



Abant Sosyal Bilimler Dergisi

Journal of Abant Social Sciences

2022, 22(3): 1400-1413, doi: 10.11616/asbi.1162554



Covid-19 Aşılama Kararının Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi

An Evaluation of Covid-19 Vaccination Decision in the Framework of the Health Belief Model

Emel YILMAZ¹, Oğuz KARABAY², Remzi ALTUNIŞIK³

Geliş Tarihi (Received): 16.08.2022

Kabul Tarihi (Accepted): 03.11.2022

Yayın Tarihi (Published): 30.11.2022

Öz: Çalışmamız, salgınla mücadelede önemli bir tehdit oluşturma potansiyeli olan COVID-19 aşısına karşı kararsızlık ve ret konularına odaklanmaktadır. Çalışmada, bireylerin, COVID-19 aşısına ilişkin kararlarını sağlık inanç modeli çerçevesinde açıklamak ve COVID-19 aşısını kabul edenler ile reddedenler ve aşı konusunda kararsız olan gruplar arası farklılıkları, multinominal lojistik regresyon analizi ile ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırma sorularına cevap bulmak için anket aracına dayalı nicel araştırma tekniği kullanılmıştır. Çalışma bulguları, yerli COVID-19 aşısının sadece %16 oranında reddedildiğini, yabancı kaynaklı aşılarından daha fazla tercih edilebileceğini göstermektedir. Yüksek düzeyde aşılama kabulü için aşının yararı konusunda farkındalığı arttırmaya ve algılanan riskleri düşürmeye yönelik stratejiler, kadınları, alt sosyoekonomik gruptaki ve özellikle kronik hastalığı olan bireyleri hedef almalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID19 Aşısı, Beklenti- Değer Teorisi, Sağlık İnanç Modeli, Aşı Reddi, Aşı Tereddütü

&

Abstract: Our study focuses on the ambivalence and rejection of the COVID-19 vaccine with a significant threat potential in the fight against the epidemic. In the study, the aim was to explain individual differences about the COVID-19 vaccination decisions within the framework of the health belief model and to reveal the differences between the groups (accepting-rejecting-undecided about the COVID-19 vaccine decisions with the multinomial logistic regression analysis. A quantitative research technique based on the questionnaire data was used to find answers to the research questions. Findings show that the domestic COVID-19 vaccine is rejected by only 16%, implying that the domestic vaccine may be preferred more than foreign vaccines. Strategies to raise awareness of vaccine benefits and reduce perceived risks for high vaccination acceptance should target women, lower socioeconomic groups, and particularly individuals with chronic illness.

Keywords: COVID-19 Vaccine, Value-Expectancy Theory, Health Belief Model, Vaccine Refusal, Vaccine Hesitancy

Atıf/Cite as: Yılmaz, E., Karabay, O., Altunışık, R. (2022). Covid-19 Aşılama Kararının Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(3), 1400-1413. doi: 10.11616/asbi.1162554

İntihal-Plagiarizm/Etik-Ethic: Bu makale, en az iki hakem tarafından incelenmiş ve intihal içermediği, araştırma ve yayın etiğine uyulduğu teyit edilmiştir. / This article has been reviewed by at least two referees and it has been confirmed that it is plagiarism-free and complies with research and publication ethics. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asbi/policy>

Copyright © Published by Bolu Abant İzzet Baysal University, Since 2000 – Bolu

Jel Codes: M30, M31, M12

¹ Ph D-C. Emel Yılmaz, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, emel.yilmaz3@ogr.sakarya.edu.tr. (Sorumlu Yazar)

² Prof. Dr. Oğuz Karabay, Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, okarabay@sakarya.edu.tr.

³ Prof. Dr. Remzi Altunışık, Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, altunr@sakarya.edu.tr.

1. Giriş

COVID- 19' a karşı enfeksiyonu önlemenin en iyi yolu toplumsal bağışıklanmadır. Pandemi ile mücadele sürecinde virüsün yayılmasını yavaşlatarak halk sağlığını korumak ve sağlık hizmeti arz ve talebini yönetmek için sosyal mesafe, ekonomik kapanma ve karantina kararları alınmıştır. Bu kararlar, fiziksel ve psikosozal refahta, sosyal etkileşimlerde ve küresel ekonomide çok büyük kayıplarla sonuçlanmıştır (Verelst vd., 2016:13; Wong vd., 2020:2211). Koronavirüse karşı toplumsal bağışıklığı sağlamak için aşıya duyulan ihtiyaç, hükümetler ve uluslararası kuruluşları milyarlarca dolarlık aşı projeleri için harekete geçirmiştir. Şu an dünya çapında 292'den fazla COVID-19 aşısı adayı vardır ve bunların 70'inden fazlası klinik değerlendirmeye girmiştir (Wang vd., 2021:2833). Kullanımı onaylanan birçok COVID-19 aşısı bulunmakla birlikte COVID-19 aşısının, halk tarafından kabulü belirsizliğini korumaktadır (Murphy vd., 2021:2) Yetişkinlerin önemli bir kısmının, COVID-19'a karşı aşılama için ret kararı verdiği veya aşı konusunda kararsız olduğu görülmektedir (Head vd.,2020:713)

Aşılama, halk sağlığı açısından bulaşıcı hastalıkların yayılımına karşı en etkili yaklaşım olarak kabul edilmiştir. Örneğin grip aşısı, mevsimsel grip ve buna bağlı hastalıkları önlemenin en etkili yolu olarak kabul edilmektedir (Verelst vd., 2016:13). Aşıların yıllar içindeki başarısı, bulaşıcı hastalıklar yükünde önemli azalmalar sağlamıştır. Esas itibarıyla, aşılanmanın olumlu etkisi, aşıya yönelik bakış açılarını paradoksal olarak düşürmüştür (Pullan ve Dey, 2021:1878) Bu durum, özellikle enfeksiyona bağlı gelişen hastalıkların algılanan etkisinin azaldığı anlamına gelmektedir.

COVID-19 aşısına karşı gelişen kararsızlık, aşı yoluyla sürü bağışıklığına erişimin önünde engel oluşturmaktadır. Birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösteren aşı kararsızlığı kavramının geniş bir spektrumu vardır. Bireylerin, bir aşıya dair ret veya kabul kararı vermeden önceki süreci olan aşı kararsızlığı, genel olarak aşının etkinliği ve güvenliği konusundaki ciddi şüphelerden hafif endişelere kadar, aşılama karşı bir dizi duruşu tanımlamaktadır (Head vd.,2020:710; MacDonald vd., 2015:4162). Bu kavramlar, zamana, yere ve aşılar göre değişmekle birlikte dini, felsefi veya teorik temelli gerekçelerle de açıklanabilmektedir (Dubé vd., 2015: 4192; Deml vd., 2021:2; Dubé vd., 2017:279; Lin vd., 2020:3; Salali vd., 2021:1). Beklenti-değer teorisini temel alan sağlık inanç modeli (SİM), çeşitli insan davranışlarını açıklayan ve öngören, aşılanma niyetini belirlemek için en sık kullanılan modellerden biridir (Lin vd., 2020:7; Coe vd., 2019:2; Karimi vd., 2015:319; Lau vd., 2015:4633; Maurer vd., 2010: 489). Model, , influenza aşısı kabulünün önemli bir yordayıcısı olarak kabul edilmiştir (Brewer vd., 2007:139; Shahrabani vd., 2009:228; Shahrabani ve Benzion, 2010:855; Tsutsui vd., 2012:595). Bu model yakın zamanlı birçok çalışmada farklı ülkelerdeki COVID-19 aşı kararlarını tahmin etmek için kullanılmıştır (Wong vd., 2020:2213; Lin vd., 2020:1; Zampetakis vd., 2021:471; Mercadante vd., 2021: 1603) Bu doğrultu da bu çalışmada, Türkiye'deki farklı popülasyonlardaki COVID-19 aşı kararını ortaya çıkarmak için aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmaktadır. Türkiye'deki yetişkinlerin;

Araştırma Sorusu 1: COVID-19 aşısını kabul etme, yerli aşıyı tercih etme ve ülkelere göre aşıya güven oranları nelerdir?

