

# Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

## A Study on the Relationship Between Vaccine Hesitancy, Health Anxiety and Health Literacy

Başak Akar, Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi,

E-posta: bakar@aybu.edu.tr,

ORCID ID: 0000-0002-7160-099X

Murat Karan, Araştırmacı, AREA Araştırma,

E-posta: muratkaran06@gmail.com,

ORCID ID: 0009-0001-7892-8330

Araştırma Makalesi/Research Article

### Öz

#### Anahtar Kelimeler:

aşı, aşı tereddütü,  
sağlık kaygısı, sağlık  
okuryazarlığı, Türkiye

Son yıllarda Türkiye’de yükseliş trendinde olan aşı tereddütü davranışı toplum sağlığı açısından çözülmesi gereken bir sorun olarak yeniden gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, yetişkinlerin aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin aşılama süreçlerinin başarısı açısından önemli olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de farklı demografik özelliklere sahip yetişkinlerin aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi ve aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanmasıdır. Her bir coğrafi bölgeyi temsilen bir büyük şehir (İstanbul, İzmir, Adana, Ankara, Samsun, Erzurum ve Gaziantep) örnekleme dahil edilmiş, araştırma toplam 735 kişi üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında karşılıklı görüşme tekniği kullanılmıştır. Anket formunda katılımcıları tanıttı soruların yanı sıra aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı ölçeklerine yer verilmiştir. Ölçeklerdeki Likert tipi cümlelere verilen yanıtlar puanlanmış, geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Katılımcıların aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri, demografik özellikler dikkate alınarak, t-testi ve varyans analizi ile incelenmiş, ayrıca aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgular, aşı tereddütü düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki olmadığını ( $p>0.05$ ) ancak, aşı tereddütü ile sağlık kaygısı düzeyi arasında ( $p<0.01$ ) ve sağlık kaygısı düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir ( $p<0.01$ ).

### Abstract

#### Keywords:

vaccine, vaccine  
hesitancy, health  
anxiety, health literacy,  
Türkiye

Vaccine hesitancy, which has become a trend in Türkiye recently, has come to the fore as a problem that needs to be solved in terms of public health. It is assumed that the level of vaccine hesitancy, health anxiety, and health literacy of adults may be important for the success of vaccination. The main objective of this study is to observe first the levels of vaccine hesitancy, health anxiety and health literacy of adults, second, to ascertain the correlation between the level of vaccine hesitancy, health anxiety, and health literacy of adults with various demographic characteristics. One major city (Istanbul, Izmir, Adana, Ankara, Samsun, Erzurum and Gaziantep) representing each geographical region was included in the sample and the survey was conducted with a total of 735 respondents. Face-to-face survey method was used to collect research data. In addition to introductory questions for participants, the survey form includes vaccine hesitancy, health anxiety, and health literacy scales. Likert-type sentences were scored and the scales' reliability and validity tests were conducted after collecting the data. The vaccine hesitancy, health anxiety and health literacy levels of the participants were analysed by applying t-test and ANOVA, taking into account their demographic characteristics, and a correlation analysis was conducted to determine the relationship between vaccine hesitancy, health anxiety and health literacy levels. The results indicate that there is no correlation between the level of vaccine hesitancy and health literacy ( $p>0.05$ ). On the other hand, findings indicate a positive correlation between the levels of vaccine hesitancy and health anxiety ( $p<0.01$ ) and health anxiety and health literacy ( $p<0.01$ ).

**Başvuru Tarihi:** 20.02.2024

**Yayına Kabul Tarihi:** 30.04.2024

Akar, B., & Karan, M. (2024). Aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu İletişim Araştırmaları Dergisi (KIAD)*, (12), 267-294. DOI: 10.56676/kiad.1439426

## Giriş

Aşılar halk sağlığı açısından en başarılı buluşlardan biri olarak görülmekte ve bağışıklamaya erişim insan hakları kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak, son yıllarda aşılama oranlarında düşme, aşıların kabulüne yönelik tereddüt ve endişelerde artma eğilimi gözlenmektedir (DSÖ, 2021) ve bu eğilim toplumların bağışıklama kapsamındaki politikalarının başarısını olumsuz yönde etkileyerek küresel sorunlara yol açabilecek salgın hastalıkların önlenmesine ilişkin tehdit yaratmaktadır (DSÖ, 2019). 2000’li yıllardan itibaren dünyada aşı tereddütü bazı bölgelerde endişe verici düzeylere erişmiş, pek çok çalışmada aşı tereddütü olgusunu anlayabilmek ve giderebilmek için çareler aranmıştır. Aşı tereddütünün oldukça karmaşık bir olgu olduğu ve arkasındaki faktörleri sınıflandırmanın güçlüğü Jarett, Wilson, O’Leary, Eckersberger ve Larson (2015) tarafından da dile getirilmiştir.

Aşı tereddütünün toplumsal boyutu; tarihsel, siyasal ve sosyo-kültürel farklılıklar kapsamında medyanın rolü, sağlık profesyonellerinin tutumu, halk sağlığı ve aşı politikaları ile ilişkilendirilebilmekte, bireysel karar alma süreçleri ise bilgi ve farkındalık, aşı ile ilgili deneyimler, sağlık çalışanlarının önerileri, alternatif tıp olanakları, risk algıları, güven, toplumsal baskı ve sorumluluk, ahlaki ve dini yargılar gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Larson, Jarrett, Eckersberger, Smith ve Paterson, 2014, s. 2150). Böyle bakıldığında aşı tereddütünü etkileyen faktörler çok çeşitli olabilmekte; zaman, mekân ve aşıların tipine göre değişiklik gösterebilmektedir (Dubé ve Macdonald, 2020, s. 900). Bu açıdan farklı bölgelerin ve kültürlerin aşı tereddütüne ilişkin görüşleri değişkenlik göstermekte, bilgi düzeyi ve pek çok psikolojik etkene bağlı olarak, yalnız farklı ülkelerde değil, ülkelerin ulusal sınırları içinde de farklılıklar olabilmektedir. Sağlık kaygısı ile bağlantılı olarak şüphe, güvensizlik ve ölüm endişesi gibi psikolojik etmenler aşya ilişkin görüş ve tutumları etkileyebileceği gibi, bilgi düzeyi ile ilişkilendirilen sağlık okuryazarlığı konusu toplum sağlığı konusunda politika yapımcıların aşı tereddütü ile mücadelesinde önemli bir aşama olarak değerlendirilmektedir. Türkiye’de de, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2019-2023 yıllarını kapsayan güncellenmiş stratejik planda sağlık okuryazarlığının önemine vurgu yapılmış, toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik bir ihtiyaç haritası oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Aşı tereddütü davranışının Türkiye özelinde de gözlemlenmesi, olası bireysel faktörlerden sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisinin ölçülmesi Türkiye’de aşı tereddütü davranışının altında yatan faktörlerin belirlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. Türkiye izlediği bağışıklama politikası ve aşılama kampanyaları ile başarılı aşılama istatistiklerine ulaşmış, uzun yıllar boyunca toplum sağlığı açısından aşı tereddütü ile ilgili bir endişe yaşanmamıştır. Ancak, çocukluk aşılarının tümünün, yetişkinlik aşılarının önemli bir bölümünün bedelsiz olarak sağlandığı Türkiye’de 2013-2017 yılları arasında aşılama hızında bir miktar yaşanan gerileme sonucunda (Sağlık Bakanlığı, 2018, s. 2), araştırmacılar sözkonusu tereddütünün arkasındaki faktörleri interdisipliner yaklaşımlarla anlamaya çalışmışlardır (Topçu, Almış, Başkan, Turgut, Orhon, Ulukol, 2019; Eskiocak ve Marangoz, 2019; Özceylan, Toprak ve Esen, 2020;

Yalçın, Bakacak ve Topaç, 2020). 2019 yılına ait Sağlık İstatistik Yıllıkları'na göre bu eğilim tersine dönmüş, ancak aşılama oranlarında coğrafi bölgelere göre farklılıklar devam etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021, s. 81-84). Aşıya tereddütle yaklaşan veya aşığı reddeden bireylerin genellikle genç, eğitimli ve yüksek gelir grubuna mensup kadınlar olmasının gözlemlenmesi ile birlikte, bağışıklama oranlarındaki düşüşün erişim veya sosyo-ekonomik sorunlarla kısıtlı olarak ele alınamayacağı ortaya çıkmıştır (Çelik, Turan ve Üner, 2021, s. 114132). Bu eğilimin ortaya çıkması halk sağlığı açısından potansiyel bir risk olarak ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Türkiye'de yürütülen aşı tereddütü konulu araştırmalar kültürel ve sosyo-ekonomik değişkenlere bağlı farklılıkları gözler önüne sermeyi hedeflemiştir (Çelik ve diğerleri, 2021; Topçu ve diğerleri, 2019). Bu kapsamda dini ve ahlaki değerler, eğitim, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin ele alındığı görülmektedir. Ancak, politik görüşlerin, politikaların ve tüketici tercihlerinin de aşı tereddütü konusunda incelenmeye değer olduğu (Akar ve Akar, 2020, s.180), konu ile ilgili araştırmaların daha geniş bir perspektifle ele alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, olumsuz medya haberlerine, aşıya ilişkin güven ve şüpheden beslenen tereddüte değinen veya odaklanan çalışmalar yürütülmüştür (Eskiocak ve Marangoz, 2019; Filiz ve Kaya 2019; Uzun ve Usturalı Mut, 2019; Küçükali, Ataç, Palteki, Tokaç ve Hayran, 2022). Ayrıca bilgi düzeyi ile aşı tereddütü arasındaki ilişkiyi objektif değerler ile ölçmeyi hedefleyen, bu kapsamda sağlık okuryazarlığına odaklanan çalışmalar da yapılmış, (Yalman ve Sancar, 2021; Çam, Ünsal, Arslantas, Kılınç ve Öztürk Emiral, 2021; Ertaş ve Göde 2021), bu çalışmalar daha çok sağlık teknolojilerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen sağlık çalışanları veya sağlık ile ilişkili lisans eğitimine devam eden öğrenciler üzerinde yürütülmüştür.

