) olarak bulunmuştur. Çalışan katılımcıların medyan değeri 105,00 (min.34-max.136), çalışmayan katılımcıların 109,00 (min.34-max.136) hesaplanmıştır. Çalışma durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,353) (Tablo 4.19).

Meslek durumuna göre psikolojik dayanıklılık skorlamasını incelediğimizde memurların mean değeri 105,99 (standart sapma 11,631), özel sektörde çalışan katılımcıların 111,02 (12,866), işçilerin 106,27 (19,542), emekli olan katılımcıların 96,82 (21,895), diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların 107,25 (17,647) olarak bulunmuştur. Memurların psikolojik dayanıklılık skorunun medyan değeri 103,00 (min.68-max.136), özel sektörde çalışan katılımcıların 109,00 (56-133), işçi katılımcıların 106,00 (34-136), emekli olanların 102,00 (34-115), diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların psikolojik dayanıklılık skoru medyan değeri 108,50 (42-136) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza göre meslek durumu ile psikolojik dayanıklılık skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,027). Meslek durumuna göre PTSBÖ puanları arasında ilişki independent sample Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırıldığında emekli-diğer (p=0,039), emekli-özel sektör (p=0,008), memur-özel sektör (p=0,009) arasında anlamlı ilişki saptanırken diğer meslek grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 4.19).

Yaşadığı bölge ile psikolojik dayanıklılık skoru ilişkisini inceleyecek olursak il merkezinde yaşayan katılımcıların mean değeri 106,80 (standart sapma 15,804), ilçede yaşayan katılımcıların 111,30 (14,683) bulunmuştur.

Köy/kasabada yaşayan katılımcıların mean değeri 104,10 (26,244) hesaplanmıştır. İl merkezinde yaşayan katılımcıların psikolojik dayanıklılık skorunun medyan değeri 107,00 (min.34-max.136), ilçede yaşayanların 111,00 (70-136), köy/kasabada yaşayan katılımcıların 112,00 (34-126) bulunmuştur. Çalışmamızda yaşanan bölge ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,322) (Tablo 4.19).

Gelir durumu ile psikolojik dayanıklılık skoru ilişkisini inceleyecek olursak gelir durum algısı iyi olan katılımcıların PTSBÖ toplam puanlarının mean değeri 108,95 (standart sapma 13,382), gelir durum algısı orta olan katılımcıların 106,49 (16,731), gelir durum algısı kötü olan katılımcıların 106,76 (16,924) olarak bulunmuştur. Gelir durumu iyi olan katılımcıların psikolojik dayanıklılık skoru medyan değeri 108,00 (min.51-max.136) bulunmuştur. Gelir durumu orta olan katılımcıların 106,50 (34-136) bulunmuşken, kötü olan katılımcıların 105,00 (34-136) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gelir durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(p=0,648) (Tablo 4.19).

Sigara içme durumu ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak sigara kullananların PTSBÖ toplam puanlarının mean değeri 107,31 (standart sapma 18,135) iken sigara kullanmayan katılımcıların 106,42 (14,898) olarak bulunmuştur. Sigara kullanmayı bırakan katılımcıların ise 113,64 (15,780) olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanan katılımcıların PTSBÖ toplam puanı medyan değeri 108,00 (min.34-max.136), sigara kullanmayan katılımcıların 105,00 (34-136) , sigara kullanmayı bırakmış katılımcıların medyan değeri ise 109,50 (94-136) olarak hesaplanmıştır. Sigara içme durumu ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,271) (Tablo 4.19).

Alkol içme durumu ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiye bakarsak alkol kullanan katılımcıların PTSBÖ toplam puan mean değeri 108,06'dır (standart sapma 13,709). Alkol kullanmayan katılımcıların PTSBÖ toplam puan değerinin mean değeri ise 106,44 (17,380) olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanan katılımcıların PTSBÖ toplam puanı medyan değeri 109,00 (min.42-max.136),alkol kullanmayan katılımcıların ise 106,00 (34-136) olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda alkol kullanma ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,622) (Tablo 4.19).

Covid-19 hastalığını geçirme durumu ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak, Covid-19 geçiren katılımcıların PTSBÖ toplam puanlarının mean değeri 109,13 (standart sapma 15,074)'dür. Covid-19 hastalığını geçirmeyen katılımcıların ise 106,09 (16,513) olarak hesaplanmıştır. Covid-19 geçiren katılımcıların PTSBÖ toplam puanlarının medyan değeri 107,50 (min.42-max.136), Covid-19 geçirmeyen katılımcıların medyan değeri ise 107,00 (34-136) olarak hesaplanmıştır. Covid-19 geçirme durumu ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,249) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık Skorlarının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

		PTSBÖ Toplam		P
		Mean (standart sapma)	Medyan (min-max)	
Cinsiyet	Erkek	106,54(15,746)	104,00(34-136)	0,212*
	Kadın	107,40(16,414)	109,00(34-136)	
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuk var	108,31(14,361)	106,00(48-136)	0,781*
	Çocuk yok	106,61(16,673)	107,00(34-136)	
Medeni durum	Evli	107,40(12,456)	105,00(48-136)	0,171**
	Bekar	107,90(16,422)	109,00(42-136)	
	Boşanmış/dul	88,55(32,70)	102,00(34-121)	
Öğrenim durumu	İlköğretim	105,36(25,573)	103,00(34-136)	0,268**
	Lise	103,13(20,326)	107,00(34-136)	
	Üniversite	109,42(12,262)	108,00(75-136)	
	Yüksek lisans/ doktora	105,02(15,160)	102,00(51-135)	
Çalışma	Çalışıyor	106,76(15,341)	105,00(34-136)	

durumu	Çalışmıyor	107,42(17,162)	109,00(34-136)	0,353*
Meslek durumu	Memur	105,99(11,631)	103,00(68-136)	**0,027****
	Özel sektör	111,02(12,866)	109,00(56-133)	
	İşçi	106,27(19,542)	106,00(34-136)	
	Emekli	96,82(21,895)	102,00(34-115)	
	Diğer	107,25(17,647)	108,50(42-136)	
Yaşadığı bölge	İl merkezi	106,80(15,804)	107,00(34-136)	0,322**
	İlçe	111,30(14,683)	111,00(70-136)	
	Köy/kasaba	104,10(26,244)	112,00(34-126)	
Gelir durumu	İyi	108,95(13,382)	108,00(51-136)	0,648**
	Orta	106,49(16,731)	106,50(34-136)	
	Kötü	106,76(16,924)	105,00(42-136)	
Sigara içme durumu	Evet	107,31(18,135)	108,00(34-136)	0,271**
	Hayır	106,42(14,898)	105,00(34-136)	
	Bıraktım	113,64(15,780)	109,50(94-136)	
Alkol içme durumu	Evet	108,06(13,709)	109,00(42-136)	0,622*
	Hayır	106,44(17,380)	106,00(34-136)	

Covid-19 olma durumu	Evet	109,13(15,074)	107,50(42-136)	0,249*
	Hayır	106,09(16,513)	107,00(34-136)	

*Mann-Whitney U testi, ** Kruskall-Wallis testi

Cinsiyet ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak kadın cinsiyette olan katılımcıların SAÖ (Sağlık Anksiyetesi Ölçeği) toplam puanının mean değeri 33,97 (standart sapma 6,812) olarak bulunmuştur. Erkek katılımcıların ise 32,77 (6,856) olarak hesaplanmıştır. Kadın katılımcıların median değeri 34,00 (min.19-max.61) erkek katılımcıların medyan değeri 32,00 (21-57) olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,056) (Tablo 4.20).

Çocuk sahibi olan katılımcıların SAÖ toplam puan mean değeri 32,46 (standart sapma 6,571) olarak hesaplanmıştır. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların SAÖ toplam puan mean değeri ise 33,80 (6,916) olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olan katılımcıların medyan değeri 31,00 (min.19-max.57) çocuğu olmayanların ise 34,00 (21-61) olarak hesaplanmıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,113) (Tablo 4.20).

Medeni durum ile sağlık anksiyetesinin ilişkisine bakacak olursak evli katılımcıların SAÖ toplam puan mean değeri 32,66 (standart sapma 6,983) olarak hesaplanmışken bekar katılımcıların 34,20 (6,729), boşanmış/dul katılımcıların ise 30,64 (5,836) bulunmuştur. Evli katılımcıların SAÖ toplam puan medyan değeri 31,00 (min.19-max.57) olarak bulunmuşken bekar katılımcıların 34,00 (21-61), boşanmış/dul katılımcıların ise 31,00 (21-40) olarak

hesaplanmıştır. Medeni durum ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,035) (Tablo 4.20).