Araştırma Sorusu 2: COVID-19 aşı kararına ilişkin temel sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumlarına göre farklılıkları nelerdir?

Araştırma Sorusu 3: a) Covid-19 aşı kararı üzerinde sağlık inanç modeli yapılarının etkisi var mıdır? b) Aşı olmayı kabul edenlere göre aşı olmayı reddeden veya aşı olma konusunda kararsız olanlar arasındaki farklar nelerdir?

2. Beklenti-Değer Teorisi ve Sağlık İnanç Modeli (SİM):

1950'lerde sosyal psikologlar tarafından geliştirilen SİM yapıları, Beklenti-Değer Teorisi (Expectancy-Value Theory) üzerine kurulmuştur. Bu teori, bireylerin, eylemleri için belirli sonuçlar beklediği fikrine dayanmaktadır (Mercadante vd., 2021: 1602). Kısaca; 1) bireyin, belirli bir sonuca verdiği değer ve 2) bireyin, bir davranışının, o sonuca yol açma olasılığını düşünmesidir (Karimi vd., 2015:319). SİM, bu iki

değişkeni en iyi vurgulayan modellerden biridir. Sağlıkla ilgili davranışlar açısından değer kavramı, hastalıktan kaçınmaktır. Beklenti ise belirli bir sağlık eyleminin, insanların risk altında olduğunu düşündükleri durumu önleyebileceğidir. (Glanz ve Bishop, 2010:404).

SİM, hastalığa karşı algılanan duyarlılık, hastalığın algılanan şiddeti, koruyucu davranışın algılanan faydaları, koruyucu davranışa karşı algılanan engeller, bu davranışta bulunmaya yönelik öz yeterlilik ve eylem ipuçları yapılarından oluşmaktadır (Karimi vd., 2015:319). Algılanan duyarlılık, kişinin bir hastalığa veya duruma karşı ne kadar duyarlı olduğunu gösterir. Algılanan ciddiyet, kişinin, bir durumun oluşması halinde sağlığını ne ölçüde etkileyeceğine inancıdır. Algılanan fayda, bir davranışın bir hastalığa yakalanma veya hastalığın şiddetini azaltacağına dair beklentidir. Algılanan engeller, aşı olmanın psikososyal veya fiziksel faktörler nedeniyle kısıtlanmasına yönelik inançları olarak tanımlanmaktadır. Eylem ipuçları, bir bireyi aşılana yönlendiren bilgileri, olayları veya insanları içerir. SİM yapıları arasında, basit sağlık davranışını anlamak için öz-yeterlilik gerekli değildir; bu nedenle bu çalışmada değerlendirilmemiştir (Head vd.,2020:714; Lin vd., 2020: 3).

3. Yöntem

Araştırma sorularına cevap bulmak için anket aracına dayalı nicel araştırma tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci, erken dönemde güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış, Türkiye’de "Acil Kullanım Onayı" verilen, Çin menşeli Sinovac firmasınca üretilen, inaktif aşı ve mRNA bazlı, Almanya menşeli Biontech/Pfizer aşısı ile aşılama programının başladığı dönemi kapsamaktadır. Kesitsel tipte bir araştırmadır. Verilerin toplanmasında, gönüllülük esasına dayalı olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Anket, "Google formlar"a işlenerek oluşturulmuştur. Whatsapp, Instagram ve Facebook platformlarında paylaşarak bu platform kullanıcılarından ankete katılım sağlanması istenmiştir. Çalışmanın amacı yazılı olarak ankette açıklanmış ve katılımcıların dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzeri olan T.C. vatandaşı kişiler olarak belirtilmiştir. Katılım için 15 Ocak- 25 Nisan tarihleri arasında veri alımı açık bırakılmıştır. Çalışmaya 275 erkek 309 kadın olmak üzere toplam 584 kişi katılım sağlamıştır. Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul tarafından onaylanmıştır (71522473/050.01.04/635).

3.1. Anket Tasarımı

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket 4 bölümden oluşmaktadır. Ankette yer alan tüm değişkenler, 5’li Likert tipi bir ölçek ile ölçülmüştür

3.1.1. COVID-19 Deneyimi, Sağlık Durumu ve Sosyo-Demografik Özellikler:

Birinci bölümde katılımcıların, onaylanmış COVID-19 hastalık deneyimi ve COVID-19 sebebiyle kaybettiği bir aile üyesi veya çok yakın bir arkadaşı olup olmadığı sorgulanmıştır. Ayrıca katılımcıların daha önceki aşı deneyimleri, mevcut kronik hastalıkları olup olmadığı ve algılanan sağlık durumuna ait sorular bu bölümde yer almaktadır. Son bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve ortalama hane halkı geliri(aylık) gibi kişisel bilgilere yer verilmiştir.

3.1.2. Aşı Kararı:

Anketin ikinci bölümünde "Ülkemizde COVID-19 aşı uygulamalarına başlandı, siz aşı olacak mısınız?" sorusuna cevap verilmesi istenmiştir (Wong vd., 2020:2211; Murphy vd., 2021: 2; Head vd.,2020: 714).

3.1.3. Aşı Güveni ve Aşı Tercih:

Bu bölümde katılımcılardan, "en çok hangi ülkenin geliştirdiği aşıya güvenirsiniz" ve "yerli aşı çalışmaları tamamlanırsa kendiniz için bu aşığı tercih eder misiniz?" sorularına cevap verilmesi istenmiştir (Wong vd., 2020:2211; Head vd.,2020: 714; Lin vd., 2020:2).

3.1.4. COVID-19 Aşısı ve COVID-19 Hastalık Algısı:

Katılımcıların, COVID-19 hastalığına ve COVID-19 aşısına ilişkin algısını ölçmek için Lin vd. (2020) tarafından yapılan çalışmadaki Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden yararlanarak oluşturulmuş 13 ifadeye yer verilmiştir. Bu bölüm COVID-19 hastalığına karşı algılanan duyarlılık (üç), COVID-19 hastalığına karşı algılanan ciddiyet (üç) ve COVID-19 aşısının algılanan faydaları (iki madde), aşı yaptırmanın önündeki algılanan engeller (üç) ve aşı için eylem ipuçları (iki) alt boyutlarından oluşmaktadır (Lin vd., 2020: 2)

3.1.5. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, araştırma sorularının paralelinde üç aşamada analiz edilmiştir. İlk olarak katılımcıların özelliklerine ilişkin sonuçlar frekans analiziyle ortaya konmuştur. Sonrasında "aşıyı kabul eden", "aşıya karşı kararsız" ve "aşıyı reddeden" olarak sınıflandırılan kişilerin oranları hesaplanmıştır. Bu analizlerde "Kesinlikle/ Muhtemelen Evet" seçeneklerini seçenler "aşıyı kabul eden", "Kararsızım" seçeneğini seçenler "aşıya karşı kararsız" ve "Kesinlikle/ Muhtemelen Hayır" seçeneğini seçenler "aşıyı reddeden" olarak sınıflandırılmıştır. Şekil -1'de araştırmaya katılanların, genel olarak COVID -19 aşısına ilişkin kararları görülmektedir. Ayrıca çalışmaları tamamlanırsa yerli COVID-19 aşısına yönelik tercihleri ve hangi ülke tarafından üretilen aşılar daha çok güvendikleri Şekil -2 ve Şekil 3'te gösterilmiştir.