Literatür incelendiğinde aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı konularında çalışmalar yapıldığı gözlenmiştir. Ancak, aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığının birlikte ele alındığı ve aralarında bir ilişki olup olmadığının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın, Türkiye'nin tüm bölgelerini temsil edecek şehirler belirlenerek geniş bir örnekleme yürütülmesinin ve ölçeklere bağlı olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere dayalı bir fark olup olmadığının incelenmesinin literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **Teorik Arkaplan**

Araştırmada aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç temel kavramdan hareket edilmiştir. Bu bölümde kavramsal çerçeve oluşturulmuş, mevcut literatür incelenmiştir.

## **Aşı Tereddütü**

Aşılar salgın hastalıkların önlenmesinde ve sağlıklı nüfus yönetiminde en etkili araçlardan biri olarak değerlendirilmekte, aşılama programları ile bireylerin ve toplumların önlenabilir hastalıklardan korunması amaçlanmaktadır. Yaygın şekilde kullanılmaya başlandığı ilk günden itibaren aşıya bir teknoloji olarak tereddütle yaklaşan veya

tümüyle reddeden topluluklar olmuştur. Örneğin, çiçek aşısının İngiltere’de uygulanmaya başlanmasıyla beraber aşı karşıtı toplumsal hareketler oluşmuştur (Isaacs,2019, s.1293). Ancak, çiçek hastalığının Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1980’de tamamen eradike edilmesi, 20. Yüzyılın başından itibaren aşılama programlarının çocukluk çağı aşılamalarıyla başarıya ulaşması, uzun yıllar boyunca aşı tereddütü ve aşı reddini minimum düzeyde tutmuştur. Son yıllarda ise aşı ile ilgili tereddütte artış yaşandığına dair pek çok bilgi raporlanmıştır (Akar ve Akar,2020, s.180). Dünya Sağlık Örgütü, bu trendi, bir an önce önlem alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olarak yorumlamıştır (Isaacs,2019, s.1293). Nitekim COVID-19 salgını ile dünya, pek çok ülkenin aşı üretim ve tedarikinde gösterdiği çabalara rağmen aşı tereddütü ve aşı güvensizliğine ilişkin ciddi bir mücadele vermek zorunda kalmıştır (Çapar ve Çınar,2021, s.41).

Dünya Sağlık Örgütü, aşı tereddütünü aşının var olmasına karşın aşılanmaya ilişkin isteksizlik veya reddetme olarak tanımlamıştır (DSÖ,2019). Kavramsallaştırmada netliğin sağlanması açısından tereddütün daha çok psikolojik bir düzeyde gerçekleştiğine, buna karşın aşı reddinin aktif bir davranış olarak bireyler ya da gruplar tarafından ortaya konulduğuna dikkat çeken Isaacs (2019), Avrupa ve Amerika’da güçlenen aşı tereddütünün oluşmasında pek çok faktörün etkili olabileceğini savunmuş, olası sebepler arasında bilimsel bilgiye ulaşmada yeni medya araçlarının sıklıkla kullanılmaya başlanmasını ve sağlık çalışanlarının aşı tereddütü yaşamasını saymıştır. Türkiye’de çocukluk çağı aşılama oranının yüksekliği, Türkiye popülasyonunun aşılama konusunda genel bir pozitif tutuma sahip olduğu şeklinde yorumlanabilse de son yıllarda aşı tereddütünün artış eğilimi göstermesinin hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi aşıları açısından uzun vadede daha büyük olumsuz sonuçlara yol açabilme olasılığı bulunmaktadır.

Türkiye’nin aşı tarihi 19. Yüzyılda çiçek aşısının ilk uygulamalarına ve üretimine dayanır (Akar,2019, s.24). Cumhuriyet Dönemi’nde de sistematik olarak Hıfzıssıhha Kanunu ile birlikte 1930 yılı itibariyle çiçek aşısına ilişkin aşılama programı uygulamaya konulmuş, Türkiye kendi üretimi olan aşılar ile aşılama programını hayata geçirmiştir. Türkiye’de aşılama halk sağlığı kapsamında ele alınmakta ve çocukluk çağı aşıları ücretsiz uygulanmaktadır. Yetişkin aşılarında ise risk gruplarına ücretsiz olarak uygulanan aşılar ile isteğe bağlı olarak ücretli uygulanan aşılar bulunmaktadır. Bunun dışında COVID-19 aşıları ücretsiz ve Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği takvime bağlı olarak uygulanmaktadır. Çiçek aşısından sonra zorunlu aşı uygulamasını sürdürmeyen Türkiye’de ebeveynler çocukluk çağı aşılama ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’na tereddüt veya retlerini bildirebilmektedirler (Çelik ve diğerleri,2021,s.114132). Anayasa Mahkemesi’nin ilgili kararı (Anayasa Mahkemesi Halime Sare Aysal Başvurusu,2015) sonrasında ve aşı karşıtlığı söyleminin medyadaki görünürlüğünün artmasıyla, aşı tereddütünde ivme olduğu ifade edilmektedir (Gür,2019, s.2).

Türkiye’de yürütülen aşı tereddütüne ilişkin çalışmalar ağırlıklı olarak aşı tereddütünün arkasındaki sosyolojik nedenlere (Çelik ve diğerleri,2021) ve sosyo-ekonomik değişkenlere (Topçu ve diğerleri,2019) odaklanmaktadır. Topçu ve diğerleri (2019) “çocuklara zararının dokunabilmesi” ve “aşılara güvensizlik” faktörlerinin ön plana çıktığını gösterirken, aşı tereddütü yaşayan ebeveynlerle görüşmeler gerçekleştiren

Çelik ve diğerleri (2021), “güven” ve “şüphe” faktörlerinin endüstriye ve siyasa yapıcılara olan güvensizlik gibi pek çok değişkenle beraber önem kazandığını ve yeni bir ebeveyn anlayışına evrildiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de de Eskiocak ve Marangoz (2019)’un yürüttüğü araştırmada, katılımcıların %7’sinin olumsuz medya haberlerinden etkilenerek aşılara güvensizlik duyduğu gösterilmiştir. Filiz ve Kaya (2019) Türkiye’de aşılarda bilgilerin yüksek oranlarda internet sitelerinden veya sosyal medyadan sağlandığını, sağlık merkezlerinden bilgi sağlama oranlarının düşük olduğunu ve aşılamanın önündeki en büyük engelin konu ile ilgili bilgisizlik olduğunu göstermektedir. Uzun ve Mut (2019) Youtube’da yer alan aşılarda ilgili Türkçe videolar üzerinden tematik bir analiz yürüterek, aşı bilimine güvensizlik, karar vericilere olan güvensizlik ve aşıya/uygulama sürecine güven çerçevesinde aşıya ilişkin tıbbi bilgilerin tartışıldığını, bu tartışmaların büyük bir kısmının ise uzmanlığı olmayanlar tarafından yürütüldüğünü görmüşlerdir.

Aşı tereddütü ile ilgili içeriklerin yeni medya araçları yolu ile aşıya ilişkin bilginin güvenilirliği problemi ile beraber hızla yayılma olanağı bulunduğu söylenebilir. Yeni medya araçları, özellikle COVID-19 salgınında yaşanan dezenformasyon sebebiyle hükümetler tarafından yanlış bilginin yayılmasını önlemek amacıyla denetlenmek istenmiştir. Benzer bir müdahalenin yaşanmadığı Türkiye’de sosyal medyada aşı tereddütü ve aşı karşıtı paylaşımlar ile ilgili olarak Küçükali ve diğerleri (2022)’nin yürüttükleri çalışmada işlenen temalar arasında, “yetersiz bilimsel süreçler”, “üreticilere karşı duyulan şüphe”, “sağlık otoritelerine güvensizlik” bulunmaktadır. COVID-19 salgını süresince aşı tereddütü ile ilgili paylaşımların artması ve komplo teorilerinin görünürlük kazanması aşı tereddütünün artması ile ilgili riski büyük ölçüde artırmaktadır (Küçükali ve diğerleri, 2022, s.17).

Aşı tereddütüne ilişkin mevcut çalışmaların ağırlıklı olarak aşı tereddütü ve karşıtlığının nedenlerine odaklandığı görülmektedir. Buna karşın, sağlık haberleri kapsamında siyasal mekanizmalara güvene, sağlık kaygısına, şüphe ve güvensizliğe, sağlık bilgisinin edinilmesine ilişkin ek bulgular bulunmaktadır. Bu bulgular, daha çok üretici ve tedarikçiye olan güvensizlik, medyanın rolü, şüphe ve güvensizlik sebebiyle duyulan kaygı, sağlıklı bilgi edinme konusunda yaşanan sorunlar biçiminde ele alınmaktadır.

### **Sağlık Kaygısı**

Sağlık kaygısı, herhangi bir bedensel hastalık saptanmamasına karşın bireyde bedensel duyuların olumsuz biçimde yorumlanması ve algılanması olarak tanımlanabilir (Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz, 2012, s.325). Sağlık kaygısı duyan bireyler, kaygıları sebebiyle bedensel rahatsızlık hissederek sağlık kuruluşlarına başvuru yapabilmekte, sağlık kuruluşlarına sık başvurarak sağlık görevlilerinin iş yükü, sağlık sistemi ve sağlık giderleri üzerinde baskı yaratabilmektedirler (Gül, Özdemir ve Börekci, 2016, s.438). Bu açıdan, sağlık kaygısının siyaset, iletişim ve psikoloji alanları dahil olmak üzere interdisipliner bir şekilde ele alınarak yönetilmesi ve sağlık sistemindeki olası baskıların en aza indirilmesi önemlidir.

Sağlık kaygısına ilişkin çalışmalar, COVID-19 salgını ile beraber hızla artış

göstermiştir. Özellikle pandeminin erken döneminde yürütülen sağlık kaygısı konusundaki çalışmalar öncelikle sağlık profesyonellerinin (Şimşekoğlu ve Mayda,2016),üniversite öğrencilerinin (Karaçadır ve Çelik,2019; Karaoglu,Karaoğlu ve Yardımcı,2020) ve gelecekte sağlık profesyoneli olarak çalışacak üniversite öğrencisi hemşirelerin (Çavuşoğlu ve Yurtsever,2022) kaygı düzeylerini ölçmeye ve karşılaştırmaya yönelik olmuştur. Bu çalışmalarda farklı bulgular da elde edilmiş olmakla birlikte,bilgi düzeyi,sağlık algısı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

COVID-19 salgınının erken döneminde sağlık kaygısı kapsamında ölüm anksiyetesi (Alioğulları,2021) ve başa çıkma yöntemleri (Yazıcı Çelebi,Kaya ve Yılmaz,2021) bağlamında da çalışmalar yürütülmüştür. Alioğulları (2021) hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutları ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif ilişki saptamış,pandemi süresince önceki çalışmaların bulgularından farklı olarak daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi ile karşılaşıldığını,ayrıca cinsiyet ve gelir değişkenlerine göre sağlık kaygısı düzeyinde farklılıklar olduğunu tespit etmiştir. Hastalıkla baş etme yollarından “iyimserlik” ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiye odaklanan Yazıcı Çelebi ve diğerleri (2021) ise mizahla başa çıkma yöntemi ile sağlık kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı etki olduğunu göstermiştir.