Öğrenim durumuna göre SAÖ toplam puanını hesapladığımızda ilköğretim mezunu olan katılımcıların mean değeri 34,36 (standart sapma 9,000) , lise mezunu olan katılımcıların 33,76 (7,040) , üniversite mezunu olan katılımcıların 33,62 (6,688) , yüksek lisans/doktora yapan katılımcıların ise 32,12 (6,049) olarak hesaplanmıştır. İlköğretim mezunu olan katılımcıları SAÖ toplam puanının medyan değeri 34,50 (min.21-max.57), lise mezunu olan katılımcıların 34,00 (23-53), üniversite mezunu olan katılımcıların 33,00 (19-61),yüksek lisans/doktora yapan katılımcıların medyan değeri ise 31,00 (21-49) olarak bulunmuştur. Öğrenim durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,489) (Tablo 4.20).

Çalışma durumu ile sağlık anksiyetesi ilişkisini inceleyecek olursak çalışan katılımcıların SAÖ toplam puanı mean değeri 32,92 (standart sapma 6,465) olarak bulunmuştur. Çalışmayan katılımcıların 34,20 (7,288) olarak bulunmuştur. Çalışan katılımcıların SAÖ toplam puan medyan değeri 32,00 (min.21-max.61), çalışmayanların ise 34,00 (19-50) olarak hesaplanmıştır. Çalışma durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,058) (Tablo 4.20).

Meslek ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakacak olursak memur olan katılımcıların SAÖ toplam puanı mean değeri 32,66 (standart sapma 5,586), özel sektörde çalışan katılımcıların 32,45 (7,983), işçi olan katılımcıların 32,62 (5,707), emekli olanların 32,76 (6,300), diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların ise 34,63 (7,118) olarak hesaplanmıştır. Memur olan katılımcıların SAÖ toplam puanı medyan değeri 32,00 (min.21-max.57), özel sektörde çalışan katılımcıların 30,50 (22-61), işçi olan katılımcıların medyan değeri 34,00 (21-46), emekli olan katılımcıların 34,00 (21-46), diğer seçeneğini işaretleyen

katılımcıların ise 34,00 (19-53) olarak bulunmuştur. Meslek durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,070) (Tablo 4.20).

Yaşanılan bölge ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak il merkezinde yaşayan katılımcıların SAÖ toplam puan mean değeri 33,34 (standart sapma 6,745), ilçede yaşayan katılımcıların 35,61 (7,548),köy/kasabada yaşayan katılımcıların mean değeri ise 32,10 (7,880) olarak bulunmuştur. İl merkezinde yaşayan katılımcıların SAÖ toplam puan medyan değeri 33,00 (min.19-max.61), ilçede yaşayan katılımcıların 34,00 (21-57), köy/kasabada yaşayan katılımcıların ise 33,50 (21-43) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda katılımcının yaşadığı bölge ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,346) (Tablo 4.20).

Gelir durum algısı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakacak olursak gelir durumu algısı iyi olan katılımcıların SAÖ toplam puanı mean değeri 32,56 (standart sapma 7,646), gelir durum algısı orta olan katılımcıların 33,55 (6,419), gelir durum algısı kötü olan katılımcıların mean değeri ise 34,26 (7,359) olarak bulunmuştur. Gelir durumu iyi olan katılımcıların SAÖ toplam puanı medyan değeri 31,50 (min.19-max.57), gelir durumu orta olan katılımcıların 33,00 (21-53), gelir durumu kötü olan katılımcıların medyan değeri ise 34,00 (23-61) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda gelir durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,246) (Tablo 4.20).

Sigara içme durumu ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak sigara içen katılımcıların SAÖ toplam puan mean değeri 33,40 (standart sapma 7,398), sigara içmeyen katılımcıların 33,53 (6,613), bıraktım seçeneğini işaretleyen katılımcıların mean değeri ise 33,07 (6,006) olarak bulunmuştur. Sigara içen katılımcıların SAÖ toplam puanı medyan değeri 33,00 (min.19-max.61), sigara içmeyen katılımcıların 33,00 (21-57), sigarayı bırakan katılımcıların medyan değeri ise 34,00 (22-44) olarak hesaplanmıştır. Sigara içme durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,946) (Tablo 4.20).

Alkol içme durumu ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak alkol kullanan katılımcıların SAÖ toplam puanı mean değeri 33,25 (standart sapma 6,966) olup alkol kullanmayan katılımcıların ise 33,59 (6,788) olarak bulunmuştur. Alkol kullanan katılımcıların SAÖ toplam puanı medyan değeri 33,00 (min19-max.61), alkol kullanmayan katılımcıların medyan değeri ise 33,00 (21-57) olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanımı ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,537) (Tablo 4.20).

Covid-19 hastalığını geçirme durumu ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek olursak Covid-19 geçiren katılımcıların SAÖ toplam puanı mean değeri 33,09 (standart sapma 6,659), Covid-19 geçirmeyen katılımcıların ise 33,64 (6,936) olarak bulunmuştur. Covid-19 geçiren katılımcıların SAÖ toplam puanı medyan değeri 32,00 (min.21-max.54), Covid-19 geçirmeyen katılımcıların ise 33,00 (19-61) olarak hesaplanmıştır. Covid-19 olma durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,448) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Skorlarının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

		SAÖ toplam		P
		Mean (standart sapma)	Medyan (min-max)	
Cinsiyet	Erkek	32,77(6,856)	32,00(21-57)	0,056*
	Kadın	33,97(6,812)	34,00(19-61)	
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuk var	32,46(6,571)	31,00(19-57)	0,113*
	Çocuk yok	33,80(6,916)	34,00(21-61)	
Medeni durum	Evli	32,66(6,983)	31,00(19-57)	**0,035****
	Bekar	34,20(6,729)	34,00(21-61)	
	Boşanmış/dul	30,64(5,836)	31,00(21-40)	
Öğrenim durumu	İlköğretim	34,36(9,000)	34,50(21-57)	0,489**
	Lise	33,76(7,040)	34,00(23-53)	
	Üniversite	33,62(6,688)	33,00(19-61)	
	Yüksek	32,12(6,049)	31,00(21-49)	

	Lisans/ doktora			
Çalışma durumu	Çalışıyor	32,92(6,465)	32,00(21-61)	0,058*
	Çalışmıyor	34,20(7,288)	34,00(19-50)	
Meslek durumu	Memur	32,66(5,586)	32,00(21-57)	0,070**
	Özel sektör	32,45(7,983)	30,50(22-61)	
	İşçi	32,62(5,707)	34,00(21-46)	
	Emekli	32,76(6,300)	34,00(24-45)	
	Diğer	34,63(7,118)	34,00(19-53)	
Yaşadığı bölge	İl merkezi	33,34(6,745)	33,00(19-61)	0,346**
	İlçe	35,61(7,548)	34,00(21-57)	
	Köy/kasaba	32,10(7,880)	33,50(21-43)	
Gelir durumu	İyi	32,56(7,646)	31,50(19-57)	0,246**
	Orta	33,55(6,419)	33,00(21-53)	
	Kötü	34,26(7,359)	34,00(23-61)	
Sigara içme durumu	Evet	33,40(7,398)	33,00(19-61)	0,946**
	Hayır	33,53(6,613)	33,00(21-57)	
	Bıraktım	33,07(6,006)	34,00(22-44)	

Alkol içme durumu	Evet	33,25(6,966)	33,00(19-61)	0,537*
	Hayır	33,59(6,788)	33,00(21-57)	
Covid-19 olma durumu	Evet	33,09(6,659)	32,00(21-54)	0,448*
	Hayır	33,64(6,936)	33,00(19-61)	

Sinovac aşılanma durumuna göre SAÖ ve PTSBÖ ölçeği puanları arasında korelasyon bulunamamıştır (p<0,01) (Tablo 4.21).

BioNTech aşılanma durumuna göre SAÖ ve PTSBÖ ölçek puanları arasında korelasyon bulunamamıştır (p<0,01) (Tablo 4.22).

Total aşılanma durumuna göre SAÖ ve PTSBÖ ölçek puanları arasında korelasyon bulunamamıştır (P<0,01) (Tablo 4.23).