Çalışmanın ikinci amacı doğrultusunda, COVID-19 aşı kararına ilişkin temel sosyo-demografik özellikler ve sağlık durumlarındaki farklılıklara bakmak için Pearson ve Ki-Kare analizi kullanılmıştır. Bu ilişkilerin gücünü korelasyon katsayısına benzer şekilde hesaplayabilen Cramer's V değerleri de Tablo 1'de raporlanmıştır.

Araştırmanın üçüncü alt problemde belirtilen; yetişkinlerin, COVID-19 aşı kararlarının, sağlık inanç modeli yapıları ile ilişkili olup olmadığını açıklamaya yönelik multinomial lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analizler için aşı kabul grubu, aşı kararsızlığı ve aşı reddi ile ilişkili faktörlere referans kategori olarak belirlenmiştir. Multinomial lojistik regresyon analizi için oluşturulacak modelin testine geçmeden önce kullanılan ölçeğin ölçüm ve yapı geçerliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Modelin çıktısına ilişkin indeks değerleri, Tablo 1'de gösterilmektedir. Modelde yer alan yapıların iç tutarlık güvenilirliği ve birleşme geçerliği ile ilgili sonuçlar Tablo- 2'de yer almaktadır. Ayrışma geçerliği sonuçları Tablo 3 ve Tablo 4'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve COVID-19 Aşısı Kararlarının Karşılaştırılması Tablo 5'te ve Multinomial Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur.

Verilerin analizinde Microsoft Excel, IBM SPSS 21.0 ve IBM SPSS Amos 22.0 programları kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.2. Dilsel Eşdeğerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Literatür incelemesine dayanarak oluşturulan anketteki tüm ifadeler Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu aşamalar, Dünya Sağlık Örgütü Çeviri Rehberinde belirtilen dört aşamaya uygun olarak tamamlanmıştır. Dil uyarlaması için; 1) çeviri ve 2) geri çevirisi uzman kişiler tarafından yapılmış daha sonra başka bir kişi tarafından tekrar Türkçe'den İngilizce'ye çevrilerek sağlık bilimleri akademisyenlerinin de yardımıyla orijinal ölçekte yer alan maddeler ile benzer ve tutarlı olduğu, dolayısıyla ölçeğin dil geçerliğini sağladığı belirlenmiştir. Veri toplama sürecine geçilmeden önce yüzeysel geçerliliğinin değerlendirilmesi için bir sağlık bilimleri, iki sağlık yönetimi akademisyeni ve iki uzman hemşire ile görüşülmüştür. 3) Anketteki ifadelerin anlaşılabilirliğini kontrol etmek ve gerekli düzenleme ve düzeltmeleri yapmak amacıyla, 13 kişi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak pilot uygulama yapılmıştır. Buradan gelen geri bildirimler neticesinde 4) anket formundaki ifadeler son şekli verilmiştir (WHV,2017: <http://www.emro.who.int/emh-journal/authors>).

3.3. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Orijinal ölçeğin faktör yapısına ait ölçüm modeli oluşturularak yapı geçerliği, doğrulayıcı faktör analizi yoluyla yapıların benzeşim geçerliliği (convergent validity) ve ayırım geçerliliği (discriminant validity) ile test edilmiştir. Uyum indeks değerleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi İçin Uyum İndeksleri

χ^2	Df	p	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMR	RMSEA
190,9	54,0	0,000	3,536	0,952	0,919	0,961	0,947	0,060	0,066

Ölçüm modeli, uyum indeksleri ve regresyon ağırlıkları açısından değerlendirilmiştir. DFA (Doğrulayıcı Faktör Analizi) sonucu elde edilen uyum indekslerine bakıldığında; $\chi^2/df=3,53$; NFI= 0,94; GFI=0,95; AGFI= 0,91, CFI=0,96; RMR= 0,06; RMSEA=0,06 değerindedir. Elde edilen bu sonuçlar, Schermelleh ve diğerlerinin (2003) önerdiği uyum indeks değerleri ile karşılaştırıldığında modelin veriye uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 2: SİM Çerçevesinde Oluşturulan 5 Alt Boyutlu Yapının Ölçüm Modeli Sonuçları

Alt Boyutlar	Faktör
Algılanan Duyarlılık (AVE= ,503; CR= ,748; α= ,790)	
ad1. Önümüzdeki birkaç ay içinde COVID-19’a yakalanma ihtimalim çok yüksektir.	,609
ad2. COVID- 19’a yakalanma konusunda endişeliyim.	,863
ad3. Bu günlerde COVID-19’a yakalanma ihtimalim var.	,628
Algılanan Ciddiyet (AVE= ,496; CR= ,744; α= ,740)	
ac1. COVID-19 ciddi hastalıklara neden olur.	,643
ac2. COVID-19’ a yakalanırsam hastalığı çok ağır geçiririm.	,625
ac3. COVID-19 ‘a yakalanmaktan korkuyorum.	,826
Algılanan Yarar (AVE= ,731; CR= ,844; α= ,830)	
ay1. COVID-19 hastalığına yakalanmak konusundaki endişemi azaltmak için aşı olmak iyi bir fikirdir.	,910
ay2. Aşı olmak, COVID-19 hastalığına yakalanma veya hastalığı ağır geçirme ihtimalimi düşürür.	,939
Algılanan Engeller (AVE= ,571; CR= ,7914; α= ,770)	
ae1. COVID-19 aşısının, olası yan etkilerinin günlük faaliyetlerimi engelleyeceğinden endişeleniyorum	,511
ae2. COVID-19 aşılarının, coronavirüsü yenemeyeceği konusunda endişeleniyorum.	,755
ae3. COVID-19 aşılarının, güvenilirliği konusunda endişeleniyorum.	,939
Eylem İpuçları (AVE= ,697; CR= ,821; α= ,820)	
ei. COVID- 19 aşısı hakkında yeterli bilgi verilirse aşı olacağım.	,818
ei2. Toplumdaki çoğu kişi aşı olursa ben de aşı olacağım.	,852

Tablo 2’de yapılara ait, Standardize Faktör Yükleri, Cronbach alpha, CR ve AVE değerleri yer almaktadır. Fornell ve Larcker’e (1981: 42) göre faktör yük değeri 0.50 ve üzeri olan maddeler, yer aldığı yapının açıklanmasında anlamlı derecede önemlidir. Standardize faktör yüklerine bakarak, yakınsak geçerliliğin (convergent validity) sağlandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, tüm yapılar için çıkarılan ortalama varyans (AVE) değerlerinin, kritik değer olan 0,50’nin üzerinde olduğu sadece Algılanan Ciddiyet boyutundaki AVE değerinin, kritik değer olan 0.50’nin çok az altında olduğu görülmektedir. CR değeri 0,70’in üzerinde ise 0,50’nin altındaki AVE değerlerinin de kabul edilebileceğini belirtilmektedir (Schermelleh vd., 2003:62). Bu anlamda Tablo 2’de görüldüğü gibi Algılanan Ciddiyet boyutunun CR

değeri 0,74 olduğu için bu boyutun, AVE değeri de kabul edilebilir durumdadır. Bu durumda ölçekteki tüm yapılar için yakınsak geçerliliğinin sağlandığını ifade etmek mümkündür.

Tablo 3: Ayrışma Geçerliği Sonuçları (Fornell ve Larckell Kriteri)

	1	2	3	4	5
1.Algılanan Duyarlılık	(,710)				
2.Algılanan Ciddiyet	,853	(,704)			
3.Algılanan Yarar	,486	,548	(,855)		
4.Algılanan Engeller	,009	,097	-,434	(,755)	
5.Eylem İpuçları	,398	,437	,837	-,368	(,835)

Not: Parantez içindeki değerler AVE'nin karekök değerleridir.