Bir diğer çalışmada hastalık arama hastalığı (siberkondri) ile sağlık kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Akademisyenlerin siberkondri ve sağlık kaygısı düzeylerini ölçen Özyıldız ve Alkan (2022) sağlık kaygılarının düşük düzeyde olduğunu,bununla birlikte siberkondri düzeylerinin ortalamanın üzerinde yer aldığını,bu durumun araştırmacı kimlikleri ile ilişkili biçimde pandemi sürecinde internetin bilgi edinmek için kullanılmasıyla açıklanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Kurumlara güvensizlik ve sağlık personeline olan güvensizliğin aşırı siberkondri durumuna yol açabileceği de gözlemlenmektedir. Bulgular,genel olarak sağlık kaygısının siberkondri davranışlarına etki edebildiğini de ortaya koymaktadır (Özyıldız ve Alkan, 2022,s.320). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yürütülen bir başka çalışmada cinsiyet ile kronik rahatsızlığa ilişkin sağlık kaygısı ve siberkondri düzeyleri arasında ilişki olduğu,kadınların ve sürekli ilaç kullanmak durumunda olan öğrencilerin siberkondri düzeylerinin sağlık kaygısıyla ilişkili biçimde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Ertaş,Kıraç ve Ünal,2020, s.1757).

### **Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığı,genel bir tanım ile sağlık üzerine kararlar verebilmek amacıyla gerekli bilgiye ulaşabilmeyi,bu bilgiyi anlamayı ve kullanmayı ifade etmektedir (Peerson ve Saunders,2009, s.286). Sağlık okuryazarlığı son zamanlarda giderek karmaşıklaşan ve birden fazla becerinin eşzamanlı olarak kullanımını gerektiren bir sürece dönüşmüştür. Bu beceriler,okuma-yazma becerilerini tanımlayan okur-yazarlıktan ayrı olarak,karmaşık düzeydeki yazılı sağlık bilgisini okuma ve okuduğunu anlayarak uygulayabilme,sağlık çalışanları ile gerekli iletişimi kurabilme ve gerektiğinde talimatları uygulayabilmeyi içermektedir (Sørensen,Broucke,Fullam,Doyle,Pelikan,Slonska,Brand ve HLS-EU,2012, s.1). Sağlık Bakanlığı'nın tanımıyla sağlık okuryazarlığı,birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesi için,yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi ve

beceriyi edinerek sağlık uygulamaları kapsamında karar verebilme ve anlamlandırabilme konusunda belirli bir düzeye ulaşılmasıdır (Sağlık Bakanlığı,2020). Söz konusu sağlık uygulamaları, ilaç, tedavi, sağlık riskleri, sağlık bilgisi ve toplum sağlığına ilişkin merkezi politikalara katılımı da kapsayan sosyal belirleyenleri de içerir (Nutbeam,2000,s.260-262).

Sağlık okuryazarlık düzeyini pek çok faktör etkileyebilmektedir. Bu faktörlerden ilki yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi bireysel faktörlerdir. İkincisi ise, Kıraç ve Öztürk'ün (2020) belirttiği gibi sağlık hizmeti sağlayanların iletişim becerisi, sağlık bilgisinin anlaşılabilirlik düzeyi, hastaların talepleri gibi sistemsel faktörlerdir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık hizmetinden yararlanma, uygulama ve yorumlamada sorunlara ve sağlık sistemine hız ve ekonomik açıdan baskıya sebep olabilmektedir (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, ve Crotty, 2011; Mahadevan, 2013).

COVID-19 salgınının da işaret ettiği gibi salgın dönemlerinde sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının salgının yönetilmesine katkısı olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kriz dönemi olarak da nitelendirilebilecek salgın dönemlerinde, toplumların risk algılama kapasitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Türkiye özelinde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin Avrupa'ya kıyasla oldukça düşük olduğu bildirilmektedir (Özkan, Tüzün, Dikmen ve İlhan, 2020, s.108). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ise yetişkinlerin yalnızca üçte birinin yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarı olduğuna, toplumun üçte ikisinin ise (%64.6) yetersiz veya sorunlu okuryazarlık düzeyine sahip olduğuna işaret etmektedir (Durusu Tanrıöver, Yıldırım, Demiray, Çakır ve Akalın, 2014, s.14).

Sağlık okuryazarlığı literatürünün önemli bir kısmı, belirtilen inisiyatiflerin alınmaması veya risk algılamalarındaki yükseklik sebebiyle sağlık hizmetinden sıklıkla veya tekrar yararlanma gibi sağlık davranışlarını ele almaktadır (Öztaş ve diğerleri, 2016). Sağlık okuryazarlığını hasta-hekim ilişkisi bağlamında ele alan Akbolat, Kahraman, Erigüç ve Sağlam (2016) hasta-hekim ilişkisinde fonksiyonel okuryazarlığın olumlu ve eleştirel okuryazarlığın olumsuz etkisini saptamış; iletişimsel okuryazarlığın ise hasta-hekim ilişkisi açısından anlamlı bir etkisi olmadığını belirlemişlerdir. Sağlık okuryazarlığı ve hasta güvenliği kapsamında sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemeyi ve farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasındaki farkları saptamayı hedefleyen Güven (2016), cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, kronik rahatsızlığa sahip olup olmama gibi demografik değişkenlere bağlı olarak okuryazarlık düzeylerinde anlamlı fark gözlemlemiş, doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe, sağlık bakım sürecine katılımında artış görülmüştür.

### **Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi**

Aşı tereddütü ve sağlık okuryazarlığına ilişkin araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, sağlık okuryazarlığı ve aşılamaya uygulamaları kapsamında önemli düzeyde ilişki gözlemlendiği söylenebilir. Örneğin Yalman ve Sancar (2021) sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artışın aşılamaya uygulamalarına yönelik olumlu tutumları artırdığını

gözlemlemiş, Çam ve diğerleri (2021) de sağlık okuryazarlık düzeyi ile bağışıklama bilgi düzeyi arasında pozitif ilişki tespit etmişlerdir.

Sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin aşı karışıklığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren Ertaş ve Göde (2021) araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı-karışıklığı düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğunu görmüşlerdir. Dolayısı ile bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artmasıyla aşı karşıtı tutumlarının azalması beklenebilir.

Demirtepe-Saygılı, Eşiyok ve Turancı (2021) tarafından üniversite öğrencilerinin medya kullanımı, sağlık okuryazarlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışlarının araştırıldığı çalışmada, erken dönem COVID-19 salgını sürecinde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının, sağlık okur-yazarlığı düzeyinin yüksekliği ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyal medya (Twitter) kullanımının sağlık kaygısını artırdığı ve davranış değişikliğine yol açabildiği ortaya konulmuştur.

Mevcut literatür genellikle sağlık kaygısı düzeylerinin belirli koşullarda ölçümlenmesine odaklansa da, ulusal ölçekte yürütülen pek çok çalışmada, sağlık kaygısını sağlık okuryazarlığı ve bilgi edinme kapsamında ele alınması uygun görülmüştür. COVID-19 salgınıyla beraber artış gösteren ikinci grup çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü'nün infodemi ile mücadelesi kapsamında önem taşımış, internet kullanımı, medya, sağlık okuryazarlığı ve internetten bilgi edinme davranışları kapsamında bulgular elde edilmiştir. Bu bulgularda genellikle sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekliği ile sağlık kaygısı arasındaki negatif ilişki gösterilmiş; bu ilişkinin davranışlara olan etkisi vurgulanmıştır. Ancak bazı durumlarda sağlık kaygısının düşük seyrettiği akademisyen grubunda siberkondri davranışının negatif bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Aşılar konusunda yanlış ve eksik bilgilendirmenin sağlık kaygısını artıracığı, bunun da aşı tereddütüne dönüşebilme olasılığı sağlık otoritelerini endişelendirmektedir (Parrish, 2021, s.1545). Bu çalışmalardan hareketle, aşı tereddütü davranışının sağlık kaygısı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi önem taşımaktadır.

Kıraç ve Öztürk (2020), ulusal düzeyde, yetişkinlerde sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasında negatif ilişki olduğunu saptamış, eğitim düzeyi ve sağlık kaygısı düzeyi arasında önemli ilişki gözlemlemişlerdir. Buna göre, okuyazar olmayanların sağlık kaygısı düzeyleri lisansüstü eğitime sahip olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur (Kıraç ve Öztürk, 2020: 227). COVID-19 aşısı özelinde, aşı tereddütü ile aşuya ilişkin kaygı arasındaki ilişkiyi demografik bilgiler ışığında araştırarak, sağlık çalışanlarını örneklem ayrı bir grubu kabul eden bir çalışma da Ünal, Özdamar ve Özyürek (2021) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmada aşuyu kabul edenlerin reddeden ya da aşuya tereddütle yaklaşan kesim ile karşılaştırıldığında eğitim düzeyinin ve yaş ortalamalarının daha yüksek olduğu, aşuya ilişkin kaygılarının ise daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Ünal ve diğerleri, 2021, s.613). Eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar ile sağlık çalışanlarında ise aşı tereddütünün daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu açıdan düşük eğitim düzeyi ile aşılarla ilişkin kaygı ile ilişki çıkarımında bulunulmuştur. Ancak doğrudan eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılar ile sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerine bakılmamış, bu



kesimin sağlık okuryazarlık düzeyinin de yüksek olması ihtimalinin aşı tereddütü ve aşuya ilişkin endişe konusunda bir faktör olup olmadığı ayrıca tartışılmamıştır.

Yetişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısından etkilenebilecek aşı ile ilgili davranışlarının değerlendirilmesinin literatüre önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir. Mevcut literatür aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi vermekte; fakat doğrudan bu üç ölçeğin olası ilişkisine geniş bir örnekleme ve yetişkinler özelinde odaklanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, yetişkinlerin aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesidir.

### Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Nicel araştırma, nicel verilerin toplanmasını ve analizini mümkün kılan araştırma türüdür (Büyüköztürk, 2008, s.2). Bu çalışmanın ilk aşamasında katılımcılara ilişkin tanıtıcı bulgular elde edilmek istenmiştir. Takiben, katılımcıların aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyet, yaş kategorisi, eğitim düzeyi ve coğrafi bölgelere göre farklılıklarının gösterilmesi ve aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması hedeflenmiştir.

Çalışmada, tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem, “adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verileri” (ADNKS, 2021) esas alınarak ve nüfus coğrafi bölgelere göre tasnif edilerek belirlenmiştir. Her bir coğrafi bölgeyi temsilen bir büyük şehir örnekleme dahil edilmiştir. Bu iller, İstanbul, İzmir, Adana, Ankara, Samsun, Erzurum ve Gaziantep’tir. Coğrafi bölge nüfusları esas alınarak illerin örneklem sayısı toplamda 735 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo-1:** ADNKS’ne Göre Oluşturulan Örneklem Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı

Coğrafi Bölge	Toplam ADNKS-2021	İl	Örneklem	%
Marmara	26.302.134	İstanbul	220	29,94
İç Anadolu	13.486.751	Ankara	125	17,00
Ege	10.784.645	İzmir	110	14,96
Akdeniz	10.888.766	Adana	90	12,25
Karadeniz	7.969.202	Samsun	65	8,85
Doğu Anadolu	6.038.331	Erzurum	50	6,80
Güneydoğu Anadolu	9.210.444	Gaziantep	75	10,20
<b>TÜRKİYE</b>	<b>84.680.273</b>		<b>735</b>	<b>100</b>

### Hipotezler

Araştırmanın temel hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

-Aşı tereddütü düzeyi cinsiyet, yaş kategorisi, eğitim düzeyi ve coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir.

-Sağlık kaygısı düzeyi cinsiyet,yaş kategorisi,eğitim düzeyi ve coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir.

-Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyet,yaş kategorisi,eğitim düzeyi ve coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir.

-Aşı tereddütü düzeyi ile sağlık kaygısı düzeyi arasında ilişki vardır.

-Aşı tereddütü düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki vardır.

-Sağlık kaygısı düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki vardır.

### **Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Türkiye’de farklı demografik özelliklere sahip yetişkinlerin aşı tereddütü,sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin,aşı tereddütü,sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkilerin saptanmasına yardımcı olabilecek verilerin elde edilmesinde karşılıklı görüşme tekniğinden yararlanılmıştır.

### **Anket Formunun Hazırlanması**

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıları tanıtıcı bilgilere ulaşmayı sağlayan sorulara,ikinci bölümde ise aşı tereddütü,sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı ölçeklerine yer verilmiştir. Araştırma,Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu tarafından 11.05.2022 tarihinde 09 karar numarası ile onaylanmıştır. Veriler 15 Haziran 2022-30 Haziran 2022 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır.

Anket formunun katılımcıları tanıtıcı bilgilere ulaşmayı amaçlayan ilk bölümünde,katılımcıların cinsiyetleri,yaş kategorileri,eğitim durumları ve yaşadıkları bölge ile ilgili soruların yanı sıra sağlık güvencelerinin olup olmadığı,kendilerini hangi siyasi kimlikle tanımladıkları,geleneksel medya ve yeni medya kanallarını kullanma durumları ve aşılarda/aşılama ile ilgili görüşleri,bilgi kaynakları ve çevrelerinde aşı karşıtı bireylerin olup olmadığına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Anket formunun ikinci bölümünde ise aşı tereddütü,sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı ölçeklerine yer verilmiştir.

“Aşı Tereddütü Ölçeği”, (Kılınçarslan,Sarıgül,Toraman ve Şahin (2020) tarafından geliştirilmiş geçerlik ve güvenilirlik analizi Temel Aslan,Ay,Kaş,Tosun,Yürükcü,Kekeç,Şahin ve Apaydın Kaya (2022) tarafından yapılmıştır. Aşı tereddütü ölçeği, “Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir”,“Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır”,“Devlet tarafından önerilen aşılar güvenirim”,“Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır.”,“Diğer çocuklar aşılandığı için benim çocuğumun aşılanmasına gerek yok”,“Bulaşıcı hastalıklar az görüldüğü için aşılanmak gereksizdir”,“Aşı sağlığımız için önemli bir güvencedir.”,“Aşıların yararı kadar zararı da vardır.”,“Aşılar kalıcı hastalık yapabileceğinden çocuğumu aşılatmam”,“Aşı insanların sağlığından çok aşı

üretenlere kazanç sağlar.”,“İğneden korktuğum için aşı olmam.”,“Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor.”,“Aşı birçok hastalığa neden olabilir.”,“Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır.”,“Aşının otizm veya öğrenme bozukluğuna yol açmasından korkuyorum.”,“Dini inancım nedeniyle aşı olmam.”,“Atadan kalma yöntemler aşıdan daha iyi korur.”,“Bağımsızlık kazanmak için aşı yaptırmaktansa hastalığı geçirmeyi tercih ederim.”,“Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır.”,“Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım.”,“Aşı sırasında çocuğum ağladığı için çocuğuma aşı yaptırmam.” olmak üzere toplam 21 ifadeden oluşmaktadır. Orijinal ölçekteki “Elimden gelse aşı zorunluluğunu kaldırıyorum” ifadesi,Türkiye’de aşı zorunluluğu kapsamındaki hukuki durum ve sağlık hukuku kapsamında süren tartışmalar (Saltık ve Bilge,2018, s.1-6) nedeni ile ölçekten çıkarılmış,bu araştırmada ölçek 20 ifade üzerinden değerlendirilmiştir.

Bu bölümde yer alan ikinci ölçek,“Sağlığımla ilgili her zaman endişelenirim.”,“Yaşıtlarıma göre bedenimde ağrı/acı hissederim.”,“Vücudumdaki değişikliklerin farkında olurum.”,“Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.”,“Ciddi bir hastalığım olduğu korkusunu yaşarım.”,“Kendimi hasta hayal etmem.”,“Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırırım.”,“Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese rahatlarım.”,“Bir hastalık hakkında konuşulduğunda o hastalığım kendimde olduğunu düşünmem.”,“Vücudumda herhangi bir değişiklik olduğunu hissedersen ne olduğunu merak ederim.”,“Ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin düşük olduğunu düşünürüm.”,“Ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.”,“Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.”,“Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hala zevk alabileceğimi düşünürüm.”,“Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansımın yüksek olduğunu düşünürüm.”,“Ciddi bir hastalığın yaşamımın bazı alanlarını bozacağını düşünürüm.”,“Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumun zedeleneceğini düşünürüm” olmak üzere 17 maddeden oluşan sağlık kaygısı ölçeğidir. Salkovskis,Rimes,Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilen “Sağlık kaygısı ölçeği”,Aydemir,Kırpınar,Satı,Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış,bireyin öz-sağlığına ilişkin endişelerinin ölçülmesinde kullanılabilir geçerlik ve güvenilirliği olan bir araç olarak değerlendirilmiştir.

Bu bölümde kullanılan üçüncü ölçek ise sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Sørensen ,Broucke,Pelikan,Fullam,Doyle,Slonska,Kondilis,Stoffels,Osborne,Brand ve HLS-EU Consortium (2013) tarafından geliştirilen ve 23 ifadeyi kapsayan “Sağlık Okuryazarlığı” Ölçeği “bilgiye erişim” (“Hastalıklar hakkında bilgilere erişebiliyorum.”,“Tedaviler hakkında bilgileniyorum.”,“Sigara içme,şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyorum.”,“Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyorum.”,“Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyorum.”),“bilgileri anlama” (“İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyorum.”,“Tıbbi reçeteleri anlayabiliyorum.”,“Sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyup anlayabiliyorum.”,“Sigara içmek,uyuşturucu kullanmak,içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyorum.”,“Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyorum.”,“Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyorum.”,“Ev,okul,işyeri ya da mahalledesahlıklı çevrenin önemini anlayabiliyorum.”)“değer biçme/değerlendirme” (“Doktorumla/eczacımla tıbbi bilgileri tartışmakta zorluk çekmem.”,“Tedavilerin yan

etkilerini/yararlarını düşünmekte zorluk çekmem.”,“Tıbbi önerilerden hangisinin benim için en iyisi olduğuna karar vermekte zorluk çekmem.”,“Sağlıma zararlı davranışlarımı belirlemekte zorluk çekmem.”,“Diğer insanların sağlığa zararlı davranışlarından ders çıkarmakta zorluk çekmem.”,“Sağlıkla ilgili alışkanlıklarımı değerlendirmekte zorluk çekmem.”,“Sağlıklı beslenme/spor gibi seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünmekte zorluk çekmem.”) ve “uygulama/kullanma” (“Doktor,hemşire ya da eczacı gibi sağlık personelinin verdiği önerilere uyabiliyorum.”,“Eğer istersem sağlığa zararlı alışkanlıklarımı değiştirebiliyorum.”,“Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyorum.”,“Sağlıkla ilgili bilgileri yararına olacak şekilde kullanabiliyorum.”) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik analizleri Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada aşı tereddütü,sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin yapı geçerliği ve güvenirliği analizleri tekrarlanmış,ardından anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliği için Döndürülmüş Temel Bileşenler analizi,güvenirlik için ise Cronbach Alpha katsayısı yeniden hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değeri “Aşı tereddütü ölçeği” için 0,720,“Sağlık kaygısı ölçeği” için 0.652,“Sağlık okuryazarlığı ölçeği” için 0.890 bulunmuştur. Temel bileşenler analizi sonuçları,Aşı tereddütü ölçeği’nde madde yüklerinin 0.519-0.694 arasında değiştiğini,Sağlık kaygısı ölçeği’nde madde yüklerinin 0.412-0.718 arasında olduğunu,Sağlık okuryazarlığı ölçeği için için ise bu değerlerin 0.419-0.761 arasında bulunduğunu göstermektedir. Literatüre göre faktör analizinde yük değerinin 0.45 ve üstü olması beklenmekle birlikte,0.30 değeri uygulamada alt eşik olarak da değerlendirilebilmektedir (Kerlinger,1973’ten aktaran Ufuk,2004, s.26). Bu araştırmanın madde yük değerlerinin aralığı değerlendirildiğinde,yapı geçerliğinin sağlandığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlar araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik açısından uygunluğunu kanıtlamaktadır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın nicel verileri SPSS paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Her soruya ilişkin yüzde değerler ve gerekli aritmetik ortalamalar hesaplanmıştır. Katılımcıların birden fazla seçenek işaretledikleri sorular toplam cevap sayısı üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerde 5 aralıklı Likert tipi puanlama sistemi kullanılmıştır. Aşı tereddütü ölçeği “Kesinlikle katılmıyorum: 1,Katılmıyorum: 2,Ne katılıyorum ne katılmıyorum: 3,Katılıyorum: 4 ve Kesinlikle katılıyorum: 5” biçiminde puanlanmıştır. Sağlık Kaygısı ölçeğinde,sağlık kaygısını ölçen ifadelerin ne sıklıkla yaşandığına ilişkin cümleler “Hiç: 1,Nadiren: 2,Ara sıra: 3,Sık: 4 ve Çok sık: 5” şeklinde puanlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği Kesinlikle katılmıyorum:1,Katılmıyorum: 2,Ne katılıyorum ne katılmıyorum: 3,Katılıyorum: 4 ve Kesinlikle katılıyorum: 5” şeklinde puanlanarak,cümleler sayısal veri setine dönüştürülmüştür.