Tablo 4.21.Katılımcıların Sinovac Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

	Sinovac	PTSBÖ TOPLAM	SAÖ TOPLAM
Sinovac	1		
PTSBÖ TOPLAM	-0,92	1	
SAÖ TOPLAM	-0,59	-0,158*	1

*P<0,01

Tablo 4.22. KatılımcılarınBioNTech Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

	BioNTech	PTSBÖ TOPLAM	SAÖ TOPLAM
BioNTech	1		
PTSBÖ TOPLAM	0,81	1	
SAÖ TOPLAM	-0,018	-0,158*	1

*P<0,01

Tablo 4.23. KatılımcılarınTotal Aşılanma Durumu ile SAÖ ve PTSBÖ Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

	Toplam aşılanma durumu	PTSBÖ TOPLAM	SAÖ TOPLAM
Toplam aşılanma durumu	1		
PTSBÖ TOPLAM	-0,27	1	
SAÖ TOPLAM	0,002	-0,158*	1

*P<0,01

5. TARTIŞMA

Covid-19 hastalığı dünya çapında etki oluşturarak pandemi haline gelmiş olup tüm dünyanın mücadele etmesini ve önlemler almasını gerektirmiştir. Covid-19'a karşı alınabilecek en önemli önlemlerden biri aşı olmuştur. Birçok ülkede aşı ile ilgili araştırmalar başlamış ve tüm dünyada bu hastalığa karşı aşı uygulamalarına geçilmiştir. Aşı seçimi ve uygulanması ise kişisel tercihlere ve ülkenin imkanlarına göre olmuştur. Çalışmamızda aşı olmanın ve aşı seçiminin bağlantılı olabileceği sosyodemografik faktörler, psikolojik sağlamlık ve anksiyete ile ilişkisi ortaya çıkarmak istendi. Anksiyete gibi, kişinin kaygı korku gibi duygulara karşı aşırı ve kontrol edilemeyen tepkiler vermesine neden olan ve yaygın görülen durumların da Covid-19 aşı olma durumunu etkileyebileceğini düşünerek yola çıkıp çalışmamızda bu durumu inceledik.

Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların Covid-19 aşı olma durumu ve aşı olma durumunun psikolojik dayanıklılık ve sağlık anksiyetesi ile ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmaya 18 yaş üzeri 135'i erkek 187'si kadın toplam 322 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 31,37(+/-11,62) idi. Katılımcıların 177'si (%54,9) üniversite mezunuydu.

Katılımcıların 289'u (%89,7) il merkezinde yaşamaktaydı, bu oranın fazla olmasının nedeni; üniversite hastanesi hizmet binamızın şehir merkezinde olması ve polikliniğimize başvuran hastaların şehir merkezinden kolaylıkla hastaneye ulaşabilmesi olabilir.

Katılımcıların meslek durumu olarak diğer seçeneğini 138 (%42,8) işaretlemiştir. Bu oranın fazla olmasının nedeni; hastanemizin üniversite kompleks yapısı içerisinde olması ve polikliniğimize başvuran hastaların üniversite öğrencisi ve tıp fakültesi öğrenci sayısının fazla olması olabilir.

Çalışmamızda erkek katılımcıların 126'sı(%93,3)Covid-19 aşısı olmuşken kadın katılımcıların 177'si (%94,7) olmuştur. Araştırmamızda kadın ve erkek katılımcılar arasında Covid-19 aşı olma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çin'de yapılan bir çalışmada Çinli yetişkinlerin Covid-19 aşı olma tutum ve istekliliğine ilişkin çevrimiçi yapılan bir ankete 3195 kişi katılmıştır. Bu çalışmada yanıt verenler arasında erkeklerin Covid-19'a karşı aşı olma istekleri kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır (48).Batı Uganda'da 1067 kişi le yapılan kesitsel bir çalışmada erkekler, yüksek öğrenim seviyesi, öğrenciler, Müslümanlar, evliler, maaş almayanlar ve kırsal kesimde yaşayanların aşıyı kabul etme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu erkekler(%73,2)oluşturmaktadır ve online anket şeklinde yapılmıştır (49). Jayyousi ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz çalışmasında toplam elektronik veritabanı aramasından 331 kayıt alındı ve bunlardan 50 tanesi araştırmaya uygun bulundu. Bu araştırmada halkın Covid-19 aşısına yönelik tutumunu etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu araştırma, cinsiyetin Covid-19 aşı tereddüdündeki rolünün değerlendirilmesini, erkeklerin aşıyı kabul etmeye kadınlardan daha istekli olduğunu ortaya koymuştur ve bu kültürler arasında geçerli bulunmuştur. ABD'de sadece bir kesitsel çalışmada erkekler arasında daha düşük kabul bildirilmiştir. Kadınların aşılama konusunda daha olumsuz görüşler benimsediği bulunmuştur. Erkekler ise Covid-19'u çevreleyen söylentilere ve komplo teorilerine daha az inanç ve hastalık için daha yüksek risk algısı göstermiştir ve bununla birlikte, örnekleme yanlılığı göz ardı

edilemeyeceğinden, bu bulgu cinsiyet dağılımı ışığında dikkatle yorumlanmalıdır denmiştir (50). Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkekler arasında Covid-19 aşı olma durumuna göre fark bulunmamıştır. Çalışmamız aşı olma tereddüdünden ziyade aşı olma ya da olmama gerçeğini değerlendirmiş olması ile benzeri çalışmalardan ayrılmıştır. Kadınların anksiyete kaygı gibi durumlara erkeklere kıyasla daha yatkın olması tereddüttü açıklayabilir. Bizim çalışmamıza bakacak olursak bu kaygının Covid-19 aşı olma durumunu, eylemini etkilemediği düşünülebilir.

Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Aşılamasına Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi adlı Kader ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının (yüksek lisans ve doktora) aşı olma isteğinin oranı diğerlerine (ön lisans ve lisans) kıyasla yüksek bulunmuştur ve bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumluydu şeklinde yorumlanmıştır (51). Bizim yaptığımız çalışmadaki sonuçları inceleyecek olursak eğitim düzeyinin ilköğretim, lise, üniversite veya lisansüstü olması ile Covid-19 aşısı olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,067).

Çalışmamızda bekar katılımcıların 172'si (%94) evli katılımcıların 120'si (%93,8), boşanmış/dul katılımcıların 11'i (%100) Covid-19 aşısı olmuştur ve medeni durum ile Covid-19 aşısı olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p=0,697). Çin'de Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise Covid-19 pandemisi sırasında Covid-19 aşısının kabulü isimli bir çalışmada aşılamayı kabul edenler arasında, erkek veya evli katılımcıların kabul etme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (52).

Covid-19 aşılanmasında sosyodemografik farklılıkların kesişimsel analizi: İsveç'te ülke çapında kayıt temelli bir çalışma, başlıklı İsveç 'te 18-64 yaş arası tüm İsveç nüfusunu ele alan bir araştırmada, aşılılara kıyasla aşılanmamış katılımcılar daha genç bulunmuştur. Erkek katılımcılar, daha düşük gelire sahip katılımcılar ve İsveç dışında doğan katılımcıların aşılanma oranı diğerlerine göre daha düşük oranda bulunmuştur. İkinci aşı dozu için sosyal örnekleme

benzer bulunmuştur, ancak birinci dozdan daha zayıf bulundu. Bu çalışmada çok değişkenli düzeltmelerden sonra, bulgular aynı kalmıştır (53).

Akarsu ve arkadaşlarının web üzerinden yaptığı e-anket temelli bir çalışmaya 759 kişi katılmıştır ve çalışmalarında bireylerin gelecekteki COVID-19 aşısına yönelik düşünce ve tutumlarını araştırmışlardır. Katılımcıların %8,6'sı Covid-19 enfeksiyonuna karşı aşı geliştirilirse COVID-19 aşısı yaptırmayacağını belirtirken, %35,9'u kararsız kalmıştır. Ayrıca, çocuğu olan ve çocuklarına Covid-19 aşısı yaptırmayı düşünenler, aşı olmaya diğerlerine göre daha istekli bulunmuştur (54). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak çocuk sahibi olan katılımcıların 80'i (%98,8) aşı olmuşken, çocuk sahibi olmayan katılımcıların ise 223'ü (%92,5) aşı olmuştur. Çocuk sahibi olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasında Covid-19 aşı olma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocuk sahibi olan katılımcıların Covid-19 aşı olma oranı çocuk sahibi olmayan katılımcılara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,039).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kesitsel bir çalışmada 449'u ABD dışından olmak üzere 4183 yanıt alınmıştır. Kalan 3734 katılımcıdan yalnızca anketinin üç bölümünü de tamamlayan ve aşı kabulünün birincil sonucunu belirleyen soruyu yanıtlayanları çalışmaya dahil edilmiştir. 2978 katılımcı dahil edilerek yapılan çalışmada alt-orta sınıftan (grup I) katılımcılar en düşük aşı kabul oranına (%72.0) sahipti ve bunu orta sınıf (%79,3) izledi. Üst orta ve üst sınıf katılımcılarının kabul oranı %88'in üzerindeydi ve aile gelir grubuna göre aşı kabulü önemli ölçüde farklılık göstermiştir sonucuna ulaşılmıştır (55). Bizim çalışmamızda çıkan sonuçları inceleyecek olursak gelir durumu algısı ile Covid-19 aşı olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,584).