Tablo 3'teki değerler dikkate alındığında, sadece algılanan duyarlılık yapısına ait AVE değerinin karekökünün algılanan ciddiyet ile korelasyonundan daha küçük olduğu görülmüştür. Her bir yapının söz konusu diğer yapılarla olan korelasyonlarından daha büyük olması ayırım geçerliliğin bir göstergesidir (Schermele vd., 2003:62). Elde edilen bu bulgu algılanan duyarlılık yapısı dışındaki boyutlarda ayırım geçerliliğinin sağlandığını göstermiştir.

Tablo 4: Ayrışma Geçerliği Sonuçları (HTMT Kriteri)

	1	2	3	4	5
1.Algılanan Duyarlılık					
2.Algılanan Ciddiyet	,783				
3.Algılanan Yarar	,480	,560			
4.Algılanan Engeller	,011	,138	,415		
5.Eylem İpuçları	,382	,439	,838	,334	

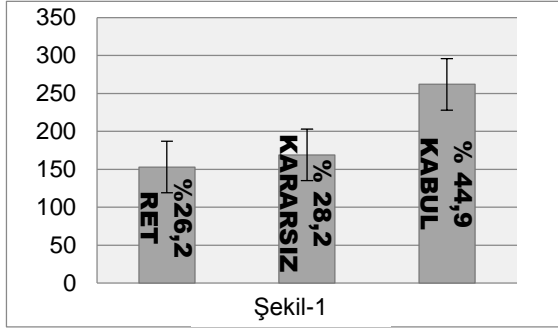
Yapılar arasındaki ayırım geçerliliğinin sağlanmasında ayrıca HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) den yararlanılmıştır. Araştırmada yer alan tüm değişkenlere ait ifadelerin korelasyonlarının ortalamasının (the heterotrait-heteromethod correlations) aynı değişkene ait ifadelerin korelasyonlarının (the monotrait-heteromethod correlations) geometrik ortalamalara oranlarını ifade etmektedir. Çalışmada, HTMT değerinin; teorik olarak birbirine yakın kavramlarda 0,90'nun, uzak kavramlarda ise 0,85'in altında olmasını gerektiğini belirtmişlerdir (Henseler vd., 2015: 129). Tablo 3'te HTMT değerlerine yer verilmiştir. Tablodaki değerler incelendiğinde HTMT değerlerinin eşik değerin altında olduğu görülmektedir. Tablo 3 ve Tablo 4'teki bulgulara dayanarak ayırışma geçerliliğinin sağlandığı belirtilebilir.

Güvenirlilik

Güvenirlilik değerleri Tablo 2'de gösterilmektedir. Kullanılan ölçeğin Cronbach Alfa (α) değeri, 0,78 bulunmuştur. Yapıların her biri için α ve CR değerleri, tüm ölçeklerin güvenilir olduğunu gösteren ve kritik değer olan 0,70 seviyesinin üzerindedir. Ayrıca her bir yapıdaki AVE değerleri 0,50'nin üzerinde ve Algılanan Ciddiyet boyutunun CR değeri 0,74 olduğu için kabul edilebilir durumdadır. Bu nedenle bulgular, her bir yapıyı ölçen ifadelerin içsel tutarlılığını göstermekte ve yapıların güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

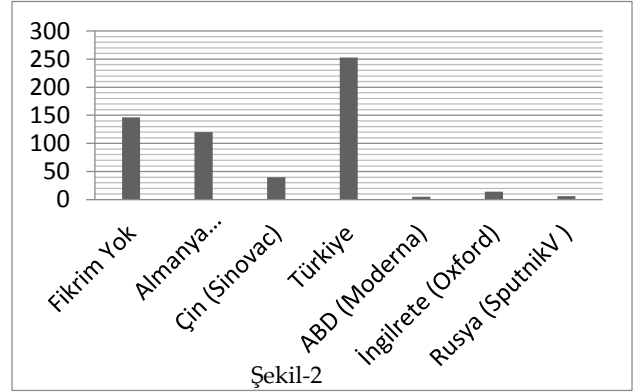
4. Bulgular

Şekil 1: Katılımcıların COVID-19 Aşısı Kabul, Tereddüt ve Ret Oranları

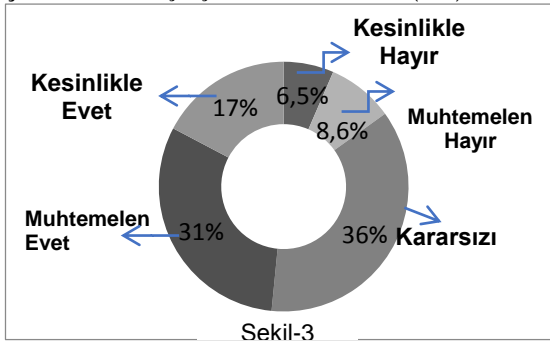


Şekil -1’de araştırmaya katılanların %44,9’u COVID-19 aşısını kabul etmektedir. %26,2’si COVID-19 aşısını reddederken %28,2’sinin aşı konusunda kararsız olduğu belirtilmiştir.

Şekil 2: COVID-19 Aşısı İçin Ülkelere Güven Oranları



Şekil 3: Yerli Aşı İçin Tercih Oranlar (n=?)



Şekil-2’de katılımcıların %44’ünün COVID-19 aşısı için en çok yerli aşıya güvendikleri görülmektedir. %25’i fikri olmadığını belirtirken %20,5’inin Almanya’da üretilen (BioNtech) aşıya güvendikleri görülmektedir. Katılımcılar, %7 Çin (Sinovac), %2,4 İngiltere (Oxford) aşısını güvendiklerini belirtirken %1 gibi çok düşük oranda katılımcı, ABD (Moderna) ve Rusya (Sputnik-V) aşısına güvendiklerini belirtmiştir.

Şekil- 3’te katılımcıların, yerli aşı tercihleri “yerli aşı çalışmaları tamamlanırsa kendiniz için bu aşığı tercih eder misiniz?” sorusunun cevabı) %17’inde Kesinlikle Evet, %31’nde Muhtemelen Evet, %36’sı Kararsız ve %9,5’i Muhtemelen Hayır ve %6,5’i Kesinlikle Hayır şeklindedir.

Tablo 5: Katılımcıların Demografik Özellikleri ve COVID-19 Aşısı Kararlarının Karşılaştırılması

Ülkemizde COVID-19 aşı uygulamalarına başlandı, siz aşı olacak mısınız?						
Değişkenler	Toplam N 584 (%)	Red n=153 (%)	Kararsız n= 169 (%)	Kabul n= 262 (%)	p- value	Cramer's V
Yaş						
18-25	105 (18,0)	32 (30,5)	34 (32,4)	39 (37,1)	$\chi^2 = 9,003$ 0,173	-
26-35	224 (38,4)	67 (29,9)	62 (27,7)	95(42,4)		
36-45	150 (25,7)	34 (22,7)	44 (29,3)	72 (48,0)		
46 ve Üstü	105 (18,0)	20 (19,0)	29 (27,6)	56 (53,3)		
Cinsiyet					$\chi^2 = 10,294$ 0,006	0,13
Kadın	309 (52,9)	80 (25,9)	106(34,3)	123 (39,8)	0,006	
Erkek	275 (47,1)	73 (26,5)	63 (22,9)	139 (50,5)		
Medeni Durum					$\chi^2 = 5,634$ 0,060	-
Evli	354 (60,6)	92(26,0)	91 (25,7)	171 (48,3)	0,060	
Bekar	230 (39,4)	61 (26,5)	78 (33,9)	91 (39,6)		
Çocuk Durumu					$\chi^2 = 3,162$	-
Var	349 (59,8)	94(26,9)	107 (30,7)	148 (42,4)		