Açıklayıcı değişkenlerden cinsiyete bağlı farklılığın belirlenebilmesi için t-testi,yaş kategorisi,eğitim durumu ve coğrafi bölgelere bağlı farklılıkların belirlenebilmesi için ise Varyans analizi kullanılmıştır. Uygulanan varyans analizi sonucunda öncelikle farklılığın olup olmadığı araştırılmış ve daha sonra varsa farklılığın hangi kategoriler

arasında olduğunu belirlemek için Scheffe testi kullanılarak çoklu karşılaştırma yapılmıştır. Scheffe testinin kullanılma gerekçesi bu testin gözlem sayılarında eşitlik şartı aramama özelliğinden kaynaklanmaktadır. Aşı tereddüdü düzeyi,sağlık kaygısı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon katsayısından yararlanılmıştır (Büyüköztürk,2008, s.31).

### **Katılımcılar İle İlgili Bulgular**

Bu bölümde,öncelikle katılımcıların cinsiyet,yaş kategorisi,eğitim durumu ve yaşadıkları bölge gibi demografik özellikleri ile ilgili bulgulara değinilmiştir. Daha sonra sağlık güvencelerinin olup olmadığı,kendilerini hangi siyasi kimlikle tanımladıkları,geleneksel medya ve yeni medya kanallarını kullanma durumları ve aşılarda/ aşılama ile ilgili görüşleri,bilgi kaynakları ve çevrelerinde aşı karşıtı bireylerin olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri dikkate alındığında,araştırmaya katılanların %53,6'sını kadınların,%46,4'ünün erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Katılımcılar yaş kategorilerine göre değerlendirildiğinde,%25,3'ünün 25 ve daha küçük,%23,4'ünün 26-35,%23,7'sinin 36-45,%19,3'ünün 46-55,%8,3'ünün ise 56 ve daha büyük yaş kategorisinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $37,75 \pm 0,511$ 'dir. Katılımcıların %59,3'ünün ortaokul-lise,%25,7'sinin üniversite ve üzeri,%15,0'ının ilköğretim ve altı düzeyde eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların coğrafi bölgelere göre dağılımları incelendiğinde,%29,9'unun Marmara,%17,0'inin İç Anadolu,%15,0'inin Ege,%12,2 'sinin Akdeniz,%10,2 'sinin Güneydoğu Anadolu,%8,8'inin Karadeniz,%6,9'unun ise Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşadıkları saptanmıştır.

Bulgular,katılımcıların %87,9'unun sağlık güvencesinin olduğunu,%12,1'inin ise olmadığını göstermektedir. Toplam cevap sayıları üzerinden katılımcıların %46,5'i kendilerini Atatürkçü,%45,4'ü milliyetçi,%26,2'si muhafazakar,%10,9'u demokrat,%8,4'ü sosyal demokrat,4,6'sı sosyalist %4,3'ü İslamcı,%1,5'i ise liberal olarak tanımlamışlardır. Katılımcıların %92,4'ü sosyal medya kullandıklarını belirtmişlerdir. Kullandıkları sosyal medya uygulamaları toplam cevap sayısı üzerinden,%86,2 ile Instagram,%70,3 ile Facebook ve %32,8 ile Twitter'dır. Televizyonun katılımcılar için oldukça önemli bir araç olduğu belirlenmiş (%91,8),günde ortalama 2 saat 38 dakika ( $\pm 0,056$  dakika) televizyon izledikleri saptanmıştır. Sosyal medya ve dijital iletişim mecralarının kullanıldığı cihazlar incelendiğinde,akıllı telefonların ön plana çıktığı ve kullanım ortalamasının 2 saat 56 dakika ( $\pm 0,077$ ) olduğu bulunmuştur.

Katılımcılara aşılarda/aşılama ile ilgili olumsuz bilgiler edinip edinmedikleri de sorulmuş,olumsuz bilgiler edindiklerini belirtenlerin oranının (%59,3),edinmediklerini belirtenlerden (%40,7) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Olumsuz bilgi edinen katılımcılar toplam cevap sayıları üzerinden değerlendirildiklerinde,bu bilgileri çevrelerinden (%81,4),internet/sosyal medyadan (%57,0),yayın-makalelerden (%8,3),TV-radyodan (%6,4) edindiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca,katılımcıların üçte ikisine yakını (%64,2) çevrelerinde kendisini aşı karşıtı olarak tanımlayan kişilerin varlığından

bahsetmişlerdir.

Aşı tereddütü kapsamında, Filiz ve Kaya (2019) aşı hakkında bilginin internet sitesinden veya sosyal medyadan edinildiğine, sağlık otoritelerine güvenin azaldığına dikkat çekmiştir. Bu araştırmanın katılımcılara ait bulguları ise, aşı ile ilgili olumsuz bilginin çoğunlukla kişinin kendi çevresinden edildiğini (%81,4), bu bilgi kaynağını sosyal medya ve internetin izlediğini (%57,0) göstermektedir.

### Ölçekler İle İlgili Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin bulgular paylaşılmıştır.

### Aşı Tereddütü

Katılımcıların aşı tereddütü düzeylerinin ölçülmesi ile ilgili ifadelerle verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde ve “Kesinlikle katılıyorum” yüksek, “Kesinlikle katılmıyorum” düşük tereddüt ile ilişkilendirildiğinde, katılımcıların, %43.5’inin ise aşı tereddütü yaşamadıkları (%26.3 “Katılmıyorum”, (%17.2” Kesinlikle katılmıyorum”), %36.0’ının aşı ile ilgili tereddüt yaşadıkları (%25.1 “Katılıyorum”, %10.2 “Kesinlikle katılıyorum”) söylenebilir. Bu konuda kararsız olanların oranı %20.3’dür. Aşı tereddütü ile ilgili ortalama puan 2,85 ( $\pm 0.404$ ) olarak hesaplanmıştır.

Aşı tereddütü düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t-testi, yaş kategorisi, eğitim düzeyi ve coğrafi bölgelere göre karşılaştırmanın yapılabilmesi için ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 2).

**Tablo-2:** Aşı tereddütü düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre karşılaştırılması için T-testi ve ANOVA sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	Sd.	t	df	P	Anlamlı Fark
Kadın	394	2,85	0,416	-0,119	733	0,905	-
Erkek	341	2,85	0,389	-0,120	728,770	0,905	
Toplam	735	2,85	0,404				
Yaş Kategorisi	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
-25 <sup>a</sup>	186	2,78	0,437	0,032	3,692	0,006*	a -c
26-35 <sup>b</sup>	172	2,81	0,401	0,031			
36-45 <sup>c</sup>	142	2,91	0,368	0,028			
46-55 <sup>d</sup>	174	2,89	0,384	0,032			
56+ <sup>e</sup>	61	2,92	0,412	0,053			
Toplam	735	2,85	0,404	0,015			

Eğitim Durumu	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
İlkokul ve altı <sup>a</sup>	189	2,86	0,402	0,038	4,962	0,007*	b-c
Ortaokul-Lise <sup>b</sup>	110	2,88	0,377	0,018			
Üniversite ve üzeri <sup>c</sup>	436	2,77	0,454	0,033			
Toplam	735	2,85	0,403	0,014			
Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
Marmara <sup>a</sup>	220	2,79	0,353	0,023	26,541	0,000**	b-a,c,d,e,f,g d- e,f
İç Anadolu <sup>b</sup>	125	3,19	0,319	0,028			
Ege <sup>c</sup>	110	2,75	0,353	0,033			
Akdeniz <sup>d</sup>	90	2,65	0,462	0,048			
Karadeniz <sup>e</sup>	65	2,91	0,407	0,0505			
Doğu Anadolu <sup>f</sup>	50	2,95	0,418	0,059			
Güneydoğu Anadolu <sup>g</sup>	75	2,76	0,294	0,033			
Toplam	735	2,85	0,404	0,014			

(\*p<0.05; \*\*p<0.01)

Tablo 2’de de görüldüğü gibi aşı tereddütü düzeyi cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Bulgular,aşı tereddütü düzeyinin yaş kategorilerine göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır ( $p<0.01$ ). Scheffe testi sonuçları,25 ve daha küçük yaş kategorisindekiler ile 36-45 yaş kategorisindekiler arasında fark olduğunu ve 36-45 yaş kategorisindekilerin aşı tereddütü düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların aşı tereddütü düzeylerinin eğitim durumlarına bağlı olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Aşı tereddütü düzeyi açısından ortaokul-lise mezunları ile üniversite ve daha üst seviyede eğitim alanlar arasında fark olduğu ve ortaokul-lise mezunlarının aşı tereddütü düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aşı tereddütü düzeyi coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ). İç Anadolu Bölgesi’ndeki katılımcıların ortalama puanlarının diğer bölgelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Scheffe testi sonuçları,İç Anadolu Bölgesi’nde yaşayan katılımcılar ile Marmara,Ege,Akdeniz,Karadeniz,Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan katılımcıların aşı tereddütü düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark olduğunu göstermektedir. Analiz sonuçları,Akdeniz Bölgesi’nde yaşayan katılımcıların aşı tereddütü düzeylerinin,Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerinde yaşayan katılımcılardan daha düşük olduğunu da ortaya koymuştur.