Lazarus ve arkadaşlarının yaptığı Covid-19 aşısının potansiyel kabulüne ilişkin küresel bir ankette iki temel soru sorulmuştur; Kanıtlanmış, güvenli ve etkili bir aşıyı yaptırır mısınız, işvereniniz tarafından önerilmiş olsaydı ve hükümet tarafından güvenli ve etkili olarak onaylanmış olsaydı bir aşıyı kabul eder miydiniz? Çalışmada daha yüksek eğitim seviyeleri her iki soruda da aşı

kabulü ile pozitif olarak ilişkilendirildi sonucuna ulaşılmıştır (56). Bizim çalışmamızda eğitim durumu ile Covid-19 aşısı olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,067).

Murphy ve arkadaşlarının yaptığı İrlanda ve Birleşik Krallık'ta Covid-19 aşısı tereddüt ve direncinin sosyodemografik belirleyicilerini araştırdığı bir araştırmada yer alan bilgilere göre; İrlanda ve Birleşik Krallık'ta Covid-19 aşısı tereddüt ve direncinin sosyodemografik belirleyicilerindeki benzerlik, coğrafi yakınlıkları göz önüne alındığında olağandışı olarak kabul edilmeyebilir. İrlanda'da aşı direnci, İrlandalı olmama durumu, şehirde ikamet etme ile ilişkilendirildi; Birleşik Krallık'ta ise aşı direnci banliyölerde ikamet etme ile ilişkilendirildi. Kentsel/banliyö konutları, aşı tereddüdünü desteklediği bilinen daha geniş sosyoekonomik sorunları yansıtıyor olabilir ve daha yoğun nüfuslu bölgelerde topluluk iletimi için daha büyük potansiyel göz önüne alındığında endişe verici bir bulgudur. Bu çalışmada azınlık grupları arasında aşı alımı genellikle genel nüfustan daha düşüktür ve bu eşitsizliğin nedenleri arasında birinci basamak sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, klinik personelin sağlık bakım ziyaretleri sırasında aşının önemini iletmemesi ve / veya aşılamanın maliyetleri, yan etkileri, riskleri ve faydaları hakkında yanlış anlamalar olabilir denmiştir (57). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların il, ilçe ya da köyde yaşıyor olmasının Covid-19 aşısı olması ile ilişkisi saptanmamıştır (p=0,784).

İtalya'da Eylül 2020'de influenza aşısı ve potansiyel bir COVID-19 aşısına yönelik tutumlar ve meslek grupları arasındaki farklılıklar isimli Vecchia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada grip aşısı olma potansiyel Covid-19 aşısını olma öngörüsü olarak belirlenip şu şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Meslek kategorilerine göre yöneticiler ve öğretmenler arasında şimdiye kadar grip aşısı kullanıcılarının oranı, işçiler ve çiftçilere kıyasla ve geçen yıl grip aşısı yaptıran kullanıcıların oranı daha yüksekti. Mesleklerden, yöneticiler ve öğretmenlerin dörtte birinden fazlasının aile hekimleri tarafından aşılanmaları tavsiye edilirken, oran işçi ve çiftçiler arasında çok daha düşüktü. Bu çalışmada yöneticiler ve öğretmenler, işçi ve çiftçilere kıyasla daha yüksek orandagrip aşısı olma ve

potansiyel bir Covid-19 aşısı olma niyetinde bulunmuştur (58). Bizim çalışmamızda ise meslek durumu ile Covid-19 aşısı olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve emekli olanlar en yüksek düzeyde aşılanma oranına (%100) ulaşırken, en düşük oranda olan meslek grubu ise işçilerdi (%80,8). Türkiye'de aşılanma ilk olarak sağlık çalışanları ile başlamış daha sonra ileri yaş gruplarına yapılmış olup bu gruptaki katılımcıların çoğunluğunu emekliler oluşturmaktadır. Bu sebeple en yüksek aşılanma oranına sahip olabileceği düşünülmüştür.

Tarsus Devlet Hastanesinde Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Aşı Tutumu adlı bir çalışmada bulunan sonuçlar şu şekilde olmuştur: Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler insanların bir konu hakkında tutumlarını olumlu ya da olumsuz etkileyebileceği düşünülürken, araştırmamızda sağlık çalışanlarının cinsiyetleri, yaş sınıfları ve gelir düzeyleri Covid-19 aşısına yönelik tutumlarını etkilememiştir sonucuna ulaşılmıştır (59). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmaya benzer olarak cinsiyet ve gelir durumu ile Covid-19 aşı olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ile Covid-19 aşı olma arasında da benzer şekilde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Covid-19 Pandemisinin Primer İmmün Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi adlı tez çalışmasında, evli hastaların evli olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları yüksek, yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Evli olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte; çalışmada evli olan ve olmayan hastalar arasında böyle bir farklılığın bulunmuş olması şaşırtıcıdır şeklinde yorumlanmıştır. Pandemi süreci nedeniyle uzun süreli karantina uygulamaları ve sosyal yaşam tarzı değişiklikleri, evli bireylerin aileleriyle daha çok vakit geçirmesine neden olmuştur diye düşünülmüştür (60). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmadan farklı olarak evli olan katılımcıların SAÖ toplam değerleri bekar olan katılımcılara göre anlamlı düşük bulunmuştur. Boşanmış/dul katılımcıların

da SAÖ değerleri bekar olan katılımcılara göre anlamlı düşük bulunmuştur. Yani bekar olan katılımcıların sağlık anksiyetesi evli, boşanmış/dul katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Pandemi süreci Covid-19 bulaşma korkusu, Covid-19 pozitif hastalara karantina ve pandemiden kaynaklı sokağa çıkma yasakları gibi benzeri süreçler getirmiştir. İzolasyonun artırmasıyla bekar katılımcıların evlilere göre evde sosyal desteğinin daha az olması nedeniyle sağlık kaygılarını artırmış olabilir.

Afyon'da Şenol'un yaptığı Pandemi Sürecinde Sağlık Kaygısının Boylamsal İncelenmesi ve Yaşam Doyumu İle İlişkisi isimli çalışmada, Türkiye'deki pandemi sürecinin altıncı ayında yapılan ölçümde yaş ve sağlık kaygısı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulgulanmış vebuna göre yüksek yaş, daha düşük bir sağlık kaygısı ile ilişkili görülmüştür (61). Bizim çalışmamızda ise yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken yaş ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve bu ilişkinin negatif yönlü olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça anksiyete azalmakta yaş azaldıkça ise anksiyete artmaktadır.Bu bulgu, genç yaştaki katılımcıların haber kaynaklarına ulaşımının daha fazla, kolay olması ve yaşlıların Covid-19 hastalığının riskleri hakkında gençler kadar farkındalık sahibi olmamasıyla ilişkili olabilir.

Sakr ve arkadaşlarının yaptığı, Sağlık Çalışanları Arasında Kaygı, Lübnan'daki Covid-19 Pandemisinin Önemi, Çalışma Ortamı ve Kişisel Dayanıklılık adlı bir çalışmada ise; anksiyete ile yaş, cinsiyet, medeni durum, kişisel dayanıklılık skoru, daha önce Covid-19 geçirme durumu ve Covid-19 aşılanma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (62). Bizim çalışmamızda ise yaş ve cinsiyet ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken medeni durum ile anlamlı fark saptanmıştır. Bekar katılımcıların sağlık anksiyetesi evli katılımcılara göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Türkiye'de bireylerin sağlık anksiyetesi seviyeleri ile Covid-19 salgını kontrol algısı düzeylerini saptamak ve sağlık anksiyetesinin Covid-19 salgını kontrol algısı düzeyi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla Ekiz ve arkadaşlarının yaptığı çevrimiçi anket yöntemi ile 47 şehirde yaşayan 1050 kişi ile yapılan bir araştırmada kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin de erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (63).Bizim çalışmamızda da sağlık anksiyetesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çetin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Covid-19 pandemisini deneyimleyen 82'si kadın (%75) öğrenci ve 27'si erkek (%25) öğrenciden oluşan örneklemde yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisini değerlendirmeye almışlardır. Öğrencilerin yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık durumları ile cinsiyetleri, kendilerinin ya da evde birlikte yaşadıkları kişilerden herhangi birinin kronik hastalığı olup olmaması, düzenli olarak kişisel ilaç ve sigara kullanılıp kullanılmaması ve aile ya da yakın çevrede Covid-19'a yakalanan olup olmamasına göre farklılık göstermemektedir sonuçlarına ulaşılmıştır. Cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki saptanmamıştır (64). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak cinsiyet ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,212).

Helvacı ve arkadaşlarının yaptığı, Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi ve Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları isimli çalışmada tek Yönlü Varyans (one-way ANOVA) analizine göre, meslek grupları arasında Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma açısından istatistik anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir (65). Çalışma sağlık çalışanları arasında yapılmış olup bizim çalışmamız ise polikliniğe başvuranlar arasında yapılmıştır ve bu çalışmaya benzer olarak meslek grupları arasında psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir fark görülmüştür (p=0,027).