Yok	235	(40,2)	59 (25,1)	62 (26,4)	114 (48,5)	0,327	
Eğitim Durumu							
İlköğretim ve altı	71	(12,2)	19 (26,8)	17(23,9)	35 (49,3)		
Lise	164	(28,1)	45 (27,4)	43 (26,2)	76 (46,3)	$\chi^2 =2,424$	-
Üniversite ve üstü	349	(59,8)	89 (25,5)	109 (31,2)	151 (43,3)	0,658	
Aile Gelir (Aylık)							
0 -5 000	273	(46,7)	77 (28,2)	94 (34,4)	102 (37,4)		
5001-10000	215	(36,8)	48 (22,3)	60 (27,9)	107 (49,8)	$\chi^2 =17,646$	0,12
10.000 TL ve üstü	96	(16,4)	28 (29,2)	15 (15,6)	53 (55,2)	0,001	
Mesleği							
İşsiz/ Emekli/ EvHan.	165	(28,3)	39 (23,6)	56 (33,9)	70 (42,4)		
Özel Sektör	223	(38,2)	56 (25,1)	59 (26,5)	108 (48,4)	$\chi^2 =28,746$	0,16
Kamu/ Öğrenci vb.	152	(26,0)	50 (32,9)	51 (33,6)	51 (33,6)	0,000	
Sağlık Çalışanı	44	(7,5)	8 (18,2)	3 (6,8)	33 (75,0)		
İkamet Yeri							
İl Merkezi	307	(52,6)	79 (25,7)	88 (28,7)	140 (45,6)	$\chi^2 =149$	-
İlçe/ Köy	277	(47,4)	74 (26,7)	81 (29,2)	122 (44,0)	0,928	
Algılanan Sağlık							
Kötü/Fena Değil	123	(21,1)	28 (22,8)	57 (46,3)	38 (30,9)		
İyi	286	(49,0)	70 (24,5)	69 (24,1)	147 (51,4)	$\chi^2 =27,122$	0,17
Çok İyi	175	(30,0)	55 (31,4)	43 (24,6)	77 (44,0)	0,000	
Kronik Hastalık							
Evet	104	(17,8)	18 (17,3)	38 (36,5)	48 (46,2)	$\chi^2 =6,391$	
Hayır	480	(82,2)	135(28,1)	131 (27,3)	214 (44,6)	0,041	0,10
Aşılar karşı tutum							
Karşı Değilim	394	(67,5)	52 (13,2)	101 (25,6)	241 (61,2)		
Kısmen Karşiyım	156	(26,7)	71 (45,5)	66 (42,3)	19 (12,2)	$\chi^2 =189,950$	0,40
Kesinlikle Karşiyım	34	(5,8)	30 (88,2)	2 (5,9)	2 (5,9)	0,000	
Koruyucu Aşılar							
Evet	141	(24,1)	19 (13,5)	40 (28,4)	82 (58,2)	$\chi^2 =18,828$	0,18
Hayır	443	(75,9)	134 (30,2)	129 (29,1)	18 (40,6)	0,000	
Covid (pcr +)							
Evet	80	(13,7)	22 (27,5)	18 (22,5)	40 (50)	$\chi^2 =1,933$	-
Hayır	504	(86,3)	131 (26,0)	151 (30,0)	222(44,0)	0,380	
Bir Yakınının							
Ölümü							
Evet	183	(31,3)	31 (16,9)	56 (30,6)	96 (52,5)	$\chi^2 =12,403$	0,15
Hayır	401	(68,7)	122(30,4)	113(28,2)	166(41,4)	0,002	

4.1. Katılımcılara İlişkin Bulgular

Katılımcıların %52,9'u kadın, %47,1'i erkektir. Yaş dağılım oranları, 18-25 yaş aralığında olan katılımcılar için %18 iken 26-35 aralığında olanlar için %38,4'tür. Yaş aralığı 36-45 olan katılımcılar %25,7 oranında iken 46 yaş ve üstü katılımcıların oranı %18'dir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin %60,6'sı evli, %39,4'ü bekar. Bu bireylerin %59,8'i çocuk sahibiyken %40,2'sinin çocuğu yoktur. Eğitim bilgisine ilişkin bulgular, katılımcıların %12,2'sinin ilköğretim ve altı, %28,1'inin lise, %59,8'nin ise üniversite veya üst mezuniyeti olduğunu göstermektedir. Aylık hane halkı geliri %46,7'sinde 0- 5000 TL, %36, 8'nde 5001- 10000 TL ve %16,4' ünde ise 10,000 TL ve üstü aralığındadır. Katılımcıların, %28,3'ü herhangi bir iş sebebiyle, düzenli olarak dışarıya çıkması gerekli olmayan işsiz veya emekli grubunda iken %38,2'si özel sektörde çalışmaktadır. Kısmen farklılıklar gösterse de kapanma kararlarında, iş ve eğitimlerine online devam edebilen kamu memuru ve öğrenci olan katılımcıların oranı %26'dır. Bu süreçte aralıksız olarak çalışma zorunluluğu olan, sağlık çalışanlarının katılım oranı ise %7,5' tir. İkamet yeri merkez olanlar %52,6 iken ilçe ve köyde ikamet edenler %47,4 oranındadır. Katılımcıların %21'i algılanan sağlık durumlarını kötü/fena değil, %49'u iyi, %30'u ise çok iyi olarak belirtirken %17,8'i kronik hastalığı olduğunu, %82,2 si ise kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Genel olarak aşılar karşı tutumları sorulduğunda %67,5'i aşılar karşı olmadığını, %26,7'si kısmen karşı olduğunu ve %5,8'i ise kesinlikle

aşılara karşı olduğunu belirtmiştir. Pandemi öncesi genel koruyucu aşı/aşılarını yaptıranların oranı %24'1 iken aşı yaptırmayanların oranı %75,9'dur. Araştırmaya katılanların %13,7'si covid hastalığını geçirdiğini, %86,3'ü ise hastalığı geçirmediğini belirtmiştir. COVID-19 hastalığı sebebiyle bir yakını veya arkadaşını kaybedenler % 31, 3 iken, % 68,7'si böyle bir durum yaşamadığını belirtmiştir. Örneklem özelliklerine yönelik bulgular Tablo 5'te gösterilmiştir.