### Sağlık kaygısı

Sağlık kaygısı düzeyinin ölçülmesi ile ilgili cevaplar değerlendirildiğinde,ölçekteki ifadelerle “Çok sık” katıldığını belirtenlerin oranının %12,1,“Sık” katıldığını ifade edenlerin oranının %30,9,“Ara Sıra” katıldığını belirten katılımcıların %30,6 oranında olduğu görülmüştür. Sağlık kaygısı ölçeğindeki ifadelerle “Nadiren” katılıyorum ve “Hiç”

katılmıyorum diyenlerin oranı sırasıyla %16,8 ve % 9,6'dır. Sağlık kaygısı ile ilgili ortalama puan 3,19 ( $\pm 0.534$ ) olarak hesaplanmıştır.

Sağlık kaygısı düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t-testi,yaş,eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre karşılaştırmanın yapılabilmesi için ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 3).

**Tablo-3:** Sağlık Kaygısı Düzeyinin Cinsiyet,Yaş,Eğitim Durumu ve Coğrafi Bölgelere Göre Karşılaştırılması İçin T-Testi ve ANOVA Sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	Sd.	t	df	P	Anlamlı Fark
Kadın	394	3,21	0,548	0,929	733	0,353	-
Erkek	341	3,17	0,519	0,932	726,987	0,351	
Toplam	735	3,19	0,534				
Yaş Kategorisi	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
-25 <sup>a</sup>	186	3,08	0,511	0,037	3,805	0,005*	-
26-35 <sup>b</sup>	172	3,15	0,551	0,042			
36-45 <sup>c</sup>	142	3,25	0,557	0,042			
46-55 <sup>d</sup>	174	3,26	0,519	0,044			
56+ <sup>e</sup>	61	3,28	0,473	0,061			
Toplam	735	3,19	0,534	0,030			
Eğitim Durumu	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
İlkokul ve altı <sup>a</sup>	189	3,16	0,468	0,044	2,509	0,082	-
Ortaokul-Lise <sup>b</sup>	110	3,22	0,546	0,026			
Üniversite ve üzeri <sup>c</sup>	436	3,12	0,539	0,039			
Toplam	735	3,19	0,534	0,019			
Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	
Marmara <sup>a</sup>	220	3,49	0,426	0,028	23,003	0,000**	a-b,c,d,e,f,g b-c
İç Anadolu <sup>b</sup>	125	3,21	0,501	0,044			
Ege <sup>c</sup>	110	2,96	0,526	0,050			
Akdeniz <sup>d</sup>	90	3,14	0,639	0,067			
Karadeniz <sup>e</sup>	65	2,96	0,501	0,062			
Doğu Anadolu <sup>f</sup>	50	3,04	0,378	0,053			
Güneydoğu Anadolu <sup>g</sup>	75	2,99	0,461	0,053			
Toplam	735	3,19	0,534	0,019			

(\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ )

Tablo 3'ten de anlaşılacağı gibi katılımcıların sağlık kaygısı düzeyinde cinsiyet ve eğitim durumuna göre anlamlı bir fark gözlenmemekte ( $p > 0.05$ ),sağlık kaygısı düzeyi yaş kategorilerine ve coğrafi bölgelere göre ise anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ , $p < 0.01$ ). Coğrafi bölgeler dikkate alındığında da Marmara bölgesinde yaşayanların sağlık kaygısı düzeyinin daha yüksek olduğu,Marmara Bölgesi'nde yaşayan katılımcılar ile İç Anadolu,Marmara,Ege,Akdeniz,Karadeniz,Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu



Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık kaygısı düzeyleri arasında anlamlı ölçüde fark bulunduğu görülmektedir. Ayrıca İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık kaygısı düzeylerinin Ege Bölgesi'nde yaşayan katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur.

### Sağlık Okuryazarlığı

Bu bölümde, sağlık okuryazarlığı ölçeğine verilen cevaplar önce ölçek geneli üzerinden değerlendirilmiş, daha sonra ölçeğin alt boyutları ile ilgili sonuçlara yer verilmiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesi ile ilgili ifadelerle verdikleri cevaplar ölçeğin geneli göz önüne alınarak değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısının ölçekteki ifadelerle katıldıkları (%50,0), %25,4'ünün kesinlikle katıldıkları, %6,5'inin katılmadıkları, %2,8'inin kesinlikle katılmadıkları, %15,3'ünün ise ölçekteki ifadeler konusunda kararsız oldukları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ortalama puan 3,88 ( $\pm 0.497$ ) olarak hesaplanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t-testi, yaş, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre karşılaştırmanın yapılabilmesi için ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 4).

**Tablo-4:** Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu ve Coğrafi Bölgelere Göre Karşılaştırılması İçin T-Testi ve ANOVA Sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	Sd	t	df	P	Anlamlı Fark
Kadın	394	3,93	0,495	3,504	733	0,000**	
Erkek	341	3,81	0,491	3,506	719,525		
Toplam	735	3,87	0,497				
Yaş Kategorisi	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	Anlamlı Fark
-25 <sup>a</sup>	186	3,94	0,801	0,049	3,983	0,003**	a-c
26-35 <sup>b</sup>	172	3,95	0,679	0,039			
36-45 <sup>c</sup>	142	4,12	0,526	0,026			
46-55 <sup>d</sup>	174	3,97	0,564	0,032			
56 + <sup>e</sup>	61	3,89	0,455	0,050			
Toplam	735	3,87	0,497	0,018			
Eğitim Durumu	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	Anlamlı Fark
İlkokul ve altı <sup>a</sup>	189	3,78	0,392	0,037	2,819	0,060	-
Ortaokul-Lise <sup>b</sup>	110	3,87	0,458	0,021			
Üniversite ve üzeri <sup>c</sup>	436	3,92	0,618	0,044			
Toplam	735	3,87	0,497	0,018			
Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama	Sd.	S	F	P	Anlamlı Fark

Marmara <sup>a</sup>	20	4,08	0,394	0,026	40,120	0,000**	a-c,f,g
İç Anadolu <sup>b</sup>	25	4,04	0,220	0,019			b-c,g
Ege <sup>c</sup>	10	3,47	0,605	0,057			c-a,b,d,e,f
Akdeniz <sup>d</sup>	0	3,99	0,442	0,046			d-c,g
Karadeniz <sup>e</sup>	5	3,92	0,328	0,040			f-a,c,g
Doğu Anadolu <sup>f</sup>	0	3,79	0,384	0,054			g- a,b,d,e,f
Güneydoğu Anadolu <sup>g</sup>	5	3,45	0,576	0,066			
Toplam	35	3,87	0,497	0,01			

(\*p<0.05; \*\*p<0.01)

Tablo 4'ten de izlenebileceği gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyet,yaş kategorileri ve coğrafi bölgelere göre önemli ölçüde farklılık göstermekte (p<0.01),eğitim durumuna göre ise farklılık göstermemektedir (p>0.05). Yaş kategorileri dikkate alındığında,25 ve daha küçük yaş kategorisindekiler ile 36-45 yaş kategorisindekiler arasında fark olduğu ve 36-45 yaş kategorisindekilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğunu görülmektedir. Coğrafi bölgeler açısından sağlık okuryazarlığına ilişkin bir değerlendirme yapıldığında,Marmara Bölgesi'nde yaşayanların ortalama puanlarının diğer bölgelerden daha yüksek olduğu,Marmara Bölgesi ile Ege,Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde,İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan,Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan,Karadeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan ve Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan katılımcıların Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları ayrıca Ege Bölgesi'nde yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin Marmara,İç Anadolu,Akdeniz,Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerinde yaşayanlardan,Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların Marmara Bölgesi'nde yaşayanlardan,Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların ise Marmara,İç Anadolu,Akdeniz,Karadeniz,Doğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayanlardan daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu kapsamda,Güven'in (2016) sağlık okuryazarlığı düzeyinde cinsiyet ve yaşa bağlı olarak gözlemlediği anlamlı fark bu araştırma bulgularıyla da desteklenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları dikkate alındığında,"Bilgiye Erişim" ile ilgili ifadelerle katılımcıların yarıdan çoğunun katıldıkları (% 52,1),% 27,1'inin kesinlikle katıldıkları,% 4,6'sının katılmadıkları,% 1,6'sının ise kesinlikle katılmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların %14,6'sının ölçekteki ifadeler konusunda kararsız oldukları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgiye erişim alt boyutu ile ilgili ortalama puan  $3,98 \pm 0.647$ 'dir.

Bulgular,bilgiye erişim düzeyinin cinsiyete bağlı olarak önemli ölçüde değiştiğini (p<0.001),kadınların ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu

göstermektedir. Bilgiye erişim düzeyi yaşa bağlı olarak değişmemektedir ( $p>0.05$ ). Eğitim durumu göz önüne alındığında, bilgiye erişim düzeyinin farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), ilkökul ve daha alt düzeyde eğitim alanların bilgiye erişim düzeylerinin düşük olduğu, ilkökul ve daha alt düzeyde eğitim alanlar ile ortaokul ve lise düzeyinde eğitim alanlar ve üniversite ve üstü düzeyde eğitim alanlar arasında fark olduğu belirlenmiştir. Her ne kadar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim arasında çalışmanın temel hipotezleri açısından bir ilişki saptanmadıysa da, bilgiye erişim ve bilgileri anlama alt boyutlarında eğitime bağlı olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Coğrafi bölgeler açısından bilgiye erişim ile ilgili bir değerlendirme yapıldığında, Marmara Bölgesi'nde yaşayanların ortalama puanlarının diğer bölgelerden daha yüksek olduğu, Marmara Bölgesi ile Ege, Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde, İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında, Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca Ege Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile Marmara, İç Anadolu ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin “Bilgileri Anlama” alt boyutu ile ilgili ifadelere katılımcıların % 45,1'inin katıldıkları, % 22,2'sinin kesinlikle katıldıkları, % 11,0'ının katılmadıkları, % 5,8'inin ise kesinlikle katılmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların % 15,9'u ölçekteki ifadeler konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgileri anlama alt boyutu ile ilgili ortalama puanın 3,67 ( $\pm 0.566$ ) olduğu bulunmuştur.