Bilge ve arkadaşlarının yaptığı Covid-19 aşısının ruh sağlığına etkisi, adlı bir çalışmada aşılı ve aşısız bireyleri anksiyete, depresyon ve sağlık kaygısı

açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır. Araştırmada, aşılanmamış grup için çok daha yüksek anksiyete duyarlılık değerleri olduğunu gösterilmiş.Aşılı katılımcıların yaşam doyumu puanları daha yüksekken; aşısız katılımcıların ise anksiyete puanları, sağlık anksiyetesi ve depresyon daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu aşılı bireylerin sağlıklarına daha fazla önem verdiklerinden aşı olmayı tercih ettiklerini göstermektedir şeklinde yorumlandı ve bu nedenle aşının bireyler için fiziksel sağlık kadar ruh sağlığı açısından da koruyucu bir işlevi olduğu varsayılabilir sonucuna varıldı (66).

Jayakumar ve arkadaşlarının Covid-19 aşılarının ortaya çıkmasından önce ve sonra ruh sağlığı ile Covid-19 aşı tereddüdü arasındaki ilişkiyi analiz etmek başlıklı çalışmasında Covid-19 aşı kararsızlığı, Covid-19'a karşı sürü bağışıklığının sağlanmasında kritik bir engel olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada Covid-19 aşı tereddüdünün ve akıl sağlığının birbirine etkisinin, pandemi şiddeti ve aşı zorunlulukları açısından farklı olan Hindistan ve Suudi Arabistan arasında farklı olduğu gösterilmiştir. Çalışmada ayrıca Suudi Arabistan'da aşı tereddüdünün depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu için bir yordayıcı olduğunu gösterilirken, aşı tereddüdünün Hindistan'da tek başına anksiyete için bir yordayıcı olduğunu göstermiştir (67).

Uludağ Üniversitesinde primer immun yetmezlikli hastalar arasında yapılan Covid-19 pandemisinin yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada aşısı olmayan ve yalnızca inaktif aşı olan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin, en az bir doz mRNA aşısı olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Anksiyete düzeylerinde artış kadın cinsiyet, evli olmak, yaş artışı ve düşük psikolojik dayanıklılık ile ilişkili bulunmuştur (60). Bizim çalışmamızda ise sağlık anksiyetesi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmazken medeni durum ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Bekar olanların sağlık anksiyetesi evli olanlara göre anlamlı yüksektir. Yaş ile sağlık anksiyetesi arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ve yaş arttıkça anksiyete azalmaktadır, yaş azaldıkça anksiyete

artmaktadır. Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile medeni durum, cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Zhang ve arkadaşlarının 2020' de 2.182 Çinlinin çevrimiçi anket doldurarak katıldığı çalışmada Covid-19 salgını sırasında tıbbi sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve psikososyal sorunları araştırılmıştır. Sağlık çalışanları arasında kırsal kesimde yaşamak, kadın olmak anksiyeteiçin en yaygın risk faktörleri olarak bulunmuştur (68). Bizim çalışmamız genel popülasyonda yapılmış olup sağlık anksiyetesi açısından değerlendirilmiştir ve cinsiyet, yaşanılan yer ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır.

Pandemi süreci üzerinde psikolojik sağlamlık isimli Türkiye'nin 31 farklı ilinden toplam 254 yetişkin birey ile çalışılan bir çalışmada üniversite mezunu ve Covid-19'a karşı yüksek düzeyde tedbir alan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (69).

Şahinkaya'nın Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 412 hastayla yaptığı tez çalışmasında Covid-19 aşısı ile ilişkili cevapların sosyodemografik verilerle ilişkisi incelendi ve cinsiyetler arasında aşı olma durumu açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Bu çalışmada öğrenim durumu ve gelir düzeyi arttıkça aşılanmanın anlamlı arttığı bulundu, doktorlar ve emekliler diğer meslek gruplarından daha fazla oranda aşı olmuşlardı. Katılımcılardan aşı olanların yaşları aşı olmayanlar ile sırası gelmeyenlere göre anlamlı yüksek bulundu. Kişilerin, akrabalarının ve yakın çevrelerinde birilerin Covid-19 tanısı alma, ölüm durumu ile karşılaştırıldı ve bunların aşı olma durumunu anlamlı değiştirmediği gözlendi (70). Bizim çalışmamızda eğitim durumu ile aşı olma arasında anlamlı ilişki saptanmamışken, bu çalışmaya benzer olarak meslek ile Covid-19 aşı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve emekliler en yüksek aşılanma oranına sahipken işçiler en düşük aşılanma oranına sahiptir. Daha önce Covid-19 geçiren katılımcılar da daha önce geçirmeyenlere göre Covid-19 aşısını anlamlı yüksek oranda yaptırmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız üçüncü basamak üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların Covid-19 aşı olma durumu ve bunun yaş, cinsiyet, meslek gibi sosyodemografik faktörlerle ilişkisini incelemiş olup ayrıca aşı olma durumunun psikolojik dayanıklılık ve sağlık anksiyetesi ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya 135 (%41,9) erkek, 187 (%58,1) kadın olmak üzere 322 kişi katıldı. Katılanların yaş aralığı 18 ile 73 arasındaydı. Katılımcıların yaş ortalaması31,37(+/-11,62) idi. Katılımcıların 128'i (%39,7) evli, 183'ü (%56,8) bekar, 11'i (%3,4) boşanmış/duldu.

Çalışmaya katılan 322 katılımcıdan 303 'ü Covid-19 aşısı olmuşken 19 katılımcı Covid-19 aşısı olmamıştır. Çalışmamızda emekli katılımcılar (%100) Covid-19 aşısını en yüksek oranda olmuşken işçiler (%80,8) en düşük oranda olmuştur. Sırasıyla katılımcıların Covid-19 aşı olma oranları fazladan aza doğru emekli (%100), memur (%96,2), diğer (%95,7), özel sektör (%91,9), işçi (%80,8) şeklindedir. Türkiye' de aşı ilk olarak sağlık çalışanlarına ve ileri yaşa yapılmaya başlanmıştır. Emekli grubunun aşı olma oranının en yüksek olmasının aşıya ulaşımının kolay olması olabilir.

Çocuk sahibi olan katılımcıların Covid-19 aşı olma oranı çocuk sahibi olmayan katılımcılara göre daha yüksek görülmüştür. Çocuk sahibi olmanın sorumluluğu ve hastalık bilincini artırarak aşılamaya etki edebileceği görüşündeyiz.

Covid-19 geçirmeyen katılımcılar (%95,9) Covid-19 geçiren katılımcılara (%90) göre daha yüksek oranda Covid-19 aşısı olmuştur. Covid-19 'a yakalanma korkusu ve kaygısı aşı olmaya olumlu katkı yapmış olabilir ya da daha önce Covid-19 geçirmiş olan katılımcılar hastalığı geçirmeden dolayı oluşan doğal bağışıklık sebebiyle aşı yaptırmamayı tercih etmiş olabilir şeklinde yorumlanabilir.

Özel sektörde çalışan katılımcıların PTSÖ ölçek puan ortalaması en yüksek iken emekli katılımcıların PTSÖ ölçek puanı en düşüktür. Çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre özel sektörde çalışan katılımcılar memur, özel sektör, işçi, emekli ve diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılara göre psikolojik olarak daha sağlamdır diyebiliriz. Psikolojik sağlamlık açısından çoktan aza doğru sıralayacak olursak özel sektör, diğer, işçi, memurlar ve emekli şeklindedir. Çalışmamızda, emekli olan katılımcıların PTSÖ ölçek puan ortalaması diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılara göre anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Emekli olan katılımcıların PTSÖ ölçek puan ortalaması özel sektörde çalışan katılımcılara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Memur olan katılımcıların PTSÖ ölçek puan ortalaması özel sektörde çalışan katılımcılara göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Evli olan katılımcıların SAÖ toplam değerleri bekar olan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Boşanmış/dul katılımcıların da SAÖ değerleri bekar olan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Yani bekar olan katılımcıların sağlık anksiyetesi evli, boşanmış/dul katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken yaş ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve bu ilişki negatif yönlüdür. Yaş arttıkça anksiyete azalmakta yaş azaldıkça anksiyete artmaktadır. Bu bulgu, genç yaştaki katılımcıların haber kaynaklarına ulaşımının daha fazla, kolay olması ve yaşlıların Covid-19 hastalığının riskleri hakkında gençler kadar farkındalık sahibi olmamasıyla ilişkili olabilir.