Katılımcıların cinsiyet ($\chi^2 = 10,294$; $p = 0,006$ Cramer's $V = 0,13$ (küçük etki)), gelir ($\chi^2 = 17,646$; $p = 0,001$ Cramer's $V = 0,12$ (küçük etki)), meslek ($\chi^2 = 28,746$; $p = 0,000$ Cramer's $V = 0,16$ (küçük etki)), algılanan sağlık ($\chi^2 = 27,122$; $p = 0,000$ Cramer's $V = 0,17$ (küçük etki)), kronik hastalık ($\chi^2 = 6,391$; $p = 0,041$ Cramer's $V = 0,10$ (küçük etki)), aşılara karşı genel tutum ($\chi^2 = 189,950$; $p = 0,000$ Cramer's $V = 0,40$ (orta etki)), daha önce koruyucu aşı yaptırmama ($\chi^2 = 18,828$; $p = 0,000$ Cramer's $V = 0,18$ (küçük etki)), COVID-19 hastalığı sebebiyle bir yakının kaybetmiş olmaları ($\chi^2 = 12,403$; $p = 0,002$ Cramer's $V = 0,15$ (küçük etki)) ile COVID-19 aşısı kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Yaşı ($\chi^2 = 9,003$; $p = 0,173$), medeni durumu ($\chi^2 = 5,634$; $p = 0,060$), çocuk sahibi olma durumu ($\chi^2 = 3,162$; $p = 0,327$), eğitim düzeyi ($\chi^2 = 2,424$; $p = 0,658$), ikamet yeri ($\chi^2 = 149$; $p = 0,928$) ve covid -19'a yakalanma durumları ($\chi^2 = 1,933$; $p = 0,380$) ile aşı kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6: Multinomial Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Ülkemizde COVID-19 aşı uygulamalarına başlandı, siz aşı olacak mısınız?								
Referans Kategorisi: Kabul								
Model 1		B	Std. Error	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI	
KARARSIZ	Değişkenler							
	Sabit	2,459	,824	8,904	,003			
	A. Duyarlılık	,225	,174	1,670	,196	1,253	,890	1,762
	A. Ciddiyet	-,213	,198	1,151	,283	1,237	,839	1,824
	A. Fayda	-1,640	,200	67,250	,000	,194	,131	,287
	A. Engeller	1,004	,178	31,666	,000	2,729	1,924	3,872
	Eylem İpuçları	-,428	,161	7,038	,008	,652	,475	,894
Model 2		B	Std. Error	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI	
RET	Değişkenler							
	Sabit	5,249	,999	27,623	,000			
	A. Duyarlılık	,408	,245	2,773	,096	1,503	,930	2,429
	A. Ciddiyet	-,012	,248	,002	,961	,988	,607	1,607
	A. Fayda	-2,799	,278	101,550	,000	,061	,035	,105
	A. Engeller	1,497	,228	42,911	,000	4,467	2,854	6,990
	Eylem İpuçları	-,982	,211	21,688	,000	,375	,248	,566

Bağımsız değişkenlere yönelik lojit katsayı, standart hata, Wald testi sonucu, anlamlılık düzeyi, odds oranı ve odds oranlarının %95 güvenilirlik aralığında alt ve üst sınır değerleri bulunmuştur. Tablo 6'daki Model-1 ve Model-2'ye göre COVID-19 hastalığına karşı algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin aşı kararı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmektedir. Model-1'de görüldüğü şekilde aşıya dair algılanan fayda değişkenindeki bir birimlik artış ise bireylerin aşıyı kabul etme olasılığına göre değerlendirildiğinde; aşı konusunda kararsız olma olasılıklarını %80,6 ((1-0,194) *100) düşürmektedir. Aşıya dair algılanan engeller, aşıyı kabul etme olasılığına göre değerlendirildiğinde; bireyin kararsız kalma olasılığını 2,7 kat arttırmaktadır. Eylem ipuçları değişkenindeki bir birimlik artış ise bireyin aşıyı kabul etme olasılığına göre değerlendirildiğinde; aşı konusunda kararsız olma olasılıklarını %34,8 ((1-0,652) *100) düşürmektedir.

Model-2'ye göre algılanan fayda değişkenindeki bir birimlik artış, bireylerin aşıyı kabul etme olasılığına göre değerlendirildiğinde; aşıyı reddetme etme olasılıklarını %39 ((1-0,061) *100) oranında

düşürmektedir. Aşıya dair algılanan engeller, aşığı kabul etme durumuna göre değerlendirildiğinde; COVID-19 aşısını reddetme olasılıklarını 4,4 kat arttırmaktadır. Eylem ipuçları değişkenindeki bir birimlik artış aşığı kabul etme durumuna göre değerlendirildiğinde; aşığı reddetme olasılığını %62,5 ((1-0,375) *100) düşürmektedir.

5. Sonuç

Mevcut COVID-19 aşılarının başarısı, nüfusun büyük bir bölümünün aşılmasına bağlı olacaktır(Lazarus vd., 2021:227). Kesitsel tipte tasarladığımız bu çalışmada, araştırmaya katılan 584 kişinin %44,9'u COVID-19'a karşı aşı olmayı kabul ederken %26,2'si reddedeceğini ve %28,2 'si de aşı konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Aşı kararları ülkelere göre değişmektedir (Şekil-1). Rusya'da COVID-19'a karşı aşı kabulü %55 iken Çin'de %88,62 seviyesindedir (Daly ve Robinson, 2021:771). ABD'de büyük bir örnekleme yapılan ve boylamsal olarak tasarlanmış başka bir çalışmada, Nisan 2020 tarihinde COVID-19'a karşı aşı kabul oranı %71 gibi yüksek bir seviyede iken Ekim ayında %54'e gerilemiştir. Aşı kararları çok fazla etkene bağlı olduğundan ve zamanla değişebildiğinden, kişinin aşı olacağını belirtmesi kabulün iyi bir göstergesi olmayabilir (Szilagyi vd., 2020: 398). Bu sebeple aşı kararı konusunda yapılacak çalışmaların boylamsal yaklaşımla deneysel veya nitel olarak tasarlanması önerilmektedir (Mercadante vd., 2021: 1603).

Katılımcıların %44'ünün COVID-19 aşısı için en çok yerli aşıya güvendikleri görülmektedir. Aşı tercihi konusunda %25 'i fikri olmadığını belirtirken %20,5'i ise Almanya'da üretilen BioNtech aşısına güvendiklerini belirtmiştir. Katılımcılara yerli aşı çalışmaları tamamlanırsa bu aşığı kabul eder misiniz, diye sorulduğunda %17 'si Kesinlikle Evet ve %31'i Muhtemelen Evet derken %36'sı Kararsız olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların, %9,5' i yerli aşı için "Muhtemelen Hayır" derken %6,5'i ise Kesinlikle Hayır cevabını vermiştir (Şekil-2).Araştırmamız, yurt içinde üretilen COVID-19 aşısının %16 oranında reddedildiğini, yabancı kaynaklı aşılarından daha fazla tercih edileceğini göstermektedir. Bu durumda yerli aşı çalışmaları tamamlandıktan sonra daha düşük oranda aşı reddi olabileceği düşünülmektedir. Bu durumun nedeni olarak basında ve sosyal medyada pandeminin kurgusal olduğuna yönelik çıkan haberlerin oldukça etkili olduğunu düşünüyoruz.

Literatürle uyumlu olarak katılımcıların cinsiyeti, geliri, meslek özellikleri, algılanan sağlık durumu, kronik hastalık durumu ve aşılarla karşı genel tutumu ile COVID-19 aşısı kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalar, kadınların erkeklere göre aşı kabulü konusunda daha isteksiz olduğunu göstermiştir (Szilagyi vd., 2020: 398). Yine başka bir çalışmada kadınların, aşı kararsızlığı ve aşı reddi erkeklere göre daha yüksek orandadır (Daly ve Robinson, 2021:771). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, erkeklerin %50,5'inin aşığı kabul ettiği ve %22,9'unun kararsız olduğu ancak kadınların sadece %39,8'inin aşığı kabul ederken %34,3'ünün kararsız olduğu görülmektedir.

Daha yüksek gelire sahip olanlarda, COVID-19 aşısının kabul oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Lazarus vd., 2021:227). Çalışmamızda gelir güzeyi yükseldikçe bireylerde aşılarla karşı kabul oranı yükselirken kararsızlık oranının düştüğü görülmektedir.

Meslek grupları arasında aşı kabul oranı, sağlık çalışanlarında %75'tir. İkinci olarak özel sektör çalışanlarının %48,4'ü aşı olacağını belirtmiştir. En yüksek aşı kararsızlığı, %33,9 ile çalışmayan işsiz veya emekli kişilerde olduğu ikinci olarak ise %33,6 oranı ile kamu personelleri ile öğrenci gruplarıdır.

Genel sağlık durumunu iyi olarak algılayanların %51,4'ü aşı olmayı kabul edeceğini belirtirken %24,1'inin aşı konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Sağlığını daha kötü olarak algılayan bireylerin %46,3'ü aşı konusunda kararsız olduğunu belirtirken sadece %30,9'u aşı olacağını belirtmiştir.