Bilgileri anlama düzeyinin cinsiyete bağlı olarak önemli ölçüde değiştiği ( $p<0.001$ ), kadınların ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların bilgiye erişim düzeylerinin yaşa bağlı olarak değişmediği saptanmıştır. Bilgileri anlama düzeyi eğitim durumuna bağlı olarak değişmekte ( $p<0.05$ ), eğitim düzeyi yükseldikçe bilgileri anlama düzeyi de yükselmektedir. İlkokul ve daha alt düzeyde eğitim alanlar ile ortaokul ve lise düzeyinde eğitim alanlar arasında ve ilkökul ve daha alt düzeyde eğitim alanlar ile üniversite ve üstü düzeyde eğitim alanlar arasında fark olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgileri anlama alt boyutu coğrafi bölgeler açısından incelendiğinde, İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların ortalama puanlarının diğer bölgelerde yaşayanlardan daha yüksek olduğu, İç Anadolu Bölgesi ile Marmara, Ege, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri arasında istatistiksel açıdan farklılık saptandığı görülmüştür. Ayrıca, Marmara Bölgesi ile Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Akdeniz Bölgesi ile Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Karadeniz Bölgesi ile Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında bilgiyi anlama düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin “Değer Biçme / Değerlendirme” alt boyutu ile ilgili

ifadelere katılımcıların % 52,8'inin katıldıkları,% 25,6'sının kesinlikle katıldıkları,% 5,0'ının katılmadıkları,% 1,1'inin ise kesinlikle katılmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların %15,5'inin ölçekteki ifadeler konusunda kararsız oldukları bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin değer biçme / değerlendirme alt boyutu ile ilgili ortalama puan 3,97 ( $\pm$  0.586) olarak hesaplanmıştır.

Bulgular,katılımcıların değer biçme / değerlendirme düzeylerinin cinsiyete bağlı olarak değişmediğini göstermiştir. Değer biçme / değerlendirme düzeyi açısından yaş kategorileri arasında önemli ölçüde fark olduğu ( $p<0.001$ ),18 ve daha küçük yaş kategorisindeki katılımcıların ortalama puanlarının 36-45 ve 46-55 yaş kategorisindekilerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bilgilere ilişkin değer biçme / değerlendirme düzeylerinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Coğrafi bölgeler açısından sağlık okuryazarlığının değer biçme / değerlendirme alt boyutu incelendiğinde,Marmara Bölgesi'nde yaşayanların ortalama puanlarının diğer bölgelerden daha yüksek olduğu,Marmara Bölgesi ile İç Anadolu,Ege,Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri arasında değer biçme / değerlendirme düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde,İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların değer biçme / değerlendirme düzeylerinin,Marmara,Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan,Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların değer biçme / değerlendirme düzeylerinin Ege ve Karadeniz Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılarda ve Karadeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların değer biçme / değerlendirme düzeylerinin Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin “Uygulama / Kullanma” alt boyutu ile ilgili ifadeler katılımcıların % 50,1'inin katıldıkları,% 26,8'inin kesinlikle katıldıkları,% 5,2'sinin katılmadıkları,% 2,6'sının ise kesinlikle katılmadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %15,3'ü ölçekteki ifadeler konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin uygulama/kullanma alt boyutu ile ilgili ortalama puanın 3,93 ( $\pm$  0.497) olduğu bulunmuştur.

Bulgular,bilgileri uygulama/kullanma düzeyinin cinsiyete bağlı olarak önemli ölçüde değiştiğini ( $p<0.001$ ),kadınların bu alt boyuta ilişkin ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Uygulama / kullanma alt boyutu dikkate alındığında katılımcıların yaş kategorileri arasında önemli ölçüde fark olduğu ( $p<0.001$ ),18 ve daha küçük yaş kategorisindeki katılımcıların ortalama puanlarının 36-45,46-55 ve 56 ve daha büyük yaş kategorisindekilerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bulgular,katılımcıların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Coğrafi bölgeler açısından sağlık okuryazarlığının uygulama / kullanma alt boyutu ile ilgili bir değerlendirme yapıldığında,Marmara Bölgesi'nde yaşayanların ortalama puanlarının diğer bölgelerden daha yüksek olduğu,Marmara Bölgesi ile Ege,Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri arasında bilgileri uygulama / kullanma düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde,İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan

katılımcıların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan, Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan, Karadeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları, Ege Bölgesi'nde yaşayanların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin Marmara, İç Anadolu, Akdeniz, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayanlardan, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların bilgileri uygulama / kullanma düzeylerinin Marmara Bölgesi'nde yaşayanlardan, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların ise Marmara, İç Anadolu, Akdeniz, Karadeniz, Doğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayanlardan daha düşük olduğunu göstermiştir.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaş kategorileri arasındaki ilişkinin, değer biçme / değerlendirme ile uygulama / kullanma altboyutlarından kaynaklandığı söylenebilir.

### Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Aşı tereddütü düzeyi, sağlık kaygısı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişkiye ilişkin Pearson Korelasyon Matrisleri Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo-5:** Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Matrisleri

Korelasyon		Aşı Tereddütü	Sağlık Kaygısı	Sağlık Okuryazarlığı
Aşı Tereddütü	Pearson Correlation	1.000		
	Sig. (2-tailed)			
	N	735		
Sağlık Kaygısı	Pearson Correlation	0,155**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	0,000		
	N	735	735	
Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Correlation	0,053	0,352**	1.000
	Sig. (2-tailed)	0,153	0,000	
	N	735	735	735

(\*\* p<0.01)

Tablo 5'te yer alan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre, aşı tereddütü düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak, aşı tereddütü ile sağlık kaygısı düzeyi arasında ve ( $p<0.01$ ), sağlık kaygısı düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki olduğu görülmüştür ( $p<0.01$ ). Türkiye'de yürütülen bir araştırmada Kıraç ve Öztürk (2020) sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık kaygısı

düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Bu araştırmanın sonuçları ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık kaygısı düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ertaş ve Göde (2021)'in çalışmasında sağlık okuryazarlığı ve aşı karşıtlığı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmışken, bu çalışmada aşı tereddütü ve sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

## Sonuç

Bu çalışmada, Türkiye’de farklı demografik özelliklere ve coğrafi bölgelere göre aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelenmiş, aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki korelasyona bakılmıştır. Araştırmanın temel hipotezleri araştırma bulguları ışığında incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmaktadır:

Aşı tereddütünün cinsiyet, yaş kategorileri, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotezlerden; “Aşı tereddütü düzeyi cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiş; “Aşı tereddütü düzeyi yaş kategorilerine bağlı olarak farklılık göstermektedir”, Aşı tereddütü düzeyi eğitim durumuna bağlı olarak farklılık göstermektedir” ve “Aşı tereddütü düzeyi coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık kaygısının düzeyinin cinsiyet, yaş kategorileri, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotezlerden; “Sağlık kaygısı düzeyi cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiş; “Sağlık kaygısı düzeyi yaş kategorilerine bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiş, Sağlık kaygısı düzeyi eğitim durumuna bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiş ve “Sağlık kaygısı düzeyi coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyet, yaş kategorileri, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotezlerden; “Sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim durumuna bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiş, “Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi, “Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş kategorilerine bağlı olarak farklılık göstermektedir ve “Sağlık okuryazarlığı düzeyi coğrafi bölgelere bağlı olarak farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkilerin hesaplanmasına ilişkin hipotezlerden, “Aşı tereddütü düzeyi” ile “Sağlık okuryazarlığı düzeyi” arasında anlamlı ilişki vardır hipotezi reddedilmiş; “Aşı tereddütü düzeyi” ile “Sağlık kaygısı düzeyi” arasında anlamlı ilişki vardır hipotezi ile “Sağlık kaygısı düzeyi” ile “Sağlık okuryazarlığı düzeyi” arasında anlamlı ilişki vardır hipotezi kabul edilmiştir.

Ankara ilinin temsil ettiği İç Anadolu Bölgesi’nde aşı tereddütünü ölçen ifadelerle katılım oranı diğer bölgelere göre farklılık göstermiş, dolayısıyla bu bölge özelinde aşı tereddütünü etkileyen sosyo-psikolojik faktörlerin detaylı incelenmesi önem

kazanmıştır. Benzer şekilde İstanbul'un temsil ettiği Marmara Bölgesi için sağlık kaygısı düzeyinin diğer bölgelerden yüksek bulunması, bölgede yaşayan bireylerin bu konudaki fikirlerinin alınması gelecek çalışmalar açısından önemli görülmektedir. Cinsiyet, yaş kategorileri, eğitim durumu ve coğrafi bölgelere bağlı önemli farklılıkların olması, bu farklılıklar gözetilerek mikro politikalar oluşturulması gerekliliğine dikkat çekmektedir. Aşı tereddütü düzeyi ve sağlık kaygısı düzeyi, sağlık kaygısı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiler dikkat çekici olmakla birlikte, aşı tereddütü düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin saptanamamış olması, katılımcıların bu iki olguyu doğrudan ilişkilendirmedikleri sonucunu verebilir. Dolayısıyla aşı tereddütü ile ilişkili olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin doğrudan geliştirilmesi yerine, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık kaygısının da yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda doğru bilginin temin edilmesine ilişkin politikaların ön plana çıkarılması gerektiği söylenebilir.

**Etik Beyan:** Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu tarafından 11.05.2022 tarih ve 09/878 karar no ile onaylanmıştır.