Psikolojik dayanıklılık ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki negatif yönlüdür. Yani psikolojik dayanıklılık arttıkça anksiyete azalmaktadır ya da psikolojik dayanıklılık azaldıkça anksiyete artmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı daha fazla olanların anksiyete ile baş edebildiği ve daha az anksiyete duyduğu öngörülebilir. Çalışmamızda Covid-19

aşı olup olmama durumuna göre psikolojik dayanıklılık ve sağlık anksiyetesi skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Aile hekimleri olarak hastaların sağlıkta ulaştığı ilk kaynak olup pandemi ile mücadelede önemli bir yerde bulunmaktayız ve geniş bir yapılanmaya sahibiz. Aşılar ile ilgili bilgileri doğru bir şekilde aktarma, aşılar ile ilgili kaygıları, kararsızlığı, tereddütleri gidermede önemli bir rol oynamaktayız. Yaptığımız bu çalışmanın başta aile hekimleri olmak üzere sağlık hizmeti vericilerine yol gösterici nitelikte olması amaçlanmıştır. Birçok çalışmada aşı olmayı etkileyen sosyodemografik ve farklı birçok neden araştırılmış ve bunlarla ilişkisi irdelenmiştir ve daha çok aşıya olumlu bakma ya da aşı olma isteği sorularak online anketler kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda ise aşı olma isteği ya da aşı talebinden ziyade; aşı olup olmadığı ve kaç doz olduğu irdelenmiştir. Covid-19 aşısı olma durumu ile psikolojinin ve anksiyetenin ilişkisi incelenmiştir.

Pandemi sürecinde insanların en sık yaşadıkları ruh sağlığı sorunlarının depresyon, anksiyete ve stres olduğu görülmekte ve bu dönemde bireylerin kaygı düzeyleri yükselmektedir. Bu sorunlarla başa çıkmada ise en etkili yöntemin, bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yükseltilmesi olduğu anlaşılmıştır ve özellikle pandemi sürecinde ise psikolojik sağlamlığın önemi daha da ön plana çıkmıştır. Aile hekimleri ise pandemi ve Covid-19 hastalığının oluşturduğu tıbbi durumlar ile mücadele etmekle birlikte pandemi sürecinde psikolojik süreci de beraberinde yönetmiştir. Bu süreçte aşı olma kabulünde psikolojik sağlamlık ve anksiyete de önemli bir rol oynamıştır. Aile hekimleri olarak hastalıkların psikolojik süreçlerini de irdeleyip bu yönden de hastalarımıza her türlü tıbbi desteği sağlamalıyız. Aşılar konusunda gerekli tıbbi bilgilendirmeleri yapmalıyız.

KAYNAKLAR

1. DİKMEN AU, KINA M, ÖZKAN S, İLHAN MN. COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik. J Biotechnol Strateg Heal Res [Internet]. 30 Nisan 2020 [kaynak 15 Eylül 2022];4:29–36. Available at: https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshr/issue/53693/715153
2. Tyrrell DA, Bynoe ML. Cultivation of viruses from a high proportion of patients with colds. Lancet (London, England) [Internet]. 1966 [kaynak 15 Eylül 2022];1(7428):76–7. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4158999/
3. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, vd. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet (London, England) [Internet]. 15 Şubat 2020 [kaynak 15 Eylül 2022];395(10223):514–23. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986261/
4. Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. Clin Immunol [Internet]. 01 Ocak 2021 [kaynak 15 Eylül 2022];222. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33217545/
5. Gürbüz S, Aydın S, Çöl M. Yeni Koronavirüs Pandemisi Sürecinde Türkiye'de COVID-19 Aşılaması Ve Bağışıklanma Hizmetlerinim Durumu.
6. Demir Tekol S. SARS-CoV-2: Virolojisi ve Tanıda Kullanılan Mikrobiyolojik Testler.
7. Selçuk Sağlık Dergisi » Submission » SARS KORONAVİRÜS-2 (SARS-CoV-2) Virolojik Özellikleri Ve Diğer Koronavirüslerden Farkı [Internet]. [kaynak 21 Mayıs 2022]. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/ssd/issue/57170/767768
8. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu).
9. İç Hastalıkları Anabİlİm Dalı, İnfeksİyon Hastalıkları ve Klİnİk Mİkrobİyolojİ Anabİlİm Dalı, Göğüs Hastalıkları Anabİlİm Dalı, Kardİyolojİ Anabİlİm Dalı.
10. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. Clin Immunol. 01 Haziran 2020;215.
11. Şebnem İLHAN A. SARS-COV-2 VE COVID-19 PATOGENEZİ. Gazi Sağlık Bilim Derg. 2020:78–87.
12. Çelik D, Köse Ş. COVID-19 in Adults: Clinical Findings. J Tepecik Educ Res Hosp. 2020;
13. ORHAN KUBAT G, ŞAHİN C. Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) Clinical Features. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derg. 2020;28(2):14–9.
14. Şenol E, Yildiz Y. SARS-CoV-2 ve Tanılanması.
15. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVİD-19 Enfeksiyonu Rehberi. [kaynak 03 Haziran 2022]; Available at: www.hsgm.saglik.gov.tr
16. Piscitelli P, Miani A, Setti L, De Gennaro G, Rodo X, Artinano B, vd. The role of outdoor and indoor air quality in the spread of SARS-CoV-2: Overview and recommendations by the research group on COVID-19 and

particulate matter (RESCOP commission). Environ Res. 01 Ağustos 2022;211.
17. Halim İşsever, Tuğçe İşsever GÖ. COVID-19 Epidemiyolojisi [Internet]. [kaynak 03 Haziran 2022]. Available at: http://iupress.istanbul.edu.tr/tr/journal/jarhs/article/covid-19-epidemiyolojisi
18. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. J Tepecik Educ Res Hosp. 2020;
19. BUDAK F, KORKMAZ Ş. COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNE YÖNELİK GENEL BİR DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE ÖRNEĞİ. Sos Araştırmalar ve Yönetim Derg [Internet]. 17 Mayıs 2020 [kaynak 26 Mayıs 2022];1(1):62–79. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/sayod/issue/54364/738657
20. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 01 Mayıs 2020;109.
21. Güngör B. Türkiye'de COVİD-19 Pandemisi Süresince Alınan Önlemlerin Kriz Yönetimi Perspettifinden Değerlendirilmesi. USBAD Uluslararası Sos Bilim Akad Dergisi-International J Soc Sci Acad [Internet]. 2020 [kaynak 03 Haziran 2022];2:2687–2641. Available at: https://dergipark.org.tr/tr/pub/usbad
22. Adresi Y, İnce F, Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı S, Yağmur Evcil F, Demirel Üniversitesi S, Fakültesi T, vd. Covid-19'un Türkiye'deki İlk Üç Haftası. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilim Derg [Internet]. 15 Haziran 2020 [kaynak 26 Mayıs 2022];11(2):236–41. Available at: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdusbed/issue/54917/719168
23. Akdeniz M, Kavukçu E. Aşılama ve Aşıların Tarihçesi [Internet]. [kaynak 07 Haziran 2022]. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/45376/487032
24. Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi A, Bekis Bozkurt Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı H, Hayrunnisa Bekis Bozkurt T, Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı K. Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Kafkas J Med Sci [Internet]. 01 Nisan 2018 [kaynak 26 Mayıs 2022];8(1):71–6. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/kaftbd/issue/36818/420869
25. Şirin H, Özkan Seçil. Dünyada ve Türkiye'de COVID-19 Epidemiyolojisi [Internet]. [kaynak 07 Haziran 2022]. Available at: http://dergi.kbb-bbc.org.tr/uploads/pdf/30209999978260.pdf
26. Yalnız Z. Covid-19 Salgını İçin Aşı Çalışmaları İncelemesi [Internet]. [kaynak 06 Haziran 2022]. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/asder/issue/62676/849394
27. COVID-19 İçin Pandemi ile Başlayan Bağışıklama Çalışmaları | Makale | Türkiye Klinikleri [Internet]. [kaynak 26 Mayıs 2022]. Available at: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-icin-pandemi-ile-baslayan-bagisiklama-calismalari-89439.html
28. Bilimleri S, Samsun Ü, Ve E, Hastanesi A, Hekimliği A, Yavuz E. Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. 2020;