Kronik hastalık tanısı olan bireyler, COVID-19 ile ilişkili olarak genel popülasyona göre daha yüksek morbidite ve mortalite eğilimindedir. Bazı çalışmalar, beklenebileceği gibi kronik hastalığı olan hastalarda genel popülasyona kıyasla daha yüksek bir aşı kabul oranı göstermiştir. Bu hastalıklar özellikle solunum yolu hastalıkları (Gerayeli vd., 2021:9), multipl skleroz, onkolojik ve romatolojik

hastalıklardır. Dikkat çekici şekilde, bazı alt popülasyonlar ise düşük kabul oranları göstermiştir. Bu kronik hastalıklar HIV, diyalize giren KBY olan hasta gruplarıdır (Salomoni vd. 2021:19). Ancak HIV/AIDS tanısı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, AIDS ile İnaktif COVID-19 aşısı arasında ciddi bir olumsuz olay veya aşı güvenliği endişesi bulunmadığı raporlanmıştır (Wu vd., 2021: 3). Aşı kararsızlığını en aza indirmek ve aşı reddini ortadan kaldırmak için bu gibi bilgilerin yayılmasına ihtiyaç vardır. COVID-19 aşısı olmuş HIV negatif bireyler ile COVID-19 aşısı olmuş HIV pozitif bireylerde görülen yan etkiler arasındaki farklar, raporlanarak bu gibi hassas gruplarla paylaşılması da önerilmektedir (Wu vd., 2021: 3).

Genel anlamda aşılar karşı olmadığını belirten bireylerin, %61,2'si COVID-19 aşısı olacağını belirtirken %25,6'sı aşı konusunda kararsız olduğunu ve %13,2'si aşı olmayı reddedeceğini belirtmiştir. Bu durumun da pandemiye yönelik oluşturulan spekülasyonlarla ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Koruyucu aşılarını yaptıranların %58,2'si aşı olmayı kabul edeceğini, %28,4'ü aşı konusunda kararsız olduğunu belirtirken %13,5'i aşı olmayı reddedeceğini belirtmiştir. Ancak koruyucu aşılarını yaptırmayanların %30, 2'si aşı olmayı reddedeceğini belirtirken %29,1'i aşı konusunda kararsız olduğunu ve %40,6'sı aşı olmayı kabul edeceğini belirtmiştir.

COVID-19 sebebiyle bir yakının kaybetmiş olmak, katılımcıların aşı kabulünü önemli ölçüde etkilemektedir (Mercadante vd., 2021: 1603; (Daly ve Robinson, 2021:771). Çalışmamızda, COVID-19 sebebiyle yakını kaybedenlerin, %52,4'ü aşı olmayı kabul ederken %16,9'u aşı olmayı reddetmektedir. Böyle bir kayıp yaşamayanların %41,4'ü aşı olmayı kabul ederken %30,4'ü aşı olmayı reddetmektedir. Ancak COVID-19 sebebiyle yakını kaybedenlerin, %30,6'sı kararsızken böyle bir kayıp yaşamayanların da %28,2'si aşı konusunda kararsızdır. Yetişkinler, enfeksiyon tehdidi ve bunun korkunç sonuçlarından ziyade algılanan bireysel faydalara ve risklere dayalı kararlar vermektedir (Mercadante vd., 2021: 1601).

Çalışmamızda, sağlık inanç modeli yapıları içinde en fazla ön plana çıkan, algılanan fayda ve algılanan engeller boyutlarıdır. Aşıya dair algılanan fayda değişkenindeki bir birimlik artış, bireylerin aşı konusunda kararsız olma olasılıklarını %80,6 oranında düşürürken aşığı reddetme etme olasılıklarını %39 ((1-0,061) *100) oranında düşürmektedir. Aşıya dair algılanan engeller, bireyin kararsız kalma olasılığını 2,7 kat arttırmakta iken COVID-19 aşısını reddetme olasılıklarını 4,4 kat arttırmaktadır (Tablo 6).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) gibi düzenleyici sistemler, aşı geliştirmede her şeyden önce güvenliğe önem vermek üzere tasarlanmıştır. Bir aşının tolere edilebilirliği, güvenliği, faz I ve faz II klinik çalışmalarında gösterilmektedir. Bir aşı veya ilaç herhangi önemli bir olumsuz olaya neden oluyorsa, denemeleri durdurulmaktadır. Daha yüksek bir aşı kabul oranı için aşı geliştirme süreçlerinin anlaşılır bir dille paylaşılması önerilmektedir. Bu konuda "şeffaflık" hayati bir öneme sahiptir (Coustasse vd., 2020:74) Dolayısıyla bu gibi bilgiler ve aşılamanın faydalarına yönelik etkenler kitle iletişim araçları vasıtası ile daha etkin bir şekilde vurgulanmalıdır.

Eylem ipuçları değişkenindeki bir birimlik artış, bireylerin aşı konusunda kararsız olma olasılıklarını %34,8 ((1-0,652) *100) düşürürken bireylerin aşığı reddetme etme olasılıklarını %39 ((1-0,061) *100) oranında düşürmektedir. Çalışma sonuçları, aşı konusunda tereddütlü, tamamen karşı olmayan ama aynı zamanda kendine tam olarak güvenmeyen bireylere hitap eden halk sağlığı kampanyalarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Hudson ve Montelpare,2021:12).

6. Kısıtlar

Çalışmamızdaki katılımcılar, COVID-19 tedbirleri kapsamında sosyal mesafe kuralları ve kısıtlamalar gereğince sadece sosyal medya platformlarında üyeliği olan kişilerden oluşmaktadır. Ayrıca, kesitsel bir anket çalışması ile tasarlanan çalışmalar aslında bireylerin belirli bir zamanda; COVID-19'a yönelik deneyimleri ve COVID-19 aşısına yönelik algı ve tutumları ile aşı kararı üzerindeki etkisinin "o andaki görüntüsünü" sağlar. Bu çalışma verileri, yukarıda belirtilen sınırlamalar dahilinde elde edilmiştir. Bu

bilgiler ışığında bulguları yorumlanmıştır. Bu sınırlamalara rağmen, bulgularımızın COVID-19 aşısıyla ilgili kabul ve tereddüdü anlamaya büyük katkı sağladığına inanıyoruz.

Finansman/ Grant Support

The author(s) declared that this study has received no financial support.

Yazar(lar) bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Çıkar Çatışması/ Conflict of Interest

Yazar(lar) çıkar çatışması bildirmemiştir.

The authors have no conflict of interest to declare.

Yazarların Katkıları/Authors Contributions

Çalışmanın Tasarlanması: Yazar-1 (%20), Yazar-2 (%40), Yazar-3 (%40)

Conceiving the Study: Author-1 (%20), Author-2 (%40), Author-3 (%40)

Veri Toplanması: Yazar-1 (%70), Yazar-2 (%15), Yazar-3 (%15)

Data Collection: Author-1 (%70), Author-2 (%15), Author-3 (%15)

Veri Analizi: Yazar-1 (%70), Yazar-2 (%15), Yazar-3 (%15)

Data Analysis: Author-1 (%70), Author-2 (%15), Author-3 (%15)

Makale Gönderimi ve Revizyonu: Yazar-1 (%60), Yazar-2 (%20), Yazar-3 (%20)

Submission and Revision: Author-1 (%60), Author-2 (%20), Author-3 (%20)

Açık Erişim Lisansı/ Open Access License

This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY NC).

Bu makale, Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY NC) ile lisanslanmıştır.

Kaynaklar

- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007), Meta-Analysis of the Relationship Between Risk Perception and Health Behavior: The Example of Vaccination. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26(2), s.136–145.
- Coustasse, A., Kimble, C., & Maxik, K. (2021), COVID-19 and Vaccine Hesitancy: A Challenge the United States Must Overcome. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 44(1), s.71–75.
- Coe, A. B., Gatewood, S. B., Moczygemba, L. R., Goode, J. V., & Beckner, J. O. (2012), The Use of the Health Belief Model to Assess Predictors of Intent to Receive The Novel (2009) H1N1 Influenza Vaccine. *Innovations in Pharmacy*, 3(2), s.1–11.
- Daly, M., & Robinson, E. (2021), Willingness to Vaccinate Against COVID-19 in the U.S.: Representative Longitudinal Evidence From April to October 2020. *American journal of preventive medicine*, 60(6), s.766–773.
- Deml, M. J., Buhl, A., Notter, J., Kliem, P., Huber, B. M., Pfeiffer, C., Burton-Jeangros, C., & Tarr, P. E. (2020). 'Problem Patients and Physicians' Failures': What It Means for Doctors to Counsel Vaccine Hesitant Patients in Switzerland. *Social Science & Medicine* (1982), 255, 112946, s.1-10
- Dubé, E., Gagnon, D., MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), Strategies Intended to Address Vaccine Hesitancy: Review of Published Reviews. *Vaccine*, 33(34), 4191–4203.
- Dubé E. (2017), Addressing Vaccine Hesitancy: the Crucial Role of Healthcare Providers. *Clinical Microbiology and Infection: the Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 23(5), s.279–280.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981), Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), s.39–50.

- Gerayeli, F. V., Milne, S., Cheung, C., Li, X., Yang, C., Tam, A., Choi, L. H., Bae, A., & Sin, D. D. (2021), COPD and the Risk of Poor Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 33, 10078, s.1-14.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010), The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, s.399–418.
- Head, K. J., Kasting, M. L., Sturm, L. A., Hartsock, J. A., & Zimet, G. D. (2020), A National Survey Assessing SARS-CoV-2 Vaccination Intentions: Implications for Future Public Health Communication Efforts. *Science Communication*, 42(5), s.698–723.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015), A New Criterion for Assessing Discriminant Validity in Variance-Based Structural Equation Modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), s.115–135.
- Hudson, A., & Montelpare, W. J. (2021), Predictors of Vaccine Hesitancy: Implications for COVID-19 Public Health Messaging. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 805,s.1-14.
- Karimi, E., Schmitt, K., & Akgunduz, A. (2015), Effect of Individual Protective Behaviors on Influenza Transmission: an Agent-Based Model. *Health Care Management Science*, 18(3), s.318–333.
- Lau, J. T., Yeung, N. C., Choi, K. C., Cheng, M. Y., Tsui, H. Y., & Griffiths, S. (2010), Factors In Association with Acceptability of A/H1N1 Vaccination During the Influenza A/H1N1 Pandemic Phase in the Hong Kong General Population. *Vaccine*, 28(29), s.4632–4637
- Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., Kimball, S., & El-Mohandes, A. (2021), A Global Survey of Potential Acceptance of a COVID-19 Vaccine. *Nature Medicine*, 27(2), s.225–228.
- Lin, Y., Hu, Z., Zhao, Q., Alias, H., Danaee, M., & Wong, L. P. (2020), Understanding COVID-19 Vaccine Demand and Hesitancy: A Nationwide Online Survey in China. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(12), e0008961, s.1-22.
- MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), s.4161–4164.
- Maurer, J., Uscher-Pines, L., & Harris, K. M. (2010), Awareness of Government Seasonal and 2009 H1N1 Influenza Vaccination Recommendations among Targeted US Adults: The Role of Provider Interactions. *American Journal of Infection Control*, 38(6), s.489–490.
- Mercadante, A. R., & Law, A. V. (2021), Will they, or Won't they? Examining Patients' Vaccine Intention for Flu and COVID-19 Using the Health Belief Model. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 17(9), s.1596–1605.
- Murphy, J., Vallières, F., Bentall, R. P., Shevlin, M., McBride, O., Hartman, T. K., McKay, R., Bennett, K., Mason, L., Gibson-Miller, J., Levita, L., Martinez, A. P., Stocks, T., Karatzias, T., & Hyland, P. (2021), Psychological Characteristics Associated with COVID-19 Vaccine Hesitancy and Resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nature Communications*, 12(1), s.1-16.
- Pullan, S., & Dey, M. (2021), Vaccine Hesitancy and Anti-Vaccination in the Time of COVID-19: A Google Trends Analysis. *Vaccine*, 39(14), s.1877–1881.
- Salali, G. D., & Uysal, M. S. (2020), COVID-19 Vaccine Hesitancy is Associated with Beliefs on the Origin of the Novel Coronavirus in the UK and Turkey. *Psychological Medicine, Advance Online Publication*, S.1-3.
- Salomoni, M. G., Di Valerio, Z., Gabrielli, E., Montalti, M., Tedesco, D., Guaraldi, F., & Gori, D. (2021), Hesitant or Not Hesitant? A Systematic Review on Global COVID-19 Vaccine Acceptance in Different Populations. *Vaccines*, 9(8), 87, s.1-26.

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003), Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 2003; 8(2) s.23-74.
- Shahrabani, S., Benzion, U., & Yom Din, G. (2009), Factors Affecting Nurses' Decision to get the Flu Vaccine. *The European journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 10(2), s.227–231.
- Shahrabani, S., & Benzion, U. (2010), Workplace Vaccination and Other Factors Impacting Influenza Vaccination Decision among Employees in Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), s.853–869.
- Szilagyi, P. G., Thomas, K., Shah, M. D., Vizueta, N., Cui, Y., Vangala, S., & Kapteyn, A. (2020), National Trends in the US Public's Likelihood of Getting a COVID-19 Vaccine-April 1 to December 8, 2020. *JAMA*, Advance Online Publication. 325(4), s.396–398.
- Tsutsui Y, Benzion U, Shahrabani S. (2012), Economic and Behavioral Factors in an Individual's Decision to Take the Influenza Vaccination in Japan. *J Socio Econ*. 1;41(5, s.:594–602.
- Verelst, F., Willem, L., & Beutels, P. (2016), Behavioural Change Models for Infectious Disease Transmission: a Systematic Review (2010-2015). *Journal of the Royal Society, Interface*, 13(125), 20160820, s.1-20.
- Wang, C., Han, B., Zhao, T., Liu, H., Liu, B., Chen, L., Xie, M., Liu, J., Zheng, H., Zhang, S., Wang, Y., Huang, N., Du, J., Liu, Y. Q., Lu, Q. B., & Cui, F. (2021), Vaccination Willingness, Vaccine Hesitancy, and Estimated Coverage at the first Round of COVID-19 Vaccination in China: A National Cross-Sectional Study. *Vaccine*, 39(21), s.2833–2842.
- Wong, L. P., Alias, H., Wong, P. F., Lee, H. Y., & AbuBakar, S. (2020), The Use of the Health Belief Model to Assess Predictors of Intent to Receive the COVID-19 Vaccine and Willingness to pay. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(9), s.2204–2214.
- World Health Organization (WHO). (2017), WHO Guidelines on Translation /Process of Translation and Adaptation of Instruments. Available at: <http://www.emro.who.int/emh-journal/authors/> Accessed: Oct.24.2021
- Wu, S., Zhang, Y., Ming, F., Zou, S., Wu, M., Guo, W., Tang, W., & Liang, K. (2021), Adverse Events of Inactivated COVID-19 Vaccine in HIV-Infected Adults. *AIDS Research and Therapy*, 18(1), 9,s.1-4.
- Zampetakis, L. A., & Melas, C. (2021), The Health Belief Model Predicts Vaccination Intentions Against COVID-19: A Survey Experiment Approach. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 13(2), s.469–484.