**Yazarlık Katkı Oranı:** Çalışmaya birinci yazarın katkı oranı %50, ikinci yazarın katkı oranı %50'dir.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

### Kaynakça

- Akar, B. ve Akar M. N. (2020). Vaccine hesitancy in Turkey. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 56(1), 180–186. doi:10.1111/jpc.14715
- Akar, B. (2019). *Tıbbi biyoteknolojik ürünler kapsamında Türkiye'de biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Ankara.
- Alioğulları, A. (2021). *Covid-19 virüs salgını sırasında yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, ölüm anksiyetesinin yaş ve cinsiyete göre incelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Akbolat, M., Kahraman G., Erigüç G. ve Sağlam H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354. doi:10.5455/pmb.1-1455008901-363
- Anayasa Mahkemesi Halime Sare Aysal Başvurusu (2015, 24 Aralık). *Resmi Gazete*, (Sayı: 29572), Erişim Adresi: <https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/BB/2013/1789?BasvuruNoYil=2013&BasvuruNoSayi=1789>.
- Aras, Z. ve Bayık Temel A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik*

*Dergisi*,25(2), 85-94.

Aydemir,Ö.,Kırpınar İ.,Satı T.,Uykur B. ve Cengisiz C. (2012). Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*,50,325-331,doi: 10.4274/npa.y6383.

Berkman,N. D.,Sheridan,S. L.,Donahue,K. E.,Halpern,D. J.,ve Crotty,K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*,155(2),97-107.

Büyüköztürk,Ş. (2008). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. İstanbul:Pegem Akademi.

Çapar,H. ve Çınar F. (2021). Vaccine hesitancy scale in pandemics: Turkish validity and Reliability Study. *Gevher Nesibe Journal IESDR*,6(12),40–45. doi: 10.46648/gnj.198

Çam,C.,Ünsal,A.,Arslantas,D.,Kılınç,A. ve Öztürk Emiral,G. (2021). Erişkinlerin bağışıklama bilgi yeterlilik düzeylerinin, tutum ve davranışları ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*,43(1),7-19. doi:10.20515/otd.696984

Çavuşoğlu,E. ve Yurtsever,S. (2022). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık alguları ve sağlık anksiyeteleri arasındaki ilişki: tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*,14 (1),171-178.

Çelik K.,Turan S. ve Üner S. (2021). “I’m a mother,therefore I question”: Parents’ legitimation sources of and hesitancy towards early childhood vaccination. *Social Science & Medicine*,282,(114132),1-10. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114132.

Demirtepe-Saygılı,D.,Eşiyok,E. ve Turancı,E. (2021). Media usage,health literacy,health anxiety,and health behaviors of university students during the COVID-19 pandemic. *Türkiye İletişim Araştırmaları Dergisi*,(38),19-34 . doi: 10.17829/turcom.862102

Dubé,E.,MacDonald N. E. (2020). How can a global pandemic affect vaccine hesitancy?. *Expert Review of Vaccines*,19 (10),899-901,doi:10.1080/14760584.2020.1825944

Durusu,Tanrıöver M.,Yıldırım Y.H.,Demiray F. N.,Çakır B. ve Akalın H. E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*.Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (2019). *Ten threats to Global Health in 2019*, Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (2021). *Immunization coverage*, Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

Ertaş,H.,Kıraç,R. ve Ünal,S. N. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin siberkondri



düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15 (23), 1746-1764. doi: 10.26466/opus.616396

Ertaş, H. ve Göde, A. (2021). Sağlık okuryazarlığı ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal of Academic Value Studies*, 7 (1), 1-14, doi: 10.29228/javs.49907.

Eskiocak M. ve Marangoz B. (2019). *Türkiye’de bağışıklama hizmetlerinin durumu*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Filiz M. ve Kaya M. (2019) Systematic review of studies to determine factors affecting vaccine rejection / instability / contrast, *Turkish Research Journal of Academic Social Science*, 2(2), 1-7.

Gül, A., Özdemir T. ve Börekci E. (2016) Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 7 (4), 437–439.

Güven, A. (2016). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

Gür, E., (2019). Vaccine hesitancy - vaccine refusal. *Türk Pediatri Arşivi*, 54 (1), 1–2.

Isaacs, D. (2019). Vaccine hesitancy and anti-vaccination movements. *Journal of Paediatrics Child Health*, 55, 1293–1294.

Jarrett, C., Wilson R., O’Leary M., Eckersberger E. ve Larson E.J. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*, 33(34), 4180-4190, doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.040.

Karaçadır, V. ve Çelik, R. (2019). Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7 (16), 225-238. doi: 10.33692/avrasyad.543752

Karaoglu N., Karaoğlu K. B ve Yardımcı H. (2020). Sosyoloji ve tıp öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlık kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 20 (3), 615 - 628. doi: 10.5505/Amj.2020.43660

Kılınçarslan, M. G., Sarıgül, B., Toraman, Ç. ve Şahin, E. M. (2020). Development of valid and reliable scale of vaccine hesitancy in Turkish language. *Konuralp Medical Journal*, 12(3), 420-429. doi: 10.18521/ktd.693711

Kıraç, R. ve Öztürk Y.E. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.

Küçükali, H., Ataç, Ö., Palteki, A. S., Tokaç, A. Z. ve Hayran, O. (2022). Vaccine hesitancy

and anti-vaccination attitudes during the start of COVID-19 vaccination program: a content analysis on Twitter data. *Vaccines*,10(2),161. doi: 10.3390/vaccines10020161

Larson,J.H.,Jarrett C.,Eckersberger E.,Smith D. ve Paterson P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature 2007–2012,*Vaccine*,32(19),2150-2159,doi: 10.1016/j.vaccine.2014.01.081.

Mahadevan,R. (2013). Health literacy fact sheets, Center for Health Care Strategies, Erişim adresi: <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/>

Nutbeam,D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*,15 (3),259–267,doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Özceylan,G.,Toprak D. ve Esen E.S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,16(5),1034-1039,doi: 10.1080/21645515.2020.1717182

Özkan,S.,Tüzün H.,Dikmen A.U. ve İlhan MN. (2020) Salgınlarda toplum davranışı ve sağlık okuryazarlığı. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research (Özel Sayı)*,105-110.

Öztaş,D.,Güzeldemirci G. B.,Özhasanekler A.,Yıldızbaşı E.,Karahan S.,Eray İ. K... Akçay M.,(2016). Sağlık okuryazarlığı perspektifinden mükerrer acil servis başvurularının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*,(3),255-62 doi: 10.17098/amj.84540

Özyıldız,K. H. ve Alkan,A. (2022). Akademisyenlerin sağlık anksiyeteleri ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*,13(33),309-324. doi: 10.21076/vizyoner.903964

Parrish,E. (2021). Vaccine hesitant or resistant: What can we do? *Perspectives in Psychiatric Care*,57 (4),1545-1546. doi:10.1111/ppc.12956

Peerson,A. ve Saunders,M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter ?. *Health promotion international*,24(3),285–296. doi:10.1093/heapro/dap014

Salkovskis,P.M.,Rimes,K.A.,Warwick,H.M. ve Clark D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*,(32),843-853. doi: 10.1017/s0033291702005822.

Saltık A. ve Bilge Y. (2018, Aralık). Anayasa Mahkemesi'nin aşı reddini Anayasaya uygun bulan kararının tıbbi açıdan irdelemesi (Tam Metin),3. *Uluslararası Acil Tıp*

ve Aile Hekimliği Sempozyumu'nda sunulan bildiri, Ankara, Erişim adresi: [http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/12/ANAYASA\\_MAHKEMESI%E2%80%99nin\\_ASI\\_REDDINI\\_ANAYASAYA\\_UYGUN\\_BULAN\\_KARARININ\\_TIBBI\\_ACIDAN\\_IRDELEMESI.pdf](http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/12/ANAYASA_MAHKEMESI%E2%80%99nin_ASI_REDDINI_ANAYASAYA_UYGUN_BULAN_KARARININ_TIBBI_ACIDAN_IRDELEMESI.pdf).

Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık istatistikleri yılığı 2017, Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/31113/0/111turkcesiydijiv1.pdf>.

Sağlık Bakanlığı,(2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlık düzeyi ölçüldü, Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>.

Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık istatistikleri yılığı 2019, Erişim adresi <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>

Sørensen,K.,Van den Broucke,S.,Fullam,J.,Doyle G.,Pelikan J.,Slenska Z.,Brand H. ve HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12 (80),1-10,doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen,K.,Van den Broucke, S.,Pelikan, J.M.,Fullam, J., Doyle,G., Slonska,Z., Kondilis,B., Stoffels,V.,Osborne,R. H.,Brand,H.,ve HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*,13(948),1-10 doi: 10.1186/1471-2458-13-948

Şimşekoğlu,M. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,6(1), 19-29.

Temel Aslan,K.T.,Ay P.,Kaş D.,Tosun F.,Yürükcü İ.,Kekeç E.,Şahin M.F. ve Apaydın Kaya Ç. (2021). Adaptation and validation of the Turkish version of the vaccine hesitancy 5 point Likert Scale. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,17 (12),5176-5182,doi: 10.1080/21645515.2021.1953347

Topçu S.,Almış H,Başkan S,Turgut M,Orhon F.Ş. ve Ulukol B. (2019). Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics*,86(1),38–43.

Ufuk H. (2004). *Tüketici davranışlarına etik yaklaşım tüketici davranışlarının etik boyutu ile bireysel değişkenler ve yaşam tatmini arasındaki ilişkinin incelenmesi: Ankara örneği*, Ankara: Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürlüğü, Yayın No:139.

Uzun S.U. ve Usturalı Mut A.N, (2019,Kasım) Youtube'daki aşılarla ilgili Türkçe videolar

neler söylüyor? Bir içerik analizi (Tam Metin),3.Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulan bildiri, Antalya, Erişim Adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/113>

- Ünal,O.,Özdamar Ünal,G. ve Özyürek,S. E. (2021) Factors effecting COVID-19 vaccine refusal and hesitation after initiation of national vaccination program in Turkey, *Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 26(4),610-619.
- Yalçın,S.S.,Bakacak,A.G. ve Topaç,O. (2020). Unvaccinated children as community parasites in national qualitative study from Turkey. *BMC Public Health*,20(1087). doi: 10.1186/s12889-020-09184-5, 1-17.
- Yalman,F. ve Sancar,T. (2021). Toplum sağlığının yönetimi: Sağlık Okuryazarlığı ve aşıya ilişkin tutum arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*,45 (2),259-278.
- Yazıcı Çelebi,G.,Kaya,F. ve Yılmaz,M. (2021). Covid 19 pandemisi sürecinde mizahla başa çıkma ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki: İyimserliğin aracılık rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,(40),24-48.