29. C.Tayyar Şaşmaz. COVID-19 Aşı Kararsızlığı Ve Aşı Yaptırmama.
30. Hosgor H, Dorttepe ZU. Aşılamanın Önündeki Engellerin Şikayetvar.com Portalı Üzerinden İncelenmesi [Internet]. [kaynak 07 Haziran 2022]. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Haydar-Hosgor/publication/360932973_ASILAMANIN_ONUNDEKI_ENGELLERIN_SIKAYETVARCOM_PORTALI_UZERINDEN_INCELENMESI_BIONTECH_PFIZER_VE_SINOVAC_CORONAVAC_ORNEGI/links/6293eda155273755ebc0a3d4/ASILAMANIN-OeNUeNDEKI-ENGELLERIN-SIKAYETVARCOM-PORTALI-UeZERINDEN-INCELENMESI-BIONTECH-PFIZER-VE-SINOVAC-CORONAVAC-OeRNEGI.pdf
31. Uzun K. Covid-19 salgınında aşı.
32. Yavuz E. COVID-19 Aşıları [Internet]. [kaynak 07 Haziran 2022]. Available at: https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD-88598-REVIEW_ARTICLE-YAVUZ.pdf
33. Karagöz S, Özbay E. Koronavirüs-19 Hastalığının Makro ve Moleküler Olarak İncelenmesi: Derleme [Internet]. [kaynak 06 Haziran 2022]. Available at: https://dergipark.org.tr/tr/pub/kmujens/issue/67485/994263
34. Çağlayan Ç. Dünya Sağlık Örgütü ve COVID-19 Pandemisi,Türk Tabipleri Birliği [Internet]. [kaynak 03 Haziran 2022]. Available at: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/84056210/pandeki_2yil-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1654260779&Signature=OcpORa6w2umGnc1sgU2ipxUS9YUhT44o0sYm7CK1YZVaQG5-I4cWM~DdhLeiGB3WlYuYpPVeEFN7a4iYoWgoru96U3cpYZD82EJ0t5XtU621gr3OGXcLVcD4p1gOX9xetw9FF53-X0In1G~J1WKHgrXu4wYN6uuzbOLvyAt1pUyYFhgqbkkItHRgeaL2X3gAZ-M5mQt2x0jCtHR-oM6I5cwesEVMkFmAiuNa7iRayF9cn4MO3e5Da1tT2vx7uJK8ZNgRT9wnOVRzYl0UKeQ14EihcgX0bTuilXoR89GnBZ4TDu6~-52OsYuD0PzjUSpmsVhEQHgqiFG8HgTmeVVjGg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=81
35. Yıldırım Baş F. Pandemide Aşılamanın Önemi Ve COVID-19 Aşılama Çalışmaları [Internet]. [kaynak 07 Haziran 2022]. Available at: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1659531
36. Doğu O, Üniversitesi T, Bölümü P. Psikolojide İndirgemecilik Gizem Arıkan.
37. Gençöz T. Klinik psikolog kimdir? Ne çalışır? [Internet]. [kaynak 05 Ağustos 2022]. Available at: https://open.metu.edu.tr/handle/11511/74741
38. AKTAŞ A, KORKUT Y. Sağlık Bilimlerine Psikolojinin Büyük Katkı Yapacağı Bir Alan: Sağlık Psikolojisi [Internet]. [kaynak 08 Ağustos 2022]. Available at: http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701719
39. og helsedirektoratet S. Anksiyete Angst/Anxiety (Kaygı).
40. Beşli MS. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Anksiyete [Internet]. [kaynak 04 Ağustos 2022]. Available at: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43774494/Obsesif_Kompulsif_Bozukluk_nedir-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1659518170&Signature=B3WQ0uGC48JJleIMq4R5h~eF

pF36oBYK6ZavtLjmDUbu6YNb-Fj00-TbfMzy4KxFcjIqPoJeAVx-Xxa6~YBtrcxZV0J7MwiDYqrLXT50tcGKKBZkhEmcmK9GI8rc4usmAmR5yCTD-K~vquyZXUaY80ZnlWo7LoTavwIDJ0CGN2APaj6dIQrsRIVKl-P6yjlCGC4s3d8qGGU1BGZ5GBA7kdP-DusXzPV0UxZIxXOBEh83y1Ts3JDMnFz5OMhjtPjbvamglQ3oEPkpT8vg0Vin284ZSDRq8hEle5IKBC7M8l63IhDPcGSKcYBW1~IoMNKTyzxnyzxNkkn1a5PBNA5M6Q__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

41. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care. Depress Anxiety. 2008;25(6):506–13.
42. Karamustafalıoğlu O, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ş, Kliniği Şefi P, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Med Bull Şişli Etfal Hosp. 2011;2(2):45.
43. ÇELEBİ YAZICI G, KAYA F, YILMAZ M. COVİD 19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE MİZAHLA BAŞA ÇIKMA ile SAĞLIK ANKSİYETESİ [Internet]. [kaynak 12 Ağustos 2022]. Available at: https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=46a5e740-8f01-4954-bab7-a3e95968d655%40redis
44. AKAR A, AKTAN T. Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeğinin (PSTBÖ) Uyarlaması: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Elektron Sos Bilim Derg [Internet]. 01 Nisan 2020 [kaynak 19 Eylül 2022];19(74):665–79. Available at: https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/53245/574101
45. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. Behav Ther. 01 Mart 2007;38(1):86–94.
46. Norton PJ, Sexton KA, Walker JR, Norton GR. Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. Cogn Behav Ther [Internet]. 2005 [kaynak 19 Eylül 2022];34(1):50–63. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15844688/
47. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med [Internet]. 2002 [kaynak 19 Eylül 2022];32(5):843–53. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12171378/
48. Chen M, Li Y, Chen J, Wen Z, Feng F, Zou H, vd. An online survey of the attitude and willingness of Chinese adults to receive COVID-19 vaccination. Hum Vaccines Immunother [Internet]. 2021 [kaynak 20 Ekim 2022];17(7):2279–88. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21645515.2020.1853449
49. Echoru I, Decanar Ajambo P, Keirania E, Bukenya EEM. Sociodemographic factors associated with acceptance of Covid-19 vaccine and clinical trials in Uganda: a cross-sectional study in western Uganda. [kaynak 28 Kasım 2022]; Available at: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11197-7
50. Al-Jayyousi GF, Sherbash MAM, Ali LAM, El-Heneidy A, Alhussaini NWZ, Elhassan MEA, vd. Factors influencing public attitudes towards COVID-19 vaccination: A scoping review informed by the socio-ecological model. Vaccines [Internet]. 01 Haziran 2021 [kaynak 30 Kasım 2022];9(6):548.

Available at: https://www.mdpi.com/2076-393X/9/6/548/htm
51. Kader Ç, Erbay A, Demirel MS, Kocabıyık O, Çolak Y, Ünsal G, vd. Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Aşılamasına Yönelik Tutum ve Davranışlarının...: ÇOMÜ Akademik Arama Motoru [Internet]. [kaynak 26 Ekim 2022]. Available at: https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=5c087052-d786-417a-a0eb-17aff010680b%40redis
52. Wang J, Jing R, Lai X, Zhang H, Lyu Y, Knoll MD, vd. Acceptance of COVID-19 Vaccination during the COVID-19 Pandemic in China. Vaccines 2020, Vol 8, Page 482 [Internet]. 27 Ağustos 2020 [kaynak 20 Ekim 2022];8(3):482. Available at: https://www.mdpi.com/2076-393X/8/3/482/htm
53. Spetz M, Lundberg L, Nwaru C, Li H, Santosa A, Ng N, vd. An intersectional analysis of sociodemographic disparities in Covid-19 vaccination: A nationwide register-based study in Sweden. Vaccine. 02 Kasım 2022;40(46):6640–8.
54. Akarsu B, Canbay Özdemir D, Ayhan Baser D, Aksoy H, Fidancı İ, Cankurtaran M. While studies on Covıd-19 vaccine is ongoing, the public's thoughts and attitudes to the future COVID-19 vaccine. Int J Clin Pract [Internet]. 01 Nisan 2021 [kaynak 20 Ekim 2022];75(4):e13891. Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.13891
55. Mondal P, Sinharoy A, Su L. Sociodemographic predictors of Covıd-19 vaccine acceptance: a nationwide US-based survey study. Public Health. 01 Eylül 2021;198:252–9.
56. Lazarus J V., Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, vd. A global survey of potential acceptance of a Covıd-19 vaccine. Nat Med 2020 272 [Internet]. 20 Ekim 2020 [kaynak 25 Ekim 2022];27(2):225–8. Available at: https://www.nature.com/articles/s41591-020-1124-9
57. Murphy J, Vallières F, Bentall RP, Shevlin M, McBride O, Hartman TK, vd. Psychological characteristics associated with Covıd-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. Nat Commun 2021 121 [Internet]. 04 Ocak 2021 [kaynak 25 Ekim 2022];12(1):1–15. Available at: https://www.nature.com/articles/s41467-020-20226-9
58. La Vecchia C, Negri E, Alicandro G, Scarpino V. Attitudes towards influenza vaccine and a potential Covid-19 vaccine in Italy and differences across occupational groups, September 2020. Med Lav [Internet]. 17 Kasım 2020 [kaynak 25 Ekim 2022];111(6):445. Available at: /pmc/articles/PMC7809985/
59. Gültekin EO, Gültekin O. Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Aşı Tutumu Attitudes of Healthcare Workers Towards Covid-19 Vaccination. Turk Mikrobiyol Cemiy Derg. 2022;52(2):119–30.
60. Muştucu A. Covid-19 Pandemisinin Primer İmmun Yetmezlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi,Depresyon,Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi [Internet]. [kaynak 27 Ekim 2022]. Available at: https://acikerisim.uludag.edu.tr/bitstream/11452/28391/1/Anıl_Muştucu.pdf
61. Şenol AGA. Pandemi Sürecinde Sağlık Kaygısının Boylamsal İncelenmesi ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi. Afyon Kocatepe Univ J Soc Sci

[Internet]. 26 Eylül 2022 [kaynak 26 Aralık 2022];24(3):1124–38. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/akusosbil/issue/72686/950345
62. Sakr CJ, Rahme D, Fakih L, Assaf SA, Redlich CA, Slade MD, vd. Anxiety Among Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic in Lebanon: The Importance of the Work Environment and Personal Resilience. 2022 [kaynak 28 Ekim 2022]; Available at: https://doi.org/10.2147/PRBM.S350125
63. Dönmez E, Ekiz T. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması Comparison Of Health Anxiety Level And Control Perception Of Covid-19 . Usaysad Derg [Internet]. 2020 [kaynak 27 Ekim 2022];6(1):139–54. Available at: http://dergipark.gov.tr/usaysad
64. Çetin C, Anuk Ö. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD) Eurasian Journal of Researches in Social and Economics (EJRSE). [kaynak 28 Ekim 2022]; Available at: www.asead.com
65. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Derg [Internet]. 01 Aralık 2013 [kaynak 28 Ekim 2022];1(4):58–68. Available at: https://dergipark.org.tr/en/pub/iicder/issue/31642/347014
66. Bilge Y, Keles E, Baydili KN. The Impact of Covid-19 Vaccination on Mental Health. https://doi.org/101080/1532502420211963558 [Internet]. 2021 [kaynak 31 Ekim 2022];27(3):285–8. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2021.1963558
67. Licata F, Carlos Lopes-Júnior L, Ilango S, Jayakumar S, Kumar SK, Alassaf A, vd. Contrasting Association Between Covid-19 Vaccine Hesitancy and Mental Health Status in India and Saudi Arabia-A Preliminary Evidence Collected During the Second Wave of Covid-19 Pandemic. 2022 [kaynak 30 Kasım 2022]; Available at: http://sampsize.sourceforge.net/iface/
68. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, vd. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the Covid-19 Epidemic in China. Psychother Psychosom [Internet]. 01 Temmuz 2020 [kaynak 27 Ekim 2022];89(4):242–50. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272480/
69. Bozdag F. Pandemi sürecinde psikolojik sağlamlık (Psychological resilience during pandemic). [kaynak 26 Aralık 2022]; Available at: https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44890
70. Şahinkaya AS. Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda Covid-19 korku düzeyi ve aşı düzeyi [Internet]. [kaynak 27 Aralık 2022]. Available at: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

EKLER

EK-1 Araştırma Anket Formu

1.Yaşınız:					
2.Cinsiyetiniz:	Erkek ( )	Kadın ( ) : Gebelik var ( ) Gebelik yok ( )			
3.Medeni Durum:	Evli( )	Bekar ( )	Boşanmış/Dul ( )	Çocuğum Var ( )	Çocuğum Yok ( )
4.Eğitim Durumunuz:	İlköğretim ( )	Lise ( )	Üniversite ( )	Yüksek lisans/Doktora ( )	
5.Çalışma Durumunuz:	Çalışıyor ( )	Çalışmıyor ( )			
6.Mesleğiniz:	Memur ( )	Özel Sektör ( )	İşçi ( )	Emekli ( )	Diğer ( )
7.Yaşadığınız Bölge:	İl Merkezi ( )	İlçe ( )	Köy /Kasaba ( )		
8.Gelir durumunuz:	İyi ( )	Orta ( )	Kötü ( )		
9.Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet ( )	Hayır( )	Bıraktım( )		
10.Alkol Kullanıyor Musunuz?	Evet ( )	Hayır ( )			
11.Covid Geçirdiniz mi?	Evet ( )	Hayır ( )	Evet ise:	0-6 Ay önce ( )	6-12 Ay önce ( )	12-24 Ay önce ( )
12.Covid 19 Aşısı oldunuz mu?	Evet ( )	Hayır ( )			
13.Psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?	Evet( )	Hayır ( )	Hastanede yatarak tedavi gördüm ( )		
14.Hangi aşıyı tercih ettiniz?					
Sinovac	1 Doz Oldum ( )	2 Doz Oldum ( )	3 Doz Oldum ( )	4 Doz Oldum ( )	
Biontech	1 Doz Oldum ( )	2 Doz Oldum ( )	3 Doz Oldum ( )	4 Doz Oldum ( )	
Türkovac	1 Doz Oldum ( )	2 Doz Oldum ( )	3 Doz Oldum ( )	4 Doz Oldum ( )	
Diğer ……..	1 Doz Oldum ( )	2 Doz Oldum ( )	3 Doz Oldum ( )	4 Doz Oldum ( )	

Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Becerileri Ölçeği (PSTBÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.İleride yaşayacağım zorlukları göğüsleyebilirim.				
2.Bir hedef belirlediğim zaman hiçbir şeyin hedefime ulaşmamı engellemesine izin vermem.				
3.Hatalarımdan ders çıkarırım.				
4.İnsanların yüz ifadelerindeki küçük değişiklikleri fark ederim.				
5.Davranışlarımın sonuçlarını tahmin edebilirim/kestirebilirim.				
6.Bir şeyde iyi olduğum zaman bunu fark ederim.				
7.İstemediğim şeylere hayır derim.				
8.İçinde bulunduğum duruma uygun hareket edebilirim.				
9.Mizah/espri anlayışım zor durumlarda sorunların üstesinden gelmemi kolaylaştırır.				
10.Arkadaşlarım bana güveneceklerini bilirler.				
11.İhtiyaç duyduğumda ailem yanımdadır.				
12.Bir şeyler yanlış gittiğinde bunun benim hatam olup olmadığını söyleyebilirim.				
13.Diğer insanlarla aynı bakış açısına sahip olmamak benim için bir sorun değildir.				
14.Yalan söylemek kabul edilebilecek bir şey değildir.				
15.Başımı derde sokacak insanlardan uzak dururum.				
16.Kendi kararlarımı verirken rahatım.				
17.Biri bana doğruyu söylemediğinde hissederim.				
18.Zor durumda karşılaştığımda problemlerimi çözmek için yeni yollar bulurum.				
19.Duygularımı ifade etmek için farklı yollar bulabilirim.				
20.Arkadaşlarımı dikkatli bir şekilde seçerim.				
21.Zor durumlarda pozitif/olumlu bir taraf ararım.				
22.Kendi hayatımı kendim kontrol edebilirim.				
23.Birine baktığımda onun hangi duyguyu yaşadığını söyleyebilirim.				
24.İnsanlara yardımcı olmaya çalışırım.				
25.Doğru olduğuna inandığım şeyleri savunurum.				
26.Arkadaşlık ilişkilerimi sürdürme konusunda iyiyimdir.				
27.Beni destekleyecek arkadaşlara sahibim.				
28.Gülmek stresle baş etmeme yardımcı olur.				
29.Arkadaş çevremde kendim gibi olabilirim.				
30.Kötü hissettiğim zamanlarda kendimi neşelendirebilirim.				
31.Başıma kötü bir şey geldiğinde pes etmem.				
32.Diğer insanlarınkinden farklı da olsa bile düşünce ve fikirlerimi paylaşırım.				
33.Kendi kendimi eğlendirebilirim.				
34.Arkadaş edinirken zorluk çekmem.				

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) Sağlığımla ilgili endişelenmem. (b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim. (c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim. (d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.	8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse 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.
2.(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.	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.
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.	10.(a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim. (b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim. (c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim. (d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir 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.	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.
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.	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.
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.	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.
7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem. (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım. (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım. (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.	14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler. (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler. (c) Ailem ve dostlarım sağlığım 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.	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.
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.	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-2 Etik Kurul İzin Formu

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-18920478-050.01.04-2200017899 21.01.2022
Konu : Başvuru İncelemesi(Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Covid 19 Aşılanma Durumunun Psikolojik Sağlamlık ve Anksiyete İle İlişkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2022-2100249892 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 19.01.2022 tarih ve 02-07 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 19.01.2022
Karar No : 2022-02

Karar-07) 2011-KAEK-27/2022-2100249892 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Yardımcı araştırmacı Arş. Gör. Dr. Büşra DÖNMEZ' in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** Kararı verilmiştir.

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 3C474TF
Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr
Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale
Telefon No: (0 286) 2180018
Faks No:
e-Posta:
İnternet Adresi: https://www.comu.edu.tr
Kep Adresi: comu@hs01.kep.tr
Bilgi için : Coşkun Silan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı
Telefon No: